

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1998

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Hilarion G. Petzold, Peter Osten(1998):
Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse
in der Integrativen Therapie*

Erschienen in: *Petzold* (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration.*, 118-141 und gekürzt in *Laireiter, A.*(1998)(Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

*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, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Diagnostik in der Integrativen Therapie - mehrperspektivische Betrachtung und dynamische Prozeßanalyse

Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam, Peter Osten, München

1. DER STELLENWERT DER DIAGNOSTIK IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE

Der Erfolg jeder Therapie steht und fällt mit einer möglichst umfassenden und differenzierten initialen und im Behandlungsgeschehen weitergeführten prozessualen Diagnostik, die in Kooperation mit dem Patienten, d. h. unter Einbeziehung seiner subjektiven Theorien, seiner Beschwerden, Symptome, Probleme, Ressourcen und Potentiale, protektive, Belastungs- und Risikofaktoren im Kontext und Kontinuum seiner Lebenssituation wahrzunehmen, zu erfassen und zu verstehen sucht, und damit diese Situation selbst, die Lebens- und Sozialwelt des Patienten mit ihren bestimmenden pathogenen und salutogenen Einflußgrößen in Akten „sozialen Sinnverstehens“ zu begreifen bemüht ist. Auf einer solchen Grundlage nämlich wird es möglich, in einer umfassenden Weise Ziele, Inhalte und Methoden der Therapie - d.h. ein „therapeutisches Rahmencurriculum“ (Petzold 1996a, 208 ff.), Strategien der Behandlung, Förderung und Entwicklung - für den und mit dem Patienten ggfls. unter Beteiligung von relevanten Bezugspersonen seines „sozialen Netzwerkes“ (Petzold, Hass 1998) zu erarbeiten und Zug um Zug umzusetzen. Dabei ist die diagnostische Erhebung selbst schon als eine therapeutische Intervention zu sehen und das therapeutische Handeln als ein Prozeß, der beständig neue diagnostische Informationen generiert und eine fortwährende Adaptierung von Zielen und Behandlungsstrategien erforderlich macht, um der sich verändernden Situation, Problem- und Ressourcenlage (Petzold 1997a) des Patienten, seines aktuellen Kontextes und antizipierbarer Entwicklungen gerecht zu werden.

Dieses breite Verständnis von Diagnostik im Ansatz der Integrativen Therapie, daß klinische Perspektiven betont und zugleich die Grenzen einer medizinalisierten, pathologiezentrierten Optik in Richtung Salutogeneseorientierung überschreitet, ist natürlich vom allgemeinen theoretischen Rahmen dieses Verfahrens, seinen Quellen, seiner Erkenntnistheorie (Petzold 1998a), Anthropologie und seiner Psychotherapietheorie (ebd. 1992a) bestimmt.

Vom Ursprung her wurde die Integrative Therapie auf der Basis von anthropologischen und erkenntnistheoretischen Positionen der französischen Philosophie (*M. Merleau-Ponty, G. Marcel, M. Foucault*) entwickelt. Psychotherapeutische Quellen sind die „elastische und aktive Technik“ der ungarischen Psychoanalyse (*Ferenczi 1985; Balint 1966*), experientielle Ansätze wie Gestalttherapie (*Perls, Hefferline, Goodman 1992*), Psychodrama (*Moreno 1959*), verhaltenstherapeutische Ansätze (*Meyer, Chesser 1971; Kanfer, Phillips 1975*) und schließlich leibtherapeutische und kreative Therapieansätze (*Petzold 1988n; Petzold, Orth 1990*). Sie ist als ein sozialwissenschaftlich ausgerichtetes, tiefenhermeneutisch fundiertes, phänomenologisch orientiertes und entwicklungsorientiertes, d. h. *integratives Verfahren* im Bereich innovativer, forschungsgestützter Psychotherapie und klinischer Psychologie zu betrachten. Neuere Erkenntnisse aus den Gebieten der longitudinalen Entwicklungs- und Säuglingsforschung sowie der Kognitions- und Emotionsfor-

schung, der psychobiologischen und psychophysiologischen Forschung und relevanter Ergebnisse der klinischen Psychologie und Sozialpsychologie, schließlich der Psychotherapie- und Traumaforschung haben dem Verfahren gerade im Hinblick auf diesen mehrperspektivischen, integrativen Ansatz (Petzold 1994) für seine Diagnostik psychischer und psychosozialer Störungen wichtige Impulse gegeben (Achenbach 1982; Rutter 1992; Stern 1992; Kruse 1991 1995, Bergin, Garfield 1986 1994; Schwarzer 1993; van der Kolle, McFarlane, Weisaeth 1996). Diagnostik in der Integrativen Therapie erfolgt - das sei betont - zum Erfassen von *pathogenen* und *salutogenen* Bedingungen wie sie sich *aspektiv* in der Gegenwart, *retrospektiv* in der erlebten und memorierbaren Vergangenheit finden und *prospektiv* für die Zukunft antizipierbar sind. Neben der Orientierung an einer modernen klinisch-psychologischen und psychiatrischen *klassifika-torischen Diagnostik* (Statusdiagnostik, DSM-IV bzw. ICD-10) ist die Integrative Therapie an einer *prozessualen Diagnostik* ausgerichtet, in der über den ganzen Behandlungsprozeß hin phänomenologisch aus der Betrachtung des Patienten in seinem Lebenskontext und -kontinuum gewonnene Daten in ko-respondierenden Prozessen zwischen Therapeut und Patient herme-neutisch durchdrungen werden. Der Patient wird Partner (Gröbelbaur, Petzold, Gschwend 1998) in einer **dynamischen Prozeßanalyse und Prozeßgestaltung**, in der beide, Therapeut und Patient, das Geschehen betrachten und bestimmen, in der Interaktion die therapeutische Wirklichkeit wahrnehmend gestalten, sie hervorbringen in einer Art und Weise, die Veränderungen möglich macht und dieses Veränderungspotential durch gezielte Transferarbeit (vierte Phase der „*Neu-orientierung*“ im „tetradischen System“, vgl. Petzold 1996a, 81) in die Alltagswelt überträgt, denn es ist keineswegs von einer automatischen Generalisierung auszugehen (ebd. 1995a). Für die Arbeit des Transfers wird der Patient indes durch die Einübung in eine diagnostische Kompetenz für Lebens- und Beziehungsprozesse in der und durch die Therapie vorbereitet, durch das interaktionale therapeutische Geschehen, das ja Teil der Lebensrealität des Patienten ist und in dem sich funktionale und dysfunktionale Muster seiner habituellen Lebensgestaltung und -bewäl-tigung reinszenieren können und das selbst wiederum Gegenstand gemeinsamer Reflexion und diagnostischer Durchdringung wird. Es *müssen* aber keine Reinszenierungen stattfinden, wie es die psychoanalytische Übertragungslehre postuliert und damit oftmals Artefakte im Sinne einer „selbsterfüllenden Prophezeiung“ konstellierte, denn es besteht auch die Chance - und keinen-falls als „Ausnahme von der Regel“ -, daß spontan alternative, neue Interaktionsformen mit diesem neuen Menschen, diesem neuen Interaktionspartner realisiert werden, weil neue „social affordances“, neue Performanzmöglichkeiten bereitstehen (ebd.) oder neue Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsmuster (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) im therapeutisch-diagnostischen Prozeß unter mehr oder weniger intensivem Einsatz erarbeitet werden. In diesen Prozessen der Betrachtung, Analyse, Reflexion, Gestaltung wird der Patient zum „Kodiagno-stiker“ und aktiven „Mitarbeiter“ in der und an der Behandlung, bringt seine Expertise für seine Krankheit und seine Lebenssituation in den diagnostischen Prozeß ein. Der Therapeut ist an einem mehrperspektivischen und an einem multitheoretischen Ansatz (Petzold, Rodriguez-Petzold, Sieper 1997) ausgerichtet, der verschiedene Folien (z. B. die integrativtherapeutischen, die kognitiv-behaviorale, die tiefenpsychologische) verwendet. Dabei wird aus der Sicht einer „*anthro-pologischen Krankheits- und Gesundheitslehre*“ (Petzold, Schuch 1991) einerseits nach Phäno-menen der Entfremdung, Verdinglichung, Unterdrückung geschaut, und andererseits nach Zugehörigkeit und Förderung von Prozessen der Lebensentfaltung, Entwicklung und *Souverä-nität* (Petzold, Orth 1998b). Aus der Sicht der integrativen „*klinischen Krankheitslehre*“ und integrativen „*entwicklungsorientierten Gesundheitstheorie*“ wird in Vergangenheit und Gegenwart nach pathogenen und positiven Stimulierungskonstellationen gesucht: *Traumata* (Überstimu-lierung), *Defizite* (Unterstimulierung), *Störungen* (inkonsistente Stimulierungen), *Konflikte* (gegenläufige Stimulierung) für die **Pathogenese, Anregung** (multiple, positive Stimulierung, die der

jeweiligen Verarbeitungs- und Handlungskapazität angemessen ist), *Herausforderung* (starke bewältigbare Stimulierung, z. B. von Entwicklungsaufgaben), *Support* (unterstützende, bekräftigende Stimulierung), *Konsolidierung* (ausgleichende, beruhigende Stimulierung) für die **Salutogenese** (Petzold 1988n, 353-362).

2. DAS DIAGNOSEKONZEPT DER INTEGRATIVEN THERAPIE

Diagnostik in der Integrativen Therapie setzt *mehrperspektivisch* an (Petzold 1994; Petzold, Orth 1994). Sie betrachtet den Patienten mit einem relevanten sozioökologischen Umfeld in seinem Verhalten und seinen Einstellungen unter Zugrundelegung eines komplexen, nicht reduktionistischen und kontextualistischen Verhaltensbegriffs, der overt and covert behavior, Emotionen, Volitionen und Kognitionen umfaßt (Petzold 1974j, 308 ff.; Merleau-Ponty 1942, vgl. Waldenfels 1976 1980). Verwendet werden dabei verschiedene „Perspektiven“ (Petzold 1993a, S. 1320) und theoretische „Optiken“ (Abb. 1, Perspektive 8):

- a) eine entwicklungsbezogene, psychodynamische,
- b) eine systemisch-interaktionale,
- c) eine kognitiv-behaviorale,
- d) eine psychophysiologische bzw. psychoneuroimmunologische Optik:

Perspektiven: Sicht auf das *Leibsubjekt* (Perspektive 2) in verschiedenen gruppalen (Perspektive 1) und kontextuellen Bezügen (Perspektive 3) sowie - dem life span developmental approach (Baltes, Rese, Lippset 1980) entsprechend - in sequentiellen, lebensgeschichtlichen Kontinuumsabschnitten (Perspektive 4).

Der Therapeut will den Menschen also in seiner Lebenswelt, seinem Kontext/Kontinuum *wahrnehmen*, ihn mit seinem „convoy“ (Kahn, Antonucci 1980; Petzold 1995a), mit seinem sozialen Netzwerk (Laireiter 1993) und den in ihnen wirkenden „social worlds“, d. h. „kollektiven Kognitionen“, (Moscovici 1984; Petzold 1993a, 871ff) *erfassen* und in seinem Gesund-Sein, Krank-Sein, seinen Störungen und Problemen auf möglichst vielen Ebenen *verstehen*, um seine Situation gemeinsam mit ihm als Partner (Gröbelbaur et al. 1998) zu *erklären*, sie also verständlich und erklärbar und damit veränderbar zu machen. Die „hermeneutische Spirale“ der Integrativen Therapie (Petzold 1993a, 123-150): WAHRNEHMEN → ERFASSEN → VERSTEHEN → ERKLÄREN → WAHRNEHMEN ... ist nicht nur Grundlage ihrer Epistemologie, sondern auch ihrer Diagnostik. Wo immer möglich, wird diese hermeneutische Durchdringung der Lebenssituation, gemeinsam mit dem Patienten in „intersubjektiver Ko-respondenz“ (ebd. 19ff) erfolgen. Diagnostik wird damit ein „joint venture“. Er wird als Mitsubjekt ernst genommen, in seiner „persönlichen Souveränität“ (Petzold, Orth 1998b) bestätigt und seine Kompetenz zur *Selbstdiagnose* gestärkt, zum Partner in der Behandlung, nicht zum Fall, zum Objekt verdinglichender, parentifizierender und hilflos machender diagnostisch-therapeutischer Strategien (ebd.). Ein solcher anthropologisch und ethiktheoretisch fundierter Anspruch, der in der diagnostischen Situation auch dem therapeutischen und heilkunderechtlichen Prinzip des „informed consent“ (Faden, Beauchamp 1986) zu entsprechen bemüht ist, steht natürlich auch im Kontext der „professional community“, der klinischen Institutionen und der Strukturen des Gesundheitssystems. Deshalb ist der Bezug auf die wissenschaftlich anerkannten Diagnosesysteme und damit auf die klinisch üblichen Kommunikationssysteme unverzichtbar und sinnvoll, wenngleich ein solcher Bezug auch kritisch geschehen muß (Kirk 1992) und sich der Gefahren des „Labelings“, der „Stigmatisierung“ und der damit wirksam werdenden „strukturellen Gewalt“ (Petzold, Orth 1998a) bewußt sein muß. Eine solche Bewußtheit auch für den Patienten zu schaffen, vermag solchen Gefahren entgegenzusteuern.

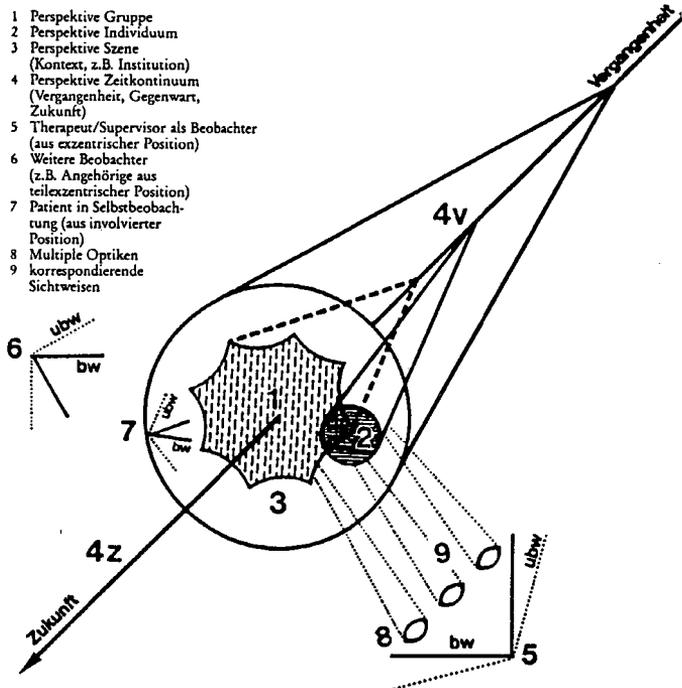


Abb. 1: Modell mehrperspektivischer Betrachtung therapeutischer Settings und Prozesse (aus Petzold 1993a, 1320)

»Nach der anthropologischen Grundformel der Integrativen Therapie (Petzold 1965, 1974k) ist der Mensch ein ganzheitlich funktionierendes Wesen, eine Körper-Seele-Geist-Einheit, ⊕

unlösbar verbunden mit einem ökologischen und sozialen Umfeld, ⊕

Er ist als Mensch auf den/die Mitmenschen bezogen ⊕ ↔ ⊕ | ⊕ ⊕
 und eingebettet in die Gesellschaft ⊕

Diese wird nur als Entfremdete bedrohlich und schädigend. ⊕

„Ich und Du, das sind Grundlagen zum wir, und nur gemeinsam können wir das Leben menschlicher machen“ (Peris 1969). ⊕ ↔ ⊕ | ⊕ ⊕ ⊕ | ⊕ ⊕

Das therapeutische Geschehen ist in einer „Philosophie der Koexistenz“ ↔ fundiert (Petzold 1980b). Der „integrative Ansatz“ der Gestalttherapie und somit auch seine Gruppentherapie gründet insgesamt auf systemischen und feldtheoretischen Betrachtungsweisen (Lewin 1963; Petzold 1974k; Walter 1977). Er muß in einem zeitlichen

$\begin{matrix} v & & z \\ & \searrow & / \\ & G & \end{matrix}$

und gesellschaftlichen Kontext gesehen werden und kann sich deshalb auch der politischen Dimension nicht entziehen.

Wie aus dieser Einblendung des Modells in die theoretischen Konzepte ersichtlich wird, können die Perspektiven, die in den Aussagen zueinander in Bezug stehen, rasch gesehen werden« (Frühmann 1986, 259).

Legende zu Abb. 1

2.1 Statusdiagnostik (Klassifikatorische Diagnostik)

Die „klassifikatorische Diagnostik“ etwa des DSM-III-R und DSM-IV (Wittchen, Saß, Zaudig, Köhler 1991, 11; Saß, Wittchen, Zaudig 1998) ist aufgrund der phänomenologisch deskriptiven Qualität für die Arbeit in der Integrativen Therapie hervorragend geeignet und bietet ausgezeichnete Anschlußmöglichkeiten, da die im multiaxialen Vorgehen und in den Explorationsparametern gefundene Materialien im Rahmen der Integrativen Theoriekonzepte interpretiert und interventiv umgesetzt werden können. Da das DSM-IV (DSM-IV 1998) und das ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt 1993) nur sehr wenige Aussagen zur Ätiologie bzw. zur Pathogenese machen (wollen), aufgrund des weitgehenden Fehlens von Pathogenesetheorien, die durch Forschung solide abgesichert sind (DSM-III-R 1991, 11f) - z. B. durch Longitudinalstudien und psychophysiologische bzw. psychoneuroimmunologische Untersuchungen - beziehen sich therapeutische Praktiker zumeist auf die Krankheitstheorien ihrer Verfahren, ganz gleich, ob eine *Anschlußfähigkeit* gegeben ist oder nicht - etwa der psychoanalytischen Konzepte an die des ICD-10 oder DSM-IV. Die Instrumente klassifikatorischer Diagnostik haben natürlich auch - wenngleich nicht sehr deutlich ausformulierte und zumeist implizite - persönlichkeits-theoretische Konzepte im Hintergrund, die überdies z. B. im DSM auch nicht durchgängig und konsistent (wohl aufgrund der unterschiedlichen Forschergruppen für die verschiedenen Störungsbilder) durchgehalten sind. Die Anschlußfähigkeit der persönlichkeits-theoretischen Konzepte der Integrativen Therapie - *Selbst, Ich, Identität* (Petzold 1993a, 528ff) - an die Konzepte, die sich im DSM finden (z. B. Persönlichkeit, Selbst, Selbstkonzept, Identität) scheint durchaus gegeben. So wird *Persönlichkeit* definiert als „tief eingegrabene Verhaltensmuster, zu denen auch die Art der Beziehungen, der Wahrnehmungen und der Gedanken über die Umwelt und sich selbst gehören“, und *Identität* wird definiert als „das Gefühl des Selbst, das die Einheitlichkeit der Persönlichkeit in der Zeit bestimmt“ (DSM-III-R 1991, S 474) und durch Identitätsmerkmale: „langfristige Ziele, Berufswahl, Beziehungsmuster, sexuelle Orientierung und sexuelles Verhalten, Wertvorstellungen und Gruppenzugehörigkeiten“ DSM-IV 1998, S 772). Das „Selbst“ wird als die Realität *wahrnehmend* und *erfahrend* - also mit einem „Gefühl für die eigene Realität“ gesehen (vgl. DSM-III-R 1991, S. 469, Depersonalisation). Die DSM-Begrifflichkeiten sind an einem *komplexen Verhaltensbegriff* orientiert, der motorische, affektive, perzeptive, mnestiche und kognitive Phänomene einschließt und Persönlichkeit als Ensemble von *Persönlichkeitszügen* sieht. Diese sind „überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsmuster und des Denkens, und zwar im Hinblick auf die Umwelt und sich selbst“ (ebd., S. 405; DSM-IV 1998, S 712). *Psychische Störungen* werden als klinisch auffallendes Verhalten oder psychisches Syndrom oder Merkmalsmuster verstanden (DSM-III-R, S 10, 474; DSM-IV 1998, S 712), als eine „verhaltensmäßige, psychische oder biologische Dysfunktion bei der betroffenen Person“ (ebd.). Es geht in der Diagnostik darum, „Störungen zu klassifizieren, die bei Individuen vorliegen“ (ebd.) und die aufgrund der Beobachtung der Persönlichkeit als „identifizierbare Verhaltensweisen oder Symptome wie Desorientiertheit, Verstimmung oder psychomotorische Erregung [...] vom Beobachter leicht erschlossen werden können“ (DSM-III-R, S 11f). Eine *Störung* „verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ (DSM-IV 1998, S 11). Die persönlichkeits-theoretischen Konzepte der Integrativen Therapie (Petzold, Orth 1994) sind komplexer als die des DSM, schließen diese aber vollauf ein.

Persönlichkeit wird gesehen als das Gesamt der in der biologischen Basis des Leibes gründenden geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen und -möglichkeiten des Subjekts im Kontext/Kontinuum nebst ihren mentalen Repräsentationen in Form komplexer, interdependenter sensumotorischer,

emotionaler, volitiver, kognitiver und sozial-kommunikativer Strukturen/Schemata bzw. Stile, die kommotibel über die Lebensspanne hin ausgebildet wurden, ‚persönliche Souveränität‘ begründen und in Verhaltensperformanzen aktualisiert werden (vgl. Petzold 1993a, 535).

Die *Kompetenzen* (repräsentierte Strukturen, Schemata, Stile) und *Performanzen* (ausgeführte Verhaltensweisen, Lebensspraxen und Routinen) „sind Gegenstand der therapeutischen Arbeit, deren Wesen in der Beeinflussung der Persönlichkeit als Ganzer, der Stile und Strukturen und der sie bewirkenden Prozesse sowie ihres konstitutiven Umfeldes liegt“ (ebd.). Mit dem „life span developmental approach“ wird die biographische Dimension als persönliche und kollektive, d. h. im sozialen Netzwerk als „convoy“ (Weggeleit über die Zeit, vgl. Petzold 1995a) sich vollziehende Entwicklungsgeschichte und als Zukunftswert angesprochen. Mit diesen Perspektiven ist wiederum eine Brücke zur DSM-Diagnostik gegeben, zur Achse IV, die auf psychosoziale und umweltbedingte Probleme gerichtet ist, welche Diagnose, Behandlung und Prognose für psychische Störungen beeinflussen können (d. h. die Axen I und II). Mit Instrumenten der „Netzwerkdiagnose“, die in der Integrativen Therapie entwickelt wurden oder eingesetzt werden (Petzold, Hass 1998), soll die *supportive Valenz* von sozialen Netzwerken erfaßt werden, weiterhin die z.T. recht verschiedenen Wertesysteme, Normen, Weltansichten in solchen Netzwerken, die wir als „social worlds“ (das sind kollektive Kognitionen und Emotionen, vgl. Petzold 1995a) bezeichnen, und die oftmals sehr konflikthaft oder konfliktauslösend sind, wenn etwa in der „primary support group“ große weltanschauliche Differenzen herrschen (z. B. zwischen den Partnern oder zwischen Vater und adolescentem Sohn) oder Probleme mit dem näheren oder weiteren sozialen Umfeld bestehen, in Schule oder Arbeitsstelle oder durch die bedrückende und potentiell durchaus identitätsbedrohende, ja pathogene Situation der Arbeitslosigkeit. Diagnostik als Identitätsdiagnostik muß, weil Identität immer auch von Identitätsattributionen aus dem Außenfeld bestimmt ist (Petzold 1992a, 528 ff.), dieses Feld in den Blick nehmen. Dies ist besonders mit Sicht auf geschlechtsspezifische Betrachtungs- und Handlungsweisen in Diagnostik und Therapeutik wesentlich. Das Fehlen differentieller und differenzierender diagnostischer Parameter muß als ein gravierender Mangel angesehen werden, denn nicht nur unter identitätsdiagnostischer Perspektive ist zu sagen, daß es spezifische Männer- und spezifische Frauen- bzw. Mädchenprobleme gibt und allgemeine Problematiken, etwa die der Leistungsanforderungen im gleichen Sektor der Arbeitswelt, ja bei der gleichen beruflichen Aufgabe sich für Männer und Frauen ganz unterschiedlich darstellen. Dies gilt zum Teil auch mit Blick auf Krankheitsbilder oder auf Bewältigungschancen bei Störungen. Eine *major depression* kann durchaus einen frauenspezifischen Verlauf erhalten, etwa durch das geringere Angebot an Behandlungs- und Rehabilitationschancen. Schichtspezifische Benachteiligungen können hinzukommen, wie die bei sogenannten Unterschichtpatienten in Bereich der Psychosomatik der Fall ist (Thomas 1986). Die im DSM-IV und anderen Orts angegebenen geschlechtsspezifischen Prävalenzen sind, wo sie vorliegen, keineswegs aussagekräftig, weil es nicht um Häufungen geht, sondern um subjektive Bewertungs- und Bewältigungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund kollektiver gesellschaftlicher Bewertungsparameter, die in der Diagnostik durch „soziale Empathie“ und „soziales Sinnverstehen“ betrachtet und interventiv berücksichtigt werden müssen. Die Instrumente kreativer Diagnostik, wie wir sie in der Integrativen Therapie in besonderer Weise entwickelt haben (Body charts, Identitätsbilder, Ressourcenfelder, Power maps etc., vgl. Petzold, Orth 1994; Petzold 1998a) bieten hier hervorragende Möglichkeiten geschlechts- und schichtspezifischer Feinabklärungen in der Diagnostik, die vermehrt eingesetzt werden sollten. Diesen „soziotherapeutischen“ Perspektiven (ebd. 1997b) kommt in der Integrativen Therapie ganz im Sinne der Achse IV große Bedeutung zu. Verhalten - gesundes wie gestörtes - und die mit ihm verbundenen mentalen Repräsentationen und emotional-atmosphärischen Konnotationen sind

multikausal begründet, nicht zuletzt dadurch, daß sie rückgebunden sind an psychosoziale und umweltbestimmte Einflüsse, kultur-, schicht- und familienspezifische Muster, also kollektive Verhaltensweisen, kollektive Emotionen und Kognitionen: social worlds, représentations sociales (Petzold 1995a; Moscovici 1984). Deshalb will und muß die Diagnostik in der Integrativen Therapie vom Anspruch her über den Ansatz der *phänomenologischen, deskriptiv-klassifikatorischen Diagnostik* einer gleichsam kontextenthobenen Einzelperson hinausgehen zu einer Betrachtung des konkreten Menschen in seinem Kontext/Kontinuum, seinem sozialen Netzwerk, seiner Wertewelt, seiner mikroökologischen Einbettung (Petzold, Orth 1998c). Es wird eine *hermeneutisch-verstehende Diagnostik* erforderlich, eine *Ursachen* und „Ursachen hinter den Ursachen“ (ebd. 1994) explizierende, *Folgen* und „Folgen nach den Folgen“ antizipierende Diagnostik, die „soziale Empathie“ und „soziales Sinnverstehen“ (Metzmacher, Petzold, Zäpfel 1996) einbezieht (wie tentativ auch immer), die sich damit auch klar an den theoretischen Grundannahmen - z. B. den entwicklungspsychologischen, sozialwissenschaftlichen und persönlichkeits-theoretischen Positionen des Integrativen Ansatzes - ausrichten muß.

2.2 Anamnese

Der Diagnostiker muß in der initialen Behandlungsphase erste Eindrücke vom physischen Gesundheitszustand, von der psychischen Stabilität und therapeutischen Ansprechbarkeit seines Patienten gewinnen, Psychodynamik (d. h. Motivationen und Volitionen) und Ätiologie (Schädigungskonstellationen) erfassen, einen Eindruck von seiner sozialen Situation, der Stabilität seines Netzwerkes und seiner Ressourcenlage (Petzold 1997a) erhalten. Es wird wesentlich zu erkennen, ob er einen „gesundheitsaktiven Lebensstil“ oder einen „bewegungspassiven“ und gesundheitsabträglichen, ja selbstdestruktiven Lebensstil praktiziert. Psychotherapie muß in der Sicht Integrativer Therapie immer auch gesundheitspsychologische Aspekte (Haisch, Zeitler 1991) in Diagnostik und Therapie berücksichtigen und auch Gesundheitsberatung bzw. Health Coaching praktizieren (Haisch 1991), um über die Wiederherstellung von *Gesundheit* (health) hinaus, *Wohlbefinden* (wellness) und *Leistungsfähigkeit* (fitness) wiederherzustellen: z. B. durch entsprechende therapeutische Maßnahmen eine chronifizierte „stress physiology“ zu einer „wellness physiology“ zu führen (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997). Nur unter Berücksichtigung all dieser Perspektiven kann man schließlich zu einer Indikationsstellung und Prognose gelangen. Das bedeutet, daß der Therapeut in relativ kurzer Zeit aus knapp vorhandenen Daten und Phänomenen das konzeptuelle Gerüst für seine ersten Interventionen aufgebaut haben muß. Um dies zu ermöglichen, haben wir ein differenziertes anamnestisches Instrumentarium erstellt, das im Wesentlichen in drei Phasen zum Einsatz kommt: Erstkontakt, Erstinterview und Anamneseerhebung (Osten 1995).

Dies alles bildet die Grundlage für erste Interpretationsvorlagen, die *gemeinsam mit dem Patienten als Partner* (Gröbelbauer et al. 1998) erarbeitet werden. Dabei steuert der Therapeut seine Mitteilungen aufgrund der Einschätzung der momentanen Stabilität der Patienten im Erstinterview als Feedback und Angebot von Strukturmodellen für dessen Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen, sein Erleben und Handeln. Diese Angebote werden wiederum in der „Korrespondenz“ (Petzold 1991b 1991a) kommunikativ validiert und führen so zu einer für den Patienten nach- und mitvollziehbaren *phänomenologisch-strukturalen Diagnose und Zielfestlegung* (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998). Dieses Vorgehen bezeichnen wir als „intersubjektive Hermeneutik“ (Petzold 1991a), die auch eine gute Basis für einen „informed consent“ (Faden, Beauchamp 1986; Eich, Reiter, Reiter-Theil 1997) als *Prozessanalyse* bietet. Durch die Leiborientierung der Integrativen Therapie (Petzold 1988n 1985a) wird psychophysiologischen Parametern, Streßsymptomatik, Gesundheitsverhalten Beachtung geschenkt und neben den verbal darge-

stellten impliziten und expliziten Themen, die ein Patient mitbringt, stets die gesamte leibliche Nonverbalität und Expressivität und deren Aussagekraft einbezogen: Erscheinungsbild des Patienten, Bewegungs-, Blickverhalten, Händedruck schon während der ersten Begrüßung; Sprache, Sprechen, Stimmintonation und -melodisierung; Mimik, Gestik, Haltung, Bewegung. Des weiteren wird in der *Narration*, d. h. im Erzählverlauf, auf die emotionale Involvierung entlang der erzählten Geschichte und ihrer Inhalte sowie auf *Narrative*, das sind erkennbar werdende Strukturen/Muster/Schemata in der verbalen und in der Körpersprache geachtet, z. B. Bewegungs- und Atemmuster, Streßphänomene auf der *Leibebene*, denn „the body keeps the score“ (*van der Kolk* 1994). Auf der psychologischen Ebene schaut man auf die berichteten Inhalte der *Narration* auf Erzählfiguren, Wiederholungen, Implikate und Homologien von Aussagen, auf Kongruenz und Divergenz zwischen versprachlichten Kognitionen, Gefühlsgewahrsein und Leibausdruck in denen sich funktionale und dysfunktionale *Narrative/Schemata/Strukturen* zeigen. Es wird auf die Interaktionen im Kontext sowie auf die gesamte Stimmungsqualität und die übergreifende „Atmosphäre“ (*Schmitz* 1989) in der sich entwickelnden therapeutischen Beziehung geachtet. Es können Zufälle, Fehlleistungen und Gedankenblitze auftreten sowie narrative Bereiche der Vermeidung und Abwehr. Mehr oder weniger offen bzw. verdeckt zeigen sich dann funktionale und dysfunktionale **Stile**: kognitive, emotionale, volitive, interaktionale, sensu-motorische Stile (*Petzold* 1993a, 835ff). Es werden Wünsche, Bedürfnisse, Motivationen, Konflikte, Defizite in ihren negativen und positiven Qualitäten erkennbar, die ihrerseits Hinweise auf Kontakt- und Begegnungsqualitäten und auf projektive Tendenzen, auf die Übertragungs-, Beziehungs- und gegenbenenfalls Bindungsdynamik geben (ebd., 1047ff), auf Selbstbilder und Identitätskonzepte verweisen (ebd. 1992a, 528; *Polkinghorne* 1988). Diese Materialien, die in der beginnenden Beziehung mehr oder weniger unverbunden als Narrations- und Interaktionssequenzen nebeneinander stehen, werden nun vom Therapeuten und vom Patienten in „Interferenzsprüngen“ verbunden, d. h. der Therapeut mit seinem Fachwissen und auch der Patient mit seinen subjektiven Theorien bilden Hypothesen, wie das vorgetragene Material im Gesamt dazu geführt haben könnte, daß es zu der augenscheinlichen Störung gekommen ist. Drei „Strömungen“ oder „Züge“ fallen dabei ins Auge:

1. *Risikofaktoren und Ketten negativer Ereignisse und Erfahrungen,*
2. *Protektive Faktoren und Ketten positiver Ereignisse und Erfahrungen,*
3. *Defizite und prolongierte Mangelerfahrungen.*

Die phänomenologische Praxis erlaubt nun zunächst, daß der Therapeut durch „probatorisches Zusammenfügen“ der sich zeigenden Erscheinungen, berichteten Erfahrungen, Themen, Inhalte „Hypothesen und Konzepte“ bilden kann über die Interferenz der drei Strömungen und die Kumulation adversiver/kritischer und supportiver/stützender Lebensereignisse (life events) über die Lebensspanne hin. Diese Hypothesen münden dann aber nicht in abschließenden Deutungen und Szenarios seitens des Therapeuten. Das gesamte Material und die gesamten Resonanzen des Therapeuten - wie die des Patienten - auf dieses Material wird vielmehr „intersubjektiv validiert“. Das heißt, der Therapeut kennzeichnet seine Hypothesen und Szenarios als *seine* subjektive Sicht der Dinge, trägt sie in den Diskurs, die *Ko-respondenz* (*Petzold* 1991b), und regt den Patienten dazu an, nachzuspüren und zu überprüfen, was von diesen Impulsen er für sich verwerten kann, welche hinreichende „Stimmigkeit“ sie besitzen bzw. ihn zu einer neuartigen Sicht der Dinge führen und seine „subjektiven Theorien“ ergänzen. Die Validität dieser „Hypothesen und Konzepte“ ermißt sich dann aus dem Erleben „*vitaler Evidenzen*“ durch den Patienten, die sich aus dem *leiblichen Erleben, der emotionalen Erfahrung und der kognitiven Einsicht im Beziehungsgeschehen* ergeben (ebd. 1992, 916; 1996, 375). Dies bedeutet, einen Schritt

hinaus zu machen über die „Objektivität“ klassifikatorischer Diagnostik (die ohnehin nur eine Konvention oder ein Konstrukt ist) zugunsten von Beziehungsqualitäten und Intersubjektivität. Das Material wird also nicht mit einem letztendlichen Erklärungsanspruch objektiviert, sondern in sinnfälligen und Sinngebenden Kategorien geordnet, die eine gewisse „Kohärenz“ gewinnen können (Antonovsky 1979 1987; Naylor, Wiliman, Naylor 1994). Dies führt zu einem „gemeinsamen“ Verständnis von *Phänomenen* und deren zugrundeliegenden *Strukturen* und *Entwurfstendenzen*, die gegebenenfalls durch „flankierende Ko-respondenzprozesse“ im „Convoy“ des Patienten ergänzt werden, denn wir regen - wo immer dies möglich ist - an, daß derartige Prozesse und Überlegungen mit relevanten Bezugspersonen des „sozialen Netzwerkes“, z. B. mit der Lebenspartnerin, mit dem besten Freund etc., besprochen werden. Der Rückfluß derartiger Ko-respondenzprozesse aus dem Netzwerk ermöglicht überdies eine vertiefte Kontextdiagnostik und für weitere Sinnfolien multiplen, *pluriformen Sinn* (Petzold, Rodriguez-Petzold, Sieper 1997; Welsch 1996; Baumeister 1991). Es wird dadurch gezielt einer (z. B. in der Psychoanalyse üblichen) „*Hermetisierung des therapeutischen Raumes*“ (Petzold, Orth 1998a; Pohlen, Bautz-Holzherr 1994; Gröbelbauer et al. 1998) entgegengewirkt, weil die Integrative Therapie dezidiert in Diagnostik und Therapeutik die Position vertritt, daß Menschen in ihren und mit ihren sozialen Netzwerken erkranken (Röhrle 1994) und sie in ihnen und durch sie gesunden können. Die Aktivierung des Netzwerkes, die Betrachtung seiner *Probleme*, *Ressourcen* und *Potentiale* (PRP, vgl. Petzold 1997a), seine Mitwirkung in Prozessen der Diagnosestellung, der Feststellung von Schäden und guten Quellen sowie bei Heilungsprozessen, führt wiederum zu einer Rückkopplung der therapeutischen Wirkung in das Netzwerk hinein. Diese Netzwerkperspektiven und Interventionen werden als wesentlich angesehen und mit einer elaborierten Methodik angegangen (Petzold 1995a). Durch eine ko-respondierende Reflexion kann dann - wiederum in tragfähiger Intersubjektivität - der diagnostische Weg von den *Phänomenen* zu den *Strukturen* und zu den *Entwürfen* hin beschrritten werden, hin zu der Frage, wie man mit diesen neu gewonnenen Erkenntnissen über *Probleme*, *Ressourcen* und *Potentiale* (Petzold 1997a) „weitergehen“ will, welche *Ziele* erarbeitet und angestrebt werden können (Petzold et al. 1998), in welche Richtung die Lebenserzählung, die Identität, das Selbst, das Netzwerk als Convoy entwickelt und gestaltet werden sollen (Hitzler, Hohner 1994; Gergen 1991).

2.3 Mediengestützte Diagnostik

Ein Spezifikum der Integrativen Therapie, das in ihr seit Mitte der sechziger Jahre entwickelt wurde, ist die Arbeit mit „kreativen Medien“ (Petzold 1965) und „künstlerischen Ausdrucksformen“ (Petzold, Orth 1990) in Behandlung und Diagnostik. Die Persönlichkeit als Ganze wird in den Blick genommen. So werden z. B. für je eingegrenzte Indikationsbereiche spezifische *Persönlichkeitsinventare* entwickelt, die es erlauben, unter Verwendung etwa von Wachsmalkreiden, flüssigen Farben, Ton, Maskenarbeit, Imagination, Musik, Poesie, Skulpturen, Photographien, Szenischem Spiel und Bewegungsimprovisationen einen sehr lebendigen Zugang zu bewußten oder bewußtseinsnahen Geschichten, aber auch zu dissoziierten, verdrängten, bewußtseinsfernen *Narrativen* und ihren Inhalten zu nehmen (Frohne-Hagemann 1990; Grigull 1995; Hausmann, Neddermeyer 1996; Katz-Bernstein 1990; Petzold, Orth 1985 1991 1993 1994; Sommer 1992). Was Menschen über ihre verbale *Narration* hinaus mit Hilfe „kreativer Medien“ (ohne den Anspruch auf Originalität oder künstlerische Qualität) aus sich heraus schaffen, ist natürlicher Ausdruck und gleichzeitig immanente Interpretation ihres Erlebens. Die kreativen Techniken, Methoden und Medien ermöglichen - eingebettet in ein intersubjektiv orientiertes Auslegungsverfahren - schon im anamnestischen Prozedere ein natürliches Evidenzerleben bezüglich der dargestellten, angesprochenen und aufgedeckten Inhalte. Auch Therapieziele lassen

sich hier bereits ableiten. *Medien* ermöglichen Patienten durch die bildhafte Plastizität und Vergegenständlichung psychischer Inhalte in der Regel einen höheren Grad an *Exzentrizität* und *Mehrperspektivität* gegenüber sich selbst und ihren „Themen“. Sie erfüllen darüber hinaus eine vermittelnde bzw. „intermediäre Funktion“ in der Beziehung zum Therapeuten, weil Entlastung dadurch eintritt, daß die dyadische Konstellation in eine gleichsam triadische Struktur aufgelöst wird, in der Patient und Therapeut dann „gemeinsam“ auf dargestellte Inhalte, Sachlagen und Probleme in den Bildern Bezug nehmen können. Der Gestaltungsprozeß selbst ist schon diagnostisch aufschlußreich: bei welchen Themen wird gezögert, welche werden mit Elan und Intensität aufs Papier gebracht, was sagt die begleitende Körpersprache und Mimik aus? etc. Es wird also nicht nur auf die „Produkte“ geschaut, sondern auch auf den „Prozeß“ und das „Erleben in der Gestaltung“. Dies alles wird mit den Patienten in der Auswertung in einem *intersubjektiven Setting* reflektiert. Die Achtsamkeit wird auf die Prozeßhaftigkeit im *intentionalen* Ausdruck bzw. unbewußten Ausdruck gelenkt, z. B. Kongruenzen und Divergenzen im Erzählerverlauf (Implikate, Wiederholungen, Homologien, Metaphern, Bilder, Symbole, Eigentümlichkeiten, Zufälle, Fehlleistungen und Gedankenblitze). *Es werden keine festlegenden Deutungen gegeben* (Petzold 1996a, 329ff). *Eigene Eindrücke des Therapeuten werden als „persönliche Resonanz“ deklariert. In „intersubjektiver Hermeneutik“ erfolgt eine Validierung des gestalteten Materials. So wird eine intersubjektive Diagnose und Zielfindung möglich.* Folgende Aspekte werden beachtet:

Interaktionale Perspektive: Phänomene wie z. B. Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs-, Bindungsverhalten, kommunikative Kompetenz und Performanz, Interaktionsstile, Diskursivität;

Psychodynamische Perspektive: Projektive Tendenzen und Übertragungsdynamik; Vermeidung, Widerstand und Abwehr, Antrieb, Motivationen, Bedürfnisse, Wünsche, Volitionen, Konflikte, Defizite, positive Einstellungen,

Leibliche bzw. körperorientierte Perspektive: Streßsymptomatik, Entspannungsfähigkeit, physische Kondition und Leistungsfähigkeit, Gesundheitsverhalten, Hinfälligkeit etc.;

Emotionale Perspektive: Stimmungsqualitäten und übergreifende Atmosphären, affektive Involvierung und Differenzierung entlang der erzählten Inhalte, emotionale Stile (Petzold 1992a, 835ff), z. B. Bandbreite des Gefühls, Nuanciertheit, Reaktionsbereitschaft, Flexibilität, Intensität, Dosierung, Angemessenheit, Grundstimmung und Lebensgefühl, emotionale Belastbarkeit etc.

Kognitive Perspektive: Verarbeitung und Differenzierung entlang der erzählten Inhalte, kognitive Stile, Reflexionsniveau, Verbalisationsform, Differenziertheit, Integrationsfähigkeit, Problemlösemuster, Attributionen, Kontrollüberzeugungen, Kompetenzerwartungen

Soziale Perspektive: Netzwerksituation, Kontaktbereitschaft und -fähigkeit, kollektive Kognitionen (social words) bzw. Repräsentationen (Petzold 1995b; *Moscovici* 1984) kommunikative Kompetenz und Performanz, Nähe-Distanz-Regulation, Dauer und Qualität sozialer Beziehungen und Bindungen, Rollenrepertoire, Rolleninventar und -flexibilität (Petzold, *Mathias* 1983).

Ideelle Perspektive: Werte- und Sinnbereich, Ziele, Bewertungen, Normen, Haltung zu wichtigen Lebensthemen (Leben, Liebe, Sexualität, Genuß, Leiden, Schmerz, Tod, Wahrheit, Mitmenschlichkeit, Hoffnung, Glaube, Weltanschauung etc.).

Kontinuumspektive: Kontinuität und Diskontinuität der Zeitgeschichte, Lebensgeschichte bzw. der erzählten Geschichte (Diagnostik „prävalent pathogener Milieus“, Petzold 1996a, 233ff), Ketten positiver/negativer „life events“, Erleben von traumatischen Streß bzw. von Polytraumatisierungen.

2.4 Lebenspanorama und Identitätsdimensionen

Einen Überblick über die gesamte Lebensspanne und bedeutsame Lebensereignisse bietet das von Petzold (1965) entwickelte „Lebenspanorama“, ein Instrument medienunterstützter Dia-

gnostik, bei dem nach entsprechender Einstimmung der Lebensweg auf ein großes Blatt Papier (DIN A-0) mit Wachsmalkreiden gezeichnet wird. Diese Technik läßt sich fokalthérapeutisch und thematisch modifizieren und ergänzen (z. B. in Form des Gesundheits- oder Krankheitspanoramas bzw. des Symptombilds, weiterhin durch ein Bild des „convoys“, d. h. des sozialen Netzwerkes im Zeitverlauf oder durch das „dreizügige Karrierepanorama (Abb. 2, siehe Ende dieses Beitrags), das Ketten positiver Erfahrungen, negativer Erfahrungen und Defiziterfahrungen in ihrer wechselseitigen Beeinflussung bildlich darstellt und für die Diagnostik und Therapieplanung wesentliche Erkenntnisse bieten kann (ausführliches Beispiel in *Petzold 1993c*, 249-307). Mit dem „Krankheitspanorama“ (*Petzold, Orth 1993*) erfassen wir Komorbidität (*Wittchen, Vossen 1996*).

Zur Exploration von Persönlichkeitsdimensionen wurden „Persönlichkeitsinventare“ (*Petzold, Orth 1994; Petzold, Orth 1998b*) entwickelt: die „Selbstbilder“, „Kartierung persönlicher Souveränität“, die „Darstellung der Ich-Funktionen“, die „fünf Säulen der Identität“ (Abb. 3, am Ende dieses Beitrags): 1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netz, 3. Arbeit/Leistung/Freizeit, 4. Materielle Güter und Sicherheiten, 5. Werte. Hier findet sich eine Anschlußmöglichkeit an die DSM-Diagnostik der Identitätsstörung (313.82), die auf „Aspekte der Identität“ (DSM-III-R 1989, 125) abstellt (langfristige Ziele, Berufswahl, Freundeskreis, sexuelle Orientierung, religiöse Identifikation, moralische Wertvorstellungen, Gruppenloyalität, vgl. DSM-IV 1998, 772), die eher zufällig gewählt scheinen. In der Diagnostik der Integrativen Therapie wird das Identitätsprofil regelhaft und nicht nur bei Verdacht auf eine spezifische Identitätsstörung erhoben (*Kames 1992; Petzold, Orth 1994*). Bei der großen Bedeutung von Leiblichkeit in der Integrativen Therapie als einem durch leibtherapeutische Methoden ansetzenden Verfahren (*Petzold 1988n*) kommt der Leibdiagnostik besondere Bedeutung zu. Wir haben hier die „Body-Charts“ entwickelt. In einem Bild des Körpers - auf ein langes Blatt Papier gemalt - entstehen durch Formen, Figuren, Symbole, Farbkombinationen, die in das Körperbild hineingezeichnet werden, Materialien von großer Aussagekraft. Der „phantasmatische Leib“, der in sich als „Archiv“ die Eindrücke des Lebens aufgenommen und z. T. symbolisch verdichtet hat, wird zugänglich (vgl. *Petzold, Orth 1991, 1993, 1994*).

Patientenbeispiel: Als Beispiel sei das „dreizügige Karrierepanorama“ (Abb. 2, von unten nach oben: Zug der Negativerfahrungen, Zug der Defiziterfahrungen, Zug der Positiverfahrungen) und das „Identitätsbild“ eines Patienten (Abb. 3) vorgestellt.

Der Patient wurde mit einer mittel bis schweren „rezivierenden Major Depression“ (DSM-III-R, 296.3) diagnostiziert (Kriterien 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8). Die Feinexploration der Kriterien 2 - 6 (Aktivitätsverlust, motorische Inaktivität, bei vorgängig bewegungsaktivem Lebensstil, Energielosigkeit mit sozialem Rückzug) führte zur Empfehlung und Durchführung eines sport- bzw. bewegungstherapeutischen Laufprogramms (*übungszentriert-funktionale Modalität*, vgl. *van der Mei, Petzold, Bosscher 1997*) und netzwerktherapeutischer Aktivierungsmaßnahmen (*Petzold, Hass 1998*). Neben den drei Lauftreffs pro Woche wurden zwei „soziale Treffs“, bei denen mit Freunden „etwas unternommen“ werden soll, verabredet. Sie wurden in der Therapie vor- und nachbesprochen (*erlebnisaktivierend-stimulierende Modalität*). Die Analyse des *Identitätsbildes* mit den „fünf Säulen der Identität“ (*Petzold, Orth 1994; Kames 1992*) zeigt, daß die „Säule Leiblichkeit“, die von dem sportiven Patienten (er war ein begeisterter Schwimmer und Wasserballspieler) zuvor immer - „außer ganz früh in der Kindheit, im Krieg, da war ich öfter krank“ - als vital und zuverlässig gespürt wurde [grüne und blaue Farbe], seit den Depressionen „matt, ohne Energie, mit schlechten Gefühlen und vernebelten Gedanken“ erlebt wird [schwarze und graue Farbe]. Negative Gedanken werden hier als „leibliches Phänomen“ beschrieben (in Ergänzung einer kognitivistischen Sicht *sensu A. Beck*). In der „Säule soziales Netzwerk“ macht sich in

neuerer Zeit „Leere“ breit. Der Patient: „Die Beziehungen werden eher düster und negativ, obwohl, meine besten Freunde stehen zu mir“ [rote Netzwerklinien]. Die „Säule *Arbeit und Leistung*“, war - so der Patient - „immer neben guter Kraft [rot, blau] auch mühsam, besonders in der Schule. Die bricht jetzt mehr und mehr weg, beängstigend ist das!“ Da der Patient als Pflegedienstleiter im Beruf recht gefordert ist, wird in der Therapie die Berufssituation immer wieder stützend thematisiert und beraten. Das Wegbrechen dieser Säule ist für viele Patienten mit dem Risiko der Chronifizierung verbunden, weshalb im Integrativen Ansatz hier ein *Fokus* gesetzt wird und Hilfen bei der Mobilisierung und Nutzung von *Ressourcen* gegeben werden (Petzold 1993a, 1997a). Die „Säule *materielle Sicherheiten und Güter*“ erscheint dem Patienten auch gefährdet: „Da war nie viel. Es hat gereicht. Die letzten Jahre ging's bergauf, da ist was draufgekommen!“ Die „Säule *Werte*“ wird als tragfähig erlebt. „Da ist viel grüne Hoffnung, Glaube [blau], Spiritualität [violett] und Liebe [rot]. In der Kindheit waren auch dunkle, strenge Sachen, zu enge Religiosität [dunkelblau und schwarz] und wohl auch Nazisachen [braun]. Deshalb ist die Säule durch Schwarzes gespalten. In den letzten Jahren habe ich aber auch viele Zweifel und sehe oft keinen Sinn in allem, aber ich kämpfe dagegen an. Ich weiß, das sind die dunklen Sachen aus der Vergangenheit, die da hochkommen. Da soll man sich nicht runterziehen lassen, aber das schaff ich oft auch nicht.“

Hier sind nootherapeutische Sinngespräche angesagt (Petzold 1983). Der Patient wird ermutigt, den in „klinischer Seelsorge“ ausgebildeten Krankenhauspfarrer, zu dem er von Berufs wegen einen guten Kontakt hat und von dem er sich in dieser Thematik Unterstützung vorstellen kann, anzusprechen. Über den Identitätssäulen verdichtet der Patient seine Darstellung und sein Erleben in einem *Identitätssymbol*: „Meine Identität, das ist, daß meine Frau und ich wieder am Strand spielen, Sonne, Wind und Meer, aber ohne das Grau der Depressionen, so muß das wieder werden!“

Im „dreizügigen *Karrierepanorama*“ des Patienten (oberer Zug „Kette positiver Ereignisse“, mittlerer Zug „Kette der Defiziterfahrungen“, unterer Zug „Kette der Negativereignisse“, Abb. 2) wird die frühe Kindheit relativ detailliert dargestellt. Der Patient sieht sich als „gewollt, ein Kind der Liebe“ [rotes Herz am Anfang]. Das Elternhaus mit großem Garten, das Meer hinter den Dünen, die Nachbarkinder, das alles ist gut und heiter, wird aber vom beginnenden Krieg überschattet. Der Vater ist an der Front, die Mutter arbeitet in der Fabrik, das Haus ist leer geworden. Viele Defizite sind da [graue Fragezeichen, die Ordnungen sind auf den Kopf gestellt worden], vor allen an Liebe und Zuwendung [graue bzw. leere Herzen], denn die Mutter wird depressiv, trotz schöner Ferien am nahen Meer, wo sie auch die Wochenenden verbringen [rotes Zelt, bunter Wasserball, protektive Erfahrungen]. Fliegeralarm, Bombenangriffe, Luftschutzkellern, der Tod des Großvaters [kleines schwarzes Kreuz] werden als traumatisch und belastend erinnert. Kurz vor Kriegsende fällt der Vater [großes schwarzes Kreuz]. Trümmer, entbehrungs-volle Nachkriegszeit, mühsame Schulkarriere, mit achtzehn trifft er im Schwimmclub die „große Liebe“ [großes rotes Herz], mit 23 Heirat. Die Ehe ist glücklich, bleibt aber kinderlos. Auffällig ist, daß der lange Zeitraum zwischen 1956 und 1982, dem Todesjahr der Mutter, nicht dargestellt wird. Der Patient ist mit der auf dieses „kritische Lebensereignis“ (Filipp 1990) folgenden Zeit seiner Erkrankung okkupiert. In einer späteren Exploration der „fortgelassenen Jahre“ mit der *Panoramatechnik* werden die Entwicklungen der Berufskarriere, die Sport- und Reiseaktivitäten in der Beziehung detailliert dargestellt.

Nach dem Tod der Mutter findet sich die erste depressive Episode (event. ein pathologischer Trauerverlauf?). Es folgen mehrere Rezidive mit Aufgabe der Sportaktivitäten („Es gab auch so viele unschöne Sachen im Club. Das hat's mir verleidet!“). Medikamentöse Behandlungen zu-

nächst durch den Hausarzt, dann durch einen Psychiater bleiben erfolglos. Es schließen sich zwei Jahre gruppenanalytischer Therapie an, die der Patient schließlich frustriert abbricht („Nur Reden und Schweigen und Schweigen und Reden!“). 1989 kommt er in die Integrative Therapie. Aus seiner analytischen Behandlung hat er viele Vorstellungen über seine „schlimme frühe Kindheit“, ohne mit den Erinnerungen *emotional* in Kontakt kommen zu können. Die Behandlung legt hierauf einen Schwerpunkt und kann viele positive bzw. protektive Vergangenheitserfahrungen, die vergessen oder verdrängt bzw. von Negativem überlagert waren, wieder emotional erlebbar machen und in die Erinnerung bringen, aber auch dissoziierte, traumatische Erfahrungen: z. B. das Eingeschlossensein im Luftschuttkeller, als sich die Eisentüre verzogen hatte. (Die zu den übrigen Darstellungen des Elternhauses im Zug der Negativereignisse unterschiedliche Zeichnung des Hauses mit einem Keller erfolgte *nicht* intentional bzw. bewußt und die Erinnerung kam erst in der *konfliktzentrierten* Modalität der Bearbeitung dieses Details auf). Die Reaktivierung *salutogener* Vergangenheitserfahrungen machte ein Abschwächen der einseitigen Negativattributionen an die „*pathogene*“ frühe Vergangenheit möglich und vor allen Dingen der durch die analytische Gruppentherapie zementierten Überzeugung, diese Erfahrungen hätten zu einer „bleibenden Schädigung“ geführt (vgl. zu derartigen Mythenbildungen *Petzold, Orth 1998a*). Negativen Kontrollmeinungen, Erleben von fehlender Willenskraft [schwarze Schraffuren], Sinnlosigkeits- und Leeregefühle, die im Defizitzug des Panoramas in der Gegenwart durch Grauschleier erkennbar sind, wurden durch mentale, emotionale und volitive Übungen positive Gedanken, Gefühle und Willensentscheide entgegengestellt, womit die Ressourcen des positiven Zuges [rote, grüne, gelbe Linien und Punkte] als protektive Momente in seinem sozialen Netzwerk und stützende Erfahrungen und Erfolge in seinem beruflichen Feld erlebbar blieben, genutzt werden konnten und nicht depressiv überblendet wurden. Die Lauftherapie tat ein übriges, Selbstwertgefühl und „*mastery experiences*“ zu stärken. An Netzwerkinterventionen wurden zwei Gespräche mit dem Patienten und seinen beiden besten Freunden sowie mehrere Paargespräche mit ressourcendiagnostischer Zielsetzung (*Petzold 1997a*) durchgeführt, dies mit der Absicht, Ressourcen zu mobilisieren. Die Frau des Patienten erwies sich als sehr kooperativ und trug viel zum positiven Fortgang der Behandlung bei. In der therapeutischen Beziehung wurden Dependenzwünsche bearbeitet und die Sehnsucht nach dem gefallenem und entbehrten Vater thematisiert. Bei einer erneuten schweren Episode erfolgte zusätzlich eine medikamentöse Einstellung, wobei es nicht einfach war, die *compliance* des Patienten zu erhalten. („Die Medikamente haben mir nie etwas gebracht, im Gegenteil!“). Jetzt hatte die Medikation einen positiven Effekt. Der Patient lernt, sein Krankheitsverhalten in der und durch die „prozessuale Diagnostik“, an der er beteiligt wird, immer besser zu verstehen und die Therapie immer gezielter zu nutzen. Er versteht auch, wie er sich in der Realisierung seiner Willensentscheide und seiner selbstgesteckten Ziele blockiert (*Petzold, Leuenberger, Steffan 1998*). Die Behandlung wird nach zwei Jahren beendet. Der Patient ist seitdem weitgehend beschwerdefrei. Er betreibt eine *aktive Pflege* seines sozialen Netzwerkes (mit und ohne seine Frau) und treibt weiterhin drei bis viermal wöchentlich seinen Ausdauersport (Laufen, Schwimmen und Radfahren). Die engagierte Mitarbeit des Patienten am Prozess seiner Behandlung und Gesundung, die positive Unterstützung eines netzwerktherapeutisch aktivierten „*convoys*“ und das „*multimodale*“ Vorgehen (*Petzold 1974j*, 304, Diagramm III) der Integrativen Therapie, in der aufgrund der komplexen diagnostischen Informationen die *übungszentriert-funktionale Modalität* mit der *erlebniszentrierten* und der *konfliktzentrierten Modalität* kombiniert wurden und *psychodynamisches* und *experientiell*es Vorgehen mit *behavioralem* verbunden werden konnte, hat in dieser Behandlung zu einem guten Ergebnis geführt.

Diese mediengestützten Techniken werden Patienten im Vorfeld stets erläutert und mit spezifischen (erklärenden) Einführungen und Einstimmungen versehen. Die Ausarbeitung und weitere

Ausdifferenzierung des evozierten Materials geschieht dann entweder im intersubjektiven Setting (s.o.) oder in sogenannten „intermedialen Quergängen“ (Petzold, Orth 1990), bei denen der Prozeß des Ausdrucks oder der Exploration noch über ein weiteres oder anderes Medium verfolgt werden kann (z. B. das Bild wird in Bewegung umgesetzt oder in einem Gedicht „interpretiert“). Bei der Arbeit mit den Medien und Quergängen ist Behutsamkeit gefordert. Indikation und Auswahl müssen sorgfältig geprüft werden (Osten 1996), weil diese Techniken ein hohes evokatives Potential besitzen. Für die Patienten muß das Material, das hierdurch aufkommt, bewältigbar bleiben. Für eine detaillierte Ausführung dieser diagnostischen Techniken muß an dieser Stelle auf andere Quellen verwiesen werden (vgl. die Arbeiten von Petzold, Orth 1985 1990, 1991, 1994).

3. DIAGNOSTIK, ZIELE UND METHODEN DER THERAPIE

Diagnostik ist darauf gerichtet, für die Therapieplanung und das praktische therapeutische Handeln, für ein „therapeutisches Curriculum“ also (Petzold 1996a, 208ff), Materialien bereitzustellen, die eine Festlegung von Zielen und die Wahl angemessener Methoden, Techniken und Medien erlaubt. *Zielen* liegen stets die drei Vorgaben (**PRP**) zugrunde:

1. *Probleme* (verstanden als Schwierigkeiten oder als Aufgaben),
2. *Ressourcen* (verstanden als Mittel der Unterstützung, vgl. Petzold 1997a);
3. *Potentiale* (verstanden als Möglichkeiten, die im Individuum und in seinem Kontext liegen).

Ein *therapeutisches „Curriculum“*, daß Global-, Grob- und Feinziele, kurz-, mittel- und langfristige Ziele (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) differenziert, festlegt und zu erreichen sucht, kann nur auf der Grundlage einer theoriegeleiteten *Diagnostik*, die die „richtigen“ Fragen stellt und Perspektiven wählt, und einer elaborierten *Therapeutik*, die aufgrund von Krankheitslehre und Interventionstheorie die richtigen Methoden und Mittel einsetzt, erstellt werden. Aus den drei Vorgaben ergeben sich unterschiedliche Problem-Ziel- oder Problem-Ressourcen-Ziel-Relationen, woraus folgt, daß in der Regel eine *polyvalente Zielstruktur* in Form multipel vernetzter und in unterschiedlichen Hierarchisierungen verflochtenen Zieltaxonomien vorliegt, und darauf zu achten sein wird, daß in der Behandlung keine Ziel-Ziel-Konflikte etwa durch gegenläufige Zielsetzungen in den Intentionen des Therapeuten oder zwischen den Intentionen von Therapeut und Patient entstehen oder sich fixieren oder, daß keine Ziel-Mittel-Konflikte aufkommen, daß weiterhin in der Formulierung der Ziele die Ressourcenlagen nicht berücksichtigt oder die Potentiale überschätzt werden. Den Vorgaben, den Zielen und dem Einsatz der Mittel wird Diagnostik, insbesondere in der Form der *Prozeßdiagnostik* besondere Aufmerksamkeit zu schenken haben (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).

Die phänomenologisch-deskriptive Diagnostik bietet an sich schon die Möglichkeit einer heuristischen Zielformulierung aufgrund der festgestellten Störungen bzw. Schädigungen von beobachtetem Verhalten, womit sich *Traumata*, *Defizite*, *Störungen* oder *Konflikte* auf der Verhaltensebene beeinflussen ließen, sofern für eine solche Beeinflussung interventive Mittel vorhanden sind, die aufgrund klinischer Erfahrung und behandlingstheoretischer Konzepte sinnvoll eingesetzt werden können. Neben der verbalen Exploration und Anamnese, den Instrumenten kreativer, mediengestützter Diagnostik wird in der Integrativen Therapie die gesamte Breite des Instrumentariums wissenschaftlicher Psychodiagnostik genutzt. Wo z. B. neuropsychologische und testpsychologische Untersuchungen benötigten Aufschluß bringen können, werden sie eingesetzt, und natürlich kommt auch die psychiatrische Standarddiagnostik (ICD-10 und DSM-

IV) regelhaft zur Anwendung. Dabei bietet die deskriptive Diagnostik des DSM mit ihrem breiten Verhaltenskonzept (Wittchen et al. 1991, 11) und der Berücksichtigung von *Komorbidität* (Müller, Petzold 1998) für die Integrative Therapie - ihre eigene Diagnostik ergänzend und fundierend - sehr nützliche Möglichkeiten, was am Beispiel der diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-IV 1998, 735ff, 301.83) kurz aufgewiesen werden soll.

Jede der neun vorgegebenen diagnostischen Gesichtspunkte impliziert nämlich auch gegebenenfalls anzustrebende therapeutische Ziele und potentielle bzw. notwendige Maßnahmen: (1) Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden, wird mit Strategien der Versicherung, kognitiver Realitätüberprüfung, Verträgen angegangen; der unter (2) angeführte Wechsel zwischen den Extremen der Überidealisierung und Abwertung verlangt nach Hilfen, aus diesem Muster herauszukommen. Einsicht in dieses Muster, kognitive und emotionale Strukturierungshilfen, Einbezug wichtiger Netzwerkpersonen, die angeleitet werden, sich entsprechenden Reinszenierungen zu entziehen und angemessene Interaktionen zu unterstützen, sind hier praktikable Strategien. Behaviourales Rollenspiel, Imaginationsübungen, thought stopping, action stopping, Implementierung „innerer Beistände“ (unterstützender Personen aus der Biographie oder der Imagination, vgl. Petzold 1985b) etc. sind hier mögliche behandelstechnische Ansätze. - (4) Impulsivität bei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten, wird in gleicher Weise angegangen. Wir haben hier spezifisch die Methode des „Behaviourdramas“ und verhaltenstherapeutische Imaginationstechniken entwickelt (Petzold, Osterhues 1972). Ein solches behaviourales Vorgehen wird im Anschluß an biographische Arbeit, die nach dysfunktionaler Lerngeschichte und belastenden Ursachen sucht, eingesetzt. - (6) Für die Instabilität im affektiven Bereich werden Hilfen zur Unterstützung von „persönlicher Souveränität“ (Petzold, Orth 1998b) und der „emotionalen Differenzierungsarbeit“ (Petzold 1992a, 789ff) sowohl in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung (Übertragungsarbeit) als auch durch Hilfen für Handhabung von Beziehungen und Affiliationen im Alltag gegeben, z. B. Kontakt- und Entspannungsübungen, Techniken zur emotionalen Umstimmung (shifting, ebd., S. 843f). - (8) Kontrollverlust bei übermäßiger Wut wird mit Stützen der Kontrollfähigkeit, z. B. Entspannungs- und Lauftraining (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997) begegnet und wiederum mit Beziehungsarbeit in der therapeutischen Dyade. - (5) Suizidalität, (3) Identitätsstörungen, (7) Leeregefühle, (9) paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome werden einerseits durch biographisch aufdeckendes Vorgehen, emotionale Beziehungsarbeit, Hilfen zur Veränderung von dysfunktionalen volitiven, emotionalen und kognitiven Strategien und durch Ausarbeitung und Umsetzung eines Programms sozialer Unterstützung im Netzwerk angegangen.

Bei einer derart komplexen Persönlichkeitsstörung wie der Borderlineerkrankung wird im Rahmen der therapeutischen Beziehung beständig mit einer Kombination von kognitiven, behavioralen, psychodynamischen, interaktionalen und leibtherapeutischen Strategien sowie Netzwerkintervention gearbeitet. Das macht u. a. ein *integratives* Vorgehen aus, wie man es auch bei Patrick (1993), Ansätzen von Linehan (1993), Safran, McMain (1992), Perres (1994) oder Ryle (1997) findet, die allerdings Netzwerkarbeit und *Leibtherapie* nicht einbeziehen, wie wir dies im Integrativen Verfahren praktizieren. In diesen Dimensionen und seinem komplexen Ansatz liegt seine besondere Stärke. Dabei wird für den Patienten ein „emotionales Verstehen“ biographischer Zusammenhänge - etwa traumatischer Erfahrungen - und die stützende, akzeptierende und zugleich strukturgebende Sicherheit der therapeutischen Beziehung von grundlegender Bedeutung. Auf dieser Basis können dann die bei der Behandlung dieser Störung unverzichtbaren *soziotherapeutischen* Maßnahmen (Petzold 1997b) und Hilfen zur Bewältigung des alltäglichen Lebens greifen. Die „prozessuale Diagnostik“ (vgl. 5), die den Behandlungsverlauf

begleitet, liefert für die beständige Zielkorrektur und Adjustierung des „therapeutischen Curriculums“ und auch für die wachsende Fähigkeit des Patienten zur Selbstdiagnose, d. h. zum Beobachten und Einschätzen der eigenen Befindlichkeit, wichtige Materialien genauso wie für das Erfassen und Bewerten der therapeutischen Maßnahmen des Therapiefortschritts oder der Stagnation. Und auch hier muß der Patient lernen, Wirkungen einzuschätzen und zwischen verschiedenen Mitteln der Unterstützung, „médications psychologiques“ (Janet 1919; Sponsel 1995) und Wirkfaktoren (Petzold 1993b, 315ff), die er in seiner Behandlung kennengelernt hat, auszuwählen, um sich Hilfe und Entlastung zu schaffen - z. B. einen „inneren Beistand“ (ebd. 1985b) in der Imagination herbeirufen oder in die IDR-Tiefenentspannung (Petzold 1998) zu gehen, eine Runde zu laufen nach dem Ansatz integrativer „running therapy“ (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997), die heilsame Wirkung einer Landschaft aufzunehmen - eine ökopsycho-somatische Perspektive (Petzold, Orth 1998c) oder einen Freund anzurufen, das Netzwerk zu nutzen (Petzold, Hass 1998). Er lernt auch „very good moments“ (Mahrer, Whiete, Howard, Gagnon, McPhee 1992) aus seiner Therapie sich zu vergegenwärtigen und die Beziehung zu seinem Therapeuten konstruktiv zu nutzen. Diagnostische und therapeutische Kompetenzen und Performanzen werden auf diese Weise immer mehr auch in die Hände des Patienten überführt, so daß Selbstwirksamkeit, Kompetenzerwartungen, Mastery (Flammer 1990) zunehmen und er nach und nach ein wachsendes Gefühl der Kontrolle über sein Leben gewinnen und selbstbestimmt seinen Alltag meistern kann. Er gewinnt seine „persönliche Souveränität“ - ein Kernkonzept der „Integrativen Therapie“ zurück (Petzold, Orth 1998b).

4. PROZESS- UND VERLAUFSDIAGNOSTIK

Das intersubjektive explorative Vorgehen zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung unterscheidet sich - das dürfte aus den bisherigen Ausführungen abzulesen sein - nicht wesentlich vom prozeßdiagnostischen Vorgehen während einer Therapie. Immer wieder, in Abständen, die hierfür sinnvoll erscheinen, werden die anstehenden Themen, die Ziele und Zielrealisierungen sowie die therapeutische Beziehung in der ganzen Breite, die je zur Verfügung steht, zusammen mit den Patienten reflektiert: die momentanen Wahrnehmungen und affektiven Bewertungen, der Wachstumsprozeß, der kognitive Verständnisprozeß, volitive Umsetzungsprozesse, ihr Gelingen und Scheitern, die Entwicklung einer differenzierten Emotionalität, das veränderte Verhalten in den intimen Kontakten und im gesamten sozialen Bereich werden in den Blick genommen. Diese Verlaufsbeobachtungen ermöglichen „Kurskorrekturen“ im *therapeutischen Curriculum* (Petzold 1996a, 208f) für Therapeut und Klient sowie für relevante Personen im Netzwerk bzw. *convoy* (ebd. 1995a), die an der Therapie mitarbeiten (z. B. im ehelichen Gespräch) - und solche Mitarbeit wird ermutigt, denn das Netzwerk ist ein wichtiges Moment der Therapie. Die gemeinsame Prozeßdiagnostik trägt gleichzeitig dazu bei, daß sich nicht einseitige und dysfunktionale Machtstrukturen konsolidieren (ebd.). Sie fordert weiter vom Patienten ein verantwortungsvolles „Mithinschauen“, das Empathiequalitäten fördert (ebd.) und die *Selbstwirksamkeit* des Patienten (Flammer 1990) bekräftigt. Dies gibt dann schließlich wieder dem Therapeuten eine Rückmeldung über den Stand der therapeutischen Arbeit und der persönlichen Entwicklung des Patienten.

5. ABSCHLUSSDIAGNOSTIK UND EVALUATION

In üblicher Weise erfolgt auch die „Abschlußdiagnostik“ und die Abschlußbewertung einer Psychotherapie durch den Therapeuten und den Klienten gemeinsam. Hier werden die Therapieziele, ihre Realisierung und der gesamte Prozeß der Therapiezeit, aber auch die damit

vergangene Lebenszeit, die begleitete Lebensstrecke, reflektiert. Zu einem guten Abschied gehört eine Reflexion über das, was man bekommen hat, was man gegeben hat, was man sich schuldig geblieben ist. Gerade die Bereiche, die nicht oder nicht genügend bearbeitet wurden, müssen hier herausgestellt werden, damit es nicht zu inneren Dissonanzen kommt („Das sollte mir jetzt aber nichts mehr ausmachen!“). Der Wert von Abschlußevaluationen liegt vor allem auch darin, möglichen Entwertungstendenzen vorzubeugen. So macht es Sinn, alles was gelernt und erfahren wurde, noch einmal anzuschauen, damit „ein Koffer gepackt werden kann“, den man mitnehmen kann. Hierfür eignen sich wiederum kreativen Medien sehr gut, weil sie in einem Zug (z. B. im Therapiepanorama, das mit Wachsmalkreiden gemalt wird) nicht nur Inhalte darstellen, sondern über Form und Farbe immer auch Emotionen, Volitionen und Bewertungen aufzeigen können. Die Anschlußdiagnostik impliziert wiederum eine *Prognostik* und neue Zielformulierungen. Mit dem Patienten wird erarbeitet, was noch zu tun bleibt, wobei auf die Stile volitiver Umsetzung und Zielrealisierung noch einmal besonders sorgfältig geschaut wird (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998). Die prozessuale Diagnostik, an der der Patient in seiner Therapie immer wieder mitgewirkt hat, wird hier noch einmal als Möglichkeit der persönlichen Diagnostik des eigenen Lebenszusammenhangs exemplifiziert, die der Patient zur sinnvollen und gesundheitsaktiven Gestaltung seines Lebens praktizieren und beibehalten soll, auch wenn er nicht mehr in der Therapie ist (z. B. soll er immer wieder einmal ein Bild seiner Belastungsfaktoren und seiner Ressourcen malen, eine Kartierung seiner „persönlichen Souveränität“ oder des aktuellen Zustandes seines „sozialen Netzwerkes“ vornehmen, um diagnostische Informationen zu sammeln, auszuwerten und - falls erforderlich - Korrektive zu setzen).

6. SCHLUSSBEMERKUNG

Die Möglichkeiten der Diagnostik in der Integrativen Therapie erschließen für den therapeutischen Prozeß einen breiten Rahmen der Betrachtung und Intervention. Dieser gewährleistet, daß es nicht zu verkürzenden Einschätzungen der Lebenssituation des Patienten und seines sozialen Netzwerkes kommt, daß fixierende diagnostische Klassifizierungen vermieden werden und der Behandlungsprozeß nicht von unerreichbaren Erwartungen und Zielangaben bestimmt wird. Diagnose erfolgt entlang der Zeitachse des systemisch-interaktionalen Geschehens gemeinsam von Therapeut, Patient *und* von Netzwerkmitgliedern. Therapie erfolgt als breites Spektrum an Maßnahmen, daß die Mündigkeit und Mitentscheidung des Patienten einbezieht und wird wie die Diagnostik ein *kokreatives Geschehen* (Petzold, Orth 1994 1998a). Die Verwendung von kreativen Medien fördert im Patienten eine „Neugierde auf sich selbst“, dient der Bestandsaufnahme und den Gestaltungsmöglichkeiten von Belastungs- und Krankheitsprozessen, von Komorbidität als höchst bedeutsamer Perspektive (Wittchen, Vossen 1996; Müller, Petzold 1998), aber auch von Gesundungs- und Entwicklungsprozessen, die dem Patienten über die Zeit der Therapie hinaus Chancen eröffnen, sich selbst und den Kontext des Lebensganzen besser verstehen und handhaben zu lernen.

Zusammenfassung

Der Beitrag stellt die Diagnostik-Konzeption der „Integrativen Therapie“ als eine Verbindung von Status, Struktur- und Prozeßdiagnostik dar. Von einer Betrachtung der *Phänomene* ausgehend, wird nach *Strukturen*, zeitüberdauernden Mustern, Ausschau gehalten in einem hermeneutischen Prozeß der Phänomeninterpretation. Diese Materialien werden mit Diagnosen, die mit Instrumenten wie ICD-10 oder DSM IV erhoben wurden, in Beziehung gesetzt, um einen Brückenschlag zur klassifikatorischen Diagnostik des klinischen Feldes zu gewinnen. Prozessuale Diagnostik verbindet darüber hinaus eine mehrperspektivische

Betrachtung mit einer dynamischen Prozessanalyse des therapeutischen Geschehens. In der Integrativen Therapie werden Diagnostik und Therapeutik in *einem* Prozeß gesehen. Der Beitrag beschreibt weiterhin die Rolle *kreativer Medien* im diagnostischen Geschehen, die Fokussierung sowohl von pathogeneseorientierten als auch von salutogeneseorientierten Fragestellungen, Fragen nach protektiven wie nach Risikofaktoren, nach der Situation des Individuums wie seines sozialen Netzwerkes und zeigt damit die ganze Breite des Integrativen Ansatzes.

Summary

This article exposes the concept of diagnostics in "Integrative Therapy" as a combination of state, structure and process diagnostic. Departing from a perspective on *phenomena* it is looked for *structures*, time persistent patterns, in a hermeneutic process of interpretation. These materials are connected with diagnoses obtained with instruments like ICD-10 or DSM IV to bridge the the gap to classifying diagnostics, used in the clinical field. Processdiagnostics moreover is joining a multiperspective view with dynamic process analysis of the therapeutic work. In Integrative Therapy diagnostics and therapeutics is seen as *one* process. The article describes furthermore the role of creative media in the diagnostic procedure, the focus on questions concerning pathogenesis and salutogenesis, risk and protective factors, the situation of the individual and his social network and thus shows the broad scope of the integrative approach.

LITERATUR

- Achenbach T M (1982) Developmental psychopathology, 2.edn. New York, Wiley
- Antonovsky A (1979) Health, stress and coping. London, Jossey Bass
- Antonovsky A (1987) Unraveling the mystery of health. London, Jossey Bass
- Balint M (1966) Die technischen Experimente Sándor Ferenczis. Psyche 12, S 904-925.
- Baltes P B, Reese H W, Lipsitt L P (1980) Life-span developmental psychology. Annual review of Psychology 3, S 165-110
- Baumeister R (1991) Meanings of life. New York, Guilford Press
- Bergin A E, Garfield S L (eds.) (1986) Handbook of psychotherapy and behavior change, 3rd edn. New York, Wiley
- Bergin A E, Garfield S L (eds.) (1994) Handbook of psychotherapy and behavior change, 3rd edn. New York, Wiley, 4rd Edn.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (Hrsg) (1993) ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 2. Aufl. Bern, Hans Huber
- Eich H, Reiter L, Reiter-Theil S (1997) Informierte Zustimmung in der Psychotherapie. Einmalige Handlung oder kontinuierlicher Prozeß? Psychotherapeut 42, S 369-375
- Faden R, Beauchamp T L (1986) A history and theory of informed consent. New York, Oxford University Press
- Ferenczi S (1985) Journal clinique, Paris, Payot; dtsh. (1988) Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932, Frankfurt, Fischer
- Filipp S H (1990) Kritische Lebensereignisse, 2nd. edn. München, Urban & Schwarzenberg
- Flammer A (1990) Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern, Hans Huber
- Frohne-Hagemann I (1990) Integrative Musiktherapie als Form kreativer Therapie und symbolischen Ausdrucks. In: Petzold H G, Orth I (Hrsg) Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie (2 Bde). Paderborn, Junfermann, S 807-830.
- Gergen K (1991) The saturated self. Dilemmas of identity in contemporary life. New York, Basic Books

- Gröbelbauer G, Petzold H G, Gschwend I (1998) Patienten als "Partner" - oder als "Widersacher" und "Fälle": Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. In: *Petzold H G, Orth I* (Hrsg) *Mythen in der Psychotherapie*. Paderborn, Junfermann
- Haisch J (1991) Gesundheitsberatung und Gesundheitsevaluation. In: *Haisch J Zeiler H-P* (eds.) *Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung*. Heidelberg, Asanger, S 109-122
- Haisch J, Zeiler H-P (1991) *Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung*. Heidelberg, Asanger
- Hausmann B, Neddermeyer R (1996) *Bewegt sein*. Paderborn, Junfermann
- Hützel D, Hohmer A (1994) Bastelexistenz. In: *Beck U, Beck-Gernsheim E* (Hrsg) *Riskante Freiheiten*. Frankfurt, Suhrkamp
- Janet P (1919) *Les médications psychologiques*, 3 Bde. Paris, Alcan
- Kahn R L, Antonucci T C (1980) Convoys of social support: A life course approach. In: *Kiesler I B, Morgan J N, Oppenheimer V K* (eds.) *Aging New York*, Academic Press, S 383-405
- Kames H (1992) Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie* 4, S 363-386
- Kanfer F, Phillips J S (1975) *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München, Kindler
- Katz-Bernstein N (1990) Phantasie, Symbolisierung und Imagination. Komplexes katathymes Erleben als Methode in der Integrativen Therapie. In: *Petzold H G, Orth I* (Hrsg) *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. 2*. Paderborn, Junfermann, S 883-932
- Kruse O (1991) *Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie*. Stuttgart, Enke
- Kruse O (1995) Entwicklungstheorie der Emotionen und Psychopathologie. In: *Petzold H G* (Hrsg) *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung*. Paderborn, Junfermann, S 137-170
- Kirk S A (1992) *The selling of DSM*. Berlin, Springer
- Laireiter A (Hrsg) (1993) *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung*. Bern, Huber
- Linehan W M (1993) *Cognitive behavioural theory of borderline personality disorder*. New York, Guilford Press
- Mabrer A R, Whiete M V, Howard M T, Gagnon R, McPhee D C (1992) How to bring about some very good moments in psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research* 2, S 252-265
- Merleau-Ponty M (1942) *La structure du comportement*. Paris, Gallimard
- Matzmacher B, Petzold H G, Zäpfel H (1996) (Hrsg.) *Praxis der Integrativen Kindertherapie, Band 2*. Paderborn: Junfermann
- Meyer V, Chesser E S (1971) *Verhaltenstherapie in der Klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme
- Moreno J L (1959) *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Stuttgart, Thieme
- Moscovici S (1984) The phenomenon of social representations. In: *Farr R M, Moscovici S* (eds.) *Social representations*. Cambridge, University Press
- Müller, L., Petzold, H.G., *Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen, Integrative Therapie* 4 (1998).
- Naylor T, Wiliman W, Naylor M (1994) *The search for meaning*. Nashville, Abingdan Press
- Osten P (1995) *Die Anamnese in der Psychotherapie. Ein integratives Konzept*. München, Reinhardt
- Osten P (1996) *Kreative Wahrnehmung, Kreativer Ausdruck. Methoden und Wirkweisen der Integrativen Kunsttherapie. Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 7, S 145-160
- Patrick J (1993) The integration of self-psychological and cognitive-behavioural models in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 38 Suppl. 1, S 39-43
- Perls F S, Hefferline R F, Goodman P (1992) *Gestalttherapie, Bd. I: Grundlagen, Bd. II: Praxis*, 2. Aufl. München, dtv
- Perres C (1994) Cognitive therapy in the treatment of patients with borderline personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89, Suppl. 379, S 69-72
- Petzold H G (1965) *Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse*. Publ. de L'Institut St. Denis 1, S 1-16; dtsh. *Petzold H G* (1985c) *Mit alten Menschen arbeiten*. München, Pfeiffer, S 11-30
- Petzold H G (1974j) (Hrsg.) *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn, Junfermann
- Petzold H G (1983) Nootherapie und „säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H G* (Hrsg.) *Psychotherapie, Meditation, Gestalt*. Paderborn, Junfermann, S 53-100

- Pezold H G* (1985a) *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven.* Paderborn, Junfermann
- Pezold H G* (1985b) Über innere Feinde und innere Beistände. In: *Bach G, Torbet W* (Hrsg) *Ich liebe mich - ich hasse mich.* Reinbek, Rowohlt, S 11-15
- Pezold H G* (1985c) *Mit alten Menschen arbeiten.* München, Pfeiffer
- Pezold H G* (1988n) *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, 3. erweiterte Aufl. 1996a. Ausgewählte Werke Bd. I,* Paderborn, Junfermann
- Pezold H G* (1991a) *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie,* Paderborn, Junfermann
- Pezold H G* (1991b) Das Ko-responzenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik In: *Pezold H G* *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie,* Paderborn, Junfermann
- Pezold H G* (1992a) *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie* Paderborn
- Pezold H G* (1993a) *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie* Paderborn, Junfermann
- Pezold H G* (1993b) „Kontrollanalyse“ und Gruppensupervision in „Kompetenzgruppen“ - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive, In: *Frühmann R, Pezold H G* (Hrsg) *Lehrjahre der Seele.* Paderborn, Junfermann, S 479-616
- Pezold H G* (1993c) *Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken.* In: *Pezold H G, Sieper J* (Hrsg) *Integration und Kreation.* Paderborn, Junfermann, S 267-340.
- Pezold H G* (1994) Mehrperspektivität - ein Metakonzepkt für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. *Gestalt und Integration 2, S 225-297*
- Pezold H G* (1995a) *Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie.* In: *Metzmacher B, Pezold H G, Zaepfel H* (Hrsg) *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, Bd. I.* Paderborn, Junfermann
- Pezold H G* (1995b) *Schulenübergreifende Perspektiven zu einer integrierten Psychotherapie und einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft - der Beitrag von Gestalttherapie und Integrativer Therapie.* In: *Berufsverband deutscher Psychologen* (Hrsg) *Gegenwart und Zukunft der Psychotherapie im Gesundheitswesen.* Bonn, Deutscher Psychologen Verlag, S 71-94
- Pezold H G* (1996a) *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 3. erw. Aufl.* Paderborn, Junfermann
- Pezold H G* (1997a) *Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie. Integrative Therapie 4, S 435-472*
- Pezold H G* (1997b) *Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? In: Sticht, U.* (Hrsg.), *Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch.* Freiburg: Lambertus (S. 57-115)
- Pezold H G* (1998a), *Integrative Supervision und Organisationsentwicklung,* Junfermann, Paderborn
- Pezold H G* (1998b) *Integrative und Differentielle Relaxation - IDR, ein moderner Ansatz der Tiefenentspannung, Integrative Bewegungstherapie 2 (1998 in Vorber.)*
- Pezold H G, Beek Y van, Hoek A-M van der,* (1994) *Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ - „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne (S. 491-646).* In: *Pezold, H.G.* (Hrsg.) *Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke.* Paderborn: Junfermann
- Pezold H G, Goffin J J M, Oudhoff J* (1993) *Protektive Faktoren und Prozesse - die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie.* In: *Pezold H G, Sieper J* (Hrsg) *Integration und Kreation.* Paderborn, Junfermann, S 173-266
- Pezold H G, Hass W* (1998) *Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke und soziale Supportsysteme für die Psychotherapie.* In: *Pezold H G, Märten M* (Hrsg) *Wege zu effektiven Therapien. Psychotherapieforschung und Praxis, Bd 1.* Paderborn, Junfermann
- Pezold H G, Leuenberger R, Steffan A* (1998) *Therapieziele in der Integrativen Therapie.* In: *Ambühl H, Strauß B* (Hrsg) *Therapieziele.* Göttingen, Hogrefe
- Pezold H G, Mathias U* (1983) *Rollenentwicklung und Identität.* Paderborn Junfermann
- Pezold H G, Orth I* (Hrsg) (1985) *Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten.* Paderborn Junfermann
- Pezold H G, Orth I* (1990) *Die neuen Kreativitätstherapien (2 Bde).* Paderborn, Junfermann.

- Petzold H G, Orth I (1991) Körperbilder in der Integrativen Therapie - Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapie. *Integrative Therapie* 1, S 117-146
- Petzold H G, Orth I (1993). Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2, S 95-153
- Petzold H G, Orth I (1994) Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch mediengestützte Techniken in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4, S 340-391
- Petzold H G, Orth I (Hrsg) (1998a) Mythen in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann
- Petzold H G, Orth I (1998b) Wege zu „fundierter Kollegialität“ - innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. In: *Slembek E, Geissner B* (Hrsg) Feedback. St. Ingbert, Röhring Universitätsverlag
- Petzold H.G., Orth I (1998c) Ökopsychosomatik - die heilende Kraft der Landschaft, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf
- 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. Paderborn, Junfermann, S 232-241
- Petzold H G, Rodriguez-Petzold F, Sieper J (1997) „Supervisorische Kultur“ und Transversalität - Grundkonzepte Integrativer Supervision, Teil 1. *Integrative Therapie* 1/2, 17-59; Teil 2: *Integrative Therapie* 4, S 473-511; erw. in *Petzold* (1998a)
- Petzold H G, Schuch W (1991) Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie. In: *Pritz A, Petzold H G* (Hrsg) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S 371-486
- Pohlen M, Bautz-Holzberg M (1994) Psychoanalyse - Das Ende einer Deutungsmacht. Reinbek, Rowohlt
- Rutter M (1992) Pathways from childhood to adult life. *Integrative Therapie* 1/2, S 11-44
- Röhrle B (1994) Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim, Beltz
- Ryle A (1997) Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder. New York, Wiley
- Polkinghorne D E (1988) Narrative knowing and the human sciences. New York, State University of New York Press
- Saß H, Wütschen H-U, Zaudig M (Hrsg) (1998) Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (dt. Bearbeitung). Göttingen, Hogrefe
- Safran J P, McMain S (1992) A cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychology: an international Quarterly* 1, S 59-68
- Schmitz H (1989) Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapie. Paderborn, Junfermann
- Schwarzer R (1993) Streß, Angst und Handlungsregulation, 3. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer
- Sommer K (1992) Maskenspiel in Therapie und Pädagogik. Paderborn, Junfermann
- Sponkel R (1995) Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie. Erlangen, IEC
- Stern D N (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart, Klett-Cotta
- Thomas G (1986) Unterschicht, Psychosomatik & Psychotherapie. Paderborn: Junfermann
- van der Kolle B (1994) The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of PTSD. *Harvard Review of Psychiatry* 1 S 253-265
- van der Kolle B A, McFarlane A C, Weisaeth L (1996) Traumatic stress. New York, The Guilford Press; dt. (1998) Traumatischer Stress. Paderborn, Junfermann
- van der Mei S, Petzold H G, Bosscher R J (1997) Runningtherapy, Stress, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3, S 374-429
- Waldenfels B (1976) Struktur des Verhaltens. Berlin, De Gruyter
- Waldenfels B (1980) Phänomen und Struktur bei Merleau-Ponty. *Integrative Therapie* 2/3, S 120-137
- Welsch W (1996) Vernunft. Frankfurt/M, Suhrkamp
- Wütschen H-U, Saß H, Zaudig M, Köhler K (Hrsg) (1991) Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R (dt. Bearbeitung). Weinheim, Beltz
- Wütschen H-U, Vossen A., Komorbidität bei Angststörungen Häufigkeit und mögliche Implikationen, in: *Marynaf J.* (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1, Springer, Berlin 1996, 217-233.

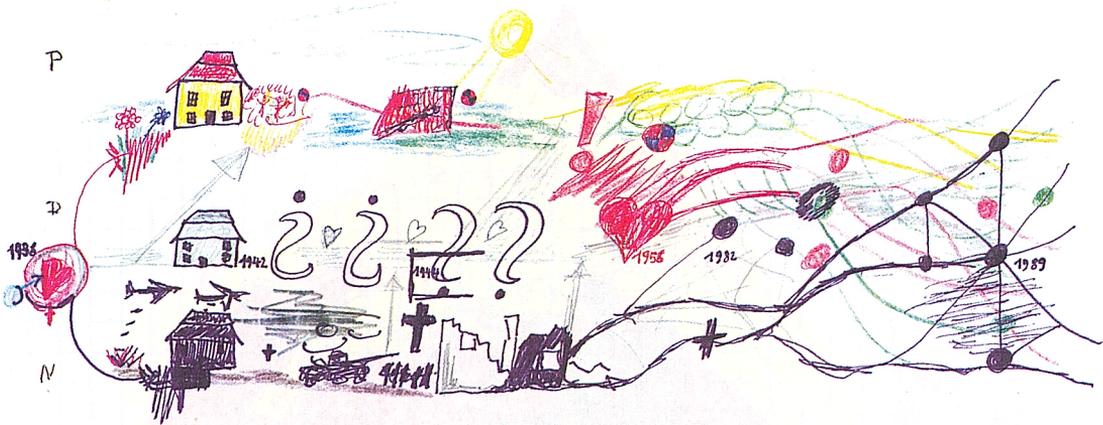


Abb. 2: „Dreizüiges“ Lebenspanorama. R=Kette positiver Lebensereignisse - D=Kette von Defiziterfahrungen - N=Kette negativer Lebensereignisse (vgl. Petzold, Goffin, Oudhoff 1993; Petzold, Orth 1993)

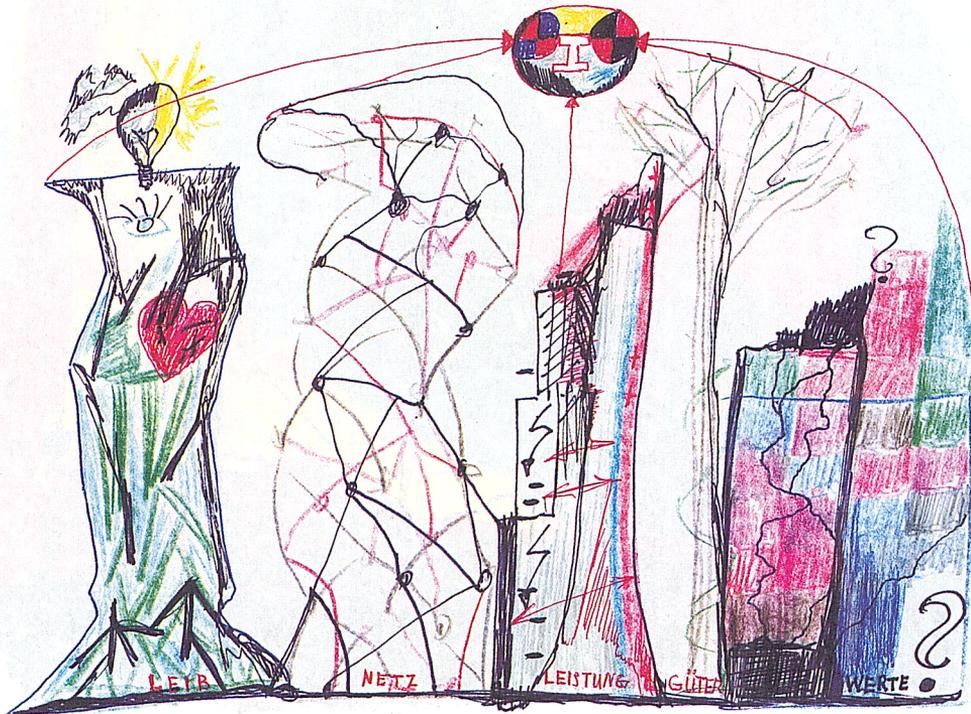


Abb. 3: Die „Fünf Säulen der Identität“: 1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netz, 3. Arbeit/Leistung/Freizeit, 4. Materielle Güter und Sicherheiten, 5. Werte (vgl. Petzold, Orth 1994; Kames 1992)



Abb. 1: Zielkartierung „Hans”, Initialphase (Beitrag: Ziele in der Psychotherapie)

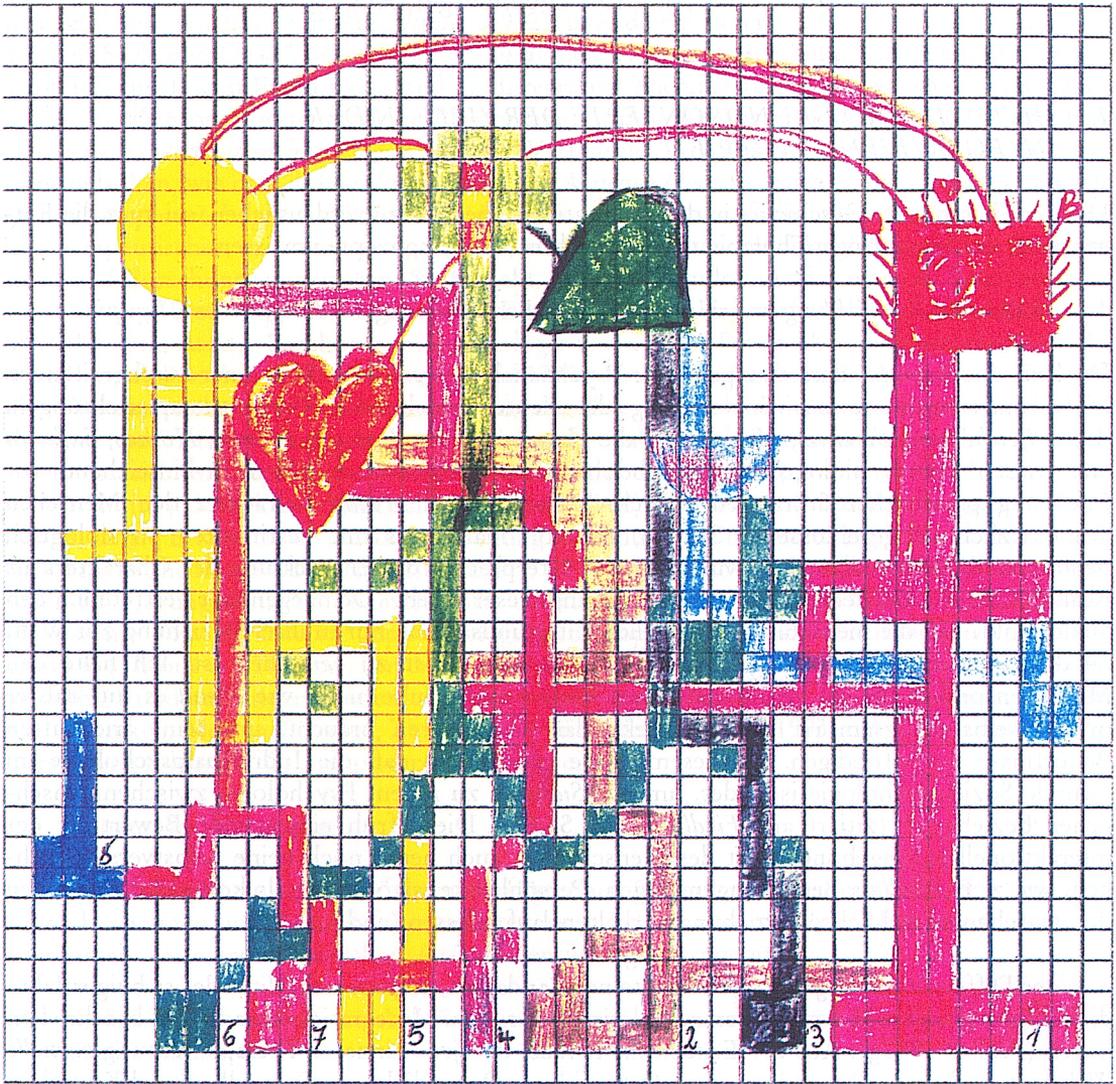


Abb. 2: Zielkartierung/Realisierungsprozeß „Erna“, Zwischenbilanz (Beitrag: Ziele in der Psychotherapie)