

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/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 psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/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 psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

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

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 34/2008

Unterwegs zu einer integrativen Psychosomatik Das bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes*

Anton Leitner, Johanna Sieper

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

Dieser Beitrag hat das Sigle 2008 und ist erschienen in: *Integrative Therapie*, 34. Jg. 2008 / Heft 3

Anton Leitner¹, Johanna Sieper²

Unterwegs zu einer integrativen Psychosomatik Das bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes

Zur Entwicklung von Psychosomatikmodellen

Das Verständnis von Psychosomatik gründet sich heute auf einen ganzheitlichen und differenziellen **bio-psycho-sozialen** Ansatz, in dem Gesundsein und Kranksein immer relative und multifaktorielle Ursachen haben.

Der Begriff ist gewissermaßen zum gängigen „Ohrwurm“ geworden, macht sich doch jeder halbwegs informierte Laie ein Bild davon, dass durch immer wiederkehrende seelische Störungen körperliches Leid verursacht werden kann.

Die Teilbegriffe „Psyche“ und „Soma“ signalisieren die Vorstellung eines psychophysischen Dualismus, der auf *René Descartes* zurückgeführt wird (Diese Position wird heute von vielen u.a. auch von *Damasio* 1995 bestritten).

Die Vorstellung des psychophysischen Dualismus – zweifellos eine moderne Perspektive zur Zeit von *Descartes* im 17. Jh. – hatte allerdings die Fragestellung des „*influxus psychicus*“ zur Folge: Wie beeinflusst die Psyche den Körper? In späterer Folge setzte sich das Primat des Bewusstseins durch, wies die Fragestellung sozusagen von oben nach unten: vom Geist zum Körper.

Auch in der Medizin, der Medizinischen Psychologie, der Psychotherapie wurde die Dualismus-Fragestellung immer wieder Thema, ohne sie in dieser Form wirklich abschließend beantworten zu können. Das Körper-Seele-Problem scheint den einen unabschließbar, andere sehen verschiedene Lösungen, die Bestand haben könnten. Deshalb wird von integrativer Seite gefordert, dass die eigenen Positionen jeweils offen gelegt werden sollten (*Petzold, Sieper* 2007a).

Weitere geschichtliche Quellen dieser irreführenden, dichotomisierenden Festlegung - von seelischen Ursachen und darauf folgenden körperlich manifesten Folgen - können bei *Reil* (1803), *Hoffbauer* (1808) und *Heinroth* (1818), dem Praktiker und Inhaber des Lehrstuhls für „Psychische Therapie“ seit 1811 in Leipzig, gesehen werden, die aber aus dem Zeitgeist zu verstehen sind. Sie wollten gegen eine am anatomischen Paradigma der Medizin orientierten Haltung die Bedeutung des

¹ „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems, <mailto:anton.leitner@donau-uni.ac.at>). Dem Text liegt ein Vortrag von Anton Leitner vom 3. November 2007 zugrunde.

² „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de).

Seelischen hervorheben, was zu den Komposita „**Psycho-somatik**“ und „**Psychiatrie**“ führte. *Reil* war in seiner Praxis, wie sein monumentales Werk zeigt, in eminenter Weise integrativ durch den Einsatz der verschiedensten „Heilmittel“ (*Sponsel* 1995), Theater, kreative Medien, taktile und olfaktorische Stimulierung - ein höchst moderner Ansatz, auf den die Integrative Therapie schon Anfang der 70er-Jahre Bezug genommen hatte.

In der gegenwärtigen forschungsbegründeten Modellbildung weist *Damasio* (1995, 1999) darauf hin, dass somatische Prozesse wie das neuronale und immunologische System und psychische Prozesse wie Emotionen, Kognitionen und Volitionen miteinander verwoben sind. Es erscheint daher zielführend, sie nicht mehr nach Maßgabe historisch überholter Modellvorstellungen zu trennen, um sie anschließend isoliert zu untersuchen und zu behandeln.

Hier sei ein kurzer historischer Aufriss einer psychosomatischen Sicht in der Medizin skizziert, um den evolutiven Charakter der realen Praxis aufzuzeigen und deutlich zu machen, dass ein Rückgriff auf die antike Medizin keine nostalgische Altertümelei ist oder bloße Medizinalgeschichte, sondern dass hier auch Impulse für moderne Konzepte zu finden sind, wie das in der Integrativen Therapie der Fall war und ist, und weiterhin, dass eine moderne psychosomatische Medizin immer noch und bis auf Weiteres „auf dem Wege“ ist.

Medizinhistorisch steht als verbindende Klammer psychosomatischer Strömungen ein Menschenbild, welches in einer Annäherung an den ganzen Menschen diesen in seinem Gesundsein wie Kranksein betrachtet.

Die altorientalische, antike, hellenistische und römische Medizin war von den jeweils vorherrschenden Weltbildern und religiösen Vorstellungen bestimmt (*Leven* 2005; *Küchler* 1904) und von dem allmählichen Wachsen des Erfahrungswissens mit Krankheit und Verletzungen. Der pythagoreische Arzt *Alkmaion von Kroton* (um 500 a.Chr.) erkannte schon die zentrale Steuerungsfunktion des Gehirns, hingegen meinte der Arztsohn, Naturwissenschaftler und Philosoph *Aristoteles* (384 – 322) noch, das Herz hätte diese Funktion. *Alkmaion* beschreibt auch schon die traumatische Wirkung von Krieg und Hunger, aber die Mehrzahl seiner Zeitgenossen war noch in einem polytheistischen und dämonologischen Weltbild gefangen. Ein psychosomatisch-medizinisches Denken war noch nicht am Horizont. *Alkmaion* war ihm sehr nahe (*Wachtler* 1896, *Triebel-Schubert* 1987).

Der Übergang vom Magischen, Mantischen, vom Dämonischen und archaisch Religiösen zu einer zunehmend empirieorientierten Medizin vollzog sich sehr langsam in Vorwärts- und manchmal Rückwärtsbewegungen und dabei scheinen – aus unserer heutigen Sicht – auch psychosomatische Perspektiven auf (*Harris* 1973). Hier ist aber eine gewisse Vorsicht angebracht: Eine solche Aussage kann nur gemacht werden, wenn man das Menschenmodell des antiken Autors und seiner Zeit

kennt, sonst kommt es zu Fehlinterpretationen (z.B. *Derbolowsky* 1960), wie das sehr häufig der Fall ist und bei *Freud* in seiner Nutzung antiker Mythen der Regelfall war (*Leitner, Petzold* 2008, in press). Die Medizin, wie sie in den Heiltempeln der alten Heil- und Gesundheitsgottheiten Asklepios und seiner Tochter Hygieia (die Hygiene) praktiziert wurde (*Riethmüller* 2005), kann aus heutiger Sicht als ein Gesamt, ein „Ensemble“ (im Sinne von „Gesamt“) bezeichnet werden. Sie bezog den Menschen – vom Leibe ausgehend – in seiner sinnhaften Wahrnehmungsfähigkeit und mit seinen ganzen Ausdrucksmöglichkeiten in das Behandlungsgeschehen ein: Bewegung, Musik, Tanz, Drama usw. (*Petzold, Sieper* 1990b). Die **Integrative Therapie** hat in ihrer Arbeit mit dem „Leibe“ und den „kreativen Medien“ bewusst Anschluss an diese „asklepiadische Tradition“ gesucht (*Petzold* 1988n) – und zwar genderbewusst, immerhin wurden Asklepios, Gott der Heilkunst, und seine Tochter Hygieia, Göttin der Gesundheit, gleichermaßen in den antiken Tempelkrankenhäusern/Gesundheitszentren verehrt (*Orth, Petzold* 2008), und die moderne Genderforschung und -theorie, die in der Integrativen Therapie wesentlich ist (*Orth* 2002; *Petzold* 1998h; *Gahleitner, Ossola* 2007; *Schigl, Abdul-Hussain* 2008), zeigt: Männer und Frauen müssen in der Diagnostik differenziell betrachtet und in der Therapie, wo angezeigt, spezifisch behandelt werden. Der Integrative Ansatz nimmt auch in seiner „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (*Orth, Petzold* 1993c) auf die Salutogenese-orientierte, entwicklungsfördernde und auf Pathogenese-orientierte, kurative Traditionen als Dimensionen einer differenziellen und ganzheitlichen Heilkunst bei den Asklepiaden Bezug. Sie setzt sie allerdings in einen modernen, gesundheitswissenschaftlichen Rahmen mit ihren Beiträgen zur Arbeit mit protektiven Faktoren (*Petzold, Goffin, Oudhoff* 1993), dem Einbezug der Salutogenese-Konzeption von *Antonovsky* (*Lorenz* 2004; *Petzold* 1992a) und mit der Arbeit an gesunden sozialen Netzwerken. Damit wird der Rückgriff auf die Antike nicht romantisierend, und es wird eine Brücke zu den modernen Konzepten der „New Public Health“ (*Schwartz et al.* 1998; *Mann* 2002) und der Gesundheitspsychologie (*Renneberg, Hammelstein* 2006; *Schwarzer* 2004) geschlagen. Es wird im Integrativen Ansatz immer eine „Gesundheits-/Krankheitslehre“ vertreten (*Leitner* 2003; *Petzold, Schuch* 1991), und sie wurde dazu von der antiken Heilkunst inspiriert, genauso wie sie für die Fragen der Lebensführung und Lebenskunst, der Sinndimension und der Rolle des Willens von der antiken „philosophischen Therapeutik“ eines *Sokrates, Cicero, Seneca, Marc Aurel, Epiktet* inspiriert wurde (*Petzold, Sieper* 2007a), die alle auf eine gesunde „soma“ gerichtet waren, durch sportliche Betätigung, Landbau, bzw. Gartenarbeit (Gartenarbeit) und kreatives Tun, also eine salutogenetische psychosomatische Ausrichtung hatten.

Für eine auf **Salutogenese und Pathogenese orientierte, integrative Psychosomatik** bzw. **bio-psycho-soziale Gesundheits-/Krankheitslehre** hat eine solche Sicht immense Bedeutung, weil sie im Unterschied zu den meisten der übrigen Orientierungen in der Psychosomatik, die auf den Krankheits- bzw. Störungsaspekt

zentrieren, die Förderung leib-seelischer Gesundheit, die Förderung und Pflege eines „gesundheitsbewussten Lebensstils“ auf dem Boden eines integrativen *bio-psycho-sozialen* Modells (Orth, Petzold 2001) immer im Blick hat und diesen in der Praxis vertritt und umsetzt.

Da es in der Antike noch keine moderne Seelenvorstellung gab, war der **Leib** natürlicher Ausgangspunkt des Heilens (Rappe 1995, Schmitz 1965, 1978). Das Konzept einer „Psychosomatik“ konnte es damals nicht geben. Man war auf die „vorfindliche Ganzheit“ des Menschen gerichtet, glaubte auch noch an das Wirken der Götter, zuweilen auch von Dämonen. Allmählich wuchs aber ein empirisches Verständnis. Generationen von Ärzten haben über die Jahrhunderte daran mitgearbeitet.

Ein Vermächtnis für die europäische Medizin stammt dabei aus den Schriften, die unter dem Namen des *Hippokrates* (460-377 a. Chr.) überliefert sind. Dort wird im 5. Kapitel des dritten Buches I/33 (Kapferer, Sticker 1995) über das ehrbare (ärztliche) Verhalten sinngemäß formuliert: „Man muss die Philosophie in die Heilkunst und die Heilkunde in die Lebenskunst überführen.“

Wegen des Fehlens wirklich effektiver Medikamente für viele Erkrankungen und den eingeschränkten operativen Möglichkeiten galt eine „vorbeugende Medizin“ der „rechten Lebensführung“ (*diaita*), - eine „Gesundheitserziehung“. Der Arzt war Pädagoge (Schipperges 1986), dann Arzneikundiger. Es gab noch Spezialisten für „*ignis et ferrum*“ – heute würde man sagen „Strahl und Stahl“ –, die chirurgisch arbeiteten (was die Mehrzahl der Ärzte damals nicht tat). Aber insgesamt war der Arzt auch Lebensberater, denn man musste auf das „*natura sanat, non medicus*“ setzen und so sahen die hippokratischen Ärzte es richtig: „*Medicus curat, natura sanat!*“ Die Reihenfolge in der konkreten Behandlung kranker Menschen mit ganzheitlichem Zugang war damals wie heute von einer strukturellen Logik bestimmt: „Zuerst heile durch das Wort, erst dann durch die Arznei und zuletzt durch das Messer“ (*Asklepios* 1260 a. Chr.) (Rothschuh 1978).

Prominente VertreterInnen solchen Denkens waren durch die Jahrhunderte *Galenus* (129–199), *Hildegard von Bingen* (1098-1179) oder *Theophrastus von Hohenheim*, *Paracelsus* genannt (1493-1541). Eine ähnliche „integrative Grundausrichtung“ wurde später von *Carl Gustav Carus* (1789-1869), *Ernst von Feuchtersleben* (1806-1849), *Wilhelm Maximilian Wundt* (1832-1920) sowie *Lev Vygotskij* (1896–1934) und dem Begründer der Neuropsychologie, *Alexander Romanowitsch Lurija* (1902–1977), Referenzautor der Integrativen Therapie (Petzold, Michailowa 2008) weitergetragen.

Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert gab es Arbeiten von Pionieren psychosomatischer Praxis und Theorienbildung, die bislang noch keineswegs alle gewürdigt wurden, da Übersichtsdarstellungen zumeist von psychoanalytischen Autoren stammen, die Vertreter anderer Paradigmata – wie der russischen Schule (*Pawlow*, *Anochin*, *Bernštejn*, *Lurija* u. a.) oder der französischen (*Charcot*, *Janet*, *Delay*, *Wallon* u.a.) nicht oder kaum berücksichtigten. Es konnten sich prägnante

Ansätze psychosomatischer Theorien entwickeln und eine gewisse Verbreitung gewinnen (Meyer, Lamparter (1994).

Pionier ist hier *Pierre Janet* (1855-1947), der mit seinem Mentor *Charcot* (1825-1893) das *Psychologische* mit dem *Physiologischen* zu integrieren bemüht war als eine „*psychologie psychophysique*“ (Janet 1885) und diese Idee ins Soziale ausdehnte (Janet 1889, 1924). *Janets* „Integrative Psychologie“ gab wichtige Anregungen für die Integrative Therapie (Petzold 2007b).

Wichtig ist auch das integrativ-praxeologische Modell von *Georg Groddeck* (1866–1934), auf das die Integrative Leibtherapie Bezug nahm (Heinl 1986). Sein Ansatz integrierte physiotherapeutische Anwendungen, Atemtherapie, Diätetik u.v.m. in die Psychotherapie. *Groddeck* (1923) lieferte *Freud* das – letztlich psychosomatische - Konzept des „Es“. *Freud* selbst war bekanntlich an psychosomatischen Fragestellungen nicht sehr interessiert, trotz oder vielleicht auch wegen seiner Nikotin- und zeitweiligen Kokainsucht, später wegen seiner langjährigen Krebserkrankung (Schur 1972). Sein Leibarzt *Max Schur* (1966) leistete indes wichtige Beiträge zur Psychosomatik. *Freud*, der ursprünglich im neurophysiologischen Bereich forschte, versuchte das „physiologische Paradigma“ in den Bereich des Psychischen zu übertragen, was sich allein schon in seiner Begriffswahl „*Psycho-analyse*“, ausdrückt, die offenbar von *Charcot/Janet* inspiriert war. *Freud* konzipierte das Konversionsmodell (*Freud* 1932), das für die psychoanalytische Psychosomatik grundlegend und für lange Zeit auch festlegend wurde.

Erwähnt seien das Konzept der Organdialektik von *Adler* (*Adler* 1912), die Materialisations-Theorie von *Ferenczi* (*Ferenczi* 1964), einem wichtigen Referenzautor der Integrativen Therapie. Weiterhin seien genannt die psychosomatische Reflexlehre von *Pawlow* (*Pawlow* 1927), ihre Weiterentwicklung und Überschreitung zu einem Konzept „dynamischer Regulation“ durch seine Schüler *Anochin* (1967); *Bernštejn* (1967, 1975) und *Lurija* (Petzold, Michailowa 2008) und das Konzept des Gestaltkreises von *V. v. Weizsäcker* (1986). Der Wiener Internist *Felix Deutsch* hat 1927 den Begriff „Psychosomatik“ aufgegriffen und Basiskonzepte dazu formuliert. In den USA war er später einer der herausragenden Vertreter der Psychosomatik und Begründer der Zeitschrift „*Psychosomatic Medicine*“. Der aus Ungarn stammende *Franz Gabriel Alexander* (1891-1964) - er wird auch als „Vater“ der psychoanalytischen Psychosomatik bezeichnet - entwarf in den 30er-Jahren das psychophysiologische Regelkreismodell (*Alexander* 1971) und leitete später in Chicago eine psychiatrische Klinik.

Nachdem *Georg Groddeck* erst bei *Schweniger* eine Abteilung in Baden-Baden leitete, konnte er mit finanzieller Hilfe seiner Schwester *Lina* 1900 dort sein eigenes psychosomatisches Sanatorium in der Villa Marienhöhe einrichten, das als die erste psychosomatische Klinik Deutschlands betrachtet werden kann. 1949 wurde mit finanzieller Unterstützung der Rockefeller Foundation unter Leitung *Alexander*

*Mitscherlich*s in Heidelberg die erste Abteilung für psychosomatische Medizin eingerichtet. Seit Mitte der 50er Jahre wurden im deutschen Sprachraum weitere psychosomatische Kliniken errichtet. 1962 wurde an der Universität Gießen ein Lehrstuhl für Psychosomatik eingerichtet und mit *Horst-Eberhard Richter* besetzt. Heute gibt es in Deutschland im internationalen Vergleich die größte Zahl von stationären psychosomatischen Behandlungsangeboten.

Diese Entwicklung blieb nicht ohne Folgen. Seit 1975 wird die wissenschaftstheoretische Reflexion in der deutschsprachigen Medizin vermehrt beachtetes Anliegen von *Wyss, Doerr, Schipperges, Uexküll, Wesiack, Vogt, Hahn, Pieringer* u.a. durch eine Methodendiskussion zur Psychosomatik an die Universitäten gebracht. Durch diese Diskussionen können heute folgende große Strömungen in der Medizin differenziert werden: Alternative Medizin, Naturheilkunde, die Sozialmedizin, die biologische Medizin, die biotechnische Medizin, die Apparatemedizin. Es gibt mehrere Richtungen und Versuche der Klassifizierung.

Zwei Richtungen seien in diesem Kontext erwähnt: Einerseits hat sich die auf den Grundlagenwissenschaften Biologie, Physik und Chemie aufbauende „naturwissenschaftliche Medizin“ mit einem oft mechanistisch ausgerichteten Menschenbild, dem ein Defekt- und Reparaturmodell zugrunde liegt, gut etabliert. Ihr Denkmodell geht letztlich auf die griechischen Atomisten *Leukipp* und *Demokrit* zurück. Die naturwissenschaftlich-empirische, materialistische Philosophie wurde u.a. durch *Hobbes, La Mettrie, d'Holbach* festgeschrieben und gelangte so auch in die Medizin. Über eine deskriptive, später experimentelle Vorgehensweise wird versucht - einem empirisch-analytischen Erkenntnispfad folgend - die Wirklichkeit (hier den Patienten) „objektiv“ und im Zuge des naturwissenschaftlich-technischen Fortschritts zu erfassen, mit dem Ziel einer „*restitutio in sano*“, einer „Wiederherstellung der Gesundheit“. Krankheit und Tod werden als Feinde bekämpft, und es bedeutet eine Niederlage für den Arzt, wenn nicht er, sondern der Gegner, die Krankheit, siegt. Dem Erfolg dieses Ansatzes stehen einerseits ein immer größeres Spezialistentum und andererseits eine immer weniger in den Griff zu bekommende Kostenexplosion im Gesundheitswesen gegenüber.

Die andere Richtung ist eher diffus und ringt um Prägnanz und kann unter den Label einer sogenannten „Humanmedizin“ (*Uexküll, Wesiack* 1988) oder auch Formen „ganzheitlicher Medizin“ (*Milz* 1985) gefasst werden. Hier wird versucht über eine „Selbsterkenntnis erweiternde“ dynamische Vorgehensweise Heilung, zumindest Besserung zu erwirken, die immer die subjektive Dimension des kranken Menschen (dessen gesunde Seiten nie aus dem Blick geraten dürfen) und die subjektive Dimension des Arztes mit einbezieht. Als Ziel könnte man eine „*restitutio ad integrum*“ sehen, die nicht nur auf eine umfassende Wiederherstellung von physiologischer Gesundheit zielt - das ist ja nicht immer möglich - sondern die auf die „Wiederherstellung einer **Integrität**“ gerichtet ist, womit in der Krankheit und

trotz Krankheit **Würde** bewahrt oder auch wieder gewonnen werden kann, wie wir das im Integrativen Ansatz mit dem Konzept der „**patient dignity**“ vertreten (*Müller, Petzold 2002; Ricœur 2007*), denn: Die Würde von PatientInnen ist antastbar.

Um Erkenntnisse über den Menschen zu gewinnen, nutzt ein „ganzheitlicher Ansatz“ in Psychosomatik und Psychotherapie den **phänomenologischen** Weg. Der gründet in der Wahrnehmung „mit allen Sinnen“, ist auf das Offensichtliche gerichtet. Er nutzt weiterhin den **hermeneutischen** Weg des Verstehens und Erklärens, der auf Sinnschöpfung gerichtet ist (*Petzold, Orth 2005a*). Schließlich ist er einem **existenziellen** Weg verpflichtet, einem Schauen nach dem Wesentlichen, nach der ausstrahlenden Würde des kranken Menschen als Person (*Marcel 1956; Ricœur 2007*). Es ist – metaphorisch gesprochen – ein „Schauen mit dem Herzen“. Ein zentrales Therapiekonzept ist hier die Erweiterung von Sinnerleben durch Selbst- und Welterkenntnis. Die wissenschaftlichen Referenztheoretiker für diesen Zugang sind vor allem *Husserl, Jaspers, Heidegger, Marcel, Merleau-Ponty, Levinas*.

Der hermeneutische Erkenntnisweg in der Philosophie mit seinen Vertretern *Schleiermacher, Dilthey, Heidegger, Gadamer, Ricœur* führt in seiner Anwendung in der Psychotherapie über einführende Deutung, Auslegung und Interpretation. Als Therapiekonzept wird einführende Zuwendung, Auslegung und Interpretation als hilfreich erkannt.

Ein weiterer in der Sozialwissenschaft vertretener Zugang zum Menschen ist die **dialektische** Erkenntnismethode. Von *Heraklit* und *Empedokles* wurde sie in die Philosophie eingeführt und von *Kant, Hegel* u.a. kritisch differenziert. Der Fokus zielt hier auf das Erfassen von Spannungen zwischen physischen und psychischen Situationen und geht der Frage nach, wie sich die veränderten Polaritäten, Positionen (auch Wertpositionen) und Strukturen des erkrankten Menschen, auch des Menschen in seiner Beziehung zu seiner realen Umwelt verhalten. Eine dialektische Therapie fordert demgemäß auch Konfrontation und Ermutigung im Ringen um eine neue Balance, ermöglicht weiterhin biologische Maßnahmen oder „psychotherapeutische Konfrontation“ und sozialmedizinische Vorsorge – das sind typische Beispiele (*Pieringer et al. 2002*).

Schließlich sei das **systemische** Modell erwähnt, das von dem (oben schon genannten) griechischen Arzt und Philosophen *Alkmaion von Kroton* (500 a.Chr.) eingeführt wurde. Er vertrat das pythagoreische Harmoniekonzept, die Auffassung, dass Gesundheit eine „isonomía“, eine „Gleichberechtigung“ gegensätzlicher Kräfte im menschlichen Körper sei. Krankheit sei das Ergebnis eines Vorherrschens („Monarchie“) einer dieser Kräfte. Das „systemische Modell“, in der Beobachtung homöostatischer Prozesse gewonnen, wurde von den russischen Physiologen *Uchtomsky, Anochin* und *Lurija*, die als Begründer der modernen, nonlinearen Systemtheorie anzusehen sind, in den Zwanziger- und Dreißigerjahren des zwanzigsten Jahrhunderts aufgegriffen, in Deutschland von *Kurt Goldstein*. Es ist

mit der Vorstellung von „Prozessen dynamischer Regulation“ (*Lurija* 1932, 1992; *Petzold, Michailowa* 2008) eines der nützlichsten modernen Modelle, das auch von der Integrativen Therapie in ihrem Modell der „multitheoretischen“ Arbeit (*Sieper* 2006) aufgegriffen wurde.

Eine leitende These der Wissenschaftstheoriendiskussion in der Psychosomatik besagt heute, dass die psychosomatische Medizin einen *fakultäts- und methodenübergreifenden* Wissenschaftsbegriff zu vertreten hat. Alle relevanten Theorien und Erkenntnismethoden der „Wissenschaften des Lebens“ haben Beachtung zu finden und sollten, wo immer das sinnvoll und möglich ist (und es ist nicht immer möglich!) integriert werden, wenn der ganze Mensch erfasst werden soll (*Pieringer et al.* 2002; *Pieringer* 1994). Dafür aber braucht man eine differenzierte und konsistente „Theorie des Integrierens“ (*Sieper* 2006). Genau aus dieser epistemologischen Leitthese heraus findet derzeit auch eine Ausdehnung des „psychosomatischen Paradigmas“ zu einem „bio-psycho-sozialen“ oder „bio-psycho-sozio-kulturellen“ Verständnis statt.

Über das traditionelle psychoanalytische Modell der Psychosomatik hinausgehende Entwicklungen haben stattgefunden: Das psychophysiologische Stressmodell von *Hans Selye* (1978) hat wichtige Impulse gegeben und im Integrativen Ansatz zu einem erweiterten, entwicklungspsychobiologischen Stressmodell geführt (*Petzold* 1968a, 1992a/2003a). Als wichtige Weiterentwicklungen der Psychophysiologie seien genannt die der *Psychoneuroendokrinologie* und *Psychoneuroimmunologie* (*Schuld* 2007; *Schedlowski, Tewes* 1996; *Straub* 2005), die der psychologischen Biologie und Verhaltensmedizin (*Birbaumer, Schmidt* 2005; *Ehlert* 2002), die der Systemtheorie, z.B. *Thure von Uexküll* und *Wolfgang Wesiack* mit ihrem „dynamischen bio-psycho-sozialen Modell“, *George L. Engel* mit seinem „biopsychosozialen Modell“ oder *Herbert Weiner* mit seinem „integrativen (salutogenetischen) Modell von Gesundheit, Krankheit und Kranksein“.

Es findet sich also eine Vielzahl von – durchaus paradigmatisch verschiedenen – theoretischen Konzepten, die darauf hinweisen, dass die Fragen nach den Körper-Seele-Verhältnissen, ihrer kausalen Verknüpfung noch weit davon entfernt sind, gelöst zu sein. Mit einer systemischen oder mit unserer integrativen Betrachtung (die auch im Systemansatz gründet, vgl. *Petzold* 1974k, 2007a) wird mit dem Konzept „multipler Kausalitäten“ gearbeitet, das jeder Monokausalität eine Absage erteilt. Eine solche Auffassung konvergiert natürlich mit dem integrativen Modell einer non-linearen longitudinal ausgerichteten „Entwicklungspsychobiologie der Lebensspanne“ (*Sieper* 2007). In der modernen, systemtheoretisch und neurobiologisch bzw. -immunologisch fundierten Psychosomatik hat man davon Abstand genommen, „psychosomatische Krankheiten“ oder „Psychosomatosen“ von den übrigen Erkrankungen bzw. Störungen abzugrenzen.

Die neuesten Theorieentwicklungen vertreten konsequent ein bio-psycho-soziales Modell und wollen damit das traditionelle psychosomatische Modell überwinden,

weil es in sich – aller Bemühungen zum Trotz – den alten Dualismus fortschreibt (Egger 2007). Das ist nicht von der Hand zu weisen, zumal *Lurija* (1932) und andere dies schon früh vertreten hatten, und auch die Integrative Therapie durch ihre starke Betonung des Sozialen und Kulturellen in diese Richtung gegangen ist (Petzold 1974k): Gehirn, Geist, Welt sind in „**biokulturellen Mentalisierungen**“ verschränkt (*idem* 2008b; Freeman 1999, 2000). Die bestehende Psychosomatik wird damit nicht prinzipiell falsch, sondern sie muss erweitert werden (Egger 2007) und führt in einer neuen Interdisziplinarität zu neuen *transdisziplinären* Erkenntnissen.

Es gibt bis zum heutigen Tag keine einheitliche Einteilung psychosomatischer Störungen. Noch immer ringen die einzelnen Fachbereiche wie Innere Medizin, Psychiatrie und Psychologie und vor allem die Vielzahl psychotherapeutischer Schulen vor dem Hintergrund der jeweiligen geschichtlichen Entwicklungen um den Führungsanspruch. Wir wissen heute um die Begrenztheit der traditionellen Schulkultur. Denn im Lichte der modernen Psychotherapieforschung zeigen sich monothematische und methodenmonistische Therapierichtungen zwar durchaus in der Lage, spezifische und unspezifische therapeutische Wirkfaktoren zu mobilisieren, sie weisen aber in der Regel auch erhebliche Einseitigkeiten, Lücken und Begrenzungen auf.

Selbst die internationalen Klassifikationsbemühungen wie ICD-10, DSM-IV usw. bleiben durch die handelnden Personen, die von unterschiedlichen wissenschaftlichen Kriterien und schulenspezifischen Gesichtspunkten geprägt sind, naturgemäß auf unterschiedlichen Standpunkten, wobei der Versuch der Zustandsbeschreibung, der mit dem ICD-10 angestrebt wurde, noch am ehesten (natürlich mit Einschränkungen) von Klinikern und Wissenschaftlern akzeptiert wurde. ICD und DSM haben den Begriff Psychosomatik nicht aufgegriffen, weil die biomedizinische Grundlage der Störungsbilder und die differenzialdiagnostische Betrachtung noch nicht ausreichend empirisch abgesichert sind, u.a. auch, weil das „deutsche Modell der Psychosomatik“ international als ein Sonderweg gesehen wurde und wird. Bemängelt wird vor allen das Fehlen von soliden Studien sowohl was die Ätiologie als auch was die Therapiewirkung anbetrifft. *Grawe et al.* (1994) fanden keine überzeugenden Wirkungsnachweise für eine psychoanalytische Behandlung von Psychosomatosen. Nun muss man sagen, dass Ursachen und Wirkungen bei multikausal begriffenen Störungsbildern, die multimodale Interventionen erfordern, auch schwer zu erbringen sind und höchst differenzierte Untersuchungsdesigns erfordern (*Steffan, Petzold* 2001). Für den Integrativen Ansatz wurden in komplexen Untersuchungen solche Nachweise erbracht (*Müller, Czogalik*, 2003; *Steffan* 2002; *Leitner et al.* 2008).

Eine derzeit in der Praxis noch immer gängige Klassifikation psychosomatischer Störungsbilder (*V. v. Weizsäcker, Th. v. Uexküll, G. L. Engel*) gliedert sich ein in die Reihe der Bemühungen der letzten Jahre, den Schulmonismus zu überwinden

und verschiedene Orientierungen des Integrierens (Norcross, Goldfried 1992; Petzold 1982, 1992g; Grawe et al. 1994) auf der Grundlage von Bewährtem zu verbinden.

Aus didaktischen Gründen und wegen der klar zuordenbaren Therapiezugänge erscheint die Struktur, die in ihrem ursprünglichen Konzept auf *Franz Alexander* (1971) zurückzuführen ist, auch heute noch sinnvoll, wie sie sich bei den VertreterInnen der *psychoanalytischen Psychosomatik* in Deutschland, Österreich durchgesetzt hat und noch praktiziert wird. In den USA, Großbritannien, den Niederlanden und in Schweden wird dieses Modell nur noch bei psychodynamisch orientierten TherapeutInnen verwandt und auch da immer weniger. Alle anderen Therapierichtungen verwenden es nicht. Das ist im Lichte der Entwicklungen verstehbar. Dennoch hat das Modell einen gewissen heuristischen Wert, wenn man es mit anderen Perspektiven – denen einer integrativen „prozessualen Diagnostik“ – verbindet (Osten 2000).

Diese psychosomatische Klassifikation unterscheidet vier Krankheitsgruppen:

1. Befindlichkeitsstörungen
2. Funktionelle Erkrankungen
3. Körperliche Krankheiten mit psychosozialer Genese
4. Somatopsychische Krankheiten

Hier soll kurz auf diese Begrifflichkeiten eingegangen werden, auch wenn sie im Sinne einer konsequenten bio-psycho-sozio-kulturellen Denkweise der Integrativen Therapie überholt sind.

ad. 1: Der Begriff **Befindlichkeitsstörungen** beschreibt eine überwiegend psychosozial verursachte Entwicklung von körperlichen Beschwerden ohne eine morphologisch nachweisbare Beeinträchtigung. Eine spezifische Art der Wahrnehmung des Patienten, aber auch eine Reaktion auf Erlebnisse, können körperliche Symptome mit unterschiedlichem Schweregrad und unterschiedlicher Beeinträchtigung des Patienten verursachen. Je nach subjektiver Krankheitstheorie (Verres 1990), d.h. Vorstellung der PatientInnen über die Entstehungsursache und die mögliche Behandlungsform, wird neben unterschiedlichsten medizinischen Fachrichtungen auch Alternativmedizin und/oder Psychotherapie in Anspruch genommen. Eine Befindlichkeitsstörung kann z.B. nach einer akuten emotionalen Belastung im Rahmen einer pathologischen Trauerreaktion auftreten - auch bei Menschen, die bisher psychisch völlig unauffällig waren. Sie kann aber auch Ausdruck einer tiefgreifenden Persönlichkeitsentwicklungsstörung sein, die aus geringem Anlass zu einer psychischen Dekompensation und in der Folge zu körperlichen Symptomen führt. Die psychosomatische Theorie des Konversionsmodells *Freuds* zur körperlichen Symptomentstehung, wie sie auch von *Deutsch* und *Fenichel* aufgegriffen und weiterentwickelt wurde, gehört in diese Krankheitsgruppe. Emotionale Konflikte, die z.B. durch Angst ausgelöst wurden, konvertieren ins Körperliche und

finden einen symbolischen Ausdruck. Zu Grunde liegt eine aktuelle interaktive Kommunikationsstörung, wobei das Symptom seinerseits oft auf eine kommunikative Befindlichkeit hinweist (Plügge 1962; Christian 1990; Deter 1997).

Beispiele dafür können u.a. „hysterische“ Lähmungen, multiple Körpersymptome wie psychogene Taubheit, Blindheit, psychogene Anfälle, depressive Verstimmungen, Dysmorphophobien, Sensibilitätsstörungen, coenästhetische Wahrnehmungsstörungen, Neurasthenie, Beklemmungszustände, Druckgefühle, Ermüdbarkeit, zwanghafte hypochondrische Beobachtung von Körperfunktionen (wie z.B. der Atmung, des Stuhlgangs, der Schweißneigung usw.) und vor allem Schmerzen sein. Gemeinsam ist allen Befindlichkeitsstörungen, dass trotz subjektiver Befundbeschreibung keine objektiven Belege eines pathologischen organischen Funktionsablaufes nach *herkömmlichen* Messmethoden erhebbbar sind. Dies ist auch der Grund, warum PatientInnen mit Befindlichkeitsstörungen von ihren ÄrztInnen immer wieder den Satz zu hören bekommen: „Sie haben nichts!“ Sie drücken damit zum Leidwesen vieler PatientInnen, die im Grunde positive Nachricht eines nicht pathologischen Befundes („o. B.“) folgeschwer sehr verkürzt aus. Neurobiologische Diagnoseverfahren, bildgebende Methoden zeigen hier aber durchaus neue Wege (Schuld 2007).

ad 2: Funktionelle Erkrankungen sind eine häufig psychisch mitbedingte Entwicklung körperlicher Symptome durch eine Störung vegetativer Funktionen. Sie werden über das vegetative Nervensystem, das nicht dem Willkürakt unterworfen ist, vermittelt. Die Affekte und ihre vegetativen Begleitreaktionen können sich mit der Zeit als Krankheit organisieren und immer wieder relativ leicht ausgelöst werden. Manchmal kommt es darüber hinaus zu einer sekundären psychischen Bearbeitung dieser Reaktion. So kann Angst vor der Symptomatik entstehen, oder zu einer sekundären psychischen Bearbeitung im Sinne einer nachträglich zugewiesenen Symbolbildung führen (z.B. bei einer Tachykardie die Sorge, einen Herzinfarkt zu erleiden, oder es wird eine „Herzensangelegenheit“ hineininterpretiert). Oft findet sich in Auslösesituationen (familiären, beruflichen Belastungssituationen) ein Moment des „organischen Entgegenkommens“ (hier ist eine Genese im umfanglichsten Sinne gemeint, z.B. ausgelöst durch das „Vorbildverhalten“ einer Bezugsperson), das bei manchen PatientInnen mit Herzrhythmusstörungen im sympathikovalen Anfall besteht (Hahn 1979). Die hier vorliegende Störung des Funktionsablaufes des Organismus, der Organe, der Zellen lässt sich meist durch objektivierende Methoden wie Elektrokardiogramm (EKG), Riva-Rocci-Messung (RR), Gastro- oder Colonoskopie oder durch sonstige klinische Untersuchungen feststellen (Leitner 1995).

Beispiele für funktionelle Störungen (somatoforme autonome Funktionsstörungen: ICD 10, F 45.3) sind:

- funktionelle Herz-Kreislaufstörungen: vagovasale Synkope, sympathikovaler Anfall, juvenile hypertone Regulationsstörung;

- funktionelle Atemstörungen: Hyperventilation, Hyperventilationstetanie, psychogener Husten; funktionelle Magen-Darmstörungen im oberen Gastrointestinaltrakt: Aerophagie, funktionelles Erbrechen, Dysphagie, Reizmagen;
- im unteren Gastrointestinaltrakt: Reizdarm (Colon irritabile), emotionale Diarrhoe, funktionelle Obstipation, funktionelle Inkontinenz;
- funktionelle Muskelbeschwerden: Weichteilrheumatismus, Fibromyalgie-Syndrom;
- funktionelle Störung der ableitenden Harnwege: Prostatopathie, Reizblase, psychogene Polakisurie, Dysurie;
- Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen, funktionelle Sexualstörungen, psychogene Appetitstörungen, funktionelle Sehstörungen (*Deter 1997*).

Zusammen mit den hypochondrischen Störungen finden sich bei der Vielfalt der Erscheinungsbilder jedoch gewisse Gemeinsamkeiten:

- Körperliche Symptome, die nicht durch eine Substanzeinwirkung erklärt werden können.
- Die Symptome sind nicht absichtlich erzeugt, d.h. nicht unter willentlicher Kontrolle.
- Symptome stehen im engen Bezug zu Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten.

Sowohl bei den Befindlichkeitsstörungen als auch bei den funktionellen Störungen besteht bei den meisten PatientInnen in der Regel die Überzeugung, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden. Durch die Betonung der organischen Komponente von Seiten der PatientInnen sind somatoforme Störungen allein durch Psychotherapie nur bedingt behandelbar und stellen mit einer epidemiologischen Punktprävalenz von 10 % eine große Herausforderung dar (*Schüßler 2002*).

Die Diagnose und Erfassung der Entwicklung dieser Störungen ist ganz entscheidend für eine sinnvolle und umfassende Behandlung. Im Falle der Befindlichkeitsstörungen ist eine möglichst mehrperspektivische, multimodale, integrative Psychotherapie, bei den funktionellen Störungen eine Kombination dieser mit Elementen sowohl der inneren Medizin als auch der Psychiatrie indiziert.

ad 3: Körperliche Krankheiten mit psychosozialen Aspekten sind körperlich objektiv nachweisbare Störungen mit morphologischer Schädigung von Organen, bei denen ein psychosozialer Anteil bei der Krankheitsauslösung oder der Auslösung einzelner Krankheitsschübe deutlich ist. Unter einer integrativtherapeutischen Perspektive sind dabei immer genetische und somatische Einflüsse und Dispositionen in den Blick zu nehmen wie auch die Entwicklungsschäden in den ersten Lebensjahren und der gesamten Lebensspanne. Ebenso können Milieufaktoren, Negativkarrieren im Lebenslauf, internale Negativkonzepte sowie auslösende aktuelle Belastungsfaktoren

und diverse negative Einflüsse oder ungeklärte Faktoren (vgl. *Petzold* 1992a/2003a, 457, Abb. 4) Ursachen für dieses psychosomatische Störungsbild sein. Allein die Auffächerung der möglichen Ätiologien fordert ein Ensemble heterogener Behandlungsstrategien heraus.

Das bedeutet, dass körperliche Krankheiten wie z.B. Asthma bronchiale, essenzielle Hypertonie, peptisches Ulcus, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Hyperthyreose, Neurodermitis, Diabetes mellitus usw. neben indizierter internistischer oder chirurgischer Therapie eventuell ergänzend auch eine psychotherapeutische, leib- bzw. bewegungstherapeutische Behandlung erforderlich machen.

ad 4: Somatopsychische Krankheiten sind die „jüngste“ Krankheitsgruppe, die im Rahmen des psychosomatisch-historischen Zusammenhangs differenziert wurde. Darunter werden Krankheitsbilder beschrieben, bei denen eine psychische Symptomatik auf Grund maladaptiver Krankheitsverarbeitung entstanden ist.

Körperliche Erkrankungen führen über zentrale Veränderungen (Gehirn) zu einer Störung des Befindens, des affektiven Erlebens, der mnestischen Funktionen. Dramatische Einflüsse auf die gesamte Persönlichkeit wie z.B. bei Herzinfarkt, Schlaganfall, chronischen Erkrankungen wie Mukoviszidose, Niereninsuffizienz, Karzinomerkrankungen, die als Todesurteil angesehen werden usw., führen zu psychischen Reaktionen wie Depression oder Angstsymptomen. *Engel* und *Schmale* (1965) haben darauf aufmerksam gemacht, dass diese psychischen Symptome ihrerseits im Sinne einer psychosomatischen Reaktion bei einigen dafür prädisponierten Erkrankungen den zu Grunde liegenden körperlichen Prozess (z.B. über psychoneuroendokrinoimmunologische Phänomene) negativ beeinflussen können. In diesem Zusammenhang könnte man auch bei einem Teil dieser Störungen von somatopsychisch-psychosomatischen Erkrankungen sprechen (*Deter* 1997).

Unter anderem wurden verschiedene internistische Krankheitsbilder, die häufig mit psychischen Symptomen einhergehen können, in der Literatur beschrieben:

- Morbus Addison – Adynamie,
- Hypothyreose – Depression,
- Pankreaskarzinom – Depression,
- Hirntumor - Depression.

Krankheitsgruppe	Behandlungsformen
Befindlichkeitsstörung	Psychotherapie
Funktionelle Störung	Psychotherapie und internistische, psychiatrische Behandlung (Medikation), bewegungs/sporttherapeutische, alternativmedizinische Behandlung
Körperliche Erkrankung mit psychosozialen Aspekten	internistische, psychiatrische (Medikation), chirurgische, sporttherapeutische, alternativmedizinische Behandlung und eventuell ergänzend Psychotherapie, Familien- und Soziotherapie
Somatopsychische Störung	je nach Indikation medizinische Therapie (Medikation), Psychotherapie, Sporttherapie, Familien- und Soziotherapie

Grobraster einer Zusammenfassung von Störungsgruppen und deren adäquate Behandlungsform (Leitner 2004, hier erweitert)

Das „bio-psycho-sozio-kulturelle Modell“ einer modernen Humantherapie verdeutlicht, dass es keine psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne gibt, sondern dass bei allen Erkrankungen körperliche, seelische, soziale, geistige sowie ökologische und ökonomische Einflüsse in der Zeitachse (Vergangenheit, Gegenwart sowie Zukunftserwartungen) für die Person mehr oder weniger Bedeutung haben. Ganz evident wird diese Position, wenn man auf die depressiven Störungen schaut, bei denen massive neurophysiologische Fehlsteuerungen zu Grunde liegen, Tonus, Turgor, Atmung, Bewegungsverhalten, kardiovaskuläre Funktionen beeinträchtigt sind und wir es mit einem „depressiven Leib“ zu tun haben, den Wahrnehmungsmöglichkeiten beeinträchtigen, dessen Emotionalität unipolar fixiert, dessen Netzwerk atrophiert ist und dessen Willenskräfte gelähmt sind (Petzold, Sieper 2007a, 516ff), so dass ein „komplexes, integratives Therapiecriculum“ in einem „Bündel von Maßnahmen“ zum Tragen kommen muss (*ibid.* 520ff).

Heute, wo die neurobiologischen und neuroendokrinen Dimensionen von Krankheitsgeschehen immer klarer erfassbar werden, sieht man, dass sich ein „Viereck der Verursachung“ findet.

Das macht auch „vier Zugänge der Behandlung“ erforderlich:

1. Ökologische/kontextuelle Ursachen → ökologische Maßnahmen (environmental modelling)
2. Somatische/biologische Ursachen → somato- bzw. leibtherapeutische Maßnahmen
3. Psychologische Ursachen → psychotherapeutische und beratende Maßnahmen

4. Soziokulturelle Ursachen → sozio- und netzwerktherapeutische, beratende Maßnahmen

Was bisher als „ganz klar *somatisch*“ galt – z.B. ein komplizierter Beinbruch durch einen Ski-Unfall – wird jetzt in seinen ggf. eintretenden *psychischen* Dimensionen erfassbar (etwa eine „reaktive“ Depression), und was als „eindeutig *psychisch*“ galt – eine depressive Verstimmung mit starker emotionaler Niedergeschlagenheit, düsteren Ruminationen, Antriebslosigkeit etc. – wird in seinen *somatischen* Dimensionen fassbar. Alles ist aber in den meisten Fällen mit *sozialen* Faktoren verbunden, die aus dem Netzwerk/Konvoi als „sozialer Stress“ kommen oder ins Netzwerk/Konvoi als sozialer Stress abgegeben werden. Zuweilen kommen noch ökologische Belastungen von Arbeitsplatz, Wohnung, Quartier hinzu und finden leiblichen Niederschlag (Petzold 2008b).

Es ist wichtig, dass alle diese Dimensionen – sicherlich in unterschiedlichen Gewichtigkeiten - im Krankheitsgeschehen „leiblich“ zu Buche schlagen. Eine solche Sicht wurde aufgrund der „anthropologischen Grundformel“ in der Integrativen Therapie schon früh vertreten (Petzold 1974j) und bestärkte das integrative Modell einer biopsychosozialen Zugangsweise.

Heute ist deshalb der Psychosomatikbegriff sehr weit zu fassen, so dass immer die soziokulturellen Momente (z.B. Ethnie, Gender, Alter, Schicht) oder – wo relevant – die ökologischen Momente (Mikro- und Mesoumgebungen) einbezogen sind zum Verstehen von Störungen, die als „dysregulierte funktionelle Systeme“ begriffen werden können, die „**Syndromcharakter**“ gewinnen (Lurija 1970; Petzold, Michailowa 2008 b). Dieses höchst interessante Modell, das Lurija bei der Diagnose und Behandlung von Hirnverletzten entwickelte, kann gerade bei komplexen Störungen wie psychosomatischen Störungen, „wie Suchterkrankungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen“ als „prozessdiagnostischer, syndromanalytischer Ansatz weiterführen – eigentlich bei jeder bislang alleinig oder dominant als ‚psychisch‘ aufgefassten Erkrankung, z.B. ‚major depressions‘, bei denen der Hirnstoffwechsel verändert, die physische Kondition beeinträchtigt ist, die Sozialbeziehungen belastet sind etc., alles Einflüsse, die in Wechselwirkungen stehen, funktionelle Systeme verändert haben und deshalb komplexe Behandlungsmaßnahmen erforderlich machen“ (Petzold, Sieper 2007a, 519ff). Mit einem solchen Ansatz können folgende klinische Probleme bzw. „komplexe Syndrome“ psychosomatischer bzw. biopsychosozialer Art aufgegriffen werden:

- die biopsychosozialen Momente körperlicher Schädigungen wie zum Beispiel Unfälle;
- körperliche Erkrankungen wie Autoimmunerkrankungen, Karzinomerkrankungen, akute und chronische Infektionserkrankungen mit ihren psychosozialen Begleiterscheinungen, Diabetes I usw.);
- Konversions- und Überlastungsstörungen bei aktuellen oder nachwirkenden

- Konflikten oder Traumata (z.B. bei PTBS) oder Strain und daily hassles;
- funktionelle Störungen als Begleiterscheinungen von emotionalen Belastungen wie Verlust, Trauer, Ängste, soziale Spannungen;
- Suchtformen – stoffgebundene (legale wie bei Alkohol und Nikotin usw. sowie illegale), und nicht-stoffgebundene (Spielsucht, workaholism);
- dysfunktionales Gesundheitsverhalten (bewegungspassiver Lebensstil, Fehlernährung, Übergewicht, Rauchen, social drinking) und seine Folgen (Übergewicht, metabolisches Syndrom, Diabetes II);
- schwere Persönlichkeitsstörungen und ihre somatischen Begleiterscheinungen wie Essstörungen, Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), psychotische Störungen;
- somatoformen Störungen, d.h. Schmerzzustände, Erschöpfung, gastrointestinale und Herz-Kreislauf-Beschwerden u.a.m. (vgl. *Waibel, Jakob-Krieger* 2008)

Viele dieser Störungen können im Sinne *Lurijas* und der Integrativen Therapie heute als „Syndrome“ verstanden werden. Wie bei seinen hirnerkrankten PatientInnen können die voranstehend aufgeführten Störungen, aber auch die klassischen psychosomatischen Störungen syndromatologisch begreifen als ein Erfassen und Beschreiben des gesamten zugänglichen Symptomkomplexes, der in seiner systemischen Funktionalität für die beim Patienten vorliegenden (somatischen, z.B. internistischen, urologischen, neurobiologischen), *psychologischen* und *soziokulturellen* Bedingungen verstanden werden, um zu sehen, warum und wie ein Syndrom auftritt. Dazu müssen medizinisch neurophysiologische und biographische Daten berücksichtigt werden und natürlich die jeweilige aktuelle Lebenslage des Patienten. Es werden also nicht nur Ausfälle oder Dysfunktionen betrachtet, sondern komplexe funktionelle Systeme in ihrem Zusammenspiel, welche durch Noxen so verändert wurden, dass Symptome bzw. Symptomkomplexe auftreten. Im psychotherapeutischen Kontext kann diese Sicht und dieses Vorgehen durchaus auch auf kritische Lebensereignisse, psychische Belastungen/Überforderungserlebnisse/Stress, Traumata mit ihren Reaktionsbildungen bzw. Symptomfolgen angewendet werden, die das personale System des Menschen überlasten und zu psychophysischen Dysregulationen führen.

Der Integrative Ansatz (IT) als „Humantherapie“ der Zukunft

Die Integrative Therapie, wie sie Ende der Sechzigerjahre von *Hilarion Petzold* unter Mitarbeit von *Johanna Sieper* begründet wurde, seit 1972 am „Fritz Perls Institut“ Düsseldorf gelehrt wird, seit 1974 unter Mitwirkung von *Hildegund Heintz* (*Sieper* 2005), *Ilse Orth*, *Jürgen Lemke* u.a. und seit 1982 mit vielen anderen an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, hat europaweit Verbreitung gefunden: z.B. in der Schweiz (1971 Basel), in den Niederlanden (1979 Amsterdam), in Norwegen (1972 Oslo), Kroatien (1985 Zagreb), Serbien (1985 Belgrad), Slowenien (1985 Maribor), Griechenland (1992 Athen), Neuseeland (1996 Auckland), in Österreich seit 1999 an der Donau-Universität Krems (Department für Psychosoziale

Medizin und Psychotherapie). Dort wird sie gelehrt und gemeinsam weiterentwickelt. Seit 2007 besteht eine „Europäische Assoziation für Integrative Therapie“. Das neue Paradigma versteht sich als ein „**Integrativer Ansatz der Humantherapie**“ mit dem wissenschaftlichen **Verfahren** der „Integrativen Psychotherapie“ und mit **Methoden** wie Integrative Soziotherapie (Petzold, Schay, Scheiblich 2006; Petzold, Sieper 2008), Leib- und Bewegungstherapie (Waibel, Jakob-Krieger 2008), Kreativtherapie, Supervision (Sieper, Orth, Schuch 2007). Die IT gehört zu den Pionierverfahren im „neuen Integrationsparadigma“ der Psychotherapie (Stumm et al. 2000, 319f). Es handelt sich hierbei um ein interaktionales, therapeutisches Verfahren, das neben dem verbalen Austausch auch Ansätze nonverbaler Kommunikation sowie kreative Methoden, Techniken und Medien mit einbezieht.

Das Ziel ist, bei gegebener Indikation Heilungsprozesse bei somatischen, psychischen, psychosomatischen und **biopsychosozialen** Erkrankungen in Gang zu setzen, Besserungen oder palliativ Linderung von seelischen Leidenszuständen zu erwirken sowie die Beseitigung von Krankheitssymptomen zu erreichen. Es geht um die Veränderung von Verhalten durch Lernen im Sinne der komplexen „Integrativen Lerntheorie“ (Sieper, 2001), wobei ein weitgreifender Verhaltensbegriff zu Grunde gelegt wird: Wahrnehmen/Perzeptionen, Denken/Kognitionen, Fühlen/Emotionen, Wollen/Volitionen und Handeln/Aktionen werden als Verhalten betrachtet, das seine Basis in einem „funktionsfähigen Gehirn und seinem Leib“ hat.

Lernen ist die Neuorganisation von „komplexem Verhalten“ auf Seiten des Patienten (natürlich auch des Therapeuten) und wird mittels den therapeutisch genutzten Formen der „Relationalität“ bzw. „Affiliation“: Kontakt, Begegnung Beziehung und zuweilen Bindung (Petzold, Müller 2007) unter Bearbeitung aktueller Lebensprobleme, Netzwerksituationen sowie unbewusster Konflikte und Ausrichtung auf Zukunftsperspektiven erreicht, wobei es um die Um- oder Neubildung zerebraler Karten, synaptischer Verbindungen, neuronaler Bahnungen und neurohumoraler Aktivierungsbereitschaften geht.

Als praktisches Verfahren nahm die Integrative Therapie Einflüsse verschiedener Therapieströmungen auf und entwickelte eigene theoretische und klinische Positionen und eine Vielzahl origineller Methoden und Techniken (Petzold, Orth 1990a). Zu den Quellenverfahren zählen:

- die **aktive und elastische Psychoanalyse** der ungarischen Schule der Psychoanalyse von *Sándor Ferenczi* (Ferenczi 1964, 1970, 1972, 1988, Schuch 1994);
- das **Psychodrama** von *Jacob Moreno*, (Moreno 1946, Petzold 1972a);
- die **Gestalttherapie** *Friedrich S. Perls* (Perls 1969, 1976, Petzold 1973a und *L. Perls*);
- die **Verhaltenstherapie/Verhaltensmodifikation** (Kanfer, Saslow 1965; Kanfer, Phillip 1970; Kanfer 1989). *Fredrik Kanfer* gab in den 70er-Jahren Seminare am FPI. *Petzold* entwickelte das Behaviourdrama als verhaltenstherapeutisches

Rollenspiel 1971e, 1972d) und integrierte in der „kognitiven Wende“ der Verhaltenstherapie Imaginationsmethoden in deren Repertoire (Petzold, Osterhues 1972). Während seiner Gastprofessur bei Klaus Grawe in Bern (1980 – 1989) arbeitete er verschiedentlich mit Kanfer zusammen, der dort auch als Gastprofessor tätig war (Nachruf auf Grawe von Petzold 2005q).

- Die **Imaginationsarbeit** und andere übende Methoden von *Pierre Janet* sind wichtig, mit denen er die Integrative Therapie und ihre **Traumatherapie** beeinflusste (Petzold 2001m, 2007b);
- das **Therapeutische Theater** *Vladimir Iljine* (Iljine 1972a, Petzold 1973a, 1982a);
- die **Integrative Leib- und Bewegungstherapie IBT** (Petzold 1974k, 1988n, Waibel, Jacob-Krieger 2008) ist eine gänzlich eigenständige Entwicklung aus dem integrativen Fundus. In sie gehen die Budo-Erfahrungen (Kampfkunst, Petzold, Bloem, Moget 2004) von Petzold, sowie neuromotorische (Bernstein, Lurija) und psychomotorische (Wallon) Konzepte ein und natürlich die leibphilosophischen Referenzen von *G. Marcel, M. Merleau-Ponty, H. Schmitz*.

Die **IBT** ist mit ihrer Leiborientierung und ihrer aktiven Methodik die früheste und eigenständigste Entwicklung im **Integrativen Ansatz** und damit der eigentliche Kern des Verfahrens. An dieser Stelle sei noch einmal an *Hildegund Heintl* erinnert (Sieper 2005), die über vierzig Jahre ärztliche Erfahrung, insbesondere aus dem Bereich der Orthopädie und Psychosomatik in ihren „leibtherapeutischen Seminaren“ vermittelte und für die Entwicklung des „Fritz Perls Instituts“ und seiner Akademie am Beversee zur größten psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte im europäischen Raum eine herausragende Bedeutung hatte.

Thymopraktik ist eine Methode innerhalb der Integrativen Therapie und hebt sich von allen körperorientierten Therapien durch ihren anthropologischen Ansatz, ihre theoretische leibphilosophischen und neuromotorisch-neurobiologischen Erklärungsmodelle und ihr spezifisches methodisches Vorgehen ab.

Der Krankheits- und Gesundheitsbegriff in einer „integrativen Psychosomatik“ ist nur zu verstehen im „Spektrum von Pathogenese und Salutogenese“. Da Krankheit und Gesundheit als Pole in einem Kontinuum gedacht werden, kann Krankheit aus integrativer Sicht immer nur im Zusammenhang mit Gesundheit gesehen werden.

Krankheit, im Besonderen auch Psychosomatosen in ihren unterschiedlichen Ausprägungen (Gruppenzugehörigkeit), gehört als Möglichkeit des Lebensprozesses zur menschlichen Existenz, die als solche immer auch eine gewisse Brüchigkeit hat und deshalb der Fürsorge und Vorsorge bedarf. In Gesundheit und Krankheit verschränken sich Organismus und Subjekt, Biologie und Soziales, Natur und Kultur („anthropologische Krankheits- und Gesundheitslehre“ in der Integrative Therapie). Weil Gesundheit persönlich erlebt und genossen, sowie Krankheit persönlich erfahren und durchlitten wird, haben diese eine subjektive Dimension, über die

sich Menschen jeweils intersubjektiv verständigen müssen, um einander gerecht zu werden und die „stimmige“ Therapie in guter Passung zu finden.

Psychosomatik wird als multifaktorielles Geschehen begriffen. Die Modellvorstellungen der Integrativen Therapie zur Pathogenese sind daher als Dispositiv (Foucault 1996) konzipiert: als Ensemble heterogener Elemente – Salutogenese/Pathogenese über die gesamte Lebensspanne.

Die Situation der PatientInnen wird aus der Sicht der Integrativen Therapie immer im Gesamtkontext des Lebensverlaufes unter pathogenetischer und salutogenetischer Perspektive betrachtet. Je nach Einwirkungen dieser Einflussgrößen wird das therapeutische Vorgehen und werden Ziele unter Beteiligung des Patienten/der Patientin als Rahmen konzipiert (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998), wobei besonders darauf geachtet wird, **protektive Faktoren**, die identifiziert werden, zu nutzen und Belastungsfaktoren zu kompensieren bzw. **Risikofaktoren** zu mindern und die **Resilienzbildung** zu fördern (Petzold, Goffin, Oudhoff 1993).

Hierbei kommen in der Integrativen Therapie in der jeweils optimierten und in Passung gebrachten Weise die folgenden 14 Heilfaktoren (Petzold, Sieper 1993, 314ff) zum Tragen:

- Einführendes Verstehen (protektiv), Empathie (supportativ)
- Emotionale Annahme (protektiv) und Stütze (supportativ)
- Hilfen bei der realitätsgerechten (supportativ, konfrontativ) praktischen Lebensbewältigung
- Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
- Förderung von Einsicht (supportativ, konfrontativ), Sinnerleben, Evidenzerfahrung
- Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
- Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
- Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
- Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
- Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte
- Förderung positiver persönlicher Wertbezüge, Konsolidierung der existenziellen Dimension
- Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferenzieller Gefühle und Kognitionen, d.h. von „persönlicher Souveränität“
- Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke
- Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen (supportativ, konfrontativ, protektiv)

Die Verwendung von Wirkfaktoren und Wirkfaktorenkombinationen muss theoriegeleitet sein, ausgerichtet an Überlegungen, wann sie in einer Interventionsstrategie konfrontativ und/oder supportativ oder in einer protektiven und resilienzfördernden Art und Weise eingesetzt werden.

Der „informierte Leib“ und die therapeutische Beziehung

Die IT spricht vom Leibgedächtnis, vom „informierten Leib“ (Petzold 2001j, 2004h). Im Leib sind kognitive, emotionale und volitive Inhalte im Kontext gespeichert, d.h. stets im Kontext von Atmosphären, Bildern, Szenen, Szenenfolgen, Worten und Sätzen samt ihren dazugehörigen leiblichen Phänomenen (sensumotorische, propriozeptive und autonome Körperreaktionen) und den sie begleitenden emotionalen Bewertungen (valuations), kognitiven Einschätzungen (appraisals), subjektiven Sinnstrukturen und Bedeutungen (interpretations).

Das Leibgedächtnis „funktioniert“, indem atmosphärisch und szenisch Aufgenommenes abgespeichert wird und abrufbar bleibt. Szenen sind hier als leiblich sedimentierte Strukturen zu verstehen, die sich bei Aufruf in Haltungen, Gesten, Atmosphären äußern. Eine der bevorzugten Arbeitsweisen der IT ist die „holographische Evokation“ leiblich sedimentierter Szenen aus Haltungen, Gesten, Atmosphären. Dabei kommen natürlich die relevanten Personen aus dem vergangenen sozialen Netzwerk bzw. dem gegenwärtigen sozialen „Konvoi“ ins Spiel (Hass, Petzold 1999). In diesem Sinne ist Integrative Therapie immer Netzwerktherapie und arbeitet mit den realen und mit den internalisierten sozialen Netzwerken.

Diese Strukturen sind im Austausch mit dem Patienten/der Patientin zu ermitteln und zunächst hypothetisch *gemeinsam* zu interpretieren. TherapeutIn und PatientIn schließen demnach von der phänomenalen Ebene auf sinnhafte Strukturen und inhärente Entwürfe, erschließen aus der Narration Narrative.

Erstes Validitätskriterium der hypothetischen Interpretation sind Gefühl und Einschätzung des Patienten: Es muss sich für ihn stimmig anfühlen und ihm einleuchtend vorkommen.

Der Therapeut differenziert das komplexe Wirkgefüge der Intersubjektivität systematisch: Er betrachtet das, was ihm der Patient im Fluss der phänomenalen Gegenwart, im Hier-und-Heute zeigt. Er konzentriert sich auf Wahrnehmen, Beschreiben, Erfassen, Verstehen von Abläufen und Qualitäten. Er entwickelt schrittweise sein eigenes Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen des Patienten. Er versucht, sich als Therapeut in der Interaktion mit dem Patienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen. Schließlich stellt er die Therapeut-Patient-Interaktion in das gemeinsame *Wahrnehmen, Erfassen* und *Verstehen* – Grundlage des *Veränderns*.

Auf der Grundlage der sich in der „intersubjektiven Ko-respondenz“ prozessual realisierenden Phänomene übernimmt der Therapeut die Aufgabe, mit dem Patienten

z.B. dessen bewusste und unbewusste Strebungen, lebensbestimmende, belastende, defiziente, aber auch protektive Ereignisse und tragende Strukturen, z.B. auch erfolgreiche Resilienzbildungen der Biographie zu fokussieren und in ihrer Relevanz für die Persönlichkeitsentwicklung, gegenwärtige Lebensführung und persönliche Zukunftsentwürfe erfahrbar zu machen. Der „therapeutischen Beziehung“ kommt dabei zentrale Bedeutung zu. Beziehungsphilosophie im Sinne von *Levinas* (1983) mit seinem fundamentalen Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ und im Sinne von *Marcel* (1985) mit seiner Idee der „Intersubjektivität“ und der „Würde“ fundieren die Integrative Theorie der Bezogenheit bzw. Relationalität genauso wie die sozialpsychologische Theorie der „Affiliationsverhältnisse“, der Nahraumverhältnisse – beide unterfangen und ergänzen das klinische Übertragungs-Gegenübertragungs-Konzept (*Petzold, Müller* 2007).

Im Prozess gemeinsamer Beziehungsarbeit kommt es mittels ko-respondierender Auseinandersetzung zu einer gemeinsamen Einschätzung der Situation. Therapeut und Patient „erfassen und verstehen“ die Mitteilungen des Patienten im Kontinuum seiner Lebensspanne und der dazugehörigen Kontexte, insbesondere unter Berücksichtigung des Selbstverständnisses und der „subjektiven Weltbilder“ des Patienten, der eigenen Sichtweise seines Lebens und seiner Probleme. Die *Synopse* berücksichtigt die Gesamtheit der Aspekte und führt zu einem differenziellen und ganzheitlichen Erfassen komplexer Wirklichkeit, die hermeneutisch mit Bedeutung und Sinn versehen wird (*Petzold, Orth* 2005a).

Durch Übereinkunft über die Befunde des Therapeuten und die Zustimmung zur Vorgehensweise des Therapeuten etabliert sich eine Ebene der kognitiven Führung der Therapie, auf der beide, Therapeut und Patient, im Rahmen ihrer unterschiedlichen Rollen und Kompetenzen den Therapieverlauf lenken und Einfluss nehmen können.

Nicht zuletzt geht es hier auch darum, kontinuierlich den sogenannten „informed consent“ herzustellen. „Informed consent“ bedeutet u.a., den Patienten über die Befunde und Vorgehensweise des Therapeuten von vornherein partnerschaftlich unter Berücksichtigung seines Verständnishorizontes in einer geeigneten Weise so zu informieren, dass dem Patienten durch Transparenz die Möglichkeiten der qualifizierten Zustimmung zum und Mitwirkung am therapeutischen Vorgehen eröffnet werden. Es ist die Bildung einer kooperativen Partnerschaft anzustreben, die auf Heilung (*curing*), Unterstützung (*supporting*), Vergrößerung, Bereicherung und Bekräftigung (*enlargement, enrichment, empowerment*) der „persönlichen Souveränität“ des Patienten abzielt.

Zentraler Faktor bei der Auswahl und Gestaltung der jeweiligen Kombination ist die Mehrebenenreflexion, insbesondere die „Triplexreflexion“ zur Hermeneutik des sprachlichen und nicht sprachlichen therapeutischen Prozesses (*Leitner* 1997, *Petzold* 2003a; *Schuch* 2001).

Darüber hinaus bedient sich der Therapeut zur Klärung und Sondierung der Mitteilungen des Patienten sowie des eigenen Erlebens und Verhaltens aus einem Fundus bewährter Heuristiken. Eine generelle, zentrale Heuristik der IT ist die Vorstellung des sich lebenslang entwickelnden Menschen im Kontext bestimmter Bezugspersonen und sozialer Netzwerke (sogenannter „Konvois“, *Hass, Petzold 1999*), durch bestimmte gesellschaftliche Institutionalisierungen hindurch (z.B. Kindergarten, Schule, Lehre, Studium, Beruf etc.), in bestimmten Milieus mit spezifischen Atmosphären und kulturellen Bräuchen, zu einer bestimmten historischen Zeit mit bestimmten politischen Ordnungen.

Entsprechend dieser Heuristik bildet sich die TherapeutIn in beständigen Rückkoppelungen mit dem Patienten eine allgemeine Modellvorstellung von dem Entwicklungsprozess und den und der dabei typischerweise zu absolvierenden gesellschaftlichen Institutionalisierungen, Sozialisations- und Enkulturationsprozessen (*Petzold 2008b*). Auf diesem Hintergrund entwirft er/sie im Austausch mit dem Patienten/der Patientin spezifischere Modellvorstellungen von der konkreten Erlebens- und Lebenswelt des sich entwickelnden Menschen. Er/sie hat dabei die Milieus, Lebensstile, soziale Welten und die in ihnen realisierten spezifischen Atmosphären zu berücksichtigen, die der sich entwickelnde Mensch in einer bestimmten Kultur mit einem bestimmten Lebensstil zu einer bestimmten historischen Zeit üblicherweise erlebt bzw. durchlebt und auf der jeweiligen Entwicklungsstufe mit Bedeutung versehen hat.

Die sich aus diesem Verfahren ergebenden Interventionen erfolgen diagnose- und indikationsspezifisch sowie durch Triplexreflexion geleitet, überprüft und begründet. Sie umfassen eine offene, indikationsspezifische, szenisch-kreative Gestaltung des therapeutischen Settings. Therapietechnisch ist die IT nicht auf ein bestimmtes Therapiesetting, auf die Anwendung bestimmter therapeutischer Techniken (Elemente) oder bestimmte regelhaft zu befolgende Abläufe festgelegt. Dabei können durchaus teilmanualisierte Modelle in bestimmten Therapiesequenzen aufgenommen werden. In der Therapie von Angststörungen, wo sich verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen bei Indikation integrieren lassen oder in der Depressionsbehandlung durch die Integrative Lauftherapie (*van der Mei, Petzold, Boscher 1997, 2007*).

Der Krankheitsbegriff im Modell der Integrativen Therapie (*Petzold, Schuch 1992; Petzold 2003a; Schuch 2000a*) teilt sich in eine philosophisch-anthropologische und eine klinische Zugangsweise.

Die philosophisch-anthropologische Krankheitslehre findet sich im Konzept einer multiplen Entfremdung und Verdinglichung, die anthropologische Gesundheitslehre zentriert im Konzept der Zugehörigkeit und Konvivialität (*Orth 2002*). Die multiple Entfremdung des Menschen umfasst demnach u.a.: Entfremdung vom eigenen Leibe, von den Mitmenschen, von der Lebenswelt, von der Arbeit und von der Zeit. Verdinglichung geht zumeist mit Destruktion und Desintegration, mit der

Beschädigung des personalen Leib-Subjektes und des Lebensraumes einher, was letztendlich die Zerstörung des Lebens zur Folge haben kann.

Der klinische Krankheitsbegriff steht im Kontext der Persönlichkeitstheorie und der Entwicklungstheorie, die den Menschen als **multisensorisches** und **multiexpressives** Wesen sieht. Er braucht „multiple Stimulierung“ bzw. „vielfältige Informationen“, die nicht deprivierend verknappert werden dürfen, und er benötigt ebenso „vielfältige Ausdrucksmöglichkeiten“ und „Handlungsspielräume“, die nicht unbillig beschränkt und beschnitten werden dürfen.

Das Pathogeneseverständnis in der Integrativen Therapie ist deskriptiv und erlebnisorientiert ausgelegt. Stets wird die Salutogenese als ergänzende Größe mit in den Blick genommen. Risiko- und Belastungsfaktoren stehen immer in Interaktion mit Defiziten, aber auch mit Stütz- und Schutzfaktoren (*Petzold, Goffin, Oudhoff* 1993; *Petzold, Steffan* 2000). Wenn z.B. Gesundheit und Krankheit generell im Zusammenhang gesehen werden, also nicht nur von Pathogenese, sondern auch von Salutogenese gesprochen wird, finden nicht nur Schädigungen, sondern auch Ressourcen, hilfreiche Umgangsformen (Coping-Strategien) und Kompensations- und Gestaltungsmöglichkeiten (Creating-Strategien) der PatientInnen Beachtung. Diagnostik und Therapie verfahren differenziell und lebenslaufbezogen. Das Verständnis von Pathogenese wird durch die Perspektive einer lebenslangen, differenziellen Entwicklungspsychologie („clinical life span developmental psychology“ *Petzold* 2003a; *Oerter et al.* 1999; *Sieper* 2007) geprägt: Der Patient wird von vornherein in der Entwicklung seiner Lebensspanne, d.h. unter den Perspektiven seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gesehen. Spezifiziert wird diese Perspektive durch die Optik lebensabschnittstypischer Heuristiken unter besonderer Berücksichtigung von Milieus und Zeitgeschichte.

Schädigungen und heilende Wirkungen können dieser Ansicht nach an jedem Zeitpunkt des Lebensverlaufes eintreten. Sie können insbesondere dann pathogen wirken, wenn sie auf entsprechende Prävalenzen treffen und keine ausreichenden Kompensationen oder Substitutionen zur Entlastung verfügbar sind oder zur Wirkung kommen können.

Modelle zur Klärung und Differenzierung von pathogenen Faktoren

Der klinische Krankheitsbegriff bezieht sich auf Konstellationen schädigender Stimulierungen.

Bisher werden in der Integrativen Therapie drei Modelle unterschieden:

Das Pathogenesemodell der **Entwicklungsnoxen** differenziert die Auswirkungen erlebter Defizite, Traumata, Konflikte, Störungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit im Hinblick auf die Bildung von Selbst, Ich und Identität (= Persönlichkeit).

Das Pathogenesemodell der **Repression bzw. Dissoziation** führt die Rücknahme emotionaler, expressiver Impulse, Retroflexion, Selbstanästhesierung, Abspaltung (Dissoziation) auf negative Ereignisse, Traumata und Resonanzmangel in sensiblen Phasen zurück.

Das Pathogenesemodell der **zeitextendierten, multifaktoriellen Überlastung** (disstress) betont unter Berücksichtigung der Vergangenheit die Prozesse und Strukturen der Gegenwart sowie den faktischen, antizipierten und projektiven (belastenden) Zukunftsraum.

Dem Verständnis der Entstehung von Krankheit als eines multikausal, nonlinear zu begreifenden Prozesses entspricht ein Verständnis von Therapie als Versuch des Bewirkens oder Begünstigens multipler Heilungsprozesse (kurativ) und Linderungsprozesse (palliativ) sowie des Förderns von Gesundheitserhaltungsprozessen (protektiv, salutogenetisch).

Dieser Entwurf eines integrativen Therapieverfahrens setzt von vornherein auf eine Art des Denkens (*Schuch*, 2002), in dem das herkömmliche Nebeneinander von Wissenschaftsdisziplinen zugunsten eines interdisziplinären, multiperspektivischen, konnektivierenden, transversalen Ansatzes überwunden werden soll. Integrative Therapie versteht sich ausdrücklich im Kern als Integrationsverfahren und scheint insofern ausgezeichnet geeignet, Vernetzungen zu erzeugen und zu nutzen. Grundregel der IT ist eine prozessuale, situativ angelegte und relationale Kombination von Bedingungen für die Möglichkeit von Transgressionen der Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Handlungs-Muster eines **bio-psycho-sozialen Systems**.

Immer wiederkehrende Begriffe lauten u.a.: **Exzentrizität, Zentrizität, Mehrperspektivität, Synopse, Synergie, kreative Medien/Intermedialität, dynamische Regulation, Mentalisierung, Konnektivierung, Sinn, Komplexität, Polylog, Transversalität, Konvivialität.**

Gehen wir die Begriffe einmal in lockerer Folge durch: **Exzentrizität**, der Blick von außen (im Unterschied, aber im dialektischen Bezug zur **Zentrizität**, dem „In-sich-Hineinspüren“ und „In-sich-Ruhen“, „Zentriert-Sein“) und **Mehrperspektivität** bedingen einander. **Exzentrizität** ermöglicht Mehrperspektivität. Mehrperspektivität setzt Exzentrizität voraus. Exzentrizität gilt sowohl für den Blick nach außen, als auch für den Blick auf sich selbst.

Die aus exzentrischer Position gewonnene Mehrperspektivität legt **Synopse**, Zusammenschau nahe. Die Synopse ermöglicht wiederum Konnektivierung, d.h. die Vernetzung unterschiedlicher, aktiv in den Blick genommener oder in das Auge fallender Wissensbestände. Die **Synergie** ist das Zusammenwirken aller Prozesse **dynamischer Regulation** (nähere Erklärung folgt später) im Leibsobjekt. In der Behandlung ist sie das Zusammenwirken verschiedener Interventionen, womit auf komplexe Wirkungen abgezielt wird. Bei diesen spielen die „**kreativen Medien**“

(Farben, Ton, Texte, Instrumente etc.) eine wichtige Rolle, die in **intermedialer** Weise – eine spezifische Entwicklung der Integrativen Therapie (Petzold, Orth, Sieper 2008) verbunden eingesetzt werden diagnostisch (z.B. semiprojektiv) und therapeutisch (z.B. erlebnisaktivierend), um durch diese **Intermedialität** komplexe Wirkungen zu ermöglichen (Petzold, Orth 1990a, 1994, 2008; Müller, Petzold 1998; Osten 2000). **Konnektivierung** kann bereits als kreatives Prozedere verstanden werden, ein Prozedere, das ständig aufs Neue vollzogen, neue Interpretationen hervorbringen und so neuen Sinn schöpfen kann. Durch Konnektivierung soll die Bildung vielschichtiger und kontingenter Interpretationen befördert und damit hinlänglich valide Möglichkeiten vom **Sinn** begründet werden, wobei immer vielfältiger Sinn unterstellt wird und kein „letzter Sinn“ (Petzold, Orth 2005a). Dem Begriff der **Transversalität** wird in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zugemessen, weil er das typische theoretische und praktische Verfahren der **IT** auszeichnet charakterisiert. Transversalität bezeichnet programmatisch den Typus eines offenen, nichtlinearen, pluriformen, prozessualen Denkens. **Transversalität** meint ein Denken von Vielfalt in permanenten Übergängen. (Im synergetischen Paradigma spricht man von „Ordnungs-Ordnungs-Übergängen zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltens-Mustern eines bio-psycho-sozialen Systems“. Der Integrative Ansatz fügt hier noch die Volitionen hinzu (Petzold, Sieper 2007a). Ethisches Metaziel ist Konvivialität, ein gutes Leben miteinander.

In der **IT** ist damit ein Denken gemeint, das charakterisiert ist durch Reflektieren und Metareflektieren. Ein Denken, das durch beständiges Überdenken, Nachdenken und Durchdringen der eigenen Positionen und ihrer Kontexte deren ganze Komplexität mehr und mehr erschließen will, ohne zu einem bestimmten Abschluss oder letzten Sinn kommen zu sollen, sondern immer neuen Sinn freisetzt.

So ist der **IT** stets die Metareflexion ihres Denkens aufgetragen, z.B. sich vor dem gegebenen kulturellen Hintergrund mit seinen immanenten geistesgeschichtlichen Strömungen und Diskursen zu verstehen, um in eine Metahermeneutik zu münden, in der sich die Hermeneutik selbst zum Gegenstand der Auslegung macht. Deshalb ist dieses Denken „herakliteisch“, immer „im Fluss“. Systematische Suchbewegungen werden zum Erkenntnisprinzip, fortschreitende Transgressionen zum Entwicklungsziel.

Das für die **IT** typische Denken zielt auf die Ermöglichung von Vielfalt, auf die Zulässigkeit heterotopischen Argumentierens, auf die Gültigkeit heterogener Ordnungen bzw. auf die Relativierung von singulären Geltungsansprüchen. Mit Integration soll es eben nicht um die Generierung und Behauptung einheitlich verfasster Erkenntnisse und Praktiken gehen, sondern um Erweiterung, Vielfalt und Differenzierung. Integration meint in diesem Verständnis nicht Assimilation und Nivellierung, sondern **Konnektivierung**.

Komplexität gilt es so gut wie möglich zu erhalten, zu differenzieren - und, als in Zeit und Raum lebendig Gewirktes, vielschichtig aufzufächern, damit es in seinem Gewordensein und seinen Bezügen dargestellt und angemessen begriffen werden kann.

Dies verweist auf eine bestimmte intersubjektive und historische Situierung von Denken und Wissen. Denken und Wissen hat sozialen und historischen Gehalt: Sie werden prinzipiell intersubjektiv und diskursiv, in Kontext und Kontinuum verstanden, d.h. in Ko-respondenz, in Konsens und Dissens gewonnen, als Begegnung und Auseinandersetzung erlebt in **Polylogen**, worunter das „Gespräch nach vielen Seiten“, Berücksichtigung von Anderem und Beachtung und Achtung des Anderen, verstanden wird (Petzold 2002c).

Es wird dadurch ein bestimmter Typ des Denkens samt einer Verfahrensweise entwickelt, der jenseits von einzelnen Theorien und Praktiken ist. Insofern handelt es sich eher um einen durchgängigen Stil, als eine formal durchgehaltene Theorie, etwa vergleichbar einer inneren Einstellung, aus der wiederum bestimmte, nachvollziehbare Herangehens- und Umgangsweisen mit Themen resultieren.

Es geht demnach um etwas sehr Einfaches, wenn auch schwierig Benennbares: um das gegenseitige Erleben unverstellten, lebendigen Kontakts, das Vollziehen unmittelbarer Begegnung. Manche Autoren sind der Auffassung, dass das Wesentliche der therapeutischen Beziehung die Erfahrung unverstellter, unentfremdeter Beziehungsqualitäten ist, wie sie den PatientInnen oft über lange Zeit fehlten. Ein wesentlicher therapeutischer Wirkfaktor scheint hierbei der Blickkontakt zu sein. In der erlebten Beziehung entstehen Gefühle des Verbundenseins, der Sicherheit und des Getragenseins, des emotional „Angenommen- und Gestütztseins“.

Im Integrativen Ansatz werden die Prozesse dynamischer Regulation zwischen Systemen (wie z.B. das System Therapeut und das System Patient) als „Passung“ bezeichnet, die eine hinlänglich gute, wechselseitige Adaptierung bzw. Synchronisation ermöglicht und gewährleistet.

Dies verlangt dem Therapeuten einiges ab: Er braucht die Fähigkeit, ohne die Kompliziertheit der psychotherapeutischen Situation zu verkennen, situations- und indikationsspezifisch mit dem Patienten eine gemeinsame Form von Kontakt, Begegnung, Beziehung, zuweilen auch Bindung zu praktizieren. Das schließt insbesondere auch seine prinzipielle Bereitschaft ein, sich für den Patienten zu öffnen und sich von ihm emotional berühren zu lassen (Resonanz) sowie sich empathisch auf das Erleben und auf die Lebenswelt des Patienten einzustellen. Geht es doch um eine Arbeit in der „Zwischenleiblichkeit“ (Gabriel Marcel 1985; Leitner, 2000).

Situations- und indikationsspezifisch zu intervenieren kann auch beinhalten, sich dem Patienten ausgewählt und begrenzt erkennen zu geben. Hierbei ist zu bedenken, dass spontanes Erleben und Verhalten des Therapeuten stets der Klärung und

Differenzierung bedarf, um seriell und situativ zu professionellen, d.h. insbesondere zu reflektierten, begründeten, zielgerichteten Verhaltensweisen des Therapeuten in der therapeutischen Beziehung zu führen.

Es ist ein unverzichtbares Bedürfnis von Individuen, sich im tiefen Inneren gemeint und verstanden zu fühlen, aber auch sich selbst zu verstehen. Es genügt nicht, an ihnen äußerlich Handlungen vorzunehmen oder sie mit aufgesetztem Expertenwissen und -verhalten zu beeindrucken oder mit magischen Gesten und Phrasen zu manipulieren. *Verstehen* verweist nicht auf Verlautbarungen des Therapeuten, z.B. „Ich verstehe Sie“, sondern bedeutet zuerst, dass sich der Patient wahrgenommen, erfasst, angemessen verstanden und trefflich behandelt fühlt, damit er sich selbst verstehen lernt.

Der Wirkfaktor „Verstehen“ kann daher nicht ohne weiteres formal operationalisiert und entlang eines Manuals appliziert werden, sondern ist in der Regel Ergebnis therapeutischer Intuition und Kunst.

Dahin zu kommen, dass der Patient sich verstanden fühlt, kann unter Umständen weite Wege und komplizierte therapeutische Aktionen (Interaktionen) erfordern.

Eine Methode, den Patienten zu verstehen und ihm das Gefühl zu vermitteln, verstanden zu werden, verläuft zum einen über die therapeutische Klärungsarbeit. Dabei erörtern und klären Therapeut und Patient gemeinsam das Erleben, Denken und Verhalten sowie die Lebensgeschichte und Lebenssituationen unter phänomenologischem Gesichtspunkt. Zum andern erfolgt auch eine wohl dosierte, indikationsspezifische Befriedigung von Bedürfnissen des Patienten, durch die er bekommt, was er braucht - wenn auch nicht immer das, was er zu brauchen glaubt (*Ferenczi*). Eine solche Befriedigung kann vielfältig aussehen, sie kann durch eine emotionale Zuwendung bewirkt werden, sie kann in einer selektiven Offenheit des Therapeuten bestehen, es kann sich aber auch um eine Grenzsetzung („skillful frustration“) handeln. Die spezifische Befriedigung von Bedürfnissen des Patienten, ihm zu geben, was er braucht, bildet eine der schwierigsten Aufgaben, die im therapeutischen Prozess zu lösen sind. Die metahermeneutische Mehrebenenreflexion stellt deshalb für jede therapeutische Aktivität eine „*Conditio sine qua non*“ dar.

Hier sei auf den hermeneutischen Aspekt der **IT** hingewiesen, für den die Modellmetapher der „Spirale“ grundlegend ist. In Kurzform: „Von den Phänomenen zu den Strukturen, zu den Entwürfen“.

Dieser Weg „von den Phänomenen zu den Strukturen, die sich wiederum **proaktiv** in die Zukunft entwerfen“ verläuft idealtypisch in Form einer hermeneutischen Spirale. Diese Spirale beinhaltet *Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären*, was ggf. zum *Verändern* führt. Mit der Proaktivität wird eine einseitige Vergangenheitsorientierung (wie im tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Ansatz) oder Gegenwartszentrierung (wie im gestalttherapeutischen Ansatz) überschritten, und stattdessen „chronosophisch“ mit der integrativen Zeittheorie (*Petzold 2003a*)

und der „Chronotopos-Idee“ von *Bachtin* (dieses Heft, *Petzold, Orth, Sieper*) ein komplexes Zeitverständnis vertreten und praxeologisch umgesetzt.

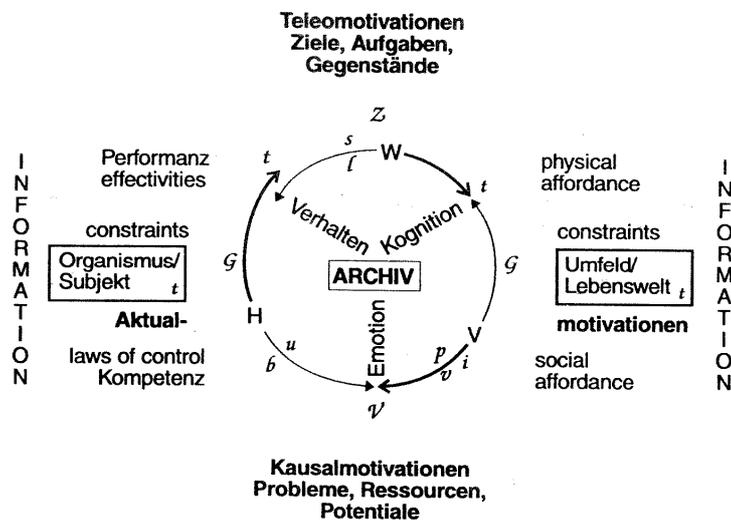
Dieser spiralg progredierende, in sich reflexive Prozess ist in zwei Doppeldialektiken organisiert, in denen sich leibhaftige Erkenntnis konstituiert: der „leibnahen“, erlebnistheoretisch-phänomenologisch orientierten Dialektik Wahrnehmen/Erfassen **und** der „vernunftnahen“, hermeneutisch orientierten Dialektik von Verstehen/Erklären.

In der Prozesstheorie der Integrativen Therapie wird Psychotherapie als Prozess einer „heraklitischen Spirale des Erkenntnisgewinns“ beschrieben. Dieser (Prozess) beruht auf einer Ko-respondenz zwischen dem Patienten/Klienten und dem Therapeuten, der Therapeutin. *Ko-respondenz* führt zu *Konsens* (oder Dissens), zu *Konzepten*, zu *Kooperationen*. Es werden Wahrnehmung, Emotion, Verarbeitung, Kognition, Volition, Handeln und Verhalten als miteinander verschränkte Dimensionen des „personalen Systems“ gesehen.

Nachfolgend zeigt die Abbildung einen Prozess im Kontext eines Systemmodells. Hier klingt die Violdimensionalität der **IT** und ihres Denkens an. Dabei handelt es sich um ein stark vereinfachtes Modell sozialer Interaktion (in Anlehnung an *Petzold H. G.*: Die Kraft liebevoller Blicke, 1994):

- Als Basis steht der Mensch mit seinem Leib-Archiv sowie den Dimensionen: Kognition, Emotion, Verhalten als „informierter Leib“.
- Der Prozess findet im Spannungsfeld einer Polarität zwischen Organismus, dem Subjekt und dem Umfeld, der Lebenswelt eines Menschen statt.
- Information aus dem Organismus und gleichzeitig aus der Lebenswelt wirkt über eine Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsspirale, wobei die Pfeilrichtungen zeigen, dass der Prozess, der progrediert, jeweils auch rückwirken kann. Wahrnehmen führt zum Verarbeiten und wirkt zurück ins Handeln, Verarbeiten führt ins Handeln und wirkt zurück ins Wahrnehmen. Handeln führt zum Wahrnehmen und wirkt zugleich zurück ins Verarbeiten – dies vor dem Hintergrund des Zeitkontinuums: Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft.
- Das Modell beinhaltet auch ein Motivationssystem, das von einer Kausalmotivation zu einer Zielmotivation wirkt mit jeweiliger Rückwirkung. Dazwischen muss sich das Subjekt aktualisieren.

Das Verfahren der INTEGRATIVEN THERAPIE besteht therapietechnisch in der Anwendung einer jeweils kreativ neu zu generierenden, reflektierten Vernetzung von Perspektiven (Blickwinkel auf das Individuum, oder auf seine sozialen Beziehungen oder Institution, Organisation...), Optiken (Betrachtungsweisen auf Entwicklung, Psychodynamik...), Heuristiken (Modellvorstellungen von Lebensprozessen und Lebenssituationen).



Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Spirale (WVH-Modell) (aus *Petzold* 1990g)

Zentraler Faktor für die Gestaltung der jeweiligen Kombination ist die „metahermeneutische Mehrebenenreflexion“. Der Therapeut bedient sich dieses Instruments zur Klärung und Analyse des intersubjektiven Geschehens und Handelns. Diese hyperexzentrische Mehr-Ebenenreflexion ist ihrerseits in „philosophische Kontemplation“ eingebunden.

Die Mehrebenenreflexion (z.B. eine Triplexreflexion) bereitet bewusste Entscheidungen vor, z.B. über die Auswahl und Kombination von „Wegen der Heilung und Förderung“, von Methoden, Modalitäten, Techniken, Medien und von Tiefungsebenen (*Petzold et al.* 2008).

Nun mangelt es aber nicht an Versuchen, die Vorstellung des eingangs erwähnten psychophysischen Dualismus samt der ihr inhärenten Erklärungsrichtung grundsätzlich zu überwinden, ohne dabei in einen platten „eliminativen“ materialistischen Monismus zu verfallen, der für psychotherapeutisches Arbeiten keine gute Basis bietet (*Petzold, Sieper* 2007a; *Petzold, Orth* 2007a, 638ff).

Wir möchten in diesem Kontext zwei Ansätze hervorheben:

- a) den Ansatz der erlebnistheoretischen Phänomenologie von *Maurice Merleau-Ponty* (1966) und
- b) Ansätze der Neurobiologie wie bei *Lurija, Damasio, Freeman* u.a.

ad a): Zum erlebnistheoretisch-phänomenologischen Ansatz des französischen Philosophen und Psychologen *Maurice Merleau-Ponty* (1908 – 1961). Die

philosophische Methode *Merleau-Pontys* besteht im Wesentlichen darin, Denksätze und Forschungsergebnisse seiner Zeit aufzunehmen, zu diskutieren und erlebnistheoretisch-phänomenologisch neu zu interpretieren.

Das Werk von *Maurice Merleau-Ponty* (1966; 1976; 1986) ist unter den verschiedenen Philosophien, auf die sich die INTEGRATIVE THERAPIE grundlegend bezieht, eine tragende Referenz-Philosophie. Zentral stehen bei *Merleau-Ponty* die Begriffe des Leibsubjektes (*sujet incarné*) der Intersubjektivität und der Natur. Im Begriff des Leibes hob er die traditionellen Alternativen von anatomischem Körper und Bewusstsein auf, zugunsten der „Suche nach einer dritten Dimension“ (*Waldenfels* 1983, 148). Der Leib ist immer in die Lebenswelt/Natur eingebettet.

ad b): Neurobiologische Aspekte im Integrativen Ansatz bedeuten Förderung von „Regulationspotenzial“ und „dynamischer Regulation“.

Der Begriff „dynamische Regulation“ ist von zentraler Bedeutung im Integrativen Ansatz. Er stammt aus der Biologie und Neurophysiologie (*Anochin, Bernštejn, Lurija*) und ist aus der Beobachtung lebendiger biologischer Systeme hergeleitet. Durch Regulationsprozesse können Wirkungen aus den Umweltsystemen und dem eigenen organischen Binnensystem ihre Funktionsfähigkeit entwickeln, aufrechterhalten und optimieren.

Heute wird der Begriff „Regulation“, „Selbstregulation“ (*F.H. Kanfer* 1970) oft auch mit dem aus der Physik stammenden Begriff „Selbstorganisation“, wie er in der Synergetik von *Haken* (*Haken, Schiepek* 2006) verwendet wird, gleichgesetzt. Die IT hält aber am Regulationsbegriff fest, weil der biologische und der physikalische Systembegriff nicht vollends gleichgesetzt werden können. Sie unterscheiden sich durch einen wesentlichen Parameter: das **Leben**.

Mit „dynamischer Regulation“ (IT) und „Selbstorganisation“ (Synergetik) werden die spontan auftretenden Prozesse der Bildung bzw. Veränderung räumlich und zeitlich geordneter Strukturen/Formen in offenen, dynamischen Systemen bezeichnet, die durch das Zusammenwirken von Teilsystemen zustande kommen. Die nichtlineare Systemdynamik offener physikalischer Systeme ermöglicht durch Nutzung von Energie aus dem Umfeld Selbstorganisation. „Dynamische Regulation“ ermöglicht die Erklärung von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen als Zustandsübergänge, wie sie seit der Antike mit Begriffen wie „Metamorphose/Gestaltwandel“ oder „Krisis“ (*Petzold* 1968a) beschrieben wurden und heute Gegenstand der Theorie der „dissipativen Strukturen“ (*Prigogine* 1979), der „Katastrophentheorie“ (*Thom* 1989) oder der „Synergetik“ (*Haken* 1997) sind.

Eric Kandel (2006) postulierte zum Verständnis des Zusammenspiels zwischen Hirnfunktionen, mentalen Vorgängen sowie genetischen und psychosozialen Einflüssen sinngemäß Folgendes:

1. Alle mentalen Prozesse leiten sich aus Aktivitäten des Gehirns ab. Verhaltensstörungen, psychosomatische Störungen können auch als Störung der Hirnfunktion angesehen werden.
2. Gene und ihre Proteinprodukte sind wichtige Determinanten der Verbindungen zwischen den Neuronen und ihren Funktionen.
3. Lernen ruft Veränderungen der Genexpression hervor. Psychosoziale Erfahrungen und genetische Anlagen sind daher eng miteinander verknüpft.
4. Wenn Lernen einen messbaren Einfluss auf das Gehirn hat, dann führt auch eine erfolgreiche Psychotherapie zu messbaren Veränderungen (*Kandel 2006*).

Aus heutigem Verständnis ist das Gehirn das Instrument des Lernens, seine Prozesse sind zugleich die Lernprozesse, die es verändern – durch Rekursivität wie *Edelman* (2004) das sieht, der von *Bernštejn* und *Anochin* Inspirationen erhielt.

Gerade die neurobiologischen Forschungsansätze der letzten Jahre haben gezeigt (z.B. durch die Entdeckung der Neubildung kortikaler Neurone im Erwachsenenalter), dass das Gehirn in einer Weise über Plastizität und funktionelle Variabilität verfügt, die bislang nicht vermutet worden war.

Heute werden oft bildgebende Verfahren wie fMRI dazu benutzt, um biologische Vorgänge im Gehirn darzustellen. Dabei ist immer zu beachten, dass es sich hierbei um eine optische Präsentation eines rechnergenerierten Gehirnmodells handelt und nicht der „Spiegel der Seele“ dargestellt wird.

Die „Neuroplastizität“ des Gehirns wurde zuerst in der Grundlagenforschung anhand von Tierversuchen belegt. In einer Forschungsarbeit im Jahr 2006 wurden über vier Wochen mit Hilfe eines Zwei-Photonen-Laser-Imaging die gleichen Neurone beobachtet.

Dazu wurde in den Schädelknochen einer Maus ein Loch gebohrt und ein Objektiv montiert. Der somatosensorische Cortex wurde über die Barthaare gereizt und so konnte die Entwicklung von „New Spines“ (Dornen) nachgewiesen werden (*Knott et al. 2006*).

Das Revolutionierende ist, dass die Neurowissenschaften subjektive Erfahrungen – sie werden in den Begriff der „Qualia“ (*Denet 1993; Hekmann, Walter 2001; Levine 1983*), der Erlebnisqualitäten, gefasst, als legitimes Forschungsgebiet etabliert haben. Die Erkenntnis hat damit Platz gegriffen, dass ein Realitätsbegriff ohne subjektive Elemente zwar an methodischer Exaktheit gewinnt, aber Gefahr läuft, den Menschen aus dem Auge zu verlieren (*Walch 1981*).

Die neueren neurobiologischen Ansätze gewinnen durch die Integration kognitiver, psychosozialer und biologischer Zugangswege, durch die vermehrte Beachtung von Emotionen und Volitionen und durch spektakuläre technologische Entwicklungen für Therapeuten (Psychotherapeuten, Leibtherapeuten) an Attraktivität.

Ein Beispiel kann das verdeutlichen: In der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie wurde seit ihren Anfängen auch sporttherapeutisch gearbeitet. *Petzold* führte das „Therapeutische Laufen“ in die Psychotherapie ein (*Petzold*, 1974k), das verbaler psychodynamischer Psychotherapie, wie die „Amsterdamer Laufstudien“ zeigten, in der Behandlung von Depressionen überlegen war. Bei einer Vergleichsgruppe mit PatientInnen, die mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI-Medikation) behandelt wurden, erwies sich die Lauftherapie gleich wirksam bei der Reduktion der Depressionswerte (*van der Mei, Petzold, Boscher* 1997). Neben psychologischen Faktoren wie der Stärkung der Selbstwirksamkeit, Sensibilisierung der eigenenleiblichen Wahrnehmung und psychosozialen Faktoren wie der Austausch in der Laufgruppe, wurden physiologische Parameter untersucht: Ruhepuls, Blutdruck, Lungenvolumen, Sputumcortisol. Es wurden Einflüsse auf das serotonerge und dopaminerge System angenommen etc. Heute werden die Laufstudien aber durch weiter greifende Erkenntnisse gestützt. *Petzold* (2008) schreibt hierzu:

»Wir wissen heute, dass BDNF (brain derived neurotrophic factor) das Überleben und die Differenzierung von Nervenzellen reguliert und auch für „Lernen“, „Gedächtnisleistungen“ eine wichtige Funktion bei der synaptischen Plastizität und der Langzeitpotenzierung hat. Das wird u.a. dadurch deutlich, dass BDNF sich in besonders hohen Konzentrationen im Hippocampus findet, diesem zentralen Gedächtnisspeicher im limbischen System, wo z.B. die Informationen für das episodische Gedächtnis gespeichert werden. Der Hippocampus ist für das Lernen, das Memorieren und damit für die Verhaltenssteuerung wesentlich. BDNF fördert das Wachstum und Überleben von dopaminergen Neuronen im Mesencephalon, cholinergen Neuronen im Vorderhirn und GABAergen Neuronen im Striatum. Unter massivem Stress wird offenbar BDNF im Hippocampus reduziert. Die bei PatientInnen mit chronifizierten PTSD beobachteten Verluste an Hippocampusgewicht (*Bremner et al.* 1995; *Yehuda* 2001) können damit in Verbindung gebracht werden. Wir wissen aber auch, dass Bewegung, Sport, Aufenthalt in anregender Umwelt (der von uns in den Laufgruppen beobachtete 'soziale Faktor') die BDNF-Bildung im Gehirn anregt. Ist das eine Erklärung für die antidepressive Wirkung unserer Lauftherapie? Tierexperimentelle Untersuchungen von *Ganza et al.* (2004) im Kontext von Depressionsforschung weisen darauf hin. Die experimentell induzierte Depression der Versuchstiere (Ratten) veränderte sich bei Infusion von BDNF in das Zwischenhirn. Es wirkte antidepressiv. *Ganza et al.* konnten in ihrem Experiment zeigen, dass vermehrte körperliche Aktivität der Tiere, die Gabe von Tranylcypromin, ein MAO-Hemmer als Antidepressivum, und auch die Kombination beider Maßnahmen, die Konzentration von BDNF-mRNA (messenger RNA) im Hippocampus junger und alter Tiere deutlich steigerte. Die Trainingseffekte auf die BDNF-mRNA waren schon nach zwei Tagen nachweisbar und hielten unter entsprechendem Training bis zu 20 Tagen an. Bei älteren Ratten bewirkte zweimaliges Schwimmen (jeweils 8 Minuten pro Tag), dass die BDNF-mRNA-Konzentrationen in verschiedenen

Hippocampusregionen den Kontrollwert um bis zu 150 Prozent übertrafen. Sie untersuchten auch Tiere unterschiedlichen Alters und sehen in ihren Befunden eine Bestätigung dafür, dass regelmäßige Bewegung die neuronale und psychisch-emotionale Gesundheit bei Individuen jeden Alters fördert, eine Feststellung, die wir in unserer Bewegungsarbeit mit alten Menschen (Petzold, Berger 1978; Petzold, Vermeer 1986; Petzold 1997t) aufgrund klinischer Beobachtungen machen konnten, die dann durch unsere sportpsychologisch-empirischen Untersuchungen bestätigt wurden (van der Mei, Petzold, Boscher 1997; Schay, Petzold et al. 2004) und die jetzt durch neurobiologische Forschungen bestens gestützt werden. Das zeigt auch der Übersichtsartikel von Neumann und Frasch (2008):

„Unter Berücksichtigung der aktuellen neurowissenschaftlichen Befunde wurde mittlerweile die sogenannte Neurogenesetheorie der Depression formuliert, die besagt, dass Expression neurotropher Faktoren, Neurogenese, hippocampale Struktur und Funktion sowie die klinischen Phänomene der Depression in engem Zusammenhang stehen. Wir vermuten, dass Lauftherapie (aber auch andere Bewegungsformen, denen das Prinzip der ‚allgemeinen aeroben dynamischen Ausdauer‘ zugrunde liegt) primär über die Verstärkung der Expression neurotropher Faktoren an entscheidender Stelle in dieses Bedingungsgefüge eingreift“.

Auch die Untersuchung von Bjornebekk et al. (2005) konnte nachweisen, dass Laufen antidepressiv wirkt und mit einer gesteigerten Proliferation im Hippocampus verbunden ist. Signifikantes Ergebnis war, dass die BDNF-mRNA-Konzentration dann besonders hoch war, wenn Laufradbelastung und Antidepressiva kombiniert wurden. Bjornebekk und Mitarbeiter nehmen an – und einiges spricht dafür –, dass die Verhinderung hippocampaler Zellproliferation eine der pathophysiologischen Grundlagen der Depression sein könnte. Dann wird es nahe liegend, und ist durch die neurobiologischen Untersuchungen einerseits und die klinischen Beobachtungen andererseits gestützt, dass körperliche Aktivität ein wirkungsvolles Antidepressivum ist, da sich ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen hippocampaler Zellproliferation aufgrund von Bewegungsaktivitäten und Reduktion der modellhaften Depressivität zeigt« (Petzold 2008k).

Diese Ausführungen über neuere Experimente, die leiborientierte klinische Praxis fundieren, durch den Nachweis, dass aerobes Ausdauertraining einen Einfluss auf die Expression neurotropher Faktoren hat, die die hippocampale Zellproliferation fördern und die Modelldepression reduzieren, sind ein schönes Beispiel für die Wege, die moderne leiborientierte Psychotherapie und eine zeitgemäße bio-psycho-soziale Krankheitstheorie bzw. psycho-sozio-somatische Konzeptbildung nehmen muss. Der Einfluss der psychosozialen Komponenten muss noch stärker untersucht werden, denn auch ein positives soziales Miteinander im Integrativen Ansatz des „creative running“, bei dem viel gelacht und gescherzt wird (van der Mei et al. 1997), die emotionalen Ansteckungseffekte u.a. durch „Spiegelneuronenaktivierung“, auf die

das integrative Lauf- und Bewegungstraining abstellt (*Lamacz-Koetz* 2007), tragen zur zerebralen Aktivierung bei.

Es ist Integrationsarbeit angesagt, denn es geht nicht um die Generierung und Behauptung monothematisch und monokausal begründeter, tendenziell einheitlich verfasster Erkenntnisse und Praktiken wie entweder biologische Psychiatrie oder psychodynamische Interventionen, sondern es geht um Erweiterung, Vielfalt und Differenzierung, in der das Zusammenwirken vielfältiger Komponenten beobachtet und untersucht werden bzw. werden müssen, wie es *Lurija* (1970, 1992) immer gefordert und praktiziert hat.

Integration meint in diesem Verständnis Zusammenschau von Neurobiologie, psychodynamischen und psychosozialen Erkenntnissen. Die Beachtung solcher Grundsätze kann TherapeutInnen helfen, neurowissenschaftliche Ergebnisse, sozialwissenschaftliche Erkenntnisse (etwa zur Netzwerkforschung) für Behandlungsentscheidungen, Strategien und Zielsetzungen umfassender zu reflektieren. D.h., dass wir den Weg aus der **Monodisziplinarität**, in der die Disziplinen voneinander isoliert ein Problem bearbeitet haben und auch die **Multidisziplinarität**, das „Nebeneinander-her-Arbeiten“ überschreiten durch die **Interdisziplinarität**, in der sich die Disziplinen in Bezug auf ein Thema koordinieren und alle ihre Möglichkeiten einsetzen und in **Polylogen** miteinander kooperieren. Eine hohe Dichte der Vernetzung zu den einzelnen Disziplinen kann dann auch noch weiterführen in eine **Transdisziplinarität** (*Petzold* 2003a; *Sieper* 2006).

Die Beachtung mehrperspektivischer Zugangsweisen fordert auch multimethodische Behandlungswege, in denen neue Ansätze des Denkens, Erlebens und Verhaltens des Patienten mittels therapeutischen Kontakts und Beziehung unter Bearbeitung aktueller Lebensprobleme, sozialer Netzwerksituationen sowie unbewusster Konflikte bei Einbezug neurowissenschaftlicher Erkenntnisse und Ergebnisse der biologischen Psychiatrie stattfinden können.

Ein mehrdimensionaler, multimodaler Zugang (wo Menschen durch den therapeutischen Kontakt, die therapeutische Begegnung und die therapeutische Beziehung angeregt werden, Neues zu lernen, neue Handlungsmuster, neue Bewegungsmuster auszuprobieren.) schlägt auf Grund der von der Natur vorgegebenen Neuroplastizität unseres Gehirns – siehe Tierversuch – auch immer körperlich durch! Den bildgebenden Verfahren verdanken wir, dass heute sichtbar gemacht werden kann, dass Behandlungen bzw. Einflussnahmen die Vernetzung im Gehirn verändern (*Grawe* 2004). Wir müssen allerdings dazu kommen, dass es nicht bei unspezifischen Wirkungen bleibt („Bewegung ist gesund!“ – ja doch!), sondern dass wir auf Dauer immer genauer wissen, welche Maßnahmen welche Effekte hervorbringen (*Waibel, Jacob-Krieger* 2008).

Das bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes - unterwegs zu einer

integrativen Psychosomatik bzw. integrativen bio-psycho-sozialen Humantherapie-, das hier skizziert wurde, trägt der Komplexität der Aufgabe Rechnung, indem es komplexe theoretische Modellvorstellungen zur Reflexion und Gestaltung dieser Prozesse entwickelte.

Um komplexe Zusammenhänge verstehen und beeinflussen zu können, ist ein übergeordneter Rahmen der Betrachtungen erforderlich. Gesunde und gestörte Lebensvorgänge von Menschen machen die Zusammenschau von philosophisch-anthropologischen und klinischen Positionen unter verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven erforderlich, sodass monodisziplinäre Sichtweisen zu multi- und interdisziplinären überschritten werden müssen. Damit ist auch eine Integration aller wesentlichen wissenschaftlichen Konzepte der Medizin gefordert. Die Integration bzw. Vernetzung von Erkenntnismethoden wie der phänomenologischen, dialektischen und hermeneutischen „Wege zum Menschen“ – gestützt und begründet durch empirische Forschung in komplexen Designs (Steffan, Petzold 2001) – ist dabei eine wichtige Aufgabe, weil theoretisch begründetes „multitheoretisches“ Arbeiten, wie es im Integrativen Ansatz entwickelt wurde, für die klinische Praxis und für die Ausbildung (Petzold, Sieper 2007a; Sieper, Orth, Schuch 2007; Leitner et al. 2008) eine Forderung der Zeit ist. Die einzelnen Diskurse sind nicht weiter als isolierte Metaerzählungen (Lyotard 1981) zu betrachten, sondern es gilt sie als Teilansicht zu erkennen, die einer kritischen Abstimmung und dann einer sinnvollen Vernetzung bedürfen.

Um eine zukunftsorientierte, moderne, pathogenetisch und salutogenetisch gegründete Psychosomatik bzw. biopsychosoziale Gesundheits-Krankheitslehre zu entwickeln und zu verwirklichen, führt uns eine kritische Aufmerksamkeit zu den aktuellen Entwicklungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, die deutlich machen, dass die Zeit der „Therapieschulen“ vorbei ist. Das bedeutet nicht, dass damit einem wilden Eklektizismus Tür und Tor geöffnet wäre. Es geht vielmehr um einen gut abgestimmten „Einsatz von Vielfalt“ und um eine kohärente, theoretische Begründung von Praxis und ihre durch sorgfältige empirische Forschung abgesicherte Wirksamkeit und weitgehende Nebenwirkungsfreiheit. Gemeint ist eine Praxis, die dem Hilfesuchenden, dem Patienten, dem Klienten auch noch jenes Maß an Freiheit und dynamischer Selbstregulation eröffnet, die die Selbstkonstituierung des Subjekts fördert.

Zusammenfassung: Unterwegs zu einer integrativen Psychosomatik – Das bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes

Die Psychosomatik gründet sich heute auf einen bio-psycho-sozialen Ansatz, in dem Gesundsein und Kranksein immer eine Vielzahl von Ursachen haben. In der gegenwärtigen Modellbildung wird darauf hingewiesen, dass somatische Prozesse wie das neuronale und immunologische System und psychische Prozesse wie Emotionen,

Kognitionen und Volitionen miteinander verwoben sind. Die fachspezifische Psychotherapiemethode „Integrative Therapie“ hat in ihrer Arbeit mit dem „Leibe“ und den „kreativen Medien und Methoden“ bewusst Anschluss an die asklepiadische Tradition gesucht, mit ihren verbalen und nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten im Behandlungsgeschehen wie Bewegung, Musik, Tanz, Drama, Farbe, Ton usw. Damit wird auch in einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ sowohl auf Salutogenese wie Pathogenese, auf Entwicklungsförderung, auf kurative und protektive Interventionsformen Bezug genommen. Zusätzlich werden die gesundheits- bzw. krankheitsfördernden Faktoren in Kultur und Gesellschaft beachtet. Ziel ist eine theoretisch gut begründete Praxis, eine mit empirischer Forschung abgesicherte Wirksamkeit - bei weitgehender Nebenwirkungsfreiheit.

Schlüsselwörter:

Integrative Psychosomatik, Bio-psycho-sozialer Ansatz, Humantherapie, Dynamische Regulation, Multimethodische Behandlung.

**Summary: On the Way to an Integrative Psychosomatic Medicine –
The Bio-Psycho-Social Model of the Integrative Approach**

Nowadays psychosomatic medicine is based on a bio-psycho-social approach, in which illness and health are principally caused by different factors. In the present model building it is pointed out that somatic processes such as the neuronal and the immunological system are intertwined with psychic processes such as emotions, cognition and volition. Integrative therapy as a specialised method was connected with the asclepiadic tradition of working with the phenomenal body (Leib) and with verbal and nonverbal expressions by working with “creative media and methods” such as movement, music, dance, drama, colours, clay etc. This is related to an “anthropology of the creative human” in its pathogenesis and its salutogenesis as well as fostering personal development and to curative and protective interventions. Additionally the health or illness promoting factors in culture and society are seriously examined and acted upon. The goal is a theoretically well grounded practice whose effects are supported by research and produces minimized side effects.

Keywords:

Integrative Psychosomatics, Bio-psycho-social Approach, Human-Therapy, Dynamic Regulation, Multi-Methodology Treatment.

Literatur

- Anochin, P.K.* (1967): Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltensaktes. Jena: Fischer.
- Anochin, P.K.* (1974): Biology and Neurophysiology of the Conditioned Reflex and it's Role in Adaptive Behavior. Oxford: Pergamon Press.
- Adler, A.* (1912): Organdialektik, in: *Adler, A. und Furtmüller, C.*: Heilen und Bilden. Frankfurt: 1973b, S. 114 - 122.

- Adler, R. (2005): Einführung in die biopsychosoziale Medizin, Stuttgart und New York: Schattauer.
- Alexander, F. (1971): Psychosomatische Medizin. 2. Aufl., Berlin: de Gruyter .
- Bernštejn, N.A. (1967): The co-ordination and regulation of movements. Oxford: PergamonPress.
- Bernštejn, N.A. (1975): Bewegungsphysiologie. Leipzig: J. A. Barth
- Birbaumer, N., Schmidt, F.R. (2005): Biologische Psychologie, Heidelberg: Springer. 6. Auflage.
- Bjornebekk, A., Mathe, A.A., Brene S. (2005): The antidepressant effect of running is associated with increased hippocampal cell proliferation. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 8, 357-368.
- Bosscher, R.J., Tilburg, W. van, Mellenbergh, G.J. (1997): Running and Depression. In: Vermeer, A., Bosscher, R.J., Broadhead, G.D. (1997): Movement Therapy across the Life-Span. Amsterdam: VU University Press, S. 240 – 255.
- Bremner, J.D., Randall, J.P., Scott, T.N., Bronen, R.A. et al. (1995): MRI based measurements of hippocampal volume in combat related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 152, 973-981.
- Christian, P. (1990): Befindlichkeitsstörungen und funktionelle Syndrome. In: G. Schettler, H. Greten, Innere Medizin I. Thieme, Stuttgart.
- Damasio, A. (1995): Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: List.
- Damasio, A. (1999): The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness. New York: Harcourt Brace.
- Dennett, D. (1993): Quining Qualia. In: Marcel, A.J. (1993): Consciousness in Contemporary Science. Oxford: Calrendon Press, 42-77.
- Deter, H.Ch. (1997): Angewandte Psychosomatik. Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker. Stuttgart, New York: Thieme.
- Derbolowsky, U. (1960): Nach einem Vortrag, gehalten am 29. 4. 1960 am III. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie in Wiesbaden.
- Edelmann, G.M. (2004): Das Licht des Geistes. Wie Bewusstsein entsteht. Düsseldorf: Walter / Patmos.
- Egger, J. (2007): Empirische Wissenschaft und Evolutionäre Erkenntnistheorie. Ein Beitrag zur Psychotherapie als Erfahrungswissenschaft. *Psychologische Medizin* 4/2007, S. 21-33, Facultas Wien.
- Ehlert, U. (2002): Verhaltensmedizin. Heidelberg: Springer.
- Engel, G.L., Schmale, A.H. (1965): Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung in: Overbeck G. u.a. (Hrsg.), Seelische Konflikte-körperliches Leiden. Eschborn: Klotz, 1998.
- Ferenczi, S. (1964): Bausteine der Psychoanalyse. 4 Bde, Bern: Huber.
- Ferenczi, S. (1970, 1972): Schriften zur Psychoanalyse. 2 Bde. Hrsg. Balint, M. und Dupont, J., Frankfurt: Fischer.
- Ferenczi, S. (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Hrsg. Dupont, J., Frankfurt: Fischer.
- Foucault, M. (1996): Diskurs und Wahrheit. Berkeley-Vorlesungen 1983. Berlin: Merve.
- Freeman, W.J. (1999): How Brains Make Up Their Minds. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Freeman, W.J. (2000): Neurodynamics. An Exploration of Mesoscopic Brain Dynamics. London: Springer.
- Freud, S. (1932, 2000): Studienausgabe; Mitscherlich, A. et al. Hrsg. Frankfurt: Fischer.
- Gableitner, S.B.; Ossola, E. (2007): Genderaspekte in der Integrativen Therapie: Auf dem Weg zu einer geschlechtssensiblen Therapie und Beratung. In: Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.-W. (Hg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Ganza A.A., Ha, T.G., Garcia, C., Chen, M.J., Russo-Neustadt, A.A. (2004): Exercise, antidepressant treatment, and BDNF mRNA expression in the aging brain. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 77, 209-220.
- Graue, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur

- Profession. Hogrefe: Göttingen.
- Groddeck, G. (1923): Das Buch vom Es. Leipzig: Internat. Psychoanalytischer Verlag.
- Hahn, P. (1979): Probleme der Interpretation psychosomatische Symptombildung am Beispiel der phobischen Herzneurose. *Material zur Psychoanalyse u. Psychotherapie* 5, S 159 – 172.
- Haken, H., Haken-Krell, M. (1997): Gehirn und Verhalten, Stuttgart: DVA.
- Haken, H., Schiepek, G. (2006): Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Hogrefe: Göttingen.
- Harris, C.R.S. (1973): The Heart and the Vascular System in Ancient Greek Medicine from Alcmeon to Galen, Oxford: Clarendon Press.
- Hass, W.; Petzold, H.G. (1999) Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung in der Psychotherapie. In: Petzold, H. G. , Märrens M. (Hrsg.) Wege zu effektiven Psychotherapien: Psychotherapieforschung und Praxis (Bd. 1, S. 193-272). Opladen: Leske & Budrich.
- Heckmann, H. D., Walter, S. (2001): Qualia – Ausgewählte Beiträge. Paderborn: mentis.
- Heinl, H. (1986): Groddeck und die Integrative Leibtherapie. In: *Groddeck Almanach*, Frankfurt: Stroemfeld/Roter Stern, S. 179 - 185.
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer, psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems. *Integrative Therapie* 3, 316-330
- Heinroth, J.Ch.A (1818): Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihre Behandlung. Vom rationellen Standpunkt aus entworfen. 2 Bd., Leipzig: Vogel.
- Herzog, W. (1984): Modell und Theorie in der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Hoffbauer, J.Ch. (1808): Beiträge zur Beförderung einer Curmethode auf psychischem Wege. Halle.
- Hippokrates (1995): Die Werke des Hippokrates, Hrsg.: Kapferer R., Sticker G.. Eick: Anger-Verlag.
- Iljine, V.N (1972): Therapeutisches Theater. In: Petzold (1972a) S. 168 – 172.
- Janet, P. (1885): Notes sur quelques phénomènes de somnambulisme, *Bulletin de la Société de la Psychologie Physiologique* Vol. I, S. 24 – 32.
- Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique. Paris; Alcan. Nachdruck: Société Pierre Janet, Paris 1973.
- Janet, P. (1924): La médecine psychologique. Paris: Flammarion.
- Janet, P. (1937): Les Troubles de la personnalité sociale. Paris: Cahine.
- Janssen, P.L., Joraschky, P., Tress, W. (2005): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Orientiert an den Weiterbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kandel, E. (2006): Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes. München: Siedler.
- Kanfer, F.H. (1970): Self-regulation: Research, issues and speculations. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), Behavior modification in clinical psychology. New York, Appleton-Century-Crofts, S. 178-220.
- Kanfer, F.H. (1989): Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Veränderungen der letzten 30 Jahre in: Hand, I., Wittchen, H. U.: Verhaltenstherapie in der Medizin. Berlin: Springer, S. 1-13
- Kanfer, F., Phillips, J. (1970): Learning foundations of behavior therapy. New York: Wiley.
- Kanfer, F., Saslow, G.H. (1965): Behavioral Analysis. An Alternative to diagnostic classification. *Arch. Gen. Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kapferer, R., Sticker, G. (1995): Die Werke des Hippokrates. Die hippokratische Schriftensammlung in neuer deutscher Übersetzung.
- Kelso, J.A.S. (1995): Dynamic patterns: The self- organization of brain and behaviour. Cambridge MC.: MIT Press.
- Knott, G.W., Holtmaat, A., Wilbrecht, L., Welker, E., Svoboda K. (2006): Spine growth precedes synapse formation in the adult neocortex in vivo. *Nature, Neuroscience* Vol. 9/9, p. 1117-1124.
- Küchler, F. (1904): Beiträge zur Kenntnis der Assyrisch-Babylonischen Medizin. Texte mit Umschrift,

- Übersetzung und Kommentar. Leipzig: J.C. Hinrichs.
- Lamacz-Koetz I. (2007): Neurobiologische Konzepte und ihre Bedeutung für die Integrative Therapie. Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science“ an der Donau-Universität Krems, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie.
- Leitner, A. (1991): Fokaldiagnostik und -intervention bei psychosomatischen Patienten in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 1-2, 147 - 155.
- Leitner, A. (1995): Kranksein – aus der Sicht eines Integrativen Gestalttherapeuten In: Psychotherapie in der Psychosomatik, Wien: Facultas.
- Leitner, A. (1997): Psychotherapeutische Supervision: Supervision von PsychotherapeutInnen. Wien: Orac.
- Leitner, A. (2000): Zwischenleiblichkeit. Wörterbuch der Psychotherapie Hrsg.: Stumm, G; Pritz, A; Springer Wien New York. 798-799.
- Leitner, A. (Hrsg.) (2001): Strukturen der Psychotherapie. Fortschritte in der Psychotherapeutischen Medizin 1, Wien: Krammer.
- Leitner, A. (Hrsg.) (2003): Entwicklungsdynamiken in der Psychotherapie. Fortschritte in der Psychotherapeutischen Medizin 2, Wien: Krammer.
- Leitner, A. (2004): Skriptum für die Vorlesung „Medizin“ an der Fachhochschule St. Pölten, Studiengang: Sozialarbeit, 2. Sem.
- Leitner, A., Höfner, C., Mertens, M., Koschier, A., Petzold, H. G.: (2008): Wie effektiv ist Psychotherapeutische Medizin? Zur Ergebnisqualität und Wirksamkeit von PSY III – Curricula. *Psychologische Medizin* 2, 4 – 11.
- Leitner, A., Petzold, H.G. (2008): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Wien: Krammer (in press).
- Leitner, A., Schuch, H.W. (2000, 2002): Integrative Therapie – Dokumentation und Ergänzungen zur Einreichung als fachspezifische Psychotherapiemethode an das Bundesministerium für Frauen und Gesundheit.
- Leven, K.-H. (2005): Antike Medizin. Ein Lexikon. München: C.H. Beck.
- Levine, J. (1983): Materialism and Qualia: The Explanatory Gap. *Pacific Philosophical Quarterly* 64, 4, 354-361.
- Lorenz, R. (2004): Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. Mit einem Geleitwort von H. Petzold. München: Ernst Reinhardt. 2te durchgesehene Aufl. 2005.
- Lurija, A.R. (1932): The nature of human conflicts. An objective study of disorganization and control of human behaviour. New York: Grove Press.
- Lurija, A. R. (1992): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt. 6. Aufl. 2001.
- Lurija, A.R. (1970): Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnstörungen. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Mann, B. (1996): Die Bedeutung der Soziologie für die moderne Public-Health-Entwicklung. In: Alemann, H. v., Vogel, A. (Hrsg.): Soziologische Beratung. Opladen: Leske+Budrich.
- Marcel, G. (1956): Was erwarten wir vom Arzt? Stuttgart: Hippokrates.
- Marcel, G. (1985): Leibliche Begegnung, in: Petzold, H. G., Leiblichkeit. Paderborn: Junfermann. S. 15-46.
- Mei, van der, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3, S. 374 – 428.
- Merleau-Ponty, M. (1945, 1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.
- Merleau-Ponty, M. (1942, 1976): Die Struktur des Verhaltens. Berlin: de Gruyter.
- Merleau-Ponty, M. (1964, 1986): Das Sichtbare und das Unsichtbare. München: Fink.
- Meyer, A.-E., Lamparter, U. (1994.): Pioniere der Psychosomatik. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte

- ganzheitlicher Medizin. Heidelberg: Asanger.
- Milz, H. (1985): Ganzheitliche Medizin. Neue Wege zur Gesundheit. Königstein: Athenäum.
- Moreno, J.L. (1946): Psychodrama. Bd. 1, 3. Auflage, Beacon: Beacon House.
- Müller, I., Czogalik, D. (2003): Auszug aus einer Evaluationsstudie über die therapeutische Arbeit von H. Heintz. In: Leitner, A., Entwicklungsdynamiken in der Psychotherapie. Wien: Krammer, S. 477-588.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Integrative Therapie* 3-4, 396-438.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“ In: Märten, M., Petzold, H. G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald, S. 293 - 332.
- Neumann, N.U., Frasch, K. (2008): Neue Aspekte zur Lauftherapie bei Demenz und Depression – klinische und neurowissenschaftliche Grundlagen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 59, 2 (2008)29-32.
- Norcross, J.C.; Goldfried, M.R. (1992): Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books.
- Oerter, R., van Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch, Weinheim: Beltz.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2001): Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie. In: Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“, Paderborn: Junfermann S. 131 – 144.
- Orth, I. (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung – Überlegungen für die Praxis. *Integrative Therapie* 4, 303-324
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie (2. Aufl.), München: Reinhardt.
- Pawlow, I.P. (1927): Conditioned Reflex: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex. Oxford: Oxford University Press.
- Perls, F.S. (1969): Gestalttherapie in Aktion, Stuttgart: Klett.
- Perls, F.S. (1976): Grundlagen der Gestalt-Therapie, München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1968a): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, Genese, Diagnose, Therapie. Paris.
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. *Zeitschrift für Praktische Psychologie* 7, S. 331 – 360.
- Petzold, H.G. (1971e): Behaviourdrama, eine verhaltenstherapeutische Variante des Psychodramas. Ref. auf der I. Tagung der Europäischen Gesellschaft für die Modifikation und Therapie des Verhaltens, München 20.-23. Juli. *Samenspel* 6/7 (1975) 139-146.
- Petzold, H.G. (1972a) (Hrsg.): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wissenschaft. Paderborn: Junfermann. 4. Auflage 1993.
- Petzold, H.G. (1972d): Das spektrometrische Diagramm als Technik des Behaviourdramas und der Selbstregulation. *Psychologie und Praxis* XVI, 134-139.
- Petzold, H.G. (1977f): Behaviourdrama als verhaltensmodifizierende Phase des tetradischen Psychodramas. *Integrative Therapie* 1, 20-39
- Petzold, H.G. (1973a): Gestalttherapie und Psychodrama. Kassel: Nicol.
- Petzold, H.G. (1974j) (Hrsg.): Psychotherapie und Körperdynamik, Paderborn: Junfermann. 7. Aufl. 1994.
- Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. In: Petzold (1974j).
- Petzold, H.G. (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung

- von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. In: *Integrative Therapie* 1-2, S. 51 – 78.
- Petzold, H.G. (1982a): Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater. Stuttgart: Hippokrates.
- Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. 2 Bde, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1994j) Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, 2 Bd. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1997t): Movement is life: Physical health, well-being and vitality in old age through Integrative Movement Therapy, isodynamics and dance-therapy. In: Vermeer, A., Bosscher, R.J., Broadhead, G.D. (1997) (Hrsg.): Movement Therapy across the Life-Span. Amsterdam: VU University Press. S. 307-336.
- Petzold, H.G. (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie. 3 Bde, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2005q): Auf dem Wege zu einer „Allgemeinen Psychotherapie“ und zur „Neuropsychotherapie“. Zum Andenken an Klaus Grawe. *Integrative Therapie* 4, 416-428.
- Petzold, H.G. (2007b): Pierre Janet (1855 –1947) Ideengeber für Freud, Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1, 59 – 86.
- Petzold, H.G. (2008b): „Mentalisierung“ an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität: „Biopsychosoziale Kulturprozesse“. Geschichtsbewusste Reflexionsarbeit zu „dunklen Zeiten“ und zu „proaktivem Friedensstreben“ – ein Essay. In: FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – Jg. 2008. Und in: Thema. Pro Senectute Österreich, Wien/Graz, Geschichtsbewusstsein und Friedensarbeit - eine intergenerationale Aufgabe. Festschrift für Prof. Dr. Erika Horn. S. 54 - 200.
- Petzold, H.G., Berger, A., (1978b): Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3/4, 249-271.
- Petzold, H.G., Brühlmann-Jecklin, E., Orth, I., Sieper, J. (2008): „Methodenintegrativ“ und „multimodal“ – kokreative Strategien in den Konfluxprozessen der „Integrativen Therapie“. Zur Geschichte und Bedeutung der Begriffe. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – Jg. 2008.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, In: Petzold, Sieper (1993): 173 – 266.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Petzold (1998h) 142-188
- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Müller, M. (2007): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. In: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a/2007) Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapien, 2 Bde. Paderborn: Junfermann. 3. Aufl. 1994; 4. Aufl. Bielefeld: Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2007): „Der schiefe Turm fällt nicht weil ich das will!“ – Kunst, Wille, Freiheit. Kreativ-therapeutische Instrumente für die Integrative Therapie des Willens: Willenspanorama, Zielkartierungen, Ich-Funktions-Diagramme. In: Petzold, Sieper (2007a) S.

- 553 - 596.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2008): „KREATIVE MEDIEN“ in der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Begriff, Konzept und Methodologie 1965 – 2008. Hückeswagen. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung.
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J. (1972). Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: Petzold, H. G. (Hrsg.): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, S. 371 – 486, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005/2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G., Schuch, H.W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Pritz, A., Petzold, H.G. (Hrsg.) (1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, S. 232 – 241, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1990b): Die neuen - alten - Kreativitätstherapien. Marginalien zur Psychotherapie mit kreativen Medien. In: Petzold, Orth, Die neuen Kreativitätstherapien (1990a) II, S. 519 - 548.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Auflage 1996.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003a) (Hrsg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2007a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld: Sirius/Aisthesis.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2008
- Petzold, H.G., Vermeer, A., (1986): Actief blijven in de ourderdom door sport, spel en dans. *Bewegen & Hulpverlening* 2, 101-117.
- Pieringer, W. (1994): Die Methoden der Psychotherapie jenseits der Schulstretites. *Psychotherapie Forum*, Jg 2; Heft 3, S. 121-127.
- Pieringer, W., Meran, J. G., Stix, P., Fazekas, Ch. (2002): Psychosomatische Medizin – historische Modelle und aktuelle Theorien in: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 152, 19/20, S. 488-494.
- Plügge, H. (1962): Wohlbefinden und Missbefinden. Tübingen: Niemeyer.
- Prigogine, I. (1979): Vom Sein zum Werden. Zeit und Komplexität in den Naturwissenschaften, München.
- Rappe, G. (1995): Archaische Leiberfahrung. Berlin: Akademie Verlag.
- Reil, J.Ch (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle: Curthsche Buchhandlung.
- Renneberg, B. Hammelstein, P. (2006): Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer-Verlag.
- Ricœur, P. (2007): Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts. In: Sieper, Orth, Schuch (2007), S. 259 - 269.
- Riethmüller, J.W. (2005): Asklepios. Heiligtümer und Kulte (Antike Heiligtümer Band 2), Heidelberg: Verlag für Archäologie und Geschichte.
- Rombach, H. (1983): Welt und Gegenwelt. Umdenken über die Wirklichkeit: Die philosophische Hermeneutik. Freiburg/Basel: Herder.
- Rothschuh, K. (1978): Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart: Hippokrates.
- Rüegg, R.C. (2007): Gehirn, Psyche und Körper: Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. 4. Auflage., Stuttgart und New York: Schattauer.
- Schay, P. Petzold, H.G., Jakob-Krieger, C., Wagner, M. (2004): Laufen streichelt die Seele. Lauftherapie mit Drogenabhängigen – eine üungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen

- Therapie. *Integrative Therapie* 1-2, 150-175.
- Schedlowski, M., Tewes, U. (1996): Psychoneuroimmunologie. Wiesbaden: Spektrum Akademischer Verlag.
- Schigl, B., Abdul-Hussain, S. (2008): Menschenbildannahmen im feministischen Diskurs – Perspektiven für die Psychotherapie. In: Petzold, H. G. (2008a): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Edition Donau-Universität - Krammer Verlag (in Press.).
- Schipperges, H. (1986): Der Arzt als Pädagoge, *Integrative Therapie* 4, S. 264 - 283.
- Schmitz, H. (1965, 1967): System der Philosophie, Bd.II, Der Leib, 1.Teil, Bonn: Bouvier. Bd.III, Der Raum, 1.Teil: Der Leibliche Raum, Bonn: Bouvier.
- Schmitz, H. (1978): Leib und Seele in der abendländischen Philosophie, *Philosophisches Jahrbuch* 85, S. 221 - 241.
- Schuch, H.W. (1994): Aktive Psychoanalyse, Sándor Ferenczis Beitrag zur Technik der Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 20, 1/2, S. 68 – 100.
- Schuch, H.W. (2000a): Klinischer Krankheitsbegriff. In: Stumm, G., Pritz, A. (2000): S. 381 – 382.
- Schuch, H.W. (2000b): Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 26, 2/3, S. 145-192.
- Schuch, H.W. (2001): Geschichte und Psychotherapie. Chronosophische und diskurs-analytische Vorüberlegungen zur Geschichte und Mythologie der Psychotherapie als Integrative Perspektive, *Gestalt* 41 (Schweiz), S. 3 – 27.
- Schuch, H. W. (2002): Integrative Therapie. Ein kurzer Versuch über Denken, Positionen und klinische Verfahrensweise. *GESTALT THERAPIE*, 16, 1, S. 100 – 124.
- Schüßler, G. (2002): Allgemeine Bedeutung und Qualitätsstandards in der psychosomatischen Versorgung. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Jg.152, Heft 19/20, S. 495 – 499.
- Schur, M (1966): The id and the regulatory principles of mental functioning, New York: International Universities Press, 1966, dt. Das Es und die Regulationsprinzipien des psychischen Geschehens, Frankfurt am Main: S. Fischer, 1984.
- Schur, M. (1972): Freud: Living and Dying, New York: International Universities Press, 1972, dt. Sigmund Freud. Leben und Sterben, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 3. Aufl. 2006.
- Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. (1998): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3. Aufl., Göttingen: Hogrefe.
- Seyle, H. (1978): The stress of life, rev. ed. New York: McGraw-Hill.
- Sieper, J. (2001): Das „Behaviorale Paradigma“ und der Begriff des „Komplexen Lernens“ im Integrativen Ansatz, klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik: *Integrative Therapie* 1-2/2001.
- Sieper, J. (2005): Zum Andenken an Hildegund Heintz, *Integrative Therapie*. 4, 416 - 418.
- Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie* 3/4 (2006) 393-467; und in: Sieper, Orth, Schuch (2007), 393-467.
- Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration (Schweiz)*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61(2008)11-21.
- Sieper, J.; Orth, I.; Schuch, H.W. (2007): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge-. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Sponsel, R. (1995): Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie. Zur Theorie und Praxis der schulen- und methodenübergreifenden Psychotherapie. Ein Beitrag zur Entmythologisierung der Psychotherapieschulen. Erlangen: IEC-Verlag.
- Steffan, A. (2002): Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting. Berlin: Logos Verlag.
- Steffan, A. Petzold, H.G. (2001): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung

- am Beispiel der Integrativen Therapie. In: *Leitner, A.*, Strukturen der Psychotherapie Wien: Krammer Verlag.
- Straub, R.H.* (2005): Vernetztes Denken in der biomedizinischen Forschung. Psycho-Neuro-Endokrino-Immunologie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stumm, G., Pritz, F.*, (2007): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Thom, R.* (1989): Structural Stability and Morphogenesis: An Outline of a General Theory of Models. Reading, MA: Addison-Wesely.
- Triebel-Schubert, C.* (1987): Medizin und Symmetrie, *Sudhoffs Archiv*, 73, S. 190 – 199.
- Uexküll, T.; Wesiack, W.* (1988): Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Verres, R.* (1990): Angst und Krebsbewältigung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wachtler, J.* (1896): De Alcmaeone Crotoniata, Leipzig: Teubner.
- Walch, S.* (1981): Subjekt, Realität und Realitätsbewältigung. München: Minerva Fachserie Psychologie.
- Waldenfels, B.* (1983): Phänomenologie in Frankreich. Frankfurt: Suhrkamp.
- Waibel, M., Jakob-Krieger, C.* (2008): Integrative Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Weizsäcker, V.v.* (1986): Der Gestaltkreis. 5. Aufl., Stuttgart, New York. Thieme.
- Wesiack, W.* (1984): Psychosomatische Medizin in der ärztlichen Praxis. Probleme, Möglichkeiten, Grenzen. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Yehuda, R.* (2001): Die Neuroendokrinologie bei posttraumatischer Belastungsstörung im Lichte neuroanatomischer Befunde. In: *Streek-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I.* (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 43-71.

Korrespondenzadresse:

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

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems an der Donau
Österreich

E-Mail-Adresse:

anton.leitner@donau-uni.ac.at

Prof. Dr. phil. Johanna Sieper
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit
und Kreativitätsförderung,

Wefelsen 5, Beversee
42 499 Hückeswagen
Deutschland

E-Mail-Adresse:

EAG.FPI@t-online.de