

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,  
Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St.  
Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

## In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

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

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Hückeswagen)

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit  
und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 15/2025

**Prozessuale Diagnostik bei  
Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen  
- Perspektiven Integrativer Therapie**

*Paula Michaela Roth, CH\**

---

\* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc. mail-to: [info@integrative-therapie-seag.ch](mailto:info@integrative-therapie-seag.ch); oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: [www.integrative-therapie-seag.ch](http://www.integrative-therapie-seag.ch), EAG-Weiterbildung ‚Integrative Psychotherapie‘. Betreuerin / Gutachter: Ulrike Mathias, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

*Theorie ist etwas, das Praxis ermöglicht und zugleich die Form der Praxis bestimmt.*

*(J. J. Uexküll, 1978)*

In einem Brief von 1819 formulierte *J.W. von Goethe* den Grundsatz: «*Man sieht nur, was man weiss.*

*Eigentlich: Man erblickt nur, was man schon weiss und versteht.»*

## **Inhalt**

### 1. Sucht- und Abhängigkeitserkrankung

#### 1.1. Definition der Sucht- und Abhängigkeitserkrankung

#### 1.2 Menschenbild in der Integrativen Therapie

##### 1.2.1 Körper und Leib

###### 1.2.1.1 Körper/Soma

###### 1.2.1.2 Seele/Psyche

###### 1.2.1.3 Geist/Nous

###### 1.2.1.4 Leib

###### 1.2.1.5 Gesundheit und Krankheit

### 2. Diagnostik

#### 2.1 Prozessuale Diagnostik

#### 2.2 Prozessuale Diagnostik in der Integrativen Therapie

#### 2.3. Aufbau und Durchführung der prozessualen Sucht und Abhängigkeitsdiagnostik aus integrativer Sicht

##### 2.3.1 Diagnostik zu Therapiebeginn / Initialdiagnostik / Anamnesediagnostik (Anamnestik)

##### 2.3.2. Prozess- und Verlaufsdagnostik / Kontinuumanalyse und Behandlungsplanung

##### 2.3.3 Abschlussdiagnostik und Evaluation

Zusammenfassung / Summary

Literatur

Warum dieses Thema? Warum Sucht?

Auf meinen Weg, Psychotherapeutin zu werden, musste ich während dem ersten Weiterbildungsjahr ein zusätzliches CAS-Jahresstudium in Psychopathologie und Diagnostik durchführen und abschliessen.

Damals (im Jahre 2018) begleitete ich sozial-pädagogisch Suchtkranke in ihren Lebensprozessen. Um (Sucht)kranke therapieren zu können wollte ich mindestens ein Verständnis der möglichen Einzelphänomene und Einzelprozesse des Erlebens und Verhaltens von Suchtkranken haben. Daher mein Interesse für das Thema eines Fachreferats – prozessuale Diagnostik bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen.

## 1. Sucht- und Abhängigkeitserkrankung

Synonym mit dem Begriff der Abhängigkeitserkrankungen wird vielfach der Begriff Suchterkrankungen verwendet, der jedoch unscharf ist. Bis 1964 grenzte die WHO (Weltgesundheitsorganisation) gegen den Begriff der Sucht, als deren entscheidendes Merkmal die Psychische Abhängigkeit angesehen wurde, den Begriff der Toleranzentwicklung ab, der die körperliche Abhängigkeit bezeichnete.

Da aber psychische und körperliche Abhängigkeit bei beiden Formen nie scharf trennbar waren, verzichtete man in der Folgezeit auf diese Unterscheidung und führte den Begriff der Abhängigkeit ein, die körperlicher und/oder psychischer Art sein kann.

### 1.1 Definition der Sucht- und Abhängigkeitserkrankung

**Tabelle 1. Definition der Sucht- und Abhängigkeitserkrankung**

<b>Psychiatrische Definition der Sucht- und Abhängigkeitserkrankung</b>	<b>Definition der <i>Integrative Therapie</i> Sucht- und Abhängigkeitserkrankung</b>
Eine Abhängigkeitserkrankung (bei neun Stoffgruppen des Substanzgebrauchs) ist durch ein starkes Verlangen nach einer	Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des

<p>psychotrop wirksamen Substanz, Kontrollverlust, körperliche Entzugssymptome, Toleranzentwicklung, Einengung auf den Substanzgebrauch und Fortsetzung des Konsums trotz schädlicher Konsequenzen gekennzeichnet. Ein schädlicher Gebrauch einer Substanz besteht, wenn deren Einnahme zu körperlichen oder psychischen Problemen führt.</p> <p>Die Ätiologie der Abhängigkeitserkrankungen ist von einer multifaktoriellen Genese geprägt: genetische Faktoren, Verhaltens- und Lernfaktoren, soziale Faktoren und komorbide psychische Erkrankungen.</p> <p><i>(Aus Lieb 2015)</i></p>	<p>Drogenabhängigen/ der Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört.</p> <p>Drogensüchtigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biographischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation/Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage.</p> <p><i>(Aus Petzold 2003)</i></p>
---	---

Descartes sah den Organismus als eine Einheit von Seele und Körper: «...da nach meiner Meinung der menschliche Geist nicht fähig ist, sehr deutlich und zu gleicher Zeit den Unterschied zwischen Seele und Körper und ihrer Vereinigung zu begreifen, weil man sie dazu zugleich als ein einziges Ding und als zwei begreifen muss, was sich widerspricht».

Gemäss *Osten* ist es deutlich, dass die seelischen Schädigungen immer auch leibliche Schädigungen sind (*Osten 2004*).

Bei Suchterkrankung sind an gewissen Wirkungen, Nebenwirkungen des Substanzkonsums, sowie den somatischen Komplikationen des Missbrauchs psychotroper Substanzen mehr als evident.

**Tabelle 2. Komplikationen des Missbrauchs psychotroper Substanzen nach Keller und Stohler 2003**

<b>Substanz</b>	<b>Psychische Abhängigkeit</b>	<b>Körperliche Abhängigkeit</b>	<b>Entzugsdelir/ epileptische Entzugsanfälle</b>
Opiate	+	+	-
Alkohol	+	+	+
Sedativa/Hypnotika	+	+	+
Amphetamine/Ecstasy	+	+ -	-
Kokain	+	+ -	-  (epileptische Anfälle bei Intox. möglich)
Canabis	+	+ -	-
Halluzinogene	+ -	-	-
Organ. Lösungsmittel	+	-	-
Koffein	+	+ -	-
Nikotin	+	+	-

Ende der 1970er-Jahre wurde die Terminologie «biopsychosozial» eingeführt, um unzulässige Vereinfachungen und individualisierende Betrachtungen des Menschen zu vermeiden, wonach der Mensch als biologisches Wesen mit psychologisch beschreibbaren Prozessen in seinen sozialen Systemen zu verstehen sei (Egger, 2015).

Von *Petzold* wurde der Begriff um die ökologische Dimension zu einem heute explizit biopsycho-sozialökologischen Ansatz (*Petzold*, 2018c) erweitert.

## 1.2 Menschenbild in der *Integrativen Therapie*

Die anthropologische Grundformel der *Integrativen Therapie*, welche bereits im Jahr 1965 von *Petzold* im Kern formuliert wurde, definiert das Menschen- und Weltbild der Integrativen Therapie wie folgt: Der Mensch ist Körper-Seele/Geist-Subjekt im ökologischen und sozialen Kontext und Kontinuum, ist Leibsubjekt in der Lebenswelt. Integrative Therapie ist damit auf den Menschen als Ganzheit gerichtet. Vom Menschen als Ganzheit ist nach *Petzold* (2003a) seine ökologische und soziale Situation, sein Kontext, nicht wegzudenken. Menschenbild und Weltbild, Anthropologie und Mundanologie müssen miteinander verbunden gesehen werden. Ebenso ist ein jedes Individuum nur als Teil einer Entwicklung in einem geschichtlichen Kontinuum zu sehen. Dem allen liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen nicht als Individuen entstehen.

Menschliches Sein ist immer Mit-Sein mit Anderen in einer mundanen, ökologischen Welt mit anderen Lebewesen, die eine gemeinsame Lebenswelt ermöglicht (*Petzold*, 1965, 1978c, 2003a).

Menschen sind unabdingbar Subjekte, d. h., sie sind Wesen mit subjektiv erlebten Emotionen, Gefühlen, Gedanken, Vernunftbegabungen und Willenskräften, die nicht gänzlich objektiviert werden können. Im Zentrum der Anthropologie der *Integrativen Therapie* steht der Leibbegriff. Damit ist nicht bloss die Rolle des biologischen Körpers in den subjektiven Erlebnissen hervorgehoben.

Das Leibsubjekt ist als Ganzes *biopsychosozialökologisch* in seiner Lebenswelt situiert. Als Leibsubjekt ist es zugleich Natur und Kultur, weswegen in der *Integrativen Therapie* eine Trennung zwischen naturwissenschaftlicher und geistes- oder kulturwissenschaftlicher Betrachtungsweise mit Vorbehalt gesehen wird (*Hüther & Petzold*, 2012; *Petzold & Sieper*, 2012a).

*Integrative Therapie* zielt immer auf den Menschen oder das Humanum als Ganzes. Eine solche **Humantherapie** ist stets bemüht, vorschnelle Trennungen infrage zu stellen und eine an Ganzheit und Weite orientierte Sichtweise zu bewahren oder überhaupt erst herzustellen.

Ebenso besteht wenig eine strikte Trennung zwischen Körper und Geist, weswegen der Begriff des Leibsubjekts eine zentrale Stellung mit Blick auf das Menschenbild

einnimmt. Denken, Fühlen oder Wollen sind keine dem biologischen Körper entgegengesetzten, geistigen Phänomene, sie sind in jeder Hinsicht an den informierten Leib gebunden (Petzold, 1988n; Petzold & Orth, 2017a; Stefan, 2020).

**Fig. 1 Menschenbild der *Integrative Therapie*- anthropologische und therapeutische Grundposition**

Integrative Therapie – anthropologische und therapeutische Grundpositionen			
Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE
KÖRPER-	Körpertherapie	Integrative Bewegungs- u. Tanztherapie, thymopraktische Leib- und Atemtherapie, Expression Corporelle, Diätetik	<i>Integrierte Leiblichkeit</i> Gewinn von Mitte, Gesundheit, Sensibilität, Spannkraft, Anmut, Kongruenz innerer und äußerer Haltung – body awareness
SEELE-	Psychotherapie	aktive Analyse, narrative Praxis, Gestalttherapie, Psychodrama, intermediale Kunstpsychotherapie	<i>Integrierte Emotionalität</i> Gewinn an Selbstregulation, Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Empathie, emotionale Flexibilität u. Differenziertheit – complex awareness & consciousness
GEIST-	Nootherapie	Meditative Wege der Besinnung, Betrachtung, Versenkung, dialogisches Sinngespräch, kreative Medien	<i>Integrierte Existenz</i> Gewinn von Positionen zu den Fragen nach Lebenssinn u. -zielen, nach Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz – ontological awareness & consciousness
WESEN (= Leib – Subjekt) im			
SOZIALEN und	Soziotherapie	Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit	<i>Integrierte soziale Bezüge</i> Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds“, Reduktion von Entfremdung – social awareness & consciousness
ÖKOLOGISCHEN KONTEXT UND KONTINUUM (= Lebenswelt)	Ökotherapie	Interventionen auf der Mikro-, Meso-, Makro- u. Megaebene, environmental modelling, Projektarbeit	<i>Integrierte ökologische Bezüge</i> Bewahrung und Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes – ecological awareness & consciousness

In gewisser Weise wurde das biopsychosozialökologische Modell aber schon mit dem phänomenologischen Leibsubjekt in der Lebenswelt in der anthropologischen Grundformel vorweggenommen.

### 1.2.1. Körper und Leib

Insofern der frühzeitliche Mensch, zu Zeiten Platons Ideenlehre, den Körper als Materie, als Gefäß oder Fahrzeug für die Seele verstand und die Seele als eine den Körper ‚gebrauchende Instanz‘, entfernte er sich vom einheitlichen Leiberleben, sah im schwer zugänglichen Dunklen seiner Leiberfahrungen, in dessen diffusem, irrationalen Wollen eine Art Gegenspieler der Seele oder des Geistes. In der

Konstruktion verschiedener Instanzen sind der Abdruck der Natur und der Versuch seiner Verdrängung zu finden. Auch wenn es unter den Stoikern, etwa mit *Hierokles* (*Inwood*, 1984), Philosophen gab, die bereits in die neuzeitlichen Richtungen eines „Selbstbesitzes und der Zugehörigkeit“, sogar eines „Bei-sich-zuhause-Sein“ (griech. *oikeiosis*; *Petzold* 2019d) dachten, schlug diese Angst vor dem Leiblichen erst mit der Renaissance in eine wissenschaftliche Erkundung und Entdeckung des Körpers im heutigen Sinne um (*Böhme*, 1985).

Was man hier im Wortsinn ‚entdeckte‘, ist aber nicht der eigene, lebendige Leib, sondern der Körper des Anderen, ein Körperding, das sich dem ärztlichen Blick preisgibt.

Der Körper wird als Maschine konzipiert, die sich über verschiedene Organe und Stoffwechselforgänge am Leben erhält. Dafür sind Transportsysteme (Blut, Lymphe), Informations- und Steuerungssysteme (Nerven, Gehirn, Hormone), Austauschsysteme (Haut, Immunsystem), reproduktive Systeme (Geschlechtsorgane) und Bewegungssysteme (Gelenke, Muskeln) vonnöten.

Innerhalb dieser zergliedernden Vorstellungen werden gleichzeitig mögliche therapeutische Zugangsweisen zum Körperlichen festgelegt. Der Stoffwechsel muss versorgt und reguliert, die Transportsysteme müssen beschleunigt oder gebremst, in die Steuerungssysteme muss eingegriffen, die Immunsysteme müssen unterstützt, die Bewegungssysteme trainiert oder apparativ substituiert werden.

Die Verwissenschaftlichung des Körpers zeigt sich hier als die radikalste Verdrängung des subjektiv Leiblichen. Wahrnehmungen und Zeugnisse des eigenleiblichen Spürens, die sich durch das anatomische Wissen nicht mehr deuten lassen, werden als bloße Epiphänomene in die Seele oder ins Geistige abgedrängt. Dabei sind es bezeichnenderweise leibliche Phänomene, die zur Aufnahme einer ärztlichen oder psychologischen Behandlung führen: Unwohlsein und Schmerzen. In cartesianischer Sicht sind Schmerzen ‚Begleiterscheinungen‘, Korrelate nicht funktionierender Systeme, ihre Ursachen werden im Körperlichen gesucht, auch im Rahmen psychischer Symptomatik. Die primäre leibliche Anmutung und das Auf-sich-zusprechen-Lassen des Schmerzes werden als unsinnig gedeutet.

Psychosoziale Aspekte von Krankheit, seien sie verursachender Natur oder deren Folgen, werden marginalisiert oder in eine Wechselwirkung hineingedeutet, deren Mechanismus man nicht mehr versteht, weil die ‚Schnittstelle‘ nicht aufgefunden werden kann. Dabei wird gerade die affektive Betroffenheit in der Art und Weise, wie

wir leibliche Empfindungen erfahren – der Umstand, dass wir ihnen nicht ohne Weiteres ausweichen können –, zum Anlass, ihnen eine unabhängige Substanz zuzuschreiben, die ‚Seele‘. Von dem Moment an aber drängt sich die Frage auf, wie das Problem vom einen in den anderen Bereich hinüberwechseln kann. Und als ob dies nicht alles schon ausreichend kompliziert wäre, wurde dieser Übergang, das ‚Somatisieren‘, etwa durch die frühe Psychoanalyse, auch noch als neurotisch und unreif gedeutet.

Damit wird verständlich, dass man von Leib nur sprechen kann, wenn man erstens die Seele – als metaphysisches Konzept, das rein phänomenologisch vom Menschen nicht wahrgenommen werden kann – verneint, zweitens die Rede vom Körper von der über die Leiblichkeit und das eigenleibliche Spüren trennt. Die Existenz des Mentalen scheint an den Körper gebunden zu sein, seine Wahrnehmung an den Leib und die Bedeutungssysteme des Subjekts. Den Körper als solchen kann man nur im Modus der Fremderfahrung wahrnehmen: als den toten Körper des Anderen, als materielles Ding unter anderen Dingen. Leiblichkeit dagegen ist vom Grund her lebendige Selbsterfahrung. Als Leib ist dasjenige zu verstehen, als was ich mich selbst spüre, mit dem Bewusstsein, dass ich es selbst bin, das ich da spüre (*Schmitz*, 2007a; *Böhme*, 1985, 120).

In diesem ‚eigenleiblichen Spüren‘ ist immer schon das Bewusstsein, um sich und die Ökologie des Leibes enthalten, ausserdem phylogenetische Informationen – im integrativen Denken spricht *Petzold* (2011a) vom „informierten Leib“. Die Strukturen eigenleiblichen Spürens entsprechen dabei selten den körperlich-biologischen. In der Selbstwahrnehmung der Leiblichkeit spüren wir die Grenzen des Leibes nicht so, wie wir sie etwa im Spiegel wahrnehmen. Vielmehr zeigt sich eigenleibliches Spüren als ein lockeres Ensemble wahrnehmbarer Leibesinseln mit unklaren Rändern, die schwankend mehr oder weniger stark hervortreten, die okkasionell auftauchen und wieder verschwinden. *Hermann Schmitz* (2007a) spricht von Engung und Weitung, von Spannung und Schwellung, ergänzend könnte man von Schwere und Leichtigkeit, auch von Helligkeit und Dunkelheit sprechen.

Den eigenen Leib spürt man weder vollständig noch andauernd. Im alltäglichen Tun verschwindet die Wahrnehmung eigenleiblichen Spürens bisweilen fast vollständig. Sie kann sich auf das Spüren einer gerade verrichteten Tätigkeit zuspitzen, hin und wieder verschwindet sie im Rücken hoher Konzentration. Weil es vom Spüren her keine feste und kontinuierliche Konstitution gibt, gilt dieses Phänomen auch für

andere Formen eigenleiblicher Wahrnehmung, etwa das Ich, das Bewusstsein, die Identität usw., die in ihrer räumlichen Ausdehnung auch über Körpergrenzen hinaus ausgreifen können. So etwas geschieht etwa in der Wahrnehmung von Atmosphären, beim gemeinsamen Musizieren oder in gemeinsam verrichteter handwerklicher Tätigkeit. Diesen Prozess nennt Hermann Schmitz „Einleibung“. Dieses Prinzip der *Integrativen Therapie* meint, dass prinzipiell vom Gesichtspunkt des Leibes und des Leibsubjekts auszugehen ist.

**1.2.1.1. Körper/Soma**, belebte Materie, wird definiert als die Gesamtheit aller aktuellen organismisch- materiellen, physiologischen (biologischen, biochemischen, bioelektrischen, sensumotorischen etc.) Prozesse des Organismus, nebst der im genetischen, physiologischen (immunologischen), sensumotorischen Körpergedächtnis als differentielle Informationen festgehaltenen Lernprozesse und Lernergebnisse/Erfahrungen, die zur Ausbildung (auch durchaus kulturspezifischer) somatischer Schemata und somatomotorischer Stile führen.

**1.2.1.2. Seele/Psyche** wird definiert als die in organismisch-materiellen ‘körperlichen’ Prozessen gründende Gesamtheit aller aktuellen –materiell-transmateriellen Gefühle, Motive/Motivationen, Willensakte und schöpferischen Empfindungen/Impulse, nebst den, durch sie bewirkten und im „Leibgedächtnis“ (neocortikal, limbisch, z. T. reticulär, low-level-neuronal) archivierten, Lernprozessen und Erfahrungen und den auf dieser Grundlage möglichen emotionalen Antizipationen (Hoffnungen, Wünsche, Befürchtungen). All dieses ermöglicht als Synergem das Erleben von Selbstempfinden, Selbstgefühl und Identitätsgefühl und führt zur Ausbildung persönlicher und kulturspezifischer emotionaler Schemata und Stile. Seele ist die „Gesamtheit aller emotionalen, motivationalen und volitiven Vermögen plus ihres Lernens“.

**1.2.1.3. Geist/Nous** wird definiert als die Gesamtheit aller aktuellen neurophysiologisch (organismisch- materiell) gegründeten kognitiven bzw. mentalen, transmateriellen Prozesse (Mentalisierungen) mit ihren personenspezifischen, aber auch kulturspezifischen kognitiven bzw. mentalen Stilen und den durch sie hervorgebrachten Inhalten: individuelle (persönliche Überzeugungen, Glaubenshaltungen, Werte) und kollektive (Güter der Kultur, Wertesysteme,

Weltanschauungen, Religionen, Staatsformen, Strömungen der Kunst und Ästhetik, der Wissenschaft und Technik), nebst der im individuellen cerebralen Gedächtnis und der im kollektiven, kulturellen Gedächtnis (Bibliotheken, Monumenten, Bildungsinstitutionen) archivierten gemeinschaftlichen Lernprozesse, Erfahrungen und Wissensstände (soziale mentale Repräsentationen) sowie der auf dieser Grundlage möglichen antizipatorischen Leistungen und Perspektiven (Ziele, Pläne, Entwürfe, Visionen). All dieses ermöglicht im synergetischen Zusammenwirken Selbstbewusstheit, persönliche Identitätsgewissheit, d.h. Souveränität, und das individuelle Humanbewusstsein, als Mitglied der menschlichen Gemeinschaft an Kulturen zu partizipieren: der Kultur eines Volkes, einer Region, aber auch der mundanen Kultur und ihren „sozial repräsentierten Wissensständen“ sowie an einem „übergeordneten Milieu generalisierter Humanität“ teilzuhaben. Geist wird als bewusst, also reflektierend/interpretierend und reflexionsfähig/Sinn schöpfend gesehen, als kausal, also begründetes Handeln ermöglichend und dieses evaluierend und wertend, sowie als regulativ fungierend, z. B. Bedürfnisse steuernd und soziale / politische Erfordernisse entscheidend. Geist ist die „Gesamtheit aller basalen und höheren kognitiven Prozesse plus ihres Lernens“.

Mentalisierungsprozesse im Bereich des Geistes, führen zur Ausbildung persönlicher und kulturspezifischer kognitiver Schemata und Stile.

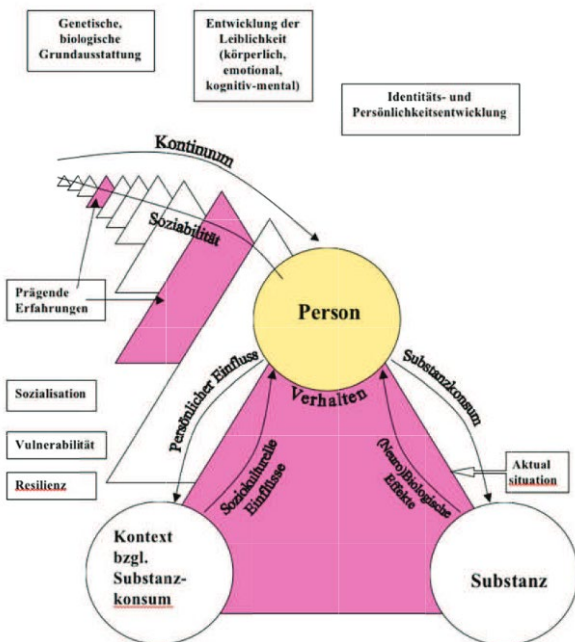
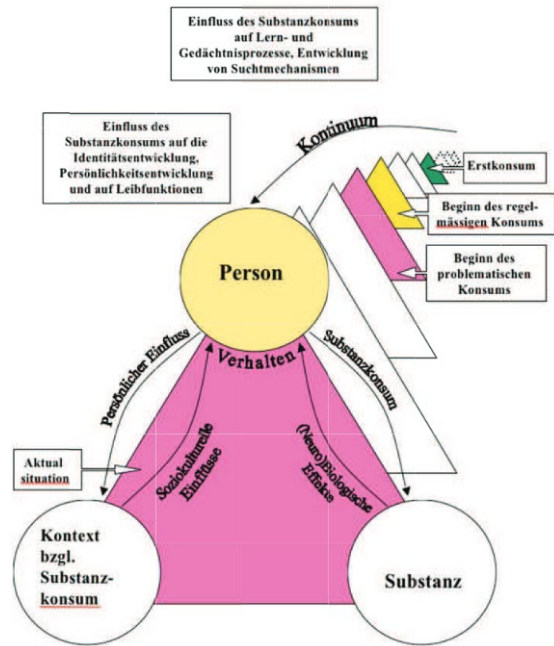
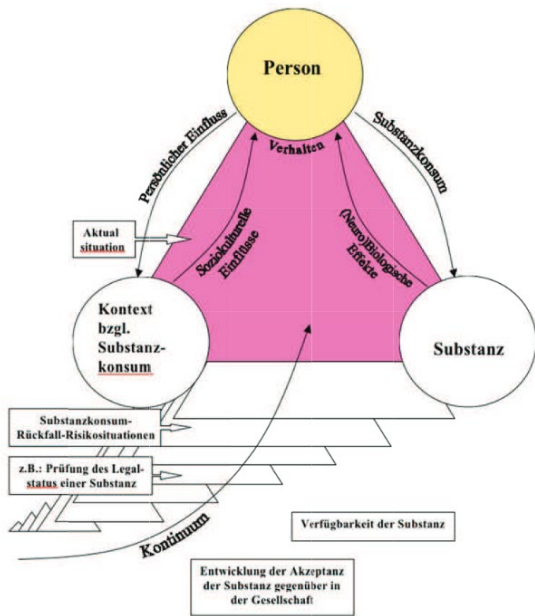
**1.2.1.4. Leib**, eingebettet (embedded) in Kontext/Kontinuum, wird definiert als: Gesamtheit aller organismisch-materiell und transmateriell gegründeten sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata/ Stile/ Narrative/ Skripts. In ihren aktuellen, intentionalen, d.h. bewussten und subliminal-unbewussten Beziehungen und Interaktionen mit dem Umfeld nebst dem verleblichten (embodied) Niederschlag dieser Inszenierungen als mnestisch archivierte, differentielle Informationen wird der „informierte Leib“ als personales „Leibsubjekt“ konstituiert. Er ist ein „Synergem“ dieser Schemata / Stile / Narrative / Skripts in seinen interaktionalen Bezügen mit der Welt, in das soziale und ökologische Kontext/Kontinuum, die Lebenswelt ist der Leib, Körper-Seele-Geist mit all seinen Dimensionen eingebettet. Leib ist der belebte, lebendige Körper und zwar nicht nur als Lebendigkeit, sondern als eine Lebendigkeit, die Bewusstheit und Personalität besitzt. Der Mensch als Subjekt ist durch ein differenzielles und

integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln verleiblicht, embodied, unlösbar mit der Lebenswelt und der Mundanität verflochten, mit den Mitmenschen in Zwischenleiblichkeit und mit den Dingen in der Handhabung (*Petzold, 2003a*).

Die Drogenerkrankung macht deutlich, betont *Petzold*, was man vielleicht bei der Depression oder bei der Zwangserkrankung oder bei Psychosomatosen nicht so klarsehen oder sehen will: dass es sich nicht nur um eine Erkrankung der Seele (die Gesamtheit aller emotionalen, affektiven und volitionalen Strebungen, vgl. *Petzold 2003a*), oder eine Erkrankung des Körpers handelt, sondern um eine Erkrankung des ganzen Menschen in und mit seinem Kontext und Kontinuum des Lebens (ders. 2002b, 2003g). Und wie diese Erkrankung zustande kommt, wie diese Persönlichkeit krank wird in ihrem Kontext/Kontinuum, sollte dann auch wiederum an und von unterschiedlichen Modellen der Pathogenese; der Entstehung von Krankheit, gesehen werden (ders. 2003a).

Auf der Grundlage des triadischen Bedingungsgefüges nach Feuerlein werden drei Dimensionen, der Person, des Kontextes und der Substanz um relevante biologische, psychologische, volitionale, soziale und ökologische Aspekte im Sinne des ganzheitlichen Menschenbildes der Integrativen Therapie angeschaut und die longitudinale Perspektive (Kontinuum) ergänzt/einbezogen. Durch Ko-respondenzprozesse zwischen Therapeuten und Klienten wird angeschaut welche Funktion das jeweilige Suchtmittel im Kontext und sozialen sowie zeitlichen Kontinuum hat.

**Fig.2 Das Integrative Modell der Suchtdynamik (Zehnle R., Bamert M.)**



### 1.2.1.5 Gesundheit und Krankheit

Nach Antonovsky (1979) liegen Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum. Die *Integrative Therapie* versteht Gesundheit und Krankheit als zwei Dimensionen menschlicher Existenz oder Pole eines Kontinuums.

Aus integrativer Sicht kann Krankheit nur in Zusammenhang mit Gesundheit gesehen werden. Krankheit und Gesundheit erscheinen hier nicht als ein Zustand, sondern als ein dynamisches Geschehen. So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens geschaffen werden.

Hinzu kommt eine spezifische Gesundheits- und klinische Krankheitslehre, die auf die Phänomenologie, die Genese und den Verlauf von Gesundheitsentwicklungen bzw. von bestimmten Erkrankungen und Krankheitsbildern gerichtet ist.

Gesundheits- und Krankheitslehre – kann als kontextbezogen und multifaktoriell gekennzeichnet werden. Gesundheit u. Krankheit sind in ein (Entwicklungs-)Kontinuum (longitudinal) zu stellen und gleichzeitig von (soziokulturellen) Kontexten (kontextuell) abhängig. Die Situation der PatientInnen wird immer im Gesamtkontext des Lebensverlaufes unter pathogenetischer und salutogenetischer Perspektive betrachtet, um protektive Faktoren zu identifizieren, Risikofaktoren zu mindern und Resilienzbildung zu fördern.

## Gesundheit

**Tabelle 3. Definition der Gesundheit**

Definition der WHO	Definition der IT
<p>Gesundheit ist nach der Definition der WHO einerseits der "Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens", andererseits aber auch ein "menschliches Grundrecht".</p> <p>Die WHO definierte 1948 Gesundheit wie folgt: "Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist</p>	<p>Gesundheit wird ganzheitlichen, differentiell und ko-respondierend bestimmt (d.h. z.B. nicht eindimensional als „Abwesenheit von Krankheit“): als eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität des menschlichen Lebensprozesses im Entwicklungsgeschehen des Leibesubjektes und seiner Lebenswelt, die dadurch gekennzeichnet ist, dass sich der Mensch in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext/Kontinuum), wahrnimmt und imstande ist, kritische Lebensereignisse / Probleme zu handhaben, sich zu</p>

ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung."

### **Diskussionen**

Gesundheit ist kein genau abgrenzbarer Befund, sondern siedelt sich unscharf auf dem Kontinuum zwischen einem kaum erreichbaren "idealen Vitalzustand" und dessen Kontrapunkt, dem Tod, an.

Klinisch wird der Begriff der Gesundheit häufig auf die Dimension des Physischen reduziert und vereinfacht als "Abwesenheit von Krankheit" verstanden. Der Übergangsbereich zwischen beiden Zuständen wird dem Verlegenheitsbegriff

"Befindlichkeitsstörung" charakterisiert. In der gesellschaftlichen Ethik ist Gesundheit als "höheres Gut" dagegen ein stark mit dem Begriff des Glücks verknüpftes Ideal.

Unabhängig vom Bedeutungskontext ist Gesundheit vor allem ein subjektiv empfundener Zustand abseits der diagnostischen Nachweisbarkeit. Hier werden Krankheit und Gesundheit durch Grauzonen miteinander vereint: Man kann krank sein, sich aber - vor allem bei Abwesenheit von Symptomen - gesund fühlen. Umgekehrt kann ein

regulieren und zu erhalten, mit Möglichkeit zur ko-kreativen und konstruktiven Entfaltung der körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale, sodass er ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität, Wohlbefinden hat, als individuelles, kollektives und soziales Gut. -Aus Sicht integrativer «anthropologischer Gesundheitslehre» ist Gesundheit von *Lebendigkeit, Verbundenheit* und *Ko-kreativität* gekennzeichnet, in ihrer psychologischen u. neurobiologischen Gesundheitslehre von *multipler, salutogener Stimulierung*, aufbauender, ermutigender, kreativierender (Petzold 2007a, 294ff.)

**Schutzfaktoren** der Gesundheit aus IT-Sicht:

- Kohärenzerleben (sense of coherence, Antonovsky)
- Kontrollüberzeugung (internal locus of control, Rotter) health locus of control (Muthny&Tausch)
- Selbstachtsamkeit (mindfulness, Langer; Kabat-Zinn), komplexe Achtsamkeit (Wölflle &Petzold) Selbstwert
- Selbstwirksamkeit/Kompetenzerwartung (Bandura, Schwarzer)
- Selbstregulation/Selbstkontrolle (Kanfer)
- dispositioneller Optimismus (Carver&Schreier)

<p>Patient sich krank fühlen, aber klinisch betrachtet vollkommen gesund sein.</p> <p>In Jules Romains' Roman "Knock, ou le triomphe de la médecine" wird dieses Paradox treffend in dem Satz zusammengefasst: "Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore.", frei übersetzt: "Gesunde Menschen sind nur Kranke, die von ihrem wahren Zustand nichts wissen."</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Widerstandsfähigkeit (hardiness, <i>Kobasa</i>) /Resilienz</li> <li>• Gesundheitsbewusstsein (healthy thinking, <i>Kendall</i>), vernunftgeleitetes Denken (constructive thinking, <i>Epstein&amp;Meier</i>)</li> <li>• positive Selbstverbalisation (automatic cognition, <i>Ingram&amp;Wisnicki</i>)</li> <li>• wahrgenommene soziale Unterstützung (percieved social support, <i>Siegrist</i>)</li> <li>• Wohlbefinden/Selbstaktualisierung/ Wertschätzung (seelische Gesundheit sensu <i>Becker</i>)</li> <li>• Weisheitskompetenz (multifaktorielle Kompetenz, <i>Baumann&amp;Linden</i> u. <i>Petzold, Orth</i>)</li> <li>• Ressourcenaktivierung (<i>Petzold 2007a</i>)</li> </ul>
---	--

## Krankheit

Tabelle 4. Definition der Krankheit

Definition der WHO	Definition der IT
--------------------	-------------------

Eine **Krankheit** bzw. Erkrankung ist eine Störung der normalen physischen oder psychischen Funktionen, die einen Grad erreicht, der die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden eines Lebewesens subjektiv oder objektiv wahrnehmbar negativ beeinflusst. Die Grenze zwischen Krankheit und Befindlichkeitsstörung ist fließend.

Sozialversicherungsrechtlich wird unter Krankheit das Vorhandensein einer Störung verstanden, die eine Behandlung im Sinne von medizinischer Therapie und Krankenpflege erfordert und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

In der Medizintheorie unterscheidet man zwischen normativem Krankheitsbegriff und deskriptivem Krankheitsbegriff.

Im Kontext psychischer Phänomene wird der Begriff Störung den Begriffen Krankheit oder Erkrankung heute vorgezogen. Es ist

**Krankheit** wird gleichwohl ganzheitlich, komplex, differentiell und ko-respondierend bestimmt.

Krankheiten können sich ausbilden, wenn:

- eine genetisch angelegte Anfälligkeit/ disponierte Vulnerabilität vorliegt
- Negativkarrieren durch eine Permanenz psychosozialer Risikofaktoren in kranken sozialen Netzwerken mit kontinuierlichen Noxen zu akkumulativen Schädigungen führen
- diverse pathogene Einflüsse und ungeklärte Faktoren zu tragen kommen
- Pathogene Stimulierungen auf die Persönlichkeit einwirken
- kompensatorische, protektive oder substitutive Entlastungen durch soziale Supportsysteme fehlen
- internale Negativkonzepte vorliegen
- durch auslösende Aktual-Faktoren eine massive situative Überlastung eintritt, die nicht bewältigt werden kann.

*Integrative Therapie* unterscheidet eine allgemeine bzw. anthropologische Gesundheits-/Krankheitslehre (Krankheit gründet in *Dysregulation, Entfremdung, Verdinglichung* statt in Selbstregulation, Verbundenheit, Lebendigkeit). In ihrer psychologischen u. neurobiologischen Krankheitslehre ist ihr Kernpunkt das Konzept der *multiplen pathogenen Stimulierung*.

neutral, zumal im Hinblick auf Aspekte wie zum Beispiel die Ideologie oft noch kein hinreichendes Wissen existiert.

Es folgen vorab einige Definitionen, die für die weiteren Ausführungen von Bedeutung sind:

**Nosologie** – Krankheitslehre.

Die Systematisierung psychischer Erkrankungen nach einheitlicher Ideologie, Pathogenese, klinischem Bild, Therapieansprechen und Verlauf.

Unter einer **psychischen Störung** versteht man eine deutliche Abweichung von der gesellschaftlichen oder medizinischen Normvorstellung psychischer Funktionen. Betroffen sind das Denken, das Fühlen und die Wahrnehmung, sowie potentiell auch das Verhalten. Sowohl die betroffene Person selbst, als auch die Umwelt können unter der Symptomatik leiden. Das heisst, **Störung** sind klinisch erkennbare

**Die anthropologische Krankheitslehre** versteht Krankheit als Ausdruck „multipler Entfremdung und Verdinglichung“.

**Entfremdung** vom eigenen Leibe, den Mitmenschen, der Lebenswelt, der Arbeit, der Zeit.

**Verdinglichung**, einhergehend mit Destruktion, Desintegration, Beschädigung der Integrität, des personalen Leib-Subjektes, des sozialen und ökologischen Kontextes, bis hin zum Verlust von Hominität und Leben(swelt).

Ursachen für die multiple Entfremdung sind vielfältig und müssen unter metatheoretischer Betrachtung entschlüsselt werden.

Unter Berücksichtigung der anthropologischen Betrachtungsweise wird in der **klinischen Krankheitslehre** das Konzept der „multiplen pathogenen Stimulierung“ (Petzold) herangezogen. Hier wirkt konkret sinnhafte Erfahrung in Kontext und Kontinuum.

Pathogenese ist nach IT also immer multifaktoriell (z.B. psychische, psychosoziale, biographische und aktuelle Faktoren) und lebenslaufbezogen.

**Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen**

Durch Schädigungen (Noxen) in der **Persönlichkeitsentwicklung** eines Menschen kann dieser erkranken. Zu unterscheiden sind:

- **Überstimulierungen (Trauma:** Missbrauch, Vergewaltigung u/o durch interne Reizüberflutung -Krankheit)
- **Unterstimulierungen (Defizit:** Deprivation, Hospitalismus, Lerndefizite)

<p>Komplexe von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten, in deren Folge Belastungen und Beeinträchtigungen resultieren.</p> <p><b>Nomenklatur</b> - Aufstellung von Krankheitsbezeichnungen;</p> <p><b>Glossar</b> - Zusammenstellung von Beschreibungen und Definitionen von Begriffen, die eine Klassifikation ausmachen;</p> <p><b>Klassifikation</b> - Einteilung und Anordnung, klinisch bedeutsamer Phänomene (z.B. Symptome), die durch gemeinsame Merkmale gekennzeichnet sind, in einem klasseneingeteilten System (Klassifikationssystem);</p> <p><b>Klassifikatorische Diagnostik</b> - Untersuchung und Entscheidungsprozess, der zur Erhebung der psychopathologischen Befunde und zur Abteilung einer oder mehrerer Diagnosen führt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>inkonstante, inkonsistente Stimulierungen</b> (Störung: double bind)</li> <li>• <b>widerstreitende Stimulierungen (Konflikt:</b> Impuls u. Hemmung; externe u. internalisierte Stimulierungen)</li> </ul> <p><b>Pathogenesemodell der zeitextendierten, multifaktoriellen Überlastung</b></p> <p>Dieses Modell bezieht neben den Schädigungen in der Persönlichkeitsentwicklung auch die <b>vielfältigen Be- und Überlastungen in Kontext und Kontinuum</b> mit ein.</p> <p>Diese entstehen, wenn Belastungssituationen und äusseren Ansprüchen keine ausreichenden (inneren u. äusseren) Ressourcen gegenüberstehen.</p> <p><b>Das Pathogenesemodell der Repression und Dissoziation:</b></p> <p>Die Verhinderung von emotionalem / motorischem Ausdruck kann krankheitsverursachend wirken (Prozesse der Anspannung, der Dissoziation, der Anästhesierung).</p>
---	---

## 2. Diagnostik

Unter der Diagnostik versteht man in der Medizin die Gesamtheit aller Massnahmen, die zur Erkennung (Diagnose) einer Krankheit führen. Die Diagnostik umfasst

Verfahren wie die Anamnese, die körperliche und die weiterleitenden apparativen Untersuchungen sowie Analysen von Körpergeweben und Ausscheidungen. Ein wichtiger Aspekt der ärztlichen Tätigkeit ist der gezielte und angemessene Einsatz diagnostischer Massnahmen, der im Idealfall mit einem minimalen Zeit- und Ressourceneinsatz zur Diagnose führt. Im klinischen Alltag werden - vor allem bei unklaren Beschwerdebildern - diagnostische Massnahmen häufig ungezielt angeordnet, was zu hohen Kosten und zur Überdiagnostik führen kann. Umgekehrt können durch eine ungenügende Untersuchungstiefe (Unterdiagnostik) Erkrankungen übersehen werden.

Diagnostizieren steht primär in den Diensten der Angewandten Psychologie, ist aber auch ein Forschungsmittel der Differentiellen Psychologie und der Neurobiologie. Es richtet sich auf Unterschiede zwischen Menschen und involviert ein Hinausgehen über die unmittelbar gegebene Information.

Psychologische Diagnostik ist eine Methodenlehre für forschungs- wie für praktisch-angewandte Fragestellungen der Psychologie. Ihre Hauptaufgaben liegen in der Erfassung (a) interindividueller Verhaltensunterschiede, (b) intraindividuellen Veränderungen sowie (c) deren Bedingungen.

Die Diagnose verhaltensrelevanter Bedingungen schliesst auch Merkmale von Situationen, Gruppen, Institutionen und Organisationen sowie deren Veränderung ein.

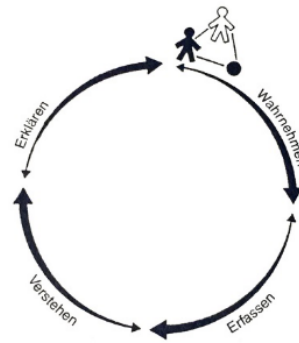
**Tabelle 5. Diagnostik**

<b>Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation</b>	<b>Diagnostik in der IT</b>
<p>Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation sind seit jeher kontrovers diskutierte Themen (Kendell 1978).</p> <p>Die international anerkannte, von der WHO konzipierte, Klassifikation psychischer Störungen wird mittels des ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) erfasst. Ärztlicherseits werden psychische Störungen, im Rahmen der Diagnostik,</p>	<p>Integrative Therapie geht davon aus, dass die Welt komplex ist und erfordert ein hermeneutisches Vorgehen mit einer Spiralbewegung aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ mehrperspektivisches Wahrnehmen,</li> <li>➤ komplexes Erfassen,</li> <li>➤ vielschichtiges Verstehen und</li> <li>➤ mehrdimensionales Erklären.</li> </ul>

anhand des ICD-10 und des ICD-11 (Hauser 2024) verschlüsselt. Eine alternative Einteilung psychischer Störungen bietet der DSM-IV der American Psychiatric Association.

**Gegenüberstellung der diagnostischen Hauptgruppen der ICD-10 und des DSM-5**

	ICD-10	DSM-5
F0	Organische einschl. symptomatische psych. Störungen	Neurokognitive Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Störungen in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und Suchtstörungen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Schizophrenie-Spektrums—und andere psychotische Störungen
F3	Affektive Störungen	Bipolare und verwandte Störungen, Depressive Störungen



Es wird eine hermeneutisch-verstehende Diagnostik erforderlich, eine Ursache und „Ursachen hinter den Ursachen“ (ebd. 1994) explizierende, Folgen und „Folgen nach den Folgen“ antizipierende Diagnostik, die „soziale Empathie“ und „soziales Sinnverstehen“ (Metzmacher, Petzold, Zäpfe, 1996) einbezieht (wie tentativ auch immer), die sich damit auch klar an den theoretischen Grundannahmen - z.B. den entwicklungspsychologischen, sozialwissenschaftlichen, ökologischen und persönlichkeits-theoretischen Positionen des Integrativen Ansatzes - ausrichten muss.

Vorgehensweise der Diagnostik in der *Integrative Therapie*:

2.1. In der integrativen Diagnostik wird betrachtet was der Klient im «Kontext und Kontinuum», «Hier und Heute an

F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen, Zwangsstörungen und verwandte Störungen; Trauma- und belastungsbezogene Störungen, Dissoziative Störungen, Somatische Belastungsstörungen und verwandte Störungen	<p>der Oberfläche» in seinem Verhalten und seinen Interaktionsformen zeigt und was der Therapeut als Resonanz darauf erlebt. Das "Hier und Heute" ist ein Implikat seiner gesamten Lebensgeschichte, weil es in den "Archiven seines Leibes" abgesichert, festgestellt, abgespeichert ist.</p> <p>2.2. Der Fokus des integrativen diagnostischen Prozesses ist auf das Wahrnehmen, Beschreiben und Erfassen von Abläufen und Qualitäten im Verhalten und der Interaktion. Denn "Diagnose ist und bleibt ein Prozess, der so lange währt, wie der Therapeut mit dem Klienten arbeitet" (<i>Petzold 1974k, 303</i>). Wichtigstes Mittel ist das "Continuum of Awareness" (<i>Perls 1969, 1980</i>) bzw. das Bewusstseinsspektrum (<i>Petzold 1975h; 1991a, 264ff</i>), in dem der Klient und der Therapeut zusammenstehen und bewusst (conscious) erfassen, so dass der Klient zum Beobachter seiner selbst wird. „Exzentrizität“, und „Zeugenbewusstsein“ (<i>Ricoeur 1969</i>) „Claryfying activities“ (<i>Barber, Crits-Christoph 1991, 346</i>) "Zeugenschaft" des Patienten in der Mutualität (<i>Ferenczi 1988</i>), "doppelten Zeugenschaft" (<i>Petzold 1970c</i>).</p>
F5	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	Fütter- und Essstörungen, Störungen der Ausscheidung, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsidentitätsstörung	
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Persönlichkeitsstörungen Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen	
F7	Intelligenzmin- derung	Störungen der neuronalen und	

F8	Entwicklungsstörungen	mentalen Entwicklung	<p>2.3. Die integrative Diagnostik ist ein intersubjektiver, interaktiver Prozess. Je intensiver und transparenter der Prozess wird, wird der Klient Ko-Diagnostiker-Teilnehmer seiner Feststellung der Hier-und -Heute-Realität im Betrachten des Lebenskontext/kontinuum, des gegenwärtigen Geschehens der Vergangenheit und antizipierenden Zukunft.</p> <p>2.4. Von den Phänomenen der ablaufenden Prozesse hypothetisch die unsichtbaren Strukturen erreichen. Von „hier und heute“ nach „dort und dann“. Erschlossen, überprüfen und erkennen. Der Leib bzw. das Leibgedächtnis als Reservoir derartigem Erkennen von Strukturen. Aufbau von Grundprinzipien des diagnostischen Prozesses. (Osten 2024)</p> <p>Deshalb will und muss die Diagnostik in der <i>Integrativen Therapie</i> 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,</p>
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	Andere psychische Störungen	

Die klassifikatorische Diagnostik 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.

Die Klassifikationssysteme lassen sich durch drei wesentliche Kennzeichen charakterisieren (Stieglitz 2008):

**2.1. Operationalisierte Diagnostik:** für jede psychische Erkrankung sind diagnostische Kriterien explizit vorgegeben. (Symptomkriterien - Hauptsymptome / Nebensymptome, Zeitkriterium, Ausschlusskriterien, Diagnosealgorithmus – leicht, mittel, schwer).

**2.2. Komorbiditätsprinzip (multiple Diagnosen):** gleichzeitiges Auftreten verschiedener Erkrankungen bei einer

Person. Über Multimorbidität spricht man, wenn neben psychiatrische Störungen auch körperliche Erkrankungen vorliegen.

**2.3. Multiaxiale Diagnostik:** Ziel ist hier, der Komplexität klinischer Bedingungen eines Patienten im Sinne eines biopsychosozialen Ansatzes Rechnung zu tragen, indem man den Patienten und seine Störung anhand von klinisch als bedeutsam angesehenen Merkmale, sogenannte Achsen oder Dimensionen, beschreibt.

	Achsen	Inhalte
I.	Klinische Diagnosen	Psychiatrische Diagnosen (Kapitel F) und Somatische Diagnosen (aus den anderen Kapiteln der ICD-10)
II.	Soziale Funktions-einschränkung	Disability Assessment Scale der WHO -Individuelle soziale Kompetenzen -Berufliche Funktionsfähigkeiten -Familiäre Funktionsfähigkeiten -Soziales Verhalten
III	Abnorme psychosoziale Situationen	-Entwicklung in der Kindheit -Erziehungsprobleme -Schwierigkeiten in der sozialen Umgebung -Besondere berufliche Probleme

seiner mikroökologischen Einbettung »in the lifespan« (Petzold, Orth 1998c; Sieper 2007b).

Psychotherapeutische Diagnostik braucht das Wissen des Subjektes um die Bedeutung seiner Lebenserfahrung und Geschichte zu erkennen und verstehen. Sie betreten damit den Bereich der Krankheitsentstehung, der „ätiologischen Diagnostik“, und sie betreten den Bereich der „narrativen Praxis“, die beide längsschnittlich und intersubjektiv-hermeneutisch angelegt sind (Petzold 1993a; Osten 2024). 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 (ebenda). 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);

		-Juristische und andere psychosoziale Schwierigkeiten -Familienanamnese psychiatrischer Störungen usw.	3. Potentiale (verstanden als Möglichkeiten, die im Individuum und in seinem Kontext liegen). Die integrative Diagnostik ermöglicht einen tiefgreifenden Einblick in den gesamten Lebenslauf eines Menschen. Es geht um das „Verstehen des Menschen“ und das „Verstehen der Andersartigkeit“ (Lévinas 1998).
--	--	---	--

## 2.1. Prozessuale Diagnostik

In dem diagnostischen Prozess werden sehr unterschiedliche Informationselemente festgestellt. Dabei müssen unterschiedliche Datenebenen und Datenquellen differenziert werden und sich unterscheiden lassen.

Die Diagnostik selbst und das Verhältnis von Diagnostik und Therapie zueinander haben sich stark verändert. Verschiedene Richtlinien, z. B. zur Dokumentation oder Qualitätssicherung (Grosse Holtforth et al. 2009; Laireiter 2011c) sehen die Diagnostik als einen verpflichtenden Bestandteil der Psychotherapie.

**Tabelle 6. Prozessuale Diagnostik**

<b>Prozessuale Diagnostik in der Psychiatrie</b>	<b>Prozessuale Diagnostik in der Psychotherapie</b>
Der diagnostische Prozess ist in der Psychiatrie erst abgeschlossen, wenn sichergestellt ist, dass die eventuellen noch vorhandenen weiteren Symptome nicht die Kriterien	Vermehrt wird anerkannt, dass der Wert der Diagnostik nicht nur zu Beginn einer Therapie gegeben ist, sondern auch in der Verlaufs- und Prozesssteuerung (Boswell et al. 2015) und für die Evaluation.  <b>2.1.1.b. Diagnostik zu Therapiebeginn</b>

einer weiteren Diagnose erfüllen (Lieb, 2015).

## **BEREICHE DER ANALYSE IM DIAGNOSTISCHEN PROZESS IN DER PSYCHIATRIE**

### **2.1.1.a Psychiatrisches Erstgespräch**

2.1.1.a.1. Aufbau und Ziele des Erstgesprächs

Die Erhebung der Anamnese, die Erhebung des psychopathologischen Befunds, die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung)

2.2.1.a.2. Anamneseerhebung  
Soziodemografische Daten, aktuelle Krankheitsanamnese, körperliche Anamnese, Drogen und Medikamentenanamnese, Familienanamnese, Biografie und aktuelle soziale Situation

### **2.1.2.a Der psychopathologische Befund**

Äusseres Erscheinungsbild, Verhalten in der Untersuchungssituation, Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit und

Zu Therapiebeginn hat Diagnostik vor allem statusdiagnostische und indikatorische Aufgaben.

### **Funktionen und Aufgabenbereiche von Diagnostik zu Therapiebeginn – indikationsorientierte Diagnostik (erweitert nach *Laireiter 2011, S. 16 f.* und *Osten 2024*):**

- Beschreibung/Identifikation und Erfassung psychischer Auffälligkeiten und Probleme
- Erfassung psychopathologischer Status (status psychicus) und Diagnostik der Suizidalität
- Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen
- Differenzialdiagnostik
- orientierungsspezifische Beschreibung, Erfassung und Analyse von Therapieproblemen («Theorienbezogene Diagnostik», z. B. Problem-/Verhaltensanalyse, psychodynamische Diagnostik, systemische Diagnostik)
- biografische Analyse und Anamnese; Klärung ätiologischer Fragestellungen
- Klärung prognostischer Fragestellungen: möglicher Therapieverlauf, Störungsverlauf etc.
- Ressourcendiagnostik: Erfassung psychologischer und sozialer Ressourcen, Resilienz
- Analyse möglicher therapeutischer Zielvariablen und Zielbereiche (Goal Attainment Scaling, GAS)
- Unterstützung von Indikation, Fallkonzeption und Therapieplanung
- Dokumentation
- therapeutische Aufgaben: Rückmeldung, Psychoedukation etc.
- berufsrechtliche Aufgaben: Aufklärung, Informed Consent, Therapievereinbarung etc.

<p>Gedächtnis, formales und inhaltliches Denken, Wahrnehmungsstörungen, Ich-Störungen, Antrieb und Psychomotorik, Affektivität, zirkadiane Besonderheiten, Suizidalität, Fremdgefährlichkeit)</p> <p><b>3. Psychopathologische Syndrome</b> (paranoid-halluzinatorisches Syndrom, depressives Syndrom, psychoorganisches Syndrom, manisches Syndrom, Hostilitätssyndrom, vegetatives Syndrom, apatisches Syndrom, Zwangssyndrom, neurologisches Syndrom)</p> <p><b>4. Testpsychologische Verfahren</b></p> <p>Sie werden eingesetzt um das subjektive Urteil des klinischen Interviews mit Ergebnissen hinsichtlich Objektivität, Reliabilität und Validität überprüfter Messverfahren zu ergänzen, um Vergleiche mit den Normdaten klinischer und gesunder Stichproben zu ermöglichen, um eine</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn evaluativer Diagnostik: Stuserhebung psychischer Auffälligkeiten, therapeutischer Zielvariablen, sonstiger evaluativer Parameter, Zielvereinbarungen und -festlegungen, Kernsymptomatik etc.</li> </ul> <p><b>2.1.2.b. Diagnostik im Therapieverlauf</b></p> <p>Nach Abschluss der diagnostischen und indikatorischen Phase (Probatorik) und der Genehmigung der Therapie durch den Kostenträger beginnt die eigentliche Behandlung, in deren Verlauf die Diagnostik neue Funktionen annimmt.</p> <p><b>Funktionen und Aufgabenbereiche von Diagnostik im Therapieverlauf – therapiebegleitende Diagnostik (erweitert nach <i>Laireiter 2011, S. 17 f.</i>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlaufs- und Prozessmonitoring/Therapietracking: kontinuierliche Erfassung von <ul style="list-style-type: none"> <li>– psychischen Symptomen und therapeutischen Zielvariablen (Verlaufsdagnostik)</li> <li>– therapeutischen Prozessvariablen (Prozessdiagnostik)</li> </ul> </li> <li>• evaluative Diagnostik/ Zwischenevaluation(en): <ul style="list-style-type: none"> <li>– Status- und Veränderungsdiagnostik</li> <li>– Zielerreichungsbeurteilung (GAS)</li> </ul> </li> <li>• Unterstützung adaptiver Indikation</li> <li>• Unterstützung weiterer Prognose</li> <li>• Dokumentation</li> <li>• therapeutische Aufgaben: Information, Psychoedukation, Einsicht etc.</li> <li>• berufsrechtliche Aufgaben: Aufklärung, Informed Consent etc.</li> </ul>
---	--

<p>dimensionale Schweregradeinschätzung von klinischen Symptomen/Erkrankungen vornehmen zu können, um Baseline, Verlaufs- und Therapieerfolgsmessungen zu ermöglichen, zur Leistungsdiagnostik und zur Unterstützung der klassifikatorischen Erfassung von Erkrankungen</p> <p><b>5. Die Klassifikatorische Diagnostik</b> Checklisten: ICD-10 – Checklisten, Internationale Diagnosen-Checklisten für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 (ICDL-P); strukturierte Interviews: DIPS- Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, SKID – Strukturiertes Interview für DSM 4, Achse I, SIDAM- strukturiertes Interview für die Diagnose von Demenzen, IPDE- International Personality Disorder Examination, standardisierte Interviews: CIDI- Composite International Diagnostic Interview</p>	<p>Die zentralste Funktion ist das Monitoring des Behandlungsverlaufs (therapiebegleitende Diagnostik, vgl. <i>Schulte</i> 1996) auf zwei Ebenen. Auf der ersten Ebene erbringt das Ergebnis- oder Verlaufsmonitoring die Grundlage für die Einschätzung, ob sich eine Therapie in die richtige Richtung hin entwickelt (positive Veränderungen der Therapieprobleme, Erreichung der avisierten Therapieziele). Auf der zweiten Ebene erlaubt die Erfassung zentraler Prozessvariablen (Prozessmonitoring) im Sinne <i>Schultes</i> (1996) zweigleisigem Therapiemodell eine Beurteilung, ob sich diese Variablen (Therapiemotivation, Beziehungsqualität etc.) im funktionalen Bereich bewegen, sodass ein entsprechender Therapieerfolg erwartet werden kann (<i>Grosse Holtforth et al. 2009; Laireiter 2011b; Osten 2024</i>). Auch das Geschehen «zwischen den Sitzungen» findet zunehmend Beachtung (intersession dynamik; <i>Hartmann et al. 2016; Petzold, Scheiblich 2025</i>)</p> <p><b>2.1.3.b Diagnostik zum Therapieende</b> Die zentrale Aufgabe der Diagnostik zum Therapieende ist die Ergebnis- oder Erfolgsmessung (in Begriffen der Evaluationsforschung als summative Evaluation bezeichnet). Entsprechend wird diese häufig auch als evaluative Diagnostik bezeichnet (<i>grosse Holtforth et al. 2009; Laireiter 2011a</i>).</p> <p><b>Funktionen und Aufgabenbereiche von Diagnostik zum Therapieende – Veränderungs-/evaluative Diagnostik (erweitert nach Laireiter 2011, S. 17 f.)</b></p>
---	--

<p><b>6. Befunddokumentation</b> Epikrise: einen zusammenfassenden kritischen Bericht über den Ablauf einer Erkrankung nach Abschluss des Falls einschliesslich der endgültigen Feststellung der Diagnose und Besprechung der Differenzialdiagnose</p> <p><b>7. Apparative Zusatzverfahren</b> Zusatzdiagnosen, Lebenszeitdiagnosen, Verlaufsdiagnose, Komorbide, duale Diagnose (EKG, EEG, Polysomnografie (PSG), Labordiagnostik, Diagnostik mittels bildgebender Verfahren)</p> <p><b>8. Behandlungsplanung: eine multimodale Therapie</b> Kombinierte Anwendung psychopharmakologischer, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Behandlungsmethoden</p> <p>(Aus Lieb, 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrdimensionale Therapieevaluation, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>– indirekte Veränderungsmessung (Prä-Post-Vergleiche)</li> <li>– direkte Veränderungsmessung (subjektiv wahrgenommene Veränderung seit Therapiebeginn mittels Veränderungsskalen; <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zielerreichungsbeurteilung (GAS)</li> <li>– Zufriedenheitsbeurteilungen, Qualitätsrückmeldungen</li> </ul> </li> <li>– Kriteriums bezogene Evaluation (Vergleich mit Normen, klinischen Cut-offs, Diagnosekriterien etc.)</li> <li>– negative Effekte</li> </ul> </li> <li>• Stuserhebungen zu evtl. notwendigen Beurteilungen, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>– vorhandene psychische Auffälligkeiten und Störungen (klinische Skalen, Diagnosen)</li> <li>– Arbeitsfähigkeit</li> <li>– Notwendigkeit weiterführender Betreuung</li> <li>– Verlaufs- und Stabilitätsprognose</li> </ul> </li> <li>• Prüfung der Stabilität der Therapieeffekte <ul style="list-style-type: none"> <li>– Follow up/Katamnese</li> </ul> </li> <li>• Dokumentation</li> <li>• therapeutische Aufgaben: Information, Rückmeldung etc.</li> <li>• berufsrechtliche Aufgaben: Aufklärung, Informed Consent etc.</li> </ul> <p>(Aus Stieglitz, 2017)</p>
---	--

## 2.2. Prozessuale Diagnostik in der *Integrative Therapie*

Die Diagnostik ist insofern prozessual, als sie sich von Thema zu Thema, von Fokus zu Fokus bewegt. Dabei können die zu Grunde liegenden Probleme in unterschiedlichem Licht erscheinen und unterschiedlich bewertet werden. Die prozessuale Diagnostik findet Behandlungsziele und wählt die entsprechenden Methoden, Techniken und Medien aus. Aufgrund der Prozessdiagnostik wird eine Behandlungsstrategie und ein «therapeutisches Curriculum» (*Petzold, Sieper 1976a, b*) entwickelt für und mit dem Klienten (*Osten 2024*) als Leitlinie für seine Behandlung und Persönlichkeitsentwicklung für seine «Lehrjahre der Seele» (*Frühmann, Petzold 1993a*) und seine «Lebenskunst» (*Petzold 1999q*), denn all das umfasst Diagnostik und Therapeutik im Integrativen Ansatz.

Der diagnostische Prozess sollte das Menschen- und Weltbild, die Persönlichkeits-/Identitätstheorie/-mit ihrer Entwicklung, sowie Entstehung von Gesundheit (Salutogenese) und Krankheit (Pathogenese) in der Sicht der Integrativen Therapie (siehe Punkt 1.2.5.) einbeziehen.

Es wurden schon früh allgemeine Perspektiven zu einer «Prozessualen Diagnostik (PD) in der Integrativen Therapie» entwickelt (*Petzold 1974k, 303ff*) und auf dieser Basis eine «Integrative psychotherapeutische Diagnostik» (*Petzold, Orth 1994; Petzold, Osten 1998*, die besonders von *Peter Osten (2024)* vertieft wurde). Hierzu ein Überblick:

**Tabelle 7. Integrative Prozessuale Diagnostik**

<b>Prozessuale Diagnostik (PD) in der Integrative Therapie</b>	<b>Die Integrative Psychotherapeutische Diagnose (IPD)</b>
Unter "prozessualer Diagnostik" verstehen die Integrativen Therapeuten die Gesamtheit aller Massnahmen (polydiagnostischen Betrachtungsweise und polytheoretischen Erklärungsweise) die für das Erfassen und Verstehen eines Menschen im Kontinuum seiner Lebensspanne (Vergangenheit,	IPD wurde teilweise auf Basis von Integrativen Therapietheorien ( <i>Petzold, Osten 1998</i> ) und der prozessualen Diagnostik von <i>Petzold, Orth (1994)</i> und <i>Sieper (2007b)</i> seit Beginn der 1990er-Jahre vertiefend im Integrativen Ansatz von <i>Peter Osten (1994, 2000, 2019, 2024)</i> entwickelt.

Gegenwart, Zukunft) und seinem Kontext, seiner Lebenssituation, unter Einbeziehung der eigenen Sichtweise dieses Menschen, seiner "subjektiven Weltbilder": erforderlich sind, um einerseits zu einer klinischen Diagnose und Therapiekonzeption zu kommen und andererseits in korrespondierender Auseinandersetzung mit dem Patienten zu einer gemeinsamen diagnostischen Einschätzung der Situation, damit über Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen der Therapie ein "fundierter Konsens" hergestellt werden kann, soweit dies jeweils möglich ist. Um dies zu erreichen, ist es erforderlich, im jeweils gegebenen Kontext / Kontinuum - den Klienten/Patienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen; sich als Therapeut in der Interaktion mit dem Patienten / Klienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen, die Therapeut-Patient-Interaktion in das gemeinsame Wahrnehmen, Erfassen und Verstehen zu stellen, um auf dieser Grundlage die Dynamik dieses komplexen Wirkgefüges erklären zu können.« (Petzold 1993). 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

Hintergrund dieses Ansatzes sind einerseits empirische Theorien wie Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre, andererseits Theorien der klinischen Philosophie, etwa philosophische Anthropologie, Leibphilosophie, Sozialphilosophie und Kulturwissenschaften, die eine Einbettung empirischer Theorien in ein humanwissenschaftlich orientiertes Menschenbild ermöglichen (Petzold, 2003a und 2003e, 2006). Vor diesem Hintergrund arbeitet die IPD nicht allein mit Blick auf Krankheit und Pathogenese, sondern in systematischer und konsequenter Ressourcen- und Potenzialorientierung (Petzold 1997q, 2007a, 290ff.). Entsprechend sieht sie dafür zur Erfassung von Dysfunktionalität sowie Gesundheits- und Resilienzfaktoren strukturell fünf Module vor:

- (1) psychosoziale Anamnese,
- (2) Klassifikation (ICD, DSM, ICF),
- (3) Ätiologie,
- (4) Diagnose der healthy functioning personality und
- (5) Behandlungsplanung (Indikation, Prognose, Therapieziele, Behandlungscurriculum, Kontrakt).

Diese Struktur durchzieht sowohl die initiale Diagnostik zu Beginn einer

reduktionistischen und kontextualistischen Verhaltensbegriffs, der overt and covert behavior, Emotionen, Volitionen und Kognitionen umfasst (Petzold 1974j).

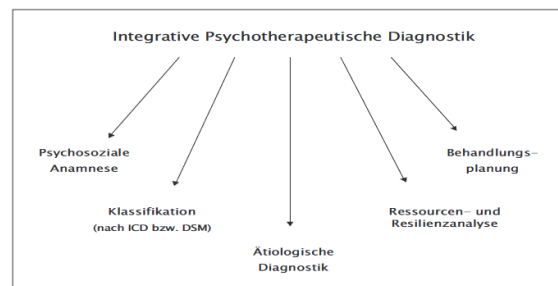
Verwendet werden dabei verschiedene „Perspektiven“ und theoretische „Optiken“:

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

Perspektiven: Sicht auf das Leibsobjekt (Perspektive 2) in verschiedenen gruppalen (Perspektive 1) und kontextuellen Bezügen (Perspektive 3) sowie - dem life span developmental approach (Baltes, Reese, Lippset 1980; Sieper 2007b) entsprechend - in sequentiellen, lebensgeschichtlichen Kontinuums-abschnitten (Perspektive 4).

Psychotherapie als auch die fortwährenden prozessualen Auswertungen und Anpassungen im Verlauf des Prozesses.

Im gesamten Prozedere kommen auch semiprojektive Verfahren wie kreative und szenische Medien zum Einsatz (Petzold & Orth, 1994).



In ätiologischer Hinsicht wird in der IPD ein longitudinaler – auf die gesamte Biografie, bis hin zu ihren Entwürfen bezogener – Ansatz verfolgt, der versucht, die Dynamik von auslösenden, zugrunde liegende und Dysfunktionalität aufrecht erhaltenden Faktoren zu bestimmen.

Hierfür wurden die Standardtheorien – Bindungsforschung, klinische Psychologie und Tiefenpsychologie, Behaviorismus, Stress- und Traumatheorie, Systemische Theorie – auf ihre Kompatibilität mit dem Menschen- und Weltbild der Integrativen Therapie (Petzold 2003e) hin überprüft und in ein Modell zur





Wie wird der bisherige Lebenslauf eingeschätzt?

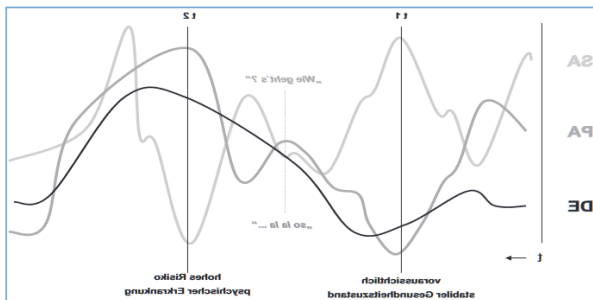
Welche biographischen Auswirkungen zeigen sich hier und jetzt?

Welche prospektiven Aspekte sind zu erwarten?

Was sind die spezifischen Merkmale der Krankheitskarriere?

Wie ist die Qualität adversiver Ereignisketten bzw. der Convoys, der prolongierten Mangelereignisse, positiven Ereignisketten, und wie stellt sich die Interaktion dieser Ketten dar?

Welche Aspekte ergeben sich unter einer Mehrgenerationen-Familien-Perspektive?



### 6. Ressourcen-Analyse:

Was steht dem Patienten an Eigen- und Fremdressourcen (z.B. soziales Netzwerk, physische Konstitution, materielle Mittel, Bildung, Lebenserfahrungen, Coping-Strategien, interne und externe protektive Faktoren etc.) zur Verfügung?

Wieviel „social support“ ist vorhanden?

### 7. Interaktions-Analyse:

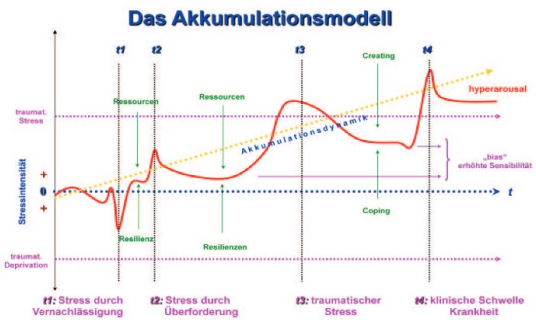
Wie sind die Formen der Relationalität (positive/negative Konfluenz, Kontakt,

2) Beginn und Auslöser

3) Verlauf, Phasen und Prozess

4) Akute Komorbidität

5) Longitudinale Akkumulation



6) Attributionelle Muster, subjektive Krankheits- und Veränderungstheorien

7) Abwehr, Funktion und Bewältigung

8) Einschränkungen im Lebensvollzug und Leidensdruck

VIII. Persönlichkeit, Ressourcen, Potenziale, Resilienz

Die Faktoren im Überblick:

- Ressourcen und Resilienz im Bereich der Feldfunktionen
- Ressourcen und Resilienz im Bereich der Geschlechtsidentität
- Ressourcen und Resilienz im Bereich der Fähigkeiten
- Ressourcen und Resilienz im Bereich der Emotionssteuerung
- Ressourcen und Resilienz im Bereich der kognitiven Steuerung

<p>Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeiten) ausgeprägt? Welche Übertragungsqualitäten, Widerstandsphänomene und Abwehrformen fallen auf? Welche Gegenübertragungsresonanzen kamen bei Therapeuten auf? Wie ist das Interaktionsverhalten in der aktuellen Situation?« (Aus: <i>Petzold</i> 1993p, S. 326)</p> <p>Die Verwendung von <b>kreativen Medien</b> fördert im Patienten eine „Neugierde auf sich selbst“, dient der Bestandsaufnahme und den Gestaltungsmöglichkeiten von Belastungs- und Krankheitsprozessen, von Komorbidität als höchst bedeutsame Perspektive 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 (<i>Petzold, Orth</i> 1994a).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcen und Resilienz im Bereich der Selbststeuerung</li> </ul> <p>IX. Behandlungsplanung (1) Indikation, (2) Prognose, (3) Therapieziele und Interventionsplanung (4) Behandlungscurriculum sowie (5) die Kontrakterstellung zwischen Patienten und Psychotherapeut. (Aus <i>Osten</i>, 2019, S. 315-320)</p> <p><b>Mediengestützte Diagnostik:</b> Neben der dialogischen Exploration ist die mediengestützte Anamnese eine weitere, in vieler Hinsicht ergänzende Methodik (<i>Petzold, Orth</i> 1994; <i>Müller, Petzold</i> 1998), mithilfe derer letztlich alle persönlichkeitsrelevanten Bereiche differenziell und verdichtet exploriert werden können.</p>
---	---

Diagnostik ist in der *Integrativen Therapie* niemals ein einmalig abgeschlossener Akt, sondern ein gemeinschaftlicher Prozess zwischen Therapeuten und Patienten, der so lange währt, wie mit den Patienten gearbeitet wird. Dabei sind Therapie und Diagnose stets miteinander verschränkt (Theragnose). Theragnose / Theragnostik ist ein Begriff von *Hilarion G. Petzold*, der sich aus den Wörtern »Therapie« und »Diagnose« zusammensetzt. Mit dieser Begrifflichkeit wird betont, dass Therapie und Diagnose nicht getrennt werden, wie dies in der traditionellen Psychiatrie der Fall ist, sondern miteinander verbunden sind. Es wird daher auch von einer «prozessualen Diagnostik» gesprochen, da die Diagnostik von Anfang bis zum Ende der

Behandlung im Fluss ist und sich mit dem Behandlungsprozess weiterbewegt. An dieser prozessualen Theragnostik sind die Patienten durch ihr Erleben, ihre Selbsterforschung und ihre Interaktion mit dem Therapeuten zentral beteiligt. Bereits die Diagnose und Anamnese in der Initialphase sind als therapeutisch anzusehen. In der *Integrativen Therapie* wurden von *Orth* und *Petzold* theoriegeleitet eigene theragnostische Instrumente entwickelt (z. B. »Die Säulen der Identität«, das «Ich-Funktionsdiagramm», die Selbstbilder, Body Charts bzw. «relationalen Körperbilder» oder das «dreizügige Lebenspanorama», das Konfliktfeld, Ressourcenfeld und viele mehr, siehe *Petzold, Orth 1994, 2008; Müller, Petzold 1998*).

## **2.3. Aufbau und Durchführung der prozessualen Sucht und Abhängigkeitsdiagnostik aus integrativer Sicht**

### **2.3.1. Diagnostik zu Therapiebeginn / Initialdiagnostik / Anamnesediagnostik (Anamnestik)**

Vorfeld: Hierunter werden die inneren und äusseren organisierenden Faktoren verstanden, die zur Aufnahme einer Psychotherapie führen. Aktuelle Auslöser und Motivationen hierzu werden, wenn möglich, schon im Erstkontakt erfasst. Die erste faktische Kontaktaufnahme der Patientin zu ihrer Therapeutin erfolgt meist am Telefon. Hier werden schon vielschichtige Daten erhoben - Kurzschilderung der Problematik, Vermittlungswege, Therapiewünsche - sowie beziehungs-relevante Eindrücke ausgewertet - empathisches Eingehen, projektive Tendenzen, Resonanzen und Gegenübertragungsreaktionen.

Das Erstinterview stellt sodann eine situationsdiagnostische Einheit dar, in der eine erste ‚leibhaftige‘ Begegnung stattfindet. Das Erstinterview ist ein nur wenig strukturiertes bzw. semistrukturiertes Gespräch über die Probleme und Sachverhalte, in dem die Patienten ihre Geschichte auf ihre eigene Weise narrativ auffalten sollen. Die freie szenische und atmosphärische Darstellung genießt Vorrang gegenüber einer strukturierenden Befragung, ebenso der Spontanprozess von Beziehung und Übertragung zwischen Patienten und Therapeut. Die fünf Wahrnehmungs-ebenen des Therapeuten sind in dieser Einheit daher ganz besonders wach aktiviert.

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

### **Leib- und Bewegungsphänomenologie**

**Körper/Leib:** Äussere Erscheinung und Körpersprache, Körperwuchs, Haltung, Körperpflege, Kleidung, Frisur, Hände, Bewegung, Gebärden, Gestikulationen (Verwahrlosung, Leibbewusstsein, gesundheitsaktives Verhalten)

**Begrüssung:** Mimik, Blickverhalten und Händedruck bei der Begrüssung (Kontaktverhalten, Scham, Entgrenzung, Macht-/Dominanz-/Territorialverhalten etc.)

**Bewegung:** Bezug der Bewegung zum Raum und zum Therapeuten (Territorialverhalten, Selbstsicherheit, z.B. scheu, kraftlos, aggressiv etc.); Dynamik der Haltung und der Bewegungsabläufe, (Vitalität, Antrieb, Affekt, Kongruenz)

**Periverbaler Ausdruck:** Choreographie des periverbalen Ausdrucks in Mimik, Blickverhalten, Gestik und Gebärden, Stimm- und Atemmuster (Hinweise auf inhaltliche Kongruenzen oder Dissonanzen im narrativen Symbolisierungsprozess, implizite Bewertungen und Deutungen)

**Genderperspektive:** leibliche Repräsentation der Geschlechtlichkeit (Geschlechtsidentität)

### **Narrative Phänomenologie und Hermeneutik**

Phänomenologie als sprachlich gefasste Phänomenbeschreibung ist immer mit Bedeutungen und Sinnverstehen, also mit Hermeneutik verschränkt (Petzold 2010f).

**Fokus & Themen:** Die sprachlich und nonverbal dargebotenen expliziten und impliziten „Themen“, „Fragen“, „Probleme“, „Sachverhalte“; Kohärenz und Konsistenz

der Fokusbestimmung durch den Patienten (Anlass der Aufnahme; Einschätzung der Thematik und ihrer Schwere; Art, Tiefe und Gewährsein der anstehenden Problematik; Fähigkeit zur Auffassung, Ausrichtung und Sammlung auf den Fokus)

**Sprache & Symbolik:** Qualitäten der Sprache, des Sprechens, Stimmmodien, Symbol-, Metaphern- und Wortgebrauch, Verwendung spezifischer symbolischer Bilder, entwicklungspsychologische Spezifität der Sprache und des Sprechens (Artikulationsfähigkeit, sprachliche Differenziertheit, implizite Themen)

**Narrativer Aufbau:** Wiederholungen, Implikate und Homologien, Kongruenzen und Divergenzen, Kontinuitäten und Diskontinuitäten im Erzählverlauf (Struktur der Thematik, Herstellen von Zusammenhängen, Inferenzdiagnostik, Grad der Bewusstheit der biographischen Karriere und ihrer Bewertung, Widerstand); Narrative Meidungs- und Fehlbereiche: was vermeidet, umgeht der Patient? Was ist ihm unangenehm? Was lässt er einfach weg? (ätiologische Bedeutsamkeiten, Widerstand)

**Kognition & Struktur:** Angemessenheit und Zielgerichtetheit des narrativen Aufbaues, Verbundenheit von Inhalten und Emotionen; Erinnerungspotentiale; affektlogische Differenziertheit und Verarbeitung entlang der erzählten Inhalte; Reflexivität der eigenen Lebensgeschichte; Struktur und Angemessenheit der internalen Steuerung durch (Selbst- und Fremd-)Attributionen und Kontrollmeinungen (Rückschluss auf Struktur und Aufbau der Persönlichkeit, der Identität, Konsistenz und Kohärenz, Gewährsein von Sinn- und Erklärungsstrukturen)

**Affekt & Stimmung:** Stimmungsqualitäten, übergreifende Atmosphären und Involvierungen während des Erzählverlaufs, momentanes Lebensgefühl; Qualitäten: emotionale Bandbreite, Differenziertheit, Resonanzfähigkeit, Intensität/Regulationsfähigkeit, Flexibilität, Angemessenheit, emotionale Belastbarkeit (Vitalitätsaffekt, Lebensmelodie, lebensbiographische Stimmungen)

**Kontakt & Bindung:** Kontaktbereitschaft und -fähigkeit, kommunikative Kompetenz und Performanz, interaktive Schemata in Biographie und aktuellem Kontext, Kontaktregulation (Nähe-Distanz, Souveränität-Abhängigkeit), Dauer und Qualität sozialer Beziehungen und Bindungen, Rolleninventar und -flexibilität

**Motivation & Volition:** Wünsche, Bedürfnisse, Motivationen, Willensausdruck, Struktur der impliziten und expliziten Volitionen (Realitätssinn, Niveau der Eigenverantwortung, volitionaler Stil, Therapieziele); Zufälle, Fehlleistungen und

Gedankenblitze (Was „schleicht“ sich am Widerstand vorbei und will sich zeigen?  
Verdeckte/unbewusste/nicht explizierte Therapiethemen?)

**Persönlichkeit & Identität:** Selbstbildbezogene Aussagen über den Bezug

- a) zum eigenen Körper/Leib, genderspezifische Selbst- und Fremdattributionen;
- b) zu Liebe, Sexualität, Bindungsverhalten, Freundschaften;
- c) zu Arbeit, Leistung, Berufsidentität;
- d) zu Besitz und materiellen Sicherheiten;
- e) zu Selbstbehauptung, Expressivität, Territorialverhalten;
- f) zur eigenen körperlich-emotionalen Bedürftigkeit, Lebensgefühl;
- g) zu persönlichen Werten und eigenen Schattenseiten, Sozialethik, Glauben, obligaten Themen (Freude, Glück, Vertrauen, Wahrheit, Mitgefühl, Leiden, Schmerz, Trauer, Tod etc.), Sinnanbindung, Selbstwertgefühl (Säulen der Identität, Persönlichkeitsdiagnostik)

In der halbstrukturierten **Psychosoziale Anamnese** sollte der Ausgangspunkt anamnestischer Betrachtungen immer die Lebens- und Realsituation des Patienten sein (*Dührssen, 1990*). Die gesamte historische Entwicklung bildet sich hier, als Ausdruck gelebten Lebens in Leiblichkeit und Identität, in bewussten und unbewussten, in gesunden und dysfunktionalen Verschränkungen ab, die in hermeneutischen Prozessen erkannt, erfasst und verstanden werden (*Petzold 2005p; Ricoeur, 2000*). Aus Zuspitzungen heraus hat sich die Therapiemotivation ergeben; manchmal durch krisenhafte Entwicklungen. Vulnerabilität und Resilienz, Attribution und Akkumulation aller Lebenserfahrungen zeigen sich in verschiedenen Lebensbereichen. Nicht alle Stränge sind gleichermassen in Mitleidenschaft gezogen. Die Psychosoziale Anamnese kann Funktionsbereiche eröffnen, die Ressourcen darstellen. Oft erschöpfen sich Probleme nicht in der vorgetragenen Fokalthematik, dem Anlass der Therapieaufnahme, manchmal ergibt sich eine Dynamik, in der die Fokalthematik den Anschein des Vorgesobenen erhält. Für die später anstehende Analyse entwicklungspsychologischer Faktoren ist es ratsam, die Dinge von hier, also „von der Oberfläche aus“, anzugehen und immer wieder den Bezug zu dieser herzustellen.

**Soziales Feld und Netzwerk:** Aktuelle Lebensweise (Single, Partnerschaft, WG, örtliche Gebundenheiten durch Partnerschaft oder Beruf, soziales Umfeld etc.); Bindungen im familiären Aktualsystem, am Arbeitsplatz, in Freundeskreisen,

Interessen und Freizeitverhalten, Qualität und Intensität von Bindungen zur Herkunftsfamilie;

**Ökologisches Eingebettetsein:** Leben vollzieht sich in Lebensräumen. Deshalb müssen ökologische Dimensionen auf Mikro- und Makroebenen immer mitberücksichtigt werden (*Hecht et al. 2012; Petzold 2006p; Brinker, Petzold 2019*).

**Beruf und Arbeit:** Beruf und Tätigkeit, Tagesstruktur, Zufriedenheitsniveau, Geschichtlicher Abriss der Ausbildung und der Abschlüsse, Zeit- und Bedürfnismanagement, Arbeitslosigkeit etc.;

**Existenzsicherung:** Wohnsituation, finanzielle, materielle Sicherheiten, Sicherung von Ansprüchen gegen andere Personen, sozialrechtliche Ansprüche, administrative Fragen, juristische Probleme;

### **Klinische Heuristik**

**Somatischer Status:** Exploration und Bewertung des somatischen Status. Diagnosen, Behandlungsformen, Therapien etc. (Einschätzung der Behandelbarkeit durch Psychotherapie, Indikation)

**Krisenscreening:** Körperlich-organische, psychische, soziale, traumatische, suizidale, psychotische und delirante Krisen (Krisenintervention, s. Psychosoziale Anamnese);

**Körperlich-organische Krisen:** Unfälle, schwere Erkrankungen, chronische Schmerzen, letale Erkrankungen, traumatisierende Operationen, schwere Schlaflosigkeit, schweres oder anhaltendes körperliches Unwohlsein, Organisch-kognitive Einbussen, dementielle Syndrome

**Psychische Krisen:** Panikattacken, Ängste, Depressionen, schwere Zwänge, Dissoziationssyndrome, Verhaltensauffälligkeiten (Spielerei, Sexualstörungen, Essstörungen), Anpassungsstörungen, dekompensierende Persönlichkeitsstörungen

**Soziale Krisen:** Arbeitsplatzverlust, Verlust von Vermögen und materiellen Gütern, Ehekrisen, krankheitsbedingtes Abgleiten der eigenen Kinder, Verlust von wichtigen Menschen (Elterntod, Krankheit etc.), Wegbrechen sozialer Netzwerke, grosse Umzüge, existentielle administrative und juristische Probleme

**Rückfall-Krisen:** Rückfälle bei Suchtmittel- und Drogenkonsum, bei pathologischem Spiel, bei Eifersuchtdynamik, Essstörungen etc.

**Krisen durch traumatischen Stress:** Akuttraumatisierungen (Viktimisierung, Vergewaltigung, Krieg, Folter, Unfälle etc.), Schockerfahrungen, Rezidivtraumatisierungen, Posttraumatisches Stresssyndrom in seinen verschiedenen symptomalen Ausprägungen (Erscheinungsformen siehe ICD: F43.1, DSM: 309.81)

**Suizidale Krisen:** Erscheinungsformen des suizidalen Syndroms: Bewusstseinsminderung, affektive Störungen, sozialer Rückzug, Entfremdung, Bilanzierung, Suizidgedanken, latente und passive Todeswünsche, Verweigerung der Prospektion, Aggressionsumkehr, riskantes und parasuizidales Verhalten, larvierte und agitierte Depressionen

**Psychotische Krisen:** Erscheinungsformen des präpsychotischen Syndroms: seltsam anmutende psychomotorische Unruhe (Augenbewegungen), innere Angespanntheit (Trema), Angststimmung, Denken assoziativ aufgelockert, Sprechen und Sprache verwaschen, Vorbeireden, abnormes Bedeutungserleben (apophänes Syndrom), Wahngedanken, -einfälle, Sinnestäuschungen, Illusionen, Halluzinationen, Depersonalisation/Derealisation

**Delirante Krisen:** Erscheinungsformen des deliranten Syndroms: Wachheit beeinträchtigt, (Abstufungen: Benommenheit, Stupor, Somnolenz, Sopor, Koma), Depersonalisation/Derealisation, Patient ist apathisch, stark verlangsamt, schläfrig, in leichteren Graden noch weck- und ansprechbar, das Denken ist zerfahren, die Sprache ist verwaschen. In leichten Stadien weckbar, in schwereren mit Mühe weckbar (Sopor), bei schwerer Verminderung der Wachheit/des Bewusstseins liegt Präkoma vor, wahnhaftes Erleben, bei Alkoholikern oft mit Weinerlichkeit verbunden

## **Exploration und Klassifikation der Sucht und Abhängigkeitserkrankungen**

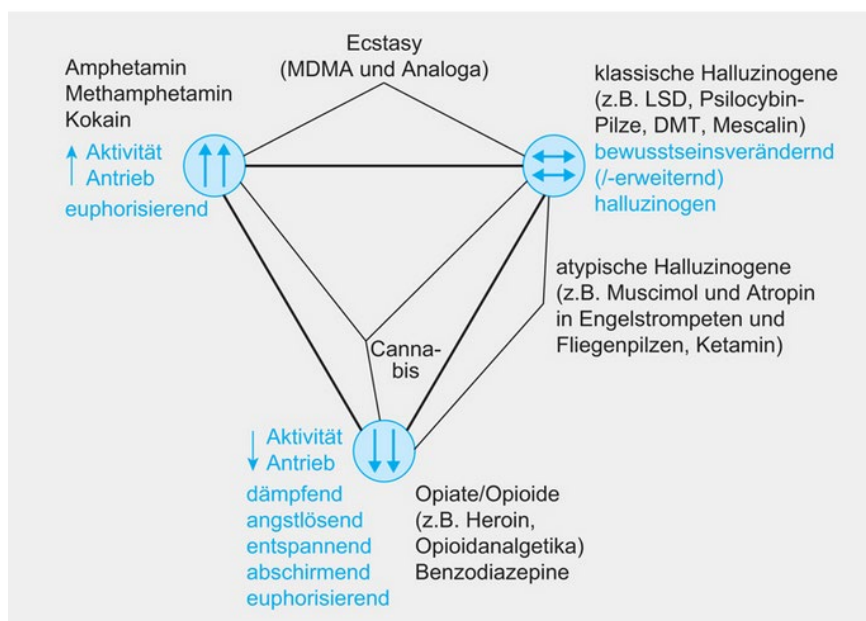
### **Drogenscreening / Laborbefunde** (Aus *Stieglitz et al. 2011*)

- Welche Psychotropesubstanz (S. Fig.3)?
- Wie viel wie oft in der Zeit? (S. Fig. 4 und Fig 5.)
- Wie lange insgesamt schon?
- Wann mit welchem Suchtmittel begonnen?
- Verlauf seither, Wechsel der Suchtmittel/Drogen
- Lebensumstände bei Beginn des Konsums (Vorbelastung, Entwicklungs- und Reifungsdefizite, fehlende Ressourcen, Traumatisierungen, Konflikte u.a. Stressoren, auslösende Faktoren)

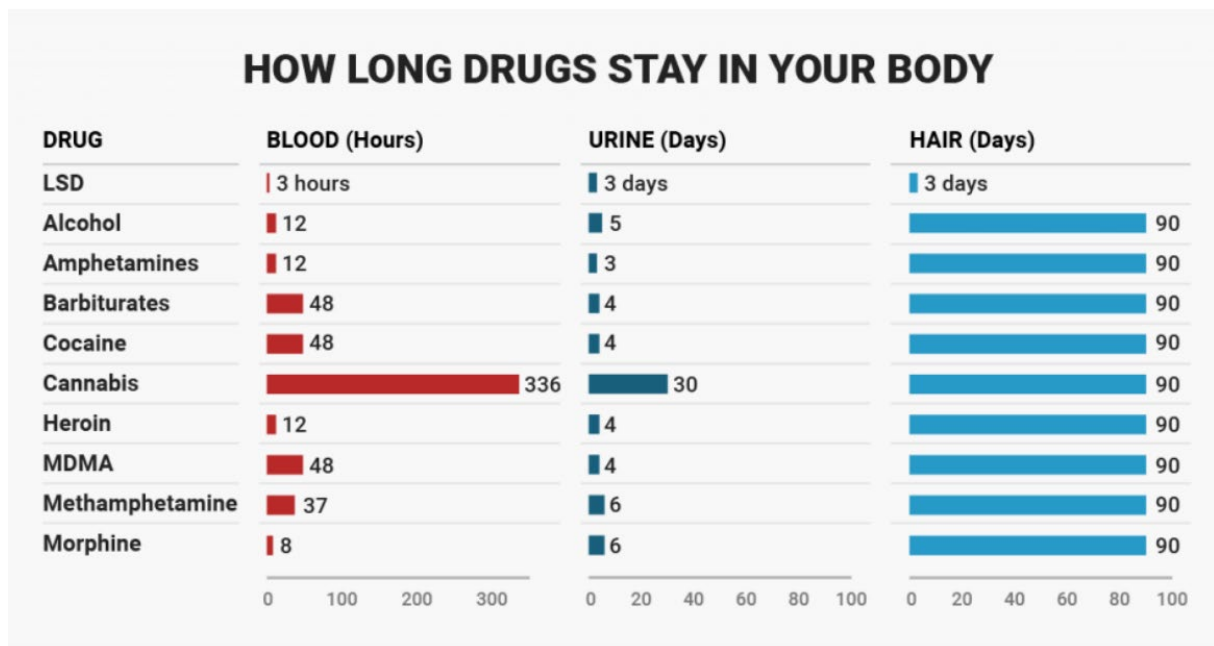
- Verlauf und Phasen des Konsums mit Faktoren der Lebensgeschichte (aufrechterhaltende Faktoren)
- Familiäre Vorbelastungen (3 Generationen explorieren)
- Subjektive (Auslöser- und) Krankheitstheorie, Selbstattribution, Attributierung der Sucht(psych)pathologie, Status und Niveau der Verarbeitung
- Derzeitiger Status der Behandlung, gesundheitlicher Zustand, psychopathologischer Befund

Durch den Konsum der psychotropen Substanzen wird eine zentralnervöse Wirkung unterschiedlicher Qualität intendiert. Etwas vereinfacht lassen sich die Akutwirkungen der Suchtstoffe in drei Hauptqualitäten bzw. Hauptpole einteilen: dämpfend, aktivierend und bewusstseinsverändernd / halluzinogen. Alle relevanten Rauschdrogen lassen sich einem dieser Hauptpole zuordnen oder stehen im Zwischenbereich zwischen zwei oder drei Polen. Eine erste orientierende Einordnung der Suchtstoffe nach diesem Prinzip findet sich in der Abb Nr. 3:

**Abb. 3 Psychotropen Wirkungen von Wirkstoffen**



**Fig. 4. Drogenscreening Nachweisbarkeit ([www.fazemag.de/wie-lange-bleiben-verschiedene-drogen-im-koerper-nachweisbar/](http://www.fazemag.de/wie-lange-bleiben-verschiedene-drogen-im-koerper-nachweisbar/))**



Dabei unterliegt die konkrete Substanzwirkung im Einzelfall einer Vielzahl modulierender Einflüsse. Zu berücksichtigen sind Dosis, Applikationsart, bestehende Toleranz, genetisch mitbedingte Metabolisierungsprozesse, Alter, Geschlecht, körperliche Konstitution, körperliche und / oder psychische Begleiterkrankungen sowie Stimmung und sozialer Kontext, in dem der Konsum erfolgt (sog. Set und Setting).

Dieselbe Substanz kann in unterschiedlichen Situationen und bei unterschiedlichen Menschen unterschiedliche Wirkungen haben.

### **Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)**

Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung).

Die Hauptdiagnose soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im Wesentlichen dazu beigetragen hat. Zusatzdiagnosen sollen kodiert werden, wenn andere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen wurden und Intoxikationen

(vierte Stelle .0), schädlichen Gebrauch (vierte Stelle .1), Abhängigkeit (vierte Stelle .2) und andere Störungen (vierte Stelle .3-9) verursacht haben.

Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll mit "Störung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.-)" kodiert werden.

### **Klassifikation der Abhängigkeitsstörungen nach ICD-10, Kap. F. (Übersicht)**

F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika

F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain

F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein

F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene

F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak

F18 Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel

F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

#### **Fig 5.**

F1x.0 akute Intoxikation (acht fünfstellige Unterteilungen)  
F1x.1 schädlicher Gebrauch  
F1x.2 Abhängigkeitssyndrom (sieben fünfstellige Unterteilungen)  
F1x.3 Entzugssyndrom (zwei fünfstellige Unterteilungen)  
F1x.4 Entzugssyndrom mit Delir (zwei fünfstellige Unterteilungen)  
F1x.5 psychotische Störung (sieben fünfstellige Unterteilungen)  
F1x.6 amnestisches Syndrom  
F1x.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (sechs fünfstellige Unterteilungen)  
F1x.8 andere psychische oder Verhaltensstörungen  
F1x.9 nicht näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörung

Präziser als die diagnostischen Kriterien in ICD und DSM führen die psychopathologischen Beschreibungen der Elementarfunktionen zu

differenzialdiagnostischen Abgrenzungen der Störungsbilder. Die Allgemeine Psychopathologie nimmt einesteils den individuellen Menschen in den Blick, andernteils versucht sie, das Regelmäßige im Individuellen zu erfassen. Sie steht damit in einer Lücke zwischen idiographisch-kasuistischen und nomothetischen Bemühungen. Erleben und Verhalten des Menschen stehen immer in lebendigen Wechselbeziehungen zwischen persönlicher Historie, Aktual-Situation und gesellschaftlichem und institutionellem Kontext. Im Versuch der Verobjektivierung kann man sich als Therapeut aus diesem Kontext nicht lösen. Aus integrativer Sicht muss daher ein konsequenter Verzicht auf strikte Objektivität geleistet und jedes Ergebnis als prozesshaft bewertet werden (prozessuale *Beschreibung* statt *Fest-* oder *Zuschreibung*). Im Gegensatz zu biologisch-psychiatrischem Vorgehen, in dem die Psychopathologie in erster Linie eine Rolle für die Einschätzung der Vergabe von Medikation darstellt, bietet sich in der Integrativen Therapie die Möglichkeit, an den Störungsbildern von Elementarfunktionen direkt psychotherapeutisch zu arbeiten (Osten, 2019).

### **Komorbide Störungen**

Bei Patienten mit einer substanzbedingten Störung sind häufig affektive Störungen, schizophrene Erkrankungen sowie Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen zu beobachten. Auch körperliche Störungen, z.B. aufgrund von Infektionen (Hepatitis, HIV, Abszesse, Phlebitiden, Septikämien) sind häufig. Nicht selten sind auch sexuelle Funktionsstörungen und bei Frauen Menstruationsstörungen vorhanden.

- Lebensumstände bei Beginn der Komorbidität (Vorbelastung, Entwicklungs- und Reifungsdefizite, fehlende Ressourcen, Traumatisierungen, Konflikte u.a. Stressoren, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren)
- Wechselseitige Bedingung im Hinblick auf die Entstehung der Suchterkrankung (was wird womit abgewehrt?)
- Wechselwirkungen mit der Suchterkrankung (psychisch und somatisch)
- Subjektive Krankheitstheorie, Attributierung, Status und Niveau der Verarbeitung

### **Exploration und Klassifikation der komorbiden Störungen**

- Statusanamnese
- Längsschnittliche Anamnese von Krankheit und Gesundheit
- Ätiologisches Screening

### **2.3.2. Prozess- und Verlaufsdagnostik / Kontinuumanalyse und Behandlungsplanung**

**Ätiologische Hypothesenbildung:** erste Hypothesenbildungen zwischen Symptom-, Auslöser- und biographischen Referenzthematiken gemäss den ätiologischen Ebenen (Ätiologische Diagnostik)

#### **Ätiologische Diagnostik**

Für ein Therapieverfahren, das biografisch-aufdeckend arbeitet und an den kausalen Strukturen von Dysfunktionalität orientiert ist, wird offenkundig, dass dieses Modul das Kernstück des Ansatzes darstellt. Das dritte Modul der IPD ist mit der zentralen Thematik der Genese von Dysfunktionalität, in der Zusammenschau mit salutogenetischen Faktoren, befasst. Die Faktoren der ätiologischen Diagnostik werden über die Methodik der „entwicklungspsychologischen Tiefenexploration“ (Osten, 2014) hier in acht Schichten erhoben.

**Akutsymptomatik und klinische Phänomenologie:** inklusive der körperlichen Symptome und des Leiberlebens

**Beginn der Störung mit ihren möglichen Auslösern** explorieren und eine lebensgeschichtliche Dynamik zwischen auslösenden, zugrundeliegenden und aufrechterhaltenden Faktoren der Störung erfassen

**Verlauf, Phasen und Prozesse** der akuten Störung sichtbar werden. In der vierten Schicht

**Longitudinale Akkumulation** aller im Lebenslauf vorkommenden Störungen gesichtet und in ihrer Bedeutung für die akute Störung gewichtet. Hier geht es um die longitudinale Dynamik zwischen Vulnerabilität, Resilienz, Attribution und Akkumulation.

**Attributionelle Muster** und subjektive Krankheits- und Veränderungstheorien aus den Bedeutungssystemen der Patientin

**Dynamik von Abwehr- und Bewältigungsmustern** analysiert. Hierbei geht es nicht nur um pathogenetisch relevante Abwehrstrategien, sondern auch um die salutogenen Perspektiven des Coping und der kreativen Anpassungsleistungen (Creating, Selbstheilungsversuche, frühere Therapien). Und hierunter wiederum

fallen auch Sekundärfunktionen die Störung betreffend, im Rahmen der dynamischen Regulation des Subjekts. Die achte Schicht befasst sich mit der Erhebung des **Subjektiven Leidensdrucks, möglichen Einschränkungen im Lebensvollzug** durch die akute Störung und der Veränderungsbereitschaft.

### **Ätiologische Diagnostik im Entwicklungskontinuum der Lebensspanne**

- Defizite und prolongierte Mangel Erfahrungen
- Konflikte und andere spannungsreiche Störungen
- Überforderungen und zeitextendierter Stress
- Traumatisierungen
- Maligne Lern- und Adaptionenmodelle
- Sozioökologische und Systemische Einflüsse (vgl. Sieper 2007b)

### **Leitsymptome der Posttraumatischen Belastungsstörung**

- Nachweis Existenz bedrohender Traumaexpositionen
- autonome oder durch Schlüsselreize getriggerte Intrusionen
- bewusste und unbewusste Vermeidung der Auslöser-Reize (Trigger)
- autonomes Hyperarousal (Übererregtheit) oder Numbing (Abstumpfung)
- Zeitfaktoren (Beginn der Symptomatik nach Traumaexposition)
- kontextuelle Störungen (Beeinträchtigungen im Lebensvollzug)

### **Familiendynamische Exploration**

#### **Lebenskontext der Familie**

**Mikrokontext:** Lebens- Bildungs- und Sozioökonomischer Status, Grösse der Familie, Viertel/Wohnung

**Mesokontext:** Stadt/Land, Norm- und Wertesysteme („Schicht“), Beruf/Arbeit, soziale Einbindung

**Makrokontext:** global, zeitepochal, kulturell, gesellschaftlich

**Prekäre Lebenslagen** sind zeitextendierte Situationen eines Individuums mit seinem relevanten Konvoi in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als ‚bedrängend‘ erleben und als ‚katastrophal‘ bewerten (kognitives appraisal, emotionale valuation), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung ‚protektiver Faktoren‘ gekommen ist. Die

Summationen ‚kritischer Lebensereignisse‘ und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine Erosion der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so dass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner ‚supportiven Valenz‘ und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine destruktive Lebenslage eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen ‚Verbesserung der Lebenslage‘ durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Massnahmen der Amelioration, die die Prekarität dauerhaft beseitigen und von Morenos (1923) Fragen ausgehen: Was hat uns in diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?“ (Petzold 2000h).

### **Interaktions- und Kommunikationsformen der Familie**

Familienatmosphäre als Ganzes, Qualität der Nähe und Emotionalität  
Paarbindung der Eltern: Qualität, Modus der Paarfindung, Kollusionen  
Erziehungsstil: Ordnung, Hierarchie, Führung, Regeln, Kontrolle, Affektregulation  
Bindungen des Geschwistersubsystems, Flexibilität der Koalitionen  
Kommunikationsstil: Mutualität, Abgrenzungen, Anerkennung von Andersartigkeit  
Identitätsbildung und Morphogenese im Familienprozess (über Zeit, Entwicklung, Wachstum)  
Sinnattraktoren: Bewusst: Klarheit von Werte-, Moral- und Normvorstellungen,  
„ungeschriebene Gesetze“. Unbewusst: abgewehrte Trauer,  
ausgegrenzte Systemmitglieder, schwere Schicksalsereignisse

### **Explorative Fragen zum Familiengenogramm**

#### **Genogrammstruktur**

Wie viele Geschwister sind es in der eigenen Reihe? Gestorbene Geschwister?  
(Abgänge, Totgeburten, verunglückte oder durch Krankheit umgekommene Kinder, ungeklärte Todesfälle)

Wie viele Geschwister waren es bei der Mutter, beim Vater? Hier gestorbene Geschwister?

Mehrlingsschwangerschaften?

Geschwister und Besonderheiten bei den Grosseltern beider Herkunftsfamilien,

ungeklärte Todesfälle in der Familie als Ganzes: natürliche, durch Krankheit, durch Gewalt, Fahrlässigkeit?

Andere und vorherige Partner von Vater oder Mutter vor oder während deren Ehe?  
Halb- und Stiefgeschwister? Adoption?

### **Familienmythen und -geheimnisse**

Welche besonderen Schicksalsereignisse gab es in der eigenen oder den beiden Herkunftsfamilien von Vater und Mutter? (Mythen und Erzählungen)

Beteiligung von Familienmitgliedern im 3. Reich? Welche Funktionen?

Gefangenschaft?

Schicksale von Krieg, Flucht und Vertreibung, Folter, Vergewaltigung, jüdisches Schicksal? Besitzstandsfragen

Schwere Krankheiten, Psychische Störungen, Behinderungen in der Familie?

Inzest, Gewalterfahrung, Missbrauch, Verwahrlosung, frühe Deprivation?

Suizide, Unfälle, fahrlässige Tötungen, kriminelle Deviation, Morde, Inhaftierung, materielle Überschuldung

Kulturethnische Fragen und Spannungen, Emigration, Immigration? (Wenn die Eltern unterschiedlicher ethnischer Herkunft sind bzw. ein Elternteil die Heimat verlassen hat)

Andere und aktuelle Besonderheiten

### **Systemdiagnostische Ebenen/Netzwerkdiagnostik**

Netzwerkperspektive: Eingebundensein der Familie in die sozioökologische Umgebung

Binneninteraktion: z.B. Autoritativ, Doublebind, expressed Emotions, emotionale Ausbeutung, Verstrickung

Systemstabilität: Vulnerabilität, Kohäsion, Permeabilität, Adaptabilität

(Stressbewältigung, Stabilisatoren und Abwehrformen) nach innen und aussen

Identifizierungen: Indexprobleme, Parentifizierung, Stellvertretung, Ausgleich

Pathogene Strukturen: Ängstlich („wir müssen uns zusammenrotten und gut aufpassen“), Depressiv („wir alle haben schwer zu tragen“), Zwanghaft („man muss nur alles richtig machen“), Hysterisch-sensitiv („alles ist Emotion“), Paranoid („die Welt ist schlecht und feindlich gesinnt“), Dissozial („die anderen sind Schweine und wir haben das Recht, uns alles zu nehmen“), Schizoid („wir haben nichts miteinander zu tun“), Ambivalent-Desorganisiert-Instabil („nichts ist sicher“), Narzisstisch („wir

sind grossartig und leisten Unendliches“), Abhängig-asthenisch („wir müssen uns den Anderen anpassen und uns fest aneinanderhalten“).

### **Persönlichkeitsdiagnostik**

Persönlichkeit gründet in Relationalität. Selbst, Ich und Identität sind keine starren Strukturen, die, einmal ausgebildet, mehr oder weniger stabil die Persönlichkeit durch das Leben tragen oder eben nicht tragen.

»Selbst, Ich und Identität sind prozessual zu verstehen. Sie werden nicht als einmal entstandene, relativ statische Größen (Instanzen) begriffen, sondern als lebendige, prozessuale Synergien, die in beständiger Interpretationsarbeit, Reflexion von Kontext und Kontinuum, eine flexible, transversale Identität konstituieren, ein vielfältiges ›plurales Selbst« (Schuch, 2000, S. 175).

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

**Ressourcen- und Resilienzanalyse/ Ressourcendiagnostik (Petzold 1997p):** longitudinal, querschnittlich und prognostisch angelegt; was Patienten als Fremd- und Eigenressourcen zur Verfügung stehen und wie viel soziale Unterstützung vorhanden ist. (Siehe auch Tabelle 7).

Die evidente Methode, Ressourcen, Resilienz und Potenziale zu explorieren, ist, sie im direkten Verbund mit belastenden Erfahrungen zu erheben.

Die Instrumente kreativer Diagnostik, wie sie in der Integrativen Therapie in besonderer Weise entwickelt wurden (Body charts, Identitätsbilder, Ressourcenfelder, Power maps etc., vgl. *Petzold, Orth 1994; Petzold 1998a*) bieten hervorragende Möglichkeiten geschlechts- und schichtspezifischer Feinabklärungen in der Diagnostik, die vermehrt eingesetzt werden sollten.

### **Anlagefaktoren**

**Temperamentäre Eigenschaften und deren Passung** in Kindheit und Jugend, Interessen, Neigungen, Begabungen; gesamt der psychophysischen Verfassung, Gesundheit und Stabilität, Familienanamnese

### **Körperliche Gesundheit**

Somatische Akutintervention, Drogenentzug bei Suchterkrankungen, medikamentöse antidepressive/ antipsychotische Behandlung (bei Suizidalität, Psychosen), Information über die Krankheit und ihre Heilungschancen, Hinweise auf Spezifitäten der Erkrankung, damit Patienten ihre Symptome einordnen lernen, Aufarbeitung krankheitsspezifischer Körperwahrnehmung, Förderung positiver Körperwahrnehmung (begleitende sportive oder manuelle Behandlungen)

### **Existenzsicherung**

Bereiche Wohnen und Leben, Beruf und Arbeit, materielle Sicherheit, juristische Probleme, administrative Beratung (bei sozialrechtlichen Ansprüchen), Krisenintervention und Fehlersuche bei Krisen, Planung und Zielbestimmung bei krisenhaften Verläufen, Support bei der Restitution

### **Psychische Stabilität**

Psychosoziale Krisenintervention, Information und Hinweise auf Spezifitäten der Krankheit (wie oben), Support bei Stress- und Konfliktbewältigung vor jeder regressiven Arbeit, lösungsorientiertes Arbeiten, Förderung von Kreativität und Erlebnisorientierung (Empowerments, einrichtend, Engagement), Förderung von Individuation (u.U. durch gezielte Nachsozialisation), Restituierung sozialer Beziehungen

### **Entwicklung und Sozialisation**

Exploration biographischer Ressourcen, Durchlaufen der Reifungs- und Entwicklungsaufgaben, biographische Ressourcen in Form von protektiven Beziehungen und deren Generalisierung (z.B. als Wert oder sinnstiftende Einstellung), erfolgreiche Bewältigung von Krisen: Resilienzbildungen

## **Netzwerksicherung**

Partnerbindung bzw. Aktualsystem, Bindungen am Arbeitsplatz, Freundeskreis und Freizeitverhalten, Tagesstruktur, Bindungen zur Herkunftsfamilie, Koordinierung des Helfernetzwerkes, Vermittlung von Adressen u.a. Möglichkeiten in der Infrastruktur für den Aufbau eines tragfähigen Netzwerkes (prozessbegleitend)

## **Umgang mit Globalfaktoren**

Bewusstsein über die eigene Kohorten- und ethnische Kulturzugehörigkeit, mit ihren spezifischen Welt- und Lebensereignissen und deren Bedeutung (z.B.

Werthaltungen) in Bezug auf die eigene Biographie; Repräsentation der Gefahren der „Risikogesellschaft“ (s. Gesundheitstheorien); kreative Anpassungssuche.

**Fokalthematik:** Anlass der Aufnahme, Einbettung und Bedeutung der aktuellen Probleme, Konflikte und Fragestellungen im Alltag, Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Verhaltensvariablen von Patienten und Umfeld im Fokus; motivationale Variablen (Wünsche, Ziele, Bedürfnisse); Notwendigkeiten aus der Sicht des Therapeuten (auch i.S.d. Krisenintervention);

**Prospektion:** Wünsche, Bedürfnisse, Pläne, Hoffnungen, Lebensziele, Therapieziele, subjektive Theorien der Lösung der Fokalthematik, Befürchtungen.

## **Intersubjektive Phänomenologie**

**Gegenübertragung & Resonanz:** Was lösen leibliche und narrative Phänomene beim Therapeuten aus? (Gefühle, Stimmungen, Atmosphären, leibliche Reaktionen, persönliche sowie entwicklungs- und rollenspezifische Assoziationen); an welche Personen, Situationen, Ereignisse, Lebensabschnitte von sich selbst ist der Therapeut erinnert? Wie viel Nähe kann/mag er zu diesem Patienten zulassen? (eigene Übertragungsgefahren einschätzen, eigene Einstellung zum Patienten als Mensch/zur gegebenen Problematik)

**Beziehungsdynamik:** Muss der Therapeut animieren, antreiben, katalysieren, bremsen, begrenzen? (Eigenaktivität, Kontrolle, Antrieb und Motivation des Patienten, Angstniveau, Introversion vs. Extroversion); wie viel Distanz kann der Patient zur Welt, zu anderen, zum Therapeuten aufbauen? (Nähe-Distanz-Regulation, Identitätsdistanz, Abhängigkeit vs. Souveränität, Bedürftigkeit des Patienten)

**Übertragungsdynamik:** Dynamik des Entstehens von vertrauensvollen, vitalen, wie auch konfliktreichen interaktiven und leiblichen Dialogen: Interaktionsdynamik, Blick-

und Bewegungsdialoge, Stimm- und Gebärdendialoge etc., (Aufbau einer entwicklungspsychologisch relevanten therapeutischen Übertragung)

**Struktur und Niveau der Intersubjektivität:** Können intersubjektive Deutungen der Thematik zustande kommen? Ist der Patient ansprechbar, auslenkbar? Kann dieser Begegnung wechselseitiges Vertrauen erwachsen? Kann der Patient von dieser Beziehung, diesem Verfahren profitieren? (Niveau der Intersubjektivität, mutuellem Prozess, Proximität, Arbeitsbündnis, Prognose)

**Therapieziele:** Können Therapeut und Patient sich auf Ziele und Behandlungswege einigen? (Behandlungsplanung)

### **Behandlungsplanung**

Hier geht es um die synoptische Zusammenschau aller bis hierhin erhobenen Informationen und Faktoren im Sinne einer kurz-, mittel- und langfristigen Interventionsplanung. Dieses Modul soll gewährleisten, dass die im explorativen *Procedere* gewonnenen Erkenntnisse so weit als möglich in ein sinnvolles und tragfähiges, prozessual organisiertes, Behandlungscurriculum umgesetzt werden. So wird diese diagnostische Einheit unterteilt in fünf Arbeitsschritte

(1) Indikation,

(2) Prognose,

(3) Therapieziele und Interventionsplanung sowie die

(5) Kontrakterstellung zwischen Patienten und Psychotherapeuten (vgl. *Mans*, 2000; *König*, 1994). Diese Inhalte werden im Detail beschrieben in *Osten* (2019, S. 310ff.).

### **Mediengestützte Diagnostik**

Neben der dialogischen Exploration ist die mediengestützte Anamnese eine weitere, in vieler Hinsicht ergänzende Methodik, mithilfe derer letztlich alle persönlichkeitsrelevanten Bereiche differenziell und verdichtet exploriert werden können. Auf diese komplexen Techniken kann in diesem Rahmen nur hingewiesen werden. Theoretische Anleitungen, praktische Erfahrung und supervisorische Überprüfungen sind vonnöten, will man diese Methoden und Techniken in der Diagnostik zur Anwendung bringen (*Petzold & Orth*, 1990, 1991, 1994; *Osten*, 1996, 2017b). Kreative Methoden besitzen starke evokative und damit auch diagnostische Potenz, weil sie den Ausdruck des Patienten und die Wahrnehmung des Therapeuten in Bereiche des Nonverbalen, Vergessenen, Dissoziierten und

Verdrängten führen. Zum Einsatz kommen im initialen Prozess vor allem das Malen mit Jaxon-Wachsmalkreiden, die differenzielle Arbeit mit Ton und szenische Techniken. Nach integrativem Verständnis ist die mediale Arbeit aber keineswegs nur durch das nonverbale Moment gekennzeichnet, sondern gerade dadurch, dass sie Sprache, Sprechen und Nonverbalität (wieder) verbindet, entsinnlichte Sprache (wie-der) mit sinnlichen Qualitäten anreichert sowie umgekehrt, etwa leiblichen Phänomenen (wieder) sprachlichen Ausdruck verleiht (*Petzold, Leeser & Klempnauer, 2018; Lamacz-Koetz & Petzold, 2009*).

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

Die Panoramatechnik wurde von Hilarion Petzold entwickelt und in der protejektiven beziehungsweise semiprojektiven Persönlichkeitsdiagnostik eingesetzt. In projektiven Zeichnungen werden vom Patienten salutogene Einflüsse, Protektivefaktoren, prolongierte Mangelerfahrungen, Ketten widriger und kritischer Lebensereignisse dargestellt. Es wird möglich, Konfliktfelder, Konfliktkerne, Konfliktkonstellationen, aber auch Defizite und Traumatisierungen oder Störungen zu erfassen, wie auch die Ressourcenlagen des Patienten zu ermitteln. Wenn wir von einer narrativen Struktur des Selbst ausgehen, wird deutlich, warum aufdeckend gearbeitet wird, warum vergangene Situationen, ihre Motive, Szenen, Beziehungen, Atmosphären und ihre Verarbeitung noch einmal ausbreitet werden müssen. Die Panoramatechnik versucht, dass narrative Gefüge des selbst in seiner Entstehung noch einmal nachzuvollziehen, mit dem entscheidenden Vorteil, dass die Situation, aus einer exzentrischen Perspektive mit Wissens- und Erfahrungsvorsprung, betrachtet werden können.

Die Panoramatechnik versucht, das Leben einer Person als Ganzes zu erfassen, und ihre Lebensgestaltung, ihr Lebensgefühl, ihre gegenwärtige Befindlichkeit in einem gemeinsamen Prozess zu erschließen. Die Technik dient, als Instrument um Prozesse aufzuzeigen, prägnanter werden zu lassen, sich entfalten zu lassen. Die Technik löst keine Prozesse aus. Die Technik dient der Anamnese, als breites Erfassen von Ressourcen und Defiziten und zur weiteren Bestimmung von Therapiezielen. Sie wird in dem Therapieverlauf als bewusstseinsfördernde, erlebnisaktivierende und konfliktzentrierende Intervention verwandt.

In einem mehrperspektiven Zugang werden Gesundheit und Krankheit kontextabhängig, karrierebezogen und multifaktoriell bestimmt gesehen.

Das **Suchtpanorama** eröffnet einen Zugang zu eigener Biografie, zur Klärung und Aufdeckung des Süchtigen, Strukturen und Bedingungen. Die Struktur des Lebens, die Bedeutung des Suchtmittels wird zugänglich. Das Sucht Panorama kann im kreativen Prozess der therapeutischen Beziehung auch als intermediär Objekt fungieren. Das Schöpferische ist immer ein Ausdruck der Beziehung des Leibs, selbst mit seiner Umwelt in seiner Lebensgeschichte mit Auswirkungen auch auf das aktuelle Entstehen von Stimmungen, Gedanken und Bewertungen.

Die Auswertung des Bildes geschieht dann im Gespräch im Rahmen einer intersubjektiven Hermeneutik, wo sich der Patient als kompetenter Gesprächspartner und Corday Diagnostic erleben kann. Es bestimmt das therapeutische Geschehen mit, und es entsteht ein respektvolles, intersubjektives Klima.

Die integrative Therapie geht davon aus, dass Verhalten und Persönlichkeit aus der Gesamtheit aller positiven, negativen und defizitären Erfahrungen resultiert. Und nur durch eine prozessuale Diagnostik über den Therapieverlauf können diese Faktoren erfasst werden.

Drogenabhängigkeit als Symptom, eine unreife, orale regressive oder anderweitig gestörte Persönlichkeit verlangt nach Reifung und nicht nur nach Symptombehandlung.

Die Schädigungen des „archaischen“ und heranreifenden „Leib-Selbsts-Interaktion“ findet es nun durchgängig in der Sozialisation von Drogenabhängigen, und zwar auf allen Niveaus und in allen Milieus in der Sozialisation.

Man hat schliesslich mit Menschen zu tun, die in ihren perzeptiven Fähigkeiten des Erlebens, des Wahrnehmens entweder nicht bekräftigt oder unterdrückt wurden, denen der expressive Leib „amputiert“ wurde, so dass irgendwann der Zeitpunkt für

eine Extremreaktion kommt: um zu überleben müssen sie sich einer ganz starken Stimulation und Sedierung zugleich bedienen – Drogen. Hier wird die Droge als Notreaktion genutzt, um die „Schädigungen des Leib-Selbstes“ zu kompensieren – natürlich in dysfunktionaler Weise –, weil der „chemische Traum“ den Traum liebevoller Berührungen letztlich nicht erfüllt.

### **Karrierebegleitung**

Das Zusammenwirken aller Einflüsse auf den Lebensverlauf eines Menschen wird Karriere genannt. Es lassen sich Negativkarrieren und Positivkarrieren beobachten. Integrative Therapien werden als Karrierebegleitung verstanden. Eine intermittierende Karrierebegleitung ist eine langfristige therapeutische Begleitung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, in die auch gezielt Pausen eingebaut werden. *Petzold (2003a, S. 455–459).*

**Karrierepanorama** ist eine mediengestützte Technik der Integrativen Therapie, um einen Überblick über den bisherigen Lebensverlauf des Patienten zu gewinnen. Patienten werden eingeladen, in drei Strängen ihr bisheriges Leben bildlich darzustellen, wobei der erste Strang für die Kette widriger und kritischer Lebensereignisse steht, der zweite für die Risikofaktoren und der dritte für die protektiven Faktoren in ihrem Leben. *Petzold (2003a, S. 993; Petzold, Orth 1994).*

### **2.3.3. Abschlussdiagnostik und Evaluation**

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/Convoys“

(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 (Siehe auch Karrierebegleitung).

## **Zusammenfassung/Summary**

### **Zusammenfassung: Prozessuale Diagnostik bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen - Perspektiven Integrativer Therapie**

In kompakter Form wird das Störungsbild der Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankungen umrissen und in den Kontext des Menschen- und Weltbilds der *Integrativen Therapie* und ihrer Gesundheits- und Krankheitslehre gestellt. Damit werden Grundlagen für die Integrative Diagnostik gewonnen, die in ihren Bezügen zu ICD-10 und DSM-V und zur prozessualen Diagnostik dargestellt werden, wie sie für den integrativen Ansatz charakteristisch sind. Der Aufbau und die Durchführung der prozessualen Sucht und Abhängigkeitsdiagnostik aus integrativer Sicht werden dann in der Feinstruktur für die Anwendung in der Praxis dargelegt und es wird deutlich, welches differenzierte Diagnoseverfahren die Integrative Therapie für den Bereich der Suchterkrankungen zu bieten hat.

**Schlüsselwörter:** *Integrative Therapie*, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, Gesundheits- und Krankheitslehre, integrative Diagnostiktheorie, prozessuale Diagnostik

### **Summary: Processual Diagnostics of Addiction and Dependency Disorders – Perspectives from Integrative Therapy**

In a compact form, the concept of addiction or dependency disorders is outlined and placed in the context of the anthropology and world view of *integrative therapy* and its health and disease theory. This provides the basis for integrative diagnostics, which is presented in its references to ICD-10 and DSM-V and to processual diagnostics, as they are characteristic of the integrative approach. The structure and implementation of the processual addiction and dependency diagnostics from an integrative point of view are then presented in detailed structure for application in practice and it becomes clear what differentiated diagnostic procedure integrative therapy has to offer in the field of addictions.

**Keywords:** *integrative therapy*, addiction and dependency disorders, health and disease theory, integrative diagnostic theory, processual diagnostics

## Literatur

- Brinker, P., Petzold, H. G.* (2019): Ökologische Dimension in der Supervision - Ökologische Psychologie. *Supervision* 3/2019. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/03-2019-brinker-p-kologische-dimension-in-der-supervision-kologische-psychologie-ressourcen.html>
- Frühmann, R., Petzold, H.G.* (1993a): Lehrjahre der Seele, Junfermann, Paderborn.
- Hecht, A., Petzold, H.G., Scheiblich, W.* (2014): Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. *POLYLOGE* 13/2014: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2014-hecht-a-petzold-h-scheiblich-w-theorie-praxis-dina-integrative-suchthilfe.html>
- Lieb, K., Frauenknecht, S., Brunhuber, S.* (2015): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, Elsevier 2015
- Osten, P.* (2011): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik *POLYLOGE* 14/2011, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ Ausgabe 14/2011 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/14-2011-osten-peter-integrative-psychotherapeutische-diagnostik/>
- Osten, P.* (2022): Einführung in die Integrative Psychotherapeutische Diagnostik (IPD) *POLYLOGE* Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung - Eine 18/2022 Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ Ausgabe 18/2022 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/18-2022-osten-peter-einfuehrung-in-die-integrative-psychotherapeutische-diagnostik-ipd/>
- Petzold, H.G.* (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2001-1999q-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk.html>
- Petzold, H.G.* (2005p): „Vernetzendes Denken“ Die Bedeutung der Philosophie des Differenz- und Integrationsdenkens für die Integrative Therapie und ihre transversale Hermeneutik. In memoriam Paul Ricœur 27. 2. 1913 - 20. 5. 2005 - Integrative Therapie 4 (2005) 398-412, in: *Psychotherapie Forum* 14 (2006) 108-111 und erw. 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. S. 273-295. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-10-2013-hilarion-g-petzold-2005p.html>
- Petzold, H.G.* (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www.fpi-](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm)

Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>

*Petzold, H. G.* (2010f): „Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“. Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit – Hermeneutica. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 7/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-07-2010-petzold-h-g-2010f.html>

*Petzold, H.G.* (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In *Petzold, H.G.* (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. Überarbeitete und erweiterte Fassung von 2001p; <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>

*Petzold, H. G.* (2019d/2020c): Notizen zur „Oikeiosis“, Selbstfühlen und Naturfühlen. Transversale Selbst-, Natur-, Welterkenntnis, „Green Meditation“, „Green Writing“, „Grünes Handeln“ – anthropologische und mundanologische Konzepte der Integrativen Therapie. Grüne Texte 14/2019 <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-2020c-oikeiosis-selbstfuehlen-naturfuehlen-transversal-gruene-texte-14-2019.pdf>; Ohne Vorspann: Polyloge 5/2020, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-oikeiosis-selbstfuehlen-naturfuehlen-transversal-polyloge-05-2020.pdf>

*Petzold, H. G.* (2022o): Das „Summen des Lebens“ am Rande ökologischer Desaster: mutiges Eintreten für das Lebendige – Heilsames Nature Embodiment, Arbeit mit Honigbienen in tiergestützter Integrativer Therapie POLYLOGE 17/2022. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2022o-summen-des-lebens-nature-embodiment-heilsame-arbeit-honigbienen-gruene-texte-17-2022.pdf>

*Petzold H.G., Osten P.* (1998/2020): Integrative Diagnostik in der Integrativen Therapie mehrperspektivische Betrachtung und dynamische Prozessanalyse POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung - Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ Ausgabe 16/2020 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/16-2020-petzold-h-g-osten-p-1998-integrative-diagnostik-in-der-integrativen-therapie-mehrperspektivische-betrachtung-und-dynamische-prozessanalyse/>

*Petzold, H.G., Sieper, J.* (1976a): Editorial. Professionalisierung und Ausbildung von Psychotherapeuten. *Integrative Therapie* 2-3, 65-66.

*Petzold, H.G., Sieper, J.* (1976b): Zur Ausbildung von Gestalttherapeuten. *Integrative Therapie* 2/3, 120-144.

*Rentzsch, K., Schütz, A.* (2022): Psychologische Diagnostik, Grundlagen und Anwendungsperspektiven, Kohlhammer

*Schäfer, S., Christian Schanz, Ch.* (2016): Diagnostik in der ambulanten Psychotherapie, Ein Lehr- und Praxishandbuch, Kohlhammer, 2016

*Stieglitz, R.-D., Freyberger, H. G.* (2017): Diagnostik in der Psychotherapie, Kohlhammer

[www.fazemag.de/wie-lange-bleiben-verschiedene-drogen-im-koerper-nachweisbar/](http://www.fazemag.de/wie-lange-bleiben-verschiedene-drogen-im-koerper-nachweisbar/)

*Zehnle R., Bamert M.* (2011): Das Integrative Modell der Suchtdynamik: Darstellung und Anwendung der ambulanten Praxis. Polyloge 15/2011 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/15-2011-zehnle-r-bamert-m-das-integrative-modell-der-suchtdynamik-darstellung-und-anwendung/>