

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/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 psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/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 psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 14/2011

Integrative Psychotherapeutische Diagnostik *

Peter Osten, München

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Inhaltsübersicht

Einführung: Diagnostik in der Integrativen Psychotherapie	4
I. Grundlagen Integrativer psychotherapeutischer Diagnostik	6
1. Klinische Grundlagentheorien	6
<i>Zielbestimmungen: Gesundheitspsychologie</i>	6
<i>Antriebe des Lebens: Motivationspsychologische Theorien</i>	7
<i>Schritte ins Leben: Klinische Entwicklungs- und Sozialisationsforschungen</i>	7
<i>Entfaltung zur Identität: Persönlichkeitspsychologie</i>	9
<i>Körper und Psyche: Biologische Psychologie, Neuropsychotherapie, Epigenetik</i>	11
<i>Evidenzforschungen</i>	12
2. Allgemeine ätiologische Theorien	13
<i>Tiefenpsychologie</i>	13
<i>Lern- und Verhaltenstheorie</i>	15
<i>Stress- und Traumatheorie</i>	17
<i>Sozialökologische Theorien</i>	20
3. Definitionen von Gesundheit und Krankheit	22
4. Körper und Leib in der Integrativen Therapie	23
II. Der ätiologie-praktische Ansatz der Integrativen Therapie	28
1. Die sechs ätiologischen Ebenen	28
<i>Ebene 1: Defizite und prolongierte Mangel Erfahrungen</i>	30
<i>Ebene 2: Konflikte und andere spannungsreiche Störungen</i>	31
<i>Ebene 3: Maligne Lern- und Adaptionserfahrungen</i>	32
<i>Ebene 4: Überforderung und zeitextendierter Stress</i>	33
<i>Ebene 5: singuläre und komplexe Traumatisierungen</i>	35
<i>Ebene 6: Sozialökologische und systemische Einflüsse</i>	36
2. Die Ergebnisse der Longitudinalforschungen	40
3. Das Akkumulationsmodell	43
III. Struktur und Methoden der Integrativen Diagnostik	47
1. Die Initialphase in der Psychotherapie	47
2. Die fünf Module der Integrativen psychotherapeutischen Diagnostik	50
3. Die „Entwicklungspsychologische Tiefenexploration“	51
4. Die mediengestützte Diagnostik in der Integrativen Therapie	53

IV. Die Praxis der Integrativen psychotherapeutischen Diagnostik	55
1. Szenisches Erstinterview	55
2. Psychosoziale Anamnese und Krisenscreening	56
3. Klassifikation: Multiaxiale Diagnostik nach ICD und DSM	56
<i>Achse I: Klinisches Bild</i>	58
<i>Achse II: Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen</i>	58
<i>Achse III: Körperliche Störungen und Behinderungen</i>	58
<i>Achse IV: Psychosoziale Probleme und Belastungsfaktoren</i>	58
<i>Achse V: Allgemeines Niveau der sozialen Anpassung</i>	58
<i>Komorbidität von Sucht- und Abhängigkeitsstörungen</i>	59
4. Praxis der Ätiologischen Diagnostik	59
<i>Klinische Phänomenologie</i>	60
<i>Auslöser</i>	61
<i>Prozess</i>	61
<i>Komorbidität</i>	61
<i>Akkumulation</i>	62
<i>Funktion</i>	63
<i>Attribution</i>	63
<i>Biologie</i>	64
<i>Bewältigung</i>	65
<i>Ressourcen und Resilienz</i>	66
5. Diagnostik protektiver Faktoren und Prozesse	66
6. Behandlungsplanung	71
<i>Indikation</i>	71
<i>Therapieziele</i>	71
<i>Prognose</i>	72
<i>Interventionsplanung</i>	72
<i>Kontrakt</i>	73
7. Die „Integrative Diagnose“	74
V. Ausblick	75
VI. Anhänge	76
1. Checkliste Erstinterview	76
2. Checkliste Psychosoziale Anamnese und Krisenscreening	78
3. Checkliste Ätiologische Diagnostik	79
4. Checkliste Leitsymptome der Posttraumatischen Belastungsstörung	79
5. Checkliste Familiendynamische Exploration	80
6. Checkliste Ressourcen- und Resilienzanalyse	81
7. Weiterführende Literatur	82
VII. Literatur	86

Solange Du die Wahrheit nicht erlangst,
wirst Du sie nicht verbessern können.
Wenn Du sie aber nicht verbesserst,
wirst Du sie nie erlangen.
Unterdessen lebe unverzagt!

(José Saramago, Buch der Ratschläge)

Einführung: Diagnostik in der Integrativen Psychotherapie

Unter Diagnostik wird gemeinhin nicht unbedingt das möglichst genaue Erfassen und Verstehen des Menschen als Ganzes verstanden, sondern eher das Erkennen von Symptomen und die Zuordnung dieser Symptome zu einer nosologischen Kategorie bereits umrissener Störungsbilder. In diesem Verständnisrahmen endet das diagnostische Prozedere üblicherweise mit der Vergabe einer Klassifizierung der Störung als Krankheit. In dieser Hinsicht ist auch die Operationalisierte Diagnostik Psychischer Störungen (OPD-2) keine Ausnahme (AK-OPD 2009), denn auch hier wird die Person im Schwerpunkt von ihrer pathologischen Seite her betrachtet und auf die Sektoren Krankheitserleben, Konflikt, Struktur usw. reduziert. Damit findet sich in jeder dieser klassifikatorischen Diagnosen ein Stück der phänomenalen Wirklichkeit von Menschen - ihr Leiden und dessen Geschichte -, zusammengekürzt auf ein Minimum von Information, das zumeist nur von Spezialisten entschlüsselt werden kann. So bestehen die üblichen Standard-Diagnosen - im Sinne einer Klassifikation der großen Manuale (ICD, DSM, OPD) - aus reinen querschnittlichen symptomalen Statusbeschreibungen, allenfalls aus impliziten Krankheits-Verlaufskriterien. Die Folge hiervon ist eine Reduzierung menschlicher Leidensformen und ihrer Entstehung auf das Bild einer „Krankheit ohne Geschichte“ (Massing 1994) - und damit vielfach auch „ohne Sinn“.

Für biologisch orientierte Ärzte ergibt die Klassifikation einer Störung zumindest konkrete Hinweise für die medikamentöse Therapie. Für Psychotherapeuten jedoch, die - längsschnittlich und plurikausal orientiert - in biographisch aufdeckenden Verfahren arbeiten, lassen sich aus klassifikatorischen Diagnosen weder ätiologische Hypothesen noch interventive Perspektiven ableiten, noch weniger tritt aus diesen Klassifikationen die Persönlichkeit des Patienten in den Vordergrund und noch viel weniger wird die Perspektive salutogener und ressourcenvoller Entwicklungslinien deutlich. Obwohl die OPD in behandlingstechnischer Hinsicht noch mehr hergibt als die

Klassifikationsmanuale (ICD, DSM), reduziert sie die Ätiologie - in psychoanalytischer Tradition - auf das Konfliktgeschehen und strukturelle Defizite und bleibt damit auch pathologiezentriert. Wir werden im Verlauf dieser Arbeit sehen, dass psychische Krankheiten - aus empirischer, longitudinaler Sicht - einzig und allein aus der Interaktion und Synergie von Vulnerabilität und Resilienzfaktoren beschrieben werden können.

Damit soll nicht ausgedrückt werden, dass die klassifikatorische Diagnostik keinen

Nutzen erbringe; die genaue Erfassung von Symptomen hat - neben dem Ansinnen, eine Störungsbildzuordnung zu finden und kassenrechtlichen Begründungen - zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung zusätzlich den Sinn einer mitfühlenden Hinwendung des Therapeuten auf das Leiden des Menschen, um so das Angebot einer tragfähigen therapeutischen Beziehung in den Raum stellen zu können (Osten 2010). Außerdem ordnet der Therapeut im initialen Geschehen der Psychotherapie mit einer gründlichen Diagnostik seine Wahrnehmungen und kommt so zu einer stringenten Behandlungsplanung. In dieser Arbeit werde ich den forschungsgegründeten Zugang zu einer Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik wählen, und daher den Ansatz der OPD, der allein tiefenpsychologisch orientiert ist, hier nicht weiter verfolgen. Erkenntnis- und handlungsrelevant wirksam wird Diagnostik also für Psychotherapeuten erst, wenn sie klarere Hinweise auf die Krankheitsentstehung liefern kann und damit Ideen generiert, was nun sinnvoll sei zu tun. Diese Arbeit und ihre Inhalte beziehen sich auf Psychotherapieverfahren, in welchen die Erkenntnisse hinsichtlich der Verarbeitungsdynamiken in der Lebens- und Krankheitsgeschichte von Patienten die Grundlage bilden für den Aufbau ätiologischer Hypothesen, für fundierte Behandlungsplanungen und damit für therapeutische Entwicklungs- und Veränderungsprozesse. Dabei wird aber nicht nur auf die innere Realität - die Psychodynamik - rekurriert, sondern das Individuum wird mit seinen weit in den sozialen Raum ausgreifenden „Regulationsmechanismen“ in den Blick genommen, also auch in seiner Soziodynamik und in seiner kulturellen, ethnischen, gesellschaftlichen und zeitepochalen Dimension.

Damit betreten wir also die längsschnittlich orientierte Diagnostik, auch „ätiologische Diagnostik“ genannt. Hier sind Integrationsbemühungen von großem Wert. Die Forschungs- und Wissensbestände allein der letzten drei Jahrzehnte legen es nahe, in die psychotherapeutische Diagnostik *mehr* und *etwas anderes* hineinzulegen als nur die Klassifikation oder – wenn es denn hierüber hinaus geht - einen jeweils schulenspezifischen ätiologischen Blickpunkt. Dieses „Mehr“ würde heute zu einer Integrationsbemühung (Norcross 2001; Norcross/Goldfried 1992) führen, in der zum einen tiefenpsychologische, behaviourale, stresstheoretische, systemische und sozioökologische Wissensbestände so miteinander verbunden werden, dass Qualität und Potenz der einzelnen Perspektiven nicht nur eklektizistisch nebeneinander stehen sondern „integrierend“ verbunden werden und damit einander ergänzen (Petzold 1993, 2001a). Zum anderen sollten ätiologische Theorien auf einem gemeinsamen - kompatibilitätsgeprüften - theoretischen Grund stehen. Um diese beiden Blickpunkte geht es nun im ersten Abschnitt dieser Arbeit.

I. Grundlagen Integrativer psychotherapeutischer Diagnostik

1. Klinische Grundlagentheorien

In die Diagnostik von psychischen Störungen ganz allgemein gehen viele, meist implizite, Konzepte und Vorstellungen vom Menschen und seinen grundlegenden körperlichen und psychischen Ausgangsbedingungen ein, die wir subsummierend als „Menschenbilder“ bezeichnen können (Petzold 2006a). Zum Einen beinhalten diese anthropologische Vorstellungen vom Menschen und seiner „conditio humana“, in klinischer Hinsicht sind aber noch weitere Perspektiven ausschlaggebend, die nicht nur geisteswissenschaftliche Orientierung ermöglichen, sondern darüber hinaus diagnostisch relevant und vor allem auch interventiv wirksam werden. Fünf dieser Bereiche klinischer Grundlagentheorien sind ausschlaggebend für den Aufbau der Integrativen Diagnostik und Behandlungsplanung. Im Sinne einer soliden Fundierung psychotherapeutischer Diagnostik haben sie es verdient, vorangestellt und zumindest bis zu einem gewissen Grad expliziert zu werden, weshalb ich zu Beginn in sie einführen möchte.

Zielbestimmungen: Gesundheitspsychologie

Zu allererst zählen in der Integrativen Therapie die gesundheitspsychologischen Modelle vom Menschen und die entsprechenden Forschungsergebnisse aus diesem Fachbereich hierzu (Quellliteratur zur allen Grundlagentheorien in Anhang 7). Wenn man bedenkt, dass es das Ziel jeder Therapie ist, Gesundheitsprozesse zu fördern, ist es eigentlich erstaunlich, wie wenig psychotherapeutische Verfahren ihr eigenes „Zielgebiet“ versucht haben zu definieren, und wie wenig sie zu diesem Zwecke die empirischen Ergebnisse dieses Wissenschaftsbereiches heranziehen. Auch in der Praxis wird oft ein Übergewicht auf pathologische Kriterien produziert. Gesundheitspsychologische Forschungen befassen sich dagegen seit über 30 Jahren hoch differenziert mit den verschiedenen Schichtungen menschlicher Lebensprozesse, im Sinne der Konstellierung und Aufrechterhaltung biopsychosozialer Gesundheit. Dies beginnt mit den genetischen und epigenetischen Ausgangsbedingungen von gelingenden Gesundheitsprozessen (Plomin et al. 1999; Decluve et al. 2009; Spork 2010; Lipton 2009), und führt über die längsschnittliche Perspektive der fördernden Faktoren von Entwicklung und Sozialisation (Kahn et al. 1980; Petzold et al. 1993) hin zur präzisen (querschnittlichen) Beschreibung von Kompetenzen und Perfomanzen gesunder Menschen (Antonovsky 1997; Becker 1997; Schug 1980; Coan 1974; Rosen/Solomon 1985) sowie zur präventiven Perspektive des aktuellen Gesundheitsverhaltens (Schwarzer 2004). Wer sich hier informiert, wird - vollkommen störungsunspezifisch und auch jenseits von Überlegungen therapeutischer Wirkfaktoren - einen klaren Einblick einerseits über das Feld der klinischen Ressourcenanalyse erhalten und andererseits einen Überblick über gesundheitsfördernde Faktoren beim Menschen, und sich darüber hinaus ein reiches Inventar an allgemeinen, strukturellen und empirisch abgesicherten Therapiezielen aneignen können. Somit ist der Bereich der Gesundheitsforschungen in der Lage, die Interventionsplanung von Psychotherapien in Richtung auf allgemeine gesundheitsfördernde Therapieziele hin zu „formatieren“.

Antriebe des Lebens: Motivationspsychologische Theorien

Der zweite Bereich diagnostisch relevanter Grundlagentheorien bezieht sich auf motivationale Fragen des Menschenbildes. Warum sind Menschen so, wie sie sind, warum handeln sie so, wie sie handeln, weshalb werden sie krank, aus welchen Gründen bleiben sie gesund, warum hilft diese Intervention beim Einen und beim Anderen nicht? Traditionell ist es die Motivationspsychologie, die sich mit diesen Fragen auseinandergesetzt hat (Rudolph 2003), aber sie muss heute in einen erweiterten Rahmen gestellt werden. Auf einer tiefliegenden Ebene nehmen wir im Integrativen Menschenbild daher sog. „basale Antriebe und Motivationen“ an, die durch unsere evolutionäre Ausstattung entstanden sind und eine Ebene „basaler Orientierungen und Entscheidungsregeln“ für das menschliche Verhalten darstellen (Buss 2004; Oyama 2000; idem et al. 2001). Weil wir in der Menschheitsgeschichte als Frauen und Männer evolviert sind, und im Rahmen dieser Entwicklungen unterschiedliche Aufgaben zu bewältigen hatten, wird diese Ebene als geschlechtsspezifisch betrachtet (Bischof-Köhler 2004; Mac-coby 2000). Dies ist durchaus auch in krankheitsspezifischer Hinsicht beachtenswert, denn Männer und Frauen reagieren auf Belastungen unterschiedlich, sie verarbeiten Störungen unter differierenden Prämissen, was sich u.a. in der Ausprägung von Symptomen und der Epidemiologie gezeigt hat; all dies ist empirisch gut belegt worden (Hurrelmann/Kolip 2002). Auf der Ebene der höheren Kognitionen hingegen erweitern neuere Theorien der Selbstwirksamkeitsforschung (Flammer 1990), der Attributions- und Kontrolltheorien (Försterling/Stiensmeier-Pelster 1994) und der Willenspsychologie (Petzold/Sieper 2008) das Spektrum. Und weil der Mensch, wie auch sein Verhalten, ohne seinen Kontext - ohne die „soziale Intentionalität“ - in keiner Weise zu verstehen ist, sind sowohl für die Eigenschaften, die er entwickelt wie auch für sein Verhalten natürlich systemische und sozialpsychologische Perspektiven unerlässlich (Stroebe et al. 1996; Stegbauer/Häußling 2010). Dies alles bringt uns, was das Verständnis menschlichen Verhaltens und seine Therapie angeht, auf eine wesentlich breitere und sicherere Basis als etwa eine „strukturelle Lerntheorie“ oder - noch ver-gestrigter - eine „Triebtheorie“. Selbst eine „Objektbeziehungstheorie“ oder ein „Kon-struktivistischer Ansatz“ stehen dieser differenzierenden und forschungsgegründeten Ansicht gegenüber weit zurück.

Schritte ins Leben: Klinische Entwicklungs- und Sozialisationsforschungen

Im dritten Sektor dieser Grundlagentheorien für eine Integrative Diagnostik finden wir die Fragen der Entwicklung und Sozialisation des Menschen, also die longitudinale Perspektive des „Gewordenseins“ beim Menschen. Dieser dritte Sektor bildet den Kern der längsschnittlichen diagnostischen Perspektive in der Integrativen Therapie, die ätiologische Diagnostik. Im Verständnis dieses Ansatzes beginnt die Genese von Eigenschaften und Verhaltensstereotypen beim Menschen bei dem „mentalen Feld“, in das er hineingeboren wird. Das sind einerseits Kultur und Ethnie (Machleidt/Heinz 2010), genauso wie gesellschaftliche (Luhmann 2001) und zeitepochale Faktoren (Lyotard 1998; Beck 1986), andererseits ist das die Herkunftsfamilie, die „Synergie von Mentalisierungen“, die Vater, Mutter, Geschwister und zugehörige Verwandte - bei Patchworkfamilien wird das noch komplexer - konstellierend in dieses Feld der menschlichen Entwicklung hineinragen (Petzold 2006d; Osten 2009). Dies alles ist schon da, bevor wir da sind und wirkt im Sinne der Informationsverarbeitung (Rizzolati/

Sinigaglia 2008) atmosphärisch auf die Entwicklungs- und Sozialisationsprozesse beim Individuum - für den Beginn könnten man fast sagen: auf den „Organismus Kind“ - ein.

Diese Dynamiken treffen auf die genetisch organisierten Entwicklungsabfolgen, mit denen sie fortan in engsten Synergien „persönlichkeitsformatierend“ zusammenwirken. Von den zunächst genetisch gesteuerten Entwicklungsprozessen wissen wir, dass sie zum großen Teil nur durch Umweltreize angestoßen werden (Petermann et al. 2004); und wir wissen, dass für den Ausbau der individuellen Architektur des für die Entwicklungsprozesse so wichtigen Organs des Gehirns - gerade für den präfrontalen Bereich, der für die Identitätsprozesse so wesentlich ist - hauptsächlich ein sozialer Prozess der Verarbeitung von Umweltreizen verantwortlich ist (Rothenberger/Schmidt 2000). Diese komplexen, aufeinander aufbauenden Entwicklungsprozesse zu verstehen, hilft uns den Aufbau der Persönlichkeit und die Entstehung von psychischen Störungen in engstem Zusammenhang mit der Reifung des Menschen zu sehen. Der wesentliche Punkt für die Integrative Therapie dabei besteht darin, dass die klinischen Entwicklungswissenschaften, anders als die meisten „schultheoretisch“ begründeten Entwicklungstheorien, auf empirisch gesicherten Daten ruhen (Berk 2004; Petermann et al. 1998; Petermann et al. 2004). Sie spezifizieren Entwicklungsbereiche und machen deren interaktives Zusammenwirken im Bild einer normvariablen Abfolge menschlicher Entwicklungsprozesse deutlich. Die empirisch gesicherten Entwicklungstheorien versuchen „Modellinszenarien“, ja sogar „Modellatmosphären“, bereitzustellen, für eine Zeit, die wir alle nur unzureichend erinnern können.

Jedes Entwicklungsalter hat seine eigene Komplexität der Erlebenswelt, die sich als spezifische „Welt- und Selbsterfahrung“ zeigt. Gute Kenntnisse über die gesamte Entwicklung in der Lebensspanne erleichtern den Zugang zu diesen oft „verschütteten“ Erfahrungswelten, weil sie für die jeweiligen Lebensphasen sensibilisieren und darüber informieren, welche Bedeutung Reifungsprozesse und Entwicklungsaufgaben aus dieser Zeit für das Erleben des Erwachsenen haben. Sie inspirieren den Therapeuten zu neuen Sichtweisen und versetzen ihn in die Lage, hinter den narrativen, symbolischen und konflikthafte Überarbeitungen Entwicklungsspezifika herauszuspüren oder sie präziser zu evozieren (vgl. Osten 2000). In der Regel führt dies beim Patienten zu breiteren Evidenzerfahrungen oder überhaupt erst zu hinreichend stimmigen Erinnerungserlebnissen. Die empirischen Theorien lenken die Aufmerksamkeit auf Bereiche, die bisher gar nicht oder nur in ungenügender Weise wahrgenommen wurden. So wird schließlich die Plausibilität und Genauigkeit der biographischen Rekonstruktion und - durch eine entwicklungspsychologische Fundierung der Interventionen - die therapeutische Effektivität erhöht (das wäre die hier zu überprüfende Behauptung; vgl. Noam/Röper 1999; Paar et al. 1999).

Dies ermöglicht uns nicht nur eine fundiertere Exploration menschlicher Biographien, sondern der Therapeut bekommt ein empirisch abgesichertes Strukturgerüst für die retrospektive Analyse entwicklungsensibler Kompetenzen und Performanzen an die Hand (Osten 2000). So lassen sich Störungsbilder wesentlich „entwicklungsspezifischer“ erfassen, und dies wirkt sich auf vielerlei Ebenen positiv aus. Entwicklungsspezifische Sensibilisierung beim Therapeuten läuft beim Patienten in der Regel darauf hinaus, dass er sich besser verstanden fühlt; der ganze Handlungs- und Kommunikationsmodus des Therapeuten ist - schon bei der Diagnostik - viel besser auf prävalente Phasen und pathogene Milieus der Lebensgeschichte während des narrativen

Verlaufs eingestellt. In der Folge können sowohl die Diagnostik als auch die Behandlungsplanung einen entwicklungs- und sozialisationsspezifischen Akzent erhalten. Dieser letztgenannte, sozialisationsspezifische Aspekt wird in der Integrativen Therapie besonders hervorgehoben, weil hier der interaktiven, synergetischen Seite der menschlichen Entwicklung eine besondere Bedeutung zugesprochen wird. Die Entwicklungswissenschaften zentrieren letztlich stark auf die individuelle Seite von Reifungsprozessen, deshalb werden sozialpsychologische Austauschprozesse (Familiendynamik, Netzwerkperspektive), die für die Identitätsentwicklung die größte Rolle spielen, in der Integrativen Therapie besonders hervorgehoben (Hurrelmann/Ulich 1998; Petzold 2004; Vygotsky 1978).

Zur Lebenslaufbezogenen Perspektive der Entwicklung und Sozialisation des Menschen gehören zuletzt auch die Longitudinalforschungen (Kahn/Antonucci 1980; Rutter 1988; Funder et al. 1993; Luthar 2003). Sie untersuchen in großen Zeiträumen - von bis zu 30 Jahren - und zum Teil extrem großen Untersuchungsgruppen, wie Menschen sich im Spannungsfeld zwischen protektiv-fördernden und belastenden Faktoren und Prozessen orientieren und verhalten, unter welchen attributionalen Prämissen sie Lebensereignisse verarbeiten und wie diese Formen der Verarbeitung sich im Sinne des menschlichen Changierens zwischen Gesundheit und Krankheit auswirken (Filipp 1990). So eröffnen diese Forschungsbereiche im Zusammenhang mit der entwicklungswissenschaftlichen Orientierung der Integrativen Therapie eine klinische Perspektive sowohl hinsichtlich der Erfahrungen und Prozesse, unter denen sich die Persönlichkeit entwickelt, als auch hinsichtlich der jeweils sensiblen Übergänge von der belasteten Persönlichkeitsentwicklung hin zur Entwicklung verschiedenster körperlicher, psychischer und sozialpsychologischer Pathologien.

Psychotherapeutische Schulen neigen in der Regel zu vereinfachenden linear-kausalen Ätiologieschlüssen. Die longitudinalen Forschungen zeigen hier mit erdrückender Evidenz, dass sich diese Annahmen nicht halten lassen. Unter klinisch-entwicklungspsychologischer und longitudinaler Optik sind wir nicht nur geschützt vor den verkürzenden Schlussfolgerungen von „frühen Schädigungen“ auf die „späteren Störungen“ - keine einzige ernst zu nehmende Studie konnte diesen Zusammenhang signifikant belegen (Petzold 1995) -, wir lernen auch, ätiologische Hypothesen im Hinblick auf die Biographien unserer Patienten nicht bloß auf die Schwere bestimmter Lebensereignisse abzustellen, sondern vor allem auf die attributionellen Eigenheiten und die Verarbeitungsmöglichkeiten, die beim Einfluss wie auch immer gearteter Belastungen beim Individuum vorhanden waren oder nicht. Dies - zusammen mit der Theorie einer akkumulativen Schwellendynamik (Reinecker/Zauner 2004) - ist die eigentliche Bewertungsebene im Hinblick auf die ätiologische Relevanz von Einflussfaktoren. Über diese werde ich weiter unten noch detaillierter sprechen.

Entfaltung zur Identität: Persönlichkeitspsychologie

Der vierte Sektor der Grundlagentheorien befasst sich mit dem Resultat von so verstandenen Entwicklungs- und Sozialisationsprozessen, mit der Persönlichkeit und mit den Identitätsprozessen in der Lebensspanne. Weil psychisch erkrankte Menschen gerade auf diesen Ebenen meist tiefgreifende Schädigungen erfahren haben, ist für sie die Arbeit an ihrer Persönlichkeitsdynamik und die entwicklungsorientierte Identitätsarbeit das zentrale Moment in der Therapie.

Persönlichkeits- und Identitätstheorien tragen traditionsgemäß sehr unterschiedlicher Ausrichtungen in sich, Genese, Funktionen und die Bildung von Eigenschaften und Verhaltensmustern werden zum Teil sehr unterschiedlich erklärt. Dafür haben in der Geschichte der Persönlichkeitspsychologie schon die sukzessiv aufeinander folgenden Denkströmungen - sog. „Paradigmen“ (Asendorpf 2007) -, gesorgt, von denen jede einzelne mit ihrer Erklärungsmächtigkeit, was die Entstehung von Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltenswahrscheinlichkeiten angeht, an Grenzen gestoßen war, Grenzen, an denen sich wiederum neue Paradigmen bilden mussten. Im Bereich der Psychotherapie besteht diesbezüglich generell ein schwaches Reflexionsniveau (ibid.); diese Theorien bleiben meist implizit, obwohl sie eine enorm beeinflussende Kraft auf das interventive Geschehen ausüben. Die Integrative Therapie fühlt sich keiner einzigen dieser historischen Denkströmung allein verpflichtet, hat aber aus dem Reichtum der Ansätze - durch feinste Überprüfung von Kompatibilität bzw. Nichtpassung - eigene Integrationsleistungen im Hinblick auf den Entwurf einer Persönlichkeitstheorie vorgenommen. In aller Kürze lässt sich das wie folgt darstellen. Auf unterster Ebene wird die Persönlichkeit als aufgebaut aus evolutionären Programmen verstanden; diese Program sorgen für den Aufbau biologischer Strukturen, die auch für die geistig-psychisch-seelische Dynamik grundlegend sind (*evolutionäres Paradigma*); auf dieser Ebene sprechen wir vom archaischen „Leib-Selbst“. Auf dieser Grundlage besteht eine neurobiopsychologische Ausstattung (*neurobiopsychologisches Paradigma*), unter der, in Prozessen synergetischer Organismus-Umwelt-Regulationen Informationen wahrgenommen und verarbeitet werden (*dynamisch-interaktionales Paradigma; Informationsverarbeitungs-Paradigma*).

Dies stößt Prozesse komplexen Lernens an - strukturelles, soziales und neuronales Lernen -, unter denen sowohl neuronale Schemata als auch komplexe Musterbildungen ablaufen, die für die Charakteristik von Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Handlungsstereotypen bei der Persönlichkeit verantwortlich gemacht werden (*behavioristisches Paradigma*). Auf dieser Ebene ist auch die innere, geistig-seelische, Dynamik des Menschen zu finden (*tiefenpsychologisches Paradigma*), aus der heraus die motivationale und die Bewertungs- und Verarbeitungscharakteristik der Persönlichkeit zu verstehen ist, allerdings, wie gezeigt, nicht allein unter tiefenpsychologischem Verständnis. In der Integrativen Therapie sprechen wir nicht von „Psychodynamik“, weil dies ein Begriff ist, der zu sehr ausschließlich auf die inneren Regulationskompetenzen des Individuums zentriert. Wir sprechen von „dynamischer Regulation“ des Individuums, ausgehend von der Tatsache, dass lebende Systeme sich immer gleichermaßen von drei Seiten her kommend - im Innen, im Außen und im „Zwischen“ - in ihrer Stabilität regulieren (Anokhin 1978; Bernstein 1971; Lurija 2001; Goldstein 1977).

Vom Moment an, da das Individuum in seiner Entwicklung diese Prozesse auch bewusst wahrnehmen und steuern kann - ab hier sprechen wir zunächst vom archaischen, später vom reifen Ich -, löst es sich vom rein Organismischen dieses Prozesses ab, und es entstehen Verschränkungen zwischen prozedural und intentional ablaufenden dynamischen Regulationsprozessen zwischen Individuum und Umwelt (Kaufmann 2005). Von diesem Augenblick an ist die Instanz des Ich unablässig und lebenslang dabei, in einem kreativen und schöpferischen Akt zunächst auch wieder eine archaische und später eine reife personale Identität auszubilden. Der Begriff der Persönlichkeit beschreibt in diesem Zusammenhang die Ausbildung von Eigenschaften und Verhal-

tensstereotypen (*Eigenschaftsparadigma*), der Begriff der Identität geht über den der Persönlichkeit hinaus in eine ausgeweitete soziologische Dimension (Petzold 2004; Abels 2006; Keupp et al. 1999; Krappmann 2005).

Körper und Psyche: Biologische Psychologie, Neuropsychotherapie, Epigenetik¹

Im fünften und letzten Sektor der Grundlagentheorien finden sich die Biologische Psychologie, die Neurowissenschaften und die Epigenetik (Bradbury 2003; Decluve et al. 2009; Spork 2010; Wieser 2007), wie sie und ihre Anwendungen in der Psychotherapie in den letzten 20 Jahren einen wichtigen Platz gefunden haben (Birbaumer/Schmidt 2005; Grawe 2004; LeDoux 2001; Schiepek 2004; Spork 2010). Gerade die Neurowissenschaften haben in den letzten beiden Jahrzehnten eine enorme Ausdifferenzierung erfahren in kognitive (Gazzaniga et al. 2008), affektive (Panksepp 1998; Davidson et al. 2002; LeDoux 2001), volitionale (Libet et al. 1999; Petzold/Sieper 2008) und soziale (Decety/Ickes 2009; de Haan/Gunnar 2009) Ausdehnung, deren Wert für die Psychotherapie kaum zu überschätzen ist.

Weil diese drei Wissenschaftsbereiche - lang ersehnt - begonnen haben, die Jahrhunderte alte Erklärungslücke zwischen biologischen und geistig-seelischen Prozessen zu schließen, sind sie gerade aus dem Gebiet der Psychotherapie nicht mehr wegzudenken (Osten 2001b). Dabei geht es bei Weitem nicht mehr nur um Einzelbefunde, wie etwa bei den Zusammenhängen zwischen Spiegelneuronen, sozioemotionaler „Ansteckung“ und Empathie (Rizzolati/Sinigaglia 2008) oder die Neurobiologie der Gefühle (Hüther 1997), obwohl diese wichtig genug sind. Die Informationsverarbeitung des Individuums im Allgemeinen (Lurija 2001) und die Vernetzung funktionaler Persönlichkeits- und Identitätsaspekte (Erinnerung, Attribution, Musterbildung etc.), bis hin zur Erklärung von Zusammenhängen psychischer und psychosomatischer Störungen, die wir traditionsgemäß immer allein auf dem Boden psychosozialer Dynamiken erklärt haben, erfahren nicht nur eine Erhellung, was ihre Genese angeht, sondern auch, was die Therapie dieser Krankheiten betrifft (Rensing et al. 2005; Zupanc 2003; Herpertz-Dahlmann et al. 2004), besonders wenn eine entwicklungspsychobiologische bzw. sozialentwicklungsneurowissenschaftliche Perspektive beigezogen wird (Decety/Ickes 2009; de Haan/Gunnar 2009; Petzold 2009k). Dabei steht im Integrativen Ansatz immer eine evolutionäre Betrachtung im Hintergrund, denn die kognitiven und affektiven neurozerebralen Funktionen (Panksepp 2004) und die sozial-kommunikativen Formen, wie soziale Wahrnehmung, nonverbale und verbale Sprache (Lamacz-Koetz/Petzold 2009; Petzold 2010f) haben sich in der Evolution der Hominiden ausgebildet, was sich auch in der psychotherapeutischen Theorienbildung und Praxeologie niederschlagen sollte.

In dem noch recht jungen Forschungsgebiet der Epigenetik zeigen sich Forschungsergebnisse, die die Entwicklung von noch tiefer reichenden Erklärungsmodellen möglich machen, in denen Genetik, Neurowissenschaften und die dynamischen Regulationen des Individuums mit einander in Verbindung gebracht werden könnten. Es könnte sein, dass die DNA selbst unter Umständen eine wesentlich kleinere Rolle bei der Vererbung von psychischen Erkrankungen spielt. Dass sie nicht auf „Autopilot“ läuft ist ja schon lange Zeit bekannt (Plomin et al. 1999; Levontin 2002). Vielmehr können wir heute - vorsichtig - annehmen, dass die Eiweißhülle, von der die DNA umgeben

¹ Ich danke Prof: Hilarion Petzold für kritische Beratung und Ergänzung dieses Kapitels

ist, auf molekularbiologischer Ebene stark auf Umweltreize reagiert (vermittelt durch neurohumorale Regulationsprozesse wie Gefühle und handlungswirksame Überzeugungen sowie durch konkrete Nährstoffe) und damit die Genexpression bestimmter DNA-Sequenzen getriggert oder gehemmt wird (Decluve et al. 2009). Dabei spielt also die DNA selbst - so die Modellvorstellungen - eher die Rolle der „hardware“, während die epigenetische Schicht eine „software“-Rolle zu übernehmen scheint. Sie bestimmt in diesen Modellvorstellungen, welche DNA-Sequenzen sich in Form von Zellkopien in den Organismus exprimieren und welche nicht. Interessanterweise werden bestimmte epigenetische Programmierungen nicht nur vererbt, sondern bereits vor einer Befruchtung in der Strukturierung der elterlichen Epigenetik programmiert, so dass diese bereits *bei der Befruchtung* für eine *umweltabhängige Rekombination* des weiblichen und männlichen Genoms sorgen könnten. Dies lässt die Annahme zu, dass wir ggf. in unseren epigenetischen Programmierungen schon zu diesem frühen Zeitpunkt Informationen in uns tragen, die uns auf die Umwelt, in die wir wahrscheinlich hineingebohren werden, vorbereiten. Wenngleich die Ergebnisse der Epigenetik nicht vorschnell überdeutet werden dürfen, so sind hier Entwicklungen zu erwarten, die vielleicht in einiger Zeit auch die Psychotherapie erreichen werden, wobei die Frage einer gezielten Beeinflussung dieser Prozesse durch psychotherapeutische Interventionen noch überhaupt nicht absehbar ist (Decluve et al. 2009; Lipton 2009; Spork 2010).

Evidenzforschungen

Über diese Grundlagentheorien hinaus, werden in der Integrativen Therapie Ergebnisse von Evidenzforschungen zurate gezogen, wenn es darum geht, die Wirksamkeit einzelner psychotherapeutischer Strategien (Grawe 1998; Lutz/Grawe 2001; Sekot/Jakobi 2001; Steffan/Petzold 2001; Petzold/Märtens 1999) bzw. die Reliabilität diagnostischer Einschätzungen zu überprüfen (Möller 2000; Margraf et al. 1991; Schauenburg/Grande 2000). Dies alles läuft darauf hinaus, unter Psychotherapie „etwas anderes“ zu verstehen als nur die möglichst prompte Kur von psychischen Störungen. In Bezug auf das Desiderat einer anhaltenden und auch präventiven Wirkung psychotherapeutischer Bemühungen, müssen wir aus den bislang gewonnenen Erkenntnissen den Schluss ziehen, dass es das Beste ist, wenn Patienten unter der Begleitung ihrer fachkundigen Therapeuten allmählich sich selbst, ihre Motivationen und Störungen bzw. deren Entstehung im Lebenslauf so erfassen und verstehen lernen, dass sie ihnen als logische Folge der Ereignisse begreiflich werden. Hierdurch werden „Einsichten“, „Bedeutungsgebungen“ und damit „Integrationen“ auf einer Ebene geschaffen, die Sinnerleben (vgl. Petzold/Orth 2005; Hadot 2002) ermöglichen, und damit auch eine hohe Stabilität von Behandlungsergebnissen sichern. In präventiver Hinsicht sollte das Ziel einer „modernen Psychotherapie“ nicht nur ein gesellschaftlich festgelegtes Maß an Gesundheit sein; eigentlich fördern nach der Erfahrung von Deprivation, Traumatisierungen und anderen belastenden Lebensereignissen erst eine individualisierte Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung, die Einrichtung verbesserter sozialetischer Einstellungen („social attitudes“) das Zurückkehren in ein Empfinden der Verbundenheit mit sich selbst, der Welt oder den anderen Menschen. Referenzautoren für den Integrativen Ansatz sind Henry Dunant (1897/2001), Pierre Bourdieu (1993), Michel Foucault (1989), mit denen sich Themen der „Gewissensarbeit“ oder der „Tugenden“, die heute immer wichtiger werden – und hier geht es um mehr als um Über-Ich-

Strukturen *sensu* Freud – angegangen werden können durch eine melioristische Sozialethik, gendersensibel orientiert an *Menschenwürde* und *Integrität* (Petzold/Orth 2011), durchaus unter neurobiologischen und evolutionspsychologischen Perspektiven (Changeux et al. 2005; Petzold 2003d), gerichtet auf eine altruistische Lebenspraxis (Petzold/Sieper 2011; Petzold et al. 2010), die vielen Menschen wichtig ist.

Aber: gibt es ein gemeinsames Terrain für psychotherapeutische Schulen? Natürlich werden heute vielfältige Bemühungen aus der Richtung der psychotherapeutischen Evidenzforschung unternommen (z.B. Petzold/Märtens 1999; Sekot/Jacobi 2001), die sich dies zum Ziel gesetzt haben. In Amerika gibt es seit langem Integrationsbemühungen im Feld der Psychotherapie (Norcross/Goldfried 1992; Castonguay/Goldfried 1997), in Deutschland hat die Forschungsgruppe um Grawe einiges an Arbeit geleistet (Grawe 1998; Grawe et al. 1994; Lutz/Grawe 2001), gleichermaßen die Integrationsbewegung um Petzold (1993; vgl. Steffan/Petzold 2001). Gleichwohl fehlt es weiterhin an Neutralität. Den Boden für eine „Allgemeine Psychotherapie“ könnte nur eine unabhängige empirische Forschung stellen, vielleicht in Zukunft in Form einer „*evidence based psychotherapy*“, aber die Wege dorthin sind noch weit und verzweigt. Demgemäß bildet die „Klinische Entwicklungspsychologie“ derzeit die beste Grundlage, um - unter Einbeziehung tiefenpsychologischer, behaviouraler, traumatheoretischer und sozialökologischer/systemischer Gesichtspunkte sowie neurobiologischer und epigenetischer Forschungen - zu einem „Integrativen Entwicklungsorientierten Ansatz“ in der Psychotherapie zu gelangen (Resch 1996; Keller 1998; Petermann et al. 1998; Oerter et al. 1999; Röper et al. 2001). Sie kann - zusammen mit der empirischen Longitudinalforschung (Petzold et al. 1993; Kahn/Antonucci 1980; Filipp 1990; Rutter 1992) - zur Basis werden sowohl für die Exploration ätiologischer Prozesse als auch für die Suche nach geeigneten Interventionsschritten und Behandlungsmethoden (Noam/Röper 1999).

2. Allgemeine ätiologische Theorien

Aufbauend auf diesen Grundlagentheorien, ist eine Sichtung derjenigen ätiologischen Theorien notwendig, die für sich in Anspruch genommen haben, die Entstehung von psychischen Störungen im Allgemeinen erklären zu können.

Zu diesen allgemeinen Ansätzen gehören die Tiefenpsychologie (Mertens 2001; Reimer/Rüger 2006), die Lern- und Verhaltenstheorien - vor allem diejenige nach der „kognitiven Wende“ (Margraf 2008; Meinschmidt et al. 2011; Försterling-Stiensmeier/Pelster 1994) -, weiterhin die Stresstheorie (Rensing et al. 2005) mit ihrer Ausdehnung der Forschungen im Bereich des traumatischen Stress´ (Courtois/Ford 2010; van der Kolk et al. 2000; Petzold et al. 2000) sowie sozialökologische Ansätze, die auf die interaktiv-synergetische Seite der Krankheitsentstehung abzielen. Zu diesen zählen die Systemische Theorie (Schiepek 2001), die Netzwerktheorien (Stegbauer/Häußling 2010) und die Klinische Sozialpsychologie (Petzold 2004, 2005v). Detailliert habe ich dies bereits anderer Stelle vorgenommen (Osten 2009), weshalb ich hier nur einen kurzen Überblick geben möchte.

Tiefenpsychologie

Freud hospitierte nach seiner Habilitation von Oktober 1885 bis März 1886 bei Charcot und verband in seiner ersten Konflikttheorie Charcots und Janets Ideen mit Friedrich Nietzsches Vorstellungen vom Unbewussten und von der Konflikthaftigkeit bzw. Zerrissenheit des Menschen, allerdings, ohne diese Verbindungen zu deklarieren (Safranski 2002). Als grundlegend hierfür konzipierte er den „Sexualtrieb“, der, vor dem Hintergrund einer von Fließ entlehnten (und wiederum nicht deklarierten) Idee „psychosexuellen Entwicklung“ und ihrer Verarbeitung durch das Individuum - die neurotische „Kompromissbildung“ - Prozesse der Krankheitsentstehung aufzeigen sollte (Freud 1999d, e; vgl. Mentzos 1991; Mertens 2001). Später entwickelte Freud die Aggressionstheorie im Kontext seines Todestriebtheorems und Sandor Ferenczi steuerte (1932) die Theorie der „frühen Defizite“ im Bereich der „Charakterbildung“ bei, die plausibel machen sollte, warum Menschen mit frühen Deprivationserfahrungen - aufgrund defizitärer Repräsentationsleistungen - nicht in der Lage seien, die von Freud formulierten Konflikte (z. B. den „Ödipuskonflikt“) in einer „reifen“ Art zu bewältigen. Dieser zweite Strang - der der „frühen Störungen“ - wurde später weiter ausdifferenziert und führte über die „Objektbeziehungstheorie“ (Kernberg 1985) zum Ansatz einer „Selbstpsychologie“ (Kohut 1979), die in ihrem Denken über die reine sexuelle Triebtheorie hinausging und eine mehr kontextuell orientierte „Bedürfnispsychologie“ als grundlegende Motivation des Menschen entwarf.

Beiden Ansätzen, dem psychoanalytischen und dem neoanalytischen, ist je ein spezifisches Manko eigen, der erste zentrierte zu einseitig auf das Individuum, sein sexuelles Begehren und dessen Abwehr als grundlegende Handlungsmotivation des Menschen. Die Vorstellung, dass die Bewältigung eines Konfliktes im Kleinkindalter („ödpale Phase“) eine derart gravierende, lebenslange Rolle spielen sollte, erschien schon Zeitgenossen und Mitstreitern Freuds bald als ein unzulässiger Reduktionismus (Ferenczi, Jung, Adler, Balint). Der zweite Ansatz der Selbstpsychologie setzte in seinen ätiologischen Konzeptuierungen noch früher an und maß den gesamten späteren Entwicklungen nur eine äußerst marginale Bedeutung in der Krankheitsentstehung zu, dabei wich er von der Zentrierung auf die „innere Realität“ kaum ab. In neuerer Zeit sollte die psychoanalytische Bindungsforschung mit breit angelegten longitudinalen Untersuchungen diese Theorien stützen (Brisch et al. 2002); aus integrativer Perspektive wird das aber, wie schon erwähnt, kritisch gesehen. Aus diesen Gründen wurde auch der selbstpsychologische Ansatz in der Psychoanalyse als eine Vereinfachung angesehen, selbst innerhalb der Psychoanalyse (Pohlen/Bautz-Holz Herr 1995).

In der ätiologischen Theorie der Integrativen Therapie spielen „Konflikte“ und „Defizite“ als die ersten beiden von sechs ätiologischen Ebenen, auf die ich nun Schritt für Schritt näher eingehe, eine Rolle. Nur wurden sie hier aus dem Kontext der Triebtheorie herausgelöst und auf eine breitere Basis der Vorstellung einer generellen Konflikthaftigkeit, ja sogar „Paradoxie“ des Menschen und des Lebens gestellt (Petzold 1988). So werden in Bezug auf die Krankheitsentstehung nicht nur intrapsychische Konflikte angenommen, sondern es erfolgt eine Öffnung erstens in den psychosozialen Raum, so dass intern-extern-Variationen/-Konstellationen von Konflikten vorstellig werden, und zweitens in die longitudinale Perspektive hinein, so dass über die gesamte Lebensspanne Konstellationen von intra- und extrapsychischen Konfliktlagen abgebildet werden können und sowohl Defiziten als auch Konflikten in der gesamten Le-

bensspanne ätiologische Relevanz zugesprochen wird (Petzold/Steffan 2001; Petzold/Schuch 1992). Dabei werden auch nicht nur bipolare Konflikte angenommen - genau genommen stellen diese eine harsche Abblendung lebendiger Synergien dar. Schon beim „gesunden“ Menschen wird von einer zumindest teilweisen Unvereinbarkeit, im Falle gestörter Persönlichkeiten sogar von einer ultrakomplexen, von gegenläufigen Impulsen und Repräsentationen gesteuerten Konflikthaftigkeit ausgegangen (Festinger 1978). Wollte man hier nur bipolare Konflikte ausmachen, hieße das, die lebendige Komplexität des Menschen schlichtweg zu ignorieren.

Diese Vorstellung wird erweitert durch die Bedeutung einer ebenso komplexen Außenwelt, von der ebenso viele oder noch viel mehr Einflüsse einwirken, die das Individuum verarbeiten muss und auf die es auch - komplex motiviert - reagiert, *for better or worse!* Dabei entstehen „Paradoxien“, die ein gesunder Mensch als Herausforderung sieht, bei vorhandenen Ressourcen gut bewältigt, vielleicht sogar mit viel Humor und mit dem Gewinn einer eindeutig nachweisbaren Resilienzbildung, ein Kranker jedoch als unbewältigbare Überforderung erleben kann.

Auch was die „Defizite“ angeht, besteht damit ein erweitertes Verständnis. Menschen haben von Beginn an „Grundbedürfnisse“ (Osten 2009), die erstens anlagebedingt und erst in zweiter Linie durch ihre dynamische Regulation bedingt sind. Darüber hinaus sind sie Voraussetzung für die Anschaltung vieler genetischer Entwicklungsprogramme. Defizite in diesen Bereichen führen relativ schnell zu „Inkonsistenzerfahrungen“ (Grawe 2004), regulieren Stressparameter im Organismus hoch und besitzen damit eine hohe ätiologische Relevanz. Auch diese Dynamik bezieht sich im Integrativen Ansatz bei Weitem nicht allein auf frühe Entwicklungsphasen: Menschen benötigen über die gesamte Lebensspanne hin differentielle Ressourcen, je altersspezifisch unterschiedlichster Qualitäten, und wenn diese dauerhaft ausbleiben, wenn keine wirksame Kontrolle durch das Individuum ermöglicht werden kann, machen dauerhafte Inkonsistenzerfahrungen Menschen nachgewiesenermaßen krank (Rensing et al. 2005).

Lern- und Verhaltenstheorie

Russische Zeitgenossen von Janet und Charcot erforschten zeitgleich ein ganz anderes Modell zum Verständnis des menschlichen Verhaltens und seinen Störungsbildern; es waren Iwan Petrowitsch Pawlow (1849-1936; Lit. 1928) und Vladimir Michailowitsch Bechterev, (1857-1927; Lit. 1933), beide untersuchten *Reflexe* lebender Organismen. Die Untersuchungen Pawlow's an seinen Hunden sind weltbekannt. Er beobachtete, dass nach mehrmaligem Anbieten von akustischen Reizen (Glockenläuten) und einer darauf folgenden Fütterung später bereits die Tonwahrnehmung ausreichte, um bei den Hunden einen Speichelfluss auszulösen, der Appetit signalisierte. Man nennt heute nach Pawlow diesen Lernvorgang „klassische Konditionierung“ und die beschriebene Reaktion einen „konditionierten Reflex“. Pawlow meinte, es handle sich um einen *erlernten*, nicht natürlichen Reflex und dass sich diese Befunde auch lernpsychologisch auf den Menschen übertragen ließen. So erklärte er, dass Psychosen durch Abwehrreaktionen gegen eine Überflutung durch erregende Signale hervorgerufen würden. Bechterev (1933) untersuchte dies beim Menschen und aus dieser Strömung ging die Lern- und Verhaltenstheorie hervor, die einen anderen Ansatz in der Entstehung psychischer und psychosomatischer Störung verfolgte. Diese Bewegung erzeugte Formen

einer „russischen“ Tradition der Lern- und Verhaltenstheorie, die später in komplexen Weisen, etwa von Anochin, Leontjew und Lurija weitergeführt wurden, die evolutionsbiologische und neuphysiologische, nichtlineare systemische Regulationsmodelle ausarbeiteten, unter deutlichem Gesellschaftsbezug (Lurija 1932; Lurija, Vygotskij 1930; Köbl 2006). Auch diese Strömungen wurden im Integrativen Ansatz aufgenommen (Sieper/Petzold 2002; Petzold/Michailowa 2008).

Der amerikanische „Behaviorismus“ konzipierte das menschliche Verhalten als von Grund auf erlernt, der Mensch galt bei Geburt als „unbeschriebenes Blatt“, alles Verhalten sollte durch „klassische“ oder „operante“ (auf ein Lernziel hin konditionierte) Lernprozesse hervorgebracht worden sein. Mit diesen Prämissen konzentrierte sich auch die Therapie psychischer Symptome auf das „Umlernen“ dysfunktionalen Verhaltens (Watson/Rayner 1920; Skinner 1938, 1953, 1974; Watson 1968). Die Lerntheorien sollten aufzeigen, dass bestimmte Muster des Verhaltens in Umgebungen erlernt würden, die nicht repräsentativ für das ganze Leben seien, die Patienten sollten hier nicht durch „Erinnern-Wiederholen-Durcharbeiten“ (Psychoanalyse), sondern durch „operantes Konditionieren“ zu besser an die Realität angepasstem Verhalten zurückfinden. Zu diesen Ansätzen gehörte auch das Modell der „erlernten Hilflosigkeit“ von Martin Seligman (1979; Seligman/Hager 1972), das als Vorläufer der Attributionstheorie zu werten ist und daher heute eine zentrale Rolle in der Ätiologie psychischer Störungen spielt.

Innerhalb der Lern- und Verhaltenstherapie kam es in den 60er Jahren zu Erweiterungen. In der Diskussion um Behandlungstechniken und die theoretische Erklärung von therapeutischen Effekten wurde die frühe behavioristische Idee vom Menschen (der Mensch als „blackbox“) als zu eng erkannt: man wurde darauf aufmerksam, dass Verhaltenstherapeuten nicht nur auf der Verhaltensebene arbeiteten und auch nicht nur Verhaltensänderungen induzierten. Damit wurde es theoretisch schwierig, bestimmte Verfahren (z.B. Modelllernen, soziales Lernen) nur mit Hilfe explizit behavioristischer Terminologie zu erklären. Dieser Umstand führte zu der „Kognitiven Wende“, der zufolge auch Gedanken, Bewertungen, Affiliationen und Reaktanzen, Attributionen und Kontrolle als wichtige Bestandteile der Verhaltenstheorie anerkannt wurden. Im therapeutischen Bereich resultierte dies z.B. in der Konstituierung der Selbstkontrollverfahren: die Beendigung einer Therapie war unproblematischer, eine Destabilisierung unwahrscheinlicher, wenn der Klient in der Lage war, sein Verhalten selber zu verstehen und zu steuern (Reinecker 1978; Gardener 1989; Grob/Perrig 2000). Damit wurde auch die kognitive Einsicht in die „Unsinnigkeit“ dysfunktionaler Lösungsversuche - die Maladaptivität - zum therapeutischen Agens. Umgesetzt wurden diese Vorstellungen durch „Einsicht fördernde“ und „übende Ansätze“ oder die „Expositionstherapie“.

In der Vorstellung, dass Menschen über die gesamte Zeitspanne ihres Lebens lernen, liegt etwas grundlegend Richtiges. Dabei betrachtete der Behaviorismus aber die „Richtung“ des Lernens immer einseitig und vernachlässigte das Faktum, dass etwa Kinder nicht nur adaptiv aus ihrer Umgebung lernen, sondern dass sie ihre Lernumgebungen durchaus selbst auswählen und durch ihr eigenes Verhalten auch das Erziehungsverhalten ihrer Eltern beeinflussen können. Diese Wechselseitigkeit wird auch heute in der modernen Verhaltenstherapie noch größtenteils abgeblendet (Asendorpf 2009).

Der Behaviorismus hat also unterschiedliche Strömungen hervorgebracht, die auch unterschiedlich gut an die menschliche Realität angepasst sind. Von diesen ist sicher die soziale Lerntheorie die plausibelste, weil sie die stringenteste Einbindung in den menschlichen Lebensvollzug vornimmt (Bandura 1979; Mead 1934), und mit dem Imitationslernen, durch Linien zur Sozialisationstheorie von (G.H. Mead 1934) und weiter zur kulturhistorischen Schule von Vygotskij - seinem Konzept der „Interiorisierung in der Zone der nächsten Entwicklung“ (Petzold 2009k, 2010g) - eine Anbindung an in der Evolution entstandene neurobiopsychologische Funktionen ermöglicht: Menschen konnten sich immer nur in Gemeinschaften weiterentwickeln, weshalb die Komplexität sozialer Lernprozesse - zwischen Affiliation und Reaktanz in sozialen Bindungsprozessen - einen bevorzugten Lernmodus darstellt. In die Integrative Therapie gehen vor allem diese Strömungen der Lern- und Verhaltenstheorie ein - zusammen mit dem Modell eines komplexen sozialen Lernens (Sieper/Petzold 2002) -, und mit der konsequenten Vorstellung, dass es keine einzige (Lebens-) Situation gibt, in der wir nicht etwas lernen würden, was wir danach nicht schier selbstverständlich auf neue Situationen und Herausforderungen hin wieder anwenden würden.

In diesen Entwurf wurden daher auch die neurobiopsychologischen Konzepte und jene der Informationsverarbeitung mit einbezogen - Lernen als ein „neuronales Lernen“ (Spitzer 2002), als Konnektivierung „synaptischer Aktivierungscluster“, als „persönlich bedeutsame Informationsverarbeitung -, denn Gelerntes wirkt sich wahrscheinlich nicht nur auf das konkrete Verhalten aus, sondern komplex auf alle funktionalen Segmente der Persönlichkeit, also auf „Einstellungen“, „Überzeugungen“ und „implizite Erwartungen“, auf die „Selektionen der Wahrnehmung“, auf den „Stil der Verarbeitung und Bewertung“ auf kognitiver und emotionaler Ebene, auf Schemata der „sozialen Repräsentation“, auf „Annäherungs- und Vermeidungsprozesse“, bis hinein in das, was wir wollen, die „Präferenzen“ und die „Intentionalität“ (Motivation, der konkrete Wille) und damit auf die gesamte „Handlungsorganisation“. Es ist sogar wahrscheinlich, dass Lernprozesse bis in biologische Strukturen hinein wirksam sind, als epigenetische Programmierungen (Spork 2010). Dies ist einer der Gründe für die Konzeptuierung des Persönlichkeitsmodells, das den hier vorgestellten Gedanken zu Grunde liegt.

Stress- und Traumatheorie

Eine weitere ätiologische Strömung schloss schon früh in den 40er Jahren sowohl an die Konflikttheorie als auch die Lern- und Verhaltenstheorien an. Die empirische Stressforschung anerkannte die Realität von Konflikten im menschlichen Dasein, wollte aber auf eine empirische Überprüfbarkeit nicht verzichten (Hobfoll 1998). Bipolare „Grundkonflikte“, wie Freud sie zwischen Autonomie und Abhängigkeit, Dominanz und Unterwerfung etc. formulierte oder entwicklungsantagonistische Konflikte wie sie Erikson (1988) in Anlehnung an Freud postulierte - z.B. „Initiative vs. Schuldgefühl“ für diejenige Phase, die Freud als die ödipale bezeichnete -, waren aufgrund ihrer schlechten Operationalisierbarkeit schwer überprüfbar. Der Stress jedoch, den diese im Organismus erzeugten, war an verschiedenen Parametern - Tonuserhöhung, Hautwiderstandsmessungen, immunologische Parameter etc. - leicht nachweisbar; ebenso die maligne Wirkung von Stress auf psychische Leistungen und organische Prozesse. Auf diese Weise entstanden die bis heute am besten belegten Theorien der Krankheit-

sentstehung (Lazarus 1966; Nitsch 1981; Hobfoll 1988). Stress hat nachweisbare Auswirkungen auf die Wahrnehmung, die (emotionale und kognitive) Verarbeitung und das Verhalten des Menschen (Petzold et al. 1995; Petold/van Wijnen 2010)), auf neurobiologische Prozesse, die das Immunsystem regulieren und negative Genexpressionen abpuffern können sowie auf menschliche Lernprozesse (Hellhammer/ Kirschbaum 1998). Unter dauerhaftem Stress dissoziieren viele Persönlichkeitsfunktionen und Regulationsmechanismen, etwa das Leib- und Emotionserleben, attributionelle Kognitionen sowie das Sozialverhalten, auf eine Ebene marginalisierter oder basaler Wahrnehmungen, Einschätzungen und Entscheidungsregeln. So entstehen dysfunktionale psychosoziale Bahnungsprozesse bzw. an breitere Umgebungen und Situationen dann schlecht angepasstes Verhalten, u.U. auch generalisierte Einstellungen und Überzeugungen (Stahlberg/Frey 1996; Stroebe/Jonas 1996). Die empirische Stressforschung liefert heute die einzige uneingeschränkt haltbare Theorie zur Erklärung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Sie wurde durch die Traumatheorie und entsprechende neurobiopsychologische Forschungen erweitert (van der Kolk et al. 2000; Yehuda/McFarelane 1997).

Die Traumatheorie, als eine Unterform der Stresstheorie, hat über eine Vielzahl von neurobiopsychologischen Untersuchungen nachweisen können, dass unter dem Einfluss traumatischer Erfahrungen eine ganze Reihe elementarer psychischer Funktionen desintegrieren (van der Kolk et al. 2000). Die Verarbeitungsprozesse einer Extrembelastung werden in der Integrativen Therapie zunächst als Überleben sichernde Reaktionen verstanden, die - durch reduzierte Kontextwahrnehmungen - möglichst fokussierte Gefahreinschätzungen mit entsprechenden Handlungs-Reaktionen ermöglichen. Im weiteren Verlauf der Traumaverarbeitung spielen Faktoren der mnestischen Enkodierung, der Abspeicherung und des Wiederabrufs von Traumaerinnerungen eine zentrale Rolle, die einerseits eine weitere wichtige Schutzfunktion im Sinne eines „normalen Lebensvollzugs“ des traumatisierten Menschen, andererseits jedoch genau das „Problem“ - die klinische Symptomatik der PTBS - darstellen können. Wegen der zentralen Bedeutung für das Modell der Ressourcenakquisestrategien führe ich dies etwas detaillierter aus (vgl. Osten 2008).

Durch traumatische Erfahrungen zerfallen auf der neuronalen Ebene in der Regel wichtige Verarbeitungsstrukturen, die kontextualisierte Verarbeitung und Langzeitgedächtniseinspeicherung, Versprachlichung und Erfahrungs-Modifikationen in frontalen Hirnzentren ermöglichen, was hirnhysiologisch und auch auf transmissorischer Ebene gut nachgewiesen werden konnte (Kapfhammer 2000; Bremner/Marmar 1998; Metcalfe/Jacobs 1998).

Bei traumatisierten Menschen besteht oft ein deutlicher Aufmerksamkeitsbias hinsichtlich des processings von trauma-assoziierten Schlüsselreizen, was zu einer Sensibilisierung führt, innerhalb derer Reize übergeneralisiert werden und schließlich zu der spezifischen (Über-) Ängstlichkeit und/oder zu den Vermeidungshaltungen und -handlungen führen können. Es kann zu Auffassungsstörungen mit Überempfindlichkeits- und Schreckreaktionen kommen. Dem gegenüber stehen mnestische Blockaden, die ein aktives Memorieren verhindern und bis hin zu Vollamnesien hinsichtlich des Traumaerlebens reichen können; diese können oft über Jahrzehnte hin anhalten, bis sie durch reduzierte Arousal-Zustände (verschiedener Genese, spontan, durch Krankheiten oder Unfälle, Drogeneinwirkung, aber auch durch psychotherapeutische Inter-

ventionen) plötzlich Fragmente der Wiedererinnerung hervorbringen (Krystal et al. 1995). Sowohl intero- als auch exterozeptive Schlüsselreize können hier verantwortlich sein. Dies wird in der Regel als unangenehm bis aversiv erlebt, weil das Aufkommen der Erinnerung als intrusiv und wenig kontrollierbar erscheint. Die aufkommende Wiedererinnerung stellt meist nur Fragmente der Gesamtsituation des Traumas dar, weshalb sie der ursprünglichen traumatischen Situation schlecht zuzuordnen ist; sie ist meist begleitet von heftigen emotionalen (Affektdurchbrüche) und vegetativen Reaktionen (Schwitzen, Übelkeit, Herzrasen, Palpitationen, Fluchtimpulsen). Zusätzlich zur sensumotorisch und optisch fragmentierten Wahrnehmung kann das Erleben von Zeit, Raum und Körper verzerrt sein.

Das Trauma-flashback kommt mit einem assoziierten Gefühl der Realerfahrung, was eine schlechte kognitive, emotionale und attributionelle Diskriminationsfähigkeit bewirkt. Das unter dem Einfluss eines flashbacks stehende Individuum erlebt, als ob die real vorfindliche Situation die kausale Struktur für sein Erleben darstellen würde und kann entweder schlecht oder gar nicht erkennen, dass es sich bei den vorfindlichen Phänomenen um (u.U. fragmentierte) aufkommende Erinnerungen auf allen Ebenen handelt. Die wiedererinnerbaren Kerninformationen des Traumas perseverieren in der Regel und sind gegenüber dem Vergessen oft resistent. Wenn das über Jahre geht, entsteht auch ein Gefühl (Attribution) der Unveränderbarkeit dieser Prozesse (Kapfhammer 2000).

Neuroimaging- und fMRT-Untersuchungen des cerebralen processing bei Traumatisierten zeigen eine erhöhte rechtshemisphärische Aktivität (anteriorer ventraler Gyrus und rechte Amygdala), während die untersuchten Personen entweder von real erlebten Traumainhalten erzählten oder traumabezogenen visuellen Imaginationen ausgesetzt waren. Eine Aktivierung in eng mit der Amygdala assoziierten limbischen Strukturen ging mit einer erhöhten Aktivität des rechtsseitigen visuellen Cortex einher, begleitet vom Auftreten intensiver flashbacks. Gleichzeitig aber war das linksseitige Broca-Areal deaktiviert, das als verantwortlich für die verbale Enkodierung von Erlebnissen angesehen wird. Diese Lateralisierungssphänomene einer rechtshemisphärischen Emotionalisierung gegenüber einer ungenügenden oder fehlenden Verbalisierungsmöglichkeit durch die linke Hirnhälfte belegen einen schlechten Transfer von Traumaerfahrungen in sprachdominante Zentren. Durch diesen „sprachlosen Terror“ - also auch auf der Ebene der Gehirnfunktionen nachweisbar - kann man das vorrangig somatisierte Erleben vieler Traumatisierter nachvollziehen (Kapfhammer 2000; Rauch et al. 1996; Shin et al. 1997, 2001).

Kontrolle und Attribution von Traumaerfahrungen - vor allem eben durch einen der menschlichen Verarbeitung gemäßen Modus der „narrativen Praxis“ - wird somit erschwert oder gar verunmöglicht. Traumatische Erfahrungen entziehen sich so einer kognitiven, emotionalen aber auch attributionellen Einschätzung und damit den Möglichkeiten einer Umbewertung. Davon sind auch die Weiterführung persönlichkeitsbildender Strukturen sowie wichtige Funktionen der Identitätsbildung betroffen. Durch die Blockierung präfrontaler Systeme fehlen funktionale Voraussetzungen für die Modifizierbarkeit der traumatischen Erfahrungen in weiterführende selbstreferentielle Prozessbildungen (kognitive und emotionale Kontextualisierung, Umbewertung, Einbettung der Traumaerfahrung in größere sinngebende Kontexte etc.; vgl. Krystal et al. 1995).

Auf der Ebene der autonomen Körperreaktionen bleiben eine Überempfindlichkeit in der Antwort auf Stress, Hypervigilanz, Schlafstörungen, ein autonomes Hyperarousal (Reizbarkeit, Übererregtheit) oder Numbing (emotionales und affektives Abgestumpftsein als Vermeidungskompensation oder Ausgebranntsein) sowie somatoforme Abwehrreaktionen (die im Leben und sozialen Umfeld von Patienten oft psychodynamische und interaktive Funktionen übernehmen) zurück. Dabei kann ein reduziertes *arousal*, zum Beispiel durch Schlaf, Alkohol, Entspannung, diese Dissoziationsphänomene auflockern und zu flashback Phänomenen führen, was dann letztlich zu der Dauerstressbelastung, ohne rechte Möglichkeiten zur Rekreation, führen kann (Yehuda/McFarelane 1997; Petzold et al. 2000a).

Traumatisierungen im Allgemeinen, aber vor allen Dingen auch solche, die „schleichend“, als prolongierte Deprivationserfahrungen auftreten, wie das bei den verstörenden Dynamiken der misslingenden kindlichen Ressourcenakquise im familiären Kontext häufig der Fall ist, darf mit all diesen Überlegungen ein ähnlich solitärer Status in der Ätiologie verschiedener Erkrankungen zugesprochen werden wie dem Stressphänomen an sich, vor allem bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wie den Persönlichkeitsstörungen (in Anhang 4 befindet sich eine Checkliste mit den Leitsymptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung). Die eben dargestellten Probleme kommen ja auf psychopathologischer Ebene in vielen psychischen Störungen vor - Angststörungen, Depressionen, Zwangserkrankungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen usw. -, weshalb sie ohne längsschnittliche Erfassung von Biographien diagnostisch oft falsch eingeschätzt werden. Die Verarbeitungsdynamik traumatischer Deprivationserfahrungen und die in sozialen Erfahrungen „erlernte Hilflosigkeit“ stehen, was die misslingenden Ressourcenakquise bei Kindern angeht in einem engen Zusammenhang (Osten 2009).

Sozialökologische Theorien

Während die Psychoanalyse dem sozialen Kontext des Menschen kaum eine ätiologische Rolle zuwies - Sigmund Freud hat fast ausschließlich auf die *innere* Realität des Menschen zentriert -, sprachen die Stresstheorie, die Lerntheorie, der Behaviorismus und die russische Schule der Kontexttheoretiker (Anokin 1974, 1978; Vygotskij, Lurija, Leont'ev, vgl. Kölbl 2005) kontextuellen Faktoren in der Krankheitsentstehung eine deutlich größere Bedeutung zu. Auch Jakob Moreno (1934, 1937) sah diesen Zusammenhang - den Menschen als „soziales Atom“ - in seiner Soziometrie schon sehr früh. Aus dieser Bewegung entstanden die „sozialökologischen Theorien“, unter die die „Soziale Netzwerktheorie“, die „Systemtheorien“ und die „Klinische Sozialpsychologie“ zu subsumieren sind.

Die soziale Netzwerktheorie (Stegbauer/Häußling 2010; Röhrle 1994; Petzold 1979c; Hass/Petzold 1999;) steht im Ansatz der Integrativen Therapie in engem Zusammenhang mit der Longitudinalforschung (Funder et al. 1993; Kahn/Antonucci 1980; Rutter 1988) und konzipiert ätiologisch relevante Faktoren bzw. Stressoren als synergetische Auswirkungen von Person-Umwelt-Interaktionen über die gesamte Lebensspanne hin; das ist vor allen Dingen wiederum in entwicklungspsychologischen Zusammenhängen zu verstehen. Petzold (2004b) hat diese Wechselwirkungen unter dem Blickpunkt einer Klinischen Sozialpsychologie gefasst und beschrieben, in dem auch kulturpsychologische Ansätze eine Rolle spielen. Dabei finden auch Systemtheo-

rien ihren Platz; diese brachten mit der Kybernetik die Frage der Beobachtermotivation auf den Plan - somit stand die herkömmliche Vorstellung der „Festigkeit“ von Wirklichkeit und Verhalten zur Disposition - und entwickelten diesen Blickpunkt konsequent weiter, in dem sie auf die wechselseitige, konstruierte und selbstorganisierende Abhängigkeit aller Phänomene hinwiesen (Wiener 1965; Anokhin 1978; Vygotskij 1978; Kelso 1997; Thelen/Smith 1997; Luhmann 2001; Bernstein 1971; Gibson 1982). Wirklichkeit ist nicht objektiv sondern sie ist eine „synergetische Konstruktion“, die zu „sequentiellen Wirklichkeiten“ führt, die situativ verstanden werden müssen und deren Bezugspunkte mit dem Abklingen einer Sequenz wieder verschwinden können. Diesen Ansatz verfolgt auch der „dynamisch-interaktionale“ Ansatz in der Persönlichkeitspsychologie (Asendorpf 2007). Diese Synergieeffekte sind im Sinne einer Spezifizierung von Stress als ätiologische Faktoren besonders bedeutsam.

Einen allzu konsequenten Schritt weiter gingen hier, als letzte große anwendungsbezogene psychotherapeutische Theorienentwürfe, die familiensystemischen Theorien, die das menschliche Verhalten als vollständig durch den familiären Kontext definiert sahen und die auch den bis dahin gebräuchlichen Wirklichkeitsbegriff durch einen *radikalen* Konstruktivismus in Frage stellten. Familiensystemische Theorien sehen ätiologische Faktoren in (familiären) Umgebungen mit für das Individuum verwirrenden Kommunikationsstrukturen, die maligne zirkuläre Bedeutungswelten erzeugen und so zu dysfunktionalem Verhalten des Individuums führen. Dass das menschliche Verhalten kontextorientiert ist, ist eine äußerst einleuchtende Vorstellung, denn es gibt kein Verhalten, das nicht als „Antwort auf ...“ verstanden werden kann (Watzlawick et al. 1969), die Reduzierung von Einflussfaktoren allein auf familiäre Umgebungen dagegen, ohne den Einbezug der weiterhin umgebenden Systeme bzw. eine „Lösungsorientierung“, die die Historizität und die Sinnbedürftigkeit des Subjektes ausblendet, bleibt der Realität des Menschen jedoch das Wesentliche schuldig (Petzold 2006d).

Die Integrative Therapie übernimmt aus der systemischen Familientheorie daher nicht den Deutungsanspruch, das menschliche Verhalten *allein* aus der Kontextorientierung der Familie heraus zu erklären, denn das menschliche Leben findet nicht nur im (zwar mehrgenerationalen) Kontext der Familie statt, sondern in mehreren und auch noch in größeren bedeutungsgebenden Netzwerken, die im Individuum und seinen Funktionen „synergetische“ Wirkungen erzeugen (Petzold 2006d). Da sind natürlich zunächst Familienatmosphären, Familiengeschichten und -dramen mit bedeutungsvollen „Skripten“, die Werthaltungen, Rolleninventare, Macht- und Abhängigkeitsdynamiken beinhalten, auf die das Individuum zunächst sehr implizit bezogen ist und die es erst langsam, mit wachsender Sinnerfassungs- und Differenzierungskompetenz bewusst erfassen kann (Petermann et al. 2004). Darüber hinaus werden im Integrativen Verständnis der Familie auf motivationaler Ebene evolutionäre und gendertypische Konzepte angenommen, die Familie wird eingebettet in entwicklungspsychologische, familiensoziologische (Schicht, Gesellschaft) und sozialpsychologische (Netzwerk-) Prozesse betrachtet, und im Hinblick auf das „familiäre Unbewusste“ wird Bezug genommen auf Modelle „kollektiver Kognitionen und Mentalisierungen“ (Petzold 2005; Moscovici 1988, 2001). Außerdem wird für das Verständnis der Motivation menschlichen Verhaltens eine konsequente Verschränkung von Faktoren der inneren und der äußeren Realität angenommen (Petzold 2003a). Auch der auf der Therapieebene „lö-

sungsorientierte Ansatz“ in der familiensystemischen Therapie wird im Sinne einer integrativen Zusammenschau von individuellen dynamischen Regulationen und sozial-ökologischen Faktoren überschritten. Von daher spielen in der Integrativen Therapie in Bezug auf das Verstehen menschlichen Handelns auch soziale Netzwerk-, Kultur-, Gesellschafts- und Globaltheorien eine Rolle, weil es hier um größere, umschließende Systeme geht, deren Selbstorganisationsmechanismen auch die sie einschließenden Systeme mit beeinflussen und dynamisch regulieren (Stegbauer/Häußling 2010; Schulze 1993; Beck 1986; Bourdieu 1992; Luhmann 2001; Kleiner et al. 2003).

3. Definitionen von Gesundheit und Krankheit

Zum Schluss dieser Auseinandersetzung möchte noch auf zwei Punkte eingehen, erstens die definitorischen Aspekte des Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffes und zweitens auf die Positionierung der Integrativen Therapie im Rahmen der klassifikatorischen Diagnostik. Die Bestimmung psychischer Gesundheit und Krankheit bleibt - selbst in der klassifikatorischen Diagnostik, aber erst recht im Rahmen der ätiologischen Hypothesenbildung - stets in hohem Maße relational, weshalb bei der Definition des Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffes nicht nur (psycho-) pathologische, sondern auch ethische und soziokulturelle Aspekte eine wichtige Rolle spielen. Im je zeitepochalen „anonymen gesellschaftlichen Diskurs“ (Foucault 1974) beinhalten Vorstellungen von psychischer Krankheit einen definitiven Macht- oder Regulationsfaktor, der die Grenzziehung zwischen Gesundheit und Krankheit für den Betroffenen zu einem durchaus schmerzvollen Erlebnis machen kann. Von daher besitzt Begriff der Krankheit nicht nur eine subjektive („krank ist, wer sich so fühlt“) sondern auch eine ökogenetische, gesellschaftliche Dimension („krank ist, wer so definiert wird“).

Vor diesem Hintergrund definieren wir „Gesundheit“ in der Integrativen Therapie wie folgt: „Gesundheit ist eine subjektiv erlebte und gendersensibel bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjekts und seiner Lebenswelt. Sie ist wesentlich dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit seinem Lebenszusammenhang, wahrnimmt, und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren - entsprechend seiner Vitalität und Vulnerabilität, seinen Bewältigungspotentialen, Kompetenzen und seiner Ressourcenlage - imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten vermag; schließlich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und subjektivem Wohlbefinden entwickelt“ (Petzold/Steffan 2001).

Dem Gegenüber wird der Krankheitsbegriff folgendermaßen festgehalten: „Krankheit ist eine mögliche Qualität gesellschaftlich bewerteter Lebensprozesse des Leibsubjektes und seiner Lebenswelt. Sie kann im Verlauf durch exogene Ketten belastender und schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten oder (und) durch endogene Dysregulationen und natürliche Abbauerscheinungen verursacht werden. In der Folge hiervon werden die gesunden Funktionen des Organismus und die adaptiven Fähigkeiten des Leibsubjektes mehr oder minder beeinträchtigt, außer Kraft gesetzt oder sie gehen irreversibel

verloren. Dabei können dysfunktionale allo- und autoplastische Reaktionen auftreten, die der Gegenstand spezieller Krankheitslehre sind. Subjektive Dissonanzen zum vertrauten Gefühl eigenleiblich gespürter Gesundheit treten damit ebenso auf wie extern wahrnehmbare Abweichungen körperlicher, geistiger, emotionaler, intentionaler, behaviouraler und sozialer Lebensprozesse; dabei spielen normative, z.T. anonyme, Konsensbildungen eine Rolle. Pathogenese wird in einem integrativen Ansatz stets multifaktoriell und lebenslaufbezogen gesehen“ (ibid.).

Psychotherapeutische Diagnostik wird unter dieser Perspektive zu einem komplexen Unterfangen, das sich nicht auf die reine (querschnittliche) Klassifikation und die Beschreibung von Krankheitsbildern beschränken kann. Besonders aufdeckende Verfahren brauchen ja, um wirksam werden zu können, das Wissen des Subjektes um die Bedeutung seiner Lebenserfahrung und Geschichte, sie betreten damit den Bereich der Krankheitsentstehung, der „ätiologischen Diagnostik“, und sie betreten den Bereich der „narrativen Praxis“, die beide längsschnittlich und intersubjektiv-hermeneutisch angelegt sind (Petzold 1993a). Linear-kausale Krankheitsmodelle sind hier zu schlecht an die Variabilität von Lebensläufen angepasst und erreichen nicht die „Treffquoten“ von intersubjektiv validierten ätiologischen Theorien- bzw. Hypothesenbildungen.

Von der Seite einer klassifizierenden und Ätiologiehypothesen bildenden Diagnostik betrachtet, ist es also von Bedeutung, dass eine stringente, intersubjektiv orientierte Exploration - die den Versuch unternimmt, zentrale Probleme und Beschwerden temporär und tentativ „festzulegen“ -, eine engagierte Haltung des Therapeuten sowie einen authentischen Kontakt zwischen Therapeut und Patient nicht ausschließt. Der Patient wird dabei, soweit er das zu erfassen vermag, es hören will und es ihn nicht überfordert, in das Geschehen der Erkenntnisprozesse - „als der Spezialist für seine Störung“ - mit einbezogen (Leitner 2010). Dies ist erkenntnistheoretisch wichtig, denn wir gewinnen unsere diagnostischen Erkenntnisse nur durch das „Befragen“ unseres „Erkenntnisobjektes“ (Apel 1985). Es ist mit dieser Sicht und doppelten Herangehensweise nicht nötig, dem klassischen Antagonismus der Diagnostikdebatte zu verfallen (Positivismus vs. Intersubjektivität); vielmehr wäre festzuhalten, dass eine professionelle Haltung die Vorstellung in sich birgt, dass keiner dieser beiden Pole je voll zu verwirklichen ist, sich das psychotherapeutische Geschehen also - im Sinne einer „guten Dialektik“ - stets im polaren Spannungsraum abspielt.

4. Körper und Leib in der Integrativen Therapie

Am Ende dieses Abschnittes über Grundlagentheorien noch ein Wort zur Rolle des Körpers. Die Integrative Therapie hatte von ihren Anfängen her auf dieser Ebene schon früh begonnen, psychotherapeutisch relevante Metatheorien zu erarbeiten. Anders als die meisten psychotherapeutischen Verfahren wurde das Menschenbild der Integrativen Therapie von philosophischen Aspekten her beleuchtet (Merleau-Ponty 1967; Marcel 1986) und leibtheoretisch fundiert (Plessner 1975; Schmitz 1989), es weist den Menschen als ein soziales Wesen aus, das sich selbst, die Anderen und die Welt in Sinnzusammenhängen erlebt und auch erleben will, ein Empfinden von Kontrolle und Selbstwirksamkeit erreichen möchte und in seinem Lebenskontext und -kontinuum als ein „sinn- und bedeutungsgebender Organismus“ verstanden wird (Flammer 1990;

Lévinas 1998; Taylor 1993; Petzold 1993). Hierbei handelt es sich um eine zentrale Idee bei Maurice Merleau-Ponty, die in den Fundus der Integrativen Therapie konsistent eingearbeitet und mit einer eigenen Sinntheorie entfaltet wurde (Petzold 1978c, Petzold/Orth 2005). Dies hatte in den 70er Jahren schon Aaron Antonovsky (1997), der Begründer der Salutogenese, in seiner Idee des „sense of coherence“ festgehalten, und es wird durch neuere Forschungen auf dem Gebiet der Gesundheitspsychologie voll bestätigt (Renneberg/Hammelsten 2006; Faltermaier 2005). Der Körper als lebendiger Organismus erscheint damit weder allein als ein Mechanismus aus Knochen, Muskeln und Organen, der metabolische, humorale oder transmissorische Aufgaben übernimmt, um das Leben zu erhalten; er spielt auf der anderen Seite aber auch nicht die bloße Rolle eines „Trägers der Seele“. Aus der lebendigen organismischen Grundlage „emergiert“ im Entwicklungsprozess und Enkulturations- und Sozialisationsgeschehen durch die sozioökologischen Informationen aus Kontext und Kontinuum das personale Subjekt als „Leibsubjekt“, als „Informierter Leib“ (Petzold 2002j). Mit diesem Konzept ist eine elegante, Form des Problems der „Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse“ entwickelt worden, die einen emergenten materialistisch-monistischen Standpunkt einnimmt und dabei kulturalistisch die Dimension des „Geistes“ als persönliches Selbst-bewusst-sein und kollektive mentale Repräsentation umgreift. Der „belebte, mit Persönlichkeit erfüllte Körper wird mit dem Leibbegriff bezeichnet“. Als Symbol gelebten Lebens ist der Körper als Leib lebendiges Bewusstsein mit einer Fähigkeit zur subjektiven Bedeutungsgebung, die ihn nur begrenzt „durchschaubar“ sein lässt; er ist damit in seinen Motivationen und Impulsen letztlich „unberechenbar“ und geht stets – vom Beginn seiner Zellteilungen an – über sich selbst und über das, was an ihm „naturwissenschaftlich“ fest zu stellen ist, hinaus (Metzinger 1995, 2009).

Der Körper hat in der Geschichte der Psychotherapie erst langsam begonnen, eine Rolle zu spielen. Auch die Prozesse seiner Integration in das diagnostische und therapeutische Geschehen sind alles andere als befriedigend abgeschlossen. Zwar wurden handlungs- und theoretisch orientierte Vorstöße von praktischer Seite unternommen (Jacobson 1938; Reich 1973; Lowen 1981; Gräff 1983; Middendorf 1984; Boyesen 1987; Fuchs 1989; Geißler 1994; Downing 1996), gleichwohl bergen einige dieser Ansätze - z.B. durch mechanistische Vorstellungen körperlicher „Triebenergie“ und deren „Abfuhr“ oder durch überholte biologistische Axiome „organismischer Selbstregulation“ - zweifelhafte theoretische Implikate. Auch das Modell des „Kontaktvollzuges“ von Fritz Perls (1944; idem et al. 1951) zeigt untergründig diese Konnotation. Weitergehende Fundierung erhielten Körpermodelle in der Psychotherapie erst durch die Heranziehung leibphilosophischer Ansätze aus Deutschland und Frankreich (Marcel 1986; Merleau-Ponty 1966; Schmitz 1989; Plessner 1965, 1975; vgl. Petzold 1986, 1988; Kühn/Petzold 1992); aber bei weitem nicht alle „körperorientierten Verfahren“ haben eine theoretische Einbindung vorgenommen.

Grundsatz moderner Diagnostik in der Psychotherapie wird mit diesen Gedanken, den Menschen sowohl in seiner psychischen Entwicklung als auch in seiner Krankheit als „Leibsubjekt im Lebenszeitkontinuum“ mit einer primordialen „sozialen Ausrichtung“ zu sehen (Marcel 1986; Petzold 1988). Der Einbezug des Körpers in die Psychotherapie erschöpft sich daher nicht in der bloßen Hinzufügung ärztlich somatischer Diagnostik (was für sich gesehen fraglos wesentlich ist). Der cartesianische Dualismus wäre damit aber nicht überwunden (vgl. hierzu Uexküll et al. 1994).

Sowohl Krankheiten als auch die Prozesse der Gesunderhaltung sind in ihrer Entstehungs- und Verlaufsdynamik einer komplexen wechselseitigen Durchdringung von individuellen und lebensweltlichen Faktoren unterworfen, die zu ihren Rändern hin letztlich immer opak bleibt. Therapeutischer Respekt ergibt sich dadurch, sich bewusst zu halten, dass man mit seinem Erkenntnisinteresse stets an sehr beliebigen Punkten in bereits lang laufende „Gestaltkreise“ (v. Weizsäcker 1947) eingreift, um „Kausalitäten“ aufzuspüren. Der Leib ist für dieses Paradox vielleicht die beste Metapher, das stimmigste Symbol: Es ist nicht nur, dass ich mir den „Anderen“ nie zur Gänze verfügbar machen kann (Lévinas 1998), auch mein eigener Körper und die Gründe seiner Krankheit bleiben, obwohl ich ein ganzes Leben lang versuche zu verstehen, meinem letzten Zugriff gegenüber verschlossen (Marcel 1986). Und Psychotherapie selbst ist ja „leibliche Kommunikation“, in der vieles menschlich-leiblich-unbewusst bleibt (Lamacz-Koetz/Petzold 2009; Schmitz 1992). Dies ist gleichzeitig der Hintergrund, vor dem moderne Psychotherapie im Rahmen der „klassifikatorischen Diagnostik“ auf das „Spiel einer positivistischen Objektivierung“ eingeht. Allein die Gründe der Kommunikabilität sprechen hierfür, von leistungsrechtlichen und gesundheitspolitischen Notwendigkeiten einmal ganz abgesehen. Dahinter bleibt indes das Bewusstsein um die Beschränktheit der Klassifikation auf die Oberfläche der Störung klar erhalten, und die intersubjektive Hermeneutik leiblicher und seelischer Phänomene das zentrale therapeutische Agens (Petzold 1993c, d).

So vollzieht sich die lebenslange Entwicklung des Menschen als ein leibgegründetes und persönlich bedeutsames Geschehen, das stets „offen“, damit paradox und konflikthaft bleibt. Schon die ersten (intrauterin vorhandenen und nicht aktiv memorierbaren) Erinnerungen des Menschen sind diskrete sensumotorische und propriozeptive, also leibliche, Empfindungen, die Selbstbild und Selbstgefühl emotional unterfangen: Grundvertrauen und Grundstimmung. Das Gelingen leiblicher Dialoge und „Polyloge“ zwischen dem Kind und seinen Betreuungspersonen ist grundlegend sowohl für die Emergenz von Entwicklungsprogrammen, wie generell für die Individuation des Menschen; dies konnten schon Säuglings- und Kleinkindforschungen eindeutig belegen (Petzold 1995). Zum Zeitpunkt der Geburt ist der Leib noch nicht alleine lebensfähig, er ist auf Nahrung, Pflege und Liebe angewiesen, auf die Berührungen, die Blickdialoge und Lautspiele mit seinen Eltern und Geschwistern, die ihm seinen inneren Zustand widerspiegeln, später auf die Rollenzuschreibungen seiner Betreuungspersonen, aus denen er sich nach und nach sein Selbstbild konstruiert, das als solches tief im zwischenmenschlichen und damit auch im „zwischenleiblichen“ Raum wurzelt (Petzold/Orth 1994). Zum größten Teil entzieht sich das Erleben dieses Aufbaus der Reflexivität und sedimentiert eher diffus als „Leib- und Lebensgefühl“.

Weiter sorgen leibgegründete, evolutionäre Programme in der späteren Kindheit und in der Pubertät für die körperliche Entwicklung und psychisch für das Auftauchen von Wünschen und Bedürfnissen, Antrieben und Motivationen. Die psychische Entwicklung ist also weder ein vom Körper noch von der Umwelt abgekoppelter und autarker, sondern ein leibbezogener, interaktioneller Prozess, in dem persönliche Prägungen - im gesundheitlichen wie krankheitsspezifischen Verständnis - durch das Wechselspiel von Anlagefaktoren und Kontextbedingungen - Ressourcen, Lernerfahrungen und pathogenetische Einflüsse - *in einem Zuge* erlebt und verarbeitet werden. *Interaktion, Intersubjektivität und Abstimmung der Affekte* werden schon für die frü-

heste Kindheit als die zentralen Paradigmen der Entwicklungstheorie bestätigt (Dornes 1993, 1997; Stern 1992, 1998; Papoušek 1999; Petzold et al. 1995; Piontelli 1996). Gleiches gilt für die spätere Identitäts- und Selbstwertentwicklung (Kegan 1994), denn auch die reife Identität ist wesentlich ein „Feldphänomen“; sie wird als eine Verarbeitung und Sedimentation von Fremdattributionen (*Identifizierungen*) und Selbstattributionen (*Identifikationen*) und deren Interiorisierung betrachtet und konstituiert sich damit ebenfalls durch leiblich fundierte, psychosoziale Austauschprozesse. Die neurobiopsychologischen Forschungen bestätigen diesen Zusammenhang in ihrem Konzept des „neurobiologischen Unbewussten“, in dem sie von der Wahrnehmung beginnend über die Memoriation und den Abruf von Erinnerungsprozessen, bis hinein in die Musterbildung der Persönlichkeit (und damit natürlich auch der dysfunktionalen Muster) die Vorstellung von „neuronalen Bahnungen“ (Formatierung) und ihren „Aktualisierungen“ (Abruf) durch soziale Aufforderungscharaktere als körperlich-leibliche Prozesse konsequent durchhalten und diese auch in die konkreten Möglichkeiten der therapeutischen Veränderung mit einbeziehen (Schiepek 2004; LeDoux 2001; Grawe 2006).

Seelische Schädigungen sind daher immer auch leibliche Schädigungen. Und dies nicht erst, wo die körperliche Seite reaktiver Störungen allzu offensichtlich wird, so bei bei Psychosomatosen, funktionellen, alimentären Störungen. Auch die epigenetischen Forschungsergebnisse scheinen in diese Richtung zu weisen. Forschungen zum Posttraumatischen Syndrom bescheinigen überdies den Zusammenhang zwischen seelischem und körperlichem Stress (*hyperarousal, numbing*; vgl. Petzold et al. 2000a; Fischer/Riedesser 1998; Markowitsch 2001), Depressionsforschungen belegen sogar eine signifikante therapeutische Ansprechbarkeit über den leibtherapeutischen Zugang (z.B. van der Mei et al. 1997).

In weniger offensichtlichen Fällen können sich seelische Probleme über ihre entsprechenden neurohumoralen Regulationen als subtil nachweisbare muskuläre Involvierenden im Bewegungsapparat, als Beeinträchtigungen der Organtätigkeit oder als gestörte immunologische, neuronale und endokrinologische Prozesse manifestieren (Müller/Czogalik 1995; Hellhammer/Kirschbaum 1998; Henning 1998; Tress 1997; Uexküll et al. 1994). Bei akkurater phänomenologischer Analyse der sogenannten „Psycho-neurosen“ - nimmt man nur die Depression einmal zum Beispiel - öffnet sich der Blick: Es ist bei Weitem nicht nur der herabgestimmte Affekt, der hier augenscheinlich ist und nach dem diese Krankheit eingestuft wird. Wir finden eine Einschränkung, bisweilen ein Abbrechen der geistigen und emotionalen Beweglichkeit (Antrieb), die im motorischen Bereich bis zum Stupor reichen kann. Des Weiteren finden wir ein flaches Atemmuster, Unbeweglichkeit in Mimik, Gestik, Haltung und Bewegung. Erloschene Blicke, einen herabgesenkten Haut- und Muskeltonus, soziale Unbeweglichkeit, deprimierte Ausdrucksmuster auf allen Ebenen, insgesamt ein Sieg der Mutlosigkeit, der Passivität und Lethargie (Pfau/Fernandez 1994); Schmitz (1989) spricht von „dissoziierter Leiblichkeit“. Selbst Bindungen, für den Menschen überlebenswichtig, werden nur noch als belastend erlebt. Dies alles hat Einfluss auf Wahrnehmungs- und Verarbeitungstätigkeiten, was zu Introversion, Selbstentwertung, Sinnverlust, antizipatorischer Negativität, bis hin zu wahnhaften Vorstellungen führen kann. Diese „leiblichen Dimensionen“ der Neurose müssen bei allen psychischen Störungen sowohl diagnostisch als auch therapeutisch berücksichtigt werden, weil es sonst zu Fehleinschätzun-

gen des Krankheitsbildes bzw. der Komorbidität kommt und damit zu fehlgeleiteten Indikationen (Orth 1996; v. Bardeleben 2000; Stohler 2000; Gold/Slaby 1991).

Im Sinne einer ökologischen Wahrnehmungstheorie (Petzold et al. 1995) müssen wir außerdem annehmen, dass dem Wiederholungsphänomen der Neurose auch „leibliche Interaktionsangebote“ zugrunde liegen, die sich schon durch die Wahrnehmung, erst recht aber im Ausdruck - Mimik, Blicke, Gestik, Stimmintonation und Gebärden - periverbal inszenieren und für das Umfeld einen Aufforderungscharakter im Sinne der Neurose darstellen, so dass die Wahrscheinlichkeit einer „Neuaufgabe“ pathogener Interaktionsmuster sehr hoch wird (Lamacz-Koetz/Petzold 2009). Die Spiegelneuronenforschung legt solche Zusammenhänge nahe, ohne sie indes ganz aufklären zu können (Rizzolati/Sinigaglia 2008). Die Neurose steckt also nicht nur „in der Seele“ sie steckt auch „in der Faser“ des menschlichen Leibes. Psychische Störungen verändern auf die Dauer diesen Leib, die Fähigkeit, sich selbst in ihm wahrzunehmen, sich selbst und seine Empfindungen und Gefühle „gesund“ zu attribuieren; und so verändert sich über die Zeit hin die gesamte Persönlichkeitsorganisation (LeDoux 2001).

So ergibt sich für die moderne Psychotherapie naturgemäß die Notwendigkeit einer somatischen Differentialdiagnostik, die die organischen Probleme mit berücksichtigt. Danach aber tritt eine sorgfältige Analyse von Leibphänomenologik und Gefühlen sowie *subjektiven Deutungen* ins Zentrum des diagnostisch-interventiven Geschehens. Körper- und Leibphänomene werden erfasst durch dasjenige Element, mit dem Menschen in jedem Augenblick offen und mit sozialen Intentionen auf die Welt ausgerichtet sind, in „Ko-Responzenz“ mit ihrer Umwelt stehen: der Bewegung.

Hierfür benötigen wir einen breit gefassten Begriff des „Leibes in Bewegung“, der Blicke, Mimik, Gesten, Gebärden und Haltungen, Atem- und Stimmuster, Organempfindungen, Gefühle und emotionalen Stress, Bilder und selbst Gedanken als periverbales *Ausdrucksgeschehen* in den Blick nimmt, und diesem Ausdruck persönliche Bedeutsamkeit unterstellt. Ähnliches meint Argelander (1970), wenn er von der „szenischen Funktion des Ich“ spricht (vgl. hierzu Petzold 1993c, d; Eckstaedt 1992), die zwar informativ ist, aber nicht objektiv, weil die durch sie gewonnen Informationen persönliche Eindrücke des Therapeuten bleiben, nicht mehr.

Ein solches Konzept der phänomenologischen *Leib- und Bewegungsdiagnostik* ist verwurzelt in der menschlichen Phylogenese und Ontogenese, im komplexen System der autonomen Impulse, Bedürfnisse und Motivationen, aber auch in dem der bewussteren Intentionen, der Emotionen, der Wünsche und Phantasien, der Erinnerungen, im Willen und in den Antizipationen. Hier kommen also Anlage- und epigenetische Faktoren, bewusste wie unbewusste Intentionen, individuelle, sozialisative, kulturepochale, gendersensible, sogar kollektive Motivationshintergründe der Bewegung zum Tragen (Jung 1976, 1995).

Leib und Bewegung entwickeln sich ja von Beginn an aus der intersubjektiven Bezogenheit als persönlich erworbene Eigenheit. Bewegung ist damit ein soziales Wechselspiel von *Aufforderungscharakter* und persönlicher *Handlungsantwort* (vgl. Petzold et al. 1995); sie impliziert Intentionen und sie produziert Information, und das sowohl für die sich bewegende Person selbst als auch für die Umgebung (*movement produced information*). [Man muss sich hier vergegenwärtigen, dass auch die Sprache aus bewegungssteuerenden cerebralen Regionen entstanden ist, weshalb wir auch heute noch beim Sprechen gestikulieren (Koch 2005)]. Diese individuell erlebte *Mutualität* ist

erinnerungsfähig und hat damit Anschluss an alle Identitätsprozesse. Bewegungsmotivation, ihr Ausdruck und ihre Wirkung werden im individuellen wie intersubjektiven Entstehungsgefüge als „nonlinearkausale Emergenz“ verstanden (vgl. Osten 1999).

Leibliche Phänomene und Bewegung jeder Art offenbaren ihren vollen Bedeutungsgehalt erst, wenn sie zu ihrem situativen und szenischen Hintergrund in Beziehung gesetzt werden. Im intersubjektiven Auslegungsprozess kann durch weitere Interventionen (Aufgreifen von Spontanbewegungen oder angeleitete Gebärdenexperimente) beim Patienten weiteres assoziatives Material evoziert werden, bis hin zum begrifflichen Ausdruck. Dieses vom Phänomen der Bewegung zu den Schemata der Person hin gewonnene Material steht dem Prozess weiterer Erkenntnisgewinnung bzw. der weiteren Bearbeitung zur Verfügung. Durch diese Form der Leib- und Bewegungsdiagnostik wird gewährleistet, dass der Körper in der Psychotherapie nicht ein weiteres Mal nur in seiner Bedeutung als „organismischer Träger“ psychischer Prozesse verstanden wird, der aber in seiner Eigenart ausschließlich „somatischer“ Interventionen bedürfe. Erst in der dargestellten Verschränkung können somatische wie psychische Störungen „gestalthaft“, nämlich schlicht als „Krankheiten des Menschen“ verstanden werden (v. Weizsäcker 1948).

II. Der ätiologie-praktische Ansatz der Integrativen Therapie

1. Die sechs ätiologischen Ebenen

Rekapitulieren wir, was wir bislang an grundlegenden, strukturellen Merkmalen für die Integrative Diagnostik psychischen und psychosomatischen Störungen zusammentragen konnten. Auf dem Boden der Grundlagentheorien können wir Grundzüge eines klinisch fundierten Menschenbildes bezüglich des Aufbaus und Funktionen der gesunden Persönlichkeit erkennen. Setzen wir nun darauf eine aus den vier großen Ätiologiegebäuden gewonnene synoptische Perspektive der Krankheitsentstehung, so eröffnet sich eine multiperspektivische Sicht auf das Individuum, seine Lebenswelt und die Interaktivität von Belastungen, denen er in dieser ausgesetzt ist, und den Resilienzen, mit denen er auf diese bei Vorhandensein von „protektiven Faktoren“ reagieren kann (Petzold/Müller 2004). Setzen wir diese Konzipierung überdies in den Rahmen ein stringenten Leiborientierung, die sowohl geistes- als auch naturwissenschaftlich untermauert ist, wirken wir damit auch den *multiplen Entfremdungsprozessen* entgegen, die unsere leibfeindliche oder die Leiblichkeit verzerrende Kultur- und Zeitepoche setzt, und die darüber hinaus ihre ganz eigene ätiologische Valenz ausweist (Petzold/Schuch 1992).

Dies alles ineinander verschränkt zu sehen, ist wichtig, wenn wir eine reduktionistische Sicht auf das Individuum, seine gesunde Entwicklung, als Leib - Frau oder Mann - in der Lebenswelt, und die Genese von Störungen verhindern wollen. Es vermindert die Gefahren, die damit verbunden sind, wenn nur *eines der* ätiologischen Krankheitsmodelle zur Anwendung käme. Ich habe oben beschrieben, wie die wechselseitige Ergänzung von konflikt- und psychodynamischen, lern-, stress- und traumatheoretischen sowie sozialökologisch-interaktionellen Modellen diese Gefahren am besten abwen-

det. Die longitudinale Perspektive, auf die ich weiter unten noch detaillierter eingehen werde, betont in der Bewertung ätiologisch relevanter Faktoren außerdem die Interaktion zwischen belastenden Faktoren und Ressourcen; dies ist bei der nun folgenden Betrachtung, in der die Belastungsfaktoren allein beschrieben werden, zu berücksichtigen.

Untersuchen wir die vier großen Ätiologietheorien nun genauer, ergeben sich aus ihren Entwürfen sechs Ebenen von Belastungsvarianten, die alle potentiell ätiologische Relevanz ausbilden können. Aus der Tiefenpsychologie ergeben sich die Perspektiven „Defizite“ und „Konflikte“, aus der Lern- und Verhaltenstheorie ergibt sich die Ebene der „Lern- und Adaptionserfahrungen“, aus der Stress- und Traumatheorie ergeben sich die Ebenen „Überforderung“ und „Traumatisierungen“ und aus der letzten die „Sozialökologischen Synergieeffekte“. Die sechs ätiologischen Ebenen im Überblick:

- (1) Defizite und prolongierte Mangelerfahrungen
- (2) Konflikte und andere spannungsreiche Störungen
- (3) maligne Lern- und Adaptionsmodelle und -erfahrungen
- (4) Überforderung und zeitextendierter Stress
- (5) singuläre und komplexe Traumatisierungen
- (6) sozialökologische Synergieeffekte

Bevor ich diese Ebenen nun kurz ausführe, muss betont werden das der Ansatz der ätiologischen Diagnostik, der hier vertreten wird, sich explizit auf die „narrative Praxis“ im Rahmen einer „Klinischen Heuristik“ bezieht - und das programmatisch, nicht nur in „Ermangelung“ standardisierter Methoden -, die nicht unter der Prämisse der Objektivierung steht, sondern unter der eines „Intersubjektivitätsparadigmas“, das auf „kommunikative Validierungen“ ätiologisch bedeutsamer Faktoren hinausläuft („intersubjektiv generierte Hypothesenbildung“). Das bedeutet, dass hier von den *Phänomenen* - der „Oberfläche“ - ausgehend, auf die Entstehungsgeschichte und die *Strukturen* der Probleme hin inferiert wird sowie auf die sich auf solchem biographischen Boden ergebenden *Entwürfe* von Zukunftsplanungen (und -befürchtungen). Auf diese Weise kann komplexes Wissen hoch vernetzt in diagnostische und therapeutische Prozesse einfließen. Der Beziehungsaufbau entsteht durch eine Narrativität, in der beides, menschliche Affiliationen und Reaktanzen, in den Rahmen einer konvivialen Atmosphäre zusammengebunden werden. Ich werde nun die 6 pathogenetischen Konstellationen des Moduls „Ätiologische Diagnostik“ beispielhaft ausarbeiten, mit dem Ziel der Sensibilisierung für die Abgrenzung der Ebenen untereinander. Dabei ist zu beachten, dass die sechs Ebenen in der konkreten, lebensweltlichen Erfahrung stets eine hohe Verschränkung ausweisen.

Zur Pathogenese von psychischen Erkrankungen tragen vielerlei Begleitumstände bei. Die härtesten dieser Art sind sicher die Traumatisierungen verschiedener Herkunft (van der Kolk et al. 2000; Petzold et al. 2000a; Courtois/Ford 2010), seien sie die Folgen der Kriegserfahrungen aus der NS-Zeit, Täterschaft, Flucht, Verfolgung, Vertreibung oder andere Gewalt- und Deprivationserfahrungen (vgl. Fischer/Riedesser 1998), etwa Inzest und sexueller Missbrauch (Amann/Wipplinger 1997; Egle et al. 1996). Oft finden wir serielle Traumatisierungen und mit ihnen eine Reihe von Symptomen des Post-

traumatischen Stresssyndroms (s. DSM-IV, 309.81). Aber auch die sublimeren Formen von, emotionaler Ausbeutung, Parentifizierung, Vernachlässigung, Verwahrlosung und doppeldeutige Entwertungen (Depravation) und transgenerationalen Dynamiken finden wir oft als prägende Belastungsfaktoren. Hierdurch entstehen Stress, Überforderung, negative Selbstattributionen; die genannten Konstellationen erzeugen innere wie äußere Konflikte und münden schließlich in maligne Lernprozesse, was die Wahrnehmung der Lebenswelt und das eigene Selbst angeht (vgl. Rensing et al. 2005; Hartwich et al. 1998). Unter dieser Perspektive erscheinen die „Sechs Ätiologischen Ebenen“ mehr oder weniger als „Spezifizierungen von Stress“. Diese Wechselwirkungen von primärer Belastung und sekundärer Verarbeitung sollte man daher bei den nun folgenden Ausführungen nicht aus dem Blick verlieren.

Ebene 1: Defizite und prolongierte Mangel Erfahrungen

Der Blickpunkt auf Defizite und prolongierte Mangel Erfahrungen greift den Faden möglicher Krankheitsentstehung bei einem schwierigen Punkt auf. Was *schlecht* und *belastend* war, davon können wir in der Regel einiges berichten, viel schwieriger wird schon, von jenen Erfahrungen zu berichten, die *gut* waren, aber davon, was *gefehlt* hat, was man *gar nicht erlebt* hat, kann man darüber auf einfachem Wege Auskunft geben? Vielleicht, ein wenig, aber es ist viel schwieriger. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass sich Psychotherapeuten ein inneres, ein *wissenschaftlich fundiertes* Bild davon aneignen, was zu einer „ressourcenvollen Normalentwicklung“ gehört. Nur so können sie die Folgen von *missglückten* Entwicklungs- und Reifungsschritten halbwegs adäquat einschätzen, ihren Blick schärfen für die Folgen prolongierter Mangel Erfahrungen, erkennen, welche Formen altersgerechter Reifung und psychosozialer Unterstützung gefehlt haben (Osten 2000).

Im explorativen Geschehen ist wichtig, im Sinn zu behalten, dass im Integrativen Ansatz die Perspektive der Defizite nicht nur im Rahmen der frühen Entwicklungen eine Rolle spielt. Zwar haben sie hier eine besondere Bedeutung, etwa unterhalb von 1½ Lebensjahren, wo das Repräsentationsgeschehen noch nicht ausgereift ist, auch noch unterhalb von etwa 3½ Jahren, bevor die „theory of mind“ voll ausgebildet ist; aber der Mensch braucht über die gesamte Lebensspanne hin überlebenswichtige Ressourcen - altersspezifisch in sehr unterschiedlichen Qualitäten -, und wenn diese über längere Zeit fehlen und die negativen Auswirkungen nicht abgepuffert werden können, kann dies zu ätiologisch relevanten Deprivationserfahrungen führen. In Familien mit schwer deprivierten oder traumatisierten Eltern, in denen Alkohol- und Drogenkonsum vorherrschen oder andere schwere Belastungen (finanziell, juristisch, strafrechtlich etc.), finden wir häufig Störungen der Responsivität der Eltern auf ihre Kinder, Aggression und Depressivität der Eltern, Vernachlässigung, Verwahrlosung und Gewalt, was diese Ebene triggern kann (Zobel 2000; Schumann 1999; Milch 1998; Beardslee et al. 1997; Egle et al. 1996).

Mit Blick auf die Interaktion von defizitären Faktoren mit protektiven Prozessen und individuellen Resilienzfaktoren, können allerdings damit allein keine stringenten linearkausalen Schlüsse gezogen werden; z.B. auf „strukturelle Mängel“. Die Plastizität und das Kompensationsvermögen sind gerade im Frühbereich erheblich und begleitende wie nachfolgende Fürsorge kann derartige Belastungen ausgleichen (Petzold et al. 1993; Ernst 1992; Fiedler 1999; Knäuper/Schwarzer 1999; Werner/Smith

1983). Auch genetische Vulnerabilitäten bzw. Vitalitätsfaktoren (z.B. „Temperament“; vgl. Zentner 1993; Thomas/Chess 1980 oder „Stressfaktoren“; vgl. Nuechterlein et al. 1992; Lazarus/Launier 1981), das Vorhandensein protektiver Einflüsse (kompetente Kinderkrankenschwestern, fördernde Bindungen zu anderen Kindern, sogar zu Tieren), und nicht zuletzt die Wirkung vielfältiger Resilienzfaktoren bestimmen über die ätiologische Valenz von Defiziten (Zerbin-Rüdin 1985).

In *querschnittlicher Hinsicht* sind häufig äußere Defizite, etwa fehlende, toxische oder ressourcenarme soziale Netzwerke (Hass/Petzold 1999) oder irritierende, belastende Bindungen, stressvolle Lebensalltage, die das familiäre Leben unterwandern, bis hin zu existentiellen Defiziten wie materieller Not, störungsauslösend. Innere Defizite beziehen sich auf Selbstwertprobleme, Identitätsstörungen, mangelhafte Wahrnehmung von Konflikten, und affektive Komplexe, die durch die innere defizitäre Persönlichkeits- und Identitätsfunktionen nicht bewältigt werden können (destruktive Schuld- und Schamgefühle, Ängste und Panik, Wut und Aggression, übermäßige, prolongierte oder unterdrückte Trauer, inadäquater Überschwang von Freude, etwa bei histrionischen Problemen).

Ebene 2: Konflikte und andere spannungsreiche Störungen

Blickt man auf die komplexe Natur von Konflikten (Petzold 1988), wird deutlich, dass diese sich nicht in antagonistischen Klassifizierungen oder in den „Selbstwertkonflikten“ einer „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ erschöpfen können (vgl. Schauenburg et al. 1998, 1998a; Freyberger 2000; genannt werden z.B. Abhängigkeit vs. Autonomie; Versorgung vs. Autarkie; Über-Ich-Konflikte; Identitätskonflikte etc.). Auch die Konstellationen in dem Entwicklungsalter, das die tiefenpsychologische Entwicklungstheorie als die „ödpale Phase“ bezeichnet - und in dem sie die hauptsächliche Relevanz ätiologischer Konflikte ansiedelt -, erscheinen im Licht der empirischen Entwicklungsforschung viel mehr eingereiht in das Kontinuum kognitiver, emotionaler und rollensensibler Entwicklungsprozesse; die Phänomene werden hier völlig anders und einleuchtender gedeutet (vgl. hierzu Bischof-Köhler/Bischof 1996; Osten 2000).

Für den Bereich der Integrativen Diagnostik können Konflikte nicht auf derartige Themen eingegrenzt und beschränkt werden, schon gar nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit. Die gesamte Natur des Menschen ist paradox und konflikthaft; tun wir ein Ding, unterlassen wir etwas anderes, was genauso wichtig wäre. Dadurch bleiben wir stets uns selbst oder anderen etwas „schuldig“, und wir verbringen tagtäglich ein unglaubliches Ausmaß von Zeit und Energie mit der Bewältigung von kognitiven Spannungen und Affekten aus kleineren und größeren Konflikten. Leon Festinger konnte das schon 1978 in seiner „Theorie der kognitiven Dissonanz“ mit erdrückender Beweislast belegen. Manche sind bewusst und können gelöst werden, andere bleiben verdeckt, wirken im Untergrund und dauern an über die gesamte Lebensspanne. Inhaltlich variieren Konflikte so wie Menschen und ihre Biographien eben verschieden sind, wie sie ihre Wahrnehmungen, ihr Denken, ihr Gefühlsleben und ihren Willen ausgebildet haben (Petzold 2001b). Formell erscheinen Konflikte auch nicht nur als „internale Spielvarianten“, sondern sie wechseln sich ab zwischen internen und externen Konstellationen (Petzold 1988), so dass Psychotherapeuten sich allenfalls auf das wahrnehmbare Gefühl der *Konfliktspannungen* einstellen kann. Dann müssen Konstellation

und Inhalte sehr individuell exploriert und hinsichtlich ihrer ätiologischen Relevanz (d.h. ihrer Stressintensität und der Verarbeitung durch das Individuum) überprüft und diagnostiziert werden.

Ich möchte einige weitere spannungsreiche Störungen verdeutlichen, die nicht Grundkonflikte im tiefenpsychologischen Sinne, aber auch nicht klassische Konflikte im o.g. Sinn darstellen. Tiefgreifende Belastungsstörungen etwa können in der Ätiologie häufig sog. *Double-bind*-Erfahrungen aufweisen. Das erzeugt Spannungen, die vom normalen Entwicklungsgeschehen Kraft abziehen, die Aufmerksamkeit für das eigene Gefühl stören, für kognitive und affektive Dissonanzen und Inkonsistenzerfahrungen sorgen (Verwirrung, Wut, Verzweiflung) und das Kind in sehr belastende - subjektiv erlebt „unlösbare“ - Konfliktspannung bringen (Müller et al. 1992).

Eine andere Variante spannungsreicher Störungen ist die sog. *Parentifizierung* (Boszormenyi-Nagy/Spark 1981). Hier erscheinen den Kindern die Eltern schwach oder bedürftig. Kleine Kinder erwarten (dispositionell, prozedural) Halt und Sicherheit von schutzgebenden Personen, was in belasteten Familien oft nicht im nötigen Umfang vorhanden ist (bei depressiven und/oder traumatisierten Eltern und in Alkoholikerfamilien ist das oft der Fall). Die Parentifizierung beschreibt eine zumindest teilweise Rollenumkehr zwischen Kindern und solchen belasteten Eltern, so dass die Kinder (zu schnell, zu früh, zu viel; im Sinne einer *malignen Progression*; Ferenczi 1985) strukturierende Funktionen übernehmen. Maßgeblich ausschlaggebend für das Auftreten dieser Verhaltensmuster sind wahrscheinlich genetische Konfigurationen der Überlebenssicherung. Auch hierdurch kann eine depravierende Dynamik eintreten (Osten 2009). Eine letzte, häufige Variante spannungsreicher Störungen stellt die *Depravation* (Entwertung) dar sowie maligne soziale Vergleichsprozesse (Suls/Miller 1977).

Ebene 3: Maligne Lern- und Adaptionmodelle

Auf dieser Ebene werden ätiologische Konstellationen untersucht, die zurückzuführen sind auf maladaptive Lernerfahrungen und erworbene dysfunktionale Adaptionmechanismen. Hier werden also die Lern- und Verhaltenstheorien konsultiert, aber nicht nur in ihrem Verständnis der klassischen und operanten Konditionierung (Margraf 1996), sondern vor allem in ihren Ansatz des sozialen Lernens (Bandura 1979) und -speziell in der Integrativen Therapie - im Ansatz des komplexen, neuronalen Lernens (Sieper/Petzold 2002; Chudy/Petzold 2011). Ähnlich wie beim Thema der Konflikte, ist auch hier anzunehmen, dass der Mensch seine Eigenschaften sowie seine attributionellen- und Verhaltensmuster nicht nur unter den von der klassischen Verhaltenstherapie entworfenen Paradigmen entwickelt, sondern unter wesentlich breit gestreuteren Bedingungen, die sublimste Lernerfahrungen in sich bergen. Es genügt also wahrscheinlich nicht, Verhalten unter den Perspektiven der Problem-, Bedingungs-, Motivations- und Plananalyse zu untersuchen (Willutzki 2000; Fiedler 2000).

Lernprozesse sind prinzipiell nicht bewusst. Die molekularbiologischen bzw. neurophysiologischen Prozesse des Lernens sind nicht bewusstseinsfähig und auch nicht introspektiv zu erfassen. Menschen entwickeln sich von Beginn an und über die gesamte Lebensspanne hinweg in Situationen (z.B. Windeln, Füttern, Gehaltenwerden, Spielen, Gehen, Tanzen gehen, Arbeiten etc.), in *Polyaden*, Mehrpersonensettings, in denen andere Menschen vorkommen, die sich auf uns beziehen und auf die wir uns beziehen (Intersubjektivität, Mutualität, Proximität). In diesen Situationen ge-

schehen Interaktions-, Kommunikations- und Austauschprozesse (thematisierte und nicht-thematisierte, bewusste und nicht bewusste) in einem für die jeweilige Situation spezifischen Handeln der Teilnehmer unter bestimmten Kontextbedingungen, wie dies Vygotsky und die Kontexttheoretiker gezeigt haben. In diesem situativen Austausch, den man als „Handeln in Szenen“ bezeichnen kann, spüren und erleben wir uns gegenseitig (Selbst- und Fremdwahrnehmung). Zu gleicher Zeit produziert und hinterlässt diese Szene eine situationsimmanente Atmosphäre, die mit bewusst wahrnehmbaren und unbewusst wahrgenommenen Informationen geladen ist; beide Informationsebenen werden von den Situationsteilnehmern komplex verarbeitet und gespeichert (Petzold et al. 1995), und schon während der Szene erfolgt ein komplexes „Lernen im Prozess“. Wenn die Situation vorbei ist, gehen wir aus ihr mit einer bestimmten, zunächst an diese Situation gebundenen, (Lern-)Erfahrung hervor, die allerdings generalisieren kann. Diese Erfahrung „dreht“ Persönlichkeitsprozess - manchmal auf gute, manchmal auf kritische Weise - ein Stückchen „weiter“ und verändert uns damit. Sie ist gewissermaßen das (Lern-)Ergebnis der Situation, ist atmosphärisch geladen mit den Stimmungen der Situation.

Ein erweiterter behaviouraler Begriff würde nun konstatieren, dass wir alle Lernerfahrungen komplex speichern und sie sowohl auf uns selbst (Selbstbild) als auch auf neu sich ergebende Situationen (Fremdbild, Bewertung sozialer Phänomene) hin wieder anwenden, so dass wir aus der Unzahl der sich in den Situationen konstellierenden Selbst- und Fremdattributionen - über Muster- oder Schemabildungen der „Selbstähnlichkeit“ - nach und nach unsere Identität formen (etwa Eigenschaften, attributionelle und Verhaltensstile; vgl. Sieper/Petzold 2002). Diese Zusammenhänge konnten durch Attributions- und Kontrollforschungen weitgehend belegt werden (Peterson et al. 1993; Zelen 1991; Flammer 1990; Langer 1978). Diese Lernprozesse sind aber nicht nur konditionale oder operante Prozesse, sie finden nachgewiesenermaßen auch auf der Ebenen der neuronalen Musterbildungen (Grawe 2004) statt und bedingen darüber hinaus mit großer Wahrscheinlichkeit auf epigenetische Programmierungsdynamiken (Spork 2010; Lipton 2009).

Es macht daher Sinn, diese Ebene spezifisch zu betrachten und die diagnostische Wahrnehmung auf die subtilen Lernprozesse und Adaptionenmodelle in der Lebensspanne hin zu lenken, noch lange bevor man tiefgründig nach Konflikten und Defiziten zu suchen beginnt. Wenn sie auch verdeckt und unbewusst ablaufen, so sind diese Prozesse oft sehr bewusstseinsnah und liefern manchmal erstaunliche Überraschungen. Was Adler in seinem psychosomatischen Modell als „Organminderwertigkeit“ beschrieben hat (vgl. Dantendorfer/Meirhofer 2000), entpuppt sich oft als einfache Lernerfahrung aus dem familiären Kontext (ein junger Mann mit Konversionsstörung bewegt sich wie sein hinkender Großvater, der eine wichtige, zu früh gestorbene, Figur in seinem Leben war). Was Therapeuten oft vorschnell als „Borderlineverhalten“ diagnostizieren, kann ebenso gut ein von der (persönlichkeitsgestörten) Mutter oder dem Vater erlernter Adaptionenversuch ohne jeden anderen Hintergrund sein. Hier muss man beweglich im Bewusstsein bleiben, um denkwürdig anmutendes Verhalten und seltsame Bewältigungsstrategien von Patienten nicht fehleinzuschätzen.

Ebene 4: Überforderung und zeittextendierter Stress

Die Lern- und Stresstheorien beinhalteten mit ihrem Ansatz einen klaren Vorstoß in Richtung darauf, „kritische Lebensereignisse“ (Filipp 1990; Achenbach 1982) und interaktionelle Phänomene (Tress 1997; v. Uexküll et al. 1994; Petzold 2001a) psychischer Störungen als ätiologische Faktoren (zugrunde liegender, auslösender und aufrechterhaltender Art) als Krankheitsentstehungsmodelle zu betrachten. Darüber hinaus brachten die entwicklungs- und persönlichkeitsstheoretische Längsschnittforschung den Begriff der Bewältigung durch „Daseinstechniken“ (Thomae 1988) und die klinisch-psychologische Stressforschung den Begriff des „Coping“ und des „Creating“ auf den Plan, die heute in der Therapie psychisch Kranker eine zentrale Rolle spielen (Zeidner/Endler 1996; Margraf 1996; Petzold 2003a).

Überforderung und Stress bedeuten alle bislang genannten und auch alle folgenden ätiologischen Konstellation; dennoch macht es Sinn, von der primären Belastung abgehoben quasi auf die „Sekundärwirkung“ dieser zu schauen. In der menschlichen Entwicklung fällt der Blick zunächst auf den Stress von Eltern, Familie oder sozialer Umgebung, der hier ausschlaggebend werden kann. Eine verkrachte Ehe bedeutet für das Kind Dauerstress, hineinrutschen in elterliche Konflikte, manchmal wird die natürliche Geschwisterkonkurrenz mit elterlicher Konkurrenz regelrecht „überschrieben“ (Bank/Kahn 1990; Jung 2001). Leistungsstress in der Schule, vor allem bei gleichzeitigen Teilleistungsstörungen und Entwicklungsretardierungen, ziehen oft Ketten adversiver Ereignisse nach sich, die dann in einer negativen Selbstwertentwicklung kumulieren. Es kann erheblicher Stress durch Überforderung in Peergruppen aufgrund von sozialen Vergleichsprozessen kommen, die für Pubertät und Adoleszenz sehr ausschlaggebend sind (Kanning 2000). Akkumulierter Stress und Überforderungen, die in anhaltenden Entwicklungsstörungen begründet liegen, haben oft eine schwer erkennbare und auflösbare Persistenz. Dafür gilt es, den Blick zu öffnen. Der Leistungssektor ist besonders sensibel für diese Störungen; z.B. wenn keine Berufsausbildung gefunden wird, alle Versuche scheitern, die Fremdeinschätzung bzgl. der eigenen Fähigkeiten inadäquat ist usw. Stresskarrieren schulischer beruflicher Art können später verhindern, dass tragfähige soziale Netzwerke mit guten Bindungen entstehen, weil der „response“ auf Leistungsfähigkeit ausbleibt.

Eine letzte Perspektive eröffnet der Blick auf die leiblichen Negativwirkungen von langanhaltendem Stress, sei er äußerlich begründet oder durch internale Konstellationen. Körperlich können sich prolongierte Überforderungen in einer chronifizierten „Stressphysiologie“ manifestieren, aus der Patienten allein durch psychotherapeutische Interventionen schlecht herauskommen (Hellhammer/Kirschbaum 1998; van der Mei et al. 1997). Dies gilt insbesondere auch für Belastungen familiärer und systemischer Art, die weitgehend unbewusst bleiben, weil sie erstens lebenslang wirken konnten, und zweitens das Kind keine Kontrollmöglichkeiten für „andere Realitäten“ hatte (Flammer 1990). Lang anhaltender Stress wirkt auf Persönlichkeitsprozesse in der Art, dass über die Zeit hin Verschiebungen in der Selbstwahrnehmung und -attribution erfolgen, die zu negativen Kontrollmeinungen führen; dies gilt mit Sicherheit nicht nur für Depressionen (vgl. Horneffer/Fincham 1995). Dauerbelastungen können je nach Zusammenspiel von Anlage, Entwicklung, Ressourcenniveau und sozialer Unterstützung zu Ängsten, Zwängen, Depressionen, Psychosomatosen und anderen Verhaltensstörungen führen; sie sind bis in den immunologischen Status und endokri-

nologische Prozesse hinein verfolgbare (Rensing et al. 2005; Hellhammer/Krischbaum 1998). Eine besondere Art von Stress und Überforderung, für die das speziell gilt, liegt in den Folgen von Traumatisierungen, die nun kurz umrissen werden.

Ebene 5: Singuläre und komplexe Traumatisierungen

Seit Forschungsergebnisse über die Langzeitwirkungen von Traumatisierungen veröffentlicht wurden, ist eine unglaubliche Fülle von Untersuchungen und wissenschaftlichem Material zur entsprechenden klassifikatorischen Kategorie, dem „Posttraumatischen Stresssyndrom“ (PTSD, PTBS), erschienen. Die Ergebnisse der Studien sind im Rahmen diagnostischer Überlegungen vor allem deshalb interessant, weil viele der landläufigen psychopathologischen Syndrome (z.B. Angststörungen, Depressionen und Verhaltensauffälligkeiten, Persönlichkeitsstörungen) bislang nur wenig in diese Rubrik eingereiht und dann auch falsch behandelt wurden (Petzold et al. 2000a). Ich habe die Diagnostik von Traumatisierungen an anderer Stelle detailliert bearbeitet (Osten 2008;) und oben bereits kurz ausgeführt.

Wenn man weiß, dass die Lebenszeitprävalenz für eine Traumatisierung schon in der Durchschnittsbevölkerung für Männer bei 92%, für Frauen bei 87% liegt, aber nur ein knappes Fünftel (beider Geschlechtergruppen) aber eine veritable Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickelt, wird ganz deutlich, dass vier Fünftel dieser Personengruppe auch diagnostisch durch ein allzu grobes Raster fallen (Norris 1992; Breslau et al. 1998; Kulka et al. 1990; Kessler et al. 1995; Resnik et al. 1993). Drei Gruppen von Elementarfunktionen, die im Sinne der allgemeinen Psychopathologie eine große Rolle spielen, sind bei einer traumatisierenden Erfahrung auf alle Fälle betroffen: (1) die *Wahrnehmung* (sie zersplittert bei traumatischen Erfahrungen durch das Auseinanderfallen neuronal normalerweise parallele Verarbeitungswege); (2) die *Einspeicherung* von Gedächtnisinhalten (sie ist ebenso fragmentiert und besitzt meist eine amygdaloide Überbetonung) und (3) der *Wiederabruf* von Gedächtnisinhalten, die trauma-assoziiert sind (meist sind nur Fragmente intentionale erinnerbar, der Rest fungiert aufgrund von Schlüsselreizen, die meist intrusive Reaktionen hervorrufen, etwa flashbacks). Außerdem werden durch diese dissoziativen Prozesse auf neurohumoraler Ebene autonome „hyperarousal-“ (Übererregtheit) und „numbing-“ (Abstumpfung) Prozesse gesteuert. Dies alles hat eine desorganisierende Wirkung auf zentrale Persönlichkeitsfunktionen und -bereiche.

Man nimmt an, dass es für Erfahrungen mit einer sehr hohen Erregungsintensität spezielle mnestiche Kodierungs- und Abrufmechanismen gibt. Offenbar ist der Bewusstseinszustand unter den Einfluss traumatisierender Erfahrungen durch die extreme Erregung so stark verändert, dass er vom „Normalbewusstsein“ abgespalten wird. Das „explizite“ Gedächtnis, das unserem Wach-, bzw. Ich-Bewusstsein direkt zugänglich ist und das das autobiographische Gedächtnis mit umfasst, lässt sich willkürlich aktivieren. Der Zugang zum „impliziten Gedächtnis“ ist dagegen ausschließlich „zufällig“ und kontextabhängig. Seine Inhalte sind automatisierte Handlungsabläufe, die Umstände seines Lernens sind nicht unbedingt bewusst oder bewusstseinsfähig repräsentiert (z.B. Spracherwerb), und der Abruf ist nicht immer zuverlässig (Fehlleistungen, Variationen). Die Annahme einer spezifischen Dynamik von Einspeicherung und Wiederabruf traumatischer Erfahrungen wird inzwischen von vielen Klinikern unterstützt, obwohl Gedächtnisforscher hier weniger affirmativ in ihrer Darstellung traumatisierter Memorations- bzw. Rekognitionsprozesse sind, weil die Forschungs-

ge noch viele neue Entwicklungen erwarten lässt (Schacter 1996; Loftus/Ketcham 1994; LeDoux et al. 2009). Allerdings wirkt hier bei Klinikern auch häufig oft noch die Freudsche Verdrängungsannahme.

Die Notwendigkeit, außergewöhnliche Erregungsniveaus (*hyperstress*) zu regulieren, erzeugt spezifische neurophysiologische Prozesse, die die mnestiche Abspeicherung von Erfahrungen beeinflussen. Die Nutzung des deklarativen Gedächtnisses (und damit des sprachlich gefassten Verarbeitens) kann eingeschränkt, die des prozeduralen Gedächtnisses kann erhöht werden. Damit wird eine bewusste versprachlichtbare Ereignisspeicherung verhindert oder erschwert, respektive kann es durch die Spaltung von evolutionär früh (limbisches System) und evolutionär später entstandenen Verarbeitungswegen (Neokortikal, präfrontal) kommen, die normalerweise synchronisiert ablaufen, wodurch die intergrierende Abspeicherung (Bilder, Gefühle, akustische Eindrücke, sensumotorische Erfahrungen, Einschätzung und Bewertung usw.) dissoziiert. Funktionen des expliziten Gedächtnisses können damit in traumatischen Situationen abnehmen, die des impliziten zunehmen. Bei einer dysregulierten „*traumatic stress physiology*“ (Yehuda/McFarlane 1997) entsteht ein Set von spezifisch kodierten, weitgehend invariablen Aktivierungsreizen jenseits des Bewusstseins und der willentlichen Kontrolle, die durch entsprechende Auslöser automatisch reaktiviert werden können (z.B. durch affektive und sensumotorische Ähnlichkeit zum Traumauslöser). Hierdurch kommen Intrusions- und Flashback-Phänomene zustande, die zum Teil mit ähnlich intrusiver Wirkung wie das ursprüngliche Trauma erlebt werden (Brenneis 1998). Heftige innere (und internalisierende) Reaktionen sind möglich, aber auch nach außen gerichtete (externalisierende) Reaktionen (Schimpf- und Entwertungstiraden, raptusartige Gewaltausbrüche (Jähzorn) sowie chronische morose Stimmungslagen. Diagnostisch auffällig sind weiterhin körperliche Anspannungs- bzw. Übererregtheitszustände (z.B. starre, angstvolle Blicke), ein „*hyperarousal state*“, oder, bei herabgesetzter psychischer Reagibilität (z.B. emotionale Resonanzlosigkeit), ein „*numbing state*“, die beide einander abwechseln können und bezüglich ihres Beginnes und ihres Andauerns (Chronifizierung) exploriert werden müssen. Auch eindringliche Bilder, wiederkehrenden Träume, Schlafstörungen und „seltsame“ Reaktionen auf bestimmte Hinweisreize lassen sich oft gut explorieren (eine Checkliste mit den Leitsymptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung findet sich in Anhang 4).

Ebene 6: Sozialökologische und systemische Einflüsse

Sozialökologische Einflüsse sind für die Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung gerade von psychischen und psychosomatischen Störungen in einem Ausmaß ausschlaggebend, das man gar nicht überschätzen kann. Als erste, zentrale Perspektive muss hier die Bedeutung sozialer Netzwerke hervorgehoben werden (Stegbauer/Häußling 2010; Röhrle 1994; idem et al. 1998; Petzold 1995; Müller/Petzold 1998; Lairer 1993). Die Einbettung des Individuums in diese, die menschliche Qualität als solche - die Beziehung und Auseinandersetzungen des Individuums mit den aus der Historie von Netzwerken entstandenen, kollektiven „Kognitionen“ oder „Mentalisierungen“ - spielt im Hinblick auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse sowohl längs- als auch querschnittlich lebenslang eine zentrale Rolle (Petzold 2004, 2005v, 2006c, d; Moscovici 1988). Das beginnt beim familiären Milieu, führt über die persönlichen Ausprägungen der Erziehungsstile der Eltern zur Berücksichtigung von entwicklungspezi-

fischen Förderungsprozessen der kindlichen und juvenilen Umgebung, weiter über die Einbettung der Familie in ihren ökopsychosozialen Kontext und endet kulturellen, gesellschaftlichen, zeitepochalen und schließlich globalen Faktoren der Entwicklung, die alle sowohl sichtbare als auch subtile Einflussgrößen für die Entwicklung des Individuums darstellen. Etwa bei Drogenabhängigen und ihren Subkulturen wird die sozialökopsychologische Perspektive der Ätiologie von Suchterkrankungen besonders relevant.

Auf dieser sechsten Ebene der Ätiologie werden also verschiedene Perspektiven miteinander verbunden, auf der einen Seite muss die Anamnese von Patienten netzwerkanalytische Elemente enthalten, damit sowohl quer- als auch längsschnittlich die protektive bzw. schädigende Valenz aktueller und lebensgeschichtlicher Einbettungen hervortreten kann. Andererseits interagiert das Individuum lebenslang - reflektiert und unreflektiert - mit seinen Umgebungen, wobei am Beginn des Lebens, und erst langsam abnehmend, natürlich das „familiale Netzwerk“ die größte Rolle spielt (wobei sie natürlich auch die Rolle einer „Sozialisationsagentur“ für alle weiter ausgreifenden Faktoren darstellt). Die Angewiesenheit des Menschen auf den „Anderen“ bleibt dauerhaft ein Faktum, mit dem wir uns auseinandersetzen haben, und die interaktiven Musterbildungen des familialen Netzwerks - gerade der frühen, zwischen Geburt und 10. Lebensjahr - können eine enorme Persistenz aufweisen (Osten 2009).

Da diese Perspektive u.a. bei Faktoren ansetzt, die „Schon da waren, bevor wir geboren wurden“, setzt die familiäre Netzwerkanalyse diagnostisch bei der Genogrammarbeit an (Hildenbrand 2007; Cierpka 1996). Es schließen sich familiendiagnostische Explorationstechniken an, und am Ende kann diese Perspektive noch durch „Szenische Explorationstechniken“ erweitert werden. Im Bild der Familie gesprochen werden wir nicht nur in die Welt, sondern in bereits bestehende Systeme hineingeboren, in denen - weit vor unserer Ankunft - vielfältige Kräfte zwischen denjenigen wirken, die schon da sind und waren, fördernde wie belastende. Das „atmosphärische Feld kollektiver Mentalisierungen“, in das wir hinein tauchen, ist also keine *tabula rasa*. Da gibt es viele protektive Einflüsse, positive Lernmodelle, bestärkende und bekräftigende Atmosphären. Aber es gibt auch belastende Themen, etwa Täuschungen, die Verwirrung stifteten, Schicksalsschläge, die nicht betrauert wurden, Kranke, derer man sich schämt, Kriegsschicksale, die unverdaulich blieben, Verbrechen, in denen sich Mitglieder von Familien schuldig gemacht haben, viele Themen also, die systemische Turbulenzen verursacht haben, die das System z.T. in Turbulenz halten und oft tabuisiert werden.

Im Wechselspiel dieser Kräfte, die auf alle einwirken, die zum System gehören, sucht sich und erhält das Individuum eine Rolle, eine Position mit Bedeutung und wird auf diese Weise vom System und seinen Themen auch „in den Dienst“ genommen (vgl. das „familiale Transmissionsmodell“ bei Michaelis/Petzold 2010 bzw. das Modell der „transgenerationalen Dynamik“ bei Osten 2009). Dieser Dienst ist nicht unbedingt immer einfach. Für solche Dynamiken gibt es viele praktische Beispiele, die ich andernorts aufgeführt habe (ibid.). Vielleicht genügt es, sich vorzustellen, dass der Platz und die Rolle, mit denen man in seinem Familiensystem lebt, auf jeden Fall persönlichkeitsformatierende Elemente besitzen. Meistens beinhaltet das ja fördernde Qualitäten, die zu angemessenen oder wachstumsfördernden Herausforderungen für das Individuum werden. Manchmal aber muss man mit seinem Platz ringen. Die Systemtheo-

rie konzipiert in diesem Bereich ätiologische Faktoren, die in den schlechten Fällen zu Konflikten und Belastungen, mitunter zu psychischen, psychosomatischen und somatoformen Erkrankungen führen können (vgl. hierzu auch Fiegl/Reznicek 2000; Wirsching/Scheib 2002; Boszormenyi-Nagy/Spark 1981; Müller et al. 1992).

Eine explorative Methode hierzu stelle die „Szenische Exploration“ dar, bei der mit leeren Stühlen, oder wahlweise, wenn in einer Gruppe, auch mit Stellvertretern gearbeitet werden kann (Bleckwedel 2009; Petzold/Mathias 1982; Satir/Baldwin 1988; Satir 1990). Die Integrative Therapie spricht in diesem Zusammenhang explizit nicht von „Aufstellungsarbeit“; mit dem Begriff der „Szenischen Exploration“ bleiben wir im Diskurs des „therapeutischen Experiments“, aus dem - wie bei allen anderen Interventionen auch - durch intersubjektive Validierungen hervorgehen muss, ob eine transgenerationale Hypothese für den Patienten und Aspekte seiner Störung hinlängliche Evidenz ausweist. Dies ist nötig, denn die Genogrammpraxis und auch die Praxis der szenischen Exploration bringen oft eine beeindruckende Informationsfülle hervor, die um so mehr überrascht, wenn man die Perspektive der Ahnengeschichte in Bezug auf die eigenen Identitätsprozesse lange nicht mehr reflektiert hat. Diese Fülle von bedeutsamem Material kann sich nur dann als nützlich erweisen, wenn sie sich von der Indikation her an den Belastungsgrenzen der Patienten orientiert (d.h. um Einsicht sowie fördernde Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu evozieren). Eine „neue“ Perspektive, die orientierungslose Menschen wieder mit der Vergangenheit verbindet, kann als sinnstiftend, aber auch überfordernd sein bzw. verführerisch schnell als „heilbringend“ angesehen werden, denn unsere gegenwartsbezogene Lebensweise² fördert schnelle Mythologisierung. Auch Betonungen intergenerationaler bzw. mehrgenerationaler Perspektiven sind unter den gravierenden soziodemographischen Veränderungen seit dem zweiten Weltkrieg³ kritisch zu würdigen.

In Bezug auf die „systemische Familientherapie“ muss generell beachtet werden, dass in den meisten ihrer Ansätze mittelschichtspezifische, eurozentrische, auch subtil patriarchalische Modellvorstellungen (wertekonservative Annahmen) zu Grunde liegen, dass es ihnen an der Rezeption und Einarbeitung von familiensoziologischen und netzwerktheoretischen Konzepten und Forschungsergebnissen mangelt, dass eine „Entwicklungspsychologie der Familie“ bzw. des „Konvoys“ sowie gendertheoretische Reflexionen von Familiendynamiken bislang noch fehlen. Auch die makrosozialen Auswirkungen auf familiäre Lebenslagen (globale und Wirtschaftskrisen), die massiven Einflüsse der Medien (TV, Videospiele, Internet) auf die Entwicklung von Familienklimata, die Auswirkungen der elterlichen Prägungen bleiben theoretisch meist unberücksichtigt. Es gibt keine fundierte „Sozialisations- und Enkulturationstheorie der Familie“. Damit gerät die systemische Familientherapie in die Gefahr einer subtilen Ideologiesierung. Gerade in der Psychotherapeutischen Diagnostik müssen indes vorschnelle Hypothesen und Deutungen vermieden und Konnektivierungen mit allen anderen Perspektiven angestrebt werden. Die Integrative Therapie verbindet daher systemische Perspektiven mit entwicklungspsychologischen und den - kritisch reflektierten - Annahmen der Bindungsforschung (z.B. Walper/Pekrun 2002; Brisch et al. 2002;

² Globale Bedrohungen der „Risikogesellschaft“ (Beck 1986), Wirtschaftskrisen, Konsum- und Informationsterror, Sinnverlust, Glorifizierung der Jugend bei gleichzeitiger Akzeleration des Zeiterlebens etc.

³ Verlängerung der Lebenszeit, Veränderung der Bevölkerungspyramide, Veränderung der Genderverhältnisse, späte Berufseintritte, tendenziell mehr Lebenspartnerschaften als Ehen, Zunahme von Scheidungen, Klein- und Stieffamilien, extrem lange „empty nest“-Phasen, massives Schwinden von Mehrgenerationenbezügen und familialer Traditionsweitergabe etc.

Strauß et al. 2002) - die aus der Mutter-Kind-dyadischen Perspektive hin zu einer polyadischen geöffnet wird -, vor allem aber mit der soziologischen Diskussion und den Theorien postmoderner Diskurse.

Im Anhang 5 finden sich Checklisten bezüglich dieser sechsten Ätiologie-Ebene, wie sie in der Integrativen Therapie verwendet werden. In welchem Verhältnis die genannten Grundlagentheorien mit den Ätiologietheorien und den „Sechs Ebenen der Ätiopathogenese“ stehen, zeigt zum Abschluss folgende Graphik:

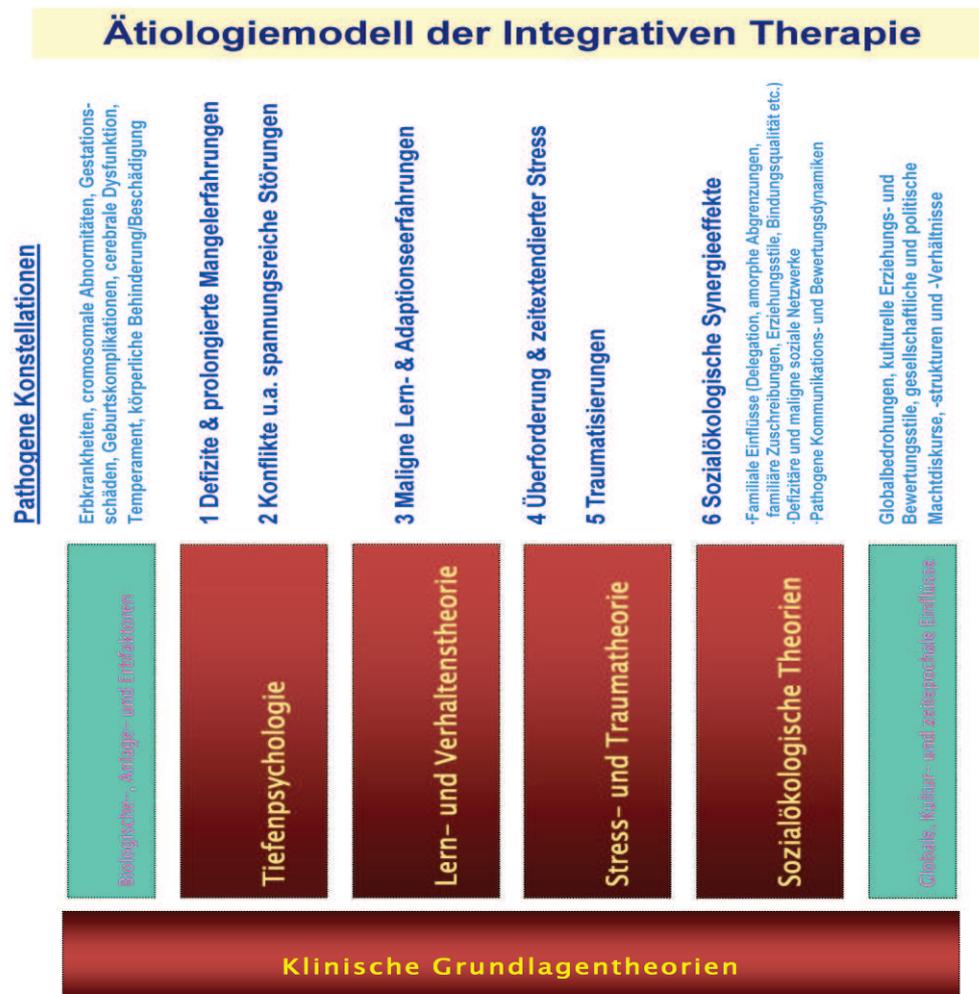


Abb. 1: Ätiopathogenese-Modell der Integrativen Therapie, ein Hypothesen generierendes Modell

Legende:

Fügt man die Perspektiven Klinischen Grundlagentheorien mit den Sechs ätiologischen Ebenen zusammen, bildet dies die theoretische und explorative Basis einer Allgemeinen Integrativen Krankheitstheorie. Auf dieser Grundlage lassen sich Konflikttheorie und Psychodynamik (Tiefenpsychologie), Lern- und Stresstheorie (Behaviourale Theorie), Traumatheorie und Sozialökologische Theorie (Systemische Theorie) miteinander verbinden, mit dem konsequenten Verständnis, dass Konflikte und Defizite, Lern- und Adaptionmodelle,

Stress- und traumatische Einflüsse sowie sozialökologische Faktoren zu jedem Zeitpunkt der menschlichen Entwicklung in verschiedener Stärke auf das Individuum einwirken, *und das eben sehr unterschiedlich*, nämlich auf dem jeweiligen entwicklungspsychologischen Niveau, der Reifungsentwicklung oder eben der Beschädigung, die im Moment des Einwirkens gerade vorhanden ist. Flankiert werden diese Überlegungen auf der einen Seite von biologischen-, Anlage- und Erbfaktoren (wozu nach neuesten Erkenntnissen auch die Epigenetik gehört; vgl. Spork 2010), auf der anderen Seite von kontextuellen Faktoren der Eingebundenheit des Individuums in seine Lebenswelt (globale-, kulturelle-, gesellschaftliche- und zeitepochale Faktoren).

2. Die Ergebnisse der Longitudinalforschungen

In den letzten 25 Jahren brachten die Ergebnisse der Longitudinalforschungen eine Innovation in die übliche Interpretationsweise ätiologisch bedeutsamer Faktoren. Kurz gesagt, scheinen individuelle und soziale Ressourcen und Resilienzen⁴ bzw. das Fehlen solcher bei der Krankheitsentstehung eine weitaus höhere Bedeutung zu haben, als man bislang annahm. Die Ergebnisse der longitudinalen Forschungen weisen in die Richtung, dass wir in der Vorstellung dessen, was uns als Menschen schädlich sei, wegrücken müssen von der Idee, es seien vorwiegend „Belastungen“ oder „frühe Belastungen“ für die Entstehung psychischer Krankheiten verantwortlich (vgl. Petzold 1995; Schüssler 2000). Der Stellenwert dieser Idee wurde in der Vergangenheit weit überschätzt. Es sind weder die „Belastungen“ an sich, die zwingend zu Krankheit führen – denn an denen, die wir meistern, wachsen wir -, noch sind es „frühe“ Belastungen allein, denn viele Unwägbarkeiten des Lebens, die uns als Kinder widerfahren, werden einerseits durch die hereditären Resilienzen des Kindes selbst bestens abgepuffert, andererseits positiv korrigiert durch unterstützende und fördernde soziale Umwelten. Überhaupt wurde die kindliche Entwicklung zu sehr als „Einbahnstraße der Prägung“ gesehen; dagegen wurden Entwicklungsprozesse des Jugendalters schon wesentlich mehr vernachlässigt, noch mehr trifft dies auf die weitgreifend korrigierenden Entwicklungen im Erwachsenenalter zu.

Im Rahmen einer Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik laufen diese Erkenntnisse auf die Notwendigkeit einer longitudinalen und prognostischen Analyse in der dynamischen Wechselwirkung von belastenden Ereignissen und individuellen Ressourcenfeldern sowie deren synergetischer Verarbeitung durch das Subjekt hinaus (Attribution, Coping, Creating); erst diese drei Ebenen zusammen ergäben dann ein hinreichend stimmiges Bild der Krankheitsentstehung.

Nun verlaufen ätiologische Hypothesenbildungen zumeist schulengebunden, entlang tiefenpsychologischen (psychodynamischen), lern- und stresstheoretischen (behaviouralen), traumatheoretischen oder sozialökologischen (systemischen) Paradigmen. Man braucht gar nicht genau hinzuschauen, um zu erkennen, wie sehr zumindest diese vier Blickpunkte *zueinander gehören*, wenn es darum geht, Menschen mit ihren Störungsbildern stimmig zu erfassen (um sie vollständig werden zu lassen, müssten

⁴ Querschnittlich gesehen sind das sowohl persönliche Fähigkeiten, Potentiale und Stärken des Individuums als auch unterstützende Faktoren des sozialen Netzwerks; längsschnittlich handelt es sich hierbei um biographisch unterstützende und fördernde Beziehungen sowie Lebenssituationen, von denen die Erfahrung und Erinnerung von Kraft, Selbstwirksamkeit und positiver (Selbst-)Attribution ausgeht. Längsschnittliche Ressourcen/Resilienzen müssen kognitiv und emotional repräsentiert und memoral sein, um wirksam werden zu können.

noch Anlage- und Kontextfaktoren hinzugezogen werden). Schulkonkurrenz ist hier unangebracht: Wir entwickeln uns nicht ausschließlich unter der dynamischen Perspektive von Konflikten, Defiziten und Bedürfnisorientierung (Neopsychoanalyse, Tiefenpsychologie, Humanistische Psychologie), auch nicht allein unter dem Einfluss von Lernmodellen, Stress, Belastungen und deren Adaption (Behaviourale Theorie), und wir nehmen den Zustrom aus unserem Umfeld - sei es allein unter sozialpsychologischer, sozialökologischer oder unter systemischer Perspektive - nicht einfach ungefiltert in uns auf. Allenfalls könnten, wie gezeigt, schwere Traumata und anhaltender, überfordernder Stress eine solche solitäre ätiologische Rolle spielen (wobei dieser dann näher spezifiziert werden müsste). In allen anderen Fällen aber wird die Mensch-Umwelt-Interaktion zur zentralen Perspektive (Vygotsky 1978; Funder et al. 1993; Hass/Petzold 1999 Stegbauer/Häußling 2010), und zwar vor dem Hintergrund des jeweiligen entwicklungspsychologischen Niveaus bzw. des Status, der Möglichkeiten und Potentiale, die ein Mensch bei Einwirkung einer Noxe ausweisen kann (Osten 2000; Kahn/Antonucci 1980; Rutter 1992).

Ergebnisse aus der Longitudinalforschung weisen in diesem Zusammenhang eindeutig in die Richtung, dass es nicht allein die Schwere einer Einwirkung ist, die für die Auslösung einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung verantwortlich gemacht werden kann. Vielmehr verläuft der Gesundheitsprozess über die gesamte Lebensspanne hin entlang eines dynamischen Verhältnisses von individuellen Vulnerabilitäten und Resilienzen (Filipp 1990; Petzold et al. 1993; Schüssler 2000; Ernst 1992; Werner/Smith 1983; Knäuper/Schwarzer 1999; Fiedler 1999; Oerter et al. 1999; Röper et al. 2001).

Ein dynamischeres - und wahrscheinlich stimmigeres - Bild der Krankheitsentstehung ergibt sich deshalb, wenn man zunächst (1) die Perspektive von Ressourcen und Schutzfaktoren einbezieht: sind bei Einwirkung von Negativfaktoren genügend - interne und externale - Ressourcen vorhanden, können wir Probleme bewältigen, und erlangen aus diesem Kraftaufwand auch noch ein Gefühl der Robustheit („Resilienzbildung“). Stehen zu diesem Zeitpunkt wenig - interne und externale - Ressourcen und Potentiale zur Verfügung, können schon geringe Belastungen zu Dekompensationen in Krankheiten führen (Petzold et al. 1993). Protektive Faktoren und Prozesse tragen also primär zur Bewältigung bei, und sekundär dazu, dass Empfinden einer positiven Kontrollerwartung und Selbstwirksamkeit entstehen (Försterling/Stiensmeier-Pelster 1994).

Darüber hinaus müssen wir (2) die schlechte Prognose von Entwicklungsdefiziten und Mangelerfahrungen auch bei Erwachsenen in den Blick nehmen, denn wer mit „schlechteren Karten“ antritt, ist gefährdeter als andere, die die gleichen Probleme unter Umständen locker wegstecken (Weinberg 2005). In der aufdeckenden Psychotherapie spielt diese Perspektive eine besondere Rolle. Sind also bei Einwirkung von Negativfaktoren genügend Entwicklungspotentiale (erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungs- und Reifungsaufgaben, positive Adaptionsmechanismen) vorhanden, kann es sein, dass nicht nur die Krankheit ausbleibt, sondern auch noch Resilienz gebildet wird (Nuber 1998; Knäuper/Schwarzer 1999). Diese Dynamik soll durch die folgende Graphik verdeutlicht werden.

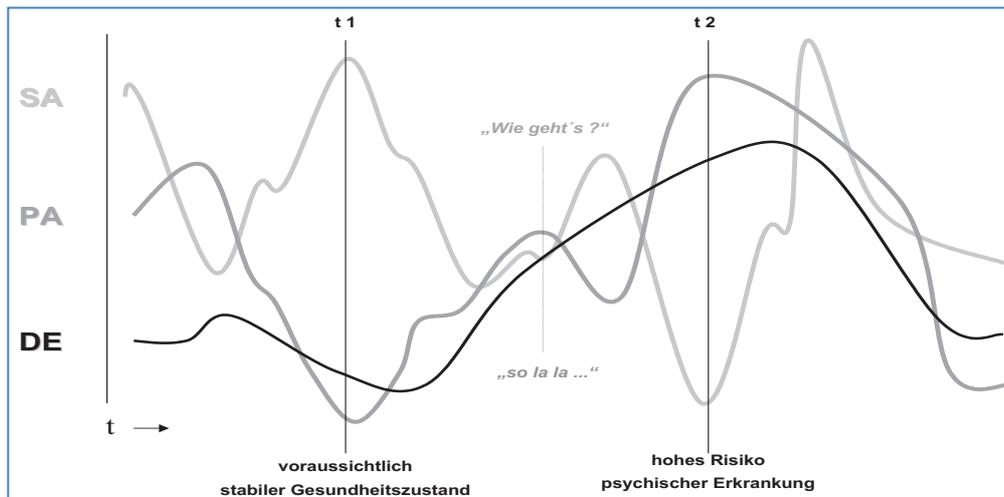


Abb. 2: Längsschnittliche Wechselwirkung von salutogenetischen (SA), pathogenetischen (PA) und Defizitfaktoren (DE) im Hinblick auf die Krankheitsentstehung (nach Petzold et al. 1993).

Legende:

Das Diagramm zeigt horizontal die Zeitachse, einen beliebigen Ausschnitt aus dem Lebenslauf, vertikal sind die drei Einflussgrößen verzeichnet, hell- für Salutogenese, mittel- für Pathogenese und dunkelgrau für Defizitgenese. Die drei Größen sind, je nach Messzeitpunkt, in sehr unterschiedlicher Effektstärke, aber alle drei stets gleichzeitig vorhanden, wie drei Stränge ineinander verschlungen. [Die hier angedeutete Effektenstärke ergibt sich nicht allein aus der (ohnehin, zumeist implizit und subjektiv, relational bewerteten) Größe eines Belastungsfaktors an sich, sondern aus den Faktoren des subjektiven Erlebens (Attribution)]. Aus der Interaktion und Interferenz der Einwirkungen ergeben sich unterschiedliche Bedeutungen für das Individuum. Betrachten wir den Zeitpunkt t1, so finden wir hier einen starken Effekt salutogener Einflüsse, ein Moment, wo innere Ressourcen voll zum Tragen kommen und bekräftigende externe Faktoren wirken. Dagegen sind die pathogenen Einflüsse gering, und es gibt kaum Defizite zu beklagen. Das wäre ein Bild von Zeiten besonderer Qualität, die für sich gesehen schon eine Ressource darstellen, und in denen nach Aussage der longitudinalen Forschungen voraussichtlich ein stabiler Gesundheitszustand zu erwarten ist. Zum Zeitpunkt t2 sieht das schlechter aus. Pathogene und Defiziteinflüsse sind hoch. So eine Zeit könnte man, wenn man - auf neudeutsch gesagt - „gut drauf“ ist, wahrscheinlich bewältigen. Aber wenn die Ressourcenkurve auch noch in den Keller geht, sieht es düster aus, und die Risiken, psychisch zu erkranken oder bei Suchstörungen einen „Rückfall zu bauen“, sind hier besonders groß (Körkel 1988).

Interessanterweise sind statisch gesehen genau nicht die Menschen zum Zeitpunkt t1 die gesündesten, sondern jene auf dem Punkt in der Mitte, an dem sich die Kurven treffen („... so la la“). Hier sind die potentiell pathogenetischen Faktoren gerade in einem Effektenbereich, der von den vorhandenen Ressourcen und Resilienzen noch abgepuffert werden kann, so dass im günstigsten Fall Selbstwirksamkeit erfahren wird, Resilienzen gebildet werden und eine Bestärkung in der Dynamik positiver Kontrollerwartungen. Gleichmaßen sind zum mittleren Zeitpunkt eben genau nicht alle Res-

sourcen, die benötigt werden, vorhanden (Defizitkurve), so dass dem Menschen immer noch was bleibt, worauf er hinarbeiten kann. Stressstudien belegen eindeutig, dass auch Unterforderung Stress bedeutet, weil wir uns nicht mehr ausreichend als selbstwirksam erfahren können (z.B. Arbeitslosigkeit). Es scheint also von herausragender Bedeutung zu sein, dass wir uns, um gesund bleiben zu können, immer in hinreichend starken - inneren und äußeren - Herausforderungsverhältnissen befinden, die mit den vorhandenen Ressourcen immer gerade gut bewältigt werden können [Literatur zu diesen groß angelegten Studien finden sich beim Robert Koch Institut, <http://www.rki.de>, und bei Statistischen Bundesamt, <http://www.destatis.de>. Faktoren von Gesundheit, die diesen breit angelegten Studien zu Grunde lagen waren (1) Geringe Fehlzeiten im Arbeitsfeld; (2) Geringe Anzahl von Arztbesuchen pro Jahr; (3) noch weniger bei einem Psychiater/Nervenarzt; (4) geringer Medikamentenkonsum; (5) Hoher Faktor der subjektiv angegebenen Lebenszufriedenheit.]

3. Das Akkumulationsmodell

Wir konnten sehen, dass die vier grundlegenden ätiologischen Theoriegebäude (Tiefenpsychologie, Verhaltenstheorie, Stress- und Traumatheorie und Sozialökologische Theorien) die Entstehung von Krankheiten auf sehr unterschiedliche Weisen erklären, die auf den ersten Blick zum Teil inkompatibel erscheinen. Bricht man jedoch die Wirkfaktoren ätiologisch relevanter Faktoren auf den Faktor „Stress“ herunter, erscheinen alle anderen Faktoren nur als Spezifizierungen von Stress. Defizite erzeugen primären Stress - vor allem, wenn sie lang anhaltend sind - und sekundär dadurch, dass schlecht entwickelte Kompensationsmuster entstehen (Weinberg 2005). Konflikte erzeugen primären Stress und sekundären durch die interaktiven Muster in den umgebenen Beziehungen (Stegbauer/Häußling 2010). Überforderungen erzeugen Stress - vor allem, wenn sie langanhaltend sind -, sie zersetzen die Konsistenz positiver Kontrollerwartungen und verringern somit Selbstwirksamkeitserfahrungen (Flammer 1990). Traumatischer Stress desorganisiert eine Vielzahl psychischer Funktionen (Friedman et al. 1995; Yehuda/McFarelane 1997) und dasselbe muss man von pathogenen sozialpsychologischen Synergieeffekten annehmen (Petzold 2004, 2005v).

Unter dieser Perspektive erscheint der Faktor „Stress“ als der prominente Faktor im Rahmen ätiologisch relevanter Lebensereignisse. Dabei ist, wie erwähnt, viel weniger die Stärke eines Einflussfaktors ausschlaggebend - hier gäbe es ja keine Anhaltspunkte für interindividuelle Relationen -, als vielmehr der Faktor der persönlichen Stressbewertung und -verarbeitung. Damit ist mit dem Faktor „Stress“ unabdingbar den Faktoren „Attribution“ und „Kontrolle“ verbunden. Die Effektenstärke von Stress hängt damit vornehmlich von der kognitiven (appraisal) und emotionalen (valuation) Bewertung des Individuums ab (Petzold/van Wijnen 2010; Försterling/Stiensmeier-Pelster 1994).

Viele der empirisch sehr breit angelegten epidemiologischen Studien um den DSM Forscherkreis herum bestätigen etwa, dass gerade an Sucht und Abhängigkeit erkrankte Menschen zum allergrößten Teil traumatisierende Lebensereignisse in ihrer Anamnese aufweisen (je nach Studie zwischen 67% und 72%). Dasselbe gilt, mit etwas geringeren Werten für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (Breslau et al. 1998; Wilson/Raphael 1993; Kulka et al. 1990; Resnik et al. 1993). Dies entspricht exakt der

Symptomatik dieser Störungsbilder: traumatischer Stress hat desorganisierende Wirkungen auf die Persönlichkeitsorganisation und es entstehen zum Teil chronifizierte Veränderungen in der neurohumoralen Regulation, die auch sog. „hyperarousal-“ oder „numbing-“ Phänomene erzeugen (Übererregheitszustände und emotionale/soziale Abstumpfung). Bei beiden Erscheinungen wirken Alkohol und Drogen als hochpotente und schnell wirkende „Psychopharmaka“ in der meist nur halb bewussten Intention von „Selbstheilungsversuchen“ der Patienten.

Leider fehlen entsprechende Studien in Bezug auf weitere Störungen, bei denen der Verdacht von traumatisierenden Lebensereignissen als ätiologische Hauptursache jedoch auf der Hand zu liegen scheint. Hierzu zählen etwa die Angst- und Panikstörungen (das Symptom als flashback begreifen!), Essstörungen und Zwangsstörungen (das Symptom als Kontrollversuch gegen flashbacks begreifen!), Sexsucht (das Symptom als Beruhigungsversuch des hyperarousal oder als Aufmunterung bei numbing begreifen!) usw. Einige wichtige Gruppen im Bereich der Traumaforschung befürworten eine stärkere Öffnung in diese, mehr längsschnittlich orientierte Sichtweise von Traumatisierungen und deren Folgen (Yehuda/McFarelane 1997; Fischer/Riedesser 1998; van der Kolk et al. 2000; Courtois/Ford 2010). Hier wird von „Entwicklungs-traumatisierungen“ (van der Kolk et al. 2000) oder von „Komplextaumatisierungen“ (Yehuda/McFarelane 1997; Fischer/Riedesser 1998; Courtois/Ford 2010) gesprochen. Auch den lang anhaltenden Traumatisierungsprozessen durch deprivativen Stress wird hier eine deutlich größere Rolle zugesprochen als das etwa in den Forschungsgruppen um den DSM herum der Fall ist. Weil hier dem Anspruch an querschnittlich, symptomorientierte Diagnostik der Vorrang gegeben wird, ist nun zu erwarten, dass auch in der Ausgabe des DSM-V die von Bessel van der Kolk vorgeschlagene Kategorie der „Entwicklungstraumatisierung“ keinen Eingang finden wird.

Dennoch, und weil wir im Ansatz der Integrativen Therapie ein längsschnittliches, kausal orientiertes Diagnose und Therapieverständnis verfolgen, präferieren wir diese Ansicht von Überforderung, prolongiertem Stress und Traumatisierungen als die prominente Sicht, um ätiologische Hypothesen generieren zu können. Dies geht von der empirisch gut belegten Tatsache aus, dass die meisten Menschen mindestens ein Mal im Leben eine traumatische Erfahrung machen [nach den Studien von Norris 1992; Breslau et al. 1998; Kulka et al. 1990; Kessler et al. 1995; Resnik et al. 1993 liegt die Lebenszeitprävalenz traumatischer Erfahrungen für Männer bei 92,2% und für Frauen bei 87,1%]. Diese Vorstellung lehnt sich aber nicht nur an der Perspektive von sog. „Impacttrauma“ an (einmalige, überfordernde Lebensereignisse), sondern geht davon aus, dass unterschiedliche Arten von traumatisierenden oder auch nur traumanahen Lebensereignissen, zu verschiedenen Zeitpunkten des Lebens, die Dynamik von Vulnerabilität und Resilienz zum Teil belasten, zum Teil manchmal auch überlasten. Nur etwa ein Fünftel dieser Menschen entwickelt ein veritables Posttraumatisches Stresssyndrom (PTBS). Damit ist es augenscheinlich, dass die meisten Menschen den größten Teil traumatisierender Erfahrungen recht gut kompensieren und bewältigen können, nämlich über ihre Selbstregulationskompetenzen und über ihre sozialen Netzwerke. Allerdings gehen Traumaforscher davon aus, dass bei diesen Bewältigungsdynamiken als „Reste“ traumatischer Erfahrungen eine Sensibilität („bias“) in Bezug auf Reize zurückbleibt, die in irgendeinem thematischen oder atmosphärischen Zusammenhang mit der ursprünglichen traumatisierenden Erfahrung stehen. Diese Vulnera-

bilität kann dafür sorgen, dass weitere stressrelevante oder gar traumatisierende Erfahrungen in der Zukunft schlechter verarbeitet werden können, vor allem, wenn sich diese Lebensereignisse zu einer „komplexen Traumadynamik“ in der Physiologie und den psychischen Funktionen des Individuums verdichten (Courtois/Ford 2010).

Diese additive und akkumulative Dynamik in der Verarbeitung stressvoller Lebensereignisse lassen sich in dem ätiologietheoretischen Modell der „Akkumulationsdynamik“ als hypothetische Entwicklung zu psychischen Krankheiten bzw. Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen beschreiben. Für den letztgenannten Bereich hatten das Reinecker (1978) sowie Reinecker & Zanuer (2004) schon als „Additives Schwellenmodell“ benannt. Folgende Graphik erweitert dieses Modell um die eben dargestellte Dynamik der Verarbeitung traumatischer Lebensereignisse und stellt es als ein allgemeines, Hypothesen generierendes Modell der Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen vor. Der Therapeut erarbeitet für sich ein solches Modell und kann so die einzelnen Lebensereignisse, von denen der Patient nach und nach berichtet, in ein relationales Kontinuum reihen, das ihm einen Gesamtüberblick über die Biographie, die kritischen und ressourcenvollen Lebensereignisse, die *stressful life events* und ihre Verarbeitung im Gesamt des Lebens und der Persönlichkeitsorganisation ermöglicht.

Im Sinne einer kreativen, semiprojektiven Diagnostik (Müller/Petzold 1998) ist es z.B. auch möglich, eine eigene „Stresskurve“ im diagnostischen Prozedere mit Patienten zusammen zu erarbeiten. So kann dieser anhand der Lebensereignisse selbst sowie der persönlichen Einschätzung von stressvollen und traumarelevanten Intensität derselben eine relationale Einschätzung einzelner Lebensabschnitte bzw. des gesamten Lebensverlaufes vornehmen. Folgende Graphik illustriert das eben vorgestellte Modell (in Anhang 3 findet sich eine Checkliste für die Exploration ätiologischer Faktoren, die aber weiter unten noch detailliert ausgeführt wird).

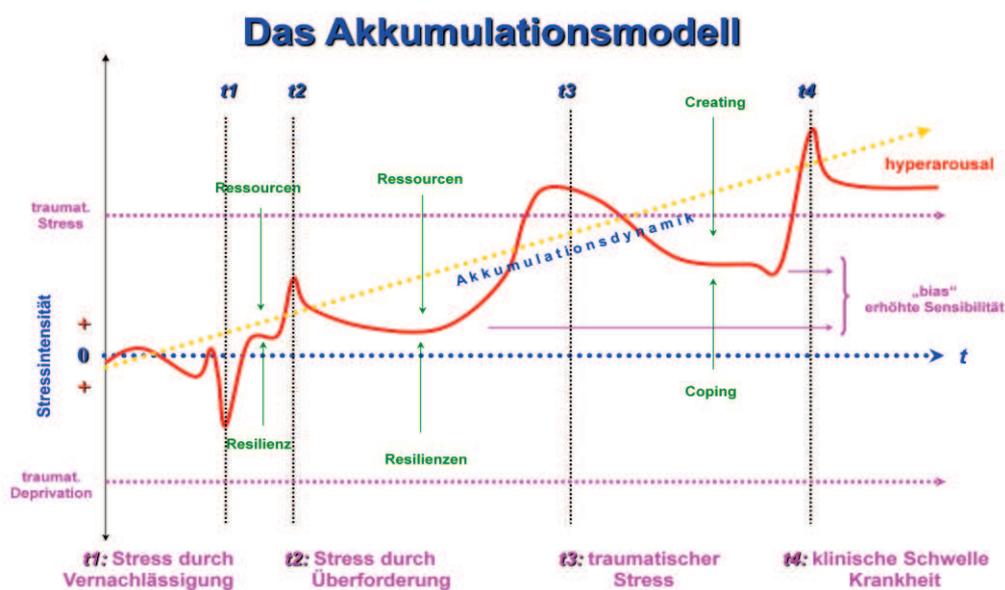


Abb. 3: Das Akkumulationsmodell als ätiologische Hypothesen generierendes Krankheitsmodell

Legende:

In dieser Graphik entspricht die Kurve den pathogenetischen Einflüssen, die beiden anderen Kurven (Salutogenese, Defizitgenese) tauchen hier nicht auf. Auf der x-Achse findet sich die empfundene Stressintensität, nach oben wie nach unten nach „plus“ gehend; hiermit wird angedeutet, dass sowohl überfordernder Stress als auch deprivativer Stress pathogenetisch wirksam sein kann. In den gepunkteten Querlinien sind zwei „Traumaschwellen“ verzeichnet; damit soll angedeutet sein, dass Stress lange Zeit noch kein traumatischer Stress ist, und dass für traumatischen Stress auch andere mnestiche Einspeicherungs- und Abrufprozesse gültig sind. Diese sind bedeutsam im Hinblick auf die pathogenetische Evidenz einer Lebenserfahrung.

Auf der y-Achse befindet sich die Zeit, und in der Kurve wird nun ein prototypischer Verlauf pathogenetischer Einflüsse, hin auf eine psychische Störung skizziert (hier: Panikstörung mit komorbider Sucht- und Abhängigkeitsstörung). Nehmen wir dafür exemplarisch den ersten Lebensabschnitt eines in ihrer Familie erstgeborenen Mädchens von Null bis etwa zum Alter von 21 Jahren (t_4). Bis zum Zeitpunkt t_1 verläuft das Leben des Mädchens normvariabel. Dann jedoch, im 2. Lebensjahr (t_1) erkrankt die Mutter an Asthma und einer Angstdepression und muss zunächst in eine Klinik, dann auf Kur; sie ist insgesamt fünf Monate getrennt von ihrem Kind. Das ist, wegen der noch instabilen Repräsentationsmöglichkeiten des Mädchens stressvoll und könnte unter weniger günstigen Umständen schon zu einer Deprivationstraumatisierung führen. Das Mädchen hat aber bis dahin schon einiges an Resilienz aufbauen können, und außerdem kommt als abpuffernder Ressourcenfaktor hinzu, dass die Oma, die das Mädchen liebt, die Betreuung in dieser Zeit übernimmt. Somit kann sich das Mädchen wieder in den normvariablen Bereich zurück regulieren. Zu Beginn verlaufen diese Regulationsprozesse weitgehend prozedural, d.h. wenig bewusst, planvoll, willentlich.

Nach der Rückkehr der Mutter jedoch hatte der Vater eine Nebenbeziehung begonnen, außerdem seine Arbeit verloren, weil seine Firma in Konkurs gegangen war. Ziemlich schnell ist der - zuvor schon vorhandene - Alkoholkonsum bei ihm eskaliert und das Elternpaar liegt in ständigen Auseinandersetzungen, die auch mit Gewalttätigkeit einhergehen (t_2). Nun kommt ein überfordernder Stress herein, den das Mädchen jedoch wieder mit den bislang gewonnenen Resilienzfaktoren gut abpuffert. Zu dieser Zeit kommt ein Geschwister zur Welt, was das Mädchen zusätzlich belastet. Sie weicht nach draußen, in den Raum außerhalb der Familie aus, und erlebt dort als weitere Ressource die Schule, in die sie gekommen ist. Es ist für sie ein Wohltat, eine geordnete Umgebung mit nachvollziehbaren Regeln als Alltag zu haben. Sie lernt viel und gut, und kann so auch für die Eltern einiges an zusätzlichem Stress abmildern. Sie hat viele Freundinnen, mit denen sie viel Zeit verbringt. Es bleibt aber eine Grunderregung in ihr zurück („bias“); vor allen Dingen reagiert sie auf Reize, die in irgend einer Nähe und Beziehung zu ihren beiden vorläufigen *stressful live events* stehen: sie reagiert auf Verlassen werden mit Rückzug, und sie weint fürchterlich, wenn der Lehrer, der etwas cholerisch ist, laut wird.

Zum Zeitpunkt t_3 ist das Mädchen 14 Jahre alt, und hier macht es zum ersten Mal eine Erfahrung, die vom erlebten Stress her über die Traumaschwelle geht. Sie ist auf einer Party, wird von drei betrunkenen Jungen in ein Gebüsch gezerrt und gewaltvoll zu Boden gezwungen. Die Jungen reißen ihr die Kleider vom Leib, berühren sie mehrfach brutal im intimen primären und sekundären Geschlechtsbereich und wollen sie auch vergewaltigen (penetrieren), wozu es durch hinzukommende Partygäste dann aber nicht kommt. Das Mädchen hat trotzdem existenzbedrohende Ängste erlebt sowie traumatischen Stress. Sie hat Glück im Unglück, denn sie kommt nun zu einer Schulpsychologin, die mit ihr recht

zeitnah alle traumatisierenden Erfahrungen durchspricht; so entkommt sie weitgehend den Dissoziationsphänomenen, die ansonsten schnell, innerhalb weniger Wochen, greifen würden. Außerdem besucht sie einen Kurs zur Selbstverteidigung für Mädchen, was sie in ihren verletzten Grenz- und Selbstbewusstsein wiederum stärkt. So kommt es, durch *Coping- und Creatingstrategien* dazu, dass sie sich von ihren autonomen Erregungszustand her wieder halbwegs herunterzuregulieren lernt. Es bleibt allerdings eine, nun deutlich erhöhte, Sensibilität („bias“) gegenüber traumanahen Reizen bestehen. Bis zum 26. Lebensjahr (als sie in Therapie kommt) wird die junge Frau - aufgrund ihrer Vermeidung traumanaher Reize - keine sexuelle- oder Liebesbeziehung eingehen.

Letztendlich ausschlaggebend, aber nicht allein kausal verantwortlich, hierfür ist das vorerst letzte traumatisierende Lebensereignis, das die junge Frau mit 21 macht, als sie sich zum ersten Mal in einen Mann verliebt, der sich bald als ein praktizierender, gewalttätiger Sodomasochist herausstellt, der von ihr abnorme Sexualpraktiken verlangt. Als sie dem nicht zustimmt und sich dagegen verwehrt, kommt es zwischen den beiden zu heftigen Gewalttätigkeiten, denen sie am Ende unterliegt. Sie muss mit schweren Verletzungen ins Krankenhaus gebracht werden. In dieser Lebenssituation hat sie niemanden, der in ressourcenvoller Weise für sie sorgen kann, ihre eigenen Resilienzen und Verarbeitungsstrategien versagen unter der Last dieser erneuten Traumatisierung. Die Eltern und auch die Schwester wenden sich von ihr ab, weil sie denken, sie habe sich mit einem „Perversen“ eingelassen. Deshalb schafft sie es diesmal nicht, den traumatischen Stress herunterzuregulieren und ihre „Stresskurve“ (neurohumorale Dysregulation im Sinne eines amygdaloiden hyperarousal) verbleibt überhalb der Traumaschwelle. Damit hält sie sich nun im Bereich eines „autonomen Hyperregulation“ auf, was sie verstärkt anfällig macht für psychische Störungen. Ein halbes Jahr später entwickelt die junge Frau dann tatsächlich eine massive Panikstörung und kommt gleichzeitig mit Leuten aus der Drogenszene (Heroin) in Kontakt. Sie merkt, wie die Droge recht effektiv ihre Panikattacken herunter reguliert und entwickelt rasch ein Abhängigkeitssyndrom.

III. Struktur und Methoden der Integrativen Diagnostik

1. Die Initialphase in der Psychotherapie

Die Initialphase der Psychotherapie hat eine komplexe Aufgabenstellung zu erfüllen, zu der nicht nur diagnostische Funktionen gehören. Gleichmaßen ist sie der Anfangspunkt einer zumindest für den Patienten wahrscheinlich lebenslang bedeutsamen Beziehung. Insofern haben wir die Verantwortung dafür zu tragen, dass die initiale Begegnung - bei allen Schwierigkeiten, die oft gegeben sind, vor allem in Krisen - sehr gut über die Bühne geht. Am Beginn einer therapeutischen Beziehung stehen für beide Seiten zunächst die Faktoren „Unsicherheit“ und „Unstrukturiertheit“ ganz im Zentrum, so dass jede Bewegung, sei sie körperlich, geistig-seelisch oder emotional, mit großer Wachheit aufgenommen und im orientierenden Sinn verarbeitet werden. Daher sind die Phänomene, die zu Beginn einer Therapie „über die Bühne gehen“ meist von großer Bedeutung und verdienen Beachtung.

Bei der Vorgabe dieser komplexen Aufgabenstellung stellt sich die Frage, wie dies alles praktisch umzusetzen ist. Hinzunehmen wäre zunächst, dass methodenintegrati-

ves Arbeiten immer mit der Erfordernis fachlicher Offenheit zusammenhängt, und dass sich hieraus für den praktizierenden Psychotherapeuten ein vermehrter Bedarf an eigener Fortbildung (Literatur) und an Weiterbildungen (Praktische Seminararbeit) ergibt. Basis sind weiterhin Kenntnisse aus den „Klinischen Grundlagentheorien“, und hierauf aufbauend, Kenntnisse aus den besprochenen ätiologischen Theorieansätzen. Dies sollte zum einen zusammenfließen mit einer anthropologischen Haltung zu Gesundheit und Krankheit sowie zum Körper oder „Leib“ (wie gezeigt), zum anderen mit einer therapeutischen Grundhaltung der „Intersubjektivität“, die Verzicht leistet auf Objektivierung und hegemoniale Deutungsansprüche (Pohlen/Bautz-Holz Herr 1995), und die - vermittelt durch die gesamte Person und Haltung des Therapeuten - in der Lage ist, verdeckte Machtdiskurse offen zu bearbeiten (Petzold/Orth 1999; Schmidt-Lellek/Heimannsberg 1995). Dies erfordert eine besondere Wachheit vom Therapeuten für die prozessbestimmenden Faktoren, nur so können die therapeutischen Prinzipien des „*informed consent*“ und der „*patient dignity*“ durchgesetzt und riskante Therapien und Therapieschäden vermindert werden (Märtens/Petzold 2002).

Insofern möchte ich hier ein formale Struktur vorgeschlagen, unter der versucht wird, der Komplexität der initialen Phänomene in der Psychotherapie gerecht zu werden, und unter der die eingehenden Informationen vom Therapeuten geordnet werden können. Wir unterscheiden in der initialen Phase der Therapie vier strukturierende Phasen mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen, in die ich nun kurz einführe (Osten 2000).

Vorfeld

Viele organisierende Faktoren kommen zusammen, bevor ein Mensch sich beschließt, eine Psychotherapie aufzunehmen. Diese Faktoren werden unter dem Begriff „Vorfeld“ zusammengefasst (Osten 2000). An ihrer Spitze steht die aktuelle *Motivation für die Aufnahme* einer Behandlung. Dabei geht es vorwiegend um krisenhafte Zuspitzungen von Lebensthemen, also um *aktuelle Auslöser*; es kann aber auch sein, dass jemand selber überhaupt keine eigene Motivation hat, zur Therapie zu erscheinen, sondern dass er „geschickt“ wurde (von Ehepartnern, vom Arbeitsgeber) oder dass es sich um gesetzliche Auflagen zur Therapie handelt. All dies wird unter dem Begriff der *Vermittlungswege* zusammengefasst. Auf die motivationale Verfasstheit des Patienten bei Aufnahme der Therapie wirken auch die jeweiligen *Vorerfahrungen* mit vorgängigen Therapie und Therapeuten mit ein, und mit ihnen natürlich die gesamte vorgängige *Krankheits- und Therapiegeschichte*. Schließlich ist es nicht unwesentlich, in welcher Alltags- und Lebenssituation der Patient uns antrifft, denn unseres Verfasstheit in diesem Augenblick wird ebenso prozessbestimmend sein, wie jene des Patienten. Dies alles ist zu beachten, heißt, achtsame, auf Gegenübertragung, Affiliation und Reaktanz bezogene, prozessuale Diagnostik von Anfang an zu betreiben.

Erstkontakt

Der Erstkontakt, die erste faktische Kontaktaufnahme von Patient und Therapeut verläuft meistens am Telefon, zum Zwecke der Terminvereinbarung. In vielen Einrichtungen erledigt diese Aufgabe eine Sekretärin, was leider zu einem Verlust wichtiger Daten, Eindrücke und Informationen führt und auch zum Verlust einer ganz wesentlichen Kontaktaufnahmefunktion. Wo dies nämlich möglich ist, hört der Patient schon den

Klang einer Stimme, er kann interessiert nach einer *kurzen Zusammenfassung* seines Anliegen gefragt werden. In dieser Herausforderung zur Verdichtung vernimmt der Therapeut den *initialen Impuls* des Patienten. Je nachdem, wie dies gelingt, können schon erste (hypothetische) *Rückschlüsse auf die Strukturiertheit* und die *psychische Stabilität* des Patienten gezogen werden (Einschätzung krisenhaften Geschehens). Der Therapeut kann *empathische Rückmeldungen* auf die dargebrachten Themen oder Phänomene geben. So erfährt der Patient, ob und wie der Therapeut auf seine Person und die dargestellte Thematik eingehen kann; wenn dies initial gelingt, kann hier schon viel *Beziehungsanbahnung und Vertrauen* geschaffen werden. Die zentrale *Belastungskonfiguration*, von der der Patient berichtet, und die *Art und Weise*, wie beide Partner sich auf diese beziehen und sie verhandeln, kann wertvolle Hinweise auf die *Möglichkeiten zur Reflexivität*, auf *projektive Tendenzen*, *Gegenübertragungsreaktionen* bzw. *Affiliationen* oder auch auf *Reaktanztendenzen* liefern. Zuletzt gibt der Erstkontakt, wenn er so durchgeführt wird, auch die Möglichkeit, dem Patienten erste strukturelle Rahmenbedingungen der Therapieeinrichtung zu vermitteln.

Erstinterview

Der nächste Schritt des diagnostischen Prozederes ist das „Szenische Erstinterview“. Das Erstinterview ist ein weitgehend unstrukturiertes oder nur wenig strukturiertes Gespräch über die Probleme und Sachverhalte, die den Patienten zur Aufnahme einer Therapie bewegten. Es soll zunächst der möglichst offene Raum einer ersten realen Begegnung sein, in dem der Patient, noch ohne große Strukturierung seitens des Therapeuten, seine Geschichte auf seine eigene Weise narrativ entfalten und aufrollen kann. Insofern soll hier die Begegnung als solche, in einer situativen Zuspitzung auf die Problemlagen und Ressourcen des Patienten erfasst werden. Die Diagnostik ist vorwiegend phänomenologisch orientiert, noch nicht klassifikatorisch. Szenische und atmosphärische Darstellung haben Vorrang, ebenso der Prozess zwischen Beziehung und Übertragung, in einem Raum der „Konvivialität“ (Petzold 2004), in dem Affiliations- und Reaktanzprozesse gleichermaßen wohlwollend betrachtet werden können. Ich werde weiter unten noch ein wenig näher auf die Methodik des Szenischen Erstinterviews eingehen.

Anamnese

In der detaillierten halbstrukturierten Anamnese werden nun, in etwa drei bis vier Sitzungen, diejenigen Daten und Hintergründe exploriert, über die die erste szenisch-diagnostische Einheit des Erstinterviews noch weniger Aufschluss geben konnte. Der Therapeut geht insofern vorbereitet an die Anamnese heran, als dass er sieht, welchen Eindruck er vom Patienten, seiner Person und seiner Störungen, gewinnen konnte, und welche Informationen er für ein für den Anfang geschlossenes Bild der Störung und ihrer Entstehung er noch benötigt.

Nun wechselt er zwischen der freien Darstellung durch den Patienten und seinen eigenen strukturierenden Fragen. Etwa die Exploration der genaueren Umstände des Entstehens der Erkrankung, also die Zusammenhänge zwischen Lebens- und Krankheitsgeschichte, sind oft erst hier möglich. Ich werde weiter unten noch genauer darstellen, wie dies über die Methode der „Entwicklungspsychologischen Tiefenexploration“ und die „Ätiologische Exploration“ erfolgen kann. Die Anamnese führt dem ent-

sprechend auch zur Bestimmung einer Klassifikation, zur ätiologischen Hypothesenbildung, zur Analyse von Ressourcen und Potentialen und schließlich in den ersten Entwurf einer Behandlungsplanung.

2. Die fünf Module der Integrativen psychotherapeutischen Diagnostik

Dies führt uns nun zum inhaltlichen Aufbau der Integrativen psychotherapeutischen Diagnostik. Dieser Aufbau leitet sich aus recht einfachen Fragestellungen ab, die sich jedem Therapeuten in der Begegnung mit einem psychisch- oder suchterkrankten Menschen auf natürliche Weise stellen würden: (1) Woher kommt dieser Mensch? (2) Was „hat“ er oder sie? (3) Woher kommt das? (4) Welche Stärken sind da? (5) Was ist nun zu tun?

Die erste Frage zielt instinktiv auf das Wissen von Menschen und die kontextuelle Gebundenheit seiner Person und Verhaltens ab und führt so zur *Psychosozialen Anamnese*. Die zweite fragt nach der Definition oder Benennung der phänomenologischen, syndromalen Erscheinungsbilder dessen, was der Patient mitbringt; sie führt zur *Klassifikation*. Die dritte Frage will sich mit dem „Wie und Warum“ der Entstehungsgeschichte der Störung befassen und führt uns daher zur *Ätiologischen Diagnostik*. Die vierte Frage geht von der Tatsache aus, dass wir, auch wenn wir „krank“ sind, immer noch ein breites Spektrum an Ressourcen und Potentialen besitzen, die dann ja den eigentlichen Ausgangspunkt einer psychotherapeutischen Behandlung darstellen. Sie führen daher zur Ressourcen- und Resilienz-Diagnostik. Und die fünfte Frage ist die nach den Handlungskonsequenzen; sie führt uns zu den differentiellen Überlegungen der Behandlungsplanung. In der graphischen Darstellung:

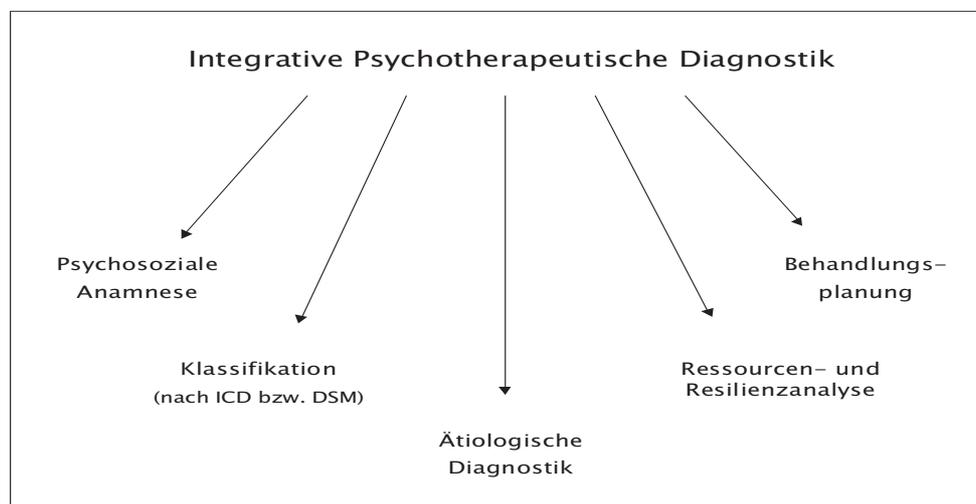


Abb. 4: Die 5 Module der „Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik“ (IPD)

Schon in diesem kurzen Aufriss wird deutlich, dass ätiologische Diagnostik, zusammen mit der Ressourcen- und Resilienzanalyse das Zentrum des hier vorgestellten diagnostischen Konzeptes bilden. Diese beiden werden flankiert auf der einen Seite von einer „Psychosozialen Anamnese“ und der „Klassifikatorischen Diagnostik“; erstere bildet die gegenwärtigen Lebens- und Realsituationen des Patienten ab, in ihren unterstüt-

zenden und belastenden Aspekten, letztere gibt Einblick in die querschnittlich „feststellbaren“ pathologischen Symptombilder (nomothetische Diagnostik), strukturiert damit den Blickpunkt des Therapeuten und gewährleistet somit auch Kommunikabilität im psychotherapeutischen Kontext. Auf der anderen Seite wird die ätiologische Hypothesenbildung durch eine Analyse der quer- und längsschnittlichen Ressourcen und Resilienzen des Patienten aspektiert, mit der zusammen sie ein sinnvolles und Sinn stiftendes Gesamtbild der Entstehung der vorliegenden Störung ergeben soll. Diese Informationen münden zusammen in einen ersten Entwurf einer individuellen Behandlungsplanung, die Indikation, Prognostik, Ziel- und Interventionsplanung in einem Zuge abdeckt.

Die Exploration all dieser inhaltlichen Aspekte verläuft formal natürlich über alle Phasen des initialen Prozesses der Therapie. Wie ein Briefträger, der, bevor er mit seinem Rad losfährt, die auszutragenden Briefe nach den Straßen in seine Ablagekörbe sortiert, ebenso weiß der Therapeut um die inhaltlichen Aufgaben seiner Diagnostik und sortiert Daten, Informationen und Eindrücke über die gesamte formale Struktur hinweg - *Vorfeld, Erstkontakt, Erstinterview, Anamnese* - in „seine Modulkörbe“, um sie, nach Abschluss der Initialphase, in ein möglichst vollständiges Bild vom Menschen, seiner Persönlichkeit, seiner Lebensgeschichte und der Entstehung seiner Störung einreihen zu können. Gehen wir daher noch einmal stärker auf das Kernstück dieser diagnostischen Struktur, die ätiologische Diagnostik, ein und betrachten die Methodik, unter der diese Daten gewonnen werden sollen.

3. Die „Entwicklungspsychologische Tiefenexploration“

Über den Aufbau des allgemeinen Integrativen Ätiologiemodells wird deutlich, dass in der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik biographische Anamnesen unter sehr strukturierten, hermeneutischen Gesichtspunkten ablaufen. Ich habe oben aufgezeigt, wie Klinische Entwicklungspsychologie und Lebenslaufforschung zur erweiterten Grundlage für das menschliche Gesundheits- und Krankheitsverständnis werden kann, und wie auf dieser Grundlage die geschichtliche Abfolge der Krankheitsentstehung auf sechs unterschiedlichen Ebenen ätiologisch bedeutsamer Faktoren und Prozesse nachgezeichnet werden kann.

Unter dieser longitudinalen Perspektive wird die biographische Anamnese zur verfeinerten „Entwicklungspsychologischen Tiefenexploration“. Sie erfordert im Gegensatz zu herkömmlichen Techniken, dass der Therapeut sich das empirische Wissen von normativen Reifungsschritten mit ihren Entwicklungsaufgaben angeeignet hat und ein Bild von deren Variationen in sich trägt. Des weiteren sollte er sich Wissen über mögliche Risikokonstellationen im Lebenslauf und die Folgen des Fehlens altersangemessener Förderung und Unterstützung (Defizit- und Mangelerfahrungen) angeeignet haben (Filipp 1990). Ich habe an anderer Stelle das weitverzweigte empirische Wissen hierzu für den gesamten Lebenslauf zusammengetragen und auf die fachlichen Erfordernisse in der Erwachsenenpsychotherapie übertragen (Osten 2000). Mit dieser Grundlage bekommt der Therapeut ein Gerüst, ein selbst erworbenes Bild von der Struktur der menschlichen Entwicklung. Dies schärft seine therapeutische Wahrnehmung für entwicklungspezifische und pathogenetische Störungsmuster, ermöglicht ihm einen Vergleich mit der vom Patienten erzählten Geschichte und verhindert,

dass er den subjektiven Deutungsmustern des Patienten allzu schnell und kritiklos folgt (vgl. Röper et al. 2001).

Dabei beginnt die entwicklungspsychologische Tiefenexploration mit der ebenso einfachen Aufforderung wie die biographische Anamnese: „... dann erzählen Sie mir einmal von den wichtigsten Stationen in Ihrem Leben, von den guten wie von den kritischen“. Aber nun strukturieren die Klinischen Theorien (Grundlagentheorien) und das Allgemeine Integrative Krankheitsmodell das Wahrnehmungs- und Bewertungs-geschehen beim Therapeuten und werden grundlegend für sein interventiv-exploratives Vorgehen. Er geht dabei nicht lebenschronologisch vor; das würde als unnatürlich erlebt werden. Vielmehr vertraut er sich dem Faktum an, dass Menschen ihre Geschichten in der Reihenfolge der gerade eben im intersubjektiven Prozess entstehenden Bedeutsamkeit sehr assoziativ erzählen, und dass sie die Bedeutungen, die sie in die Geschichte hineinlegen - „mit dieser Geschichte wollte ich ihm etwas sagen“ - meist unbewusst, dafür aber sehr kreativ auswählen (Röttgers 1992). Im narrativen Geschehen tauchen dann Störungsmuster, Narrative, Skripts in direktem Zusammenhang mit ressourcenvollen Faktoren und Prozessen auf, und so wird die entwicklungspsychologische Tiefenexploration zur „narrativen Praxis“, in der man sich mit einer erzählten Geschichte „verbindet“, Bedeutungen teilt, als Therapeut zum „Zeugen“ berufen wird und als Patient einmal mehr - nämlich durch das Erzählen selbst - die eigene Identität entwirft.

Dies macht evident, warum man die Lebensgeschichte auch nicht einfach „abfragen“ kann; viel eher versucht werden muss, die Eigenarten und den Charakter jedes narrativen Aufbauelementes des jeweiligen Patienten als zu seiner Persönlichkeit zugehörig zu erfassen. Die „Checkliste“ ist nur im Hinterkopf; der Therapeut „hakt ab“, wovon erzählt wurde und wovon er einen für das diagnostische Prozedere hinreichenden Eindruck bekommen hat. Er fragt allenfalls engagiert und interessiert nach, wenn er spürt, dass er wirklich persönlich etwas begreifen will, und er nimmt den Lebenslauf des Patienten als ein „Rätsel“, das „gelöst“ werden will, ganz im Sinne Lévinas´(1998): „Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wach gehalten werden“. Im Sinne der guten „Gestalt“ (v. Weizsäcker 1947) macht er sich klar, dass alles, was hier erzählt wird, zur aktuellen und historischen Wirklichkeit dieses Menschen gehört, auch wenn vielleicht manches im Moment nicht zueinander zu passen scheint, man nicht versteht, welchen Sinn das alles ergibt. Und er macht sich klar, dass es immer mehr zu verstehen gäbe, als er selbst oder der Patient je verstehen wird.

Während dessen gehen periverbal viele Phänomene „über die Bühne“ - Blicke, Gebärden, traurige und glückliche Gesichter treten auf und verschwinden wieder -, es tauchen Stimmungsqualitäten und übergreifende Atmosphären auf, die das Erzählte kommentieren, ja manchmal sogar bewerten, und das besser als man das bei bewusstem Verstande mit Worten ausdrücken könnte. Menschen - Frauen und Männer verschiedenster Altersstufen und in verschiedensten Rollenkonfigurationen - treten als Beziehungspartner, Lernmodelle und „Sozialisationsagenturen“ auf, und deuten einerseits auf die Entwicklung von Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmalen, andererseits auf die Entstehungsgeschichte der Störung hin. Auf diesen Ebenen hört der Therapeut zu und nimmt wahr, vergleicht die erzählte Geschichte mit seinen inneren Bildern einer „Klinischen Entwicklungspsychologie“, die ihn orientieren, was gefehlt hat (Defizit), was zu viel war (Überforderung), was unerträglich war (Konflikte, double-

binds, Entwertung) oder unverdaubar (Traumata). Er hört von guten und kritischen Modellen der Lebensbewältigung - Eltern, Geschwister, Lehrer, Freunde, Arbeitskollegen - und wie der Patient sie aufgenommen hat (Adaptionsmodelle), und es wird von einer einzigartigen Familie erzählt, deren Mitglieder, Atmosphären, Themen und Probleme („Mentalisierungen“) zu lebensbestimmenden Momenten wurden (systemische Einflüsse). Im Ablauf der Erzählung werden vielleicht „Ketten adversiver Erfahrungen“ deutlich, die erst zusammengenommen deutlich machen, wie und warum die Geschichte an einer bestimmten Stelle „gekippt“ ist. Aber es werden auch „Ketten ressourcenvoller Erfahrungen“ deutlich; diese sind der „Boden“, auf den die nachfolgende Therapie bauen kann (vgl. Petzold et al. 1993). Dabei wird deutlich, dass die Bewertung der Schwere einer Noxe immer im Zusammenhang mit dem jeweiligen Entwicklungsniveau, auf dem sie eintrifft, gesehen werden muss, und mit der Frage, ob zu ihrer Bewältigung internale und/oder externale protektive Faktoren und Ressourcen vorhanden waren. Ich habe diese Wechselwirkung bereits oben beschrieben.

4. Die mediengestützte Diagnostik in der Integrativen Therapie

Neben den dargestellten Methoden der „dialogischen Exploration“ ist die mediengestützte Diagnostik in der Integrativen Therapie eine andere, in vieler Hinsicht ergänzende, Methodik. Lange Zeit wurde den kreativen Methoden allenfalls ein therapeutischer Hilfsstatus zugewiesen, etwa in rekreativem oder beschäftigendem Rahmen in der Psychiatrie. Diese Position unterschätzt jedoch die erhebliche diagnostische (und auch heilende) Potenz kreativer Medien in gleicher Weise wie ihre entlastende Funktion, die dadurch entsteht, dass man Belastendes - vor allen Dingen, die sich dem verbalen Ausdruck zu Beginn noch entziehen wollen - z.B. „aus sich heraus“ malen kann, dadurch eine Exzentrierung zur eigenen Problematik ermöglicht und die psychotherapeutische Bearbeitung erleichtert wird.

Natürlich ist dies nicht der Ort einer umfassenden Darstellung der Arbeit mit kreativen Medien sein, hierzu muss auf andere Quellen verwiesen werden (Petzold/Orth 1990, 1991, 1993c, 1994; Hampe 1990; Matthies 1990; Hoeps 1990; Orth/Petzold 1990; Orth 1994; Buchholz 1993) bzw. auf die praktische Ausbildung zu diesem Verfahren. Einige Techniken, die für das anamnestic Setting von Bedeutung sind, möchte ich jedoch kurz herausstellen.

Wenn man initialen Setting mit kreativen Medien arbeitet, ist im Kontakt zum Patienten hin ein hohes Maß an Transparenz erforderlich. Das bedeutet, dass wir erklären müssen, warum wir gerade jetzt an eine Exploration mit Medien denken, warum gerade an ein bestimmtes Medium, welche Ziele wir mit dem Einsatz verbinden und was das Ergebnis einer solchen Arbeit sein kann. Nur so können Doppeldeutigkeiten in Beratungs- und Therapieprozessen vermindert werden. Verzichten wir auf eine derartige Einführung und Information, müssen sich Patienten zum Gegenstand einer Manipulation gemacht fühlen, die für sie unbegreifbar bleibt. Es würde maligner Gehorsam oder Anpassung wiederholt, die wahrscheinlich zur Erkrankung oder Behinderung von Entwicklung bereits beigetragen haben. Letztlich geht es hier um den emanzipatorischen Prozess versus die Fortschreibung von Unterwerfungsritualen (Orth/Petzold 1993, Petzold 1993a).

Darüber hinaus haben viele Menschen in ihrer Biographie verunsichernde oder entwertende Erfahrungen mit kreativem Spontanausdruck gemacht (Familie, Schule, Zeichenunterricht etc.). Es wird also zunächst wichtig sein, Patienten zu fragen, ob sie sich diese Form der Arbeit im Kontext der Anamnese überhaupt vorstellen können. Vorteilhaft ist es, den Einsatz mit Medien stets als ein *Experiment* zu kennzeichnen, das im gegebenen Fall und Kontext möglicherweise zu einer feineren Differenzierung der Thematik führen kann als das Gespräch. Dieses Vorgehen lässt Raum für eine persönliche Entscheidung, man setzt sich bezüglich des Ergebnisses nicht unter Druck und es öffnet einen intersubjektiven Raum, der für die nachfolgende Auslegung der Materialien förderlich ist.

An der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (Fritz-Perls-Institut) wurden für je eingegrenzte Indikationsbereiche spezifische Persönlichkeitsinventare entwickelt, die es erlauben, etwa mit Wachsmalkreiden, flüssigen Farben, Ton, Maskenarbeit, Imagination, Musik, Poesie, Skulpturen, Photographien, Szenischem Spiel sowie Theater- und Bewegungsimprovisationen einen sehr lebendigen Zugang zu bewusstseinsfernen Inhalten zu nehmen (Frohne-Hagemann 1990; Grigull 1995; Hausmann/Neddermeyer 1996; Katz-Bernstein 1990; Petzold/Orth 1991, 1993, 1994; Sommer 1992). Zu den Medien, die im initialen Prozess der Psychotherapie eingesetzt werden können, zählen vor allem die vielfältigen Techniken unter der Verwendung von (Jaxon) Wachsmalkreiden, weiterhin die szenische Exploration mit Gegenständen und Symbolen sowie poesietherapeutische Techniken. Darüber hinaus Symbolarbeit mit Seilen, Stöcken und Tüchern, mit Stofftieren, sowie die psychodramatisch-explorative Arbeit mit dem „Leeren Stuhl“ mit ihren verschiedenen Techniken.

IV. Praxis der Integrativen psychotherapeutischen Diagnostik

1. Szenisches Erstinterview

Zur Konzeption und Durchführung von Erstinterviews ist an anderen Stellen so viel gesagt worden, dass ich im gegebenen Rahmen auf eine tiefgründige Darstellung verzichte und auf die Quellen verweise (Argelander 1989; Ermann 1991; Eckstaedt 1992; Friedrich 1984; Benz 1988; Keil-Kuri 1993; Stierlin et al. 1994; Althen 1991; Thomasius 2000; Osten 2000). Kurz gesagt, hat das Erstinterview die Funktion, dass Patient und Therapeut sich sehen, kennenlernen und überprüfen, ob sie mit einander arbeiten können; das scheint mir zuallererst das Wesentliche zu sein. Das „Vehikel“ hierzu ist, dass der Patient das Gros der zur Verfügung stehenden Zeit dafür erhalten soll, seine Probleme, offene Fragen und Wünsche an die Therapie *auf seine eigene, ihm entsprechende Weise* darzustellen. Der Therapeut sollte in der Lage sein, seinem Patienten einen freundlichen, fördernden und offenen Raum (keinen „leeren“) zur Verfügung zu stellen, der ihn ermutigt, seine Anliegen, Probleme und Wünsche (Ziele) aus seiner persönlichen Sicht zu veranschaulichen, möglichst ohne intrusive oder behindernde Strukturierung. Ein Eingreifen und Strukturieren sollte im Rahmen des Erstinterviews nur geschehen, wenn die Situation entgleist, Vermeidungsstrategien vorherrschen oder aber ein echtes, engagiertes Interesse nach Verständnis beim Therapeuten da ist. Gegen Ende des Interviews sollte der Therapeut die dargelegten Sachverhalte zwar fachlich, aber in Form einer persönlichen Rückmeldung, zusammenfassen und mit einer Einschätzung der Thematik (Ätiologie, Prognose, Ziele, Dauer etc.) versehen. So kann der Patient überprüfen, ob das, was er erzählt hat, im inneren Bild des Therapeuten in gewünschter Weise angekommen ist, ob er sich verstanden fühlen kann bzw. wie der Therapeut die erzählten Dinge in sich zusammengefügt hat und mit welcher inneren Logik er sie betrachtet. Hier können und sollen ja durchaus schon Unterschiede aufkommen, auch Probeinterventionen sind am Platz, um zu sehen, wie stabil der Patient ist und ob er vom Verfahren und der therapeutischen Beziehung/Übertragung profitieren kann. Formelle Dinge des Therapieablaufes sollten besprochen werden. Aus der Art und Weise der Darstellung der Probleme, aus der Struktur des narrativen Aufbaus und aus der Beobachtung von periverbalen Phänomenen ergeben sich – auf beiden Ebenen, der der Information, der der Gegenübertragungen und Resonanzen⁵ sowie der der klinischen Intuitionen⁶ des Therapeuten - vielschichtige Informationen, die unter den Gesichtspunkten der 5 Module geordnet werden können. In Anhang 1 findet sich eine entsprechende Checkliste für die Ebenen der Beobachtung sowie für eine erste klinische Heuristik.

⁵ Unter Resonanz wird das spontan emergierende Reaktionsgeschehen (*effectivity*) verstanden - Körperempfindungen, Affekte, Kognitionen, Assoziationen (Bilder, Phantasien, Erinnerungen) und antizipierte Handlungsimpulse - auf das dargebotene Material des Patienten (*affordance*), das durch die autonomen neuronalen mnesticen Vernetzungen im Verarbeitungsprozess als „natürliche Reaktion“ bereitgestellt wird (LeDoux 2001).

⁶ Intuition wird verstanden als ein spontanes Bewertungsgeschehen, das durch das komplexe Zusammenwirken dieser genetisch angelegten autonomen Reaktionen ermöglicht wird, und in dem vorgängige Erfahrungen, aktuelle, bewusste und unbewusste Wahrnehmungen ineinanderfließen (Petzold 1990b).

2. Psychosoziale Anamnese und Krisenscreening

Das erste Modul der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik sieht die Erfassung der aktuellen Lebensumstände und der Realsituation des Patienten vor. Die Struktur der psychosozialen Anamnese gestaltet sich - durch ihre rein querschnittliche Konzipierung - meist weniger komplex als das szenische Erstinterview. Es geht hier darum, einen Überblick über die Einbettung der aktuellen Fokalthematik in die Sachverhalte und Problemlagen im Alltag des Patienten zu erfahren. Das ist meistens bedeutender, als es zunächst den Anschein hat. Aus der Zuspitzung der realen Lebenssituation heraus hat sich ja die Therapiemotivation ergeben; manchmal durch krisenhafte Entwicklungen. Oft erschöpfen sich die Probleme nicht in der vorgetragenen Fokalthematik, dem Anlass der Therapieaufnahme, ja, manchmal ergibt sich sogar eine Dynamik, in der die initiale- oder Fokalthematik den Anschein des Vorgeschiebenen erhält. Für die später anstehende Analyse entwicklungspsychologischer Faktoren ist es ratsam, die Dinge von hier, also „von der Oberfläche aus“, anzugehen und immer wieder den Bezug zu dieser herzustellen.

Die Daten der psychosozialen Anamnese werden in der Regel über das Gesamt der formalen Struktur hin erhoben, selten in Form einer Abfragung, eher manchmal noch in Form eines Fragebogens. Ansonsten fragt man sie nach, wenn der Patient im narrativen Verlauf naturwüchsig an den Daten seiner Lebens- und Realsituation vorbeikommt, man lässt sie sich beiläufig beschreiben und erklären, ohne den Erzählfluss des Patienten großartig zu stören.

Menschen mit psychischen Störungen kommen selten ohne geistig-seelischen oder gar existentiellen Druck zur Therapie. Im Rahmen des diagnostischen Prozederes ist daher in den meisten Fällen die Notwendigkeit eines Krisenscreenings gegeben, innerhalb dessen man die Faktoren beachtet, die in Anhang 2 zusammengestellt sind.

3. Klassifikation: Multiaxiale Diagnostik nach ICD und DSM

Im zweiten Modul der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik geht es nun um die querschnittliche Erfassung der vorliegenden Störungen im Sinne einer Zuordnung zu bereits bestehenden nosologischen Kategorien, also die Klassifikation im engeren Sinne, nach ICD oder DSM. Dabei spielt in erster Linie die Erfassung der Fokalthematik eine Rolle. Über die biographische Exploration und die entwicklungspsychologische Tiefenexploration werden weiterhin die komorbiden, längerfristig entstandenen Störungen erfasst, im engeren Sinne die Persönlichkeitsakzentuierung oder sogar -störung (Kap. F 6, ICD-10). Dies wird unter Punkt IV/4 dieser Arbeit näher erläutert. Hier geht es zunächst um die querschnittliche Klassifikation, also die aktuell vorfindliche Symptomatik. Ein besonderes Augenmerk, das in der Psychotherapie oft übersehen wird, ist weiterhin die Frage nach eventuell vorhandenem Suchtverhalten, insbesondere die gesellschaftlich tolerierten Süchte, wie Nikotin-, Alkohol- und Koffeinsucht, aber auch Spielsüchte werden ja oft tabuisiert. Sollte dies gefunden werden, ist es von Wichtigkeit, die sukzessive Entstehung der einzelnen Störungen und ihre Interdependenz im funktionalen Abwehr-, Coping- und Creatinggeschehen der dynamischen Regulation des Individuums zu analysieren. Dies beginnt mit der Aufmerksamkeit schon bei der psychopathologischen Beobachtung in der Exploration (Osten 2000).

Was die genaue Erfassung der Störungen angeht, gibt es gerade für den Anfänger kein strukturierteres Vorgehen als die Anwendung des DPIS, „Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen“ von Margraf et al. (1991), wobei es nicht unbedingt nötig ist, das ganze strukturierte Verfahren, wie es hier abgebildet wird, für jeden Patienten durchzuexerzieren. Wenn ein wenig klinische Erfahrung schon vorhanden ist, kann man die Struktur des Interviewleitfadens gut übernehmen und von den explorativen Fragen, die hier für jede einzelne Störung beispielhaft angegeben wurden, profitieren. Natürlich ist derjenige, welcher mit der Exploration und Anwendung der Allgemeinen Psychopathologie (Jaspers 1923; Scharfetter 1991; Fähndrich/Stieglitz 1995, 1998) gut vertraut ist, in vielerlei Hinsicht sattelfester, was die Abstützung der zu stellenden Diagnose angeht.

Im Umgang mit dem ICD ist das Vorgehen gemäß eines „Entscheidungsbaumes“ erforderlich. In klinischer Hinsicht ist aus der vorfindlichen und explorierten Psychopathologie zunächst die grobe diagnostische Unterscheidung zwischen (1) **organischen**, symptomatisch psychischen Störungen [F-0], (2) **psychotischen** (schizophrenen und wahnhaften) [F-2, F-3] sowie **reaktiven** Störungen zu treffen [F-3, F-4, F-5, F-6], wobei zu berücksichtigen ist, dass das Kapitel F-3 (affektive Störungen) sowohl reaktive als auch psychotische Störungen mit einschließt. Zuletzt sind **Suchtstörungen** auszuschließen [F-1], die zwar auch zu den reaktiven Störungen zählen, nosologisch aber einer anderen Kategorie darstellen und - wenn sie relativ isoliert auftreten - indikationspezifisch auch meist besser in Suchtfachstellen behandelt werden können.

Innerhalb der reaktiven Störungen, welche den Hauptindikationssektor für die aufdeckende Psychotherapie darstellen, ist dann weiter zu entscheiden, ob es sich im Schwerpunkt um eine **affektive** Störung (F-3), um eine **Angst- oder Zwangsstörung** (F-4), um eine **Belastungsreaktion** (erkennbarer Auslöser, Trauma (F-4)), um eine **dissoziative** Störung (F-4) oder eine **somatoforme** Störung (F-4) handelt. Das Kapitel F-5 sieht dann **Verhaltensstörungen**, wie Ess-, Schlaf- und sexuelle Störungen sowie den Missbrauch von nicht abhängig machenden Substanzen vor.

Begründet durch das DSM, wurde auch in der Auflage des ICD ein „Multiaxiales Diagnose Schema“ eingeführt. Die Aufteilung von Klassifikationen auf fünf „Achsen“ bringt den Vorteil, dass erstens bei Komorbidität mehrere Diagnosen gleichzeitig gegeben werden können und zweitens ein differenzierteres Gesamtbild der Störung dadurch entsteht, dass aktuelle klinische Syndrome vor dem Hintergrund länger anhaltender Charakteristika (Entwicklungsstörungen) in einer dynamischen Vorstellung zwischen *Symptomatik* und *Persönlichkeit* entstehen können [eine Depression etwa sieht vor dem Hintergrund einer histrionischen Persönlichkeit anders aus als vor dem Hintergrund einer abhängigen Persönlichkeit]. DSM und ICD unterscheiden sich in der Achsenaufteilung geringfügig, was hier vernachlässigt wird. Im deutschsprachigen Raum werden in der Praxis hauptsächlich die Achsen I und II klassifiziert, die dann keine diagnostischen Überschneidungen aufweisen sollten. Bei der Diagnostik muss nach psychopathologischen und Verlaufskriterien sorgfältig entschieden werden, die jeweiligen Ausschlusskriterien einer Störung sollten genau studiert werden. Die Achsen III bis V werden in der Regel in den Text eines Berichtes eingearbeitet, Ausnahmen bilden die X-, Y- und Z-Diagnosen (s. ICD-10).

Achse I: Klinisches Bild

Auf dieser Achse, die allgemein als die Wesentlichste gilt, werden die aktuellen, querschnittlich feststellbaren *klinischen Syndrome und Störungen* notiert. Es können auch Zustandsbilder festgehalten werden, die zwar nicht das Ausmaß psychischer Störungen aufweisen, aber dennoch Gegenstand klinischer Aufmerksamkeit sein können. Zum „klinischen Bild“ zählt das, was bei der Erkrankung am deutlichsten imponiert und gegenwärtig im Vordergrund steht, also nicht, was Hintergrund ist, die Entstehung der Erkrankung betrifft (Ätiologie) oder früher einmal war (Vorerkrankungen), dazu zählen auch organische, körperliche Störungen, wenn diese nicht auf Achse III aufgeführt werden.

Achse II: Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen

Auf dieser Achse soll das Augenmerk auf die hinter den klinisch auffallenden Störungen liegenden *lang anhaltenden (Entwicklungs-) Störungen*, Charakteristika der Persönlichkeit und Entwicklungsschädigungen gerichtet werden, die tiefer liegen, von ihrer Wirkung her aber mit den akuten Symptomen interagieren bzw. für eine prolongierte Aufrechterhaltung der schlechten Adaption sorgen. Sie können parallel zu den klinischen Syndromen vorliegen und mit diesen in Wechselwirkung stehen. Achse I und Achse II ergeben ein Figur-Hintergrund-Verhältnis ab und machen die auf Achse I liegenden Störungen dadurch plastischer.

Achse III: Körperliche Störungen und Behinderungen

Auf dieser Achse sollen alle bestehenden - akuten und chronischen - körperlichen Störungen und Zustände notiert werden, die für das Verständnis der akuten Symptomatik oder die Behandlung des Patienten wichtig sein könnten. Auch geistige und körperliche Behinderungen gehören hierher. Diese Erkrankungen müssen *keine* ätiologische Relevanz für die psychische Erkrankung aufweisen, sondern es genügt, wenn das Wissen über sie z. B. für das Verständnis der Befindlichkeit oder für den Therapieplan von Bedeutung ist.

Achse IV: Psychosoziale Probleme und Belastungsfaktoren

Auf dieser Achse sollen alle psychosozialen Probleme und Belastungsfaktoren erfasst werden, die für die Diagnose, Behandlung, Indikation und Prognose psychischer Störungen von Bedeutung sein können. Gemeint sind vor allem negative Faktoren oder fehlende Bedingungen (z. B. soziale Netzwerke, Bildung, Beruf, Arbeit, Wohnbedingungen, Geld, Gesundheitsversorgung, juristischer Bereich etc.). Faktoren und Prozesse sollen nur dann aufgeführt werden, wenn sie tatsächlich ein Problem für den Patienten darstellen. Die Beurteilung soll in erster Linie auf das Gewicht des Belastungsfaktors abzielen, nicht auf die besondere Empfindlichkeit des Patienten, gerade auf diesen Stressor zu reagieren. Hierfür relevant sind u.a. die „Z“-Diagnosen, die in beiden Manualen zu finden sind.

Achse V: Allgemeines Niveau der sozialen Anpassung

Auf dieser Achse soll der Stand der aktuellen gegenwärtigen Verarbeitung der Problematik sowie ihre Umsetzung im sozialen und gesellschaftlichen Umfeld markiert werden. Im Vordergrund stehen dabei vor allem drei Bereiche: 1) soziale Beziehungen;

2) Leistung und Beruf; 3) Nutzung von Freizeit und Interessen. Das Kontinuum von gesunden und kranken Anteilen soll hierbei deutlich erkennbar werden. Es kann, sofern das nötig erscheint, auch ein Niveau aus vergangenen Zeiten (z. B. das vergangene Jahr) eingeschätzt werden. Auch hierfür sind die „Z“-Diagnosen, die in beiden Manua-len zu finden sind, relevant.

Komorbidität von Sucht und Abhängigkeitsstörungen

Zum Schluss sei hier noch ein Wort zu den Suchtstörungen gesagt, die im Bereich der Psychotherapie oft eine verdrängte, aber wichtige Rolle spielen. Es gibt kaum ein Suchtmittel, das nicht auf die eine oder andere Weise auf psychische Probleme - zunächst - lindernd einwirken würde. Darüber hinaus gibt es kaum eine psychische Störung - Depressionen, Ängste, Panik, Zwänge, narzisstische Selbstwertprobleme usw. - die auf die Gabe von Alkohol oder Drogen nicht positiv ansprechen würde. Depressive Verstimmungen lockern sich zunächst auf, Ängste und Panikattacken (bei diesen spielt das hyperarousal eine besondere Rolle) können herunter reguliert werden, vor Selbstwertproblemen und anderen bedrückenden Gefühlslagen lässt sich auf diese Weise leicht Beruhigung erwirken oder sogar in grandiose Gefühlslagen flüchten. So kommt es bei vielen psychischen Krankheiten meist zu Beginn schon zu sog. „Selbstheilungsversuchen“, die dann in komplexe Suchtdynamiken münden können. Diese entwickeln dann eine heftige, alle Aufmerksamkeit in Anspruch nehmende Dynamik, so dass mit dieser die ursprüngliche Problematik oft verdrängt wird. Während dies alles schon für diese singulären Störungen zutrifft, spielt das natürlich bei komplexen Krankheitsbildern wie den Persönlichkeitsstörungen und Posttraumatischen Belastungsreaktionen eine noch viel größere Rolle. Auch die Zusammenbindung von Sucht-, Trauma- und Persönlichkeitsdynamik bekommt noch eine tiefere Ausprägung, wenn man wiederum bedenkt, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zum größten Teil traumatisierende Lebenserfahrungen als ätiologischen Hintergrund für ihre Störungen ausweisen können.

4. Praxis der Ätiologischen Diagnostik

Wirft man einen Blick auf die „Fünf Module“ der Integrativen Diagnostik, wird sofort evident, dass die ätiologische Diagnostik das eigentliche Kernstück jeder an den kausalen Ursachen einer Störung orientierten Therapie sein muss, weil die Hypothesen über die individuelle Krankheitsentstehung schier selbstverständlich in die Behandlungsplanung und damit in die konkreten therapeutischen Zielformulierungen und Interventionen eingehen. Hierzu benötigen wir längsschnittliche, Hypothesen generierende Modelle zur Entstehung primärer bzw. komorbider Störungen bzw. dynamische Modelle zum Verständnis der Interaktion beider Störungsebenen im Sinne der „dynamischen Regulation“ des Individuums. Basis stellen hierfür nun die oben genannten Grundlagentheorien dar, allen voran die Klinische Entwicklungs- und Sozialisationswissenschaften sowie die Longitudinalforschungen, denn sie bilden den theoretischen, empirischen Hintergrund der „Entwicklungspsychologischen Tiefenexploration“, mit deren Hilfe wir nun die Wechselwirkungen von Lebens- und Krankheitsgeschichte explorieren. Dies ist ein vielschichtiges Vorgehen, das nach einer explorativen Strukturie-

rung verlangt, wie sie im Folgenden dargestellt wird. Im Überblick geht es in diesem Abschnitt um:

Die explorative Struktur der ätiologischen Diagnostik

- (1) **Klinische Phänomenologie:** Symptome und Syndrome, Krankheitserleben
- (2) **Auslöser:** Lebensumstände bei und vor Beginn der Störung
- (3) **Prozess:** Beginn (Alter) - Dauer - Phasen - Verlauf
- (4) **Komorbidität:** Fokalthematik in Wechselwirkung mit anderen Störungen
- (5) **Akkumulation:** Synergie biographischer und familiendynamischer Faktoren (6 Ebenen)
- (6) **Funktion:** Funktionsanalyse im Sinne der dynamischen Regulation
- (7) **Attribution:** subjektive Krankheitstheorien, Krankheits- und Veränderungskonzepte
- (8) **Biologie:** symptomsspezifische familiäre Vorbelastungen (genetisch/epigenetisch)
- (9) **Bewältigung:** Krankheitsbewältigung, Kontrollversuche, Therapieversuche, Wirkfaktoren
- (10) **Ressourcen:** Stabile Lebensphasen, Veränderungsressourcen, Gesundheitsverhalten

Klinische Phänomenologie

Auf der ersten Ebene geht es um den Grund und *Anlass der Therapieaufnahme*. Weil sie letztlich der Auslöser für die Aufnahme eines Therapiekontaktes sind, fällt es Patienten in der Regel leicht, von ihren Beschwerden zu berichten. Hier werden damit alle *Symptome* in der Reihenfolge ihres Auftretens genau exploriert, der Patient wird gebeten, alle Wahrnehmungen seines *Symptomerlebens* mitzuteilen. Deshalb gehört zur Exploration der klinischen Phänomenologie einerseits die *Schwere* der (körperlichen und psychischen) Symptomatik, der *Leidensdruck* und das *Ausmaß der Einschränkung am Lebensvollzug*. Andererseits spielt das Krankheitserleben eine zentrale Rolle. Ich habe an anderer Stelle beschrieben, wie wichtig für das Verstehen von Attribution, dynamischer Regulation und Kontrolle beim Individuum das genaue Erfassen des subjektiven Symptomerlebens ist (Osten 2011). Aus diesem Grund sollen hier die verschiedenen Schichtungen des Symptomerlebens erforscht werden, Atmosphären, Gefühle, körperliche Empfindungen, innere Bilder, phantasmatische Vorstellungen, bis hinein in die periverbal kommentierenden Gesten und Gebärden, die der Patient macht, während er von seinem Erleben berichtet und es beschreibt; dies alles soll hier in einem Zuge mit erhoben werden, so dass im Patienten ein „innerer Beobachter“ implementiert wird (Ibid.). Da die Patienten (meist) nicht in Fachsprache berichten, ist es von Bedeutung, alltagssprachliche Formulierungen und alltagspsychologischen Überzeugungen in das Verständnis und die *Sprache der Psychologie und Psychopathologie* zu transformieren. So soll ersichtlich werden, was in dem Symptomenkomplex das dominante klinische Phänomen und sein subjektives Erleben ist, so dass, unter Umständen noch lange bevor die Diagnose „steht“, nicht nur eine Symptomliste, sondern eine *Syndrombeschreibung mit persönlicher Bedeutsamkeit* da ist.

Auslöser

In der Integrativen Therapie unterscheiden wir zwischen (a) *zu Grunde liegenden*-, (b) *auslösenden*- und (c) *aufrecht erhaltenden Faktoren* einer Störung. In diesem Abschnitt geht es um die auslösenden Faktoren der vorliegenden Störung, die in der Regel auch *interferierende Rückschlüsse* auf die zu Grunde liegenden Faktoren zulassen. Im Sinne der oben beschriebenen Akkumulationsdynamik geht es hier um den letzten „Tropfen,

der das Fass zum Überlaufen gebracht hat“. Wie das Modell der Akkumulation ja zu beschreiben versucht, muss dieser letzte Stressor von seiner Heftigkeit her nicht unbedingt in einer konkordanten Relation zur Heftigkeit der Störung stehen, die er auslöst. Trotzdem macht es als Faustregel Sinn, die Lebensumstände um den Beginn einer Störung umso weiträumiger zu explorieren, je tiefgreifender die aktuelle Störung ist, denn die Dinge brauchen gewöhnlich eine Weile, um sich im Leben in ihrer Dynamik aufzubauen. Dabei geht es um alle lebensbestimmenden Faktoren in jenem Raum, in dem, zusammen mit inneren und äußeren Erfahrungen, diese letzte Entwicklung stattgefunden hat. Je genauer nicht nur die Tatsache des auslösenden Faktors, sondern auch seine *persönliche Bedeutsamkeit* für das Individuum exploriert werden (*Attribution*), um so mehr kann die Exploration danach assoziativ ausgeweitet werden, und der Patient bekommt u.U. durch die Erinnerung an die Qualität und Verarbeitung *similärer Lebenserfahrungen* - der Auslöser als „Metapher“ - auch schon eine *Ahnung von den zu Grunde liegenden Faktoren* mit. Der Therapeut analysiert die Auslöserfaktoren hinsichtlich der *Sensibilität* („bias“) des Patienten auf diese Reize und ihre Verarbeitung. Auf diese Weise versucht er, von den „*Phänomenen zu den Strukturen*“ (Petzold 2003) hin zu inferieren.

Prozess

Dies führt meist übergangslos zur Exploration *prozesshafter Aspekte* der Erkrankung. Zunächst erscheint bedeutsam, in welchem *Alter* und *Lebensphase* der Beginn, die *Erstmanifestation*, dieser Störung auftauchte bzw. ob es frühere Erscheinungen gab, die auf diese Störung hinwiesen (z.B. schon lange bestehende Antriebsverminderung im Rahmen einer voll exacerbierten Depression oder apophänes Erleben vor einer Psychose etc.). Auch im Zusammenhang mit der Erstmanifestation macht es Sinn, die jeweiligen *Lebensumstände* zu erforschen. *Entwicklungspsychologische Möglichkeiten und Limitierungen* in der Problemverarbeitung bei Erstmanifestation und aktueller Manifestation sind zu berücksichtigen. Ebenso spielt in diesem Rahmen das *Gesundheitsverhalten* des Patienten ganz allgemein eine Rolle. Die Exploration *phasenhafter Verläufe* und der *Dauer* von Krankheitsphasen ermöglicht eine Einschätzung von der Schwere und Bedeutsamkeit der Krankheit, was u.a. *prognostisch bedeutsam* werden kann. Dasselbe gilt für den *Verlauf der Störung als Ganzes* bzw. für die Einschätzung des Erfolges von bislang unternommenen Therapieversuchen. Darüber hinaus haben die meisten Diagnosen nach ICD und DSM auch *implizite Verlaufskriterien* und sind daher für die Diagnosestellung unerlässlich.

Komorbidität

Für den Aufbau eines integrierenden Behandlungsplanes ist es bedeutsam, nicht nur von der Fokalthematik des Patienten zu erfahren, sondern generell eine längsschnittliche „Landkarte der Beschwerden“ über die Lebensspanne hin zu erhalten (Balint/Balint 1962). Das gilt nicht nur für frühere Phasen derselben Erkrankung, mit der der Patient im Moment kommt, sondern auch für andere, ätiologisch bedeutsame Ereignisse, etwa somatische Erkrankungen, Unfälle, auslösende Lebensereignisse und andere psychische Belastungen. Oft zeigt sich erst im Bild aller komorbider Faktoren und Krankheiten, wie die aktuelle Störung in Dynamik und Interferenz mit allen anderen Stressoren einzuordnen ist (Osten 2001a; v. Bardeleben 2000; Stohler 2000; Petzold

et al. 2000b). Zum ersten Mal wird hier vom Therapeuten eine „Abtiefung“ in die biographische Themen induziert. Oft tauchen im Rahmen der prozesshaften Exploration spontan *Hinweise auf komorbide Störungen* auf. Aber auch, wenn dies nicht der Fall sein sollte, ist es wesentlich, *alle im Lebenslauf vorkommenden Störungen und Krankheiten zu explorieren*. Wie wir im Akkumulationsmodell feststellen konnten, ist es die *Verarbeitung aller Lebenserfahrungen*, die zur Entwicklung von psychischen Störungen führt. Daher ist es von Bedeutung, mit komorbiden Störungen in gleicher Weise zu verfahren, wie mit der Fokalthematik, also nach Beginn, Auslösern, Dauer, Phasen und Verlauf zu fragen. Erst in der Zusammenschau aller Lebenserfahrungen, Krankheiten und ihrer Verarbeitung können wir erkennen, in welchen Wechselwirkungen die eine aus der anderen Störung entstanden ist, welche also primär, welche sekundär sind („was wird womit bewältigt oder abgewehrt?“).

Akkumulation

Nun verlässt die Exploration die scharfe Fokussierung auf die Störung und weitet den Blick auf das *gesamte Spektrum der Lebens-, auf die Krankheits- und Verarbeitungsgeschichte*, auf die *Persönlichkeitsentwicklung*, die *Individuation* und auf den *Identitätsprozess* des Patienten. In diesem Abschnitt geht es also um die *zu Grunde liegenden Faktoren*; die anzuwendende Technik hierfür ist die „Entwicklungspsychologische Tiefenexploration“, unter deren Perspektive wir einen erweiterten Einblick in die ätiopathogenetischen Faktoren bekommen, in die Wechselwirkung familiendynamischer und biographischer Einflüsse. Zuvor, im Erstinterview, hatte der Patient ja eher aus freien Stücken, nach den Maßgaben seines persönlichen narrativen Aufbaues, von seiner Lebensgeschichte berichtet. Jetzt bildet die Praxis der ätiologischen Diagnostik über die spezielle Tiefenstruktur der Exploration (auch im Zusammenhang mit der Exploration von Gesundheitsfaktoren, die anschließend folgen) den Einstieg in die Erinnerungsarbeit im diagnostischen Prozess. Zwei Ebenen werden hier berücksichtigt.

Zur Bedeutung des familiendynamischen Blickpunktes habe ich mich schon oben, im Rahmen der Grundlagentheorien geäußert. Dies kommt nun zum praktischen Einsatz, im initialen, diagnostischen Prozedere zunächst in Form der dialogischen Exploration und der Erstellung eines Familiengenogrammes (die therapeutische Arbeit damit muss dann auf die anfolgenden Therapieprozesse verschoben werden). Für den Beginn genügt es zumeist, die einfache, aufsteigende Linie direkter Abkommenschaft zu explorieren und aufzuzeichnen, angeheiratete Familienmitglieder sind nur wichtig, sobald sie eine für das Individuum bewusste und besondere Rolle spielen (eine entsprechende Checkliste findet sich in Anhang 5).

Des Weiteren sind auf dieser Ebene alle biographischen Erfahrungen bedeutsam, und zwar nicht nur diejenigen, die in irgendeinem sofort nachvollziehbaren Zusammenhang mit der Störung stehen. Der Patient sollte ermutigt werden, von allen wichtigen Lebensstationen zu berichten, natürlich von den belastenden, aber ganz besonders auch von den positiven, protektiven Erfahrungen, von jenen also, die auch in prekären Lebenssituationen hilfreich waren; hieraus ergeben sich die Aspekte der Ressourcenanalyse sowie ein Einblick in die Dynamik dessen, was bei welchen Problemen in der Vergangenheit dem Patienten schon einmal geholfen hat. Auch damit werden Ansätze der aktuellen Behandlungsplanung erhoben. Als zentrales Moment auf dieser Ebene wird jedoch die Synergie und Dynamik potentiell pathogenetischer Erfahrungen

angesehen, die unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen innerhalb der „Sechs Ebenen der Ätiologie“ geordnet und in einer, im Akkumulationsmodell erfassbaren Entwicklung hin zur Krankheitsentstehung, zusammengestellt werden sollen.

Funktion

Auf dieser Explorationsebene geht es nun um die *Bedingungsanalyse* und damit auch um die *aufrechterhaltenden Faktoren*. Damit ist einerseits gemeint, die Bedingungen zu erfassen und zu verstehen, unter denen es in Hinsicht auf die Störungen (inkl. der komorbiden) zu *genau dieser Form der Abwehr und Bewältigung* gekommen ist, warum also genau dieser Weg und diese Störung „gewählt“ wurden. Dies ist ein vorwiegend unbewusster Prozess, der gerade am Beginn der Behandlung oft noch nicht tiefgründig einzusehen ist. Oft spielen bei der Symptomwahl wichtige Lernerfahrungen im Sinne des sozialen Lernens aus der Familie oder dem weiteren Umfeld eine große Rolle, die sich erst später, im laufenden, von wachsendem Vertrauen geprägten Prozess der Therapie, eröffnen. Obwohl sich also dem Ansinnen dieser Analyse möglicherweise Widerstände in den Weg stellen, sollten schon zu Beginn der Therapie Bemühungen in Richtung auf dieses Verständnis unternommen werden, denn - und hier kommen wir zum zweiten Aspekt dieser Ebene - eine psychische, psychosoziale oder psychosomatische Störung stellt nicht allein nur ein Problem für sich dar. Sie hat im Rahmen der *dynamischen Regulation* des Individuums auch eine *Funktion*, etwa, dass mit ihr unliebsame Erfahrungen oder Einsichten in das Leben, in die eigene Dynamik oder in die Konflikthaftigkeit der umgebenden sozialen Beziehungen kompromisshaft abgewehrt werden. Wie schon erwähnt, geht es im Begriff der dynamischen Regulation nicht nur um die intrapsychische Seite dieser Abwehr- und Bewältigungsstrategien. Über eine Depression etwa kann eine Patient in seinem psychosozialen Umfeld ein erhebliches Maß an Aggression ausdrücken, über eine Angststörung kann - ebenso kompromisshaft - ein Unmaß an Bedürftigkeiten bekundet werden, beides in dem Fall, ohne dass Wut oder Bedürftigkeit bewusst oder direkt ausgedrückt werden müssten. Intrapsychisch dagegen kann etwa über eine Zwangsstörung die innere Stabilität erhalten bleiben, ohne dass das Individuum diese vor sich selbst bewusst machen müsste oder anderen gegenüber auszudrücken bräuchte. Hat diese Funktion einmal die Rolle eines relativ zeitüberdauernden Regulativs im Individuum übernommen, so ist es unter Umständen schon aus diesen Gründen nicht einfach, die Symptomatik wieder aufzugeben. Alternative „Lösungswege“ müssen gefunden werden. Die Faktoren dieser Explorationsebene sind also allesamt hoch behandlungsrelevant.

Attribution

Auf dieser Ebene geht es um ein tieferes Verständnis der *subjektiven Krankheitstheorien* des Patienten bzw. um mehr oder weniger bewusste Vorstellungen, wie und warum die Krankheit so entstanden ist, warum gerade zu diesem Zeitpunkt, welche kausalen Faktoren der Patient dafür verantwortlich macht. Dies alles firmiert auch unter dem Begriff der *subjektiven Krankheitstheorie* oder des *Krankheitskonzeptes*. Dabei geht es also um individuelle Überzeugungen des Funktionierens der eigenen Person, der Rolle der sozialen Beziehungen, auch der Rolle und Bedeutung früher Erfahrungen aus der Kindheit und Jugend bzw. ganz allgemein der *critical live events* in der Lebensspanne, hinsichtlich des Entstehens der Krankheit. Somit betreten komplizierte

Selbstdeutungsversuche die therapeutische Bühne, die nur aus der Biographie des Patienten heraus zu verstehen sind. Anders als bei somatischen Störungen, deren kausale Deutung wir meistens dem Arzt überlassen, spielt bei psychischen Störungen die Deutungsmacht der Alltagspsychologie auf der einen und die persönlichen Überzeugungen auf der anderen Seite eine große Rolle. Insofern es sich bei der Exploration der subjektiven Theorien um einen diffizilen Balanceakt zwischen *Selbst- und Fremdattributionen* handelt, spielen hierbei auch Schuldgefühle und Schuldzuweisungen eine große Rolle. Die subjektiven Theorien und Krankheitskonzepte geben uns Einblick in die intime Welt der Selbst- und Weltdeutung des Patienten sowie seine innersten *Regulative*, etwa auch *Wertevorstellungen*, *Sinn erzeugende* (oder zerstörende) *Vorstellungen*. Sie geben uns einen Ansatzpunkt, an dem wir mit unserem eigenen - persönlich alltagspsychologischen und fachlichen - Verständnis der Dinge ansetzen können. Jedes Herangehen, das diesen Anschluss an die subjektiven Theorien des Patienten verpasst, muss als schlecht angepasst oder als unempathisch erlebt werden, alles, was dagegen hieran anschließt - und sei es auch über die Konfrontation - wird mit großer Sicherheit dazu führen, dass die Deutungsangebote des Therapeuten besser angenommen werden können.

An die subjektiven Theorien und Krankheitskonzepte schließen schier selbstverständlich auch *Veränderungskonzepte* an. Lange bevor Menschen zum Psychotherapeuten gehen, haben sie aus ihren subjektiven Überzeugungen heraus viele Versuche unternommen die Störung und die sie begleitenden unangenehmen Umstände selbst unter Kontrolle zu bringen. Nur aus der schlichten Überzeugung heraus, was zu einem Problem führt, kann ja oft schon eine Lösungsmöglichkeit abgelesen werden, alltagspsychologisch auf alle Fälle. Ob diese auch fachlich-empirischem Verständnis entsprechen, ist natürlich zu überprüfen. Diese Funktion hat die *Exploration der subjektiven Veränderungskonzepte*, denen dann natürlich die fachlichen Überzeugungen des Therapeuten an die Seite gestellt werden müssen. In der Integrativen Therapie geschieht dies „aushandelnd“ - *informed consent, patient dignity* sind die Stichworte hierfür -, im Rahmen von intersubjektiv getönter Überzeugungsarbeit. Der Therapeut muss sich dabei der Deutungsmacht bewusst sein, die er qua Funktion hat oder durch den Patienten zugeschrieben bekommt, sei es bewusst oder unbewusst.

Biologie

Diese vorangegangene Ebene der Attribution des Patienten durch seine Überzeugungen - sowie beim Therapeuten durch seine Fachlichkeit - findet also diskursiv statt. Dem gesellt sich nun die biologische Ebene dazu, die viel weniger Diskursivität zulässt. Bei vielen psychischen Störungen spielen nachgewiesenermaßen genetische Einflüsse eine bestimmte Rolle, allen voran bei den Psychosen im Sinne der Schizophrenie und bei den Depressionen. Aber auch bei Zwangsstörungen wurde die Dynamik rezenter Vererbungsgänge nachgewiesen. Unter allen Umständen macht es daher Sinn, Patienten nach den symptom-spezifischen familiären Vorbelastungen zu fragen, unter den genetischen Perspektiven, die relativ gut untersucht wurden.

Wie an anderen Stellen schon kurz erwähnt, beginnen wir heute zu verstehen, dass die epigenetischen Strukturen eine wahrscheinlich noch viel größere Rolle spielen als die genetischen selbst. Wir alle tragen ja mehr oder weniger heftige „genetische Zeitbombschen“ in uns; die Frage, die Wissenschaftler immer beschäftigt, war, unter

welchen Umständen diese im Organismus expressiv werden oder nicht. Die Epigenetik gibt hier beginnend viel versprechenden Antworten. Ich habe mich hierzu weiter oben schon geäußert. Im Sinne der epigenetischen Vererbung von Programmierungen auf dieser Ebene, macht es daher Sinn, die Lebensumstände der Eltern genau zu explorieren, denn was diese brauchten, um zu überleben, könnte auch in ihren Kindern zu einer prädominanten vererbten - eben nicht nur ansozialisierten - Strategie geworden sein. Es ist recht wahrscheinlich, dass gerade Traumatisierungen der Eltern und Großeltern auf dieser Ebene Spuren hinterlassen, die weit ab vom Genom selbst, schon nach der Befruchtung, bei der Rekombination der DNA, eine große Rolle spielen. Wie schon erwähnt, sollten wir hier jedoch noch vorsichtig sein und weitere Untersuchungsergebnisse abwarten. Zusammenfassend kann man sagen, dass auf dieser Ebene also einerseits Risikofaktoren, andererseits prognostische Faktoren im Sinne der Interventionsplanung erhoben werden.

Bewältigung

Auf den Boden des alltagspsychologischen Menschenbildes des Patienten und seinen subjektiven *Krankheitstheorien* und *Krankheitskonzepten* entstehen *Veränderungskonzepte*, lange bevor ein Mensch an die Aufnahme einer Psychotherapie denkt. Diese führen zu „dynamischen Regulationsversuchen“, zunächst unter Zuhilfenahme eigener Ressourcen im Rahmen der psychischen und sozialen Ressourcen und Potentiale des Individuums. Dies können damit sowohl *internale als auch externale, also auch soziale Ressourcen* sein. Unter Umständen werden aber auch *Selbstheilungsversuche*, etwa mit *Medikamenten, Alkohol oder Drogen*, unternommen, um Kontrolle über die Belastungen zu erlangen; dies kann auch zu falschem Gebrauch und zu Missbrauch führen oder in Abhängigkeiten münden.

In diesem Rahmen müssen auch jene Selbstheilungsversuche exploriert werden, die Menschen auf dem *alternativen Heilungsmarkt* suchen (Homöopathie, Akupunktur, Kinesiologie etc.) oder im Rahmen esoterischer Angebote (Astrologie, „Channeling“, Rebirthing, Geistheilung etc.). Der Rahmen der Psychotherapie gibt es durchaus her, diese Erfahrungen zu explorieren, nicht nur, um mystische und verstörenden Deutungen zu sondieren, sondern auch, um die Ergebnisse dieser Versuche im Rahmen der *narrativen Selbstdeutungsversuche* des Patienten in den Prozess seiner Heilung und Entwicklung mit aufzunehmen. Die Tabuisierung dieser Themen ist weit verbreitet und sollte in der Psychotherapie nicht einfach nur blind weitergeführt werden. Allerdings sollten diese Themen auch nicht entwertet werden. Ihre Exploration reicht oft tief hinein in die intimsten Überzeugungen und Wertevorstellungen, in den religiösen Glauben und kann daher einhergehen mit Fragen des Geistigen Lebens (Petzold et al. 2010); hier ist das Verletzungspotential besonders hoch.

Nicht erst zu guter Letzt sollten wir hier natürlich alle medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Therapieversuche erfragen und explorieren, um zu erfahren, was an diesen jeweils unterstützend und hilfreich war. So greifen wir in der Diagnostik schon wirksam gewordene Ressourcen auf, bringen sie in Erinnerung und können sie im Rahmen der Psychotherapie dann aktualisieren. Schlichtweg alles, was sich in der Vergangenheit als wirksam und nützlich gezeigt hat, sollte mit in das Bild des Menschen, seiner Krankheit und ihrer Heilung aufgenommen werden.

Ressourcen und Resilienz

Ich werde auf den wichtigen Themenbereich der Ressourcen und Resilienzen im Anschluss noch näher eingehen. Im Rahmen der ätiologischen Diagnostik hat er deshalb einen eigenen Platz, weil die natürlichste Methode, um Ressourcen zu explorieren, diejenige ist, sie im direkten Verbund mit den belastenden Faktoren zu erforschen. Auf den Bericht einer krisenhaften Lebensphase etwa, kann der Therapeut mit Verständnis und Antwort rechnen, wenn er fragt, was denn da geholfen hat, die Probleme zu bewältigen, wodurch Symptome besser wurden, unter welchen Bedingungen die krisenhaften Verläufe sich wieder besserten usw. Somit gehören die Coping- und Creatingpotentiale, die in der Vergangenheit schon einmal wirksam waren, zu den erst einmal zentralen Ressourcen, die hier zu erforschen sind.

In der Integrativen Therapie sehen wir protektive Faktoren und Prozesse aufgefächert in einer dreidimensionalen, antagonistischen Struktur, zwischen *genetisch und ansozialisiert, historisch und aktual* sowie *internal und external*. Dabei ist zu beachten, dass die meisten Menschen über die Lebensspanne hin immer wieder ressourcenvolle Erfahrungen machen; um im Sinne der Resilienz jedoch wirksam werden zu können, müssen sie auch repräsentiert sein, in ihrer inhärenten Qualität als positiv attribuiert werden können und abrufbar sein. Auch muss es eine gewisse Performanz geben, um sie auf eine Problemlage hin zur Anwendung kommen zu lassen. Verdrängungsprozesse oder depressive Dynamiken verhindern das in der Regel effektiv. Deshalb genügt es nicht, Ressourcen nur zu erfragen; in den meisten Fällen muss ihre Qualität später dann ins Bewusstsein gehoben werden.

In genau dieser Struktur jedoch sollten sie zunächst gesehen und exploriert werden, um sowohl einen Einblick in *stabile Lebensphasen* als auch die *Veränderungsressourcen* für die anstehende Psychotherapie zu erhalten. Die *therapeutischen Ziele*, die Patienten von sich aus oder mit Hilfe ihrer Therapeuten definieren, sind auf dieser Ebene als *Megaressourcen* zu verstehen, denn nur sie geben dem Leben wieder eine sinnvolle Ausrichtung. Hierzu muss auch gesundheitsproaktives Verhalten gezählt werden, die Frage, ob und wie der Patient die Bedingungen des Entstehens seiner Störung und auch die Bedingungen seiner eigenen Selbstregulationsprozesse versteht, denn diese müssen unter Umständen in die Therapie psychoedukativ eingearbeitet werden.

5. Diagnostik protektiver Faktoren und Prozesse

Durch die Erfahrung protektiver Faktoren und Prozesse, die in ihrer Akkumulation über die gesamte Lebensspanne hin ein synergetisches Geflecht von positiven Überzeugungen entstehen lassen, bilden sich Widerstandkräfte, *Resilienzen* genannt (Müller/Petzold 2001, 2003). Diese Perspektive ist in der antagonistischen Ergänzung zur Diagnostik pathogener Faktoren in der modernen Psychotherapie absolut unverzichtbar geworden. Dafür haben viele empirische Strömungen gesorgt, die die klassische pathologiezentrierte Ausrichtung in eine ausgewogenere Richtung lenkten.

Da ist zum einen die Lebenslaufforschung (Kahn/Antonucci 1980; Rutter 1992), deren sicherer empirischer Blick nicht vorbei sah an dem Faktum, dass Menschen ihre Stärken haben, ihre Umfeldler nicht immer im gleichen Ausmaß von Zerstörung betroffen sind wie sie selbst. Kritische Lebensereignisse treffen durchaus manchmal auf ein

inneres und soziales Niveau der Konsistenz, von wo aus sie für das Individuum bewältigbar erscheinen. Durch bewältigte Krisen aber entstehen, positive Kontrollüberzeugungen, also Resilienz. Ein zweiter starker Ast dieser Bewegung ist die Gesundheitspsychologie - in der Funktion, wie sie oben dargestellt wurde -, die sich dezidiert mit der Wirkung „salutogener Faktoren und Prozesse“ auseinandersetzt und präzise sowohl die längs- als auch die querschnittlichen Faktoren von Gesundheitsprozessen in der Lebensspanne darlegt. Schließlich gehören auch die Klinische Entwicklungspsychologie (Oerter et al. 1999) und die Sozialisationsforschungen zu diesem Strömungen, weil sie versucht haben, in die Stränge der „Normalentwicklung“ das Verständnis einer psychopathologischen Dynamik zwischen *Vulnerabilität und Resilienz* einzuflechten (Käuper/Schwarzer 1999; Röper et al. 2001; Berk 2004). In der Integrativen Therapie wurden die Erkenntnisse der Klinischen Entwicklungspsychologie zu den protektiven Faktoren erstmals konsequent interventiv umgesetzt (Petzold 1993a; vgl. Norcross/Goldfried 1992; Osten 2000). Leider wurden die Ergebnisse dieser Strömungen bei Weitem nicht allorts rezipiert und implementiert, auch nicht in der Psychotherapie; das mag u.a. an den verschiedenen Definitionen und Verständnisauffassungen des Konzepts liegen. Daher hier eine kurze Definition aus „Integrativer“ Sichtweise:

„Protektive Faktoren sind einerseits - internal - Persönlichkeitsmerkmale, angelegte und erworbene Stärken und verinnerlichte biographische Erfahrungen, andererseits - external - spezifische und unspezifische Einflussgrößen des sozioökologischen Kontextes (Bindungen, Familie, Kultur, Zeitgeist), die, im Prozess ihrer Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren, Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluss adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus oder kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflussgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und -kognitionen sowie die Ressourcenlage und die ‘supportative Valenz’ sozioökologischer Kontexte“ (Petzold et al. 1993).

Diese positive Perspektive - im engeren Sinne die Resilienzfaktoren des Menschen - sind der eigentliche Ansatzpunkt psychotherapeutischer Interventionen (Müller/Petzold 2001, 2003) und „potentialorientierter Psychotherapie (Petzold/Sieper 2011). Psychotherapeuten benötigen dezidierte *salutogene Lebensweltanalysen* ihrer Klienten, weil psychische/psychosomatische Erkrankungen von ihren auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren her als psychosoziale Erkrankungen mit ihrer sozioökologischen Ausdehnung verstanden werden müssen. Sie dürfen nicht nur nach den lebensgeschichtlichen Perspektiven der Krankheitsentstehung (Lettieri/Welz 1983; Petzold et al. 2000b) fragen, sondern auch nach Ressourcen aus der Vergangenheit (Längsschnitt), nach Ressourcen, die da sind (Querschnitt), nach Ressourcen, die fehlen und substituiert werden müssen (Petzold et al. 1993; Röhrle 1994; Stegbauer/Häußling 2010).

Das bedeutet, dass Psychotherapeuten ihre Aufmerksamkeit auf Faktoren lenken sollten, die Gesundheit fördern bzw. in der Vergangenheit aufrechterhalten haben, weil die tatsächlichen Heilungschancen - im Sinne von „Aufarbeitung“ - bei psychischen Störungen weitgehend von den positiven Kontrollerwartungen des Patienten

abhängen. So steht im Zentrum jeder Psychotherapie vor den „Durcharbeitungsthemen“ zunächst einmal die persönliche und lebensweltliche Stabilisierung von „prekären“⁷ und desolaten Lebenslagen und die Formulierung von weiterführenden Lebenszielen.

Nehmen wir damit an, wir haben Einblick bekommen in die gesunden und erfolgreichen Lebensphasen unseres Patienten, in denen es ihm gut ging. Psychotherapie soll ja selbst zu einer richtungsveränderten, mit korrektiven Erfahrungen versehenen Weiterschreibung biographischer Erfahrungslinien werden. Nur so können Menschen sich selbst, ihre Entstehungsgeschichte und Persönlichkeitsdynamik, die Bedeutung ihrer sozialen Umfelder, ihre Lerngeschichte geistig und seelisch so zusammenfügen, dass dem eine Handhabbarkeit, ein Sinnverstehen und auch ein Bedeutungserleben entwächst (Antonovsky 1997). Nur auf diese Weise können Heilungsprozesse gleichzeitig zur kostendämpfenden Präventiv-Intervention werden, denn: nur wer sich selbst ausreichend versteht, wer weiß, wo seine Stärken und Schwächen sind, kann seinen eigenen Fallen und Fehlern effektiv auch in der Zukunft ausweichen und verhindern, dass es zu Wiederholungen oder Rückfällen kommt.

Nehmen wir weiter an, wir haben nachgefragt, was das *eigentlich Gute* an den guten Zeiten war. Dann haben wir nicht nur etwas über eine Krankheit erfahren, sondern auch etwas über den Menschen, über die Art und Weise seines „In der Welt seins“ (Cottier/Rohner-Artho 1992), über seine innersten Überzeugungen, seine Stärken und seine Potentiale, v.a. über das, was ihn über seine Lebensspanne hinweg auch *gesund erhalten* hat. So hätten wir einerseits in einer „lebensgeschichtlichen Perspektive“ erfasst, was zu den Problemen geführt hat. Andererseits könnten wir im Sinne eines Veränderungskonzeptes deutlicher erkennen, was für *diesen* Menschen wahrscheinlich hilfreich und lösend ist. Denn ein gesunder Mensch ist natürlich nicht nur leidlich ohne Krankheit, er weiß auch, was ihm *schadet*, was ihm *gut* tut und wovor er sich *schützen* muss (vgl. Osten 2001a).

So zeigt sich die zentrale Bedeutung protektiver Faktoren und Prozesse und von Resilienzen für den Heilungsprozess. Wie schon erwähnt, ist es im Grunde recht einfach, gleich, wenn von einem belastenden Ereignis die Rede ist, zu fragen, was denn geholfen hat, mit diesem fertig zu werden. Dies ist die pragmatischste Art der Ressourcenanalyse. Ein zweiter zentraler Punkt in der Ressourcenanalyse besteht darin, nicht nur zu überprüfen, welche Ressourcen aktuell vorhanden sind oder waren, sondern selbst eine Struktur zu besitzen, die in etwa beschreibt, welche Ressourcen Menschen im Entwicklungskontinuum denn grundsätzlich benötigen, um sich zu gesunden Menschen entwickeln (Längsschnitt) bzw. sich in einer Therapie mit ihren psychischen Problemen auseinandersetzen zu können (Querschnitt). Eine solche Struktur hat wiederum viel mit Gesundheitspsychologie zu tun (Renneberg/Hammelstein 2006; Faltermaier 2005).

⁷ Prekäre Lebenslagen sind zeitextendierte Situationen eines Individuums mit seinem relevanten „Konvoi“ in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökologischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als bedrängend erleben und als katastrophal bewerten (kognitives *appraisal*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung „protektiver Faktoren“ gekommen ist. Die Summationen kritischer Lebensereignisse und bedrohlicher Risiken lassen Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine Erosion der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so dass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner „supportiven Valenz“ und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine „destruktive Lebenslage“ eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen „Verbesserung der Lebenslage“ durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die „Prekarität“ dauerhaft beseitigen (Petzold 2000h).

Ich habe sieben Ressourcenbereiche zusammengestellt, die man in diesem Modell subsidiarisch verstehen kann (darüber ließe sich natürlich diskutieren). Die primäre Ressource wären dabei die (1) *genetische Ausgangslage* (Temperament im psychosozialen „Passungs-Prozess“; dispositionelle Ausgangslagen) und die (2) *Körperliche Gesundheit*, sozusagen die Basis, von der aus alle anderen Dinge gesehen und angegangen werden. In zweiter Folge das Ressourcenfeld der (3) *Existenzsicherung*, gefolgt von der Ressource (4) *Psychische Stabilität*, die aus (5) *Faktoren der Entwicklung und Sozialisation* hervorgeht und am Ende die (6) *Soziale Netzwerksicherung*, in deren Rahmen auch der (7) *Umgang mit Globalfaktoren* gehört (in Anhang 6 findet sich eine entsprechende Checkliste). Wenn man sich diese Sektoren detailliert ansieht, ergibt sich nacheinander folgendes Bild der Ressourcensicherung.

Um im *Akutfall* die Ressource der körperlichen Gesundheit zu sichern, ist die Thematisierung somatischen Störungen meistens die erste Intervention. Hier gibt es Fälle, in denen eine psychopharmakologische Behandlung erforderlich ist. Zu den *Präventivfaktoren* im Bereich der körperlichen Gesundheit gehören Information über psychische Krankheiten und ihre Entstehung sowie Informationen über die verschiedenen Therapieformen. Alle Interventionen, die eine positive Körperwahrnehmung ermöglichen und damit auch die Aufarbeitung der dissoziierten Körperwahrnehmung bei psychischen Störungen (Schmitz 1992), tragen zur Stabilisierung bei; dazu zählen z.B. Atem- und Bewegungstherapien (z.B. Middendorf 1984; Fuchs 1989), Lauftherapie (van der Mei et al. 1997) oder Kreative Therapieansätze (Petzold/Orth 1990), aber auch Sport und Betätigungen im Bereich des Geistigen Lebens (Petzold et al. 2010).

Im Bereich der *akuten Existenzsicherung* sind zuweilen flankierende sozialpädagogische Interventionen indiziert. Dazu gehört etwa, Wohn- und Lebenssituationen zu sichern oder desolate Umstände in anderen Sektoren des Lebens (Juristisches, Administratives, Familiäres etc.) zu stabilisieren. Das gleiche gilt für den Bereich der Ausbildung, der beruflichen Identität und der Arbeitsstellensicherung. Materielle Probleme stehen zuweilen im Kontext psychischer Störungen und ziehen die Aufmerksamkeit auf sich, lange bevor man sich um seelische Fragen kümmern kann. Zu den *Präventivmaßnahmen* in diesem Sektor gehören die „Fehlersuche“, das heißt, sich zusammen mit den Klienten schlau zu machen, was in diese desolaten oder prekären Situationen hineingeführt hat; weiterhin Unterstützung bei der Bewältigung der Probleme und nicht zuletzt eine zielorientierte Planung, um erneuten Entgleisungen vorzubauen.

Im Bereich der *Akutsicherung* von Psychischer Stabilität ist in den meisten Fällen nach der Krisenintervention Unterstützung bei der Bewältigung von Stress, Selbstwertproblemen und Konflikten nötig (Kanning 2000), dazu gehören, wie im Bereich der körperlichen Gesundheit auch, Informationen zu den Spezifitäten der vorliegenden Erkrankungen. Dabei kann es sich zuweilen destabilisierend auswirken, wenn Therapeuten in dieser Phase schon an und mit den Themen der Lebensgeschichte arbeiten, weil biographisch aufdeckende Arbeit wirkt oft zunächst labilisierend. Ressourcenorientiertes Arbeiten nimmt Bezug auf den Ansatz der Lösungs- und Supportorientierung, in dem biographische Faktoren nur herangezogen werden, wenn sie irgendwie zur Bewältigung der Akutprobleme beitragen. Therapeutische Arbeit, die sich mit den Einsichten in die eigene Krankheitsdynamik befasst, ist - *präventiv* - meistens erst nach der Bewältigung der Krisen angezeigt. Und dann haben - neben der Suche nach zu Grunde liegenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren - auch stützen-

de Interventionen im Bereich der Erlebnisaktivierung, des Empowerments, der Nachsozialisation und der Kreativansätze Platz, die allesamt auf eine Förderung der Entwicklung von Individuation und Bildung einer „souveränen Identität“ hinauslaufen (vgl. hierzu Orth/Petzold 1990, 1993; Petzold/Orth 1990, 1991, 1993b, 1994; Orth 1994; Rech 1991; Bühler 1991; Hampe 1990; Matthies 1990; Hoeps 1990; Buchholz 1993).

Sehen wir uns weiter den Bereich der Netzwerksicherung an. Viele Forschungsergebnisse konnten in den letzten drei Jahrzehnten belegen, dass ein einigermaßen stabiles und tragfähiges soziales Netzwerk ein megaprotektiver Faktor für seelische Gesundheit ist (Röhrle 1994, idem et al. 1998; Hass/Petzold 1999; Stegbauer/Häußling 2010). Deshalb ist es gerade für psychisch Kranke, die oft in belasteten Beziehungen leben, von elementarer Bedeutung, dass sie mit Hilfe ihrer Therapeuten lernen, Kraft und Energie in den Aufbau gesunder sozialer Netze zu stecken. Der Therapeut sollte über dies wissen, welche Helfer an „seinem Fall“ noch beteiligt sind - frühere Therapeuten, Ärzte, Kliniken und Beratungsstellen. Diese Hilfen müssen koordiniert werden, sonst geht oft viel an Kraft und Bündelung verloren. Danach kann man sehen, welche Ressourcen es im Bereich der Partnerschaften, des Aktualsystems, am Arbeitsplatz und im Freundeskreis gibt. Auch hier schließt sich die biographische Arbeit am System der Herkunftsfamilie erst an, wenn zentrale „Brandherde“ gelöscht wurden. Diese Arbeit kann und sollte sogar auch noch weiter in die Zukunft reichen: als Projekt, ein Aufbau eines weiten Bekanntenkreises mit nach außen hin abnehmender Dichte.

Als letztes wäre der Bereich des Umgangs mit Globalfaktoren zu nennen, bei dem es um ein Bewusstsein um die kulturelle, ethnische, gesellschaftliche und zeitepochale Zuordnung des Individuums geht (Machleidt/Heinz 20120). Dies gilt vor allem, wenn es um Themen der Emigration, der Flucht und Vertreibung nach Viktimisierungen geht. Menschen z.B., die kriegstraumatisiert wurden, retten sich zunächst in Länder, in denen Frieden herrscht, und sie erkennen erst viel später, welche Rolle der Verlust der Vertrautheit mit ihrer ethnischen Umgebung in ihrer Erkrankung spielt. In ähnlicher, weniger drastischer Weise, haben Geburtskohorten jeweils andere kulturspezifische Vergegenständlichungen, Wertevorstellungen und moralische Normierungen, die im Generationenzusammenhang oft zu wenig als Belastungsfaktoren (z.B. im Sinne von Sinnverlust) gesehen werden (Baltes 1979).

6. Behandlungsplanung

Im letzten Modul der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik geht es nun um eine synoptische Zusammenschau aller bis dahin erhobener Faktoren im Sinne einer Interventionsplanung. Dieses letzte Modul der Integrativen Diagnostik soll gewährleisten, dass die im explorativen Prozedere gewonnenen Erkenntnisse so weit als möglich in ein sinnvolles und tragfähiges, prozessual organisiertes, Behandlungscurriculum umgesetzt werden. So wird die letzte diagnostische Einheit unterteilt in fünf Arbeitsschritte (vgl. Mans 2000; König 1994), die ich im Folgenden kurz ausführe.

Indikation	▷	Absicherung der Behandelbarkeit, Eignung des Patienten, Möglichkeiten, und Grenzen; Festsetzung der Modalität
Therapieziele	▷	Sammlung, Validierung, Hierarchisierung und intersubjektive Festlegung von Zielen / Notwendigkeiten, prozessuale Anpassung
Prognose	▷	Heilungschancen aufgrund von Krankheits- und Patientenvariablen; Motivationale Perspektive, Stützung und Hemmung
Interventionsplanung	▷	Planung von krisen- und störungsspezifischen Therapieschritten unter ätiologischen und entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten
Kontrakt	▷	Therapieinformation, Ziel- und Inhaltskontrakte, Vereinbarungen zum formalen und inhaltlichen Ablauf der Therapie

Indikation

Die Indikationsstellung soll zum einen absichern, dass die vorliegende psychische Störung/Thematik von ihrem Aufbau her psychotherapeutisch behandelbar ist und ob der Patient sich von seiner Krankheit, seiner Einsicht und Struktur her für das jeweils verwendete Verfahren eignet. Zum anderen sollte dabei die Modalität der Psychotherapie eingegrenzt werden; es ist nicht nur erheblich, ob etwa ein aufdeckendes Verfahren angezeigt ist, sondern auch, ob der Therapeut eher biographisch oder eher gegenwartsbezogen supportiv, palliativ, ameliorativ arbeiten sollte, z.B. wegen hoher Labilität (Krise), Psychose- und Suizidgefahr oder der generellen Begrenztheit von Heilungschancen. Möglichkeiten, Risiken und Grenzen einer Psychotherapie unter diesen Umständen sollen ausgelotet und mit dem Patienten besprochen werden.

Therapieziele

Die Therapieziele fußen zum einen auf den Notwendigkeiten, die sich durch die Exploration in den verschiedenen Sektoren aus therapeutischer Sicht ergeben haben. Zum anderen ergeben sie sich aus den subjektiven Wünschen und Bedürfnissen des Patienten, seine Gesundheit zu fördern bzw. seine Lebenswelt zu gestalten. Dieser Umstand

macht es erforderlich, dass Therapieziele in einem intersubjektiven Prozess gemeinsam bewertet (*Validierung*), in eine Hierarchie gebracht und (prozessual) festgelegt werden. Nur so haben sie, auch über kritische Phasen der Therapie hinweg, Tragkraft (Petzold et al. 1998). Therapieziele unterliegen sowohl einer temporalen als auch einer thematischen Perspektive. Die „Zeitachse“ bestimmt über Nah-, Mittel- und Fernziele und impliziert Vorstellungen von notwendigen Entwicklungsprozessen; die „thematische Achse“ legt die Subsidiarität der zu behandelnden Störungen bzw. aufzubauenden Ressourcenfelder fest, z.B. (1) Körper und Krankheit bzw. Krisengeschehen; (2) Fokalthematik, mit der der Patient kommt; (3) Wiederherstellung des Lebensweltbezugs (4) Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung; (5) Prävention/Gesundheitsverhalten. Therapieziele werden im Verlauf der Therapie den hinzukommenden Informationen und dem jeweiligen Erkenntnisstand der Ätiologie angepasst; sie spielen damit eine zentrale Rolle auch in der Interventionsplanung.

Prognose

Zusammen mit der Angemessenheit der Therapieziele wird eine Vorstellung der Prognose evident; hier gehen sowohl krankheits- als auch persönlichkeitspezifische Momente mit ein. Der Therapeut schätzt aus seinem fachlichen Wissen und seiner klinischen Erfahrung folgende Punkte ein: (1) Schwere der Erkrankung und Ausmaß der Behinderung am Lebensvollzug durch Krisen und Regression; (2) Funktionsanalyse der Erkrankung (Krankheits- und Aufmerksamkeitsgewinn, systemischer „Gewinn“, Ersatzfunktion, Umfeldeinbezug); (3) Problembewusstsein (Erfassung und Attribuierung von Kontext, Sinnzusammenhängen und Kollusionen, Introspektions- und Konnektivierungsfähigkeiten); (4) Ausmaß der Stabilität, der Ressourcen und Bewältigungspotentiale, Beweglichkeit zwischen Regression und Progression, Veränderungsressourcen und -hemmnisse; (5) zu erwartende Stützung oder Hemmung aus dem Umfeld des Patienten; (6) Lage der Therapiemotivation und Verlässlichkeit beim Patienten (ggf. Medikamentenkooperation).

Interventionsplanung

Im Versuch der Erstellung eines (vorläufigen) Behandlungscurriculums (Petzold 1988) münden alle diagnostischen Bemühungen. Von der Abfolge her werden hier zunächst die Krisenthemen bearbeitet, zusammen mit der Fokalthematik, die der Patient mitbringt. Danach können störungsspezifische bzw. ätiologisch relevante Interventionen ihren Platz finden. In diesem Schritt werden dann auch die Möglichkeiten einer entwicklungspsychologischen Orientierung sondiert (Osten 2000). Wenn im diagnostischen Prozess beispielsweise der sukzessive Aufbau einer Entwicklungsstörung mit ihren akkumulativen Langzeitfolgen deutlich wird, ergibt sich auch hieraus wieder eine sinnvolle Reihenfolge von Interventionen. Die Qualität des therapeutischen Herangehens kann abgestimmt werden; je nachdem, ob es sich in der kausalen Struktur der Störung um ein psychosoziales Problem (z.B. Arbeitsplatz, Wohnungslosigkeit), um eine systemische Frage, um einen akuten Partnerschaftskonflikt, um eine prolongierte Adoleszentenkrise, ein frühes Deprivationsproblem, um traumatische Erfahrungen handelt, wird die Haltung des Therapeuten zwischen den Polen Regression und Progression, Fördern und Fordern sehr unterschiedlich sinnvoll sein. Der Therapeut ist auf seine klinische Erfahrung, sein entwicklungspsychologisches Wissen und die Möglich-

keiten der Motivation und Zusammenarbeit mit dem Patienten angewiesen (Noam/Röper 1999; Röper et al. 2001).

Das Behandlungscurriculum wird zwar zu Beginn einer Therapie festgelegt; aber es wird zum einen intersubjektiv festgelegt und es wird im Behandlungsverlauf immer wieder neu hinzukommenden Informationen und Erkenntnissen angepasst (s. Therapieziele). So wird dem Patienten eine „Expertenschaft“ in der eigenen Sache zugemutet, d.h., er wird immer wieder herausgefordert (wenn nötig hierin auch gefördert), die eigenen Themen und den Therapieprozess zu reflektieren und mitzugestalten, soweit es in seinem Vermögen liegt (vgl. Laireiter 2000a).

Kontrakt

Je klarer und je intersubjektiver, ausgerichtet an der „Grundregel der Integrativen Therapie“ (Petzold et al. 2010) schon die Exploration und das diagnostische Prozedere mit Blick auf eine Therapieplanung und Kontrakterstellung ausgerichtet war, desto leichter wird es nun, mit Patienten Vereinbarungen bezüglich des Therapieablaufes zu treffen.

(1) *Information*: zunächst sollte der Therapeut dem Patienten Informationen zukommen lassen über seine Therapieform, über verwendete Methoden und Wirkweisen der Behandlung, um einen „informed consent“ zu gewährleisten (Märtens/Petzold 2002). Im Hinblick auf Therapieziele sollte auf die Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung verwiesen werden – auch in Bezug zum Zeitrahmen des Settings –, damit realistische Vorstellungen das therapeutische Geschehen begleiten. Der Therapeut sollte aus rechtlichen Gründen auf Risiken und Nebenwirkungen hinweisen, d.h. auf partielle Erstverschlimmerungen bzw. Auswirkung von Therapie auf den sozialen Lebenskontext des Patienten. Zuletzt macht es besonders bei Kassenpatienten Sinn, über die Kosten der Therapie zu informieren, damit Patienten auch den materiellen Wert ihrer Behandlung ermessen können und wer das bezahlt.

(2) *Ziel- und Inhaltskontrakt*: Wenn man im explorativen Geschehen schon auf Intersubjektivität achtet, wird es nun um so leichter, Wünsche, Ansprüche, Ziele und Notwendigkeiten zur Erreichung dieser (Behandlungscurriculum) in der Therapie auf ein bearbeitbares Niveau zu bringen; hier ist zuweilen konfrontierende Arbeit indiziert. Der Therapeut sollte in der Lage sein, die gesamte erzählte Situation einzuschätzen und dem Klienten eine eigene Reihenfolge der Ziele sowie eine Zeiteinschätzung anzubieten, worüber dann diskutiert werden kann. Damit beginnt schon therapeutische Arbeit an der Realitätseinschätzung. Dieses Vorgehen verhindert, dass der Therapeut mit den Zielen des Patienten konfluiert, unter Druck gerät oder unklare Vorstellungen auf beiden Seiten entstehen, die den Prozess der Behandlung interferieren.

(3) *Formale Aspekte*: Der Kontrakt sollte zuletzt auch die formalen Aspekte der Therapie mit einschließen, das wäre der Rhythmus der Sitzungen, die voraussichtliche Dauer, Absagevereinbarungen, Formen des Umganges mit Therapieabbruch oder der regulären Beendigung sowie ein Hinweis auf die Strukturen und Grenzen des Therapierahmens.

7. Die „Integrative Diagnose“

Am Ende dieser explorativen, anamnestischen und diagnostischen Bemühungen steht die Integrative Diagnose“, die von ihrer Struktur her der Balint´schen Gesamtdiagnose recht nahe kommt (Balint 1973). Natürlich beschränkt sie sich nicht auf die Klassifikation, sondern sie enthält alle wesentlichen Daten und Fakten, die nötig sind, um ein inneres Bild von einem Menschen mit seiner Störung, seiner Krankheitsgeschichte und seiner Persönlichkeit beschreibt. Darüber hinaus werden in Zusammenhang mit ätiologischen Faktoren die Ressourcen, die protektiven Faktoren und Prozesse und salutogenen Potentiale erfasst. Zu guter Letzt runden die ersten Vorstellungen der Behandlungsplanung die Diagnose ab. Im Überblick sieht das folgendermaßen aus:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ① Personendaten | ↪ Geburt, Alter, Lebensstand, Arbeitszeit, Beruf, Name/Vorname, bedeutsame Faktoren der psychosozialen Anamnese |
| ② Fokus und Kontext | ↪ Überweisung (Vorbehandlungen, Überweisungsdiagnosen)
↪ Syndrombeschreibung bei Therapieaufnahme
↪ Fokalthematik |
| ③ Befund | ↪ Krisenscreening (organisch, suizidal, psychotisch, psychosozial)
↪ Psychopathologischer Befund (sofern erhoben)
↪ Organischer Befund (sofern erhoben) |
| ④ Biographie & Entwicklung | ↪ Akkumulation familiendynamischer und biographischer Faktoren
↪ Entstehung, Interferenz und Verlauf aller Störungen
↪ Subjektive Krankheitstheorien |
| ⑤ Ätiologie | ↪ Defizite und prolongierte Mangelereferenzen
↪ Konflikte und andere spannungsreiche Störungen
↪ Maligne Lern- und Adaptionenmodelle
↪ Überforderung und zeitextendierter Stress
↪ Traumatisierungen
↪ Sozialökologische Synergieeffekte |
| ⑥ Ressourcen | ↪ Körperliche Gesundheit
↪ Existenzsicherung
↪ Psychische Stabilität
↪ Netzwerksicherung
↪ Biographische Ressourcen |
| ⑦ Behandlungsplanung | ↪ Indikation
↪ Therapieziele
↪ Prognose
↪ Interventionsplanung
↪ Kontrakt |
| ⑧ Klassifikation | ↪ Nach ICD-/DSM – Standards auf den Achsen I und II |

In dieser Weise getan, ermöglicht die „Integrative Diagnose“ einen tiefgreifenden Einblick, nicht nur in eine psychische Störung mit ihrer Komorbidität, sondern in den gesamten Lebenslauf eines Menschen in dem, durch hierdurch transparent werdende Belastungen, „akkumulativ“ pathogenetische Ereignisketten, zusammen mit salutogenen Coping- und Creatingketten, individuelle Regulationsversuche scheiterten und

schließlich zur Aufnahme einer Psychotherapie führten. So wird dieser Blickpunkt zur „positiven Perspektive“, die in eine entwicklungs- und wachstumsfördernde Arbeit mit den Patienten führt.

V. Ausblick

Die Integrative Therapie hatte in Diagnostik und Therapie stets einen hohen und komplexen Anspruch, weil differenzierte Menschen in komplexen Lebenslagen etwas sehr vielfältiges und kompliziertes sind und übervereinfachende Reduktionismen deshalb mehr schaden als nützen. Meinen eigenen Bedenken bezüglich der Machbarkeit der hier vorgeschlagenen Methoden halte ich entgegen, dass die Diagnostik das Kernstück einer therapeutischen Behandlung ist, dass von hier aus das „Verstehen des Menschen“ und das „Verstehen der Andersartigkeit“ (Lévinas 1998) ausgeht, was vielleicht die verantwortungsvollste Aufgabe von Therapeuten ist. Und: Diagnostik ist ein machtvolles Deutungs- und Manipulationsinstrument. Es besteht daher eine gewisse Berechtigung, die Dinge nicht einfacher zu gestalten als sie sind. Die diagnostische Perspektive, die ich aufzuzeigen versucht habe, empfand ich schlichtweg als notwendig; begrenzt bleibt sie deshalb trotzdem.

Die Aneignung der im Grundlagenkapitel dieser Arbeit aufgeführten Theorien ist für die praktische Durchführung der praktischen Seite dieser Methodik nicht unbedingt eine *conditio sine qua non*. Außer Frage steht jedoch, dass sie den diagnostischen Blick um ein Vielfaches verfeinern und - dies gilt vor allem für die Entwicklungswissenschaften - auch auf interventiver Seite ein enormes Differenzierungspotential hervorbringen. In meiner eigenen Praxis konnte ich erleben, wie sich dadurch über mehrere Jahre hinweg meine eigene Praxis grundlegend verändert hat, weil meine Wahrnehmung, neben dem klassifikatorischen Bewusstsein, sensibilisiert und strukturiert wurde für die Antriebe und Motivationen des Menschen sowie für die Abfolge von Reifungs- und Entwicklungsaufgaben und deren individuelle Bewältigung zwischen Vulnerabilität, Ressourcen und Resilienzen. Darüber hinaus brachten die neurobiopsychologischen Forschungen recht klare Bilder für geistig-seelische Veränderungsprozesse auf den Plan, was auch die interventive Seite stark verändert hat. Diese neue Sicht rief auf vielerlei Ebenen eine Evidenz hervor, von der ich oft selbst überrascht wurde.

Diese Aneignung mag eine zum Teil mühsame Investition sein, auch, weil man „lieb gewonnene“ (aber überholte) Anschauungen hinterfragen und loslassen muss. Ich selbst tröste mich mit diesem Gedanken: Hohe Ansprüche sind nicht dazu da erreicht zu werden; sie dienen der Orientierung, um festzustellen, wie weit man gerade von ihnen entfernt ist. Wissen kann man sich nach und nach aneignen, es mit persönlichen Erfahrungen verbinden, und dann darauf vertrauen, dass es einem im richtigen Moment schon einfallen wird. Das gelingt manchmal besser, manchmal schlechter, insgesamt aber immer besser, wenn man es schafft, aus tiefster Überzeugung „der Beschränktheit des eigenen Geistes herzlich zuzustimmen“.

VI. Anhänge

Anhang 1: Checkliste Erstinterview

Leib- und Bewegungsphänomenologie

- **Körper/Leib:** Äußere Erscheinung und Körpersprache, Körperwuchs, Haltung, Körperpflege, Kleidung, Frisur, Hände, Bewegung, Gebärden, Gestikulationen (↗ Verwahrlosung, Leibbewusstsein, gesundheitsaktives Verhalten)
- **Begrüßung:** Mimik, Blickverhalten und Händedruck bei der Begrüßung (↗ Kontaktverhalten, Scham, Entgrenzung, Macht-/Dominanz-/Territorialverhalten etc.)
- **Bewegung:** Bezug der Bewegung zum Raum und zum Therapeuten (↗ Territorialverhalten, Selbstsicherheit, z.B. scheu, kraftlos, aggressiv etc.); Dynamik der Haltung und der Bewegungsabläufe, (↗ Vitalität, Antrieb, Affekt, Kongruenz)
- **Periverbaler Ausdruck:** Choreographie des periverbalen Ausdrucks in Mimik, Blickverhalten, Gestik und Gebärden, Stimm- und Atemmuster (↗ Hinweise auf inhaltliche Kongruenzen oder Dissonanzen im narrativen Symbolisierungsprozess, implizite Bewertungen und Deutungen)
- **Genderperspektive:** leibliche Repräsentation der Geschlechtlichkeit als Mann oder Frau (↗ Geschlechtsidentität)

Narrative Phänomenologie

- **Fokus & Themen:** Die sprachlich und nonverbal dargebotenen expliziten und impliziten „Themen“, „Fragen“, „Probleme“, „Sachverhalte“; Kohärenz und Konsistenz der Fokusbestimmung durch den Patienten (↗ Anlass der Aufnahme; Einschätzung der Thematik und ihrer Schwere; Art, Tiefe und Gewahrsein der anstehenden Problematik; Fähigkeit zur Auffassung, Ausrichtung und Sammlung auf den Fokus)
- **Sprache & Symbolik:** Qualitäten der Sprache, des Sprechens, Stimmelnaden, Symbol-, Metaphern- und Wortgebrauch, Verwendung spezifischer symbolischer Bilder, entwicklungspsychologische Spezifität der Sprache und des Sprechens (↗ Artikulationsfähigkeit, sprachliche Differenziertheit, implizite Themen)
- **Narrativer Aufbau:** Wiederholungen, Implikate und Homologien, Kongruenzen und Divergenzen, Kontinuitäten und Diskontinuitäten im Erzählverlauf (↗ Struktur der Thematik, Herstellen ubw Zusammenhänge, Inferenzdiagnostik, Grad der Bewusstheit der biographischen Karriere und ihrer Bewertung, Widerstand); Narrative Meidungs- und Fehlbereiche: was vermeidet, umgeht der Patient? Was ist ihm unangenehm? Was lässt er einfach weg? (↗ ätiologische Bedeutsamkeiten, Widerstand)
- **Kognition & Struktur:** Angemessenheit und Zielgerichtetheit des narrativen Aufbaues, Verbundenheit von Inhalten und Emotionen; Erinnerungspotentiale; affektlogische Differenziertheit und Verarbeitung entlang der erzählten Inhalte; Reflexivität der eigenen Lebensgeschichte; Struktur und Angemessenheit der internalen Steuerung durch (Selbst- und Fremd-)Attributionen und Kontrollmeinungen (↗ Rückschluss auf Struktur und Aufbau der Persönlichkeit, der Identität, Konsistenz und Kohärenz, Gewahrsein von Sinn- und Erklärungsstrukturen)
- **Affekt & Stimmung:** Stimmungsqualitäten, übergreifende Atmosphären und Involvierungen während des Erzählverlaufs, momentanes Lebensgefühl; Qualitäten: emotionale Bandbreite, Differenziertheit, Resonanzfähigkeit, Intensität/Regulationsfähigkeit, Flexibilität, Angemessenheit, emotionale Belastbarkeit (↗ Vitalitätsaffekt, Lebensmelodie, lebensbiographische Stimmungen)
- **Kontakt & Bindung:** Kontaktbereitschaft und -fähigkeit, kommunikative Kompetenz und Performanz, interaktive Schemata in Biographie und aktuellem Kontext, Kontaktregulation (Nähe-Distanz, Autonomie-Abhängigkeit), Dauer und Qualität sozialer Beziehungen und Bindungen, Rolleninventar und- flexibilität

- **Persönlichkeit & Identität:** Selbstbildbezogene Aussagen über den Bezug a) zum eigenen Körper/Leib, genderspezifische Selbst- und Fremdattributionen; b) zu Liebe, Sexualität, Bindungsverhalten, Freundschaften; c) zu Arbeit, Leistung, Berufsidentität; d) zu Besitz und materiellen Sicherheiten; e) zu Selbstbehauptung, Expressivität, Territorialverhalten; f) zur eigenen körperlich-emotionalen Bedürftigkeit, Lebensgefühl; g) zu persönlichen Werten und eigenen Schattenseiten, Sozialethik, Glauben, obligaten Themen (Freude, Glück, Vertrauen, Wahrheit, Mitgefühl, Leiden, Schmerz, Trauer, Tod etc.), Sinnanbindung, Selbstwertgefühl (↗ Säulen der Identität, Persönlichkeitsdiagnostik)
- **Motivation & Volition:** Wünsche, Bedürfnisse, Motivationen, Willensausdruck, Struktur der impliziten und expliziten Volitionen (↗ Realitätssinn, Niveau der Eigenverantwortung, volitionaler Stil, Therapieziele); Zufälle, Fehlleistungen und Gedankenblitze (↗ Was „schleicht“ sich am Widerstand vorbei und will sich zeigen? Verdeckte/unbewusste/nicht explizierte Therapiethemen?)

Intersubjektive Phänomenologie

- **Gegenübertragung & Resonanz:** Was lösen leibliche und narrative Phänomene beim Therapeuten aus? (↗ Gefühle, Stimmungen, Atmosphären, leibliche Reaktionen, persönliche sowie entwicklungs- und rollenspezifische Assoziationen); an welche Personen, Situationen, Ereignisse, Lebensabschnitte von sich selbst ist der Therapeut erinnert? Wie viel Nähe kann/mag er zu diesem Patienten zulassen? (↗ eigene Übertragungsgefahren einschätzen, eigene Einstellung zum Patienten als Mensch/zur gegebenen Problematik)
- **Beziehungsdynamik:** Muss der Therapeut animieren, antreiben, katalysieren, bremsen, begrenzen? (↗ Eigenaktivität, Kontrolle, Antrieb und Motivation des Patienten, Angstniveau, Introversion vs. Extroversion); wie viel Distanz kann der Patient zur Welt, zu anderen, zum Therapeuten aufbauen? (↗ Nähe-Distanz-Regulation, Identitätsdistanz, Abhängigkeit vs. Souveränität, Bedürftigkeit des Pat.)
- **Übertragungsdynamik:** Dynamik des Entstehens von vertrauensvollen, vitalen, wie auch konfliktreichen interaktiven und leiblichen Dialogen: Interaktionsdynamik, Blick- und Bewegungsdialoge, Stimm- und Gebärdendialoge etc., (↗ Aufbau einer entwicklungspsychologisch relevanten therapeutischen Übertragung)
- **Struktur und Niveau der Intersubjektivität:** Können intersubjektive Deutungen der Thematik zustande kommen? Ist der Patient ansprechbar, auslenkbar? Kann dieser Begegnung wechselseitiges Vertrauen erwachsen? Kann der Patient von dieser Beziehung, diesem Verfahren profitieren? (↗ Niveau der Intersubjektivität, mutuellem Prozess, Proximität, Arbeitsbündnis, Prognose)
- **Therapieziele:** Können Therapeut und Patient sich auf Ziele und Behandlungswege einigen? (↗ Behandlungsplanung)

Klinische Heuristik

- **Krisenscreening:** Körperlich-organische-, psychische-, soziale-, traumatische, suizidale, psychotische und delirante Krisen (↗ Krisenintervention, s. Psychosoziale Anamnese);
- **Stabilität:** Einschätzung der Stabilität und Gesundheit (Körper/Leib, Existenzsicherung, Psychische Ressourcen, Netzwerksicherung), biographische Ressourcenpotentiale, Positivismen und Stärken, persönliche Souveränität, Gesundheits- und Stressbewältigungsverhalten (↗ Ressourcenanalyse)
- **Somatischer Status:** Exploration und Bewertung des somatischen Status. Diagnosen, Behandlungsformen, Therapien etc. (↗ Einschätzung der Behandelbarkeit durch Psychotherapie, Indikation)
- **Psychopathologie:** Befunderhebung (allgemeine Psychopathologie) und klassifikatorische Hinweise (spez. Psychopathologie) soweit möglich (↗ Befunderhebung, Achse I nach ICD bzw. DSM)
- **Ätiologische Hypothesenbildung:** erste Hypothesenbildungen zwischen Symptom-, Auslöser- und biographischen Referenzthematiken gemäß den 6 ätiologischen Ebenen (↗ Ätiologische Diagnostik)

- **Persönlichkeitsdiagnostik:** Klinische Dispositionsanalyse hinsichtlich der 12 Faktoren: (1) Gestalt & Attraktivität; (2) Temperament; (3) Genderbewusstsein und -sensibilität; (4) Kontakt- und Bindungsverhalten; (5) Selbstaufmerksamkeit & Expressivität; (6) Sozialer Vergleich; (7) Attributionsneigungen; (8) Handlungseigenschaften & Kontrollstile; (9) Fähigkeiten & Potentiale; (10) Selbstkonzepte; (11) Selbstwertgefühl; (12) Neurotizismus. Einschätzung von projektiven Tendenzen und zu erwartender Übertragungsdynamik (↗ strukturelle Diagnostik, Diagnostik der Achse II nach ICD bzw. DSM)
- **Behandlungsplanung:** Indikation, Prognose, Realisierbarkeit von Therapiewünschen und -zielen; Interventionsplanung, Kontrakt

Anhang 2: Checkliste Psychosoziale Anamnese und Krisenintervention

Psychosoziale Anamnese

- **Fokalthematik:** Anlass der Aufnahme, Einbettung und Bedeutung der aktuellen Probleme, Konflikte und Fragestellungen im Alltag, Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Verhaltensvariablen von Patient und Umfeld im Fokus; motivationale Variablen (Wünsche, Ziele, Bedürfnisse); Notwendigkeiten aus der Sicht des Therapeuten (auch i.S.d. Krisenintervention);
- **Soziales Feld und Netzwerk:** Aktuelle Lebensweise (Single, Partnerschaft, WG, örtliche Gebundenheiten durch Partnerschaft oder Beruf, soziales Umfeld etc.); Bindungen im familiären Aktualsystem, am Arbeitsplatz, in Freundeskreisen, Interessen und Freizeitverhalten, Qualität und Intensität von Bindungen zur Herkunftsfamilie;
- **Beruf und Arbeit:** Beruf und Tätigkeit, Tagesstruktur, Zufriedenheitsniveau, Geschichtlicher Abriss der Ausbildung und der Abschlüsse, Zeit- und Bedürfnismanagement, Arbeitslosigkeit etc.;
- **Existenzsicherung:** Wohnsituation, finanzielle, materielle Sicherheiten, Sicherung von Ansprüchen gegen andere Personen, sozialrechtliche Ansprüche, administrative Fragen, juristische Probleme;
- **Körperliche Gesundheit:** Exploration des somatischen Status, des Abhängigkeitsstatuts bei Suchterkrankungen; Psychosomatosen, somatoforme Störungen, chronische bzw. letale Krankheiten; Behinderungen; Einschätzung der Behandelbarkeit (Indikation);
- **Psychische Stabilität:** Psychopathologische Auffälligkeiten; Einschätzung der persönlichen Stabilität und Tragkraft: Lebensgefühl/Vitalität, Kontaktstruktur/Souveränität, Differenziertheit (kognitiv, emotional, behavioural, volitional), Geschlechtsidentität, Rollenflexibilität, Adäquanz des Stressbewältigungsverhaltens, Werteorientierung und Sinnanbindung im Leben;
- **Prospektion:** Wünsche, Bedürfnisse, Pläne, Hoffnungen, Lebensziele, Therapieziele, subjektive Theorien der Lösung der Fokalthematik, Befürchtungen.

Krisenscreening

- **Körperlich-Organische Krisen** > Unfälle, schwere Erkrankungen, chronische Schmerzen, letale Erkrankungen, traumatisierende Operationen, schwere Schlaflosigkeit, schweres oder anhaltendes körperliches Unwohlsein, Organisch-kognitive Einbußen, dementielle Syndrome
- **Psychische Krisen** > Panikattacken, Ängste, Depressionen, schwere Zwänge, Dissoziationssyndrome, Verhaltensauffälligkeiten (Spielerei, Sexualstörungen, Essstörungen), Anpassungsstörungen, dekompensierende Persönlichkeitsstörungen
- **Soziale Krisen** > Arbeitsplatzverlust, Verlust von Vermögen und materiellen Gütern, Ehekrisen, krankheitsbedingtes Abgleiten der eigenen Kinder, Verlust von wichtigen Menschen (Elterntod, Krankheit etc.), Wegbrechen sozialer Netzwerke, große Umzüge, existentielle administrative und juristische Probleme
- **Rückfall-Krisen** > Rückfälle bei Suchtmittel- und Drogenkonsum, bei pathologischem Spiel, bei Eifersuchtsdynamik, Essstörungen etc.

- **Krisen durch traumatischen Stress** > Akuttraumatisierungen (Viktimisierung, Vergewaltigung, Krieg, Folter, Unfälle etc.), Schockerfahrungen, Rezidivtraumatisierungen, Posttraumatisches Stresssyndrom in seinen verschiedenen symptomalen Ausprägungen (Erscheinungsformen siehe ICD: F43.1, DSM: 309.81)
- **Suizidale Krisen** > Erscheinungsformen des suizidalen Syndroms: Bewusstseinsengung, affektive Störungen, sozialer Rückzug, Entfremdung, Bilanzierung, Suizidgedanken, latente und passive Todeswünsche, Verweigerung der Prospektion, Aggressionsumkehr, riskantes und parasuizidales Verhalten, larvierte und agitierte Depressionen
- **Psychotische Krisen** > Erscheinungsformen des präpsychotischen Syndroms: seltsam anmutende psychomotorische Unruhe (Augenbewegungen), innere Angespanntheit (Trema), Angststimmung, Denken assoziativ aufgelockert, Sprechen und Sprache verwaschen, Vorbeireden, abnormes Bedeutungserleben (apophänes Syndrom), Wahngedanken, -einfälle, Sinnestäuschungen, Illusionen, Halluzinationen, Depersonalisation/Derealisation
- **Delirante Krisen** > Erscheinungsformen des deliranten Syndroms: Wachheit beeinträchtigt, (Abstufungen: Benommenheit, Stupor, Somnolenz, Sopor, Koma), Depersonalisation/Derealisation, Patient ist apathisch, stark verlangsamt, schläfrig, in leichteren Graden noch weck- und ansprechbar, das Denken ist zerfahren, die Sprache ist verwaschen. In leichten Stadien weckbar, in schwereren mit Mühe weckbar (Sopor), bei schwerer Verminderung der Wachheit/des Bewusstseins liegt Präkoma vor, wahnhaftes Erleben, bei Alkoholikern oft mit Weinerlichkeit verbunden

Anhang 3: Checkliste Ätiologische Diagnostik

- **Klinische Phänomenologie:** Symptome und Syndrome, Krankheitserleben
- **Auslöser:** Lebensumstände bei und vor Beginn der Störung
- **Prozess:** Beginn (Alter) - Dauer – Phasen - Verlauf
- **Komorbidität:** Fokalthematik in Wechselwirkung mit anderen Störungen
- **Akkumulation:** Synergie biographischer und familiendynamischer Faktoren (6 Ebenen)
- **Funktion:** Funktionsanalyse im Sinne der dynamischen Regulation
- **Attribution:** subjektive Krankheitstheorien, Krankheits- und Veränderungskonzepte
- **Biologie:** symptomspezifische familiäre Vorbelastungen (genetisch/epigenetisch)
- **Bewältigung:** Krankheitsbewältigung, Kontrollversuche, Therapieversuche, Wirkfaktoren
- **Ressourcen:** Stabile Lebensphasen, Veränderungsressourcen, proaktives Gesundheitsverhalten

Anhang 4: Checkliste Leitsymptome der Posttraumatischen Belastungsstörung

- Nachweis Existenz bedrohender Traumaexpositionen
- autonome oder durch Schlüsselreize getriggerte Intrusionen
- bewusste und unbewusste Vermeidung der Auslöser-Reizen (trigger)
- autonomes Hyperarousal (Übererregtheit) oder Numbing (Abstumpfung)
- Zeitfaktoren (Beginn der Symptomatik nach Traumaexposition)
- kontextuelle Störungen (Beeinträchtigungen im Lebensvollzug)

Anhang 5: Checkliste „Familiendynamische Exploration“

1. Lebenskontext der Familie

- *Mikrokontext:* Lebens- Bildungs- und Sozioökonomischer Statuts, Größe der Familie, Viertel/Wohnung
- *Mesokontext:* Stadt/Land, Norm- und Wertesysteme („Schicht“), Beruf/Arbeit, soziale Einbindung
- *Makrokontext:* global, zeitepochal, kulturell, gesellschaftlich

2. Interaktions- und Kommunikationsformen der Familie

- Familienatmosphäre als Ganzes, Qualität der Nähe und Emotionalität
- Paarbindung der Eltern: Qualität, Modus der Paarfindung, Kollusionen
- Erziehungsstil: Ordnung, Hierarchie, Führung, Regeln, Kontrolle, Affektregulation
- Bindungen des Geschwistersubsystems, Flexibilität der Koalitionen
- Kommunikationsstil: Mutualität, Abgrenzungen, Anerkennung von Andersartigkeit
- Identitätsbildung und Morphogenese im Familienprozess (über Zeit, Entwicklung, Wachstum)
- Sinnattraktoren: *Bewusst:* Klarheit von Werte-, Moral- und Normvorstellungen, „ungeschriebene Gesetze“. *Unbewusst:* abgewehrte Trauer, ausgegrenzte Systemmitglieder, schwere Schicksalsereignisse

3. Explorative Fragen zum Familiengenogramm

a) Genogrammstruktur

- Wie viele Geschwister sind es in der eigenen Reihe? Gestorbene Geschwister? (Abgänge, Tod- geburten, verunglückte oder durch Krankheit umgekommene Kinder, ungeklärte Todesfälle)
- Wie viele Geschwister waren es bei der Mutter, beim Vater? Hier gestorbene Geschwister? Mehrlingsschwangerschaften?
- Geschwister und Besonderheiten bei den Großeltern beider Herkunftsfamilien
- ungeklärte Todesfälle in der Familie als Ganzes: natürliche, durch Krankheit, durch Gewalt, Fahrlässigkeit?
- Andere und vorherige Partner von Vater oder Mutter vor oder während deren Ehe? Halb- und Stiefgeschwister? Adoption?

b) Familienmythen und -geheimnisse

- Welche besonderen Schicksalsereignisse gab es in der eigenen oder den beiden Herkunftsfamilien von Vater und Mutter? (Mythen und Erzählungen)
- Beteiligung von Familienmitgliedern im 3. Reich? Welche Funktionen? Gefangenschaft?
- Schicksale von Krieg, Flucht und Vertreibung, Folter, Vergewaltigung, jüdisches Schicksal? Besitzstandsfragen
- Schwere Krankheiten, Psychische Störungen, Behinderungen in der Familie?
- Inzest, Gewalterfahrung, Missbrauch, Verwahrlosung, frühe Deprivation?
- Suizide, Unfälle, fahrlässige Tötungen, kriminelle Deviation, Morde, Inhaftierung, materielle Überschuldung
- Kulturethnische Fragen und Spannungen, Emigration, Immigration? (Wenn die Eltern unterschiedlicher ethnischer Herkunft sind bzw. ein Elternteil die Heimat verlassen hat)
- Andere und aktuelle Besonderheiten

4. Systemdiagnostische Ebenen

- **Netzwerkperspektive:** Eingebundensein der Familie in die sozioökologische Umgebung
- **Binneninteraktion:** z.B. Autoritativ, Doublebind, expressed Emotions, emotionale Ausbeutung, Verstrickung
- **Systemstabilität:** Vulnerabilität, Kohäsion, Permeabilität, Adaptabilität (Stressbewältigung, Stabilisatoren und Abwehrformen) nach innen und außen
- **Identifizierungen:** Indexprobleme, Parentifizierung, Stellvertretung, Ausgleich

- **Pathogene Strukturen:** Ängstlich („wir müssen uns zusammenrotten und gut aufpassen“), Depressiv („wir alle haben schwer zu tragen“), Zwanghaft („man muss nur alles richtig machen“), Hysterisch-sensitiv („alles ist Emotion“), Paranoid („die Welt ist schlecht und feindlich gesinnt“), Dissozial („die anderen sind Schweine und wir haben das Recht, uns alles zu nehmen“), Schizoid („wir haben nichts miteinander zu tun“), Ambivalent-Desorganisiert-Instabil („nichts ist sicher“), Narzisstisch („wir sind großartig und leisten Unendliches“), Abhängig-asthenisch („wir müssen uns den anderen anpassen und uns fest aneinander halten“)

Anhang 6: Checkliste Ressourcen- und Resilienzanalyse

- **Anlagefaktoren**
Temperamentäre Eigenschaften und deren Passung in Kindheit und Jugend, Interessen, Neigungen, Begabungen; Gesamt der psychophysischen Verfassung, Gesundheit und Stabilität, Familienanamnese
- **Körperliche Gesundheit**
Somatische Akutintervention, Drogenentzug bei Suchterkrankungen, medikamentöse antidepressive/antipsychotische Behandlung (bei Suizidalität, Psychosen), Information über die Krankheit und ihre Heilungschancen, Hinweise auf Spezifitäten der Erkrankung, damit Patienten ihre Symptome einordnen lernen, Aufarbeitung krankheitsspezifischer Körperwahrnehmung, Förderung positiver Körperwahrnehmung (begleitende sportive oder manuelle Behandlungen)
- **Existenzsicherung**
Bereiche Wohnen und Leben, Beruf und Arbeit, materielle Sicherheit, juristische Probleme, administrative Beratung (bei sozialrechtlichen Ansprüchen), Krisenintervention und Fehlersuche bei Krisen, Planung und Zielbestimmung bei krisenhaften Verläufen, Support bei der Restitution
- **Psychische Stabilität**
Psychosoziale Krisenintervention, Information und Hinweise auf Spezifitäten der Krankheit (wie oben), Support bei Stress- und Konfliktbewältigung vor jeder regressiven Arbeit, lösungsorientiertes Arbeiten, Förderung von Kreativität und Erlebnisorientierung (Empowerments, einrichtend, Engagement), Förderung von Individuation (u.U. durch gezielte Nachsozialisation), Restituierung sozialer Beziehungen
- **Entwicklung und Sozialisation**
Exploration biographischer Ressourcen, Durchlaufen der Reifungs- und Entwicklungsaufgaben, biographische Ressourcen in Form von protektiven Beziehungen und deren Generalisierung (z.B. als Wert oder sinnstiftende Einstellung), erfolgreiche Bewältigung von Krisen: Resilienzbildungen
- **Netzwerksicherung**
Partnerbindung bzw. Aktualsystem, Bindungen am Arbeitsplatz, Freundeskreis und Freizeitverhalten, Tagesstruktur, Bindungen zur Herkunftsfamilie, Koordinierung des Helfernetzwerkes, Vermittlung von Adressen u.a. Möglichkeiten in der Infrastruktur für den Aufbau eines tragfähigen Netzwerkes (prozessbegleitend)
- **Umgang mit Globalfaktoren**
Bewusstsein über die eigene Kohorten- und ethnische Kulturzugehörigkeit, mit ihren spezifischen Welt- und Lebensereignissen und deren Bedeutung (z.B. Werthaltungen) in Bezug auf die eigene Biographie; Repräsentation der Gefahren der „Risikogesellschaft“ (s. Gesundheitstheorien); kreative Anpassungssuche.

Anhang 7: Weiterführende Literatur

1. Quellliteratur zu den Grundlagentheorien

Gesundheitspsychologie

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
 Faltermaier, T. (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
 Hurrelmann, K., Kolip, P. (2002): Geschlecht, Gesundheit, Krankheit. Männer und Frauen in Vergleich. Bern: Huber.
 Renneberg, B., Hammelstein, Ph. (2006): Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer.

Motivationspsychologische Theorien, Gendertheorien

- Bischof-Köhler, D. (2004): Von Natur aus anders. Stuttgart: Kohlhammer.
 Buss, D.M. (2004): Evolutionäre Psychologie. Heidelberg: Pearson Studium.
 Dunn, J., Plomin, R. (1996): Warum Geschwister so verschieden sind. Stuttgart: Klett-Cotta.
 Försterling, F., Stiensmeier-Pelster, J. (1994): Attributionstheorie. Grundlagen und anwendungsbezogene Fragen: Göttingen: Hogrefe.
 Maccoby, E.E. (2000): Psychologie der Geschlechter. Sexuelle Identität in den verschiedenen Lebensphasen. Stuttgart: Klett-Cotta.
 Petzold, H.G., Sieper, J. (2008): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. Bd. 1: Zwischen Freiheit und Determination, Bd. 2: Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis. Bielefeld: Sirius.
 Rudolph, U. (2003): Motivationspsychologie. Weinheim: PVU.
 Stroebe, W., Hewstone, M., Stephenson, G.M. (1996): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Berlin: Springer.

Entwicklungswissenschaften

- Berk, L.E. (2004): Entwicklungspsychologie. München: Pearson Studium.
 Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Frankfurt a. M.: Fischer.
 Faltermaier, T., Mayring, Ph., Saup, W., Strehmel, P. (1992): Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. Stuttgart: Kohlhammer.
 Fend, H. (1999): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Opladen. Leske & Budrich (UTB).
 Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München: UTB-Reinhardt.
 Oerter, R., Hagen, C.v., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
 Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München: UTB-Reinhardt.
 Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber.
 Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (2004). Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie, Genetik, Neurophysiologie. Berlin: Springer.
 Petzold, H.G., Beek, Y., van, Hoek, A.-M., van der (1995): Grundlagen und Grundmuster intimer emotionaler Kommunikation und Interaktion. Intuitives Parenting und Sensitive Caregiving von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold, H. (Hg.): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. II: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann, 491-648.
 Stern, D.N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett.

Persönlichkeitspsychologie

- Abels, H. (2006): Identität: Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
 Asendorpf, J.B. (2007): Psychologie der Persönlichkeit. Berlin: Springer, 4. Aufl.
 Keupp, H., Ahbe, Th., Gmür, W. (1999): Identitätskonstruktionen: Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek: Rohwohlt.

- Krappmann, L. (2005): Soziologische Dimensionen der Identität: Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Osten, P. (2008): Evolution, Familie und Persönlichkeitsentwicklung. Integrative Perspektiven in der Ätiologie psychischer Störungen. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G. (2004): Transversale Identität und Identitätsarbeit. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungstheoretisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. *Integrative Therapie* 30/4, 395-422.

Biologische Psychologie, Neuropsychotherapie, Epigenetik

- Birbaumer, N., Schmidt, R.F. (2005): Biologische Psychologie. Berlin: Springer.
- Damasio, A.R. (1997): Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: dtv.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- LeDoux, J.E. (2001): Das Netz der Persönlichkeit. Wie unser Selbst entsteht. Olten: Walter.
- Lipton, B. (2009): Wie wir werden, was wir sind (DVD). Burgrain: Koha Verlag.
- Lurija, A.R. (2001): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt.
- Petzold, H.G. (2003d): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ - embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Petzold, H.G. (2003): *Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann, 1051-1092.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2008): Empathie und Mitgefühl. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Spork, P. (2010): Der zweite Code. Epigenetik oder: Wie wir unser Erbgut steuern können. Reinbek: Rowohlt.

2. Quellliteratur zu den ätiologischen Theorien

Tiefenpsychologie

- Mentzos, St. (2010): Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: V & R.
- Mertens, W. (2001): Psychoanalyse. Stuttgart. Kohlhammer.

Lern- und Verhaltenstheorie

- Bandura, A. (1979): Sozialkognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett.
- Margraf, J. (1996): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. I: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Bd. II: Störungen. Berlin: Springer.
- Sieper, J. (2001): Das „Behaviourale Paradigma“ und der Begriff des „Komplexen Lernens“ im Integrativen Ansatz klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. *Integrative Therapie* 27/1-2, 105-144.

Stresstheorie

- Buchwald, P., Schwarzer, C., Hobfoll, S.E. (2004): Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping. Göttingen: Hogrefe.
- Hüther, G. (1997): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Rensing, L. Koch, M., Rippe, B., Rippe, V. (2005): Mensch im Stress: Psyche, Körper, Moleküle. Heidelberg: Spektrum.

Traumalogie und Persönlichkeitsstörungen

- Courtois, C.A., Ford, J.D. (2010): Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung, Paderborn: Junfermann.
- Eckhardt-Henn, A., Hoffmann, S.O. (2004): Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: UTB-Reinhardt.

- Kolk, B.A., van der, McFarelane, A.C., Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze, Theorie, Praxis und Forschung. Paderborn: Junfermann. [hier die Arbeit von Petzold et al. über Integrative Traumatherapie, S. 445-579]
- Osten, P. (2008): Integrative psychotherapeutische Diagnostik bei Traumatisierungen und PTBS. In: Fischer, G., Schay, P. (Hg.): Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 39-76.
- Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Sozialpsychologische-, Systemische- und Netzwerkansätze

- Cierpka, M. (1996): Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer.
- Filipp, S.-H. (1990): Kritische Lebensereignisse. München: Psychologie Verlags Union.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern. Huber.
- Hildenbrand, B. (2007): Einführung in die Genogrammarbeit: Heidelberg: Auer.
- Petzold, H.G. (2003j): Integrative Dramatherapie und Szenentheorie. Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie. In: In: Petzold, H.G. (2003): Integrative Therapie. Paderborn. Junfermann, Bd. 2, 681-700.
- Schiepek, G. (2001): Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie, Praxis, Forschung. Göttingen: V & R.
- Stegbauer, Ch., Häußling, R. (2010): Handbuch Netzwerkforschung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Stephenson, G.M. (1996): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Berlin: Springer.
- Wirsching, M., Scheib, P. (2002): Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer.

Zusammenfassung

Integrative Psychotherapeutische Diagnostik

Es wird in dichter Form die Integrative Psychotherapeutische Diagnostik in ihren Grundprinzipien und Anwendungsstrategien dargestellt und für die Arbeit im Rahmen aufdeckender Psychotherapie angepasst. Sie verbindet traditionelle Statusdiagnostik (ICD, DSM) mit dem integrativen Modell einer „prozessualen Diagnostik“ und stützt sich dezidiert auf die Ergebnisse einer empirischen Gesundheitspsychologie, einer evolutionär begründeten und gendersensiblen Motivationspsychologie, auf Klinische Entwicklungs- und Sozialisationswissenschaften in der Lebensspanne, auf einen integrativen Ansatz der Persönlichkeits- und Identitätstheorie, im Spezifikum der Integrativen Therapie.

Schlüsselbegriffe: Integrative Diagnostik, empirisch basierte ätiologische Diagnostik, lebenslaufbezogene Psychologie, behandlungsorientierte Diagnostik

Summary

Integrative psychotherapeutic Diagnostic

In a condensed text basic principles and models of application are presented, adapted for therapy in uncovering approaches. Traditional status diagnosis (ICD, DSM) is connected with the integrative model of “process diagnostic” which is grounded in the results of empirical sciences, such as health psychology, evolutionary and gender based motivational psychology, clinical lifespan developmental psychology and theory of socialization, and an integrative theory of identity, a specific feature of Integrative Therapy.

Keywords: Integrative Diagnostic, empirical based diagnostics in aetiology, lifespan developmental psychology, treatment orientated diagnostics

Legende des Autors

Peter Osten, MSc, München, freie Praxis für Psychotherapie, Paartherapie, Personal Coaching, Weiterbildung und Supervision seit 1991; zuvor 13jährige Tätigkeit an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU), München, Lehr- und Kontrolltherapeut für Integrative Therapie (FPI/EAG) am Fritz Perls Institut (D), Hückeswagen/Düsseldorf und an der Donau Universität Krems (A), Departement für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Lehrbeauftragter an der Fachhochschule Bern (CH).

Korrespondenzadresse:

Winthirstraße 21
80639 München
net: mail@PeterOsten.de

VII. Literatur

- Abels, H. (2006): Identität: Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Achenbach, T.M. (1982): *Development Psychopathology*. New York: Wiley.
- Agarwal, D.P., Goedde, H.W. (1987): Genetik des Alkoholismus. In: Kisker et al. (Hg.): *Psychiatrie der Gegenwart 3: Abhängigkeit und Sucht*. Berlin: Springer.
- Alheit, P. (1999): *Biographie und Leib*. Gießen: Psychosozial.
- Althen, U. (1991): Das Erstinterview in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie*, 17, 421-449.
- Amann, G., Wipplinger, R. (1997): *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. Tübingen: dgvt.
- Anokhin, P.K. (1974): *Biology and neurophysiology of the conditioned reflex and its role in adaptive behavior*. Oxford: Pergamon Press.
- Anokhin, P.K. (1978): *Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems*. Jena: Gustav Fischer.
- Anthinelli, R.M., Schuckit, M.A. (1991): Genetics. In: Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millmann, R.B. (Hg.): *Substance Abuse*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Apel, K.-O. (1985): *Das Leibapriori der Erkenntnis. Eine erkenntnisanthropologische Betrachtung im Anschluss an Leibnizens Monadenlehre*. In: Petzold (1986b): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Bde. I und II, Paderborn: Junfermann, 47-70.
- Amendt-Lyon, N., Hutterer-Krisch, R. (2000): Diagnostik in der Gestalttherapie. In: *Laireiter* (2000), 179-192.
- Arbeitskreis OPD (2009): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Argelander, H. (1970): Die szenische Funktion des Ich und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. *Psyche*, 24, 325-345.
- Argelander, H. (1989): *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Asendorpf, J.B. (2007): *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer, 4. Aufl.
- Balint, M., Balint, E. (1962): *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*. Bern: Huber.
- Balint, M., Ornstein, P., Balint, E. (1973): *Fokaltherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Baltes, P.B. (1979): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Klett.
- Bandura, A. (1969): *Principles of Behaviour Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1979): *Sozialkognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett.
- Bank, St.P., Kahn, M.D. (1990): *Geschwisterbindung*. Paderborn: Junfermann.
- Bardeleben, U, v. (2000): Somatische Erkrankungen. In: *Uchtenhagen/Zieglgänsberger* (2000), 274-276.
- Barocas, R., Seifer, R., Sameroff, A.J. (2003): *Defining environmental risk: Multiple dimensions of psychological vulnerability*. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 13/4, 433-447.
- Bartling, G., Echelmeyer, I., Engberding, M., Krause, R., (1992): *Problemanalyse im therapeutischen Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beardslee, W., Versage, E., Wright, J., Salt, P., Rothberg, P., Derzner, K., Gladstone, T. (1997): *Examination of Preventive Interventions for Families with Depression: Evidence of Change*. *Development and Psychopathology* 9, 109-130.
- Bechterev, V.M. (1933): *General Principles of Human Reflexology: An Introduction to the Objective Study of Personality*. London: Harvester.
- Beck, D. (1974): *Die Kurzpsychotherapie*. Bern: Huber.
- Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Becker, P. (1997): *Psychologie der seelischen Gesundheit. Bd. I: Theorien, Modelle, Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Benz, A. (1988): *Augenblicke verändern mehr als die Zeit. Das psychoanalytische Interview als erster Eindruck von Therapeut und Gesprächspartner*. *Psyche*, 42, 577-601.
- Berger, M. (2004): *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Urban & Fischer.
- Berk, L.E. (2004): *Entwicklungspsychologie*. München: Pearson Studium.
- Bernstein, B. (1971): *Class, codes, and control*. London: Routledge.
- Birbaumer, N., Schmidt, R.F. (2005): *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.
- Bischof-Köhler, D. (2004): *Von Natur aus anders*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bischof-Köhler, D., Bischof, N. (1996): Die „ödipale“ Phase im Lichte empirischer Forschung. In: Kretz, H. (Hg.): *Lebendige Psychohygiene*. München: Eberhard, 75-99.
- Blane, H.T. (1968): *The Personality of the Alcoholic. Guises of Dependency*. New York: Harper & Row.
- Bleckwedel, J. (200): *Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bökmann, M.B.F. (2000): *Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1988): *Familientherapie - Systemtherapie. Das Mailänder Modell*. Dortmund: Modernes Lernen.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1981): *Parentifizierung*. In: Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (Hg.): *Unsichtbare Bindungen: Die Dynamik familiärer System*. Stuttgart: Klett.
- Bourdieu, P. (1992): *Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Wiesbaden: VSE.
- Bourdieu, P. (1993): *Sozialer Sinn*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bowlby, J. (1983): *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt a. M.: Fischer.

- Boyesen, G. (1987): Über den Körper die Seele heilen. Biodynamische Psychologie und Psychotherapie. München: Kösel.
- Bradbury, J. (2003): Human Epigenome Project - Up and Running. *PLoS Biol.* 1, e82
- Bremner, J.D., Marmar, C.R. (1998): Trauma, memory, and dissociation. Washington: American Psychiatry Press.
- Brenneis, C.B. (1998): Gedächtnissysteme und der psychoanalytische Abruf von Trauma-Erinnerungen. *Psyche*, 52, 801-823.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D. et al. (1998): Traumatic events and posttraumatic stress disorder in community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch.Gen.Psychiatry* 55, 626-632.
- Brickenkamp, R. (1997): Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Göttingen: Hogrefe.
- Brisch, K.-H., Grossmann, K.E., Grossmann, K., Köhler, L. (2002): Bindung und seelische Entwicklung. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart: Klett-Kotta.
- Bronisch, Th., Sulz, K.D. (2002): Jugend oder Frühe Kindheit als Prädiktor psychischer Erkrankung im Erwachsenenalter? *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychother. Med. Klin. Psych. (CIP-Medien)*, 7/1, Editorial.
- Brunner, E.J., (1984): Interaktion in der Familie. Berlin: Springer.
- Buchholz, M.B. (1993): Metaphernanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bühler, K.E. (1991): Der Leib - ein Zeichen. *Integrative Therapie*, 17, 9-28.
- Buss, D.M. (2004): Evolutionäre Psychologie. Heidelberg: Pearson Studium.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R. (1997): Die Zeit ist reif für eine Psychotherapie-Integration. *Integrative Therapie*, 23, 243-272.
- Changeux, J.-P., Damasio, A. R., Singer, W., Christen, Y. (2005): *Neurobiology of Human Values*. Berlin: Springer-Verlag.
- Chudy, M., Petzold, H. G. (2011): „Komplexes Lernen“ und Supervision – Integrative Perspektiven.: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 3/2011.
- Cierpka, M. (1996): Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer.
- Cierpka, M. (2000): Diagnostik in der Familientherapie. In: Laireiter (2000), 217-234.
- Ciampi, L. (1997): Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Zum Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Coan, R.W. (1974): The optimal Personality. An empirical and theoretical analysis. New York: Columbia Univ.-Press.
- Cottier, S.C., Rohner-Artho, E. (1992): Der Krankheitsbegriff in der Daseins-Analyse. In: Pritz, A., Petzold, H. (1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann, 171-195.
- Courtois, C.A., Ford, J.D. (2010): Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung, Paderborn: Junfermann.
- Damasio, A.R. (1997): *Descartes´ Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: dtv.
- Dantendorfer, K., Maierhofer, D. (2000): Diagnostik in der Individualpsychologie. In: Laireiter (2000), 75-84
- Danvaloo, H. (1980): Short-Term Dynamic Psychotherapie. New York: Jason Aronson.
- Davidson, R.J., Scherer, K.R.; Goldsmith, H.H. et al. (2002): *Handbook of Affective Sciences*. Oxford University Press.
- De Girolamo, G. (1993): International perspectives on the treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. In: Wilson/Raphael (1993), 935-946.
- Decety, J., Ickes, W. (2009): *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge, Ma.: MIT-Press.
- Deister, A. (2000): Milieutherapie. In: Möller et al. (2000), 772-778.
- Delcuve, G.,P. et al. (2009): Epigenetic control. *J. Cell Physiology* 219, 2, 243-250.
- Dornes, M. (1993): *Der kompetente Säugling*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Dornes, M. (1997): *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Downing, G. (1996): *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Eckstaedt, A. (1992): *Die Kunst des Anfangs. Psychoanalytische Erstgespräche*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Edelman, G.M. (1995): *Göttliche Luft, vernichtendes Feuer. Wie der Geist im Gehirn entsteht*. München: Piper.
- Egle, U., Hoffmann, S., Joraschky, P. (1996): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.
- Erikson, E.H. (1988): *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Ermann, M. (1991): Psychoanalytische Diagnostik und das psychoanalytische Erstinterview. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 36, 97-103.
- Ermann, M., Waldvogel, B. (2000): *Psychodynamische Psychotherapie. Grundlagen und klinische Anwendungen*. In: Möller et al. (2000), 617-655.
- Ernst, C. (1992): Sind Säuglinge psychisch besonders verletzlich? Argumente für eine hohe Umweltresistenz in der frühen Kindheit. *Integrative Therapie*, 18, 45-57.
- Fähndrich, E., Stieglitz, R.-D. (1995): *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe.
- Fähndrich, E., Stieglitz, R.-D. (1998): Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems. Göttingen: Hogrefe, 2. Aufl.
- Faltermaier, T. (2005): *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, T., Mayring, Ph., Saup, W., Strehmel, P. (1992): *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fend, H. (1999): *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Opladen. Leske & Budrich (UTB).
- Ferenczi, S. (1985): *Ohne Sympathie keine Heilung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Festinger, L. (1978): *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Bern: Huber.

- Fiedler, P. (1999): Salutogenese und Pathogenese in der Persönlichkeitsentwicklung. In: Oerter et al. (1999): 314-334.
- Fiedler, P. (2000): Phänomen- und störungsspezifische Diagnostik in der Verhaltenstherapie: Differentielle Indikation und Therapieplanung. In: Laireiter (2000), 129-142.
- Fiegl, J., Reznicek, E. (2000): Diagnostik in der systemischen Therapie. In: Laireiter (2000), 235-246.
- Filipp, S.-H. (1990): Kritische Lebensereignisse. München: Psychologie Verlags Union.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psycho-traumatologie. München: UTB-Reinhardt.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern. Huber.
- Flammer, A., Alsaker, F. (2002): Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter. Bern: Huber.
- Flick, U. (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger.
- Försterling, F., Stiensmeier-Pelster, J. (1994): Attributionstheorie. Grundlagen und anwendungsbezogene Fragen: Göttingen: Hogrefe.
- Foucault, M. (1974): Die Ordnung des Diskurses. München: Hanser.
- Foucault, M. (1989): Die Sorge um sich. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fremmer-Bombik, E., Grossmann, K.E. (1993): Über die lebenslange Bedeutung früher Bindungserfahrungen. In: Petzold (1995), Bd. I, 83-110.
- Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW, Studienausgabe, Bd. 5. Frankfurt a. M.: Fischer, 37-145.
- Freyberger, H.J. (2000): Moderne operationalisierte Klassifikationssysteme. In: Möller et al. (2000), 337-351.
- Friedman, M.J., Charney, D.S., Deutsch, A.Y. (1995): Neurobiological and clinical consequences of stress. From normal adaption to PTSD. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Friedrich, H. (1984): Anamnese als Drama. Die ersten Sätze. Zt. f. psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 30, 314-322.
- Fuchs, M. (1989): Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem. Stuttgart: Hippokrates, 4. Aufl.
- Funder, D.C., Parke, R., Tomlinson-Keeseey, C., Widaman, K. (1993): Studying lives through time: Approaches to personality and development. Washington: APA.
- Gardner, H. (1989): Dem Denken auf der Spur. Der Weg der Kognitionswissenschaft. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gazzaniga, M.S., Ivry, R. B., Mangun, G. R. (2008): Cognitive Neuroscience: The Biology of the Mind. New York: W.W. Norton.
- Geißler, P. (1994): Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Gibson, J. (1982): Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung. München: Urban und Schwarzenberg.
- Gold, M.S., Slaby, A.E. (1991): Dual Diagnosis in Substance Abuse. New York: Dekker.
- Goldstein, E.B. (1997): Wahrnehmungspsychologie. Eine Einführung. Heidelberg: Spektrum
- Gräff, Chr. (1983): Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Grob, A., Perrig, W. (2000): Control in human behaviour, mental process, and awareness. New York: Erlbaum.
- Grossmann, K.E., Becker-Stoll, F., Grossmann, K., Kindler, H., Schieche, M., Spangler, G., Wensauer, M., Zimmermann, P. (1997): Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In: Keller, H. (Hg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Göttingen: Hogrefe.
- Grünbaum, A. (1988): Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik. Stuttgart: Reclam.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P. (1981): Family Therapy Outcome Research. Knowns and Unknowns. In: Gurman, A.S., Kniskern, D.P. (Hg.): Handbook of Family Therapy. New York: Bruner & Mazel, 742-776.
- Haan, de M., Gunnar, M. R. (2009): Handbook of Developmental Social Neuroscience. New York: Guilford Press.
- Habermas, J. (1973): Erkenntnis und Interesse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 11. Aufl. 1994.
- Hadot, P. (2002): Philosophie als Lebenskunst. Antike und moderne Exerzitien der Weisheit. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Haggerty, R.J., Sherrod, L.R., Garnezy, N., Rutter, M. (1994): Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents. Process, Mechanisms, and Interventions. Cambridge: University Press.
- Hampe, R. (1990): Symbolisierung und Desymbolisierung in der kunsttherapeutischen Arbeit. Integrative Therapie, 16, 3-15.
- Hartwich, P., Haas, S., Maurer, K., Pflug, B. (1998): Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Konzepte und Therapie, Wissenschaft und Praxis. Berlin: Sterenberg.
- Hass, W., Petzold, H. (1999): Die Bedeutung sozialer Netzwerkforschung für die Psychotherapie. In: Petzold/Märtens (1999), 54-81.
- Heigl-Evers, A., Schultze-Dierbach, E., Standke, G. (1991): Grundstörungen der Abhängigkeit und Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht. In: Wanke, K., Bühringer, G. (Hg.): Grundstörungen der Sucht. Berlin: Springer, 37-54.
- Heim, E. (1985): Praxis der Milieuthherapie. Berlin: Springer.
- Heinl, H. (1985): Körper und Symbolisierung. Integrative Therapie, 11, 227-231.
- Hellhammer, D., Kirschbaum, C. (1998): Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie. Göttingen: Hogrefe.
- Henning, J. (1998): Psychoneuroimmunologie. Verhaltens- und Befindenseinflüsse auf das Immunsystem bei Gesundheit und Krankheit. Göttingen: Hogrefe.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (2004): Entwicklungspsychiatrie. Biopsy-

- chologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München: UTB-Reinhardt.
- Hildenbrand, B. (2007): Einführung in die Genogrammarbeit: Heidelberg: Auer.
- Hiller, W. (2000): Klassifikation und kategoriale Diagnostik in der Psychotherapie. Klassifikation nach ICD und DSM. In: Laireiter (2000), 353-366.
- Hobfoll, S.E. (1998): Stress, culture, and community. The psychology and philosophy of stress. New York: Plenum.
- Hoeps, R. (1990): Symbol und Bild. Zur Deutung von Symbolen und von Werken in der bildenden Kunst. Integrative Therapie, 16, 45-52.
- Holitzka, M., Remmert, E. (2001): Systemische Familienaufstellungen. Konfliktlösungen für Söhne, Töchter Eltern. Ein Praxishandbuch nach Bert Hellinger und anderen. Darmstadt: Schirner.
- Horneffer, K.J., Fincham, F.D. (1995): The construct of attributional style in depression and marital distress. *J. Of Family Psychology* 9, 186-195.
- Hurrelmann, K., Kolip, P. (2002): Geschlecht, Gesundheit, Krankheit. Männer und Frauen in Vergleich. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., Ulich, D. (1998): Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz.
- Hüther, G. (1997): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Jacobson, E. (1938): Progressive Relaxation. Chicago: UP.
- Jaspers, K. (1923): Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer, 9. unv. Auflage 1973.
- Johnson, B.A., Roache, J.D. (1989): Drug Addiction and its Treatment. Nexus of Neuroscience and Behaviour. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Jung, C.G. (1976): Die Archetypen und das kollektive Unbewusste, GW IX/1. Olten: Walter.
- Jung, C.G. (1995): Die Dynamik des Unbewussten. GW., Bd. 8. Olten: Walter.
- Jung, M. (2001): Geschwister. Liebe, Hass, Annäherung. Lahnstein: Emu.
- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980): Convoys Over the Life Course: Attachment, Roles, and Social Support. In: Baltes, P.B., Brim, O.G. (Hg.): Life Span Development and Behaviour. New York: Academic Press, 253-286
- Kanning, U.P. (2000): Selbstwertmanagement. Die Psychologie selbstwertdienlichen Verhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Kapfhammer, H.-P. (2000): Anpassungsstörung, akute und posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller et al. (2000), 1283-1301.
- Kaufmann, E. (1985): Family Systems and Family Therapy of Substance Abuse. An Overview of two Decades of Research and Clinical Experience. *Int. J. Addiction* 20, 897-916.
- Kaufmann, E. (1986): The Family of the Alcoholic Patient. *J. Psychosom. Research* 27, 347-360
- Kaufmann, J.-C. (2005): Die Erfindung des Ich: Eine Theorie der Identität. Konstanz: UVK.
- Kegan, R. (1994): Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt.
- Keil-Kuri, E. (1993): Vom Erstinterview zum Kassenantrag. Stuttgart: Jungjohann.
- Keller, H. (1998): Lehrbuch Entwicklungspsychologie. Bern: Huber.
- Kelso, J.A.S. (1997): Dynamic patterns. The self-organization of brain and behavior. Cambridge: MIT-Press.
- Kendler, K.S., Eaves, L. (1986): Models for the Joint Effect of Genotype and Environment on the Liability to Psychiatric Illness. *Am. J. Psychiatry* 143, 279-289.
- Kernberg, O. (1985): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett, 4. Aufl. 1992.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. et al. (1995): Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 52, 1048-1060.
- Keup, W. (1985): Biologie der Sucht. Berlin: Springer.
- Keupp, H., Ahbe, Th., Gmür, W. (1999): Identitätskonstruktionen: Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek: Rohwohlt.
- Kleiner, M.S., Strasser, H., Giddens, A., Leggewie, C., Bourdieu, P. (2003): Globalisierungswelten. Köln: Halem.
- Knäuper, B., Schwarzer, R. (1999): Gesundheit über die Lebensspanne. In: Oerter et al. (1999), 711-727.
- Knoll, N., Scholz, U., Rieckmann, N. (2005): Einführung in die Gesundheitspsychologie. München: UTB-Reinhardt.
- Koch, Ch. (2005): Bewusstsein - ein neurobiologisches Rätsel. München: Elsevier.
- Kohut, H. (1976): Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kölbl, C. (2005): Die Psychologie der kulturhistorischen Schule. Vygotskij, Lurija, Leont'ev. Göttingen: V & R.
- Kolk, B.A., van der, McFarelane, A.C., Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze, Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- König, K. (1994): Indikation. Entscheidungen vor und während einer psychoanalytischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Körkel, J. (1988): Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht? Berlin: Springer.
- Koukkou, M., Leutzinger-Bohleber, M., Mertens, W. (1998): Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften, Bde. I und II. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Krappmann, L. (2005): Soziologische Dimensionen der Identität: Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kröger, F. (1984): Familiäre Interaktion bei Suchtkranken. Frankfurt: Verlag akademische Schriften (VAS).
- Krystal, J.H., Bennet, A.L., Bremner, D., Southwick, S.M., Charney, D.S. (1995): Toward a cognitive neuroscience of dissociation and altered memory functions in post-traumatic stress disorder. In: Friedman et al. (1995), 239-269.

- Krystal, J.H., Bennet, A.L., Bremner, D., Southwick, S.M., Charney, D.S. (1995): Toward a cognitive neuroscience of dissociation and altered memory functions in post-traumatic stress disorder. In: Friedman et al. (1995), 239-269.
- Krystal, J.H., Bremner, D., Southwick, S.M., Charney, D.S. (1998): The emerging neurobiology of dissociation: implications for treatment of posttraumatic stress disorder. In: Bremner/Marmar (1998), 321-363.
- Kühn, R., Petzold, H. (1992): Psychotherapie und Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A. et al. (1990): Trauma and the Vietnam war generation. New York: Brunner-Mazel.
- Laireiter, A. (1993): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Bern: Huber.
- Laireiter, A.R. (2000): Diagnostik in der Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Laireiter, A.R. (2000a): Therapiebegleitende Diagnostik: Verlaufs- und Prozessdiagnostik. In: Laireiter (2000), 321-342.
- Lamacz-Koetz, I., Petzold, H. G. (2009): Nonverbale Kommunikation in der Supervision und ihre leibtheoretische Grundlage. Wenn Sprache nicht ausreicht - Eine explorative Studie. In: SUPER ISSION: Theorie – Praxis – Forschung Ausgabe 03/2009 www.fpi-publikationen.de/supervision
- Langer, E.L. (1978): Rethinking the Role of Thought in Social Interaction. In: Harvey, J., Ickes, W., Kidd, R. (Hg.): New Directions on Attribution Research, Vol. 2. Cambridge: Harvard University Press, 35-58.
- Langer, S.K. (1965): Philosophie auf neuem Wege. Das Symbol im Denken, im Ritus und in der Sprache. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- LaRue-Jones, C., Battjes, R.J., (1985): Etiology of Drug Abuse. Implications for Prevention. NIDA Reserch Monograph 56. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Lazarus, R.S., (1966): Psychological stress and the coping process. New York: MacGraw-Hill.
- Lazarus, R.S., Launier, R. (1981): Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J.R. (Hg.): Stress. Bern: Huber, 213-260.
- Lechler, P. (1982): Kommunikative Validierung. In: Huber, G., Mandl, H. (Hg.): Verbale Daten. Weinheim: Beltz.
- LeDoux, J. (1998): Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München: Hanser.
- LeDoux, J. E., Keane, T., Shiromani, P. (2009): Posttraumatic Stress Disorder: Basic Science and Clinical Practice. Totowa, NJ: Humana Press.
- LeDoux, J.E. (2001): Das Netz der Persönlichkeit. Wie unser Selbst entsteht. Olten: Walter.
- Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien: Springer.
- Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien.
- Lettieri, D.J., Welz, R. (1983): Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen. Weinheim: Beltz.
- Lévinas, E. (1998): Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. Freiburg/Br.: Alber.
- Lewin, K. (1935): Dynamic theory of personality. New York: Harper.
- Lewin, K. (1953): Die Lösung sozialer Konflikte. Bad Nauheim: Christian.
- Lewis, M., Miller, S., (1990): Handbook of Developmental Psychopathology. New York: Plenum.
- Lewontin, R.G. (2002): Die Dreifachhelix. Gen, Organismus und Umwelt. Berlin: Springer.
- Libet, B., Freeman, A., Sutherland, J. K. B. (1999): The volitional brain: Towards a neuroscience of free will. Thorverto: Imprint Academic.
- Lipton, B. (2009): Wie wir werden, was wir sind (DVD). Burgrain: Koha Verlag.
- Loftus, E.F., Ketcham, K. (1994): The Myth of Repressed Memory. New York: St. Martin's Press.
- Lowen, A. (1981): Körperausdruck und Persönlichkeit. München: Kösel.
- Luhmann, N. (2001): Soziale Systeme. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Luhmann, N. (2001): Soziale Systeme. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Lurija, A.R. (2001): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt.
- Luthar, S. (2003): Resilience and Vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities. New York: Cambridge UP.
- Lutz, W., Grawe, K. (2001): Was ist „Evidenz“ in einer Evidence Based Psychotherapy? Integrative Therapie 27, 11-28.
- Lyotard, J.-F. (1998): Postmoderne Moralitäten. Wien: Passagen.
- Maccoby, E.E. (2000): Psychologie der Geschlechter. Sexuelle Identität in den verschiedenen Lebensphasen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Machleidt, W., Heinz, A. (2010): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. München: Urban & Fischer.
- Maercker, A. (1997): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer.
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergmann, A. (1978): Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Reinbek: Rowohlt.
- Mans, E.J. (2000): Differentielle Diagnostik. In: Laireiter (2000), 305-320.
- Marcel, G. (1986): Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang. In: Petzold (1986), 15-46.
- Margraf, J., Schneider, S. (2008): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. I: Grundlagen und Verfahren, Rahmenbedingungen. Bd. II: Störungen im Erwachsenenalter, Spezielle Indikationen. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A. (1991): DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Handbuch, Interviewleitfaden, Protokollbogen. Berlin: Springer, 2. Aufl. 1994.
- Markowitsch, H.J. (2001): Mnestiche Blockaden als Stress- und Traumafolgen. Z. f. Klin. Psych. Psychother. 30/3, 204-211.

- Märtens, M., Petzold, H.G. (2002): *Therapieschäden. Über Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie.* Mainz: Grünewald.
- Massing, A. (1994): Zukunft braucht Herkunft. *Kontext* 25, 100-114.
- Massing, A., Beushausen, U. (1986): Bis ins dritte und vierte Glied. Auswirkungen des Nationalsozialismus in der Familie. *Psychosozial* 28, 27-42.
- Mattejat, F. (1985): *Familie und psychische Störungen.* Stuttgart: Enke.
- Matthies, K. (1990): Symbolisches Verstehen als Zielsetzung sinnlich-sinnhaften Lernens in den Künsten. *Integrative Therapie*, 16, 25-44.
- Mead, G.H. (1934): *Mind, Self, and society.* Chicago: Chicago UP.; deutsch: (1973). *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mei, S.H., van der, Petzold, H., Bosscher, R.J. (1997): *Runningtherapie, Stress, Depression. Ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen Leib- und Bewegungs-Psychotherapie.* *Integrative Therapie*, 23, 374-429.
- Meinlschmidt, G., Schneider, S., Margraf, J. (2011): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 4: Materialien für die Psychotherapie.* Berlin: Springer.
- Mentzos, St. (1991): *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven.* Frankfurt a. M.: Fischer.
- Mentzos, St. (2010): *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen.* Göttingen: V & R.
- Merleau-Ponty, M. (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung.* Berlin: de Gruyter.
- Mertens, W. (2001): *Psychoanalyse.* Stuttgart. Kohlhammer.
- Metcalfe, J., Jacobs, W.J. (1998): Emotional memory: The effects of „cool“ and „hot“ memory systems. In: Bowers, G. (Hg.): *The psychology of learning and motivation.* New York: Academic Press, 187-222.
- Metzinger, T. (1995): *Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie.* Paderborn: Schöningh.
- Metzinger, Th. (2009): *Der Ego-Tunnel. Eine neue Philosophie des Selbst. Von der Hirnforschung zur Bewusstseinsethik.* Berlin: Berlin Verlag.
- Middendorf, I. (1984): *Der erfahrbare Atem. Eine Atemlehre.* Paderborn: Junfermann.
- Milch, W. (1998): Überlegungen zur Entstehung von Borderline-Störungen auf dem Hintergrund der Säuglingsforschung. *Zt. f. Persönlichkeitsstörungen (PTT)*, 2/1, 10-21.
- Minuchin, S., Rosman, B., Baker, L. (1983): *Psychosomatische Krankheiten in der Familie.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Möller, H.-J. (2000): Standardisierte psychiatrische Befunddiagnostik. In: Möller et al. (2000), 388-411.
- Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (2000): *Psychiatrie und Psychotherapie.* Berlin: Springer.
- Moreno, J.L. (1934): *Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations.* Washington: Nervous and Mental Disease Publ.
- Moreno, J.L. (1937): *Interpersonal therapy and the psychopathology of interpersonal relations.* *Sociometry* 1-2, 9-76.
- Moscovici, S. (1988): *The phenomenon of social representation.* In: Farr, R.N., Moscovici, S. (Hg.): *Social Representations.* Cambridge: Cambridge UP.
- Moscovici, S. (2001): *Social Representations. Explorations in Social Psychology.* New York: University Press.
- Müller, I., Czogalik, D. (1995): *Veränderungen nach einer Integrativen Therapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen – Eine Evaluationsstudie.* Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Müller, L., Petzold, H. (1998): *Projektive und semiprojektive Verfahren, kreative und virtuelle Medien, für die Diagnostik von Störungen von Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie mit Kindern und Jugendlichen.* *Integrative Therapie*, 24, 396-437.
- Müller, U., Hahlweg, K., Feinstein, E., Hank, G., Wiedemann, G., Dose, M. (1992): *Familienklima (Expressed Emotion) und Interaktionsprozesse in Familien mit einem schizophrenen Mitglied.* *Z. f. Klin. Psych.* 4, 332-351.
- Nitsch, J.R. (1981): *Stress.* Bern: Huber, 213-260.
- Noam, G., Röper, G. (1999): *Auf dem Weg zu entwicklungspsychologisch differentiellen Interventionen.* In: Oerter et al. (1999), 478-511.
- Norcross, J.C. (2001): *Empirically supported therapy relations: Summary Report of the Division 29 Task Force.* *Psychotherapy*, 38 (4).
- Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (1992): *Handbook of Psychotherapy Integration.* New York: Basic Books.
- Norris, F.H. (1992): *Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups.* *Jour. Consult. Clin. Psychology* 60, 409-418.
- Nuber, U. (1998): *Der Mythos vom frühen Trauma. Über Macht und Einfluss der Kindheit.* Frankfurt a. M.: Fischer.
- Oerter, R., Hagen, C.v., Röper, G., Noam, G. (1999): *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch.* Weinheim: Beltz.
- Oerter, R., Montada, L. (1995): *Entwicklungspsychologie.* München: Psychologie Verlags Union, 3. Aufl.
- Opp, G. (2002): *Das Konzept der Schutz- und Risikofaktoren als integrative Perspektive auf die Biographien und Lebenswelten von Suchtklient(inn)en.* In: Walter-Hamann (2002), 15-32.
- Orth, I. (1994): *Unbewusstes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden. Überlegungen aus der Sicht der Integrativen Therapie.* *Integrative Therapie*, 20, 312-339.
- Orth, I. (1996): *Heilung durch Bewegung. Überlegungen zu Diagnostik, Indikation und Therapeutik in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie.* *Integrative Bewegungstherapie*, 6, 44-54.
- Orth, I., Petzold, H. (1990): *Metamorphosen - Prozesse der Wandlung.* *Integrative Therapie*, 16, 53-97.
- Orth, I., Petzold, H. (1993): *Zur Anthropologie des schöpferischen Menschen.* In: Petzold/Sieper (1993), Bd. I, 93-116.
- Osofsky, J. (1987): *Handbook of Infant Development.* New York: Wiley.

- Osten, P. (1996): Kreative Wahrnehmung, kreativer Ausdruck. Methoden und Wirkweisen der Integrativen Kunsttherapie. *Zt. f. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 7, 145-160.
- Osten, P. (1999): Phänomenologische Bewegungsdiagnostik. In: Pritz, A., Stumm, G. (Hg.): *Wörterbuch der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. *Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis*. München: UTB-Reinhardt, 2. Aufl.
- Osten, P. (2001a): Lebensgeschichtliche Perspektiven in der Entstehung von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. Klassifikation, Ätiologische Diagnostik, Ressourcenanalyse und Behandlungsplanung in der Suchtkrankenhilfe. In: Walter-Hamann (2002), 33-67.
- Osten, P. (2001b): Kopf und Bauch: Ein ungleiches Paar? Wie die Neurobiopsychologie die Psychotherapie verändert. *Integrative Therapie*, 27/1-1, 191-195.
- Osten, P. (2002a): Pubertät und Adoleszenz aus der Sicht der Klinischen Entwicklungspsychologie. *Empirische Grundlagen der Psychotherapie, Teil 1: Die Pubertät. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychother. Med. Klin. Psych. (CIP-Medien)*, 7/1, 50-65.
- Osten, P. (2002b): Pubertät und Adoleszenz aus der Sicht der Klinischen Entwicklungspsychologie. *Empirische Grundlagen der Psychotherapie, Teil 2: Die Adoleszenz. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychother. Med. Klin. Psych. (CIP-Medien)*, 7/1, 66-87.
- Osten, P. (2008): Integrative psychotherapeutische Diagnostik bei Traumatisierungen und PTBS. In: Fischer, G., Schay, P. (Hg.): *Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. Konzepte, Praxis, Perspektiven*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 39-76.
- Osten, P. (2009): Evolution, Familie und Persönlichkeitsentwicklung. *Integrative Perspektiven in der Ätiologie psychischer Krankheiten*. Wien: Krammer.
- Osten, P. (2010): Der Therapeut als „mitfühlender Freund“? Eine Bewusstseinsethik für die therapeutische Beziehung. Köln: Caritas-Publikationen (<http://www.vabs.caritas.de/72168.html>)
- Osten, P. (2011): Schichtungen des menschlichen Erlebens. Ein instruktiver Ansatz der Tranferarbeit mit therapeutischer Tiefung und Falchung. (in Arbeit).
- Otte, H. (1995): Elternmacht in der Therapie? Das Beziehungsdilemma in der Nachbeelterung. In: Schmidt-Lellek, Ch.J., Heimannsberg, B. (Hg.): *Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie*. Köln: EHP.
- Oyama, S. (2000). *The Ontogeny of Information. Developmental Systems and Evolution*. Second edition. Durham, N.C.: Duke University Press.
- Oyama, S., Griffiths, P.E., Gray, R.D. (2001). *Cycles of Contingency. Developmental Systems and Evolution*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Paar, G.H., Hagen, C.v., Kriebel, R., Wörz, Th. (1999): Genese und Prognose psychosomatischer Störungen. In: Oerter et al. (1999), 299-313.
- Palazzoli, S., Boscolo, L., Lecchin, G., Prata, G. (1991): Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Stuttgart: Klett.
- Panksepp, J. (2004): *Affective Neuroscience*. Oxford: Oxford UP.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1981): Intuitives elterliches Verhalten und Verhaltensmikroanalyse. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik*, 3, 229-238.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1992): Vorsprachliche Kommunikation. Anfänge, Formen, Störungen und psychotherapeutische Ansätze. *Integrative Therapie*, 18, 139-155.
- Papoušek, M. (1999): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In: Oerter et al. (1999), 148-169.
- Pawlow, I.P. (1928): *Lectures on conditioned reflexes. Twenty-five years of objective study of the higher nervous activity (behaviour) of animals*. New York.
- Perls, F.S. (1944): *das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfänge der Gestalttherapie*. München: dtv, 2. Aufl. 1991.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P. (1951): *Gestalttherapie. Grundlagen*. München: dtv.
- Petermann, F., Kusch, M., Niebank, K. (1998): *Entwicklungspsychopathologie*. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie, Genetik, Neurophysiologie*. Berlin: Springer.
- Peterson, C., Maier, S.F., Seligman, M.E.P. (1993): *Learned Helplessness. A theory for the age of personal control*. Oxford: University Press.
- Petzold, H. G. (2009k): Transversale Erkenntnisprozesse der Integrativen Therapie für eine Ethik und Praxis „melioristischer Humantherapie und Kulturarbeit“ durch Multi- und Interdisziplinarität, Metahermeneutik und „dichte Beschreibungen“ Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 15/2009; repr. in: Petzold, H.G., Sieper, J. (2011): *Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie. Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910*. Wien: Krammer.
- Petzold, H. G. (2010f): *Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“ Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit – Hermeneutica*. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 7/2010.
- Petzold, H. G. (2010g): *Integrativ-systemische Arbeit mit Familien. Integrativ-systemische Entwicklungs- und Netzwerktherapie. Integrative Therapie, Schwerpunkt 3/2010*. Wien: Krammer Verlag.
- Petzold, H. G. (2011): Der „Informierte Leib“ embodied und embedded als neues Konzept, „Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse“ besser zu verstehen. In: Petzold, H.G. (Hrg.): *Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen*. 2 Bände. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G. (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 "sozialen Atomen" alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.

- Petzold, H.G. (1986): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Bde. I. und II., Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bde. I, II, III. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993b): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. In: Petzold (1993a), Bd. I, 19-90.
- Petzold, H.G. (1993c): Konzepte zu einer mehrperspektivischen Hermeneutik leiblicher Erfahrung und nicht-sprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie. In: Petzold (1993a), Bd. I, 91-152.
- Petzold, H.G. (1993d): Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewusster und unbewusster Lebenswirklichkeit. In: Petzold (1993), Bd. I, 153-332.
- Petzold, H.G. (1993e): Integrative Dramatherapie und Szenentheorie. Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie. In: Petzold (1993), Bd. II, 897-926.
- Petzold, H.G. (1993f): Integrative fokale Kurzzeittherapie und Fokaldiagnostik. Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold/Sieper (1993), 267-340.
- Petzold, H.G. (1995): Psychotherapie und Babyforschung, Bde. I und II. (Bd. I: Frühe Schädigungen -- späte Folgen? Bd. II: Die Kraft liebevoller Blicke. Säuglingsbeobachtungen revolutionieren die Psychotherapie.) Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie. Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Theorie, Praxis, Wirksamkeit. Jubiläumsausgabe 25 Jahre Integrative Therapie 1975-2000. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2001b): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Petzold, H.G. (2001c): Trauma und "Überwindung" – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“. Integrative Therapie, Jg. 27/4.
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bde. I, II, III. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. überarbeitet und erweitert; erste Auflage von 1993.
- Petzold, H.G. (2004): Transversale Identität und Identitätsarbeit. (Teil I): Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In: Integrative Therapie Jg. 30/4 (2004) 395-422.
- Petzold, H.G. (2004c): Integrative Trauer- und Trostarbeit - ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnozierender Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, 03/2004.
- Petzold, H.G. (2005v): Transversale Identität und Identitätsarbeit. (Teil II): Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“ In: Integrative Therapie Jg. 31/4, 373-400.
- Petzold, H.G. (2006a): Menschbild und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972 –2002) Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2006
- Petzold, H.G. (2006c): Kernkonzepte und zentrale Modelle der Integrativen Therapie. Ein „biopsychosozial-ökologischer“ Ansatz. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Jg. 2006.
- Petzold, H.G. (2006d): Arbeit mit der Familie „im Kopf“ – die „repräsentationale Familie“ als Grundlage Integrativer sozialpädagogischer, familienpsychologischer und -therapeutischer Arbeit. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, 6/2006.
- Petzold, H.G., Beek, Y.v., Hoek, A.-M.v.d. (1995): Grundlagen und Grundmuster intimer emotionaler Kommunikation und Interaktion - Intuitive Parenting und Sensitive Caregiving von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold (1995), Bd. II, 491-648.
- Petzold, H.G., Märtens, M. (1999): Wege zu effektiver Psychotherapie. Opladen: Leske+Budrich.
- Petzold, H.G., Mathias, U. (1982): Rollenentwicklung und Identität. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Rollenkonzept Morenos. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. Psychotherapie Forum 4, 185-196.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Bde. I und II, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1991): Körperbilder in der Integrativen Therapie. Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „body charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik. Integrative Therapie, 17, 117-146.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits- und Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung und karrierebezogenen Arbeit in der Integrativen Therapie. In: Petzold/Sieper (1993), Bd. I, 125-172.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993b): Integrative Kunstpsychotherapie und therapeutische Arbeit mit kreativen Medien an der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG). In: Petzold/Sieper (1993), Bd. II, 559-574.

- Petzold, H.G., Orth, I. (1994): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch mediengestützte Techniken in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie*, 20, 340-391.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2005): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Köln: Aisthesis.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie und Geistiges Leben. Theman und Werte moderner Psychotherapie, Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Osten, P. (2000): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter* (2000), 247-266.
- Petzold, H.G., Schuch, H.-W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Pritz, A., Petzold, H.G. (Hg.): *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, 371-486.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993): Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien, Bd. 1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. Bd. 1: Zwischen Freiheit und Determination, Bd. 2: Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis. Bielefeld: Sirtus.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2011): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2001): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der Integrativen Therapie. In: *Petzold* (2001), 203-230.
- Petzold, H.G., Wolf, H.U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A. (2000a): Integrative Traumatherapie. Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In: *van der Kolk et al.* (2000), 445-579.
- Petzold, H.G., Goffin, J., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse. Die positive Perspektive in der longitudinalen klinischen Entwicklungspsychologie und ihre Umsetzung in der Praxis in der Integrativen Therapie. In: *Petzold/Sieper* (1993), Bd. I, 173-267.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. *Gestalt und Integration*, 2/96-2/98, 142-188.
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2000b): Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: *Uchtenhagen/Zieglgänsberger* (2000), 322-341.
- Pfau, B., Fernandez, I. (1994): Körpersprache der Depression. Atlas depressiver Ausdrucksformen. Stuttgart: Schattauer.
- Piontelli, A. (1996): Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie. Stuttgart: Klett.
- Plessner, H. (1965): Die Einheit der Sinne. Grundlinien einer Ästhesiologie des Geistes. Bonn: Bouvier.
- Plessner, H. (1975): Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Berlin: DeGruyter.
- Plomin, R., Defries, J.C., McClearn (1999): Gene, Umwelt und Verhalten. Bern: Huber.
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (1995): Psychoanalyse. Das Ende einer Deutungsmacht. Reinbek: Rowohlt.
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (1995): Psychoanalyse. Das Ende einer Deutungsmacht. Reinbek: Rowohlt.
- Portele, H., Roessler, K. (1994): Macht und Psychotherapie. Ein Dialog. Köln: EHP.
- Rauch, S.L., van der Kolk, B.A., Fisher, R.E. et al. (1996): A symptom provocation study of post-traumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Arch.Gen.Psychiatry* 53, 380-387.
- Rech, P. (1991): Akt und Selbstdarstellung des Körpers. *Integrative Therapie*, 17, 164-175.
- Reich, W. (1973): Charakteranalyse. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Reimer, Ch., Rüger, U. (2006): Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren. Berlin: Springer.
- Reinecker, H. (1978): Selbstkontrolle. Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden. Salzburg: Müller.
- Reinecker, H., Zauner, H. (2004): Kritische Lebensereignisse als Risikofaktoren bei Alkoholismus. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol 233/4, 333-346.
- Renneberg, B., Hammelstein, Ph. (2006): Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer.
- Rennert, M. (1990): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg: Lambertus.
- Rensing, L. Koch, M., Rippe, B., Rippe, V. (2005): Mensch im Stress: Psyche, Körper, Moleküle. Heidelberg: Spektrum.
- Resch, F. (1996): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Resnik, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S. et al. (1993): Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Jour. Consult. Clin. Psychology* 61, 984-991.
- Retzer, A. (2000): Systemische Psychotherapie. Theoretische Grundlagen, klinische Anwendungsprinzipien. In: *Möller et al.* (2000), 720-744.
- Ricœur, P. (1974): Die Interpretation. Ein Versuch über Freud. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rizzolati, G., Sinigaglia, C. (2008): Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Röhrle, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. München: Psychologie Verlags Union.
- Röhrle, B., Sommer, G., Nestmann, F. (1998): Netzwerkintervention. Tübingen: dgvt.
- Röper, G., Hagen, C.v., Noam, G. (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rosen, J.C., Solomom, L.J. (1985): Prevention in Health Psychology. Hanover: University Press of New England.

- Rothenberger, A., Schmidt, M.H. (2000): Die Funktion des Frontalhirns und der Verlauf psychischer Störungen. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Röttgers, K. (1992): Die Erzählbarkeit des Lebens. In: Kühn/Petzold (1992), 181-200.
- Rudolph, U. (2003): Motivationspsychologie. Weinheim: PVU.
- Rutter, M. (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1992): Wege von der Kindheit zum Erwachsenenalter. *Integrative Therapie*, 18, 11-44.
- Salvisberg, H. (1997): Von der amodalen Wahrnehmung zur kathartischen Imagination. Gedanken zur Progression des Primärprozesses. In: Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U., Wilke, E. (Hg.): *Imagination in der Psychotherapie*. Bern: Huber, 73-82.
- Satir, V. (1990): *Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz*. Paderborn: Junfermann.
- Satir, V., Baldwin, M. (1998): *Familientherapie in Aktion*. Paderborn: Junfermann.
- Schacter, D.L. (1996): *Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit*. Reinbek: Rowohlt.
- Scharfetter, Ch. (1991): *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme, 3. Aufl.
- Schauenburg, H., Buchheim, P., Cierpka, M., Freyberger, H.J. (1998): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Konzepte, Ergebnisse, Anwendungen*. Bern: Huber.
- Schauenburg, H., Grande, T. (2000): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - OPD*. In: *Laireiter (2000)*, 55-74.
- Schauenburg, H., Janssen, P., Buchheim, P. (1998a): *Interview-Führung im Rahmen der OPD*. In: *Schauenburg et al. (1998)*, 159-166.
- Scheiblich, W. (1994): *Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Freiburg: Lambertus.
- Schiepek, G. (2001): *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie, Praxis, Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G. (2004): *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmidt-Degenhard, M. (2000): *Anthropologische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen*. In: *Möller et al. (2000)*, 259-270.
- Schmidt-Lellek, C.J., Heimannsberg, B. (1995): *Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie*. Köln: EHP.
- Schmitz, H. (1989): *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann.
- Schmitz, H. (1992): *Psychotherapie als leibliche Kommunikation*. *Integrative Therapie*, 18, 292-313.
- Schmitz, H. (1998): *Gedächtnis und Erinnerung in neophänomenologischer Sicht*. *Integrative Therapie*, 24, 190-213.
- Schnakenburg, R.v. (1994): *Einbildungskraft als Leibwissen, Rhythmus und physiognomisches Sehen. Grundlagenreflexionen zum Verständnis künstlerischer, kunstpädagogischer und kunsttherapeutischer Arbeit*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Schneewind, K.A., Schmidt, M. (1999): *Familiendiagnostik im Kontext der klinischen Entwicklungspsychologie*. In: *Oerter et al. (1999)*, 270-298.
- Schug, R.: (1980): *Versuch einer Operationalisierung des Konstruktes „psychische Gesundheit“*. Mainz: Joh.-Gutenberg-Universität.
- Schultz-Henke, H. (1951): *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Schulze, G. (1993): *Erlebnisgesellschaft. Kulturosoziologie der Gegenwart*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schumann, E.Ch. (1999): *Beziehungsmuster erwachsener Kinder aus Alkoholikerfamilien. Eine qualitative Untersuchung*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag (DUV).
- Schüssler, G. (2000): *Psychologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen*. In: *Möller et al. (2000)*, 172-201.
- Schwarzer, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sekot, Chr., Jacobi, F. (2001): *Inhalte und Methoden einer evidenzbasierten Qualitätssicherung für Psychotherapie und klinische Psychologie*. *Integrative Therapie* 27, 29-63.
- Seligman, M.E.P. (1979): *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Seligman, M.E.P., Hager, J. (1972): *Biological boundaries of learning*. New York: Appleton.
- Shadish, W.R., Ragsdale, K., Glaser, R.R., Montgomery, L.M., (1997): *Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie. Eine metaanalytische Perspektive*. *Familiendynamik* 22, 5-33.
- Shazer, S., de (1989): *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Shin, L.M., Kosslyn, S.M., McNally, R.J. (1997): *Visual imagery and perception in posttraumatic stress disorder: A positron emission investigation*. *Arch. Gen. Psychiatry* 54, 233-241.
- Shin, L.M., Whalen, P.J., Pitman, R.K. et al. (2001): *An fMRI of anterior cingulate function in post-traumatic stress disorder*. *Biol.Psychiatry* 50, 932-942.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): *Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining*. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002* und gekürzt in *Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Sifneos, P. E. (1972): *Short-Term Dynamic Psychotherapie and Emotional Crisis*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Skinner, B.F. (1938): *Behavior of organisms*. New York: Appleton.
- Skinner, B.F. (1953): *Science and human behaviour*. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1974): *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Spitzer, M. (2002): *Lernen*. Heidelberg: Spektrum.

- Spork, P. (2010): Der zweite Code. Epigenetik oder: Wie wir unser Erbgut steuern können. Reinbek: Rowohlt.
- Sroufe, A., Rutter, M. (1984): The Domains of Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stahlberg, D., Frey, D. (1996): Einstellungen. Struktur, Messung und Funktion. In: Strobe et al. (1996), 219-252.
- Steffan, A., Petzold, H. (2001): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 27, 63-104.
- Stegbauer, Ch., Häußling, R. (2010): Handbuch Netzwerkforschung. Iwesbaden: VS Verlag.
- Stern, D.N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett.
- Stern, D.N. (1998): Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapien. Stuttgart: Klett.
- Stetter, F., Mann, K., (1997): Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Nervenarzt* 68, 574-581.
- Stieglitz, R.-D., Baumann, U., Freyberger, H.-J. (2001): Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Stierlin, H., Rücker-Embsen, I., Wetzell, N., Wirsching, M. (1994): Das erste Familiengespräch. Theorie, Praxis, Beispiele. Stuttgart: Klett, 2. Aufl.
- Stohler, R. (2000): Komorbidität. In: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000), 271-273.
- Stosberg, K. (1993): Sozialisation und Drogen. Entstehung, Verlauf und Rückfall des Drogenverhaltens. Frankfurt: Lang.
- Strauß, B., Buchheim, P., Kächele, H. (2002): Klinische Bindungsforschung. Methoden und Konzepte. Stuttgart: Schattauer.
- Stroebe, W., Jonas, K. (1996): Grundsätze des Einstellungserwerbs und Strategien der Einstellungsveränderung. In: Strobe et al. (1996), 253-292.
- Suls, J.M., Miller, R.L. (1977): Social Comparison Process. New York: Wiley.
- Taylor, S.E. (1993): Positive Illusionen. Produktive Selbsttäuschung und seelische Gesundheit. Reinbek: Rowohlt.
- Thelen, E., Smith, L.B. (1996): A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge: MIT-Press.
- Thomae, H. (1988): Das Individuum und seine Welt. Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A., Chess, S. (1980): Temperament und Entwicklung. Stuttgart: Enke.
- Thomasius, R. (2000): Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme.
- Tress, W. (1997): Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- Tretter, F. (1998): Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch – Umwelt - Droge. Göttingen: Hogrefe.
- Uchtenhagen, A. (2000): Risiko- und Schutzfaktoren. Eine Übersicht. In: Uchtenhagen/Zieglgänsberger (2000), 196-199.
- Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und Therapeutisches Management. Jena: Urban & Fischer.
- Uexküll, Th.v., Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H., Johnen, R. (1994): Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Ulich, D. (1987): Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. München: Urban & Schwarzenberg.
- Vygotsky, L.S. (1978): Mind and society. A development of higher psychological processes. Harvard: Cambridge UP.
- Walper, S., Pekrun, R. (2001): Familie und Entwicklung. Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Walter-Hamann, R. (2002): Frühe Schädigungen – Spätere Sucht? Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren in der Suchthilfe. Freiburg: Lambertus.
- Watson, J.B. (1968): Behaviorismus. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Watson, J.B., Rayner, R. (1920): Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology* 3, 1-14.
- Watzlawick, P., Beavin, J.-H., Jackson, D.-D. (1969): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen Paradoxien. Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Beavin, J.-H., Jackson, D.-D. (1969): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen Paradoxien. Bern: Huber.
- Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Traumaintervention und traumabezogene Spieltherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weizsäcker, C.F., v. (1969): René Descartes. In: Schmidt, H. (Hg.): Philosophisches Wörterbuch. Stuttgart: Kröner.
- Weizsäcker, V., v. (1947): Der Gestaltkreis. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Weizsäcker, V., v. (1948): Grundfragen medizinischer Anthropologie. Hamburg: Furche.
- Werner, E.E., Smith, R.S. (1983): Vulnerable but Invincible. A Study of Resilient Children. New York: McGraw-Hill.
- Whitbourne, S., Weinstock, C. (1982): Die mittlere Lebensspanne. Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. München: Urban und Schwarzenberg.
- Wiener, N. (1965): Cybernetics of the Nervous System. Amsterdam: Elsevier.
- Wieser, W. (2007): Gehirn und Genom: ein neues Drehbuch für die Evolution. München: C.H. Beck.
- Willutzki, U. (2000): Modelle und Strategien der Diagnostik in der Verhaltenstherapie. In: Laireiter (2000), 107-128.
- Wilson, J.P., Raphael, B. (1993): International Handbook of Traumatic Syndroms. New York: Plenum.
- Wirsching, M., Scheib, P. (2002): Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer.
- Wirsching, M., Stierlin, H. (1994): Krankheit und Familie. Konzepte, Forschungsergebnisse, Therapie. Stuttgart: Klett, 2. Aufl.
- Wurmser, L. (1990): Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. Berlin: Springer.
- Yablonsky, L. (1990): Die therapeutische Gemeinschaft. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit. Weinheim: Beltz.

- Yehuda, R., McFarlane, A.C. (1997): Psychobiology of posttraumatic stress disorder. New York: Academy of Sciences.
- Zaepfel, H., Metzmacher, B. (1992): Perspektivenwandel gefordert. Möglichkeiten und Aufgaben der Erziehungsberatung in einer vielfach bedrohten Welt. *Integrative Therapie*, 18, 455-466.
- Zang, K.D. (1984): Klinische Genetik des Alkoholismus. Stuttgart: Kohlhamer.
- Zeidner, M., Endler, N.S. (1996): Handbook of Coping. Theory, Research, Applications. New York: Wiley.
- Zelen, S.L. (1991): New models, new extensions of Attribution Theory. New York: Springer.
- Zentner, M.R. (1993): Die Wiederentdeckung des Temperaments. Die Entwicklung des Kindes im Licht moderner Temperamentforschung und ihrer Anwendung. Paderborn: Junfermann.
- Zerbin-Rüdin, (1985): Vererbung und Umwelt bei der Entstehung psychischer Störungen. *Erträge der Forschung*. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- Zobel, M. (2000): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe.
- Zupanc, G.K.H. (2003): Behavioural Neurobiology. An integrative approach. Oxford: UP.