

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

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** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 12/2021

Die Welt sieht dunkel aus und ich fühle mich nicht

Embodiment und leibliche Erfahrung während depressiver Phasen
und deren Bedeutung in der *Integrativen Humantherapie*

Angelika Meier-Holzkecht *

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, lic. phil. Lotti Müller. mailto: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: info@eag-fpi.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch, Betreuer: Ulrike Mathias-Wiedemann, Hilarion Petzold.

EAG-Weiterbildung ‚Integrative Therapie‘, Beurteilung/Betreuung: Ulrike Mathias-Wiedemann, Hilarion G. Petzold. - Das Behandlungsjournal zu dieser Arbeit steht in 02/2020 <https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/>

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
2 Depressionen	4
2.1 Geschichte und Psychopathologie depressiver Erkrankungen	4
2.2 Diagnostik und Therapie bei Depressionen – state of the art	7
3 Körper, Seele, Geist und Leib	9
3.1 Der Leibbegriff in der Phänomenologie	10
3.2 Embodiment und 4E-Perspektiven	12
4 Integrative Therapie	14
4.1 Das biopsychosozialökologische Modell	15
4.2 Leiblichkeit und informierter Leib	18
4.2.1 Lebendiger Organismus	21
4.2.2 Zeitleib – Leiblichkeit im Kontinuum	22
4.2.3 Social body – Leiblichkeit im sozialen und kulturellen Kontext	25
4.2.4 Ecological body – der Mensch im ökologischen Kontext	29
5 Leibliche Erfahrungen der Depression	34
5.1 Körperliche Erfahrungen	35
5.2 Zeitliche Erfahrungen	36
5.3 Erfahrungen im sozialen und kulturellen Kontext	37
5.4 Erfahrungen zu weiteren Qualitäten der Leiblichkeit	40
6 Integrative Leibtherapie bei Depressionen	44
6.1 Die therapeutische Beziehung – Fragen der Empathie	44
6.2 Leibtherapeutische Behandlungsansätze	46
6.2.1 Therapeutische Ansätze mit körperlichem Fokus	48
6.2.2 Therapeutische Ansätze mit Fokus auf den Zeitleib	49
6.2.3 Therapeutische Ansätze mit Fokus auf die soziale Leiblichkeit	51
6.2.4 Therapeutische Ansätze mit Fokus auf den Menschen im ökologischen Kontext	52
7 Diskussion	53
8 Zusammenfassung / Summary	55
9 Literaturverzeichnis	56

1 Einleitung

Wie geht es Ihnen?

Wenn Ihnen eine solche Frage im Alltag gestellt wird, werden Sie möglicherweise auf soziale Gepflogenheiten zurückgreifen und mit einem: „Danke, gut und Ihnen?“ antworten. Für eine authentischere und vielleicht ehrlichere Antwort können Sie auf unterschiedliche Informationsquellen in sich selbst zurückgreifen. Vielleicht denken Sie an etwas, das sich gerade in Ihrem Leben ereignet und daran, ob Sie dies eher positiv oder negativ einschätzen. Eventuell versuchen Sie, ein Gefühl für sich selbst in der gegenwärtigen Situation zu entwickeln, spüren Ihren Körper, wie er sich anfühlt. Oder Sie kommen in Kontakt mit Ihren Emotionen, Ihrer Gestimmtheit – sei es über ein Erlebnis, das Sie freudig oder traurig stimmt oder aber auch über Körperwahrnehmungen von Druck, Schmerz, Spannung oder Wohlbefinden, die Sie als ein Gefühl identifizieren. Aufgrund von diesen Gedanken oder Wahrnehmungen werden Sie dann eine differenziertere Aussage darüber machen, wie es Ihnen derzeit geht.

Der Titel der vorliegenden Arbeit ist die Antwort eines Menschen, auf die Frage, wie es ihm gehe, wenn er sich in einer depressiven Phase befinde. Für mich kommt in dieser Antwort auf sehr konzentrierte Art zum Ausdruck, wie sich das Erleben während einer Depression verändern kann, das Erleben der eigenen Leiblichkeit („Ich fühle mich nicht“) in der Lebenswelt („Die Welt sieht dunkel aus“). Der Begriff der Leiblichkeit mag altertümlich anmuten; in der Integrativen Therapie wird er bewusst verwendet, um auf den Unterschied zwischen dem Körper als Organismus und dem ‘beseelten’ Leib des lebendigen Menschen hinzuweisen, oder wie es von Gabriel Marcel und Maurice Merleau-Ponty ausgedrückt wurde: „Einen Körper habe ich, ein Leib bin ich.“ Auch sind Menschen nicht ohne ihre jeweilige Umwelt denkbar, sie sind eingebettet in ihre Lebenswelt. Im titelgebenden Zitat wird deutlich, dass während Depressionen die Lebenswelt dunkel und abweisend wirken kann und die Erfahrung der eigenen Leiblichkeit (*embodiment*) abhandenkommt.

Als Therapeutin in der Arbeit mit Menschen mit Depressionen fragte ich mich, wie der Integrative Ansatz dazu beitragen könnte, Depressionen umfassender zu beschreiben und zu verstehen. Dazu habe ich einen Online-Fragebogen erstellt, dessen Fragen verschiedene Facetten des Erlebens während einer depressiven Phase erfasst. Dabei ist bewusst von „Depressionen“ und „depressiven Phasen“ die Rede, da es nicht „*die* Depression“ gibt, die man „für immer“ hat bzw. nicht hat. Um der Frage nach dem Erfassen und Verstehen von Depressionen vor dem Hintergrund des Integrativen Ansatzes nachzugehen, werde ich in der vorliegenden Arbeit über die Ergebnisse der Online-Befragung berichten und daraus einige Ansatzpunkte für die Therapie skizzieren.

Im Folgenden werde ich zuerst in Kapitel 2 Grundlagen zu einigen historischen und aktuellen Aspekten von Depressionen, ihrer Diagnose und Therapie darlegen. Danach werde ich im Kapitel 3 auf den Leibbegriff und die Bezüge zu Embodiment und den aktuellen Ansatz der 4E-Cognition (bzw. der 4E-Perspektiven) eingehen. In Kapitel 4 werden Grundkonzepte der Integrativen Humantherapie vorgestellt. Kapitel 5 ist ganz den leiblichen Erfahrungen während depressiven Phasen, wie sie von Betroffenen geschildert werden, gewidmet. In Kapitel 6 folgen einige Ausführungen zu leibtherapeutischen Ansätzen. Im Diskussionsteil werden die Erkenntnisse aus der Befragung mit dem theoretischen und praktischen Hintergrund zusammengeführt.

2 Depressionen

Depressive Erkrankungen betreffen gemäss Forschungsstand eine von fünf Personen im Lebensverlauf (Niklas Baer, Schuler, Füglistler-Dousse, Moreau-Gruet, 2013). Sie sind mit erheblichem Leid und grossen Einschränkungen in Alltag, Beruf und Beziehungen verbunden. Depressionen werden als gut behandelbar beschrieben, gleichzeitig bleiben viele (vor allem leichtere) Depressionen unbehandelt, obwohl sie ebenfalls zu psychosozialen Einschränkungen und Behinderungen führen.

Im Folgenden wird zuerst auf die Geschichte und Psychopathologie der Depression eingegangen und nachfolgend werden Klassifikationsmerkmale und Verfahren für die Diagnostik und aktuelle Therapieansätze dargestellt.

2.1 Geschichte und Psychopathologie depressiver Erkrankungen

Bei Depressionen handelt es sich wie eingangs erwähnt um ein in der Bevölkerung relativ weit verbreitetes Phänomen. Petzold (2014h) beschreibt Dysthymien und andere Depressionen als ein vielschichtiges Syndrom von dysregulierten Verhaltensweisen mit Negativgedanken, Negativgefühlen, Negativempfindungen, Rückzug, Entfremdung und Bewegungsarmut.

Da sich der Begriff „Depression“ vom lateinischen *deprimere* (niederdrücken) ableitet, könnte angenommen werden, dass die Krankheitsbeschreibung in die Antike zurückreicht. Ein Blick in die Geschichtsbücher zeigt jedoch, dass über die Jahrhunderte ein starker Wandel der Bezeichnung und Beschreibung des Krankheitsbildes im weiteren Sinne stattgefunden hat und die medizinische Bedeutung des Begriffs „Depression“ vereinzelt erst im 19. Jahrhundert und verbreitet ab Beginn des 20. Jahrhunderts verwendet wurde (Ansari, 2013; Jurk, 2005). Bis dahin wurde die Erkrankung als Melancholie bezeichnet; sie gehört wohl zu den ältesten Erkrankungen, die schriftlich dokumentiert sind. Im Corpus Hippocraticum findet sich im 5. Jahrhundert vor Christus zum ersten Mal der Begriff der Melancholie (Flashar, 1966, zit. n. Ansari, 2013, S. 12). Im Alten Testament finden sich die Geschichten von Hiob und von König Saul, in der Ilias von Homer diejenige von Bellerophon (vgl. auch Kaschnitz, 1986, S. 54ff.). Zur Beschreibung des Krankheitsbildes der Melancholie wurden Begriffe wie Traurigkeit, Schwermut, Mutlosigkeit, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit verwendet (Ansari, 2013). Bis zum 19. Jahrhundert wurden aber mit dem Begriff der Melancholie auch sämtliche Krankheiten bezeichnet, die man heute dem Bereich der Schizophrenie zuordnet (Berrios, 1996, zit. n. Ansari, 2013, S. 57). Zur Unterscheidung der Krankheitsbilder besonders wegweisend war Kraepelin mit seinem Lehrbuch der Psychiatrie, in dem er die verschiedenen Ausdrucksformen der Depression von der „Dementia praecox“ (später von Bleuler als Schizophrenie bezeichnet) unterschied.

Kraepelin nahm an, die Ursachen für diese psychischen Erkrankungen müssten in einer – vermutlich angeborenen – Fehlfunktion des Körpers zu finden sein. Bei den Depressionen ging er zudem davon aus, dass sie eigentlich immer mit Phasen von Manie gekoppelt seien (Jurk, 2005, S. 49ff). Kraepelins Arbeit war für die Psychiatrie auch auf der Ebene der Beobachtung und Aufzeichnung psychischer Krankheiten bedeutsam. Er versuchte, mit quantitativen Messmethoden (Reaktionszeiten), die er bei Wundt bezüglich der kognitiven Funktionen kennengelernt hatte, die psychische Verfassung seiner Patienten zu erfassen (Engstrom, 2016). Mit diesem an den Naturwissenschaften orientierten Vorgehen wurde aber auch in der Psychiatrie – wie in der Medizin ganz allgemein – eine mechanistische Sichtweise und damit eine Verdinglichung und Versachlichung des psychisch kranken Menschen befürwortet und vorangetrieben.

Obwohl Freuds Psychoanalyse dazu im Gegensatz zu stehen scheint, da er das experimentell nicht Erfassbare untersuchte, basierte sein Verständnis der Psyche auf einer physikalischen Maschinentheorie: „Im ‘psychischen Apparat’ wird ‘Arbeit’ geleistet, die ‘Energie’ kostet“ (Jurk, 2005, S. 56). Damit wird der Mensch ebenfalls zu einem „Untersuchungsobjekt“ degradiert. In der psychoanalytischen Sichtweise wurden Depressionen zunächst als Neurosen diagnostiziert. Die Darstellung der Diskussion darüber, ob Depressionen Neurosen oder Psychosen zuzuordnen seien, ob es sich dabei um Neurasthenien handle und sie sich in endogene oder reaktive Depressionen unterscheiden lassen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Wichtig für die weiteren Ausführungen ist jedoch, dass mit Beginn des 20. Jahrhunderts die Beschreibung der Erkrankung im Sinne der „phänomenologischen Psychopathologie“ an Bedeutung gewann.

Karl Jaspers, der Begründer der allgemeinen Psychopathologie, wandte sich dem bewussten psychischen Geschehen zu. Er beschreibt die Psychopathologie als eigenständige Wissenschaft, die sich darum bemüht, Verhalten und Erleben systematisch zu beschreiben, um Zusammenhänge und Gesetzmässigkeiten zu erkennen:

Wir wollen wissen, was und wie Menschen erleben, wir wollen die Spannweite der seelischen Wirklichkeiten kennenlernen. Und nicht nur das Erleben der Menschen, sondern auch die Bedingungen und Ursachen, von denen es abhängt, die Beziehungen, in denen es steht, und die Weisen, wie es sich objektiv äussert, wollen wir untersuchen. (...) Wie jedoch bei einer einzelnen Frage in der somatischen Medizin es zweifelhaft ist, ob ihr Gegenstand physiologisch oder pathologisch ist, und tatsächlich Physiologie und Pathologie aufeinander angewiesen sind, mit denselben Grundbegriffen arbeiten und ohne deutliche Grenze ineinander überfliessen, so sind auch Psychologie und Psychopathologie nicht prinzipiell getrennt. Sie gehören zueinander, lernen gegenseitig voneinander. Es ist keine scharfe Grenze zwischen ihnen, und viele Fragen werden sowohl von Psychologen wie von Psychopathologen bearbeitet. Das liegt daran, dass der Begriff der Krankheit kein einheitlicher ist, dass es mehrere Krankheitsbegriffe gibt und dass wohl alle Krankheitsbegriffe, die wohl prinzipiell scharf gefasst werden können, in der Anwendung auf die Wirklichkeit Grenzfälle und Übergänge zulassen müssen. (Jaspers, 1913, S. 24, zit. n. Jäger, 2016).

Mit der Aussage, dass es Überschneidungen zwischen Psychologie und Psychopathologie gebe und auch der Krankheitsbegriff per se nicht scharf zu fassen sei, formuliert Jaspers eine für

seine Zeit ungewöhnliche Erkenntnis, da viele seiner Zeitgenossen mit ihren Untersuchungen und Beschreibungen das Ziel verfolgten, Diagnosen zu stellen, mit denen sie gleichzeitig ein (endgültiges) Urteil über die Kranken fällten, was in der Zeit des Nationalsozialismus zu unendlichem Leid und zur Ermordung ungezählter Menschen führte.¹ Jaspers machte auch deutlich, dass er den Menschen nicht nur in Bezug auf seine psychologischen und physiologischen Funktionen beschreiben und erforschen wollte, sondern das „Leben als Dasein mit und in seiner Welt“ wahrnahm. „Ein Urphänomen des Lebens ist: in seiner Welt leben“ (ebd. S. 10). Damit kommt hier ebenfalls zum Ausdruck, was Petzold in der Urkonzeption der anthropologischen Grundformel bereits Mitte der 1960er Jahre formulierte: „Der Mensch ist eben körperliches, seelisches und geistiges Wesen in einer je gegebenen Lebenswelt“ (Petzold, 2011c, S. 77).

In der Nachkriegszeit wurden Depressionen in drei Formen beschrieben: die endogene Depression (eine schwere Form der Depression, bei der häufig auch zu Wahnideen berichtet wurden), die exogene Depression (bei denen der Grund bekannt war, z. B. nach dem Tod eines Angehörigen) und die neurotische Depression (die als in der Persönlichkeitsstruktur des Kranken begründet gesehen wurde). In die gleiche Zeit fällt auch die Entwicklung der ersten antidepressiven Substanzen (beruhigendes Imipramin und anregendes Hydrazin/Iproniazid). Nachdem sich erste Behandlungserfolge mit diesen Antidepressiva gezeigt hatten, wurden Depressionen zu einer Krankheit, die einerseits medikamentös behandelbar – und somit für die Pharmaindustrie interessant – waren und andererseits auch zu einer Krankheit, deren Diagnose über die Wirksamkeit ebendieser Medikamente erfolgte (Jurk, 2005). Da sich mit den Medikamenten der Schlaf, der Appetit und die Aktivität verbesserten, erhöhte sich die Bedeutung dieser Symptome für die Diagnose von Depressionen. Der (vermutete) Wirkmechanismus der Medikamente über biochemische Vorgänge im Körper unterstützte die Annahme, dass psychischen Vorgängen bio-chemische Ursachen zugrunde liegen. Ab den 1970er-Jahren wurden Stoffwechselstörungen im Neurotransmitterhaushalt für Depressionen verantwortlich gemacht und entsprechende Medikamente wurden in immer grösseren Mengen abgesetzt. Dass Depressionen häufig einen Verlauf haben, bei dem auch ohne Medikamente eine Besserung eintritt, wurde in den publizierten Studien zur Wirkung der Medikamente nicht thematisiert. Die Theorie, dass es einen Zusammenhang zwischen den Neurotransmittern Dopamin und Noradrenalin und der Entstehung von Depressionen gebe, wurde später erweitert zu einer Monoamin-Theorie, bei der Serotonin als zentraler Botenstoff bezeichnet wurde (Ansari, 2013). Der Nachweis, dass ein niedriger Serotonin-Wert eine Depression verursache, konnte laut Ansari aber nicht erbracht werden (vgl. auch Ewald, Krings, Petzold, 2019, S. 27). Kirsch hielt fest: „The theory may be wrong, but it certainly helps to sell antidepressant drugs, and until recently doctors have had little reason to question it“ (Kirsch, 2010, zit. n. Ansari, 2013, S. 233). Für die Beschreibung der Psychopathologie der Depression wurden aufgrund der verfügbaren Medikamente die beobachtbaren und quantifizierbaren Aspekte stark gewichtet. Gerade auch die Verschreibung von Antidepressiva durch Hausärzte führt dazu, dass die Diagnose Depression aufgrund von äusserlichen Anzeichen (Trauer, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit) gestellt wird. Dabei verharrt die Psychopathologie beim Erfassen der objektiven Symptome und ergänzt sie nicht mehr – wie von Jaspers vorgeschlagen – mit den Methoden der subjektiven Psychopathologie, bei der versucht wird, sich das seelische Erleben des anderen zu vergegenwärtigen

¹ Zur Forschung über den Krankmord siehe Ernst Klee (2018): „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. 3. überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.

(Jäger, 2016). Auch von der Seite der anthropologischen Psychiatrie wird moniert, dass die Eigenständigkeit und Weite des Blicks der Psychopathologie „unter dem Diktat einer sich dezidiert als biologische Wissenschaft begreifenden Psychiatrie verlorenzugehen scheint“ (Glatzel, 1990, S. 1). Der Autor fordert, die Psychopathologie solle nicht nur eine psychiatrische Grundlagenwissenschaft sein, die sich an naturwissenschaftlichen Methoden orientiert, sondern auch eine „eigenständige humane Erfahrungswissenschaft“ (ebd. S. 2).

Wie im nächsten Abschnitt zur Diagnostik gezeigt wird, gibt es eine Reihe von beobachtbaren und selbstberichteten Symptomen, bei deren Vorliegen gemäss den aktuell gültigen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-V eine Depression diagnostiziert wird.

2.2 Diagnostik und Therapie bei Depressionen – state of the art

Depressionen werden im ICD-10 als affektive Störungen klassifiziert; im DSM-V erhalten sie ein eigenes Unterkapitel, getrennt von den bipolaren und verwandten Störungen (Backenstrass, Schnell, & Schramm, 2017). Im Folgenden werde ich mich an der Diagnostik nach ICD-10 orientieren. Für die Diagnose einer depressiven Episode sollen nach ICD-10 mindestens zwei der folgenden Symptome gleichzeitig vorliegen: Depressive Stimmung über die meiste Zeit des Tages, Interessensverlust, Verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit. Aus der zweiten Gruppe von Symptomen sollen mehrere vorliegen (vier für eine leichte Episode, acht für eine schwere Episode): Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstwertgefühls, unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod/Suizid, Klagen über vermindertes Konzentrations- oder Denkvermögen, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Schlafstörungen, Appetitverlust oder -steigerung. Auch wenn mit der Anzahl der Symptome versucht wird, zwischen leichten, mittleren und schweren Episoden zu unterscheiden, scheint der Schweregrad einer Depression eher einem Kontinuum zu folgen und nicht kategorial abgrenzbar zu sein.

Für die Diagnostik der Depression wurden ab 1960 eine Vielzahl von Fragebögen entwickelt (für eine Zusammenstellung siehe Stieglitz, 2008). Diese wurden auch eingesetzt, um die Wirksamkeit der Medikamente aufzuzeigen und in Doppelblindstudien zu belegen. Heute finden sich sowohl im Internet als auch in den Testzentralen unzählige Instrumente zur Selbst- und Fremdbeurteilung sowie Screening-Verfahren (Jurk, 2005, S. 106ff.; vgl. auch ZPID, 2020). Obwohl mit der Verwendung der Instrumente angenommen wird, dass Depressionen mit Fragebögen objektiv, reliabel und valide erfasst werden können, zeigt nur schon ein Vergleich zwischen dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) und der Hamilton Depressions-Skala (HAMD) eine sehr geringe Korrelation und grosse Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung (Keller, Ruppe, Stieglitz, & Wolfersdorf, 1997). Die Autoren gehen davon aus, dass einerseits Probleme der Wahrnehmung (in der Fremdwahrnehmung spielen der Zeitpunkt innerhalb der Behandlung und die angenommene Wirksamkeit der Behandlung eine Rolle) und die Schwerpunktsetzung in der erfassten Symptomatik (vegetativer Teil depressiver Symptomatik beim HAMD, kognitiv-affektiver Teil beim BDI) dafür verantwortlich seien. Sie plädieren deshalb dafür, für die Erfassung depressiver Symptomatik Fremd- und Selbstwahrnehmung zu kombinieren.

In der eingangs zitierten Studie aus der Schweiz von Baer et al. (2013) wird bei Selbsteinschätzungen aufgrund von Symptomskalen für Depressionen eine Jahresprävalenz von über

20% berichtet, bei diagnostischen Interviews beträgt diese hingegen in der erwachsenen Bevölkerung rund 4-11%. Für die Lebenszeitprävalenz für alle affektiven Störungen werden 20,8% angegeben. Die Verteilung über die soziodemographischen Merkmale ist ungleich; bei Frauen zeigt sich eine fast doppelt so hohe Lebenszeitprävalenz (21%) wie bei Männern (13%). Bei Kindern ist die Verteilung zwischen den Geschlechtern noch etwa gleich, die Unterschiede zeigen sich erst etwa ab dem 12. Lebensjahr. Die Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass diesen Veränderungen nicht eine einzelne Ursache zugrunde liegt, sondern biologische, psychologische und soziale Faktoren eine Rolle spielen. Im Erwachsenenalter sind geringe Bildung, tiefere soziale Schicht, Erwerbslosigkeit, tieferes Einkommen, Zivilstand (Trennung, Scheidung und Alleinlebend) und Migrationshintergrund wichtige Prädiktoren für depressive Erkrankungen. Die Frage, ob die Anzahl der an Depression Erkrankten in den letzten Jahren zugenommen hat, kann aufgrund der Datenlage nicht abschliessend beantwortet werden. Die Autorinnen und Autoren vermuten, dass sich die Bewertung der eigenen Gesundheit in den letzten Jahren eher etwas verschlechtert hat. Eine deutliche Zunahme zeigt sich bei der Invalidisierung (und damit die Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt) aufgrund affektiver Störungen (alle Angaben nach Baer et al., 2013).

Bezüglich der Therapie von Depressionen gibt es eine Vielzahl von Ansätzen. Bereits Kraepelin ging davon aus, dass Depressionen sich verändern und bei vielen Menschen von selbst wieder verschwinden. Zudem verwies er auf die heilsame Wirkung von Gesprächen: „Immerhin ist das Bewusstsein, sich dem Arzte gegenüber aussprechen (...) zu können, für manche Kranke sehr beruhigend“ (Kraepelin, 1913, zit. n. Ansari, 2013, S. 78). Als psychotherapeutische Ansätze für die Akutbehandlung bei Depressionen wird von Backenstrass et al. (2017) die folgende Zusammenstellung gemacht:

- a) Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Verhaltensaktivierung, Veränderung dysfunktionaler Kognitionen nach Beck, Metakognitive Therapie nach Wells und Psychoedukation
- b) Interpersonelle Psychotherapie der Depression (IPT)
- c) Psychodynamisch und psychoanalytisch orientierte Therapieansätze
- d) Paar- und Familientherapie

Zudem werden zur Rückfallverhinderung bei unipolaren Depressionen weitere Ansätze aufgeführt:

- e) Continuation-Phase Cognitive Therapy (nach KVT)
- f) Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT)
- g) Well-being Therapy (WBT)
- h) Interpersonelle Erhaltungstherapie (IPT-M)

In den Leitlinien für unipolare Depression (DGPPN, 2015) wird berichtet, dass in 50% der KVT-Studien innerhalb der ersten fünf Wochen plötzliche und deutliche Verbesserungen des Befindens auftreten. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Studienqualität einen starken Einfluss auf die berichtete Effektstärke hat und die Wirksamkeit von Psychotherapien daher überschätzt werden könnte (ebd. S. 101). Eine Zusammenstellung der Wirksamkeit von Psychotherapien bei unipolaren Depressionen findet sich ebenfalls in den Leitlinien der DGPPN (2015, S. 109f.). Zudem sei auf den Artikel von Ewald et al. (2019) verwiesen.

Neben den psychotherapeutischen Interventionen kommt der psychopharmakologischen Behandlung eine grosse Bedeutung zu. Bei leichten Depressionen zeigt sich kein statistisch nachweisbarer Unterschied zwischen der Wirkung von Antidepressiva und Placebo. Bei mittelschweren bis schweren Depressionen weisen die Studien auf eine positive Wirkung der Antidepressiva hin. Die Leitlinien empfehlen jedoch eine Kombination von Medikamenten und Psychotherapie insbesondere bei schweren Depressionen, da statistisch signifikante additive Effekte der Kombinationstherapie gegenüber der alleinigen Pharmakotherapie nachgewiesen sind (DGPPN, 2015). In der Praxis wird jedoch häufig bereits bei leichten Depressionen ein Antidepressivum vom Hausarzt oder der Hausärztin verschrieben, ohne dass sich die Patientinnen und Patienten in psychotherapeutische Behandlung begeben. Im Bericht zur Behandlung von Depressionen in der Schweizer Bevölkerung werden die vorliegenden Daten folgendermassen zusammengefasst: „Während leichtere Depressionen in der Hausarztpraxis vor allem ausschliesslich medikamentös behandelt werden, werden diese in der psychiatrischen Praxis vor allem psychotherapeutisch behandelt. (...) Insgesamt überweisen Hausärzte/Hausärztinnen depressive PatientInnen relativ selten in eine psychiatrische Behandlung“ (Baer u. a., 2013, S. 80). Die prioritäre medikamentöse Behandlung bei leichten Depressionen widerspricht den Leitlinien, die explizit festhalten: „Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden...“ (ebd. S. 75). Die Behandlung mit Antidepressiva erhielt ab den 1980er-Jahren zusätzliche Bedeutung nachdem in den USA ein Patient gegen eine Klinik geklagt hatte, in der er *nicht* mit Medikamenten behandelt worden war. Das Gericht sprach ihm Schadenersatz zu und befand, „dass eine antidepressive Behandlung ohne Medikamente einem ärztlichen Kunstfehler entsprach“ (Jurk, 2005, S. 88).

Vor diesem Hintergrund scheint es bedeutsam, der Integrativen Depressionsbehandlung „mit ‘Bündeln’ komplexer Massnahmen“, wie sie von Petzold (2014i) beschrieben wurde, verstärkt Beachtung zu schenken. Ein solch komplexes Programm, wie von Petzold beschrieben, kann bei einem stationären Aufenthalt durch ein „Netzwerk von Helfern“ realisiert werden. Für die Arbeit in der Einzelpraxis lohnt sich jedoch auch eine Orientierung an der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ (Petzold, 1974k, 1988d, 2012h) und an den „Vier Wegen der Heilung und Förderung“ (Petzold, 2012h). In Kapitel 6 werden diese Ansätze dargestellt, dort wird auch auf weitere Literatur zu Integrativer Therapie bei Depressionen hingewiesen.

3 Körper, Seele, Geist und Leib

Das Menschenbild der Integrativen Therapie wird mit der anthropologischen Grundformel folgendermassen beschrieben: „Der Mensch als Mann und Frau ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum“ (Petzold, 2011c, S. 83). Der Ausdruck „Körper-Seele-Geist“ ist eine Umschreibung für den „informierten Leib“, ein Begriff, dem in der Integrativen Therapie zentrale Bedeutung zukommt und auf den weiter unten genauer eingegangen wird.

Durch ihre Leiborientierung hat sich die Integrative Therapie schon früh von anderen Formen der Psychotherapie unterschieden und es wird deswegen auch bewusst von Humantherapie gesprochen (Petzold, 2005r). Mit dem Begriff der Leiblichkeit wird die Frage nach dem Verhältnis von Körper und Seele, das psychophysische Problem, impliziert. Dabei geht es – wie Vergleiche mit anderen Sprachen zeigen – auch um ein sprachliches Problem. In der deutschen Sprache kann unterschieden werden zwischen Körper (lebendiger Organismus oder toter

Festkörper) und Leib als beseeltes, geist-erfülltes Subjekt (Petzold, 2009c). In der Integrativen Therapie wird bezüglich dem Leib-Seele-Problem eine materialistisch-monistische Position vertreten (ebd., Petzold, Sieper, 2012a). Der Monismus steht im Gegensatz zum Dualismus, bei dem zwei Grundprinzipien (z. B. Körper und Seele) als Grundlage von Phänomenen und Prozessen gesehen werden². Der materialistische Monismus hingegen führt diese auf *ein* Prinzip zurück. Das bedeutet, dass Gedanken, Gefühle, Ideen und Willensakte auf zerebralen/physischen Prozessen³ mit ihren biochemischen und bioelektrischen Vorgängen basieren (Petzold, 2009c). Zur Erklärung der Entstehung von Seele/Geist aus dem Materiellen (Körper) wird auf das Konzept der Emergenz zurückgegriffen (Stefan, Petzold, 2019). Dabei geht es darum, dass sich Eigenschaften eines Ganzen nicht aus seinen Teilen erklären lassen, dass vielmehr aufgrund sich vielfältig konnektivierender Interaktionen neue informationale Muster auf der physiologischen aber auch auf der psychisch/mentalenen Ebene entstehen (Petzold, 2009c; Petzold, Sieper, 2012a). Der emergente Monismus, wie ihn der Integrative Ansatz vertritt, bindet den Menschen als Körper-Seele-Geist-Wesen über das Konzept der Leiblichkeit an die Welt als lebensnotwendige Voraussetzung.

Allerdings ist es bedeutsam darauf hinzuweisen, dass mit dem differentiellen, interaktionalen, emergenten Monismus in der Integrativen Therapie eine nicht-reduktionistische Position eingenommen wird. Im Zusammenhang mit den Erkenntnissen der Neuropsychologie wird manchmal eine Reduktion der Person auf Funktionen und Strukturen des Gehirns vorgenommen. Als Beispiel für diese Sichtweise sei hier ein Zitat von R. Gazzaniga angeführt: „This simple fact makes it clear that you are your brain. The neurons interconnecting in its vast network, discharging in certain patterns modulated by certain chemicals, controlled by thousands of feedback networks – that is you“ (Gazzaniga, 2005, S. 31, zit. n. Fuchs, 2008, S. 14). Demgegenüber geht ein differentielles Emergenzmodell davon aus, dass

“... in komplexen Systemen mit hoher Konnektivierung der Systemkomponenten Emergenzphänomene von unterschiedlicher Komplexität und Dichte auftreten können, die übergeordnete Qualitäten (Trans-Qualitäten, Synergeme, Synthesen, (vgl. Petzold 1889a/2007a, 199) hervorbringen (Übersummativität der Gestalttheorie). Das ist mit moderner klinisch-therapeutischer Theoriebildung zur Pathogenese, Psychosomatik und zudem auch mit der integrativen anthropologischen Position des „informierten Leibes in Kontext/Kontinuum“ (Petzold, 2003e) gut kompatibel.“ (Petzold, 2009c, S.6, Hervorhebungen im Original)

3.1 Der Leibbegriff in der Phänomenologie

Das Wort Phänomenologie leitet sich vom altgriechischen Wort *phainomenon* (Sichtbares, Erscheinung) ab und es wird sowohl in der Psychopathologie als auch in der Philosophie und der Psychologie verwendet. In der Psychopathologie hat die Phänomenologie (als „statisches Verstehen“) nach Karl Jaspers die Aufgabe, „die seelischen Zustände, die die Kranken wirklich

² So unterteilte Descartes die Welt in zwei Substanzen: die physikalisch-körperliche (res extensa) und die geistig-mentale (res cogitans) (vgl. Stefan, 2020, S. 66).

³ Aristoteles glaubte, das Herz sei der Sitz der Gefühle. Die neuere Forschung zeigt, dass das Herz mehr mit Emotionen zu tun hat, als lange Zeit angenommen wurde. So hat auch das Herz ein eigenes „kleines Gehirn“ mit über vierzigtausend Nervenzellen und es laufen mehr Nervensignale vom Herzen zum Gehirn als umgekehrt. Das Herz kann auch Oxytocin produzieren und hat Rezeptoren für das „Liebeshormon“ (Friedl, 2019).

erleben, uns anschaulich zu vergegenwärtigen, nach ihren Verwandtschaftsverhältnissen zu betrachten, sie möglichst scharf zu begrenzen, zu unterscheiden und mit festen Termini zu belegen“ (Jaspers, 1913, S. 24, zit. n. Jäger, 2016). Als Grundlage für das „statische Verstehen“ dienen die Selbstschilderungen der Patientinnen und Patienten, die entweder im Gespräch oder über schriftliche Aufzeichnungen gegeben werden. In diesem Sinne sollte die Phänomenologie vor allem auch eine Unterscheidung zwischen Wahrnehmungen (und Wahrnehmungsveränderungen), Vorstellungen (z. B. Pseudohalluzinationen) und Urteilen (z. B. Wahnideen) ermöglichen. „Statisches Verstehen“ hat zum Ziel, das „momentane subjektive Erleben eines anderen Menschen nachzuerleben und in klare Begriffe zu fassen“ (ebd.). Damit unterschied Jaspers zwischen erklärenden, das heißt die psychischen Phänomene aus einer Dritten-Person-Perspektive betrachtenden und verstehenden Ansätzen, die mittels Empathie die Erfahrungswelt des Menschen zu erfassen versuchen (Puhlmann, 2019). Diese Unterscheidung ist insofern relevant, da im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit versucht werden soll, die subjektiven Erfahrungen während depressiver Phasen besser verstehbar zu machen (siehe Kapitel 5).

In seiner philosophischen Autobiographie beschreibt Jaspers (1984, S. 23), wie er die „Deskriptive Psychologie“ – später Phänomenologie genannt – von Husserl übernahm. Für Husserl stellte sich die Frage, wie die Phänomene der Welt für uns erfahrbar und verständlich werden. In seinen ersten Ausführungen dazu stand ganz das erkennende Bewusstsein im Vordergrund. Dadurch wurde teilweise der Eindruck erweckt, dass Phänomenologie eine Art oberflächliche Betrachtung des Gegebenen sei (im Sinne von „Schau hin!“, „Spür hin!“), ohne dass den Verarbeitungsprozessen ausreichend Beachtung geschenkt würde. Phänomene zeigen sich immer für jemanden, „nämlich für ein erfahrendes Subjekt und sein subjektives Bewusstsein (...), das kulturell und ökologischerisch präformiert ist“ (Stefan, 2020, S. 31). Husserl strebte danach, eine vorurteilsfreie Philosophie der Phänomenologie zu entwickeln und „auf die Sachen selbst zurückzugehen“, indem naturalistische und psychologische Vorannahmen, die das Bewusstsein beeinflussen, suspendiert werden. Eine besondere Rolle kommt in diesen Überlegungen dem Körper zu. Zwar ist er ein „Ding unter anderen Dingen“ (Husserl, 1952, zit. n. Alloa, Depraz, 2012, S. 11), dennoch verhalte ich mich zu ihm anders als zu anderen Dingen. Ich erlebe meinen Körper; er hat einen Bezug zu meinem Leben. Um diesem Sonderstatus Ausdruck zu verleihen, unterscheidet Husserl zwischen dem Körper (dessen Dimensionen objektiv feststellbar sind) und dem Leib, durch und mit dem ich lebe. Husserl spricht von einem „Apriori der Leiblichkeit“ (Alloa, Depraz, 2012, S. 18); der Leib ist an allen anderen Phänomenen beteiligt und zentraler Ort der Welterfahrung.

Im Theoriegewebe der Integrativen Therapie ist die Phänomenologie als Leitfaden immer wieder zu erkennen (Petzold, Sieper, 2012a, S. 4). Ein bedeutender Referenzautor diesbezüglich ist Merleau-Ponty (vgl. Petzold, 2002p; 2005r), der sich vertieft mit Husserls Phänomenologie leiblicher Erfahrung auseinandergesetzt hat. Auch der „Leibbegriff“, den Petzold in seiner Pariser Studienzeit bei Gabriel Marcel sowie bei Merleau-Ponty kennenlernte, wurde zentral für die Integrative Therapie (Petzold, Orth, 2017a). Stärker noch als bei Husserl wird die Leiblichkeit bei Merleau-Ponty ins Zentrum der Überlegungen gestellt. In der „Phänomenologie der Wahrnehmung“ wird dies wiederholt deutlich gemacht: „Der Leib ist das Vehikel des Zur-Welt-seins [être-au-monde]“ (Merleau-Ponty, 1965, S. 106; Petzold, Orth, 2017a, S. 2) und gleichzeitig unsere „Verankerung [ancrage] in der Welt“ (Merleau-Ponty, 1965, S. 174), er ist „in der Welt wie das Herz im Organismus“ (ebd. S. 239). Wären die Dinge um uns ganz „an

sich“ und der Mensch ganz „für sich“, so käme Merleau-Ponty zufolge zwischen unserem Bewusstsein und der materiellen Welt keine Verbindung zustande. In der „Lebenswelt“ der Phänomenologie sind Subjekt und Objekt nicht scharf voneinander getrennt.

Weiter betont Merleau-Ponty (1965): „Der Leib ist also kein Gegenstand. (...) Handle es sich um den Leib des Anderen oder um meinen eigenen Leib, zur Kenntnis des menschlichen Leibes führt kein anderer Weg als der, ihn zu er-leben“ (S. 234). Der Leib ist ein Wahrnehmungsorgan, er ist immer Wahrnehmender und Wahrgenommener. Merleau-Ponty bringt in diesem Zusammenhang das Beispiel der linken Hand, die die rechte berührt. Im Moment des Berührens ist das Spüren der Hand ein *Innen* und *Aussen* zugleich – sie offenbart sich als gleichzeitig der Welt zugehörig (da von *aussen* berührbar und sichtbar) sowie von *innen* spürbar. Zugleich schlägt dieser Zustand immer im letzten Moment um, es ist unmöglich, zugleich Subjekt und Objekt einer Erfahrung gleichermassen zu sein.

Die sprachliche Unterscheidung in Körper und Leib schärft das Bewusstsein dafür, dass wir einen Körper, wie wir ihn im Spiegel oder durch die Augen anderer wahrnehmen, *haben* und gleichzeitig ein Leib *sind* (Marcel, 1985). Der Begriff der Leiblichkeit (Petzold, 1985g) wurde in der Integrativen Therapie weiterentwickelt zum Konzept des „Informierten Leibes in der Welt“ (*embodied and embedded*) (Petzold, Orth, 2017a).

3.2 Embodiment und 4E-Perspektiven

Die „Phänomenologie der Wahrnehmung“ (Merleau-Ponty, 1965) und die Ausführungen zur Leiblichkeit waren nicht nur für die Integrative Therapie grundlegend, sondern wurden in verschiedenen Theorien zur Körperlichkeit weiterentwickelt. Ein klarer Bezug zu Merleau-Pontys Leibbegriff findet sich laut Gallagher (2019) im Buch „The Embodied Mind“ von Varela, Thompson und Rosch (1991). Die von der Autorin und den Autoren vertretene Position, dass Kognition nicht nur im Gehirn stattfindet, sondern Gehirn, Körper und Umwelt einschliesse und integriere, wurde zum Beginn des als „verkörperte Kognition“ (*embodied cognition*) bezeichneten Ansatzes. Dieser Ansatz wurde konsequenterweise weitergedacht und zur 4E-Cognition ausdifferenziert. Die „4E’s“ stehen dabei für „verkörperte (*embodied*), handlungsorientierte (*enactive*), situierte (*embedded*) und erweiterte (*extended*) Kognition“ (Gallagher, 2019, S. 355)⁴. Aus Sicht der Integrativen Therapie muss hinzugefügt werden, dass die „4E’s“ nicht nur für Kognitionen gelten, sondern auch für Emotionen, Empfindungen, Willensakte. Es wird daher von „4E-Perspektiven“ gesprochen, um die Kognitionszentriertheit aufzulösen und dieses Verständnis auf affektives und volitives Geschehen und Erleben auszudehnen (Stefan, Petzold, 2019).

Wie stark die 4E-Perspektiven im Integrativen Ansatz zum Tragen kommen, wurde durch Petzold, Orth und Sieper (2019a) aufgezeigt. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über einige relevante Punkte diesbezüglich gegeben werden.

Embodiment/Einleibung/Verkörperung (auch Verleiblichung, Petzold, 2009c) kann verstanden werden als die Aufnahme der Welt in das Leibgedächtnis des Menschen. Dabei ist die Welt nicht in einer Art innerem Bildarchiv „abgebildet“, vielmehr ist der Leib mit der (Um-)Welt verschränkt; er *verkörpert* die ihm zugängliche Welt. Dieses

⁴ Wobei weitere E’s denkbar wären, zum Beispiel *emotional, ecological, empathic, evolutionary*.

Leibgedächtnis ist durchdrungen mit Informationen weit aus unserer Menschheitsgeschichte (Lackner-Naberznic, 2014). Umgekehrt kann gesagt werden, dass unser gesamtes Denken, Fühlen und Handeln eine leibliche Grundlage hat. Seelisch-Emotionales und Kognitiv-Geistiges – alles ist im Leib gegründet.

Der Mensch als „Körper-Seele-Geist-Welt-Wesen“ (Petzold, Orth, 2017a, S. 3) ist eingebettet (*embedded*) und verwurzelt in der Welt, der Quelle aller Lebenswirklichkeit. „Aus dem Zusammenspiel von Leiblichkeit und Mundanität kann sich in Prozessen fortlaufender wechselseitiger Resonanzen von Mentalisierung⁵ und Embodiment der Mensch als personales Leib-Subjekt entwickeln“ (Petzold, Orth, 2017a, S. 5). Der Mensch ist nicht nur personales Leib-Subjekt, er ist auch „Menschentier“ unter anderen nicht-humanen Tieren; mit anderen Lebewesen zusammen bewohnt er – mit seiner Leiblichkeit – das „Haus“ (oikos) der Welt (Petzold, Orth, Sieper, 2019a).

Embeddedness/Einbettung/Verwurzelung/Situiertheit bezieht sich auf den Umstand, dass der multisensorische Leib des Subjekts „zum jeweiligen *Kontext* seiner Einbettung im Zeitverlauf des *Lebenskontinuums* offen, „mit allen Sinnen“ zur Welt hin gerichtet (...) und mit der Welt als „*être-au-monde*“ verschränkt“ ist (Petzold, Orth, Sieper, 2019a, S. 148). In der Integrativen Therapie wurde diese Verbundenheit, dieses „Inmitten“ als das Basisprinzip des Ko-respondenzmodells benannt (Petzold, 2003a). Im Koexistenz-Axiom wird festgehalten: „Alles Sein ist Mit-Sein“ (ebd. S. 116) und damit ist nicht nur das Mit-Sein mit anderen Menschen gemeint, sondern auch das Mit-Sein mit der ganzen belebten und unbelebten Natur. Die Integrative Therapie spricht in diesem Zusammenhang auch von der „Ökologizität“ des Menschen und betont die Bedeutung der Ökologisation (als Ergänzung zur Sozialisation) in den Lernprozessen über die Lebensspanne. „Der Leib ist also immer in „*ökologischen Kontexten*“ verwurzelt (*grounded*) und in „*soziale Situationen*“ eingebunden (*situated*)“ (Petzold, Orth, Sieper, 2019a, S.150).

Enaction/Performanz/Handlungspraxis umfasst alle motorischen und mentalen Bewegungen und zeigt sich in gedanklichen und motorischen Aktionen und Handlungen. „Im Bewegen durch die Kontexte/Umwelten/Situationen *nimmt* das Leib-Subjekt exterozeptiv multiple Stimulierungen *wahr, sammelt* und *gestaltet* sie als perzeptive, somatomotorische, emotionale und kognitive Informationen, Erfahrungen, aufgrund derer es als informierter Leib, d. h. als Leib-Selbst *handelt*“ (ebd. S. 152, Hervorhebungen durch A.M.-H.). Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die *komplexe Lerntheorie* der Integrativen Therapie (Sieper, Petzold, 2002/2011). Bereits Ende der 1960er-Jahre hatte Petzold festgehalten: „Leben ist Lernen, ist Verhalten in Lebensraum und Lebenszeit. Verhalten ist Lebensäußerung, Lern- und Gestaltungsprozess in Bezogenheit“ (Petzold, 1969c, zit. n. Sieper, Petzold, 2002/2011, S. 1). Wichtige Aspekte dieser Theorie besa-

⁵ Der Begriff der Mentalisierung wird bei Petzold in der Tradition von Vygotskij und Moscovici verwendet: «„Mentalisierungen“ (Wahrnehmungen, Gedanken, Phantasien) führen dabei immer wieder auch zum Niederschlag auf der Leibebene, zu „Verkörperungen“ – ein beständiges Interplay solange die Basis des lebendigen Organismus fungiert, d. h. bis zu ihrem Tod» (Petzold, Orth, 2017a, S. 45).

gen, dass Lernen ein Prozess des Erwerbs von Kompetenzen (Fähigkeiten) und Performanzen (Fertigkeiten)⁶ ist und Veränderungen auf körperlicher, psychischer, sozial-interaktionaler und kognitiver Ebene bewirkt. Dies ist die Grundlage jeglichen therapeutischen Handelns. Die Performanzorientierung der Integrativen Therapie kennt sowohl leib- und bewegungstherapeutische Umsetzungsformen als auch solche, die sich an den Methoden des Psychodramas und Rollenspiels nach Moreno und des Therapeutischen Theaters nach Iljine orientieren. Dabei werden Szenen an Szenen gesetzt und Handlungen erprobt, die neue Aktionen und Reaktionen ermöglichen (vgl. Petzold, Orth, 1990a). **Extension/Extendedness/Ausdehnung/Überschreitung/Erweiterung:** „Where does the mind stop and the rest of the world begin?“ (Clark, Chalmers, 1998, S. 7). Eine ähnliche Frage hatten Petzold und Co-Autorinnen bereits 1994 in Bezug auf die Interaktion zwischen Müttern und ihren Babys gestellt: „Um wessen Repräsentationen geht es, die der Mutter oder die des Babys oder die beider?“ (Petzold, van Beek, van der Hoek, 1994a/2016, S. 504). In diesem Sinn konzentriert sich die Integrative Therapie bezüglich der „Überschreitungen/Transgressionen“ (Petzold, Orth, Sieper, 2019a) auf Prozesse der Mentalisierung, „wie sie sich in der *kognitiv-gedanklichen, emotionalen* und *volitionalen* Arbeit von Einzelnen aber auch von Kollektiven vollziehen“ (ebd., S. 153). Mentalisierungen führen zu persönlichen und kollektiven mentalen Repräsentationen, was für Petzold et al. (ebd.) in der 4E-Perspektive unter den Aspekt der Extensionen gefasst werden kann. In der Therapie können z. B. durch Biographiearbeit (Petzold 2016f), aber auch durch ästhetische Erfahrungen (Petzold, 1999q/2006) bisherige Muster *überschritten* werden, was ein neues „Selbsterleben“ und „Weltlernen“ ermöglicht (Petzold, Orth, Sieper, 2019a, S. 164).

Wie in diesen Ausführungen deutlich wird, sind die beschriebenen Aspekte der 4E-Perspektiven sehr eng miteinander verwoben und vernetzt. Ausgehend vom verkörperten Leibsubjekt (embodiment), das in ökologischen Kontexten verwurzelt und in sozialen Situationen eingebunden ist (embeddedness), sich in der Gegenwart bewegt und handelt (enaction) und seine Zukunft in beständigen Überschreitungen (extension) gestaltet und schafft, wird deutlich, dass die Integrative Therapie von Anfang an durch das biopsychosozialökologische Modell (siehe Abschnitt 4.1) und die ökopyschosomatische Perspektive eine Position – als Standpunkt auf Zeit – (Sieper, 2000) vertreten hat, die die komplexen Bedingungen des Mensch-Seins zu erfassen und zu integrieren sucht.

In Bezug auf das Embodiment soll hier nochmals verdeutlicht werden, dass es aus Integrativer Sicht nicht nur um die Verleiblichung von Kognitionen oder die Leibgegründetheit von Kognitionen geht. Der durch seine Welteinbettung komplex „informierte Leib“ (siehe Abschnitt 4.2.5) wird in komplexen, leibhaftigen und ökologischen Lernprozessen *informiert*; das heisst, dass Informationen nicht nur kognitiv verarbeitet und integriert werden, sondern auch auf organismischer, somato-sensomotorischer, emotionaler und mentaler Ebene (Petzold, Orth, Sieper, 2019a). Diese Sichtweise ist Grundlage der „Integrativen Humantherapie“ (Petzold, Sieper, 2012a), die den Menschen als Lernenden in Kontext und Kontinuum begreift.

⁶ Zu den Begriffen Kompetenz und Performanz führt Petzold aus: „*Kompetenz* wird hier verstanden als die Gesamtheit aller Fähigkeiten, die erforderlich sind, um bestimmte Ziele zu erreichen. (...) Unter *Performanzen* verstehen wir alle jene Fertigkeiten, durch die Kompetenzen in *sinnvolles*, praktisches Handeln umgesetzt werden können“ (Petzold, 1985g, S. 590).

4 Integrative Therapie

Die Integrative Therapie ist ein biopsychosozialökologisches Verfahren der Humantherapie, bei dem in einem Prozess permanenter Entwicklung von Theorie, Praxeologie und Praxis unterschiedliche Methoden und theoretische Ansätze integriert werden. Dieser Prozess der Verbindung und Integration ist nicht eklektisch, sondern wird im Rahmen eines eigenständigen Theoriekonzepts („Tree of Science“, Petzold, 2003a, S. 65ff. und S. 383-514) vorgenommen und beständig weiterentwickelt.

4.1 Das biopsychosozialökologische Modell

Erste Ansätze zu einem biopsychosozialen Modell wurden von Petzold bereits Mitte der 1960er-Jahre angedacht (vgl. Orth, Petzold, 2000; Petzold, 2005r). Damals wurde eine Urform der anthropologischen Grundformel formuliert, in der bereits die integrierende Sichtweise zum Ausdruck kam: «Der Mensch ist körperliches, seelisches und geistiges Wesen in einer je gegebenen Lebenswelt» (Petzold, 1965, S. 16, zit. n. Petzold, 2011c, S. 77). Später wurde in der anthropologischen Grundformel die Lebenswelt zusätzlich differenziert in ein soziales und ökologisches Umfeld. Das komplexe Bild vom Menschen im sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum, in Ko-respondenz mit dem Anderen über die Lebensspanne ist Ausgangspunkt von Diagnose und therapeutischer Praxis in der Integrativen Therapie.

In der zweiten Formel wurde die Lebenswelt genauer gefasst und die Dimensionen von Kontext und Kontinuum einbezogen: „Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und bio-physikalischen Umfeld, d. h. er steht in Kontext und Kontinuum in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit“ (Petzold, 2011c, S.78, vgl. Abb. 1), er ist „Leibsubjekt“ mit fünf Dimensionen. Mit dieser fünfdimensionalen Beschreibung wurde versucht, „der Gefahr der *Nivellierung* zu entgehen, die im Leibbegriff liegt, und andererseits der Gefahr der *Fragmentierung* zu entgehen, die das Körper-Seele-Geist-Modell suggeriert“ (Petzold, 1988n, S. 189).

Integrative Therapie – anthropologische und therapeutische Grundpositionen			
Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE
KÖRPER-	Körpertherapie	Integrative Bewegungs- u. Tanztherapie, thymopraktische Leib- und Atemtherapie, Expression Corporelle, Diätetik	<i>Integrierte Leiblichkeit</i> Gewinn von Mitte, Gesundheit, Sensibilität, Spannkraft, Anmut, Kongruenz innerer und äußerer Haltung – body awareness
SEELE-	Psychotherapie	aktive Analyse, narrative Praxis, Gestalttherapie, Psychodrama, intermediale Kunstpsychotherapie	<i>Integrierte Emotionalität</i> Gewinn an Selbstregulation, Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Empathie, emotionale Flexibilität u. Differenziertheit – complex awareness & consciousness
GEIST- WESEN (= Leib – Subjekt) im	Nootherapie	Meditative Wege der Besinnung, Betrachtung, Versenkung, dialogisches Sinngespräch, kreative Medien	<i>Integrierte Existenz</i> Gewinn von Positionen zu den Fragen nach Lebensinn u. -zielen, nach Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz – ontological awareness & consciousness
SOZIALEN und	Soziotherapie	Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit	<i>Integrierte soziale Bezüge</i> Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds“, Reduktion von Entfremdung – social awareness & consciousness
ÖKOLOGISCHEN KONTEXT UND KONTINUUM (= Lebenswelt)	Ökotherapie	Interventionen auf der Mikro-, Meso-, Makro- u. Megaebene, environmental modelling, Projektarbeit	<i>Integrierte ökologische Bezüge</i> Bewahrung und Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes – ecological awareness & consciousness

Abb. 1: Fünf Dimensionen des Menschen als Leib-Subjekt in der Lebenswelt (nach Petzold, 2011c, S. 79 und 1988n, S. 188)

Die Definitionen der zentralen Begriffe im „biopsychosozialen Modell“ werden im Folgenden aus Petzold, Sieper (2012a, S. 69f.; vgl. auch Petzold, 2003a, S. 1065f.) entnommen:

[1.] Körper/Soma, belebte Materie, wird definiert als die Gesamtheit aller aktuellen *materiellen bzw. organismisch-materiellen*⁷ (physiologischen, biologischen, biochemischen, bioelektrischen, sensumotorischen etc.) Prozesse des Organismus nebst der im genetischen und physiologischen (immunologischen), sensumotorischen Körpergedächtnis als differentielle Informationen festgehaltenen Lernprozesse und Lernergebnisse/Erfahrungen, die zur Ausbildung (auch durchaus kulturspezifischer) *somatischer Schemata* und *somatomotorischer Stile* führen. Störungen auf dieser Ebene machen somatotherapeutische Interventionen (Atem-, Bewegungs-, Sporttherapie) erforderlich.

[2.] Seele/Psyché wird definiert als die in organismisch-materiellen ‚körperlichen‘ Prozessen gründende und aus ihr emergierende Gesamtheit aller aktuellen – materiell-transmateriellen – Gefühle, Motive/Motivationen, Willensakte und schöpferischen Empfindungen/Impulse, nebst den durch sie bewirkten und im „Leibgedächtnis“ (neocortikal, limbisch, z. T. reticulär, low-level-neuronal) archivierten Lernprozessen und Erfahrungen und den auf dieser Grundlage möglichen emotionalen Antizipationen (Hoffnungen,

⁷ Zu den Begriffen organismisch-materiell, materiell-transmateriell, mental-transmateriell sowie Emergenz siehe auch Abschnitt 4.2.

Wünsche, Befürchtungen). All dieses ermöglicht als *Synergem* das Erleben von Selbstempfinden, Selbstgefühl und Identitätsgefühl und führt zur Ausbildung persönlicher und kulturspezifischer *emotionaler Schemata* und *Stile*. Störungen auf dieser Ebene machen psychotherapeutische Interventionen (emotions-, motivations-, volitionszentrierter Art etwa mit erlebnisaktivierenden Kreativmethoden bzw. intermedialer Arbeit) erforderlich.

[3.] Geist/Nous wird definiert als die Gesamtheit aller *aktualen* neurophysiologisch (organismisch-materiell) gegründeten, *kognitiv bzw. mental emergierenden transmateriellen Prozesse* (Mentalisierungen) mit ihren personenspezifischen, aber auch kulturspezifischen *kognitiven bzw. mentalen Stilen* und den durch sie hervorgebrachten *Inhalten: individuelle* (z. B. basale Kognitionen, etwa Problemlösemuster oder komplexe Kognitionen, etwa persönliche Überzeugungen, Glaubenshaltungen, Werte) und *kollektive* (Güter der Kultur, Wertesysteme, Weltanschauungen, Religionen, Staatsformen, Strömungen der Kunst und Ästhetik, der Wissenschaft und Technik). Hinzu kommen die im individuellen zerebralen Gedächtnis und die im kollektiven, kulturellen Gedächtnis (Bibliotheken, Monumenten, Bildungsinstitutionen) archivierten gemeinschaftlichen Lernprozesse, Erfahrungen und Wissensstände (soziale mentale Repräsentationen) sowie die auf dieser Grundlage möglichen antizipatorischen Leistungen und Perspektiven (Ziele, Pläne, Entwürfe, Visionen). All dieses ermöglicht im *synergetischen* Zusammenwirken Selbstbewusstheit, persönliche Identitätsgewissheit, d. h. Souveränität und das individuelle Humanbewusstsein, als Mitglied der menschlichen Gemeinschaft an *Kulturen* zu partizipieren: der Kultur eines Volkes, einer Region, aber auch der mundanen Kultur und ihren „sozial repräsentierten Wissensständen“ sowie an einem „übergeordneten Milieu generalisierter Humanität“ teilzuhaben. *Geist* wird als *bewusst*, also reflektierend/interpretierend und reflexionsfähig/sinnschöpfend gesehen, als *kausal*, also begründetes Handeln ermöglichend und dieses evaluierend und wertend, sowie als *Regulativ* fungierend, z. B. Bedürfnisse steuernd und soziale/politische Erfordernisse entscheidend. Mentalisierungsprozesse im Bereich des Geistes führen zur Ausbildung persönlicher und kulturspezifischer *kognitiver Schemata* und *Stile*. Störungen auf dieser Ebene machen kognitive, ästhetische, sinnorientierte Interventionen (kognitives Modelling, euthymes und mentales Training, Imagination, sokratisches Sinngespräch, Achtsamkeitsmeditation etc. durchaus auch in Verbindung mit Atem-, Bewegungs-, Sporttherapie) erforderlich.

[4.] Leib, eingebettet (*embedded*) in Kontext/Kontinuum, wird definiert als die Gesamtheit aller materiellen und emergenten organismisch-transmateriellen und zugleich mental-transmateriell gegründeten sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen *Schemata/Stile/Narrative*. In ihren aktualen, intentionalen d. h. bewussten und subliminal-unbewussten Beziehungen und Interaktionen mit dem Umfeld nebst dem verleiblichten (*embodied*) Niederschlag dieser Inszenierungen als mnestisch archivierte, differentielle Informationen wird der „informierte Leib“ als personales „Leibsubjekt“ konstituiert. Der materiell-transmaterielle Leib umfasst also die emergenten seelischen und geistigen Prozesse und ist in seinen interaktionalen

Lebensvollzügen mit der Welt ein „*Synergem*“ dieser Prozesse, verstanden als *Schemata/Stile/Narrative in actu*. Die Behandlung von Störungen des Leibsubjekts umfassen indikationsspezifisch Interventionen auf allen schon genannten Ebenen.

[A, B, C] Das soziale^A und ökologische^B **Kontext/Kontinuum**^C ist die „Lebenswelt“. Störungen in diesen Bereichen machen sozio- und netzwerktherapeutische und ökologische Interventionen erforderlich, denn der Leib (=Körper-Seele-Geist) ist mit all seinen Dimensionen in die Lebenswelt eingebettet und erfährt durch sie pathogen-schädigende Belastungen und salutogen-protective Förderungen.

Im „erweiterten biopsychosozialen Modell“ wird das Ökologische zur Dimension des „Bio“ (Körper/Soma/Organismus) hinzugenommen (Petzold, Orth, Orth-Petzold, 2009/2017). Damit wird das Modell um die Dimensionen der Mikro-, Meso- und Makroökologie (Wohnung, Quartier, Landschaft aber auch z. B. Klimazonen) erweitert. Die Dimension des „Sozio“ wird ergänzt mit den Elementen des Kulturellen, des Ethnischen und des Ökonomischen. Dieses biopsychosozialökologische Modell der Integrativen Therapie als entwicklungsorientierte Therapie in der Lebensspanne wird durch die Erkenntnisse aus der jeweiligen Referenzwissenschaften (Psychologie, Bio- und Neurowissenschaften, Medizin, Sozialwissenschaften, Ökologie usw.) fortlaufend theoretisch und praktisch weiter entwickelt und ausgearbeitet und vor dem Hintergrund des „Tree of Science“⁸ als Metastruktur integriert (Egger, 2017; Petzold, 2003a, S. 63ff.; Petzold, Orth, 2017b).

Das biopsychosozialökologische Modell steht für eine komplexe anthropologische Sichtweise. Grundlage dieses Modells ist der Leibbegriff. Nachdem in Kapitel 3 mehr die philosophischen und historischen Hintergründe dieses Begriffs zusammenfassend dargestellt wurden, sollen im Folgenden die spezifischen Bedeutungen im Rahmen der Integrativen Therapie aufgezeigt werden.

4.2 Leiblichkeit und informierter Leib

Ein Kernkonzept und charakteristisches Moment der Integrativen Therapie ist die „Leiborientierung“. Dabei nähert sie sich der „Leiblichkeit“ immer wieder von unterschiedlichen Seiten, um der Komplexität des Begriffs gerecht zu werden. Die Ströme, die einfließen, kommen einerseits von der philosophischen, andererseits aus der psychophysiologischen und neurobiologischen Tradition (Bolhaar, Petzold, 2008).

„**Leiblichkeit** ist ein philosophischer Begriff zur Kennzeichnung des leiblich gegründeten Wesens des Menschen im Lebensprozess als „Leibsubjekt“. Dieses wird als ein Synergem von materiellen und transmateriellen Prozessen verstanden, in denen – in Kontext/Kontinuum unlösbar eingebundenen (embedded) – sich dieses personale „Leibsubjekt“ als die materiell-transmaterielle Wirklichkeit des „informierten

⁸ Zum Modell des „Tree of Science“ sagt Petzold (2003a, S. 65): „Ein „Baum“ ist etwas Lebendiges. Deshalb ist er als Metapher für die Metastruktur von Psychotherapie im Allgemeinen und von Integrativer Therapie im Besonderen sehr geeignet.“ Der „Tree of Science“ umfasst die Ebenen der Metatheorie, der Realexplikativen Theorien, der Praxeologie und der Praxis. Die Auswahl der verschiedenen Theorien folgt klar formulierten Kriterien (Petzold, 2003a, S. 66); die Integration wird durch „Integratoren“ (Leitkonzepte) gewährleistet (ebd.).

Leibes“ im Weltbezug in intersubjektiven Beziehungen zu bedeutsamen Anderen verkörpert hat und bis zu seinem Tode verkörpert (embodied subject, sujet incarnée)“ (Petzold, 2009c, S. 18)

Der Leib wird verstanden als „**informierter Leib**“, in dem materielle (des biophysiologischen Organismus) und transmaterielle Information verschränkt sind (Petzold, Orth, Sieper, 2019a), er ist ein Zusammenspiel von materieller Wirklichkeit und transmaterieller Wirklichkeit. Ausgehend vom wahrnehmungs-, handlungs- und speicherfähigen menschlichen Körper (eingebettet / embedded in der Lebenswelt), der durch seine Fähigkeiten zur „Verkörperung“ (embodiment) zum subjektiven Leib und zum bewegten Leibsubjekt wird, entwickelt sich durch komplexe Lernprozesse und im „Leibgedächtnis“ festgehaltene Erfahrungen multipler Stimulierung der „Informierte Leib“ aus dem ein „personales Leib-Selbst“ emergiert⁹ (Petzold, Sieper, 2012a).

„Mit **starker Emergenz** als *Arbeitshypothese* können für die klinische Konzeptbildung eine Reihe von Fragestellungen elegant behandelt werden. **Leib** ist dann das Zusammenspiel von **anorganisch-materiellen** (philosoph. „stofflichen“) und **organismischen materiell-transmateriellen** (philosoph. „belebten“) Prozessen, sowie **mental-transmaterieller** (philosoph. „bewusster“ bzw. „bewusstseinsfähiger“, „geistiger“) **Wirklichkeit**.» (ebd. S. 65, Hervorhebungen im Original).

Folgende Beispiele für das Zusammenspiel von materieller und transmaterieller Wirklichkeit mögen dies veranschaulichen: Beim Phänomen des Phantomglieds wird der Leib in seiner transmateriellen Dimension als unversehrt erlebt, obwohl der Körper in seiner materiellen Qualität versehrt ist. Physische Erschöpfung (als primär organismisch materiell-transmaterielle Qualität) kann zu trüben Gedanken (mental-transmateriell) führen. Psychotrope Substanzen (materiell) wirken auf das Bewusstsein (transmateriell), Oxytocin (materiell) löst Gedanken und Gefühle von Vertrauen (mental-transmateriell) aus. Bei Psychotherapie, Meditationspraktiken, Formen von mentaler Selbsterfahrung werden Wirkungen von Transmateriellem in Materielles angenommen und durch bildgebende Verfahren belegt (Petzold, 2009c; Petzold, Sieper, 2012a; Karch, Heinzl, Pogarell, Schiepek, 2012).

Weiter wird der Begriff der Leiblichkeit im sozioökologischen Kontext und Kontinuum gesehen; Intersubjektivität, Mundanität und Zeitlichkeit werden immer mitgedacht (Petzold, Orth, 2017a). Zu den multiplen Stimulierungen gehören kulturelle, schicht- und ideologiebestimmte Einflüsse, die auch die je eigene Interpretation der Leiblichkeit als Mann, Frau sowie andere Facetten von Gender¹⁰ beeinflussen (Petzold, 2003a, S. 1052, Petzold, Orth, 2011/2014).

⁹ Die Annahme der Emergenz eines „Geistigen“ aus dem Materiellen ist für die Integrative Therapie eine wichtige und nützliche Position für die psycho- und leibtherapeutische Praxeologie und Praxis (siehe auch Kapitel 3).

¹⁰ Verschiedenen Positionen zur Gender-Diskussion werden von Surur Abdul-Hussain ausführlich dargestellt. In der Zusammenfassung hält sie fest: „Gender beschreibt soziokulturelle Aspekte der Geschlechtlichkeit von Subjekten, welche sie in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen und in Rekursivität mit ihren biologischen Prozessen in ihren jeweiligen soziokulturellen Kontexten erwerben und gestalten. In *sozialen Welten* werden Wert- und Normvorstellungen von Gender ausgebildet, welche von Machtdiskursen und -konstellationen geprägt sind

Der etymologische Ursprung des Wortes Leib liegt im mittelhochdeutschen *lîp*, das sowohl Leib als auch Leben bedeutete (Alloa, Depraz, 2012). Dieser Verbindung von Leib und Lebendigkeit kommt auch in der Integrativen Therapie eine zentrale Stellung zu. „Leben ist Bewegung, Bewegung ist Leben“ (Petzold, 2003a, S. 1066), was wir zum Beispiel ganz konkret am Heben und Senken des Brustkorbs beim Atmen oder auch an unserem Puls spüren. Wenn man also über Leiblichkeit spricht, muss man folglich auch über Bewegung und Bewegtheit sprechen (Orth, Petzold, 2009). Der Mensch ist durch seine Bewegtheit mit der Welt verbunden: „Der Mensch als Leibsobjekt ist durch ein differentielles und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln (d. h. durch Narrationen, aktionale Lebensvollzüge) unlösbar mit der Lebenswelt verflochten: mit den Menschen in Zwischenleiblichkeit¹¹, mit den Dingen in Handhabung. Er wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet und er wiederum bewegt, beeinflusst, gestaltet sie kokreativ durch sein Tun und Wirken¹² – in konstruktiver und auch in destruktiver Weise – auf der Grundlage seiner archivierten Lebenserfahrung (Narrative)“ (Petzold, 2003a, S. 1066). Im *erweiterten Bewegungsbegriff* der Integrativen Therapie umfasst Bewegung körperliche Motilität, emotionale Bewegtheit, geistige Beweglichkeit, soziales Aufeinanderzugehen oder Voneinandergehen und richtet sich daher auch nicht rein auf ein funktionales Verständnis von Bewegung, sondern auf eine Verschränkung von Wahrnehmung und Bewegung, auf Bewegung im bio-psycho-sozial-ökologischen Kontext.

In der Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie wird festgehalten, dass sich bereits intrauterin das Leib-Selbst ausbildet. Der Leib, mit der Fähigkeit wahrzunehmen, zu reagieren und zu speichern, bringt Vorläufer des Ich hervor, ein archaisches Ich und schliesslich ein reifes Ich. Das Ich nimmt den Leib wahr und nimmt wahr, wie dieser von der Umgebung gesehen wird (Selbst- und Fremdattributionen). Aus diesen beiden Strömen und ihrer Bewertung konstruiert das Ich die Identität. Für eine „vielfältige Identität“ werden fünf verschiedene Bereiche unterschieden: Die fünf Säulen der Identität (Petzold, 2003a; 2012q). An erste Stelle wird die Leiblichkeit gesetzt. Diese Säule umfasst z. B. Gesundheit, Sexualität, das Erleben leiblicher Integrität, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit (Orth, 2002). Petzold (1985g, S. 9) warnt jedoch vor einem oberflächlichen Kult der Körperlichkeit, bei dem der Körper verdinglicht und zu einem Objekt gemacht wird; ein Körper, der möglichst attraktiv, leistungsfähig und nützlich sein soll¹³. Vielmehr geht es um den Leib als Ausdruck personaler Identität, als Möglichkeit des Erlebens und Begegnens und als sterblicher Leib, der einen Anfang und ein Ende hat. Mit dieser Umschreibung wird deutlich, dass der Leib ein komplexes Geschehen in Raum und Zeit ist. Dem wird in der Integrativen Therapie durch den „komplexen Leibbegriff“ entsprochen.

und sich in *kollektiv- und subjektiv-mental*en Repräsentationen des Denkens, Fühlens und Handelns in ihren Interaktionsmustern und ihrer Körpersprache (*Doing Gender*) sowie ihrer sprachlichen Performanz (*Performing Gender*) zeigen mit ihren Auswirkungen bis in die neurobiologischen Strukturen“ (Abdul-Hussain, 2012, S. 47).

¹¹ Auf den Begriff der Zwischenleiblichkeit wird im Abschnitt zum social body eingegangen.

¹² Die Bedeutung der „Selbstwirksamkeit“ (Bandura, 1977) als Gegenerfahrung zu Hilflosigkeit und Ohnmacht wird in der Integrativen Therapie insbesondere auch im Zusammenhang mit der Erarbeitung von persönlichen Potentialen und Ressourcen aber auch von persönlicher Souveränität aufgezeigt.

¹³ Eine besondere Form dieses Kults der Körperlichkeit findet sich auch im „Monitoring“, das durch die modernen digitalen Medien ermöglicht wird. Dabei findet nicht nur ein Vergleich mit den durch die Technologien vorgegebenen Standards statt, sondern häufig auch mit den eigenen Werten aus der Vergangenheit (gestern, vergangene Woche...). Seien die Ergebnisse nun motivierend oder demotivierend – die Erfahrung, dass der Körper ein „Ding“ sei, das es zu optimieren gilt, ist für viele Menschen schon ganz selbstverständlich (vgl. Hofer-Moser, 2018).

Der komplexe Leibbegriff umfasst verschiedene Dimensionen und Qualitäten des Leibes – die folgende Aufzählung ist nicht abschliessend, soll jedoch einen Eindruck geben von den verschiedenen Facetten und Aspekten, die in der Integrativen Therapie mitgedacht werden (vgl. Petzold, Orth, 2017a, S. 27; Petzold et al. 2009/2017; Petzold, 1985g; 1988n, S. 32ff.):

- I. Der Leib in seiner *physikalischen Qualität* als „**Dingkörper**“ (85 Kilopond Wasser und Mineralien, biomechanischer Apparat) wird zuweilen objektiviert, zum Beispiel in der Aussage: „Ich *habe* einen Körper.“ Dabei ist es jedoch immer der leibliche Mensch, der diese Aussage macht, was dazu führt, dass gesagt werden müsste: „Ich *bin* mein Leib.“
- II. Die *biologische Qualität* des Leibes als „**lebendiger Organismus**“ (85 Kilogramm Biomasse, biophysiolgisches System) ist die materielle Grundlage aller Lebensprozesse (siehe unten).
- III. Auf die *temporale Qualität* als „**Zeitleib, Leibgeschichte**“ (5, 50, 70 Jahre Lebenszeit, eingeleibte Welterfahrung) wird auch im Folgenden eingegangen.
- IV. Ebenso wird die *soziale Qualität* als „**social body**“ mit seiner grundsätzlich „**zwischenleiblichen**“ Struktur (Leib, der Rollen verkörpert, dem Rollen „auf den Leib geschrieben“ werden, genetisch disponierte Muster des „parenting“ oder interaktiver Sexualität etc.) in einem der folgenden Abschnitte genauer dargestellt.
- V. Die *phantasmatische Qualität* des Leibes als „**Traumleib**“ (Corps phantasmatique, imaginale Schönheit, Hässlichkeit, Idealkörper) „birgt in sich den guten und den bösen Traum, den Wunsch nach Unsterblichkeit, Unbesiegbarkeit, Schönheit, Vollkommenheit und das Wissen um Schwäche und Zerfall, (...) den Alptraum, den Paradiestraum, den Erlösungstraum...“ (Petzold, 1988n, S. 35). Es geht darum, mit dem Traumleib vertraut zu werden, was in der Therapie zum Beispiel durch Phantasiearbeit, Tanzimprovisation oder auch durch Traumarbeit (Petzold, 1977m/2015) ermöglicht wird.
- VI. Aspekte der *semiotischen Qualität* als „**Sprachleib**“ (Corps metaphorique, benannter Leib, sprechender Leib in leiblicher Performanz) zeigen sich zum Beispiel in der metaphorischen Realität des Leibes, wenn wir Formulierungen wie diese verwenden: „aufrechter Gang“, „das Herz berühren“, aber auch „ein schweres Herz“, „ein gebrochenes Herz“, „von Sorgen niedergedrückt“ usw. (vgl. Petzold, 1988n, S. 36). In der Therapie wird Sprache häufig sehr zentral verwendet und insofern ist die Sprache in ihrer an Adressaten gerichteten Performanz von grosser Bedeutung: „In der Performanz wird Sprache ganz eminent leiblich. Als ausgesprochene, durch Intonation und Mimik mit Bedeutungsfülle versehen, drückt sie unsere leibliche Gestimmtheit, unsere Gefühle und Affekte aus und vermag auf diese Weise auch Resonanzen auszulösen, den anderen zu berühren, zu rühren, zu bewegen...“ (Orth, Petzold, 2018, S. 119). Insofern sind sowohl der Sprachleib als auch der Traumleib in der Therapie relevant und es wird im Kapitel 6 zur Integrativen Therapie bei Depressionen implizit und explizit wieder darauf Bezug genommen.

„**Das alles ist unser Leib:** ein Synergem, mehr und anderes als die Summe der Teilaspekte“ (Petzold, et al., 2009/2017, S. 17). Die folgenden Abschnitte vertiefen einige Facetten des komplexen Leibbegriffs der Integrativen Therapie, die für die Darstellung der „Erfahrungen der

Depression“ im Kapitel 5 von Bedeutung sind: körperliche Erfahrungen, zeitliche Erfahrungen, soziale und ökologische Erfahrungen.

4.2.1 Lebendiger Organismus

Der Körper als lebendiger Organismus wird in der Integrativen Therapie verstanden als die Gesamtheit aller physiologischen / organismischen Prozesse (Motorik, Sensorik usw.) und ihres Lernens (vgl. Petzold, 2003a, S. 1065; Bolhaar, Petzold, 2008, S. 22). Dabei sind – wie bereits mehrfach beschrieben – Körper und Leib untrennbar verbunden, verwoben und verschränkt. In unserem Erleben bewegen wir uns bewusst oder unbewusst zwischen den beiden Polen von „Körper-Haben“ und „Leib-Sein“. Der Leib wird stärker als Körper wahrgenommen, wenn wir „Störungen“ erfahren, sei es bei einer Ungeschicklichkeit, einem Sturz, bei Erschöpfung oder auch bei Verletzungen und Krankheit (Fuchs, 2015a). Bei Verletzungen und Krankheit wird oft Heilung angestrebt, indem mehr oder weniger traditionell-medizinische Unterstützung und Behandlung gesucht wird. Aus der Perspektive der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin wird der Mensch als komplizierte Maschine gesehen, die „repariert“ werden kann und muss. Diese „Ingenieursmedizin“ hat eine materielle Grundorientierung und versucht die (organischen) Defekte mittels physiko-chemischen oder technischen Mitteln zu reparieren (Egger, 2020)¹⁴. Dass diese naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin sehr viele Errungenschaften zu verzeichnen hat und auch in vielen Fällen Krankheiten heilen oder zumindest lindern kann, ist eine grosse Leistung, die unbestritten ist. Dennoch kann die traditionelle Medizin viele Bereiche von menschlicher Krankheit nicht angemessen erfassen und behandeln. Gegen diesen Mainstream der medizinischen Wissenschaft regt sich seit vielen Jahren Widerstand, da Menschen sich einerseits nicht angemessen verstanden und behandelt fühlen und ihre Krankheiten auch selber besser verstehen wollen (Egger, 2017).

Mit dem Einzug der „Psychosomatik“ in die Medizin wurde zu klären versucht, ob psychologische Faktoren eine schädigende Wirkung auf körperliche Vorgänge haben (können). „Dieses *Psychogenese-Modell* ist im Lichte der biopsychosozialen Theorie allerdings obsolet. Hier gilt nämlich, dass bei *jedem* Krankheitsprozess prinzipiell auch psychologische und ökologische Faktoren als potenzielle Einflussgrössen zu kalkulieren sind – die beteiligten Leben generierenden bzw. erhaltenden Prozesse interagieren nämlich beständig, einerlei, ob das molekulare Geschehen oder die Lebensumwelten eines Organismus ins Auge gefasst werden“ (Egger, 2017, S. 15f., Hervorhebungen im Original). Daraus ergibt sich auch, dass die Unterscheidung in *psychosomatische* und *nicht-psychosomatische Krankheiten*, die oft auch im Alltag durch Laien vorgenommen wird, vor dem Hintergrund des biopsychosozialökologischen Modells hinfällig wird. Egger (2017) kommt zum Schluss: „Das inzwischen revidierte und erweiterte biopsychosoziale Modell ist als aktuelle *Theorie der Körper-Geist-Einheit* das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird“ (S. 17).

¹⁴ An dieser Stelle sei als Beispiel auch nochmals auf die in Abschnitt 2.2 erwähnte Form der Medikation bei leichteren Depressionen durch die Hausärzte und Hausärztinnen hingewiesen, die häufig gemäss dieser Haltung, eine „Reparatur“ anbieten und vornehmen möchten. Es sollte aber auch erwähnt werden, dass dies oft auch von den Patientinnen und Patienten so gewünscht wird, da auch in der Bevölkerung die Sichtweise einer „Reparaturmedizin“ weit verbreitet ist.

Der Körper des Menschen (vgl. auch Abb. 1) wird verstanden als lebendiger Organismus, der in seiner Umwelt eingebettet (*embedded*) ist. Der lebendige Organismus ist auch ein *lernfähiger* Organismus, der sich im ständigen Austausch mit seiner Umwelt anpasst und verändert. „Der *Organismus* ist das materielle Substrat, der *Leib* ist der Ort, das Medium und das Subjekt des Lernens. Gedächtnis ist letztendlich *Leibgedächtnis* auf der Grundlage des biologischen Organismus und personaler Subjektivität, ein Prozess, in dem Informationen aus der Aussenwelt (von Menschen, Tieren, Dingen) und der Innenwelt (aus den Organen, Muskeln, Nerven und ihren Aktivitäten) aufgehoben, bearbeitet und als persönlich bedeutungsvolle Erfahrungen des Subjekts archiviert werden. Es geht dabei um „komplexe Informationsverarbeitung komplexer Information auf unterschiedlichen Niveaus“ (Petzold, 2018, S. 41). Für den Leib als lebendiger Organismus sind also alle materiellen bzw. organismisch-materiellen Prozesse relevant, die ihren Niederschlag im Körpergedächtnis finden¹⁵.

4.2.2 Zeitleib – Leiblichkeit im Kontinuum

Im Zeitleib ist unsere Endlichkeit eingeschrieben, er ist zeitlich begrenzt und zeitlich begrenzender Leib. Er ist Leib in der Lebensspanne, von Geburt bis zum Tod. „Zeit ist immer mit Leiblichkeit verbunden. Mein Leib ist meine Zeit“ (Petzold, 1991o, S. 299). Zeit können wir versuchen zu messen – in Tagen, Stunden, Minuten und Sekunden – dennoch bleibt sie uns auch verborgen, da wir sie nicht wirklich fassen können. „Was ist Zeit? Wenn mich niemand fragt, weiss ich es, doch wenn ich es erklären soll, weiss ich es nicht“ (Augustinus, conf. XI, 14; zit. n. Petzold, 1981h, S. 1). In der Chronosophie wird versucht, durch Nachdenken, Nachspüren und Exploration das Geheimnis der Zeit, wenn nicht zu verstehen, so doch besser zu ergründen und in seiner Vielfalt zu beschreiben. Dabei wird erkennbar, dass es einerseits eine präreflexive, organismische Leibzeit gibt, wie sie sich in den Rhythmen des Leibes¹⁶ verleben-digt (z. B. im Ein- und Ausatmen, im Pulsschlag aber auch in anderen physiologischen Prozessen¹⁷) und andererseits eine „reflexive Verzeitlichung, welche sich als der Strom gegenwärtigen Bewusstseins zeigt“ (Petzold, 2003a, S. 234). Das Bewusstsein ist nicht statisch, es steht prozessual im Zeitfluss. Gemäss der Integrativen Zeittheorie richtet es sich *aspektiv* auf die Gegenwart, *prospektiv* auf die Zukunft und *retrospektiv* auf Vergangenes (Petzold, 1991o; Stefan, Petzold, 2019). Bereits bei Augustinus (conf. XI, zit. n. Petzold, 2003a, S. 235) findet sich ein vergleichbarer Gedanke¹⁸:

„Sofern ist aber nun klar und deutlich: Weder die Zukunft noch die Vergangenheit ist, und nicht eigentlich lässt sich sagen: der Zeiten gibt es drei: eine Gegenwart von Verganem, eine Gegenwart von Gegenwärtigem, eine Gegenwart von Zukünftigem. Denn diese Zeiten sind als eine Art Dreiheit in der Seele, und anderswo sehe ich sie nicht; und zwar ist da Gegenwart von Verganem, nämlich Erinnerung;

¹⁵ vgl. auch Definition „Körper/Soma“ im Abschnitt 4.1

¹⁶ Die erlebten Körperrhythmen nennt Petzold (1991o, S. 299) „internale Zeit“.

¹⁷ ...wie sie zum Beispiel in der Chronobiologie erforscht und beschrieben werden.

¹⁸ Wie Böhme (2014) ausführt, entspricht dies der bis heute dominierenden Zeittheorie, nach der „von der Zeit nur die Gegenwart wirklich [ist] und die wird als ausdehnungsloses Jetzt gedacht. Das war anders bei Platon, nach dem Zeit in den planetarischen Rhythmen, also Tag, Monat, Jahr besteht – und insofern Aufenthalt für den Atem des Lebens gibt“ (S. 147).

Gegenwart von Gegenwärtigem, nämlich Augenschein; Gegenwart von Zukünftigem, nämlich Erwartung.“

Für Petzold geht aber das Zeitbewusstsein als Gegenwartsbewusstsein über den unmittelbaren gegenwärtigen Moment hinaus, es bezieht in „unterschiedlichen *Qualitäten, Intensitäten* und *Graden* von Bewusstsein Vergangenes und Zukünftiges mit ein“ (Petzold, 2003a, S. 235). Damit stellt sich Petzold auch gegen ein Verständnis des Gegenwartsbewusstseins als Bewusstsein im „Hier-und-Jetzt“, das eine Verkürzung darstelle und den historischen und perspektivischen Aspekt ausblende¹⁹, deshalb wird mittlerweile in der IT von „Hier und Heute“ gesprochen.

Unabhängig davon, welche Zeittheorie zugrunde gelegt wird, kann die Zeit als ein Strukturmoment der Welt verstanden werden. *Zeiterleben* gründet in der Erfahrung des Körper-Seele-Geist-Wesens und in der intersubjektiven Verständigung darüber, was Zeit ist und wie man mit ihr umgeht. Daraus wird noch einmal deutlich, dass das Zeiterleben leibgebunden ist (Petzold, 1991o, S. 310).

Das Kontinuum, von dem in der Integrativen Therapie gesprochen wird, umfasst nicht nur die persönlich-individuelle Geschichte (Biographie), sondern auch die kollektiv-historische Geschichte (Petzold, 2003e; 1991o, S. 299). In der Menschheitsgeschichte kann ein Bogen gespannt werden vom „geschichtslosen, umherstreifenden *homo migrans*²⁰ zum geschichtsbewussten, zukunftsbehafteten *homo viator*²¹ mit einer komplexen Zeitmatrix“ (Petzold, 2005r, S. 10). Das Bild vom Menschen, der sich (gemeinsam mit anderen) auf dem Weg durch die Humangeschichte befindet und dabei durch die Zeit aus der Vergangenheit in die Zukunft reist, verdeutlicht, wie sehr Zeit und Raum miteinander verzahnt – ja, ohne einander nicht denkbar sind.

Auf individueller Ebene wird Zeit erfahrbar in den eigenen „Wegen“ der Lebensgeschichte, in der Lebenserfahrung. Sehr deutlich wird dies bei Menschen, die aufgrund von demenziellen Erkrankungen das Gedächtnis mehr und mehr verlieren und nur noch den gegenwärtigen Moment wahrnehmen können. Damit verlieren sie einerseits die Orientierung in der Zeit, durch den Verlust der Erinnerung an die eigene Biographie aber auch das Bewusstsein für ihre eigene Identität (Krumnacker, 2017; Petzold, Müller, 2004). Alles, was erlebt und erfahren wurde, findet im „Leibgedächtnis“ seinen Niederschlag, wird in den „Archiven des Leibes“ (Petzold, Orth, 2017a) aufgezeichnet und abgespeichert. Zum Leibgedächtnis zählen die neuronalen Speichersysteme (sensorisches Gedächtnis, Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis und prozedurales Gedächtnis), die immunologischen Speichersysteme und das genetische Gedächtnis. „Für das Selbst- und Identitätserleben des Subjekts ist das erlebte Leibgedächtnis von herausragender Bedeutung, eben weil es mit seinen vielfältigen Informationsebenen *kognitives, volitives, somatomotorisches* und *perzeptives* Geschehen mit einbezieht, das Subjekt in seiner

¹⁹ Das Konzept von „Hier-und-Jetzt“ wie es durch die humanistische Psychologie (in Abgrenzung zur vergangenheitsbezogenen Psychoanalyse) eingeführt wurde, wurde durch die Auseinandersetzung der westlichen Psychologie mit dem Buddhismus angeregt (siehe z. B. Steiger, 2006). Das Zeitbewusstsein geht jedoch in der buddhistischen Psychologie über dieses Konzept hinaus. Als Beispiel sei hier Dogen Zenji (ein japanischer Zen-Meister des 13. Jahrhunderts) angeführt, der sich mit „Sein und Zeit“ vertieft befasst hat. Böhme (2014, S. 170) fasst zusammen: „Es bleibt die Frage, wie mit Dogen Zeitbewusstsein zu denken ist bzw. wie man sich in eine Haltung einüben kann, in der man sich der Zeit, die wir nach Dogen sind, bewusst wird. Es geht hier, (...) nicht darum, dass wir uns unser Dasein zeitlich vorstellen, es geht vielmehr darum, die Zeit selbst zu sein.“

²⁰ Als *homo migrans* werden im Integrativen Ansatz frühe Menschen bezeichnet, die begannen durch die Welt zu wandern (vor ca. 3.5 Millionen Jahren, vgl. Petzold, 2011c, S. 26; Petzold, 2005t).

²¹ Ein Begriff, der von Petzold bei Gabriel Marcel entlehnt wurde als Bezeichnung für einen reflexiv bewussten Menschen, der seine Wege plant und wählt (Petzold, 2005t, S. 11)

Personalität „als Ganzes“ involviert und damit subjektiv bedeutsame Erfahrungen und das Erleben von persönlichem Sinn und eine persönliche *Poiesis*, eine gestaltende Lebenskunst ermöglicht – wiederum *leibhaftig*“ (Petzold, 2018, S. 43). Der Blick auf den Menschen in seinem zeitlichen Werden und Vergehen, von seiner Geburt bis zum Tod, von Kindheit über Jugend und Erwachsenenalter bis hin zum Senium führt konsequenterweise zu einer „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ (*life span developmental approach*), der sich die Integrative Therapie verpflichtet fühlt. Sie sieht den Menschen als ein Wesen, das in lebenslanger Entwicklung steht, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen hat und Entwicklungschancen kreativ aufzugreifen und Ressourcen effizient zu nutzen vermag. „**Leibwerdung** als Entwicklungsgeschehen stellt sich im integrativen Verständnis dem Menschen als *lebenslange Aufgabe*, denn es geht ja wesentlich darum, mit seinem im eigenleiblichen Spüren erlebten Leib in den Prozessen des Wachstums, der Veränderung, in Leid, Schmerzen, Glückserfahrungen umgehen zu lernen, ihn in den verschiedenen Situationen kennen zu lernen, ihn aktiv zu gestalten“ (Petzold, 2004h, S. 11).

Das Wissen darüber, was intersubjektiv unter Zeit verstanden wird und wie wir damit umgehen (können bzw. sollen), ist sozial und kulturell geprägt. Dabei kommt es zu einer (bewussten oder unbewussten) Auseinandersetzung zwischen der *internalen Zeit* mit ihren erlebten Körperrhythmen und der *externalen Zeit*. Diese externale Zeit ist *standard time* (mit 60 Minuten à 60 Sekunden), ist *social time*, ist aber auch *economical time*. Gerade die Ökonomisierung der Zeit kann mit ihrem Zeitdruck und ihrer Beschleunigung den Rhythmen des Körpers und den Bedürfnissen der Seele diametral entgegenstehen und damit eine prägende Erfahrung von Entfremdung²² von der Zeit vermitteln (Petzold, 1991o, S. 305, Petzold, 1995f).

Im Leib erlebe ich meine Zeit, meine Zeitspanne von der Geburt bis zum Tod. Im Leib erfahre ich meine Zeit mit jedem Ein- und Ausatmen. Im Leibgedächtnis ist meine individuelle Geschichte archiviert, im Leib wird unsere kollektive Geschichte von Beginn der Evolution bis jetzt vergegenwärtigt und belebt. Im Leib bin ich gegenwärtig mit meiner ganzen Vergangenheit und mit dem Vertrauen in meine Zukunft. In diesen Beschreibungen wird auch deutlich, wie sehr im Zeitleib Natur (organismische Leibzeit, internale Zeit) mit sozialem und kulturellem Kontext (externale Zeit) verschränkt sind.

4.2.3 Social body – Leiblichkeit im sozialen und kulturellen Kontext

Der Mensch als Leib-Subjekt nimmt sich selbst, sein Selbst in Bezogenheit zur und Einbettung (*embeddedness*) in die Lebenswelt wahr. Zu dieser Lebenswelt gehören die Beziehungen und Bindungen zu bedeutsamen Mitmenschen, zum sozialen und kulturellen Kontext (Petzold, Sieper, 2012a, S. 10). Die Einbettung des Menschen in sein soziokulturelles Umfeld ist von zentraler Bedeutung für Wachstum, Entwicklung und Lernen über die Lebensspanne. Bereits in der Schwangerschaft wirken sich epigenetische Einflüsse aus (Frei, 2020; Fuchs, 2008), werden Sozialisations- und Enkulturationsprozesse wirksam. Der Leib ist eingebunden in die soziale

²² Entfremdung wird von Petzold als ein zentraler Aspekt der Krankheitsentstehung beschrieben (siehe Abschnitt 4.2.4 und Kapitel 6) – insbesondere die Entfremdung vom Leib als „totalem Sinnesorgan“ (und somit auch von seiner internalen Zeit) ist eine Ursache von Abspaltung, Zerstörung und Krankheit. Bei Hegel wurde unter Entfremdung auch die (positive) Fähigkeit gesehen, zu sich selbst auf Distanz zu gehen. Dies wird im Integrativen Ansatz *Exzentrizität* genannt (Petzold, 1995f, S. 13).

Welt; Mimik, Gestik, Haltungen und nonverbale Kommunikationsformen werden in einer „Sozialisation des Leibes“ angeeignet, wobei dies keine Aneignung von Fremdem ist, vielmehr ist der Leib darauf ausgerichtet, diese Formen aus der sozialen und kulturellen Umwelt aufzunehmen (Petzold, 1985i; 1988n).

Die Leiblichkeit im sozialen und kulturellen Kontext lässt sich sehr gut am historischen Wandel der soziokulturellen Prägung des Leibes illustrieren. In seinem Buch „Über den Prozess der Zivilisation“ konnte Elias (1976) aufgrund von Analysen historischer Quellen vom 13. bis zum 18. Jahrhundert dokumentieren, wie sich körperliche Ausdrucks- und Verhaltensweisen wandelten und zu einer „Zivilisierung des Körpers“²³ führten (Gugutzer, 2015, S. 55). Elias (1976) legte dar, wie die gesellschaftliche Entwicklung seit dem Mittelalter mit einer zunehmenden Kontrolle der spontanen Ausdrucksformen von Affekten und Emotionen einherging und der leibliche Ausdruck insgesamt zunehmend eingeengt wurde²⁴. Auch Foucault (1976, 1977) wies nach, inwiefern sich Leiblichkeit in Abhängigkeit von historischen und gesellschaftlichen Strukturen veränderte. Bei Bourdieu (1982) standen die klassenspezifischen Unterschiede im Vordergrund. Er zeigte, „dass die Körperpraktiken der Individuen klassenspezifisch geprägt sind“ (Gugutzer, 2015, S. 71) und wies darauf hin, dass auch der Körper eine Form von „Kapital“ sei, da er in sozialen Situationen und gesellschaftlichen Handlungsfeldern „gewinnbringend eingesetzt“ werden könne. Die britische Sozialanthropologin Douglas ging so weit, den Körper als „Symbol“ gesellschaftlicher Strukturen zu bezeichnen und hat gezeigt, wie der Körper gesellschaftliche Strukturen zum Ausdruck bringt (Douglas, 1974). Sie interessierte sich für die Beziehung zwischen dem *Sozialsystem* (Gesellschaft, Kultur) und dem *Symbolsystem* (Körper als Ausdrucksmedium) und für den Einfluss von Gesellschaft und Kultur auf den körperlichen Ausdruck. „»Der Körper als soziales Gebilde« meint [bei Douglas; A. M.-H.] die Ideen, Ideologien, Glaubenssätze, Weltbilder, Wert- und Moralmassstäbe, Wahrnehmungs- und Deutungsmuster, die in einer Gesellschaft kursieren. Sie sind es, die die Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers wie auch der Körper anderer prägen. Eine *natürliche* Auffassung vom und eine Einstellung zum Körper gibt es aufgrund des *Eingebundenseins des Menschen in kulturspezifische Wissens- und Wertsysteme* nicht“ (Gugutzer, 2015, S. 93; Hervorhebung durch A. M.-H.).

Die soziale Gruppe als Sozialisationsinstanz wird in der gesamten Lebensspanne und für alle Bereiche der Identität wirksam. Im Integrativen Ansatz werden zur Beschreibung der Enkulturations- und Sozialisationsprozesse in Kontext und Kontinuum die Konzepte der *sozialen Welt*, der *sozialen* und der *persönlichen Repräsentationen* verwendet. Unter *sozialer Welt* / *social world* wird in der Integrativen Therapie die „von einer sozialen Gruppe ‘geteilte Per-

²³ Als Soziologen sprechen Gugutzer, Elias, Foucault, Bourdieu und Douglas vom „Körper“ und nicht vom Leib, auch wenn damit nicht der „Dingkörper“ gemeint ist, sondern gerade in diesem Kontext der soziale Leib / *social body*.

²⁴ Zur Veranschaulichung hier ein kurzes Zitat aus einem „Book of Manners for Women“, in dem der Ausdruck von Lachen im Theater beschrieben wird: „Auf jedes wirklich melodiose Lachen kommt ein Dutzend Leute, die nur vor sich hingrinsen, und ein halbes Dutzend, das nur in körperlichen Verrenkungen hinreichend Erleichterung finden kann (...) Andere werfen den Kopf zurück, dass man fast befürchten muss, sie hätten sich das Genick ausgerenkt. Und wieder andere können ihrem überwältigenden Vergnügen nur dadurch Ausdruck geben, dass sie sich schallend auf die Schenkel schlagen und sich auf ihren Sitzen winden (...). Dazu wird in allen möglichen Tonlagen lärmend gelacht (...).“ Dem stellt die Autorin das anzustrebende Ideal gegenüber: „Es gibt kein schöneres Schmuckstück der gebildeten Konversation als jene silbern perlende Folge von Tönen, die das vollkommene Lachen bilden“ (Humphry, 1897, S. 12 zit. n. Douglas, 1974, S. 4f.).

spektive auf die Welt', eine 'Weltsicht' (mit ihren belief systems, Wertvorstellungen, Basisüberzeugungen im Mikro- und Mesobereich), eine 'Weltanschauung' im (Makro- und Megabereich) [verstanden]. **Soziale Welten** in Makrobereichen prägen etwa über einen 'Zeitgeist' Mikro- und Mesobereiche entweder konformierend – man stimmt zu – oder divergierend – man lehnt sich auf, stemmt sich gegen die Strömungen des Zeitgeistes“ (Petzold, 2003b, S. 10). Mit dem Begriff der „sozialen Welt“ wird ein symbolischer Bereich gekennzeichnet. Dabei geht es um die von einer Gruppe von Menschen geteilte Sicht auf die Welt, wobei die Gruppen jeweils lebensalter- und bezugsgruppenspezifisch als Konsensgemeinschaften entstehen. Das bedeutet, dass im Verlauf des Lebens verschiedene *social worlds* durchlebt werden, ja auch zu einem einzigen Zeitpunkt haben wir teil an mehr als einer *social world* (Brühlmann-Jecklin, Petzold, 2005). Dies kann zum Beispiel bedeuten, dass eine Jugendliche bezüglich eines Idealbilds von weiblichen oder männlichen Körpern mit ihrer Familie andere Wertvorstellungen und Überzeugungen teilt und gemeinsam konstruiert als mit ihrer Peergroup (Petzold, 2006v/2009h).

Solche „kollektive Gedankenwelten“ wurden von Moscovici (1984) als „soziale Repräsentationen“ untersucht. Er ging davon aus, dass es innerhalb von sozialen Gruppen ein System von Werten, Ideen und Praktiken gibt, die von den Mitgliedern der Gruppe geteilt werden. Diese sozialen Repräsentationen helfen dem Individuum, sich in seiner materiellen und sozialen Umwelt zu orientieren und ermöglichen gleichzeitig die Kommunikation zwischen den Mitgliedern der sozialen Gruppe (Petzold, 2003b).

Diese Theorie Moscovicis wurde von Petzold auf der Grundlage von Vygotskij²⁵ erweitert zu einer Theorie „**komplexer mentaler Repräsentationen**“. Für den kollektiven Bereich werden diese als „komplexe soziale Repräsentationen“ oder „kollektiv-mentale Repräsentationen“ (Petzold, 2003b; 2012q) bezeichnet. „**Komplexe soziale Repräsentationen** – auch **kollektiv-mentale Repräsentationen**“ genannt – sind Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw. Metareflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Ko-responsenzen und mit ihren *Performanzen*, d. h. Umsetzungen in konkretes ‚leibhaftiges‘ Verhalten und Handeln“ (Petzold, Orth, 2017b, S. 924; siehe auch Petzold, 2012q; 2002j). Die kollektiven Repräsentationen sind dabei nicht denkbar ohne Individuen mit ihrer „*intermentalen* Wirklichkeit“, gleichzeitig ist in der „*intramentalen* Wirklichkeit“ von Individuen das Denken, Fühlen und Wollen von Kollektiven präsent (Petzold, 2003b). „Das im Integrativen Ansatz so wesentliche Konzept der Verkörperlichung/Verleiblichung“ (...) erweist sich in dieser Perspektive als ein durch und durch soziales, (...) Das Soziale erweist sich damit zugleich als Verleiblichtes, denn es ist in „Fleisch und Blut“ übergegangen“ (Petzold, 2003a, S. 1052). Ganz in Übereinstimmung mit den Überlegungen zum „embodied mind“ und den 4E-Perspektiven ist dabei der Begriff „mental“ nicht als etwas immateriell Geistiges aufzufassen, sondern vielmehr als Mental-Transmaterielles, das immer leibgegründet und leibgebunden ist (siehe Abschnitt 4.2 und Petzold, Orth, 2017b).

Die Theorie der kollektiv-mentalen / sozialen Repräsentationen kann nicht losgelöst von der Theorie der *subjektiv-mentalen* bzw. *persönlichen Repräsentationen* betrachtet werden:

²⁵ Lev S. Vygotskij war ein bedeutender russischer Psychologe und Entwicklungstheoretiker sowie ein wichtiger Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Vygotskij postulierte, dass Kontexte die Wahrnehmungen und Kognitionen beeinflussen, dass *intermentale* Kommunikation das *Intramentale* (Denken, Werte) formt. Auf eine kurze Formel gebracht, kann gesagt werden: „Alles Intramentale war zuvor Intermental“ und wird über Interiorisierung individuell „verkörpert“ (Petzold, 2002p, S. 298; 2010f, S. 19).

„**Komplexe persönliche Repräsentationen** – auch **subjektiv-mentale Repräsentationen** genannt – sind die für einen Menschen charakteristischen, lebensgeschichtlich in *Enkulturation* bzw. *Sozialisation*²⁶ erworbenen, d. h. emotional bewerteten (*valuation*), kognitiv eingeschätzten (*appraisal*) und dann verkörperten Bilder und Aufzeichnungen über die Welt. Es sind eingeleibte, erlebniserfüllte, „mentale Filme“, „serielle Hologramme“ über „mich-Selbst“, über die „Anderen“, über „Ich-Selbst-mit-Anderen-in-der-Welt“, die die Persönlichkeit des Subjekts bestimmen, seine *intramentale* Welt ausmachen. Es handelt sich um die „subjektiven Theorien“ mit ihren kognitiven, emotionalen, volitiven Aspekten, die sich in Prozessen „*komplexen Lernens*“ über die gesamte Lebensspanne hin verändern und von den „kollektiv-mentalen **Repräsentationen**“ (vom Intermentalen der Primärgruppe, des sozialen Umfelds, der Kultur) nachhaltig imprägniert sind und dem Menschen als Lebens-/Überlebenswissen, *Kompetenzen* für ein konsistentes Handeln in seinen Lebenslagen, d. h. für *Performanzen* zur Verfügung stehen.“ (Petzold, 2003b; Petzold, Orth, 2017b, S. 922).

Dieses Mentalisierungsgeschehen auf individueller und kollektiver Ebene kommt auch in eingeleibten Werten und Normen zum Tragen, die meistens mit einer „Haltung“ und „Einstellung“, mit einem leiblichen *Habitus*²⁷ (Bourdieu, 1997, 2001) einhergehen (Petzold, Orth, 2017b). Das Konzept des Habitus entspricht weitgehend dem Konzept der „Verkörperungen durch den informierten Leib“ wie es in der Integrativen Therapie verwendet wird (Petzold, Orth-Petzold, Patel, 2010; Petzold, 2009c).

Das „Ich-Selbst-mit-Anderen-in-der-Welt“ ist ein weiterer Aspekt des *social body*, des sozialen Leibs. Wir werden von anderen gesehen, wir werden von anderen wahrgenommen, wir sind mit anderen in der und zur Welt (*être-au-monde*, Merleau-Ponty²⁸). In unserer Leiblichkeit und mit all unseren Sinnen nehmen auch wir andere wahr, sind auf sie ausgerichtet, sind in permanentem Austausch mit unseren Mitmenschen. Bereits vor der Geburt gibt es Interaktionen zwischen dem Kind und seiner Mutter; die **Zwischenleiblichkeit**²⁹ bleibt für Menschen ihr ganzes Leben lang bestimmend. Das ungeborene Kind nimmt seine Umgebung – und damit vor allem seine Mutter – über Klänge und Bewegungen wahr. In der *Kommutilität*, der

²⁶ Zu den beiden Begriffen der Enkulturation (Verkörperung kultureller Vorgaben) und Sozialisation (Internalisierung sozialer Vorgaben) könnte die Ökologisation (Verinnerlichung/Einleibung ökologischer Gegebenheiten) ergänzend hinzugefügt werden (Petzold, 2006p, S. 10).

²⁷ Der Begriff Habitus ist ein vielseitiges und in der Bedeutung auch leicht variierendes Konzept bei Bourdieu. Er enthält Schemata, die der Wahrnehmung der sozialen Wirklichkeit dienen; er leitet Handlungen und Einstellungen; er umfasst das gesamte Auftreten einer Person (Sprache, Kleidung, Gewohnheiten, Lebensstil). Habitus ist etwas Erworbenes, gleichzeitig „wollte ich die «schöpferischen», aktiven, inventiven Eigenschaften des Habitus (was das Wort *habitude*: Gewohnheit nicht zum Ausdruck bringt) und des Akteurs herausstellen“ (Bourdieu, 1997, S. 62). Er wird in Prozessen der *Einverleibung* (*incorporation*) erworben. Bourdieu verwendet den Begriff der Einverleibung, um die körperliche Dimension bei den Vorgängen der Sozialisation zu betonen (Bourdieu, 2001; vgl. auch Fuchs-Heinritz & König, 2005).

²⁸ Merleau-Ponty liess sich für seine Leibphilosophie von Heidegger inspirieren. Dieser verstand den Körper als Kontaktpunkt zwischen Individuum und Welt und bezeichnete unser Dasein als ein zwingenderweise 'In-der-Welt-Sein'. Merleau-Ponty modifizierte den Begriff Heideggers zu *être-au-monde* (Zur-Welt-Sein), ein Begriff, den übrigens auch Gabriel Marcel verwendet hatte (vgl. Huber, 2013).

²⁹ Der Begriff Zwischenleiblichkeit (*intercorporité*) wurde von Merleau-Ponty geprägt (Fuchs, 2008; Wehrle, 2013).

motorischen Mitbewegung des Fötus im mütterlichen Leib, liegen die zwischenleiblichen Erfahrungen von Grundvertrauen und Zugehörigkeit begründet (Petzold, van Beek, van der Hoek, 1994a/2016; Petzold, 2011c). Aber auch Emotionen werden für das Kind erfahrbar, sowohl negativ (z. B. bei Stressreaktionen der Mutter, die sich bei längerer Dauer auf die Entwicklung des Hippokampus und die Reifung des Präfrontalkortex auswirken können) als auch positiv (Fuchs, 2008). Dass die Stimme der Mutter oder ihr Herzschlag eine beruhigende Wirkung auf das Kind auch nach seiner Geburt behalten, war den Menschen intuitiv vertraut, lange bevor diese Zusammenhänge wissenschaftlich erforscht werden konnten. In der Interaktion verfügen Mütter und Väter über biologisch angelegtes, implizites Wissen, das ihnen ermöglicht, mit dem Säugling auf eine ihm angemessene Weise zu interagieren und zu kommunizieren, ihn zu beruhigen und aufzuheitern. Die frühen Dialoge mit Mimik, Bewegungen, Blicken, Berührungen und Vokalisationen führen die Synchronisation aus der pränatalen Zeit zwischen Säugling und Caregivern weiter. Beim *intuitive parenting* (Papoušek & Papoušek, 2002) stellen sich die Erwachsenen (und auch ältere Kinder) auf die Fähigkeiten des Babys ein, um dem Kind Wohlbefinden und ein Gefühl der Sicherheit zu ermöglichen. Da der Säugling bereits unmittelbar nach der Geburt über die Fähigkeit zur Nachahmung mimischer Signale verfügt, geschieht eine Integration der visuellen, propriozeptiven und motorischen Informationen, die Wahrnehmung der Anderen wird mit der eigenen verknüpft. Diese Erfahrungen begründen die Erfahrung der Zwischenleiblichkeit: „Sobald zwei Personen einander leiblich begegnen, sind sie von vorneherein in ein systemisches Interaktionsgeschehen einbezogen, das ihre Körper miteinander verbindet und ein präverbales und präreflexives Verstehen herstellt. Die Gefühle des Anderen werden in seinem Ausdruck unmittelbar verständlich, weil dieser in uns einen meist unbemerkten leiblichen Eindruck mit subtilen Empfindungen, Bewegungs- und Gefühlsvorstufen hervorruft“ (Fuchs, 2008, S. 185). Nicht nur in der Dyade, sondern auch in der Gruppe (*Polyade*³⁰, Petzold, 2005t; 2005r) affizieren sich die Menschen gegenseitig: „Das heisst also, dass wir über die gesamte frühe Sozialisation hin in den Kontakten aller Caregiver mit dem Kind Muster wechselseitiger emotionaler Ansteckung haben“ (Petzold, 2005t, S. 44) und das Kind über Prozesse von synchronisierten Mikrobewegungen lernt, Emotionen zu differenzieren.

In der longitudinalen Betrachtung der Entwicklung der Interaktionen von Kind und Bezugspersonen wird deutlich, wie sich das *intuitive parenting* und das *sensitive caregiving* über das Entwicklungsgeschehen hin verändern. In ihrer Kontinuität ermöglichen sie die Entwicklung einer differenzierten sozialen Persönlichkeit und Identität (Petzold, van Beek, van der Hoek, 1994a/2016, S. 587f.). Erfahrungen der Zwischenleiblichkeit beschränken sich nicht auf die Kindheit, sie begleiten uns ein Leben lang und in vielen Situationen und Kontexten, in Gesprächen, bei der Arbeit³¹, im Tanz³², in Zuwendung und Abwendung, vom intimsten Zusammensein mit einem geliebten Menschen bis zu Erfahrungen der Anonymität und Einsamkeit in

³⁰ Petzold verweist immer wieder auf die Bedeutung der Polyaden für die Entwicklung der Menschen: „Menschen sind in Polyaden zu Menschen geworden“ (ebd., 2005r, S. 19). Dies in Abgrenzung zur dyadisch orientierten Bindungsforschung nach Ainsworth, Fonagy, Main (siehe Petzold, 2005t, S. 16).

³¹ Untersuchungen zur Zwischenleiblichkeit bei Erwachsenen wurden zum Beispiel mit der „zweigriffigen Baumsäge“ gemacht (Dornberg, 2013).

³² Wie bedeutsam Zwischenleiblichkeit für uns ist, zeigt sich auch an der Aufmerksamkeit, mit der wir zum Beispiel eine Tanzszene verfolgen: „Die Bühne liegt vollkommen im Dunkeln und ist voll mit Nichts. In ihrer Mitte ist ein Lichtkegel auf den Boden gerichtet, in dem Staub wie kosmische Lichtpartikel langsam und stetig herunterschwebt. Aus diagonal entgegengesetzten Ecken gehen Susanne Linke und Koffi Kôkô ganz langsam, Schritt für Schritt exakt synchronisiert und wie ferngesteuert, aufeinander zu. Man meint, sie müssten ineinander laufen,

der Grossstadt, ob bewusst oder unbewusst wahrgenommen, immer erleben wir unser Sein als Mit-Sein.

4.2.4 Ecological body – der Mensch im ökologischen Kontext

Dieses menschliche Miteinander, das im vorangegangenen Abschnitt in verschiedenen Facetten beschrieben wurde, vollzieht sich nicht im leeren Raum. Immer sind wir eingebettet (*embedded*) in die Ökologie, in die Welt, die uns Haus (*oikos*) und Behausung ist. Aber nicht nur bewohnen³³ wir die uns umgebende Natur in all ihren Formen, wir sind selber Naturwesen. Im bereits mehrfach zitierten *être-au-monde*/ ‘Zur-Welt-Sein’ (Merleau-Ponty) kommt unsere Zugehörigkeit zur Welt, zur Natur ebenfalls zum Ausdruck.

Der Begriff der Ökologie wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts von Haeckel verwendet, um damit „die gesammte [sic] Wissenschaft von den Beziehungen des Organismus zur umgebenden Aussenwelt“ (Haeckel, 1886, zit. n. Brinker, Petzold, 2019, S. 11) zu bezeichnen. Die Komplexität der Mensch-Umweltbeziehung wird von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus Geographie, Biologie, Meteorologie, Geophysik, Medizin und Psychologie erforscht und geht historisch weit zurück. Zum Beispiel beschrieb bereits Hippokrates in seinem Buch „Lüfte, Wasser und Orte“ die Bedeutung des Wetters und Klimas für die menschliche Gesundheit (Eisenhardt, 2008). In unserem Alltag nehmen wir die Einflüsse der Umwelt oft nicht so bewusst wahr. Vielleicht fällt es uns auf, dass wir uns an einem Ort stärker gestresst fühlen (bei viel Lärm, Smog, unberechenbaren Bewegungen in unserer Umgebung, starken visuellen Eindrücken oder auch zu viel Nähe, dem Erleben von Eingeengt- und Bedrängt-Sein) und uns an anderen Orten rasch erholen und entspannen (z. B. im Wald, am Wasser, in den Bergen, in einem Park, mit Freundinnen oder Freunden, in einer überschaubaren Gruppe).

In Rahmen der Integrativen Therapie wird „ökologisch“ zur Kennzeichnung des Lebenskontextes von Lebewesen verwendet (Petzold, 2006p). Im Gegensatz zu anderen Lebewesen sind Menschen nicht „nischengebunden“³⁴, das heisst, sie sind für ihr Überleben nicht auf ein bestimmtes Habitat, Biotop oder Revier angewiesen. Seit dem Beginn von Ackerbau und Viehzucht, mit einem Beginn vor ca. 10'000 Jahren in Mittelamerika, Südchina und im vorde- ren Orient und einer Ausbreitung aus dem Zweistromland nach Europa vor etwa 8500 Jahren

aber das tun sie nicht. Sie laufen dicht, scheinbar ohne einander wahrzunehmen, ihre Spur fortsetzend aneinander vorbei und verschwinden wieder im Dunkel“ (Eberlein, 2016, S. 215f.).

³³ Nach Kluges Etymologischem Wörterbuch geht „wohnen“ zurück auf Wörter mit der Bedeutung von „zufrieden sein“, „etwas gern haben“, „lieben, schätzen“ (Kluge, 1995), es beinhaltet auch, dass wir uns an einem „gewohnten Ort“ aufhalten. Die Erde ist unsere Heimat, unser Heimatplanet, wie sie im Titel eines Buches mit wunderschönen Fotos von der Erde und Zitaten von Weltraumfahrern genannt wird. Die Ergriffenheit über das Wunder dieser Welt kommt in vielen Äusserungen zum Ausdruck, ein Zitat soll hier stellvertretend angeführt werden: „Plötzlich taucht hinter dem Rande des Mondes in langen, zeitlupenartigen Momenten von grenzenloser Majestät ein funkelndes blauweisses Juwel auf, eine helle, zarte, himmelblaue Kugel, umkränzt von langsam wirbelnden, weissen Schleiern. Allmählich steigt sie wie eine kleine Perle aus einem tiefen Meer empor, unergründlich und geheimnisvoll. Du brauchst eine kleine Weile, um ganz zu begreifen, dass es die Erde ist ... unsere Heimat“ (Edgar Mitchell in Kelley, 1989).

³⁴ In seinem ökologischen Ansatz verwendet Willi (2007) den Begriff der „persönlichen Nische“ für die von der Person gestaltete Umwelt. Sie umfasst die Gesamtheit der (belebten und unbelebten) Objekte, auf welche die Person gestaltend einwirkt. Bei gesunden Personen besteht die persönliche Nische aus einem reichhaltigen Beziehungsnetz (Partner, Familie, Beruf, Freunde, Kultur). Anhaltende psychische Störungen führen zu einer Verkleinerung (weniger persönliche Kontakte) und Entdifferenzierung (weniger Themen, Einschränkung auf die Krankheit) der persönlichen Nische.

(Koch, Fleiter, 2012), haben Menschen die Natur verändert und in Kulturräume verwandelt³⁵: „...im Unterschied zu allen anderen Lebewesen ist der moderne Mensch ein bewusster, kokreativer Wirklichkeitsgestalter, der **Natur** und **Kultur** gestaltet und ggf. verunstaltet“ (Petzold, 2006p, S. 6). In den vergangenen Jahrzehnten traten unsere fundamentale Zugehörigkeit und unsere Abhängigkeit von der Erde als unserem Lebensraum in vielen Bereichen wieder stärker ins Bewusstsein und wurden als „ökologische Dimension“ sowohl bezüglich der Bedrohung der natürlichen Lebenswelt und der Naturzerstörung als auch bezüglich der heilsamen Wirkung von Natur in ihrer Bedeutung für das Leben der Menschen – für Gesundheit und Krankheit – thematisiert.

Um die unterschiedlichen Zusammenhänge zwischen Mensch und Umwelt³⁶ zu beschreiben, wird in der Umweltpsychologie (nach Hellpach, 1924) unterschieden zwischen natürlicher, sozialer und kultureller Umwelt:

- „- die natürliche Umwelt setzt sich aus anorganischen und organischen Elementen und Erscheinungen zusammen, die nicht von Menschen herrühren
- die soziale Umwelt besteht aus anderen Menschen, zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Interaktionen
- die kulturelle Umwelt ist ein Werk der Menschen, das aus produzierten materiellen und immateriellen Dingen besteht, z. B. aus Gebäuden, Städten, Staaten, Sprachen, Schriften, Büchern, Kunstwerken, Gesetzen, Werten, Normen, Religionen und Symbolen“ (Flade, 2010, S. 16).

Bei dieser Unterteilung gibt es Bereiche, die sich überschneiden und miteinander verbunden sind. Die Verbindung von Natur und Kultur – als Ausdruck menschlicher Natur – ist in der industrialisierten Welt nicht mehr so deutlich erkennbar, wie bei einigen Naturvölkern, in denen die Kultur auf das lokale Ökosystem bezogen war und eigentlich ein Subsystem des örtlichen Ökosystems darstellte. Durch den Einzug einer anthropozentrischen Weltansicht wurden die Menschen mehr und mehr von der Natur getrennt gesehen (Eisenhardt, 2008). Diesen Prozess der Entkoppelung sieht Petzold (2003a) als Entfremdung und Verdinglichung, die aus der Fähigkeit des Menschen zur Exzentrizität hervorgeht: „Der Mensch als in Leib/Natur und Lebenswelt/Natur zentriertes, unablösbar verwurzeltes Wesen, das in **Konvivialität** mit der Natur zum Menschen geworden ist, hat dabei in seiner Hominisation die Fähigkeit zur „**Exzentrizität**“ ausgebildet, nämlich zu sich und zur Lebenswelt/Natur „in Abstand zu gehen“, sie in „Besitz zu nehmen“, Natur „zu haben“ wie ein Ding. Der Mensch hat diese Fähigkeit im Zivilisationsprozess *hypertroph* entwickelt bis hin zu einer „**toxischen Exzentrizität der Entfremdung**“ (Petzold, Orth-Petzold, 2019, S. 340, Hervorhebungen im Original).

Auch wenn Entfremdung stattfindet, so bleiben wir Menschen doch Naturwesen. Im Menschenbild der Integrativen Therapie wird die Konvivialität mit der Natur und die Koexistenz alles Seienden ins Zentrum gestellt. Der Mensch ist Teil der Welt, von der er in Prozessen

³⁵ Es kann jedoch angenommen werden, dass paläolithische Gesellschaften die Naturlandschaften auch schon veränderten, z. B. durch Flächenbrände, die bei der Jagd in den Savannen eingesetzt wurden (Sieferle, 1997).

³⁶ Bronfenbrenner merkte an, dass die von Kurt Lewin (1935) aufgestellte Gleichung ($V = f(P, U)$; Verhalten ist eine Funktion von Person und Umwelt) in der Wissenschaft einseitig auf die Person fokussiert und viel zu wenig über die Charakteristika und Wirkungen der Umwelt bekannt sei (Bronfenbrenner, 1981). In seinen Arbeiten untersuchte er die menschliche Entwicklung als Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt, wobei er Entwicklung als „dauerhafte Veränderung der Art und Weise, wie eine Person die Umwelt wahrnimmt und sich mit ihr auseinandersetzt“ definierte (ebd., S. 19). Dabei waren für ihn die soziale und kulturelle Umwelt als äussere Bedingungen unter denen Kinder heranwachsen von besonderem Interesse.

der Hominisation hervorgebracht wurde. Daher wird im Tree of Science die **Ökologie** im Rahmen der **Kosmologie** beschrieben und als physikalischer, biologischer und sozialer Lebensraum des Menschen in dieser Welt, die als Bio-top, als Ort des Lebens gesehen wird, verstanden (Petzold, 2003a, S. 407). Mit dieser Sichtweise geht die Ökosophie einher:

„**Ökosophie** ist der weise/wissende, sorgfältige Umgang mit dem Raum des Lebendigen, der Biosphäre. Das geschieht auf der Grundlage der erlebten Erfahrung und eines verinnerlichteten Wissens, dass wir als menschliche Wesen über unseren biologischen Leib Teil der „Weltökologie“ sind. Die Welt ist unser Lebensraum, in dem wir erleben, dass die Natur schön ist. Wir müssen ein Bewusstsein dafür gewinnen, dass sie kostbar ist, und wir deshalb eine **Ökophilie**, eine „Liebe zur Natur“, zu *unserer* Welt, und eine „Freude am Lebendigen“ entwickeln können.“ (Petzold, 2019e, S. 13, Hervorhebungen im Original)

Unter dem Blickwinkel der 4E-Perspektiven können Ökosophie und Ökophilie mit den Begriffen der *enaction* und *extension* verbunden werden. Dabei geht es um handelnde Lebenspraxis (*enaction*) und gedankliche Aktionen im Welt- und Situationskontext (*extension*). *Embodiment* und *embeddedness* werden mit dem Begriff der Ökologisation konkretisiert:

„**Ökologisation** ist ein Prozess der komplexen Beeinflussung und Prägung von Menschen/Humanprimaten durch die ökologischen Gegebenheiten auf der Mikro-, Meso- und Makroebene (Nahraumkontext/Ökotox, z. B. Wohnraum, Arbeitsplatz; Grossraumkontext/Habitat z. B. Landschaft als Berg-, Wald-, Meer-, Wüstenregion mit Klima, Fauna, Flora, Stadtgebiet mit Industrien, Parks usw.“ (Petzold, 2006p, S. 11)

Die Verleiblichung der Umwelt/Ökologisation beginnt – wie die Sozialisation – ebenfalls bereits vor der Geburt. Das Ungeborene wächst in der Geborgenheit und Dunkelheit der Gebärmutter heran, es nimmt niederfrequente Geräusche und die Stimme der Mutter sowie die Schwerelosigkeit und Wärme des Fruchtwassers wahr und es wird über die Plazenta mit Nährstoffen und Sauerstoff versorgt (Huppertz, Schott, Linderkamp, 2005). Die Umwelt, in die das Kind hineingeboren wird, ist ein grosser Kontrast dazu: Helligkeit, Schwerkraft, ungewohnte Geräusche, wechselnde Temperaturen und neue taktile Erfahrungen prägen die Ankunft in der Welt³⁷. Auch wenn im späteren Leben keine bewussten Erinnerungen an diese Zeit vorhanden sind, sind in den „Archiven des Leibes“ (Petzold, Orth, 2017a) auch diese Erfahrungen gespeichert. Nicht immer sind es positive Erfahrungen aus dem postnatalen Nahraum des Säuglings mit seinen Pflegepersonen, manchmal sind es auch traumatische Erlebnisse. Die „leibhaftigen Erfahrungen“ von Schmerzen und Gewalt können die Genregulation verändern; in den Worten von Bessel van der Kolk (1994): „*The body keeps the score*“ (zit. n. Petzold, 2002j, S. 1071). Die Genregulation wird aber nicht nur durch Negativerfahrungen beeinflusst, sondern auch durch „*fördernde Umwelten*“ (Winnicott, 1965). „Das, was KindertherapeutInnen als „potential space“ (Winnicott), „secure base“ (Bowlby), „safe place“ (Katz-Bernstein), „schützende Insel“ (Petzold) bezeichnen, würde von Entwicklungspsychobiologen als Bedingung für optimale

³⁷ Besonders gross ist dieser Kontrast bei Frühgeborenen, die auf der Neonatologie einem hohen Lärmpegel und starken Lichtreizen ausgesetzt sind. In den letzten Jahren wurde die Lärmbelastung auf der Neonatologie deutlich verringert und die Pflegeaktivitäten gebündelt, um den Kindern Ruhephasen zu ermöglichen, dennoch sind die Frühchen einer starken Belastung ausgesetzt, die nicht alle gleich gut kompensieren können (Huppertz u. a., 2005).

Genregulation betrachtet“ (Petzold, 2002j, S. 1072) und somit für optimale Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung. Es wird deutlich, dass der Mensch als Körper-Seele-Geist-Wesen in Kontext und Kontinuum immer in sozialer *und* ökologischer Lebenswelt eingebettet ist, die den „Boden und Horizont der Erfahrung“ (Husserl) bilden.

Für das Verständnis der Einwirkungen von Umweltreizen auf den Menschen ist der Begriff der **Stimulierung** von zentraler Bedeutung. Stimulierungen sind nicht nur aussenweltbedingte Reizkonfigurationen, sie werden auch durch propriozeptive Wahrnehmungen generiert. Durch Stimulierungen werden Resonanzen im Leibgedächtnis ausgelöst und durch den weiterlaufenden Strom der stimulierenden Information Regulationsprozesse beeinflusst (Petzold, 2006p, Petzold, Sieper, Orth, 2005). Da der Leib ein “Wahrnehmungsorgan“ (Merleau-Ponty) ist, brauchen Menschen für ihre Entwicklung Stimulierung, *multiple Stimulierung*, die alle Sinne anspricht (Petzold, 1988n, S. 196ff.) In Prozessen von **dynamischer Regulation** werden Wirkungen (angemessener) multipler Stimulierung aus der Umwelt und dem eigenen Organismus in Veränderungs- und Entwicklungsprozessen organisiert, strukturiert und integriert (Petzold, Sieper, Orth, 2005; Sieper, 2007b). Adäquate Stimulierung ist für die Ausbildung gesunder Leiblichkeit unerlässlich; demgegenüber wirken Unter- und Überstimulierungen, konflikt-hafte, inkonstante, widersprüchliche Stimulierungen potentiell pathogen, vor allem wenn sie über längere Zeit auf den Menschen einwirken oder keine ausreichende Kompensation möglich ist (Petzold, 1988n).

In der **Ökopsychosomatik** werden die positiven/aufbauenden und negativen/schädigenden Auswirkungen von Kontexten (auf Mikro-, Meso- und Makroebene) auf den Menschen als Körper-Seele-Geist-Wesen im Lebenskontinuum untersucht, um belastende Einwirkungen zu erkennen und Erkrankungen durch „ökologischen Stress“ (Negativstimulierungen aus dem Kontext) entgegenzuwirken (Petzold, 2006p, S. 18). Demgemäss befasst sich die Ökopsychosomatik³⁸ sowohl mit gesundheitsschädigenden Umgebungsfaktoren (z. B. beengte Wohnverhältnisse, Slums, soziale Brennpunkte) und ihren Auswirkungen als auch mit gesundheitsfördernden, entspannenden, stressmindernden Einflüssen von Umwelt und Natur auf den Menschen.

In Poesie, Musik und Malerei finden sich unzählige Werke, die der Schönheit der Natur, dem innerseelischen Erleben und der Resonanz auf die Sinnlichkeit und Weisheit der Natur Ausdruck verleihen (Petzold, Orth-Petzold, Orth, 2013a). Mit naturtherapeutischen Methoden soll die Freude am Lebendigen wieder geweckt werden und der ‚leibhaftige Kontakt‘ mit der Natur um uns und in uns wieder erschlossen werden. An dieser Stelle soll ein Gedicht von Muriel Rukeyser (1995, S. 253) stehen, das der Natur, der wir angehören und die wir sind sowie unserer Erfahrung der Zwischenleiblichkeit in konzentrierter Form Ausdruck verleiht:

ISLANDS

O for God's sake
they are connected
underneath

³⁸ Auch hier wird der Begriff der Psychosomatik nicht in der Bedeutung von psychogenetisch (also durch psychische Vorgänge verursacht) aufgefasst, vielmehr soll damit zum Ausdruck kommen, dass psychologische und somatische Phänomene auf leiblicher Ebene verbunden und integriert und nur „zwei Seiten des gleichen Vorgangs“ sind (vgl. Preuss, 1995; siehe auch Egger, 2017).

They look at each other
across the glittering sea
some keep a low profile

Some are cliffs
The bathers think
islands are separate like them

In der Psychotherapie findet die ökologische Dimension der Leiblichkeit erst wenig Berücksichtigung. Aktuelle Forschungsergebnisse (siehe z. B. Brinker, Petzold, 2019; Eisenhardt, 2008; Flade, 2010) und der Ansatz der 4E-Perspektiven zeigen deutlich auf, dass dieser Dimension für das Verständnis von Lernen und Entwicklung, Gesundheit und Krankheit mehr Bedeutung zukommen müsste, als dies bisher der Fall ist. Die Integrative Therapie mit dem biopsychosozialökologischen Ansatz vertritt hier eine besondere Position, indem sie von einer lebensweltbezogenen und politisch und ökologisch verantwortlichen Humantherapie spricht.

5 Leibliche Erfahrungen der Depression

Das Erleben unserer Leiblichkeit ist nicht statisch, es ist wandelbar und facettenreich. Wir sind uns unserer Leiblichkeit auch nicht immer bewusst, können sie aber bewusst wahrnehmen und in den Fokus stellen. Während Phasen von Depression verändern sich nicht nur einzelne Emotionen oder Kognitionen, sie kann sich durch Veränderungen in allen Dimensionen und Qualitäten des Leibes bemerkbar machen. Im Buch „Experiences of Depression“ von Matthew Ratcliffe (2015) wird versucht, auf Basis einer Online-Befragung die Phänomenologie der Depression besser zu erfassen. Dieses Buch hat mich zur vorliegenden Arbeit inspiriert, da sich die phänomenologische Zugangsweise und die implizierte 4E-Perspektive von Ratcliffe für eine Verbindung mit dem komplexen Leibbegriff der Integrativen Therapie geradezu anbieten. Nach schriftlicher Rücksprache mit dem Autor konnte ich den Fragebogen einsetzen, der von Ratcliffe und den Kolleginnen und Kollegen an der Durham University (Department of Philosophy) 2011 verwendet worden war und dessen Ergebnisse in der Publikation von 2015 vorliegen.

Meine Befragung machte ich nicht mit dem Anspruch auf eine repräsentative Erhebung, vielmehr soll sie einen Einblick in das Erleben von Menschen ermöglichen, die Erfahrungen mit Depressionen haben. Von Juni bis Dezember 2020 füllten zwölf Personen den Fragebogen vollständig aus. Die Antworten waren zum Teil sehr ausführlich und detailliert, zum Teil kurz und stichwortartig. Im Wissen darum, wie schwierig es ist, das Erleben von Depressionen zu beschreiben und wie stark das Denken und Wollen eingeschränkt sein können während einer Depression³⁹, bin ich sehr dankbar dafür, dass die Teilnehmenden die Energie aufgebracht haben und ihre Antworten schriftlich ausformulierten.

³⁹ Dies ist vergleichbar mit der Durham Studie: „Most DQ respondents offered detailed and nuanced descriptions of their experiences, even though some who self-identified as ‘currently depressed’ also wrote that they were barely able to think or act“ (Ratcliffe, 2015, S. 28).

Die Antworten aus der Online-Befragung wurden als Textdokumente abgespeichert und in Anlehnung an strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Gläser-Zikuda, 2013; Kuckartz, 2018; Mayring, 2008) ausgewertet, wobei in einem Top-Down-Verfahren theoriegeleitet Kategorien entwickelt und angewendet wurden⁴⁰. Durch die Fragen im Fragebogen war die Zuordnung zu den Kategorien in vielen Fällen bereits vorgegeben. Zum Beispiel wurden zur Frage: „Wie fühlt sich Ihr Körper während einer depressiven Phase an?“ mehrheitlich Aussagen gemacht, die als „körperliche Erfahrungen“ codiert werden konnten. Die Antworten wurden jedoch nicht automatisch codiert, sondern vielmehr aufgrund ihres inhaltlichen Gehalts zugeordnet. Da die Zahl der Teilnehmenden klein ist, können die Aussagen nicht verallgemeinert werden und es werden auch keine quantifizierenden Angaben gemacht. Die Zitate in den folgenden Abschnitten geben einen Eindruck von den beschriebenen Erfahrungen und basieren alle auf der Online-Befragung, die ich im Jahr 2020 durchführte. Zur Kennzeichnung der Teilnehmenden habe ich genderneutrale Pseudonyme vergeben⁴¹.

5.1 Körperliche Erfahrungen

Die Teilnehmenden an der Online-Befragung schildern ihr körperliches Befinden während depressiven Phasen als müde, energielos, kraftlos, träge und schwer, sehr schwer. Die Schwere des Körpers trägt für einige zum Erleben von Müdigkeit und Kraftlosigkeit bei. Sie kann auch dazu führen, dass es kaum möglich erscheint (oder ist), morgens aus dem Bett zu kommen.

Ich wollte den ganzen Tag im Bett bleiben. (Dominique)

Keine Kraft, müde, träge, keine Interessen, müde, schwer; nur schlafen, nicht duschen, nicht essen, nichts. (Simone)

Mehrere Personen geben demgegenüber an, dass ihr Schlaf schlecht sei⁴². Dies kann bedeuten, dass sie nicht einschlafen können, nachts mehrmals aufwachen und länger wachliegen oder auch, dass sie frühmorgens aufwachen und nicht mehr einschlafen können.

Neben Müdigkeit und Kraftlosigkeit erleben einige Personen auch Gefühle der Lähmung bis hin zu Gefühllosigkeit und Taubheit gegenüber allen Empfindungen. Das Gefühl der Kraftlosigkeit und Schwäche kann sich aber auch als verringerte Körperspannung zeigen:

Kraftlos, schlapp. Viel weniger Körperspannung. Mache eher einen Buckel. Müde. Ich versuche in Akutsituationen dem Gegenüber wie eine Schauspielerin nach aussen zu zeigen, wie ich mich fühle, wie es aussehen würde: In mich eingebrochen, eingeknickt, kraftlos. (Yael)

⁴⁰ Die Analyse erfolgte mit der Software MAXQDA Analytics Pro 2020.

⁴¹ Die kleine Anzahl der Teilnehmenden erlaubt keine Rückschlüsse auf Geschlechtsunterschiede bei den Antworten. Dies wäre selbstverständlich ebenfalls eine bedeutsame Fragestellung, wie die Gendermedizin zeigt (Steck, Marxt, Candinas, Beck Schimmer, & Gebhard, 2020). Von den 12 Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, haben zehn ihr Geschlecht als weiblich und zwei als männlich angegeben, die offene Kategorie bei den Antwortalternativen wurde von niemandem gewählt.

⁴² Der Schlaf könnte auch als ein Aspekt des Zeitleibs betrachtet werden, da er als rhythmischer Prozess „zeitkonstituierend“ ist, vergleichbar dem Ein- und Ausatmen, Tag und Nacht, so auch Schlafen und Wachen (Fuchs, 2015b). Als Rhythmus des Leibes gehört der Schlaf zur präreflexiven, organismischen Leibzeit (Petzold, 2003a, S. 234). In diesem Kontext wurde der Schlaf als biologischer Rhythmus unter dem Aspekt der körperlichen Erfahrung gefasst (Fuchs, 2008, S. 267).

Zwei Personen geben an, sie verspürten einen Druck auf der Brust oder in der Herzgegend, der teilweise Atemschwierigkeiten zur Folge hat. Ebenso schildern zwei Personen Schwierigkeiten zu essen und einen damit einhergehenden Gewichtsverlust.

Weitere Erfahrungen, die jeweils nur von einer einzelnen Person genannt werden, sind: Innere Unruhe, Verkrampfungen, Würgen im Hals, nächtliches Schwitzen, unreine Haut, Verminderung der Intensität des Farbsehens. Ebenfalls eine Person gibt an, sie habe keine Veränderung im körperlichen Erleben wahrgenommen.

5.2 Zeitliche Erfahrungen

In diesem Abschnitt werden alle Erfahrungen zusammengefasst, die sich auf das Zeiterleben beziehen und damit die aspektiven, retrospektiven und prospektiven Bereiche des Zeitleibs betreffen.

Für die gegenwartsbezogene / aspektive Wahrnehmung von Zeit wird von vier Personen gesagt, dass die Zeit langsamer vergehe:

Sie [die Zeit] vergeht langsamer, als wäre ich in einer Blase. (Nicola)

Der Moment fühlt sich wie eine Ewigkeit an. (Cato).

Jemand beschreibt, dass die Zeit sehr schnell vergehe, da es so viel Zeit brauche, um eine Entscheidung zu treffen und mit dem Gedankenkreisen und der Entscheidungsfindung die Zeit unbemerkt verstreiche. Neben diesen Gefühlen von Verlangsamung oder Beschleunigung des Zeiterlebens gibt es auch ein Gefühl, dass die Zeit in einem nicht enden wollenden Kreis gehe. Eine Person beschreibt, dass die Zeit im Moment sehr langsam vergehe, rückblickend aber viel schneller als in nicht depressiven Phasen. Ebenfalls als Kombination von aspektiver und retrospektiver Erfahrung kann die folgende Aussage eingeordnet werden:

Ich hinterfragte mein ganzes Leben und bekam nie eine Antwort darauf. (Ira)

Es scheint, als ob der Zugang zum „Leibgedächtnis“ verschüttet wäre und kein Sinn im eigenen Leben gefunden werden könnte (vgl. Petzold, 2018, S. 43).

Das Gefühl, in der Gegenwart nicht weiterzukommen, kann sich auch auf den prospektiven / zukunftsbezogenen Aspekt des Zeitleibs auswirken.

In einer depressiven Phase hat man das Gefühl, nicht mehr weiterzukommen im Leben. Es scheint ein Tunnel ohne Ende zu sein. Während einer guten Phase hat man ein Ziel vor Augen, welches man erreichen will und die Aufgabe auch mit Freude und viel positiver Energie angeht. (Billie)

Der Verlust von Zielen und Hoffnung führt bei einer Person dazu, dass sie sich wünscht, das Leben würde einfach aufhören. Diese Aussage hat mit einem Verlust der Zukunftsperspektive zu tun, mit einem Abhandenkommen des Möglichkeitsraums, der sich durch Zukünftiges entwickelt⁴³.

⁴³ Zum Möglichkeitsraum schreiben Stefan und Petzold (2019): „Zur-Welt-sein und Existieren bedeutet, in einer Art Entwurf auf Zukünftiges hin zu sein. Das Leib-Subjekt ist intentional stets auf einen Möglichkeitsraum hin entworfen“ (S. 6).

Ich fragte mich dauernd, was aus mir werden sollte. Ich hatte absolut keine Hoffnung für die Zukunft. In der Depression betrachte ich das Leben als Zumutung und wäre froh, es würde einfach aufhören. (Kim)

Zwei Personen beschreiben, wie gross der Unterschied zwischen *interner* und *externer* Zeit für sie ist. Dabei geht es um Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld, die ihr Erleben in Frage stellen:

Ich hörte oft, wenn ich z. B. sagte, dass ich nicht schlafen kann oder mich alles belastet: „Solche Tage hat jeder mal.“ Aber diese Tage hörten nie auf. (Ira)

Ich weiss nicht, was die anderen Menschen von Depressionen halten und wie sie dazu stehen. Kenne nur die Version meiner Mutter: „Nun sind bereits zwei Monate vergangen, jetzt musst Du wieder auf die Beine kommen und wieder funktionieren. Das kann ja nicht so weitergehen.“ (Luan)

Hier ist eine deutliche Diskrepanz spürbar zwischen dem eigenen Zeiterleben und der Wahrnehmung durch die Umwelt. Sehr wahrscheinlich würde Luan auf einer rein sachlichen (kalendrischen) Ebene der Aussage der Mutter zustimmen, dass zwei Monate vorbeigegangen sind. In der Aussage der Mutter, dass die Depression nach zwei Monaten vorbei sein sollte und es jetzt nicht mehr so weitergehen könne, ist ein starker Imperativ enthalten. Dieser bringt einerseits die Ungeduld, andererseits aber auch eine Hilflosigkeit des sozialen Umfelds im Umgang mit Angehörigen mit einer depressiven Erkrankung zum Ausdruck.

5.3 Erfahrungen im sozialen und kulturellen Kontext

Die Auswertung der Antworten zeigt in Bezug auf den sozialen und kulturellen Kontext bei sechs der zwölf Teilnehmenden besonders ausführliche und vielseitige Schilderungen. Dies mag daran liegen, dass die Kategorie etwas weniger scharf abzugrenzen ist als die körperlichen und zeitlichen Erfahrungen. Es kann aber auch sein, dass es für die Teilnehmenden zu diesem Aspekt mehr Inhalte zu berichten gibt, da ihnen dazu schon mehr aufgefallen ist oder sie sich schon mehr Gedanken dazu gemacht haben. Die Erfahrung von „Ich-Selbst-mit-Anderen-in-der-Welt“ verändert sich während depressiven Phasen. In den Schilderungen sind drei Hauptdimensionen erkennbar: die Zwischenleiblichkeit, soziale Repräsentationen und soziale Unterstützung.

Bei den Erfahrungen der Zwischenleiblichkeit geht es darum, wie ich mich im Zusammensein mit anderen Menschen fühle, um leibliche Kommunikation und Affizierbarkeit. Affizierbarkeit heisst auch, dass ich wahrnehme, wie andere Menschen auf mich wirken und wie ich mit diesen Eindrücken umgehe, wie ich sie einordne. Der Grundtenor der Aussagen ist, dass es ein Gefühl der Distanz und Trennung gibt von anderen Menschen:

Es wirkt alles als wäre es weit, weit weg von mir. Manchmal fühlt es sich an, als wäre man unsichtbar. (Nicola)

Ich fühle mich komplett getrennt von anderen Menschen, auch wenn wir im Kontakt sind. In mir ist ein Zustand des Ausgeschlossenenseins, weil niemand nachempfinden kann, wie ich fühle. (Kim)

Wie von Kim ausgedrückt, fühlen sich viele unverstanden von ihren Mitmenschen. Manche fühlen sich nicht akzeptiert oder auch abgelehnt:

Man hat das Gefühl, sie verstehen einen nicht. Sie würden auf Abstand gehen. (Andrea)

Leute scheinen grundlos böse oder gleichgültig gegenüber einem zu sein. (Janis)

Ich habe das Gefühl, dass mich alle nicht mögen auf dieser Welt. (Luan)

Als würde kein Mensch mich mögen oder mich überhaupt sehen. (Simone)

Gleichzeitig haben einige den Eindruck, dass sie den Mitmenschen nicht mehr gerecht werden, schneller gereizt sind oder die Fehler bei anderen suchen. Das Zusammensein mit anderen Menschen wird als anstrengend beschrieben, einerseits, weil man nicht sich selber sein könne, andererseits, weil die soziale Situation rasch zu einer Reizüberflutung und Überforderung führe.

Viele Menschen überfordern mich, ich bin abgelenkt und reizüberflutet. (Dominique)

In Gesellschaft ist es einfach anstrengender, da ich nicht „ich“ sein kann. (Erin)

Einzelne geben an, dass sie ihre Mitwelt als leidend wahrnehmen während depressiven Phasen. Dies kann sich auf Menschen aber auch auf alle Lebewesen beziehen:

Obwohl mir bewusst ist, dass andere Menschen in diesem Moment nicht depressiv sind, wirken die meisten Menschen irgendwie trotzdem so, als wären sie es. (Cato)

Ich war immer mit meinem Hund unterwegs in dieser Zeit und schämte mich lange dafür, dass ich ein Mensch war und so viele Tiere leiden müssen wegen den Menschen. Jedes Tier, das ich sah, wollte ich am liebsten mit nach Hause nehmen, damit es kein Leid ertragen muss. (Ira)

Es kann aber auch umgekehrt die Vorstellung bestehen, dass für alle anderen Menschen das Leben leicht sei, ihnen alles gelinge, es ihnen gut gehe und nur man selbst sei unfähig, mit dem Leben klarzukommen. Diese Erfahrungen führen bei den meisten dazu, dass sie mehr Zeit für sich alleine möchten und sich zurückziehen. Niemand oder nur die nächsten Angehörigen werden als „erträglich“ erlebt.

Keinen Menschen treffen, auch meinen Partner nicht. (Yael)

In dieser Zeit habe ich mich von meinen Freunden distanziert. Ich wollte nur meine Familie. (Ira)

Für einige wirkt die Welt insgesamt bedrohlich und der Gedanke an das Verlassen der eigenen vier Wände löst Angst aus.

Die Welt ausserhalb der Wohnung ist mühsam und anstrengend. Fast bedrohlich, da so viel passieren könnte, wenn man die Wohnung verlässt. (Dominique)

Eine Person schildert, dass sie für einige Wochen in einer Klinik war. Diese Zeit habe sie als hilfreich erlebt, vor allem auch, weil „dort alle das gleiche Leid hatten und ich mich verstanden fühlte“ (Ira).

Die Erfahrung, dass man „nicht sich selber sein“ könne, bringt auch zum Ausdruck, dass die Erwartungen der Mitmenschen, die kollektiven Kognitionen als divergent vom eigenen Erleben wahrgenommen werden. Hier wird spürbar, was die Teilnehmenden an der Online-Befragung als „soziale Repräsentationen“⁴⁴ in Bezug auf Menschen mit einer Depression wahrnehmen. Mehrmals wird davon berichtet, dass Aussenstehende ein anderes „Bild von Depressiven“ hätten oder dass man quasi „in eine Schublade“ gesteckt werde, die nicht passend sei.

Dinge, die man sonst nebenbei tun konnte, sind plötzlich unglaublich anstrengend und stellen gar ein Hindernis dar. Das verstehen Aussenstehende oft nicht, da es sonst eben geklappt hat und äusserlich ist doch alles in Ordnung. Das erscheint dann dem anderen als Ausrede. (Dominique)

Für den Betrachter passen Schein und geäußerte Gefühle nicht zusammen. Ein Gips am Bein wird gesehen und das Gegenüber kann nachvollziehen, dass eine Krankheit besteht, mit eingeschränkter Mobilität und Schmerzen. In die Seele schaut man nicht und kann dieses Leid nicht sehen und somit auch nicht "beweisen". (Dominique)

Depressiv muss nicht heissen, äusserlich das Erscheinungsbild eines Depressiven abgeben zu müssen. (Janis)

Ich habe das Gefühl, die Menschen um mich herum nicht stören zu wollen, sie könnten denken, ich sei nicht ganz dicht bzw. ich sei eine Dramaqueen. (Luan)

Immer wieder werden auch subjektiv-mentale Repräsentationen angesprochen, die davon handeln, wie wir in unserer Gesellschaft zu „funktionieren“ hätten. Es wird befürchtet, die Kraftlosigkeit und die Schwierigkeiten, Handlungen zu planen und umzusetzen⁴⁵, würden von Aussenstehenden als ‚Schwäche‘, oder ‚keine Lust zu arbeiten‘ hingestellt. Dass diese Befürchtungen nicht aus der Luft gegriffen sind, zeigt eine aktuelle Analyse der Darstellung depressiver Erkrankungen in (Online-) Medien. Die Stigmatisierung von Menschen mit Depressionen basiert auf Ignoranz und negativer Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen (Nadja Baer, Sikorski, Lupp, Riedel-Heller, Schomerus, 2016). Im folgenden Beispiel sind die Bedenken und Ängste zusätzlich mit Selbstzweifeln und Selbstabwertung verbunden:

Ich fand, ich sei in meiner beruflichen Tätigkeit total unzureichend. Ich hatte Angst, dass alle sehen, wie wenig ich taugte. Vor dieser Beschämung hatte ich Angst. (Kim)

Eine Person formuliert explizit, dass sich ihre eigene Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Erfahrung der Depression verändert habe:

Man lernt [durch die Depression] das Leben anders kennen. Ich kann mich sehr gut in andere Menschen einfühlen und habe keine Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen. (Billie)

Zusätzlich zu den sozialen mentalen Repräsentationen werden auch Aspekte der sozialen Unterstützung angesprochen. Meist sind es Menschen aus dem nahen Umfeld (Familie, manchmal

⁴⁴ Im Integrativen Ansatz wird – wie weiter oben bereits dargestellt – nicht von Vorurteilen oder Stereotypen, sondern von sozialen Repräsentationen bzw. komplexen sozialen Repräsentationen gesprochen.

⁴⁵ Äusserungen zu Kognitionen und Volitionen werden im Abschnitt 5.4 berichtet.

nahe Freundinnen oder Freunde), die konkrete Hilfe leisten: im Alltag, im Haushalt, bei Erledigungen, bei Entscheidungen und die auch durch ihre Präsenz Vertrauen und Zugehörigkeit vermitteln.

Meine Schwester musste mich bei den einfachsten alltäglichen Sachen unterstützen. Z. B war ich total überfordert als ich meinen Hund an der Leine hielt und ein Zugticket lösen wollte...es ging nicht... (Ira)

Ich hatte immer Menschen um mich, die mir ihre Nähe schenkten und mich ertrugen oder sogar gern mit mir zusammen waren, mir Hilfe anboten, an mich glaubten, als ich den Glauben an mich verloren hatte. Dafür bin ich sehr dankbar. (Kim)

Dass es für das soziale Umfeld nicht nur einfach ist, wird von Yael zum Ausdruck gebracht:

Auch finde ich es wichtig zu erwähnen, wie schwierig es für nahestehende Personen sein kann, eine psychisch angeschlagene Person im Umfeld zu haben. (...) Schwierig ist es auch, wenn sich die Person keine Hilfe holt. Aber auch sonst ist es sehr schwierig, weil man häufig nicht weiss, wie man die Person heute wieder antrifft. Es ist für die Umstehenden genauso wie für die Betroffenen immer sehr schwierig. (Yael)

Damit schliesst sich der Kreis wieder zur Zwischenleiblichkeit, da auch das Umfeld affiziert wird durch die depressive Erkrankung und ihre Auswirkungen auf das ganze Leben und Erleben.

5.4 Erfahrungen zu weiteren Qualitäten der Leiblichkeit

Für die Diagnose der Depression nach ICD-10 sind vorwiegend affektive und kognitive Symptome ausschlaggebend (vgl. Abschnitt 2.2). In der Auswertung der Online-Befragung wurde daher bewusst zuerst der Fokus auf körperliche, zeitliche und soziale Erfahrungen der Depression gelegt. Im Folgenden sollen nun noch einige Zitate zu den affektiven, kognitiven und motivational-volitiven Erfahrungen der Depression berichtet werden. Dass dabei Überschneidungen zwischen den verschiedenen Kategorien vorkommen, liegt in der Natur der Sache, wie Definitionen von Emotion, Kognition und Motivation / Volition zeigen. In der Integrativen Therapie wird davon ausgegangen, dass Emotionen stets in eigenleiblich gespürten Regungen (z. B. Herzschlag, Spannung, Zittern) und Empfindungen (Durst, Hunger, Schmerz) gründen. Sie sind ein Synergem körperlich/physiologischer, subjektiv-psychologischer, geistig/kognitiv-reflexiver, behavioral-aktionaler und sozio-ökologischer Komponenten und kommen als Verhalten zum Ausdruck (Petzold, 2003a, S. 613ff.). Es ist ein Lernprozess, durch den in der kindlichen Entwicklung Emotionen differenziert und benannt werden können und der es ermöglicht, über Emotionen zu sprechen.

Zu den Emotionen und Stimmungen, die am häufigsten genannt werden, gehört die Trauer. Manche schildern, dass sie sehr viel weinen, sehr schnell in Tränen ausbrechen. Zudem wird beschrieben, dass nichts mehr Freude bereite.

Grosse Trauer. Nicht mehr aufhören können zu weinen. Es nimmt einem die Freude am Leben. Es ist anstrengend, sich ständig mit Traurigkeit durch die Tage zu schleppen. (Luan)

Plötzlich Heulkrämpfe wegen Kleinigkeiten. (Dominique)

Eine weitere wichtige Emotion ist die Angst. Verschiedene Personen berichten von Angstgefühlen, die sich eher diffus zeigen oder auf konkrete Situationen beziehen.

Die Angstgefühle sind auch sehr schwierig zu beschreiben. Weil es ist ja alles sicher für den gesunden Menschen, wovor also Angst haben? (Kim)

Angstzustände, die sich folgendermassen zeigen: Man hat Angst rauszugehen, ÖV zu benutzen etc. (Billie)

Einerseits werden auch starke Stimmungsschwankungen angesprochen, andererseits gibt es die Erfahrung der Abwesenheit von Emotionen und Gefühle der Gefühllosigkeit und Leere.

Schwankende Stimmung, hoch-tief (Andrea)

Veränderung von Gefühlslage findet grundsätzlich nicht statt. (Cato)

Ich fühlte mich tot an. (Ira)

Ich merke gerade, dass die Depression zu beschreiben sehr schwierig ist. Ich würde sagen, es ist nicht unbedingt ein Gefühl, sondern eher die Abwesenheit von Gefühlen [bzw.] eine mehr oder weniger starke Verschiebung der Stimmung. (Yael)

Es gibt verschiedene Erfahrungen und Beobachtungen, bei denen eine Verbindung von Emotion und Kognition angesprochen sind. So kann es sein, dass man sich zwar an glückliche und positive Ereignisse erinnert, dies jedoch nicht (mehr) empfinden kann:

Die glücklichen Umstände treten in den Hintergrund und sind zwar im Kopf aber nicht fühlbar. (Yael)

Das Selbstwertgefühl kann als die emotionale Dimension der kognitiven Selbsteinschätzung verstanden werden (Petzold, 2009h). Ein negatives Selbstwertgefühl kann entstehen, wenn (fehlende) soziale Interaktionen als Abwertung gedeutet werden. Aus den negativen Gedanken kann auch Selbstmitleid entstehen.

Im Falle einer Depression nahm ich kleinste Dinge wie z. B. das Nicht-zurückschreiben-in-Kürze als starke Schwächung meines Selbstwertgefühls wahr. (Janis)

Grundsätzlich wird eine Tendenz zum Grübeln, zu Gedankenkreisen bis hin zu „Gedankenkarussell“ beschrieben. Die Kognitionen werden als negativ und auf die Depression fixiert wahrgenommen.

Ich habe den Eindruck, mein Denken ist nicht mehr flüssig. Die Gedanken kreisen immer um meinen Zustand. Ich denke an nichts Anderes. (Kim)

Ich hatte oft negative Gedanken und diese gingen nie fort. Mein Kopf war negativ eingestellt zu allem und jedem. (Ira)

Eine weitere Veränderung im Denken betrifft die Konzentration. Immer wieder werden Konzentrationsstörungen im weiteren Sinn benannt. Diese können sich in sprunghaftem Denken, Abschweifen, Vergesslichkeit und Schwierigkeiten bei der Handlungsplanung und -umsetzung zeigen.

Sprunghafte Gedankensprünge von einem Thema zum nächsten, bis der Hauptgedanke vergessen ist. (Erin)

Die Konzentration liess nach. In heftigen Phasen irrte ich sozusagen fast umher, auch bei der Arbeit. Ich konnte nichts aufschreiben oder formulieren, hatte auf einmal keinen blassen Schimmer mehr über mein Sein. Arzttermine wurden schwierig, weil ich nicht mehr [zusammenhängende Gedanken] liefern konnte. (Yael)

Beim Planen und Umsetzen von Handlungen ist ein Zusammenspiel von Kognition, Motivation und Volition notwendig. Es gibt verschiedene Aussagen dazu, dass während depressiver Phasen „die Motivation“ fehle⁴⁶. Im Alltag wird dieser Ausdruck verwendet, um auszudrücken, dass zu wenig Antrieb oder Energie vorhanden ist und möglicherweise auch keine Zielverfolgung vorstellbar sei.

Bei der Arbeit kommt man seinen Pendenzen nicht mehr nach, weil der Antrieb fehlt, um etwas in Angriff zu nehmen. Zu Hause stapeln sich in der Küche die Teller vor dem Geschirrspüler. (Billie)

Für mich machen logisch-rationale Lösungen absolut Sinn und ich kann diese „normalerweise“ auch befolgen. Doch während einer depressiven Phase und bei vollstem Bewusstsein für diese logisch-rationale Lösungen fällt es mir sehr schwer, sie umzusetzen, bzw. überhaupt den ersten Schritt in diese Richtung zu tun. (Cato)

Sie [die Depression] stoppt meinen Antrieb, etwas zu machen oder anzufangen. (Luan)

Dieser fehlende Antrieb wird oft auch als Willensschwäche erlebt. Zusammen mit Entscheidungsunfähigkeit und fehlendem Durchhaltevermögen kann dies als „dysfunktionaler volitiver Stil“ (Petzold, Sieper, 2008c, S. 517) bezeichnet werden⁴⁷. Sehr treffend hat dies eine Patientin von mir einmal folgendermassen ausgedrückt: „Das Wollen ist kaputt.“

Eine Handlung zu initiieren fällt schwer. Es kommt vor, dass die Frage, ob ich jetzt den Tisch decken soll oder nicht, schwierig zu beantworten ist. (...) Es ist immer die Frage, ob ich mich gehen lasse, mich zu wenig am Riemen reisse. Gleichzeitig weiss ich nicht, woher ich die Kraft nehmen soll, mich am Riemen zu reissen. (Kim)

In einem Zitat von Billie wurde es bereits angesprochen: In einer solchen Verfassung wird es sehr schwierig, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Meist wird versucht, Arbeit so lang als möglich weiter zu leisten und Verpflichtungen zu erfüllen.

Das Arbeiten ging immer, da funktionierte ich einfach, da lief alles automatisch. (Yael)

Diesbezüglich ist zu sagen, dass ich routinemässige Angelegenheiten weiterhin präzise bearbeitete, ich meine Ideen, Ausflüge etc. aber nicht verwirklichte. Somit blieb meist nur die Freizeit auf der Strecke. (Janis)

Ich lebte zuerst normal weiter, ging arbeiten und alles. Ich verdrängte, dass ich krank war und kämpfte mich durch den Alltag. (Ira)

⁴⁶ Zum Begriff der Motivation siehe z. B. Rheinberg (2009)

⁴⁷ Der Wille wird in der Integrativen Sicht als Synergem verstanden, als ein Produkt mehrerer zusammenwirkender Systeme (Kognition, Motivation, Emotion, siehe Petzold, Sieper, 2008c).

In diesen Berichten wird der „Arbeitsleib“ (Petzold, Orth, 2017a) in seiner ökonomischen Qualität spürbar. Die Arbeitskraft kann weiterhin mobilisiert werden; die Schilderungen zeugen jedoch von einer zunehmenden Entfremdung vom Leib, der sozusagen verdinglicht und zur funktionierenden Maschine wird. Dadurch geht die Verbundenheit mit der Welt zunehmend verloren. Zum Abschluss seien hier noch ein paar Zitate angefügt, die einer ökologischen Dimension der Leiblichkeit zugeordnet werden können.

Die Welt ist verschwommen und trüb. (Billie)

Die ganze Welt fühlte sich schrecklich an. (Ira)

Die Welt sieht dunkel aus und ich fühle mich nicht. (Simone)

Dieses letzte Zitat hat meiner Arbeit den Titel gegeben, da für mich darin auf sehr ergreifende Weise zum Ausdruck kommt, wie sehr Simone die Leiblichkeit als embodiment und embeddness verloren gegangen ist und wie verloren sie sich im Leben und in dieser Welt fühlt.

Diese Aussagen sollen hier noch ergänzt werden mit einer Ermutigung, die einen Ausblick auf das gibt, was als heilsam erlebt wird:

Hinaus in die Natur, immer wieder laufen gehen, sich aufraffen, darin liegt viel Sinn, es ist ja auch so sinnlich. (Kim)

Wie bereits im Abschnitt über den ökologischen Leib angesprochen, können sinnliche Naturerfahrungen ihren Ausdruck in Malerei, Musik und Poesie finden. Beim Lesen des Gedichts „Schneeglöckchen“ von Louise Glück (2020, S. 18) klingen innere Erfahrung mit Natur- und Umwelterfahrung zusammen.

SNOWDROPS

Do you know what I was, how I lived? You know
what despair is; then
winter should have meaning for you.

I did not expect to survive,
earth suppressing me. I didn't expect
to waken again, to feel
in damp earth my body
able to respond again, remembering
after so long how to open again
in the cold light
of earliest spring –

afraid, yes, but among you again
crying yes risk joy

in the raw wind of the new world.

Das Erleben von Verzweiflung, Einsamkeit und Perspektivenlosigkeit findet im Bild des Winters seinen Ausdruck. Sich nicht vorstellen können, dass der „Körper wieder antworten kann“ und dann zu erfahren, dass im prozessualen Zeitfluss des Lebens ein neuer Frühling beginnt, der mit Freude begrüßt wird – auch wenn der Wind immer wieder rau sein mag. Diese Zyklen der Natur und des Lebens können eine Inspiration für das eigene Werden und Gedeihen, für Entwicklung und Wachstum sein, gerade auch in Zeiten, in denen das Leben kaum zu spüren ist.

6 Integrative Leibtherapie bei Depressionen

Für die Integrative Leibtherapie bei Menschen mit Depressionen gibt es bereits eine Vielzahl von Publikationen. In den Grundlagenartikeln von Petzold (2014h, 2014i, 2014m, 2014s) wird wiederholt aufgezeigt, dass Depressionsbehandlungen auf der somatischen, kognitiven, emotionalen, volitionalen, sozialen und ökologischen Ebene ansetzen und ein „Bündel von Massnahmen“ (Petzold, 2014i) umfassen sollen. Hinter diesem Ansatz steht die anthropologische Theorie von Krankheit mit dem Konzept der *multiplen Entfremdung* (Petzold, 1994c/2015; 2003a; 2005r/2010). Dabei wird nicht linearkausal von einer einzelnen, zentralen Entfremdungsursache ausgegangen, sondern es werden „gleichursächliche, interferierende, *multiple* Entfremdungsdimensionen von *einstmals Vertrautem* aufgezeigt (Petzold, 1994c, S. 153). Als Entfremdungsdimensionen nennt Petzold (ebd.):

- die Entfremdung vom Leib,
- die Entfremdung von der Lebenszeit,
- die Entfremdung von der Zwischen-leiblichkeit, d. h. vom Mitmenschen,
- die Entfremdung von der Arbeit,
- die Entfremdung von der Lebenswelt,
- die Entfremdung von der Natur,
- die Entfremdung von der Dimension der Werte.

Diese Dimensionen sind nicht nur für das Verständnis für die Ursachen von Krankheit zentral, sondern auch für die praktische agogische und therapeutische Arbeit.

„Störungen entstehen aus Sicht der Integrativen Therapie u. a. durch *multiple Entfremdung*, die auch zu psychischer, somatischer, ökopsychosomatischer Krankheit führen kann. Um sie zu lindern, ist die Reduktion bzw. Beseitigung von Entfremdendem und Ermöglichung von (multiplen) Zugehörigkeiten erforderlich – darin liegen die Aufgaben von Therapie, Agogik und Kulturarbeit.

Leiborientierte Therapie heisst also keineswegs nur Körpertherapie, und leiborientierte Psycho-Therapie behandelt keine isolierten Psychen in Körpern, die von sozialen und ökologischen Kontexten/Kontinua losgelöst sind.“ (Stefan, Petzold, 2019, S. 7f.)

In Abschnitt 6.2 werden in konsequenter Fortführung des bis hierher Ausgeführten therapeutische Ansätze zu den einzelnen Dimensionen der Leiblichkeit beschrieben. Bevor jedoch auf konkrete einzelne Beispiele und Hinweise eingegangen wird, soll im nächsten Abschnitt zuerst das Thema der Empathie in der therapeutischen Beziehung erörtert werden.

6.1 Die therapeutische Beziehung – Fragen der Empathie

Wenn in der anthropologischen Theorie die Entfremdung als zentrales Moment für die Entstehung von Krankheit angeführt wird, so kommen als Gegenstrategien die Förderung von Zugehörigkeit und Verbundenheit zum Tragen (Petzold, 1994c; 2019d/2020c). „*Das wichtigste Instrument der Therapie ist der Therapeut.* (...) Der Therapeut wird mit seiner ganzen Person zur *Intervention*, nicht nur mit seinen Worten oder Gesten“ (Petzold, 1980g/2013, S. 278). Dass die „therapeutische Beziehung“ der bedeutsamste Wirkfaktor der Psychotherapie ist (und demzufolge bei den 14 plus 3 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie an erster Stelle steht, vgl. Petzold, Orth, Sieper, 2019e), wurde durch die moderne Psychotherapieforschung mehrfach belegt (vgl. Wampold, Imel, Flückiger, 2018). Die soziale Zugehörigkeit und Verbundenheit werden als grundlegende Notwendigkeiten für den Menschen beschrieben. Die Psychotherapie kann eine Verbindung mit einem zugewandten Menschen anbieten:

„Die kritischen Prozesse in der echten Beziehung hängen vom Einfühlungsvermögen ab. Diese immer wieder aufs Neue zu entwickelnde Bereitschaft, sich auf andere Personen präzise einzulassen, wird als Empathie umschrieben. Empathie ist ein erstaunlich komplexer Prozess, bei dem eine Person durch die Emotion eines anderen betroffen sein und den emotionalen Zustand des anderen bewerten und sich mit dem anderen durch eine Perspektivenübernahme identifizieren kann, ohne überwältigt zu werden. Empathie wird als notwendig für die Zusammenarbeit, das Teilen gemeinsamer Ziele und die Regelung der sozialen Interaktion angesehen.“ (Wampold et al., 2018, S. 90)

Im traditionellen Begriff der Empathie wird Einfühlung im Kontext der Psychotherapie und Supervision mehrheitlich als einseitige Aktivität – von der Supervisorin bzw. vom Therapeuten ausgehend – beschrieben. Dabei werden häufig vor allem die mentalen/kognitiven Aspekte der Empathie betont; die leibliche Dimension der Empathie wird demgegenüber weitgehend vernachlässigt. Ein dritter Kritikpunkt am traditionellen Empathiebegriff ist der fehlende soziale und kulturelle Kontext (siehe auch Staemmler, 2008⁴⁸). In Kontrast dazu wird in der Integrativen Therapie die therapeutische Beziehung als zwischenleibliches Geschehen „empathischer Wechselseitigkeit“⁴⁹ in Kontext und Kontinuum eingeordnet (Petzold, Mathias-Wiedemann, 2019a). „Empathie ist kein von aussen kommendes Gefühl, keine soziale Kompetenz, derer ich mich bediene, sondern ein Gefühl, an dem ich „teil-habe“ im leiblichen Sinne; ich bin Teil des Anderen (être-à-l’autrui) und somit mitbetroffen am Leben anderer“ (Laab, 2011, S. 20). Wesentliche Aspekte der Empathie können folgendermassen zusammengefasst werden:

⁴⁸ In seiner Kritik bedient sich Staemmler weitgehend der Entwicklungen der Integrativen Therapie (z. B. Petzold, van Beek, van der Hoek, 1994 oder Petzold, Müller, 2005/2007) ohne dies ausreichend auszuweisen.

⁴⁹ Lachner (2007) weist mit Bezug zu Schreyögg (1988) darauf hin, dass in therapeutischen Settings in der Regel „eine zumindest partiell asymmetrische Beziehung“ bestehe, da die Patientin / der Patient bzw. die Klientin / der Klient „in einem geschwächten Zustand in den Praxisprozess [eintrete].“ Diese Asymmetrie könne jedoch durchaus „durch Subjekt-Subjekt-Bezogenheit charakterisiert“ sein.“ Sie führt weiter aus: „Eine ‚doppelte Expertenschaft‘, die zugleich um die ‚partielle oder temporäre Asymmetrie‘ weiss, bestätigt und fördert die Integrität des Hilfe suchenden Menschen“ (S. 304f.).

„Empathie kann man als zwischenmenschliches, zwischenleibliches Geschehen verstehen, bei dem es um das differenzierte Erfassen des jeweils Anderen und des eigenen Selbst in Kontext und Kontinuum geht.“ (Petzold, Mathias-Wiedemann, 2019a, S. 25)

Vor dem Hintergrund der 4E-Perspektiven werden therapeutische Prozesse in der Integrativen Therapie als Lernprozesse gesehen, die mit „*korrektiven sensumotorischen, emotionalen, motivationalen, volitionalen, kognitiven* Erfahrungen“ arbeiten, die in anderer Optik auch als „*korrektive soziale bzw. ökologische oder ökopsychosomatische* Lernerfahrungen betrachtet werden können“ (Petzold, Mathias-Wiedemann, 2019a, S. 24, Hervorhebung im Original). Diese korrektiven Erfahrungen im therapeutischen Prozess werden ganz wesentlich durch zwischenleibliche Empathie unterstützt und ermöglicht. Der Ansatz der „komplexen Empathie in der Lebensspanne“ (ebd. S. 28) umfasst entsprechend dem Lernbegriff der Integrativen Therapie nicht nur kognitive Aspekte, sondern weist auch weitere leibliche Dimensionen auf (d. h. emotionale, motivationale, volitionale, somato-sensumotorische und ökopsychosomatische Dimensionen). Differentielle Empathie ist in Zwischenleiblichkeit darauf gerichtet, das Denken des/der anderen zu verstehen, sein/ihr Empfinden und Fühlen aufzunehmen, seine/ihre Willensimpulse zu erfassen und seine/ihre leibliche Befindlichkeit zu erspüren⁵⁰. Diese Art der Empathie ist den Menschen als fungierender Prozess in der Begegnung mit anderen Menschen (in unterschiedlicher Ausprägung in Abhängigkeit von unterschiedlichen Einflussfaktoren) von früher Kindheit an mitgegeben und wird im Leben weiterentwickelt: Das Kind wird von seinen Caregivern (Mutter, Vater, ältere Geschwister, Nanny) *ein-geföhlt* und erlebt dieses Geschehen selbstempathisch mit, ja entwickelt dabei als Resonanz eine Art „Gegeneinföhlung“ (Petzold, Orth, 2017b, S. 911).

In der professionellen und geschulten Empathie wird bewusst auf unterschiedliche Bereiche geachtet, um Stärken und Schwächen, Potenziale und Defizite zu erfassen und daraus in intersubjektiven Ko-respondenzprozessen therapeutische Ziele und Handlungen abzuleiten. In der Integrativen Therapie wird Empathie als zwischenleibliches, wechselseitiges Resonanzgeschehen der „empathiezentrierten Humantherapie“ zugrunde gelegt (Petzold, Mathias-Wiedemann, 2019a, S. 27; Petzold, Orth, 2017a). Wichtig ist dabei die dialogische Haltung, eine Haltung die explizit auch in der Grundregel der Integrativen Therapie ausformuliert wurde, ganz im Gegensatz zur abgrenzenden Abstinenz in frühen tiefenpsychologischen Therapieansätzen (Petzold, Müller, Meier-Holzknicht, De Peri, 2020). Gleichzeitig gilt es, in der empathischen therapeutischen Beziehung Differenzen, Grenzen und die „Andersheit des Anderen“ (nach Lévinas, siehe Petzold, 1996k) zu respektieren und zu schützen.

6.2 Leibtherapeutische Behandlungsansätze

Eine depressive Erkrankung wird aus Sicht der Integrativen Therapie als ein Abschnitt auf dem „WEG des Lebens“ betrachtet (Ewald et al., 2019). Aus dieser Perspektive werden leibtherapeutische Behandlungsansätze als „WEGE der Heilung und Förderung“ beschrieben, durch die

⁵⁰ Das differentielle und integrative Empathieverständnis unterscheidet drei Komplexe von Empathie: Kognitive Empathie (Verstehen); emotionale Empathie (Mitfühlen) und somatosensible bzw. somato-sensumotorische Empathie (Mitschwingen). Diese Prozesse wirken in ökologischen Kontexten (Petzold, Mathias-Wiedemann, 2019a, S. 30f).

Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert und wiederhergestellt werden sollen, die auf dem Lebensweg zu wenig entwickelt, beeinträchtigt oder geschädigt wurden (Petzold, 1988n, S. 215ff.; 2012h, S. 29):

1. Weg: Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung

Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen.

2. Weg: Nachsozialisation, Grundvertrauen

Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.

3. Weg: Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung

Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.

4. Weg: Solidarität, Metaperspektive, Engagement

Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen.

Diese vier Wege sprechen alle Dimensionen der Leiblichkeit an. Dabei wird jedoch der Blickwinkel durch diese Art der Beschreibung verändert. Beim ersten Weg der Heilung und Förderung geht es um kognitive Regulation und Einsicht. Dies kann sich auf den Leib als lebendigen Organismus beziehen, auf den Zeitleib mit seiner Leibgeschichte, auf den sozialen Leib und alle anderen Dimensionen des Leibes. Analog dazu wird im zweiten Weg die emotionale Regulation angesprochen. Der dritte Weg kann durch die Erschließung von Ressourcen (ebenso in allen Dimensionen des Leibes) zur Veränderung von dysfunktionalen Verhaltensmustern und zu einer Änderung des Lebensstils führen. Beim vierten Weg wird durch die exzentrische Betrachtung der Leiblichkeit in Kontext und Kontinuum (d. h. in der aktuellen Lebenslage) auch die Entwicklung von Souveränität und neuen Perspektiven angeregt und unterstützt.

Im Bewusstsein, dass der Mensch in seinem Erleben und Verhalten leiblich gegründet und der Leib nicht nur Sinnes-, sondern auch Ausdrucksorgan ist, werden mit diesen vier Wegen der Heilung und Förderung verschiedene Leibebenen angesprochen. Die Wahrnehmungsfähigkeit des Leibes wird als *perzeptiver Leib* bezeichnet, die Ausdrucksfähigkeit mit den Möglichkeiten zu Sprache und Gestaltung mit verschiedensten Medien als *expressiver Leib*. Vom *memorativen Leib* wird gesprochen, wenn szenische und atmosphärische Wahrnehmungen und Handlungen im multimnestischen Gedächtnisleib gespeichert sind. „Jede Form der Therapie greift auf den memorativen Leib zurück, in dem sprachlich gefasste Erinnerungen, Erinnerungsbilder und Szenen und sensorische Erfahrungen wie Gerüche oder Geräusche und natürlich Handlungen, die eigenen und die anderer Menschen, Fokus therapeutischer Arbeit werden“ (Orth, Petzold, 2018, S. 106).

Vor diesem Hintergrund der „Psychotherapie vom Leibe her“ wird in der Integrativen Therapie multimodal und multimethodisch gearbeitet. Das bedeutet, dass verschiedenste Methoden, Techniken und Medien zum Einsatz kommen, die in einem „Bündel von Massnahmen“ (Petzold, 2014i) im Hinblick auf die in Ko-respondenzprozessen entwickelten Ziele in geeigneter Form angewendet werden. Die in den nachfolgenden Abschnitten dargestellten Strategien dürfen daher nicht als isolierte Methoden oder Techniken verstanden werden, vielmehr sollen sie illustrieren, wie die unterschiedlichen Ansätze in Bezug gesetzt werden können zu den Dimensionen des Leibes.

In den vergangenen Jahren arbeitete ich als Psychotherapeutin in einer Tagesklinik für Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen. In dieser Klinik wurde ein kombiniertes Therapieprogramm angeboten. Dieses umfasste regelmässige psychotherapeutische Einzelgespräche, Gruppengespräche, Vorträge zu relevanten Themen und Psychoedukation, Übungen zur Selbstwahrnehmung in Gruppen, regelmässiges, begleitetes Ausdauer- und Krafttraining, Atemtherapie, Physiotherapie und medizinische Massage, gegebenenfalls in Verbindung mit Psychopharmakotherapie. Zudem wurde den Patientinnen und Patienten ein Atelier für kreatives Gestalten zur Verfügung gestellt. In der Cafeteria und auf der Terrasse waren verschiedene Begegnungsmöglichkeiten gegeben. Die Klinik lag in ländlicher Umgebung, die jedoch gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar war, was das Wohnen zuhause erleichterte. Mit dieser Kombinationsbehandlung konnten Menschen mit Depressionen, Burnout und Schmerzerkrankungen gut unterstützt werden, um wieder im Alltag Fuss zu fassen und neue Perspektiven zu entwickeln. Die Beispiele in den folgenden Abschnitten gründen mehrheitlich in diesen Erfahrungen (wobei auch ein Beispiel aus meiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen beschrieben wird), das heisst, die Situationen waren eingebettet in einen grösseren Kontext von Unterstützungsmassnahmen.

6.2.1 Therapeutische Ansätze mit körperlichem Fokus

Zu den therapeutischen Ansätzen mit körperlichem Fokus können alle Formen der Psychopharmakotherapie aber auch Aspekte der Ernährung gezählt werden (Orth-Petzold, 2016). Weiter gehören Leib-, Bewegungs- und sporttherapeutische Massnahmen in diesen Bereich (Petzold, 2014i; Ewald et al., 2019; Braus, 2014). In der Klinik haben wir Gruppen angeleitet zur „Selbstwahrnehmung“. Dazu haben wir den Patientinnen und Patienten auch ein Handout abgegeben, damit diese Erfahrungen besser eingeordnet werden können: „Die Selbstwahrnehmung hat zum Ziel, das Bewusstsein für den eigenen Körper zu schulen. Das heisst, durch die Selbstwahrnehmung lernen wir, unseren Körper ganz bewusst wahrzunehmen. Während der Selbstwahrnehmung werden der Körper und Veränderungen im Körper beobachtet. Durch die Beobachtung können zum Beispiel Verkrampfungen, Verspannungen, Anspannungen oder auch Veränderungen der Atmung erkannt werden. (...) In Zeiten von Hektik, Stress, Anspannung und Belastung verlieren wir das Körpergefühl. Häufig nehmen wir nur noch Verspannungen und Schmerzen wahr oder wir spüren uns gar nicht mehr. Wir haben die Fähigkeit zur Entspannung „verlernt“. Durch regelmässiges Üben von Selbstwahrnehmungsmethoden können Sie Ihren Körper wieder entspannen, Sie lernen den gesamten Körper wieder wahrzunehmen. In diesem Sinne helfen Sie durch die Selbstwahrnehmung – ähnlich dem Fitnesstraining – die Erholungsfähigkeit des Körpers wieder aufzubauen.“⁵¹

In der Integrativen Therapie wird das Spüren als Königsweg zu eigenleiblicher Bewusstheit (awareness) bezeichnet (Waibel, Petzold, Orth, Jakob-Krieger, 2009). Während in den obigen Ausführungen im Handout der erste Weg der Heilung und Förderung angesprochen ist und das Verstehen der körperlichen Prozesse im Vordergrund steht, kann das eigenleibliche Spüren auch ganz deutlich im zweiten Weg der Heilung und Förderung als emotionale Diffe-

⁵¹ Unpubliziertes Handout, von der Autorin in Zusammenarbeit mit einer anderen Psychotherapeutin verfasst.

renzierungsarbeit zum Tragen kommen. Das folgende Beispiel findet sich im Behandlungsjournal der Autorin, an dem sichtbar wird, wie integrative Depressionstheorie, Praxeologie und Paxis ineinander verwoben sind:

Laura⁵² schildert, sie habe Anfang der Woche ein Tief gehabt, sie sei sehr traurig aber auch ärgerlich gewesen. Zuerst gibt sie an, sie wisse nicht, woher das Stimmungstief gekommen sei. Auf Nachfragen der Therapeutin nach weiteren Ereignissen in den Tagen davor, berichtet sie, ein guter Kollege der Mutter sei gestorben. Die Mutter habe viel geweint, sei kaum ansprechbar gewesen. Beim Nachspüren wird für Laura deutlich, dass das starke Trauern der Mutter bei gleichzeitiger Sprachlosigkeit und Erstarrung Laura an den Tod von Elena, ihrer Freundin während der Schulzeit, erinnerte, an die Atmosphäre, die sie damals erlebte. Die Therapeutin ermutigt Laura, in diesem geschützten Raum ihre eigene Trauer zu spüren. (...) Im Gespräch und in der leiblichen Wahrnehmung (Engegefühl im Hals und Druck auf der Brust) kann sie ihre Gefühle wahrnehmen und differenzieren: Ihre eigene Trauer sowohl über den Tod von Elena als auch über die Trennung der Eltern, die Trauer der Mutter über den Tod von Elena und des Kollegen, die Hilflosigkeit von Laura angesichts der lähmenden Trauer der Mutter, die gefühlte Einsamkeit bei der Mutter in der Beziehung zu T. und ihre eigene Einsamkeit in der Beziehung zum Freund. Das Gefühl der Trauer ist für sie nun deutlicher geworden, klarer und besser verständlich, besser integriert (Meier-Holzknicht 2020, S. 23f).

Die Wahrnehmung von leiblichen Empfindungen, die mit den Gefühlen von Trauer, Verzweiflung, Wut oder Ekel in Verbindung standen, öffneten Laura den Zugang zu ihrem perzeptiven Leib. In diesem Zusammenhang spricht Petzold davon, dass Therapeutin und Patientin in leiblich konkrete Interaktion treten durch Berührung aus Berührtheit (Eisler, 1991; Petzold, 2003a), in der pathogene Szenen erfahrbar und veränderbar werden. Diese leibliche Bewusstheit nimmt Laura als ihren inneren Kompass wahr, eine Erfahrung, die sie mit Hilfe einer Glaskugel, die sie sich zur Erinnerung an diesen inneren Kompass in einer nächsten Therapiesequenz ausgewählt hat, haptisch verankert und wieder abrufbar macht (ebd. S. 25).

Neben dem Gespräch gibt es in der Integrativen Therapie eine Vielzahl von Körperbildern / Body Charts (Petzold, Orth, 2017a), mit denen in Ganzkörperzeichnungen (oder auch in Ausschnitten) zum Beispiel Emotionsströme (ebd. S. 6) einen Ausdruck finden können. Nach einer Anleitung zur Gestaltung des Bildes, wird oft ein „intermedialer Quergang“ vom Ikonischen ins Narrative, vom Bild zur Sprache angeregt (Petzold, Orth, 1994a). Braunbarth (2018) schildert die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ bei Depression mit verschiedenen bewegungstherapeutischen Schritten, bei denen die körperliche Bewegung und der körperliche Ausdruck im Fokus stehen. Für den Einsatz von Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen zeigen sich in wissenschaftlichen Studien positive Auswirkungen nicht nur auf organischer, sondern auch auf sozialer Ebene (van der Mei, Petzold, Bosscher, 1997; Waibel, Petzold, 2018).

Mit Blick auf die körperlichen Erfahrungen, die von den Teilnehmenden an der Online-Befragung geschildert wurden, wird deutlich, dass sich eine körperliche Aktivierung positiv auswirken kann, dies jedoch nur, wenn die körperliche Aktivität nicht als Überforderung erlebt wird. Anregungen dazu finden sich zum Beispiel in den „Zehn Leitsätzen für eine erfolgreiche Ausdauertherapie“ (Waibel, Petzold, 2018, S. 85ff.)

⁵² Vollständig anonymisiertes Behandlungsjournal, Meier-Holzknicht 2/2020 in <https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/>

6.2.2 Therapeutische Ansätze mit Fokus auf den Zeitleib

Die Ansätze, die den Zeitleib fokussieren, können retrospektiv, aspektiv oder prospektiv ausgerichtet sein. Im Lebenspanorama wird die Wahrnehmung des Zeitleibs im Kontinuum gestaltet und betrachtet. Im Artikel von Petzold und Orth (1993a) werden verschiedene Panoramen (z. B. auch ein Karrierepanorama oder Gesundheits-/Krankheitspanorama) mit Abbildungen vorgestellt.

Bei Frau T. (28 Jahre alt) wurde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Sie kam für sechs Wochen in die ambulante Tagesklinik zur Behandlung und anschliessend zu regelmässigen Gesprächen während des Wiedereinstiegs in den Beruf. In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen beschäftigte sie sich sehr mit ihrem Gewordensein, mit ihrer Biographie. Die Therapeutin schlug ihr vor, ein Lebenspanorama mit Farben zu malen. In chronologischer Reihenfolge reihte sie Bilder und Symbole, zum Teil auch schriftliche Bemerkungen zu ihrem Leben aneinander. In der „Aufsicht auf ihr Leben“ wurde ihr bewusst, welche Erfahrungen sie als unterstützend/supportiv und salutogen erlebt hatte. Es traten aber auch pathogene Erfahrungen und vor allem prolongierte Mangel Erfahrungen ins Bewusstsein und konnten einzeln betrachtet werden. So füllte sich zum Beispiel die Zeichnung ihres Kinderzimmers in der Vergegenwärtigung mit der Erinnerung an Szenen und Atmosphären, insbesondere an Situationen, in denen sie sich im (immer etwas zu kalten) Kinderzimmer verkrochen hatte, um den Wutausbrüchen des Vaters zu entgehen. Die im biographischen Narrativ aufgetauchte Szene der Verlassenheit wurde in der Erzählung in Gegenwart der Therapeutin zu einer Geschichte des Miteinanders; die frühe Erfahrung der Unsichtbarkeit in ihrem Kinderzimmer wurde zu einer Erfahrung des Gesehen-Werdens. Da sie das Panorama bis in die Gegenwart gestaltet hatte, konnte sie die gegenwärtigen Potenziale und Ressourcen in ihrem Leben würdigen. Gleichzeitig bot das Panorama in seiner aspektiven Qualität Zugang zu Problemen in ihrer derzeitigen Lebenssituation zum Beispiel auch zur aktuellen Krankheitserfahrung (mit Arbeitsunfähigkeit und Krankschreibung). In diesem aspektiven Bereich der Arbeit mit dem Lebenspanorama wird Frau T. auch ihre Ungeduld mit dem Krankheitsverlauf bewusst. Das Panorama ermöglichte Frau T. zudem, ihren Blick auf die Zukunft zu richten und sich prospektiv mit neuen Perspektiven bezüglich ihrer Arbeitssituation und mit der Familienplanung und ihrem Kinderwunsch auseinanderzusetzen.

Ganz deutlich kommt in dieser Schilderung die Bedeutung des Zeitleibs als memorativer Leib zum Ausdruck, sind die erinnerten Szenen und Atmosphären doch alle in den „Archiven des Leibes“ gespeichert und aufgehoben. In der Arbeit mit dem Lebenspanorama können alle vier Wege der Heilung und Förderung beschritten werden. Im obigen Beispiel ist der erste Weg erkennbar in der Analyse des Lebenskontexts und -kontinuums, im Erkennen von Problemen, Ressourcen und Potentialen, in der Biographiearbeit. Der zweite Weg zeigt sich besonders in der Nachsozialisation und der Vermittlung „korrekterer emotionaler Erfahrungen“ (Petzold, 1988n, S. 236). Durch die Gestaltung des Lebenspanoramas mit Farben und Formen wird die Kreativitätsförderung des dritten Wegs angesprochen. Die multiple Stimulierung durch kreative Medien schafft Möglichkeiten für den expressiven Leib. Diese Erfahrung inspirierte Frau T. dazu, häufiger im Atelier der Klinik gestalterisch mit verschiedenen Medien ihrem Erleben kreativ Ausdruck zu geben. Solidarität – im Sinne des vierten Wegs – erfuhr Frau T. nicht nur

von der Therapeutin, sondern auch in den Gruppengesprächen und in Gesprächen mit anderen Patientinnen und Patienten der Tagesklinik.

Neben den biographisch geprägten Zugängen zum Zeitleib sind besonders auch diejenigen therapeutischen Aspekte zu erwähnen, die im Hinblick auf die Änderung des Lebensstils die gegenwärtige Situation in den Blick nehmen. Viele Patientinnen und Patienten betonten, wie wichtig es für sie war, durch die Struktur der Tagesklinik wieder in einen regelmässigeren Tagesablauf zurückzufinden. Dies kann nach Abschluss der Tagesklinik weitergeführt und unterstützt werden durch die Arbeit mit Wochenplänen, mit denen einzelne Aspekte der Veränderung des Lebensstils konkret geplant und deren Umsetzung reflektiert werden kann. Es können aber auch die „Rhythmen des Leibes“ besser wahrgenommen werden, um z. B. individuelle Phasen von Energie oder Müdigkeit zu erkennen. In Tagebucheinträgen werden nicht nur vergangene Erfahrungen reflektiert, sondern auch Worte gefunden für gegenwärtiges Erleben (Petzold, Orth, 1993a; Orth, Petzold, 2018).

6.2.3 Therapeutische Ansätze mit Fokus auf die soziale Leiblichkeit

Vielfältig sind auch die Möglichkeiten, die soziale Leiblichkeit bei der therapeutischen Arbeit in den Fokus zu nehmen. Alle Formen von netzwerktherapeutischen Massnahmen (Petzold, 2014i) aber auch Rollenspiele, Psycho- und Soziodrama (Bachofner, 2018; Pfister, 2020; Petzold, 2014)⁵³ ermöglichen es, sich selber in der sozialen Leiblichkeit (neu) zu erleben. Die netzwerktherapeutischen Massnahmen betreffen sowohl Familie als auch Freundinnen/Freunde und Kolleginnen/Kollegen. In der ambulanten Tagesklinik kam es während den regelmässigen Gruppengesprächen häufig zu einem Austausch über das „Ich-Selbst-mit-Anderen-in-der-Welt“, ganz besonders auch zur Krankheitsentstehung und zum aktuellen Erleben der Depression. Dieser Austausch wurde von vielen als sehr entlastend erlebt – hier wurde die Solidaritätserfahrung als vierter Weg der Heilung und Förderung besonders oft angesprochen. Es kam zu sehr berührenden Situationen, wenn sich Menschen das erste Mal wagten, in der Gruppe etwas von sich zu erzählen und die Erfahrung machen konnten, dass sie von den anderen angehört, verstanden und angenommen wurden. Für viele stand diese Erfahrung in deutlichem Kontrast zu denjenigen, die sie während der Ausbildung, in der Arbeitswelt oder in anderen sozialen Gruppen gemacht hatten.

Das nachfolgende Beispiel illustriert, wie durch die Auseinandersetzung mit subjektiv-mentalenen Repräsentationen die eingelebten Werte und Normen verändert werden können und dadurch neue Verhaltensweisen möglich werden, die auch Zugang zu neuen Netzwerken ermöglichen.

Herr O., ein 60-jähriger Angestellter in führender Position, kam im Verlauf der therapeutischen Gespräche immer wieder darauf zu sprechen, dass er sich körperlich viel zu dünn und schwächlich fühle. Er fürchte sich vor den Blicken anderer Menschen, davor, dass sie ihn wegen seines Aussehens als ein „Nichts“ und als „Schwächling“ abstempeln könnten. Er erinnerte sich aber daran, dass er früher sehr gerne Rad gefahren sei und ihm dies auch leichtgefallen war – gerade aufgrund seines geringen Körpergewichts bei gleichzeitig guter Beinmuskulatur und grosser Ausdauer.

⁵³ Im Interview mit H. G. Petzold zu „Psychodrama, Integrative Therapie und Zukunftsprojektionen“ wird einmal mehr deutlich, wie eng verbunden und verwoben sozialer Leib und Zeitleib bzw. alle Dimensionen der Leiblichkeit sind.

Durch die Auseinandersetzung mit positiv besetzten „Vorbildern“ aus dem Radsport findet er zurück zu seiner Freude am Radfahren. Unterstützt durch die Therapeutin setzt er sich als nächstes Ziel, dass er die Anfragen von Arbeitskollegen zum gemeinsamen Radfahren beim nächsten Mal annehmen wolle. Es braucht noch einige Wochen, bis ihm dieses Verhalten zur Gewohnheit geworden ist und er regelmässig mit Kollegen auf Radtouren geht. Dabei erlebt er sich als in der kleinen Gruppe aufgehoben und akzeptiert und macht die Erfahrung, dass er selber ein „guter Kollege“ sein kann, gewinnt an Selbstvertrauen in sozialen Gruppen, die sich ausserhalb der Berufswelt treffen.

6.2.4 Therapeutische Ansätze mit Fokus auf den Menschen im ökologischen Kontext

In einigen Aussagen der Teilnehmenden an der Online-Befragung kommt die veränderte Wahrnehmung des ökologischen Kontexts zum Ausdruck: *“Die Welt ist verschwommen und trüb“* oder *„die Welt sieht dunkel aus.“* Diesem Erleben stellt Kim die heilsame Erfahrung der Bewegung in der Natur gegenüber: *„Hinaus in die Natur, immer wieder laufen gehen, sich aufraffen, darin liegt viel Sinn, es ist ja auch so sinnlich.“* Ganz in diesem Sinn werden in der Integrativen Therapie die „Neuen Naturtherapien“ als salutogenes Naturerleben therapeutisch eingesetzt (Heule, 2020; Mathias-Wiedemann, Petzold, 2019; Petzold, 2014h; Petzold, 2019e).

Frau A. (42 Jahre alt) kam nach einem stationären Aufenthalt in die Tagesklinik zur weiteren Behandlung einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom und chronischen Schmerzen in der Halswirbelsäule. In den Gesprächen fiel auf, wie sie beim Sitzen den Kopf stark nach vorne reckte. Im eigenleiblichen Spüren stellte sie fest, dass sie eigentlich mit dem Kopf immer schon ein bisschen weiter sein wollte, sich immer schon ein wenig in die Zukunft hineinlehnte, vielleicht sogar der Zukunft zuvorkommen wollte. Den Vorschlag, die Therapiestunden ins Freie zu verlegen, um den Fokus etwas von den Gedanken weg und hin zum Körper, zum Ich-in-der-Welt zu verschieben, nahm sie gerne an. Auf Spaziergängen in der näheren Umgebung der Tagesklinik leitete die Therapeutin sie mit einfachen Übungen zur Achtsamkeit und zur Wahrnehmung dessen an, was für sie gegenwärtig sicht- und spürbar wurde, sowohl in ihrer Umgebung als auch in sich selbst. Die Spaziergänge wurden nur wenig variiert, es ging weniger darum, die Spazierwege kennenzulernen, als sich selbst auf dem Weg in der Natur zu erfahren. Dabei wurde Frau A. unter anderem auch bewusst, wie schnell sie bei jeder Erfahrung in die Zukunft sprang, sich sofort vorstellte, wie sie auch am Wochenende solche Spaziergänge machen möchte, bereits Planungen für Unternehmungen und Ausflüge im Kopf hatte. Durch die Therapeutin begleitet, konnte sie solche Pläne betrachten und würdigen als Ausdruck einer freudvollen Zukunftsorientierung, sie dann aber auch bewusst wieder zur Seite legen, um innezuhalten und den gegenwärtigen Moment in der Natur auf sich wirken zu lassen. Das Sitzen auf einer Bank, die auf einer leichten Anhöhe gelegen war, wurde zu einem regelmässig wiederkehrenden Bestandteil der Spaziergänge. Den Wechsel vom Gehen zum Sitzen, von der Fortbewegung zum Innehalten, zum Schauen und Weiten des Blicks über die Hügel zum Horizont, erlebte Frau A. als tiefes Durchatmen und als eine Erfahrung des Ankommens bei gleichzeitiger Weitung. Aus dieser Perspektive konnte sie mit mehr Gelassenheit auf ihre aktuelle Situation blicken und sich selbst als Teil der Natur und der Welt erleben.

In diesen Spaziergängen kann besonders der dritte Weg der Heilung und Förderung erkannt werden, indem persönliche Ressourcen erschlossen und aktiviert wurden. Durch die Einsicht in ihre Verhaltensmuster konnte Frau A. auch beginnen, ihre kognitiven Stile zu verändern und

dies in ihrem Alltag längerfristig umsetzen. Im weiteren Verlauf der Therapie begann Frau A., regelmässig den Hund einer Freundin zu hüten und mit ihm Spaziergänge zu unternehmen. Diese Form der Naturverbundenheit in Verbundenheit mit einem Tier zu erleben, erfüllte sie immer wieder aufs Neue mit Freude und Zuversicht.

7 Diskussion

Depressionen gehören mit einer Lebenszeitprävalenz von 16-20% zu den häufigsten Erkrankungen, die jedoch bezüglich ihrer Bedeutung sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene deutlich unterschätzt werden (DGPPN, 2015). Da sich die Lebenszeitprävalenz nach Ländern und Kulturen stark unterscheidet (zwischen 1.5% und 19%), kann angenommen werden, dass es starke psychosoziale und kulturelle Einflüsse gibt (Braunbarth, 2018). Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass die Diagnostik der Depression in unterschiedlichen Kulturen zum Beispiel aufgrund von Sprache, Begrifflichkeiten oder des Krankheitsverständnisses unterschiedlich ausfällt (Ewald et al., 2019). Mit dem Erfassen der Symptome über die Bezeichnungen (z. B. depressive Stimmung) kann nur beschränkt gewährleistet werden, dass auch die Erfahrung der Depression (und damit ihr phänomenaler Gehalt) erfasst und verstanden werden kann. Während bei somatischen Erkrankungen das Erleben der Krankheit einen Hinweis auf die körperliche Fehlfunktion geben kann, ist bei psychischen Erkrankungen das veränderte und als krankhaft wahrgenommene Erleben selbst die Krankheit (Puhlmann, 2019).

Mit der vorliegenden Arbeit wurde versucht, durch die Beschreibung von Kernerfahrungen bei Depressionen, Hinweise auf mögliche Ergänzungen und/oder Erweiterungen der phänomenologischen Darstellungen zu erhalten. Wie bereits Jaspers monierte, verhartet die Psychopathologie beim Erfassen bei den „objektiven Symptomen“ und versucht nicht mehr, sich das seelische Erleben und das subjektive Empfinden des Anderen zu vergegenwärtigen. Für einen „verstehenden Ansatz“ sensu Jaspers (1913) ist der „weite Blick«, wie er im Menschenbild der Integrativen Therapie (Petzold, 2011c) und in ihrem biopsychosozialökologischen Ansatz (Petzold, 2003a) angelegt ist, besonders geeignet.

Im biopsychosozialökologischen Modell (Petzold, 2011c) wird der Mensch als Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum verstanden. Grundlage dieser anthropologischen Sichtweise der Integrativen Therapie ist der Leibbegriff. Der Mensch als Leibsubjekt ist eingebettet (*embedded*) in der Welt, er nimmt die Welt auf in sein Leibgedächtnis (*embodiment*). Der Begriff des *Embodiment* steht für eine Sichtweise, in der Körper, Geist, Psyche und Umwelt nicht getrennt voneinander gesehen werden, eine Sichtweise, die (wieder) neu gelernt werden muss, da wir in unserem Kulturkreis stark von einer Trennung von Gehirn und Körper ausgehen⁵⁴. Im komplexen Leibbegriff der Integrativen Therapie werden verschiedene Facetten und Dimensionen des Leibes mitgedacht (Petzold, Orth, 2017a; Petzold, 1985g; 1988n). Einige dieser Dimensionen wurden in der vorliegenden Arbeit als Zugänge zum Erleben während depressiven Phasen ausgewählt und in einer Online-Befragung angewendet.

⁵⁴ Hüther drückt es so aus: „Wer in unserem Kulturkreis aufgewachsen ist, hat die Vorstellung einer Trennung zwischen dem, was im Gehirn und dem, was im Körper passiert, normalerweise so stark gebahnt und verinnerlicht, dass er alles ‘erstaunlich’ findet, was dieser Vorstellung nicht entspricht“ (Hüther, 2010, S. 76).

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Teilnehmenden Symptome berichten, wie sie gemäss ICD-10 für die Diagnose von Depressionen angewendet werden. Aus der ersten Gruppe der Symptome wird jedes mindestens von jemandem einmal genannt: Eine Verschiebung der emotionalen Gestimmtheit zum negativen Pol (Traurigkeit, Freudverlust), Interessesverlust, verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit. Auch aus der zweiten Gruppe wird die Mehrheit der Symptome angesprochen (mit Ausnahme von Schuldgefühlen und der psychomotorischen Agitiertheit). Dass nicht alle Symptome genannt wurden, kann durchaus am Fragebogen oder an der Stichprobe liegen und soll nicht zu stark gewichtet werden. Interessant scheint jedoch, wie viele Aussagen zu Erfahrungen im sozialen und kulturellen Kontext gemacht wurden. Die Aussagen zu Veränderungen im Erleben der Zwischenleiblichkeit und der sozialen Repräsentationen weisen darauf hin, dass Depressionen vor dem Hintergrund der Leiblichkeit als eingebettet in die Lebenswelt verstanden werden müssen. Dabei ist die Lebenswelt nicht nur als soziale Welt zu verstehen, sondern auch als Ökologie, als physikalischer, biologischer und sozialer Lebensraum.

Die Erfahrungen der Depression, wie sie als Antworten von den Teilnehmenden geschildert wurden, lassen sich auch in einen klaren Bezug setzen zum Konzept der multiplen Entfremdung, wie es von Petzold (1994c/2015; 2003a; 2005r/2010) in seiner Theorie der Krankheit postuliert wird. Die Entfremdung vom Leib steht dabei über allem. Eine Entfremdung vom Körper als lebendiger Organismus wird vor allem in der Kraftlosigkeit, in Gefühllosigkeit aber auch in Veränderungen der grundlegenden Funktionen (Atmen, Schlafen, Essen) deutlich. Die Entfremdung von der Lebenszeit wird in Verlangsamung, Perspektivlosigkeit sowie im Verlust des Zugangs zum Leibgedächtnis deutlich. Besondere Bedeutung kommt der Entfremdung von der Zwischenleiblichkeit zu. Das Zusammensein mit anderen Menschen wird als anstrengend und belastend beschrieben. Diese Erfahrung wird teilweise noch verstärkt durch soziale Repräsentationen, die Menschen mit Depressionen stigmatisieren. Auch die Entfremdung von Arbeit, Lebenswelt und Natur sind in den Äusserungen gut zu erkennen.

Obwohl in der Forschung immer wieder versucht wurde, *eine* Ursache bzw. *einen* Mechanismus als Auslöser für Depressionen zu finden (z. B. Monoamin-Theorie), zeigt sich durch den phänomenologischen Ansatz und eine verstehende Psychopathologie, dass mit Depressionen komplexe Veränderungen im Erleben und Verhalten einhergehen. Vor diesem Hintergrund ist es einleuchtend, dass es auch nicht nur *einen* Weg gibt, der in der Therapie beschritten werden soll. Die vier Wege der Heilung und Förderung (Petzold, 1988n; 2012h) und die „Bündel von Massnahmen“ (Petzold, 2014i) zeigen Möglichkeiten zur Reduktion und/oder Beseitigung von Entfremdendem und zur Ermöglichung von Zugehörigkeiten in den multiplen Dimensionen der Leiblichkeit. Im therapeutischen Setting können durch Empathie positive Erfahrungen von Zwischenleiblichkeit und wechselseitiger Resonanz erlebt und eingeleibt werden. Der perzeptive Leib wird mit eigenleiblichem Spüren und Formen der Achtsamkeit angesprochen; der expressive Leib findet Ausdruck in Kunsttherapie, Arbeit mit kreativen Medien, Poesie- und Bibliothherapie oder auch im Psychodrama; immer ist dabei auch der memorative Leib involviert. Diese Ansätze und Methoden werden in der Integrativen Therapie als Wege gegen die multiple Entfremdung und als sinnliche sowie sinnstiftende Erfahrungen eingesetzt.

Mit Blick auf die psychotherapeutischen Ansätze, die für die Behandlung von Depressionen am häufigsten genannt werden (KVT und IPT, siehe Abschnitt 2.2), wird ersichtlich,

dass in der Integrativen Humantherapie die dort verwendeten Verfahren ebenfalls zur Anwendung kommen (z. B. Verhaltensaktivierung oder Veränderung dysfunktionaler Kognitionen durch Einsicht, wie es im ersten Weg der Heilung und Förderung angesprochen wird), diese Interventionen jedoch nicht als isolierte Methoden eingesetzt werden, sondern eingebunden sind in den therapeutischen Prozess (vgl. tetradisches Modell, Petzold, 2003a, S. 126ff.).

Therapie als Begleitung auf einem Stück Weg des Lebens ist immer eingebettet in soziale/kulturelle und ökologische Kontexte. Aufgrund der Bedeutsamkeit des sozialen Leibs in den Erfahrungen der Depression sei hier nochmals auf Netzwerkarbeit, soziotherapeutische Interventionen und kritische Kulturarbeit als besondere Aspekte differentieller und integrativer Humantherapie hingewiesen (Orth, Petzold, 2000). Insbesondere der „vierte Weg der Heilung und Förderung“ stellt Solidaritätserfahrungen ins Zentrum. Hilfe und Unterstützung annehmen ist nicht nur für die direkt Betroffenen wichtig, sondern möglicherweise auch für ihre Angehörigen, Freundinnen und Freunde; es ist aber auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, sich mit Depression als Krankheit auseinanderzusetzen und auf die Bedingungen zu schauen, die die Entstehung von Depressionen begünstigen können. In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Kampagnen zur Sensibilisierung und Information der Bevölkerung lanciert (z. B. im Rahmen von „Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz“ bzw. „Bündnis gegen Depression“), um der Unwissenheit und damit verbundenen Tabuisierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken (siehe z. B. Amt für Gesundheitsvorsorge, 2015). In den Antworten auf die Fragen im Fragebogen finden sich zudem viele Hinweise darauf, wie wichtig das soziale Netz, die Familie, Freunde und Freundinnen sind, die sich als verlässlich und unterstützend erweisen in der Zeit der Depression. Die grosse und bedeutsame Arbeit, die täglich auf unspektakuläre und stille Art durch die Menschen im sozialen Umfeld geleistet wird, soll hiermit angesprochen und gewürdigt werden.

8 Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Die Welt sieht dunkel aus und ich fühle mich nicht Embodiment und leibliche Erfahrung während depressiver Phasen und deren Bedeutung in der Integrativen Humantherapie

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage danach, wie Depressionen aus Sicht des Integrativen Ansatzes mit besonderem Fokus auf die Leiblichkeit und die 4E-Perspektiven verstanden und beschrieben werden können. In einem ersten Schritt geht es um eine Annäherung an die Thematik bezüglich der Geschichte, Diagnostik und Therapie von Depressionen. Als nächstes werden der Leibbegriff und die 4E-Perspektiven (Embodiment, Embeddedness, Enaction, Extension) dargestellt. Vor diesem Hintergrund wird auf das biopsychosozialökologische Modell der Integrativen Therapie und den komplexen Leibbegriff mit seinen verschiedenen Dimensionen eingegangen. Um Veränderungen in verschiedenen Dimensionen des informierten Leibes während depressiven Phasen zu erfassen, wurde eine Online-Befragung durchgeführt. In ihren Antworten schildern die zwölf Teilnehmenden, welche körperlichen, zeitlichen, sozialen und kulturellen Veränderungen der Leiblichkeit sie wahrnehmen. Im letzten Teil werden Aspekte einer leiborientierten Therapie zur Behandlung von Depressionen diskutiert.

Schlüsselwörter: Depressionen, 4E-Perspektiven, Embodiment, Integrative Therapie, Leibtherapie

**Summary: The world looks dark and I don't feel myself
Embodiment and bodily experiences during depressive episodes and their relevance in
the context of Integrative Humane Therapy**

The present paper investigates depression and how it can be understood and delineated from the perspective of an Integrative Approach with a special focus on 'corporeality' and 4E-perspectives. In the first part, the theme is approached from a perspective of history, diagnosis and therapy. The second section elaborates on the terms 'corporeality' and 4E-perspectives (embodiment, embeddedness, enaction, extension). Subsequently, the 'biopsychosocialecological model' of Integrative Therapy and the concept of a complex corporeality (informed body) with different dimensions are presented. In order to capture changes in different dimensions of the 'informed body' during depressive episodes, an online-survey was conducted. In their answers, the twelve participants depicted bodily, temporal, social and cultural changes in their experiences of corporeality. In the last section, aspects of integrative body therapy as an intervention for the treatment of depression are being discussed.

Keywords: Depression, 4E-Perspectives, Embodiment, Integrative Therapie, Body Therapy

9 Literaturverzeichnis

- Abdul-Hussain, S.* (2012). Genderkompetenz in Supervision und Coaching. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Alloa, E., Depraz, N.* (2012). Edmund Husserl - «Ein merkwürdig unvollkommen konstruiertes Ding». In E. Alloa, T. Bedorf, C. Grüni, & T. N. Klass (Hrsg.), *Leiblichkeit* (S. 7–22). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Amt für Gesundheitsvorsorge.* (2015). Abschlussbericht: St. Galler Bündnis gegen Depression 2011-2014. St. Gallen. Abgerufen von https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Kantonale_Konzepte/SG_2015_Schlussbericht_BgD.pdf
- Ansari, P.* (2013). Die Therapiegeschichte der Depression und die Einführung der antidepressiven medikamentösen Therapie in der BRD im Zeitraum von 1945-1970. Medizinische Hochschule Hannover.
- Bachofner, S.* (2018). Das Spiel des Lebens - Konzepte und Methodik der Integrativen Dramatherapie. *POLYLOGE*, 20. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_bachofner-das-spiel-des-lebens-konzepte-und-methodik-der-integrativen-dramatherapie-polyloge-20-2018pdf.pdf
- Backenstrass, M., Schnell, K., Schramm, E.* (2017). Affektive Störungen. In S. Herpertz, F. Caspar, & K. Lieb (Hrsg.), *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 323–352). München: Elsevier.
- Baer, Nadja, Sikorski, C., Lupp, M., Riedel-Heller, S. G., Schomerus, G.* (2016). Das Stigma Depression - eine Interaktion zwischen öffentlichem Diskurs und Erfahrungsberichten Betroffener. *Psychiatrische Praxis*, 43(3), 1–8. Abgerufen von

- https://www.researchgate.net/profile/Steffi-Riedel-Heller/publication/271772891_The_Stigma_Depression_-_An_Interaction_Between_the_Public_Discourse_and_Accounts_on_the_Lived_Experience/link/s/55ba055b08aed621de09b5c7/The-Stigma-Depression-An-Interaction-Be
- Baer, Niklas, Schuler, D., Füglistner-Dousse, S., Moreau-Gruet, F. (2013). Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration. Neuchâtel.
- Böhme, G. (2014). Bewusstseinsformen. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Bolhaar, R., Petzold, H. G. (2008). Leibtheorien und „Informierter Leib“ – ein „komplexer Leibbegriff“ und seine Bedeutung für die Integrative Supervision und Therapie. SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung, 04. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_bolhaar_supervision-04-2008.pdf
- Bourdieu, P. (1982). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1997). Zur Genese der Begriffe Habitus und Feld. In P. Bourdieu (Hrsg.), Der Tote packt den Lebenden (S. 59–78). Hamburg: VSA.
- Bourdieu, P. (2001). Habitus und Einverleibung. In P. Bourdieu (Hrsg.), Meditationen (S. 177–182). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Braunbarth, I. (2018). Die «Vier Wege der Heilung und Förderung» bei Depression. In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Hrsg.), Integrative Bewegungstherapie (S. 65–80). Stuttgart: Schattauer.
- Braus, D. F. (2014). EinBlick ins Gehirn (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Brinker, P., Petzold, H. G. (2019). Die Ökologische Dimension in der Supervision – Beiträge der Ökologischen Psychologie und Ökonomie Natur – Umwelt – Ressourcen. SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung, 3, 1–103.
- Bronfenbrenner, U. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H. G. (2005). Die Konzepte «social network» und «social world» und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung, (05), 0–27. Abgerufen von <http://www.fpi-publikation.de/supervision/index.php> (abgerufen am 08.07.2017)
- Clark, A., Chalmers, D. J. (1998). The Extended Mind. Analysis, 58(1), 7–19.
- DGPPN. (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Langfassung (2. Aufl.). Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Abgerufen von https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf
- Dornberg, M. (2013). Die zweigriffige Baumsäge. Überlegungen zu Zwischenleiblichkeit, Umweltbezogenheit und Überpersonalität. In T. Breyer (Hrsg.), Grenzen der Empathie: philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven (S. 239–259). München: Fink.
- Douglas, M. (1974). Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Eberlein, U. (2016). Zwischenleiblichkeit. Formen und Dynamiken leiblicher Kommunikation und leibbasiertes Verstehen. In U. Eberlein (Hrsg.), Zwischenleiblichkeit und bewegtes Verstehen - Intercorporeity, Movement and Tacit Knowledge (S. 215–248). Bielefeld: transcript.
- Egger, J. W. (2017). Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Wien: facultas.
- Egger, J. W. (2020). Die Einheit von Körper und Seele. Die bio-psycho-soziale Perspektive auf Krankheit und Gesundheit. Baden-Baden: Deutscher Wissenschafts-Verlag.
- Eisenhardt, T. (2008). Mensch und Umwelt. Die Wirkungen der Umwelt auf den Menschen. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Eisler, P. (1991). Berühren aus Berührtsein. Integrative Therapie, 1–2, 85–116.
- Elias, N. (1976). Über den Prozess der Zivilisation. Erster Band: Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes. Zweiter Band: Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Engstrom, E. J. (2016). Tempering Madness: Emil Kraepelin's Research on Affective Disorders. *OSIRIS*, 31, 163–180.
- Ewald, A., Krings, R., Petzold, H. G. (2019). Depressionen - Ein integrativ-multiperspektivisches Arbeitspapier mit Streifzügen zu sozialen, kulturellen, ökologischen, therapeutischen und ästhetischen Aspekten des Depressionsthemas. *POLYLOGE*, 39. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=ewald-krings-petzold-depressionen-integrativ-multiperspektivisch-sozial-kulturell-polyloge-39-2020.pdf>
- Flade, A. (2010). Natur psychologisch betrachtet. Bern: Verlag Hans Huber.
- Foucault, M. (1976). Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1977). Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frei, J. (2020). Der lange Schatten der Vergangenheit. *psychoscope*, 1, 11–13.
- Friedl, R. (2019). Der Takt des Lebens. München: Goldmann.
- Fuchs-Heinritz, W., König, A. (2005). Pierre Bourdieu: eine Einführung. Konstanz: UVK.
- Fuchs, T. (2008). Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. (2015a). «Körper haben oder Leib sein». Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 3, 144–150.
- Fuchs, T. (2015b). Zeiterfahrung in Gesundheit und Krankheit. *Psychotherapeut*, 60, 102–109.
- Gallagher, S. (2019). Embodiment: Leiblichkeit in den Kognitionswissenschaften. In E. Alloa, T. Bedorf, C. Grüny, & T. N. Klass (Hrsg.), *Leiblichkeit* (2. Aufl., S. 354–377). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Gläser-Zikuda, M. (2013). Qualitative Inhaltsanalyse in der Bildungsforschung - Beispiele aus diversen Studien. In K. Aguado, L. Heine, & K. Schramm (Hrsg.), *Introspektive Verfahren und qualitative Inhaltsanalyse in der Fremdsprachenforschung* (S. 136–159). Frankfurt am Main: Lang. Abgerufen von https://www.pedocs.de/volltexte/2017/12857/pdf/GlaeserZikuda_2013_Qualitative_Inhaltsanalyse.pdf
- Glatzel, J. (1990). Melancholie und Wahnsinn. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Glück, L. (2020). Wilde Iris. München: Luchterhand.
- Gugutzer, R. (2015). *Soziologie des Körpers* (5. Aufl.). ProQuest Ebook Central: transcript.
- Heule, S. (2020). Therapie in und mit der Natur - vom Tanz mit erlebbaren Metaphern. *Grüne Texte*, 12. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=heule-therapie-in-und-mit-der-natur-vom-tanz-mit-erlebbaren-metaphern-gruene-texte-12-2020pdf.pdf>
- Hofer-Moser, O. (2018). Leibtherapie. Eine neue Perspektive auf Körper und Seele. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Huber, L. (2013). Der Philosoph und der Künstler: Maurice Merleau-Ponty als Denker der réflexion. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Huppertz, C., Schott, C., Linderkamp, O. (2005). Können Umgebungsfaktoren die neurologische Entwicklung eines frühgeborenen Kindes beeinflussen? In *Neue Wege gehen* (S. 14–22). Frankfurt am Main: Bundesverband «Das frühgeborene Kind» e.V. , Abgerufen von https://www.fruehgeborene.de/sites/default/files/field_pblctn_file/neue_wege_gehen.pdf
- Hüther, G. (2010). Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In M. Storch, B. Cantieni, G. Hüther, & W. Tschacher (Hrsg.), *Embodiment* (2. Aufl., S. 73–97). Bern: Huber.
- Jäger, M. (2016). *Konzepte der Psychopathologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jaspers, K. (1984). *Philosophische Autobiographie* (erw. Neuauf). München: Piper.
- Jurk, C. (2005). *Der niedergeschlagene Mensch*. Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Karch, S., Heinzl, S., Pogarell, O., Schiepek, G. (2012). Neurobiologische Grundlagen psychotherapeutischer Verfahren. *Psychotherapeut*, 57, 204–212.
- Kaschnitz, M. L. (1986). *Griechische Mythen* (7. Aufl.). München: dtv.
- Keller, F., Ruppe, A., Stieglitz, R.-D., Wolfersdorf, M. (1997). Korrelation zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung von Depressivität auf der Symptomebene. In M. Wolfersdorf (Hrsg.),

- Depressionsstationen/ Stationäre Depressionsbehandlung. Konzepte, Erfahrungen, Möglichkeiten heutiger Depressionsbehandlung (S. 139–143). Berlin: Springer.
- Kelley, K. W. (1989). *Der Heimatplanet*. Frankfurt am Main: Zweitausendeins.
- Kluge, Seebold, E. (Bearb.). (1995). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache* (23. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Koch, K.-U., Fleiter, E. (2012). Neolithische Revolution. In *Geographie Infothek*. www.klett.de. Abgerufen von [https://www2.klett.de/sixcms/list.php?page=infothek_artikel&extra=Geschichte und Geschehen - Online&artikel_id=434173&inhalt=klett71prod_1.c.268996.de](https://www2.klett.de/sixcms/list.php?page=infothek_artikel&extra=Geschichte%20und%20Geschehen%20-%20Online&artikel_id=434173&inhalt=klett71prod_1.c.268996.de)
- Krumnacker, A. (2017). Aufblühende Erinnerungen. *Gartentherapie für Menschen mit Demenz. Grüne Texte*, 25. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=grueneTexte_krumnacker-aufbluehende-erinnerungen-gartentherapie-fuer-menschen-mit-demenz-gruene-texte-25-2017.pdf
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Laab, A. (2011). Leib - eine philosophisch-theoretische Fundierung eines zentralen Konzepts der Integrativen Therapie. *POLYLOGE*, 16. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_laab-leibeine-philosophisch-theoretische-fundierung-der-integrativen-therapie-polyloge-16-2011.pdf
- Lachner, G. (2007). Ethik und Werte in der Integrativen Therapie. In J. Sieper, I. Orth, & W. Schuch (Hrsg.), *Neue Wege Integrativer Therapie* (S. 299–338). Bielefeld: Edition Sirius.
- Lackner-Naberznik, T. (2014). Die Kraft der Berührung oder Die Integrative Therapie und die Integrative Leibtherapie vor dem Hintergrund des Embodiment. *POLYLOGE*, 08.
- Marcel, G. (1985). Leibliche Begegnung. In *Leiblichkeit* (S. 15–46). Paderborn: Junfermann.
- Mathias-Wiedemann, U., Petzold, H. G. (2019). Impulse für die „Neuen Naturtherapien“. *Green Care*, 4, 18–20. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=mathias-wiedemann-petzold-2019-impulse-fuer-die-neuen-naturtherapien-polyloge-26-2019.pdf>
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Studium.
- Meier-Holzknacht, A. (2020): Reflexion über den therapeutischen Prozess einer Jugendlichen mit depressiver Störung unter besonderer Berücksichtigung der Fünf Säulen der Identität. *Behandlungs- und Supervisionsjournale*, 02/2020.
- Merleau-Ponty, M. (1965). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Orth-Petzold, S. (2016). Einige Aspekte zum Einfluss der Ernährung auf die Psyche des Menschen. *POLYLOGE*, 7, 1–114. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_orth-petzold-einige-aspekte-einfluss-ernaehrung-auf-psyche-des-menschen-polyloge-07-2016.pdf
- Orth, I. (2002). Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung - Überlegungen für die Praxis. *Integrative Therapie*, 3–4, 303–324.
- Orth, I., Petzold, H. G. (2000). Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit - ein «lifespan developmental approach». *Integrative Therapie*, 2/3, 131–144. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_orth-petzold-2000-integrative-therapie-biopsychosoziale-modell-kritische-humantherapie-polyl-08-2000.pdf
- Orth, I., Petzold, H. G. (2009). Heilende Bewegung. Die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. *POLYLOGE*, 04. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_orth_petzold_heilende_bewegung_polyloge_04_2009.pdf
- Orth, I., Petzold, H. G. (2018). Leib, Sprache, Geschichte in einer integrativen und kreativen Psychotherapie. In H. G. Petzold, B. Leiser, & E. Klempnauer (Hrsg.), *Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit und Kreatives Schreiben* (S. 95–130). Bielefeld: Aisthesis.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (2002). Intuitive parenting. In M. H. Bornstein (Hrsg.), *Handbook of parenting. Volume 2: Biology and Ecology of Parenting* (2. Aufl., S. 183–205). Mahwah, NJ:

Lawrence Erlbaum.

- Petzold, H. G.* (1974k). Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold, H.G., 1974j. (Hrsg.) Psychotherapie und Körperdynamik, Paderborn: Junfermann, S. 285-404; revid. In Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd. I, 2, 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n. Paderborn: Junfermann. S. S.59-172.
- Petzold, H. G.* (1977m). Theorie und Praxis der Traumarbeit in der Integrativen Therapie - die Poesie der Träume. Integrative Therapie, 3/4, 147–175. Neu eingestellt 02/2015. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=HeilkraftSpracheNEU_petzold-1977m-theorie-praxis-traumarbeit-integrative-therapie-poesie-traeume-heilkraft-sprache-02-2015.pdf
- Petzold, H. G.* (1980g/2013). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. Erschienen in: Petzold, H. G. (1980f). die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie, Paderborn: Junfermann, S. 223–290. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-1980g-rolle-des-therapeuten-therapeutische-beziehung-integrative-therapie-polyloge-05-2013.pdf
- Petzold, H. G.* (1981h). Leibzeit. POLYLOGE. Neu eingestellt 20/2012. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-1981h-leibzeit-polyloge-20-2012.pdf
- Petzold, H. G.* (1985g). Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G.* (1985h). Der Schrei in der Therapie. In H. G. Petzold (Hrsg.), Leiblichkeit (S. 547–572). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G.* (1985i). Die modernen Verfahren der Bewegungs- und Leibtherapie und die „integrative Bewegungstherapie“. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Leiblichkeit* (S. 347–389). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G.* (1987d/2017). Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die „multiple Entfremdung“ in einer verdinglichenden Welt. POLYLOGE, 06/2017. Zuerst erschienen in: Richter, K. (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit - eine unheilige Allianz? Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur, Bd. 9, Remscheid, 38-95; repr. Matthies, Klaus (Hg.): Sinnliche Erfahrung – KUNST – Therapie. Beiträge zum Bremer Symposium 1986. Petzold, H.G.: Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die „multiple Entfremdung“ in einer verdinglichenden Welt. S. 221-263 und hat die Sigle 1987d/2017. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-1987d-2017-kunsttherapie-kreative-medien-gegen-multiple-entfremdung-polyloge-06-2017.pdf
- Petzold, H. G.* (1988b). Konzepte zu einer mehrperspektivischen Hermeneutik leiblicher Erfahrung und nichtsprachlichen Ausdrucks in der «Integrativen Therapie». In Integrative Therapie, Band 1 (2003a): Modelle, Theorien und Methoden (S. 141–179). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G.* (1988d). Die "vier Wege der Heilung und Förderung" in der "Integrativen Therapie" und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen - dargestellt an Beispielen aus der "Integrativen Bewegungstherapie", Teil I, Integrative Therapie 4, 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. als „Die vier Wege der Heilung und Förderung“, in: Bd. I, 1 (1996a [S.173-283]).
- Petzold, H. G.* (1988n). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Band I, 1 und I, 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G.* (1991o). Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen. POLYLOGE, neu eingestellt 2018/02. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-1991o-zeit-zeitqualitaeten-identitaetsarbeit-biographische-narration-polyloge-02-2018pdf.pdf
- Petzold, H. G.* (1994c). Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“ oder das „doppelte Warum“. POLYLOGE, neu eingestellt 2015/13. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-1994c-metapraxis-ursachen-hinter-den-ursachen-doppelte-warum-entfremdung-polyloge-13-2015.pdf
- Petzold, H. G.* (1995f). Fremdheit, Entfremdung und die Sehnsucht nach Verbundenheit - anthropologische Reflexionen. Orff-Schulwerk heute, 94, 9–19. Abgerufen von <https://www.fpi->

- publikation.de/downloads/?doc=HeilkraftSpracheNEU_petzold-1995f-fremdheit-entfremdung-sehnsucht-nach-verbundenheit-reflexionen-heilkraft-sprache-31-2017.pdf
- Petzold, H. G. (1996k). Der „Andere“ – der Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie*, 2–3, 319–349. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1996k-der-andere-das-fremde-das-selbst-tentative-persoenliche-ueberlegungen-emmanuel-lvinas.pdf
- Petzold, H. G. (1999q, Updating 2006). Das Selbst als Künstler und als Kunstwerk - rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft «ästhetischer Erfahrung» - Ein Interview. *POLYLOGE*, 09/2006. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-selbst-als-knstler-kunstwerk-rezeptive-kunsttherapie-heilende_kraft-polyloge-09-2006.pdf
- Petzold, H. G. (2002j). Der «informierte Leib» - «embodied and embedded» - Leibgedächtnis und performative Synchronisation. In H. G. Petzold (Hrsg.) (2003a), *Integrative Therapie, Band 3: Klinische Praxeologie* (S. 1051–1092). Paderborn: Junfermann. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_Petzold-InformierterLeib-Polyloge-07-2002.pdf
- Petzold, H. G. “et al.” (2002p, Updating, 2006, 2011j). „Lust auf Erkenntnis“ – Polyloge und „Reverenzen“ – Collagierte Materialien (II) aus einer intellektuellen Biographie und zu 45 Jahren „transversaler Suche und kokreativer Konnektivierung“ (1965 – 2010). https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2002p-updating-2006-2011j-lust-auf-erkenntnis-polyloge-und-reverenzen.pdf
- Petzold, H. G. (2003a). *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H. G. (2003b). Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. *SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung*, 01/2003. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-2003b-konflikttheorie-supervision-01-2003.pdf
- Petzold, H. G. (2004h). Der „informierte Leib im Polylog“ ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In H. Hermer & H. G. Klinzing (Hrsg.), *Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie* (S. 107–156). Tübingen: dgvt. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2004h-informierte-leib-im-polylog-ein-integratives-leibkonzept-in-der-psychotherapie.pdf
- Petzold, H. G. (2005r, Updating 2010). *Integrative Therapie - neue Wege einer Humantherapie in der Lebensspanne. Das "erweiterte" biopsychosoziale und entwicklungsorientierte Modell moderner Psychotherapie*. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2010-petzold-h-g-2005r-updating-2010-integrative-therapie-neue-wege-einer-humantherapie/>
- Petzold, H. G. (2005t). Der „bewegte Mensch“ – Frauen und Männer in Bewegung durch die Zeit. Transversale Überlegungen zur Anthropologie aus der Sicht Integrativer Therapie. *POLYLOGE*, 05/2005. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold_2005t_homo_migrans_pol_05_2005.pdf
- Petzold, H. G. (2006p). Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik. *POLYLOGE*, 16/2006. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-oekosophie-oekophilie-oekopsychosomatik-potentiale-integrative-therapie-polyloge-16-2006.pdf
- Petzold, H. G. (2006v, überarb. u. wesentlich erw. 2009h). Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. „Integrativ-Systemische“ Entwicklungstherapie mit Familien – *Integrative Therapie*, 2/3(2010), 161–257. Abgerufen von <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2006v-ueberarb-u-wesentl-erw-2009h-mentalierung-und-die-arbeit-mit-der.html>
- Petzold, H. G. (2009c). Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>
- Petzold, H. G. (2009h). Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. „Integrativ-Systemische“ Entwicklungstherapie mit Familien – das „bio-psycho-sozial-ökologische“ Modell „Integrativer Humantherapie“. *Integrative Therapie*, 2/3 (2010), 161–257. Abgerufen von

- <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2006v-ueberarb-u-wesentl-erw-2009h-mentalierung-und-die-arbeit-mit-der.html>
- Petzold, H. G. (2010f). Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie. POLYLOGE, 7/2010. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2010f-sprache-gemeinschaft-leiblichkeit-und-therapie/>
- Petzold, H. G. (2011c). Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. 2003e, Updating 2006k, Neueinstellung 2011. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u/>
- Petzold, H. G. (2012a). *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven*. Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- Petzold, H. G. (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung- Erschienen in: Integrative Therapie 3/2012. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2012h-integrative-therapie-transversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-14-wirkfaktoren.pdf>
- Petzold, H. G. (2012q). Transversale Identität und Identitätsarbeit - Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationsstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie - Perspektiven "klinischer Sozialpsychologie. In H. G. Petzold (2012a): *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie - interdisziplinäre Perspektiven* (S. 407–603). Überarbeitete und erweiterte Fassung von 2001p. Wiesbaden: Springer VS Verlag. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2012q-transversale-identitaet-integrative-identitaetstheorie-persoelichkeitstheorie.pdf>
- Petzold, H. G. (2014). Psychodrama, Integrative Therapie und Zukunftsprojektionen - Interview mit Falko von Ameln. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 13, 167–178. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-hilarion-g-2014-psychodrama-integrative-therapie-und-zukunftsprojektionen/>
- Petzold, H. G. (2014h). Depression ist grau - Therapie grün! Die „neuen Naturtherapien“ in der Depressionsbehandlung. *Green Care*, 4, 2–4. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/02-2015-petzold-h-g-2014h-depression-ist-grau-therapie-gruen-die-neuen-naturtherapien/>
- Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>
- Petzold, H.G. (2014m): „Grüne Therapie gegen graue Depression“ – Die „Neuen Naturtherapien“ für alternative „Ökologisation“, ökologische Bewusstseinsarbeit und eine aktivierende Behandlung bei Dysthymien und Depressionen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – Jg. 10/2014. www.fpi-publikation.de/wp-content/uploads/polyloge_petzold-2014m-green-care-und-gruene-therapie-empowerment-gegen-graue-depression-polyloge-10-2014.pdf
- Petzold, H.G. (2014s): Humanistische Psychotherapie der Depression. Prominente VertreterInnen der Humanistischen Psychotherapie und der Integrativen Therapie beschreiben, wie sie bei Depressionen arbeiten. 2. AGHPT-Kongress 2014, 25.-28.9.2014 in Berlin. <https://www.youtube.com/watch?v=R9-x1m3u85Q&feature=youtu.be>
- Petzold, H. G. (2016f). Narrative Biographiearbeit & Biographieerarbeitung in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit «kreativem Schreiben». POLYLOGE 12/2016. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=sonstiges_petzold-2016f-narrative-biographiearbeit-biographieerarbeitung-polylog-12-2016.pdf
- Petzold, H. G. (2017d). Waldtherapie: eine ökopyschosomatische und humanökologische Methode der „Neuen Naturtherapien“ – Perspektiven Integrativer Therapie. POLYLOGE, 24. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-2017d-waldtherapie-oekopsychosomatische-humanoeekologische-methode-perspektiven-polyloge-24-2018.pdf

- Petzold, H. G. (2018). Der «informierte Leib». In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie* (S. 27–44). Stuttgart: Schattauer.
- Petzold, H. G. (2019d/2020c). Notizen zur „OIKEIOSIS“, Selbstfühlen und Naturfühlen. *Transversale Selbst-, Natur- und Welterkenntnis*, „kreativ-collagierendes Denken“, „Green Meditation“, „Green Writing“, „Grünes Handeln“ in der Integrativen Therapie. *Grüne Texte*, 14/2019. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-2020c-oikeiosis-selbst-fuehlen-naturfuehlen-transversal-gruene-texte-14-2019.pdf>
- Petzold, H. G. (2019e). Natur sein, Natur-Sein – Nature embodied in time and space, in Kontext/Kontinuum. „Ökologische Intensivierungen“ im Integrativen Ansatz der Therapie und Supervision. *POLYLOGE*, 10. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=sonstiges_petzold-2019e-natur-sein-nature-embodied-in-time-and-space-oekologische_intensivierungen-polyloge-10-2019.pdf
- Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U. (2019a). Das integrative Modell «komplexer, wechselseitiger Empathie» und «zwischenleiblicher Mutualität» als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. *POLYLOGE* 03/2019. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>
- Petzold, H. G., Müller, L. (2004). Biographiearbeit mit alten Menschen – Erarbeiten und Teilen biographischer Erfahrung. *POLYLOGE*, 06. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-mueller-biographiearbeit-alte-menschen-erarbeiten-biographische-erfahrung-polyloge-06-2004.pdf
- Petzold, H. G., Müller, L., Meier-Holzknacht, A., De Peri, N. (2020). Die „Grundregel der Integrativen Therapie“ (2000a) – Fundierende Konzepte, eine kompakte Zusammenfassung und Erläuterung nach zwanzig Jahren der Anwendung. *POLYLOGE*, 19. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mueller-et-al-2020-grundregel-der-integrativen-therapie-2000a-kompakt-polyloge-19-2020.pdf>
- Petzold, H. G., Orth, I. (1990a). Die neuen Kreativitätstherapien. *Handbuch der Kunsttherapie*. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Orth, I. (1993a). Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung und karrierebezogenen Arbeit in der Integrativen Therapie. *POLYLOGE* 26/2012. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_hp_orth_1993a_therapietageb_gesamt150113.pdf
- Petzold, H. G., Orth, I. (1994a). Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch «mediengestützte Techniken» in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie*, 4, 340–391. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-1994a-kreative-perso-lichkeitsdiagnostik-mediengestuetzte_techniken-polyloge-03-2012.pdf
- Petzold, H. G., Orth, I. (2011/2014). „Genderintegrität“ als neues Leitparadigma für Supervision, Coaching, Therapie in vielfältigen Kontexten – ein ko-reflexiver Beitrag zu „Genderkompetenz“. Erschienen in: Abdul-Hussain, S. (2012). *Genderkompetenz in Supervision und Coaching*. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu „Genderintegrität“. Wiesbaden: VS Verlag. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-orth-2011-genderintegri-taet-neues-leitparadigma-ko-reflexiver-beitrag-supervision-04-2014.pdf
- 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“. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. *POLYLOGE* 22/2018; <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». *POLYLOGE*, 2, 1–98. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/31-2017-petzold-h-g-orth-i-2017b-epitome-polyloge-in-der-integrativen-therapie/>

- Petzold, H. G., Orth, I., Orth-Petzold, S. (2009/2017). Integrative Leib- und Bewegungstherapie – ein humanökologischer Ansatz Das „erweiterte biopsychosoziale Modell“ und seine erlebnisaktivierenden Praxismodalitäten: therapeutisches Laufen, Landschaftstherapie, „Green Exercises“. *POLYLOGE*, 25/2017. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-orth-petzold-2009-2017-integrative-leib-u-bewegungstherapie-humanoeekologisch-polyl-25-2017.pdf
- Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Patel, A. (2010). Von der Abhängigkeit in die Souveränität. *POLYLOGE*, 17, 1–100. Abgerufen von <http://www.fpi-publikation.de/artikel/behandlungs-und-supervisionsjournale/patel-andrea-von-der-abhaengigkeit-in-die-souveraenitaet-prozessdokumentation-17-2010-2.html> (abgerufen am 19.08.2016)
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2019a): Zwischen Embodiment, Embeddedness und Mentalisierung, innovative Impulse für das Feld integrativer Psychotherapie und Humantherapie –die 4E-Perspektiven. Geleitwort zu: Stefan, R. (2020): Zukunftsentwürfe des Leibes. Grundlagen, Theorien und Begriffe der Integrativen Therapie und deren Bezugspunkte zu den Grundlagenwissenschaften (S. 139 – 183). Wiesbaden: Springer.
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2019e). Die «14 plus 3» Wirkfaktoren und -prozesse in der Integrativen Therapie.
- Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2019). Naturentfremdung, bedrohte Ökologisation, Internetsucht – psychotherapeutische und ökopyschosomatische Perspektiven. In H. G. Petzold, B. Ellerbrock, & R. Hömberg (Hrsg.), *Die Neuen Naturtherapien* (S. 327–446). Bielefeld: Aisthesis. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-orth-petzold-2018-naturentfremdung-bedrohte-oekologisation-internetsucht-gruene-texte-03-2021.pdf>
- Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Orth, I. (2013a). Freude am Lebendigen und weiser Umgang mit Natur. Die Frische, Kraft und Weisheit integrativer Garten- und Landschaftstherapie – „Green Meditation“, „Therapeutic Guerilla Gardening“. *POLYLOGE*, 20. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-orth-2013a-freude-am-lebendigen-weiser-umgang-mit-natur-weisheit-polyloge-20-2013.pdf
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2008c). Integrative Willenstherapie Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In H. G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie* (S. 473–592). Bielefeld: Sirius. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-sieper-integrative-willenstherapie-perspektiven-zur-praxis-polyloge-08-2012.pdf
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2012a). "Leiblichkeit" als "Informierter Leib" embodied and embedded - Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum "psychophysischen Problem" und zur leibtherapeutischen Praxis. In H.G. Petzold (Hrsg.), *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen* (S. 243-321). Wien: Krammer. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf
- Petzold, H. G., van Beek, Y., van der Hoek, A.-M. (1994a, Neueinstellung 2016). Grundlagen und Grundmuster «intimer emotionaler Kommunikation und Interaktion» - «Intuitive Parenting» und «Sensitive Caregiving» von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2* (S. 491–646). Paderborn: Junfermann. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-02-2016.pdf
- Pfister, D. (2020). Gruppenpsychodrama mit Kindern. *POLYLOGE*, 20. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=pfister-gruppenpsychodrama-mit-kindern-polyloge-22-2020.pdf>
- Preuss, S. (1995). *Ökopyschosomatik, Umweltbelastungen und psychovegetative Beschwerden*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Puhmann, J. (2019). *Depression und Lebenswelt*. Berlin: Logos.
- Ratcliffe, M. (2015). *experiences of depression*. Oxford: Oxford University Press.
- Rheinberg, F. (2009). Motivation. In V. Brandstätter & J. H. Otto (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie - Motivation und Emotion* (S. 668–674). Göttingen: Hogrefe.

- Rukeyser, M.* (1995). The Gates. In J. Heller Levy (Hrsg.), *A Muriel Rukeyser Reader* (S. 253–274). New York: Norton.
- Sieferle, R. P.* (1997). *Rückblick auf die Natur. Eine Geschichte des Menschen und seiner Umwelt*. München: Luchterhand.
- Sieper, J.* (2000). Ein neuer «POLYLOG» und eine «Dritte Welle» im «herakliteschen Fluss» der INTEGRATIVEN THERAPIE - Transgressionen III. *POLYLOGE*, 03. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_sieper-neuer-polylog-und-dritte-welle-im-herakliteschen-fluss-transgressionen-3-polylog-03-2000pdf.pdf
- Sieper, J., Petzold, H. G.* (2002/2011): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. *POLYLOGE*, 10/2002, Neueinstellung SUPERVISION 04/2011; <https://www.fpi-publikation.de/supervision/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision/>
- Staemmler, F.-M.* (2008). *Empathie in der Psychotherapie aus neuer Perspektive*. Universität Kassel. Abgerufen von <https://kobra.uni-kassel.de/bitstream/handle/123456789/2009022526404/DissertationStaemmler.pdf?sequence=3>
- Steck, N., Marxt, L., Candinas, D., Beck Schimmer, B., Gebhard, C.* (2020). Gendermedizin: Patientinnen unterscheiden sich von Patienten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 101(6), 169–171.
- Stefan, R.* (2020). *Zukunftsentwürfe des Leibes. Integrative Psychotherapiewissenschaft und kognitive Neurowissenschaften im 21. Jahrhundert*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Stefan, R., Petzold, H. G.* (2019). Möglichkeitsräume und Zukunftsentwürfe in den kognitiven Neurowissenschaften – Gesichtspunkte der Integrativen Therapie. *POLYLOGE*, 30. Abgerufen von <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-stefan-2019-moeglichkeitsraeume-zukunftsentwuerfe-kognitive-neurowissenschaften-polyloge-30-2019.pdf>
- Steiger, E.* (2006). Das Awareness-Konzept betrachtet auf dem spirituellen Hintergrund der Integrativen Gestalttherapie. Klagenfurt. Abgerufen von http://www.gestalttherapie.at/graduierungsarbeiten_oeffentlich/ga_eva_steiger.pdf
- Stieglitz, R.-D.* (2008). Diagnostik depressiver Störungen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 51, 392.398.
- 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. *Integrative Therapie*, 3, 374–429. Abgerufen von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_mei-petzold-bosscher-1997-runningtherapie-integrative-leib-und-bewegungsorientierte-psychotherapiepdf.pdf
- Waibel, M. J., Petzold, H. G.* (2018). Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen. In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie* (S. 81–97). Stuttgart: Schattauer.
- Waibel, M. J., Petzold, H. G., Orth, I., Jakob-Krieger, C.* (2009). Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT). In M. J. Waibel & C. Jakob-Krieger (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie* (S. 1–25). Stuttgart: Schattauer.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Flückiger, C.* (2018). *Die Psychotherapie-Debatte*. Bern: Hogrefe.
- Wehrle, M.* (2013). Medium und Grenze: Der Leib als Kategorie der Intersubjektivität. Phänomenologie und Anthropologie im Dialog. In T. Breyer (Hrsg.), *Grenzen der Empathie: philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven* (S. 215–238). München: Fink.
- Willi, J.* (2007). *Wendepunkte im Lebenslauf*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W.* (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
- ZPID.* (2020). *Verzeichnis Testverfahren* (26. Aufl.). Trier: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation. Abgerufen von https://www.psyndex.de/pub/tests/verz_teil1.pdf