

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1991

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

*Petzold Hilarion, Düsseldorf/Amsterdam
Schuch Hans Waldemar, Dortmund (1991):
Grundzüge des Krankheitsbegriffes im
Entwurf der Integrativen Therapie**

Erschienen in: *Pritz, A., Petzold, H.G.*, 1991. Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Junfermann, Paderborn, S. 371-486.

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

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

Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie

*Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam
Hans Waldemar Schuch, Dortmund*

Definition

Im Entwurf der Integrativen Therapie wird Krankheit dialektisch begriffen als Bestandteil des Lebens, das als ein Prozeß von Widerfahrnis und Aneignung gesehen wird. Demnach gehört Krankheit als Möglichkeit des Lebensprozesses zur menschlichen Existenz. Der Begriff von Krankheit erfolgt multiperspektivisch entlang der Lineatur eines „Tree of Science“, einer metahermeneutischen Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, die von metatheoretischen Gesichtspunkten über real-explikative Theoriebildungen bis hin zur Praxeologie reicht (Petzold 1991a).

A. Allgemeiner Teil: Von Schwierigkeiten, einfach über psychische Krankheit zu reden

1. Vorbemerkung

Im Alltag gehen wir in der Regel mit Begriffen psychischer Krankheit unbedacht und einfach um. Da kommt schnell einer als „neurotisch“, „total verrückt“ oder „irr“ oder „wahnsinnig“ vor. Im Gespräch mit Kollegen schlagen wir indes merkwürdigerweise reflektiertere, differenzierendere Töne an und geben uns weitaus vorsichtiger. Dies sicherlich natürlich auch, weil es nur Ausdruck des Fachmannes respektive der Fachfrau ist, sich eben reflektiert und differenzierend zu äußern und sich so zu erkennen zu geben. Vermutlich handelt es sich hierbei jedoch nur um einen Aspekt und

wohl nicht um den ausschlaggebenden. Diese Art, über psychische Krankheit zu reden, läßt vielmehr auf gewisse Schwierigkeiten schließen, sich über das Thema einfach und direkt zu verständigen, zudem immer wieder auch auf latente Ängste und Unsicherheiten. Wenn man dann in solchen Gesprächen genauer hinhört und nachfragt, lassen sich nicht selten Konnotationen oder Äußerungen ermitteln,

- als könne man nur mit Schuldgefühlen über psychische Krankheit sprechen oder, als herrsche die Ansicht vor, es gäbe eigentlich keine psychische Krankheit oder,
- als habe man eine eigene, abweichende, in der Regel aber noch unklare oder nur schwer mitteilbare Auffassung von psychischer Krankheit oder,
- als teile man nicht den Fachjargon und sei nur leider gezwungen, etwas, über das man eigentlich anders denkt und sprechen müßte, weil man noch nicht anders kann, es notgedrungen vorläufig so zu benennen.

Dann wird gleichwohl fleißig das Vokabular der Psychoanalyse gebraucht, eventuell auch das der Psychiatrie, mit gehöriger Einschränkung und Distanz versteht sich. Diese Verhaltensweisen bedürfen zweifellos des besonderen Verstehens. Sie verweisen auf Hintergründe.

Einen Hintergrund bildet wohl die Kenntnis, daß Begriffsbildungen im Bereich der Psychotherapie keineswegs als bereits ausgereift angesehen werden können (*Holdstock* 1992). Oft genug bieten sie Anlaß zu Auseinandersetzungen und beinhalten insofern für denjenigen, der sie vorträgt, Unsicherheiten und Risiken. Dies durchaus aus guten Gründen. Nicht selten mangelt es diesen Begriffsbildungen z. B. an der fälligen erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Reflexion. Sie können deshalb leicht problematische Modellvorstellungen enthalten (*Herzog* 1984), die man, wenn man schon nicht darauf verzichten kann oder man zu Besserem nicht in der Lage ist, zumindest als solche ausweisen müßte.

Ein anderer Hintergrund ist wohl in der problemreichen und deshalb immer wieder umstrittenen Art und Weise zu sehen, wie derzeit in unserer Gesellschaft die Behandlung psychisch Er-

krankter organisiert (Keupp/Zaumseil 1978) ist und die es einfach verbietet, sich ohne weiteres mit ihr zu identifizieren.

2. Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Aspekte eines Begriffes von psychischer Krankheit

2.1 Immerhin spricht man heutzutage wieder einigermaßen offen und mit gewissem Erkenntnisinteresse über psychische Krankheit, dies war z. B. Ende der sechziger, Anfang der siebziger Jahre selbst in Fachkreisen aufgrund der Heftigkeit der Auseinandersetzungen über das Thema nicht immer ohne weiteres möglich. Die Ansprüche an dieses Gespräch sind allerdings heute ungleich höher. Dies ist sicherlich auch ein positives Ergebnis jener Diskussionen, auf die wir noch ausführlicher zu sprechen kommen werden.

Maßgeblich für diese Niveau-Verschiebung waren nicht zuletzt erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Argumente, die klarmachten, daß man mit konventionellen Vorstellungen und Ansichtsweisen bei der Behandlung des Themas nicht zu angemessenen und weiterführenden Begriffsbildungen kommen konnte. Es war wohl u. a. eine Auswirkung der erkenntnis- und wissenschaftskritischen Reflexions- und Differenzierungsangebote der „Kritischen Theorie“ der „Frankfurter Schule“ (Horkheimer/Adorno 1947),

- daß man auf der einen Seite davon abgehen konnte, ohne weitere Einschränkung mit unreflektierten, vergleichsweise naiv anmutenden Erkenntnis- und Wissenschaftsvorstellungen zu operieren, wie sie sich aus der naturwissenschaftlich geprägten medizinischen Tradition des vorigen Jahrhunderts bis in unsere Tage erhalten hatten und,
- daß sich auf der anderen Seite der Rigorismus legen konnte, mit dem man versucht hatte, diese Auseinandersetzungen zu politisieren – letztlich vor allem mit dem Ergebnis, daß damit die notwendige, konkrete Befassung mit dem Gegenstand erschwert oder gar verhindert wurde.

Generell kann man wohl sagen, daß die Theorien über die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankung sich zunehmend mit sozialwissenschaftlichen Fragestellungen und Infragestellungen auseinandersetzen hatten, daß sie sich um diese Ansätze erweitern mußten.

2.2 Als stellvertretend für eine in diesem Sinne weiterführende, neue Perspektiven eröffnende, gleichwohl kritisch reflektierende Position mag hier die Vorstellung einer eigenständigen „**Logik der Sozialwissenschaften**“ stehen, die *Jürgen Habermas* (1967) im Unterschied zu der formellen Logik der Naturwissenschaften postuliert hatte. *Habermas*, der u. a. auch Studien über die **Psychoanalyse** als Erkenntnisverfahren unter dem bezeichnenden Titel „Erkenntnis und Interesse“ (*Habermas* 1968) angestellt hatte, plädierte im Ergebnis für einen „hermeneutisch aufgeklärten und historisch gerichteten Funktionalismus“. Dieser Funktionalismus erlaube „die Analyse von Handlungszusammenhängen unter dem doppelten Gesichtspunkt des subjektiv bestimmenden und des objektiven Sinns“ (*Habermas* 1967, S. 192). *Habermas* beharrte zwar in seinem Wissenschaftsverständnis nach wie vor auf einer empirisch-analytischen Erfassung eines Systems, darüber hinaus meinte er aber, daß wir uns auf kommunikative Erfahrung einlassen und einen kategorialen Rahmen in Kauf nehmen müssen, der prinzipiell an das Selbstverständnis der handelnden Subjekte anknüpft und auch wieder in es eingehen kann (*Habermas* 1967, S. 192f.). *Habermas'* hermeneutisch aufgeklärter und historisch gerichteter Funktionalismus sollte nicht auf eine allgemeine Theorie im Sinne strenger Erfahrungswissenschaften hinzielen, sondern auf eine *allgemeine Interpretation*, wie er sie am Beispiel der Psychoanalyse untersucht hatte. Die Psychoanalyse war für ihn „das einzige greifbare Beispiel einer methodisch Selbstreflexion in Anspruch nehmenden Wissenschaft“ (*Habermas* 1968, S. 262), auch wenn diese selbstkritische Möglichkeit durch das „szientistische Selbstmißverständnis der Psychoanalyse“ nicht realisiert worden sei. Die Psychoanalyse ziele nicht, wie die geisteswissenschaftliche Hermeneutik, auf das Verstehen symbolischer Zusammenhänge überhaupt, sondern „*der Akt des Verstehens*,

zu dem sie führt, *ist Selbstreflexion*“ (Habermas 1968, S. 280). Habermas meinte, diese Art von Theorie brauche sich weder dem Vergleich mit strengen Erfahrungswissenschaften zu stellen, noch hätte sie einen Makel zu verbergen, denn sie zielt nicht auf technisch verwertbare Informationen, sondern sei von einem emanzipatorischen Erkenntnisinteresse geleitet, das allein auf Reflexion zielt und Aufklärung über seinen eigenen Bildungsprozeß verlangt (Habermas 1967, S. 193).

Habermas schloß überaus bedeutungsvoll: „Eine Geschichte hat Anfang und Ende. Der Anfang kann nur anthropologisch aus den fortdauernden Bedingungen der Existenz vergesellschafteter Individuen als ein Anfang der Menschengattung rekonstruiert werden. Das Ende kann nur situationsgebunden aus der Erfahrung der Reflexion vorweggenommen werden. Deshalb behält der allgemeine Interpretationsrahmen, wie immer er durch vorgängige hermeneutische Erfahrungen gesättigt und wie sehr er in Einzelinterpretationen sich bewährt hat, ein hypothetisches Moment: Die Wahrheit des historisch gerichteten Funktionalismus bestätigt sich nicht technisch, sondern allein praktisch in der gelingenden Fortsetzung und Vollendung eines Bildungsprozesses“ (Habermas 1967, S. 194f.).

2.3 Der Entwurf der Integrativen Therapie ist einem solchen differenzierten und anspruchsvollen Erkenntnis- und Wissenschaftsprogramm, insbesondere dessen **kommunikativ-diskursivem Charakter** (Petzold 1991a) verpflichtet. Und zwar in mehrfacher Hinsicht: So soll der Entwurf der Integrativen Therapie kein irgendwie gearbetetes, dogmatisches Lehrgebäude objektiven Wissens darstellen oder einmal werden, sondern **programmatisch ausdrücklich Entwurf** bleiben: „Die Integrative Therapie hat keinen Vollkommenheitsanspruch. Sie vertritt vielmehr mit methodischer Konsequenz eine *Unfertigkeit*, die diejenigen, die sich ihr zuwenden, zur Auseinandersetzung zwingt, zur Integration ihres eigenen persönlichen und durch Studium und Beruf erworbenen Vorwissens mit den Angeboten und Konzepten. Sie zwingt zur Weiterarbeit“ (Petzold 1988c, S. 67f.).

Der Integrationsgedanke legt von vornherein ein multi-perspektivisches (idem 1990o) und dadurch erst der vielfältigen Realität gerecht werdendes Herangehen an die sowohl theoretischen als auch praktischen Probleme eines heilsamen Verfahrens in einer kranken Gesellschaft nahe. Z. B. erfordert er die Einbeziehung erkenntniskritischer, wissenschaftstheoretischer, philosophischer, anthropologischer Positionen. Dabei soll im Entwurf der Integrativen Therapie ausgesprochen fließend („heraklitisch“) und elastisch verfahren werden: „Der heraklitische Weg der *Integrativen Therapie*, der Fluß von **Integration** und **Kreation**, verbietet die Fixierung eines starren Lehrgebäudes. Er strömt weiter, und sein einziges Dogma ist dieses Strömen und damit das Faktum, daß es keine endgültige Erkenntnis gibt, sondern das Leben, solange es sich lebt, progredierende Analyse, ein fortschreitender Erkenntnisprozeß ist – und dies gilt auf der ontogenetischen und phylogenetischen Ebene“ (Petzold/Sieper 1988a, S. 26).

Grundsätzlich gilt im Entwurf der Integrativen Therapie mit dem Satz „Von den Phänomenen zu den Strukturen“ ein unbedingtes Empirie-Gebot. In Rückbindung an die erkenntnistheoretischen und anthropologischen Grundkonzepte, an die ökologische und sozial-interaktionale Perspektive, muß im Entwurf der Integrativen Therapie der Begriff von **Krankheit** *ko-respondierend*, d. h. im Prozeß intersubjektiver Bezogenheit und Korrespondenz bestimmt sein. Dieser Ansicht zufolge ist **Wirklichkeit immer im Fluß** und wird jeweils durch das *wahrnehmende, reflektierende* und *kommunizierende* Subjekt konstituiert (Petzold 1988n, S. 176). Dazu weiter unten mehr.

2.4 Es ist, mit dem Blick auf diese ständig neu vorkommenden Aufgaben, deshalb weder zutreffend noch hilfreich, ausschließlich ein „Elend des Krankheitsbegriffes“ zu konstatieren. Man könnte es mittlerweile durchaus auch interessant finden, sich immer wieder aufs neue an die Arbeit zu machen, ein Verständnis von psychischer Erkrankung zu ermitteln, das ihrer sich differenziert darstellenden, **subjektiven wie objektiven Realität angemessen** vorkommt. Das oft beklagte „Elend“ besteht möglicherweise im Erleben der Schwierigkeit und, damit verbunden, der Unlust, ohne weiteres, einfach

und direkt das zu benennen, was, wie im folgenden weiterhin zu zeigen ist, eben leider keineswegs einfach, gleichwohl aber notwendig ist. Eines scheint bereits vorab klar zu sein: Nur durch die Anstrengung des Begriffs, insbesondere durch die **Bildung sinnlicher Begriffe** und durch **begriffene Sinnlichkeit** – nach *Heinrich Brinkmann* (1973) die Bedingungen von Emanzipation (1973, S. 10) – wird diese Aufgabe zu lösen sein. Auf der Grundlage therapeutischer Evidenz, d. h. zuerst phänomenologisch vorgehend und unter Einbeziehung einer Vielzahl von Perspektiven und Reflexionsweisen, könnte eine **Erweiterung des Denkens und eine Optimierung der Praxis** stattfinden. Dies erforderte allerdings ein wirklich offenes, weit gefächertes Erkenntnisinteresse, das die Bereitschaft sowohl zu Kritik als auch zur Preisgabe von Kategorien einschließt, die sich als borniert herausstellen – anstelle z. B. Machtpositionen zu behaupten oder auch nur liebgewonnenen Gewohnheiten zu folgen. Letzten Endes hätte es auf die **Bejahung des Integrationsgedankens**, ja eines „**Integrationsparadigmas**“ (*Petzold* 1965, 1968a, 1991f) hinauszulaufen.

3. *Gesundheit und Krankheit – normal und anormal*

3.1 In Diskussionen über psychische Krankheit erfahren wir regelmäßig, daß wir nicht über Krankheit reden können, ohne auch unsere Vorstellungen über Gesundheit miteinzubeziehen. Oft zeigt es sich schnell, daß die Begriffe von Gesundheit und Krankheit unmittelbar zusammenhängen: wenn man mit der Bestimmung der einen nicht weiterkommt, wechselt man auf die Bestimmung der anderen und umgekehrt. Zweifellos erweitert sich auf diese Weise der Gesichtskreis, vertieft sich das Verständnis komplexer Zusammenhänge, man zieht sozusagen einen *hermeneutischen Zirkel* um die Fragestellung. Die ernüchternde Erfahrung geht mitunter allerdings auch dahin, daß man auf diese Weise nicht unbedingt damit weiter kommt, psychische Krankheit als solche begrifflich genauer einzugrenzen und zu bestimmen. Jeder, der sich damit einigermaßen reflektiert befaßt hat, kennt das Ergebnis solcher Klärungs-

prozesse: Man landet schließlich bei der Erkenntnis, psychische Krankheit entziehe sich dem Verlangen nach einer einfachen, eindeutigen, gewissermaßen „handfesten“ Definition. Dies liegt offenbar in der Natur der Thematik.

3.2 Z. B. war bereits für den Begründer der Psychoanalyse, *Sigmund Freud* (1916/17), der Begriff von psychischer Krankheit in hohem Maße relativ. In seinem Entwurf war die Neurose abhängig von dem jeweiligen Ausgleichs- und Vermittlungspotential des Individuums und bestimmte sich innerhalb eines internalisierten Konfliktfeldes von Trieben einerseits und auf unterschiedliche Weise repräsentierten zivilisatorischen Erfordernissen andererseits. Dabei galt für *Freud* der Unterschied zwischen Neurose und Gesundheit „nur für den Tag“. Er schränkte sich ihm zufolge „aufs Praktische“ ein und bestimmte sich „nach dem Erfolg, ob der Person ein genügendes Maß an Genuß- und Leistungsfähigkeit verblieben ist“. *Freud* zufolge führte er sich „wahrscheinlich auf das relative Verhältnis zwischen den freigebliebenen und den durch Verdrängung gebundenen Energiebeträgen zurück und ist von quantitativer, nicht von qualitativer Art“ (*Freud* 1916/17, S. 359). Für *Freud* galt ausdrücklich: „Auch der Gesunde ist also virtuell ein Neurotiker“ (*Freud* 1916/17, S. 359; vgl. insgesamt hierzu *Schott* 1979).

Der Psychoanalytiker *Erich Fromm* (1966), der das *Freudsche* Modell auf dem Hintergrund der „Kritischen Theorie der Gesellschaft“ u. a. um eine sozialpsychologische Perspektive (1936) erweitert hatte, kam zu weiteren bemerkenswerten Differenzierungen. Er sah sich z. B. gezwungen, scharf zwischen zwei Begriffen von „gesund“ zu unterscheiden: „Der eine ist durch soziale Notwendigkeiten bestimmt, der andere durch die Existenz des Individuums, seinen Wert und die ihm innewohnenden Gesetze“ (1966, S. 139). *Fromm* kam zu dem Befund, daß „der Normale, d. h. der gesellschaftlich Taugliche, der Angepaßte“ in Ansetzung menschlicher Werte oft weniger gesund ist als der Neurotische: „Oft ist er nur besser tauglich auf Kosten seines Selbst, das er aufgab, um nach Möglichkeit so zu werden, wie man es, seinem Dafürhalten nach, von ihm erwartete“ (*Fromm* 1966, S. 139f.). Dem neurotischen Menschen wiederum

konzipierte *Fromm*, daß er sich als ein Charakter herausstellen kann, der sich im Kampf um sein eigenes Selbst, wenn auch um den Preis der Neurose, nicht völlig zu ergeben bereit war und daß er, „vom Standpunkt rein menschlicher Wertung gesehen“, kein solch „geistiger Krüppel“ ist „wie jener Normale, der seine ganze Persönlichkeit dreingab“ (*Fromm* 1966, S. 140).

Georges Devereux (1974) wies darauf hin, daß das „Normale“ und das „Anormale“ nach wie vor „das Grundbegriffspaar der Psychiatrie“ bilden und daß das zentrale Problem der Psychiatrie darin besteht, „den Ort – locus – jener Grenze zu bestimmen, welche die beiden Konzepte voneinander scheidet“ (*Devereux* 1974, S. 7). Hierin an *Fromm* anknüpfend, hielt er eine Theorie für unhaltbar, „welche die Anpassung zum Kriterium der geistigen Gesundheit macht“ (*Devereux* 1974, S. 9). *Arno Gruen* (1987) kritisierte in einer Studie mit dem bezeichnenden Titel „Der Wahnsinn der Normalität“ den modernen Realismus. Er sah die einseitige Ausrichtung auf gängige Normen als die verbreitete Form der Anpassung an gesellschaftliche Machtverhältnisse. Er führte ihn auf vielfältige Selbst- und Fremd-Unterwerfungsprozesse zurück und diagnostizierte ihn als Krankheit.

3.3 Im Entwurf der Integrativen Therapie, der, obgleich im Hinblick auf Hermeneutik (*Ricoeur* 1969), Aktive Psychoanalyse (*Ferenczi*), aber auch Gestalttherapie (*Perls*) in psychoanalytischen Traditionen stehend, nicht von der *Freudschen* Libido-Theorie, sondern u. a. von existenz- und leib-philosophischen Prämissen sowie soziologischen und sozialpsychologischen ausgeht, sind Gesundheit und Krankheit zwei Dimensionen menschlicher Existenz. Mit dieser anthropologischen Grundposition wird die prinzipielle Zerbrechlichkeit der menschlichen Natur erkannt und einer „Pathologisierung der Krankheit“ (*Petzold* 1990i), die zu etwas Anormalem gestempelt wird, entgegengetreten. So kann zu einem „erweiterten Gesundheits- und Krankheitsbegriff“ (*ibid.* und 1991a) gefunden werden:

»Gesundheit wird zu einer subjektiv erlebten und bewerteten sowie external wahrnehmbaren, genuinen Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjekts und seiner Lebenswelt. Gesund-

heit ist dieser Ansicht zufolge wesentlich dadurch gekennzeichnet, daß der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben und 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 Wohlbefinden entwickelt« (Petzold 1991a).

In diese Definition von Gesundheit sind die Annahmen der Regulationskompetenzmodelle, der Selbstaktualisierungs- und Sinnfindungsmodelle (Becker 1982, 143ff.; Becker, Minsel 1986) von Gesundheit eingearbeitet, ohne daß die idealisierenden Aspekte der WHO-Definition („Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung“, cit. ibid. 42) aufgenommen würden. Natürlich stehen gesundheitstheoretische Konzepte der Humanistischen Psychologie, wie sie z. B. bei Rogers und Maslow entfaltet wurden, im Hintergrund. Jahoda (1958) hat hier sechs Charakteristika benannt: positive Einstellung zu sich selbst, Selbstverwirklichung, Integration, Autonomie, korrekte Wahrnehmung der Realität, das Meistern von Anforderungen. In unserer Definition kommt darüber hinaus eine „ökologische Perspektive“ (im Sinne von Gibson, aber auch von Bronfenbrenner) und der *life-span developmental approach* zum Tragen. Gesundheit wird an den Entwicklungsprozeß zurückgebunden, an ein Konzept der „Salutogenese“ (Antonovsky 1979), das die einseitige Zentrierung auf die Pathogenese in Psychoanalyse, Psychotherapie und klinischer Psychologie ergänzen, ja korrigieren muß. Unter einer entwicklungspsychologischen Perspektive longitudinaler Ausrichtung sind *positive, negative und defizitäre Faktoren* in ihrem Zusammenwirken in den Blick zu nehmen (Petzold 1988n, 206f), sind protektive und Risikofaktoren (Garmezy 1983; Honig 1986; Petzold et al. 1991) als „Ketten positiver oder negativer Ereignisse“ zu betrachten. Dies

sind die Dimensionen einer „klinischen Entwicklungspsychologie“ (Petzold 1968a, idem et al. 1991). In eine solche Richtung hatte Havinghurst (1948) schon mit seinem Konzept der „Entwicklungsaufgaben“ bzw. der „dominant concerns“ (idem 1963) gewiesen oder Thomae (1988, 56ff.) mit seinen „Themen des alltäglichen Lebens“ (vgl. Lehr 1987). Auch die berühmte Untersuchung von Cantril (1965) bei 20 000 Menschen in dreizehn Ländern (vgl. Graumann, Willig 1983) weist auf eine Vielzahl lebensbestimmender Faktoren – etwa im Sinne Maslows (1962) Hierarchie vitaler Motive –, deren Förderung oder Beeinträchtigung Gesundheit und Krankheit nachhaltig beeinflussen. Sroufe und Rutter (1984) spitzen derartige Überlegungen wiederum entwicklungstheoretisch zu, wenn sie die Bewältigung oder Nicht-Bewältigung von lebensalterbezogenen Entwicklungsthemen zum Prädiktor von positiven bzw. Fehlentwicklungen machen.

Salutogenese und *Pathogenese* dürfen im Sinne dieser Ausführungen nicht mehr als voneinander isolierbare Prozesse gesehen werden, sondern sind Dimensionen auf dem *Kontinuum des Lebensprozesses des Subjektes*, wie es Antonovsky (1979) in seiner einflußreichen Theorie als *Gesundheits-/Krankheitskontinuum* konzeptualisiert hat.

Allerdings muß man sich auch vor einer verkürzenden Bestimmung von seelischer Gesundheit hüten als dem „Muster all jener psychischen Eigenschaften (d. h. relativ stabilen Kennzeichen des Verhaltens und Erlebens)...., die bei vorgegebenem Ausmaß der konstitutionellen Vulnerabilität, bei vorgegebener Intensität und Dauer der Stressoren und bei vorgegebenem Ausmaß der förderlichen Umweltbedingungen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Krankheit verringern“ (Becker 1982, 282). Hier fehlt eine positive Bestimmung von Vitalität gegenüber Vulnerabilität und von Gesundheit als einer erfahrbaren Lebensqualität – etwa Antonovskys (1979, 123) Kohärenzsinn oder unseren Kategorien Sinnhaftigkeit, Wohlbefinden, Integrität (vgl. Cantril 1965). Wie **Gesundheit** wird auch **Krankheit** zu einer möglichen Qualität der Lebensprozesse des Leibesubjekts *und* seiner Lebenswelt.

Aus Sicht der Integrativen Therapie ist Krankheit demnach mehr und anderes als bloß „Abwesenheit oder Beeinträchtigung von

Gesundheit und der sie charakterisierenden Momente und Prozesse“.

Es wird dadurch eine pathologisierende Sichtweise von Gesundheit vermieden. Gesundheit ist mehr und anderes als die *Freudsche* „Liebes- und Arbeitsfähigkeit“. Sie ist – das dürfte deutlich geworden sein – auch mehr und anderes als lediglich das „gesunde Funktionieren des Organismus“, wie es *Fritz Perls* für seinen Entwurf von Gestalttherapie vorsah (*Perls* 1980).

Eine biologistische Gesundheitslehre, wie z. B. die der Gestalttherapie, greift nach unserer Ansicht zu kurz, denn der Mensch ist nicht nur ein Organismus (*Petzold* 1988). Es gibt erfahrungsgemäß viele Menschen, die trotz eines solchen „gesunden Funktionierens“ ihre Integrität verloren haben, und andere, die mit schwerer körperlicher Erkrankung psychisch gesund sind, weil sie im Zentrum ihrer *Hominität* „heil“ geblieben sind. Im Entwurf der Integrativen Therapie wurden daher andere Fundierungen als das Organismus-Modell gesucht und in einer phänomenologisch und hermeneutisch begründeten Theorie des *Leibsubjektes* gefunden (*Petzold* 1988n, S. 186), das sich in seinem Lebensverlauf in ko-respondierender und ko-kreativer Interaktion in der Gemeinschaft von Menschen verwirklicht.

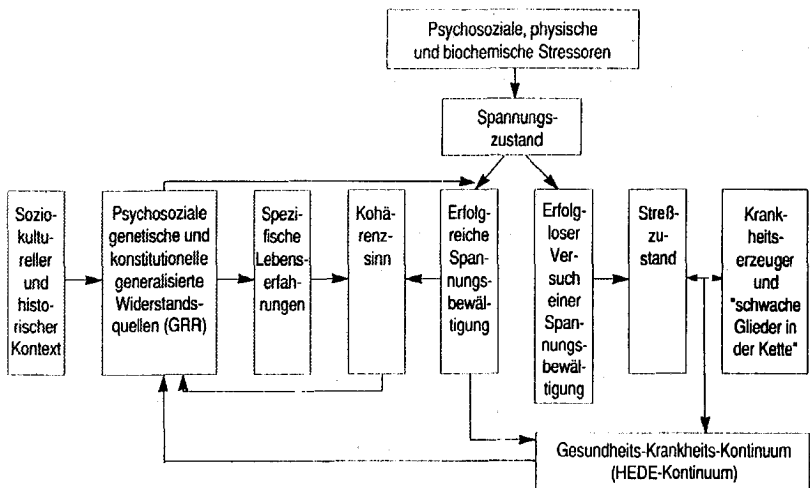


Abb. 1: Schematische Darstellung der Gesundheits-/Krankheitstheorie von *Antonovsky* (aus: *Becker* 1982, 11)

4. *Perspektiven und Probleme eines Begriffes von psychischer Krankheit*

4.1 Psychische Erkrankung im zeitgeschichtlichen Kontext:

Auch wenn es offenbar nicht einfach ist, über psychische Krankheit einfach zu reden, so wird sie doch täglich diagnostiziert, das heißt, sie wird täglich in vielfältigen Prozessen ermittelt, und mit dem Ergebnis wird gearbeitet.

Im folgenden Abschnitt skizzieren wir Elemente dieser vielschichtigen Ermittlungsprozesse, indem wir einige Ansichten und Fragestellungen anführen, wie sie vor allem Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahren u. a. aus kritisch-theoretischen, gesellschaftskritischen sowie medizinisch-soziologischen und medizinisch-psychologischen Blickwinkeln zum Thema formuliert worden sind. Dieser Skizze ist voranzuschicken, daß sie keineswegs Anspruch erhebt, die damaligen, außerordentlich reichhaltigen, im wesentlichen politisch motivierten und sich auch als politisch verstehenden Diskussionen umfänglich zu referieren. Im Rahmen unserer Darstellung soll dem Hinweis auf sie der Stellenwert zukommen, den **Problemhorizont** jener Zeit anzudeuten, in der sich der **Entwurf der Integrativen Therapie** herausgebildet hat. Diese Ansätze sind bislang eher marginal erwähnt und nicht ausführlich diskutiert worden (vgl. aber *Petzold 1991a*). Es wird dieser zeitgeschichtliche Problemhorizont allerdings im Entwurf der Integrativen Therapie deutlich reflektiert.

Unsere **Hypothese** lautet, daß es keine „psychische Krankheit an sich“ gibt, sondern daß die Subjekte ihre Erkrankungen in einem historisch zu verstehenden, komplizierten psychosozialen Prozeß ausbilden. Hintergrund der folgenden Darstellung ist die Gedankenfigur einer **Formierung psychosozialer Prozesse** (*Schuch 1983*).

Um der Verfassung des Gegenstandes gerecht zu werden, bemühen wir uns, bereits in der Art unserer Darstellung insbesondere die Dynamik und Mehrdimensionalität sowie Relativität und Historizität der Prozesse durchscheinen zu lassen, in denen unsere Begriffe von psychischer Krankheit sich ermitteln und formieren.

4.2 Psychische Krankheit als psycho-soziales Phänomen:

Insbesondere die **medizinische Soziologie** bemühte sich in jenen Jahren gegenüber der sich vorwiegend naturwissenschaftlich verstehenden Medizin um Anerkennung ihrer Ansichtsweisen. Z. B. *Hans Ulrich Deppe* (1973) verstand medizinische Soziologie als Wissenschaft, die gesellschaftliche Beziehungen und Vorgänge der Menschen unter spezifischen Bedingungen – nämlich denen von Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung zum Gegenstand hat (*Deppe* 1976, S. 81). Es handele sich um eine „spezielle Soziologie“, die sich namentlich unter zwei Aspekten mit den gesellschaftlichen Beziehungen der Menschen beschäftigte: Zum einen untersuche sie die gesellschaftlichen Beziehungen, die zur Verhinderung und Bewältigung von Krankheit entwickelt werden, und zum anderen befaße sie sich mit den gesellschaftlichen Bedingungen, die zur Krankheit führen (*Deppe* 1976, S. 81). *Hans Kilian* (1970) sah die Erfüllung dieses Erkenntnisinteresses noch keineswegs als gesichert an. Er meinte, „die Erkenntnischancen der Sozialpathologie stehen und fallen mit der Frage, ob menschliche Krankheit statt als Naturereignis, welches nur die einzelnen Individuen betrifft, als mißlungene Form der Verarbeitung gesamtgesellschaftlicher Widersprüche und Konflikte verstanden und untersucht werden kann“ (*Kilian* 1970, S. 94f.). Denn das zentrale Problem, von dem die Sozialpathologie auszugehen habe, liege in den Abwehrmechanismen, Widerständen und gesamtgesellschaftlichen Hindernissen, die einer progressiven Konfliktverarbeitung in der gegebenen ökonomischen Realitätsstruktur entgegenstünden (*Kilian* 1970, S. 95)

4.3 Psychische Krankheit als subjektives Befinden:

Klar zu sein scheint, daß **krank ist, wer sich so fühlt**. Von einigen Ausnahmen abgesehen, bei denen fehlendes Krankheitserleben und fehlende Krankheitseinsicht dem Krankheitsbild zugeschrieben werden, bildet in der Regel ein bestimmtes Erleben Grundlage und Ausgangspunkt von psychischer Krankheit. Am Anfang steht zu- meist individuell erlebtes Leid. Ein Mensch fühlt sich z. B. voller

Angst, bedrückt, gehemmt, eingeengt, von anderen Menschen abgeschnitten, verlassen und verloren, ohne spürbaren Lebenssinn, von Zwängen und Wahnvorstellungen geplagt etc. und befindet für sich, in der Regel auf Anraten oder gar Drängen anderer Menschen, daß er Hilfe in seiner Not braucht.

Bezeichnenderweise macht auch die Rechtssprechung das subjektive Erleben des Patienten zum Kriterium der Urteilsbildung bei der Beantwortung der Frage, ob es sich bei einer Behandlung um eine Beratung handle, die ein jeder im Rahmen von Sorgfalts- und Fürsorgepflicht ausüben darf oder um die Ausübung von Heilkunde, zu der nur besonders Zugelassene, nämlich bislang Arzt und Heilpraktiker berechtigt sind.

4.4 Psychische Krankheit als soziale Definition:

Psychisch krank ist, wer so definiert wird. Wir haben oben gesagt, daß krank ist, wer sich so fühlt. Dieses persönliche Befinden reicht bekanntlich in unserer Gesellschaft nicht aus, um als krank anerkannt zu werden. Es bedarf vielmehr der gesellschaftlichen Legitimation, um in den Krankenstatus, mit den dazugehörigen Ansprüchen und Leistungen zu kommen. Hierdurch wird bereits eine spezifische *Formierung* (Schuch 1983) des Begriffes von Krankheit bewirkt.

Das Wissen und die Entscheidung darüber, was im konkreten Einzelfall als gesund oder krank angesehen wird und was in der zusammenfassenden Betrachtung aller Einzelfälle als das „Krankheitspanorama“ der Gegenwart bezeichnet wird, ist *Christiane* und *Ludwig von Ferber* (1978) zufolge drei verschiedenen Instanzen zugewiesen: der klinischen Medizin, der ärztlichen Erfahrung und der Alltagserfahrung der Bevölkerung (*Chr. u. L. v. Ferber* 1978, S. 71). Die gesellschaftliche Legitimation von Krankheit als Krankheit kann demnach nur durch den dafür lizenzierten Arzt erfolgen. Der Arzt wiederum hält sich dabei an Kriterien, die einerseits den Ansichten und Erfahrungen seiner Profession folgen, seien sie aus seiner persönlichen oder der allgemeinen klinischen Erfahrung er-

mittelt, andererseits aber auch den Ansichtsweisen des gesellschaftlichen, bürokratisch organisierten Gesundheitssystems, insbesondere der Ärztekammern und der Krankenkassen.

An der Kontaktstelle zwischen Patient und Arzt konzentrieren sich demnach Aspekte des unmittelbaren, individuellen, leiblichen Krankheitserlebens mit gesellschaftlich formierten Prädispositionen, dies durchaus mit weitreichenden Konsequenzen. Nicht nur daß der Patient sein Befinden sozusagen arztgerecht transponieren, d. h. insbesondere entlang der anamnestisch-diagnostischen Kriterien des Arztes formulieren müßte. Sein eigenes Bild von psychischer Krankheit, seiner Krankheit, ist in der Regel von medizinisch repräsentierten Sichtweisen von Krankheit vorgeformt, wenn denn nicht bereits verstellt. (Wie oft kommt es vor, daß ein Patient die Sprechstunde aufsucht und bereits eine medizinische Diagnose in Anschlag bringt z. B., er sei depressiv, und erwartet, daß man etwas gegen seine Depression tue, als ginge das so. Wie erstaunt ist er nicht selten, wenn man ihn nach seinem Erleben befragt und sein Leid in den Begriffen seines Erlebens, seiner Erfahrung und seines lebensgeschichtlich gegründeten szenischen Erfassens und Verstehens ermittelt.)

Auch in die Blickwinkel des Arztes sind spezifische Voreinstellungen eingegangen: Gleichgültig, wie er persönlich das psychische Leid seiner Patienten erlebt bzw. miterlebt und welches Bild er sich davon macht: Er hat für seine Definition von psychischer Krankheit erst Übersetzungsarbeit zu leisten. Denn er muß sich in seinem Gutachten nach den Vorgaben der Ärztekammern, kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassen und Versicherungsträger richten, will er die Kostenübernahme für eine Psychotherapie bewilligt bekommen. Auf diese Weise gehen in jede Diagnose psychischer Krankheit spezifisch **soziale Bestimmungen** und damit auch ganz unmittelbar **gesellschaftliche Macht- und Interessenverhältnisse** ein. Denn die Richtlinien der Kostenträger geben vor und bestimmen dadurch nachhaltig, welches Verständnis von psychischer Krankheit legitimationsfähig und abrechenbar ist und wirken damit letzten Endes darauf hin, welches Bild von psychischer Krankheit öffentlich gelten soll.

Hierdurch wird erfahrungsgemäß eine strukturelle Spaltung erzeugt zwischen dem Krankheitserleben des Patienten und dem unmittelbaren Kontakt zu dem diagnostizierenden Arzt auf der einen Seite und dem, was gesellschaftlich davon verlauten soll und darf, will es gesellschaftlich anerkannt werden und legitimationsfähig sein. Diesem Vorgang kommt überaus große Gestaltungs- und Subsumtionskraft zu. Als symptomatische Konsequenz mag hier beispielhaft die Reduktion der Psychoanalyse auf eine ärztliche Disziplin und, damit im Zusammenhang, die Anerkennung psychoanalytischer Therapieverfahren als Heilmethode durch Ärztekammern, kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen im Jahr 1967 gelten. Nicht Neurosen wurden als Krankheit im Sinne der Reichversicherungsordnung anerkannt, sondern nur die sogenannte aktuelle neurotische Störung, das meinte das Symptom. Das war aber merkwürdigerweise nicht nur gänzlich un-psychoanalytisch gedacht, sondern widersprach darüber hinaus dem medizinischen Grundsatz, daß eine kausale Therapie einer symptomatischen vorzuziehen sei (*Becker/Nedelmann* 1980, S. 121). In der Verbindung der traditionellen medizinischen Krankheitsvorstellungen der Ärztekammern sowie des Anliegens der Kassen, Ansprüche auf Kostenübernahme zu begrenzen, mit dem Anliegen der Psychoanalytiker, an die Töpfe des Gesundheitssystems zu kommen, setzte sich zuerst eine aus Sicht der Psychoanalyse kompromißhafte, symptomatische Lösung durch: Auch mit Zustimmung der Psychoanalytiker wurde eine, nach psychoanalytischem Verständnis konventionelle, den Problemen unangemessene Sichtweise von psychischer Krankheit und ihrer Behandlung institutionalisiert und maßgeblich gemacht.

4.5 Professionalisierung und Dominanz der Experten:

Wenn man einmal von den durchaus beachtlichen und zweifellos hochwirksamen Aktivitäten von Selbsthilfe-Gruppen (*Moeller* 1978; 1981; *Petzold, Schobert* 1991) absieht – stimmt wohl die Aussage, daß der Umgang mit psychischer Krankheit heutzutage typischerweise weitgehend professionell institutionalisiert ist (vgl. *Luhmann* 1973).

Die Heilkunde gilt als eine der „klassischen“ Professionen (Wilensky 1972). Der Prozeß der *Professionalisierung* selbst wirkt sich auf die *Definition*, Diagnose und Behandlung psychischer Krankheit aus. Schuch/Schuch (1980) analysierten „professionell institutionalisierte Hilfe als spezifischen Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Desintegration“. Sie vertraten die Ansicht, daß sich mit der Zunahme funktioneller Differenzierungen auch die Formen änderten, in denen eine Gesellschaft mit psychosozialen Problemen umgeht. Im Zentrum ihres Begriffes von Professionalisierung stand, „daß Hilfe gegen Bezahlung geleistet, zur beruflichen Dienstleistung wird. D. h., daß das Prinzip des Kaufs und Verkaufs von Arbeitskraft, im Zusammenhang mit der Entwicklung der materiellen Produktion entstanden, weiter um sich greift, in einen bestimmten Bereich sozialen Verhaltens eindringt und diesen entsprechend strukturiert“ (Schuch/Schuch 1980, S. 42).

Herlinde Maindok (1977) legte am Beispiel der amerikanischen Soziologie dar, welche Faktoren Professionalisierungsprozesse generell kennzeichnen. Demnach steht im Vordergrund das Bemühen um die Konsolidierung der Profession. Hierzu zählen insbesondere Definitionen des Kompetenzbereichs sowie Abgrenzungen gegenüber Nachbarprofessionen und Bereichen von Laienhandeln. Bezeichnend sind weiterhin Versuche, Mitglieder über standardisierte, möglichst gesetzlich anerkannte Ausbildungsgänge und die Formulierung einer Berufsethik zu integrieren. Ferner sind Bemühungen um die externe Anerkennung als Profession sowie organisatorische bzw. institutionelle Festigung einer „*professional community*“ (Petzold 1991g) z. B. durch die Gründung von Berufsverbänden zu nennen.

Durch die **Professionalisierung** wird offenkundig eine **radikale Umstrukturierung des Erlebens und des Umgangs mit psychosozialen Phänomenen** bewirkt. Um nur einige Aspekte zu benennen: Unter den Bedingungen der professionellen Institutionalisierung von Hilfe sich einem anderen Menschen gegenüber hilfreich zu verhalten, ist typischerweise nicht mehr primär durch Alltagserfahrung geleitetes, privat, durch Interesse, Solidarität und Mitgefühl begründetes und geleitetes, mitmenschliches, hilfreich gemeintes

Verhalten, sondern primär berufliches Handeln, an das dieser Anspruch seitens des Hilfsbedürftigen gestellt wird, das diesen Anspruch an sich selber stellt und letztlich diesen Ansprüchen genügen muß. Es ist die bezahlte Anwendung einer für diesen Zweck entwickelten und letztlich auch nur unter diesen Bedingungen sinnvollerweise funktionierenden psychosozialen *Kompetenz* und *Performanz*. Diese definieren sich nach gewissen fachlichen Ausrichtungen und Regeln, die in speziellen Ausbildungen erworben werden und unterliegen gewissen professionellen Standards sowie Ethiken (für die Integrative Therapie vgl. idem 1988n, 583ff., 1991a). Professionell institutionalisierte Hilfe ist Moment einer gesellschaftlichen Dynamik, in der sie zum Modell von Hilfe schlechthin wird. Auf diese Weise steht sie in Gefahr, unprofessionelle Hilfe schlecht aussehen zu lassen oder zu denunzieren, unprofessionelle Hilfspotentiale zu schwächen oder gar von Hilfeleistungen auszuschließen, wenn es den Interessen der Profession dient. Die „Expertenschaft der Betroffenen“ (Petzold 1991i) mit ihrem Reichtum an Erfahrungen bleibt dabei auf der Strecke. *Gesundheitsarbeit* und Krankheitsbewältigung brauchen die „doppelte Expertenschaft“ (ibid.): die der „Professionellen“ und die der Betroffenen.

Eine weitere Folge dieser neuen Strukturen ist die **Dominanz der Experten**. Eliot Freidson (1975) sah diese Dominanz als einen Zustand, der gegenüber Nichtmitgliedern der Profession überhaupt, insbesondere aber gegenüber den Klienten der Profession gilt. Denn das Bild des professionellen Experten beinhaltet, daß dessen Tätigkeit für den Laien nicht mehr beurteilbar ist, dieser der Hilfe des Professionals ausgesetzt ist und er ihm zugleich vertrauen muß. An den Anfang der Hilfe durch den Professional ist im traditionellen Setting in der Regel eine *Regression* des Patienten gesetzt, die sich, aus anderer Perspektive gesehen, als *Übertragung* gegenüber dem Therapeuten darstellen läßt und von diesem als die Anerkennung der Arbeitsbeziehung durch den Patienten bewertet und nicht selten sogar vorausgesetzt wird. Diese Regression gibt Material für erste diagnostische Erkenntnisse sowie für erste therapeutische Interventionen. Ein für den Professional zweifellos alltäglicher und insofern nicht mehr sonderlich auffälliger, auf gewisse Weise jedoch

auch mysteriöser Vorgang. *Michel Foucault* (1969) erkannte, daß in dem Maße, wie sich der Positivismus der Medizin und insbesondere der Psychiatrie aufdrängte, deren Praxis „dunkler“ wurde, „die Macht des Psychiaters wunderbarer, und das Paar, das Arzt und Kranker bilden“, „tiefer in eine fremde Welt“ eintritt (*Foucault* 1969, S. 533).

4.6 Stigmatisierung und neue Normalität:

Durch die Charakterisierung psychosozialer Phänomene als *Krankheit*, die Gegenstand eines professionalisierten, expertenhaften Handelns sein soll, werden diese Phänomene dem Alltagshandeln und -erleben desintegriert. Sie werden als besondere hervorgehoben, von angeblich gesunden Phänomenen unterschieden, mit einer fachlichen Nomenklatur belegt (*Gergen* 1990a) und damit *stigmatisiert*. Dieser Vorgang ist immer wieder Gegenstand von Kritik und Auseinandersetzung gewesen. Kernpunkte der Diskussion über Stigmatisierung (*Belardi* 1991; *Hohmeier* 1975) liegen vor allem darin, daß durch die stigmatisierende Form des Umganges mit abweichendem Erleben und Verhalten diese Abweichungen festgeschrieben und verschärft, im Extrem sogar erst produziert werden. Denn dadurch, daß bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen in Form psychischer Erkrankung zur Angelegenheit spezieller Institutionen und bezahlter Experten werden, verändert sich strukturell ihr Charakter. Sie erscheinen nicht mehr als Bestandteile des Lebens, als „Widerfahrnis und Aneignung“, als Phänomene, die das Leben anerkannterweise mit sich bringt und mit denen deshalb ohne besondere Hervorhebung und Klassifikation, sondern in der Sympathie und Solidarität der Mitmenschen zu verfahren wäre. Die Zuweisung und Annahme der *Rolle* als psychisch Erkrankter führt sozusagen zu einem grundsätzlichen „Statuswechsel“ (*Scheff* 1973), in einen Zustand sozialer Besonderung.

In der Diskussion über Stigmatisierung durch professionelle Diagnosen finden sich durchaus unterschiedlich gewichtende Betrachtungsweisen. *Jürgen Hohmeier* (1975), der Struktur und Funktion von Stigmatisierungen untersuchte, setzte den Akzent mehr auf die

gesellschaftliche Dimension. Ihm zufolge stehen Stigmatisierungen für „gesellschaftliche Prozesse der Ausgliederung, die durch soziale Definitionen geleistet werden oder in denen Definitionen eine wichtige Rolle spielen“ (Hohmeier 1975, S. 5). Stigmata seien soziale Vorurteile, die sich durch Komplexität und affektive Geladenheit auszeichnen. Ihre Struktur weise drei Dimensionen auf. Sie enthielten „Aussagen über Eigenschaften“ sowie „Bewertungen dieser Eigenschaften“ und gäben schließlich – explizit oder implizit – an, welches Verhalten einer Person mit diesen Eigenschaften gegenüber geboten ist (Hohmeier 1975, S. 7).

Z. B. Erving Goffman (1967), der die Stigmatisierungsdiskussion wesentlich in Gang setzte, verstand unter **Stigma** sowohl einen sozialrelationalen Begriff als auch eine Eigenschaft einer Person und nahm insofern beide Aspekte in seine Betrachtung auf. Belardi (1991) stellte die institutionelle Dimension der Stigmatisierung heraus.

Auf der anderen Seite des Stigmas realisiert und etabliert sich die **Vorstellung** einer „neuen Normalität“. Weil bestimmte, ursprünglich dem Leben integrierte psychosoziale Phänomene im skizzierten **Formierungsprozeß** als psychische Krankheiten realisiert, freigesetzt und stigmatisiert worden sind, verbleibt, gewissermaßen als Rest, die Vorstellung eines ungetrübten, reibungslosen, leidlosen, von unangenehmen Empfindungen weitgehend freien, letztlich sterilen Lebens und Erlebens. Normalität dieser Art ist von allen Problemen weitgehend befreit, von Leid, von vielem, was das Leben einfach ausmacht und mit sich bringt, bereinigt. Gesundheit ist vor allem *das Schweigen der Organe*. Besondere Ausschläge im Erleben und Verhalten gelten *per se* als unnormal. Normal ist dagegen die durch die Exhaustion alles Problematischen realisierte Fiktion des ungetrübten, schönen, genüßlichen, wohlangepaßten Lebens. Diese Art von Anpassung nannte Gruen (1987) den „Wahnsinn der Normalität“, Erich Fromm (1979) charakterisierte sie u. a. als eine Form der „Nekrophilie“.

4.7 Das gesellschaftskritische Verständnis von psychischer Krankheit:

Die Kritik des Verständnisses und des Umganges mit psychischer Erkrankung hat sich vor allem auch auf die Individualisierung von psychischer Erkrankung konzentriert. Denn psychiatrische Symptome wurden lange Zeit als Anzeichen für einen Defekt angesehen, der im Innern des jeweiligen Individuums zu lokalisieren sei und dessen pathologischen Konsequenzen sich gleichsam naturgesetzlich entfalteten. Nach Ansicht von *Thomas Scheff* (1973) teilen diese deterministische Auffassung die auf organische Ursachen konzentrierten Mediziner, Biochemiker und Genetiker mit den nach der Dynamik und Genese bestimmter mentaler Prozesse forschenden Psychologen, seien es Psychoanalytiker oder Lerntheoretiker. Soziale Faktoren würden allenfalls als Randfaktoren berücksichtigt (*Scheff* 1973, S. V).

Insbesondere wurde in dieser Kritik in Frage gestellt, ob die individualisierende Sichtweise von psychischer Erkrankung überhaupt in der Lage sei, diese Krankheiten zu verstehen und angemessen zu behandeln. Statt dessen wurde eine **gesellschaftliche Sichtweise von psychischer Krankheit** propagiert, in der die Gesellschaft – spezifisch ihre toxischen Seiten – als krankmachend für das Individuum dargestellt wurde. Im Extrem konnte das bedeuten, daß die Erlebens- und Verhaltensweisen eines Kranken sozusagen als gesunde Reaktion auf eine – in weiten Bereichen kranke – Gesellschaft hingestellt wurden (*Holdstock* 1992).

Der **gesellschaftlichen Sichtweise von psychischer Krankheit** neigten vor allem Vertreter der **Anti-Psychiatrie** und des **Interaktionismus** zu. Eine extrem anti-psychiatrische Position aus politischer Perspektive nahm z. B. *Giovanni Jervis* (1974; 1978) ein. *Jervis* ging so weit, Neurose als „eine Form von politisch falschem Bewußtsein“ (*Jervis* 1974, S. 33) zu sehen. Er wollte den Problemen mit einer „politischen Optik“ begegnen, in der auch die „privateren“ Aspekte der Problematik und des Leidens des Patienten ihren „richtigen Platz“ finden können. Für ihn war jedenfalls klar, daß „die individuellen neurotischen Beschwerden und ihre Ursachen (...) weithin den Problematiken von *kollektivem* Interesse (die Gesund-

heit, die verschiedenen Aspekte der Lage der Arbeiter, die Unsicherheit und die Angst um die Arbeit usw.) untergeordnet werden“ müssen (*Jervis* 1974, S. 35), um sie systematisch in einer politischen Gruppe zu diskutieren und sie mit konkreten Themen und Problemen des Kampfes zu verbinden.

Eine anti-psychiatrische Position aus dialogisch-existenz-philosophischer Perspektive nahmen z. B. *Ronald D. Laing* (1969; 1972; 1973) und *Francis A. Macnab* (1975) ein. Bei der Untersuchung von Menschen, die als neurotisch oder psychotisch galten, kam *Laing* darauf, daß er „es nicht bloß mit der Untersuchung von Individuen zu tun hatte, sondern mit der von *Situationen*“ (*Laing* 1969, S. 14). *Laing* verstand seine psychiatrischen Befunde im Kontext sozialen Geschehens, der wiederum „in einem räumlichen und zeitlichen Zusammenhang gesehen werden“ müsse. „Das gesellschaftliche Gefüge besteht aus untereinander verbundenen Folgen von Kontexten, von Subsystemen, die mit anderen Subsystemen verflochten sind, von Kontexten, verflochten mit Metakontexten und Metakontexten...“ (*Laing* 1969, S. 13).

Laing sah sich bei seinen Untersuchungen auf dreifache Weise behindert. Erstes würde das Verhalten dieser Menschen als Zeichen für einen Krankheitsprozeß angesehen, der in ihnen vorging und der erst in zweiter Linie möglicherweise für etwas anderes stand. Das Ganze würde in eine medizinische Metapher eingeschlossen. Als zweites beherrschte diese medizinische Metapher dann das Verhalten aller, die ein Teil von ihr geworden waren, Ärzte und Patienten. Als drittes könnte die Person, die in dem System der Patient war und vom System isoliert wurde, nicht mehr als Person betrachtet werden; folglich fiel es auch dem Arzt schwer, sich als Person zu verhalten. *Laing* kam zu dem drastischen Schluß: „Eine Person existiert nicht ohne sozialen Kontext. Man kann eine Person nicht aus ihrem sozialen Kontext reißen und sie weiterhin als Person ansehen oder als Person *behandeln*. Wenn man aber aufhört, den anderen als Person zu *behandeln*, dann hört *man selber* auf, Person zu sein“ (*Laing* 1969, S. 15).

Thomas Scheff (1973), der eine soziologische Neudefinition psychiatrischer Symptome versucht hatte, vertrat dabei die Über-

zeugung, daß das Phänomen psychischer Störung nur als das Ergebnis komplizierter sozialer Interaktionen zu verstehen sei und sich in solchen Prozessen überhaupt erst konstituiere. Die „Theorie, alle Neurosen seien nichts als Ausfluß des gegenwärtigen Gesellschaftssystems“, war jedoch „in dieser Vereinfachung“ unhaltbar (Richter 1970, S. 12).

Die „gesellschaftliche“ Sichtweise von Krankheit bedurfte einer inneren Differenzierung. Der Psychoanalytiker *Hans Kilian* (1970) machte z. B. im Hinblick auf die Entwicklung einer soziogenen Morbidität darauf aufmerksam, daß dieses Problem nur zur Hälfte gesehen werde, wenn man es lediglich auf soziogene Symptombildungen einzelner Personen reduziere. Es sei vielmehr davon auszugehen, daß namentlich funktionelle vegetative und psychosomatische Symptombildungen, die angesichts der vorherrschenden Mechanismen einer Subjektivierung und Verinnerlichung sozialer Widersprüche und Konflikte das Hauptkontingent aller Erkrankungen überhaupt ausmachten, nur die symptomatischen Folgen überindividueller pathogener Konstellationen ganzer sozialer Felder seien (*Kilian* 1970, S. 87). *Kilians* Standpunkt verwies darauf, daß die Perspektive des Begriffes psychischer Erkrankung konsequenterweise nicht bei dem kranken Individuum stehenbleiben dürfe, das als Symptomträger dem Therapeuten zur Behandlung vorkommt oder vorgeschoben wird. Er sprach sich vielmehr dafür aus, psychische Krankheit im Zusammenhang mit Faktoren zu verstehen, die in intersubjektiven pathogenen Beziehungen und Konstellationen zu suchen waren. Im Rahmen eines Vortrags über „die Zukunft der Psychoanalyse und die Aufgabe einer Humanisierung der Wissenschaft“ äußerte *Kilian* sogar die Vermutung, daß die Nutzung des Instrumentariums der Psychoanalyse zur wissenschaftlichen Erforschung systempathologischer Symptombildungen gesellschaftlicher Institutionen „möglicherweise sogar der wichtigste Anwendungsbereich der Psychoanalyse“ sei, wenn man sie in die organisierte Wissenschaft einführt (*Kilian* o. J., S. 4).

Um noch einige Namen und Ansichten zu nennen, die in der damaligen Diskussion im deutschen Sprachraum hervortraten:

- Z. B. der Psychoanalytiker *Horst Eberhard Richter*, vertrat die Ansicht, daß der psychoanalytische Denkansatz in der Tat „geradezu zu einer Einbeziehung soziokultureller Prozesse und Strukturen in den Bereich der Phänomene (verpflichte), in denen irrationale Mechanismen der Verleugnung und andere Formen der Konfliktverdeckung zu enthüllen und zu beseitigen sind“ (*Richter* 1970, S. 11); mit seinen damals große Beachtung findenden Büchern „Eltern, Kind und Neurose“ (1969) sowie „Patient Familie“ (1970) wies er insbesondere auf pathogene Familienbeziehungen hin; er sah weitergehend „Die Gruppe“ (1972) als „Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien“ und formulierte das „Lernziel Solidarität“ (1974).
- Z. B. *Jürg Willi* (1975) analysierte pathogen kolludierende Paarbeziehungen und sprach sich im Anschluß daran für ein gemeinsames Wachsen, für **Ko-Evolution** aus (1985);
- Z. B. *Stavros Mentzos* (1977) machte auf überindividuelle, psychosoziale Abwehrkonstellationen aufmerksam und berücksichtigte neue Perspektiven beim Verständnis neurotischer Konfliktverarbeitung (1984);
- Z. B. *Berger* und *Luckmann* (1970) zeigten, daß Therapie und Beratung als Disziplinierungs- und Sanktionierungsinstrumente eingesetzt werden, um Menschen in „gesellschaftlich lizenzierte Sinnprovinzen“ zurückzuholen.

Diese Aufzählung wäre fortzusetzen und auszuführen; sie kennzeichnet die Strömungen des Denkens, in die die **Integrative Therapie** im Hinblick auf ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit eingebunden war (*Petzold* 1965; *Petzold, Sieper* 1988a).

5. Historische Perspektiven psychischer Krankheit

5.1 Kontextgebundenes Krankheitsverständnis

Unser heutiges Verständnis von psychischer Krankheit ist geprägt durch eine Reihe von Faktoren, die als spezifisch historisch zu bezeichnen sind. Denn die Vorstellungen von gesund und krank haben sich gewandelt mit dem Wandel der Gesellschaftsstruktur (Chr. u. L. v. Ferber 1978). Die Beurteilung, ob gesund oder krank, geht von der *Gesellschaft* aus. Sie ist anders in primitiven Gesellschaften als in Epochen der Hochkultur, anders in vorwiegend religiösen Zeiten, als in solchen industrieller Entfaltung. Auch die Behandlung von Krankheit unterscheidet sich in der Geschichte. Es ist ein Unterschied, ob man Krankheit als *persönliche Erfahrung* begreift und ihr damit *Sinn* und *Bedeutung* verleiht oder ob man Krankheit zum unverbindlichen *Defekt* macht, der durch *Reparatur* zu beheben sein soll (Lüth 1972, S. 21).

Rückblicke auf die Entwicklung der Psychiatrie legen die Ansicht nahe, daß wir, in unserer Art, wie wir psychische Krankheit verstehen und mit ihr umgehen, spezifische zeitgemäße Erfordernisse reflektieren, wenn denn nicht treffen.

5.2 Beiträge zur Geschichte der Psychiatrie

Michel Foucault (1969) versuchte in seiner Geschichte des Wahnsinns mit dem Titel „Wahnsinn und Gesellschaft“ u. a. jenen Punkt Null wiederzufinden, „an dem der Wahnsinn noch undifferenzierte Erfahrung, noch nicht durch eine Trennung gespaltene Erfahrung ist“ (Foucault 1969, S. 7). Er wollte eine „Geschichte dieser anderen Art von Wahnsinn schreiben, in der die Menschen miteinander in der Haltung überlegener Vernunft verkehren, die ihren Nachbarn einsperrt, und in der sie an der gnadenlosen Sprache des Nicht-Wahnsinns einander erkennen“ (Foucault 1969, S. 7).

Klaus Dörner (1975) hat wissenschaftssoziologisch in bezug auf die Entwicklung der Psychiatrie und des in ihr vertretenen Verständnisses von „Irre-Sein“ unter dem bezeichnenden Titel „Bürger

und Irre“ u. a. dargelegt, wie die Herausbildung der Psychiatrie Hand in Hand einhergeht mit der Definition ihres Gegenstandes und Entstehung des entsprechenden Klientels.

Auch die epidemiologische, speziell sozialpathologisch-historische Forschung macht deutlich, daß nicht nur die Begriffe von und die Umgehensformen mit psychischer Krankheit im Laufe der Geschichte Entwicklungen und Wandlungen unterzogen waren, sondern daß die einst vorherrschenden Typen psychischer Krankheit durch andere, neue Typen sich ersetzen. Dies verweist zum einen auf Veränderungen der Gesellschaft und der darin begründeten Veränderung der gesellschaftlichen Morbidität und zum andern auf Veränderungen im Verständnis von Krankheit.

5.3 Einige Aspekte der Geschichte der Krankheitsvorstellung in der Psychoanalyse

Ausgehend von frühen psychoanalytischen Krankheitslehren erscheint am Ende des 19. Jahrhunderts die **Neurose** als vorherrschende psychische Erkrankung, neben dem damals ohnehin schon vorfindlichen Wahnsinn, der **Psychose**.

Neurose wurde von dem Begründer der Psychoanalyse, *Sigmund Freud* (1856-1938), nach dessen Abkehr von der „Verführungstheorie“ (vgl. *Müller* 1979; *Masson* 1986) zunächst insbesondere als symptomatische Lösung eines Individuum-internen Konfliktes beschrieben, der sich zwischen Trieben und internalisierten sozialen Forderungen im Kontext der ödipalen Situation ergibt. Auch wenn durchaus gesehen wurde, daß z. B. Konflikte zwischen konkurrierenden Trieben im neurotischen Geschehen eine Rolle spielen können, so lautete die allgemeine **Formel**, daß der neurotische **Konflikt zwischen den Kräften des Es und des Ich** stattfindet (*Fenichel* 1973, S. 141f.).

Aus heutiger Sicht könnte man stark vereinfachend sagen: das große **Thema der Neurose** war die für jene Zeit bezeichnende bürgerliche Konvention und die darin eingeschlossene **Hemmung** des sexuellen Trieblebens. Dem wäre noch hinzuzufügen, daß diese Problematik, wie könnte es auch anders sein, zeitgemäß, d. h. innerhalb der Blickwinkel und mit Denkfiguren jener Zeit, behandelt

wurde. Dabei war es zweifellos *Freuds* hervorragendes Verdienst, durch psychoanalytische Erfahrung und Reflexion u. a. auf die Bedeutung der Sexualität gekommen zu sein und auf das Verdrängungs-Schicksal der Triebe sowie auf das dadurch begründete „Unbehagen in der Kultur“ hingewiesen zu haben. Mit der Anerkennung dieser Erkenntnisse konnte nicht mehr einfach zur bürgerlichen Tagesordnung übergegangen und mit der Konvention fortgeführt werden. *Freuds* Kritik der Kultur war im wesentlichen eine Abrechnung mit der Lebensweise des Bürgertums am Ende des 19. Jahrhunderts. So gesehen, war es keineswegs Zufall oder lediglich persönliche Präferenz (s. *Schuch* 1990a), daß z. B. sein leitender anthropologischer Gesichtspunkt, unter dem er die Entwicklung des Menschen betrachtete, der eines von Triebwünschen bestimmten Wesens war, das seine Umwelt jeweils unter dem Blickwinkel von Befriedigung und Versagung erfährt (*Schöpf* 1982, S. 145), und daß in *Freuds* Version von Psychoanalyse als „Archäologie des Subjekts“ (*Ricoeur* 1969) gerade der Kontext der „ödipalen Situation“ als maßgeblich für die Entwicklung des Charakters bzw. die Entstehung von Neurose angesehen wurde.

Die tiefgreifenden sozio-kulturellen Veränderungen seit den Tagen der Problemstellungen und der Herausbildung der Modellvorstellungen *Freuds*, insbesondere die Auflösung traditioneller Instanzen der Autoritätsvermittlung (*Fromm/Horkheimer/Mayer/Marcuse et al.* 1936), z. B. das Zurücktreten der Vaterrolle hinter anonyme und sachlich vorkommende *Institutionalisierungen von Macht*, die Schwächung der familiären Sozialisation zugunsten des Einflusses von konsumptiv und medial vermittelten gesellschaftlichen Vorgaben, die Stiftung von Identität durch die Konkurrenz um den konsumptiven Besitz (*Horn* 1967; 1969), die zunehmende „Bürokratisierung der Welt“ (*Jacoby* 1969), haben indessen das Sozialisationsgeschehen nachhaltig verändert und auch neue und andere Sozialcharaktere kreiert, als sie zur Jahrhundertwende mehrheitlich vorfindlich waren. Hinzu kommt, daß die sexuelle Revolution (*Reich* 1934, 1970) und, damit einhergehend, die Verringerung der Notwendigkeit, Sexualität zu verdrängen, bestimmte typische Konfliktkonstellationen verändert hat. Die Problematik der gesellschaftsstrukturellen

Veränderungen zeigte sich nicht zuletzt in dem Ausbrechen von zwei Weltkriegen und der Ausbreitung und Machtergreifung des Faschismus. Es ist zweifellos Ausdruck solcherart veränderter Lebensbedingungen, daß seit geraumer Zeit Gesundheitsschäden und Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung von Individuen und Gruppen in zunehmendem Maße auf sogenannte **Identitätsstörungen** (Petzold 1984i, 1991o) der Menschen zurückzuführen sind, die mittlerweile offenbar in epidemischen Ausmaßen auftreten. Es ist keineswegs nur Modeerscheinung oder Ausdruck von diagnostischer Ratlosigkeit, daß die Diagnose „narzißtischer Neurosen“ zunahm, daß vermehrt „Borderline“-Problematiken (Kernberg 1978; Rohde-Dachser 1979) in das Zentrum der Aufmerksamkeit rückten. Lasch (1979) ging so weit, von einer „Kultur des Narzißmus“ zu sprechen.

Diese Arten psychischer Erkrankung haben heute die gleiche Bedeutung oder fallen sogar noch mehr ins Gewicht als die Störungen der Sexualität um die Jahrhundertwende (vgl. Kilian 1970, S. 100f.). So gesehen, war es ebenfalls weder Zufall noch lediglich persönliche Präferenz (s. Schuch 1990a), daß z. B. Sandor Ferenczi (1873-1933), der als Pionier (Lorand 1966) die Indikationen der Psychoanalyse erweiterte und sie zu einem zukunftsweisenden, wirksamen Heilverfahren entwickelte (Balint 1933; 1949; 1966; Gedo 1966; Petzold 1969b; Cremerius 1983; 1989; Schuch 1989; 1990a; 1990b), vor allem auch aufgrund der therapeutischen Erfahrung mit „aussichtslosen“ Fällen maßgebliche Vorarbeiten leistete, den von Freud gesetzten Rahmen zu überwinden. Ferenczi befaßte sich experimentell mit den Bedingungen der Behandlung von beschädigter oder unterentwickelter Identität – im Unterschied zur Freudschen Analyse der bereits einigermaßen gesicherten Identität. Von heute aus gesehen erscheint es nur konsequent, daß Ferenczi darauf kam, die Gegenwart des therapeutischen Geschehens zu beachten, dabei auch prägenitale Perspektiven einzunehmen, u. a. mit kinderanalytischen Techniken bei Erwachsenen zu experimentieren und bestimmte Ausprägungen seelischen Leidens (wieder) auf dem Hintergrund real erlebter, frühkindlicher Not zu verstehen (Masson 1986; Schuch 1989; 1990b).

Die Aktive Psychoanalyse der „Ungarischen Schule“ Ferenczis ist eine der Quellen der **Integrativen Therapie** (Petzold 1969b; 1980g;

1988d; 1991a) und in Hinblick auf eine „elastische“ Praxeologie (Ferenczi 1927/28) eine der Hauptquellen.

6. Überleitung zum besonderen Teil

Auf dem Hintergrund des bisher Gesagten könnte es so erscheinen, als habe sich durch die Diskussionen und Beiträge Ende der sechziger und in den siebziger Jahren, die wir hier nur skizzieren konnten, mittlerweile eine differenzierte und reflektierte Betrachtung von Krankheit bereits durchgesetzt. *Kilian* (1970) äußerte z. B. die Ansicht, die naturwissenschaftliche Medizin sei bereits „inmitten ihres Siegeslaufes vom sozialstrukturellen Wandel des Forschungsgegenstandes der menschlichen Krankheit überholt worden“ (*ibid.*, S. 90). Dies mag vielleicht für die Ansichten und das unmittelbare therapeutische Handeln eines Teils modern denkender, sozialkritisch eingestellter Psychotherapeuten auch schon zutreffen. Die Praxis der Psychotherapie als Ganzes ist jedoch noch lange nicht auf dem Stand jener Erkenntnisse gesellschaftlich institutionalisiert. Vielmehr läßt sich in ihr nachweisen, auf welche Weise kritisch-reflektierte Ansichten von psychischer Krankheit auf nach wie vor resistente Strukturen treffen, die diese Ansichten eher verwalten als einarbeiten, eher umdeuten als wahrnehmen. Die Psychoanalytikerin *Christa Rohde-Dachser* (1990) hat auf dem Hintergrund Foucault'scher Gedanken am Beispiel der Feindbilder und *Hilarion Petzold* (1991g) hat am Beispiel der Fortschreibung kryptoreligiöser und ekklesialer Strukturen in der Psychoanalyse und in psychoanalytischen Gesellschaften die Bedeutung von Verboten, Ausgrenzungen und Verwerfungen im Diskurs der Psychoanalyse und der von ihr beeinflussten Psychotherapieformen untersucht und Vermutungen über deren Bedeutung für die Absicherung psychoanalytischer bzw. psychotherapeutischer Identität angestellt. Es sieht so aus, daß auch die Praxis der Psychotherapie, die sich eigentlich anderes vorgenommen hatte, ebenso bezeichnender- wie paradoxerweise als psychosoziale Abwehrkonstellation (*Mentzos* 1977) bzw. Agentur der Stabilisierung gesellschaftlicher Herrschaftsstrukturen (*Berger, Luck-*

mann 1970) institutionalisiert ist. Nach wie vor scheint also das Wort des Narren zu gelten: „Die Pein zehrt auch den Wahrhaftigen“.

Der Entwurf der Integrativen Therapie kommt in diesem Kontext wie der Versuch einer Neuformulierung auf der Grundlage der Erträge eines in den verschiedenen Disziplinen theoretisch und praktisch bereits reich bestellten, aber seitens der Psychotherapie bis dahin nur mäßig oder teilweise beernteten Feldes vor. Sein Ansatz erscheint dabei vielversprechend: In ihm ist ein Großteil des Problembewußtseins, der Kritiken und Auseinandersetzungen jener Zeit bereits kategorial vorgesehen oder gar eingearbeitet. So wird von Petzold (1991g) ein spezifisches Spannungsverhältnis in der Psychotherapie analysiert. *Psychotherapie* ist als „*helping community*“ einem am Intersubjektivitätsideal ausgerichteten Anliegen verpflichtet, andererseits als „*scientific community*“ einem wissenschaftlichen Anspruch auf Objektivität, Geltung, Überprüfbarkeit und Offenheit für Innovation – diese ist immer durch die Machtkomponente des Wissens gefährdet. Schließlich ist Psychotherapie auch „*professional community*“, die von berufspolitischen und ökonomischen Interessen bestimmt ist. „*Professional community*“ wird definiert: *als eine »Makro- oder Mesogruppierung von Menschen, die einerseits im gesellschaftlichen Kontext als Ausübende einer bestimmten Profession mit einer gemeinsamen Interessenlage und -vertretung identifiziert werden (z. B. „die Ärzte“) und die sich andererseits mit ihrer Profession identifizieren, berufsständische Normen, Regeln und Organisationsformen herausbilden und ein „professionelles Bewußtsein“ entwickeln (z. B. „wir als Psychologen“). Das Maß der „professionellen Identität“ des einzelnen wie der Gesamtgruppierung hängt von der Prägnanz der Gruppenbildung (Petzold 1990o, 29), d. h. dem Grad ihrer Organisiertheit, Kohärenz, Interessenverfolgung ab, weiterhin von den verbindenden Werten und Konzepten sowie der gesellschaftlichen, durch Wissen, Kapital, Einfluß, gesicherten Macht (Foucault), von ihrer Präsenz als „commercial community“ im Markt.«*

Die verschiedenen Strebungen in „einem Feld“, dem der Psychotherapie, stellen, wenn sie so divergieren wie die aufgewiesenen „*communities*“, ein Problempotential dar, das gesellschaftliche Problematik repräsentiert, z. B. die der Spannung zwischen Solidarität

und Macht. Die meta-kritische Reflexion der Therapeuten- und Patientenrolle, von Therapie und gesellschaftlichem Auftrag, von Pathologie und „*healthy functioning*“, von Pathogenese und Salutogenese ist genuines Moment im Entwurf der Integrativen Therapie. So ist der Begriff von psychischer Gesundheit und Erkrankung von vornherein auf dem Hintergrund eines qualifizierten Begriffes vom „Menschen in der Welt“ formuliert, was zu einem „erweiterten Gesundheits- und Krankheitsbegriff“ (Petzold 1990i, 1991a) führt. Diese Perspektiven sollen Gegenstand des besonderen Teils dieser Arbeit sein.

B. Besonderer Teil: Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie

1. Grundannahmen des Entwurfes Integrativer Therapie

Die Krankheitslehre im Entwurf der Integrativen Therapie ist nur auf dem Hintergrund der Grundannahmen dieses *Verfahrens* verständlich. Im folgenden stellen wir einige dieser Grundannahmen vor. Es handelt sich jedoch aus platzökonomischen Gründen um keine umfassende Darstellung, sondern nur um einen Aufriß, der in groben Zügen Horizonte eröffnen und Dimensionen andeuten will, wie aus einem integrativen Verständnis heraus an das Phänomen psychischer Krankheit herangegangen werden kann (umfassender in *Petzold* 1988n, 1991a).

Der Entwurf der Integrativen Therapie geht im wesentlichen auf das Werk von *Hilarion Petzold* sowie die Mitarbeit der **Therapeuten und Therapeutinnen des „Fritz Perls Instituts“** und der **„Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“** zurück. Seine Quellen liegen insbesondere in der Phänomenologie und Leibphilosophie (*Maurice Merleau-Ponty, Gabriel Marcel, Hermann Schmitz*), der Hermeneutik (*Paul Ricoeur, Hans Georg Gadamer, Jürgen Habermas*), der Tiefenpsychologie, insbesondere der Aktiven Psychoanalyse (*Sandor Ferenczi*) und dem der Ungarischen Schule verbundenen „**Therapeutischen Theater**“ (*Vladimir N. Iljine*), dem Psychodrama (*Jacob L. Moreno*) sowie *last but not least* der Gestalttherapie (*Friedrich S. Perls*).

Der Begriff der **Integrativen Therapie** steht programmatisch für eine *mehrperspektivische Betrachtungsweise*, einen *multitheoretischen Diskurs* und für *Methodenintegration* im Rahmen eines konsistenten **Verfahrens** (*Petzold* 1965, 1974k, 1988n, 1990o, 1991a).

1.1 Leib, Szene, Chronik

1.1.1 Leib

Eines der **Apriori** des Entwurfs Integrativer Therapie ist das **Apriori des Leibes**: Wir sind zuerst und immer Leib, solange wir leben. Nun ist die Vorstellung, wir seien Leib, schon wieder abhängig von einem, der dieses denken kann. Deshalb wird das Apriori des Leibes im Entwurf der Integrativen Therapie erweitert durch das **Apriori des Bewußtseins**. Auch der Gedanke eines einzigen Leibes oder eines Leibes „an sich“ scheitert an der Realität, wie sie sich uns darstellt. Deshalb kommt zu den genannten Apriori das **Apriori des sozialen Wissens** hinzu.

Einige Stichworte zum Leibapriori:

Wir sind – ein jeder von uns – Mittelpunkt einer je eigenen leiblichen Welt, die je Teil der Lebenswelt (und einer oder mehrerer „social worlds“) ist (Petzold 1991a, Petzold, Petzold 1991). Wir werden so in die Welt geboren und daran ändert sich nichts bis zu unserem Tode, wo wir dieses Bewußtsein verlieren, uns aus den sozialen Welten entfernen und uns auflösen.

Leiblich in der Welt zu sein, heißt zunächst nichts anderes, als *sinnlich* in der Welt zu sein bzw. mit unseren Sinnen in der Welt zu sein. Wir nehmen uns in der Welt und die Welt *sinnlich* wahr. Der Leib ist das totale Sinnesorgan. Merleau-Ponty (1986) stellte apodiktisch fest: „Die Welt ist das, was wir sehen“ (Merleau-Ponty 1986, S. 17).

Die Tatsache, daß wir uns in der Welt wahrnehmen, ist **Sinn**. Der Zen-Buddhismus z. B. kennt keinen darüberhinausgehenden, höherwertigen Sinn (Watts 1981; Suzuki 1987). Auf jeden Fall können wir keinen transzendenten, sozusagen „übersinnlichen Sinn“ *wahrnehmen*. Denn das feinste Wähnen, die entfernteste Ahnung, die peripherste Vorstellung des Anderen, des außerhalb unseres Leibes Befindlichen, vollzieht sich innerhalb der Grenzen unseres Leibes. Jeder Gedanke, sei er auch noch so abstrakt oder transzendental, führt er noch so weit aus uns bzw. über uns hinaus, ist unsere leibliche Aktivität (hier wird die Absurdität von Begrifflichkeiten wie „transpersonale Psychologie“ evident). Möglicherweise äußern

wir in unseren Vorstellungswelten bereits Strukturen und Prozesse unseres Leibes. Wir können die Perspektive des Leibes nicht wirklich aufgeben. Wir können uns aber über sie täuschen, wir können sie vernachlässigen, wir können sie verdrängen. Auf dem Hintergrund dieser Ansicht erhalten Sätze, wie wir sie von Patienten zu hören bekommen können, z. B. „Mir erscheint alles sinnlos!“ oder, „Ich finde in meinem Leben keinen Sinn mehr!“ oder, „Ich bin auf der Suche nach meinem Sinn!“, eine spezifisch leibliche Bedeutung: Sie verweisen alle auf den **Verlust der Wahrnehmung des Leibes als Sinn und Medium der Sinnerfahrung**. Die Gründe für diese Verluste können mannigfach sein, wie Anamnesen zeigen. Es hängt in der Regel von spezifischen Lebenserfahrungen ab, warum sich ein Mensch *anästhesiert*, warum er seine Wahrnehmung *spaltet*, warum er sich in der Form des abgehobenen Intellekts wahrnimmt, warum er „objektives“ Denken, „Sachlichkeit“ über die Empfindung stellt etc. Auf die Vermitteltheit dieser spezifischen Lebenserfahrungen werden wir noch kommen.

Die **Philosophie des Leibes** wird im Entwurf der Integrativen Therapie erweitert und spezifiziert durch eine **Philosophie der Bezogenheit**. Demnach ist alles „Sein“ *Ko-Existenz*. Relationalität wird als das in dieser Welt grundlegende Lebens- und Organisationsprinzip angesehen (Petzold 1980g, S. 226f.). Das Konzept der Bezogenheit drückt sich u. a. in den Begriffen *Ko-existenz*, *Kon-text*, *Kon-tinuum*, *Kon-sens*, *Ko-kreativität*, *Kommutilität* aus. Es gilt nicht nur im Bereich der natürlichen Gegebenheiten, mit denen sich die Naturwissenschaften beschäftigen, sondern auch im Bereich der sozialen Wirklichkeit (*ibid.*, S. 228). Die Integrative Therapie geht von einem allen natürlichen Zusammenhängen innewohnenden, grundsätzlichen, gemeinsamen **Sinn**, einem *primordialen Kon-sens* aus. Demnach befinden wir uns in ständiger, wechselseitiger Bezogenheit, stehen in fortwährender **Ko-respondenz** (Petzold 1978c, 1991e). **Sinn** wird stets als **Konsens** gewirkt. Der Mensch wird zu dem, was er ist, durch den anderen Menschen. Durch ihn gewinnt er seine Identität, und durch sein eigenes Menschsein trägt er zur Identitätsfindung anderer Menschen bei. Dies ist die Essenz von Sozialisation: Mensch wird man durch den Mitmenschen.

Der Leib stellt den Angelpunkt des korrelationalen Gefüges der *Zwischenleiblichkeit* (*intercorporalité*) dar. Durch die Beziehung zum eigenen Leib-Selbst, zum anderen und zur Welt erfährt sich der Mensch leibhaftig (idem 1988p). Begegnung ist leibliche Begegnung (Marcel 1985; Petzold, Orth 1991; idem 1991b).

1.1.2 *Szene und Atmosphäre*

Wir sind *immer Leib* und befinden uns *immer in Szenen* mit ihren zugehörigen *Atmosphären*. Die Szene ist eine raum-zeitliche Konfiguration (idem 1990p). Zur Szene gehört alles, was ich wahrnehmend und handelnd erreiche, was mich in Wahrnehmung und Handlung erreicht: Menschen, Dinge, Beziehungen, Bewegungen, Handlungen. Atmosphären sind „*ergreifende Gefühlskräfte, die randlos in den Raum ergossen sind*“ (vgl. H. Schmitz 1989), sie sind ein „*Konzert vielfältiger subliminaler und supraliminaler Sinneseindrücke mit ihrer mnestischen Resonanz*“ (Petzold 1971k), Stimuli, die aus der Szene auf den Leib zukommen, in ihm Resonanzen auslösen, die wiederum in die Szene zurückwirken und zur Atmosphäre beitragen: eine Verschränkung von Leib, Atmosphäre, Szene und – über die Resonanzen aus dem Leibgedächtnis, aus der Chronik des Leibes – *Geschichte*. Die Szene ist nie statisch. Sie ist eine lebendige *Struktur*: in mir, um mich herum, durchmischt. Es gibt letztlich kein Innen und Außen, keine zeitliche Trennung zwischen den Szenen der Innenwelt und denen der Außenwelt (Waldenfels 1976). Bereits der Uterus ist eine Szene. Wir werden in eine Szene hineingeboren, deren Teil wir werden und die wir leiblich mitgestalten.

Unsere gesamte Lebensgeschichte besteht aus Szenen und Szenenfolgen mit den dazugehörigen Atmosphären, sozioemotionalen Mikroklimata. Szenen prägen die Struktur unserer leiblichen Wahrnehmung: wir nehmen immer leiblich wahr, unser *Ich* hat eine szenische Funktion (Lorenzer 1970; Argelander 1971), unser Gedächtnis funktioniert propriozeptiv, atmosphärisch, szenisch (Petzold 1989d, 1990e, 1991o). Szenen engrammieren sich leiblich, sie sedimentieren sich in unserem Leib – wie schon Reich hervorhob. Wir

haben ein **szenisches Leibgedächtnis**. Der Leib wird zum Reservoir von Szenen, ein Reservoir von Rollen, ein Archiv von Stücken, eine Chronik von Ereignissen.

Eine wesentliche Arbeitsweise der Integrativen Therapie besteht z. B. darin, ausgehend von Haltungen, Gesten, Ausstrahlungen, Empfindungsweisen des Leibes leiblich sedimentierte Szenen bzw. Szenenfragmente zu evozieren. Wir nutzen die Möglichkeit der „*holographischen Evokation*“ (idem 1990p).

1.1.3 Chronik

In seinem Vortrag anlässlich des Kongresses „Lebensgestalt und Zeitgeschichte“ hat *Hilarion Petzold* (1989f) noch einmal darauf hingewiesen, daß die Perspektive des Entwurfs Integrativer Therapie sich keineswegs in der individuellen Diagnose oder der Diagnose von Familiengeschichten und -strukturen erschöpft, so sehr auch diese Perspektiven zur unmittelbaren Diagnose seelischen Leids hinzugehören. Darüber hinaus sind die übergreifenden Einflüsse auf die individuelle Biographie, insbesondere die Zeiten und Milieus einzubeziehen, in die wir geboren werden und die unsere Lebensgestalt herausgebildet haben. Denn wir sind nie nur Kinder unserer Eltern, sondern immer auch Kinder unserer Zeit: Sei es, daß wir die „große Depression“ (*Elder* 1974) erlebt haben, den Faschismus, den Krieg, den Zusammenbruch, die schlechte Zeit, die Teilung, die Berlinblockade, den Wiederaufbau, das Wirtschaftswunder, die Wiederbewaffnung, den Ungarnaufstand, den Mauerbau, die Notstandsgesetzgebung, den Vietnamkrieg, den Studentenprotest, die Terroristen-Verfolgung, Tschernobyl, Glasnost und Perestroika oder Massenflucht und deutsche Einheit oder, wie beim Schreiben dieser Zeilen, den zweiten Golfkrieg – alle diese Aspekte beinhalten spezifische Atmosphären, die wir geatmet haben bzw. atmen; sie gestalten auf einer Makroebene die Milieus, in denen wir uns aufgehoben und entwickelt haben, sie stellen die Zeit dar, deren Kinder wir sind und prägen den Zeitgeist, der uns inspiriert, der uns aufbaut, wachsen läßt oder niederdrückt und krank macht.

1.2 Entwicklung, Sozialisation, Persönlichkeit, Identität

Die Krankheitslehre im Entwurf der Integrativen Therapie steht im Kontext der Entwicklungstheorie. Wir skizzieren daher einige Grundbegriffe dieser Entwicklungstheorie:

1.2.1 Entwicklung, Sozialisation, Enkulturation

Der Mensch steht in einem komplexen, lebenslangen Entwicklungsprozeß. Die Integrative Therapie vertritt konsequent einen „*life span developmental approach*“ (Baltes, Eckensberger 1979), in dem sensumotorische, emotionale und kognitive, soziale und ökologische Entwicklungsmomente zum Tragen kommen (Petzold 1990e), wir also ein integratives Entwicklungskonzept (idem 1991k) vertreten müssen. Besondere Bedeutung ist dabei der Sozialisationstheorie zuzumessen.

Sozialisation bezeichnet die Internalisierung von Szenen und Szenensequenzen von Rollenkonfigurationen, von Stücken, Partituren, die ich mit anderen teile. Und zwar geschieht Sozialisation im Prozeß wechselseitiger Beeinflussung von sozialen Systemen auf der sensumotorischen, emotionalen und kognitiven Ebene entlang eines zeitlichen Kontinuums. Essentiell gilt für Sozialisation: „Mensch wird man durch den Mitmenschen“ (Petzold 1980g, S. 229) im Rahmen einer gegebenen Kultur, in die man eingebettet ist, eingepaßt wird in Prozessen der **Enkulturation** (Fend 1972).

1.2.2 Identität

Identität kann niemals ohne die Verbundenheit mit der Welt, dem ökologischen und sozialen Raum gedacht werden (idem 1984i, 1990m, 1991o). Sie entsteht als Funktion der Aktivitäten des Ich (*i*) durch das Zusammenwirken (Synergie) des Leibes (*L*) mit dem sozialen und ökologischen Kontext (*Kt*) im Zeitkontinuum (*Kn*): Dies läßt sich auf die Formel bringen: $I = \int i \text{ Kt} (L, Kn)$.

Wir bilden unsere Identität im Verlauf unserer Lebensgeschichte entlang dreier prävalenter Matrizen; prävalent, weil sie in unterschied-

lichen Lebensabschnitten unterschiedliches Gewicht haben, ohne daß die anderen Matrizen jemals gänzlich ausgeblendet würden:

1. der Dyade (Mutter – Kind, Mann – Frau)
2. der Triade (Vater – Mutter – Kind, Mann – Frau – Kind)
3. dem sozialen Milieu (Freunde, Nachbarn, Kollegen).

Identität gewinnen wir in einem Prozeß, in dem wir uns im Lebensganzen verstehen lernen. Nur so können wir als Individuen *Sinn* erkennen. Identitäts- und Sinnerleben fallen zusammen.

1.2.3 *Persönlichkeit*

Die Vorstellung der Integrativen Therapie von **Persönlichkeit** umfaßt die Begriffe **Selbst**, **Ich** und **Identität**.

Der **Leib** ist die Grundlage menschlichen Existierens und bildet damit die Basis des Selbst. Das Selbst ist eine individuelle, organische Präsenz, die in ihrer Einmaligkeit dennoch der kollektiven Welt des Biologischen und des Sozialen zugehört. Das Leib-Selbst ruht in sich und in der Lebenswelt. Es ist deshalb nicht in seiner Totalität sozial produziert, wenn auch die Strukturen der sozialen Welt für seine Ausbildung konstitutiv sind. **Das einfache Da-Sein charakterisiert das Leib-Selbst.** *Hilarion Petzold* spricht von der „Passivität einer synergetischen Gegebenheit.“ Das **Selbst** ist ein leibliches Phänomen, in dem Kognitives und Affektives, Vernunft und Trieb integriert sind (*Petzold/Mathias* 1983, S. 166). Das Leib-Selbst bedarf nicht der Bestätigung im Sinne des *Descartschen* „*cogito ergo sum*“. Das Leib-Selbst ist kein einzelnes, sondern gründet in der kollektiven Leiblichkeit, der „*chair commune*“ (*Merleau-Ponty* 1964). *Jacob L. Moreno* (1946) war der Auffassung, das Selbst entstehe aus Rollen: „Roles do not emerge from the self, but the self emerges from roles“ (*Moreno* 1946, S. 157). Rolle war für *Moreno* „*an interpersonal experience*“.

Hilarion Petzold hat hier im Anschluß an *Jacob L. Moreno* sowie an *Merleau-Ponty*, diese verbindend und über sie hinausgehend, eine bemerkenswerte Differenzierung hervorgehoben: Das **Selbst** ist nicht nur **Leib-Selbst**, sondern wird auch **Rollen-Selbst**. Denn der Leib als „*sujet incarné*“ (*Merleau-Ponty*) ist der Ort aller gespeicherten

Szenen. Er ist die fleischgewordene persönliche Geschichte. Der Leib ist der Ort, an dem alles Erlebte gespeichert ist, er ist die Voraussetzung und der Sitz allen Handelns und In-Kontakt-Tretens. Das Leib-Selbst ist Daseiendes, das keiner Selbsterkenntnis bedarf. Es ruht in der kollektiven Leiblichkeit, im „Fleisch der Welt“ (idem 1964). Es ist von Beginn der Existenz an ein einzelnes und allgemeines zugleich: Ein „Selbst-für-sich-mit anderen“. Es schließt die Dimension des individuellen und kollektiven Unbewußten ein (Petzold 1988a,b). Im Sozialisationsprozeß bildet sich im Zusammenwirken bewußten Wahrnehmens und Handelns auf dem Boden des *Leib-Selbst* das *Ich-Selbst* heraus.

Durch das *Ich* wird das *Selbst* erkannt. Ich und Selbst sind im Ich-Selbst miteinander vereint. Sie sind zugleich Subjekt und Objekt des Erkennens.

Das *Ich* ist nach Petzold das „Selbst in actu“. Es ist die bewußt wahrnehmende und handelnde Instanz: das Gesamt der Ich-Funktionen. Das Ich entsteht im Kontakt. Es ist ein Jetzt-Zustand, der sich im jeweiligen Handeln konstituiert. Mit dem Ich sind Bewußtheit (*awareness*) und Bewußtsein (*consciousness*) verbunden. Entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsstand des Menschen bildet sich das Ich als Zusammenwirken seiner Funktionen: Die Wahrnehmungs-, Erlebens-, und Erkenntnisfähigkeit als Perzeption, Kognition und Emotion. Stabilität erhält das Ich durch sein Leib-Selbst und durch eine gewisse Permanenz des sozialen und ökologischen Umfeldes. Im Zusammenwirken aller Ich-Funktionen konstituiert das Ich **Identität**. Auf dem Boden von *Identifizierung* (dem Erkennen und Benennen durch andere als der, der ich bin), Rollenzuschreibung, Identitätsattribution aus dem Außenfeld, kann Identität wachsen durch Bewertung (*Valuation, appraisal*) dieser Zuschreibungen, der *Identifikation* mit ihnen, soweit dies möglich ist, und ihrer *Internalisierung* (Verkörperung der Attribution und Ausgestaltung der eigenen Rolle). Dieser **Begriff der Identität** betont den interaktionalen Aspekt: die ständige Auseinandersetzung des Ich mit dem Du (*Buber*), des Selbst mit dem Anderen (*Mead*), des Subjekts mit dem Mitsubjekt (*Marcel* – und mit anderen Argumentationsfiguren – *Habermas*) und zeigt die individuelle und kollektive

Geschichtlichkeit. Er ist damit **prozessual**. Die Begriffe von Persönlichkeit, Selbst, Ich, Identität werden insbesondere durch das Hinzukommen der zeitlichen Dimension ausgemacht. Denn das Mit-Sein bezieht sich nicht nur auf das Hier-und-Jetzt; es steht in der Zeit. Der Mensch ist unter **chronosophischer Perspektive** in den Strom der Zeit eingebettet, er hat am Leben schlechthin, dem universellen „Strom des Lebens“ Anteil (Petzold 1980g, S. 230, 1991o).

2. Zur Krankheitslehre der Integrativen Therapie

Auf dem Hintergrund der vorhergehenden Ausführungen hat sich der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie differenziert darzustellen.

Wir unterscheiden daher zwischen einer **allgemeinen, anthropologischen** und einer **speziellen, klinischen** Sichtweise.

Die **anthropologische Sichtweise von Krankheit** ist, wie wir im folgenden skizzieren, überaus weit gefaßt. Z. B. umfaßt sie u. a. philosophisch-anthropologische, sozial-anthropologische und kultur-anthropologische Aspekte. Auf diese Weise „schrumpft“ sie nicht zur Betrachtung einer von der historischen und sozialen Wirklichkeit losgelösten Unmittelbarkeit, z. B. der Ich-Du-Begegnung (vgl. Russell 1975); und entgeht der Gefahr, einem „Jargon der Eigentlichkeit“ (Adorno 1964) zu verfallen, der die Ich-Du-Beziehung zum Ort der Wahrheit verdinglicht und Irrationalismus aufwärmt (Adorno 1964, S. 17).

Die **klinische Sichtweise von Krankheit** fußt programmatisch unmittelbar auf dieser erweiterten anthropologischen Sichtweise. Sie schließt psychologisch-soziologische und medizinisch-biologische Blickwinkel ein und reicht von definitiv ordnenden bis hin zu praktischen und ethischen Gesichtspunkten.

2.1 Die anthropologische Sichtweise von Krankheit:

Zentraler Ansatz in der anthropologischen Sichtweise von Krankheit ist die Gedankenfigur einer **multiplen Entfremdung** (Petzold

1987d). Mit diesem Ansatz begibt sich der Entwurf der Integrativen Therapie wohlwissend in den Kontext philosophischer Traditionen, denn der Entfremdungsbegriff ist philosophischer Herkunft (*Schuller* 1991). Dies zeitigt durchaus Konsequenzen; denn so leicht er einem im Alltagsgespräch von der Zunge gehen mag, so widersprüchlich ist er philosophisch verfaßt und so unterschiedlich und deshalb schwierig ist er ursprünglich gemeint und zu verstehen. Zumal das Verständnis von Entfremdung dem „revolutionären Bruch des Denkens des neunzehnten Jahrhunderts“ unterliegt (*Löwith* 1950). Z. B. geht eine Version des Entfremdungsbegriffs auf die dialektische Geschichtsphilosophie von *Georg Wilhelm Friedrich Hegel* zurück. Eine andere Version des Entfremdungsbegriffs wiederum geht auf eine Art des Philosophierens zurück, die der Hegelschen „objektiven“ Philosophie auch ausdrücklich geradezu entgegengesetzt ist: die Existenzphilosophie, wie sie insbesondere von *Ludwig Feuerbach*, *Sören Kierkegaard* oder *Friedrich Nietzsche* repräsentiert wurde (s. *Löwith* 1932; 1950; *Marquard* 1973). Diese Problematik kann hier nicht vertieft werden. Jedenfalls gilt: Entfremdungsbegriff ist nicht gleich Entfremdungsbegriff, sondern bedarf der Definition und Erläuterung!

Im Entwurf der Integrativen Therapie wird der Begriff von Entfremdung auf dem Hintergrund der Version von *Karl Marx* und seiner Hegelschen Vorlage sowie mit Blick auf Weiterführungen seines Ansatzes (*Lukacs*, *Adorno*) und unter Beiziehung sozial- und existenzialphilosophischer Gedanken gebraucht. Deshalb räumen wir im folgenden Exkurs dem *Marx*schen Begriff von Entfremdung hier besonderen Platz ein, wobei klar ist, daß dieser Begriff vor dem gegenwärtigen zeitgeschichtlichen Kontext diskutiert werden muß, insbesondere in kritischer Auseinandersetzung mit der Frage, warum auch in marxistisch geprägten Staaten und gerade in ihnen so viel Entfremdung produziert wurde bis hin zum Zusammenbruch dieser entfremdungsgeschüttelten Staatswesen. Eine solche historische Aufarbeitung ist gegenwärtig noch kaum zu leisten, muß aber – dies ist schon jetzt klar – auch mit dem Instrumentarium der Entfremdungstheorie selbst geleistet werden. Es spricht vieles dafür, daß die Vorgänge in den planwirtschaftlich und staatskapitali-

stisch geführten kommunistischen bzw. ehemals kommunistischen Staaten die Gültigkeit der Entfremdungstheorie eher stützen denn schwächen. Sicherlich muß der *Marxsche* Theorierahmen auch überschritten werden. Die *Meadsche* Perspektive (Joas 1982, 1985) kann hier Wertvolles beitragen (Angehrn 1985).

Unserer theoretischen, für den spezifischen Kontext der Psychotherapie ausgelegten Skizze ist vorauszuschicken, daß es mittlerweile etliche Entfremdungsansätze gibt, die in die Psychotherapie eingegangen sind. Zeitweise war regelrecht eine Konjunktur in Sachen Entfremdung festzustellen (Schuller 1991). Im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Psychotherapie sind u. a. die existenzphilosophischen Ansätze mit ihren expliziten oder impliziten Entfremdungstheorien von *Martin Heidegger* (1972), *Martin Buber* (1954), *Gabriel Marcel* (1964; 1985) und *Paul Tillich* (1961) zu nennen (s. *Macnab* 1975), aber auch *Jean Paul Sartres* (1962) Beitrag, der sich u. a. eher kritisch gegenüber der Psychoanalyse äußerte, fand Beachtung.

Aus einer **Meta-Perspektive** betrachtet, kommt es indessen vor, daß die meisten Ansätze jeweils nur Segmente der Entfremdungsproblematik thematisieren. Allgemein muß man wohl die Ansicht gelten lassen, daß es heute keine zureichende allgemeine Theorie der **Entfremdung** gibt, die alle Entfremdungserscheinungen durchsichtig zu machen und das vielfältige Datenmaterial, das die einzelnen Disziplinen zusammengetragen haben, zu ordnen vermöchte (*Baczko* 1969, S. 112). Vielleicht braucht es die auch nicht zu geben, denn sie liefe wohl auf ein „geschlossenes“ Denken hinaus. Wir glauben, daß die Theorie von Entfremdung, die sich dem Werk von *Hegel* und *Marx* entnehmen läßt, sich noch am ehesten als **Meta-Perspektive** zur Behandlung des Themas eignet, wobei auch dies u. a. insbesondere um sozial-, existenz- und leibphilosophische Perspektiven zu erweitern ist (*Mead* 1932, 1934; *Goodman* 1946, 1964; *Habermas* 1981; *Sartre* 1964; 1967; *Merleau-Ponty* 1966; 1968; 1986; *Schmitz* 1980; 1985; 1989), wie dies in der Integrativen Therapie unternommen wird und im nachfolgenden Exkurs zu spezifischen Akzentsetzungen führt.

2.2 Exkurs über einen Begriff von Entfremdung:

Karl Marx (1818-1883) hatte im Kontext seiner **ökonomisch-philosophischen Manuskripte** von 1844 seine Ansicht von Entfremdung dargestellt. Er wandte dabei eine Verbindung von dialektisch-geschichtsphilosophischem (*Hegel*) und dialogisch-naturphilosophischem, anthropologischem – existentialistische Perspektiven vorwegnehmenden – Denken (*Feuerbach*) auf die Struktur der Arbeitsbeziehungen in der sich damals abzeichnenden bürgerlichen Gesellschaft an. *Marx* beleuchtete die Entfremdung in vier Variationen. Auf Kurzformeln gebracht (s. *Schuch* 1974/75) können diese so gesehen werden:

1. Die Entfremdung des Arbeiters von seinem Produkt und der äußeren Natur;
2. die Entfremdung des Arbeiters von seiner Tätigkeit und sich selbst;
3. die Entfremdung des Menschen von seinem Gattungswesen;
4. die Entfremdung des Menschen vom anderen Menschen.

Die **Analyse der Entfremdung** ist die ursprüngliche Gestalt seiner **Analyse des Kapitalismus**. Sie ist daher erst im Kontext dieser späteren Analyse, insbesondere der Analyse der Warenform als der „Keimzelle“ der kapitalistischen Gesellschaft angemessen zu verstehen. Bereits im frühen Entwurf kommt **Entfremdung** als eine **wesenslogische Bestimmung** vor. Sie ist, anthropologisch, aus der Natur des Menschen heraus begründet, eine historische Verfassung des menschlichen Lebens. Man könnte auch sagen, eine Phase der Negativität, durch die der geschichtliche Werdegang des Menschen notwendigerweise führt (vgl. *Fleischer* 1969, S. 15). Eine Verfassung, in die der Mensch im geschichtlichen Prozeß seiner Menschwerdung gleichsam naturwüchsig hineingerät, indem er beginnt, sich spezifisch menschlich zu verhalten: nämlich indem er – bei *Hegel* – anfängt, durch sein Bewußtsein in eine Abständigkeit zu seinem Erkenntnisgegenstand zu treten und – bei *Marx* – in dem er beginnt zu *arbeiten*. Nach *Marx* arbeitet der Mensch, wird er zum Menschen, weil er nicht mehr anders kann: Er ist zur natürlichen Anpassung nicht mehr fähig und insofern zur Arbeit geradezu verdammt. *Marx*

bezeichnet mit dem Begriff der *Arbeit* in einem totalen Sinne die *Praxis*, in der sich die menschliche Gattung konstituiert. Der Mensch wird zum Menschen, indem er planvoll (d. h. bewußt) arbeitet – bei *Hegel*, indem er sich und die Welt reflexiv und intersubjektiv begreift (durch Kopfarbeit). *Hegels* und *Marx'* Gedanken komplementieren sich. Bewußt und gemeinschaftlich verrichtete Arbeit ist die Lebenstätigkeit des Menschen. Genauer gesagt, der Arbeitsbegriff bezeichnet als allgemeine Bestimmung die Praxis, in der sich der Mensch, als innere Natur, mit Bewußtsein und Wollen zu der ihn umgebenden, äußeren Natur verhält. In der Arbeit macht er diese zu seinem Gegenstand. Er tritt so in einen durch Arbeit vermittelten Austausch mit der äußeren Natur, durch den er sich produziert und reproduziert.

In seiner Bestimmung des Arbeitsbegriffes nimmt *Marx* den *Hegelschen* Arbeitsbegriff mit allen wesentlichen Charakteren auf (*Marcuse* 1933, S. 262): Arbeit ist das „Fürsichwerden“ des Menschen innerhalb der Entäußerung oder als entäußerter Mensch der Selbsterzeugungs- oder Selbstvergegenständlichungsakt des Menschen (*Marx* 1844, S. 574). In der Arbeit tritt das Menschsein in den Zustand des Bleibens, d. h. es wird vergegenständlicht. Ebenso wird der Gegenstand der Arbeit, die „sinnliche Außenwelt“ (*Marx* 1844, S. 512), vermenschlicht.

Auf diesem Hintergrund kommt dann der **Begriff der Aneignung** zentral vor. Aneignung ist der Akt, in der sich der Mensch seiner selbst bewußt wird: „Die Aneignung des Gegenstandes bedeutet zugleich die Aneignung der gegenständlich gewordenen menschlichen Wesenskraft“ (*Markus* 1969, S. 53). Aneignung wird zum wesentlichen Gesichtspunkt der menschlichen Entwicklung. Als Akt der Bewußtwerdung über spezifisch menschliche Qualitäten liegt in ihr der Grundstein zu weiterer Entwicklung durch Vergegenständlichung. Denn der Mensch entwickelt seine Fähigkeiten nur dadurch, daß er sie vergegenständlicht (*Markus* 1969, S. 53). Würde der Mensch an der Aneignung seines vergegenständlichten Wesens gehindert, verlöre die bewußt und intersubjektiv vollzogene Arbeit als Grundbestimmung des Menschseins ihre Funktion: Sie würde ihres Sinnes entfremdet. Entfremdung ist dann

ein Ausdruck für die Unmöglichkeit der Aneignung. Entfremdung steht für **Devolution** (Petzold 1986h): für eine rückschrittliche Entwicklung innerhalb der Entwicklung.

Im Vorgang der Arbeit realisiert der Mensch spezifische Beziehungsformen bzw. Verhältnisse im Hinblick auf sich, im Hinblick auf andere Menschen, im Hinblick auf die ihn umgebende Natur und im Hinblick auf sein Produkt. Diese Beziehungsformen bzw. Verhältnisse etablieren sich, wie *Marx* schrieb, „hinter dem Rücken der Produzenten“, d. h. sie bleiben weitgehend *unbewusst*, wirken sich aber als Vorgabe gestaltend auf das weitere Leben und Erleben aus. *Marx* machte für die Entfremdung den Prozeß und die Struktur der Ökonomie, des „Systems der Bedürfnisse“, verantwortlich. Entfremdung begann demnach bereits mit den ersten Praktiken des Warentausches: Das Tauschverhältnis, als Voraussetzung zur gesellschaftlichen Entwicklung, forderte, wie *Marx* erkannte, schwerwiegenden Tribut: Es setzte sich „als eine den Produzenten gegenüber äußere und von ihnen unabhängige Macht fest. Was ursprünglich als Mittel zur Förderung der Produktion erschien, wird zu einem den Produzenten fremden Verhältnis“ (*Marx* 1857/1858, S. 65). Diesen Vorgang, die aus der Logik des Warentausches resultierende „allgemeine Verkehrung der Zusammenhänge“ nannte *Marx* in seinem Hauptwerk, „Das Kapital“ (1867), „Verdinglichung“ oder „Fetischismus“ (*Marx* 1867, S. 85ff.). Mit Verdinglichung oder Fetischismus meinte er insbesondere die historisch gewachsene **Versachlichung sozialer Verhältnisse**. Diese Versachlichung hat es sozusagen „in sich“: Mit ihr geht eine Positivierung einher, d. h. eine Verdrängung ihrer historischen Genese, nämlich Resultat menschlicher Praxis zu sein. Nach *Marx* entsteht dadurch das scheinbare **Eigenleben sachlicher, formeller Sozialbeziehungen**. Das lebendige Verhältnis zwischen Personen wird in „dinglicher Hülle“ versteckt.

In der Folge erscheint dem Menschen die von ihm geschaffene soziale Welt als selbständig, äußerlich und vorgegeben. Er selbst sieht sich, von den Verhältnissen prinzipiell getrennt und so vereinzelt, als Individuum. Die Verhältnisse, die er zum Zweck seiner Bedürfnisbefriedigung eingeht, erscheinen ihm als dingliche Bezie-

hungen zwischen Individuen. In so gearteten Verhältnissen wird er sich zum Objekt, andere Menschen werden ihm zum Objekt. **Verdinglichung** wird zum gesellschaftlich dominierenden Muster für Wahrnehmung und Gestaltung von Beziehungen. Auf die Spitze getrieben ist der Prozeß der Verdinglichung (m. a. W. der warenstrukturellen Vergesellschaftung) im entwickelten Kapitalismus: Hier ist die Verdinglichung nur noch reiner Selbstzweck: Der *Marxschen* Definition zufolge ist **Kapital** – und dies kann gar nicht klar und oft genug herausgestellt werden – vergangene, vergegenständlichte, abstrakte, unterschiedslose, gleichgültige, tote Arbeit, ausschließlich für sich selbst da, mit dem einzigen Ziel, sich zu vermehren. Es ist geronnene, *tote Arbeit*, mit der Bestimmung, *lebendige Arbeit* in sich zu transformieren. Dieser Bestimmung hat sich alles Leben zu fügen. Die tote Arbeit bestimmt Ziel und Form der Verausgabung der lebendigen Arbeit. Unter diesem Gesichtspunkt ist *Kapitalismus* die „Herrschaft der Vergangenheit über die Gegenwart (man denke an die Formel *Freuds* für die Neurose) die Herrschaft des Todes über das Leben, der Sache über den Menschen“. Die tote Arbeit ist ob ihrer immanenten Bestimmung, sich ständig zu vermehren, allerdings keine friedliche Tote, sondern entspricht eher der Vorstellung einer rastlosen, kaptativen, aggressiven „Untoten“: *Marx* charakterisierte das Kapital als Vampir, denn es muß, bei dem Versuch, sich ewiges Leben zu verschaffen, sich beständig die lebendige Arbeit als Seele einsaugen (*Marx* 1857/58, S. 539). Täte es das nicht oder mißlänge dies, würde es von seinen Artgenossen gefressen oder ginge in der Stagnation zugrunde.

Im Gedankengang der *Marxschen* Theorie, konstituiert sich Entfremdung – menscheitsgeschichtlich offenbar unvermeidlich, weil zur Konstitution der Gattung gehörig – in dem geschichtlichen Prozeß menschlicher Lebenspraxis, wie schon *Hegel* hervorgehoben hatte. **Entfremdung** bedeutet in diesem Verständnis nicht primär eine persönliche Erlebensweise, sondern zunächst eine gesellschaftlich produzierte „Realabstraktion“, d. h. eine, in der Organisation der gesellschaftlichen Arbeit enthaltene, unbewußte Beziehungs- bzw. Verhältnisstruktur. Entfremdung wird von Menschen praktisch realisiert. „Das Mittel, wodurch die Entfremdung vor-

geht, ist selbst ein praktisches“ (Marx 1844, S. 519). Sie wirkt dann als Vorgabe für das Leben und Erleben der Menschen gestaltend. Wesentliche Merkmale dieser Beziehungs- bzw. Verhältnisstruktur sind Verdinglichung und Verkehrung der Zusammenhänge. Verdinglichung und Verkehrung der Zusammenhänge ergeben sich daraus, daß die Menschen nicht mehr aufgrund und zur Befriedigung ihrer konkreten Bedürfnisse produzieren, sondern für den Austausch, d. h. für Andere. Ihr eigenes Produkt hat für sie keinen Gebrauchswert, es soll lediglich „Träger von Tauschwert“ darstellen. Der ursprüngliche Zweck der Produktion wird zum Mittel des Austauschs. Die bedürfnisgeleitete, sinnliche Seite der Produktion, repräsentiert durch den Gebrauchswert, tritt damit ihren Rückzug an. Bedürfnisbefriedigung, das ursprüngliche, zentrale Motiv zu arbeiten, tritt in die zweite Linie. Der Gebrauchswert wird zum Moment der formalen Struktur. Der Primat liegt auf dem quantitativen Tauschwert. In der entwickeltsten Form des abstrakten Wertes, dem **Kapital**, wird die Dominanz der Quantität auf die Spitze getrieben: Das Prinzip des Formalismus erhält eine aggressive Eigendynamik und wirkt mit hoher Subsumtionskraft. Bereits in der Keimzelle der bürgerlichen Gesellschaft, der Warenform, ist ein **wesentliches Merkmal des Kapitalismus** prinzipiell angelegt, das unter unserem Blickwinkel von besonderem Interesse ist: die **strukturelle Bedürfnisabgewandtheit**. Sie ist Attribut einer ökonomischen Struktur, in der Gebrauchswerte, die stoffliche, sinnliche Substanz der Produkte, nur noch als Begleiterscheinungen von Tauschwerten auftreten (Offe 1972, S. 15).

Ein weiterer Aspekt neben der Bedürfnisabgewandtheit und der expansiven Dominanz der quantitativen Form im Kapitalismus besteht, der *Marx*schen Analyse zufolge, in der **strukturellen Gleichgültigkeit** menschlicher Praxis.

Soweit die Arbeit im Kapitalismus gesellschaftlich relevant ist, d. h. Wert bildet, der im Austausch realisiert wird, gilt sie unabhängig von ihrem konkreten Inhalt. Denn im Sinne des Tauschwertes, als dem quantitativen Verhältnis, in dem Waren ausgetauscht werden, zählt die Werts substanz Arbeit lediglich abstrakt und unterschiedslos, nämlich quantitativ. *Marx* benutzte zur Charakterisie-

rung des Wertes das Bild von der Gallerte aus unterschiedsloser, abstrakter Arbeit (*Marx 1867, S. 52*).

Die **gesellschaftliche Praxis** erweist sich im Kapitalismus – sowohl im privatwirtschaftlichen als auch, wie die Vergangenheit zeigt, im staatskapitalistischen – als **grundsätzlich gespalten**. Denn ebenso wie das Arbeitsprodukt durch die Art und Weise, in der die kapitalistische Gesellschaft mit ihm verfährt, sich in Wert und Gebrauchswert spaltet, wird auch seine Produktion wesentlich zwieschlächtig: Die Arbeit erhält einen Doppelcharakter (*Marx 1867, S. 56ff.*). Sie ist in dieser Betrachtungsweise einerseits eine konkrete, sinnliche Tätigkeit, andererseits trägt diese Tätigkeit den sozialen Charakter der abstrakten Wertschöpfung. Dominanter Teil dieses Doppelcharakters wird die über die Realisation des Warenwerts im Austausch vermittelte gesellschaftliche Form der abstrakten, gleichgültigen Arbeit.

Dieser Gedanke führt schließlich zu einem zentralen **Quantifizierungsphänomen** im Kapitalismus, die **undialektische Reduzierung der Zeit**, auf einen ihrer Pole, die **räumliche Ausdehnung**. Abstrakte und konkrete Arbeit bestehen aus **zwei Zeitformen**. Einerseits die **reale Lebenszeit**, die in die Herstellung eines Gebrauchswertes eingeht und andererseits die abstrakte, gesellschaftlich durchschnittlich notwendige Arbeitszeit, die zur Wertbemessung der Tauschwerte dient. Unter kapitalistischen Bedingungen zählt vor allem der Zeitraum, die **abstrakte Arbeitszeit**, denn sie ist Maßgabe der Wertakkumulation des Produktes. Arbeitszeit wird von ihrer Formbestimmung im Kapitalismus „jeglichen Inhalts entleerte“, „verdinglichte Zeit“. Obgleich sie Teil der „inhaltlichen Lebenszeit“ (*Krahl 1971, S. 76f.*), „Leibzeit“ (*Petzold 1981e*) ist, ist sie **entfremdete Zeit** (*idem 1981k*).

Im Lichte dieser historisch reflektierenden Wesenslogik begann der **Zerfall der Lebenszeit** in Arbeitszeit und Freizeit mit dem Einsetzen der bedürfnisabgewandten Produktionsweise, dem Warentausch. **Arbeitszeit** sozialisierte die Menschen nach Maßgabe neuer, quantitativ bestimmter sozialer Verhältnisse. Sie ist geprägt durch das im Austausch realisierte Wertverhältnis und damit durch die Erfordernisse, die eine Arbeit im Sinne der Wertschöpfung und

Wertrealisation annehmen muß, nämlich pro Produkt zeitraummäßig möglichst kurz zu sein. Hinzu kommen die Erfordernisse der Arbeitsdisziplin, das hieß mit dem Beginn der Industrialisierung vor allem die Anpassung des Menschen an den Takt der Maschine bzw. der seriellen Produktion: insbesondere Pünktlichkeit, Regelmäßigkeit und das Aufschieben aller arbeitsfremden und von der Arbeit wegführenden Bedürfnisbefriedigung.

Freizeit war dagegen der außerhalb der Arbeitszeit verbleibende Zeitraum: Ein Rest Zeit, frei von Arbeit, Phase der unumgänglichen Rekreation von den Mühen und Anstrengungen der bedürfnisabgewandten, entfremdeten Arbeit. Freizeit, der Hort von Eigentlichkeit, der Erfüllung von persönlichen Wünschen, der Befriedigung privater Bedürfnisse, der Verrichtung des Notdürftigsten – nach *Marxens* schonungsloser Analyse keineswegs Zeit von Freiheit, sondern lediglich Zeit zur Reproduktion der Ware Arbeitskraft. *Marx* analysierte in der Warenform von Tauschwert und Gebrauchswert die **Struktur und Dynamik der systematisch institutionalisierten Zurückdrängung von Sinnlichkeit**. Letzteres kennzeichnete übrigens sogar auch seine Analyse: Der Gebrauchswert, sozusagen die sinnliche Substanz der Ware, die sich im Konsum realisiert, der Stoff, von dem und für den Menschen letztlich leben, spielt in ihr nur eine unbedeutende Nebenrolle (vgl. *Schuch* 1983, S. 105).

Um dies **abzugrenzen**: Die *Marxsche* Version von **Entfremdung** geht demnach *nicht* auf

- in einer existenzphilosophischen Interpretation, in der die Versachlichung menschlicher Beziehungen und Ich-Erfahrungen naturalistisch klassifiziert werden (*Heidegger*) oder
- in einer soziologischen Interpretation, die den Begriff von Arbeit zuerst auf ökonomisch-technisches Handeln reduziert, um dieses anschließend von Interaktion zu unterscheiden (*Habermas*; kritisch *Krahl* 1971c, S. 394ff.) oder
- einem sozialpsychologischen Ansatz, in der sie als unangenehme Gemütsverfassung in der Folge von Frustration angesehen wird (*Fischer* 1970), auf keinen Fall aber
- in einem dogmatisch reduzierten, „polit-ökonomischen“ Verständnis, das Entfremdungsphänomene lediglich dem profit-ge-

leiteten Wirtschaften in der privaten Marktwirtschaft in die Schube schieben will (*Autorenkollektiv* 1975) und dabei naiverweise oder auf Naivität spekulierend den autoritär-bürokratisch organisierten, „real-existierenden“ Sozialismus außen vor lassen will.

Entfremdung ist in der *Marx*schen Theorie eine **Kategorie der prozessualen Dynamik und Struktur der Geschichte**. Sie enthält wesentlich die **Gedankenfigur** einer in **Natur und Kultur**, d. h. in gesellschaftlicher Praxis begründeten Hominisation des Menschen sowie deren geschichtliche Konsequenz.

Der **Begriff von Entfremdung** enthält nicht nur eine Theorie der Institutionalisierung formeller Sozial-Strukturen, sondern auch eine **anthropologische Theorie** mit Konsequenzen für eine **Theorie der Persönlichkeit**, in der die Desintegration des Individuums – und zwar sowohl die äußere Tatsache seiner Vereinzelung als auch dessen innere Verfassung betreffend – als Ergebnis gesellschaftlicher Praxis vorkommt. Dies schließt insbesondere Differenzierungen im Rollenverhalten und Rollenerleben ein, z. B. in sinnlich-konkrete und formell-abstrakte, in private und öffentliche Aspekte. Für *Marx* war klar, daß das Individuum als solches selbst ein Vorkommnis von Entfremdung, „Ensemble gesellschaftlicher Verhältnisse“ sei. Diese Theorie der Anthropologie und Persönlichkeit ist, was ihr Ziel angeht, *offen*. Sie unterstellt, daß die geschichtliche Praxis Verhältnisse schafft, die auf diese Praxis einwirken und sie verändern und die so veränderte Praxis wiederum auf die Verhältnisse einwirkt etc.

Der Begriff von Entfremdung ist eine Kategorie der Relativität und Prozessualität von Erkenntnis: Eine Kategorie des Bewußtseins von Geschichte und der Geschichtlichkeit des Bewußtseins (*Schurig* 1976). Er bezieht sich nicht auf die Idee einer unwandelbaren menschlichen Natur, die rückzugewinnen oder auch nur rückgewinnbar wäre, sondern verweist auf die Verhältnisse, in denen diese Idee aufkommt und damit auf die historische Relativität und den ideologischen Gehalt einer solchen Idee.

Die **Emanzipation von der Entfremdung** sah *Marx* in der „Zurückführung der menschlichen Welt, der Verhältnisse, auf den Menschen selbst“ (*Marx* 1843, S. 370). Dies bedeutete nicht ein „Zurück

zur Natur“ (*Rousseau*, aber auch *Reich*, *Perls* und *Lowen*), sondern die Realisation, daß der Mensch Subjekt seiner Geschichte, Schöpfer seiner Verhältnisse sowie Auctor der Erkenntnis darüber ist und er die bis dahin von ihm – unbewußt – produzierte Spaltung aufhebt: „Erst wenn der Mensch seine *forces propres* (eigenen Kräfte) als gesellschaftliche Kräfte erkannt und organisiert hat und daher die gesellschaftliche Kraft nicht mehr in der Gestalt der politischen Kraft von sich trennt, erst dann ist die menschliche Emanzipation vollbracht“ (*Marx* 1843, S. 370).

Uns kommt vor, daß erst auf dem Hintergrund eines reflektierten Begriffes von *Entfremdung* die vielfältigen psychosozialen Phänomene, deren Differenzierungen und Formierungen, als Entfremdungsphänomene sinnvoll verstanden werden können.

Es geht um den Begriff von Phänomenen, die im historischen Prozeß auftreten und deren Begriff selber ein historischer ist. Die Tendenz dieses historischen Prozesses kann man in Anlehnung an philosophische Ausdrucksweisen z. B. als zunehmende „Entsinnlichung“, „Abstraktifizierung“, „Quantifizierung“, „Formalisierung“ oder „Verdinglichung“ angeben. Damit ist wesentlich die Gedankenfigur einer historischen Dialektik gemeint, daß sich im historischen Prozeß der menschlichen Lebenspraxis offenbar eine Abkehr von unmittelbaren, relativ einfachen und klaren, empfindungsgetragenen, bedürfnisgeleiteten, sozial eingebetteten Lebens- und Erlebensweisen zugunsten der Entwicklung von vermittelten, relativ komplizierten, ob ihrer Komplexität nur schwer durchschaubaren, formellen, intellektualisierten, bedürfnisabgewandten, individualisierenden Lebens- und Erlebensweisen vollzieht.

Die in der *Marx*schen Analyse einzigartig ausgearbeitete Gedankenfigur der zunehmenden Herrschaft formeller Gesichtspunkte über die inhaltlichen findet sich ebenso oder ähnlich in einer Vielzahl von Thesen und Analysen wie z. B.

- der Aufschub von Triebbefriedigung und die Bejahung von Unlust im Sinne der Entwicklung von Zivilisation (*Freud*),
- Neurose als Herrschaft der Vergangenheit über die Gegenwart (*Freud*),

- die Trennung von Hand- und Kopfarbeit (*Diezgen 1869*) bzw. geistiger und körperlicher Arbeit (*Sohn-Rethel 1970*),
- die Entwicklung eines abgespalteten, verdinglichenden Bewußtseins und versachlichender, warenhafter Denkformen (*Lukacs 1923; Gabel 1967; Caruso 1967; Sohn-Rethel 1971*),
- der Verlust von Zeit als Medium des Lebens und der Geschichte durch ihre Quantifizierung und Reduzierung auf ihre räumliche Ausdehnung (*Krahl 1971c; Müller 1972, 1978*),
- die Kolonialisierung der Lebenswelt (*Habermas 1981*)
- der Entwicklung von Zivilisation und damit einhergehend von u. a. Schamgefühl, Peinlichkeit (*Elias 1976*),
- die Bürokratisierung der Welt (*Jacoby 1969*),
- die Genese einer politisch-ökonomisch-technisch vermittelten Nekrophilie, einer mechanischen Auffassung vom Leben, in der alle Lebensprozesse, Gefühle, Gedanken versachlicht werden, als ob alle lebendigen Menschen nichts anderes seien als Dinge (*Fromm 1979*),
- die Formierung psychosozialer Prozesse, in der die dialektische Einheit von Form und Inhalt zerfällt und die beiden Pole als scheinbar selbständige Kräfte gegenübertreten (*Schuch 1983*),
- die Theorie einer Psychodynamik der Devolution (*Petzold 1986h*).

Diese Aufzählung wäre fortsetzen und inhaltlich auszuführen.

2.3 Einige Stichworte zum Konzept der „multiplen Entfremdung“ im Entwurf der Integrativen Therapie:

Im Entwurf der Integrativen Therapie wird im Anschluß an das bisher Gesagte auf das Konzept einer multiplen Entfremdung und Verdinglichung (*Petzold 1987d*) in der anthropologischen Krankheitslehre abgehoben. Hierzu zählen u. a. bisher vor allem folgende Aspekte:

- die Entfremdung vom Leib,
- die Entfremdung von der Lebenszeit,
- die Entfremdung von der Zwischen-Leiblichkeit, d. h. vom Mitmenschen,

- die Entfremdung von der Arbeit,
- die Entfremdung von der Lebenswelt,
- die Entfremdung von der Natur.

Entfremdung bzw. Verdinglichung geht zumeist mit der Destruktion und Desintegration, mit der Beschädigung der Integrität des personalen Leib-Subjekts, des sozialen Kontextes, des ökologischen Lebensraumes sowie dem Verlust der Kontinuum-Dimension einher, die bis zum Verlust von **Humanität** und **Hominität** und zur Zerstörung der Lebenswelt führen kann, letztlich zur Zerstörung des Lebens schlechthin. Zentral kommt zunächst die **Entfremdung vom Leib** und von der **Zwischenleiblichkeit** in den Blick. Denn im Prozeß der Entfremdung verändert sich das Verhältnis des Menschen zu sich selbst und zu anderen Menschen. Er entfremdet sich von sich als Leib und begreift sich nicht mehr in leiblicher Gemeinschaft und Bezogenheit, sondern sieht sich als Individuum.

Die Entfremdung vom Leib zeigt sich u. a. in einer für unsere Zeit offenbar typischen Perspektive des abgespaltenen Bewußtseins: Der Mensch identifiziert sich zunehmend nicht mehr mit seiner eigenen Leiblichkeit. In seinem Verhältnis zu seinem Leib „finden sich viel häufiger Verschwommenheit, Fragwürdigkeit, Unsicherheit oder gar eine weitgehende Trennung zwischen leiblichem Ich und gegenständlich gefärbter Leiblichkeit, die damit den Charakter des annähernd Dinglich-Körperlichen erhält“ (Plügge 1985, S. 126). Der Mensch fühlt sich nicht mehr mit seinem Leib identisch, sondern Leib und Selbst fallen auseinander. Der Mensch erlebt sich nicht als Mittelpunkt einer je eigenen leiblichen Welt. Er ist nicht Leib, sondern er hat einen Körper (Plessner). Der Leib als „totales Sinnesorgan“, als Grundlage und Mitte unseres Seins in der Welt, wird zum Gegenstand eines, wie es vorkommt, ausgelagerten, strategischen Interesses. Der Mensch lebt nicht gefühls-, bedürfnis- und beziehungsgeleitet aus sich heraus, sondern benutzt sich, um bestimmte, erwünschte Effekte zu erzielen bzw. bestimmte Befriedigungen zu erlangen. Dieser „objektive Mißbrauch des Körpers“ (Marcel 1985, S. 39) zieht auch den Leib in Mitleidenschaft. Er teilt sich dem Bewußtsein des Menschen nicht mehr ohne weiteres mit, und soweit er sich mitteilt, kommt seine Sprache verschlüsselt vor

und wird vom Menschen nicht mehr verstanden. Das *Schweigen der Organe* gilt schließlich als Gesundheit. Die Erwartungen des Menschen gehen auf ein reibungsloses, zumindest schmerzarmes Funktionieren seines Körpers hinaus, der Mensch wird in dieser Fiktion zur Maschine (Guattari 1976, 1982), zum „Automaten-Menschen“ (Wawrzyn 1976; Heckmann 1982; Carrera et al. 1979).

Auch die Perspektive einer **Identifikation mit dem Mitmenschen**, mit dem uns unser gemeinsames Menschsein, unsere „*chair commune*“ verbindet, geht in der Entfremdung weitgehend verloren. Koexistenz wird zur philosophischen Formel oder zum Gegenstand moralisierender Überlegungen. Individualität wird statt dessen zum Prototyp von Identität. Die Gesellschaft tritt gegenüber dem Individuum in den Hintergrund. Sie wirkt auf das Individuum in ihrer Komplexität und absorbierenden Vielfalt vielmehr bedrohlich und zwingt es zu starken innerlichen wie äußerlichen Abgrenzungen. Weil die Gesellschaft nicht mehr die Sicherheit und Geborgenheit ursprünglicher Kulturen vermittelt, muß sich das Individuum davor schützen, sich verloren zu gehen. Es bemüht sich um die Herausbildung einer individuellen Identität, die es typischerweise durch die Konkurrenz um den konsumptiven Besitz ermittelt (Horn 1967; 1969).

Ebenso wie die Beziehung zum Mitmenschen erweist sich in der Entfremdung die **Verbundenheit mit der Welt** als vielfach gestörte Relation. Die materielle Welt, die zunächst von Föten als etwas ihm Zugehöriges und im ersten Schwangerschaftstertial sogar als etwas von ihm nicht Geschiedenes, sondern mit ihm Identisches erlebt wird, erhält im Entwicklungs- und Sozialisationsprozeß für das Erleben des Individuums einen Grad von Abgespaltenheit, daß es sie nicht mehr ohne weiteres als *seine* Lebenswelt (A. Schütz, E. Husserl, M. Merleau-Ponty) erfährt. Der Verlust der Bewußtheit für den Lebensraum, der Mangel an Sorge um die Welt drückt sich u. a. insbesondere in der zunehmenden Zerstörung der Umwelt aus und wird mit der Vergiftung seines Umfeldes letzten Endes auch für das Individuum toxisch.

Eine weithin vernachlässigte Dimension der Entfremdung ist die **Entfremdung von der Zeit**, die unter chronosopischer Perspektive

einerseits als fließender Strom ständig vergehender „Jetzt-Momente“, dessen „Qualitäten“ (Zeitatmosphären, Zeitgeist) der Leib erlebt, und andererseits als Zeit der Übereinkunft der Gesellschaft, in der wir leben (*social time*), aufgefaßt werden kann. Die Zeit als Lebenszeit, als „meine Zeit“, ist gleichbedeutend mit der Lebensspanne, dem Lebensganzen, in dem ich mich nur verstehen lernen kann, wenn ich es in seiner Ganzheit erfasse und im Blick behalte (Petzold 1980e, 1990o, 1989f,d). Zeit ist indessen nicht nur der *hier und jetzt* erlebte Moment, aber auch nicht eine äußerliche, abgetrennte „Zeit-Geschichte“. Die *ganze Zeit* umfaßt Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft, die als Horizonte jeden Augenblick in Form von Memoriation und Antizipation leiblich präsent sind (idem 1989d,f).

Allzuoft bedarf es erst einer Krise, um die Nichtidentität bzw. Scheinidentität von leiblicher Lebenszeit und mechanisch oder bürokratisch vorgegebenem Zeitraum oder dem Zwang *ökonomisierter Zeit* zu entdecken: Zeit ist Geld! Lebenszeit wird z. B. vor allem in Zeiten der Regeneration oder Rekonvaleszenz bewußt. Im Studium kann dies z. B. im Anschluß an eine endgültig nicht bestandene Diplomprüfung geschehen: Der gescheiterte Student realisiert unter Schmerzen, Trauer und Wut die Vergewaltigung, die er sich ange-tan hat, die ihm angetan worden ist, die er sich hat antun lassen, gegen seine Interessen, Fähigkeiten, Neigungen studiert zu haben; im Prozeß des Alterns können Menschen z. B. in der sogenannten Midlife-Crisis entdecken, daß sie ihr Leben bisher an ihren eigentli-chen Bedürfnissen vorbeigeführt haben; eine wichtige Erfahrung kann hier auch eine Erkrankung bilden, in der die Menschen reali-sieren, daß die verselbständigte Zeit auch ohne sie weiterläuft, daß sie selbst sehen müssen, wo sie bleiben, wie sie leben, wie sie noch zu dem kommen können, was sie brauchen, was ihnen wichtig ist, letzten Endes, wie ernst sie sich in ihrer leiblichen Lebenszeit nehmen. Als „*Ursachen hinter den Ursachen*“ (idem 1991c) von Leiden und psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen sind viel-fältige Formen *multipler Entfremdung* und Verdinglichung zu sehen. Sie müssen *ko-respondierend* unter Rückgriff auf die metatheoretisch formulierten Konzepte – insbesondere im Hinblick auf die Ethik

(idem 1990n, 1991a) und die gesellschaftstheoretischen Rahmenbedingungen – erarbeitet werden, damit ihnen *kooperativ* und *engagiert* begegnet werden kann, z. B. durch *Soziotherapie*, *Projektarbeit* und *Selbsthilfeinitiativen* (Petzold, Petzold 1991, 1992; Petzold, Schobert 1991). Berücksichtigt man den Hintergrund der „anthropologischen Krankheitslehre“ nicht, so greift die „klinische Krankheitslehre“ zu kurz. Zentriert jene in den Begriffen der **multiplen Entfremdung und Verdinglichung**, so zentriert die klinische Krankheitslehre im Konzept der **pathogenen Stimulierung** (idem 1988n, S. 353ff.).

3. *Die klinische Sichtweise von psychischer Krankheit* – spezielle Krankheitslehre

3.1 Multiple Schädigungen und Negativkarrieren

Die klinische Sichtweise von psychischer Krankheit ist eingebettet in die Anthropologie und die gesellschaftstheoretischen Konzepte, wie sie im Voranstehenden skizziert wurden und ruht programmatisch auf den entwicklungstheoretischen Vorstellungen und persönlichkeitsstheoretischen Konzepten auf, die im Entwurf der Integrativen Therapie maßgeblich sind. Generell gilt, daß Pathogenese in konkreter, sinnhafter Erfahrung wurzelt, und diese die Syntax der eigenen Geschichte ist, eine Syntax des Zwischenmenschlichen, in der der soziokulturelle Hintergrund, die ökonomischen Beziehungen, der Zeitgeist, die fördernden oder destruktiven Einflüsse aus **Kontext und Kontinuum** zum Tragen kommen.

Demnach sind Krankheiten des Individuums zumeist auch Ausdruck pathogener Lebenszusammenhänge, kranker sozialer Netzwerke (so schon *Moreno* 1947, 1934), prävalent pathogener Milieus (Petzold 1988n, S. 459), destruktiver „*social worlds*“ (Petzold, Petzold 1991).

Pathogenese wird demnach immer multifaktoriell und lebenslaufbezogen gesehen (idem 1990e). Psychologische Faktoren (*Ulich*

1987) werden genauso in Betracht gezogen wie psychosoziale (Thomas 1986), biographische (Cremerius 1984b; Petzold 1991o) genauso wie aktuelle oder antizipierte. Sie bezieht sich insbesondere auf **fehlgesteuerte Stimulierungsprozesse, denen das Leibssubjekt ausgesetzt ist bzw. auf pathogen wirkende Stimulierungen** in konkreten Lebensszenen. Wesentlich für die klinische Sichtweise von Krankheit ist die Auffassung, daß z. B. Neurotisierungen auf der Grundlage pathogen wirkender Stimulierungen und chronifizierter Abwehrmechanismen (zu diesen vgl. Petzold 1990e) über die ganze Lebensspanne hin auftreten können. Ihre Genese ist dieser Ansicht zufolge nicht nur an die Auswirkungen von Ereignissen in der Kindheit gebunden. Wir unterscheiden deshalb – mit Blick auf gängigen Gliederungen der „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ (Oerter, Montada 1987): „*vorgeburtliche Schädigungen*“, „*frühe Schädigungen I*“ (Babyzeit, 0-18 Monate), „*frühe Schädigungen II*“ (frühe Kindheit, 2-4 Lebensjahr), *Kindheitsschädigungen* (Kindheit, 4-11 Lebensjahr), „*mittlere Schädigungen I*“ (Jugendalter, 11-18 Jahre), „*mittlere Schädigungen II*“ (Frühes Erwachsenenalter, 19-40 Jahre), „*spätere Schädigungen*“ (mittleres und höheres Erwachsenenalter, 40-60 Jahre), „*späte Schädigungen*“ (Alter und hohes Senium, 60-90 Jahre), wobei jeweils kritischen Lebensereignissen (Filipp 1990), bedeutsamen Erfahrungen (z. B. *empty nest phase*, Atchley 1980), Statuspassagen (z. B. Pensionierung; Petzold 1985a), mikroökologischen Shifts (z. B. Übergang ins Altenheim; Petzold, Petzold 1991) besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muß. Z. B. kann ein durchaus intakt aufgewachsener und in seiner Persönlichkeit gut entwickelter Mensch durch gravierende Widerfahrnisse, wie z. B. Unfall, Verlust des Arbeitsplatzes, schwere Belastungen, Verlust von Familienbindungen, Zusammenbruch von Wertsystemen, Verarmung und Vereinsamung im Alter psychisch oder psychosomatisch erkranken (Mayring, Saup 1990).

Dieser Auffassung widerspricht keineswegs die täglich zu realisierende klinische Erfahrung, daß **Grundschädigungen** („*basic faults*“, Balint 1973) im Verein mit unglücklich verlaufenden **Lebenskarrieren** (Rutter 1989; Petzold, Henschel 1991) zur Ausbildung von schweren Erkrankungen führen können. In pathogenen Le-

benzuzusammenhängen können sich Krankheiten aufgrund folgender Faktoren ausbilden:

1. Wenn eine *genetisch disponierte Vulnerabilität*, problematische Temperamentkomponenten (Chess, Thomas 1989) und damit eine schwache Ausstattung an Vitalität und Kompetenzen vorliegen;
2. wenn *multiple Schädigungen* (d. h. Defizite, Traumata, Störungen, Konflikte), pathogene Stimulierungen also aus pathologischen Kontexten zur Wirkung kommen, die die altersspezifischen *Coping-Fähigkeiten und die Kompetenzen des Subjekts sowie seine Ressourcenlage* massiv überschreiten;
3. wenn *kompensatorische oder substitutive Entlastungen aufgrund fehlender „protektiver Faktoren“* (Petzold et al. 1991), schwacher sozialer Netzwerke und Supportsysteme (Nestmann 1988) nicht vorhanden sind;
4. wenn *internale Negativkonzepte* vorliegen. Unter diesem Begriff lassen sich verschiedene Theoreme unterschiedlicher Herkunft subsumieren:

a) *negative kognitive Konzepte*, wie z. B. destruktive „social worlds“ (Petzold, Petzold 1991), dysfunktionale Lebensstile (Adler 1929), negative Selbstkonzepte (Filipp 1979) z. B. durch Symptome, Fehlschläge, „kumulative Mißerfolge“ (Jerusalem 1990),

b) *negative Bewertungen (negative appraisal/valuation)* nach Ausbildung der Fähigkeit zu wertenden Urteilen, wodurch Lebensereignisse und situative Einflüsse eine besonders belastende Qualität gewinnen können (Lazarus, Launier 1978), so daß positive Neubewertungen (*positive reappraisal/valuation*) nicht greifen, sondern statt dessen problematische „subjektive Krankheitstheorien“ (Faller 1990; Hasenbring 1990) selbst eine pathogene Valenz gewinnen,

c) *Antizipation* von realer oder imaginärer Bedrohung bzw. Streßerwartung nach Ausbildung der Zeitperspektive (Nelson 1989, 290ff.), was zu perpetuierten Spannungszuständen und Belastungsgefühlen führen kann, die z. T. auch unbewußt sein können (etwa verdrängte Todesangst).

5. *Negativkarriere* durch eine Permanenz psychosozialer Risikofaktoren in *kranken sozialen Netzwerken* mit kontinuierlich wirkenden Noxen, die zu akkumulativen Schädigungen führen, so daß „chains

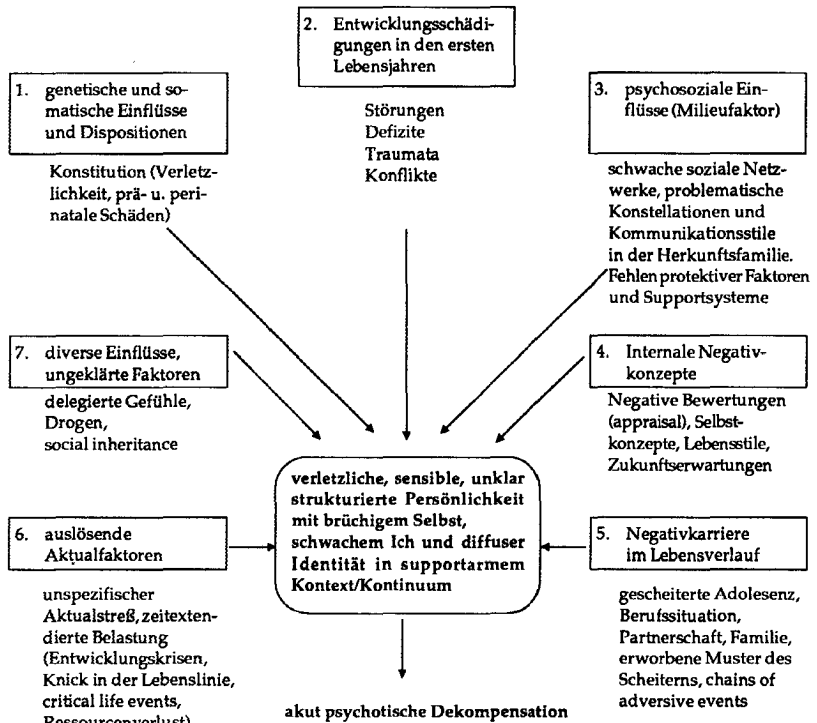


Abb. 2: Multifaktorielle Genese psychotischer Erkrankungen

Legende: Das Diagramm zeigt die multifaktorielle Genese deutlich auf, wobei mögliche genetische Dispositionen (1.) zusammen wirken mit Schädigungen in der frühen Entwicklungsphase (2.), Schädigungen durch psychosoziale Einflüsse (3.) in der Adoleszenz und im weiteren Lebensverlauf, aktuellen „stressfull life events“ (Filipp 1981) und zeittextendierten Überlastungen (6.) im Verein mit internalen Negativkonzepten (4.), z. B. negative Selbstbilder. Mit dieser Sicht wird konsequent eine „life span developmental perspective“ (Petzold 1988n) angenommen, also die Pathologie in einer „unglücklich verlaufenden Lebenskarriere“ (5.) als negativem Sozialisationsgeschehen („chain of adverse events“ und „absence of protective factors“, vgl. idem 1990h), begründet, das sich über die „gesamte Lebensspanne“ hin erstreckt und bei Ressourcenverlust und kritischen Lebensereignissen kulminiert, sofern keine Entlastung durch tragfähige Supportsysteme eintritt. Auslösend für Dekompensationen werden dann „critical life events“, Streß bzw. zeittextendierte Überlastung. Die genetischen Einflüsse werden geringer gewertet als dies früher geschah, wenngleich der Aspekt einer hereditären Disposition bzw. Vulnerabilität durchaus beachtet wird. Es bleiben diverse Einflüsse wie z. B. Drogenmißbrauch, chronische Intoxifikationen, ökologische Einwirkungen sowie ungeklärte und z. T. unklärbare Faktoren (7.)

of *adversive events*“ (Rutter 1989; Robins, Rutter 1990) und sich fort-schreibende „*maligne Narrative*“ (Petzold 1990e) entstehen;

6. wenn durch *auslösende Aktualfaktoren* eine massive situative Überbelastung eintritt, ein hoher, unspezifischer Alltagsstreß oder „zeitextendierte Belastungen“ gegeben sind, die nicht bewältigt werden können. Zu nennen sind hier Entwicklungskrisen, Karrierenicks, Ressourcenverlust, „*critical life events*“ (Filipp 1982), Burn-out (Petzold 1991p);

7. wenn *diverse pathogene Einflüsse und ungeklärte Faktoren* wie Drogenkonsum, chronische Intoxikationen, ökologische Einwirkungen (Haft, Extremklimata) zum Tragen kommen oder auch unkläre Faktoren wie z. B. etwaige „delegierte Gefühle“ bzw. „toxische Familienmythen“ bei frühverwaisten, familienlosen Patienten, wo eine derartige, unter der Perspektive der Mehrgenerationen-Familientherapie durchaus interessante „*social inheritance*“ nicht mehr objektiviert werden kann. Im übrigen muß man sich darüber klar sein, daß nicht alle relevanten Krankheitsursachen auch stets aufgefunden werden können.

Treffen diese Faktoren oder einige von ihnen in einer „**negativen Synergie**“ zusammen, können Erkrankungen entstehen – sie müssen es nicht. Treffen sie auf eine schon vorgeschädigte Persönlichkeit mit brüchigem *Selbst*, schwachem *Ich* und diffuser *Identität* in einem Kontext ohne „*supportive Valenz*“, so kann es z. B. zu einer „akuten psychotischen Dekompensationen“ kommen (vgl. Abb. 2).

Die im voranstehenden aufgelisteten Einflußgrößen verlangen zwingend, wie es im fünften Punkt auch explizit formuliert ist, nach einer karrierebezogenen Betrachtungsweise von Saluto- und Pathogenese (Petzold 1990e; Antonovsky 1979; Brown, Harris 1978) und natürlich auch nach karrierebezogenen Modellen von Krankheitsbewältigung (Badura 1985, 340) und von Therapie (Petzold, Hentschel 1991) – Therapien sind in der Regel ja kürzere oder längere *Karrierebegleitungen*. Leider ist diese Perspektive sowohl in der Suchtkrankentherapie als auch in der Therapie psychiatrischer Patienten – von Neurosekranken einmal ganz zu schweigen – noch kaum umgesetzt worden. So werden die Karrieren „multipler Rückfälle“ bei Drogenabhängigen genausowenig therapeutisch genutzt wie der Drehtür-

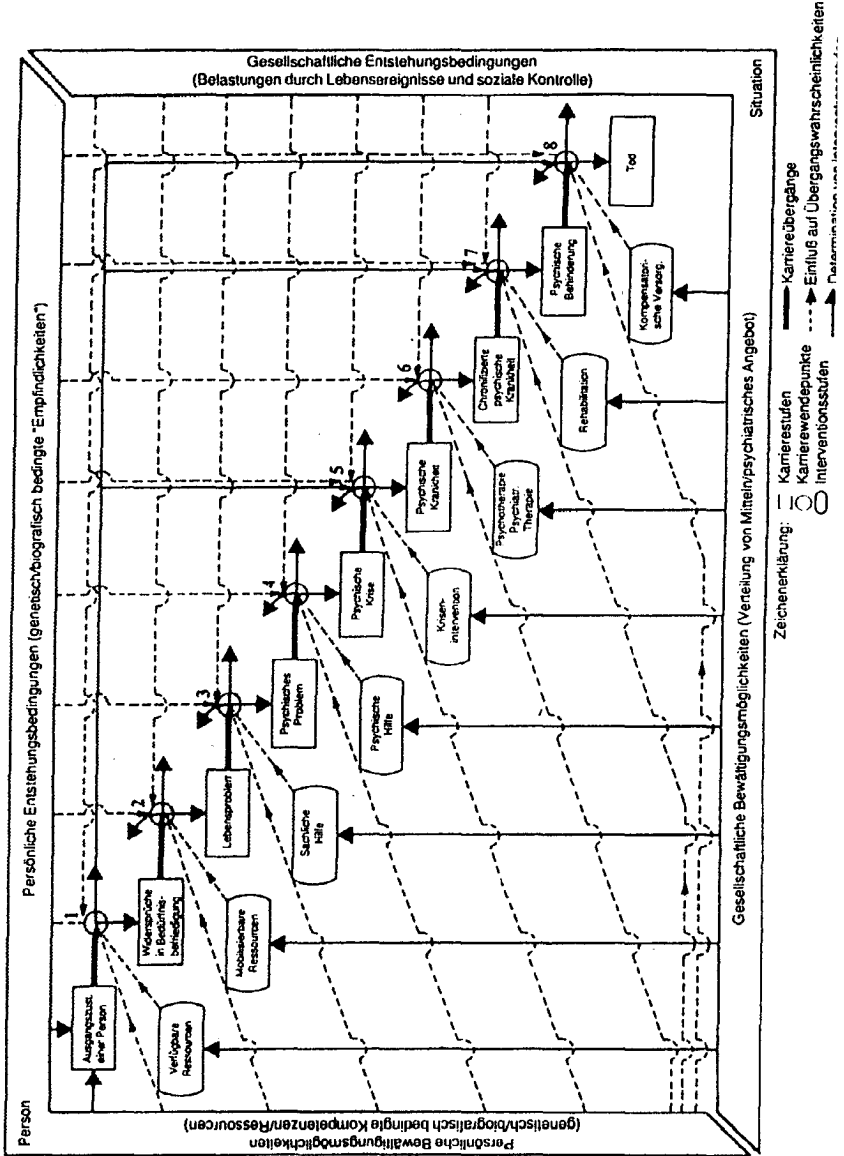


Abb. 3: Karrieremodell psychischer Störungen und Interventionen (Forster, Pelikan 1977, 32/33, aus Ulich 1987, 161)

effekt bei Psychatriepatienten. Jeder neue Kontakt mit den Hilfsagenturen könnte im Sinne einer gezielten „*Karrierebegleitung*“ und „*intermittierenden Therapie*“ genutzt werden (Petzold 1990k). Stattdessen kommt es zu einer Kette von unkoordinierten Zufallsinterventionen, die das Vertrauen in die Hilfsagenturen mehr und mehr schwinden lassen (idem 1980c). Das hohe Potential **intermittierender Psycho- und Soziotherapie** (Petzold, Petzold 1992) bleibt ungenutzt.

Von den Arbeiten, die für die Analyse von Ereignisketten und Karrieren besonders wertvolle Anregungen bieten, seien hier genannt die Studien von Brown und Harris (1978), Dohrenwend, Dohrenwend (1981), Ulich et al. (1985), Kessler et al. (1985), Robins, Rutter (1990).

Karrieren als das Zusammenwirken aller positiven, negativen und defizitären Einflüsse (Petzold 1988n, 200-206) sind in ihren Auswirkungen beim derzeitigen Forschungsstand noch schwer zu typisieren. Die Longitudinalforschung (Rutter 1988; Robins, Rutter 1990; Thomae 1983, 1988) legt eine **differentielle** Betrachtung jeder einzelnen Lebenskarriere nahe (Keupp 1983), wobei besonders den **Krisen** zentrale Bedeutung zuzumessen ist (Ulich 1987, 195). Je nach Verlauf kann es zu folgenden drei Auswirkungen kommen:

1. „produktive Verarbeitung zur positiven Sozialisation“,
2. „keine substantielle Persönlichkeitsveränderung“,
3. „psychische Störung“ (Keupp 1980, 585).

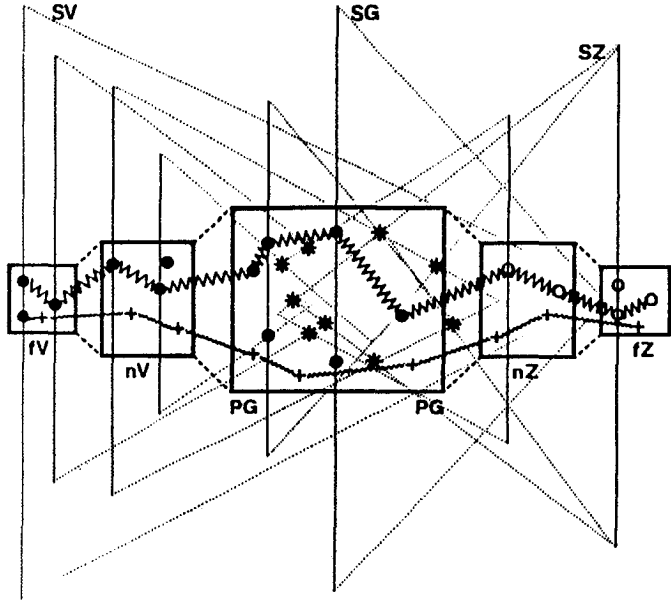
Die Verbindung vom „*kritischem Lebensereignis*“, „*subjektiver Bewertung*“, „*ausgelöster Krise*“, und „*Krisenverarbeitung*“ mit später resultierenden Erkrankungen, das „*event-disturbance-link*“ (Thoits 1983, 85), stellt nach wie vor ein weitgehend ungelöstes Problem der Ätiologie dar und erfordert die individualisierte Rekonstruktion der Karriere in ihren *bewussten* und *unbewussten* Dimensionen nach dem Prinzip „*von den Phänomenen zu den Strukturen*“. Der Exploration von „*critical life events*“ und ihrer Summation, von Krisenhäufigkeit und -intensität – eine Verbindung von Krisentheorie und Event-Theorie, wie sie Ulich (1987, 195) vorgeschlagen hat – wird dabei besondere Bedeutung für die Bewertung einer Karriere auf ihre pathogenen und salutogenen Einflüsse hinzukommen.

Ein besonders interessantes Modell karrierebezogener Betrachtung haben *Forster* und *Pelikan* (1977) vorgelegt, interessant, weil es einerseits sehr nuanciert unterschiedliche Problemlagen und -intensitäten differenziert und andererseits differentielle Interventionen anbietet, wie man sie in einer „**systematischen Karrierebegleitung**“ einzusetzen hätte. Das Modell der beiden Soziologen akzentuiert das Zusammenspiel von individuellen Belastungen und Ressourcen und nimmt verschiedene Belastungen, Übergänge und Wendepunkte an. Es zentriert demnach in einem Krisenmodell κρίσις = Wendepunkt) im Sinne von *Lindemann* (1956) und *Caplan* (1963), nur daß *Forster* und *Pelikan* das Krisenparadigma auf die gesamte Karriere beziehen, ähnlich wie wir es in den überforderungs- und krisentheoretischen Überlegungen der Integrativen Therapie unternehmen haben (*Petzold* 1968a,b; 1977i; 1982r, 1991p; *Petzold, Schnyder* 1992), und wie es sich in der Konzeptualisierung des „Integrativen Modelles der Pathogenese II“ niedergeschlagen hat. Man kann *Ulich* (1987, 162) vollauf zustimmen, wenn er für derartige, karrierebezogenen Modelle postuliert, es müsse Ziel der Forschung sein, „*Übergangswahrscheinlichkeiten*“ bestimmbar zu machen, die sich aus den „Verletzbarkeiten, realen Problemen, der konkreten Lebenslage sowie den individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen zusammensetzen würden und Prognosen sowie die Planung von Interventionen im konkreten Fall erlauben könnten“ (ibid.). Allerdings muß darauf geachtet werden, daß die *Lebenskarriere* insgesamt und nicht nur unter dem Blickwinkel der Pathogenese betrachtet wird, wie es dem Kliniker immer wieder unterläuft.

Unter Rückgriff auf das *Lewinsche* Konzept des Lebensraumes und der Zeitperspektive (*Lewin* 1963, 229; vgl. *Walter* 1978) hat *Petzold* (1991a) mit Bezug auf seine Zeittheorie (idem 1981e; 1991o) ein Modell der Lebenskarriere konzipiert, in dem positive + wie negative Vergangenheitereignisse ● und antizipierte Bedrohungen im Zukunftsraum ... als negative ∞∞ und positive ∞ Ereignisseketten zusammenwirken und in Schnittpunkten oder scheiternden Bewältigungsmöglichkeiten * Krankheiten auftreten können.

Die Auswirkungen einer „**negativen Synergie**“ dieser Einflußgrößen in Lebenskarrieren lassen sich an Symptomatiken erkennen,

Abb. 4: Pathogene und salutogene Ereignisse im Lebenszusammenhang, d. h. in Kontext/Kontinuum bzw. Lebensraum/Zeitperspektive, als individuelle Lebenskarriere



- PG psychologische Gegenwart
- nV nähere Vergangenheit
- fV ferne Vergangenheit
- nZ nähere Zukunft
- fZ ferne Zukunft
- SV Schatten der Vergangenheit auf die Gegenwart bzw. Zukunft
- SG Schatten aus der Gegenwart in die Zukunft
- SZ Schatten aus der Zukunft
- + positive Stimulierung/förderndes Lebensereignis/Eustreß
- pathogene Stimulierung/kritisches Lebensereignis/Distreß oder Krise in der Vergangenheit oder Gegenwart
- antizipierte Bedrohung (threat) oder Stresssituation
- * Schnittpunkt pathogener Einflußlinien, Störzone, Krise, Symptome, Erkrankung
- ∩ Prägnanzhöhe des Ereignisses
- ∩ maligne Narrative, pathogene Faktoren, Risiken, chain of negative events
- ∩ benigne Narrationen, salutogene Faktoren, chain of positive events, continuity of protective factors
- ... pathogene Einflußlinien

die sich im Körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Lebensvollzug des Menschen herausbilden. Die *Rekonstruktion* dieser Einflußgrößen und ihre Beeinflussung durch Einsicht (1), korrigierende emotionale Erfahrungen im Sinne einer Nachsozialisation (2), die Bereitstellung alternativer Erlebnismöglichkeiten (3) auf dem Boden solidarischer Hilfe (4) konstituieren die „vier Wege“ therapeutischen Handelns – d. h. der Heilung und Förderung – in der Integrativen Therapie zur Veränderung von negativen Lebenskarrieren in einer positiven Weise.

3.2 Zwei Modelle pathogener Einflüsse

Im folgenden werden zwei Modelle der Pathogenese skizziert:

- I. Das Modell der Entwicklungsnoxen und
- II. das Modell der zeittextendierten, multifaktoriellen Überlastung.

Doch zunächst noch eine **Vorbemerkung**: Die Begrifflichkeit „*pathogene Stimulierung*“, wie auch andere „klinische“ Begriffe bedürfen im Kontext des Entwurfes der Integrativen Therapie zweifellos der Erläuterung und auch der kritischen Diskussion. Zumal wenn sie im Rahmen klinischer Settings oder eines universitären Wissenschaftsbetriebes verwendet werden, stehen sie im Sog der Verdinglichung, die diesen Institutionen eignet. Aufmerksamkeit ist weiterhin geboten, weil eine positivistisch-behavioristische Herkunft des Reiz-Reaktion-Schemas („*stimulus and response*“) assoziiert werden könnte und somit auch innerhalb der Psychologie ein keineswegs immer unproblematisches Bedeutungsfeld aufkommen kann. Indes, der Behaviorismus ist nicht unser Bezugsrahmen für stimulierungstheoretische Überlegungen. Es gilt also vorweg klarzustellen: Mit Sicherheit soll nicht nach kritisch-theoretischem Vorspann einfach wieder Positivismus möglich sein. So sollen nicht durch ein mechanistisches Stimulus-Response-Modell „Kritische Theorie“ und Phänomenologie oder Hermeneutik über Bord geworfen und z. B. die leibtheoretische Prämisse, das atmosphärische Erfassen und szenische Verstehen, das Ko-responzenzmodell bzw.

die Gedanken an Bezogenheit und Intersubjektivität außer Kraft gesetzt werden.

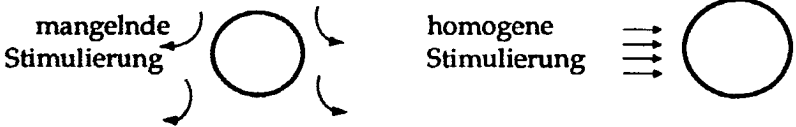
Ganz sicher geht die Bedeutung von Ko-respondenz nicht in einem, wenn auch wechselseitig verstandenen, „Stimulus-respon-se-Modell“ auf. Stimulierung wird vielmehr organismustheoretisch (Goldstein 1934) im Sinne von Adaptierungsleistungen (Helson 1964) des Organismus an Einflüsse des Feldes, und – diese Sicht ergänzend und überschreitend – entwicklungstheoretisch (der Säugling ist ein Stimulierung suchendes Wesen, vgl. Stern 1985; Petzold 1990e) und wahrnehmungstheoretisch gesehen (Arnheim 1978). Aus „ökologischer Perspektive“ (Gibson 1979) ist Stimulierung ein permanenter Fluß von Informationen aus der Umwelt, die wahrgenommen, erfaßt, verstanden und erklärt werden können und damit persönliche Bedeutung gewinnen. Stimulierungen können als Impulse (*impetus*) gesehen werden, die anregen und Kreativität freisetzen, Ko-kreation möglich machen (Iljine 1990; Petzold 1990b und e). Der *perzeptive Leib* nimmt multiple Einwirkungen auf, die auf die Lebensgeschichte treffen und diese beeinflussen. Sie tragen damit zur Ausbildung persönlicher Biographie durch intersubjektive Kommunikation oder durch Auseinandersetzung mit der Lebenswelt und den in ihr enthaltenen und wirkenden „social worlds“ (Petzold, Petzold 1991) bei.

Bei den Begriffen der „pathogenen“ oder der „multiplen“ Stimulierung handelt es sich – dem Gedanken der *Mehrperspektivität* folgend (idem 1990o) – um klinische Arbeitsbegriffe. Es geht mit diesen Modellen darum, für die Praxis möglichst einfach (deshalb notwendigerweise schematisch) bestimmte, pathogene Strukturen zu skizzieren, verursachende Einwirkungen und Kräfte, die in konkreten Lebensszenen zur Wirkung kommen, die aber stets auf die „Ursachen hinter den Ursachen“ (idem 1991c) befragt werden müssen.

Innerhalb einer definierten klinischen Perspektive kann diesen Modellen zweifellos eine gewisse Geltung zukommen. Aus der Meta-Perspektive des integrativen Ansatzes geschlossen, sind sie aber auf diesen Bereich zu beschränken. Denn für sich allein genommen drücken sich in ihnen lediglich Ansichten formalisierender Analyse, von Abstraktion und Selektion aus. Sie müssen deshalb

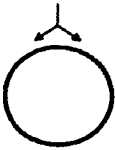
Abb. 5: Das Entstehen von Schädigungen
 Konzepte der Pathogenese (aus Petzold 1977a)

**Pathogene Situation
 DEFIZITE**

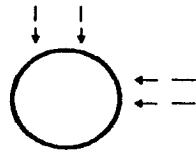


**Pathogene Situation
 STÖRUNGEN**

uneindeutige Stimulierung
 (z.B. durch mangelnde oder fehlgeleitete
 Empathie der Bezugsperson)

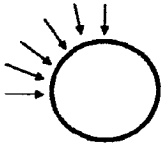


inkonstante Stimulierung
 (z.B. durch fehlende „Objekt Konstanz“,
 d.h. Beziehungskontinuität)

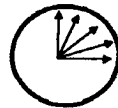


**Pathogene Situation
 TRAUMATA**

Externe Überstimulierung



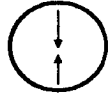
Interne Überstimulierung



Pathogene Situation KONFLIKTE

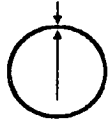
1. O-O-Konflikt

Zwei autochthone Bedürfnisse, (d.h. Stimulierungssituationen), die im Organismus angelegt sind, treten gleichzeitig auf. Sie kollidieren miteinander und hemmen sich wechselseitig, z.B. das Bedürfnis nach Nahrung und Schlaf.



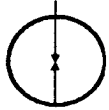
2. O-E-Konflikt

Ein autochthones Bedürfnis des Organismus kollidiert mit Außenrealität, z.B. Hunger oder Müdigkeit, mit dem Entzug von Nahrung oder Schlaf in einer Katastrophensituation. Oder: Klara will naschen. Die Mutter kommt hinzu. „Läßt du das wohl sein!“



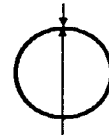
3. O-I-Konflikt

Das Bedürfnis nach Nahrung als autochthoner organischer Stimulierungszustand wird durch ein internalisiertes Verbot gehemmt (Es/Über-Ich-Konflikt). Klara will naschen. Die „innere Mutter“: „Das darf man doch nicht.“



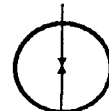
4. I-E-Konflikt

Eine erlernte und internalisierte Strebung und die Außenrealität kollidieren miteinander, z.B. das Bedürfnis, einem anderen Menschen in Schwierigkeiten zu helfen, und das Verbot einer äußeren Instanz, etwa in einem totalitären Staat.



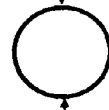
5. I-I-Konflikt

Zwei erlernte und internalisierte Strebungen stehen gegeneinander, z.B. das Streben nach Erfolg in einer Konkurrenzsituation (Stimulierung) und das Gebot der Fairness (Hemmung).



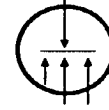
6. E-E-Konflikt

Zwei externe, gleich starke Impulse treffen auf den Organismus und führen zu dem Konflikt, in welche Richtung er reagieren soll.



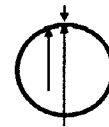
7. O/I1,2 — I-Konflikt

Hunger (O) auf ein sauber (I1) und schmackhaft (I2) zubereitetes Gericht wird in seiner Befriedigung dadurch gehemmt, daß noch nicht alle Gäste am Tisch sitzen (I).



8. O/I-E-Konflikt

Das basale Bedürfnis nach Sexualität (O), gekoppelt mit dem erlernten Bedürfnis nach einer anregenden, angenehmen Umgebung (I), wird durch widrige äußere Umstände (E) gehemmt.



notwendigerweise durch zusätzliche Perspektiven erweitert werden und sind nur im Rahmen einer integrativen Meta-Perspektive zu vertreten. Vor allem müssen sie stets **subjekt- und erlebnistheoretisch aufgefüllt** werden und bedürfen der entwicklungs- und persönlichkeits-theoretischen Einbindung und insbesondere der **szenischen Rückübersetzung** (idem 1990e,p, 1991o). Erst dann können sie mit Fug und Recht als „integrative Modelle“ gelten. Im folgenden werden die beiden Modelle von Pathogenese anhand von Diagrammen dargestellt.




Das Pathogenesemodell der „Entwicklungsnoxen“ (Modell I, Abb. 6) ist auf die Einwirkung von Noxen, d. h. **Schädigungen** im Entwicklungsverlauf, gerichtet, durch die aufgrund **pathogener Stimulierungskonstellationen** (Abb. 5) die sich entwickelnde Persönlichkeit mit ihren Dimensionen Leib-Selbst, Ich, Identität beeinträchtigt wird. Insbesondere die Entwicklung vom „archaischen zum reifen Leib-Selbst“ ist gefährdet. Bei Häufungen von „*stressful life-events*“, bei Polytraumatisierungen in bestimmten biographischen Ebenen entstehen dann „*prävalent pathogene Milieus*“, die bei fehlender Kompensation Nachwirkungen haben können. Zentral ist die Fundierung des Modells in der Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie (idem 1984i, 1990e). Es steht damit im Denkparadigma der Tiefenpsychologie, überschreitet dieses aber in der Differenzierung der Schädigungen – es gibt eben „frühe“ und „spätere“ Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte (vgl. Abb. 4 u. 5) – und in der Betonung der „life-span-Perspektive“ der Pathogenese, bei der die frühe Kindheit zwar als wichtig, aber nicht als omnikausal betrachtet wird.

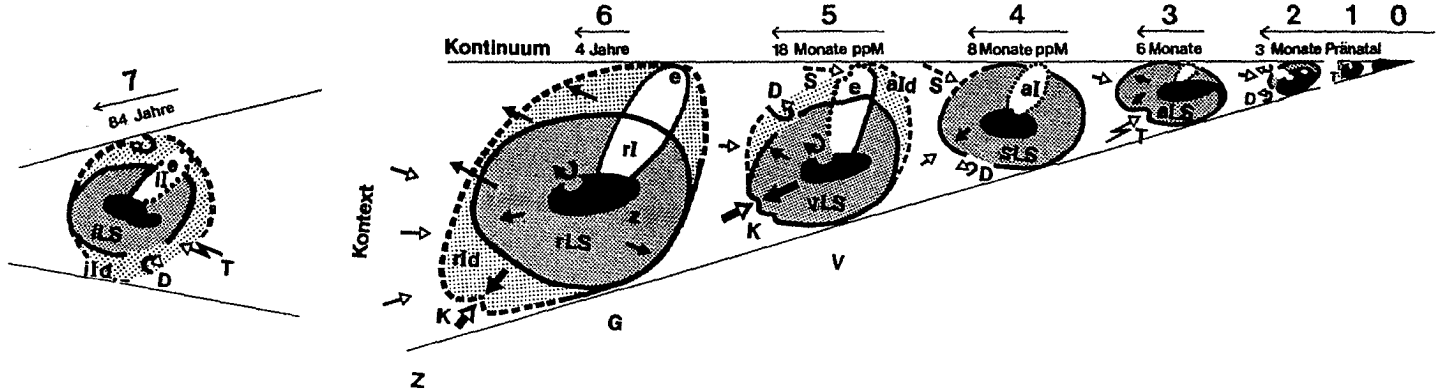
Das Pathogenesemodell **zeitextendierter multifaktorieller Überlastung** (Modell I, Abb. 7) ist genereller. Es schließt Modell I ein, betont aber bei Berücksichtigung der Vergangenheitseinflüsse die Prozesse in der Gegenwartsdimension und den faktischen, antizipierten und projektiv ausgespannten Zukunftstraum. Es verarbeitet kognitive Streß- und Coping-Theorien (Lazarus, Launier 1978; Seligman 1978; Jerusalem 1990), Überforderungs- und Krisentheorien (Ulich 1987; Bühl 1984; Petzold 1968a,b 1982r, 1991p), Ressourcen- und Social-support-Theorien (Nestmann 1988), Mastery- und Com-

petence-Konzepte (Lazarus, Folkman 1984; Bandura 1986 etc.). Wiederum wird auf die *Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie* rekurriert, und zwar insbesondere auf die Aspekte der kognitiven Stile, emotionalen Stile, Selbstbilder und Narrative/Narrationen. Modell II ist einer kognitivistischen und emotions-theoretischen Perspektive verpflichtet, integriert aber den tiefenpsychologischen Ansatz in seiner *tiefenhermeneutischen* (d. h. das libidoökonomische und triebdeterministische Paradigma überwindenden) Ausrichtung.

3.2.1 Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen (I) – Abb. 6










Die nachfolgenden Überlegungen sind eingebunden in unser „*tentatives Modell zur entwicklungstheoretischen Betrachtung der Persönlichkeit in den Formen ihres Weltbezugs*“, in dem wir sechs „Welten“ annehmen (Petzold 1990e).

Erläuterungen zu Modell I: Die befruchtete Eizelle entwickelt sich als Organismus, als Körper,  als „*organismisches Selbst*“ (Figur 0) in der „*Welt sensumotorischer Erfahrung und organischer Perzeptivität*“ (0.-6. Monat pränatal). Er ist genetisch ausgestattet mit den Möglichkeiten der Entfaltung. Mit der Ausbildung des Nervensystems und der Wahrnehmungsorgane in der embryonalen Entwicklung werden propriozeptive \rightarrow und exterozeptive \Rightarrow Stimulierung als Informationen vom Organismus aufgenommen und bewirken Adaptierungsleistungen. Diese Stimulierung, die der Organismus geradezu sucht (Stern 1985), kann benigne, fördernde \Rightarrow , oder maligne, schädigende \nearrow Qualitäten haben. Propriozeptionen ermöglichen dem Organismus eine „*matte Awareness*“ (*preawareness, organismic perceptivity*). Es entsteht in der „*Welt der affektiven Erfahrung und eigenleiblichen Selbstempfindung*“ (-3 bis 3. Monat postnatal) das „*archaische Leibselbst*“ (Fig. 1 und 2) , als komplexe somatopsychische Repräsentanz – wir sprechen von Holorepräsentanzen. Der Körper nimmt sich also wahr, speichert das Wahrgenommene als *sensumotorisch-emotional-kognitives Schema*. Wahrnehmungs-, Speicher- und Ausdrucksmöglichkeiten werden aus dem Organismus im Leibselbst als „*archaisches Ich*“ (Figur 3) – d. h. noch nicht kohärent verbundene Ich-Funktionen  – entwickelt in der „*Welt der interpersonalen Erfahrung und intrapersonaler Daseins-*



- 0 = Welt sensumotorischer Erfahrung und organismischer Perzeptivität – „organismisches Selbst“
- 1-2 = Welt der affektiven Erfahrung und eigenleiblichen Selbstempfindung – „archaisches Leib-Selbst“
- 2-3 = Welt interpersonalen Erfahrung und intrapersonaler Daseinsgewißheit – „archaisches Ich“
- 4-5 = Welt intrapersonaler Erfahrung – „Subjektives Leib-Selbst“
- 5 = Welt der Symbol- und Spracherfahrung – Archaische Identität, „verbal-symbolisches Selbst“
- 6 = Welt der Identitätserfahrung – „reife Identität“, „reifes Selbst“
- 7 = Welt der Involutionserfahrung – „involutives Selbst“

Abb. 6: Die Entwicklung des Leibselbsts zum Leib-Subjekt in Kontext/Kontinuum durch fördernde und pathogene Stimulierung bzw. Entwicklungsnoxen.
Integratives Modell der Pathogenese I.

-  Organismus/Körper O
-  Leib-Selbst LS
-  archaisches Ich aI
-  reifes Ich rI
-  archaische Identität aId
-  reife Identität rId
-  Einflüsse aus Kontext/Kontinuum als Identifizierungen bzw. Attributionen
-  Einwirkung in den Kontext, kommunikative, ideoplastische, alloplastische Impulse des Leibselbst und des Ich
-  Einwirkung in das eigene Leibselbst und Ich durch retroflektive, autoplastische Impulse

e= exzentrische Position des Ichs

z= zentrierte Position des Leibes

V= Vergangenheit

G= Gegenwart

Z= Zukunft

aLS= archaisches Leibselbst (awareness)

sLS= subjektives Leibselbst

vLS= verbal-symbolisches Leibselbst

rLS= reifes Leibselbst/Leib-Subjekt (consciousness)

iLS= involutives Leibselbst

aI= archaisches Ich (unbewußt, vorbewußt)

rI= reifes Ich (exzentrisch, reflexiv, bewußt)

iI= involutives Ich


aId= archaische Identität

rId= reife Identität




iId= involutive Identität



ppM= prävalent pathogenes Milieu durch singuläre oder Polytraumatisierung

Positive Stimulierungen:

 = protektive und salutogene Stimulierung

Pathogene Stimulierung/Schädigungen:

   T = Überstimulierung; Trauma

  K = Gegenläufige Stimulierung; Konflikt

 D = fehlende Stimulierung; Defizit

 S = inkonstante Stimulierung; Störung

gewißheit“ (3.-6. Monat). Im Verlauf des ersten Lebensjahres bildet sich das „archaische Leibselbst“ und das „archaische Ich“ unter dem Einfluß „fördernder Umwelt“ immer weiter aus in Richtung eines exzentrischen, „reifen Ichs“ (Figuren 4-6) ○, das das Leibselbst „in den Blick zu nehmen“ vermag. Reflexive, scharfe Bewußtheit, Ich-Bewußtheit (*consciousness*) entsteht in der „Welt der intrapersonalen Erfahrung“ (8.-12. Monat, Figur 4) und damit *Selbstepathie*, *Selbstgefühl* als Qualitäten eines „subjektiven Leibselbst“. Die organismische Zentriertheit wird durch die „exzentrische Position“ zunehmend abgelöst. Das exzentrische, reflexiv-bewußte, „reife Ich“ tritt in aktive Interaktion mit der Umwelt, aus der es Fremdattributionen aufnimmt, *Identifizierungen*, die es gewichtet und bewertet (*appraisal, valuation*) und mit *Identifikationen* belegt, so daß über *Internalisierung* „Selbstbilder“ entstehen können. Diese werden durch Synergieeffekte allmählich zu einer „archaischen Identität“ ● und einem „symbolischen Selbst“ (Figur 5) in der „Welt der Symbol- und Spracherfahrung“ (12.-18. Monat), in der auch das *Selbstwertgefühl* entsteht, allmählich zur *Identität* synthetisiert. Schließlich bilden sich mit wachsender Exzentrizität und kognitiver Kompetenz eine „reife Identität“ ●● und ein „reifes Selbst“ ●● in der „Welt der Identitätserfahrung“ (18. Monat bis 4 Jahre) aus, eine Zeit, in der *Selbsterkenntnis* und *Selbstverständlichkeit* beständig zunehmen (Figur 6). Die Selbstbilder und die gesamte Identität wirken formend auf das *Leibselbst* zurück, indem es z. B. einen bestimmten „Habitus“ in Körperhaltung, Mimik, Bewegungsmuster ausprägt, ein Vorgang, den wir mit *Merleau-Ponty* als „incarnation“ bezeichnen. Mit Ausbildung der „reifen Identität“ ist das „reife Leibselbst“, die Persönlichkeit als Ganzes konstituiert. Da die verändernden Einflüsse aus Kontext und Kontinuum die historisch gewachsenen Strukturen des Selbst, die Charakteristik der Identität bestimmen, steht die Persönlichkeit in permanentem Wandel. Die *Identifizierungen* → aus dem Lebenszusammenhang, die die *social identity* herstellen, sind nicht konstant. So sind stets neue *Identifikationen* → als Leistungen des Ichs notwendig, um „ego identity“ zu konstituieren, in der die sozialen Zuschreibungen und die Selbstwahrnehmungen und -attributionen zu einer vollen, „vielfacettigen Identität“

synthetisiert werden. Im Prozeß der Ausfaltung des Organismus, der Entwicklung vom archaischen zum reifen Leibselbst, in der Ichentwicklung und in der Identitätsentwicklung können durch „pathogene Stimulierungskonstellationen“ Schädigungen, *Noxen* eintreten. Als solche sehen wir Kräfte, die in konkreten biographischen Situationen zum Tragen gekommen sind und belastende emotionale Situationen auslösen. Das Stimulierungskonzept muß als formales Modell zur Beschreibung pathogener Einflußgrößen gesehen werden, die immer szenisch und atmosphärisch konkretisiert werden müssen, damit sie für die therapeutische Praxis Handlungsrelevanz gewinnen können.






Unter **Schädigungen** verstehen wir folgende pathogene Stimulierungskonstellationen:

→ **Traumata** = Überstimulierung (körperliche Verletzung, abrupte Trennung). Traumata hinterlassen – je nach Stärke und entlastender Wirkung protektiver bzw. kompensatorischer Einflüsse – oftmals Deformationen der Persönlichkeit: im *Leib-Selbst*, das sich z. B. anästhesiert (Figur 3), im *Ich*, das Blindheiten behält, in der Identität, die „Löcher“ (Figur 4) ausbildet.

⤴ **Defizite** sind fehlende oder einseitige Stimulierung, durch die der Organismus, der zur Entwicklung Anregungen braucht, Kompetenzen und Performanzen nicht ausbildet: etwa Wahrnehmungsfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit auf der *Ebene des archaischen Leibselbst* (Figur 2), emotionale Steuerung, Erinnerungs- und Denkvermögen, Phantasie und Willenskraft, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit auf der *Ebene des Ich* (Figur 5), Stabilität und klare Konturen lebensstützender Bereiche (Leibbezug, soziales Netzwerk, Arbeit/Leistung, materielle Sicherheiten, Werte) auf der *Ebene der Identität* (Figur 5).

--> **Störungen** entstehen durch inkonstante oder uneindeutige Stimulierungen (z. B. *double-binds*). Bei fehlender Kompensation können so auf der *Ebene des Leibselbst* psychosomatische Reaktionen, auf der *Ebene des Ich* instabile Syntheseleistungen, auf der *Ebene der Identität* schwankende, labile *Identität* entstehen (Figur 4, 5).




→← **Konflikte** sind gegenläufige, widerstreitende Stimulierungen (4-6). Sie hinterlassen, wenn sie nicht gelöst und ausgeglichen werden, Spannungszustände im *Leibselbst* (4), Widersprüchlichkeit





ten und Zerrissenheiten im *Ich* (5), Unvereinbarkeit und Widersprüchlichkeit in der *Identität* (6). Derartige *Schädigungen* (als Oberbegriff für die verschiedenen pathogenen Stimulierungskonstellationen) können über die gesamte Lebensspanne hin eintreten und pathogen wirken, z. B. Inkarnation beeinträchtigen, also zu *Inkarnationsdefiziten* führen, oder *Dekarnationsphänomene* in Wahrnehmungs- und Ausdrucksvermögen auslösen sowie negative emotionale Lagen fixieren. Besonders die ersten Lebenswochen und -monate, in denen sich das *Leibselbst* (im Diagramm Figur 1 und 2, ) zunehmend aus der organismischen Grundlage (im Diagramm Figur 0 ) entfaltet und der kleine Nukleus des *Ichs* (im Diagramm Figur 2, 3 und 4 ) allmählich wächst, ist optimale Stimulierung unerlässlich und führt fehlende Stimulierung zu Deprivationszuständen. Um den sechsten Monat (3) beginnt das „archaische *Ich*“ über das *Leibselbst* hinauszugehen. Traumata (z. B. repressive Umweltimpulse) oder Defzite (z. B. mangelnde Sicherheit und Präsenz) können hier zu Rückschlägen führen. Um den achten Monat reicht das „archaische *Ich*“ schon in die Umwelt, wird die Umwelt bewußt-aktiv angegangen. Hier ist Stütze notwendig. Defizite (fehlende Interaktion) oder Störungen (stets unterbrochene Handlungszyklen) können zu Rückschlägen führen. Im zweiten Lebensjahr (Figur 5) greift das *Ich* weit aus in die Umwelt. Es wird exzentrisch, bewußt (Kagan 1981). Das *Leibselbst* ist nicht mehr in der Sicherheit autonomer Regulationsprozesse gestützt. Das *Ich* ist *noch nicht* kräftig genug, seine Exzentrizität noch nicht ausreichend entwickelt, um das eingetretene Defizit an Sicherheiten zu kompensieren. Aus diesem Grunde besteht im zweiten Lebensjahr eine besondere Vulnerabilität (Kagan 1981; Vyt 1989). Die *Identität*  beginnt sich rudimentär auszubilden, eine „archaische *Identität*“ (5), die sich bei optimaler sozialer Interaktion mit dem zunehmend an Exzentrizität und Reflexivität gewinnenden *Ich*, das die Identifizierungen bzw. Attributionen aus dem sozialen Kontext allmählich zu werten und bewußt zu verarbeiten vermag, immer prägnanter formt. Im vierten Lebensjahr finden wir dann eine altersentsprechende, „reife *Identität*“  (Figur 6), die bis zur Adoleszenz sich in weiteren Reifungsprozessen entwickelt, dann voll ausgebildet ist und sich über die

Lebensspanne hin unter fördernden oder schädlichen Einflüssen, benignen oder pathogenen Stimulierungen entfaltet oder geschädigt und beeinträchtigt wird (z. B. durch Stigmatisierungen und daraus folgend durch Selbststigmatisierung).

Die unterschiedlichen pathogenen Stimulierungen können singular auftreten, wie in den Figuren 1 – 3 in der Abbildung gezeigt. Die Figuren wurden exemplarisch konzipiert, um einige wesentliche Möglichkeiten von Schädigungen aufzuzeigen. Es ist zu beachten, daß neben den *pathogenen* Stimuli ein beständiger Zustrom positiver, protektiver, d. h. *salutogener* Stimulierung → fließt, der gleichzeitig die kontinuierliche Interaktion des Säuglings mit dem Umfeld und den relevanten Bezugspersonen repräsentiert.

Figur 1 könnte eine pränatale Schädigung ☹ durch ein exogenes Trauma (T) mit nachfolgender schwerer Spastik und geistiger Behinderung sein. Der Organismus wurde durch ein eingegrenztes Trauma verletzt. In Figur 2 können wir schwere Defizite (D) durch Unterversorgung oder Vernachlässigung annehmen ☹. Die Deprivationserfahrungen sind so stark, daß die organismische Ebene verletzt wird und sich ein organopathologischer Befund erheben läßt. Das Leibselbst ☹ ist *apathisch*, nicht altersgemäß entwickelt und sehr fragmentiert. In Figur 3 können wir eine abrupte Trennung, z. B. durch Erkrankung und Hospitalisierung der Mutter, als Trauma annehmen, das eine akzellerierte Ich-Entwicklung, eine „*maligne Progression*“ in Gang setzt mit Verhaltensauffälligkeiten und Somatisierungen im Gefolge. Figur 4 und 5 sind Beispiele für *Polytraumatisierungen, Störungen* ↔ (S) z. B. durch eine nervöse, ungeduldige Mutter, Defizite ☹ durch ihre häufige Abwesenheit. Die Folgen sind Verhaltensauffälligkeiten, Labilisierung des Körperschemas, Schädigung und weitere „*maligne Progression*“ des Ichs. In Figur 5 kommen in das vulnerable, zweite Lebensjahr *Störungen* durch fehlende Konstanz der Beziehungsperson auf, ☹ Defizite (D) durch mangelnde verbale Ansprache und körperliche Zuwendung, Konflikte → ← (K) durch widersprüchliche oder ↔ durch repressive Impulse aus der Umwelt. Die Möglichkeiten, *ideoplastisch* bzw. *alloplastisch* auf die Umwelt einzuwirken, sind äußerst gering, deshalb kommt es zur *autoplastischen* „*Retrofektion*“ ↶, die bis in

die organismischen Grundlagen  in Form von schweren Somatisierungen und bis in die Funktionen des *Ichs* wirken, die inkonstant werden . Die „archaische Identität“ , die sich allmählich aufzubauen beginnt, wird in diesem Prozeß beeinträchtigt. Figur 6 zeigt ein „reifes Leibselbst“ mit einer alloplastischen, in die Umwelt hineinwirkenden \rightarrow Identität, einem starken *exzentrischen Ich* und einem *kohärenten Leibselbst* mit unbeschädigter, funktionsfähiger, organismischer Grundlage. Bei positiver Stimulierung aus dem Außenfeld können Konfliktsituationen $\rightarrow \leftarrow$ (K) gut bewältigt werden – in Figur 5 führten sie noch zu Spannungen und zu Deformierungen des *Leibselbsts*.

Derartige Stimulierungskonstellationen, die hier – wie in der graphischen Darstellung deutlich wird – auf unterschiedliche Niveaus der Persönlichkeit einwirken, müssen natürlich in ihrer *Gesamtwirkung* unter *longitudinaler Perspektive* gesehen werden, um keine monokausale Pathogenese zu konstruieren. In dieser Sichtweise können pathogene Stimulierungskonstellationen an jedem Punkt des Lebenskontinuums als Gesundheits-/Krankheitskontinuum (Antonovsky 1979, vgl. Abb. 1) Pathologie bewirken. Besonders deutlich wird dies in Belastungssituationen und Krisenzeiten und im Senium. Bei Hochbetagten (Figur 7) kann es durch multiple Deprivationen \rightarrow , wie sie z. B. Heimsituationen mit sich bringen können, und durch organische involutive Prozesse  zu Verlusten im Funktionieren des Ich  kommen, das Leistungsfähigkeit einbüßt, zu Einbußen an Identität , die Bereiche verliert (z. B. Arbeit und Leistung) und zu Einbrüchen in das Leibselbst , dessen Strukturen defizitär und brüchig werden. Weil sich also über das Leben hin die Stimulierungskonstellationen im Kontext/Kontinuum ändern, die Persönlichkeit sich wandelt und der Lebenszusammenhang immer neue Situationen bietet, ist auch eine Zuordnung spezifizierter Stimulierungskonstellationen zu bestimmten Krankheitsbildern schwierig, denn in der Regel ist z. B. ein 34-jähriger Borderline-Patient kein „Frühgestörter“, sondern ein Mensch, der 34 Jahre unglücklicher *Karriere* mit einer „chain of adverse events“ und wenig an Kompensationen durch „protective factors“ und „salutogenen Einflüssen“ hinter sich hat, eine *Karriere*, in der „frühe Schä-

digungen“ durchaus auch eine gewichtige Rolle spielen können. Spätere „kritische Lebensereignisse“ (mit 24 Jahren z. B. verschuldet der Patient einen Unfall, bei dem seine Freundin in schlimmer Weise zu Tode kommt) haben aber Wirkung „mit eigenem Gewicht“. Die Einflüsse von potentiell pathogener Stimulierung auf unterschiedliche prävalente Milieus der Biographie können als konstitutiv für „maligne Narrative“, für „chains of adversive events“ gesehen werden. Für das Verstehen von Pathologie müssen wir deshalb die Wirkungen auf den verschiedenen biographischen Milieus, das Zusammenspiel protektiver und adversiver Ereignisketten in den Blick nehmen und ihre Einwirkungen auf die Persönlichkeit untersuchen.

Die klinische Charakterisierung bestimmter pathogener Konstellationen im Hinblick auf spezifische Altersstufen und Persönlichkeitsdimensionen kann deshalb nur Hinweise und Tendenz für die Genese umrissener Krankheitsbilder hergeben (die sich mit Hilfe der graphischen Darstellung vom Modell I auch spezifisch visualisieren lassen). Zum Beispiel können Defizite an Zuwendung und Pflege im ersten Lebensjahr die Folge haben, daß sich ein *fragmentiertes Leibselbst* ausbildet, welches bei weiterer Negativkarriere als die Grundlage einer möglichen psychotischen Erkrankung oder einer schweren Psychosomatose angesehen werden kann. Oder: durch *Störungen* der Interaktionen in einer „vulnerablen“ Periode im zweiten Lebensjahr (Vyt 1989) wird ein schwaches, *nicht synthesesfähiges Ich* ausgebildet, das bei weiteren Noxen und fehlender Kompensation, also bei einer *Negativkarriere*, als Grundlage einer Borderline-Erkrankung betrachtet werden kann. Das schwache *Ich* vermag in der Regel keine *stabile*, sondern nur eine *labile, inkonsistente Identität* auszubilden, wie sie für Borderline-Patienten kennzeichnend ist. Andererseits können Defizite, die das *archaische Leibselbst* treffen, wenn dieses über genügend vitale Ausstattung verfügt, eine „maligne Progression“ (Ferenczi) als akzellerierte Ichentwicklung in Gang setzen. Es bildet sich als Notreaktion auf einem *brüchigen Selbst* ein *starkes Ich* aus, dem es auch gelingt, eine prägnante *Identität* auf diesem schwachen Grund zu synthetisieren. Diese Konstellation bietet oftmals Grundlage für die Ausbildung schwerer Persönlichkeitsstörungen, z. B. einer „narzißtischen Neurose“. An diesen Bei-

spielen wird deutlich, daß Persönlichkeitstheorie, Entwicklungsge-
schehen und Pathogenese aufs Engste miteinander verbunden sind.

Das Modell I, die Betrachtung von Pathogenese unter dem
Aspekt *schädigender Stimulierungskonstellationen* im Entwick-
lungs-
verlauf und mit Blick auf unser persönlichkeits-theoretisches Mo-
dell, kann auch noch einen anderen Bezug erhalten, den der „An-
thropologie des schöpferischen Menschen“ (Petzold 1987c/Petzold,
Orth 1990a, 593f; 1988n, 146f). Wenn *Defizite, Traumata, Störungen
und Konflikte* in noxischer Intensität und Dauer auf den „*perzeptiven,
expressiven und memorativen Leib*“ einwirken, so hat dies zur Folge,
daß die Prozesse der Subjektwerdung, der „*Incarnation*“ beein-
trächtigt werden, ja daß *Decarnationsphänomene*, d. h. der Verlust
von Potentialen des „*sujet incarnée*“ (Merleau-Ponty 1966), im Bereich
der Wahrnehmung und des Ausdrucks eintreten können (Orth,
Petzold 1991; Petzold, Orth 1991). Der „*perzeptive Leib*“ kann durch
traumatische Überstimulierung geschädigt werden. Wahrneh-
mungsausfälle und -störungen können eintreten, oder dysfunktio-
nale Abwehrformen können aufgebaut werden: *Analgesierung* bei
Überflutung mit Schmerz, *Anästhesierung* als Schutz vor Häufungen
von Negativeindrücken, Szenen des Schreckens. Anästhesierung
kann aber auch Folge ständiger Stimulierungs*defizite* sein, so daß
die Aneignung von Welt, Einleibung (*Schmitz*), Inkarnation (*Mer-
leau-Ponty*) nicht erfolgen kann. – Der „*expressive Leib*“ kann durch
Beeinträchtigung des Ausdrucks auf Grund von Verboten (*Konflikt*)
und verhindernden Impulsen (*Störung*) *inhibiert*, durch Strafen
(*Trauma*) *mutiliert* oder gar *amputiert* werden – Menschen, die z. B.
ihre Hände zwar „körperlich“ noch haben, diese aber „leiblich“
nicht zum Zufassen, Ausdrücken, Gestalten gebrauchen können.
Hände, die kalt, kraftlos, ausdruckslos, tot sind. Auch fehlender
Aktionsraum für und fehlende Antworten (*Defizite*) auf die Äuße-
rungen des „*expressiven Leibes*“ können Inhibitionen oder man-
gelnde Ausdrucksfähigkeit, die sich nicht ausbilden und üben kann,
im Gefolge haben. Sind die Eindrücke, die der „*perzeptive Leib*“
aufnehmen mußte, zu schrecklich gewesen, daß Anästhesierungsre-
aktionen auftraten (z. B. aufgrund von Mißhandlungen), besteht die
Möglichkeit, daß auch die Erinnerung an derartige Geschehnisse zu

belastend ist. Abspaltung und Verdrängung, die *Amnesierung* des „*memorativen Leibes*“ ist die Folge. Diese Zupassung des Modells pathogener Stimulierung muß nun wiederum in eine „*life span developmental perspective*“ gestellt werden, denn der „*perzeptive, expressive und memorative Leib*“ des Säuglings, Kleinkindes, Adoleszenten oder Erwachsenen sind differentiell zu sehen. In diesem Sinne handelt es sich lediglich um eine Variante des Modells I, die aber indes unter leib- und kreativitätstherapeutischen Gesichtspunkten (Petzold 1988n; Petzold, Orth 1990a) fruchtbar ist, da sich z. B. Dekarnationsphänomene oder Anästhesierungsmuster im Bereich des Ausdrucksverhaltens gut feststellen lassen, wertvollen Aufschluß über das Krankheitsgeschehen und seine Hintergründe geben und mit Rückgriff auf den leib- und kreativitätstherapeutischen Fundus der Integrativen Therapie auch Behandlungsmöglichkeiten eröffnen.

Trotz des explikativen Wertes von Modell I und seiner leibtheoretischen Variante bedarf die klinische Sicht der Pathogenese in der Integrativen Therapie noch einer umfassenderen Perspektive.

Beim derzeitigen Stand der Forschung und der Konzeptualisierung im Felde der Psychotherapie müssen ohnehin verschiedene Möglichkeiten in Betracht gezogen werden, Modelle der Krankheitsgenese zu konzipieren. Die Vielfalt der Einflußgrößen ist einfach zu komplex. Unserer Auffassung nach müssen übergreifende, integrative Modelle die anthropologische Perspektive im Sinne einer „*allgemeinen Krankheitslehre*“ als Hintergrunddimension einbeziehen und in der „*speziellen, klinischen Krankheitslehre*“ breit genug ausgelegt sein, denn es wird immer wieder nötig sein, von allgemeinen Modellvorstellungen zu spezifischen zu kommen, die einerseits besonderen Lebenslagen und Problemsituationen, andererseits speziellen Krankheitsbildern gerecht werden. So wird man z. B. für die Entstehung von Depressionen allgemeine *und* spezielle Gesichtspunkte zur Anwendung bringen und in differentielle Modelle einarbeiten müssen (Boscher 1991).

Im zweiten Modell (II) der Pathogenese (Abb. 7) soll nun unter Einbezug von Modell I ein allgemeines, möglichst umfassendes Konzept auf der Grundlage der Vorstellung entwickelt werden, daß

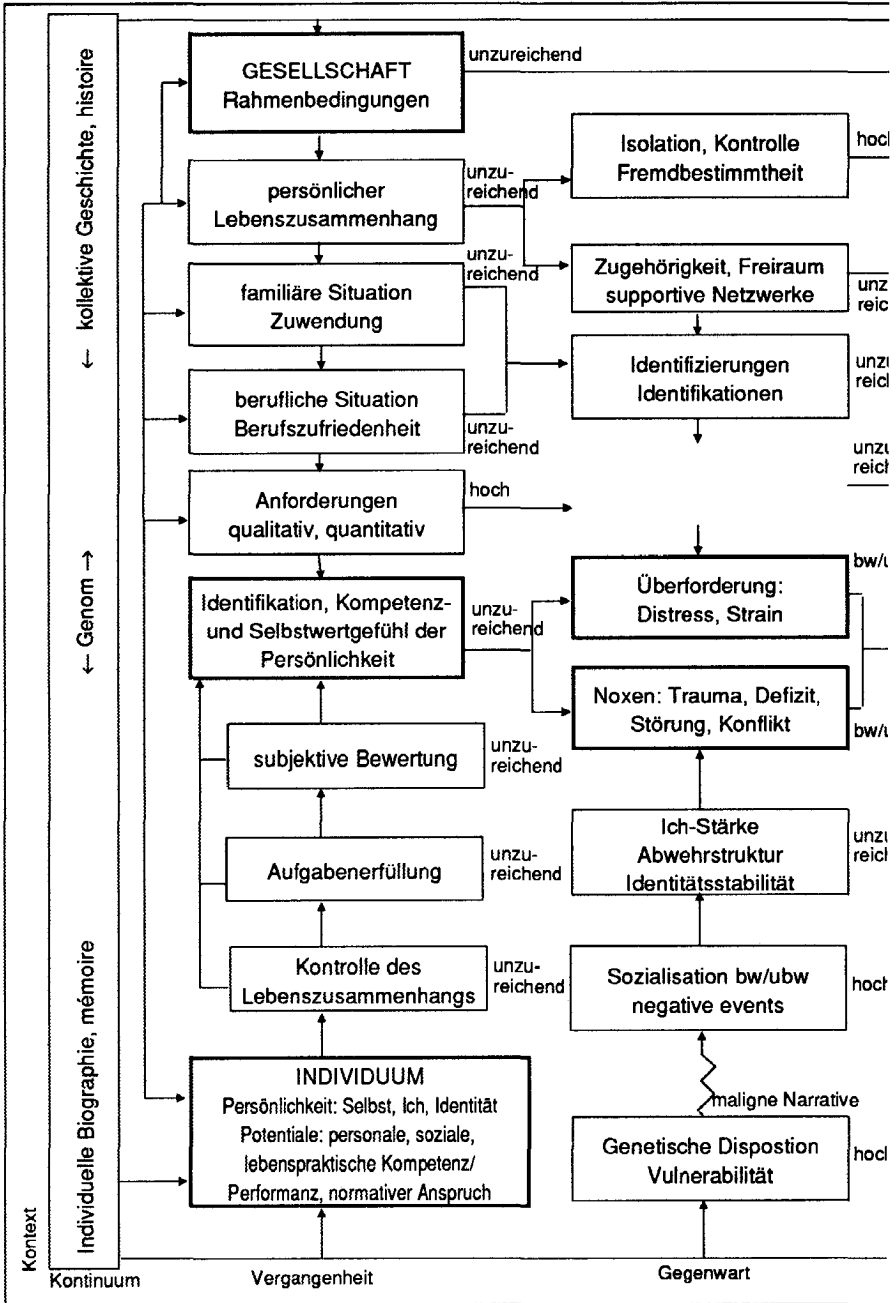
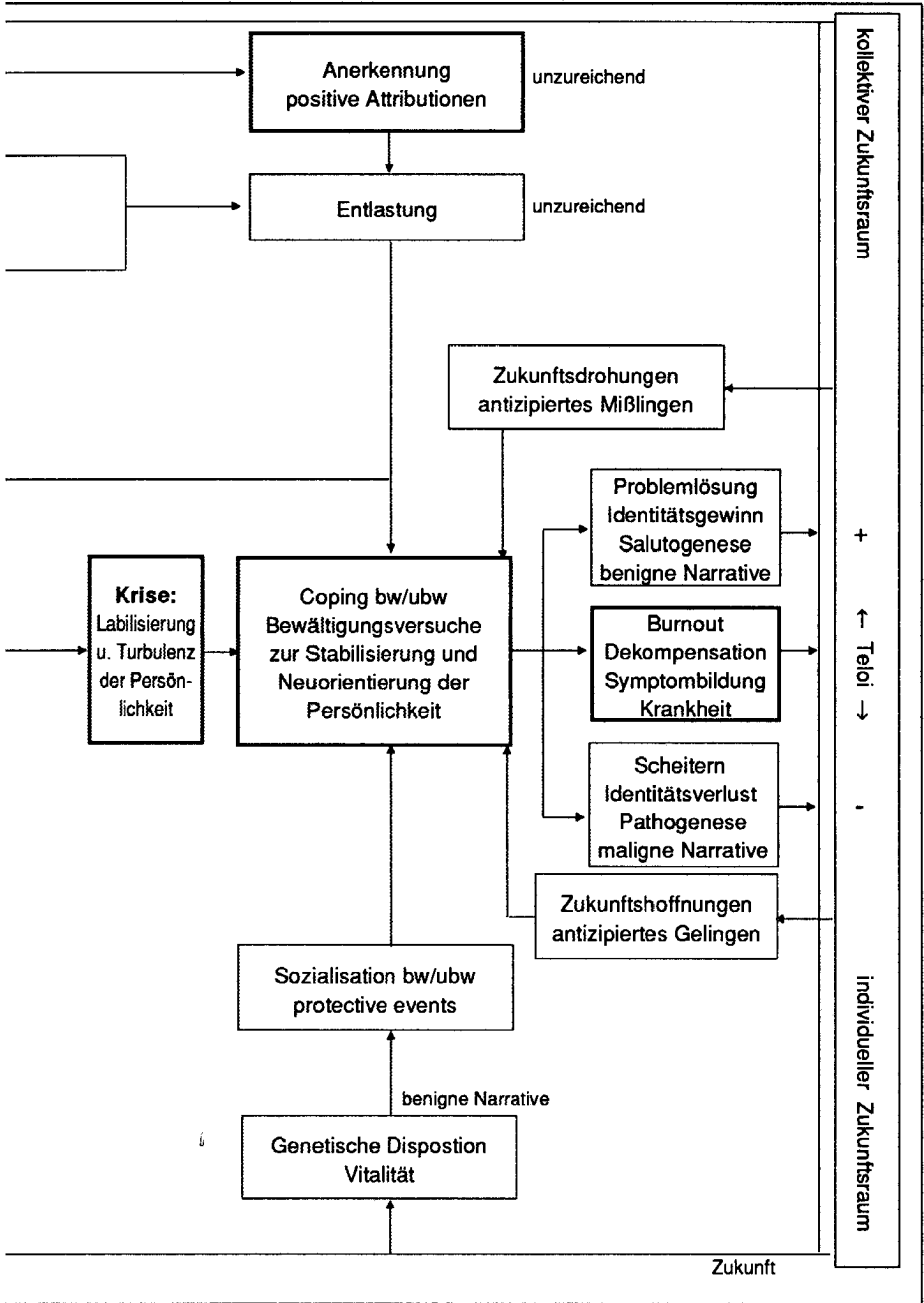


Abb. 7: Integratives Modell der Pathogenese II: zeitextendierte, multifaktorielle Überlastung in der Lebenskarriere



Krankheit als das Resultat *zeitextendierter multifaktorieller Überlastung* gesehen werden kann. Dabei richten wir uns an der *Krisentheorie* des integrativen Ansatzes (Petzold 1982r, 1968a,b, 1991p) aus, greifen also überforderungstheoretische (idem 1968a; Mierke 1955) und streßtheoretische (Seyle 1978) Ansätze auf und berücksichtigen kognitionspsychologische Modelle (Attributionstheorie, Kontrolltheorie), wie wir sie in unseren gerontologischen Arbeiten (Petzold, Bubolz 1976; Petzold 1985a, 123-158, 237-293) verwendet haben. Die Einbindung unserer persönlichkeits-theoretischen Konzepte, insbesondere die Identitätstheorie (idem 1984i) und der Theorie der Kompetenz/Performanz (idem 1988n, 586ff, 212) sind weitere Momente. Das Konzept der „pathogenen Stimulierung“ (idem 1977a, 1988n, 356f), des Ressourcenvorrats sowie der Perspektive des Lebenslaufes (*life span developmental approach*), in dem „*chains of adverse and nourishing events*“ (vgl. Rutter et al. 1990), schädigende und protektive Faktoren zum Tragen kommen können, sind gleichfalls von Bedeutung.

Für eine Vielzahl *interagierender* Faktoren muß also ein „*multitheoretisches Modell*“ auf einem breiten Fundus sich ergänzender, spezifischer Theorieansätze entworfen werden, das jeweils differentiell für bestimmte Krankheitsbilder und Situationen zugepaßt werden kann.

Derartige Modelle finden sich bislang in der psychotherapeutischen Theorienbildung noch selten (vgl. z. B. Ulich et al. 1985, 71ff., 1987, 118f; Keupp 1980), obgleich in der Modellkonstruktion bei spezifischen Krankheitsbildern – etwa von Depressionen – schon ein hoher Komplexitätsgrad erreicht wurde (Brown, Harris 1978; Hautzinger 1979 und besonders umfassend Bosscher 1991).

3.2.2 Das Pathogenesemodell „zeitextendierter, multifaktorieller Überlastung“ in der Lebenskarriere (II) – Abb. 7

Erläuterungen zu Modell II:

Gesundheit und Krankheit werden von **Kontext** und **Kontinuum**, den aktuellen und prospektiven Rahmenbedingungen der GESELLSCHAFT (mit ihren Entfremdungs- und Verbundenheitstenden-

zen) und den aktuellen und prospektiven Potentialen des INDIVIDUUMS bestimmt sowie von den in beiden zur Wirkung kommenden Vergangenheitseinflüssen. Dabei spielen individuell-genetische (*Genom*) und kollektiv-genetische Faktoren zusammen und fließen individuelle Biographie (über persönliches Gedächtnis, *memoire*, Engelkamp 1990; Galliker 1990) und kollektive Geschichte (über kollektives Gedächtnis, *histoire*, Halbwachs 1986; Assmann, Hölscher 1988), ineinander. Geschichte (*retrospektiv*), Gegenwart (*aspektiv*) bestimmen (*prospektiv*) die Struktur des individuellen und kollektiven Zukunftshorizontes (Ängste, Pläne, Ziele, Erwartungen, Entwicklungen, Tendenzen). Gesellschaftliche Situation, Zeitgeist, ökonomische und politische Verhältnisse prägen den *persönlichen Lebenszusammenhang*, die *familiäre Situation*, die *berufliche Situation*, in denen besonders biographische Einflüsse und *Teloi*, Lebensentwürfe und -ziele – beides kann positiv-fördernd oder negativ-unzureichend sein – zum Tragen kommen.

Aus dem Lebenszusammenhang, aus Familie und Beruf kommen in qualitativer und quantitativer Hinsicht *Anforderungen*, denen es zu genügen gilt. Gelingt dies, wird *Aufgabenerfüllung* und *Kontrolle des Lebenszusammenhanges* erreicht, werden positive *Identifikationen*, mit dem eigenen Lebensvollzug, *Kompetenzgefühle*, *Selbstwertgefühl* möglich. Das INDIVIDUUM wird in seinen Potentialen, d. h. seiner personalen, sozialen und lebenspraktischen *Kompetenz/Performanz* gestärkt. Seine *normativen Ansprüche* werden erfüllt. Sind die *Anforderungen* aber zu hoch und die zur Verfügung stehenden *Ressourcen* zu knapp, sind die *Rahmenbedingungen* unzureichend, ist der *Lebenszusammenhang* widrig, die *familiäre Situation* ohne Geborgenheit und *Zuwendung*, gibt der Beruf keine *Zufriedenheit*, so entsteht an Stelle einer ausgewogenen Interaktion eine *Dissonanz* zwischen Anforderung und Aufgabenerfüllung. Es kommt zu bewußten (bw) und unbewußten (ubw) physischen, psychischen und sozialen Spannungszuständen, zu *Überforderungen (distress)*, die sich chronifizieren können (*strain*).

Es wird folgende Definition von Überforderung zugrunde gelegt:

„Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquaten Bewäl-

tigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so daß die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden – Krisen sind die Folge“ (Petzold 1968a, 42).

In diese frühe Definition wurden äußere Bedingungen, das Setting und Stressoren, die zuhandenen Mittel, Handlungsmöglichkeiten und Persönlichkeitsfaktoren in die Betrachtung krisenhaften Geschehens einbezogen, Dimensionen, die später in der Coping-Forschung (Moos 1976, 1986), dem Life-Event-Research (Filipp 1990), dem Social-Support-Research (Caplan, Killelea 1976; Schuch 1990), der Ressourcentheorie (Jerusalem 1990), der Theorie der Kontrollerwartungen (Folkmann 1984; Mayring 1987) und anderen Strömungen der Belastungs- und Bewältigungsforschung (Brüderl 1987) sowie der Krisentheorie (Ulrich 1987) auftauchen, differenzierte Ausarbeitung erfahren und auch für die Krankheitstheorie der Integrativen Therapie Bedeutung gewinnen. Überforderungen und das Risiko nicht zu bewältigender Krisen werden noch verschärft, wenn aus dem gesellschaftlichen Rahmen keine *Anerkennung* kommt, keine *positiven Attributionen* erfolgen (für geleistete Arbeit, familiären Einsatz), kein Status, keine Position erreicht wird, wenn im persönlichen Lebenszusammenhang *Isolation* statt *Zugehörigkeit*, *Kontrolle* statt *Freiraum*, *Fremdbestimmtheit* statt *Selbstbestimmtheit* herrschen, und wenn keine *supportiven sozialen Netzwerke* vorhanden sind. Damit wird eine Stärkung positiver Identität (durch *identifizierende Attributionen* und *Identifikationsmöglichkeiten* mit diesen, Petzold 1984i) nicht möglich, die *Ressourcen* werden knapp, und *Entlastungen* in Krisensituationen werden verhindert. Als eigenständige Belastungsquelle oder als eine zusätzliche, in die Überforderungssituation hineinwirkende („ein Unglück kommt selten allein!“) können nun im Sinne von Modell I noch *Noxen*, schädigende Einflüsse aus dem Lebenszusammenhang kommen: Traumata (z. B. Verlust eines geliebten Menschen), Defizite (z. B. fehlende Zuwendung), Störungen (z. B. häufige Trennungen) oder Konflikte (z. B. Auseinandersetzung in der Partnerschaft).

Wie mit derartigen Belastungen umgegangen werden kann, ist abhängig von den Potentialen des INDIVIDUUMS, z. B. seiner *Ich-*

Stärke, seinen Abwehrstrukturen, seinen genetischen Dispositionen zur Vulnerabilität oder Vitalität, seinen vorgängigen Sozialisierungserfahrungen, in denen negative oder protektive „life-events“ vorherrschen und „chains of nourishing events“ oder „chains of adverse events“ (Rutter 1985; Rutter et al. 1990; Petzold et al. 1991), maligne Narrative, d. h. stereotype, fixierte Muster, oder benigne Narrationen, d. h. lebendige, kreative Lebensvollzüge (Petzold 1988n, 96, 204, 1991o), zum Tragen kommen und gegenwärtiges Krisengeschehen, Bewältigungsversuche, ja künftige Lebenssituationen bestimmen.

Überforderungen (Seyle 1978; Mierke 1955; Petzold 1968a,b, 1991p; Nitsch 1981) und/oder Noxen, d. h. Schädigungen in verschiedener Form (idem 1977a, 1988n, 356ff.), können Krisen auslösen, die akut und virulent oder schleichend und chronifiziert verlaufen und die die Identität der Person labilisieren und in schwere Turbulenzen bringen (vgl. unser Krisenmodell, idem 1982a), so daß Coping, bewußte und unbewußte Bewältigungsversuche notwendig werden. Kommt es zu deren Scheitern, sind regressiv (z. B. Depression) oder überschießende (z. B. manische Phasen) Dekompensationen möglich, tritt ein Verlust an Identität ein, manifestiert sich somatische, psychosomatische, psychische und soziale Krankheit (als Beispiel für Letztgenanntes sei auf den „malignen Burnout“ verwiesen, vgl. Petzold 1991p). Es entstehen neue, dysfunktionale Abwehrstrukturen und fixierende oder maligne Narrative. Wird aber das Coping, werden die Bewältigungsversuche über Entlastung, Heranführung von Ressourcen, vorhandene Vitalität und protektive Faktoren aus benignen Narrationen sowie durch einen positiven Zukunftshorizont mit persönlich bedeutsamen Zielen (Teloi) gestärkt, so kommt es zu Problemlösungen, Neuorientierungen werden möglich, Gesundheit wird gewonnen oder gekräftigt, und es erfolgt ein Identitätsgewinn. Positive Zukunftshoffnungen bzw. antizipiertes Gelingen oder Zukunftsdrohungen bzw. antizipiertes Mißlingen beeinflussen dabei die Bewältigungsarbeit. Zukunft wirkt pathogen oder salutogen aus dem persönlichen und kollektiven Zukunftsraum heraus in die krisenhafte Gegenwart. Welche Copingstile (Lazarus, Launier 1978) oder Abwehrformen (Hahn 1977; Vaillant 1977) zum Tragen kommen, muß jeweils exploriert werden. Welche Bewältigungsformen

(Thomae 1988) angemessen sind, muß in der Therapie oder in der Krisenhilfe unter Rückgriff auf die „Geschichte des Bewältigungsverhaltens“ herausgefunden und erarbeitet werden. Aufstellungen von Copingprozessen können dabei hilfreich sein. Folkman et al. (1986) schlugen z. B. aufgrund der faktorenanalytischen Auswertung empirischen Materials acht Bewältigungsversuche vor: *confronting coping* (das Problem in Angriff nehmen), *distancing* (kognitive Distanzierung), *self control* (Zusammenreißen), *searching social support* (Suche nach Hilfe), *accepting responsibility* (Übernahme von Verantwortung), *escape-avoidance* (Flucht-Vermeidung), *planful problem solving* (überlegtes Problemlösen), *positive reappraisal* (positive Neubewertung). Überzeugender noch erscheinen die von Thomae (1988) – allerdings nicht im klinischen Kontext – herausgearbeiteten Daseinstechniken, sein „deskriptives System zur Klassifikation von Reaktionen auf Belastung“ (ibid. 86), das unter Rückgriff auf zahlreiche Untersuchungen, besonders im Rahmen der „Bonner Längsschnittstudie über das Alter“ (idem 1983) ausgearbeitet wurde. Er stellt 20 Reaktionsweisen heraus:

1. Leistung, 2. Anpassung an Institutionen, 3. Anpassung an andere,
4. Aufgreifen von Chancen, 5. Bitte um Hilfe, 6. Stiftung und Pflege sozialer Kontakte, 7. Zurückstellung eigener Bedürfnisse, 8. sich auf andere verlassen, 9. Korrektur von Erwartungen, 10. Widerstand, 11. (Selbst)Behauptung, 12. Akzeptieren der Situation, 13. positive Deutung der Situation, 14. Situation den Umständen überlassen, 15. Hoffnung, 16. depressive Reaktion, 17. Identifikation, 18. evasive Reaktion, 19. betonte Realitätsorientierung, 20. Aggression/Kritik (idem 1988, 86-101).

Dabei zeigt „jede Analyse von einigermaßen ergiebigen Berichten über Belastungssituationen ..., daß auf diese nicht mit einer einzigen Reaktion geantwortet wird, sondern mit einem mehr oder weniger komplexen System von Reaktionen“ (ibid. 101).

Die Bedeutung von Reaktionshierarchien, ihre Ausbildung im Verlauf der Biographie, ihre konstanten Veränderungen im menschlichen Lebensverlauf wurden von Thomae und seinen Mitarbeitern für verschiedenste Bereiche erforscht. Dennoch ist nicht deutlich, welche Reaktionsformen bzw. -systeme stabile Persönlich-

keitsmerkmale sind, welche für spezifische Persönlichkeiten, Krankheitsbilder bzw. -stadien oder Problemlagen bedeutsam und effektiv sind. All dieses muß im Gang einer Therapie aus der „*Analyse des Lebenszusammenhanges*“ (Petzold 1988n, 207f), d. h. mit Bezug auf Kontext und Kontinuum, herausgearbeitet werden (cf. infr.). Auf jeden Fall ist auch im Hinblick auf Coping-Stile und Daseins-techniken bzw. Reaktionsformen zu sagen, daß sie für die Konzeptualisierung einer Krankheitslehre in ätiologischer, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht erhebliche Bedeutung haben. Man kann Reinhard (1987) zustimmen, wenn er als Ergebnis seiner Untersuchung von mehr als 1.300 Kindern und Jugendlichen feststellt: „Insgesamt zeigt sich nach diesen Ergebnissen, daß Formen der Daseinsbewältigung, wie wir sie als formale Persönlichkeitseigenschaften, als Daseinsthemen und Daseinstechniken erfaßt haben, eine sinnvolle Ergänzung der bisherigen Diagnostik darstellen können“. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen die Untersuchungen von Schaub (1984) und Stöhr (1986) bei psychiatrischen Patienten. Gelungene Bewältigungen wirken kompetenz- und performanzstärkend auf das INDIVIDUUM zurück. Sie werden Teil seiner *positiven Lebensgeschichte* und ermöglichen hoffnungsvolle und zuversichtliche Zukunftserwartungen, tragende (individuelle und kollektive) Lebensziele, *Teloi* in einem positiven Zukunftshorizont, der versichernd in die Gegenwart hineinwirkt. Gelungene Problemlösungen (+) können auch auf die Rahmenbedingungen der GESELLSCHAFT zurückwirken und zu ihrer Humanisierung beitragen, genauso wie gescheiterte Bewältigungen (-), verfehlte Inkarnationen, ja Dekarnationen, Dekompensationen das Ausbilden dysfunktionaler Muster, *fixierender Narrative erlernter Hilflosigkeit* (Seligman 1975) inhumane Lebensbedingungen verstärken. Auf der einen Seite – der der Gesellschaft – werden durch solches Scheitern Fremdbestimmtheit, Kontrollverhalten, Machtstrukturen verfestigt, auf der anderen Seite – der des Individuums – nimmt der Verlust der Kontrolle über den Lebenszusammenhang zu (und damit Lebensunzufriedenheit und negatives Selbstwertgefühl). *Entfremdung* wächst: das Individuum verliert an *Hominität*, die Gesellschaft an *Humanität* ... die Dispositionen zu Erkrankungen und ihre Häufigkeit steigen,

und die individuelle und kollektive Gesundheit bleiben auf der Strecke. Das persönliche Schicksal ist mit der Gesellschaft, die Gesellschaft ist mit dem persönlichen Schicksal unlösbar verbunden, auch wenn diese Verbindungslinien oft nicht gesehen werden oder gesehen werden wollen (z.T. sind sie nicht unmittelbar augenfällig, weil die Zusammenhänge sich zeittextendiert auswirken). Im übrigen wirken die Mechanismen individueller und kollektiver Verdrängung. Im Hinblick auf die *Pathogenese* dürfen diese aufgezeigten *interagierenden* Faktoren und die in unserem integrativen, allgemeinen Krankheitsmodell immer wieder deutlich werdenden Zusammenhänge von speziellen Krankheitsmodellen nicht ausgeblendet werden, sonst greifen sie zu kurz und werden in ihrer Brauchbarkeit eingeschränkt, mögen sie in ihrer spezifischen Ausformulierung noch so treffend sein. Das klassische Krankheitsmodell der neuzeitlichen Medizin (Ätiologie, Pathogenese, Symptom, Diagnose, Prognose) wird von dem hier vorgelegten Modell eingeschlossen, aber auch deutlich überschritten. Die Orientierung am Konzept des *Lebenszusammenhanges* (vgl. 1991a, Abb. 5,6,9), des *Lebenskontinuums* und an einer positiven Bestimmung von *Gesundheit* machen dies unerlässlich.

3.3 Einige ergänzende Bemerkungen zur Reichweite der Krankheitsmodelle:

Die klinische Krankheitsdefinition, insbesondere die beiden vorgetragenen Modelle, gelten nach unserer Ansicht für die neurotischen Störungen und Psychosomatosen, womit noch kein einzelnes Krankheitsbild herausgegriffen wurde. Z. B. für Depressionen, Zwangsverhalten, Migräne, Asthma bronchiale etc. müßte jeweils eine spezielle Zupassung erfolgen.

Wir ziehen es hier vor, von „neurotischen Störungen“ zu sprechen (wie der DSM III-R und ICD 10), weil es uns vorkommt, daß der damit implizierte deskriptive begriffliche Rahmen gegenüber dem traditionellen Neurosebegriff zunächst erhebliche Vorteile bietet. Zumindest verzichtet er auf libido-ökonomische Spekulationen.

Auf jeden Fall müßte man das **Konzept der Neurose neu fassen**, wenn man es weiterhin verwenden will (und ein solches Unterfangen erscheint durchaus als sinnvoll). Wenn wir neurotische Störungen und Psychosomatosen in eine Reihe gestellt haben, so geschah das auf dem **Hintergrund des Leibbegriffs der Integrativen Therapie**. Dieser Leibbegriff umfaßt – wie wir oben skizziert haben – Psychisches und Somatisches und hintersteigt z. B. die Modellvorstellung eines Leib-Seele-Dualismus.

Aufgrund unserer therapeutischen und wissenschaftlichen Erfahrung gehen wir mittlerweile davon aus, daß sich keine der klassischen Neurosen findet, die nicht unter **leibtherapeutischer Perspektive** (welche Psychotherapeuten oft ausblenden) spezifische somatische Symptomatiken zeigt. Als Beispiel mag hier der Hinweis auf Muskeltonus und Atemmuster bei neurotischen Depressionen oder Zwangsneurosen genügen. In ähnlicher Weise erscheint es uns wesentlich, die Symptomatik stärker unter **psycho-sozialer Perspektive** zu betrachten und nicht mit dem Patienten überwiegend auf den organpathologischen Befund zu zentrieren. Differenzierungen im Hinblick auf primäre somatische Reaktionen, sekundäre Somatisierungen (Konversionsneurosen) oder funktionelle Syndrome (psychovegetative Störungen) nehmen wir im Rahmen dieser übergreifenden Definition nicht vor (vgl. *Petzold 1990h*, S. 140f).

4. Krankheit in Kontext und Kontinuum

4.1 Diagnostik mit multitheoretischer Optik

Der traditionelle „klinische Blick“ schaut – symptomfixiert – meistens dort nicht breit genug, wo eine „Lebensweltanalyse“ notwendig wäre (*Buchholz et al. 1984*). Auch die klinische Krankheitslehre ist unter dem Einfluß eines entfremdeten Kontext/Kontinuum mehr an den Fragen der Finanzierbarkeit und Kostenoptimierung (Monetarisierung), der Eindämmung, Verwaltung und sozialen

Kontrolle (Chorover 1982; Bassaglia/Bassaglia-Ongaro 1972; Mutz 1983; 1988) ausgerichtet als an einer Vorstellung von Gesundheit, die umfassend genug wäre, um dem Menschen und seiner Lebenswelt gerecht zu werden. Wir haben unsere Ansicht oben ausführlicher dargestellt. Die beständige Vernachlässigung „sozialer Erkrankungen“, die fehlende Sanierung „pathogener Milieus“ auf der Mikro-, Meso- und Makroebene, die individualisierende Ausblendung des kränkend-krankmachenden Kontextes (Holdstock 1991) durch die Mehrzahl der Therapeuten, die sich allzu selten als „social atom repairer“ (Moreno 1947; Petzold 1979c), als „Netzwerker“ (Kähler 1983) verstehen, macht dieses deutlich. Es wird dabei das volkswirtschaftliche Faktum übersehen, daß diese Vernachlässigung die Gesellschaft letztlich sehr teuer zu stehen kommt – kurative Medizin ist immer teurer als präventive. Allein das Faktum, daß hier ökonomisch argumentiert werden muß und nicht die Integrität und Entfaltungsmöglichkeiten des Menschen als Argument ausreichen, macht die Wirkung von Entfremdungsfaktoren deutlich, die den diagnostischen Blick und die therapeutischen Strategien nachhaltig prägen.

Die „klinische“ bzw. „spezielle Krankheitslehre“ führt unmittelbar in die Diagnostik und zu Theoremen über das Zustandekommen von psychischen, psychosomatischen und sozialen bzw. psychosozialen Erkrankungen. Modellvorstellungen zur Pathogenese und diagnostisches Procedere sind unlösbar miteinander verknüpft, und hier drohen Gefahren. Die wesentlichste: Pathogenesemodelle und Krankheitstheorien werden reifizierend, sie konstruieren „Wirklichkeit“ durch Ausblendung, Umdeutung, Festlegung von Phänomenen, denen Strukturen zugeschrieben werden, z.T. noch ehe sich der Strom der Phänomene entfalten konnte. Komplexe **multitheoretische Modelle**, die zeitextendierte Prozesse, Viationen, Karrieren, Ereignisketten zu erfassen suchen, indem sie verschiedene diagnostische Folien zur Verfügung stellen, sind der ausgewiesenen Gefahr weniger ausgesetzt, müssen sie aber im Blick behalten. In der Integrativen Therapie vertreten wir ein **prozessuales diagnostisches Vorgehen** (Althen 1987), gemäß dem Satz „**Von den Phänomenen zu den Strukturen und den Entwürfen**“, auf der

Grundlage multipler diagnostischer Folien und komplexer, multitheoretisch angelegter Modelle, wie z. B. die dargestellten Pathogenesemodelle. Eine sorgfältige Betrachtung der Geschichte der Epidemiologie zeigt, daß klinische Krankheitsbilder nicht zeitüberdauernde stabile Größen sind (*Keupp 1982; Häfner 1978; Badura 1981, 1985*), sondern, daß sie sich wandeln, abhängig von verursachenden gesellschaftlichen Milieus, daß sie einer permanenten Veränderung des Lebenszusammenhanges, nämlich Kontext/Kontinuum unterworfen sind. Kriegskinder und Nachkriegskinder, Wohlstandskinder, Fernsehkinder, Computerkinder, diese Stichworte verweisen auf vielfältige Einflußgrößen. **Die pathogenen Stimulierungskonstellationen müssen jeweils atmosphärisch und szenisch konkretisiert werden**, so daß in jedem persönlichen Schicksal, das uns in der Therapie begegnet, ko-respondierend das herausgearbeitet werden kann, was dann – auf der Grundlage und im Verein mit genetischen Dispositionen – tatsächlich oder mindestens mit großer Wahrscheinlichkeit in der Vergangenheit und Gegenwart, ja von der antizipierten Zukunft her verletzend, bedrängend, bedrückend, als pathogen gewirkt hat und wirkt.

4.2 Multikausale Krankheitsgenese, multidiagnostisches Vorgehen und Klassifizierung

Bei der **Annahme einer multikausalen Krankheitsgenese auf unterschiedlichen Niveaus der Biographie**, d. h. in variierenden prävalent pathogenen Milieus (*Petzold 1988n, S. 238*), und mit dem Blick auf die kontextabhängigen, multifaktoriellen Bedingungen von Erkrankungen, die hinter den phänomenal erfaßbaren und mit dem Instrumentarium verschiedener, klassifikatorischer Systeme beschreibbaren Krankheitsbildern stehen, sehen wir es in der Integrativen Therapie als nicht möglich an, einseitige diagnostische Zuordnungen und eindimensionale Erklärungsmodelle für die Genese bestimmter Krankheitsbilder zu geben. Allein schon die Geschichte diagnostischer Parameter und Klassifikationen (*Möller 1989; Simhandl et al. 1987*) zeigt, wie stark veränderte gesellschaftliche Bedingungen, Sichtweisen von Therapieschulen, Forschungstraditionen

usw. als Einflußgrößen wirken. Z. B. die Divergenzen zwischen DSM III und ICD-9 sind so gravierend – von einem Vergleich mit psychoanalytischen Diagnose-Schemata ganz zu schweigen – daß für die Indikation therapeutischer Maßnahmen und für die Interventionspraxis erhebliche Probleme aufgeworfen werden. Nosologische und syndromatologische, kategoriale oder dimensionale Klassifikationen (vgl. von Zerssen 1973a, 1973b; Eysenck 1970) sind oft nicht zu konsolidieren. Die multiaxiale Klassifizierung des DSM-III-R hat hier schon einen erheblichen Fortschritt gebracht und die Reliabilität und Validität der Diagnostik verbessert. Andererseits bleibt die Frage der Validität – nicht zuletzt der „ökologischen Validität“ (Bronfenbrenner 1986) – doch so weit offen, daß immer wieder ein multidiagnostisches Vorgehen (z. B. DSM-III und ICD-9 kombiniert) empfohlen wird (Katschnig/Simhandl 1987; Philipp et al. 1986; Möller et al. 1988, 1990), eine Strategie, die dem Ansatz der Integrativen Therapie durchaus entgegen kommt. Insbesondere sollten Diagnosen nach den großen standardisierten Systemen immer durch die schulenspezifische Diagnostik des therapeutischen Verfahrens, mit dem die Intervention durchgeführt wird, komplementiert werden, und natürlich gilt das auch umgekehrt, besonders für die kleineren Verfahren, deren Konzepte unzureichend durch empirische Forschung abgesichert sind. Die verschiedenen diagnostischen Sichtweisen vermögen sich genauso zu ergänzen wie die verschiedenen theoretischen Erklärungsmodelle zur Genese, seien sie nun tiefenpsychologischer, kognitivistischer, lerntheoretischer, systemischer etc. Art. Synoptische, schulübergreifende Ansätze (z. B. der Erklärung von Krankheitsgenese) sind bislang noch eher selten und, wo man sie findet, kaum annähernd vollständig. Entweder werden die tiefenpsychologischen oder die kognitivistischen bzw. behavioralen Perspektiven ausgeblendet (z. B. Reinecker 1990; Thomä/Kächele 1988, 1989). Insbesondere wird der Rückgriff auf die Ergebnisse der Longitudinalforschung (Robins, Rutter 1990; Nicol 1985; Caspi et al. 1990) – wiederum mit einer ganzheitlichen und differentiellen Perspektive – unverzichtbar.

5. Prozessuale Diagnostik und Therapeutik

Im Entwurf der Integrativen Therapie erfolgt die Ermittlung von psychischer und psychosozialer Krankheit prozessual, d. h. im Verlauf eines spiralförmig verlaufenden, intersubjektiven Ko-respondenzprozesses (vgl. auch Jüttemann 1984, 1990).

Zum Beispiel besteht eine wesentliche Arbeitsweise darin, den Patienten anzuregen und zu ermutigen, seine Aufmerksamkeit seinem unmittelbar leiblichen Erleben zuzuwenden, um ihm auf diese Weise allmählich nahezubringen, sich selbst als Ausgangspunkt und Medium seines Lebens und Erlebens wahrzunehmen und zu verstehen und sich mit diesem Befund und aus diesem Befinden heraus in Ko-respondenz mit dem Therapeuten zu begeben. Dies will, kann oder traut sich der Patient in der Regel nicht von vornherein. Die Einleitung und Begleitung des Prozesses, der ihn nach und nach zu dieser leiblich zentrierenden, atmosphärisch erfassenden und szenisch verstehenden Perspektive hinführt, stellt einen nicht selten bereits heilsam wirkenden Ko-respondenzprozeß dar. Schrittweise und immer wieder aufs neue werden seine Voraussetzungen und Bereitschaften für, insbesondere auch seine Widerstände gegen dieses *tiefenhermeneutische* Vorgehen thematisiert und – je nachdem – herausgestellt oder analysiert. Diese Art des Vorgehens erfährt der Patient sozusagen als vertrauensbildende Maßnahme ebenso gegenüber sich selbst (*self-support*) wie auch gegenüber dem Therapeuten, der mit ihm arbeitet. In diesem Prozeß stellt sich erfahrungsgemäß die Krankheit des Patienten als immer wieder neu bestimmbar bzw. anders benennbar heraus. Diagnostik wird so ein sowohl **prozessuales** als auch **kooperatives hermeneutisches Unterfangen**, die Zusammenhänge des Krankheitsgeschehens in Kontext und Kontinuum des persönlichen Lebens wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen, um sie sich (und anderen) erklären zu können.

Der gemeinschaftlichen prozessualen Diagnostik von Patient und Therapeut als hermeneutischem Prozeß muß auf theoretischer Ebene eine **metahermeneutische** Auseinandersetzung des Therapeuten mit Krankheits- und Diagnosemodellen vorausgegangen sein, die ihm einen *Abstand von einengendem Schuldenken* ermöglicht,

ihn für die Vielfalt von Lebenskonstellationen sensibilisiert, ihn offen macht für die subjektiven Krankheitstheorien (Muthny 1990; Hasenbring 1990) seiner Patienten und die ihn mit einer *suchenden Grundhaltung* ausstattet für die gemeinsame, experimentierende Rekonstruktion seiner persönlichen Biographie (Petzold 1991a), die kreative Organisation seiner problematischen Gegenwart und den phantasievollen und realistischen Entwurf eines hoffnungstiftenden Zukunftsraumes im therapeutischen Geschehen, das immer *zugleich* Diagnose und Therapie ist.

Diese Art des Vorgehens verlangt vom Therapeuten eine flexible Handhabung diagnostischer Folien und theoretischer Modelle, deren Gehalte dem Patienten, so weit dies möglich ist, transparent gemacht werden sollen.

Prozessuale Diagnostik erfolgt nicht nur wegen der Erfordernisse psychotherapeutischer Praxis, sondern auch aus grundsätzlichen, wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Überlegungen heraus, wie sie zu Anfang dieses Beitrages skizziert worden sind. Denn es wäre widersinnig zu versuchen, therapeutisch die Folgen von Verdinglichung anzugehen, und gleichzeitig im diagnostischen *Procedere* Objektivierungen zu reproduzieren und so Intersubjektivität zu verhindern.

6. Vier Wege der Heilung

Die oben dargestellte Sichtweise von Erkrankung verlangt eine dementsprechend differenzierte Therapeutik. Der Entwurf der Integrativen Therapie benennt „Vier Wege der Heilung“.

6.1 Erster Weg der Heilung: Bewußtseinsarbeit → Sinnfindung

Bei diesem Weg geht es um den Gewinn „komplexen Bewußtseins“ und um Konstituierung von *Sinn* durch „Bewußtseinsarbeit“, d. h. durch mehrperspektivische Einsicht, durch Erfahrungen von „vitaler Evidenz“, durch intersubjektive Ko-responzenz (Petzold 1988n, S. 218).

6.2 Zweiter Weg der Heilung: Nachsozialisation → Grundvertrauen

Bei diesem Weg geht es um Nachsozialisation zur Restituierung von Grundvertrauen und um die Wiederherstellung von Persönlichkeitsstrukturen, die durch Defizite und Traumata beschädigt bzw. mangelhaft ausgebildet wurden. Das erfordert einerseits die Modifikation dysfunktionaler, archaischer Narrative, die sich als Folge traumatischer Erfahrungen herausgebildet haben, und andererseits die Verankerung neuer Szenen und Atmosphären, wo solche als entwicklungsnotwendige Erfahrungen in defizitären Sozialisierungen gefehlt hatten, durch Vermittlung „substitutiver und korrekativer emotionaler Erfahrungen“ (s. Petzold 1988n, S. 236 ff.) etwa in Prozessen des „Nachnährens“.

6.3 Dritter Weg der Heilung: Erlebnisaktivierung → Persönlichkeitsentfaltung

Bei diesem Weg geht es um die Entwicklung persönlicher und gemeinschaftlicher Potentiale (z. B. Kreativität, Phantasie, Sensibilität etc.) durch Bereitstellung einer „fördernden Umwelt“ mit neuen und/oder alternativen Beziehungs- und Erlebnismöglichkeiten, in denen die Grundqualitäten: *Wachheit, Wertschätzung, Würde* und *Wurzeln* erfahrbar werden. Mittel hierzu sind Erlebnisaktivierung und Stimulierung in der erlebniszentrierten und übungszentrierten Modalität der Integrativen Therapie und Kulturarbeit und das gezielte Einbeziehen des Alltagslebens als Experimentier- und Übungsfeld (s. Petzold 1988n, S. 250ff.).

6.4 Vierter Weg der Heilung: Solidaritätserfahrung → Metaperspektive und Engagement

Bei diesem Weg will Therapie als Solidaritätserfahrung eine Metaperspektive zu und eine komplexe Bewußtheit für die Phänomene *multipler Entfremdung* entwickeln, um ihnen auf der Grundlage von engagierter Verantwortung für die Integrität von Menschen, Grup-

pen und Lebensräumen entschieden und kreativ entgegnetreten zu können, so daß Solidarität in Akten der Hilfe und wechselseitigen Hilfeleistung handfest und konkret praktiziert wird (s. *Petzold* 1988n, S. 260 ff; *Petzold, Schobert* 1991).

7. *Schluß und Ausblick*

Ein Begriff von psychischer Erkrankung kommt heutzutage nicht mehr aus ohne eine umfassende Sicht des „Menschen in der Welt“. Es genügt heute nicht mehr, Krankheit als einen Individuum-internen bzw. intrapersonalen Zustand oder Prozeß zu lokalisieren, als der er in der klinischen Praxis zunächst vorkommen mag. Diese umfassende Sicht des Menschen darf allerdings nicht als unverrückbare Objektivität über die Menschen kommen, sondern hat ihrerseits bestimmten erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Kriterien zu genügen, die die historische Relativität dieser Sicht reflektieren. Begriffe von psychischer Erkrankung bedürfen deshalb immer wieder der kritischen Durchsicht. Dies entspricht letztlich nur dem Prinzip des „heraklitischen Denkens“, wonach alles beständig im Fluß ist.

Für diese kritische Durchsicht hat wohl – so, wie es sich von heute aus gesehen darstellt – generell der Satz „**von den Phänomenen zu den Strukturen und den Entwürfen**“ zu gelten sowie das **Ko-respondenz-Modell** (*Petzold* 1991e).

Die einzelnen Denkmodelle, die in Krankheitsbegriffen zum Anschlag kommen, sind jedoch immer wieder auf ihre *Implikate* kritisch zu hinterfragen. Selbst das, was einem heute unmittelbar einleuchten mag und deshalb als überdauernd vorkommt, z. B. eine Denkfigur wie die einer „Entfremdung“ (*Schuller* 1991), ist in diese Reflexion einzubeziehen: Denn auch in diesem Falle handelt es sich um eine bestimmte Modellvorstellung mit erheblichen weltanschaulichen Implikaten, wie gezeigt wurde, die auch mit den Fakten historischer Veränderungen (z. B. Scheitern des sowjetkommunistischen Modells und Analyse der Bedingungen dieses Scheiterns) konfrontiert werden müssen. Es ist die Frage, ob diese Anschauun-

gen auch künftig den Erfahrungen und Aufgaben entsprechen, die Menschen realisieren bzw. zu lösen haben. Theorien über Krankheit dürfen trotz solcher Risiken nicht vor „weitergreifenden Denken“ zurückschrecken. Denn der Begriff von Krankheit beinhaltet ohnehin immer auch einen Begriff von „Menschen in der Welt“. Es ist nur die Frage, auf welchem Qualitätsniveau sich dieser Begriff befindet.

Die **therapeutische Erfahrung** lehrt indessen, daß insbesondere da, wo es uns am komplexesten vorkommt, es um das Allereinfachste gehen kann. Die Notwendigkeit dieser „Reduktion von Komplexität“ (Luhmann 1968, 1978) im richtigen Augenblick zu erkennen und praktisch in der Begegnung zu realisieren, ist therapeutische Kunst. Die **Theorie der Psychotherapie** ist, und das macht sowohl ihre Schwierigkeit als auch ihren Vorteil gegenüber anderen Theoriebildungen, z. B. den der Geisteswissenschaften, aus, immer unmittelbar und augenblicklich an die therapeutische Praxis und Erfahrung geknüpft. Sie hat sich jeweils **gegenwärtig** im Medium des intersubjektiven therapeutischen Prozesses und dessen Reflexion **praktisch** zu bewähren, d. h. insbesondere sich im therapeutischen Prozeß zunehmend mit der **leiblichen Evidenz** der an diesem Prozeß Beteiligten zu decken: in **Ko-respondenz** und **Bezogenheit**.

Der Entwurf der Integrativen Therapie mit seinem „**erweiterten Gesundheits- und Krankheitsbegriff**“ geht davon aus, daß Gesundheit kein privates Gut und Krankheit nichts „Un-natürliches“ sei. In Gesundheit und Krankheit verschränken sich vielmehr Organismus und Subjekt, Biologie und Soziales, Natur und Kultur, Mensch und Geschichte – und das macht ihre Bestimmung so schwierig. Beide Begriffe bleiben vielfacettig, mehrwertig, stehen im Wandel. Sie werden durch *eine* Definition sicher niemals bestimmt. Weil Gesundheit persönlich erlebt und genossen und Krankheit persönlich erfahren und durchlitten werden, haben sie eine höchst subjektive Dimension, über die sich Menschen jeweils intersubjektiv verständigen müssen, um einander gerecht zu werden und die richtige, für sie jeweils „stimmige“ Hilfe, Unterstützung, Therapie zu finden: in zwischenmenschlicher, heilender Begegnung.

Krankheit gehört zur *conditio humana*, sie ist eine anthropologische Größe. Deshalb verlangt sie nach dem Anderen als *consors*, als

Helfer, als Begleiter und Beistand. Sie erfordert Gemeinschaft und Verbundenheit, denn in dieser und nur durch jene kann Krankheit getragen, ausgehalten, durchlitten werden – begleitet von Mitgefühl, Mitleid und herzlicher Zuwendung. Krankheit bedarf darüberhinaus allerdings auch der Aufklärung, einer erhellenden Reflexion, die sowohl eine kritische Theorie der Erkenntnis als auch eine kritische Theorie der Gesellschaft einschließt. Das *natura sanat* (so wesentlich es ist) bezeichnet nur die halbe Wahrheit. Auch die Liebe und das Wissen heilen und sie werden insbesondere dann unverzichtbar, wenn die „Natur ihren Lauf nimmt“ und die Krankheit zum Tode führt.

Zusammenfassung: Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie.

Dieser Basis-Text zum Krankheitsverständnis der Integrativen Therapie präsentiert ein umfassendes Krankheits-Gesundheits-Verständnis in einem dialektischen Bezug, der alle Ebenen der anthropologischen Grundformel einbezieht: Körperliches, Seelisches, Geistiges, Soziales, Ökologisches. Es wird eine **anthropologische Krankheitslehre** mit dem Schädigungsfaktor „Entfremdung“ und eine Gesundheitslehre mit dem Health-Faktor „Zugehörigkeit“ unterschieden von einer klinischen Krankheits- und Gesundheitslehre mit den Faktoren „pathogener Stimulierung“ bzw. „salutogener Stimulierung“.

Schlüsselwörter: Krankheitslehre der Integrativen Therapie, anthropologische Krankheits-/Gesundheitstheorie, Entfremdung versus Zugehörigkeit, klinische Krankheitslehre pathogene/salutogene Stimulierung

Summary: The Concept of Disease within the Frame of Integrative Therapy

This basic text on the integrative concept of disease is presenting an encompassing understanding of health and illness in a dialectic frame that is involving all dimensions of the fundamental anthropological formula of Integrative Therapy: Body, Soul, Mind, Social and Ecological Reality. An **anthropological theory** of disease is rooted in the idea of alienation and that of health in the idea of affiliation. The **clinical theory** of health and illness is based in factors of “pathogenetic and salutogenetic stimulation”.

Keywords: Theory of Illness in Integrative Therapy, anthropological theory of pathogenesis /salutogenesis, alienation versus affiliation, clinical theory of pathogenetic/salutogenetic stimulation

Literatur

- Adler, A., Menschenkenntnis, Leipzig 1929, 3. Aufl.
- Adorno, T.W., Jargon der Eigentlichkeit. Zur deutschen Ideologie, Suhrkamp, Frankfurt 1964.
- Althen, U., Das Erstinterview in der Integrativen Therapie, Grad. Arbeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1987, *Integrative Therapie* 4 (1991).
- Angehrn, R., Geschichte und Identität, de Gruyter, Berlin, New York 1985.
- Antonovsky, A., Health, stress and coping, Jossey-Bass, San Francisco 1979.
- Argelander, H., Das Erstinterview in der Psychotherapie, Wissensch. Buchgesellschaft, Darmstadt 1970.
- Arnheim, R., Kunst und Leben, deGruyter, Berlin 1978.
- Assmann, J., Hölscher, T., Kultur und Gedächtnis, Suhrkamp, Frankfurt 1988.
- Atchley, R.C., The social forces in later life, Wadsworth, Belmont 1980.
- Autorenkollektiv, Georg Lukacs, Verdinglichung und Klassenbewußtsein, (VSA), Berlin 1975.
- Baczko, B., Weltanschauung, Metaphysik, Entfremdung. Philosophische Versuche, Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Badura, B., Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt 1981.
- Badura, B., Zur Soziologie der Krankheitsbewältigung, *Z. f. Soziologie* 14 (1985) 339-348.
- Balint, M., Dr. Sándor Ferenczi as Psychoanalyst (1933), in: idem, Problems of Human Pleasure and Behavior, Liveright Publ., New York 1957, 235-242.
- Balint, M., Sándor Ferenczi Obiit 1933, *International Journal of Psycho-Analysis* 30 (1949) 215-219.
- Balint, M., Die technischen Experimente Sándor Ferenczis, *Psyche* 20 (1966) 904-925.
- Balint, M., Therapeutische Aspekte der Regression, Rowohlt, Reinbek 1973.
- Baltes, P., Eckensberger, L., Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Klett, Stuttgart 1979.
- Bandura, A., Social foundations of thought and action: A social cognitive theory, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1986.
- Bassaglia, F., Bassaglia-Ongaro, F., Die abweichende Mehrheit, Suhrkamp, Frankfurt 1972.
- Becker, H., Nedelmann, C., Zwischen Begrenzung und Öffnung. Psychoanalyse als Beruf, in: Jappe, Nedelmann, C. (Hrsg.), Zur Psychoanalyse der Objektbeziehungen, frommann-holzboog, Stuttgart, Bad Cannstatt 1980.
- Becker, P., Psychologie der seelischen Gesundheit, Hogrefe, Göttingen, Bd. 1, 1982.
- Becker, P., Minsel, B., Psychologie der seelischen Gesundheit, Hogrefe, Göttingen, Bd. II, 1986.
- Belardi, N., Die Stigmatisierung der Institution – Stigmatisierung durch die Institution, *Gestalt & Integration* 1 (1991) 72-77.

- Berger, P.L., Luckmann, Th., Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Fischer, Frankfurt 1970.
- Bosscher, R., Running Therapie bij depressie, Uitgeverij, Vrije Universiteit Amsterdam 1991.
- Brinkmann, H., Erinnerung, in: Brinkmann, Brückner, Krahl, Lauer mann (Hrsg.), Sinnlichkeit und Abstraktion, Focus, Wiesbaden 1973.
- Bronfenbrenner, U., Recent advances in research on the ecology of human development, in: Silbereisen, R.K., Eyferth, K. Rudinger, G., Development as action in context, Springer, Heidelberg 1986, 287-309.
- Brown, G.W., Harris, T., Social origins of depression, London 1978.
- Brüderl, L. (Hrsg.), Belastung und Bewältigung, Juventa, Weinheim 1987.
- Buber, M., Die Schriften über das dialogische Prinzip, Heidelberg 1954.
- Buchholz, W., Lebensweltanalyse, Profil, München 1984.
- Buchholz, W., Gmür, W., Höfer, R., Strauss, F., Lebenswelt und Familienwirklichkeit, Fischer, Frankfurt 1984.
- Bühl, W.L., Krisentheorien, Wissensch. Buchges., Darmstadt 1984.
- Cantril, H., The pattern of human concerns, New Brunswick, N.J. 1965.
- Caplan, G., Principles of Preventive Psychiatry, Basic, New York 1964.
- Caplan, G., Killilea, M. (Hrsg.), Support systems and mutual help: Multidisciplinary Exploration, Grune & Stratton, New York 1976.
- Carrera, R., Loiseau, D., Roux, D., Androïden, die Automaten von Jaquet-Droz, Scriptor, Lausanne 1979.
- Caruso, I., Zu Joseph Gabels Theorie des falschen Bewußtseins, in: Gabel (1967) 27-40.
- Caspi, A., Elder, G.H., Herbener, E.S., Childhood personality and the prediction of life-course patterns, in: Robins, Rutter (1990) 13-35.
- Chess, S., Thomas, A., The practical application of temperament to psychiatry, in: Carey, W. B., McDevitt, S. C., Clinical and educational applications of temperament research, Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse 1989, 23-37.
- Chorover, S.L., Die Züchtung des Menschen, Campus, Frankfurt 1982.
- Cremerius, J., Die Sprache der Zärtlichkeiten und der Leidenschaft, Psyche 11 (1983) 999-1015.
- Cremerius, J., Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, 2 Bde., Stuttgart, Bad Cannstadt 1984.
- Cremerius, J., Ferenczis – Ohne Sympathie keine Heilung: Das klinische Tagebuch von 1932, Psyche (1989) 459-465.
- Deppe, H.-U., Medizinische Soziologie. Aspekte einer neuen Wissenschaft, Fischer, Frankfurt 1976.
- Devereux, G., Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie, Suhrkamp, Frankfurt 1974.
- Dietzgen, J., Das Wesen der menschlichen Kopfarbeit. Dargestellt von einem Handarbeiter. Eine abermalige Kritik der reinen und praktischen Vernunft (1869), in: idem, Das Wesen der menschlichen Kopfarbeit und andere Schriften, Luchterhand, Darmstadt und Neuwied 1973.
- Dörner, K., Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Fischer, Frankfurt 1975.

- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., Socioenvironmental factors and psychopathology, *Hm. J. of Community Psychology* 9 (1981) 128-164.
- Duhm, D., Angst im Kapitalismus, Kübler, Lampertheim 1972.
- Duhm, D., Revolution ohne Emanzipation ist Konterrevolution, Rosa Luxemburg, Köln 1973.
- Elder, G.H., Children of the great depression, Univ. of Chicago Press, Chicago 1974.
- Elias, N., Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen, 2 Bde., Suhrkamp, Frankfurt 1976.
- Engelkamp, J., Das menschliche Gedächtnis, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Eysenck, H.J., A dimensional system of psychodiagnostics, in: *Mahrer* (1970).
- Faller, H., Subjektive Krankheitstheorie, coping und Abwehr, in: *Muthny* (1990) 131-142.
- Faltermaier, A., Lebensereignisse und Alltag, Profil, München 1987.
- Fend, H., Sozialisierung und Erziehung, Beltz, Weinheim 1970.
- Fenichel, O., Psychoanalytische Neurosenlehre, P. Schleyer, Wien 1973.
- Ferber, Chr., Ferber, L. von, Der kranke Mensch in der Gesellschaft, Rowohlt, Reinbek 1978.
- Ferenczi, S., Die Elastizität der psychoanalytischen Technik, Bausteine III, 1927/28, 380-398.
- Filipp, S.H., Selbstkonzeptforschung, Klett, Stuttgart 1979.
- Filipp, S.H., Kritische Lebensereignisse, Urban & Schwarzenberg, München 1981, erw. 2. Aufl. 1990.
- Fischer, A., Die Entfremdung des Menschen in einer heilen Gesellschaft. Materialien zur Adaption und Denunziation eines Begriffs, Juventa, München 1970.
- Fleischer, H., Marxismus und Geschichte, Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Folkman, S., Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis, *J. Personality & Social Psychology* 46 (1984) 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R., Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes, *J. of Personality & Social Psychology* 50 (1986) 571-579.
- Foucault, M., Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Forster, R., Pelikan, J.M., Krankheit als Karriereprozess, *Österreich. Zeitschr. für Soziologie* 3/4 (1977) 29-42.
- Freidson, E., Dominanz der Experten. Zur Sozialstruktur medizinischer Versorgung, Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien 1975.
- Freud, S., Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, GW Bd. 11 (1916/17).
- Fromm, E., Die Furcht vor der Freiheit, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt 1966.
- Fromm, E., Die Seele des Menschen. Ihre Fähigkeit zum Guten und zum Bösen, DVA, Stuttgart 1979.
- Fromm, E., Horkheimer, M., Mayer, H., Marcuse, H. et al., Studien über Autorität und Familie, 2 Bde. Felix Alcan, Paris 1936.

- Gabel, J.*, Ideologie und Schizophrenie. Formen der Entfremdung, Fischer, Frankfurt 1967.
- Galliker, M.*, Sprechen und Erinnern, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Garmezy, N.*, Stressors of childhood, in: *Garmezy, N., Rutter, M.*, Stress, coping, and development in children, McGraw-Hill, New York 1983.
- Gedo, J.E.*, Noch einmal der 'gelehrte' Säugling, *Psyche* (1966) 301-319.
- Gergen, K.J.*, Therapeutic profession and the diffusion of deficit, *The Journal of Mind and Behavior* 11 (1990) 353-368.
- Gergen, K.J.*, The saturated Self: Dilemmas of identity in contemporary life, Basic Books, New York 1991.
- Gibson, J.J.*, The ecological approach to visual perception, Houghton-Mifflin, Boston 1979.
- Goffman, E.*, Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität, Suhrkamp, Frankfurt 1967.
- Goldstein, K.*, Der Aufbau des Organismus, Den Haag 1934; engl. The organism, American Book, New York 1939.
- Goodman, P.*, The may pamphlet, in: Art and Social Nature, Vinco Publ. Co., New York 1946.
- Goodman, P.*, Utopian essays and practical proposals, Vintage, New York 1962.
- Goodman, P.*, Making do, Random House, New York 1964.
- Graumann, C.F., Willig, R.*, Wert, Wertung, Werthaltung, in: *Thomae, H.*, Theorien und Formen der Motivation, Enzyklopädie der Psychologie, Bd. C/IV/1, Hogrefe, Göttingen 1983, 312-452.
- Gruen, A.*, Der Wahnsinn der Normalität, Kösel, München 1987.
- Guattari, F.*, Maschine und Struktur, in: Psychotherapie, Politik und die Aufgaben der institutionellen Analyse, Suhrkamp, Frankfurt 1976.
- Guattari, F.*, Schizoanalyse und Wunschenergie, Bremen 1982.
- Haan, N.*, Coping and defending. Process of self-environment organization, Academic Press, New York 1977.
- Habermas, J.*, Zur Logik der Sozialwissenschaften, in: Philosophische Rundschau, Beiheft 5, Tübingen 1967.
- Habermas, J.*, Erkenntnis und Interesse, Suhrkamp, Frankfurt 1968, 1971.
- Habermas, J.*, Theorie des kommunikativen Handelns, 2 Bde, Suhrkamp, Frankfurt 1981.
- Häfner, H.*, Psychiatrische Epidemiologie – Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse, Springer, Heidelberg 1978.
- Halbwachs, M.*, Das Gedächtnis und seine sozialen Bedingungen, Suhrkamp, Frankfurt 1986.
- Hasenbring, M.*, Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzert, in: *Muthny* (1990) 78-87.
- Hautzinger, M.*, Depressive Reaktionen aus psychologischer Sicht, in: *Hautzinger, M., Hoffmann, N.*, Depression und Umwelt, Müller, Salzburg 1979, 15-94.
- Havinghurst, R.J.*, Developmental tasks and education, David McKay, New York 1948.

- Havinghurst, R.J.*, Dominant concerns in the life, in: *Schenk-Danzinger, L., Thomae, H.*, Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie, Hogrefe, Göttingen 1963, 27-37.
- Heckmann, H.*, Die andere Schöpfung. Geschichte der frühen Automaten in Wirklichkeit und Dichtung, Umschau-Verlag, Frankfurt 1982.
- Heidegger, M.*, Sein und Zeit, 12. Aufl., Niemeyer, Tübingen 1972.
- Heigl, F.*, Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1978.
- Helson, H.*, Adaptation level theory, New York 1964.
- Herzog, W.*, Modell und Theorie in der Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1984.
- Hohmeier, J.*, Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß, in: *Brusten, M., Hohmeier, J.*, Stigmatisierung. Bd. 1, Luchterhand, Neuwied, Darmstadt 1975.
- Holdstock, T.L.*, (Clinical) psychology in search of identity, Vrije Universiteit Uitgeverij, Amsterdam 1992.
- Honig, A.S.*, Stress and coping in children, *Young Children*, May (1986) 50-63, July (1986) 47-59.
- Horkheimer, M., Adorno, T.W.*, Dialektik der Aufklärung, Querido, Amsterdam 1947.
- Horn, K.*, Formierte Demokratie als kollektive Identität, *Das Argument* 9 (1967) 26-41.
- Horn, K.*, Zur Formulierung der Innerlichkeit, in: *Schäfer, G., Nedelmann, C.*, Der CDU-Staat, 2 Bde., Suhrkamp, Frankfurt 1969, 315-350.
- Ilijine, V.N.*, Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen, in: *Petzold, Orth* (1990a) 203-212.
- Jacoby, H.*, Die Bürokratisierung der Welt, Luchterhand, Neuwied, Berlin 1969.
- Jacoby, H., Laing, R., Cooper, D.*, Das Verhältnis von Gesellschaftstheorie und Psychotherapie, *Das Argument* 89 (1975) 52-70.
- Jahoda, M.*, Current concepts of positive mental health, Basic Books, New York 1958.
- Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 1, Argument-Verlag, Berlin 1976.
- Jerusalem, M.*, Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Jervis, G.*, Kritisches Handbuch der Psychiatrie, Syndikat, Frankfurt 1978.
- Jervis, G., Mastrangeli, G., Rozzi, R.*, Psychotherapie und Klassenkampf, Mervis, Berlin 1974.
- Joas, H.*, Praktische Intersubjektivität. Die Entwicklung des Werkes von G.H. Mead, Suhrkamp, Frankfurt 1982.
- Joas, H.*, Das Problem der Intersubjektivität. Neuere Beiträge zum Werk G.H. Meads, Suhrkamp, Frankfurt 1985.
- Jüttemann, G.*, Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik, Hogrefe, Göttingen 1984.
- Jüttemann, G.*, Komparative Kasuistik, Asanger, Heidelberg 1990.

- Kähler, H.D., Der professionelle Helfer als Netzwerker – oder: Beschreib' mir dein soziales Netzwerk, vielleicht erfahren wir, wie Dir zu helfen ist, *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 4 (1983) 225-244.
- Kagan, J., The second year of life: the emergence of self awareness, Harvard Univ. Press, Cambridge 1981.
- Katschnig, H., Simhandl, Ch., Berner, P., Luccioni, H., Alf, C., Moderne Psychiatrie. Klassifikationsprobleme in der Psychiatrie, Med.-Pharmazeut. Verlagsges., Purkersdorf 1987.
- Kessler, R.C., Price, R.H., Wortmann, C.B., Social factors in psychopathology: Stress, social support and coping processes, *Annual Review of Psychology* (1985) 531-572.
- Kernberg, O., Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus, Suhrkamp, Frankfurt 1978.
- Kernberg, O., Innere Welt und äußere Realität, Internationale Psychoanalyse, München, Wien 1988a.
- Kernberg, O., Schwere Persönlichkeitsstörungen, Klett-Cotta, Stuttgart 1988b.
- Keupp, H., Sozialisation in Institutionen der psychosozialen Versorgung, in: Hurrelmann, K., Ulich, D., Handbuch der Sozialisationsforschung, Beltz, Weinheim 1980, 575-602.
- Keupp, H., Sozialepidemiologie, in: Keupp, H., Rerrich, D., Psychosoziale Praxis, Urban & Schwarzenberg, München 1982.
- Keupp, H., Depression bei Frauen im Kontext der sozialepidemologischen Forschung, *Argument*, Sonderband 107 (1983) 131-141.
- Keupp, H., Zaumseil, M. (Hrsg.), Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Zum Arbeitsfeld klinischer Psychologen, Suhrkamp, Frankfurt 1978.
- Kilian, H., Kritische Theorie der Medizin. Ein Versuch zur Einführung in die medizinische Unheilkunde, *Das Argument* 60 (1970) 87-104.
- Kilian, H., Die Zukunft der Psychoanalyse und die Aufgabe einer Humanisierung der Wissenschaft, *Prisma* 18 (o. J.) 2-7.
- Krahl, H.-J., Konstitution und Klassenkampf. Zur historischen Dialektik von bürgerlicher Emanzipation und proletarischer Revolution, *Neue Kritik*, Frankfurt 1971a.
- Krahl, H.-J., Transzendentalität und Kapital – zur Konstitution der Arbeitszeit als des verhängnisvollen Naturgesetzes der kapitalistischen Entwicklung 1971b, in: idem (1971a) 74-81.
- Krahl, H.-J., Produktion und Klassenkampf 1971c, in: idem (1971a) 384-406.
- Kuiper, P.C., Die seelischen Krankheiten des Menschen. Psychoanalytische Neurosenlehre.
- Laing, R.D., Undurchschaubarkeit und Evidenz in modernen Sozialsystemen, in: Cooper, D. (Hrsg.), Dialektik der Befreiung, Suhrkamp, Frankfurt 1969, 12-26.
- Laing, R.D., Knoten, Rowohlt, Reinbek 1972.
- Laing, R.D., Das Selbst und die Anderen, Editione Continua, Erice 1973.
- Lasch, Chr., The Culture of Narcissism, Warner Books, New York 1979.

- Lazarus, R.S., Folkman, S., Stress, appraisal and coping, Springer, New York 1984.
- Lazarus, R.S., Launier, R., Stress-related transactions between person and environment, in: Pervin, L.A., Lewis, M., Perspectives in international psychology, Plenum Press, New York 1978, 287-327.
- Lehr, U., Erträge biographischer Forschung in der Entwicklungspsychologie, in: Jüttemann, G., Thomae, H., Biographie und Psychologie, Springer, Heidelberg 1987, 217-248.
- Lewin, K., Feldtheorie in den Sozialwissenschaften, Huber, Bern 1963.
- Lindemann, E., The meaning of crisis in individual and family living, *Teacher College Record* 57 (1956) 310-315.
- Loch, W. (Hrsg.), Die Krankheitslehre der Psychoanalyse, Hirzel, Stuttgart 1971.
- Lorand, S., Sandor Ferenczi 1873-1933. Pioneer of Pioneers, in: Alexander, F., Eisenstein, S., Grotjahn, M. (eds.), Psychoanalytic Pioneers, Basic Books, New York/London 1966, 14-35.
- Lorenzer, A., Sprachzerstörung und Rekonstruktion, Suhrkamp, Frankfurt 1970.
- Löwith, K., Max Weber und Karl Marx, in: *Archiv für Sozialwissenschaften und Sozialpolitik* 67, Tübingen 1932.
- Löwith, K., Von Hegel zu Nietzsche, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1950.
- Luhmann, N., Zweckbegriff und Systemrationalität, Mohr, Tübingen 1968.
- Luhmann, N., Vertrauen, ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität, Enke, Stuttgart 1968.
- Luhmann, N., Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen, in: Otto, Schneider (Hrsg.) Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit, Bd. 1 (1973) 21-43.
- Lukacs, G., Geschichte und Klassenbewußtsein. Studien über Marxistische Dialektik, de Munter, Amsterdam 1967.
- Lüth, P., Kritische Medizin. Zur Theorie-Praxis-Problematik der Medizin und der Gesundheitssysteme, Rowohlt, Reinbek 1972.
- Macnab, F.A., Entfremdung und Interaktion. Erfahrungen mit Schizophrenen, Focus, Gießen 1975.
- Mahrer, A.R., New approaches to personality classification, Columbia Univ. Press, New York 1970.
- Maindok, H., Soziologie als Profession, Diss., Frankfurt 1977.
- Marcel, G., Die Erniedrigung des Menschen, Knecht, Frankfurt 1964.
- Marcel, G., Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang, bearbeitet von Hans A. Fischer-Barnicol, in: Petzold (1985g) 15-46.
- Marcuse, H., Über die philosophischen Grundlagen des wirtschaftswissenschaftlichen Arbeitsbegriffs, *Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik*, Bd. 69, 1933, 257-292.
- Markus, G., Über die erkenntnistheoretischen Ansichten des jungen Marx, in: Schmidt (Hrsg.) Beiträge zur marxistischen Erkenntnistheorie (1969) 18-72.

- Marquard, O.*, Schwierigkeiten mit der Geschichtsphilosophie, Suhrkamp, Frankfurt 1973.
- Marx, K.*, Zur Judenfrage, MEW Bd.1, 1843.
- Marx, K.*, Ökonomisch-Philosophische Manuskripte, MEW Ergänzungsband Teil 1, 1844.
- Marx, K.*, Grundrisse der Kritik der politischen Ökonomie, EVA Europa, Frankfurt, Wien 1857/58.
- Marx, K.*, Das Kapital, Bd. 1, MEW 23, 1867.
- Maslow, A.*, Toward a psychology of being, Van Nostrand, New York 1962.
- Masson, J.M.*, Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie, Rowohlt, Reinbek 1986.
- Mayring, Ph.*, Kontrollüberzeugungen, in: *Brüderl* (1987).
- Mead, G.H.*, The Philosophy of the Present, University of Chicago Press, Chicago 1932.
- Mead, G.H.*, Mind, Self and Society, University of Chicago Press, Chicago 1934.
- Mentzos, St.*, Interpersonale und institutionalisierte Abwehr, Suhrkamp, Frankfurt 1977.
- Mentzos, St.*, Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven, Fischer, Frankfurt 1984.
- Merleau-Ponty, M.*, Le visible et l'invisible, Gallimard, Paris 1964.
- Merleau-Ponty, M.*, Phänomenologie der Wahrnehmung, de Gruyter, Berlin 1966.
- Merleau-Ponty, M.*, Die Abenteuer der Dialektik, Suhrkamp, Frankfurt 1968.
- Merleau-Ponty, M.*, Das Sichtbare und das Unsichtbare, Fink, München 1986.
- Mierke, K.*, Wille und Leistung, Hogrefe, Göttingen 1955.
- Moeller, M.L.*, Selbsthilfegruppen, Rowohlt, Reinbek 1978.
- Moeller, M.L.*, Anders Helfen – Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen, Klett-Cotta, Stuttgart 1989.
- Möller, H.J.*, Probleme der Klassifikation und Diagnostik, in: *Reinecker* (1990) 3-24.
- Möller, H.J., Hohe-Schramm, M., Zerssen, D. v.*, Operationalisierte Diagnostik endogener Psychosen nach RDC und DSM III: Übereinstimmung mit der ICD-Diagnostik, in: *Beckmann, H., Laux, G.*, Biologische Psychiatrie, Heidelberg, Springer 1988, 80-85.
- Moos, R.H.*, Human adaptation: Coping with life crisis, Heath Lexington 1976.
- Moos, R.H.*, Coping with life crises, Plenum, New York 1986.
- Moreno, J.L.*, Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations, Nervous and Mental Disease, Publ. Co. Washington 1934; erw. Ausg. Beacon House, Beacon 1953.
- Moreno, J.L.*, The organization of the social atom, *Sociometrie Review* I (1936) 11-16.
- Moreno, J.L.*, Psychodrama, Vol. I, Beacon House, Beacon 1946, 1964².
- Moreno, J.L.*, The social atom and death, *Sociometry* 1 (1947) 80-84.

- Müller, A.M.K., Die präparierte Zeit. Der Mensch in der Krise seiner eigenen Zielsetzungen, Radius Verlag, Stuttgart 1972 (2. Aufl. 1973).
- Müller, A.M.K., Wende der Wahrnehmung, Erwägungen zur Grundlagenkrise in Physik, Medizin, Pädagogik und Theologie, Kaiser, München 1978.
- Müller, Ch., Lexikon der Psychiatrie, Springer, Heidelberg 1973
- Müller, M., Freud und sein Vater, Beck, München 1979.
- Muthny, F.A., Krankheitsverarbeitung, Springer, Heidelberg 1990.
- Mutz, G., Sozialpolitik als soziale Kontrolle – am Beispiel der psychosozialen Versorgung, München 1983.
- Nelson, K., Narratives form the Crib, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London 1989.
- Nestmann, F., Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung, Walter deGruyter, Berlin 1988.
- Nicol, A.R., Longitudinal studies in child psychology, Wiley, Chichester 1985.
- Nitsch, J.R., Stress, Huber, Bern, Wien 1981.
- Oerter, R., Montada, L., Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch, Psychologie Verlags Union, München, Weinheim 1987.
- Offe, C., Strukturprobleme des kapitalistischen Staates, Suhrkamp, Frankfurt 1972.
- Ottomeyer, K., Soziales Verhalten und Ökonomie im Kapitalismus, Politladen, Gaiganz 1974.
- Ottomeyer, K., Ökonomische Zwänge und menschliche Beziehungen. Soziales Verhalten im Kapitalismus, Rowohlt, Reinbek 1977.
- Orth, I., Petzold, H.G., Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie, in: Petzold, H.G. (1991a).
- Perls, F.S., Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980.
- Petzold, H.G., Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 (1965) 1-16; dtsh. in: Petzold (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G., Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, Genese, Diagnose, Therapie, Paris 1968a.
- Petzold, H.G., Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7 (1968b) 331-360
- Petzold, H.G., L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris, mimeogr. 1969b; auszugsweise dtsh. in: (1988n 455-491, o).
- Petzold, H.G., Der Beitrag kreativer Therapieverfahren zu einer erlebnisaktivierenden Erwachsenenbildung, Vortrag auf der Arbeitstagung „Kreativitätstraining, kreative Medien, Kunst- und Kreative Therapie“, VHS Dormagen und Buderich 1.6.1971; VHS Buderich 1971k mimeogr.
- Petzold, H.G., Moderne Methoden psychologischer Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung, *Erwachsenenbildung* 3 (1971i) 160-178.

- Petzold, H.G., Integrative Bewegungstherapie, 1974k, in: idem, Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974j, 285-404; repr. Petzold (1988n).
- Petzold, H.G., Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie, 1977a, in: Petzold (1977n) 252-396; revid. in (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Die neuen Körpertherapie, Junfermann, Paderborn 1977n.
- Petzold, H.G., Das Ko-responzenzmodell in der Integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1 (1978c) 21-58, revid. und erw. 1991e.
- Petzold, H.G., Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter, *Integrative Therapie* 1/2 (1979c) 51-78.
- Petzold, H.G., Der Gestaltansatz in einer integrativen psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und agogischen Arbeit mit alten Menschen, 1979e, in: Petzold, Bubolz (1979) 261-294.
- Petzold, H.G., Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, in: Petzold, Vormann (1980c) 208-228.
- Petzold, H.G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn 1980f.
- Petzold, H.G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie 1980g, in: Petzold (1980f) 223-290.
- Petzold, H.G., Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit, 1981e, in: C. Bachmann, Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt 1981, 214-299.
- Petzold, H.G., Vorsorge – ein Feigenblatt der Inhumanität – Prävention, Zukunftsbewußtsein und Entfremdung, *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 3/4 (1981k) 82-90.
- Petzold, H.G., Krisenintervention, *Gestalt-Bulletin* 1/3 (1982r), 64-67.
- Petzold, H.G., Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie, *Integrative Therapie* 1/2 (1984i) 73-115.
- Petzold, H.G., Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn 1985g.
- Petzold, H.G., Zur Psychodynamik der Devolution, *Gestalt-Bulletin* 1 (1986h) 75-101.
- Petzold, H.G., Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1987c) 104-141.
- Petzold, H.G., Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die „multiple Entfremdung“ in einer verdinglichenden Welt, 1987d; in: Richter, K. (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit – eine unheilige Allianz? *Schriftenreihe des Instituts f. Bildung und Kultur*, Bd. 9, Remscheid, 38-95; repr. in: Matthies, K., Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie, Bremer Hochschulschriften, Univ. Druckerei, Bremen 1988.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988a (erw. in: 1991a).

- Petzold, H.G., Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988b (erw. in: 1991a).
- Petzold, H.G., Heraklitische Wege – Gestalttherapie und Integrative Therapie: Bezüge, Gemeinsamkeiten und Divergenzen, 1988c, in: *Latka, H.F., Maak, N., Merten, R., Trischkat, A., Gestalttherapie und Gestaltpädagogik zwischen Anpassung und Auflehnung, Dokum. d. Münchner Gestalt-Tage 1988*, 34-92.
- Petzold, H.G., Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen – dargestellt an Beispielen aus der „Integrativen Bewegungstherapie“, Teil I, *Integrative Therapie 4* (1988d) 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. in: (1988n) 173-283.
- Petzold, H.G., Organismuskonzept und Anthropologie, *Integrative Therapie 4* (1988l); auch in: (1988n, S. 276-283).
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G., „Die Brille von vorgestern“ – „Vergangenheitsprojektion und Zeitreisen in der Erinnerungs- und Antizipationsarbeit der Integrativen Therapie, *Gestalt & Integration 2* (1989d) 44-52.
- Petzold, H.G., Zeitgeist als Sozialisationsklima – zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie, *Gestalt und Integration 2* (1989f) 140-150.
- Petzold, H.G., „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie, in: *Petzold, H.G., Orth, I., (1990a) II, 639-720.*
- Petzold, H.G., „Entwicklung in der Lebensspanne“ und Pathogenese, Vortrag auf der Tagung „Bewegungstherapie und Psychosomatik“, 22. – 23.11.1990 an der Freien Universität Amsterdam, 1990e; repr. in: (1991a).
- Petzold, H.G., „Der Tree of Science“ als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis in der Integrativen Therapie, bearbeitet von *Bernd Heiner-mann*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1990h, erw. in: *Petzold* (1991a).
- Petzold, H.G., Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“, Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 08. – 10.06.1990, Düsseldorf, 1990i, in: *Petzold, Schobert* (1991) 17-28.
- Petzold, H.G., Drogentherapie heißt Karrierebegleitung, Reflexionen nach 20 Jahren Arbeit im Felde der Drogenarbeit am Beispiel des Stufenmodells therapeutischer Wohngemeinschaften und des Konzeptes der therapeutischen Kette, Vortrag auf dem Therapieketten Niedersachsen-Seminar 11, 1989, STEP, Hannover 1990k, repr. *Gestalt & Integration 2* (1992).
- Petzold, H.G., Kindliche Entwicklung, kreative Leiblichkeit und Identität. Basiskonzepte für die Arbeit mit Kindern im Vorschulbereich, in: *Kerschbaumer, F.X., Mit Kindern auf dem Weg. Gedanken, Referate, Zusammenfassung, NÖ Kindergartensymposion 1987-1989, NÖ Schriften, Wien 1990m, 50-69.*

- Petzold, H.G., Ethische Konzepte für die Psychotherapie – Die diskursive und situationsbezogene Ethik der Integrativen Therapie, *Gestalt* 9 (Zürich 1990n) 6-12; revid. und erw. (1991a).
- Petzold, H.G., Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt & Integration* 2 (1990o) 7-37.
- Petzold, H.G., Integrative Dramatherapie und Szenentheorie – Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie, 1990p, in: Petzold, Orth (1990a) II, 849-880; repr. (1991a).
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Ausgewählte Schriften Bd. II, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G., Die Chance der Begegnung, Dapo, Wiesbaden (1991b), repr. in (1991a).
- Petzold, H.G., Die Ursachen hinter den Ursachen, 1991c, in: Festschrift zum 50jährigen Geburtstag von Rolf Schwendter, Wien.
- Petzold, H.G., Die Bedeutung und Praxis der Lehranalyse in der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf, 1991n.
- Petzold, H.G., Differenzierung und Integration, *Integrative Therapie* 4 (1991f).
- Petzold, H.G., Therapeutische Identität, „professional community“ und „plurale therapeutische Kultur“, *Gestalt & Integration* 2 (1991g).
- Petzold, H.G., Chronosophische Überlegungen zu Zeit, Identitätsarbeit und biographische Narration, 1991o, in: idem (1991a).
- Petzold, H.G., Die Krisen der Helfer – Überforderung, zeitextendierte Belastung und Burnout, Vortrag auf dem Symposium „Krisenintervention Heute“, 25./26. Oktober 1991p, Inselspital, Kinderklinik, Bern; ersch. im Kongreßband bei Huber, Bern 1992.
- Petzold, H.G., Psychotherapie und Babyforschung, Junfermann, Paderborn 1992 (in Vorber.).
- Petzold, H.G., Bubolz, E., Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart 1976.
- Petzold, H.G., Bubolz, E., Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H.G., Goffin, J., Oudhoff, J., Protective Faktoren: eine ‚positive‘ Betrachtungsweise in der klinischen Entwicklungspsychologie, Vakgroep Bewegingsagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam 1991; repr. idem (1992).
- Petzold, H.G., Hentschel, U., Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1 (1991) 11-19.
- Petzold, H.G., Mathias, U., Rollenentwicklung und Identität, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., Orth, I., Körperbilder in der Integrativen Therapie – Darstellung des phantasmatischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik, *Integrative Therapie* 1 (1991a) 117-146; repr. (1991a).

- Petzold, H.G., *Petzold, Ch.*, Lebenswelten alter Menschen, Vincentz Verlag, Hannover 1991.
- Petzold, H.G., *Petzold, Ch.*, Soziotherapie, *Gestalt & Integration* 1 (1992).
- Petzold, H.G., Schnyder, U., Methoden und Techniken der Krisenintervention (in Vorber.), FPI, Düsseldorf 1992.
- Petzold, H.G., Schobert, R., Selbsthilfe und Psychosomatik, Junfermann, Paderborn 1991.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Integrative Therapie und Gestalttherapie am Fritz Perls Institut – Begriffliche persönliche und konzeptuelle Hintergründe und Entwicklungen, *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 1 (1988a) 22-96.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Die FPI-Spirale – Symbol des „heraklitischen Weges“, *Gestalt & Integration, Gestalt-Bulletin* 2 (1988b) 5-33; repr. (1991a).
- Petzold, H.G., Vormann, G., Therapeutische Wohngemeinschaften, Pfeiffer, München 1980.
- Phillip, M., Maier, W., Wilhelm, D., Das polydiagnostische Interview (PODI), *Psycho* 12 (1986) 394-395.
- Plügge, H., Über das Verhältnis des Ichs zum eigenen Leib, in: *Petzold* (1985g) 107-132.
- Reich, W., Die Entdeckung des Orgons I: Die Funktion des Orgasmus, Fischer, Frankfurt 1972.
- Reinecker, H., Lehrbuch der klinischen Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Reinhard, H.G., Entwicklung und psychische Störung im Jugendalter, Thieme, Stuttgart 1987.
- Richter, H.E., Eltern, Kind und Neurose. Psychoanalyse der kindlichen Rolle, Rowohlt, Reinbek 1969.
- Richter, H.E., Patient Familie. Die Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie, Rowohlt, Reinbek 1970.
- Richter, H.E., Die Gruppe, Rowohlt, Reinbek 1972.
- Richter, H.E., Lernziel Solidarität, Rowohlt, Reinbek 1974.
- Ricoeur, P., Die Interpretation. Versuch über Freud, Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Robins, L.N., Rutter, M., Straight and devious pathways from childhood to adulthood, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- Rohde-Dachser, Chr., Das Borderline-Syndrom, Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1979.
- Rohde-Dachser, Chr., Feindbilder in der Psychoanalyse, in: *Forum der Psychoanalyse* 6 (1990) 135-146.
- Rogers, C.R., Die Entwicklung der Persönlichkeit, Klett, Stuttgart 1973.
- Rutter, M., Resilience intace of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder, *British J. of Psychiatry* 147 (1985) 598-611.
- Rutter, M., Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1988.
- Rutter, M., Pathways from Childhood to Adult Life, *J. Child Psychol. Psychiat.* 1 (1989) 23-51; repr. *Petzold* (1992a).

- Rutter, M., Quinton, D., Hill, J., Adult outcome of institution-reared children: Males and females compared, in: *Robins, Rutter* (1990) 135-154.
- Sartre, J.-P., *Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie*, Rowohlt, Reinbek 1962.
- Sartre, J.-P., *Marxismus und Existentialismus. Versuch einer Methodik*, Rowohlt, Reinbek 1964.
- Sartre, J.-P., *Kritik der dialektischen Vernunft. Theorie der gesellschaftlichen Praxis*, Rowohlt, Reinbek 1967.
- Schaub, A., *Bewältigungsstrategien bei schizophrenen Patienten*, Diplomarbeit, Psychol. Inst. Universität Bonn, Bonn 1984.
- Scheff, T.J., *Das Etikett „Geisteskrankheit“. Soziale Interaktion und psychische Störung*, Fischer, Frankfurt 1973.
- Schmitz, H., *Phänomenologie der Leiblichkeit*, in: *Petzold* (1985g) 71-106.
- Schmitz, H., *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapie*, Junfermann, Paderborn 1989.
- Schmitz, H., *Neue Phänomenologie*, Bouvier, Bonn 1990.
- Schneider, M., *Neurose und Klassenkampf. Materialistische Kritik und Versuch einer emanzipativen Neubegründung der Psychoanalyse*, Rowohlt, Reinbek 1973.
- Schöpf, A., *Sigmund Freud*, Beck, München 1982.
- Schott, H., *Traum und Neurose. Erläuterungen zum Freudschen Krankheitsbegriff*, Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1979.
- Schuch, B., *Zum gegenwärtigen Stand der social-support Forschung*, *Gruppendynamik* 2 (1990) 221-234.
- Schuch, H.W., *Der Arbeitsbegriff von Karl Marx*, verf. Man., Konstanz 1974/75.
- Schuch, H.W., *Formierung psychosozialer Prozesse. Zur Problematik bürokratischer Hilfe*, Focus, Gießen 1983.
- Schuch, H.W., *Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung*, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 108-131.
- Schuch, H.W., *Ohne Sympathie keine Heilung*, in: *Kleimann, Kollak* (Hrsg.) *Lebensgestalt und Zeitgeschichte*, Hamburg, FPI 1989, 126-149.
- Schuch, H.W., *Über Persönliches im Werk*, *Integrative Therapie* 1/2 (1990a) 134-152.
- Schuch, H.W., *Active Psychoanalysis. Sandor Ferenczi's Contribution to the Technique of Psychotherapy*. Vortrag für das 2. Norge Symposium für Integrative Therapy, 28. – 30.9.1990, verf. Man. 1990b.
- Schuch, A., *Schuch, H.W.*, *Einige psychologische und soziologische Aspekte professionell institutionalisierter Hilfe*, *Gruppendynamik* 11 (1980) 42-53.
- Schuller, H., *Die Logik der Entfremdung*, S. Roderer Verlag, Regensburg 1991.
- Schulz-Henke, H., *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, Thieme, Stuttgart, New York 1985.
- Schurig, V., *Die Entstehung des Bewußtseins*, Campus, Frankfurt 1976.
- Seligman, M.E.P., *Helplessness*, Fremann, San Francisco 1978.
- Seyle, H., *The Stress of life*, rev. ed., Mc Graw Hill, New York 1978.

- Seyle, H.*, Geschichte und Grundzüge des Stresskonzeptes, in: *Nitsch* (1981) 168-187.
- Simhandl, Ch., Berner, P., Luccioni, H., Alf, C.* (Hrsg.), *Moderne Psychiatrie. Klassifikationsprobleme in der Psychiatrie*, Medizinisch-Pharmazeutische Verlagsgesellschaft, Peukersdorf 1987.
- Sohn-Rethel, A.*, *Geistige und körperliche Arbeit*, Suhrkamp, Frankfurt 1970.
- Sohn-Rethel, A.*, *Warenform und Denkform, Aufsätze*, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt 1971.
- Stern, D.*, *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York 1985.
- Stöhr, R.*, *Bewältigungsstrategien bei schizophrenen Patienten*, Diplomarbeit, Psychologisches Institut Universität Bonn, Bonn 1986.
- Suzuki, D.T.*, *Leben aus Zen*, Barth, München 1987.
- Sroufe, L.A., Rutter, M.*, The domain of developmental psychopathology, *Child Development* 55 (1984) 17-29.
- Thoits, P.A.*, Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of literature, in: *Kaplan, H.B.*, *Psychosozial stress: Trends in theory and research*, Academic Press, New York 1983, 33-103.
- Thomae, H.*, *Altersstile und Altersschicksale*, Huber, Bern 1983.
- Thomae, H.*, *Das Individuum und seine Welt*, 2. Aufl., Hogrefe, Göttingen 1988.
- Thomä, H., Kächele, H.*, *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*, Bd. 1, Springer, Berlin, 2. korrigierter Nachdruck 1989.
- Thomas, G.*, *Unterschicht, Psychosomatik & Psychotherapie*, Junfermann, Paderborn 1986.
- Tillich, P.*, *Existenzphilosophie*, in: idem, *Gesammelte Werke*, Bd. 4, Evang. Verlagswerk, Stuttgart 1961.
- Ulich, D.*, *Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit*, Psychologie Verlagsunion, München 1987.
- Ulich, D., Haußer, K., Mayring, Ph., Strehmel, P., Kandler, M., Degenhardt, B.*, *Psychologie der Krisenbewältigung. Eine Längsschnittuntersuchung mit arbeitslosen Lehrern*, Beltz, Weinheim 1985.
- Uzgiris, I., Hunt, J. McV.*, *Assessment in infancy: Ordinary scales of psychological development*, Univ. of Illinois Press, Urbana 1975.
- Vaillant, G.*, *Adaptation to life*, Little Brown, Boston 1977.
- Vyt, A.*, The second year of life as a developmental turning point: Implications for „sensitive“ caretaking, *Europ. J. Psychol. Education* 2 (1989) 145-158; erw. in: *Petzold* (1992a).
- Waldenfels, B.*, *Die Verschränkung von innen und außen im Verhalten. Phänomenologische Forschungen II* (1976).
- Walter, H.-J.*, *Gestalttheorie und Psychotherapie*, Steinkopff, Darmstadt 1978.
- Watts, A.W.*, *Zen. Tradition und lebendiger Weg*, Zero, Rheinberg 1981.
- Wawrzyn, L.*, *Der Automatenmensch*, Wagenbach, Berlin 1976.
- Wilensky, H.L.*, Jeder Beruf eine Profession? in: *Luckmann, Th. Sprondel, W.M.*, *Berufssoziologie*, Westdeutscher Verlag, Köln 1972, 198-215.
- Willi, J.*, *Die Zweierbeziehung*, Rowohlt, Reinbek 1975.

Willi, J., Ko-Evolution. Die Kunst des gemeinsamen Wachsens, Rowohlt, Reinbek 1985.

Zerssen, D. von, Diagnose, 1973a, in: *Müller* (1973).

Zerssen, D. von, Nosologie, 1973b, in: *Müller* (1973).