

# POLYLOGE

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

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. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

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

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für 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

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

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

*© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.*

**Ausgabe 09/2016**

## **Wider die Pathologisierung der Krankheit – Krankheit als anthropologisches Faktum aus integrativtherapeutischer Sicht**

*Heike Bader, Düsseldorf\**

---

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

*»Im ‚Integrativen Ansatz‘ gehen wir von der Grundposition aus, dass Therapie ohne die Basis der Philosophie zu kurz greift, dass sie in vielerlei Hinsicht eine Form ‚angewandter Philosophie‘ ist, allerdings mit einer spezifischen philosophischen und klinischen Ausrichtung.« (Petzold H. G., "Klinische Philosophie« – Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur in der Integrativen Therapie, 2011)*

*»...wir müssen von der „Pathologisierung“ der Krankheit Abstand nehmen, aufhören sie ausschließlich als etwas „Anormales“ zu betrachten. Weiterhin gilt es im Blick zu behalten, dass Kranksein ja keineswegs bedeutet, dass der Erkrankte durch und durch allumfassend „durchkränkt“ ist. Die Krankheit ist ja nur ein Teilbereich seines Lebens. Auch der „kranke“ Mensch ist in weiten Bereichen seines Lebens gesund. „Gesunde“ Menschen ... sind oftmals im weiten Bereich ihres Lebens krank« (Petzold, 1991, 19)*

*»Und warum schließlich sollte man alle Kräfte aufbieten, um den Leuten zu verheimlichen, dass es, von dem Moment an, da man lebt, normal ist, krank zu werden, dass es normal ist, sich mit oder ohne Beistand der Medizin davon zu erholen, dass Gesundheit und Heilung in die Grenzen und das Vermögen biologischer Regulationen eingeschrieben sind?« (Canguilhem, Gesundheit - eine Frage der Philosophie, 2004)*

## Inhalt

1. Vorbemerkungen.....	2
2. Einleitung .....	6
3. Exkurs: Krankheit in der Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft .....	10
4. Der Krankheitsbegriff in der Integrativen Therapie.....	13
4.1 Die anthropologische Sichtweise von psychischer Krankheit .....	16
4.2 Die klinische Sichtweise von psychischer Krankheit.....	17
5. Patientenbericht .....	19
6. Abschlussbemerkungen .....	26
7. Zusammenfassung:.....	28
8. Summary:.....	28
10. Literaturverzeichnis .....	29

## 1. Vorbemerkungen

Da ich mit dem Schreiben dieser Arbeit am Ende einer zehnjährigen Reise ankomme, erlaube ich mir einige persönliche Worte zu meinem Werdegang, um die Wirkkraft der Integrativen Therapie nicht nur auf Patientinnen und Patienten, sondern auch auf die, die sie erlernen, deutlich zu machen.

Nach dem Abitur 1981 begann ich mein Philosophiestudium. Mich faszinierte es, die Wahrheit hinter den Dingen zu ergründen. Was bedeutet das? Es verweist auf unser kausales Denken, das in hohem Maße von Vorannahmen ausgeht, die wir uns – von Experten – sagen lassen und hernach nicht mehr hinterfragen. Ein Beispiel: Ich sehe eine Häuserfassade und gehe davon aus, dass es sich um ein dreidimensionales Gebäude handelt, in dem Menschen wohnen. Was wäre nun, wenn ich dies überprüfte und feststellte, es handelt sich tatsächlich nur um eine Fassade, eine Pappwand, die vielleicht zu Werbezwecken oder als Kunstprojekt aufgebaut wurde? Hätte ich es nicht überprüft, wäre ich fortan von dieser Fehlannahme ausgegangen, die eventuell weitere Irrtümer zur Folge gehabt hätte. Für mich hat diese Szene eine ähnliche Qualität wie die Kernaussage, die wir im Platon'schen Höhlengleichnis finden: Gebe ich mich damit zufrieden, die Schatten der Dinge für die Wahrheit zu halten oder möchte ich die Dinge selbst erkennen und erfahren lernen?

Derart motiviert erhoffte ich an der Universität eine Gemeinschaft von Kommilitonen vorzufinden, die Lust am experimentellen Denken hätte und die durch mutige Pädagogen angeleitet und begleitet würde. Dies fand in Teilen tatsächlich statt – so zum Beispiel bei Prof. Rudolf Heinz, der als Begründer der Pathognostik beispielhaft selbst Philosophie betrieb.

Was aus meiner Sicht aber zu dieser Zeit als Ideologie in der Theoriearbeit vorherrschte, war – unabhängig davon, in welcher Epoche man sich gerade bewegte – die Trennung von Körper, Seele und Geist. Wobei interessanterweise das Körperliche, der Leib als das weibliche Prinzip und der Geist als das männliche Prinzip, antizipiert und nicht hinterfragt wurden. Ähnlich statisch erlebte ich die Kategorisierung des Subjektiven als das emotionale, fehlerhafte und des Objektiven als das rationale, wahre Prinzip der Wahrnehmung. Wie können wir aber als leibliche Wesen zur Objektivität fähig sein? Die Antworten, die ich fand, berichteten von (jetzt

werde ich etwas ironisch) reiner Geistwerdung durch Überschreiten der körperlichen Grenzen. Es war nachgerade das Ziel des Philosophen, dieses Ideal des körperlosen Geistes anzustreben. Ich konnte in diesen Bestrebungen keine geistige Heimat finden und suchte mein Glück bei den Existentialisten, der Kritischen Theorie und der feministischen Philosophie.

Einer der wichtigsten Referenzphilosophen der Integrativen Therapie, Gabriel Marcel, brachte die oben genannte Problematik des Leib-Seele-Dualismus‘ explizit auf den Punkt:

*„Absurd an diesen Vorstellungen [...] ist vor allem, dass sie eine in der abendländischen Metaphysik leider vorherrschende Einbildung: dass nämlich eine abgelöste Innerlichkeit die instrumentell verstandene Äußerlichkeit, eine imaginäre Seele einen abstrakten Körper handhaben könne, ins innere Erleben des Menschen projizieren.“ (Marcel, 1985)*

Und so fand ich hier eine wohltuende Verneinung von Abstinenz- und Neutralitätsmodellen, da die Ausblendung subjektiver Wahrnehmung und biografischer Einflussfaktoren in der therapeutischen Arbeit mit Menschen einem fahrlässigen Umgang mit eigenem Machtpotential in der Interaktion gleichkäme.

Während vieler Jahre beruflicher Tätigkeit in der Erwachsenenbildung und einer Zusatzausbildung zur Supervisorin spielte die Philosophie – zumindest vordergründig – zunächst keine Rolle mehr. Als ich dann 2005 am FPI/EAG die Weiterbildung Integrative Therapie startete, änderte sich das schlagartig. Auch wenn ich die supervisorische Tätigkeit schon als basales philosophisches Handeln erlebte, in dem ich Selbstverständliches hinterfragte und die „Wahrheit hinter den Dingen“ zu ergründen versuchte, so war die Integrative Therapie für mich eine Rückkehr zur Philosophie par excellence! Wobei Rückkehr der falsche Begriff ist; es war vielmehr eine Ankunft.

Die Definition von Integrativer Therapie als kritischer Kulturarbeit, die politisches und kulturelles Engagement zur Verbesserung der Lebensbedingungen postuliert (Melioritätskonzept), steht zudem in der Tradition der Kritischen Theorie, wonach alles Handeln immer auch als politisches Handeln zu sehen ist. Therapeutische Arbeit steht nicht außerhalb ihres Zeitgeschehens und der politischen Rahmenbedingungen, sondern muss diese als Einflussfaktoren immer mitbedenken.

„Alles fließt“ – die heraklitische Herangehensweise der Integrativen Therapie, die davon ausgeht, dass Erkenntnisse immer nur temporär gelten bis neue Erkenntnisse

gewonnen werden, empfinde ich als redlich und mutig. Warum? Weil sie die Bereitschaft zur Selbstreflexion voraussetzt und das permanente Hinterfragen eigener Modelle in einem arbeitsaufwändigen Prozess praktiziert.

*„Man muss damit eine metahermeneutische Arbeit und die Entwicklung einer pluriformen Praxeologie in Angriff nehmen – ein Prozess, der herakleitisch weiterfließt, kenntnisreiches und mutiges Navigieren verlangt und das Wissen, dass man nicht auf ein abschließendes Ergebnis zusteuert.“ (Petzold H. G., 2011)*

Dieses prozesshafte Vorgehen wirkt gleichzeitig Entfremdungsphänomenen entgegen, da es den Patienten keine klinische Strukturen in Form von ICD10-Diagnosen überstülpt, sondern die Expertenschaft des Patienten maßgeblich in den therapeutischen Prozess integriert. Er hat so die Möglichkeit, sich im Zustand des Krankseins zu verstehen und diesen als eigenen Ausdruck und womöglich als Reaktion auf das Leben und seine Einflussfaktoren zu sehen.

Im Petzoldschen Konzept der Klinischen Philosophie wird dieser Prozess wie folgt beschrieben:

*„Das Ausbilden von Vernetzungen, das ist das Prinzip des Lebendigen, der Evolution, in der durch multiple Konnektivierungen ‚Bifurkationen‘ geschehen und mit ihnen neue Entwicklungen als ‚Emergenzen‘ auftauchen [...].“ (Petzold H. G., 2011)*

Dazu gehört auch das schulenübergreifende Denken, das sich nicht um Sicherstellung und Abschottung von Ideen, Erkenntnissen, Arbeitsweisen und Methoden bemüht, sondern im Gegenteil eine Vernetzung auch auf dieser Ebene anstrebt. Dies manifestiert sich auf der Webseite der „Europäischen Akademie für bio-psycho-soziale Gesundheit“, die unter dem Stichwort „Polyloge“ eine beeindruckende Zahl von Texten, Vorträgen sowie noch in Druckvorbereitung befindlicher Materialien zum Download bereitstellt.

*„Theorienbildung und Methodenentwicklung in der Psychotherapie und anderen Formen der psychosozialen Intervention für die Behandlung, Förderung und Unterstützung von Menschen sind ein höchst kreatives Unterfangen und sollten so ausgerichtet sein, dass sie dem gesamten Feld der Hilfeleistung zugutekommen können. Sie sollten nicht der Besitz einer ‚Schule‘ oder Richtung sein, sondern allen Richtungen zur Verfügung stehen.“ (Petzold H. G., 2011)*

Abschließend kann ich sagen, dass das theoretische Durchdenken und praktische Erleben der Integrativen Therapie große Wirkkraft auf mein privates und berufliches Leben hatte und hat. Ich habe erlebt, dass eigene Entfremdungszustände nach und nach einem Gefühl von Integrität wichen, dass hierdurch meine Beziehungsfähigkeit

in privaten und beruflichen Zusammenhängen eine ganz andere Qualität erhielt und dass ich – ganz unpathetisch gemeint – ein glücklicherer Mensch geworden bin.

Dies habe ich auch in hohem Maße meiner Lehrtherapeutin Ursula Standke zu verdanken, die mich über zehn Jahre hinweg unverdrossen und optimistisch begleitet hat. Ihr widme ich diese Arbeit voller Dankbarkeit.

## 2. Einleitung

Dass Krankheit pathologisiert werde – so der Titel dieser Arbeit – mutet zunächst paradox an. Denn dass Krankheit das Pathologische und Gesundheit das Normale sei, ist in unserer Gegenwart herrschende Ideologie. Beschäftigt man sich aber mit der Genealogie des Begriffs Krankheit, so muss man konstatieren, dass das Begriffspaar „Gesundheit versus Krankheit“ nicht immer als Gegensatz definiert wurde. So schreibt der französische Arzt und Philosoph Georges Canguilhem in einem historischen Abriss zur Verwendung des Krankheitsbegriffs über das Jahr 1828:

*„Bis dahin hatte man angenommen, der pathologische Zustand werde von gänzlich anderen Gesetzen beherrscht als der Normalzustand; folglich war mit der Erforschung des einen nichts über den anderen ausgemacht. Broussais wies nun nach, dass die Krankheitsphänomene substantiell mit denen der Gesundheit identisch und lediglich der Intensität nach von ihnen unterschieden sind.“ (Canguilhem, Das Normale und das Pathologische, 1977)*

Danach wären Gesundheit und Krankheit keine unterschiedlichen Qualitäten, sondern zwei Daseinsformen, die sich in einem fließenden Übergang zueinander befinden und sich lediglich quantitativ unterscheiden.

Festzustehen scheint allerdings, dass sich seit dem Zeitalter der Aufklärung eine Hinwendung zum Positivismus vollzog und die darauf folgende Industrialisierung eine Objektivierung und Hypostasierung von pathologischen Prozessen und somit auch des Krankheitsbegriffs bewirkte bzw. verstärkte.

*„Zunächst wird postuliert, dass Krankheit eine Essenz ist, eine spezifische Entität, auffindbar durch die Symptome, in denen sie sich äußert, aber früher vorhanden als diese und gewissermaßen unabhängig von ihnen; so wird ein schizophrener Fundus beschrieben, der unter zwanghaften Symptomen versteckt ist, wird von verkapptem Wahn gesprochen, wird hinter einer manischen Krise oder einer depressiven Episode die Entität eines manisch-depressiven Irreseins angenommen.“ (Foucault, 1968).*

Dieses Phänomen soll zu Beginn dieser Arbeit verdeutlicht werden, nicht zuletzt um die Rolle von Psychotherapie in diesem Zusammenhang zu verstehen. Was soll Psychotherapie bewirken? Dass der Patient/Klient seine Krankheit als Übel begreife, das es als etwas Unnormales zu bekämpfen und zu überwinden gelte? Dass er in seinen Ressourcen gestärkt werde, um daraufhin in prekären Arbeitsverhältnissen besser funktionieren zu können? Oder soll es nicht vielmehr darum gehen, die

Krankheit selbst als Phänomen anzusehen, das es zu verstehen gilt und in den Kontext des eigenen Lebens einzubetten? Denn dann wird die Auseinandersetzung mit Krankheit zum Teil der Persönlichkeitsentwicklung, die im Idealfall die kreative (Neu-)Gestaltung der Lebensverhältnisse und das Reflektieren und Hinterfragen alter Denk- und Handlungsmuster zur Folge hat. Der Therapeut müsste in diesem Fall ein kompetenter Ansprechpartner und Begleiter sein, der sich vor dem Hinterfragen eigener Positionen nicht fürchtet.

*„Dieser Dialogpartner, in dem sich der Patient erkennen kann, von dem er Identität zugeschrieben bekommt, den er berühren kann und von dem er sich abgrenzen kann, soll der Therapeut sein. In der intersubjektiven Matrix wächst Identität, indem sich zwei Menschen als Subjekte in ihrer Gemeinsamkeit und Verschiedenheit begegnen, indem alle wichtigen Bereiche der Identität Gegenstand von Korrespondenzprozessen, von Begegnung und Auseinandersetzung, werden. (Petzold H. , Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, 1980)*

Die Integrative Therapie begreift Psychotherapie ganz in diesem Sinn „als Praxis kritischer Kulturarbeit“ und fördert die Auseinandersetzung mit gegenwärtigen Ideologien, um in der Konsequenz eine ethische Fundierung therapeutischen Handelns zu bewirken.

*„Die Integrative Therapie als komplexe Form 'bio-psycho-sozial-ökologischer Humantherapie' und 'kritisch-engagierter Kulturarbeit' versucht, Engführungen traditioneller Psychotherapien zu überwinden. Menschen – Frauen und Männer – sind in Natur und Kultur verwurzelt, deshalb gilt es in breiter Weise für sie und mit ihnen Heilungsmöglichkeiten und Entwicklungschancen zu erarbeiten, die ihre körperliche, seelische, geistige, soziale und ökologische Realität berücksichtigen, denn keine dieser Dimensionen des Menschen darf ausgespart werden. Das ist eine Konsequenz transversaler Vernunft in der Moderne“ (Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper 2000b).*

Demzufolge lautet die Hypothese im Kapitel „Krankheit in der Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft“ dieser Arbeit, dass die strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens – oder genereller: der gesundheitspolitische Umgang mit dem Faktum Krankheit – selbst Erkrankungen generieren. Es ist daher obligatorisch, diese Prozesse zu reflektieren und zu hinterfragen, um das eigene therapeutische Handeln nicht zum Teil eines Produktionsablaufs werden zu lassen, der im Rahmen diagnostischer Prozesse Krankheit erst erzeugt.

Daher soll im Kapitel „Der Krankheitsbegriff in der Integrativen Therapie“ der Gegensatz von Krankheit und Gesundheit hinterfragt werden. Mehr noch: Krankheit als Teil von Gesundheit zu sehen, als sinnhafte Episode in der Lebensspanne eines Menschen zu betrachten, führt in der Behandlung zur Integration derselben in die

persönliche Biografie und somit zu einer Herausforderung an die Persönlichkeitsentwicklung. Es gilt, das abgespaltene Ding ‚Krankheit‘ ins Selbstbild zu integrieren und damit eine Grundlage für Heilung überhaupt erst zu ermöglichen. Eine Therapie psychischer Erkrankungen kann und darf also nicht als das Beseitigen eines Störfaktors oder die Behandlung von Symptomen gehandhabt werden, sondern muss die Gesamtheit des Leibsubjekts im Kontext von Gesellschaft und Lebenswelt im Blick haben.

Im Patientenbericht schließlich wird neben der Skizzierung des Grundanliegens der Klientin Frau A. die Anwendung der Integrativen Psychotherapie, die psychotherapeutische Haltung der Behandlerin sowie die Interaktion zwischen Klientin und Therapeutin dargestellt und reflektiert werden. Ein Schwerpunkt besteht darin, die Pathologisierung von psychischen Prozessen als Faktoren für Selbstentfremdung, Individualisierung sowie damit verbundene Isolierung und Ausschluss gesellschaftlicher Teilhabe zu kennzeichnen. Wenn diese Themen im Vorfeld bereits eine große Rolle in der Biografie eines Menschen gespielt haben, addieren sich die Erinnerungen desjenigen zu den aktuellen Belastungssymptomen und es kommt zu einer Potenzierung der Wirkkraft derselben. Dann ist es die Aufgabe in der Therapie, den Klienten/die Klientin in einem Prozess des Erzählens zu begleiten, um vergangene Atmosphären, Szenen und Empfindungen zu aktivieren, mit den aktuellen zu vergleichen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten – und somit einen Zustand des Verstehens und der Nachvollziehbarkeit zu erreichen. Die Integrative Therapie beschreibt in diesem Zusammenhang den therapeutischen Erkenntnisprozess als „Hermeneutische Spirale“:

*„Vom Wahrnehmen zum Erfassen zum Verstehen zum Erklären schreiten Erkenntnisprozesse ko-respondierend und kokreativ voran als Prozesse zwischen Subjekt und Mitsubjekt in Kontext/Kontinuum über einen Gegenstand (Thema). Mit dem Wachsen der Wahrnehmungsfülle und der mnestischen Fähigkeiten, mit der zunehmenden Differenziertheit der Ko-respondenzprozesse im phylogenetischen und ontogenetischen Entwicklungsgeschehen wächst die Sinnerfassungskapazität des Menschen als Individuum, aber auch als Gruppe bzw. Kollektiv.“ (Petzold H. G., Integrative Therapie, 1993)*

In diesem Prozess findet Beziehungsarbeit statt, indem der Therapeut den Klienten begleitet, ihm Beistand leistet und mit ihm gemeinsam nach Wegen aus der Krise sucht. Dabei werden die vier Wege der Heilung der Integrativen Therapie zur Anwendung kommen und in einem positiven Verlauf zur Integration der Krise als sinnvolles Ereignis in der Lebensspanne betrachtet werden können. (Petzold &

Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)

*„Erster Weg: Bewusstseinsarbeit, die zur Sinnfindung führt; zweiter Weg: Nachsozialisation, die Grundvertrauen bekräftigt und emotionale Defizite durch ‚korrigierende emotionale Erfahrungen‘ zu kompensieren trachtet; dritter Weg: Erlebnisaktivierung, die durch ‚alternative Erfahrungsmöglichkeiten‘ zur Persönlichkeitsentfaltung beiträgt; vierter Weg: Solidaritätserfahrung und komplexes Bewusstsein durch den mehrperspektivischen Blick auf pathogene Lebenssituationen, was das Engagement für ein humanes Miteinander fördert.“ (Petzold H. G., Integrative Therapie, 1993)*

Es folgt also zunächst der Exkurs „Krankheit in der Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft“, in dem versucht wird, den Dienstleistungscharakter von Therapien aufzuzeigen, die den Behandlungsverlauf gleichsam als Produktionsprozess definieren. (*Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich die ersten digitalen Patientenverwaltungsprogramme an der in Produktionsstraßen der Automobilindustrie verwendeten Software orientierten.*)

### 3. Exkurs: Krankheit in der Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft

Krankheit und Kranksein werden in der modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft als Faktoren definiert, die den Staatshaushalt belasten und das Bruttosozialprodukt verringern. So gibt es in der Betriebswirtschaft eine Kennzahl „Krankenstand“, die Erkrankungszeiten bei Berufstätigen misst. Auf diese Weise wird Krankheit synonym mit „Arbeitsunfähigkeit“ verwendet. In Deutschland sind die Krankenstände zwar generell rückläufig, es ist jedoch eine Steigerung der längerfristigen Erkrankungen mit der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Abb. 1 und Abb. 2) zu beobachten.

*„Mehr als ein Drittel aller AU-Meldungen dauerten weniger als vier Tage. Mit 67,4 Prozent erstreckten sich insgesamt mehr als zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeitsfälle über maximal eine Woche. Diesen Fällen sind allerdings lediglich 17,1 Prozent der gesamten gemeldeten Fehlzeiten zuzuordnen. Demgegenüber entfallen auf die fünf Prozent der Krankmeldungen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen noch fast die Hälfte der gemeldeten Fehlzeiten.“*

*(Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2013)*

**AU-Tage je 100 Versicherungsjahre nach ICD10-Diagnosekapiteln**

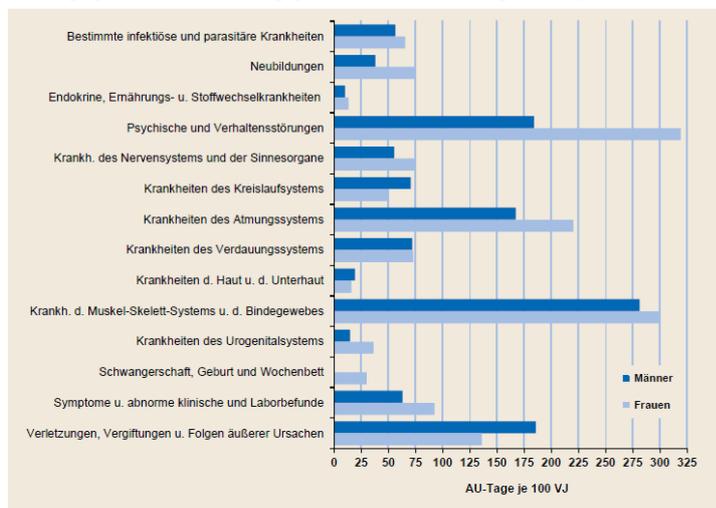


Abb. 1 Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2013

Veränderungen der Fehlzeiten 2012 vs. 2011 nach Diagnosekapiteln

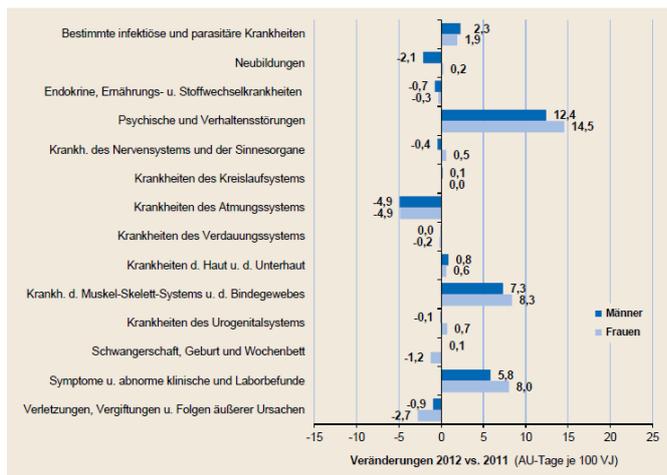


Abb. 2 Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse 2013

Auf dieser Basis gestalten Unternehmen ihr Personalmanagement, um durch Gesundheitsmanagement (Burn-out-Prophylaxe, Suchtberatung, Fortbildung in Entspannungstechniken oder Sensibilisierung für Work-Life-Balance) den Krankenstand und die damit verbundenen Kosten niedrig zu halten.

Die Reformen im Gesundheitswesen fördern zudem Strukturen, die Behandlungen und Therapien von Erkrankungen wie einen Produktionsprozess betrachten, wie er zum Beispiel in der Automobilindustrie existiert.

*„Die Einrichtung von Patientenpfaden (Clinical Pathways) vermeidet unnötige Verzögerungen von notwendigen Untersuchungen und dadurch zu lange Liegezeiten. Und warum muss z. B. eine OP-Vorbereitung stationär erfolgen? Es gibt hier also erhebliches Einsparpotenzial in der Optimierung von Prozessabläufen.“ (Deutsches Ärzteblatt 2007; „Krankenhäuser: Strukturwandel verpasst“)*

Der erkrankte Mensch wird zunächst ‚aus dem Verkehr‘ gezogen, sprich: vom Arzt ‚krankgeschrieben‘, die Krankheit wird durch Behandlung im Idealfall beseitigt oder zumindest insoweit in ihrer Wirkung eingedämmt, dass die produktive Teilhabe an gesellschaftlichen Gesamtprozessen wieder gewährleistet ist. Diese Haltung spiegelt sich auch in der Definition von Gesundheit durch die WHO:

*„Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“*

Krankheit unterliegt also einem Verdinglichungsprozess (*Hypostasierung*), der das Kurieren von Krankheiten selbst zum Produktionsprozess generiert. In der Verantwortung des Individuums liegt die Pflicht, eine gesunde Lebensweise zu praktizieren (Ernährung, Sport, Vorsorgeuntersuchungen, Lebensführung), um einer Erkrankung vorzubeugen oder sie zumindest in ihrem Schweregrad zu minimieren.

Kranksein ist der privaten Sphäre entzogen worden und bedeutet nun, dass das Individuum der Gesellschaft nachgerade zur Last fällt. Um die Auswirkungen der finanziellen Belastungen durch Krankheit für Arbeitgeber und Arbeitnehmer abzumildern, wird in den Industriestaaten das Krankenversicherungssystem zwischengeschaltet.

*„Die Krankenversicherung, die von den Industriegesellschaften erfunden und eingerichtet wurde, findet ihre Rechtfertigung in dem Vorhaben, dem Menschen, der seiner Entschädigung für eventuelle ökonomische Defizite gewiss ist, Vertrauen in und Kühnheit für die Übernahme seiner Aufgaben zu verschaffen, die bis zu einem bestimmten Grade immer eine Gefahr für das Leben enthalten.“ (Canguilhem, Gesundheit – eine Frage der Philosophie, 2004)*

Die Integrative Therapie konstatiert in diesem Zusammenhang „multiple Entfremdungsprozesse“, die Krankheit aus der persönlichen Biografie eines Menschen herauslösen und sie zum Gegensatz von Gesundheit generieren.

*„Auf diese Weise gehen in jede Diagnose psychischer Krankheit spezifisch soziale Bestimmungen und damit auch ganz unmittelbar gesellschaftliche Macht- und Interessenverhältnisse ein. Denn die Richtlinien der Kostenträger geben vor und bestimmen dadurch nachhaltig, welches Verständnis von psychischer Krankheit legitimationsfähig und abrechenbar ist und wirken damit letzten Endes darauf hin, welches Bild von psychischer Krankheit öffentlich gelten soll. Hierdurch wird erfahrungsgemäß eine strukturelle Spaltung erzeugt zwischen dem Krankheitserleben des Patienten und dem unmittelbaren Kontakt zu dem diagnostizierenden Arzt auf der einen Seite und dem, was gesellschaftlich davon verlauten soll und darf, will es gesellschaftlich anerkannt werden und legitimationsfähig sein.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Und:

*„Der traditionelle ‚klinische‘ Blick schaut – symptomfixiert – meistens dort nicht breit genug, wo eine ‚Lebensweltanalyse‘ notwendig wäre. Auch die klinische Krankheitslehre ist unter dem Einfluss eines entfremdeten Kontext/Kontinuum mehr an den Fragen der Finanzierbarkeit und Kostenoptimierung ausgerichtet [...]. Die beständige Vernachlässigung ‚sozialer Erkrankungen‘, die fehlende Sanierung ‚pathogener Milieus‘ [...], die individualisierende Ausblendung des kränkend-krankmachenden Kontextes [...] wird die Gesellschaft letztlich sehr teuer zu stehen kommen – kurative Medizin ist immer teurer als präventive.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Der Krankheitsbegriff der Integrativen Therapie soll im nächsten Kapitel erläutert werden. Es sei darauf hingewiesen, dass es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, der Komplexität der Integrativen Therapie inhaltlich gerecht zu werden. Es kann sich also nur um ein extrem reduziertes Extrakt derselben handeln.

#### 4. Der Krankheitsbegriff in der Integrativen Therapie

Da in der Integrativen Therapie alle Einflussfaktoren, denen ein Mensch ausgesetzt ist, in den Fokus genommen werden, ist die Beschreibung als „Methoden übergreifendes, differenzierendes und integrierendes, biopsychosozialökologisches Verfahren“ folgerichtig.

Die Explikation des Begriffs Krankheit

*„erfolgt multiperspektivisch entlang der Lineatur des ‚Tree of Science‘, einer metahermeneutischen Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, die von metatheoretischen Gesichtspunkten über real-explikative Theoriebildungen bis hin zur Praxeologie reicht.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Darüber hinaus ist im Entwurf der Integrativen Therapie das „Leibapriori“ von zentraler Bedeutung.

*„Wir sind zuerst und immer Leib, solange wir leben.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Und:

*„Der Leib ist der Ort, an dem alles Erlebte gespeichert ist, er ist die Voraussetzung und der Sitz allen Handelns und In-Kontakt-Tretens.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Dies bedeutet letztlich, dass eine Differenzierung in somatische und psychische Krankheiten nicht immer hilfreich ist, da eine Krankheit auf allen Ebenen in Erscheinung tritt. Ganz basal gesagt, äußert sich eine Angsterkrankung immer auch somatisch (Hypertonie, Tachykardie, erhöhter Adrenalinausstoß) und eine somatische Krankheit findet immer auch einen Ausdruck in der psychischen Verfassung eines Menschen, indem er z. B. deprimiert, gereizt, wahnhaft oder angespannt ist.

Darüber hinaus ist eine begriffliche Unterscheidung in Krankheit und Kranksein zu treffen. Versucht man in der Verwendung des Begriffs „Krankheit“ möglichst objektive Kriterien zu verwenden, die eine Diagnose innerhalb kürzester Zeit möglich machen, so betont der Begriff „Kranksein“ die individuelle Dimension. Kranksein verändert die Biografie eines Menschen, aber auch die seiner Angehörigen und hat darüber hinaus Auswirkungen auf das relevante Umfeld – je nach Schweregrad der Krankheit sind

diese stärker oder schwächer in ihrer Ausprägung. Dies wirkt wiederum zurück auf den kranken Menschen und beeinflusst den Krankheitsverlauf.

Verwendet man nun den Begriff „psychische Krankheit“, so verlässt man zum Teil das Gebiet der Naturwissenschaften und betritt die Sphäre der Sozialwissenschaften. Denn als „psychisch krank“ wurde nicht nur in vergangener Zeit, sondern wird auch heute noch unangepasstes, von der Norm abweichendes Verhalten bezeichnet.

*„Fromm kam zu dem Befund, dass ‚der Normale, d. h. der gesellschaftlich Taugliche, der Angepasste‘ in Ansetzung menschlicher Werte oft weniger gesund ist als der Neurotische: ‚Oft ist er nur besser tauglich auf Kosten seines Selbst, das er aufgab, um nach Möglichkeit so zu werden, wie man es, seinem Dafürhalten nach, von ihm erwartete.‘“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Da dieses aber kontextabhängig ist und historisch betrachtet durchaus variiert, muss bei einer Diagnose überaus vorsichtig vorgegangen werden. So kann man in der Geschichte sehen, dass jede Zeit ihre spezifischen Krankheiten hervorbringt. Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts war die „Hysterie“ eine häufig diagnostizierte psychische Krankheit. In heutigen Zeiten sind es zum Beispiel „Depressionen“ oder „Borderline Persönlichkeitsstörungen“.

Um dieser Komplexität gerecht zu werden, wird im Entwurf der Integrativen Therapie

*„Krankheit dialektisch begriffen als Bestandteil des Lebens, das als ein Prozess von Widerfahrnis und Aneignung gesehen wird. Demnach gehört Krankheit als Möglichkeit des Lebensprozesses zur menschlichen Existenz.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Die Integrative Therapie arbeitet daher mit einem erweiterten Gesundheits- und Krankheitsbegriff:

*„Salutogenese und Pathogenese dürfen [...] nicht mehr als voneinander isolierbare Prozesse gesehen werden, sondern sind Dimensionen auf dem Kontinuum des Lebensprozesses des Subjektes [...]. Wie Gesundheit wird auch Krankheit zu einer möglichen Qualität der Lebensprozesse des Leibsubjekts und seiner Lebenswelt.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Dem entspricht eine strikt empirische Vorgehensweise, die von „intersubjektiver Bezogenheit und Korrespondenz“ bestimmt ist. Dies bedeutet, dass der Patient nicht nur in das anamnestische Verfahren als Subjekt einbezogen wird, sondern in diesem Prozess eine zentrale Rolle spielt.

*„Gesundheitsarbeit und Krankheitsbewältigung brauchen die ‚doppelte Expertenschaft‘: die der ‚Professionellen‘ und die der Betroffenen.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Allerdings kann dieses prozesshafte Vorgehen diagnostisch nur dann funktionieren, wenn es auf einer soliden theoretischen Basis steht. Die Integrative Therapie ist in ihrer Theorie-Praxis-Verschränkung in diesem Zusammenhang als beispielhaft anzusehen, denn sie praktiziert diese phänomenologische Prozedur nach der Maßgabe „von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen“ (Petzold H. G., Integrative Therapie, 1993, S. 404). Wie ist dieser Satz zu verstehen? Zunächst einmal stützt sich das therapeutische Vorgehen auf die Phänomene, die sich im therapeutischen Setting zeigen: Sprachlicher und körperlicher Ausdruck des Patienten, Schilderung von Szenen und Atmosphären sowie „zwischenleibliches“ Erleben.

*„Das Atmosphärische ist wesentlich Ausstrahlung des Leibes, und im Unterschied zum Körper-Haben, das sich gleichsam isoliert, erschließt sich das Leib-Sein dieser Sphäre des ‚Zwischen‘, ja es konstituiert sich in ihr.“ (Marcel, 1985)*

Daraufhin wird analysiert, welche Strukturen sich zeigen (Lebenszusammenhänge, Selbstkonzepte, Arbeitswelt, Wertesystem), um dann eine Verknüpfung mit den Entwürfen im Sinn von aktueller Lebensgestaltung vorzunehmen. Nach dem „Tree of Science“, der in der Integrativen Therapie das „Strukturgerüst“ darstellt, innerhalb dessen das intersubjektive Erleben einer Therapiesitzung reflektiert, eingeordnet und analysiert werden kann, ist auf diese Weise für die erforderliche Mehrperspektivität gesorgt, die der Komplexität der Biografie eines Menschen gerecht wird.

*„Der ‚Tree of Science‘ ist ein Übersichtsmodell, der Versuch, die notwendige Focussierung (die immer in Gefahr des einengenden Blickes durch das Spezialistentum steht) durch die ebenso notwendige Überschau zu ergänzen.“ (Petzold H. G., Integrative Therapie, 1993)*

Der Tree of Science besteht aus vier Ebenen: der Metatheorie, den realexplicativen Theorien, der Praxeologie und schließlich der Praxis. Visualisiert man dieses Übersichtsmodell tatsächlich als Baum, so stellt die Metatheorie die Wurzeln desselben dar. Hieraus schöpfe ich als Therapeutin das Wissen über die menschliche Wahrnehmung und das Erkenntnisvermögen. Ich vermag, über den Sinn menschlicher Existenz zu reflektieren oder Wissen über das menschliche Wollen zu erwerben. Ich beschäftige mich mit Kulturtheorien und Ethik – kurzum „Makrofolien der Welt- und Lebensexplikation“ (Petzold H. G., Integrative Therapie, 1993). Die realexplicativen Theorien hingegen liefern Informationen über Persönlichkeitstheorien, Entwicklungspsychologie oder Gesundheits- und Krankheitslehre. Die Praxeologie ist u. a. die Ebene der Methodenlehre oder

Prozesstheorie, während die Praxis (gleichsam als Baumkrone) die Anwendung von „Methoden, Techniken, Medien, Stilen“ darstellt.

Sprechen wir also jetzt über die Definition des Begriffs Krankheit, so sind immer alle Ebenen des Tree of Science involviert. Die Explikation desselben findet auf der Ebene der realexplikativen Theorien statt, sie ist allerdings verknüpft mit den Metatheorien.

Darüber hinaus wird in der Integrativen Therapie zwischen einer anthropologischen und einer klinischen Sichtweise des Krankheitsbegriffs unterschieden.

#### 4.1 Die anthropologische Sichtweise von psychischer Krankheit

In der anthropologischen Sichtweise als Metatheorie ist der Begriff der multiplen Entfremdung von zentraler Bedeutung. Vereinfacht und stark verkürzt auf die individuelle Dimension könnte man sagen, dass das Reflexions- und Abstraktionsvermögen des Menschen gleichzeitig die Fähigkeit zur Selbstbetrachtung von einer Metaebene aus und damit zur Abspaltung von sich selbst befähigt. In der Konsequenz kommt es zur Verdinglichung (*Hypostasierung*) und damit zur Entfremdung von sich selbst. Während dies für den Erkenntnisgewinn durchaus hilfreich sein kann, da der Mensch in der Lage ist, sich quasi von außen zu betrachten, so ist dieser Prozess dann pathologisch, wenn er nicht im Sinne einer Reintegration des Abgespaltenen in das Leib-Subjekt fortgesetzt wird.

Diese Schilderung soll zunächst einmal nur verdeutlichen, was uns auf einer individuellen Ebene überhaupt zu Entfremdungsprozessen befähigt. Der Begriff der ‚multiplen Entfremdung‘ weist gleichwohl darauf hin, dass es auf vielen Ebenen zu Entfremdungsphänomenen kommen kann.

*„Wir glauben, dass die Theorie von Entfremdung, die sich dem Werk von Hegel und Marx entnehmen lässt, sich noch am ehesten als Meta-Perspektive zur Behandlung des Themas eignet, wobei auch dies u. a. insbesondere um sozial-, existenz- und leibphilosophische Perspektiven zu erweitern ist.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Durch diese Referenz wird klargestellt, dass es sich bei Integrativer Therapie nicht um ein affirmatives Verfahren handelt, das zur Anpassung an herrschende Verhältnisse verhilft, sondern das psychische Krankheit als legitime Reaktion auf die aktuelle Lebenswelt des Patienten reflektiert. Dieses Unterstellen einer Sinnhaftigkeit ist sogleich als heilendes Wirken gegen Entfremdungszustände zu sehen, denn sobald der Patient seinen Zustand als legitim begreift, ist er sich selbst wieder näher

gekommen. Das Ziel des Wirkens ist also immer die Integrität, das Ganzsein des Patienten. (Betrachtet man das Wort „heilen“ etymologisch, so leitet es sich vom griechischen "holos" = ganz, vollständig ab.) Entscheidend ist dabei, dass sich diese Integrität eben nicht auf die individuelle Dimension des Leibesubjekts beschränkt, sondern auch die Lebenswelt des Patienten sowohl auf einer Mikroebene (Familie, Arbeitsplatz) – als auch auf der Makroebene (Gesellschaft, globalisierte Welt) mit einbezieht.

Wie bereits erwähnt, versteht sich Integrative Therapie daher als „kritische Kulturarbeit“, die sich auch der Verbesserung gesellschaftlicher Zusammenhänge im Sinne eines Melioritätsansinnens verpflichtet sieht.

*„Dabei sehen wir ‚Integrität‘ in ihrem Doppelcharakter: die ‚Integrität der Anderen‘ und des Anderen – Menschen, Lebewesen, Lebens- und Kulturräume – und die eigene ‚Integrität als Subjekt‘, die man als innere Haltung und Ausrichtung in seinem Leben zu realisieren bemüht ist und vertritt. [...] Diesen Fragen kann man nicht ausweichen, besonders in den prekären Zeiten einer ‚globalen Krise‘ nicht, wo Probleme kritisch gesichtet werden müssen und Auseinandersetzungen über ‚Positionen‘ stattfinden, denn unsere Lebensstile sind zu überdenken und machen Änderungen unseres Verhaltens notwendig.“ (Petzold, Orth, & Sieper, 2013a)*

Das Hinterfragen eigenen Handelns wird eingebettet in ein Konzept der kritischen Arbeit an sich selbst in Form des „sich selbst zum Projekt zu machen“ (Petzold, Orth, & Sieper, 2013a), ein Prozess der Selbstentwicklung, der jederzeit (soll heißen: altersunabhängig) gestartet werden kann.

#### **4.2 Die klinische Sichtweise von psychischer Krankheit**

Die klinische Sichtweise stellt keinen Gegensatz zur anthropologischen dar, sondern wurzelt in ihr und macht sie gleichzeitig für den Klinikalltag anwendbar. Das bedeutet, dass es möglich sein muss, in einem angemessenen Zeitraum eine Diagnose zu stellen und einen Behandlungsplan zu entwerfen. Daher liegt hier der Schwerpunkt auf der Pathogenese und dem damit verbundenen Rechercheinstrumentarium zur Ermittlung von pathogenen Einflüssen.

*„Generell gilt, dass Pathogenese in konkreter, sinnhafter Erfahrung wurzelt, und diese die Syntax der eigenen Geschichte ist, eine Syntax des Zwischenmenschlichen, in die der soziokulturelle Hintergrund, die ökonomischen Beziehungen, der Zeitgeist, die fördernden oder destruktiven Einflüsse aus Kontext und Kontinuum zum Tragen kommen. [...] Sie bezieht sich insbesondere auf fehlgesteuerte Stimulierungsprozesse, denen das Leibesubjekt ausgesetzt ist bzw. auf pathogen wirkende Stimulierungen in konkreten Lebensszenen.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Als wesentlich ist dabei hervorzuheben, dass sich Pathogenese nicht ausschließlich auf die Zeitspanne der frühen Kindheit bezieht, sondern dass schädigende Ereignisse über die ganze Lebensspanne hinweg auftreten können. Dies korrespondiert damit, dass der Mensch auf der anderen Seite auch bis zum Tod lernfähig, fähig zu Veränderung ist, die Salutogenese also ebenfalls lebenslang wirksam ist.

Stark verkürzt dargestellt werden folgende pathogenetische Faktoren genannt:

*1. Genetisch disponierte Vulnerabilität; 2. multiple Schädigungen, die die Ressourcenlage des Subjekts überschreiten; 3. fehlende kompensatorische oder substitutive Entlastungen aufgrund fehlender protektiver Faktoren 4. internale Negativkonzepte; 5. Negativkarriere in kranken sozialen Netzwerken; 6. auslösende Akturfaktoren („critical life events“) sowie 7. diverse pathogene Einflüsse und ungeklärte Einflüsse (Drogenkonsum, Haftaufenthalt etc.). (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Diese Faktoren weisen darauf hin, dass eine sorgfältige und differenzierte Lebensweltanalyse des Patienten unabdingbar ist.

*„Der Exploration von ‚critical life events‘ und ihrer Summation, von Krisenhäufigkeit und -intensität [...] wird dabei besondere Bedeutung für die Bewertung einer Karriere auf ihre pathogenen und salutogenen Einflüsse hinzukommen.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Auch wäre eine Vernetzung der diversen Therapieangebote, die ein Patient bereits genutzt hat, wünschenswert, so dass nicht jede therapeutische Intervention wieder von vorne beginnt. Die Integrative Therapie plädiert in diesem Zusammenhang für eine „systematische Karrierebegleitung“ (Forster und Pelikan 1977).

*„Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die Lebenskarriere insgesamt und nicht nur unter dem Blickwinkel der Pathogenese betrachtet wird, wie es dem Kliniker immer wieder unterläuft.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Gemäß dem Paradigma der Integrativen Therapie als „kritischer Kulturarbeit“ sollte die Therapie des Patienten sich nicht in der Beseitigung von Symptomen erschöpfen, sondern eine generelle Stärkung der Kompetenz und Performanz als Ziel haben. Denn:

*„Gelungene Problemlösungen können auch auf die Rahmenbedingungen der Gesellschaft zurückwirken und zu ihrer Humanisierung beitragen.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

## 5. Patientenbericht

Frau A. ist Krankenschwester und wendet sich im Jahr 2011 an mich, da sie durch Überlastung im Beruf und Spannungen im Privatleben zunehmend gereizt auf ärztliche Kollegen, Vorgesetzte und Pflegekräfte reagiere. Genau genommen wendet sie sich nicht selbst an mich, sondern ihre Pflegedirektorin, die mich als Supervisorin und Trainerin aus anderen Zusammenhängen kennt. Sie ist in Sorge, dass ihre Mitarbeiterin, die sie sehr schätzt, kurz vor dem Burn-out stehe. Zunächst ist Frau A. etwas unwillig und einer Psychotherapie gegenüber nicht sehr aufgeschlossen. Sie glaubt, dass an ihrer Situation nichts zu ändern sei und dass sie allein damit fertig werden müsse.

Im Rahmen zweier Termine, die dem Kennenlernen dienen, fällt sie die Entscheidung, sich doch auf einen psychotherapeutischen Prozess einzulassen. Ausschlaggebend scheint zu sein, dass ich als Therapeutin ihren aktuellen Zustand nicht auf ein Unvermögen zurückführe, Belastungen standzuhalten, sondern gemäß dem Kontext-Kontinuums-Konzept der Integrativen Therapie als Resultat und natürliche Reaktion auf eine jahrelange Aufeinanderfolge maligner Ereignisse betrachte.

*„Das Kontext/Kontinuums-Konzept ist eine zentrale Kategorie der Integrativen Therapie (Petzold 1974j, 1998a). Mit dieser Position widerstehen wir der Versuchung, zu individualisieren und zu psychologisieren. Denn wir sehen den Menschen von vornherein in seiner raumzeitlichen Verschränkung. Damit berücksichtigen wir die konsequent temporalisierte und kontextualisierte Wahrnehmung von Ereignissen durch das Leibsubjekt. Ferner tragen wir damit der Tatsache Rechnung, dass Menschen sich immer in einer bestimmten Lebenszeit, in bestimmten Beziehungen und in einer bestimmten sozioökonomischen Lebenslage befinden.“ (Schuch, 2007)*

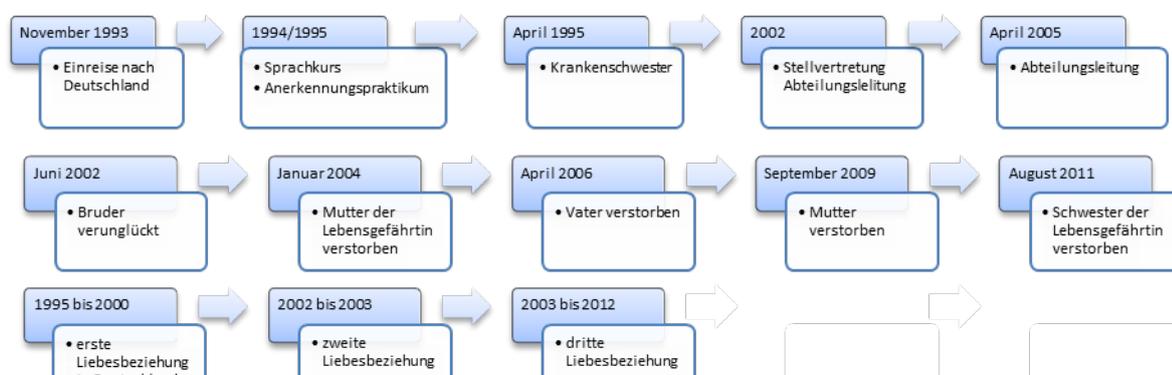
**Zur Biografie:** Frau A. wird in den 1960er Jahren in Kasachstan geboren und wächst mit ihren Eltern und vier Geschwistern auf dem Land auf. Ihre Eltern sind deutschstämmig, so dass sie in Kasachstan als „die Deutschen“ angesehen werden. Die Eltern arbeiten hart, der Vater in der Landwirtschaft, die Mutter als Schneiderin, um ihren Kindern eine gute Ausbildung zu ermöglichen. Frau A. macht eine Ausbildung zur Krankenschwester und arbeitet mehrere Jahre in ihrem Beruf.

Nach dem Zerfall der Sowjetunion kommt es in Kasachstan zu einer großen Auswanderungsbewegung der russischen und deutschen Bevölkerung. Und so wandert im November 1993 auch die Familie von Frau A. in Deutschland ein. In den

Jahren 1994 und 1995 folgen Sprachkurse und ein Anerkennungspraktikum in einer Klinik. Zunächst wird Frau A. jedoch die Anerkennung ihrer Berufsausbildung verwehrt, was zu einer ersten Krise führt. (*Während der Schilderung ist Frau A. anzumerken, dass sie diese Episode im Erinnern immer noch als Demütigung und Abwertung empfindet. Sie habe in Kasachstan zum Teil 16 Stunden am Tag – unter anderem als Intensivschwester – gearbeitet! Und nun werde ihre Qualifikation angezweifelt!*) – Frau A. findet in ihrer damaligen Freundin, die ebenfalls in einer Klinik arbeitet, eine gute Unterstützerin. Sie besteht das Anerkennungspraktikum im zweiten Anlauf in einer anderen Klinik und beginnt dort ihre Tätigkeit als Krankenschwester, wird Stationsleitung, später stellvertretende Abteilungsleitung und schließlich Abteilungsleitung. Diesem Arbeitgeber gilt ihre ganze Loyalität, so dass sie auch dann noch bleibt, als ihre Pflegedirektorin, mit der sie sich sehr gut versteht, das Haus verlässt.

Während sie als Krankenschwester Karriere macht, ereignen sich in der Familie – man kann fast sagen in zweijährigen Intervallen – diverse Todesfälle. Jedes Mal hat sie die Rolle als „Fels in der Brandung“ und versucht, allen gerecht zu werden. Und immer, wenn sie das Gefühl hatte, dass es besser wird – ereignet sich das nächste Unglück. In Frau A. entsteht ein Gefühl, sich in einem Tunnel zu befinden, der scheinbar kein Ende findet. Da sie auch beruflich mit schweren Erkrankungen und Sterben zu tun hat, gibt es bald keinen Ausgleich mehr für sie. Zudem gestaltet sich das Zusammenleben mit ihrer neuen Lebenspartnerin schwierig, da diese im Verlauf einer psychischen Erkrankung mehrere Krankenhausaufenthalte benötigt und Phasen von Suizidalität durchlebt.

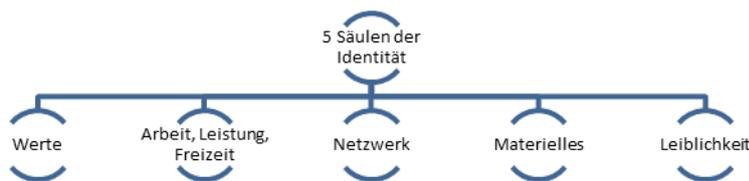
Im Verlauf der Therapie bitte ich Frau A., einmal ein Zeitschema zu erstellen, in dem sie die bedeutendsten Ereignisse („critical life events“) der letzten Jahre auflistet. (Der Grund war, dass es derart viele Vorfälle waren, dass ich während des Erzählens der Klientin ständig den Überblick verlor. Nachdem sie dieses Schema erstellt hatte, meldete sie mir zurück, dass ihr das Ausmaß der Krisen da erst richtig klar wurde.) Es entstanden drei Stränge: die beruflichen Ereignisse, die Todesfälle in der Familie und die Liebesbeziehungen.



Es gibt allerdings drei Quellen, aus denen sie Kraft schöpft:

- Sie ist Patin der Nichte ihrer Lebensgefährtin, die sie sehr liebt und gern um sich hat.
- Sie ist DEG-Fan (Düsseldorfer Eishockey Bundesligist) und liebt es, am Wochenende mit ihrer Freundin und anderen Fans zum Spiel zu gehen.
- Sie findet Ruhe und Ausgleich in der Gartenarbeit, der sie sich in jeder freien Minute widmet.

**Zur Therapie:** Nachdem sich Frau A. für eine Psychotherapie entschieden hat, starten wir unsere Zusammenarbeit zunächst mit einem Anamnesegespräch. Mit Hilfe des Modells der „Fünf Säulen der Identität“ (Petzold H. G., Integrative Therapie, 1993) ermitteln wir die stabilen und instabilen Faktoren in ihrem aktuellen Leben.



Ich bitte sie, zu den einzelnen Säulen Begriffe zu assoziieren. Dabei verwende ich Moderationskarten, die ich nach ihren Vorgaben beschrifte und vor uns auf den Boden lege. So können wir gemeinsam beobachten, wie sich ein Bild entwickelt.

Es ergibt sich eine Momentaufnahme, die deutlich macht, dass Frau A. sehr hohe Ansprüche an sich und andere hat. Ihr Pflichtgefühl ist sowohl im Beruf als auch im Privatleben sehr stark ausgeprägt. Dass sie sich aufgrund sehr hoher Belastungen, die sie seit Jahren konstant beanspruchen, geschwächt fühlt, ist in ihrem Selbstbild nicht vorgesehen. Also lebt und arbeitet sie ständig über ihre Kräfte hinaus, was sich mit einem Gefühl großer Anspannung und Gereiztheit bemerkbar macht.

Frau A.'s Selbstbild sieht vor, dass sie als starke und zuverlässige Frau für ihre Familie, ihre Freunde und ihren Arbeitgeber über 130% ihrer Kraft und Energie einzusetzen hat. Im Modell der „Fünf Säulen der Identität“ ist ihre Wertesäule stark ausgeprägt und sorgt in einem ausgeglichenen Leben sicherlich für große Stabilität. Allerdings ergab sich durch die Krisen der vergangenen Jahre, die so schnell aufeinander folgten, dass eine zeitnahe Verarbeitung nicht möglich war, eine chronische Überforderungssituation. Die Belastung addierte sich allmählich, während Frau A. beruflich und privat immer mehr Verantwortung übernimmt. Eine der für sie

wichtigsten Aufgaben ist die Patenschaft für die dreijährige Nichte ihrer Lebensgefährtin, die mindestens jedes zweite Wochenende bei ihnen verbringt. Eine weitere Aufgabe ist die Versorgung ihrer Lebensgefährtin, die kurz nach Beginn ihrer Beziehung die Diagnose „Borderline Persönlichkeitsstörung“ erhält, in der Folge immer wieder mehrwöchige Krankenhausaufenthalte benötigt und schließlich die Anerkennung als Frührentnerin erreicht. Parallel gerät die berufliche Stellung als Abteilungs- und Stationsleitung in einem Krankenhaus im Zuge der Strukturreformen im Gesundheitswesen immer mehr unter Druck. Knappe Ressourcen beim Pflegepersonal und im Ärzteteam sorgen zunehmend für Kompensationsleistungen derer, die noch vor Ort und nicht krankgeschrieben sind. Frau A. erlebt sich in diesem Zusammenhang als unentbehrlich in dem Sinne, dass sie nicht auch noch ausfallen dürfe. Was würde dann aus den Patienten? Nicht nur einmal erzählt sie in den Therapiesitzungen, dass sie an Krebs erkrankte Patienten auf ihrer Station habe, die nicht mehr lange zu leben hätten. Und um die müsse sie sich doch kümmern! Parallel werden alle, die ihr – aus ihrer Sicht – bei der Versorgung der Patienten im Weg stehen (zum Beispiel unsichere oder inkompetente Assistenzärzte, trotziges Pflegekräfte, dominante Vorgesetzte), mit Ungeduld, Gereiztheit und auch Wutausbrüchen konfrontiert.

Während Frau A. im Lauf des therapeutischen Prozesses langsam eine Ahnung entwickelt, welche malignen Ereignisse sie mindestens seit der Einreise in Deutschland zu verkraften hatte, stirbt die Schwester ihrer Lebensgefährtin plötzlich und unerwartet. Das bedeutet, dass nicht nur die Lebensgefährtin von Frau A. in eine weitere Krise stürzt, sondern auch ihr Patenkind im Alter von drei Jahren die Mutter verliert. Mein Ziel war zuvor, dass Frau A. mit dem Einblick in ihre eigene Überbelastung ein Modell für Selbstfürsorge entwickelt, dass sie sich – ohne mit ihren Werten in Konflikt zu geraten – angedeihen lassen kann. Doch aus diesem Prozess wird Frau A. nun herausgerissen und es gilt nur noch, zu stabilisieren und beizustehen. Das Einzige, was in dieser Krise aus therapeutischer Sicht positiv wirksam wird, ist die Tatsache, dass Frau A. sich ihre Überforderung eingesteht und nunmehr versucht, Prioritäten zu setzen. Denn neben der Betroffenheit ihrer Angehörigen bricht auch für Frau A. bislang nicht bearbeitete Trauer wieder hervor.

In den Therapiesitzungen thematisiert Frau A. entweder berufliche Ereignisse, private Probleme oder auch ihren körperlichen Erschöpfungszustand.

### Einige Beispiele:

- Da sie nach dem Tod ihrer Schwägerin einige Zeit krankgeschrieben wird, nutzen einige Mitarbeiter in ihrem Team, die durch Frau A. Kränkungen erlebt haben, ihre Abwesenheit aus. Es kommt zu Beschwerden bei der Pflegedirektion über den Dienst- und Urlaubsplan und Frau A. wird zuhause angerufen und dazu befragt.
- Ihre Lebensgefährtin, die stets große Unterstützung von Frau A. erfährt, weigert sich, an Treffen der Familie von Frau A. teilzunehmen. Sie kann es nicht ertragen, dass die Familie häufig Russisch miteinander spricht, fühlt sich dann ausgeschlossen und wertet die Familie verbal massiv ab.
- Danach befragt, spricht Frau A. von Schlafstörungen, seelischer und körperlicher Anspannung sowie massiver Erschöpfung, findet dies aber im Vergleich mit dem Leid anderer Menschen (Patenkind, Lebensgefährtin und Patienten) eigentlich nicht erwähnenswert.

*„Im Entwurf der Integrativen Therapie erfolgt die Ermittlung von psychischer und psychosozialer Krankheit prozessual, d. h. im Verlauf eines spiralig verlaufenden, intersubjektiven Ko-respondenzprozesses. Zum Beispiel besteht eine wesentliche Arbeitsweise darin, den Patienten anzuregen und zu ermutigen, seine Aufmerksamkeit seinem unmittelbar leiblichen Erleben zuzuwenden [...], sich selbst als Ausgangspunkt und Medium seines Lebens und Erlebens wahrzunehmen [...]. Die Einleitung und Begleitung des Prozesses, der ihn nach und nach zu dieser leiblich zentrierenden, atmosphärisch erfassenden und szenisch verstehenden Perspektive hinführt, stellt einen nicht selten bereits heilsam wirkenden Ko-respondenzprozess dar. [...] Diagnostik wird so ein sowohl prozessuales als auch kooperatives hermeneutisches Unterfangen.“  
(Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Gemäß dem Titel dieser Arbeit gehören Krankheit und natürlich auch die Endlichkeit im Tod zum Leben dazu. Doch dominieren diese Themen im Leben von Frau A. sehr stark und führen in Kombination mit ihrem hohen Selbstanspruch zu einer massiven psychischen und physischen Überbelastung. Es darf aber in diesem Fall nicht nur um die Bewältigung einer Krise gehen – denn das beherrscht Frau A. perfekt. Nach dem Konzept der Integrativen Therapie, die die menschliche Biografie als kreativen Prozess, nämlich der Arbeit an sich selbst, definiert, sollte das Leben während und nach der Krise bereits neu gestaltet werden. Auf diese Weise erhält der ästhetische Ansatz in der therapeutischen Arbeit, der in Kurzform als Leitsatz „vom Coping zum Creating“ formuliert werden könnte, einen hohen, weil Zukunftsperspektive und Sinn stiftenden Stellenwert.

*„Und da das nächste Stück Natur, mit dem wir verbunden sind, unser eigener Leib ist, ist Kulturarbeit immer auch Selbstgestaltung, Arbeit an der eigenen Hominität, dem eigenen Menschenwesen, das aus sich, und das heißt immer auch aus der Natur und Kultur heraus schaffend, selbst in ständigen Überschreitungen geschaffen wird, kulturschöpferisch wirkt: das ‚Selbst als Künstler und Kunstwerk zugleich.‘“ (Petzold H. G., "Klinische Philosophie" - Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur in der Integrativen Therapie, 2011)*

In diesem Moment werden bereits zwei Ziele erreicht:

- **Selbstfürsorge** – Frau A.'s Reaktionen auf die aktuelle Krise werden nicht pathologisiert, sondern es wird ihr Veränderungswunsch ermittelt – was stellt sie als zu änderndes Thema an erste Stelle? Zur Verwirklichung ihres Wunsches (was immer dies sein mag) benötigt sie ihre wichtigsten Ressourcen, nämlich ihre Kraft und den Rückhalt durch ihr Wertesystem, um diese nunmehr auf sich selbst anzuwenden. Sich selbst eine gute Gefährtin sein, um weiterhin für andere da sein zu können – auf diesem Weg scheint die allmähliche Verwirklichung eines Konzepts der Selbstfürsorge möglich zu sein.
- **Ich-Stärke (sich treu bleiben)** – Frau A. muss ihre Überbelastung zwar dringend zur Kenntnis nehmen (Achtsamkeit), doch ist es nicht das therapeutische Ziel, dass sie sich schwach fühlt und vor dem Schicksal kapituliert. Im Gegenteil: das Gefühl der Stärke ist für Frau A. identitätsstiftend und darf nicht beeinträchtigt werden. Es ist allerdings wichtig, dass sie es für möglich hält, dass ihre Umgebung auf ihre Stärke nicht wunschgemäß reagiert. Es kann zu einer Depotenzierung führen, derart, dass die jeweils anderen sich in ihrer Gegenwart schwach und inkompetent fühlen – und in der Folge immer mehr Unterstützung benötigen. Auch kann ihr das starke Auftreten als Arroganz, Selbstherrlichkeit und Machtstreben ausgelegt werden, so dass sie statt Dankbarkeit eher Widerstand erntet. Im Rahmen des Sich-selbst-zum-Projekt-machens ist ihre Stärke immer noch ein wichtiges Element – sie dürfte allerdings nicht mehr reflexhaft zum Einsatz kommen, sondern müsste hinsichtlich ihrer Effektivität betrachtet und reflektiert werden. Auf diese Weise würde Frau A. neue Handlungsmuster entwickeln und anwenden, die Reaktionen ihrer Umgebung beobachten und mit ihnen in Kontakt bleiben, ihren eigenen Energiehaushalt zum Maßstab ihres Handelns machen – und alles in allem im Rahmen dieser Veränderung sich selbst treu bleiben.

Dieses Projekt birgt allerdings ein Risiko: durch das weniger spontane Handeln und stärkere Beobachten macht sie eventuell die Erfahrung, dass die Menschen ihrer Umgebung auf die Veränderung unwillig reagieren, da sie ihren Support vermissen und einklagen, so dass neues Konfliktpotenzial entsteht. Der Wunsch nach Veränderung und einem gesunden, zufriedenen Leben mit einem ebenso gesunden sozialen Netzwerk müsste daher stärker sein als die Angst vor dem Verlust (womöglich) maligner Beziehungen, die in hohem Maße auf Funktionalisierung und Leistung basieren und weniger auf Kooperation, Partnerschaft und Liebe oder Sympathie. Dies war bei Frau A. gegeben, denn sie machte das erste Mal in ihrem Leben die Erfahrung, mit ihrer Kraft am Ende zu sein. Auf diese Weise lernte sie ihr privates und berufliches Umfeld gleichsam neu kennen, denn nicht alle Menschen reagierten hilfsbereit und zugewandt. Glücklicherweise verwandte sie ihre Kraft darauf, sich stärker auf ihre Familie sowie hilfsbereite Freunde und Kollegen zu konzentrieren. Diese Basis wurde durch die Krise stärker und die ohnehin brüchigen Beziehungen wurden entweder stark eingeschränkt oder sogar beendet.

*„Die Rekonstruktion dieser Einflussgrößen und ihre Beeinflussung durch Einsicht (1), korrigierende emotionale Erfahrungen im Sinne einer Nachsozialisation (2), die Bereitstellung alternativer Erlebnismöglichkeiten (3) auf dem Boden solidarischer Hilfe (4) konstituieren die ‚vier Wege‘ therapeutischen Handelns [...] in der Integrativen Therapie zur Veränderung von negativen Lebenskarrieren in einer positiven Weise.“ (Petzold & Schuch, Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie, 1992)*

Frau A. lebt heute getrennt von ihrer Lebensgefährtin, mit der sie sich erfreulicherweise eine gute Freundschaft hat aufbauen können. Sie hat eine große Veränderung am Arbeitsplatz vollzogen, indem sie einwilligte, in der Klinik die Position als Kodierassistentin einzunehmen. Ihre somatischen Beschwerden verstärkten sich eine Zeitlang gravierend, so dass sie das Rauchen aufgab und begann, Sport zu treiben und verstärkt auf ihre Gesundheit zu achten. Sie ist heute in psychotherapeutischer Behandlung bei einem von mir sehr geschätzten Kollegen, der als Psychologe und Psychotherapeut über eine Kassenzulassung verfügt (und vor vielen Jahren ebenfalls am EAG/FPI die Ausbildung zum Integrativen Therapeuten absolvierte).

## 6. Abschlussbemerkungen

Wenn wir davon ausgehen, dass Krankheit und Kranksein Reaktionen auf Ereignisse in der Biografie eines Menschen sind, dann sagen sie in erster Linie etwas über die individuellen Bewältigungsstrategien aus, die ihren Ausdruck in einer womöglich als pathologisch oder psychopathologisch zu definierenden Symptomatik finden. Damit wird dieser Symptomatik eine Sinnhaftigkeit zugesprochen, die zugleich einer Entfremdung entgegenwirkt. Was ist damit gemeint? Sobald ein Patient nicht nach seiner Lebensgeschichte befragt wird, sondern seine Symptomatik losgelöst von seiner Biografie betrachtet wird, entsteht eine Objektivierung, also Vergegenständlichung derselben. Damit betrachtet nicht nur der Therapeut, sondern auch der Patient diese Symptomatik als ein Ding, das sich außerhalb seiner selbst befindet. Also wird sie als nicht zu sich gehöriges, sondern fremdes Phänomen angesehen. Wird die Symptomatik aber nach dem bereits erwähnten Kontext/Kontinuum-Konzept als Ereignis in der Lebensspanne eines Menschen betrachtet, so bleibt sie eingebettet ins individuelle Erleben und gibt unter Umständen Auskunft über pathogene (und auch salutogene) Einflüsse, denen dieser Mensch ausgesetzt ist.

Dies setzt voraus, dass es ein solides Wissen über Krankheitsentstehung und -verläufe gibt, das in einem kontinuierlichen Prozess ergänzt wird und sich aus unterschiedlichen Quellen speist.

*„Die Verbindung von Biologie, Psychologie und Sozialwissenschaften wird immer enger, und sie muss es werden, um zu einem differenzierten Verstehen von Gesundheit und Krankheit, letztlich einem umfassenden Verstehen der menschlichen Lebensform zu gelangen.“ (Petzold H. G., "Gewissensarbeit" und "Weisheitstherapie" als Praxis. Perspektiven der Integrativen Therapie zu "kritischem Bewusstsein", "komplexer Achtsamkeit" und "melioristischem Engagement", 2011)*

Dieses „umfassende Verstehen“ wird aber – ganz im Sinne von Lévinas – immer nur als Annäherung verstanden werden. Alles andere würde in der Praxis bedeuten, dass sich der Therapeut im Patienten spiegelt, sich gleichsam auf die Suche nach sich selbst begibt. Ist mir jedoch als Therapeut klar, dass der Patient als der Andere immer unerreichbar bleibt, so generiert sich der diagnostische Prozess in respektvollem Abstand und eher neugierig fragend als abschließend beurteilend.

*„Das absolut Andere spiegelt sich nicht im Bewusstsein. Es widersteht dem Bewusstsein so sehr, dass nicht einmal sein Widerstand sich in Bewusstseinsinhalt verwandelt.“ (Lévinas, 1999)*

Mit dieser Haltung ist also sowohl eine ethische Grundlage für das therapeutische Handeln verbunden als auch eine methodische und wissenschaftliche Vielfalt in den – gemeinsam von Patient und Therapeut zu gestaltenden – therapeutischen Prozess integriert. Denn um der komplexen Biografie eines Patienten in diesem Annäherungsprozess möglichst gerecht zu werden, brauche ich alle im ‚Tree of Science‘ erwähnten Ebenen von der Metatheorie über die realexplikativen Theorien und der Praxeologie bis hin zur Praxis. Dabei sollte ich mich als Therapeutin von einer positiven und optimistischen Einstellung leiten lassen, die eine Veränderung im Sinne von Verbesserung immer für möglich hält und die ein politisches Bewusstsein von einer globalen Welt nicht abspaltet, sondern als relevante Umwelt in die therapeutische Begegnung integriert.

*Heute sagen wir: „Die Zeit wird sicher kommen, also lasst uns daran arbeiten“. Das verstehen wir im Integrativen Ansatz als eine „hoffnungsvolle“ und Sinn-schaffende Perspektive und als konstruktiven Impetus zu einer melioristischen Kulturarbeit. (Petzold H. G., "Gewissensarbeit" und "Weisheitstherapie" als Praxis. Perspektiven der Integrativen Therapie zu "kritischem Bewusstsein", "komplexer Achtsamkeit" und "melioristischem Engagement", 2011)*

## 7. Zusammenfassung: Wider die Pathologisierung der Krankheit – Krankheit als anthropologisches Faktum aus integrativtherapeutischer Sicht

In der Integrativen Therapie wird Krankheit als Phänomen angesehen, das es zu verstehen und in den Kontext des eigenen Lebens einzubetten gilt. Die Auseinandersetzung mit Krankheit wird zum Teil der Persönlichkeitsentwicklung, die im Idealfall die kreative (Neu-)Gestaltung der Lebensverhältnisse und das Reflektieren und Hinterfragen alter Denk- und Handlungsmuster zur Folge hat. Der erweiterte Gesundheits- und Krankheitsbegriff der Integrativen Therapie bewirkt, dass sich Integrität nicht auf die individuelle Dimension des Leibsubjekts beschränkt, sondern die Lebenswelt des Patienten einbezieht. Integrative Therapie versteht sich in diesem Sinn als „kritische Kulturarbeit“, die sich der Verbesserung gesellschaftlicher Zusammenhänge im Sinne eines Melioritätsansinnens verpflichtet sieht.

**Schlüsselwörter:** Gesundheit, Krankheit, Leibsubjekt, kritische Kulturarbeit, Persönlichkeitsentwicklung

## 8. Summary: Arguments against the pathologising of illness – illness as an anthropological fact from the perspective of Integrative Therapy

In Integrative Therapy, illness is regarded as a phenomenon that must be understood in the context of the patient's whole life. Dealing with illness becomes part of the patient's personality development and, in the ideal case, it leads to a creative reshaping of the patient's life circumstances and to a reconsideration and calling into question of previous patterns of thought and action. Integrative Therapy's extended concept of wellness and illness means that integrity is not limited to the individual dimension of the body-soul-mind-subject but includes the patient's whole life experience. In this respect, Integrative Therapy regards itself as "culture-critical work" and is thus committed to the improvement of society as a whole.

**Keywords:** wellness, illness, body-soul-mind-subject, culture-critical work, personality development

## 9. Literaturverzeichnis

- Canguilhem, G. (1977). *Das Normale und das Pathologische*. Berlin: Merve Verlag.
- Canguilhem, G. (2004). *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*. Berlin: Merve Verlag.
- Foucault. (1968). *Psychologie und Geisteskrankheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Lévinas, E. (1999). *Die Spur des Anderen: Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. Freiburg/München: Verlag Karl Alber.
- Marcel, G. (1985). Leibliche Begegnung. In H. Petzold, *Leiblichkeit* (S. 15-46). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1980). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In H. G. Petzold, *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (S. 223-285). Paderborn: Junfermann.
- Petzold H. G. (1991): Selbsthilfe und Professionelle - Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem "erweiterten Gesundheitsbegriff". In: Petzold H. G., Schobert, R. (1991) (Hg.), *Integrative Therapie - Beiheft 15. Selbsthilfe und Psychosomatik. Anleitung zu wechselseitiger Hilfe*. Paderborn 1991, 17-28.
- Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, H. G. (2009). "Macht", "Supervisorenmacht" und "potentialorientiertes Engagement". In H. e. Petzold, *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift (peer reviewed)*. Düsseldorf/Hückeswagen: Verlag Petzold + Sieper.
- Petzold, H. G. (2011). "Gewissensarbeit" und "Weisheitstherapie" als Praxis. Perspektiven der Integrativen Therapie zu "kritischem Bewusstsein", "komplexer Achtsamkeit" und "melioristischem Engagement". In H. Petzold, I. Orth, & J. Sieper, *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, geistiges Leben. Themen und Werte moderner Psychotherapie* (S. 115-202). Wien: Krammer Verlag.
- Petzold, H. G. (2011). "Klinische Philosophie" – Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur in der Integrativen Therapie. In H. G. al., <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>. Hückeswagen: Verlag Petzold + Sieper.
- Petzold, H. G., Orth, I., & Sieper, J. (2011). "Sorge um das Ganze" – Überlegungen zu Fragen der Orientierung und der Haltung im Felde der Psychotherapie heute. In H. G. Petzold, I. Orth, & J. Sieper, *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, geistiges Leben. Themen und Werte moderner Psychotherapie* (S. 9-60). Wien: Krammer Verlag.
- Petzold, H., & Schuch, W. (1992). Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie. In A. Pritz, & H. Petzold, *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie* (S. 371-486). Paderborn: Junfermann.

Petzold, Orth, & Sieper. (2013a). Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. *Polyloge. Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für Integrative Therapie (peer reviewed)*.

Schuch, W. (2007). Darum Integrative Therapie. [http://dr.hans-waldemar-schuch.de/pdf/psychotherapie/DARUM\\_INTEGRATIVE\\_THERAPIE.pdf](http://dr.hans-waldemar-schuch.de/pdf/psychotherapie/DARUM_INTEGRATIVE_THERAPIE.pdf)