

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

(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 18/2022

Einführung in die Integrative Psychotherapeutische
Diagnostik (IPD)

Peter Osten, München *

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc), Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>.

Inhalt

- 1. Einleitung**
- 2. Das Menschenbild im integrativen Denken**
- 3. Klinischer Hintergrund: Theorien zwischen Gesundheit und Ätiopathogenese**
- 4. Positionen zum Determinismusproblem**
- 5. Die therapeutische Beziehung**
- 6. Methodischer Aufbau und Durchführung der IPD**
- 7. Die Integrative Diagnose**
- 8. Initiale und prozessuale Diagnostik**
- 9. Schlusswort**
- Zusammenfassung/Summary**
- 10. Literatur**

1. Einleitung

Diese einführende Arbeit stellt im Grundzug Hintergrundtheorien und Strukturen der „Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik (IPD)“ vor. Bezugsrahmen für diese Methodik ist die „Integrative Therapie“ als ein Verfahren, das in den 1960er Jahren von *Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper, Hildegund Heintl* (†) und weiteren Kolleginnen als eine Form engagierter „Humantherapie“ entwickelt und ausgearbeitet wurde. Das Verfahren steht im Rahmen der Bewegung der „*psychotherapy integration*“, wie sie ebenfalls Mitte der 60er Jahre in Amerika ihren Anfang nahm und von *H.G. Petzold* im deutschsprachigen Raum inauguriert wurde (*Petzold, 1993*; vgl. *Wyss, 1982; Bastine, Fiedler & Kommer, 1989; Blaser et al., 1992; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Egger et al., 2014*). Die vorgestellten Modelle orientierten sich weitgehend an den von Peter Osten mit Beginn der 1990er Jahre entwickelten Konzepten einer Integrativen Anamnese und Diagnostik (*Osten, 1994, 2000, 2019*).

Eine Besonderheit der Integrativen Therapie besteht darin, dass sie unterschiedliche Verfahrensansätze [tiefenpsychologische, behaviorale, personzentrierte, psychodramatische und systemische] sowie empirische Forschungsergebnisse [Gesundheitspsychologie, Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorien, Geschlechterforschung, Sozialisationswissenschaften] unter dem Dach von Geistes- und Sozialwissenschaften auf ihre Kompatibilität hin überprüft, sodass ihre interventive Praxeologie nicht nur an klinischen Theorien sondern von der Haltung her *humanwissenschaftlich* orientiert ist [zum Beispiel an der Leibphilosophie (*Merleau-Ponty 1966; Schmitz, 1992; Waldenfels, 2000; Böhme, 2017*), philosophische Anthropologie (*Plessner, 2019*), Gesellschaftstheorie (*Mead, 1975; Foucault, 2012*)]. Bereits im diagnostischen Geschehen kommen auf diese Weise *heterotope Wissensstände* (*Foucault, 1969*) zum Tragen, die psychotherapeutische Behandlungsformen unter Prämissen einer *transversalen Vernunft* (*Petzold, 2001p/2004*) ermöglichen. Der theoretische Aufbau dieses entwicklungs-offenen Modells wird ‚*tree of science*‘ genannt (*Petzold, 2003a*) und stellt eine „Position“ im Sinne *Derrida's* (2009) dar.

Unter Diagnostik wird im Allgemeinen nicht unbedingt das möglichst genaue Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären des Menschen als Subjekt mit seiner Lebensgeschichte, seiner sozio- und ökokulturellen Identität verstanden, sondern eher das Erkennen von Symptomen und die Zuordnung dieser Symptome zu einer nosologischen Kategorie bereits umrissener Störungsbilder. So bestehen Diagnosen im Sinne der Klassifikation der großen Manuale (ICD, DSM, ICF) meist aus reinen querschnittlichen Statusbeschreibungen, allenfalls aus impliziten Verlaufskriterien. Die Folge hiervon ist eine Reduzierung des Menschen auf seine Krankheit bzw. die Verkürzung menschlicher Leidensformen und ihrer Entstehung auf das Bild einer „Krankheit ohne Geschichte“ (*Massing, 1994*) und damit vielfach auch *ohne Sinn* (*Petzold, 2012*), denn belastende Ereignisse müssen, um aushaltbar zu werden, in kohärente Zusammenhänge eingebettet werden können (*Antonovsky, 1997*) - dekonstruiert und neu attribuiert -, denn „Zukunft braucht Herkunft“ (*Marquard, 2020*).

Dem Anspruch, der im Wort „Diagnostik“ liegt [griech. *διαγνωσκειν, diagignoskein* = genau hindurch erkennen], wird insofern Rechnung getragen, als es in der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik (IPD) weder *allein* um die nosologische Zuordnung von Störungsbildern zu bereits umrissenen Krankheitsbildern noch um symptomorientierte Diagnostik oder Behandlung geht, sondern um das Erfassen des Menschen im Weiträumigen, das meint, auch in den längsschnittlichen Dimensionen seiner Gesundheit, der potenzialorientierten Perspektive, seines sozialen Gewordenseins und ökologischen Eingebettetheits (*Petzold, Petzold-Heinz & Sieper, 1972/2019*) sowie in jenen Bereichen, die nur

geisteswissenschaftlich erschließbar sind, in salutogenetischer Hinsicht aber hohe Relevanz besitzen [Innerlichkeit, Hoffnung, Zufall, Liebe, Glück, Dankbarkeit etc.; vgl. *Osten*, 2019, 48ff.]. In diesem hier nur einführend umrissenen Feld versucht die IPD Krankheitsentstehung längsschnittlich entwicklungsorientiert und multikausal im dynamischen Spannungsfeld der attributionalen Verarbeitung von komplexer Lebenserfahrung und sich daraus generierender Synergie von persönlicher Vulnerabilität und Vitalität, Ressourcen und Resilienz zu explorieren - immer entlang den *kausalen ggf. multikausalen-Strukturen* von Störungen bzw. jenen gesundheitsrelevanter Prozesse. Die querschnittliche Klassifikation im Sinne der großen Manuale (ICD, DSM, ICF) ist daher nur *eine* der verwendeten Perspektiven.

2. Das Menschenbild im integrativen Denken

Die integrative Denkweise sieht den Menschen zuallererst in seiner verkörperten leiblichen Existenz (*embodied*) und ökologischen Einbettung (*embedded*), durch die er motivational bewegt wird (*enacted*) und ins Handeln kommt (*extended*). Diese Befunde des Enaktivismus (*Thompson*, 2010; *Gallagher*, 2017) werden durch die Konzeptualisierung des Körpers als „informierter Leib“ (*Petzold*, 2002j, *Stefan*, 2020) erweitert, der, in evolutionären Programmen wurzelnd, nur „zur Welt hin“ (*Merleau-Ponty*, 1966) und in Teilhabe (*Marcel*, 1967; *Weber*, 2014) mit der sozialen und ökologischen Welt existieren kann (*Petzold*, 2018c). Vom anatomischen Körper unterscheidet sich der Leib durch seine höheren mentalen [pathischen, empathischen, attributionalen, kreativen] und sozialen Funktionen. Im eigenleiblichen Wahrnehmen und Spüren werden Selbstbesitz und Teilhabe von Handlung und Widerfahrnis, stets in einem Zuge erfahren; *Böhme* (2008) spricht vom „Leibsein als Aufgabe“ und hinsichtlich des Selbstbesitzes der eigenen Leiblichkeit von „betroffener Selbstgegebenheit“. Der Leib ist die „Natur, die wir selbst sind“ - also eine Gegebenheit, über die wir nur in gewissen Grenzen frei verfügen können -, genauso wie über unsere ökologischen Gegebenheiten (*Petzold & Hömberg*, 2018). Insofern wird hier eine Absage an entfremdende Autonomiekonzepte erteilt, dem *Navigieren* im Kontext wechselseitiger Angewiesenheit die Konzepte der *Verantwortung*, der *Souveränität* und *Transversalität* gegenüber gestellt (*Petzold*, 2001p/2004, 2005v; *Osten*, 2017a).

Das Leibsubjekt (*Petzold*, 2002j) wird im integrativen Denken primordial geschlechtlich gedacht (*Höfner & Schigl*, 2012), unabhängig in welcher Ausprägung. Es ist eingebettet in familiäre, kulturelle, gesellschaftliche, zeitepochale und mundanökologische Kontexte (*Petzold*, 2006p), es ist von diesen Bedeutungswelten umgeben und durchdrungen (*Foucault*, 2012) und kreiert aus der Bezogenheit mit seinen Umwelten die *Bedeutungssysteme* seiner Selbst- und Welterfahrung bzw. gestaltet auch an den kollektiven Gedankengebäuden mit, die dann wiederum zu seiner eigenen Umwelt werden. Aber nicht nur die Geschlechtlichkeit wird durch gesellschaftliche Strömungen ‚formatiert‘; das Leibsubjekt ist in seinem gesamten Denken, Fühlen, Handeln, Erleben und Bewerten durch kulturelle und zeitepochale, zum Teil vollständig anonyme, Diskurse ‚imprägniert‘ (*Foucault*, 2012; *Mead*, 1975; *Berger & Luckmann*, 1969). Die Bildung subjektiver Identität verläuft in diesem Rahmen als ein Prozess zwischen Orientierung und Verstörung (*Osten*, 2019, 118ff.).

In ätiologischer Hinsicht relevant sind in diesem Zusammenhang also bei weitem nicht nur *intra-psychische Konflikte* sondern eben auch *komplexe Lernprozesse* in sozialen, gesellschaftlichen, ökologischen Kontexten (*Mead*, 1975, *Bandura*, 1979; *Sieper & Petzold*, 2002), vor allem *Prozesse multipler Entfremdung von Leib und Lebenswelt* (*Petzold*, 2003a). In dieser Betrachtung geht die Person mit ihrer Identität aus den rekursiven Prozessen von Leiblichkeit, Historizität, Sozialität und Ökologie als epigenetische Bewegung hervor (*Petzold* 2012q; *Schmitz*, 2017).

Auch in klinischer Hinsicht wird das Subjekt in seinem Gewordensein, im *narrativen Aufbau seiner geschlechtlichen Identität* betrachtet. Die Identität - als Synergem einer *social identity* und einer *ego*

identity - wird als Resultat lebenslanger Prozesse „produktiver Realitätsverarbeitung“ verstanden (Hurrelmann & Bauer, 2015; Petzold, 2012a, 2012q; Ricœur, 1996), die dann sowohl im salutogenetischen wie auch im pathogenetischen Sinn wirksam wird. Somit wird deutlich, dass es ein und dieselben rekursiven Wirk-, Attributions- und Verarbeitungsmechanismen sind, die entweder eine *healthy functioning personality* mit ihren Ressourcen, Potenzialen und Resilienzen hervorbringen oder Vulnerabilität, Dysfunktionalität und psych(osomat)ische bzw. ököpsychosomatische (Petzold 2006p, 2018c) Störungen erzeugen. Durch Widerstandskraft bewältigte Krisen, seien sie auch noch so herausfordernd, können weitere Resilienz (Bonanno 2012, 2021; Petzold 2012b) hervorbringen (positive Kontroll- und Selbstwirksamkeitserwartungen) und fehlende Ressourcen, scheiternde Krisen, seien sie auch noch so klein, können weitere Vulnerabilität nach sich ziehen (Flammer, 1990; Fillipp & Aymanns, 2018; Luthar, 2003; Barocas, Seifer & Sameroff, 2003). Hierfür sind komplexe, großteils unbewusste, attributionelle Prozesse verantwortlich (Försterling & Stiensmeier-Pelster, 1994). Gesundheit und Krankheit bestehen daher neben- und ineinander als Möglichkeiten der subjektiven leiblichen Existenz im Kontext. Krankheit wird in entsprechend Hinsicht nicht nur als störend oder negativ bewertet („warum?“), sondern auch als Herausforderung mit Entwicklungstendenzen attribuiert („wozu?“), somit auch in den Zusammenhang möglicher Resilienzbildung gestellt (Petzold, Goffin & Oudhoff, 1993; Weiss & Berger, 2010).

Diagnostik wird für Psychotherapeutinnen erst dann erkenntnis- und handlungsrelevant, wenn sie zu ätiologischen Hypothesen führt und damit behandlungstechnisch sinnvolle Ideen und Impulse generiert. Die Indikationsstellung pluraler Behandlungsformen ist damit von Beginn an, meint bereits vom diagnostischen Prozedere her, konsequent entwicklungspsychologisch und an Identität fördernden Kriterien orientiert (Osten, 2000, 2014).

Bei all dem gerät nie aus dem Blick, dass das Ansinnen üblicher psychotherapeutischer Diagnostik durchweg positivistisch motiviert ist. Jeder Versuch der Festlegung menschlichen Erlebens oder menschlicher Wirklichkeit braucht daher den sicheren Rekurs auf ein humanwissenschaftliches und sozialkonstruktivistisches (transversales) Denken, das in der Lage ist, das je ‚Festgestellte‘ wieder zu dekonstruieren und in die Verflüssigung kontingenter Lebenszusammenhänge hinein zu entlassen.

Dies bringt notwendig erkenntnistheoretische Fragen mit sich. Die Bewegung vom Bewusstsein, von der Wahrnehmung über das Lernen bis hin zum ‚Wissen‘ - als ein *Festhalten* von Bewusstseinsinhalten - kann unter solchen Voraussetzungen nicht den Weg der ‚Verobjektivierungen‘ beschreiten, sondern nur über phänomenologische, hermeneutische und sozialkonstruktivistische Verstehensweisen erfolgen, in der Terminologie des Verfahrens: über „diskursive und ko-respondierende Hermeneutik“ (Petzold, 1996r/2017). So werden, im Sinne potential- und entwicklungsorientierter Interventionsformen, den subjektiven Erfahrungs- und Deutungsmöglichkeiten des Patienten keine zuschreibenden Behandlungsweisen entgegengestellt.

3. Klinischer Hintergrund: Theorien zwischen Gesundheit und Ätiopathogenese

Den vorangegangenen Aspekten eines humanphilosophisch abgestützten Menschenbildes, werden nun entsprechende empirische Theorien unterstellt, die das klinische Verstehen des Menschen in der Dynamik seiner komplexen Lebenszusammenhänge ermöglichen sollen. Hierzu zählen - *grundlegend* - die Gesundheitspsychologie (Renneberg & Hammelstein, 2006), die Entwicklungs- und Sozialisationswissenschaften (Osten, 2000; Berk, 2004; Schneider & Lindenberger, 2012; Hurrelmann & Ulich, 1998), Persönlichkeits- und Identitätstheorien (Neyer & Asendorpf, 2017; Petzold, 2001p/2004, 2005v; Keupp, 2016), die Geschlechterforschung (Kortendiek, Riegraf & Sabisch, 2019), die Evolutionäre Psychologie (Buss, 2004; Bischof-Köhler, 2004) und die Motivations- und Willenspsychologie (Rudolph, 2003; Pet-

zold & Sieper, 2008) sowie - *aufbauend* - die integrierende Betrachtung verschiedenartiger Ätiologietheorien [die hierfür maßgeblichen Theorien werden ausführlich dargestellt in *Osten, 2019, S. 147-194*].

Unterschiedliche Verfahrensansätze haben im letzten Jahrhundert, entsprechend ihren meist impliziten Menschenbildern, zum Teil stark differierende Theorien zur Genese der Dysfunktionalität erstellt. Hierzu zählen die Tiefenpsychologie (*Mentzos, 2010*), der Behaviorismus (*Rotter, 1954; Bandura, 1979*), die Stress- und Traumatheorien (*Rensing et al., 2005; van der Kolk, 2015*) sowie systemische und sozialökologische Theorien (*Schiepek, Eckert & Kravanja, 2013; Bierhoff & Frey, 2011*). Auf der mikropsychoökologischen Seite sind diese flankiert von der Bindungstheorie (*Brisch, 2019a, b*), einer Betrachtung quasi des Mikrokosmos des Kindes, auf der anderen Seite – makropsychoökologisch - durch transgenerationale Theorien (*Radebold, Bohleber & Zinnecker, 2009; Moré, 2013; Osten, 2009, 2018*), der Einbindung des Subjekts in seine historisch bedingten Umwelten.

Diese „Standardtheorien“ sind an sich jeweils weder vollständig, noch sind sie als abgeschlossene Alternativen zu verstehen. Sie vertreten aber jeweils wesentliche Aspekte des „Leibsubjekts in seiner Lebenswelt“, wenn es darum geht, die Genese sowohl der *healthy functioning personality* als auch die *Entwicklung von Dysfunktionalität* hypothetisch nachzuzeichnen. Sie werden im integrativen Denken daher auf ihre Anschlussfähigkeit an das entsprechende Menschenbild hin überprüft und mit mehr oder weniger großen Modifikationen in ein integriertes Modell der Ätiopathogenese eingepasst. Leider ist hier nicht der Raum, um diesen interessanten Prozess *en detail* darzustellen (vgl. hierzu *Osten, 2019, S. 195-262*), zumindest aber sollen dessen Ergebnisse präsentiert werden.

Vor dem Hintergrund eines anthropologischen Krankheitsmodells multipler Entfremdung (*Petzold, 2003a*) ermöglichen die Ansätze der Standardtheorien mit ihren Modifikationen eine Extraktion „Sechs ätiologischer Ebenen“ die in aller Kürze dargestellt werden. Aus der *Tiefenpsychologie* können die ersten beiden Ebenen übernommen werden - Defizite und Konflikte -, wobei Defizite im integrativen Denken nicht nur im frühen Lebensalter ätiologische Relevanz ausweisen sondern über die gesamte Lebensspanne, und Konflikte nicht nur intrapsychisch verstanden werden sondern in einer Ausweitung hin zu diversen internal-externalen Konstellationen, außerdem nicht nur bipolar, sondern multipolar (komplex). Aus dem *Behaviorismus* wird auf der dritten Ebene das Modell maladaptiver Lernerfahrungen übernommen, mit der Modifikation, dass Lernprozesse nicht unidirektional sondern systemisch-komplex verstanden werden (*Sieper & Petzold, 2002*). Hier wird in erster Linie auf soziale Lerntheorien rekurriert (*Rotter, Bandura, Vygotskij*). Auf der vierten und fünften Ebene werden aus den *Stress- und Traumatheorien* ohne Modifikation ätiologische Faktoren übernommen, die mit (plötzlicher, serieller oder zeitextendierter) Überforderung und deren Langzeitfolgen korrelieren. Und auf der sechsten Ebene führen *Sozialökologische Theorien* (Netzwerktheorie, Systemische Theorie, Theorie der Ökologisation) zum Bild des Subjekts in seinen sozialen und ökomundanen Kontexten (*Petzold 2006p*).

Dabei ist erstens zu beachten, dass pathogenetische Konstellationen in phänomenologischer Sicht selten oder nie *konturscharf* in Erscheinung treten, sondern in Übergängen, Verschränkungen, Überlagerungen. Die sechs Ebenen stellen zweitens *Spezifizierungen von Stress* dar, die rasch ein plastisches Bild unterschiedlicher Belastungskonstellationen entstehen lassen, daher instruktiv auch in Hinsicht auf die Interventionsplanung wirken. Die ätiologische Relevanz eines pathogenen Einflussfaktors zeigt sich zudem in ihrer entwicklungspsychologischen Zuordnung und longitudinalen Bestimmung, das heißt auch, Zusammenschau von *Vulnerabilität* und *Resilienz*, *Ereignisattribution* und *longitudinaler Akkumulation* (*Rolf et al., 1990*). Erst diese vier Ebenen zusammen (in ihrer Interferenz) sind in der Lage, ein dynamisches Bild von *Ätiologie* entstehen zu lassen. Auch wenn hier jetzt dezidiert auf Belastungsfaktoren fokussiert wird, darf dabei nicht aus dem Blick geraten, dass diese niemals isoliert zur

Wirkung kommen, sondern dass sie stets im Verbund mit protektiven Faktoren und Prozessen erfahren werden. Die *Sechs ätiologischen Ebenen* stellen letztlich ein konsequentes, übergreifendes Stressmodell mit seinen jeweiligen Spezifikationen dar. Im Überblick:

Ebene 1: Defizite und prolongierte Mangel Erfahrungen

Ebene 2: Konflikte und andere spannungsreiche Störungen

Ebene 3: Dysfunktionale Lern- und Adaptionsmodelle, maladaptive Lernerfahrungen

Ebene 4: Akute Überforderung und zeitextendierter Stress

Ebene 5: Traumatisierungen

Ebene 6: Sozialökologische Synergieeffekte

Den meisten der ätiologischen Theorien aus der Historie eignet ein gemeinsames Problem: Sie betrachten den Menschen, das Subjekt mit seinen dynamischen Gesundheits- und Krankheitsprozessen, ohne eine Konzeptuierung seiner Leiblichkeit und ohne eine konsequente Einbindung in gesellschaftlich-kulturell-zeitepochale und ökologische Zusammenhänge. Diesen eher ‚solipsistischen‘ und ‚fragmentierenden‘ Sichtweisen wird im integrativen Denken auf zweierlei Arten begegnet. Einerseits werden klinische Theorien zur Ätiopathogenese in ein anthropologisches *Modell multipler Entfremdung* von Leib und sozialer und ökologischer Lebenswelt (Petzold & Schuch, 1992) eingebettet, verbunden mit einem Eintreten für ein salutogenetisches Modell der Zugehörigkeit, andererseits werden monistischen Theorien der Frühfestlegung (Tiefenpsychologie) und monodirektionalen Vorstellungen des Lernens (Behaviorismus) die Ergebnisse von *Longitudinalforschungen* beigelegt, die zum Teil recht unterschiedliche Deutungsvarianten zur Dynamik von Salutogenese und der Entstehung von Dysfunktionalität beireithalten (Kahn & Antonucci, 1980; Rutter, 1988; Rolf et al., 1990; Funder et al., 1993; Petzold, Beek, Oudhoff 1994; Petzold, Goffin & Oudhoff, 1993; Luthar, 2003).

Wesentlich für die Charakteristik Integrativer Ätiologietheorie ist dabei, dass linear-kausalen Ableitungsmodellen (frühe Störungen ⇒ späte Folgen; maligne Lernerfahrungen ⇒ maladaptives Verhalten; Traumatisierungen ⇒ posttraumatische Belastungsstörung) ein ‚Modell pluriformer Verarbeitung‘ gegenüber gestellt wird, das den dissipativen Prozessen, chaotischer Mannigfaltigkeit des Lebendigen einen festen Platz einräumt (Petzold, Goffin & Oudhoff, 1993; Strunck & Schiepek, 2014); Studien zum *Postramatic Growth* etwa z (Weiss & Berger, 2010; Tedesci & Calhoun, 1995) oder zur Ausbildung *kreativer Resilienz* (Bonanno 2021; Petzold 2022) belegen diese Befunde.

Diese Überlegungen zur Dynamik zwischen Gesundheits- und Krankheitsprozessen führen im integrativen Denken in ihrer Konklusion zum Ätiologiemodell der „Longitudinalen Akkumulation“. Beeinträchtigungen jeder Art evozieren zunächst Stressantworten des Subjekts. Im Verlauf der Verarbeitung bestimmen die prämorbid *Vulnerabilität*, die *Attribution* (subjektives Erleben, emotionelle und kognitive Bewertung) und das Vorhandensein von *Resilienz und Ressourcen*, ob aus einer belastenden Erfahrung ein pathogenetischer Faktor wird oder nicht. Pathogenetische Valenz ergibt sich auf diese Weise unter dem Blickpunkt der *Akkumulation* unvollständig bewältigter belastender Lebenserfahrungen (die *Vulnerabilität* hinterlässt). Es sind nun diese vier Einflussgrößen - *Vulnerabilität, Resilienz (Verarbeitungs- und Bewältigungsressourcen), Attribution, Akkumulation* -, die, zusammen mit den *Sechs ätiologischen Ebenen*, zur Generierung längsschnittlicher ätiologischer Hypothesen führen sollen.

Einige Untersuchungen im Feld der Traumaforschung befürworten eine stärkere Öffnung in diese, mehr längsschnittlich orientierte Sichtweise von Stress, Trauma und Traumafolgestörungen, die unterhalb der klinischen Schwelle von PTSD liegen. Die Rede ist hierbei von *Entwicklungs Traumatisierungen*, von *Komplextraumatisierungen*, *Traumafolgestörungen* (Bonanno 2021; van der Kolk, 2015; Levine, 2015; Sack, Sachsse & Schellong, 2013; Courtois & Ford, 2010; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008).

Longitudinale Forschungen unterstützen eine solche Sichtweise. Bei einer Lebenszeitprävalenz traumatischer Erfahrungen von 87-92% liegt die Vermutung nahe, dass prolongierte Überforderungen, zeitextendierter Stress und traumanahe Erfahrungen vielfach den Hintergrund psychischer und psychosomatischer Störungen bilden, ohne dass diese tatsächlich immer als solche erkannt werden (*Kulka et al., 1990; Norris, 1992; Resnik et al., 1992; Kessler, Sonnega & Bromet, 1995; Breslau, Kessler & Chilcoat, 1998; Breslau, Davis & Andreski, 1991*). Eine solche Vulnerabilität kann dafür sorgen, dass weitere stressvolle oder traumatisierende Erfahrungen schlechter verarbeitet werden können; dies vor allem im Zusammenhang mit prämorbidem Bindungsstörungen (*Charuvastra & Cloitre, 2008*). Und es gilt umso mehr, wenn derartige Lebensereignisse sich in serieller Folge ereignen und sich zu einer komplexen Traumadynamik verdichten (*Streek-Fischer, Sachsse & Özkan, 2001; Petzold et al., 2000a*).

Das *longitudinale Akkumulationsmodell* kann somit als allgemeines, Hypothesen generierendes Modell in der Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen gelten, das während der Probatorik oder initialen Phase der Psychotherapie zur Anwendung kommt und im Verlauf von Psychotherapien prozessual angepasst wird (*Osten, 2019*).

4. Positionen zum Determinismusproblem

Jede Form der Diagnostik stellt den Versuch dar, die Komplexität menschlicher Erlebens- und Verarbeitungsformen zu reduzieren. Dabei kann rasch eine Tendenz zur Verobjektivierung ins Spiel kommen. Das Paradigma „ko-resondierender Intersubjektivität“ durchzieht alle Bemühungen des integrativen Denkens in Theorie und Praxis. Vor diesem Hintergrund ist jeder Versuch einer einseitigen Festlegung der menschlichen Phänomenologie durch eine Spezialistin, mit dem positivistisch orientierten Ansinnen, objektive oder zeitüberdauernde Diagnosen stellen zu wollen, nicht möglich.

Was die ICD und das DSM angeht, so kann als deren Ziel verstanden werden, nosologische Kategorien zu schaffen, denen möglichst viele der wiederkehrenden Krankheitsbilder phänomenologisch zugeordnet werden können. Die so verstandene Phänomenologie ist aber nicht diejenige, von der etwa *Husserl (1913)* sprach. Obwohl beschreibend, gleicht sie doch eher einem einseitig, nach außen gewandten empirischen Blick. Nur teilweise wird im psychopathologischen Befund auch die Einschätzung und Bewertung des Patienten mit einbezogen. In der Klassifikation fällt das letzte Urteil meist die Untersucherin.

Trotz dieses Mankos besteht im integrativen Denken kein Zweifel an der Notwendigkeit einer solchen Zuschreibung. Zum einen, weil die geistige Aktivität bei der Therapeutin mit ihr auf störungsspezifische Therapieziele hin organisiert wird, zum anderen, weil mit ihr die Kommunikabilität im umgebenden Feld gewährleistet wird. Wissen um und komplexe Achtsamkeit bezüglich diskriminierender Gewalt, die durch psychiatrische Diagnosen zur wirksam wird oder werden kann, den Machtanspruch, den das Gesundheitswesen hier zur Gewährung von Mitteln erhebt und dem Labeling, das Menschen hierdurch erfahren, begleiten die Befunderhebung und die Klassifikation. Die Therapeutin setzt ihre Patientin bezüglich der vorgesehenen Diagnose mit ihrem Störungsbild ins Bild, informiert sie über die Gefahren kassenärztlicher Inkenntnissetzung und wägt mit ihr Vor- und Nachteile dessen ab.

Im Sinne des integrativen Denkens wird von ihr erwartet, dass sie mit ihren klassifikatorischen Bemühungen im Bewusstsein dieser Zuschreibung bleibt, und ins Zentrum stellt, dass hier eine *Störung* und *nicht ein Mensch* diagnostiziert wird. Mit entsprechender Sensibilität kann sie den psychopathologischen Befund und die Diagnosestellung in den therapeutischen Kontext mit ihrer Patientin einbringen und erläutern. Ohne weiteres legt sie ihre Bemühungen zur *Feststellung* nach getanem Werk wieder zu Seite und widmet sich wieder dem Menschen, seinem subjektiven Erleben und den Prozessphänomenen.

An dieser Stelle muss auch eine kritische Würdigung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) erfolgen (AK-OPD, 2009). Die OPD ist ein diagnostisches Manual, das zum Teil - präzise auf ihren Achsen 3 (Konflikt) und 4 (Struktur) - theoretische Inkompatibilitäten mit dem integrativen Denken ausweist. Die Diagnose des *psychodynamischen Konflikts* in der Arbeitsweise der OPD - als bipolarer intrapsychischer Grundkonflikt - wurzelt in Trieb- oder Bedürfnismodellen bzw. in einer Objektbeziehungstheorie, die das integrative Denken so aus ihren theoretischen Überlegungen nicht teilen kann. Handlungs- und bewertungsmotivationale Dynamiken werden im integrativen Denken auf eine breite evolutionäre, entwicklungspsychobiologische, sozialpsychologische, neurowissenschaftliche und behaviorale Basis gestellt. Das Komplexitätstheoretische Modell der *dynamischen Regulation* (Anokhin, 1978), das in die Regulationsoptionen des Subjekts Kontextfaktoren und die soziale und ökologische Umwelt einbezieht, schließt intrapsychische, bipolare Konflikte nicht aus, kann aber die hier vom tiefenpsychologischen Denken unterstellte longitudinale ätiologische Omnipotenz rein *psychodynamischer* Konflikte nicht teilen und optiert immer wieder auch für polyplurale Einflussfaktoren.

Ähnlich verhält es sich mit der Achse 4: Struktur. Dass eine *defizitäre Struktur* - bzw. die Symptomatik derselben - allein Ergebnis *früher Störungen* sei, konnte empirisch nicht bestätigt werden, ebenso wenig die Annahme, das Repräsentationsgeschehen würde sich aus dem frühkindlichen Status eines undifferenzierten „Gut“ und „Böse“ ins Differenzierte entwickeln und die Symptomatik struktureller Defizite leite sich aus einer mangelnden Differenzierung ab (Luthar, 2003). Befunde der Säuglingsforschung legen nahe, das genau anders herum zu verstehen, dass nämlich beim Säugling von Beginn an *Differenzierung* vorherrscht, die dann durch *stressful life-events* und *traumatic experiences* in die Marginalien einer bipolaren Stressreaktion zerfällt (Sack, Sachsse & Schellong, 2013).

Wenn auch die *Strukturturniveaus* der OPD deskriptiv praktikabel erfasst wurden und die beschriebenen *Funktionsniveaus* für die Praxis psychotherapeutischer Diagnostik anwendbar sind, so bleibt die konzeptionelle Inkompatibilität bestehen, dass die Verwendung des Begriffs *Struktur* im integrativen Denken anders, nämlich als Prozess der Schemabildung verstanden wird, in dem *Narrative* (Muster, Scripts) und *interaktive Schemata* das Erleben, das Verhalten und die Kommunikationsstile des Menschen *longitudinal* organisieren und außerdem stets im *Wandel* bleiben (Osten, 2009; vgl. Ausubel 1969). Das integrative Denken spricht von lebenslaufbezogenen Entwicklungsperspektiven und einer *prozesshaften Persönlichkeitsorganisation* (Osten, 2014; Sieper 2007b). In der Verfahrensweise der OPD stellt die Therapeutin die Diagnose der *strukturellen Störung* mit ihren Funktionsniveaus vollständig ohne Einbezug von Einschätzungen und Bewertungen seitens ihrer Patientin; damit gerät die *Strukturdiagnose* zu einer oftmals pejorativen Zuschreibung.

Psychoanalyse und Tiefenpsychologie sind traditionell bestimmt von einem Denken, das das Individuum solipsistisch konzipiert hat und es in einer isolierenden Weise in das Zentrum ätiologischer Überlegungen rückt. Beide längsschnittlichen, ätiologisch orientierten Achsen der OPD verlegen demnach die Genese von Störungen mit forciertem Akzentuierung in das Individuum. Aus longitudinal-entwicklungspsychologischer *und* aus sozioökopsychologischer Sicht ist das so nicht haltbar (Luthar, 2003). Die Tatsache, dass es, mit Ausnahme schwerster Störungen, natürlich das Individuum ist, das für sein Schicksal selbst verantwortlich zeichnen und für die belastenden Aspekte desselben eigene Bewältigungsmöglichkeiten finden muss, berechtigt nicht dazu, wie selbstverständlich auch die Ursachen für seine Störungen allein in seiner Seele auf Halde zu legen.

5. Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist Rahmen, Basis und Medium des therapeutischen Entwicklungsprozesses (Hermer & Röhrle, 2008; Petzold 1980f). Von Vertrauen und emotionaler Präsenz getragene Beziehungen zwischen Therapeutin und Patientin entstehen unter der Möglichkeit, sich auf Alterität einlassen und Prozessen, die hieraus zur Entfaltung kommen, Raum geben zu können (Waldenfels, 2015). Im überlagerten Geschehen von Beziehungsgestaltung, diagnostischer Exploration und der Arbeit an Phänomenen der Übertragung, der Abwehr und des Widerstands, stellen sich vielfältige Fragen der Orientierung. Klarheit im (leiblichen, sprachlichen, behavioralen) Ausdruck und Eindeutigkeit in der Bezogenheit sind zentrale Bedingungen in Hinsicht auf Macht- und Dominanzverhältnisse zwischen den Partnern. Der Ausdruck vollgültiger Subjektivität aufseiten der Therapeutin stellt hier den Schutz vor einseitigen Deutungsansprüchen dar. Eine solche *Prägnanz*, sowie *selektive Offenheit* und *partielles Engagement* stellen im integrativen Denken gleichermaßen ein kritisches Äquivalent zur Abstinenzregel der Psychoanalyse dar (Osten, 2010).

Der Weg, den Therapeutin und Patientin miteinander gehen, wird als ein *synergetischer Prozess leiblicher Begegnung* (Schmitz, 1992) verstanden, den *beide* Interaktionsteilnehmer im Sinne der Therapieziele der Patientin steuern. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie besteht darin, Wünsche nach Sicherheit (Affiliation), Empathie (Petzold, v. Beek, v. d. Hoek, 1994/2016) und Anleitung zu erfüllen, ohne sich aber längerfristig auf einseitige Rollenerwartungen festlegen zu lassen. Veränderungen geschehen in einem Wechsel von Erschütterung (Chaos-Phasen) und Konsolidierung (Ordnungs-Phasen), denn Krisen, sowohl in der Thematik und Lebenswelt der Patientin als auch in der therapeutischen Beziehung selbst, sind unabdingbarer Bestandteil bei tiefgreifenden Veränderungsprozessen.

Die Methode explorativen Vorgehens in der Diagnostik ist *phänomenologisch*, die Konstruktion von Hypothesen zur Krankheitsentstehung findet im Rahmen *intersubjektiver Hermeneutik* statt, die *ko-respondierende Validierungen* ätiologisch bedeutsamer Faktoren ermöglicht. Die gemeinsame Suchbewegung in *doppelter Expertenschaft* - die gemeinsame Suchbewegung zwischen Therapeutin und Patientin - verläuft *inferierend* von den *Phänomenen* zu den *Strukturen* und von dort aus weiter zu möglichen *Entwürfen* (Petzold, 1993b), die dann in die Behandlungsplanung einfließen. In dieser Form ist der diagnostische Prozess immer zugleich ein narrativer, konvivaler, Vertrauen bildender Beziehungsaufbau. Wissensgenerierung und Erkenntnisgewinn können hochvernetzt in therapeutische Wirksamkeit überführt werden. Der *Verzicht auf starre Standardisierung* bei gleichzeitiger Betonung von Intersubjektivität ist daher ein Programm zur Verminderung von Entfremdung und Verdinglichung. *Patient dignity, informend consent, intersubjektive decision making* sind die Stichworte des Verfahrens hierzu.

6. Methodischer Aufbau und Durchführung der IPD

Wie zeigt sich die Vielgestaltigkeit beschädigten Lebens in der verdichtenden Situation der Initialphase von Psychotherapie? Unter dem Druck, in knapp bemessener Zeit ultrakomplexe Lebenszusammenhänge darzustellen, kommt es zu atmosphärischen Verdichtungen und unbewussten Inszenierungen von Teilen der zu vermittelnden Geschichte. Nicht alles kann erzählt werden, der Überschuss, das Vergessene, das Weggelassene und das Verleugnete drängen in psychodramatische Darstellung von Szenen. Zufälle, kommentierende Gesten, Missverständnisse und weitere Auffälligkeiten sind daher ebenso Gegenstand explorativen Interesses wie Daten und Fakten biografischer Erfahrung und Deu-

tung. Dies erfordert in der Initialphase von Psychotherapie ein geschichtetes Vorgehen, innerhalb dessen eine solche Komplexität möglichst präzise erfasst werden kann. Im integrativen Ansatz erfolgt dies zum einen in einer *zeitlichen*, zum anderen in einer *inhaltlichen* Struktur, wobei Daten, Eindrücke und Resonanzen natürlich komplex über alle Strukturen hin zusammengeführt werden. Hierfür wiederum wurden *fünf Ebenen der Information* konzipiert (Osten, 2019, 264f). (1) *Narrative Information*: konkrete Daten und Fakten der Erzählung; (2) *Periverbale Phänomene*: Begleitung der Erzählung durch leibliche Expressionen (Bewegung, Mimik, Gestik, Gebärden, Sprache & Sprechen, Szene & Atmosphäre etc.); (3) *Resonanzphänomene*: Wahrnehmungen der Therapeutin (Leib, Impulse, Emotionen, Bilder, Erinnerungen, Assoziationen, Attributionen, phantasmatische Bilder); (4) *Gegenübertragungsanalyse*: Differenzierung eigenleiblich gespürter Resonanzphänomene in ‚Eigenes‘ und ‚Fremdes‘ (Anderes); (5) *Intersubjektive Validierung*: Überprüfung und Auslegung des gesammelten und gesichteten Materials mit der Patientin (intersubjektive Hermeneutik). Diese fünf Ebenen finden über die gesamte zeitliche und inhaltliche Struktur ihre Anwendung.

Die *zeitliche Ablaufstruktur* der IPD wird als „Initialphase der Psychotherapie“ konzipiert und besteht aus vier Phasen: (1) *Vorfeld*: Hierunter werden die inneren und äußeren organisierenden Faktoren verstanden, die zur Aufnahme einer Psychotherapie führen. Aktuelle Auslöser und Motivationen hierzu werden, wenn möglich, schon im (2) *Erstkontakt* erfasst: Dies ist die erste faktische Kontaktaufnahme der Patientin zu ihrer Therapeutin, meist am Telefon. Hier werden schon vielschichtige Daten erhoben - Kurzschilderung der Problematik, Vermittlungswege, Therapiewünsche - sowie beziehungsrelevante Eindrücke ausgewertet - empathisches Eingehen, projektive Tendenzen, Resonanzen und Gegenübertragungsreaktionen. Das (3) *Erstinterview* stellt sodann eine situationsdiagnostische Einheit dar, in der eine erste ‚leibhaftige‘ Begegnung stattfindet. Das Erstinterview ist ein weitgehend unstrukturiertes oder nur wenig strukturiertes Gespräch über die Probleme und Sachverhalte, in dem die Patientin ihre Geschichte auf ihre eigene Weise narrativ auffalten soll. Die freie szenische und atmosphärische Darstellung genießen Vorrang gegenüber einer strukturierenden Befragung, ebenso der Spontanprozess von Beziehung und Übertragung zwischen Patient und Therapeut. Die fünf Wahrnehmungsebenen des Therapeuten sind in dieser Einheit daher ganz besonders wach aktiviert.

In der folgenden detaillierten halbstrukturierten (4) *Anamnese* werden dann, in etwa drei bis vier Sitzungen (Probatorik), diejenigen Daten und Hintergründe exploriert, über die die erste szenisch-diagnostische Einheit des Erstinterviews noch weniger Aufschluss geben konnte. Nun wechselt das Geschehen zwischen der freien Darstellung durch die Patientin und den strukturierenden Fragen der Therapeutin. Die Exploration der genaueren Umstände des Entstehens der Erkrankung, die Zusammenhänge zwischen Lebens- und Krankheitsgeschichte, erfolgen in der Methodik der „entwicklungspsychologischen Tiefenexploration“ (Osten, 2019, 276ff.), in der dann auch Hypothesen zur Krankheitsentstehung über die „sechs ätiologischen Ebenen“ aufgebaut werden. Über die Befunderhebung in dieser Phase kann schließlich ein erster Entwurf zur Klassifikation entstehen.

Die *inhaltliche Struktur* der IPD wird in den „Fünf Modulen der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik“ konzipiert und besteht aus der (1) *Psychosozialen Anamnese*, der (2) *Klassifikation* nach ICD/DSM/ICF, der (3) *Ätiologischen Diagnostik*, der (4) *Persönlichkeitsdiagnostik*, einschließlich der salutogenen Perspektiven (Ressourcen, Resilienzen, Potentiale) und zuletzt der (5) *Behandlungsplanung* (Indikationsstellung, Prognose, Therapieziele, Interventionsplanung, Kontrakt). In aller Kürze werden jetzt Inhalte und Funktion der fünf Module beschrieben [Checklisten zur zeitlichen und inhaltlichen Struktur der IPD finden sich unter: <https://www.utb.de/doi/book/10.36198/9783838550886>].

Modul 1: Psychosoziale Anamnese

Ausgangspunkt anamnestischer Betrachtungen ist immer die *Lebens- und Realsituation* des Patienten (Dührssen, 1990). Das ist bedeutsamer, als es den Anschein haben mag. Was wir sehen, ist der Schnitt durch einen fest gewundenen Strang von pathogenen, salutogenen wie defizitären Entwicklungen über die ganze Lebensspanne hin. Die gesamte historische Entwicklung bildet sich hier, als Ausdruck gelebten Lebens in Leiblichkeit und Identität, in bewussten und unbewussten, in gesunden und dysfunktionalen Verschränkungen ab (Ricœur, 2000). Aus Zuspitzungen heraus hat sich die Therapiemotivation ergeben; manchmal durch krisenhafte Entwicklungen. *Vulnerabilität* und *Resilienz*, *Attribution* und *Akkumulation* aller Lebenserfahrungen zeigen sich in verschiedenen Lebensbereichen. Nicht alle Stränge sind gleichermaßen in Mitleidenschaft gezogen. Die Psychosoziale Anamnese kann Funktionsbereiche eröffnen, die Ressourcen darstellen. Oft erschöpfen sich Probleme nicht in der vorgetragenen Fokalthematik, dem Anlass der Therapieaufnahme, manchmal ergibt sich eine Dynamik, in der die Fokalthematik den Anschein des Vorgeschobenen erhält. Für die später anstehende Analyse entwicklungspsychologischer Faktoren ist es ratsam, die Dinge von hier, also „von der Oberfläche aus“, anzugehen und immer wieder den Bezug zu dieser herzustellen [Checkliste findet sich unter: <https://www.utb.de/doi/book/10.36198/9783838550886>].

Modul 2: Befunderhebung und Klassifikation

Im zweiten Modul der IPD geht es um die querschnittliche Erfassung vorliegender Störungen im Sinne einer Zuordnung zu bestehenden nosologischen Kategorien, also um die Befunderhebung nach Kriterien der Allgemeinen Psychopathologie (Pathologie der einzelnen Elementarfunktionen) und die Klassifikation im engeren Sinne nach ICD oder DSM (Fähndrich et al. (2018), Payk (2015), Arolt, Reimer & Dilling (2011), Möller, 2000). Präziser als die diagnostischen Kriterien in ICD und DSM führen die psychopathologischen Beschreibungen der Elementarfunktionen zu differenzialdiagnostischen Abgrenzungen der Störungsbilder. Die Allgemeine Psychopathologie nimmt einesteils den individuellen Menschen in den Blick, andernteils versucht sie, das Regelhafte im Individuellen zu erfassen. Sie steht damit in einer Lücke zwischen idiographisch-kasuistischen und nomothetischen Bemühungen. Erleben und Verhalten des Menschen stehen immer in lebendigen Wechselbeziehungen zwischen persönlicher Historie, Aktuelsituation und gesellschaftlichem und institutionellem Kontext. Im Versuch der Verobjektivierung kann man sich als Therapeut aus diesem Kontext nicht lösen. Aus integrativer Sicht muss daher ein konsequenter Verzicht auf strikte Objektivität geleistet und jedes Ergebnis als prozesshaft bewertet werden (prozessuale Beschreibung statt Fest- oder Zuschreibung). Im Gegensatz zu biologisch-psychiatrischem Vorgehen, in dem die Psychopathologie in erster Linie eine Rolle für die Einschätzung der Vergabe von Medikation darstellt, bietet sich in der Integrativen Therapie die Möglichkeit, an den Störungsbildern von Elementarfunktionen direkt psychotherapeutisch zu arbeiten.

Modul 3: Ätiologische Diagnostik

Für ein Therapieverfahren, das biografisch-aufdeckend arbeitet und an den kausalen Strukturen von Dysfunktionalität orientiert ist, wird offenkundig, dass dieses Modul das Kernstück des Ansatzes darstellt. Das dritte Modul der IPD ist mit der zentralen Thematik der Genese von Dysfunktionalität, in der Zusammenschau mit salutogenetischen Faktoren, befasst. Die Faktoren der ätiologischen Diagnostik werden über die Methodik der „entwicklungspsychologischen Tiefenexploration“ (Osten, 2014) hier in acht Schichten erhoben. Die erste betrifft die akut vorfindliche (1) *Akutsymptomatik und klinische Phänomenologie* inklusive der körperlichen Symptome und des *Leiberlebens*. In der zweiten gilt es, den zeitlichen (2) *Beginn* der Störung mit ihren möglichen *Auslösern* zu explorieren und eine lebensgeschichtliche Dynamik zwischen *auslösenden*, *zugrundeliegenden* und *aufrechterhaltenden* Faktoren der Störung zu erfassen. In der dritten sollen (3) *Verlauf*, *Phasen* und *Prozesse* der akuten Störung

sichtbar werden. In der vierten Schicht soll überprüft werden, ob neben der Akutsymptomatik weitere, (4) *komorbide Beeinträchtigungen* vorliegen. Wenn dies der Fall ist, so sollen die akuten und die komorbiden Störungen in ihrer ätiologischen *Interferenz* untersucht werden.

Sodann wird in der fünften Schicht die (5) *longitudinale Akkumulation* aller im Lebenslauf vorkommenden Störungen gesichtet und in ihrer Bedeutung für die akute Störung gewichtet. Hier geht es um die longitudinale Dynamik zwischen *Vulnerabilität, Resilienz, Attribution und Akkumulation*. Die sechste Schicht exploriert (6) *attributionelle Muster* und *subjektive Krankheits- und Veränderungstheorien* aus den Bedeutungssystemen der Patientin und in der siebten Schicht wird die (7) *Dynamik von Abwehr- und Bewältigungsmustern* analysiert. Hierbei geht es nicht nur um pathogenetisch relevante Abwehrstrategien sondern auch um die salutogenen Perspektiven des *Coping* und der kreativen Anpassungsleistungen (*Creating, Selbstheilungsversuche, frühere Therapien*). Und hierunter wiederum fallen auch *Sekundärfunktionen* die Störung betreffend, im Rahmen der dynamischen Regulation des Subjekts. Die achte Schicht befasst sich mit der Erhebung des (8) *subjektiven Leidendrucks*, möglichen *Einschränkungen im Lebensvollzug* durch die akute Störung und *der Veränderungsbereitschaft*. Im Gesamtüberblick:

- 1) Akutsymptomatik und Klinische Phänomenologie
- 2) Beginn und Auslöser
- 3) Verlauf, Phasen und Prozess
- 4) Akute Komorbidität
- 5) Longitudinale Akkumulation
- 6) Attributionelle Muster, subjektive Krankheits- und Veränderungstheorien
- 7) Abwehr, Funktion und Bewältigung
- 8) Einschränkungen im Lebensvollzug und Leidensdruck

Während die ersten fünf Erhebungsebenen im Schwerpunkt die Ätiopathogenese fokussieren, rücken die letzten drei Ebenen wichtige Behandlungsvoraussetzungen in den Blick und eröffnen Möglichkeiten der Prognostik, die dann in der Behandlungsplanung wiederum eine zentrale Rolle spielen.

Modul 4: Persönlichkeitsdiagnostik, Ressourcen, Potentiale und Resilienz

Im vierten Modul der IPD geht es um die salutogene Perspektive auf den Menschen. Psychische und psychosomatische Dysfunktionalität bedeutet nicht, dass das Subjekt *durch und durch krank* ist. Störungen betreffen immer nur Teilbereiche der Funktionalität, weite Felder lebensbiographischer und lebensweltlicher Erfahrungen, viele Funktionsbereiche der Persönlichkeit mit ihren Resilienzen bleiben davon unberührt. Dieser Blickpunkt ist in der Akutphase von Dysfunktionalität von herausragender Bedeutung, weil Bewusstseinsengungen für Einbußen in den Bereichen positiver Kontrollerwartungen und Prospektionen sorgen können (Osten & Wörmer, 2006). Die Diagnostik der *healthy functioning personality* kann in dieser Weise eine Aktualisierung von Ressourcen, Fähigkeiten und Potentialen ins Bewusstsein heben. Ähnliches gilt für die Erhebung von Ressourcen und Resilienzbereichen, die den Zugriff auf vorhandene Potentiale wieder ermöglichen. Die salutogenetische Perspektive stellt immer den Ansatzpunkt psychotherapeutischer Bemühungen dar. Hierzu wurde eine Heuristik einerseits zu den Dimensionen psychosozialer Ressourcenfeldner, andererseits zu Faktoren der *healthy functioning personality* entwickelt, die in den Checklisten (<https://www.utb.de/doi/book/10.36198/9783838550886>) einzusehen sind.

Modul 5: Behandlungsplanung

Im letzten Modul der Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik geht es um die synoptische Zusammenschau aller bis hierhin erhobenen Informationen und Faktoren im Sinne einer kurz-, mittel- und langfristigen Interventionsplanung. Dieses Modul soll gewährleisten, dass die im explorativen Prozedere gewonnenen Erkenntnisse so weit als möglich in ein sinnvolles und tragfähiges, prozessual organisiertes, Behandlungscurriculum umgesetzt werden. So wird diese diagnostische Einheit unterteilt in fünf Arbeitsschritte - (1) Indikation, (2) Prognose, (3) Therapieziele und Interventionsplanung sowie die (5) Kontrakterstellung zwischen Patient und Psychotherapeut (vgl. *Mans*, 2000; *König*, 1994). Diese Inhalte werden im Detail beschrieben in *Osten* (2019, S. 310ff.).

Mediengestützte Diagnostik

Neben der dialogischen Exploration ist die mediengestützte Anamnese eine weitere, in vieler Hinsicht ergänzende Methodik, mithilfe derer letztlich alle persönlichkeitsrelevanten Bereiche differenziell und verdichtet exploriert werden können. Auf diese komplexen Techniken kann in diesem Rahmen nur hingewiesen werden. Theoretische Anleitungen, praktische Erfahrung und supervisorische Überprüfungen sind vonnöten, will man diese Methoden und Techniken in der Diagnostik zur Anwendung bringen (hierzu: *Petzold & Orth*, 1990, 1991, 1994; *Osten*, 1996, 2017b). Kreative Methoden besitzen starke evokative und damit auch diagnostische Potenz, weil sie den Ausdruck des Patienten und die Wahrnehmung des Therapeuten in Bereiche des Nonverbalen, Vergessenen, Dissoziierten und Verdrängten führen. Zum Einsatz kommen im initialen Prozess vor allem das Malen mit Jaxon-Wachsmalkreiden, die differenzielle Arbeit mit Ton und szenische Techniken. Nach integrativem Verständnis ist die mediale Arbeit aber keineswegs nur durch das nonverbale Moment gekennzeichnet, sondern gerade dadurch, dass sie Sprache, Sprechen und Nonverbalität (wieder) verbindet, entsinnlichte Sprache (wieder) mit sinnlichen Qualitäten anreichert sowie umgekehrt, etwa leiblichen Phänomenen (wieder) sprachlichen Ausdruck verleiht (*Petzold, Leiser & Klempnauer*, 2018; *Lamacz-Koetz & Petzold*, 2009).

Die diagnostische Arbeit mit Medien besitzt darüber hinaus eine die Dyade entlastende Funktion. Die Expression ermöglicht Patientinnen einen exzentrierten Blick auf ihre Person, ihre Lebensgeschichte und ihre Themen. Die therapeutische Beziehung wird vorübergehend triadisiert, Patient und Therapeut schauen gemeinsam auf etwas Drittes, die relationalen Mentalisierungsräume werden dadurch entlastet. Die gestalteten Medien erhalten so eine *intermediäre Funktion*. Wird ein Bild gemalt, eine Skulptur geformt, eine historische oder aktuelle Begebenheit in Szene gebracht, bleibt die Erfahrung als ein mit Bedeutung aufgeladenes Objekt (z.B. als Bild, als Skulptur oder Foto) erhalten. Allen Techniken gemeinsam ist daher, dass ihre Produkte zu Symbolgegenständen der jeweilig behandelten Themen werden, prekäre Repräsentationsmöglichkeiten werden so unterstützt.

7. Die Integrative Diagnose

Der strukturelle Aufbau der Integrativen Diagnose folgt im Wesentlichen den fünf Modulen der IPD und sie ist beschreibend. Sie werden eingeführt durch die Personendaten und den Anlass der Therapieaufnahme und ansonsten in der etwas veränderten Reihenfolge wiedergegeben, wie das der allgemeinen Praxis der Diagnosestellungen im psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich entspricht. Der längsschnittliche Punkt *Biographie, Entwicklung, Sozialisation, Ökologisation* ist implizit im Modul 3 (Ätiologie) enthalten, wird in der Diagnose aber extra aufgeführt, weil hier mehr als nur in der Ätiologie auch salutogene Aspekte angesprochen werden. Von der Form her ist die Integrative Diagnose deskriptiv; im Bereich der Krankheitsentstehung werden ätiologische Hypothesen generiert. Die Struktur

der Integrativen psychotherapeutischen Diagnose im Überblick: (1) Personendaten; (2) Anlass der Therapieaufnahme, (3) Klassifikation; (4) Psychopathologischer Befund; (5) Lebens- und Realsituation; (6) Biographie, Entwicklung und Sozialisation; (7) Ätiologie; (8) Persönlichkeit, Ressourcen, Resilienz; (9) Behandlungsplanung. In den Checklisten (bei *Osten*, 2019) finden sich auch hierfür Praxisbeispiele).

8. Initiale und prozessuale Diagnostik

Jede Diagnose muss Hypothese bleiben. Es versteht sich von selbst, dass die initiale Diagnostik innerhalb probatorischer Sitzungen vor allem in ätiologischer Hinsicht nur erste Entwürfe gestalten kann. Einerseits gibt es klare Limitierungen, was Patienten in einer Phase noch großer Fremdheit an Selbstöffnung zugemutet werden kann, andererseits können diese zu Beginn einer Therapie sich selbst und ihre Lebensgeschichte oft noch gar nicht zum Ausgangspunkt und Medium ihres Erlebens bzw. ihrer Reflexion machen. Schrittweise und immer wieder aufs Neue werden Voraussetzungen und Bereitschaften für das tiefenhermeneutische Vorgehen thematisiert und erweitert (*Petzold & Schuch*, 1992; *Bartling et al.*, 1992). In dieser Weise stellen sich Lebens- und Krankheitsgeschichte, je nach prozesshaft hinzukommenden Informationen, immer wieder in ein neues, verändertes und korrigiertes Licht.

So werden diagnostische Einschätzungen immer weiter präzisiert, mit ihnen schreitet der Prozess der Diagnostik und des Selbsterkennens voran, Notwendigkeiten der Behandlungsplanung werden adjustiert, und auch die klassifikatorische Bestimmung, am Beginn oft noch das einfachste, wandelt ihr Gesicht. Selbst Ressourcen und Resilienzen sind zu Beginn der Psychotherapie oft unter depressiven Stimmungen verschüttet und geben erst nach und nach Potentiale und Bedeutung frei. Die Archive der Erinnerung (*Petzold & Orth*, 2017a; *Ricœur*, 2000; *Schacter*, 1996) lassen sich also nicht in digitaler Weise öffnen, und das ist gut so. Weder der diagnostische noch der therapeutische Prozess lassen sich interventiv beschleunigen. Das zwingt unsere Erkenntnisinteressen zu menschlicher Bescheidenheit und die psychotherapeutische Diagnostik zu prozessualen Anpassungen.

Prozesse werden gestaltet einerseits durch den Rückgriff auf Vorangegangenes (Erfahrungsräume) und andererseits durch den Ausgriff auf Erreichbares (Erwartungshorizonte). Die Stellung der Psychotherapie, im Scheitelpunkt dieser beiden Strebungen, erlaubt ihr, Impulse, die in dieser Gegenwart als Wünsche, Bedürfnisse und Notwendigkeiten aufkommen, für subjektive Intentionen nutzbar zu machen. Die ununterbrochene Rekursivität menschlicher Mentalisierungswelten - zwischen Erinnerung, Suche nach Sinnstrukturen, Motivation, Handlung, Attribution und Antizipation -, die Möglichkeiten des Menschen zu hologrammartiger Assoziativität, sorgen beständig für nur chaostheoretisch erklärbare Bifurkationen - Zustandsänderungen und Verzweigungen des Erlebens. Menschliche Lebensbewegungen verhalten sich aus diesem Grund nicht linear sondern dissipativ (*Prigogine & Stengers*, 1999).

Hinsichtlich der Veränderungsprozesse beim Menschen muss man von einer autopoietischen Bewegung ausgehen, dies sich nur zum Teil von außen steuern lässt, respektive, deren Eigenbewegung durch therapeutische Manipulationsversuche eher gestört und verzögert wird. Wie also sind therapeutische Prozessbewegungen zu verstehen? Wie kann man diese Eigenbewegung fördern? Eine mögliche Antwort lautet: indem man nichts von ihr will, indem man Entwicklungsräume für sie schafft, ihr Raum für offene Bewegung lässt und interessiert zuschaut bzw. teilhat. Anstatt also immer noch weitere Versicherungs- oder Objektivierungsversuche aufzubauen, um „faktizistische Wahrheiten“ (*Arnold*, 2018) zu produzieren, bräuchte man *Zeit* und *Geduld*. In Zeiten des „evidenzbasierten Technizismus“ Mangelware, bloß aus diesem Grund aber nicht abzulehnen.

Zeit, die Phänomene in Erscheinung treten zu lassen, sie (nur!) am Rande (nicht im Zentrum!) zu berühren, Bewusstheit und Aufmerksamkeit an sie heranzuführen, um zu sehen, was dann ohne Weiteres (durch die assoziative Tätigkeit, durch die innere Berührung) gleichsam aus dem Prozess heraus geschieht und wie dieser (auf das Subjekt) zurückwirkt. Durch diese Berührung entsteht eine Eigenbewegung, in den Emotionen, im attributiven Geschehen, in den Motivationen, schließlich ins bewusste Handeln übergehend. Diese Bewegung *macht* nicht der Therapeut, nicht einmal der Patient, sie entsteht kontingent und beide Interaktionsteilnehmer haben Teil an ihr. Im Bild gesprochen, muss dem Wasser kein Bett graben, es fließt von selber durch die Landschaft und bahnt sich dort seinen Weg. Das besitzt auch eine eigene Schönheit. Dies ist prozesshaftes Verstehen und Arbeiten im integrativen Denken. Vielleicht hat *Goethe* (1833) diese Zusammenhänge gesehen, als er meinte: „Man suche nur nichts hinter den Phänomenen, sie selbst sind die Lehre“.

9. Schlusswort

Die Wahrnehmung von Diversität und Andersheit, das Verstehen des Menschen in der Einzigartigkeit seiner Biographie und Person, das Erfassen seiner Lebensbewegungen zwischen Handlung und Widerfahrnis, zwischen bewusster Gestaltung und unbewusster Inszenierung, ist vielleicht die verantwortungsvollste Aufgabe des Psychotherapeuten.

Diagnostik ist ein machtvolleres Deutungsinstrument. Die Theorien, die sie fundieren, müssen aus diesem Grund dem Menschen angepasst sein und nicht umgekehrt. Wenn die Psychotherapie ihr emanzipatorisches Ansinnen verwirklicht wissen will, muss sie den Menschen, den sie „behandelt“ in ihr Denken, ihre Prozesse einbeziehen, ihn zur Selbstbemächtigung ermutigen. Der hier vorgestellte Ansatz einer humanwissenschaftlich und klinisch fundierten, intersubjektiv-hermeneutisch durchgeführten Diagnostik sollte dies ermöglichen.

Die Aneignung dieser Methodik mag eine zum Teil mühsame Investition sein, teils, weil die Anforderung besteht, sich aktuelle Wissensstände anzueignen, über den Tellerrand des Klinischen hinauszublicken ins Philosophische, teils aber auch, weil man unter Umständen liebgegewonnene, schultheoretische Anschauungen hinterfragen oder sogar hinter sich lassen muss. Die abenteuerliche Freude an diesen Formen von Pluralismus und Transversalität liegt ganz aufseiten derer, die diesen Schritt ins Neuland wagen. Und natürlich aufseiten derer, die in den Genuss ihrer Resultate gelangen: unserer Patienten.

Zusammenfassung: Einführung in die Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD)

Der Artikel stellt im Grundzug Hintergrundtheorien und Strukturen der „Integrativen Psychotherapeutischen Diagnostik (IPD)“ dar. Dabei wird auf eine Besonderheit des Verfahrens der Integrativen Therapie abgehoben, die unterschiedliche Theorien und Methoden unter geistes-, natur- und humanwissenschaftlichen Prämissen zu integrieren versucht. Im Rahmen des Menschenbildes des integrativen Verfahrens wird in leibphilosophische und anthropologische Aspekte dieser Besonderheit eingeführt. Es werden die klinischen Hintergrundtheorien der IPD aufgezeigt; dabei erfahren die Theorien der Ätiologie psychischer und psychosomatischer Dysfunktionalität besondere Beachtung. Es wird eine Position zum diagnostischen Determinismusproblem bezogen, die den sozialkonstruktivistischen Vorgaben des Verfahrens Rechnung trägt. Aspekte der therapeutischen Beziehung werden erläutert, der methodische Aufbau und die Durchführung der IPD werden in ihren zeitlichen und inhaltlichen

Aspekten erklärt. Nur kurz werden auch Methoden der kreativ-medialgestützten Diagnostik erwähnt. Zum Schluss wird auf die differenziellen Aspekte von initialer und prozessualer Diagnostik hingewiesen.

Schlüsselwörter: *Integrative Therapie*, Integrative psychotherapeutische Diagnostik, Geisteswissenschaften in der Psychotherapie, Ätiologie bei psychischen und psychosomatischen Störungen

Summary: Introduction to Integrative Psychotherapeutic Diagnostics (IPD)

The article presents background theories and structures of the "Integrative Psychotherapeutic Diagnostics (IPD)". It highlights a special feature of the integrative therapy method that tries to integrate different theories under science and humanistic approaches. As part of the integrative model of the human being image, this particularity is introduced in body-philosophy and anthropological aspects. The clinical background theories of the IPD are shown; the etiology of psychological and psychosomatic dysfunctionality receives special attention. A position is taken on the diagnostic determinism problem, which takes into account the socio-constructivist requirements of the method. Aspects of the therapeutic relationship are explained, the methodological structure and implementation of the IPD are explained in terms of time structure and its content. Methods of creative media-based diagnostics are only mentioned briefly. Finally, the differential aspects of initial and procedural diagnostics are pointed out.

Keywords: Integrative therapy, integrative psychotherapeutic diagnostics, humanities in psychotherapy, etiology in psychic and psychosomatic disorders

Autor

Peter Osten, MSc
Praxis für Integrative Psychotherapie
Winthirstraße 21
80639 München
net: mail@PeterOsten.de

10. Literatur

- Anokhin, P.K. (1978): Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems. Jena: Gustav Fischer.
Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
Arbeitskreis OPD (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
Arnold, R. (2018): Ach, die Fakten! Wider den Aufstand des schwachen Denkens. Heidelberg: Carl Auer.
Arolt, V., Reimer, Chr., Dilling, H. (2011): Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
Ausubel, D.P. (1969): Educational Psychology. A cognitive Review. New York: Holt, Rinehart & Winston.
Bandura, A. (1979): Sozialkognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett.
Barocas, R., Seifer, R., Sameroff, A.J. (2003): Defining Environmental Risk: Multiple Dimensions of Psychological Vulnerability. *American Journal of Community Psychology* 13/4, 433-447.
Bartling, G., Echelmeyer, I., Engberding, M., Krause, R., (1992): Probolemanalyse im therapeutischen Prozess. Stuttgart: Kohlhammer.
Bastine, R., Fiedler, P., Kommer, D. (1989): Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozessforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 18, 3–22.
Berger, P.L., Luckmann, Th. (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a.M.: Fischer.
Berk, L.E. (2004): Entwicklungspsychologie. München: Pearson Studium.
Bierhoff, H.-W., Frey, D. (2011): Sozialpsychologie, Bd. I: Individuum und Soziale Welt. Göttingen: Hogrefe.

- Bischof-Köhler, D. (2000): *Kinder auf Zeitreise. Theory of Mind, Zeitverständnis und Handlungsorganisation*. Bern: Huber.
- Blaser, A., Heim, E., Ringer, C., Thimmen, M. (1992): *Problemorientierte Psychotherapie. Ein integratives Konzept*. Bern: Huber.
- Böhme, G. (2017): *Leibsein als Aufgabe. Bielefeld. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht*. Dietzenbach: Graue Edition.
- Bonanno, G. A. (2012): *Die andere Seite der Trauer*. Bielefeld: Edition Sirius; Aisthesis.
- Bonanno, G.A.; (2021): *The End of Trauma: How the New Science of Resilience Is Changing How We Think About PTSD*. New York; Basic Books.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. (1991): *Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults*. Arch. Gen. Psychiatry 48, 216-222.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D. (1998): *Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in Community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma*. Arch.Gen.Psychiatry 55, 626-632.
- Brisch, K.-H. (2019a): *Bindungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie vom Säuglingsalter bis zum alten Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.-H. (2019b): *Familien unter Hoch-Stress. Beratung, Therapie und Prävention für Schwangere, Eltern und Säuglinge in Ausnahmesituationen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buss, D.M. (2004): *Evolutionäre Psychologie*. Heidelberg: Pearson Studium.
- Charuvastra, A., Cloitre, M. (2008): *Social Bonds and PTSD*. Annual Review of Psychology 59, 301–328.
- Courtois, C.A., Ford, J.D. (2010): *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung*, Paderborn: Junfermann.
- Dührssen, A. (1990): *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt*. Göttingen: V & R.
- Egger, J., Fazekas, C., Pieringer, W., Wisiak, U.V. (2014): *Biopsychosoziale Medizin*. Wien: Springer.
- Fähndrich, E., Stieglitz, R.-D., Haug, A., Kis, B., Kleinschmidt, S., Thiel, A. (2018): *Das AMDP-Buchset. Bd. 1: Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation Psychiatrischer Befunde. Bd. 2: Leitfaden zur Erfassung des Psychopathologischen Befundes. Bd. 3: Praxisbuch AMDP*. Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.-H., Aymanns, P. (2018): *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flammer, A. (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern. Huber.
- Foucault, M. (1969): *Archäologie des Wissens*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, Ausgabe 1981.
- Foucault, M. (2012): *Die Ordnung des Diskurses*. München: Fischer.
- Funder, D.C., Parke, R., Tomlinson-Keesey, C., Widman, K. (1993): *Studying Lives through Time: Approaches to Personality and Development*. Washington: APA.
- Gallagher, S. (2017): *Enactivist Interventions*. Oxford: Oxford UP.
- Goethe, J.W.v. (1833): *Maximen und Reflexionen*. Stuttgart: Cotta'sche Buchhandlung, Ausgabe 2012, von Römerweg-Marix, Wiesbaden.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2008): *Das verfolgte Selbst*. Paderborn: Junfermann.
- Hermer, M. Röhrle, B. (2008): *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Bde. 1 und 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Höfner, C., Schigl, B. (2012): *Geschlecht und Identität. Implikationen für Beratung und Psychotherapie. Gendertheoretische Perspektiven*. In: Petzold (2012), 127–156.
- Hurrelmann, K., Bauer, U. (2015): *Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K., Ulich, D. (1998): *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim: Beltz.
- Husserl, E. (1913): *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Heidelberg: Springer. Hamburg: Felix Meiner, Ausgabe 2009.
- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980): *Convoys Over the Life Course: Attachment, Roles, and Social Support*. In: Baltes, P.B., Brim, O.G. (Hg.): *Life Span Development and Behaviour*. New York: Academic Press, 253-286.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. (1995): *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen.Psychiatry 52, 1048-1060.
- Keupp, H. (2016): *Reflexive Sozialpsychologie*. Berlin: Springer.
- Kolk, B.A., van der (2015): *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren im Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: Probst.
- Kortendiek, B., Riegraf, B., Sabisch, K. (2019): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung, Bde. 1 und 2*. Berlin: Springer.

- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A. et al. (1990): Trauma and the Vietnam War Generation. New York: Brunner-Mazel.
- Lamacz-Koetz, I., Petzold, H. G. (2009): Nonverbale Kommunikation in der Supervision und ihre leibtheoretische Grundlage. Wenn Sprache nicht ausreicht - Eine explorative Studie. In: SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung Ausgabe 03/2009 www.fpi-publikationen.de/supervision
- Levine, P.A. (2015): Trauma und Gedächtnis. Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn. München: Kösel.
- Luthar, S. (2003): Resilience and Vulnerability. Adaption in the Context of Childhood Adversities. New York: Cambridge UP.
- Marcel, G. (1967): Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund. Frankfurt a.M.: Knecht.
- Marquard, O. (2020): Zukunft braucht Herkunft. In: (ders.): Zukunft braucht Herkunft. Philosophische Essays, 236-248.
- Mead, G.H. (1975): Geist Identität und Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mentzos, St. (2010): Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: V & R.
- Merleau-Ponty, M. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.
- Möller, H.-J. (2000): Standardisierte psychiatrische Befunddiagnostik. In: Möller, Laux & Kapfhammer (2000), 388-411.
- Moré, A. (2013): Die unbewusste Weitergabe von Traumata und Schuldverstrickungen an nachfolgende Generationen. Jour.f.Psych. 21/2, abrufbar unter: https://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/268/310#fn_N100D1
- Neyer, F.J., Asendorpf, J.B. (2017): Psychologie der Persönlichkeit. Berlin: Springer. [6. Aufl. von Asendorpf (2007)].
- Norris, F.H. (1992): Epidemiology of Trauma: Frequency and Impact of Different Potentially Traumatic Events on Different Demographic Groups. Jour. Consult. Clin. Psychology 60, 409-418.
- Osten, P. (1994): Die Anamnese in der Psychotherapie. Konzepte zur theoretischen und praktischen Fundierung. Integrative Therapie 20/4, 393-430.
- Osten, P. (1996): Kreative Wahrnehmung, kreativer Ausdruck. Methoden und Wirkweisen der Integrativen Kunsttherapie. Zt. f. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 7, 145-160.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München: UTB-Reinhardt, 2. Aufl.
- Osten, P. (2009): Evolution, Familie und Persönlichkeitsentwicklung. Integrative Perspektiven in der Ätiologie psychischer Krankheiten. Wien: Krammer.
- Osten, P. (2010): Der Therapeut als „mitfühlender Freund“? Eine Bewusstseinsethik für die therapeutische Beziehung. Köln: Caritas-Publikationen (<http://www.vabs.caritas.de/72168.html>)
- Osten, P. (2014): Entwicklungs- und Prozessorientierung in der Psychotherapeutischen Diagnostik. Eine Integrative Betrachtungsweise. Internet Zeitschrift resonanzen, abrufbar unter: <file:///F:/1%20Peter%20Osten/C%20Publikation/C.01%20Artikel/Abgeschlossen/EPD-Osten.resonanzen.pdf>.
- Osten, P. (2017a); Die Liebe in der Psychotherapie. Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik, abrufbar unter: http://www.izpp.de/fileadmin/user_upload/Ausgabe-1-2017/009Osten1_2017.pdf.
- Osten, P. (2017b): Kontrollanalyse „revisited“. Funktionen, Ziele und Methoden in der Integrativen Therapie. Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung, 5(1), S. 27-53, abrufbar unter: <http://www.resonanzenjournal.org>.
- Osten, P. (2018): Familiendynamik und Transgeneracionales Verstehen aus Sicht der Integrativen Therapie, abrufbar unter: https://www.academia.edu/37480796/Fam_Dyn_Evo_Osten
- Osten, P. (2019): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD). Wien: UTB-facultas.
- Osten, P., Wörmer, I. (2006): Allgemeine Interaktions- und Persönlichkeitstheorien. Wissenschaftliche Zugänge zu Genese und Funktion der Persönlichkeit. Krems: Donau Universität.
- Payk, Th.R. (2015): Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose. Berlin: Springer.
- Petzold, H.G. (1980f): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, (2012): Sinnfindung über die Lebensspanne: collagierte Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, ABERSINN – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, polylogischem SINN. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2001k-2005b-2012-sinnfindung-sinnlosigkeit-abersinn-integrativ-transversal-polyloge-14-2012.pdf> (Abruf v. 12.11.22).
- Petzold, H. G., Hömberg, R. (2018): Ökopsychosomatik und ökologische Neurowissenschaften. Integrative Perspektiven für die „Neuen Naturtherapien“ und das Engagement „Pro natura!“ In: Petzold, H. G.,

- Ellerbrock, B., Hömberg, R. (2018): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis. S. 257-272.
- Petzold, H.G. (1991k/2003a): Der „Tree of Science“ als metahermeneutische Folie für Theorie & Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold (2003), Bd. II, 375-382.
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bde. 1 -3. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996r/2017): Die eigene Lebensgeschichte verstehen lernen. Abrufbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/HeilkraftSprache/petzold-1996r-die-eigene-lebensgeschichte-verstehen-lernen-heilkraft-sprache-22-2017.pdf>.
- Petzold, H.G. (2001p/2004): Transversale Identität und Identitätsarbeit. (Teil I): Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Abrufbar unter: Polyloge: <https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Identitaetstheorie-Polyloge-10-2001.pdf>.
- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html> und in Petzold (2003a): Integrative Therapie, Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. Bd. III, 1051-1092.
- Petzold, H.G. (2005v): Transversale Identität und Identitätsarbeit. (Teil II): Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“ In: Integrative Therapie Jg. 31/4, 373-400.
- Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 16/2006 und Integrative Therapie 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html> (Abruf v. 1.9.22).
- Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie - Interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: VS.
- Petzold, H. G. (2012b): „Natürliche Resilienz“ – Wieder aufstehen nach Schicksalsschlägen. In: *Bonanno, G., Die andere Seite der Trauer.* Bielefeld: Edition Sirius; Aistheis. S. 219-272. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-hilarion-g-2012b-natuerliche-resilienz-und-bonannos-trauerforschung.html>
- Petzold, H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>
- Petzold, H.G. (2018c): Ökopsychosomatik und ökologische Neurowissenschaften – Integrative Perspektiven für die „Neuen Naturtherapien“ und das Engagement „Pro Natura!“ in: *Green Care Fachzeitschrift für Naturgestützte Interaktion* 1/6-9 und *Grüne Texte*, 2/2018. <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/02-2018-petzold-h-g-2018c-oekopsychosomatik-und-oekologische-neurowissenschaften-pro-natura/> (Abruf v. 1.9.22).
- Petzold, H. G. (2022o): Das „Summen des Lebens“ am Rande ökologischer Desaster – Nature Embodiment, heilsames Naturerleben mit Honigbienen in tiergestützter Integrativer Therapie. *POLYLOGE* Jg. 2022.
- Petzold, H.G., Beek, Y. van, Hoek, A.-M. van der (1994/2016): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491- 646. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-02-2016.pdf>
- Petzold, H.G., Goffin, J., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse. Die positive Perspektive in der longitudinalen klinischen Entwicklungspsychologie und ihre Umsetzung in der Praxis in der Integrativen Therapie. In: Petzold & Sieper (1993), Bd. I, 173-267.

- Petzold, H.G., Leese, B., Klempnauer, E. (2018): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliotherapie, Biographiearbeit und Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth. Bielefeld: Aisthesis.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Bde. I und II, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1991): Körperbilder in der Integrativen Therapie. Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „body charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik. *Integrative Therapie*, 17, 117-146.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993b): Integrative Kunstpsychotherapie und therapeutische Arbeit mit kreativen Medien an der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG). In: Petzold & Sieper (1993), Bd. II, 559-574.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch mediengestützte Techniken in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie*, 20, 340-391.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. Abrufbar unter: <https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder-body-charts-polyloge-22-2018.pdf> (18.4.2018).
- Petzold, H.G., Petzold-Heinz, I., Sieper, J. (1972/2019): Naturverbundenheit schaffen, Natur-Sein erfahren: Grün Erleben, Grüne Übungen, Grün Erzählen – ökologische Lebenspraxis. Projektkonzept. Büttgen: Volkshochschule Büttgen. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/05-2019-petzold-h-g-petzold-heinz-i-sieper-j-1972-naturverbundenheit-schaffen-gruen.html> (Abruf v. 1.9.22).
- Petzold, H.G., Schuch, H.-W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Pritz, A., Petzold, H.G. (Hg.): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann, 371-486.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. Bd. 1: Zwischen Freiheit und Determination, Bd. 2: Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis. Bielefeld: Sirius.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I. (2002): Eine „Dritte Welle“ der Integrativen Therapie im neuen Millennium – vertiefende Projekte und ko-kreative Polyloge zu Natur, Kunst/Kultur und Ökologie in integrativ-humantherapeutischer Theorie und Praxis. Abrufbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2002-petzold-h-g-sieper-j-orth-i.html> (2.3.2018).
- Petzold, H.G., Wolf, H.U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A. (2000a): Integrative Traumatherapie. Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In: van der Kolk et al. (2000), 445-579.
- Plessner, H. (2019): Philosophische Anthropologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Prigogine, I., Stengers, I. (1999): Dialog mit der Natur. München: Piper.
- Radebold, H., Bohleber, W., Zinnecker, J. (2009): Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten. Beltz-Juventa.
- Rensing, L. Koch, M., Rippe, B., Rippe, V. (2005): Mensch im Stress: Psyche, Körper, Moleküle. Heidelberg: Spektrum.
- Resnik, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S. (1993): Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Jour. Consult. Clin. Psychology* 61, 984-991.
- Ricœur, P. (1996): Das Selbst als ein Anderer. München: Wilhelm Fink.
- Ricœur, P. (2000): Das Rätsel der Vergangenheit. Erinnern, Vergessen, Verzeihen. Göttingen: Wallstein.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S. (1990): Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: UP.
- Rotter, J.B. (1954): Social Learning and Clinical Psychology. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Rudolph, U. (2003): Motivationspsychologie. Weinheim: PVU.
- Rutter, M. (1988): Studies of Psychosocial Risk. The Power of Longitudinal Data. Cambridge: Cambridge UP.
- Sack, M., Sachsse, U., Schellong, J. (2013): Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Schacter, D.L. (1996): Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit. Reinbek: Rowohlt.
- Schiepek, G., Eckert, H., Kravanja, B. (2013): Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, H. (1992): Psychotherapie als leibliche Kommunikation. *Integrative Therapie*, 18, 292-313.
- Schmitz, H. (2017): Zur Epigenese der Person. Freiburg i.Br.: Alber.
- Schneider, W., Lindenberger, U. (2012): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz.

- Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviordrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und gekürzt in Leitner, A. (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Stefan, R. (2020): *Zukunftsentwürfe des Leibes. Integrative Psychotherapiewissenschaft und kognitive Neurowissenschaften im 21. Jahrhundert*. Berlin: Springer.
- Streek-Fischer, A., Sachsse, U. Özkan, I. (2001): *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: V & R.
- Strunk, G., Schiepek, G. (2014): *Therapeutisches Chaos. Eine Einführung in die Welt der Chaostheorie und der Komplexitätswissenschaften*. Göttingen: Hogrefe.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1995): *Trauma and Transformation. Growing in the Aftermath of Suffering*. Newbury: Sage.
- Thompson, E. (2010): *Mind in Life. Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Harvard: Harvard UP.
- Waldenfels, B. (2000): *Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Waldenfels, B. (2015): *Sozialität und Alterität. Modi sozialer Erfahrung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Weber, A. (2017): *Sein und Teilen. Eine Praxis schöpferischer Existenz*. Bielefeld: transcript.
- Weiss, T., Berger, R. (2010): *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice. Lessons Learned from Around the Globe*. New York: Wiley.
- Wyss, D. (1982): *Der Kranke als Partner. Lehrbuch der anthropologisch-integrativen Psychotherapie, Bde. 1 und 2*. Göttingen: V & R.