

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 11/2010

Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“

Hilarion G. Petzold¹, Düsseldorf²

¹ Aus der „Europäischen 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, Information: <http://www.IntegrativeTherapie.de>) und dem „Department für Psychosoziale Medizin“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>) Donau-Universität Krems.

² Der Text hat die Sigle 2010b und erschien als Geleitwort zu: *Ostermann, D.*, Gesundheitscoaching. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, 19-16.

„Gesundheitscoaching“ ist ein wesentliches und aktuelles Thema, denn Gesundheit ist nicht ungefährdet – heute in einer von Stress und Überlastung gekennzeichneten Lebenswelt in besonderer Weise. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass jetzt ein Buch vorliegt, das das „Integrative Modell“ einer modernen Gesundheitsberatung und -förderung in Theorie und Praxis vorstellt, ein kompakter Text, dessen Entstehen ich begleiten konnte. Die Autorin, *Doris Ostermann*, erläutert die integrativen Konzepte zu einem differenzierten Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit und beschreibt vor diesem Hintergrund ein vielfältiges Arsenal an effizienten Strategien und Methoden, die in Coachingprozessen Anwendung finden können. Ein Geleitwort zu diesem Buch zu schreiben, hat mich zu einigen erläuternden und bestimmte Ideen und Modelle heraushebenden Überlegungen zu den vorgestellten Theorien und Interventionsformen angeregt, die hier in einer konsistenten, praxisnahen Form unter Berücksichtigung des komplexen Feldes des Gesundheitswesens und des Gesundheitsmarktes dargestellt worden sind. Für die Praxis des „Integrativen Ansatzes“ in Beratung, Coaching und Therapie ist charakteristisch, dass sie ihre Qualität durch eine kontinuierliche, forschungsgestützte Entwicklung ihrer theoretischen und methodischen Grundlagen gewinnt, die wieder und wieder vertiefend reflektiert werden. In diesem Sinne ist auch dieser Text geschrieben worden.

Gesundheit wird zu Recht als ein hohes Gut bezeichnet, von vielen Menschen als das höchste. Das zeigt sich, wenn plötzlich gesundheitliche Schäden auftreten, Vitalitätsverluste sich bemerkbar machen, die Dinge nicht mehr „so laufen wie bisher“. Dann – und oft erst dann – werden Fragen gestellt: Was ist geschehen? Warum denn jetzt? Ich habe doch stets auf meine Gesundheit geachtet, es ging doch gut, was lief denn schief? Erkundigt man sich dann nach dem persönlichen Verständnis von „Gesundheit“, nach der „subjektiven Theorie“ der Fragenden zu einem „gesunden Lebensstil“, dann stellt man oft fest, dass Gesundheit meistens als ein rein somatisches Phänomen gesehen wird, als Qualität eines vitalen, leistungsfähigen Körpers, die es durch präventive Maßnahmen, ausgerichtet an der modernen Medizin und Anti-aging-biology (*Bamberger 2006; Lee, Reinagel Miller 2005; Schmitt, Homm 2008*) zu erhalten gilt. Gesundheit im Lebensprozess hat sicherlich und in ganz wesentlicher Weise eine somatisch-physiologische Dimension (*Gavrilov, Gavrilowa 1990*), und doch gilt es, für ein optimales „Gesundheitscoaching“ in den komplexen lebensweltlichen Kontexten moderner Technologiegesellschaften ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit zu gewinnen als nur auf einen „medizinisierten“ Gesundheitsbegriff zu fokussieren (*Holliday 2009*). Im „Integrativen Ansatz“ der Beratung, Therapie und Kreativitätsförderung wurde deshalb in Ausrichtung an moderner gesundheitswissenschaftlicher Forschung auf psychologischer, physiologischer aber auch philosophischer und soziologischer Grundlage – so breit muss man beim Thema Gesundheit ansetzen

- ein „erweiterter Gesundheitsbegriff“ entwickelt (Petzold 1993a/2003a, 447ff; vgl. dieses Buch 2.2.4). In der Integrativen Therapie, Beratung und im Integrativen Gesundheitscoaching gehen wir von folgender Position aus.

„**Gesundheit und Krankheit** werden als ein Spektrum möglicher Verfassungen des Menschen als „Körper-Seele-Geist-Subjekt“ betrachtet, als ein Möglichkeitsraum der Person in ihren Lebensprozessen, in ihren Lebenslagen, d. h. ihrem sozioökonomischen bzw. soziokulturellen Kontext/Kontinuum. In diesem 'potential space' muss sie sich regulieren und die Dynamik von Gesundheits-Krankheits-Prozessen gestalten, eine lebenslange Aufgabe, an der ein Mensch scheitern oder sich in kreativer Weise entfalten kann (Petzold 1975h)“.

Mit einer solchen Sicht werden Gesundheit und Krankheit, Salutogenese und Pathogenese nicht als Gegensätze aufgebaut, sondern als zwei Möglichkeiten der menschlichen Existenz gesehen, als zwei Betrachtungsweisen menschlicher Entwicklung, die miteinander konnektiviert und – so es möglich ist – integriert werden müssen, wofür es verschiedene Ansätze geben kann (Hafen 2007; Petzold, Schuch 1991). Gesundheit kann damit nicht nur als Ziel von „Prävention“ gesehen werden, sondern ist auch als eine „Entwicklungsaufgabe“ in der „Lebensspanne“ (Baltes 1987; Havighurst 1948; Petzold 2008i), als eine Aufgabe der Selbstkultur zu verstehen, die es im persönlichen „Chronotopos“, im Raumzeitgefüge der gegebenen Lebenssituation zu gestalten gilt (Bakhtin 2008). Der hier vertretene „lifespan developmental approach“, welcher für den Integrativen Ansatz, der ihn in Beratung, Coaching und Therapie eingeführt hat, so charakteristisch ist (Petzold 1999b, Sieper 2007b), sieht die Lebensbewältigung und Lebensgestaltung als eine genuine Aufgabe eines jeden Menschen. „Denn wie das Material des Zimmermanns das Holz, des Bildhauers das Erz, so ist das Leben jedes einzelnen Menschen das Material seiner eigenen Lebenskunst [περὶ βίου τέχνης]“ (Epiktet, Diatriben 1, 15), die man über das Leben hin entwickelt. „Man muss ein Leben lang lernen, wie man das Leben gestalten soll. [...] Ich zeige durch mein Beispiel, dass man auch im Alter noch zu lernen hat“ (Seneca. Ep. 76, 1-4).

Für diese Aufgabe können Menschen durchaus Hilfen in Anspruch nehmen, die über die naturwüchsigen Hilfesysteme im Familien- und Freundeskreis hinausgehen. Besonders, wenn sie belastet oder geschwächt sind, soll ein Mensch „die Hilfe eines anderen in Anspruch nehmen“ – „Schäme dich nicht, dir helfen zu lassen“ – so Marc Aurel (VII, 7). Er kann sich Lehrer, Mentoren, Begleiter, Meister suchen, die eben nicht die Funktion von Therapeuten haben, sondern die von Lebensberatern und „Experten für eine gesunde und bereichernde Lebensführung“. Marc Aurel (2001), Kaiser und Philosoph, hat in seinen „Selbstbetrachtungen“ – ein für Coaches und Coachees höchst lesenswerter Text (Hadot 1997) – die Bedeutung der Philosophie als Leitlinie für

eine weise und in einem umfassenden Sinne „gesunde“, der Natur entsprechende Lebensführung verdeutlicht. Die Philosophen der Antike hatten oft die Aufgabe wahrgenommen, zur „rechten Lebensführung“ anzuleiten, wie man es bei *Sokrates, Zeno, Epikur, Seneca, Musonius, Epiktet* und vielen anderen in ihrer Praxis als „Weisheitslehrer und Seelenführer“ sehen kann. *Pierre Hadot* (1969, 1992, 2001) hat uns mit seinen bedeutenden Arbeiten die antike Tradition erschlossen. Diese Philosophen waren keineswegs abgehobene Akademiker sondern als „Experten für eine weise Lebensführung“ gleichsam als „Coaches“ tätig, als Begleiter in Entwicklungsprozessen, deren Lehren auch noch für die Gegenwart wesentlich sind (*Becker* 1998; *Hobert* 1992; *Long* 2002), ja auch für „die Zukunft kann aus guten Gründen eine wachsende Beachtung stoischen Gedankenguts angenommen werden: Die Vorstellung von der grundsätzlichen Gleichwertigkeit aller Menschen, der ausgeprägte Kosmopolitismus der Stoa, die Warnung vor der Weltverfallenheit, vor allem die Sicht von der Welt als einem Gesamtorganismus – solche Gedanken könnten in den nächsten Jahren zunehmend wichtiger werden und möglicherweise zum Gespräch mit der Stoa anregen“ *Weinkauf* (2001, 38).

Heute wird an diese Beratungsformen durch die „philosophische Beratung“ angeknüpft, die *Foucault* (2007), *Hadot* (1995), *Marinoff* (2001), *Petzold* (*Kühn, Petzold* 1992), *Sautet* (1997), *Schmidt* (1999, 2004) bekannt gemacht haben. Wir haben diese Praxis als „klinische Philosophie“ in den Bereich der Psychotherapie eingeführt (*Petzold* 1971, 1991a), allerdings mit dem klaren Hinweis, dass es sich bei solcher Beratung und Therapeutik um die Unterstützung „genuin menschlicher Prozesse des Umgangs mit dem Leben und um Praxen mitmenschlicher Lebenshilfe handelt, die keineswegs von der Psychotherapie monopolisiert werden sollten, jedoch von ihr genutzt werden können“ (ders. 1971). *Albert Ellis* (1973, 1996; et al. 2004) hat in seiner rational-emotiven Therapie auf die Stoa Bezug genommen und wir haben das „Integrative Coaching“ bewusst in diese Tradition der philosophischen Begleitung und Lebensberatung von Menschen gestellt (*Petzold* 2002g), um sie bei ihren Entwicklungsaufgaben, in der Auseinandersetzung mit Fragen der Werte und der persönlichen Ethik, in der Entfaltung ihrer Potentiale und beim Umgang mit Krisen oder in der Bewältigung von Krankheit und Leid zu unterstützen (*Petzold* 2002g) – ein breites Spektrum von Beratungsanlässen und -aufgaben, das nicht „klinifiziert“ werden sollte, und das immer wieder auch an ethische Fragen heranführt, die bei den Themen von Gesundheit in Krankheit nie ausgespart werden können und für die die moderne Coachingliteratur kaum etwas zu bieten hat. Hier kann die Ethik der Stoa wichtige Impulse geben (*Forschner* 1995; *Stephens* 2007), die natürlich durch moderne Ethikdiskurse zu einer verantwortlichen und melioristischen Wertebasis und zur Gewissensarbeit ergänzt werden müssen (*Mahler* 2009; *Moser, Petzold* 2003/2007; *Petzold* 2009d, f).

In einer solchen Sicht und vor einem solchen Hintergrund werden Gesundheit und Krankheit zu einer allgemeinmenschlichen Realität, zu einem Teil des

Lebens und damit zu einem anthropologischen Faktum. Deshalb sollte man Krankheit auch nicht als etwas grundsätzlich Abnormes, Abartiges auffassen, sondern sie als Herausforderung ansehen, mit ihr umzugehen, entweder um wieder in vollen Sinne gesund zu werden (*restitutio in sano*) oder doch das Maß an Gesundheit wieder zu erlangen, dass möglich ist und das die Chance eröffnet, wieder zu einer „Integrität“ zu finden (*restitutio ad integrum*). Denn „Gesundheit ist kein Gut an sich, Krankheit kein Übel an sich. Nur die richtige oder schlechte Verwendung der Gesundheit macht aus ihr entweder ein Gut oder ein Übel“ (*Epiktet*, Lehrgespräche 3, 20, 4).

Da Gesundheit differentiell, auf verschiedenen Niveaus und in verschiedenen Formen gesehen werden kann, kann sie auch in unterschiedlicher Weise realisiert werden. Es gibt Menschen, die durch einen Unfall versehrt oder durch eine Krankheit massiv beeinträchtigt sind und die dennoch über eine hohe „Integrität“ (*Sieper* 2009) und geistig-seelische Gesundheit verfügen, ja in einer besonderen Weise als „heil“ anzusehen sind – gesünder als manch ein kraftstrotzender Hartgesottener mit optimalen Laborwerten.

Gesundheit ist prinzipiell „at risk“. Wir sind zerbrechliche Wesen, und deshalb kann Gesundheit niemals im Sinne eines naiven Hedonismus verstanden werden, wie er von breiten Kreisen der Wellness- und Fitness-Bewegung und ihren kommerziellen Anbietern vertreten wird (*Hertel* 2003; *Strunz* 2001, 2005). Machbare, ewige Gesundheit und Jugend, das ist eine Illusion, die nur allzu leicht von grausamen Realitäten konfrontiert werden kann. „Niemanden hat das Schicksal so emporgehoben, dass es sich ihm nicht ebenso oft in seiner bedrohlichen Gestalt gezeigt hätte wie in seiner Gunst. Traue nicht dieser Windstille: ein Augenblick genügt, um das Meer aufzuwühlen. An demselben Tag, wo die Schiffe noch um die Wette fuhren, wurden sie von den Wellen verschlungen“ (*Seneca*, ep. ad Lucilius 4, 7). Mit *Georges Canguilhem* (1974) muss man betonen, dass die Krankheiten des Menschen nicht nur Grenzen seines physischen Vermögens sind, sondern zugleich auch die „Dramen seiner Geschichte“. *Canguilhems* Erkenntnis, dass Krankheit – allein mit den Augen der Medizin betrachtet – eine Abwertung des Pathologischen impliziert, die zu einer „vitalen Abwertung“ (und natürlich auch Selbstabwertung) gerät, verlangt eine Sicht, die die menschliche *Würde* und *Integrität* nicht nur von der Gesundheit des Subjekts abhängig macht. Wenn er in „*La Connaissance de la vie*“ schreibt: „Das menschliche Leben kann einen biologischen, einen sozialen, einen existentiellen Sinn haben“ (*Canguilhem* 1992, 155), so ist daraus abzuleiten, dass Gesundheit – auch wo sie auf dem biologischen Niveau beschädigt, ja verloren ist – auf einem existentiellen Niveau noch erhalten sein kann, ja vielleicht vertieft werden konnte. Das ist jedenfalls die Position der Integrativen Therapie, die in der Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden gewonnen wurde (*Petzold* 1980a, 1984c, 2003j). *Canguilhem* (2004), Arzt, Philosoph und Wissenschaftshistoriker, hat eine Auffassung von Gesundheit entwickelt, in der sich diese als Apriori des Vermögens erweist, gefährliche

Situationen zu meistern. Sie wird in diesem Sinne auch als ein Konstituens der Gesundheit gesehen. Auf jeden Fall fordert sie den Menschen, der die Prekarität seiner Gesundheit nicht verleugnet, einerseits auf mit diesem kostbaren Schatz sorgsam umzugehen, und andererseits die Möglichkeit des Erkrankens und Sterbens in den Blick zu nehmen, wie es die Stoa als einen Kernpunkt ihrer philosophischen Lebenspraxis vertritt (*Pohlenz 1970; Long 2002; Weinkauff 2001*). Auch *Canguilhem* betont, dass es von dem Moment an, da man lebt, normal ist, krank zu werden, dass Gesundheit und Heilung in die Grenzen und das Vermögen biologischer Regulationen eingeschrieben sind, und damit auch die Möglichkeit an der Krankheit zu leiden, an der Krankheit zu wachsen und natürlich an ihr zu sterben. Daher sei nur die Furcht vor dem Tod zu fürchten, nicht der Tod selbst – so *Epiktet* (Handbüchlein 5, Lehrgespräche 2,1,13). Die Stoa lehrte schon, dass der Tod als eine „ganz normale“ Auswirkung des Naturgesetzes vom ewigen Werden und Vergehen anzusehen sei (*Benz 1929*). Ein Leben gemäß dieser Natur, „*secundum naturam vivere*“ (*Seneca, De otio IV, 2*), sei kein Übel oder Unglück, sondern zähle vielmehr zu den „*adiáphora*“, zu den unbeeinflussbaren Dingen, denen man mit Gelassenheit begegnen müsse. „Wir sagen, das höchste Gut sei, gemäß der Natur zu leben: die Natur hat uns zu beidem geschaffen, zur Betrachtung der Welt und zum Handeln“ (ebenda, vgl. *Hadot 1969, Maurach 2004*), Handeln als sittlich-moralisches Tun verstanden. „Es kommt nicht darauf an, über die notwendigen Eigenschaften eines guten Mannes dich zu besprechen – vielmehr ein solcher zu sein“ (*Marc Aurel X, 16*). Das prägte die Einstellung der Stoa zu Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod (*Seneca, de brevitae vitae*, vgl. *Benz 1929*). Diese Weisheit insbesondere der jüngeren Stoa (*Epiktet, Marc Aurel, Seneca*) hat bei allen zeitgebundenen Aspekten durchaus etwas für unsere modernen Lebensformen zu bieten (*Sørensen 1984; Veyne 1993*), nicht zuletzt, weil sie auch praktische Übungen und Handlungsanleitungen bietet (*Hadot 1991, 1995; Irvine 2008; Mac Suibhne 2009; Petzold 2004*). Und um eine Einstellung zu diesen Lebensthemen muss sich der Mensch, der sich z. B. mit dem Thema seiner Gesundheit oder der seiner ihm nahe stehenden Menschen auseinandersetzt, bemühen. Und deshalb muss das auch in Rahmen von Gesundheitsberatung bzw. Health Coaching ein Thema sein, das nicht ausgespart werden sollte. Gesundheit ist – *Canguilhem (2004)* zeigt das überzeugend – in der Tat „eine Frage der Philosophie“, die damit in Medizin, Beratung, Therapie hineinwirkt. Seine berühmte These, dass Leben nicht primär als Prozess der „Selbsterhaltung“, sondern als vitale Dynamik der „Selbstüberschreitung“ zu verstehen ist, begründet damit auch eine neue Sicht von Gesundheit und Krankheit: Beides sind Möglichkeiten der Selbstüberschreitung. Sein Schüler, *Michel Foucault (1998)*, hat diese Idee der „*transgression*“ von seiner frühen „Vorrede zur Überschreitung“ (ders. 1963) bis zu seinen späten Arbeiten zur „Ästhetik der Existenz“ (ders. 2007) in besonderer Weise entwickelt und in seiner Lebensführung zu realisieren

versucht (Eribon 1989, 1994). „Interessant ist in der *Préface de la transgression* die zentrale Rolle der existentiellen Erfahrung, die in und mit der Überschreitung einhergeht“ (Brinkmann 2004) und die sich auch als ein Phänomen im Gesundheitscoaching findet, wenn es Menschen gelingt, ihr Leben zu verändern.

Gesundheit ist damit nicht als das Erhalten eines *status quo* zu sehen, sondern als eine Aufgabe der Entwicklung und Überschreitung, eine Idee, die der Integrative Ansatz Nietzsche und Foucault verdankt (Petzold, Orth, Sieper 2000a). Und natürlich ist ein solches Überschreiten im Sinne des Voranschreitens, der Progression, nicht immer zu realisieren. Krankheit wirft Menschen immer wieder in schwerer Weise nieder, irgendwann in endgültiger Weise. Und dann ist es gut, wenn man nicht allein und verlassen ist, sondern „Zugehörige“ da sind, Menschen die eintreten und beispringen, weil sie dem Kranken in irgendeiner Form verbunden sind, durch Verwandtschaft oder Freundschaft oder sei es nur auf der basalen Ebene, dass der Andere, der Kranke, auch ein Mensch ist. Hier erweist sich, dass Gesundheit eine soziale Dimension hat, weil das Leben fundamental ein vergesellschaftetes ist und daher ein sozial verantwortetes sein muss. „Es kann niemand ethisch verantwortungsvoll leben, der nur an sich denkt und alles seinem persönlichen Vorteil unterstellt. Du musst für den anderen leben, wenn du für dich selbst leben willst. Wenn diese Verbindung gewissenhaft und als heiliges Gut gepflegt wird – die uns als Menschen den Menschen gesellt und die zeigt, dass es ein gemeinsames Menschenrecht gibt –, so trägt sie besonders dazu bei, den genannten Bund, also die Freundschaft, zu fördern“ (Seneca, Ep. 48, 3). Wie alleine und verlassen Menschen in Krankheit und Elend sind, kann als Gradmesser für die Humanität einer Gesellschaft gesehen werden und als Ausweis ihrer eigenen Gesundheit oder Gestörtheit und Krankheit, deren Auswirkungen letztlich jeden treffen können und aus diesem Grunde auch von jedem Engagement verlangen, der eine hinlängliche Sicherheit für sich haben will.

Paul Ricœur (2007) hat in einem für diese Thematik wichtigen Text – *Canguilhems* Überlegungen weiterführend – gezeigt, dass der Unterschied zwischen den Gesunden und den Kranken, zu einer Quelle des Respekts für beide werden kann, wenn Krankheit als etwas anderes gesehen werden kann als ein bloßer „Defekt, ein Mangel, kurzum, eine negative Größe“, sondern als „eine andere Art des Auf-der-Welt-Seins. In diesem Sinne hat der Patient eine Würde und verdient Respekt“ (ebenda 269). Das sieht Ricœur als eine im „eigentlichen Sinne ethische Botschaft“, die aber für den Gesunden – so seine Deutung – eine wesentliche Chance für sein Leben bietet dadurch, dass er am Behinderten, Kranken „jenes Potential an Geselligkeit und Zuneigung, jene Fähigkeiten zum Zusammenleben und Mitleiden wahrzunehmen [vermag, sc.], die mit dem Kranksein explizit verbunden sind. Ja, es ist den Gesunden zu wünschen, dass sie diesen Deutungsvorschlag der Krankheit

beherzigen und dass er ihnen helfen möge, ihre eigene Hinfälligkeit, ihre eigene Verletzbarkeit, ihre eigene Sterblichkeit zu ertragen“ (ebenda).

In einer *anthropologischen Perspektive* betrachtet, steht Gesundheit damit als Qualität der *Zugehörigkeit* und *Lebendigkeit* gegen Krankheit als ein Zustand der Stigmatisierung mit dem Risiko, ausgeschlossen und verstoßen zu werden, so dass Krankheit durch *Entfremdung* und *Verdinglichung* verschärft wird, wenn sie nicht gar durch Ausgrenzung bis zur Verletzung und Verelendung oder durch unterlassene Hilfeleistung ausgelöst wurde. Derartige Krankheiten als Folge von „man made disaster“ (Petzold, Wolf et al. 2000) oder als Entfremdungsphänomene sind dann nicht als Folgen natürlicher, organismischer Vulnerabilität zu sehen, sondern als gesellschaftlich zumindest mitverursachte Folgen belastender Lebensumstände.

In *klinischer Perspektive* ist Krankheit durch negative Stimulierung, überlastenden Stress, kritische Lebensereignisse bedingt (Petzold, Schuch 1991), für die sich immer wieder auch „Ursachen hinter den Ursachen“ finden lassen, die aus „multiplen Entfremdungsphänomenen“ herrühren (Petzold 1987d, 1994c). Solchen „*pathogenen*“ Wirkfaktoren stellt ein modernes, sozialkritisch reflektiertes „*klinisches Gesundheitskonzept*“ positive Stimulierung, protektive, „*salutogene*“ Wirkfaktoren, unterstützende Ressourcen und Maßnahmen psychosozialer Hilfeleistungen (Petzold 1997p) entgegen, d. h. es wird versucht, gesundheitsfördernde Erfahrungen zur Verfügung zu stellen, die eine verantwortliche Gesellschaft für ihre Bürger zu gewährleisten bemüht ist und an denen mitzuwirken, verantwortliche Bürger aufgerufen sind. Gesundheit und Krankheit werden also nicht nur in individualisierenden Dimensionen betrachtet. Die sozialepidemiologische Forschung zeigt überzeugend, dass belastende gesellschaftliche Verhältnisse, Mangel, Elend, Verletzung der Würde o. ä. ein hohes pathogenes Potential haben (Hurrelmann 2006; Richter 2007; Richter, Hurrelman 2006) mit möglichen Aus- und Nachwirkungen über die gesamte Lebensspanne bis ins hohe Alter (Borchert 2008; Herbich, Tesch-Römer 2007; Künemund, Schroeter 2008) aufgrund der prinzipiellen Vulnerabilität des Menschen bei Überlastungen durch psychosozialen Stress (McEwen, Lasley 2002). Aufgrund seiner Neuroplastizität, seiner Bewältigungsfähigkeiten (*coping*), seiner explorativen Neugier und seiner poetischen Gestaltungsmöglichkeiten (*creating*) – das alles sind Qualitäten von Gesundheit – können Menschen auch bis ins hohe Alter mit Negativeinflüssen fertig werden, angeschlagene Gesundheit wieder gewinnen oder mit Einbussen leben lernen, besonders, wenn sie durch Coaching, Beratung, Therapie Unterstützung erhalten (Petzold 2008i). Gesundheitscoaching und Maßnahmen der Gesundheitsförderung gewinnen gerade in einer Gesellschaft mit wachsender Hochaltrigkeit an Bedeutung (Hollmann et al. 2010). Und auch hier wird es wichtig werden, dass Chancengleichheit gewährleistet wird und die Dienstleistung des „Gesundheitscoachings“ in breiter Weise älteren und hochbetagten Menschen zur Verfügung steht.

Es sind aber nicht nur soziale Ungleichheiten, die zu Buche schlagen (*Bauer et al 2008; Burzan 2004; Mackenbach 2007*) und deshalb in Beratungs- bzw. Coachingprozessen berücksichtigt werden müssen, es sind auch Genderperspektiven und Familienkonstellationen in den Blick zu nehmen (*Abdul-Hussain 2008; Petzold 2009d, h*). Sie kommen nämlich bei Fragen der Gesundheit und des Wohlergehens spezifisch zum Tragen, etwa das Faktum, dass Frauen oft Benachteiligungen erfahren und Arbeits- und Familienleben schwieriger regulieren und in eine Balance bringen können als Männer, was natürlich auch zu seelischen Belastungen und gesundheitlichen Konsequenzen führen kann (*Babitsch 2005; Eichhorst, Thode 2007; Jurczyk 2005*, vgl. die OECD-Berichte *Babies und Bosse 2007*). Gesundheitspsychologische Untersuchungen fanden überdies heraus, dass unausgeglichene *Work-Life-Balance* vielfältige Probleme aufwirft: für die persönliche Gesundheit (*Hämming 2008; Hämming, Bauer 2009; Matuska, Christiansen 2009*), die Arbeitszufriedenheit und das emotionale Wohlbefinden, für die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft, für Commitment und Loyalität (*Bunting 2004; Kuhl, Sommer 2004, 153ff; Schneider 2007*). Auf jeden Fall müssen diese Zusammenhänge in Coachingprozessen berücksichtigt werden – auch und gerade in der Arbeit mit Führungskräften, denn sie haben ja MitarbeiterInnen zu führen und in betrieblicher Fürsorgepflicht als Vorgesetzte zu begleiten. Deshalb ist es gut, wenn sie durch eigenes Gesundheitscoaching für diese Themen und Fragestellungen im Sinne einer persönlichen, selbsterfahrungsbezogenen, professionellen „Weiterbildung“ (*Petzold, Orth, Sieper 2006*) sensibilisiert sind.

Diese hier nur kurz aufgezeigten vielfältigen Themenbereiche erfordern komplexe Modelle und Konzepte zu den Themen Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Stress, Belastungen, Arbeits- und Lebenszufriedenheit. Sie verlangen differentielle und integrative Strategien für effizientes und problemangemessenes Coaching. Das breit greifende theoretische Konzept des „Integrativen Ansatzes“, wie es in diesem Buch dargestellt wird, und seine ausgereifte interventive Praxeologie und Methodik ermöglichen, sich mit den Themen der eigenen biopsychosozialen Gesundheit, seinem subjektiven Wohlbefinden, mit seiner Kreativität und mit seinen Sozialbeziehungen in einer neuen, faszinierenden Weise auseinanderzusetzen, denn das alles gehört in den Bereich des „erweiterten Gesundheitskonzeptes“, das in seiner sozialen Dimension auch die gesundheitliche Situation von MitarbeiterInnen, Faktoren ihrer Belastung und Möglichkeiten ihrer Entlastung zur Optimierung ihrer „Performanz“ in den Blick nimmt. Der Gesundheitscoach kann hier durchaus von seinen Coachees als „Consultant“ für Fragen der Gesundheitsförderung in deren Verantwortungsbereichen beigezogen werden, denn Gesundheit ist Basis von Leistungsfähigkeit und Innovationslust. Das Erleben einer umsichtigen Sorgfalt von Seiten des Unternehmens fördert *affektives Commitment*, den

emotionalen Bezug zum Unternehmen (*Mowday, Porter, Steers 1982*), Unternehmenstreue (*continuance commitment*) und Identifikation mit den Unternehmenszielen (*normative commitment*), Faktoren, die für die „Gesundheit des Unternehmens“ durchaus bedeutsam sind (*Allen, Meyer 1990*). Auch das Thema der Krankenstände und der Kosten für die Betriebskrankenkassen muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden. Hier ist Gesundheitscoaching als eine neue Möglichkeit betrieblicher Dienstleistung für MitarbeiterInnen für einen besseren Umgang mit ihrer Gesundheit zu sehen, die „sich rechnet“ und die auch Vorgesetzten ein besseres Verständnis für die Bedingungen von Gesundheit vermittelt, so dass Belastungen durch „bossy behavior“ vermieden werden, denn Führungsverhalten nach der Manager-Devise der fünfziger Jahre „I don't have ulcers, I give them“, also ein „work place bullying“ (*Wetheridge 2008*), erhöht Krankenstände, reduziert Motivation (*Hafen et al. 1996; Lapidus et al. 1997; Nyberg 2008*) und zerstört Vertrauensverhältnisse, die so wichtig sind, weil sie „soziale Komplexität“ puffern (*Luhmann 1978*), Stress reduzieren. Gegen die gesundheitsschädigenden destruktiven Konflikte am Arbeitsplatz (*Cooper, Hote 2000; Hoel, Giga 2006*) müssen vertrauensbildende Maßnahmen „konstruktiver Affiliation“, d. h. guter Beziehungsgestaltung durch „fundierte Kollegialität“ (*Petzold 2007a*) gesetzt werden, so dass man in Atmosphären der „Konvivialität“, in „gastlichen Räumen“ miteinander arbeiten kann. Das zu erreichen und zu gewährleisten ist auch eine wichtige Aufgabe des Managements, bei dem es durch Gesundheitscoaching unterstützt werden kann. Vertrauen schaffen und vertrauen können, bedingen sich wechselseitig und die „Neurobiologie des Vertrauens“ (*Zak 2008; Kosfeld et al. 2005*) und die „Vertrauensforschung“, die heute in verschiedenen Disziplinen betrieben wird (*Bachmann, Zaheer 2006; Marková, Gillespie 2007; Miszal 1996*), zeigen, wie wesentlich die Qualität des Vertrauens in interpersonalen Beziehungen ist und wie unverzichtbar eine „policy of trust“ (*Petzold 2008i*) in allen Bereichen menschlichen Zusammenlebens und natürlich auch im Arbeitskontext ist, denn sie vermag gute „Affiliationen“ und „konviviale Räume“ zu schaffen.

Die Coaching-Situationen selbst basieren auf Vertrauen, gründen in einem affilialen, vertrauensvollen, kokreativen Klima, das Sicherheit und Konvivialität schafft. Sie können deshalb als „Modellsituationen“ für gesundheitsfördernde, kreative Leistungen und Innovation stimulierende Formen des Umgangs und der Zusammenarbeit wirksam werden.

„Integratives Gesundheitscoaching“ kann in seiner praktischen Umsetzung die fundamentalen „positiven Lebensqualitäten der ‚Vitalität, Frische, Leistungsfähigkeit‘ und ein Lebensgefühl der Sicherheit, der Integrität und des

Selbstwerts fördern, die in der persönlichen und zwischenmenschlichen Arbeit an der Triade ‚*Health, Wellness, Fitness*‘ gewonnen werden können als Auseinandersetzung mit möglichen Risiken und der Prekarität menschlicher Gesundheit und der Verwirklichung persönlicher ‚Lebenskunst‘ als achtsame Sorge um sich und die relevanten Anderen (Petzold 1999q; Schmid 1999). Solche besonnene Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit vermag Menschen *Zufriedenheit, Wohlbefinden, Sinn, Glück – salus* in der umfassenden Bedeutung des lateinischen Wortes³ – zu bescheren“ (Petzold et al. 2009). Das alles greift weiter als ein modischer Wellness-Lifestyle (Freidl 2004) und ist anders orientiert als die Ansätze der „Holistic Health“ Bewegung, die auf dem Boden der Pionierarbeit von Halbert L. Dunn (1961, vgl. Ardell 2000) durch Aktivisten wie Donald B. Ardell (1986), Elizabeth Neilson (1988), John Travis (Travis, Ryan 1988/2004, Travis, Callander 1990) eine gesundheitskulturelle Bewegung auf den Plan gerufen hat, die eine beachtliche Verbreitung gewinnen konnte. Man findet hier indes zuweilen Positionen mit einer ideologischen Qualität, die kritischer Diskussion bedürfen. Der Integrative Ansatz ist hier in seinem Konzept des „Wohlergehens“, der „wellness“, deutlich gesundheitspsychologisch (Lippke 2002) ausgerichtet und mit Bezug auf philosophische Perspektiven zu „Gesundheit und Wohlergehen“ an Seneca, Epiktet, Nietzsche, Foucault (Schmid 1999; Petzold 2004l). Hinzu kommen, wie schon ausgeführt wurde, die Ideen von Georges Canguilhem (1904-1995, vgl. Lecourt 2008; Horton 1995), Michel Foucault (1926 – 1984) und Paul Ricœur (1913-2005, Dosse 1997; Matern 2008; Petzold 2005p). Diese Männer, Referenztheoretiker des Integrativen Ansatzes, zählen zu den einflussreichsten Philosophen und Wissenschaftshistorikern Frankreichs, und ihre komplexe Sicht von Gesundheit und Krankheit hat unsere Überlegungen in dieser Thematik nachhaltig beeinflusst.

Vor dem hier kurz umrissenen konzeptuellen Rahmen ist das Gesundheitsverständnis zu sehen, das in diesem Buch vertreten wird und von dem her versucht wird, den modernen, breit greifenden Ansatz integrativen „**Health Coachings**“ zu erschließen.

Doris Ostermann geht von dem „integrativen Verständnis“ von Gesundheit aus, wie es von mir und meinen MitarbeiterInnen im Rahmen der Integrativen Therapie, Beratung, Kreativitätsförderung und in ständigem Kontakt mit der aktuellen Forschung in der Psychologie, in den Neuro- und Sozialwissenschaften entwickelt worden ist. Dieser Ansatz hat inzwischen auch in den Bereich des Coachings von Managern, Sportlern und Künstlern – Menschen die in „high performance“ Situationen stehen – und in Unternehmen,

³ salus, utis f. 1. Wohlbefinden, Gesundheit von Leib u. Seele; Genesung; 2. Wohlbefinden, Glück, Heil, auch als Kosewort; 3. Rettung, persönliche Sicherheit; 4. meton. Retter; 5. Glückwunsch, Segenswunsch, Gruß; 6. Göttin der Gesundheit und des Wohles des Staates mit Tempel auf dem Quirinal.

die auf eine „Kultur des Vertrauens und der Gesundheit“ setzen, Eingang gefunden (Petzold 2008f). Die Autorin hat es unternommen, die wissenschaftlich breit fundierten Basiskonzepte und die reiche und innovative Methodologie des Integrativen Ansatzes in kompakter Weise praxisnah darzustellen, ohne ein simplifizierendes „How to do it-Buch“ zu schreiben mit einer „Tool-Box“ im Anhang. Dafür eignet sich das komplexe Thema der menschlichen Gesundheit, wenn man es *ganzheitlich* und *differentiell* angeht, nicht. Dafür eignet sich auch das Coaching als differenzierte Beratungsmethode im Sinne einer „sophisticated practice“ nicht. In der Methode des „integrativen und differentiellen Coachings“ geht es um das *Handhaben und Gestalten von inter- und intrapersonalen Prozessen*: Prozessen der Persönlichkeitsentwicklung durch „Personality Coaching“, zu dem Gesundheit, Kreativität, Leistungsfähigkeit, interpersonale Kompetenz gehören und das prozessuale Beziehungsgestaltung und Aufgabenbewältigung erfordert. Inzwischen hat es sich ja herumgesprochen, dass mit „Tool-Sammlungen“ keine nachhaltigen Erfolge bei komplexen Coachingaufgaben erreicht werden können. Aus konzept- und begriffskritischer Sicht sollte man von dem Begriff „Tool, Werkzeug“ für die Arbeit mit Menschen genauso Abstand nehmen, wie von Begriffen wie „Objekt“ oder „Objektbeziehung“ in der Psychoanalyse (Leitner, Petzold 2009). Objekte können sich nicht beziehen, und wo immer man auf Partnerschaftlichkeit, Dialogik, Integrität, Prozesse der Kooperation und Kokreativität setzt, ist die Annahme unsinnig, mit „Werkzeugen/Tools“ am anderen zu arbeiten. Menschen, die Führungsaufgaben wahrnehmen, Spitzenleistungen bringen wollen, brauchen in Coachingprozessen Coaches als PartnerInnen, die feld- und fachkompetent sind und zugleich interpersonal sensibel, ausgewogen und innovationsstark, die transparent arbeiten und zu einer kokreativen Prozessgestaltung bereit und fähig sind. Damit wird den Coachees durch ihr eigenes Coaching eine Erfahrung vermittelt, die als „Modellsituation“, für ihre eigene Praxis der Führungsaufgaben und des zwischenmenschlichen Umgangs dienen kann.

Bei Aufgaben ‚persönlicher Innovation, in denen ein Mensch ‚*sich selbst zum Projekt macht*‘ – und darum geht es in Integrativer Beratung und Therapie, im integrativen ‚*health coaching*‘ und ‚*personality coaching*‘ – muss vom Menschenbild, vom Persönlichkeitsmodell und vom Praxiskonzept her heute ein *biopsychosozialer* Ansatz vertreten werden, in dem solide empirische Psychologie, sozialwissenschaftliches Know-How, neuro- und biowissenschaftliche Erkenntnisse mit einer empathisch-intuitiven Prozessbegleitung zusammenwirken“ (Petzold 2008f). Das macht die Besonderheit des Integrativen Ansatzes aus, und hier unterscheidet er sich von der Mehrzahl der Coaching-Ansätze und -Methoden, die bislang immer noch relativ theoriearm sind und wenig Rückbindung an Forschung und Grundlagenwissenschaften haben. Wissenschaftsorientierung bedeutet aber nicht, dass ein praxisfernes, abgehoben-akademisches Konzept oder ein naiv scientistisches Konzept vertreten wird.

Foucault hat für uns überzeugend gezeigt, dass die Erkenntnisse der Biologie, Ökonomie und Philologie den Menschen, den sie als Forschungsgegenstand untersuchen, als endliches und begrenztes Wesen ausweisen. Zugleich ist dieser endliche Mensch aber nicht nur Objekt, sondern auch Subjekt der Erkenntnis in diesen Wissenschaften, die er überhaupt erst ermöglicht hat. Das eröffnet einen „metahermeneutischen Blick“ auf die Wissenschaften und den Menschen selbst und schafft die Möglichkeit, Wissenschaft und sich selbst kritisch zu hinterfragen, auf „*Ursachen hinter den Ursachen*“ und auf „*Folgen nach den Folgen*“ zu blicken, womit die Basis für verantwortliches Handeln gewonnen werden kann (*Petzold 1993c, 2009d*).

Auf der Grundlage dieses metakritisch reflektierten Integrativen Gesundheitsmodells eröffnet die Autorin einen Verstehens- und Verständnishorizont, mit dem man wesentliche Bereiche von Gesundheit *wahrnehmen, erfassen, verstehen* und *erklären* kann (*Petzold 1998a, 111*). Damit stützt sie sich auf ein Modell des Erkenntnisgewinns ab, das aus integrativer Sicht allen menschlichen Lernprozessen zu Grunde liegt (*Sieper, Petzold 2002*). Was Gesundheit zuträglich oder abträglich ist, muss zunächst einmal *wahrgenommen* und *erfasst* werden, dann erst kann man sich im gegebenen Lebenszusammenhang *verstehen* und sich die Ein- und Auswirkungen von Kontexten *erklären*, wodurch es möglich wird, besonnen und wirkungsvoll zu *handeln*. Gesundheit kann so in zentralen Bereichen des menschlichen Lebens gewonnen, erhalten, ja entwickelt werden, denn es ist fast immer möglich, über den *status quo* hinaus zu gehen, sich zu überschreiten, wie es unser anthropologisches Modell (*Petzold 2003a, e*) mit seinen fünf Dimensionen aufzeigt:

1. Im *Bereich des Körperlich-Somatischen* geschieht das durch Optimierung der persönlichen dynamischen Regulationsprozesse des Organismus (*Petzold 2003a*), und die beginnt mit einem Feinspürig-werden für Möglichkeiten und Grenzen des gegebenen Leistungsvermögens, denn erst dann kann ein guter Konditionsaufbau beginnen, der immer um ein „Optimum“ bemüht ist, nie um ein „Maximum“. Maximaleistungen haben bei biologischen Systemen keine Nachhaltigkeit (*Petzold 1998a, 440*). Oder es kann eine optimale „Anspannungs-Entspannungsfähigkeit“ gewonnen werden, die sehr vielen Menschen fehlt. Es geht um ein differentielles Regulationsvermögen. Das ist die Basis für *körperliche Gesundheit* und ihre so wichtigen Qualitäten der körperlichen *Frische und Spannkraft*.
2. Im *Bereich des Seelischen* wird die Optimierung psychischer Prozesse der emotionalen Bedürfnisregulation (*Petzold 1995g*) und eine angemessene Steuerung der Motivationen und Willensprozesse erforderlich (*Petzold, Sieper 2008*). Emotionale Differenziertheit und Fülle des Gefühls, motivationale Vielfalt statt Einseitigkeit, flexible Willensstärke statt verbissene Fixiertheit sind Qualitäten *seelischer Gesundheit*, die nicht nur negativem Stress (*disstress*) vorbeugen, sondern *Tiefe* des Gefühls, das Erleben von seelischem Reichtum und von emotionaler *Frische* und *Seelenstärke* ermöglichen. Tritt eine Verarmung solcher Qualitäten ein, ist es um seelische Gesundheit und das Beziehungsleben nicht gut bestellt.
3. Im *Bereich des Geistigen* geht es um kognitives Geschehen, das in einem weiten Kognitionsverständnis die Fähigkeiten, Probleme zu erkennen und zu lösen, Vergangenes reflexiv auszuwerten und zu verarbeiten umfasst. Auf diesem Boden kann sich *antizipatorische Kompetenz* und *Vision* – Grundlage proaktiven und nachhaltigen Handelns – entwickeln. Die höheren kognitiven Fähigkeiten der Innovation, des ethischen und ästhetischen Wertens im Umgang mit Macht, Verantwortung, Integrität, mit der „Andersheit

des Anderen“ (*Levinas*) entspringen komplexen Prozessen geistiger Verarbeitung (*Mentalisierungsprozessen*). Sie stehen – wie die Konstituierung von Sinn (*Petzold, Orth* 2005) – auf der Grundlage der Partizipation am sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Leben (*Petzold* 2008f, 2009d). Aufgrund der hohen Neuroplastizität des Gehirns (*Jäncke* 2009) sind Prozesse der „Mentalisierung“, wie wir sie im integrativen Ansatz verstehen (*Petzold* 2008f), der geistigen Entwicklung, ein Leben lang möglich. Sie gehören damit durchaus zur *geistigen Gesundheit* eines Menschen und begründen seine *geistige Frische* und *Geistesstärke*.

4. Der Mensch als ein soziales Wesen ist in seinem ganzen körperlich-seelisch-geistigen Leben auf seine Mitmenschen ausgerichtet. Deshalb muss der *Bereich des Sozialen* unbedingt in ein integratives und differentielles Gesundheitscoaching einbezogen werden. Es gibt ja auch Erkrankungen und Schädigungen des sozialen Lebens eines Menschen durch verarmte oder überfüllte oder verwahrloste soziale Netzwerke (*Hass, Petzold* 1999), in denen ein Mensch sich nicht entfalten kann. Familien-, Freundschafts- und KollegInnen-Netzwerke bedürfen der Pflege, damit sie gesund bleiben und zur sozialen Gesundheit von Menschen beitragen, nicht zuletzt durch ihre „mentalen Repräsentation“ als Freunde, die man „im Sinn hat“, als Beziehungen, die „einem am Herzen liegen“ (*Petzold* 2007a). Die *Stärke* und Tragfähigkeit mitmenschlicher Bande und die *Frische* zwischenmenschlicher Beziehungen müssen als ein bedeutsamer Faktor *sozialer Gesundheit* und einer gesunden Persönlichkeit angesehen werden.
5. Ökologisch belastete oder denaturierte Lebens-, Wohn- und Arbeitsräume (Lärm, Hitze, ungünstige Lichtverhältnisse, naturferne Kontexte) bergen nicht nur Gesundheitsrisiken, sondern verhindern auch, dass die wohltuenden ökopyschosomatischen Effekte, die „Naturerleben“ mit sich bringt, zum Tragen kommen können. Der heilsame bzw. gesundheitsfördernde Effekt von „Green Exercises“ (*Petzold et al.* 2009), Aktivitäten und Erlebnisangeboten im Grünen bzw. durch Out-Door-Projekte (*Schad, Michl* 2002; *König, König* 2005), ist bekannt und sollte zum Erhalt psychophysischen Wohlbefindens, von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in die Lebensführung integriert sein. Die *ökologische Gesundheit* der unmittelbaren Lebenskontexte spielt für die körperliche und seelisch-geistige *Frische* und *Stärke* eine weitaus größere Rolle, als man gemeinhin annimmt, wie die ökologische Psychologie und Psychophysiologie zeigen, denn die Ökologie ist nicht „draußen“, wir sind in ihr eingebettet.

Dieses integrative anthropologische Modell vertritt keine hierarchische Taxis, mit dem „Geist“ als höchstem Ordnungsmoment, wie wir das in seiner aristotelischen Vorlage finden (*Aristoteles* sah in seiner Trias *soma, psyche, nous* den Geist als oberstes Prinzip), sondern diese fünf aufgezeigten Dimensionen sind in unserem Konzept des „informierten Leibes“ gleich geordnet, werden in der Idee des sich permanent überscheitenden „Leibsubjektes“ integriert (*Petzold* 2003a, *Sieper* 2006). Damit wird ein prinzipiell offenes Menschenmodell vertreten, denn es wird unter *Foucaultschem* Blick gesehen, dass der Mensch „als fragmentarische, leibliche und endliche Existenz, [...] sich in ihrem Verhältnis zur Welt und zum Anderen in Modellen und Schematisierungen immer wieder neu auslegen muss und damit die Frage nach der Bildung als Selbst- und Weltverhältnis immer wieder hervortreibt“ (*Brinkmann* 2004). Er muss sich immer wieder selbst bestimmen, muss in Selbstreflexion und Selbstsorge, in Koreflexion und gemeinschaftlichem Sorgetragen seine Lebenssituation – sein Wohlergehen, sein Gesundsein und Kranksein – verantwortlich gestalten.

Deshalb geht es darum, Gesundheit in ihren differentiellen Bereichen und in ihren Qualitäten – etwa der *Stärke* und der *Frische* – aktiv und reflektiert zu pflegen, sich der Möglichkeit der Krankheit und der Verletzung von Integrität bewusst zu sein und aufgrund von beidem, den nicht kalkulierbaren pathogenen und den salutogenen Ereignismöglichkeiten, für sich Sorge zu tragen (Foucault 1986), achtsam zu sein und sich durchaus auch in dieser „Selbstfürsorge“ durch fachlichen Rat begleiten und fördern zu lassen, wo dies sinnvoll erscheint.

Gesundheitscoaching bietet diese Möglichkeit der Unterstützung und sollte durchaus in Anspruch genommen werden, wenn die Lebensqualitäten der „*Stärke*“ und der „*Frische*“ verloren gehen oder gefährdet sind – Qualitäten, die man sich bis ins hohe Alter erhalten kann, wie schon Cicero in seiner Schrift „de senectute“ vertrat, die mit vielen modernen gerontologischen Erkenntnissen vollauf übereinstimmt (Petzold, Müller 2004), in Sonderheit was die Qualitäten der „*geistigen und emotionalen Stärke und Frische*“ anbelangt (Petzold 2008f), die in den Selbstprozessen der Person und in ihren Ich-Aktivitäten Ausdruck findet. Sie zeigen sich in einem „wachen Geist“, „emotionaler Lebendigkeit“, einem „heiteren Gemüt“. Man hat der „Frische“ in Psychologie, Psychotherapie und Beratung bislang kaum Beachtung geschenkt. Im Integrativen Gesundheitscoaching stellt sie indes ein wichtiges Moment dar, geht es doch darum, die eigene Frische zu genießen, „*fresh ... exciting*“, und nicht nur die „wilde Frische von Limonen“ herbeizuträumen oder aus der Duftapotheke der Parfümerien zu „requirieren“.

Es dürfte deutlich geworden sein, dass es um die Gesundheit der „Persönlichkeit als Ganzer“ geht, deren einzelne Dimensionen – **Selbst, Ich, Identität** (Petzold 2001p, 2003a) – miteinander unlösbar vernetzt und verflochten sind. Die Vernachlässigung eines Bereiches kann Auswirkungen für die Gesamtgesundheit und die Integrität der Persönlichkeit haben, nicht nur im Sinne von möglichen Schädigungen, sondern auch im Verschenken von Potentialen. Für Coachingprozesse bedeutet das, dass man die menschliche Persönlichkeit verstehen muss, um angemessen beraten, begleiten, fördern zu können. Doris Ostermann stellt deshalb in diesem Buch für das Coaching diagnostisch und interventiv relevante Persönlichkeitsinventare der Integrativen Therapie (Petzold, Orth 1994) vor, die Ichfunktionen, Willenskräfte, Selbst- und Identitätsprozesse erfassen und damit Möglichkeiten bieten, sie zu aktivieren, zu unterstützen, zu entwickeln, um Gesundheit zu erhalten und zu entfalten. Gesundheit als ein unersetzbares Gut bedarf in denaturierten, naturentfremdeten Lebenskontexten und bei den nicht „artgerechten“ *life styles* des *homo sapiens sapiens* heute der präventiven Sorge, wobei gesehen werden muss, dass Prävention oftmals auch ein Zeichen für Entfremdungssituationen ist (Petzold 1981k), mit deren Ursachen man sich befassen muss. *Gesundheit ist darüber hinaus eine Lebensqualität, die man genießen und nutzen sollte*. Für sie gilt nämlich vollauf der neurobiologische Grundsatz: „*Use it or loose it*“ (Jäncke 2006, 2009).

Auf dem Hintergrund eines solchen „integrativen Gesundheitsmodells“ als spezifischem Wissen, das „F a c h k o m p e t e n z“ begründet, kann dann auch ein differentielles Modell des Gesundheitscoachings zum Einsatz kommen, das mit der erprobten Beratungsmethodologie des Integrativen Ansatzes in gediegener „P e r f o r m a n z“, d. h. in praktischem Handeln umgesetzt werden kann. Hinter diesem Modell stehen dreißig Jahre der kontinuierlichen, forschungsgestützten Beratungs- und Supervisionspraxis im Non-Profit- und Profitsektor (*Rahm 1979; Petzold 1998a, 2005g*), die mit dem Aufkommen der Coaching-Methodologie Anfang der neunziger Jahre unmittelbar ins Coaching-Feld übertragen und beforscht wurde (*Petzold 1994a, 2002g*). Dabei kamen uns die Erfahrungen mit dem Coaching und der Supervision von Leistungssportlern an meiner bewegungswissenschaftlichen und sportmedizinisch ausgerichteten Abteilung an der FU-Amsterdam zu gute sowie die Coaching-Arbeit mit Managern unterschiedlichster Branchen und Führungsebenen, und es wurde deutlich: ohne eine fundierte Beratungstheorie, ohne entwicklungspsychologische und gesundheitswissenschaftliche Grundlagen, ohne eine differenzierte Vorstellung davon, was eine Persönlichkeit ist (*Petzold 2001p, 2003a*) und wie Menschen lernen, sich zu verändern (*Sieper, Petzold 2002*), ihre Entwicklungsaufgaben zu meistern und persönliche Eigenschaften zu optimieren, ist Gesundheitscoaching in solider Weise nicht möglich. Zur gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen „F a c h k o m p e t e n z“ (*Amann, Wipplinger 1998; Renneberg, Hammelstein 2006; Schwarzer 2004*) muss indes auch eine gute „F e l d k o m p e t e n z“, das Wissen um Felder, Märkte, Branchen hinzu kommen (*Petzold 2002g*), denn die Coachees aus unterschiedlichen Bereichen, Firmenkulturen und Lebenswelten reagieren höchst unterschiedlich (natürlich auch jeweils unter gender- und diversity-spezifischer Betrachtung, *Abdul-Hussain 2009; Petzold 2009d*). Erst in der Synergie dieser beiden Bereiche von Feld- und Fachkompetenz kann ein fundiert ausgebildeter Coach (Berater, Supervisor, vgl. *Petzold, Lemke 1994b; Ebert, Oeltze, Petzold 2009*) mit einer guten „a l l g e m e i n e n s o z i a l i n t e r v e n t i v e n K o m p e t e n z / P e r f o r m a n z“ in Coachingprozessen zu soliden Beratungsergebnissen kommen. Es geht nämlich nicht primär um Ernährungsberatung, Konditionsaufbau, Stressabbau, wie wichtig, ja z. T. unverzichtbar dies auch ist (*Schlicht, Brand 2007*), es geht um den Erwerb eines „komplexen Gesundheitsbewusstseins“ und um die Kultivierung eines „gesundheitsaktiven Lebensstils“ als aktivem Gestaltungsprozess (*Seiffge-Krenke 1998*) und permanenter ästhetisierender Überschreitungen, in der „das Selbst Künstler und Kunstwerk zugleich ist“ (*Petzold 1999q*), ein Selbst, das sich im Rahmen des je spezifischen Sinnsystems und Lebensentwurfs der Coachees, d. h. im Kontext ihrer familialen und professionellen Lebenssituation gestaltet. Wird Gesundheitscoaching in einem solchen umfassenden Sinne verstanden, so wird deutlich, dass es zugleich ein Persönlichkeitscoaching ist, denn Gesundheit lässt sich nicht von der Gesamtpersönlichkeit ablösen und von ihr

isoliert betrachten. Gesundheitsbezogene Interventionen betreffen immer das Subjekt als Ganzes, um dessen Gesundheit und Wohlergehen es geht. Ein reduktionistisches Verständnis von Gesundheit, das sich z. B. allein auf physische Fitness richtet, wird deshalb in Coachingprozessen zu nur sehr eingeschränkten Effekten kommen können und kann oft die angestrebte Fitness nicht erreichen, weil diese Veränderungen des „Lebensstils“ verlangt.

„Von dir selbst hängt es ab, ein neues Leben zu beginnen. Betrachte nur die Dinge von einer anderen Seite, als du sie bislang angesehen hast. Das nämlich heißt: ein neues Leben beginnen“ (*Marc Aurel VII, 2*). Aber genau das ist nicht einfach, wenn es um „eingefleischte Gewohnheiten“ geht oder wenn die Mühen des Alters zu Buche schlagen. Dann werden oft erhebliche Willensanstrengungen erforderlich (*Petzold, Sieper 2008*). Aber "mit Übung und Selbstbeherrschung kann man auch im Alter etwas von der früheren Leistungsfähigkeit bewahren." (*Cicero, de senectute, 1998, 53*). Hier werden oft die Hilfen eines Gesundheitscoaches notwendig, besonders, wenn es an das Durchhalten, die „persistiven Willensleistungen“ geht (ebenda S. 53), wo Motivation und Willenskraft der Unterstützung durch den Berater, Coach, Trainer bedarf. Aber es ist nicht nur eine Frage des Alters: "Wer nämlich in sich selbst nicht die Voraussetzung dafür hat, gut und glücklich zu leben, für den ist jede Altersstufe beschwerlich." (*Cicero, ebenda S. 23*), und genau dann ist ein Gesundheitscoaching erforderlich, um negative Kognitionen und Emotionen zu verändern, „Selbstwirksamkeit“ (*Flammer 1990*) und „Selbstwert“ (*Keller 2007*) zu steigern.

Das Integrative Coaching, das neben den Möglichkeiten aufgaben- und projektbezogener Beratung (*Schreyögg 1995, 2002*) besondere Schwerpunkte im Bereich des „Gesundheits- und Personality-Coachings in der Lebensspanne“ entwickelt hat, war stets darum bemüht, durch ein komplexes Modell ein ganzheitliches und differentielles Vorgehen zu ermöglichen, wie es den Wünschen, Bedürfnissen und Möglichkeiten der Coachees entspricht, die komplexe Persönlichkeiten sind, denen man nur mit einer interpersonalen, partnerschaftlichen „*best practice*“ gerecht werden kann. Das vorliegende Buch wird einem solchen Anspruch gerecht, weil es ihm gelingt, die Komplexität dieses Modells und seine Praxis übersichtlich, kompakt und anwendungsbezogen darzustellen. Ich hoffe, dass es der persönlichen Gesundheit vieler Menschen und ihrem Umgang mit Belastungen und Chancen in ihren Selbstgestaltungsprozessen zu gute kommt.

Adler, N. E., Snibbe, A. C. (2003): The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. Current Directions in Psychological Science, 12, 119-123.

Allen, N.J.; Meyer, J.P. (1990): The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organisation, Journal of Occupational Psychology, 63, 1-18.

- Ardell, D. B.* (1976): High Level Wellness: An Alternative to Doctors, Drugs and Disease. Emmaus, PA: Rodale.
- Ardell, D. B.* (2000): Wellness in the Headlines. A (Very) Brief History of the Wellness Concept. <http://www.seekwellness.com/wellness/reports/2000-12-29.htm>
- Babitsch, B.* (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber
- Bachmann, R., Zaheer, A.* (2006): Handbook of Trust Research. Cheltenham: Edward Elgar.
- Bakhtin, M.M.* (2008): Chronotopos. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Baltes, P.B.* (1987): Theoretical propositions of life-span development psychology: On the dynamics between growth and decline, *Developmental Psychology* 23, 611-626.
- Baltes, P.B., Baltes, M.M.* (1989): Successful aging: Research and theory, New York: Cambridge University Press.
- Bamberger, C. M.* (2006): Besser leben - länger leben, München: Droemer Knaur.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., Richter, M.* (2008): Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Benz, E.* (1929): Das Todesproblem in der stoischen Philosophie, Stuttgart: Kohlhammer.
- Becker, L. C.* (1998): A New Stoicism: Princeton: Princeton Univ. Press.
- Borchert, L.* (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen. Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität. Augsburg: Maro Verlag.
- Borokowski, N.* (2005): Organizational Behavior and Health Care. Sudbury; Jones and Bartlett.
- Brinkmann, M.* (2004): Die geheime Anthropologie des Michel Foucault, in: v. *H. Pongratz, M. Wimmer, W. Nieke, J. Masschelein.* Nach Foucault. Diskurs- und machtanalytische Perspektiven in der Pädagogik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 70-96.
- Bunting, M.* (2004): Willing Slaves: How the Overwork Culture is Ruling Our Lives, New York: HarperCollins.
- Burzan, N.* (2004): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Canguilhem, G.* (1943): Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. Neuausgabe als "Le Normal et le Pathologique", ergänzt durch "Nouvelles Réflexions concernant le normal et le pathologique" 1966; 9 Aufl. Paris: PUF/Quadrige 2005; dtsh. (1974): Das Normale und das Pathologische, München: Hanser.
- Canguilhem, G.* (2000): Écrits sur la médecine, Paris: Éd. du Seuil.
- Canguilhem, G.* (2004): Gesundheit - eine Frage der Philosophie. Berlin: Merve; Orig. (1990): La santé, concept vulgaire et question philosophique, Pin-Balma: Sables.
- Cicero* (1998): De senectute. Über als Alter. Übers. *Harald Merklin.* Stuttgart: Reclam.
- Cooper, L. C., Hote, H.* (2000): Destructive conflict and bullying at work, London: British Occupational Health Research Foundation.

- Defert, D., Ewald, F.* (2001): Michel Foucault Schriften - Dits et Ecrits. Band I. 1954-1969, Frankfurt: Suhrkamp.
- Dosse, F.* (1997): Paul Ricœur: Les Sens d'une Vie. Paris: La Découverte.
- Dunn, H.L.* (1961). High-Level Wellness. Arlington, VA: Beatty Press.
- Dunn, H.L.* (1977): What High Level Wellness Means. *Health Values* 1, 9-16.
- Ebert, W., Oeltze, J., Petzold, H.G.* (2002c): Die Wirksamkeit der Integrativen Supervision – eine quantitative und qualitative Evaluationsstudie zur Qualitätsentwicklung im EAG-Qualitätssicherungssystem. *Supervision* 7/2009; <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/07-2009-ltze-ebert-petzold-neueinst-aus-2002-integrative-supervision-in-ausbildung-und-praxis.html>
- Eichhorst, W., Thode, E.* (2007): Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Wie konsistent sind die Reformen? IZA Discussion Paper No. 4294. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1434628>
- Ellis, A.* (1973): Humanistic Psychotherapy. The rational-emotive approach. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A.* (1993): Grundlagen der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer
- Ellis, A., Schwartz, D., Jacobi, P.* (2004). „Coach dich“. Würzburg: hemmer/wüst.
- Epiktet* (1998): Discourses. Book I, übers. R. F. Dobbin, Oxford: Clarendon Press.
- Epiktet* (1994): Epiktet, Teles, Musonius: Ausgewählte Schriften, übers. R. Nickel, Zürich: Artemis & Winkler.
- Epiktet* (2006): Anleitung zum glücklichen Leben. Encheiridion, übers. R. Nickel, Düsseldorf: Artemis & Winkler
- Flammer, A.* (1990). Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Forschner, M.* (1995): Die stoische Ethik. 2. Aufl. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Foucault, M.* (1963): Naissance de la clinique, Paris: Presses Universitaires de France.
- Foucault, M.* (1998): Foucault, ausgewählt und vorgestellt von Mazumdar, P., München: Diederichs.
- Foucault, M.* (2007): Ästhetik der Existenz. Schriften zur Lebenskunst, Frankfurt: Suhrkamp.
- Gallo, L. C., Matthews, K. A.* (2003): Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10-51.
- Gavrilov, L. A., Gavrilova, N. S.* (1991): The Biology of Life Span: A Quantitative Approach. New York: Harwood Academic Publisher.
- Großer, M.* (2003): Outdoor für Indoors: Mit harten Methoden zu weichen Zielen. Augsburg: Ziel Verlag.
- Hadot, P.* (1969): Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung. Berlin: de Gruyter.
- Hadot, P.* (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen der Antike. Berlin: Gatzka.
- Hadot, P.* (1995): Philosophy as a Way of Life: Spiritual Exercises from Socrates to Foucault, Malden: Blackwell.
- Hadot, P.* (1997): Die innere Burg. Anleitung zu einer Lektüre Marc Aurels. Frankfurt: Eichborn.

- Hadot, P. (1999): Wege zur Weisheit oder Was lehrt uns die antike Philosophie? Frankfurt/Main: Eichborn Verlag.
- Hadot, P. (2001): La philosophie comme manière de vivre. Entretiens avec Jeannine Carlier et Arnold I. Davidson. Paris: Albin Michel.
- Hafen, B.Q., Karren, K.J., Frandsen, K.J., Smith, N.L. (1996): Mind, body health, Boston: Allyn and Bacon.
- Hafen, M. (2007): Mythologie der Gesundheit – zur Integration von Salutogenese und Pathogenese. Heidelberg: Carl Auer-Systeme-Verlag.
- Hämmig, O. (2008) Beruf und Privatleben vereinbaren – eine grosse Chance für alle Beteiligten. In: *io new management*, 7/8, 12-16.
- Hämmig, O., Bauer, G. (2009): Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 54, 88-95.
- Havighurst, R.J. (1948): Developmental tasks and education, New York: David McKay.
- Havighurst, R.J. (1963): Dominant concerns in the life, in: *Schenk-Danzinger, L., Thomae, H.,* Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie, Göttingen: Hogrefe S. 27-37.
- Herbrich, I., Tesch-Römer, C. (2007): Sozioökonomischer Status und Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte – Entwicklungspsychologische Perspektiven. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. http://www.dggg-online.de/veranstaltungen/FT_Sek_3_4_2007/Herbich_Tesch_R.pdf.
- Hertel, L. (2003): Der große Wellness-Guide. Deutscher Wellness-Verband. Hergiswil: Verlag: Vehling.
- Hobert, E. (1992): Stoische Philosophie. Tradition und Aktualität. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Frankfurt: Diesterweg.
- Hoel, H., Giga, S. I. (2006): Destructive Interpersonal Conflict in the Workplace: The Effectiveness of Management Interventions. Manchester: Manchester Business School. The University of Manchester. British Occupational Health Research Foundation (BOHRF). <http://www.bohrf.org.uk/downloads/bullyrpt.pdf>
- Holliday, R. (2009): The extreme arrogance of anti-aging medicine". *Biogerontology* 2, 223–228.
- Hollman, W., Strüder, H. K., Diehl, J. (2010): Hochaltrigkeit und körperliche Aktivität, in: *Petzold, H. G., Horn, E., Müller, L.* Hochaltrigkeit. Wiesbaden: VS Verlag (2010, in Vorber.).
- Horton, R. (1995): Georges Canguilem Philosopher of disease, *Journal of the Royal Society of Medicine* 88, 316-319.
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa.
- Irvine, W. (2008): A Guide to the Good Life: The Ancient Art of Stoic Joy. Oxford: Oxford University Press
- Jäncke, L. (2006): Das Gehirn: «use it or lose it». Universität Zürich News. <http://www.uzh.ch/news/articles/2006/1822.html>
- Jäncke, L. (2009): The plastic brain. *Neurol. Neurosci.* 5, 521-38.
- Jurczyk, K. (2005): Work-Life-Balance und geschlechtergerechte Arbeitsteilung. In: *Seifert, H.* (Hrsg.): Flexible Zeiten in der Arbeitswelt, Frankfurt: Campus.

- Keller, D. (2007): Konzept und Konstrukt des Selbstwertes und seine Relevanz für die Psychotherapie.: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, POLYLOGE- 15/2007, bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm -
- König, S., König, A. (2005): Outdoor-Teamtrainings. Praktische Erlebnispädagogik. Von der Gruppe zum Hochleistungsteam. Augsburg: Ziel Verlag.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P.J., Fischbacher, U., Fehr, E. (2005): Oxytocin – a biological basis for trust. *Nature*, 2, 673–672.
- Künemund, H. Schroeter, K. R. (2008): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kühn, R., Petzold, H.G. (1991): Psychotherapie und Philosophie, Paderborn: Junfermann.
- Kuhl, D. Sommer, (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung: Wiesbaden: Gabler.
- Lapidus, R. S., Roberts, J. A., Chonko, B. (1997): Stressors, leadership substitutes, and relations with supervision among industrial salespeople. *Industrial Marketing Management*, 3, 255-269.
- Lecourt, D. (2008): Georges Canguilhem, Paris: PUF, Que sais je?
- Lee, P., Reinagel Miller, M. (2005): The Life Extension Revolution: The New Science of Growing Older Without Aging. New York: Bantam.
- Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien.
- Lippke, S. (2002): Wellness. In: R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe, S.630-633.
- Long, A.A. (2002): Epictetus. A Stoic and Socratic Guide to Life. Oxford: Clarendon Press.
- Luhmann, N. (1978): Vertrauen, ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität, Stuttgart: Enke.
- Mac Suibhne, S. (2009): Wrestle to be the man philosophy wished to make you: Marcus Aurelius, reflective practitioner. *Reflective Practice* 4, 429-43.
- Mackenbach, J. P. (2007): Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU, London 2006. Rotterdam: Erasmus.
- Mahler, R. (2009): Wissen und Mitwissen. Gewissen und Wissensbildung im Horizont einer an der Gewissensfunktion orientierten Psychotherapie. Wiesbaden: VS Verlag.
- Marinoff, L. (2001): Más Platón y menos prozac. Barcelona: Ediciones B. Orig. Plato not Prozac. New York: Harper Collins Publ. 1999.
- Marková, I., Gillespie, A. (2007): Trust and distrust: Socio-cultural perspectives. Greenwich, CT: Information Age Publishing, Inc.
- Mattern, J. (2008): Zwischen kultureller Symbolik und allgemeiner Wahrheit: Paul Ricoeur interkulturell gelesen, Nordhausen: Bautz.,
- Marc Aurel (2001): Selbstbetrachtungen. Übers. W. Capelle Stuttgart: Kröner.

- Matuska, K., Christiansen, C. H. (2009): *Life Balance. Multidisciplinary Theories and Research*. Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Maurach, G. (2005): *Seneca. Leben und Werk*. 4. Aufl. Darmstadt: Wissenschaftl. Buchgesellschaft.
- McEwen, B. Lasley, E. N. (2002): *The End of Stress as We Know It*. Washington, D.C.: Joseph Henry.
- Mielck, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Misztal, B. (1996): *Trust in Modern Societies: The Search for the Bases of Social Order*, Cambridge, Mass.: Polity Press.
- Moser, J., Petzold, H.G. (2003/2007): *Supervision und Ethik – Theorien, Konzepte, Praxis*. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 03/2007
- Mowday, R. T., Porter, L. W., Steers, R. M. (1982): *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Müller, W. (2002): *Outdoor Training für Fach- und Führungskräfte*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Neilson, E. A. (1988): *Health Values: Achieving high level wellness – Origin, philosophy, purpose*. *Health Values*, 3, 3-5.
- Nyberg, A. (2008): *Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 8, 803-811.
- OECD (2007): *Babies and Bosses - Reconciling Work and Family Life*. Paris: OECD-Publikation.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2004): *Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“ Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen*. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004a): *Integrative Suchttherapie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 297-342 und in: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2004.
- Petzold, H.G. (1971): *„Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie“*, Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d'Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris.
- Petzold, H.G. (1980a): *Integrative Arbeit mit einem Sterbenden*. *Integrative Therapie* 2/3, 181-193; engl. *Gestalt Therapy with the dying patient*. *Death Education* 6 (1982) 246-264.
- Petzold, H.G. (1981k): *Vorsorge - ein Feigenblatt der Inhumanität - Prävention, Zukunftsbewußtsein und Entfremdung*. *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 3/4, S. 82-90; auch in *Gestalt-Bulletin* 2/3 (1980) 94-105
- Petzold, H.G. (1984c): *Integrative Therapie - der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen*. In: *Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G., 1984 (Hrsg.). Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie*. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn. S. 431-501.
- Petzold, H.G. (1985l): *Über innere Feinde und innere Beistände*. In: *Bach, G., Torbet, W., Ich liebe mich - ich hasse mich*, Reinbe: Rowohlt, S. 11-15.

- Petzold, H.G.* (1987d): Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien - Wege gegen die "multiple Entfremdung" in einer verdinglichenden Welt. In: *Richter, K.* (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit - eine unheilige Allianz? *Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur*, Bd. 9, Remscheid, 38-95.
- Petzold, H.G.* (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: „Klinische Philosophie“, Junfermann, Paderborn. Überarb. Neuauflage 2003a.
- Petzold, H.G.* (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive. *Integrative Therapie* 4, 341-379 und in: *Hermer, M.* (Hrsg.), Psychologische Beiträge, Lengerich: Pabst Science Publishers, 1994, 248-285.
- Petzold, H.G.* (1994c): Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: *Hermer, M.* (1995) (Hrsg.): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174.
- Petzold, H.G.* (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt (Schweiz)*34, 43-46.
- Petzold, H.G.* (2002g): Coaching als „soziale Repräsentation“ – sozialpsychologische Reflexionen Untersuchungsergebnisse zu einer modernen Beratungsform. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm: in *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 02/2002 und bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 05/2002
- Petzold, H.G.* (2003j): Der Hospizgedanke - ein Weg zur Verwirklichung von Hominität und Humanität ... nicht nur am Lebensende. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2003; auch in *Petzold, H.G.* (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 347-353.
- Petzold, H.G.* (2004l): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND "TROSTARBEIT" – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2004. Gekürzt in: *Rommel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B.* (2006): Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart/New York: Schattauer. S. 427-475.
- Petzold, H.G.* (2005p): „Vernetzendes Denken“. Die Bedeutung der Philosophie des Differenz- und Integrationsdenkens für die Integrative Therapie, In memoriam Paul Ricœur 27. 2. 1913 - 20. 5. 2005 - *Integrative Therapie* 4 (2005) 398-412 und in: *Psychotherapie Forum* 14 (2006) 108-111.
- Petzold, H.G.* (2008f): Multi- und Interdisziplinarität, Metahermeneutik und „dichte Beschreibungen“ für eine Ethik und Praxis „melioristischer Humantherapie und Kulturarbeit“ – Transversale Erkenntnisprozesse der Integrativen Therapie. *POLYLOGE* 22/2009, <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge>.
- Petzold H.G* (2008i): Der Wille für ein gelingendes Hochbetagtsein. In. *Polyloge* 26/2008. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/26-2008-petzold-h-g-der-wille-fuer-ein-gelingendes-hochbetagtsein.html>
- Petzold, H.G.* (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei

www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - - *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 4, 2009.

Petzold, H.G. (2009f): „Gewissensarbeit und Psychotherapie“. Perspektiven der Integrativen Therapie zu „kritischem Bewusstsein“, „komplexer Achtsamkeit“ und „melioristischer Praxis“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2009 und *Integrative Therapie* 4/2009.

Petzold, H. G. (2009h): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. Die „repräsentationale Familie“ ein Basiskonzept integrativ-systemischer Entwicklungstherapie für die familientherapeutische und sozialpädagogische Praxis, Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2009. *Integrative Therapie* Heft 1-2, 2010.

Petzold, H.G., Lemke, J., Rodriguez-Petzold, F. (1994b): Die Ausbildung von Lehrsupervisoren. Überlegungen zur Feldentwicklung, Zielsetzung und didaktischen Konzeption aus Integrativer Perspektive. *Gestalt und Integration* 2 (1994) 298-349.

Petzold, H.G., Müller, L. (2004b): „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Moderne Altersforschung, „Philosophische Therapeutik“ und „Lebenskunst“ in einer „gerontothropen“ Gesellschaft. Überlegungen mit Cicero über die „kompetenten Alten“ für die „Arbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, H.G.* (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuausgabe von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta, S. 17-85.

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000a): Transgressionen I – das Prinzip narrativer Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie – Hommage an Nietzsche. *Integrative Therapie* 2/3, 231-277.

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): *Integrative Suchtarbeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713.

Petzold, H. G., Orth, I., Orth-Petzold, S. (2009): Integrative Leib- und Bewegungstherapie – ein humanökologischer Ansatz. Das „erweiterte biopsychosoziale Modell“ und seine erlebnisaktivierenden Praxismodalitäten: therapeutisches Laufen, Landschaftstherapie, „Green Exercises“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2009.

Petzold, H.G., Schuch, W. (1991): Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie. In: *Pritz, A., Petzold, H.G.*, 1991. *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*, Junfermann, Paderborn, S. 371-486.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): *Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie*. 2 Bände. Bielefeld: Sirius.

Petzold, H.G., Wolff, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.*: *Traumatic Stress*. Erweiterte deutsche Ausgabe. Paderborn: Junfermann. 445-579.

Pohlenz, M. (1970): *Die Stoa. Geschichte einer geistigen Bewegung*. 2 Bde. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Renneberg, B., Hammelstein, P. (2006): *Gesundheitspsychologie*. Lehrbuch. Berlin: Springer-Verlag.

Richter, M. (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. *Politik und Zeitgeschichte*. Nr. 42 / 15.10.2007.
<http://www.bundestag.de/dasparlament/2007/42/Beilage/001.html#2>

- Richter, M., Hurrelmann, K. (2006):* Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ricoeur, P. (2007):* Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts. In: *Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.):* Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag, 259 -269.
- Sautet, M. (1997):* Ein Café für Sokrates. Philosophie für jedermann, München: Winkler.
- Schad, N., Michl, W. (2002):* Outdoor-Training. Personal- und Organisationsentwicklung zwischen Flipchart und Bergseil. Neuwied Luchterhand Verlag.
- Schlicht, W., Brand, R. (2007):* Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit - Eine interdisziplinäre Einführung, Weinheim: Beltz.
- Schmid, W. (1998):* Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Schmid, W. (1999):* Von der Kunst heiter und gelassen zu sein. In: *Duttweiler, G. (Hg.):* Philosophie der Lebenskunst: Die Praxis das guten Lebens.
- Schmid, W. (2004):* Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schmitt, R., Homm, S. (2008):* Handbuch Anti-Aging & Prävention, Marburg: Verlag im Kilian
- Schneider, N. F. (2007):* Work-Life-Balance — Neue Herausforderungen für eine zukunftsorientierte Personalpolitik aus soziologischer Perspektive. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schreyögg, A. (1995):* Coaching für die neu ernannte Führungskraft. Frankfurt: Campus.
- Schreyögg, A. (2002):* Konfliktcoaching. Frankfurt: Campus.
- Schwarzer, R. (2004):* Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I. (2008):* Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf. In: *R. Oerter & L. Montada (Hrsg.),* Entwicklungspsychologie, 6. vollst. überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz , S. 822-836.
- Seneca, L. A. (1993):* Philosophische Schriften. Übers. u. eingeleitet von *Otto Apelt.* Hamburg: Meiner.
- Sieper, J. (2006):* „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, Heft 3/4 (2006) 393-467 und erg. 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*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21.

Sieper, J. (2009): Warum die „Sorge um Integrität“ uns wichtig ist in der IT. In: Bösel, B. (2009): Was heißt Integration? Eine philosophische Meditation zu einigen Grundbegriffen im Integrativen Ansatz der Therapie und Beratung von Hilarion G. Petzold. . Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 7/2009.

Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.

Sørensen, V. (1984): Seneca. Ein Humanist an Neros Hof. München: Beck.

Stephens, W. O. (2007): Stoic Ethics: Epictetus and Happiness as Freedom, London: Continuum.

Strunz, U. (2001): Forever young. Das Muskelbuch. München. Gräfe & Unzer.

Strunz, U. (2003): Forever young. Das Erfolgsprogramm. München: dtv.

Travis, J. W. Ryan, R. (1981): The Wellness Workbook, Berkeley: Ten Speed Press, 1981, repr. Berkeley: Celestial Arts, 2004.

Travis, J. W., Callander, M. (1990): Wellness For Helping Professionals: Creating Compassionate Cultures., Princeton, NJ: Wellness Associates Publications.

Veyne, P. (1993): Weisheit und Altruismus. Eine Einführung in die Philosophie Senecas. Frankfurt: Fischer.

Weinkauf, W. (2001): Die Philosophie der Stoa. Ausgewählte Texte. Stuttgart: Reclam.

Wetheridge, L. (2008): How to deal with bullying at work. London: Mind.

Zak, P. J. (2008): The Neurobiology of Trust. *Scientific American*, 208, 88-95.