

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

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

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

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

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 17/2020

Behandlung von Patienten mit einer Diagnose
aus dem schizophrenen Formenkreis auf Basis
der *Integrativen Therapie* nach *Petzold**

Jeannette Good, St. Gallen**

* Aus der „Schweizer Stiftung Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, lic. phil. Lotti Müller. mailto: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: www.Integrative-therapie-seag.ch. Betreuer der Arbeit Hilarion G. Petzold, Ulrike Mathias-Wiedemann.

** Teilnehmerin der SEAG-Weiterbildung ‚Psychotherapie‘.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

1. Methode

2. Einleitung

3. Theoretischer Teil

3.1 *Störungsbild und Symptomatik*

3.2 *Theoretische Modelle*

3.2.1 Dopaminhypothese

3.2.2 Neurophysiologische, neuropsychologische und psychophysiologische Komponenten

3.2.3 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

3.3 **Praxeologischer Teil - Behandlung**

3.3.1 Prozessuale Diagnostik

3.3.2 Hermeneutische Spirale

3.3.3 Tetradesches Modell

3.3.4 Vier Wege der Heilung und Förderung

3.3.5 Therapeutische Wirkfaktoren

3.3.6 Medikamentöse Behandlung

4. Diskussion

Zusammenfassung:

Summary:

9. Literatur

10. Anhang

10.1 *Kurze Beschreibung der Patienten*

10.1.1 Patient A.

10.1.2 Patient B.

10.1.3 Patient M.

10.1.4 Patient V.

10.2 *Prozessuale Diagnostik (Leitfaden; Petzold 2003a, S. 1048)*

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Positiv- und Negativsymptome der Schizophrenie.....

Tab. 2: Symptome ersten und zweiten Ranges der Schizophrenie

1. Methode

Da sich die Suche nach aktuellen Grundlagenbüchern zum Thema Schizophrenie im Allgemeinen schwierig gestaltete (Suche via Swissbib und Stadtbibliothek St. Gallen [online und manuell]), entschied sich die Verfasserin ein Sammelwerk aus dem Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie (Wittchen & Hoyer, 2011), welches Vorschrift für die Abschlussprüfung in Psychologie war, heranzuziehen. Dieses Sammelwerk bietet eine gute Grundlage für wissenschaftliche Erkenntnisse und Themen. Ergänzend wurde eine Suche über die grossen Datenbanken (Pubmed, PsychInfo, Springer Link) für aktuellere wissenschaftliche Literatur gestartet. Zudem wurden die S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Gaebel, Hasan & Falkai 2019) herangezogen.

Bei der Literatursuche zur *Integrativen Therapie* nach Petzold im Bereich Schizophrenie konnten keine spezifischen Grundlagentexte gefunden werden, wohl aber einige Arbeiten zur Therapie von psychiatrischen PatientInnen (siehe unten). Diese können ausgewertet werden, um in Abgleichung mit Leitlinien zur Schizophrenie-Behandlung spezifische Elemente herauszuarbeiten. Überdies konnten der Webseite der EAG in der Plattform „Polyloge“ (<https://www.fpi-publikation.de/polyloge/>) vier Behandlungsjournale zur Therapie mit schizophrenen Patienten gefunden werden. Diese Behandlungsjournale können eine weitere Grundlage bilden, um daraus Modelle der Integrativen Therapie nach Petzold für Störungen des schizophrenen Formenkreises herauszufiltern.

2. Einleitung

Das Interesse am Thema Schizophrenie/Therapie von Schizophrenie erwuchs aus einem Praktikum in der Psychiatrischen Klinik Wil (Sommer 2010) vor Antritt des Psychologiestudiums an der Universität Zürich. Die Verfasserin absolvierte zu diesem Zeitpunkt ein Praktikum auf einer Langzeitstation u.a. für Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung. Viele der Patienten kamen immer wieder zurück auf diese Station. Häufig war dies auf eine Medikamenten-incompliance aufgrund starker Nebenwirkungen oder fehlende Bewältigungsstrategien zurückzuführen. Die therapeutische Haltung schien beim gesamten Personal eher zurückhaltend zu sein. Es entstand oft der Eindruck, dass sich das Personal nicht mehr so richtig mit diesen Patienten auseinandersetzen wollte, da die Erkrankung schwer und häufig bereits chronisch war. Auffallend war zudem, dass bestehende Muster der Patienten durch das Personal eher verstärkt statt aufgelöst wurden.

In der Forschung an der Universität Zürich werden Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zwar thematisiert und beforscht, jedoch gibt es verschiedene andere Störungen (z.B. affektive Störungen / neurotische und Belastungsstörungen / Persönlichkeitsstörungen), die deutlich mehr Aufmerksamkeit und Interesse erhalten (Beobachtungszeitraum von Herbst 2011 bis Sommer 2018). Da Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung auch Ressourcen und nicht nur Defizite aufweisen und Neuroleptika starke Nebenwirkungen haben, sollte in diesem Feld therapeutisch mehr gemacht werden. Gewisse Patienten mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis weisen – ähnlich wie Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung – sogar herausragende Fähigkeiten auf (z.B. herausragende kognitive Fähigkeiten von Patient A.; Buchmann, 2017).

3. Theoretischer Teil

Folgender Abschnitt geht auf Störungsbild und Symptomatik, Theoretische Modelle und Behandlungsmodelle der Schizophrenie ein. Der Schwerpunkt des Abschnittes liegt auf der Behandlung von schizophrenen Störungen.

3.1 Störungsbild und Symptomatik

Bereits seit Eugen Bleuler (1911) ist bekannt, dass Menschen mit einer Schizophrenie kein einheitliches Störungsbild aufweisen (Rey, 2011). Schizophrenie ist ein komplexes, heterogenes psychiatrisches Syndrom mit Verhaltens- und kognitiven Störungen (Owen, Sawa & Mortensen, 2016; Ropper, Marder & Cannon, 2019). Während Akutphasen (psychotischen Phasen) sind bei schizophrenen Patienten Störungen der Wahrnehmung, der Gedanken und des Bewusstseins (Ich-Erleben) zu beobachten. Dem entsprechenden Individuum fällt es in solchen Phasen extrem schwer, organisiert und rational zu denken. Zudem fallen schizophrene Patienten in psychotischen Phasen durch desorganisierte Sprache und chaotisches Verhalten im Alltag auf. Aufgrund fehlender Krankheitseinsicht ziehen sie fehlerhafte Schlussfolgerungen (Wahnphänomene) aus der Realität (Rey, 2011).

Die Symptome der Schizophrenie folgen einem dualen System: positive bzw. Symptome ersten und zweiten Ranges und negative Symptome (s. Tabellen 1 und 2; Rey, 2011; Schneider, 1946). Dieses System ist jedoch keinesfalls dichotom, sondern stellt zwei voneinander unabhängige Kontinuen dar (Rey, 2011).

Positivsymptome	Negativsymptome
Halluzinationen	Emotionale Verflachung oder Affektverarmung
Wahn	Asozialität, Kontaktmangel
Zerfall von Assoziationen	Apathie, Einbusse an Initiative
Denkzerfahrenheit	Aktivitätsminderung
Bizarres Ausdrucksverhalten	Verlangsamung kognitiver Prozesse, Sprachverarmung

Tab. 1: Positiv- und Negativsymptome der Schizophrenie (Rey, 2011, S. 802)

Symptome ersten Ranges	Symptome zweiten Ranges
Akustische Halluzinationen	Sonstige akustische, optische, olfaktorische oder gustatorische Halluzinationen
Dialogische Stimmen	Einfache Wahnphänomene und Wahneinfälle
Kommentierende Stimmen	Einfache Eigenbeziehung
Imperative Stimmen	
Gedankenlautwerden	
Leibhalluzinationen	
Leibliche Beeinflussungserlebnisse	
Schizophrene Ich-Störung	
Gedankeneingebung	
Gedankenentzug	
Gedankenausbreitung	
Willensbeeinflussung	
Wahnwahrnehmung	

Tab. 2: Symptome ersten und zweiten Ranges der Schizophrenie (Rey, 2011, S. 803)

Während positive Symptome in Akutphasen (psychotischen Phasen) auftreten, können Negativsymptome vor, nach und während Akutphasen auftreten (Rey, 2011). Positive Symptome stellen demnach ein „Übermass bzw. eine Verzerrung von normalen psychischen Funktionen“ dar (Rey, 2011, S. 802). Negative Symptome hingegen stellen eine „Verminderung bzw. ein Verlust von normalen psychischen Funktionen“ dar (Rey, 2011, S. 802). Hauptkriterium für das Vorliegen einer Schizophrenie ist das Vorliegen von positiven Symptomen. Ähn-

lich wie bei der Unterscheidung zwischen positiven und negativen Symptomen, sind Erstrangsymptome spezifischer für eine Diagnose einer schizophrenen Erkrankung als Zweitrangsymptome (Rey, 2011).

In den S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde werden folgende Leitsymptome zur Diagnose von Schizophrenie angegeben (Gaebel et al., 2019):

1. Gedankenlautwerden, -einkerbung, -entzug, -ausbreitung.
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmung.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn).
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität.
6. Gedankenabreißen oder -einschiebung in den Gedankenfluss.
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien, Negativismus oder Stupor
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt.

Aktuellere Untersuchungen legen ihren Schwerpunkt vermehrt auf kognitive Störungen bei schizophrenen Erkrankungen. Dabei konnten u.a. Defizite im Arbeitsgedächtnis, Defizite in der kognitiven Flexibilität, Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, Defizite in der Informationsverarbeitung sowie Defizite in den exekutiven Funktionen beobachtet werden (McCutcheon, Krystal & Howes, 2020; Rund, 2018). Mittlerweile deuten verschiedene Forschungsergebnisse darauf hin, dass bei Schizophrenie alle kognitiven Funktionen mehr oder weniger beeinträchtigt sein können (Rund, 2018). Da diese kognitiven Störungen sehr früh beginnen, wird Schizophrenie heute als Hirnentwicklungsstörung diskutiert. Der Umstand, dass sich die kognitiven Funktionen mit der Zeit weiter verschlechtern hat dazu geführt, dass Schizophrenie zudem als neurodegenerative Erkrankung diskutiert wird (Rund, 2018).

3.2 Theoretische Modelle

Im folgenden Abschnitt werden bisherige theoretische Modelle zur Entstehung von schizophrenen Störungen dargestellt. Nebst spezifischen neuropsychologischen Modellen wird auch ein übergreifendes Modell mit neuropsychologischen, entwicklungspsychologischen und sozialpsychologischen Komponenten beschrieben.

3.2.1 Dopaminhypothese

Bei der Dopaminhypothese wird angenommen, dass die Regulation des Dopaminstoffwechsels gestört ist (Olbrich, Fritze, Landczik & Vauth, 1999; Ropper et al., 2019; McCutcheon et al., 2020). Dies zeigt sich in einer Überaktivität des dopaminergen Systems innerhalb des limbischen Systems. Das limbische System umfasst folgende Strukturen: Amygdala, Hippocampus, Fornix, Mamillarkörper, Nucleus anterior, Gyrus cinguli, Bulbus olfactorius und Septum (Rey, 2011). Diese Strukturen sind an Prozessen der Gedächtnisbildung, des Lernens, des Denkens, an vegetativen und emotionalen Funktionen sowie an Antrieb und Motivation beteiligt. Gleichzeitig wird eine Unteraktivität im Frontalhirn diskutiert (Olbrich et al., 1999).

Die Annahme der Überaktivität im limbischen System geht auf die Wirkung von Neuroleptika bei Dopaminrezeptoren zurück (Olbrich et al., 1999; Rey, 2011; Ropper et al., 2019; McCutcheon et al., 2020). Die Gabe von neuroleptischen Substanzen bewirkt nämlich eine Blockade der D2-Dopamin-Rezeptoren, was zur Reduktion der positiven Symptomatik führt. Bei der Produktion von negativer Symptomatik wird eine Unteraktivität von Dopaminrezeptoren im präfrontalen Kortex angenommen (Rey, 2011; McCutcheon et al., 2020).

Da innerhalb der Dopaminhypothese Unklarheiten bestehen, wurden in neuere neurochemische Hypothesen die Neurotransmittersysteme Glutamat, GABA und Serotonin aufgenommen (Olbrich et al., 1999; Weinberger, 1997; McCutcheon et al., 2020). Auf diese Systeme wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen.

3.2.2 Neurophysiologische, neuropsychologische und psychophysiologische Komponenten

Nebst biochemischen Theorien (Dopaminhypothese) gibt es weitere Modelle, welche allgemeine neuropsychologische Defizite bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen aufzeigen (Rey, 2011; Owen et al., 2016). Kognitive Defizite zeigen sich jedoch nicht nur in allgemeinen neuropsychologischen Leistungen, sondern auch in spezifischen Domänen (Krug, Stein & Kirchner, 2020). Auch hier ist es wichtig nicht aus den Augen zu verlieren, dass die Schizophrenie kein einheitliches Störungsbild aufweist. Im Folgenden werden drei verschiedene Forschungsbereiche aufgegriffen.

Störung der Aufmerksamkeit, der Informationsaufnahme und -verarbeitung

Bei Menschen mit Schizophrenie konnten verschiedene Minderleistungen im Bereich der Aufmerksamkeit, Informationsaufnahme und -verarbeitung festgestellt werden (Rey, 2011; Rund, 2018). Dies betrifft vor allem Leistungen in der Aufmerksamkeitssteuerung, in den

Exekutivfunktionen und im Problemlösen (Aleman, Hijman, de Haan & Kahn, 1999; Rund, 2018).

Defizite in diesem Bereich sind unter anderem auf einen Mangel im sensumotorischen Gating zurückzuführen (Rey, 2011). Demzufolge haben Menschen mit einer Schizophrenie Probleme im Unterdrücken von irrelevanten Stimuli (Rey, 2011; Ropper et al., 2019). Besonders auffällig ist dies bei kurz aufeinanderfolgenden Reizen. Dies hat zur Folge, dass die Aufmerksamkeit nicht für längere Zeit auf bestimmte Stimuli fokussiert werden kann und somit eine Störung der frühen Aufmerksamkeitslenkung vorliegt (Dawson, Schell & Böhmelt, 1999; Rey, 2011). Von aussen ist dies in Form von Denkstörungen, Wahnwahrnehmungen, Wahneinfällen und Assoziationsstörungen zu beobachten (Rey, 2011).

Störungen im Arbeitsgedächtnis, Defizite in der Metakognition

Das Arbeitsgedächtnis hat die Aufgabe, Informationen aufzurufen, für eine begrenzte Zeit festzuhalten und gleichzeitig andere mentale Operationen durchzuführen (Rey, 2011). Dies ermöglicht uns, unser Verhalten gezielt auf Prozesse des Problemösens und auf exekutive Funktionen auszurichten. Eine wichtige Rolle bei diesen Prozessen spielt der Präfrontale Kortex (Rey, 2011).

Bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung weist der Präfrontale Kortex ein geringeres Volumen und somit eine erhöhte neuronale Dichte auf (Rey, 2011; Nenadić, 2020). Daraus folgt, dass dendritische und axonale Prozesse reduziert ablaufen und das Gehirn eine geringere Konnektivität aufweist. Zudem kann bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung eine mangelnde Durchblutung und eine verminderte Stoffwechselaktivität während Aufgaben zum Arbeitsgedächtnis festgestellt werden (z.B. Keefe, 2000). Dies hat zur Folge, dass Verhaltensprozesse, welche über das Arbeitsgedächtnis gesteuert werden, verfallen (Rey, 2011).

Von aussen betrachtet, führen diese Einschränkungen zu höherer Ablenkbarkeit, einer Zuwendung zu irrelevanten Informationen und zu autooetischer Agnosie (Rey, 2011). Bei einer autooetischen Agnosie ist ein Mensch nicht in der Lage, zu erkennen, dass mentale Ereignisse selbst generiert sind (Rey, 2011).

Damit wir unser Verhalten und unsere Affekte steuern können, braucht aus zudem einen psychologischen Prozess namens Metakognition (Bob, Pec, Mishara, Touskova & Lysaker, 2016). In diesem Bereich konnte festgestellt werden, dass Menschen mit Schizophrenie charakteristische Defizite aufweisen. Dies führt dazu, dass schizophrene PatientInnen Schwierigkeiten haben, Gedanken als subjektiv zu betrachten, internale Zustände anderer zu bemerken,

Situationen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und metakognitive Strategien zum Abbau von Verzweiflung zu nutzen (Bob et al. 2016).

Neuronale Störungen in bildgebenden Verfahren

Viele Symptome der Schizophrenie lassen sich nicht allein durch Defizite in neurologisch eingegrenzter Gehirnregionen erklären, sondern müssen im Lichte einer mangelnden Konnektivität (Konnektivitätsdefizithypothese; Kathmann, 2001) gesehen werden (Rey, 2011; Nenadić, 2020). Mittels funktioneller MRT konnten bisher drei Netzwerke im Ruhezustand gefunden werden, welche bei Menschen mit Schizophrenie verändert sind: das «default mode network», das «salience network» und das «fronto-parietal executive network» (Nenadić, 2020).

Über die Testung des „Drei-Faktoren-Modells“ von Kathmann (2001), konnte bei Menschen mit Schizophrenie eine Veränderung des zerebralen Blutflusses in unterschiedlichen Hirnregionen, eine verminderte Aktivität im Präfrontalen Kortex und eine veränderte Hirnaktivität im linken Temporallappen festgestellt werden (Kathmann, 2001; Rey, 2011). Das Drei-Faktoren-Modell postuliert, dass bei Schizophrenie ein Positiv-, ein Negativ- und ein Desorganisationssyndrom vorliegen (Kathmann, 2001).

Weiter konnten bei Menschen mit Schizophrenie Veränderungen in der neuronalen Aktivität in Hirnregionen festgestellt werden, welche akustische, somatische und visuelle Informationen verarbeiten (Shergill, Brammer, Williams, Murray & McGuire, 2000; Nenadić, 2020).

Zudem zeigten Studien zum „Wisconsin Card Sorting Test“ bei Menschen mit Schizophrenie im Vergleich zu gesunden Kontrollen eine rechts-frontale Minderaktivierung und links-temporale Überaktivierung (Schlösser, Wagner, Kohler & Sauer, 2005).

Schliesslich konnte in neueren Studien festgestellt werden, dass Abnormalitäten im synchronisierten elektromagnetischen Feld, welche Aktivitäten im neuronalen Zusammenspiel reflektieren, eine zentrale Rolle in der Pathophysiologie von Schizophrenie spielen (Bob et al. 2016). In diesem Bereich konnte festgestellt werden, dass kognitiven und weiteren Schizophrenie-Symptomen Abnormalitäten in der Gamma-Band- und in der Beta-Band-Aktivität zugrunde liegen.

3.2.3 Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Da sich die Entstehung der Schizophrenie nicht auf einzelne Faktoren zurückführen lässt und die bisherigen Erklärungsansätze nicht vollumfänglich bestätigt worden sind, haben verschie-

dene Autoren die bisherigen Erkenntnisse in einem Metamodell („Vulnerabilitäts-Stress-Modell“) zusammengetragen (Rey, 2011; Antonucci et al., 2019). Im Folgenden wird auf das Modell von Nuechterlin (1987) näher eingegangen.

Vulnerabilität-Stress-Modell von Nuechterlin (1987)

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Nuechterlin (1987) bezieht sich auf frühere Arbeiten im Bereich der Schizophrenie (z.B. Zubin & Spring, 1977) und besteht aus zwei Teilmodellen: Modell für die Entstehung von positiven Symptomen (1. Teilmodell), Modell für die Entstehung von negativen Symptomen (2. Teilmodell; Rey, 2011).

Innerhalb des 1. Teilmodells unterscheidet Nuechterlin (1987) zwischen persönlichen Vulnerabilitätsfaktoren und verstärkenden Umweltbedingungen (Rey, 2011). Unter die persönlichen Vulnerabilitätsfaktoren fallen Anfälligkeit des Kurzzeitgedächtnisses gegenüber Ablenkung, gedankliches Entgleiten (Auflösung von assoziativen Bindungen) und autonome Hyperreagibilität auf aversive Stimuli. Verstärkt werden diese Faktoren durch kritische/emotional überengagierte Bezugspersonen, Überstimulierung durch das soziale Umfeld und stressvolle Lebensereignisse. Diese Ausgangsbedingungen führen über vermittelnde Zustände (Störung des Kurzzeitgedächtnisses durch Ablenkung, autonome Übererregung, Prodromalsymptome) zum Ausbruch von positiven Symptomen (Rey, 2011).

Auch im 2. Teilmodell unterscheidet Nuechterlin (1987) zwischen persönlichen Vulnerabilitätsfaktoren und verstärkenden Umweltbedingungen (Rey, 2011). Vulnerabilitätsfaktoren für das Entstehen von negativen Symptomen sind reduzierte Informationsverarbeitungskapazität und unterschwellige Anhedonie. Eine reiz- bzw. ausdruckslose soziale Umgebung gilt als Verstärker dieser zwei persönlichen Vulnerabilitätsfaktoren. Wie bereits im 1. Teilmodell ausgeführt, führen auch hier vermittelnde Zustände (beeinträchtigte frühe Informationsverarbeitung unter hohen Reizanforderungen, autonome Hyporeagibilität und Hypoarousal) zum Ausbruch der (negativen) Symptomatik (Rey, 2011).

Obwohl das Vulnerabilitäts-Stress-Modell einen wichtigen Fortschritt innerhalb der Forschung zur Entstehung von Schizophrenie darstellt, bietet dieses Modell keinen vollständigen Erklärungsansatz (Rey, 2011). Auch in der aktuelleren Literatur wird davon ausgegangen, dass es verschiedenen Risikofaktoren gibt, die den Ausbruch einer schizophrenen Erkrankung begünstigen (Antonucci et al., 2019).

Antonucci und Kollegen (2019) berichten diesbezüglich in ihrem Review von kognitiven, Umwelt- und genetischen Risikofaktoren. Hierunter fallen z.B. kritische Lebensereig-

nisse vor der Geburt, kurz nach der Geburt und während der frühen Kindheit. Diese interagieren dann mit genetischen Faktoren. Schliesslich gehen solche Gen-Umwelt-Interaktionen mit Abweichungen in der kognitiven Entwicklung und einer erhöhten Anfälligkeit für Schizophrenie einher. Diese Interaktionen sind jedoch sehr komplex und können bisher noch nicht spezifisch für schizophrene Erkrankungen angeschaut werden (Antonucci et al., 2019).

3.3 Praxeologischer Teil – Behandlung

Im folgenden Abschnitt werden fünf verschiedene Modelle der Integrativen Therapie nach Petzold zur Behandlung von Schizophrenie dargestellt. Es handelt sich hierbei durchwegs um allgemein-therapeutische Modelle, die immer ein Moment der «Biographiearbeit» einbeziehen, weil eigentlich nichts ohne Biographiebezug geht in der Psychotherapie (Petzold 2016f; Swanton 2010). Das wird an der Arbeit von Salahshour, Petzold, Petzold-Orth (2013) über «Narrative Biographiearbeit» in einem Behandlungsjournal zur «Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung im Integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischem Prozess» exemplarisch deutlich. Dieser Text zeigt auch, wie gegenüber den habituellen «Fallberichten» mit strukturierten Prozessdokumentationen – «Behandlungsjournale» genannt, wie sie im Integrativen Ansatz als Instrumente der Praxisforschung und praxeologischen Dokumentation erarbeitet wurden –, Praxismodelle generiert und geprüft werden können (Petzold, Orth-Petzold 2010). Das wird besonders effektiv, wenn Behandlungsjournale durch Supervision und dokumentierende «Supervisionsjournale» der SupervisorInnen solcher Prozesse begleitet werden (Linz, Ostermann, Petzold 2008; Petzold 2019f; Reichle, Petzold 2017). Diese «Behandlungsjournale» bieten eine interessante Quelle, um Behandlungsverläufe in der Praxis nachzuvollziehen und Erfahrungen aus der Interventionspraxis nachzuvollziehen und auszuwerten (vgl. zum Beispiel: Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010; Scheiblich, Petzold, Orth-Petzold 2016). In der vorliegenden Arbeit wurde auf diese Quelle zurückgegriffen und die Auswahl der hier dargestellten Modelle anhand von vier Behandlungsjournalen der EAG-Webseite (Plattform „Polyloge“) getroffen. Eine kurze Beschreibung der entsprechenden Patienten befindet sich im Anhang (s. Anhang 7.1). Medikation (s. letztes Modell „Medikamentöse Behandlung“) ist auch in der Integrativen Therapie eine wichtige Größe im „Bündel von Behandlungen“ (Petzold, 2014i).

3.3.1 Prozessuale Diagnostik

Um die Einseitigkeit bisheriger Diagnosesysteme zu überwinden, hat die Integrative Therapie die Prozessuale Diagnostik (IPD) entwickelt (Petzold, Osten 1998; Petzold, 2003a; Osten 2019). Diese soll eine Lebensweltanalyse ermöglichen und einer Vernachlässigung sozialer Erkrankungen, einer fehlenden Sanierung von pathogenen Milieus und einer Ausblendung des krank machenden Kontextes entgegenwirken (Holdstock, 1992; Petzold, 2003a).

Die prozessuale Diagnostik soll von den Phänomenen über die Strukturen zu den Entwürfen erfolgen (Petzold, 2003a; Petzold, Osten 1998). Pathogene Stimulierungskonstellationen sollen atmosphärisch und szenisch ausgearbeitet werden, damit die krank machenden Faktoren im Lebenszusammenhang erkannt werden können (Kendler & Eaves, 1986; Petzold, 2003a; Scarr & McCartney, 1983). Daraus ergibt sich eine karrierebezogene Erarbeitung der Pathogenese (Jüttemann, 1984, 1990; Petzold, 2003a, Petzold, Hentschel, 1991).

Die prozessuale Diagnostik ist ein gemeinsamer Prozess zwischen Therapeut und Patient und verortet die Krankheitsgeschichte des Patienten in Kontext und Kontinuum (Petzold, 2003a). Es werden aber nicht nur pathogene Faktoren, sondern auch protektive, supportive und heilende Einflüsse betrachtet (Petzold, 2003a; Werner & Smith, 1982; Werner, 1985).

Vorgehensweise

Als erstes wird eine DSM- bzw. ICD-Diagnose erstellt (psychiatrische Diagnostik / Anforderung des professionellen Kontextes; Petzold, 2003a, Osten 2019). Anschliessend werden Einzelheiten zu Lebenskontext sowie zu Lebens- und Krankheitsgeschichte erfasst. Dies erfolgt nach einem spezifischen Leitfaden (s. Anhang 7.2). Hier können projektive Methoden in Form von den Kreativen Medien der Integrativen Therapie verwendet werden (Petzold, 2003a; Petzold & Orth 1994a).

Ausgangspunkt der prozessualen Diagnostik sind die **Phänomene** (Petzold, 2003a). Diese beinhalten das Verhalten und die Interaktionsformen des Patienten, die Resonanz des Therapeuten und das Interaktionsgeschehen. Es wird davon ausgegangen, dass das Verhalten und die Interaktion des Patienten in seinem Leibarchiv gespeichert sind und dessen Lebensgeschichte aufzeigen (Petzold, 2003a).

Damit eine Etikettierung (*Labeling*) vermieden werden kann, soll keine endgültige Diagnose gestellt werden (Diagnose = stetiger Prozess; Osten, 2019; Petzold, 2003a). Im Zent-

rum sollen Wahrnehmung, Beschreibung und ganzheitliche Erfassung von Verhalten und Interaktion des Patienten stehen (Vielzahl der Eindrücke = *Synopse* der komplexen Wirklichkeit; Petzold 2003a). Osten (2019, S. 215) spricht in diesen Zusammenhang von einer „Übersummutation alles aktuell Wahrgenommenen, aller aktueller Motivation, aller emotionalen und kognitiven Attributionen (*valuation, appraisal*), die mit allem je Erlernten in einem hochaufgelösten Synergem im Verhalten aktualisiert wird“ und bezieht sich hier auf Merleau-Ponty (1976). Innerhalb eines sogenannten Bewusstseinspektrums beobachtet sich der Patient aus einer exzentrischen Position heraus (Petzold, 2003a; Osten, 2019); durch die Zeugenschaft (Ricoeur, 1965; Osten, 2019) und die klärenden Aktivitäten (Barber & Christs-Christoph, 1991) des Therapeuten wird zunehmend Licht auf die Unbewusstheit des Patienten geworfen (Petzold, 2003a).

Um den einzelnen Patienten besser verstehen zu können, sollen verschiedene Referenzwissenschaften und -theorien (Gesundheitspsychologie / Motivationstheorien / empirische Entwicklungspsychologie / gendersensible Sozialisationstheorie / Persönlichkeitspsychologie / sozialpsychologische Theorien zur Identität) in den diagnostischen Prozess einbezogen werden (Osten, 2019). Dadurch soll das solitär betrachtete Subjekt in einen dynamisch in seinem Umfeld agierendes Leib-Subjekt (= mit personaler Subjektivität ausgestatteter Organismus) transformiert werden. Dabei spielen verschiedene Dimensionen eine wichtige Rolle: Verleiblichung [*embodied*], Einbettung in die Lebenswelt [*embedded*], individuelle und soziale Handlungsmotivation [*enacted*], zeitlich-räumliche Ausdehnung und Weltgestaltung [*extended*] (Osten, 2019; Petzold, Orth, Sieper 2019a; Stefan, Petzold 2019).

Diagnostik ist ein intersubjektiver und interaktionaler Prozess (Petzold, 2003a). Da der Diagnostiker – beeinflusst durch eigenen/s Lebenskontext und Kontinuum – den Patienten nicht objektiv wahrnehmen kann, wird der Patient als Mitsubjekt gesehen und findet der diagnostische Prozess gemeinsam statt. Zudem erfasst der diagnostische Prozess Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (Petzold, 2003a).

Von den eingangs beobachteten *Phänomenen* wird auf zugrundliegende *Strukturen* geschlossen (Petzold, 2003a). Die Strukturen sind nach Auffassung der Integrativen Therapie im Leibgedächtnis in Form zerebraler und neurophysiologischer Speicherungen zu finden (Petzold & Orth, 2017a). Das Auffinden solcher Strukturen ist ein wichtiger Punkt im diagnostischen Prozess (Petzold, 2003a).

3.3.2 Hermeneutische Spirale

Die «hermeneutische Spirale» zeigt den Prozess des Erkenntnisgewinns im therapeutischen Prozess auf (Petzold, 2003a). Dieser findet zwischen Therapeut und Patient in Kontext und Kontinuum statt und verläuft nach folgendem Schema: *Wahrnehmen* → *Erfassen* → *Verstehen* → *Erklären* → Handeln. Durch Ko-respondenz und Ko-kreativität innerhalb eines thematischen Geschehens nehmen die beteiligten Parteien die *Phänomene* wahr, erfassen die *Strukturzusammenhänge*, verstehen das Erfasste und finden eine Erklärung dafür. Dieser Prozess erfolgt jedoch nicht linear, sondern wird immer wieder von neuem durchschritten, sodass sich die Wahrnehmung zunehmend differenziert und die «Sinnerfassungskapazität» stetig wächst. Dadurch wird die Grundlage geschaffen, ein Thema zu verstehen und zu beeinflussen (Petzold, 2003a).

3.3.3 Tetradisches Modell

Ein Therapieprozess hat keinen linearen Verlauf, sondern verläuft diskontinuierlich in verschiedenen Phasen (Petzold, 2003a). Der Patient kann in den einzelnen Phasen hin- und herspringen, sie überspringen, sie vorübergehend abbrechen, sie wiederholt durchlaufen oder parallel beschreiten. Die Integrative Therapie hat diesen Prozess im „Tetradisches Modell“ beschrieben. Dieses weist vier Phasen auf und soll im Unterschied zu bisherigen Modellen aufzeigen, dass der Prozess nicht mit der dritten Phase (z.B. Phase des Durcharbeitens bei Freud als dritte und letzte Phase des Prozesses) abgeschlossen ist, sondern dass es eine vierte Phase braucht, die eine Rückwirkung auf den bisherigen Kontext ermöglicht und den erforderlichen „Transfer“ fördert (Petzold, 2003a).

Initialphase: Differenzierung – Komplexität

Während der Initialphase findet in erster Linie ein Wahrnehmen und Erfassen des bisherigen Kontextes statt (Petzold, 2003a). Patient und Therapeut klären für sich, ob sie in einen gemeinsamen Austausch treten wollen. Im gemeinsamen Austausch bildet sich ein Thema heraus, an dem gearbeitet wird. Jedes Thema umfasst wiederum weitere Themen, die als Seitenwege beschränkt und bearbeitet werden können, aber auch das Thema gefährden können, indem sie von diesem abführen oder dieses verändern. Therapeut und Patient können sich aber auch darauf einigen, dass es Sinn macht, das Thema zu wechseln. Im Austausch über ein Thema muss das Thema selbst, sein Ursprung, seine Funktionen und seine Dimensionen exploriert werden (= Teile oder Gesamtsequenzen des tetradischen Prozesses). Dies führt dazu,

dass neue Zusammenhänge gebildet werden, sich neue Hintergründe eröffnen, bisherige Strukturen aufgelöst, neu oder anders gruppiert werden. Schritt für Schritt wird den Geschehnissen/dem Kontext somit einen Sinn verliehen (Petzold, 2003a).

Aktionsphase: Strukturierung – Prägnanz

In der Aktionsphase findet eine weitere Ausformung des bisherigen Prozesses statt; dies führt zu einem gewissen Abstand gegenüber der Thematik (Petzold, 2003a). Dadurch, dass das Thema fortlaufend bearbeitet wird, kann dieses in einem neuen Licht erscheinen oder es können Lösungsaspekte auftauchen. Es wird hier noch kein Konsens über den Kontext/die Situation erzielt, sondern es wird die Grundlage für eine weitere Auseinandersetzung geschaffen und ein Feld für weitere Lösungen eröffnet. Dadurch wird das Thema in seiner ganzen Komplexität ersichtlich. Im Gegensatz zur Initialphase, findet in der Aktionsphase nicht nur ein Wahrnehmen und Erfassen, sondern ein Verstehen statt. Der Patient wird dadurch entlastet, befreit und entwickelt ein Gefühl von Zufriedenheit (Petzold, 2003a).

Integrationsphase: Integration – Stabilität

Innerhalb der Integrationsphase wird der bisherige Prozess kritisch beleuchtet (Petzold, 2003a). Dies führt zu Veränderungen im Bewusstsein und bietet die Ausgangslage für Handlungskonsequenzen. Zwischen Therapeut und Patient kommt es zu einem elaborierten Konsens bezüglich Verstehen und Erklären. Petzold (2003a, S. 130) spricht in diesem Zusammenhang von einem „Konzept“, welches aus der Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit hervorgegangen ist. Damit ein Konzept wirklichkeitstauglich wird, muss dieses kritisch reflektiert werden und auf Ausgangslage/Zielsetzungen überprüft werden. Diese Auseinandersetzung kann eine weitere Initialphase nach sich ziehen. Damit es zu einer Veränderung kommt, müssen Zielvorstellungen realisiert und in Kontext/Kontinuum und transferiert werden. Der Prozess innerhalb der Aktionsphase findet nicht alleine durch das Aufgreifen des Themas statt, sondern schließt Sharing, Self-Disclosure, Feedback und Analysis (Klärung der Beziehung) ein (Petzold, 2003a).

Neuorientierungsphase: Kreation - Transgression

Vorbereitet durch die Integrationsphase, findet hier ein Ausarbeiten von Handlungskonsequenzen und ein Transfer in den Alltag statt (= Rückwirkung auf die Ausgangslage; Petzold, 2003a). Dazu können Simulationsverfahren, Plan- und Rollenspiele, Soziodrama, Behaviour-

drama, etc. verwendet werden. Auch hier können wieder Seitenwege beschriftet werden, welche den Prozess befruchten und vorwärtsbringen. Geht ein Prozess über Planung und Simulation hinaus, wird er nach Petzold (2003a, S. 131) zu einem „Projekt“ mit neuen Problemen und neuen Konzepten. Grundlage ist die Devise: „Mache Dich selbst zum Projekt“. Der gesamte Prozess findet in Ko-kreation mit dem Therapeuten statt. Im Unterschied zu bisherigen Verlaufsmodellen, soll mit dem Tetradischen Modell keine primäre Anpassung des Individuums an seine Verhältnisse erfolgen, sondern eine Veränderung des Umfeldes durch den Patienten unterstützt werden (Petzold, 2003a).

3.3.4 Vier Wege der Heilung und Förderung

Die Integrative Therapie nach Petzold unterscheidet grundsätzlich zwischen generalistischen und störungsspezifischen Behandlungsverfahren (Petzold, 2003a). Die Vier Wege der Heilung und Förderung zählen zu den generalistischen Behandlungsverfahren. In diesen Vier Wegen können fünf unterschiedliche Modalitäten zum Einsatz kommen: konfliktzentriert-aufdeckende Modalität, erlebniszentriert-stimulierende Modalität, übungszentriert-funktionale Modalität, medikamentös-stützende Modalität und netzwerkorientierte Modalität. Die fünf Modalitäten werden prozessorientiert und indikationsspezifisch genutzt. Zu den „Vier Wege der Heilung und Förderung“ und den fünf verschiedenen Modalitäten können jederzeit, wenn notwendig, zusätzliche Wege/Modalitäten gefunden bzw. praktiziert werden (Petzold, 2003a).

1. Weg der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit

Innerhalb des 1. Weges der Heilung und Förderung geht es in erster Linie darum, den Sinn hinter Situationen / Ereignissen / Strukturen / etc. zu erfassen, zu verarbeiten oder zu schöpfen (Petzold, 2003a). Dadurch sollen Exzentrizität, Einsicht in die Biografie, Übersicht über den Lebenskontext, Voraussicht auf Entwicklungen sowie ein Bewusstwerden von Selbstfürsorge und eigenen Techniken/Strategien erreicht werden (Foucault 1985 a, b; Petzold 2003a; Petzold, Orth & Sieper, 2000a). Diese Arbeit erfolgt nach dem Modell der „Hermeneutischen Spirale“ (Petzold, 2003a; s. Abschnitt 4.3.2). Sie bietet dem Patienten die Grundlage zur Modulation von Strukturgefügen, zur Bildung neuer Strukturen und zur Entwicklung neuer Lebensnarrationen. Schliesslich wird dem Patienten dadurch eine Metaperspektive auf den therapeutischen Prozess eröffnet (Petzold, 2003a; Petzold, Orth & Sieper, 1999a).

2. Weg der Heilung und Förderung: Nach- und Neuzozialisation

Auf dem 2. Weg der Heilung und Förderung soll ein Grundvertrauen bekräftigt, das emotionale Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum erweitert und defizitäre Strukturen verändert werden (Petzold, 2003a; Petzold & Orth, 1999a). Dies geschieht durch emotionale Differenzierungsarbeit, korrigierende / alternative Erfahrungen innerhalb der therapeutischen Beziehung, Einbezug zwischen-leiblicher Interaktion und nonverbaler Kommunikation, Veränderung von Grundstimmungen durch Umstimmung, Stärkung von Entscheidungskraft und Durchhaltevermögen innerhalb von volitiven Übungssequenzen, Intuitive Parenting bei regressiven Verhaltensweisen, etc. Der Therapeut nimmt hierfür verschiedene Rollen und Funktionen ein (Petzold, 2001i, 2003a).

3. Weg der Heilung und Förderung: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung

Durch multiple Stimulierung und weitere Methoden wird/werden auf diesem Weg der Erlebens- und Ausdruckspielraum erweitert, das Ressourcenpotential vergrößert, die Ressourcennutzung verbessert sowie die Selbstwirksamkeitserwartungen, Kompetenzen und Performanzen gefördert (Flammer, 1990; Petzold, 1997, 2003a). Dadurch werden dem Patienten alternativen Erfahrungsmöglichkeiten geboten, welche ihn anregen, seine Selbstwahrnehmung zu entwickeln/fördern, Ressourcen zu entdecken/fördern, neue Strukturen/Narrative zu bilden, die Vielfalt seiner Persönlichkeit zu entdecken und persönliche Souveränität zu gewinnen (McLeod, 1997; Petzold 2003a; Petzold & Orth, 1993a, 1998b). Hierfür können u.a. Bewegungsübungen, Spiele, Kreative Medien, Experimente, Projekte und kommunikative Übungen verwendet werden (Petzold, 2003a; Petzold & Orth, 1990a; Petzold & Sieper, 1993a).

4. Weg der Heilung und Förderung: Exzentrischer Überschau und Solidaritätserfahrungen

Der vierte Weg der Heilung und Förderung steht für die Förderung der persönlichen «Souveränität», der Verbindung von «Selbst-, Fremd- und Welterfahrung und -aneignung» – in der Stoa sprach man da von «Oikeiosis» (Reydams-Schils 2005) und im Integrativen Ansatz nimmt man hier auf die Stoa Bezug (Petzold 2019d), wie auch Richtungen der Verhaltenstherapie, etwa die Rational-Emotive-VT von Ellis (1997) auf diese Quellen zurückgreifen. Der 4. Weg soll einem Überblick über die anderen drei Wege ermöglichen (Petzold, 2003a). Durch exzentrische Metareflexivität, Selbstbestimmtheit, Empowerment, altruistisches Engagement, etc. soll der Patient lernen, Verantwortung in der Gesellschaft zu übernehmen (Petzold, 2000h, 2003a). Hier ist wichtig, dass der Patienten vom Therapeuten in seiner Gesamtheit erfasst wird (Petzold, 2003a). Mittels alltagspraktischer Hilfen (z.B. Aktivierung sozialer Netzwerke, Brühlmann-Jecklin-Petzold 2004) gleicht der Therapeut eingetretenes Unrecht wieder

aus und nimmt immer wieder eine solidarische Haltung gegenüber dem Patienten ein (Hass & Petzold, 1999; Petzold, 2003a).

Im Repertoire der Integrativen Therapie finden sich weitere methodische Ansätze, die in der Behandlung von Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis eingesetzt worden sind; diese haben eine hohe Elaboration im Integrativen Ansatz erfahren. Dazu zählen die Möglichkeiten der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (Petzold, 1974j, 1988n/2019) sowie der sporttherapeutische Ansatz der Integrativen Lauftherapie (van der Mei, Petzold, Bosscher, 1997; Schay, Petzold, Jakob-Krieger, Wagner, 2004).

Diese Behandlungsformen setzen an der Basis der menschlichen Existenz an: beim Leib-Subjekt (Petzold 2002j, 2009c, Petzold & Sieper 2012). Durch multiple sensorische Stimulierung und Wahrnehmungsübungen einerseits und durch Konditionsaufbau andererseits, wollen sie die bei schizophrenen PatientInnen oft gestörte sinnliche Wahrnehmungsfähigkeit der Exterozeptionen und besonders auch die durch Misssensationen und Coenesthesien häufig beeinträchtigten Interozeptionen unterstützen (Petzold & Orth, 2017a). Durch den Einsatz von kunst- bzw. kreativtherapeutischen und intermedialen Therapieanwendungen (Petzold & Orth 1990a) wird das noch weiter unterstützt. Beiden methodischen Wegen – integrative Bewegungs- und integrative Kreativtherapie – kommt im „Bündel von Maßnahmen“ in der Schizophrenie-Therapie Bedeutung zu. Sie wurden in dieser Weise in der Integrativen Therapie immer schon in der Behandlung von psychiatrischen PatientInnen eingesetzt (Petzold & Berger, 1977; Höhmann-Kost, 2002; Hausmann & Meier-Weber, 1990). Sporttherapeutische Interventionen haben positive Wirkungen auf die kognitiven Funktionen von schizophrenen PatientInnen gezeigt (Firth, 2017). Auch die Methode der Integrativen Poesie- und Bibliothherapie wurde bei psychotischen Patientinnen u.a. des schizophrenen Formenkreises eingesetzt (Petzold, Leeser, Klempnauer, 2018), was in den künstlerischen Therapieformen ja durchaus Tradition hat. Diese Arbeit kann auf dem Hintergrund des „Metakognitiven Trainings“ (Bob et al., 2016; Liu, Tang, Hung, Tsai & Lin, 2018) eingesetzt werden, um das kognitive Funktionieren der Patienten zu schärfen und zu stabilisieren, wobei es ihnen zugleich – und das ist die integrativtherapeutische Ergänzung – durch die *intermediale Arbeit* (Hausmann & Meier-Weber 1990; Petzold & Orth 2017b) Anregungen und Ermutigung gibt. Auf diesen kreativtherapeutischen Wegen werden PatientInnen unterstützt ihren Empfindungen, Gefühlen und Stimmungen Ausdruck zu verleihen, was diese oft auch spontan tun – es sei an die „Künstler aus Gugging“ (Navratil, 1983) oder an Adlof Wölfli (1986) erinnert – wie schon Prinzhorn (1922) und Réja (1907) oder Navratil (1965, 1986, 1998) gezeigt haben.

Die Leitlinien für die Behandlung von schizophrenen PatientInnen (Gaebel et al. 2019; Lincoln, Pedersen, Hahlweg, Wiedl & Frantz, 2019) legen durchaus die Idee eines „Bündels von Maßnahmen“ (Petzold & Sieper 2008a; Petzold 2014i) nahe.

3.3.5 Therapeutische Wirkfaktoren

Der folgende Abschnitt geht auf die therapeutischen Wirkfaktoren ein. Vier von insgesamt „14 plus 3“ Wirkfaktoren (Wirkfaktor 11 bis vierzehn) sind spezifisch für die Integrative Therapie nach Petzold (Petzold, 2003a; Petzold, Orth & Sieper, 2019). Es handelt sich jeweils um unspezifische Wirkfaktoren, welche insbesondere in Kurzzeittherapien, aber auch in Alltagsbeziehungen zum Tragen kommen (Garfield, 1973; Petzold, 2003a; Petzold, Goffin & Oudhof, 1993). Beeinflussen solche unspezifischen Wirkfaktoren die Lebenskarriere der Patienten, könne sie zu spezifischen Faktoren werden. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen und eine gewisse Spezifität in Bezug auf schizophrene Erkrankungen zu bringen, wurde eine Auswahl der Wirkfaktoren getroffen. Zur besseren Erläuterung wurden Beispiele aus den vier Behandlungsjournalen entnommen.

Wirkfaktor 1: Einführendes Verstehen, Empathie

Damit der Patient positive Sozialisationserfahrungen und korrigierende emotionale Erfahrungen machen kann, muss er sich vom Therapeuten verstanden fühlen (Baker, 1991; Petzold, 2003a). Dadurch, dass sich der Patient vom Therapeuten verstanden fühlt, kann er lernen, sich selber besser zu verstehen und sich besser in andere einzufühlen (Petzold, 2003a). Dazu gehört auch, dass sich der Therapeut in einem gewissen Rahmen (selektive Offenheit / partielle Teilnahme / Aushandeln von Grenzen) vom Patienten empathieren lässt (Petzold, 1980g, 2003a).

Im Therapieprozess von Herrn B. kommt dieser Wirkfaktor zum Tragen, indem die Therapeutin dem Patienten kommuniziert, dass sie ihm in seinem Büro Raum und Zeit gibt, über seine Schwierigkeiten zu sprechen (Soschinski, 2016). Zudem fragt die Therapeutin bei Erzählungen des Patienten nach und lässt sich die Situation genauer schildern. Weiter bekommt Herr B. die Möglichkeit, die Sichtweise einer Personalerin nachzuvollziehen; dazu wurde die entsprechende Personalerin zum Gespräch eingeladen (Soschinski, 2016).

Wirkfaktor 3: Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung

Die Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung ist grundsätzlich ein wichtiger Faktor im Therapieprozess, besonders aber bei Patienten in prekären Lebenslagen

Petzold, 2000h, 2003a). Darunter fallen z.B. das Erschliessen von Ressourcen, das Erteilen von Ratschlägen, soziotherapeutische Massnahmen wie Partnergespräche/Familiengespräche, etc. (Petzold, 1997p, 2003a). Dadurch können Leidensdruck, Symptome und Schwierigkeiten reduziert, Hintergründe der Biografie als Störzonen erkannt und der Sinn für die Realität gestärkt werden (Petzold, 2003a).

Damit Herr V. seine körperlichen Ressourcen wieder aufbauen kann, schlägt ihm seine Therapeutin vor, an der Laufgruppe des Wohnheims teilzunehmen (Ait-Mokhtar, 2003). Da es ihm schwerfällt, die Initiative dazu zu ergreifen, bietet sie ihm an, kurz vor dem Lauftreffen bei ihr vorbeizuschauen oder ihn aufzusuchen, falls dies nicht klappen sollte. Um die Schulden, die Herr V. während seines Aufenthaltes angehäuft hat zu tilgen, regt ihn die Therapeutin an, konkrete Vorschläge dafür zu entwickeln und schliesst mit ihm einen Rückzahlungsvertrag ab (Ait-Mokhtar, 2003).

Wirkfaktor 5: Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung

Um den Alltag und das Leben im Allgemeinen strukturieren zu können, müssen Patienten Zusammenhänge und Hintergründe verstehen können (Petzold, 2003a). Deshalb soll in der Therapie die Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge (= Krankheitsbedingungen) gefördert werden. Wichtig ist dabei, dass die Einsichten mit dem Patienten erarbeitet werden und nicht vom Therapieverfahren oder vom Therapeuten aufgestülpt werden; dazu muss der Therapeut sein eigenes System immer wieder relativieren (Laikin, Winston & Mc Cullough, 1991; Petzold, 2003a). Zudem muss beachtet werden, dass der Patient nicht durch zu hohe Komplexität überfordert wird (Petzold, 2003a).

Ein entsprechendes Alltagsbeispiel kann der Therapie von Herrn M. entnommen werden (Lippert, 2004). Herr M. berichtet seinem Therapeuten, dass er emotional abgestumpft sei und keine Gefühle empfinden könne. Im Verlaufe des Gesprächs wird jedoch ersichtlich, dass der Patient von verschiedenen Gefühlen berichtet. Dies wird ihm vom Therapeuten gespiegelt. Im Anschluss daran erörtert der Therapeut mit dem Patienten entsprechende Hintergründe. Dabei wird deutlich, dass der Patient verschiedenen Mitrehabilitanden aus dem Weg geht, weil er Angst hat, mit diesen in einen Konflikt zu geraten und aggressiv zu werden. Dem Patienten wird klar, dass es sich eher um eine Schutzfunktion als um ein emotionales Abgestumpftsein handelt (Lippert, 2004).

Wirkfaktor 6: Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit

Patienten mangelt es häufig an sozialer Wahrnehmung, Rollenflexibilität, sozialen Fähigkeiten, Ausdrucksvermögen, Empathie, etc. (Petzold, 2003a). Um dies zu bearbeiten, müssen Kommunikationsmöglichkeiten erschlossen und geboten werden. Dadurch werden die kommunikative Kompetenz/Performanz sowie die Beziehungs- und Bindungsfähigkeit gefördert. Da die Hintergründe für diese Defizite sehr komplex sein können, ist es wichtig, dass sich der Therapeut auf die Phänomene zentriert. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass es zu Verstrickungen oder zur Reproduktion von Sprachlosigkeit kommt oder dass Therapeut und Patient aneinander vorbeireden (Petzold, 2003a).

In der Therapie von Herrn B. wird deutlich, dass sich der Patient immer wieder in Kommunikationsmissverständnisse verstrickt (Soschinski, 2016). Z.B. glaubt er, dass sich ein Mitrehabilitand aufgrund seiner Aussage «Arbeit macht frei» als Nazi bezeichnet. Herr B. ist durch den langjährigen Kriegsdienst seines Vaters auf dieses Thema sensibilisiert. Im Verlauf des Gesprächs regt die Therapeutin den Patienten durch gezielte Rückfragen an, zu eruieren, was wirklich hinter der Aussage seines Mitrehabilitanden steckt. Es stellt sich heraus, dass dessen Aussage auf ein Glücksgefühl bei der Arbeit zurückzuführen ist (Soschinski, 2016). Diese Sequenz soll dem Patienten als Modell für weitere Kommunikationsstörungen dienen (Petzold, 2003a).

Wirkfaktor 7: Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung

Psychische Belastungen können die Bewusstheit gegenüber leiblichen Regungen und Empfindungen einschränken (Petzold, 2003a). Fehlende/mangelnde körperliche Selbstregulation kann zu Verspannungen, Bluthochdruck oder Hypotonie und Antriebslosigkeit führen (= dysfunktionale Regulation und Kompensation; Traue, 1989; Petzold, 2003a). Werden diese längere Zeit nicht bearbeitet, können sich funktionale Störungen, psychosomatische Erkrankungen und Organpathologien ausbilden. Um solchen Störungen/Erkrankungen entgegenzuwirken, müssen beim Patienten die Leibbewusstheit, Regulationshilfen und ein bewegungsaktiver Lebensstil gefördert werden (Petzold, 1985f, 2003a).

Patient V. berichtet anlässlich seiner 3. Sitzung von einem inneren Chaos; er befürchtet, dass dies ein Vorbote für einen weiteren psychotischen Schub sein könnte (Ait-Mokhtar, 2003). Um diesen Zustand zu beseitigen hat er sich überlegt, entweder seine Neuroleptika höher zu dosieren oder ein bis zwei Bier zu trinken. Seine Therapeutin schlägt ihm alternativ vor, seine internen Vorgänge/Themen auf Karteikarten zu visualisieren, gemeinsam mit ihr zu ordnen und eine Lösung zu finden. Beim Thema bewusste Ernährung stellt der Patient fest,

dass ihm sein Bedürfnis nach Rauchen diesbezüglich bereits am frühen Morgen im Weg steht. Er hat deshalb beschlossen mit dem Rauchen aufhören. Darauf hat sich seine Rauchmenge verdoppelt und seine Ernährung ist weiterhin auf der Strecke geblieben. Seine Therapeutin schlägt ihm deshalb vor, seine Entscheidung mit dem Rauchen aufhören zu wollen zu überdenken. Durch einen bildhaften Vergleich (Schiff strandet an unbekanntem Ufer → viel Unvertrautes) macht sie ihm bewusst, dass diese Entscheidung in seiner momentanen Lebenssituation zu viel Verunsicherung mit sich bringt und wenn er starr daran festhält seinen Kopf über seinen Körper stellt. Daraufhin kann sich der Patient auf einen Tagesplan sowohl mit als auch ohne Rauchpausen einlassen (Ait-Mokhtar, 2003).

Wirkfaktor 8: Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen

Patienten werden in Schule, Elternhaus, Nachbarschaft etc. oft in ihren Lernmöglichkeiten und Interessen eingeschränkt, behindert, und/oder negativ sanktioniert (Petzold, 2003a). Es ist deshalb wichtig, dass Lerngeschichte und -motivation des Patienten innerhalb der Therapie reflektiert und bearbeitet werden. Dabei sollen schichtspezifische und milieubezogene Faktoren beleuchtet werden; darunter fallen z.B. Werte und Normen des sozialen Umfeldes. Damit Lernstile bearbeitbar werden, müssen Interessen und Lernformen des Patienten thematisiert werden (Petzold, 2003a).

In der Therapie von Herrn M. wird deutlich, dass der Patient den Zustand von Traurigkeit, Versunkenheit und Unzufriedenheit nicht aushalten will und bisher mithilfe von psychoaktiven Substanzen vermieden hat (Lippert, 2004). Um mit diesem Zustand funktionaler umgehen zu können, bietet ihm der Therapeut an, gemeinsam den Weg dahin genauer zu betrachten und Einflussmöglichkeiten zu entwickeln. Anlässlich eines späteren Rückfalls bietet ihm die Einrichtung an, innerhalb einer Auszeit auf der forensischen Station über alternative Verhaltensweisen nachzudenken (Lippert, 2004).

Wirkfaktor 10: Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten

Da die Identität von Menschen nicht nur auf deren Vergangenheit basiert, sondern auch durch deren Zukunft mitbestimmt wird, ist es wichtig in der Therapie Sicherheit und Hoffnung aufzubauen, Befürchtungen und Katastrophenerwartungen abzubauen und den Patienten anzure-

gen, sich mit Plänen, Zukunftsvisionen und Lebenszielen auseinanderzusetzen; fehlende Lebensziele und zusammengebrochene Zukunftshorizonte sind häufig Kennzeichen von Krisen und psychischen Erkrankungen (Petzold, 2003a).

Da die Mutter von Herrn B. an Alzheimer und Parkinson leidet, macht sich der Patient Sorgen, dass er nicht mehr weiss was er machen soll, wenn sie stirbt (Soschinski, 2016). Daraufhin kommuniziert ihm die Therapeutin, dass er vom Team des Wohnheims so lange unterstützen wird, wie es nötig ist. Dies vermittelt dem Patienten Sicherheit und Hoffnung und lässt ihn Befürchtungen und Katastrophenerwartungen abbauen.

Herr B. hat aufgrund seiner Erkrankung Mühe, seine Freizeit selbständig zu gestalten (Soschinski, 2016). Deshalb lässt ihn seine Therapeutin etwas aus einem Regal, das Bücher, Spiele, Stifte usw. zur allgemeinen Verfügung enthält, aussuchen. Dadurch kann der Patient lernen, Pläne für seine Freizeitgestaltung zu entwickeln.

Wirkfaktor 13: Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke

Soziale Netzwerke sind für Menschen von grosser Bedeutung; sie stärken Wohlbefinden und Identitätserleben, beeinflussen Krankheitssymptome und tragen dazu bei, dass psychische Störungen behoben werden können (Keupp & Röhrle, 1987; Petzold, 1979c, 2003a). Es ist deshalb wichtig, bereits zu Beginn der Behandlung Netzwerkarbeit zu betreiben (Petzold, 2003a). Methodisch kann dies mit Netzwerkdiagrammen bzw. sozialen Atomen sowie Paar- und Familiensitzungen angegangen werden (Moreno, 1936; Petzold, 1979c, 2003a). Die therapeutische Arbeit findet denn auch mit dem gesamten sozialen Netzwerk statt; dieses wirkt in die Therapie hinein und die Therapie wirkt wiederum zurück ins soziale Netzwerk (Petzold, 2003a). Aber nicht nur das aktuelle soziale Netzwerk beeinflusst die Therapie, sondern auch das vergangene. Für den Therapeuten ist es wichtig, dass er sein soziales Netzwerk ebenfalls reflektiert hat und dass ihm bewusst ist, welche Rolle er im Netzwerk des Patienten spielt (Petzold, 2003a).

In der Therapie von Herrn M. sind Suchtdruck und potentielle Rückfälle ins Suchtverhalten aufgrund mangelnder alternativer Strategien immer wieder Thema (Lippert, 2004). Um hier eine Brücke zu schlagen, bietet der Therapeut dem Patienten an, ihn bei Suchtdruck aufsuchen zu dürfen. In einem weiteren Schritt wird ein Familiengespräch mit dem Halbbruder und der Schwester des Patienten geplant. Dies soll das familiäre Netzwerk stärken (Lippert, 2004).

3.3.6 Medikamentöse Behandlung

Der biologische Hintergrund von Positiv- und Negativsymptomatik und deren Behandlung mit Neuroleptika wurde bereits im Kapitel «3.2.1 Dopaminhypothese» angesprochen. Neuroleptika werden in erster Linie in typische (klassische) und atypische Neuroleptika unterteilt (Köhler, 2011).

Typische Neuroleptika werden zur Behandlung positiver Symptome (Blockade von D2-Rezeptoren), zur Besserung psychomotorischer Symptome (z.B. katatoner Stupor, katatone Erregung), zur Beruhigung von Erregungszuständen (sedierende Wirkung von Neuroleptika) und zum Herabsetzen der Krampfschwelle beim Alkoholentzug verwendet (Köhler, 2011; Ropper et al., 2019). Bei diesen kommt es leider oft zu extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen (z.B. Dyskinesie, Akathisie, Parkinsonoid; Köhler, 2011; Divac, Prostran, Jakovceviski & Cerovac, 2014). Diese können durch Absetzen des entsprechenden Neuroleptikums, einen Wechsel auf ein anderes Neuroleptikum oder durch die Einnahme von Akineton behandelt werden (Köhler, 2011). Weitere Nebenwirkungen typischer Neuroleptika sind vegetative Begleiterscheinungen (z.B. Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen, Harnverhaltung, Obstipation, Veränderung des Augeninnendrucks), kardiale Nebenwirkungen (z.B. Tachykardie), Störungen im neuroendokrinen System (z.B. Anstieg des Prolaktinspiegels, Beeinträchtigung von Libido und Potenz) und Blutbildveränderungen (Verminderung/Erhöhung von Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten; Köhler, 2011; Divac et al., 2014).

Im Gegensatz zu typischen Neuroleptika werden atypische Neuroleptika zur Behandlung negativer Symptome eingesetzt (Köhler, 2011). Hier ist der genaue Wirkmechanismus noch nicht geklärt, es wird jedoch vermutet, dass diese spezifischer auf D2-Rezeptoren und verstärkt auf D4-Rezeptoren im limbischen System einwirken (Köhler, 2011; Divac et al., 2014). Atypische Neuroleptika können deshalb in ausreichender Dosierung ebenfalls auf positive Symptome wirken (Köhler, 2011). Extrapyramidal-motorische Symptome treten bei atypischen Neuroleptika selten auf; vegetative Begleiterscheinungen, kardiale Nebenwirkungen, Störungen des neuroendokrinen Systems und Blutbildveränderungen zählen jedoch bei atypischen Neuroleptika ebenfalls zu den typischen Nebenwirkungen (Köhler, 2011; Divac et al., 2014). Spezifischer als typische Neuroleptika wirken sich atypische Neuroleptika auf Zucker- und Fettstoffwechsel aus (z.B. Gewichtszunahme; Köhler, 2011).

Im Allgemeinen bleibt festzuhalten, dass Neuroleptika zwar wirksam für positive Symptome sind, jedoch weniger wirksam für negative und nicht wirksam für kognitive Symp-

tome (Köhler, 2011; Owen et al., 2016). Für weitere Einzelheiten zur medikamentösen Behandlung bei schizophrenen Erkrankungen sei auch auf die S3-Leitlinie für Schizophrenie verwiesen (Gaebel et al., 2019).

4. Diskussion

Die Behandlung von PatientInnen aus dem schizophrenen Formenkreis bietet nach wie vor eine grosse Herausforderung. So fehlt es nicht nur an hinreichenden Studien in der Grundlagenforschung, sondern auch an hinreichenden Studien und spezifischen Methoden aus der Psychotherapieforschung.

In den Behandlungsjournalen wurden mehrheitlich allgemeine Ansätze zur Behandlung von PatInnen herangezogen. Diese bieten zwar eine wichtige Grundlage, sollten aber mit spezifischen Ansätzen ergänzt werden. Dazu können – wie bereits weiter oben erwähnt – die Aufsätze zu psychiatrischen PatInnen (Petzold & Berger, 1977; Höhmann-Kost, 2002; Hausmann & Meier-Weber, 1990) verwendet werden. Weitere Anregungen bieten – wie ebenfalls weiter oben erwähnt – die Integrative Leib- und Bewegungstherapie, die Integrative Lauftherapie, die Integrative Kunst- bzw. Kreativtherapie sowie die Integrative Poesie- und Bibliothherapie mit einer Fokussierung auf die Integrative Biographiearbeit mit ihrer narrativen Praxis (Petzold 2016f). Sie kann eigentlich als ein übergreifendes methodisches Element in all diesen genannten Ansätzen gesehen werden kann.

Erwähnt werden können hier sicher auch die «Neuen Naturtherapien», die im Integrativen Ansatz besonders gepflegt werden (Garten- und Landschaftstherapie, Waldtherapie, Tiergestützte Therapie, Green Meditation, Petzold, Ellerbrock & Hömberg 2019; Mathias-Wiedemann & Petzold 2019) und die für die hier zur Rede stehende PatientInnengruppe gute Anregungs- und Stabilisierungsmöglichkeiten bietet .

Die medikamentöse Behandlung ist nach wie vor das wichtigste Standbein in der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen. Diese bietet zwar Vorteile in der Behandlung der psychotischen Symptomatik, hat jedoch auch erhebliche Nachteile in Form von diversen und schwerwiegenden Nebenwirkungen. Zudem bleiben negative und kognitive Symptome ungenügend bis gar nicht behandelt.

Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung haben nicht nur Defizite, sondern auch Ressourcen. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn nebst den allgemeinen Behandlungsansätzen für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis spezifische Be-

handlungsformen entwickelt werden können. Wie im Vulnerabilitäts-Stress-Modell ausgeführt, sind auch bei schizophrenen Erkrankungen mehrere Faktoren dafür ausschlaggebend, dass eine entsprechende Erkrankung ausbricht oder nicht.

Zusammenfassung: Behandlung von Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis auf Basis der *Integrativen Therapie* nach *Petzold*

Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis werden zum heutigen Zeitpunkt immer noch mehrheitlich mit psychopharmakologischen Ansätzen behandelt. Auf psychotherapeutischer Ebene existieren neben allgemeinen Ansätzen nur wenige spezifische Ansätze (*Petzold & Berger 1977; Hausmann & Meier-Weber 1990; Höhmann-Kost 2002*) innerhalb der Integrativen Therapie nach Petzold. Diese tragen allerdings dazu bei, Möglichkeiten einer multimodalen Behandlung auf dem Hintergrund des Konzepts „ein Bündel von Maßnahmen“ (*Petzold 2014i; Petzold & Sieper 2008c*) für das komplexe Störungsbild der Schizophrenie zu entwickeln. Zudem lassen sich diese Ansätze mit den Leitlinien für die Behandlung von PatientInnen aus dem schizophrenen Formenkreis (*Gaebel et al. 2019, Lincoln et al. 2019*) verbinden. Die vorliegende Arbeit gibt einen kurzen Überblick über die bisherige Forschung. In einem ersten Teil werden Störungsbild und Symptomatik sowie Theoretische Modelle zur Entstehung von schizophrenen Störungen beschrieben. In einem zweiten Teil werden bisher bekannte allgemeine Behandlungsansätze in Behandlungsprozessen der Integrativen Therapie nach Petzold dargestellt, die für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis nützlich sind und Orientierung geben.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Symptome der Schizophrenie, Störungsbild der Schizophrenie, Theoretische Modelle der Schizophrenie, Behandlung von Schizophrenie, *Integrative Therapie* der Schizophrenie nach *Petzold*

Summary: Treatment of patients with a diagnosis of schizophrenia based on *integrative therapy* according to *Petzold*

Nowadays patients with schizophrenia are still mainly treated with psychopharmacological approaches. Within psychotherapy there exist only few specific approaches next to general approaches in the Integrative Therapy according Petzold (e.g. *Petzold & Berger 1977; Hausmann & Meier-Weber 1990; Höhmann-Kost 2002*). But these approaches contribute to a multimodal treatment on the background of the concept «a bundle of methods» (*Petzold 2014i; Petzold & Sieper 2008c*) for the complex disorder of schizophrenia. Moreover these approaches are combined with the schizophrenia guidelines (*Gaebel et al. 2019, Lincoln et al. 2019*). This work gives a short overview of the previous research. In the first part there are symptoms, clinical picture and theoretical models of schizophrenia described. In a second part there are existing treatment approaches in therapeutic processes of the Integrative Therapy according Petzold illustrated which are useful and give an orientation in the treatment of schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, symptoms of schizophrenia, clinical picture of schizophrenia, theoretical models of schizophrenia, treatment of schizophrenia, *Integrative Therapy* of schizophrenia according *Petzold*

9. Literatur

- Ait-Mokhtar, C.* (2003): Die Behandlung eines cannabis- und alkoholabhängigen Klienten mit einer hebephrenen Schizophrenie (Doppeldiagnose) in der Integrativen Suchttherapie. Behandlungs- und Supervisionsjournale aus den Weiterbildungen der EAG – FPI zur «Integrativen Therapie» und ihren Methoden, 2/2003. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/>
- Aleman, A., Hijman, R., de Haan, E.H. & Kahn, R.S.* (1999): Memory impairment in schizophrenia: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1358-1366. doi: 10.1176/ajp.156.9.1358
- Antonucci, L.A., Pergola, G., Pigno, A., Dwyer, D., Kambeitz-Ilankovic, L., Penzel, ..., Bertolin, A.* (2019): Archival Report: A Pattern of Cognitive Deficits Stratified for Genetic and Environmental Risk Reliably Classifies Patients With Schizophrenia From Healthy Control Subjects. *Biological Psychiatry*, 87, 697-707. doi: org/10.1016/j.biopsych.2019.11.007
- Baker, H.S.* (1991): Shorter-term psychotherapy: A self psychological approach. In: *Crits-Christoph, P. & Barber, J.P.* (Hg.): *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapie*. New York: Basic Books. S. 287-322.
- Barber, J.P. & Crits-Christoph, P.* (1991): Comparison of the brief dynamic therapies. In: *Crits-Christoph, P. & Barber, J.P.* (Hg.): *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapie*. New York: Basic Books. S. 323-356.
- Bleuler, E.* (1911): *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenen*. Leipzig: Deuticke.
- Bob, P., Pec, O., Mishara, A.L., Touskova, T. & Lysaker, P.H.* (2016): Conscious brain, meta-cognition and schizophrenia. *International Journal of Psychophysiology*, 105(11), 1–8, doi:10.1016/j.ijpsycho.2016.05.003
- Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G.* (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2005 und in *Gestalt* 51(Schweiz) 37-49 und *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2004; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html>.
- Buchmann, L.A.* (2017): Engmaschige mehrjährige kreative Prozessbegleitung eines forensischen, psychoseerkrankten Patientens auf der Grundlage des integrativen Verfahrens kreativer Therapie. Behandlungs- und Supervisionsjournale aus den Weiterbildungen der EAG – FPI zur «Integrativen Therapie» und ihren Methoden, 4/2017. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/buchmann-l-a-kreative-prozessbegleitung-forensisch-psychoseerkrankter-patient-04-2017/>
- Dawson, M.E., Schell, A.M. & Böhmelt, A.H.* (1999): *Startle modification: Implications for neuroscience, cognitive science and clinical science*. New York: Cambridge University Press.
- Divac, N., Prostran, M., Jakovcevski, I. & Cerovac, N.* (2014): Second Generation Antipsychotics and Extrapyramidal Adverse Effects. *BioMed Research International*, 1-6. doi: org/10.1155/2014/656370

- Ellis, A. (1993): *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta /J. G. Cotta'sche.
- Firth, J. (2017): Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(3), 546–556. doi:10.1093/schbul/sbw115.
- Flammer, A. (1990): *Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit – Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Foucault, M. (1985a) (Hg.): *Freiheit und Selbstsorge*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1985b): Hermeneutik des Subjekts. In: Foucault, M. (Hg.): *Freiheit und Selbstsorge*. Frankfurt: Suhrkamp. 32-60.
- Gaebel, W., Hasan, A. & Falkai, P. (2019): *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Berlin: Springer.
- Garfield, S.L. (1973): Basic ingredients or common factors in psychotherapie? *J. Consult. & Clinical Psychol.*, 41, 9-12.
- Hass, W. & Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G. & Märtens, M. (1999a) (Hg.), *Psychotherapieforschung und Praxis*, Band 1. Opladen: Leske + Budrich. 193-272.
- Hausmann, B. & Meier-Weber, U. (1990): Kreative Medien, Bewegung und bildnerisches Gestalten in der Integrativen Kurztherapie mit psychotischen Erwachsenen. In: Petzold, H.G. & Orth, I. (Hg.): *Die Neuen Kreativitätstherapien*. Paderborn: Junfermann. 1011-1114.
- Höhmman-Kost, A. (2002): *Bewegung ist Leben: Integrative Leib- und Bewegungstherapie - eine Einführung*. Bern: Huber (3. erw. Neuauflage 2017, Göttingen: Hogrefe).
- Holdstock, T.L. (1992) (Hg.): *(Clinical) psychology in search of identity*. Amsterdam: VU Boekhandel, Uitgeverij, Freie Universität.
- Jüttemann, G. (1984) (Hg.): *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Jüttemann, G. (1990) (Hg.): *Komparative Kasuistik*. Heidelberg: Asanger.
- Kathmann, N. (2001): Neurokognitive Grundlagen schizophrener Symptome: Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 241-250.
- Keefe, R.S.E. (2000): Working memory dysfunction and its relevance to schizophrenia. In: Sharma, T. & Harvey, P. (Hg.): *Cognition in schizophrenia: Impairments, importance and treatment strategies*. New York: Oxford University Press. 16-50
- Keupp, H & Röhrle, B. (1987) (Hg.): *Soziale Netzwerke*. Frankfurt: Campus.
- Kendler, K.S. & Eaves, L.J. (1986): Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 143, 279-289.
- Köhler, Th. (2011): Psychopharmakologische Grundlagen. In: Wittchen, H.U. & Hoyer, J. (Hg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer. 225-258.
- Krug, A., Stein, F. & Kirchner, T. (2020): Kognitive Störungen bei Schizophrenie. *Nervenarzt*, 91, 2-9. doi: org/10.1007/s00115-019-00809-8

- Laikin, M., Winston, A. & McCullough, L.* (1991): Intensive short-term dynamic psychotherapie. In: *Crits-Christoph, P. & Barber, J.P.* (Hg.): *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapie*. New York: Basic Books. 80-109.
- Lincoln, T., Pedersen, A., Hahlweg, K., Wiedl, K.-H. & Frantz, I.* (2019): *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Linz, S., Ostermann, D., Petzold, H.G.* (2008): „Qualitätssicherung und Dokumentation von Supervisionsprozessen“ – Metahermeneutisch fundiertes Erfassen von Supervisionsverläufen mit einem strukturierten „Supervisionsjournal“ in der „Integrativen Supervision“. In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 11/2008 – <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-11-2008-linz-s-ostermann-d-petzold-h-g.html>
- Lippert, S.* (2004): *Behandlung eines Rehabilitanden mit den Diagnosen einer Schizophrenie und Suchterkrankung im Rahmen einer Rehabilitationsmassnahme für psychisch erkrankte Menschen unter dem Blickwinkel der Integrativen Therapie. Behandlungs- und Supervisionsjournale aus den Weiterbildungen der EAG – FPI zur «Integrativen Therapie» und ihren Methoden*, 5/2004. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/>
- Liu, Y.-C., Tang, C.-C., Hung, T.-T., Tsai, P.-C. & Lin M.-F.* (2018): The Efficacy of Metacognitive Training for Delusions in Patients With Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Informs Evidence-Based Practice: Efficacy of MCT for Delusions in Patients With Schizophrenia. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(2), 130–139. doi: 10.1111/wvn.12282
- McCutcheon, R.A., Krystal, J.H. & Howes, O.D.* (2020): Dopamine and glutamate in schizophrenia: biology, symptoms and treatment. *World Psychiatry*, 19, 15-33. doi: 10.1002/wps.20693
- McLeod, J.* (1997) (Hg.): *Narrative und Psychotherapie*. London: Sage Publications.
- Merleau-Ponty, M.* (1976): *Struktur des Verhaltens*. Berlin: de Gruyter.
- Moreno, J.L.* (1936): Organization of the social atom. *Sociometric Review* 1, 11-16 (reproduziert in *Sociometry* 3 [1974], 287-293).
- Navratil, L.* (1998): *Die Gugginger Methode: Kunst in der Psychiatrie, Band 1*. Ulm/Stuttgart/Jena/Lübeck: Fischer.
- Navratil, L.* (1986): *Schizophrenie und Sprache*. München: dtv.
- Navratil, L.* (1983): *Die Künstler aus Gugin*. Wien: Medusa.
- Navratil, L.* (1965): *Schizophrenie und Kunst*. München: dtv. (überarbeitete Neuauflage 1996, Frankfurt am Main: Fischer.)
- Nenadic, I.* (2020): Bildgebung bei Schizophrenie: Eine Übersicht zu aktuellen Befunden und Entwicklungen. *Nervenarzt*, 91, 18-25. doi: org/10.1007/s00115-019-00857-0
- Nuechterlin, K.H.* (1987): Vulnerability models for schizophrenia: State of the art. In *Häfner, H., Gattaz, W.F. & Janzarik, W.* (Hg.): *Search für the causes of schizophrenia*. Berlin: Springer. 297-316.

- Olbrich, H.M., Fritze, J., Lanczik, M.H. & Vauth, R. (1999):* Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In: *Berger, M. (Hg.):* Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg. S. 405-482
- Osten, P. (2019) (Hg.):* Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD). Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag, weitere Verlage (Arbeitsgemeinschaft).
- Owen, M.J., Sawa, A. & Mortensen, P.B. (2016):* Schizophrenia. *Lancet*, 388, 86-97. doi: org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6
- Petzold, H.G. (1974j):* Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1979c):* Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Unterstützung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. *Integrative Therapie*, 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G. (1980g):* Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G. (1980f) (Hg.):* Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann. 223-290.
- Petzold, H.G. (1985f):* Bewegung ist Leben – körperliche Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensfreude im Alter durch Integrative Bewegungstherapie, Tanztherapie und Isodynamik. In: *Petzold, H.G. (1985a) (Hg.):* Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer. 428-466. (Reproduziert in *Petzold, H.G. [1996a],* Integrative Bewegungs- und Leibtherapie – Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Paderborn: Junfermann. 519-562.)
- Petzold, H.G. (1988n/2019):* Integrative Bewegungs- und Leibtherapie – Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie, Band 1 und 2. Paderborn: Junfermann (e-books 2019).
- Petzold, H.G. (1997p):* Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4, 435-471.
- Petzold, H.G. (2000h):* Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Charatkolloquium III). Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/11-2019-petzold-h-g-2000h-wissenschaftsbegriff-erkenntnistheorie-und-theorienbildung-der-integrativen-therapie-und-ihrer-biopsychosozialen-praxis-chartacolloquium-iii/>
- Petzold, H.G. (2001i) (Hg.):* Wille und Wollen – Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2002j):* Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Abgerufen von <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html>
- Petzold, H.G. (2003a) (Hg.):* Integrative Therapie: Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie, Band I-III, 2. Auflage. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2009c):* Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_pdf-petzold-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-in-der-integrativen-therapie.pdf
- Petzold, H.G. (2014i):* Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. Abgerufen von <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold->

2014i-integrative-depressionsbehandlung-neurowissenschaftliche-grundlage-dritte-welle.pdf

- Petzold, H. G.* (2016f): NARRATIVE BIOGRAPHIEARBEIT & BIOGRAPHIEERARBEITUNG in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“ Praxeologisches Material zur Vor- u. Nachbereitung biographischen Arbeiten Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit und im Interent-Archiv „Heilkraft der Sprache“ 2/2016 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/12-2016-petzold-h-g-2016f-narrative-biographie-arbeit-biographieerarbeitung-in-der/>
- Petzold, H. G.* (2019d/2020c): Notizen zur „OIKEIOSIS“, Selbstfühlen und Naturfühlen. Transversale Selbst-, Natur-, Welterkenntnis, „Green Meditation“, „Green Writing“, „Grünes Handeln“ – anthropologische und mundanologische Konzepte der Integrativen Therapie. *Grüne Texte* 14/2019 <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-2020c-oikeiosis-selbstfuehlen-naturfuehlen-transversal-gruene-texte-14-2019.pdf> ; *POLYLOGE* 5/2020, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-oikeiosis-selbstfuehlen-naturfuehlen-transversal-polyloge-05-2020.pdf>.
- Petzold, H. G.* (2019f): Das EAG-Supervisionsjournal zur Dokumentation von Supervisionsprozessen im „dyadischen Setting“ (Einzelsetting) – „Der klientInnenfokussierte Ansatz. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. (Ersch. *SUPERVISION* Theorie, Praxis, Forschung. Eine interdisziplinäre Internet Zeitschrift.. Jg. 2020, <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/index.php>
- Petzold, H. G.* (2020f): Der „INTEGRATIVE ANSATZ“ des „Selbst- und Weltverstehens“ (Oikeiosis) – Weltkomplexität offen halten und mitgestalten: ein nicht-reduktionistischer, transversaler Blick für Menschenarbeiter 12/2020 *POLYLOGE* <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/12-2020-petzold-h-g-2020f-der-integrative-ansatz-des-selbst-und-weltverstehens-oikeiosis-weltkomplexitaet/>
- Petzold, H.G. & Berger, A.* (1977): Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten. In: *Petzold, H.G.* (Hg.): Die neuen Körpertherapien [174j], 2. Aufl. Paderborn: Junfermann. 457-477.
- Petzold, H. G., Ellerbrock, B. & Hömberg, R.* (2019): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M. & Oudhof, J.* (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G.* (1993c) (Hg.): Frühe Schäden, späte Folgen – Psychotherapie und Babyforschung, Band 1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Hentschel, U.* (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19. Abgerufen von <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-hentschel-1991-niedrigschwellige-karrierebegleitende-drogenarbeit-elemente-gesamtstrategie.pdf>
- Petzold, H.G., Leeser, B. & Klempnauer, E.* (2018) (Hg.): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit und Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth. Bielefeld: Aisthesis. S. 613-641.

- Petzold, H.G. & Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien: Handbuch der Kunsttherapie, Band 2. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung karrierebezogener Partnerarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie*, 1/2, 95-153. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/hilarion-g-petzold-ilse-orth-1993a-therapietagebuecher-lebenspanorama-gesundheits/>*
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1994a/2012): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoendlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>*
- Petzold H.G. & Orth, I. (1998b): Ökopsychosomatik – die heilende Kraft der Landschaft. Düsseldorf: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (FPI/EAG).*
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie – Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. & Orth, I. (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. Abgerufen von <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder.html>.*
- Petzold, H.G. & Orth, I. (2017b): Epitome. POLYLOGE IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE: „Mentalisierungen und Empathie“, „Verkörperungen und Interozeption“ – Grundkonzepte für „komplexes Lernen“ in einem intermethodischen Verfahren „ko-kreativen Denkens und Schreibens“. In: *Petzold, H.G., Leiser, B. & Klempnauer, E. (Hg.): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben*, Bielefeld: Aistheis. S. 885-971. Abgerufen von <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/31-2017-petzold-h-g-orth-i-2017b-epitome-polyloge-in-der-integrativen-therapie.html>*
- Petzold, H.G., Orth, I. & Sieper, J. (1999a): Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. In: Petzold, H.G. & Orth, I. (Hg.): Die Mythen der Psychotherapie – Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann. 15-66. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-orth-i-sieper-j-1999apsychotherapie-mythen-und-diskurse-der-macht-und-der-freiheit/>*
- Petzold, H.G., Orth, I. & Sieper, J. (2000a): Transgressionen I – das Prinzip narrativierender Selbst- und Konzeptbildung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie – Hommage an Nietzsche. *Integrative Therapie*, 2/3, 231-277. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/07-2000-petzold-h-g-orth-i-sieper-j-2000a-transgressionen-i-das-prinzip-narrativierender/>*
- Petzold, H.G., Orth, I. & Sieper, J. (2019): Die „14 plus 3 Wirkfaktoren und -prozesse in der Integrativen Therapie. Transversale Wege des Integrierens und Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen: Metafaktoren, Belastungs-, Schutz-, Resilienzfaktoren bzw. -prozesse und die Wirk- und Heilfaktoren/-prozesse der Integrativen Therapie. In Vorbereitung.*
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2020): Zwischen Embodiment, Embeddedness und Mentalisierung, innovative Impulse für das Feld integrativer Psychotherapie und Humantherapie – die 4E-Perspektiven. Hückeswagen: Europäische Akademie für Biopsychosoziale Gesundheit; auch als Geleitwort zu: *Stefan, R. (2020): Zukunftsentwürfe des Leibes.**

Grundlagen, Theorien und Begriffe der Integrativen Therapie und deren Bezugspunkte zu den Grundlagenwissenschaften. Wiesbaden: Springer.

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2013): Narrative Biographiearbeit und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik. In: *Salahshour et al. (2013) 2-17. POLYLOGE*
<http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/kreidner-salahshour-petzold-orth-petzold-2012-langzeittherapeutische-psychosebehandlung.pdf>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Patel, A. (2010): Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis. Polyloge, Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* 17/2010.
<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/17-2010-petzold-h-g-orth-p-s-i-patel-a-ii-souveraenitaet-profession-prozessdokumentation.html>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Ratz, C. (2011): D A S S U P E R V I S I O N S J O U R - N A L - Ein methodisches Konzept zur Sicherung und Entwicklung von Qualität in Supervision und klientenbezogener Arbeit. .: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 1/2011. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-01-2011-petzold-h-g-orth-petzold-s-ratz-c.html>.

Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A. (1998) (Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie.* Wien: Springer und, erweitert in: *Petzold, H.G. (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung.* Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration.* Düsseldorf: FPI-Publikationen. (1998h) 118-141. Textarchiv 1998: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-osten-p-1998-diagnostik-und-mehrperspektivische-prozessanalyse-in-der.html>

Petzold, H.G. & Sieper (2012): „Leiblichkeit als „Informierter Leib“ embodied und embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. *Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*, 21/2012. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf

Petzold, H.G. & Sieper, J. (2008a): Integrative Willenstherapie: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In: *Petzold, H.G. & Sieper, J. (Hg.): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie*, 2 Bände. Bielefeld: Sirius. 473-592.

Petzold, H.G. & Sieper, J. (1993a): *Integration und Kreation*, 2 Bände, 2. Auflage 1996. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I. (2019e): Die „14 plus 3“ Wirkfaktoren und -prozesse in der Integrativen Therapie. – Wege des Integrierens und Einflussfaktoren im Entwicklungsgeschehen: Metafaktoren, Belastungs-, Schutz-, Resilienzfaktoren bzw. -prozesse und die Wirk- und Heilfaktoren/-prozesse der Integrativen Therapie. Revid. Von Petzold

- 2016n. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen Ersch. *POLYLOGE* 3/2019, <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/index.php>.
- Prinzhorn, H.* (1922): *Bildnerie der Geisteskranken*. Berlin: Springer.
- Réja, M.* (1907): *L'Art chez les fous*. Paris: Mercure de France.
- Rey, E.R.* (2011): Psychotische Störungen und Schizophrenie. In: *Wittchen, H.U. & Hoyer, J.* (Hg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer. 799-856.
- Reydams-Schils, G.* (2005): *The Roman Stoics. Self, responsibility, and affection*. Chicago und London: Univ. of Chicago Press.
- Reichle, S. C., Petzold, H. G.* (2017): Integrative Supervision in der Schulsozialarbeit Supervisionsjournale und „zirkuläre Rückmeldungen“. In: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung*, Ausgabe 03/2017. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/sonstiges/reichle-petzold-integrative-supervision-schulsozialarbeit-zirkulaere-rueckmeldungen-supervision-03-2017_2.pdf
- Ricoeur, P.* (1965): *De l'interprétation: Essai sur Freud*. Paris. Dt. (1969): *Die Interpretation: Versuch über Freud*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ropper, A.H, Marder, S.R. & Cannon, T.D.* (2019): Schizophrenia. *N Engl J Med* 381(18), 1753-1761. doi: 10.1056/NEJMra1808803
- Rund, B.R.* (2018): The research evidence for schizophrenia as a neurodevelopmental disorder. *Scandinavian Journal of Psychologie*, 59, 49-58. doi: 10.1111/sjop.12414
- Salahshour, K., Petzold, H. G. & Orth-Petzold, S.* (2013): Einleitung: Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik (*Petzold/Orth-Petzold*). *Kreidner-Salahshour: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung im Integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischer Prozess – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung*. *Integrative Therapie* 3-4 (2013) und Textarchiv <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/kreidner-salahshour-k-petzold-h-g-orth-petzold-s-2012-langzeittherapeutische-psychose.html>
- Scarr, S. & McCartney, K.* (1983): How people make their own environment: The theory of genotype and environment effects. *Child Development*, 54, 425-435.
- Schay, P., Petzold, H.G., Jakob-Krieger, C., Wagner, M.* (2004): Laufen streichelt die Seele. Lauftherapie mit Drogenabhängigen – eine übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1-2, 150-175. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/schay-p-petzold-h-jakob-krieger-c-wagner-m-2004-laufen-streichelt-die-seele/>
- Scheiblich, A., Petzold, H.G., Orth-Petzold, S.* (2016): Integrative Behandlung eines Mannes mit einer Mehrfachabhängigkeit und hohem Gewaltpotential im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation unter Substitution *POLYLOGE* Ausgabe 04/2016, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2016-scheiblich-a-petzold-orth-petzold-mehrfachabhaengigkeit-gewalt-prozesstransparenz.html>
- Schlösser, R., Wagner, G., Kohler, S. & Sauer, H.* (2005): Schizophrenia as a disconnection syndrome. Studies with functional magnetic resonance imaging and structural equation modeling. *Radiologie*, 45, 137-143.

- Schneider, K.* (1946): *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Shergill, S.S., Brammer, M.J., Williams, S.C.R., Murray, R.M. & McGuire, P.K.* (2000): Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1033-1038.
- Soschinski, C.E.* (2016): Stationäre Behandlung eines polytoxikomanen und paranoid-schizophrenen Patienten auf der Basis der integrativen Therapie mit Fokus auf Abstinenzbewältigung und Alltagsbewältigung. *Behandlungs- und Supervisionsjournale aus den Weiterbildungen der EAG – FPI zur «Integrativen Therapie» und ihren Methoden*, 23/2016. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/>
- Stefan, R. & Petzold, H. G.* (2019): Möglichkeitsräume und Zukunftsentwürfe in den kognitiven Neurowissenschaften – Gesichtspunkte der Integrativen Therapie. *Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. POLYLOGE 30/2019*. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-stefan-2019-moeglichkeitsraeume-zukunftsentwuerfe-kognitive-neurowissenschaften-polyloge-30-2019.pdf>
- Swanton, H.* (2010): Die Bedeutung von Biographie in der Integrativen Supervision. *Supervision* 10/2010. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/10-2010-swanton-helga-die-bedeutung-von-biographie-in-der-integrativen-supervision.html>
- Traue, H.C.* (1989) (Hg.): *Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Stress*. Göttingen: Hogrefe.
- van der Mei, S.H., Petzold, H.G., Bosscher, R.J.* (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Textarchiv H.G. Petzold et al.* Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_mei-petzold-bosscher-1997-runningtherapie-integrative-leib-und-bewegungsorientierte-psychotherapiepdf.pdf
- Weinberger, D.R.* (1997): The biological basis of schizophrenia: New directions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 22-27.
- Werner, E.E. & Smith, R.S.* (1982) (Hg.): *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children in youth*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E.E.* (1985): Stress and protective factors in children's life. In: *Nicol, H.R.* (Hg.): *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry: Practical lessons from research experience*. Chichester: Wiley. 335-355.
- Wittchen, H.U. & Hoyer, J.* (2011): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer.
- Wölfl, A.* (1986): *Werke*. Adolf Wölfl Stiftung. Bern: Kunstmuseum.
- Zubin, J. & Spring, B.* (1977): Vulnerability – A new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

10. Anhang

10.1 Kurze Beschreibung der Patienten

10.1.1 Patient A.

Bei Herrn A. handelt es sich um einen deutschen Rehabilitanden der Forensik mit Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie (ICD 10, F20.0), welcher in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht ist (Buchmann, 2017). Ihm wird zur Last gelegt, seinen Vater in einer psychotischen Phase getötet zu haben. Infolge Alkoholabhängigkeit war die Mutter des Patienten mit der Zeit nicht mehr in der Lage die Erziehung von Herrn A. zu übernehmen. Nachdem sich die Eltern getrennt hatten, übernahm der Vater die Erziehung von Herrn A.; der Haushalt wurde von seiner älteren Schwester geführt. Der Vater war dem Patienten gegenüber häufig aggressiv und drohte ihm bei den kleinsten Unstimmigkeiten mit Kinderheim und Internat. Vor seiner Erkrankung konnte Herr A. ein Studium im Fach Biologie absolvieren und für kurze Zeit eine Stelle beim Bundesgrenzschutz ausüben (Buchmann, 2017).

10.1.2 Patient B.

Bei Herrn B. steht eine Suchtmittelabhängigkeit von mehreren Substanzen (Nikotin, Medikamente, Alkohol, Cannabis, Polamidon, Heroin, andere Stoffe [z.B. Kokain, LSD, PEP]) im Vordergrund (Diagnosen ICD 10: F10.2, F32.2, F07.2, G 40.4; Soschinski, 2016). Zusätzlich leidet er an einer paranoiden Schizophrenie. Zur Rehabilitation wird Herr B. in einem Sozialpsychiatrischen Wohnheim in Deutschland untergebracht. Der Vater von Herrn B. ist bereits verstorben (langjährige Krankheit [Hepatitis C], langjähriger Einsatz im Krieg); der Patient erlebte ihn als laut, herrisch, stark und übermächtig, aber auch als liebevoll und fürsorglich. Die Mutter von Herrn B. lebt in einem Pflegeheim aufgrund Alzheimer und Parkinson; der Patient erlebt sie als warmherzig, liebevoll, treu, fürsorglich, hart arbeitend und sich für Andere aufopfernd. Seine Geschwister hat Herr B. aufgrund Totgeburt bzw. Fehlgeburt verloren. Herr B. besitzt zwar einen Hauptschulabschluss, jedoch keine berufliche Qualifikation (Soschinski, 2016).

10.1.3 Patient M.

Herr M. kommt ursprünglich aus Somalia und leidet an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie (ICD 10, F20.0, DD F20.1, DD F19.5; Lippert, 2004). Parallel dazu besteht eine mehrfache Suchtmittelabhängigkeit (Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain, Speed, Heroin, evtl. andere Stoffe [z.B. Extasy, LSD, Schnüffelstoffe, Opiate]). Herr M. ist für unbefristete Zeit in einem deutschen Bezirkskrankenhaus (forensische Abteilung) untergebracht; ihm wird räuberische Erpressung und Bedrohung im Zustand der Schuldunfähigkeit zur Last gelegt. Probeweise, im Sinne einer sozialen Reintegration, wird der Patient in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung untergebracht. Der Vater von Herrn M. ist im Bürgerkrieg von Somalia verstorben. Die Mutter des Patienten (3. Ehefrau des Vaters) ist nach dem Tod des Vaters mit ihren Kindern nach Äthiopien geflohen. Zwei von mehreren Geschwistern/Halbgeschwistern übernehmen eine gewisse Eltern-Ersatzfunktion beim Patienten. Herr M. hat das Gymnasium in der 12. Klasse abgebrochen und besitzt keinen beruflichen Abschluss (Lippert, 2004).

10.1.4 Patient V.

Herr V. leidet an einer hebephrenen Schizophrenie (ICD 10, F20.1) und an einer Suchtmittelabhängigkeit (Nikotin, Alkohol, Cannabis, weitere Drogen [LSD, Mescaline, Amphetamine]);

ICD 10, F10.21, F12.21; Ait-Mokthar, 2003). Der Patient war in der Vergangenheit in ein Verfahren wegen Einbruch und Diebstahl verwickelt; zurzeit befindet er sich in einem sozial-psychiatrischen Wohnheim zur psychosozialen Rehabilitation. Herr V. ist bereits im Alter von vier Monaten adoptiert worden und kennt seine leiblichen Eltern nicht; die Adoptiveltern haben sich in seinem 18. Lebensjahr scheiden lassen. Der Adoptivvater hat wenig Zeit für den Patienten gehabt und hat ihm nie viel zugetraut. Die Adoptivmutter hat sich ebenfalls nicht viel um den Patienten gekümmert und ihm wenig Grenzen gesetzt. Geschwister hat Herr V. keine. Auf der schulischen Ebene besitzt der Patient einen Realschulabschluss in Wirtschaft und Verwaltung; seine Ausbildung zum Industriekaufmann hat er wegen exzessiven Drogenkonsums abgebrochen (Ait-Mokthar, 2003).

10.2 Prozessuale Diagnostik (Leitfaden; Petzold 2003a, S. 1048)

I. Heuristik der Prozessualen Diagnostik

- A: Pathogene Stimulierungskonstellation (Klinische Krankheitslehre): Traumata, Defizite, Störungen, Konflikte.
- B: Phänomene «multipler Entfremdung» (Anthropologische Krankheitslehre)

Leitfragen

1. Was ist gesund und funktionsfähig und muss erhalten werden? (Konservative Behandlungsstrategie)
2. (a) Was ist gestört/beeinträchtigt und muss restituiert werden? (Reparative Behandlungsstrategie)
(b) Was ist gestört/beeinträchtigt, nicht restituierbar und muss bewältigt werden? (Coping Strategie)
3. (a) Was ist defizient (nie vorhanden/nicht mehr vorhanden) und muss bereitgestellt werden? (Substitutive Behandlungsstrategie)
(b) oder: falls nicht anders möglich, was muss bewältigt werden? (Coping Strategie)
4. Was ist noch nicht genutzt und könnte erschlossen und entwickelt werden? (Evolutive Behandlungsstrategie)

II. Analyse des Lebenszusammenhangs (Kontext und Kontinuum, Soziales Netzwerk // Ökologische Perspektive)

- (a) *Mikroebene* (Familie, Arbeitssituation, Freundeskreis // Wohnung, Quartier, Arbeitsplatz)
- (b) *Mesoebene* (soziale Schicht, Milieu // Dorf, Stadtteil)
- (c) *Makroebene* (politische und ökonomische Situation im Grossraum // regionale ökologische Situation im Grossraum)
- (d) *Supraebene* (Zeitgeist, weltpolitische, weltwirtschaftliche Situation // mundane ökologische Situation)

III. Bereiche der Analyse in der Prozessualen Diagnostik

1. *Bedürfnisanalyse/Motivationsanalyse*: Was sind die Bedürfnisse, Wünsche und Motivationen des Klienten?

2. *Problem- und Konfliktanalyse:* Wo liegen Defizite, Traumatisierungen, Störungen oder Konflikte, die aufzulösen, zu substituieren oder zu mindern sind? Welche zentralen Beziehungskonflikte fallen ins Auge?
Was sind die wesentlichen Coping-Strategien? Wie wird die eigene Kompetenz wahrgenommen (perceived competence)? Welcher Art sind die Kontrollüberzeugungen? Welche Risikofaktoren fallen auf, welche protektiven Faktoren?
3. *Leifunktionsanalyse:* Wie ist es um die Funktionen des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes bestellt?
4. *Lebensweltanalyse:* Wie ist die Familien- und Arbeitssituation des Patienten, sein soziologisches Setting, seine Wohnsituation? Wie konsistent ist sein soziales Netzwerk, wie stabil seine «social world»?
5. *Kontinuum-Analyse:* Wie hat sich das Leben des Patienten vollzogen? Welche «prävalent pathogenen Milieus» lassen sich feststellen, welche kritischen Lebensereignisse, welche Diskontinuitäten? Wie wird der bisherige Lebenslauf eingeschätzt? Welche biographischen Auswirkungen zeigen sich hier und jetzt? Welche prospektiven Aspekte sind zu erwarten? Was sind die spezifischen Merkmale der Krankheitskarriere? Wie ist die Qualität aversiver Ereignisketten bzw. Convoys, prolongierter Mangelserfahrungen, positiver Ereignisketten, und wie stellt sich die Interaktion dieser Ketten dar? Welche Aspekte ergeben sich unter einer Mehrgeneration-Familien-Perspektive?
6. *Ressourcen-Analyse:* Was steht dem Patienten an Eigen- und Fremdressourcen (z.B. soziales Netzwerk, physische Konstitution, materielle Mittel, Bildung, Lebenserfahrung, Copingstrategien, internale und externale protektive Faktoren, etc.) zur Verfügung? Wieviel «social support» ist vorhanden?
7. *Interaktions-Analyse:* Wie sind die Formen der Relationalität (positive/negative Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeiten) ausgeprägt? Welche Übertragungsqualitäten, Widerstandsphänomene und Abwehrformen fallen auf? Welche Gegenübertragungsresonanzen kamen bei Therapeut/Therapeutin auf? Wie ist das Interaktionsverhalten in der aktuellen Situation?

IV. **Beobachtungsfelder**

1. *Körper/Leiblichkeit:* Vitalität, Ausdrucksfähigkeit (Mimik, Gestik), Atmung, Haltung (z.B. Grounding), Bewegungsqualität, Wahrnehmungsfähigkeit, sensumotorische Stile
2. *Emotionaler Bereich:* Emotionale Bandbreite und Reaktionsbereitschaft, Differenziertheit, Flexibilität, Intensität, Dosierung, Angemessenheit), Ort und Form des Ausdrucks, Kongruenz, Grundstimmungen, Lebensgefühl, emotionale Belastbarkeit (emotional coping) – emotionale Stile (vgl. Petzold 1993b, 223-229)
3. *Kognitiver Bereich:* Fähigkeit, wahrzunehmen und zu verarbeiten, zu differenzieren, zu analysieren und Synthesen zu erstellen, Zusammenhänge zu verstehen, Probleme zu lösen – kognitive Stile
4. *Soziale Fähigkeiten:* Kontaktbereitschaft, kommunikative Kompetenz und Performanz (verbale und nonverbale Kommunikation), Fähigkeit, Nähe und Distanz zu regulieren, Dauer und Qualität von Beziehungen, Rolleninventar, Rollenrepertoire und Rollenflexibilität – kommunikative Stile
5. *Wertebereich:* Sinn, Ziele, Werte, Normen, Einstellungen zu: Leben, Tod, Liebe, Wahrheit, Mitmenschlichkeit, Hoffnung, Religion und Weltanschauung – Bewertungsstile (valuation, appraisal)

6. *Lebenskontext*: Engere soziale Beziehungen (Familie, Freunde), weitere soziale Situationen (Status, Rolle, soziale Verflechtungen, Familiensand, Beruf, Lebensraum), ökonomische Situation (Wohnung, Wohnort, Landschaft), epochale Situation (politische, soziale, geistesgeschichtliche Strömungen)
7. *Lebenskontinuum*: Alle Bereiche im Zeitkontinuum (retrospektiv Vergangenheit, aspektiv Gegenwart, prospektiv Zukunft), «prävalent pathogene Milieus» (PPM) und «prävalent salutogene Milieus» (PSM), dysfunktionale bzw. maligne Narrative, Ereignisketten, Convoys
8. *Intersubjektiver Prozess*: Berater/Therapeut – Klient/Patient im Kontext und Zeitkontinuum

V. **Diagnostische Bewertung und Einordnung der Informationen**

IV. **Zielformulierung und prognostische Einschätzung**

1. *Metaziele* (z.B. komplexes Bewusstsein, d.h. Selbst-/Weltverständnis, Intersubjektivität, Kokreativität)
2. *Persönlichkeitsbestimmte Ziele* (z.B. Selbst-Wertgefühl, Ich-Stärke, Prägnanz der Identität, Stabilität von Identitätssäulen, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit)
3. *Kontextbestimmte Ziele* (z.B. Arbeitsfähigkeit, Abbau von Lernstörungen, soziale Integration, etc.)
4. *Störungs-/Krankheitsbestimmte Ziele* (z.B. Verminderung von Spannung, Angst, Depressivität)
5. *Methodenbestimmte Ziele*: (z.B. Einhaltung von Sitzungszeiten, Aushalten der Gruppe, Akzeptanz von Berührung oder von Medien)

VII. **Interventionsformen, Behandlungsansatz**

Methoden, Techniken, Medien, Formen, Modalitäten, Stile (Petzold 1993h)