

Integrative Therapie und Psychosomatik

Anton Leitner

Das Verständnis von Psychosomatik gründet sich heute auf einen ganzheitlichen und differenziellen bio-psycho-sozialen Ansatz, in dem Gesundsein und Kranksein immer relative und multifaktorielle Ursachen haben. Der Begriff ist gewissermaßen zum gängigen „Ohrwurm“ geworden, macht sich doch jeder halbwegs informierte Laie ein Bild davon, dass durch immer wiederkehrende seelische Schmerzen körperliches Leid drohen kann. Ursprünglich stammt diese irreführende dichotomisierende Festlegung - von seelischen Ursachen auf körperliche Manifestation - von Reil (1803), dann Hoffbauer (1808) und schließlich von Heinroth (1818), dem Praktiker und späteren Ordinarius für Psychiatrie in Leipzig.

Heute stellen wir uns die Frage: Gibt es eine rational nachvollziehbare und intersubjektiv nachprüfbar Definition von Psyche überhaupt? Schleppen wir mit dem Begriff Psychosomatik nicht ein irreführendes, implikationsreiches Begriffssystem mit - nämlich das des Körper-Seele-Dualismus?

In der gegenwärtigen forschungsgegründeten Modellbildung weist Damasio (1995, 1999) darauf hin, dass somatische Prozesse wie das neuronale und immunologische System und psychische Prozesse wie Emotionen, Kognitionen und Volitionen miteinander verwoben sind. Es erscheint daher zielführend, nicht mehr nach Maßgabe historisch überholter Modellvorstellungen zu trennen, um sie anschließend isoliert zu untersuchen und dann zu behandeln. Und dennoch sei hier der historische Aufriss, insbesondere der psychosomatischen Medizin noch einmal nachskizziert, um dem evolutiven Charakter der realen Praxis Rechnung zu tragen.

Medizinhistorisch steht als verbindende Klammer psychosomatischer Strömungen ein Menschenbild, welches den ganzen Menschen in seinem Gesund- wie Kranksein immer gleichzeitig als Objekt und Subjekt beachtet. Einer ganzheitlichen Sicht erwuchs schon sehr früh eine typische therapeutische Orientierung. So heißt ein Sinnspruch in einer Grabkammer einer Pyramide zur Differenzierung therapeutischer Verfahren: „Das Gift ist bäuerlich, das Messer bürgerlich, der Atem (das Gespräch) königlich!“ In dieser prägnanten Strukturierung, von der jegliche Therapieform umfasst wird, finden wir den substanziellen, im Bild als bäuerlich bezeichneten Aspekt, der alle Medikamentengabe und alle Diät einschließt, den lokomotorischen, hier als bürgerlich geschilderten Aspekt, der alle operativen Eingriffe meint und letztlich den als königlich dargestellten Aspekt, durch den Veränderung durch den Atem, durch das Wort, das Gespräch geschieht und auf dem Weg über die Sinnesorgane und die Vorstellungswelt des Patienten wirksam wird. Ursprünglich waren sowohl im chinesischen, im indischen als auch im griechischen und ägyptischen Raum Worte für Atem, Hauch, Geist, Seele, Gedanken, Wort und Stimme Synonyma (Derbolowsky 1960).

Das Vermächtnis für die europäische Medizin stammt von Hippokrates (460-377 v. Ch.). Er formulierte im 5. Kapitel seines dritten Buches über das ehrbare (ärztliche) Verhalten sinngemäß: „Man muss die Philosophie seiner Zeit in die Heilkunst und die Heilkunde in die Lebenskunst überführen.“ (Hippokrates 1995)

Die Reihenfolge im konkreten Behandeln kranker Menschen mit ganzheitlichem Zugang hieß damals wie heute: „Zuerst heile durch das Wort (im Sinne von Logos), erst dann durch die Arznei und zuletzt durch das Messer“ (Rothschuh 1978). Prominente VertreterInnen dieses Denkens waren auch Hildegard von Bingen (1098 - 1179) und Theophrastus von Hohenheim, Paracelsus genannt (1493 - 1541). Diese „integrative Grundausrichtung“ wurde später von Carus (1789 - 1869), Feuchtersleben (1806 - 1849) und Wundt (1832 - 1920) weitergetragen. In den letzten hundert Jahren konnten sich einzelne Ansätze psychosomatischer Theorien durchsetzen wie das Konversionsmodell von Freud, das Konzept der Organdialektik von

Adler, die psychosomatische Reflexlehre von Pawlow und das Konzept des Gestaltkreises von (v. Weizsäcker 1986). Felix Deutsch, der Wiener Internist, hat 1927 den Begriff „Psychosomatik“ wieder aufgegriffen und Basiskonzepte dazu formuliert. In den USA war er später einer der herausragenden Vertreter der Psychosomatik und Begründer der Zeitschrift „Psychosomatic Medicine“. Der aus Berlin stammende Franz Alexander entwarf in den 30er Jahren das psychophysiologische Regelkreismodell und leitete später in Chicago eine psychosomatische Klinik. Erst Anfang der 50er Jahre wurden im deutschen Sprachraum die ersten psychosomatischen Kliniken errichtet.

Seit 1975 wird die wissenschaftstheoretische Reflexion in der europäischen Medizin ein offizielles Anliegen und vor allem von Lay, Wyss, Doerr, Schipperges, Uexküll, Wesiack, Vogt, Hahn und Pieringer durch eine Methodendiskussion für Psychosomatik an den Universitäten eröffnet. Nach dieser Reflexion stehen heute zwei Hauptströmungen in der Medizin fest:

Einerseits hat sich die auf den Grundlagenwissenschaften wie Biologie, Physik oder Chemie aufbauende „naturwissenschaftliche Medizin“ mit einem oft mechanistisch anmutenden Menschenbild, wo es um ein Defekt- und Reparaturmodell geht, gut etabliert. Ursprünglich durch das Denken der griechischen Atomisten Leukippos und Demokritos entworfen, wurde diese materialistische Philosophie durch Hobbes grundlegend festgeschrieben. Über eine deskriptive Vorgangsweise wird hier versucht - einem empirisch-analytischen Erkenntnispfad folgend - den Patienten „objektiv“ und mit allen chemischen und technischen Fortschritten zu erfassen, mit dem Ziel einer „restitutio ad integrum“, einer „vollständigen Wiederherstellung“. Krankheit und Tod werden als Feind bekämpft, und es bedeutet eine Niederlage für den Arzt, wenn nicht er, sondern der Gegner, die Krankheit, siegt. Dem Erfolg dieses Ansatzes steht eine immer weniger in den Griff zu bekommende Kostenexplosion im Gesundheitswesen gegenüber.

Andererseits versucht die sogenannte „humanistische Medizin“ über eine „selbsterkenntniserweiternde“ dynamische Vorgangsweise, die immer das Subjektive des kranken Menschen und des Arztes mit einbezieht - und keine von welchem Geschehen auch immer losgelöste Objektivität gestattet - Heilung, zumindest Besserung. Denn „ein von subjektiven Elementen gesäuberter Realitätsbegriff gewinnt vielleicht an methodischer Exaktheit, verliert aber den Menschen aus dem Auge“ (Walch 1981). Hier fließen immer auch wertende oder normative Elemente der Betrachtung von Gesundsein und Kranksein mit ein. Als Erkenntniswege werden hier phänomenologische und auch hermeneutische Wege besprochen. Der phänomenologische Weg, um Erkenntnisse über den Menschen zu gewinnen, kann metaphorisch als „Schauen mit dem Herzen“ beschrieben werden - ein Schauen nach dem Wesentlichen, dem Offensichtlichen, auch der ausstrahlenden Würde des kranken Menschen als Person. Die wissenschaftlichen Vertreter dieses Zuganges sind vor allem Husserl, Jaspers, Heidegger, Metzger und Merleau-Ponty. Das zentrale Therapiekonzept ist die Erweiterung der Sinnerfassungskapazität durch Selbsterkenntnis. Der hermeneutische Erkenntnisweg mit seinen Vertretern Schleiermacher, Dilthey, Heidegger, Gadamer, Lay und Seiffert führt über einführende Deutung, Auslegung und Interpretation. (Rombach 1983) spricht auch von einer Paradoxie, der diesem Begriff zu Grunde liegt, bedeutet er doch gleichzeitig „verborgen und verschleiert“ wie auch „auslegen und offenlegen“. Als Therapiekonzept wird einführende Zuwendung, Auslegung und Interpretation als hilfreich erkannt. Ein weiterer von der Sozialwissenschaft vertretener Zugang zum Menschen ist die dialektische Erkenntnismethode. Von Heraklit und Empedokles in Philosophie und Medizin eingeführt, wurde sie unter anderem von Kant und Hegel kritisch differenziert und Grundlage einer wertenden und prüfenden Auseinandersetzung. Der Fokus zielt hier auf das Erfassen von Spannungen zwischen physischen und psychischen Situationen und geht der Frage nach, wie sich die veränderten Polaritäten, Positionen (auch Wertpositionen) und Strukturen des erkrankten Menschen, auch des Menschen in seiner Beziehung zu seiner realen Umwelt

verhalten. Eine dialektische Therapie fordert demgemäß auch Konfrontation und Ermutigung im Ringen um eine neue Balance. Biologische Maßnahmen wie Impfung, Stammzellentherapie oder „psychotherapeutische Konfrontation“ und sozialmedizinische Vorsorge sind hier typische Beispiele (Pieringer, Meran, Stix, Fazekas, 2002).

Die leitende These der Wissenschaftstheoriendiskussion besagt heute, dass die psychosomatische Medizin einen „integrativen“, d. h. komplexen, fakultäts- und methodenübergreifenden Wissenschaftsbegriff zu vertreten hat. Alle relevanten Theorien und Erkenntnismethoden der Wissenschaften und des Lebens haben Beachtung zu finden, und die gilt es zu integrieren, wenn der ganze Mensch erfasst werden soll (ebd. und Pieringer 1994).

Welche Störungen, welche Bedingungen sind es im Besonderen, die den Kriterien internationaler Klassifikationen entsprechen und unter dem Begriff „Psychosomatik“ allgemein Anerkennung finden, um dann einer psychosomatischen Therapie zugeführt zu werden?

Es gibt bis zum heutigen Tag keine einheitliche Einteilung psychosomatischer Störungen. Noch immer ringen die einzelnen Fachbereiche wie Innere Medizin, Psychiatrie und Psychologie und vor allem die Vielzahl psychotherapeutischer Schulen vor dem Hintergrund der jeweiligen geschichtlichen Entwicklungen um den Führungsanspruch. Bei gründlicher Betrachtung wird deutlich, dass jeweils die Neigung vorherrscht, zu integrierende Prinzipien einseitig zu interpretieren. Selbst die internationalen Klassifikationsbemühungen wie ICD-9, ICD-10, DSM-IV usw. bleiben durch die handelnden Personen, die von unterschiedlichen wissenschaftlichen Kriterien und schulenspezifischen Gesichtspunkten geprägt sind, naturgemäß auf unterschiedlichen Standpunkten, wobei der Versuch der Zustandsbeschreibung, der mit dem ICD-10 angestrebt wurde, noch am ehesten (natürlich mit Einschränkungen) von Klinikern und Wissenschaftlern akzeptiert wurde.

Die hier vorgestellte Klassifikation psychosomatischer Störungsbilder gliedert sich ein in die Reihe der Bemühungen der letzten Jahre, den Schulenmonismus zu überwinden (V. v. Weizäcker, T. v. Uexküll, G. L. Engel) und verschiedene Orientierungen des Integrierens (Norcross, Goldfried 1992) auf der Grundlage von Bewährtem zu verbinden.

Aus didaktischen Gründen und der klar zuordenbaren Therapiezugänge erscheint die Struktur, die in ihrem ursprünglichen Konzept auf Franz Alexander (1971) zurückzuführen ist, auch heute noch praktikabel und deshalb sinnvoll (wenn auch im Sinne einer konsequenten bio-psycho-sozio-kulturellen Denkweise überholt), wie sie sich bei den VertreterInnen der Psychosomatik in Deutschland, Österreich, aber auch in den USA, Großbritannien, den Niederlanden und in Schweden durchgesetzt hat und noch praktiziert wird.

Diese psychosomatische Klassifikation unterscheidet vier Krankheitsgruppen:

1. Befindlichkeitsstörungen
1. Funktionelle Erkrankungen
2. Körperliche Krankheiten mit psychosozialen Aspekten
3. Somatopsychische Krankheiten

ad. 1: Der Begriff **Befindlichkeitsstörungen** beschreibt eine überwiegend psychosozial verursachte Entwicklung von körperlichen Beschwerden ohne eine vegetative oder morphologisch nachweisbare Beeinträchtigung. Eine spezifische Art der Wahrnehmung des Patienten, aber auch eine Reaktion auf Erlebnisse, bzw. unterschiedliche psychopathologische Störungen, können körperliche Symptome mit unterschiedlichem Schweregrad und unterschiedlicher Beeinträchtigung des Patienten verursachen. Je nach subjektiver Krankheitstheorie (Verres 1990), d. h. Vorstellung der PatientInnen über die

Entstehungsursache und die mögliche Behandlungsform, wird neben unterschiedlichsten medizinischen Fachrichtungen auch Alternativmedizin und/oder Psychotherapie in Anspruch genommen. Eine Befindlichkeitsstörung kann z. B. nach einer akuten emotionalen Belastung im Rahmen einer pathologischen Trauerreaktion auftreten - auch bei Menschen, die bisher psychisch völlig unauffällig waren. Sie kann aber auch Ausdruck einer tiefgreifenden Persönlichkeitsentwicklungsstörung sein, die aus geringem Anlass zu einer psychischen Dekompensation und in der Folge zu körperlichen Symptomen führt. Die psychosomatische Theorie des Konversionsmodells Sigmund Freuds zur körperlichen Symptomentstehung, wie sie auch von Deutsch und Fenichel aufgegriffen und weiterentwickelt wurde, gehört in diese Krankheitsgruppe. Emotionale Konflikte, die z. B. durch Angst ausgelöst wurden, konvertieren ins Körperliche und finden einen symbolischen Ausdruck. Zu Grunde liegt eine aktuelle interaktive Kommunikationsstörung, wobei das Symptom seinerseits oft auf eine kommunikative Befindlichkeit hinweist (Plügge 1962, Christian 1990, Deter 1997).

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

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

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

- funktionelle Herz-Kreislaufstörungen: vagovasale Synkope, sympathikovasaler Anfall, juvenile hypertone Regulationsstörung;
- funktionelle Atemstörungen: Hyperventilation, Hyperventilationstetanie, psychogener Husten; funktionelle Magen-Darmstörungen im oberen Gastrointestinaltrakt: Aerophagie, funktionelles Erbrechen, Dysphagie, Reizmagen;

- im unteren Gastrointestinaltrakt: Reizdarm (Colon irritabile), emotionale Diarrhoe, funktionelle Obstipation, funktionelle Inkontinenz;
- funktionelle Muskelbeschwerden: Weichteilrheumatismus, Fibromyalgie-Syndrom;
- funktionelle Störung der ableitenden Harnwege: Prostatopathie, Reizblase, psychogene Polakisurie, Dysurie;
- Spannungskopfschmerz, Schlafstörungen, funktionelle Sexualstörungen, psychogene Appetitstörungen, funktionelle Sehstörungen (Deter 1997).

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

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

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

Die Diagnose und Erfassung der Entwicklung dieser Störungen ist ganz entscheidend für eine sinnvolle und umfassende Behandlung.

Im Falle der Befindlichkeitsstörungen ist eine möglichst mehrperspektivische, multimodale, integrative Psychotherapie, bei den funktionellen Störungen eine Kombination dieser mit Elementen sowohl der inneren Medizin als auch der Psychiatrie indiziert.

ad 3: **Körperliche Krankheiten mit psychosozialen Aspekten** sind körperlich objektiv nachweisbare Störungen mit morphologischer Schädigung von Organen, bei denen ein psychosozialer Anteil bei der Krankheitsauslösung oder der Auslösung einzelner Krankheitsschübe deutlich ist. Immer sind dabei die genetischen und somatischen Einflüsse und Dispositionen ebenso in den Blick zu nehmen wie auch die Entwicklungsschäden in den ersten Lebensjahren und der gesamten Lebensspanne. Ebenso können Milieufaktoren, Negativkarrieren im Lebenslauf, internale Negativkonzepte sowie auslösende aktuelle Belastungsfaktoren und diverse negative Einflüsse oder ungeklärte Faktoren Ursachen für dieses psychosomatische Störungsbild sein. Allein die Auffächerung der möglichen Ätiologien fordert ein Ensemble heterogener Behandlungsstrategien heraus.

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

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

Körperliche Erkrankungen führen über zentrale Veränderungen (Gehirn) zu einer Störung des Befindens, des affektiven Erlebens, der mnestischen Funktionen. Dramatische Einflüsse auf die gesamte Persönlichkeit wie z. B. bei Herzinfarkt, Schlaganfall, chronischen Erkrankungen wie Mukoviszidose, Niereninsuffizienz, Karzinomerkrankungen, die als Todesurteil angesehen werden usw., führen zu psychischen Reaktionen wie Depression oder

Angstsymptomen. (Engel und Schmale 1978) haben darauf aufmerksam gemacht, dass diese psychischen Symptome ihrerseits im Sinne einer psychosomatischen Reaktion bei einigen dafür prädisponierten Erkrankungen den zu Grunde liegenden körperlichen Prozess (z. B. über psychoneuroendokrinoimmunologische Phänomene) negativ beeinflussen können. In diesem Zusammenhang könnte man auch bei einem Teil dieser Störungen von somatopsychisch-psychosomatischen Erkrankungen sprechen (Deter 1997).

U. a. wurden verschiedene internistische Krankheitsbilder, die häufig mit psychischen Symptomen einhergehen können, in der Literatur beschrieben:

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

Grobraster einer Zusammenfassung von Störungsgruppen und deren adäquate Behandlungsform (Leitner 2004):

Krankheitsgruppe	Behandlungsformen
Befindlichkeitsstörung	Psychotherapie
Funktionelle Störung	Psychotherapie und internistische, psychiatrische, alternativ-medizinische Behandlung
Körperliche Erkrankung mit psychosoziale Aspekten	internistische, psychiatrische, chirurgische, alternativ-medizinische Behandlung und eventuell ergänzend Psychotherapie
Somatopsychische Störung	je nach Indikation medizinische Therapie und Psychotherapie

Das „bio-psycho-sozio-noo-kulturelle Modell“ einer modernen Humantherapie verdeutlicht, dass es keine psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne gibt, sondern dass bei allen Erkrankungen körperliche, seelische, soziale, geistige sowie ökologische und ökonomische Einflüsse in der Zeitachse (Vergangenheit, Gegenwart sowie Zukunftserwartungen) der Person mehr oder weniger Bedeutung besitzen.

Integrative Therapie (IT) als Humantherapie der Zukunft

Wie eingangs erwähnt, wird in der wissenschaftstheoretischen Reflexion der europäischen Medizin ein integrativer, methodenübergreifender Zugang zu Erkenntnissen, die möglichst den „ganzen Menschen“ diagnostisch erfassen und therapeutisch erreichen sollen, gefordert. Diese komplexe Erwartung bedingt eine Integration aller wesentlichen wissenschaftlichen Konzepte der Medizin bzw. setzt die sinnvolle Vernetzung phänomenologischer, dialektischer, empirischer und hermeneutischer Erkenntnismethoden voraus.

Auch im Heilberuf der Psychotherapie bedeutet dies, dass die in den einzelnen Psychotherapieverfahren bisher getrennt praktizierten Erkenntnismethoden (EM) wie:

Phänomenologische EM – unter anderem z. B. die Gestalttherapie,
 Dialektische EM – z. B. das Psychodrama,
 Empirisch Analytische EM – z. B. die Verhaltenstherapie,
 Hermeneutische EM – z. B. die Psychoanalyse,

einer in sich konsistenten Vernetzung mit der Zielsetzung, möglichst den „ganzen Menschen“ zu erfassen, zugeführt werden müssen.

Die Integrative Therapie, wie sie seit Anfang der 70er Jahre am Fritz Perls Institut und seit 1982 an der Europäischen Akademie für psychosozialen Gesundheit sowie in der Schweiz (Bern), in den Niederlanden (Amsterdam), in Norwegen (Oslo), Kroatien (Zagreb), Jugoslawien (Belgrad), Griechenland (Athen), Neuseeland (Auckland) und in Österreich seit 1999 an der Donau-Universität Krems (Zentrum für Psychosoziale Medizin) gelehrt wird, ist als Methode wissenschaftlicher Psychotherapie ein psychotherapeutischer Ansatz, der auf die wissenschaftlichen Grundlagen integrativer Therapietheorien und Methodik zurückgreift.

Es handelt sich hierbei um ein interaktionales, therapeutisches Verfahren, das neben dem verbalen Austausch auch Ansätze nonverbaler Kommunikation sowie kreative Methoden, Techniken und Medien miteinbezieht.

Das Ziel ist, Heilungsprozesse bei psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Erkrankungen in Gang zu setzen, Besserungen von seelischen Leidenszuständen zu erwirken sowie Beseitigung von Krankheitssymptomen zu erreichen.

Die Neuorganisation des Denkens, Erlebens und Verhaltens des Patienten wird mittels therapeutischen Kontakts, Begegnung und Beziehung unter Bearbeitung aktueller Lebensprobleme, Netzwerksituationen sowie unbewusster Konflikte erreicht, wobei einer sorgfältigen Handhabung der Gegenübertragung besondere Bedeutung zukommt.

Als praktisches Verfahren wurde die Integrative Therapie aus Elementen verschiedener Therapieströmungen entwickelt, zu denen sie auch theoretische und klinische Arbeiten beisteuerte:

aus der aktiven und elastischen Psychoanalyse, der ungarischen Schule der Psychoanalyse (Sandor Ferenczi 1964, 1970, 1972, 1988, Schuch 1994),

aus dem Psychodrama (Jacob Moreno, 1946, Petzold 1972a), dem therapeutischen Theater (Vladimir Iljine 1972a, Petzold 1982a),

aus der Gestalttherapie (Friedrich S. Perls 1969, 1976, Petzold 1973a und L. Perls), sowie

aus der Leib- und Bewegungstherapie (Petzold 1988) und

der Verhaltensmodifikation (Kanfer 1989, Petzold, Osterhues 1972).

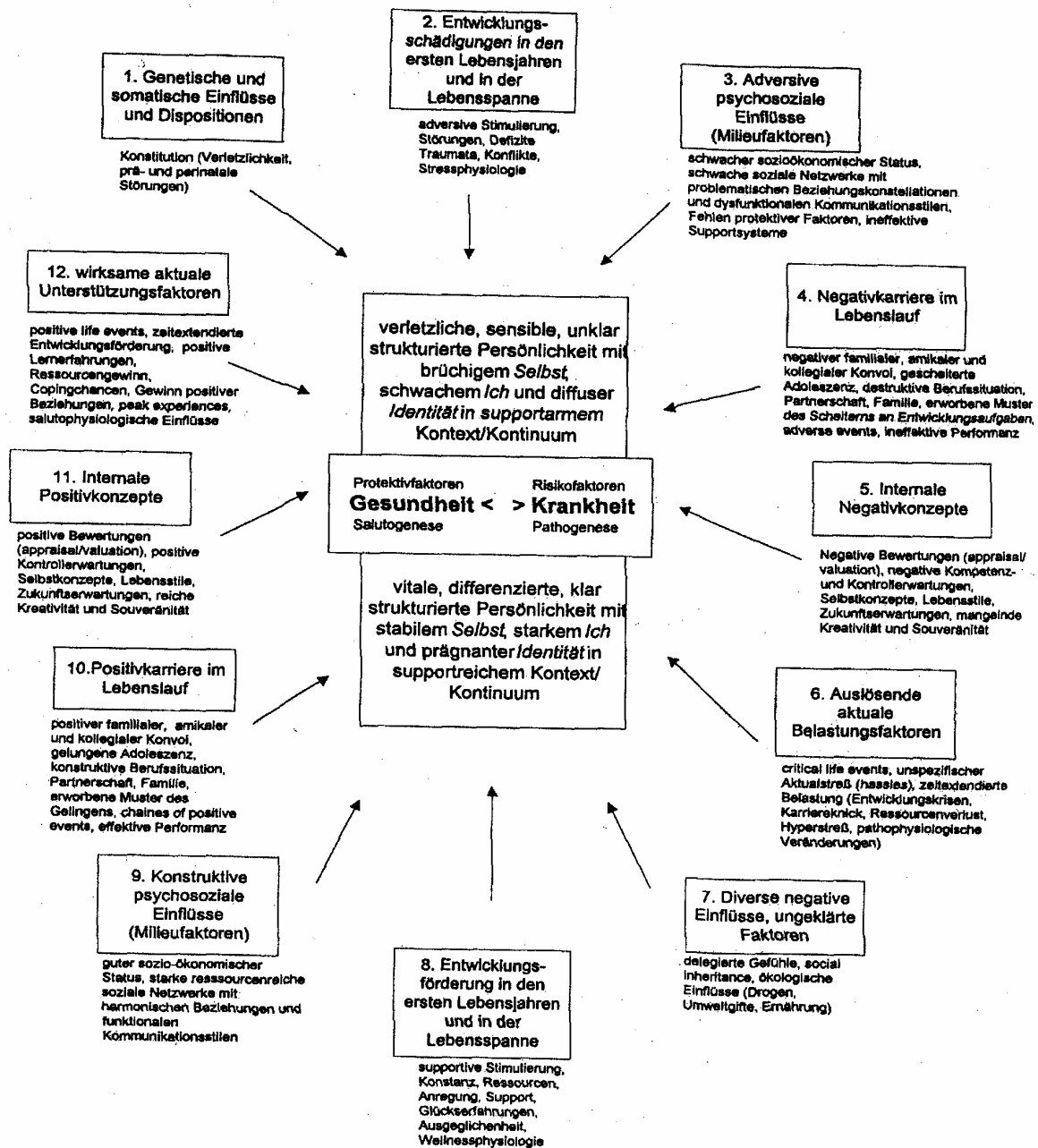
Weiters wurde die Integrative Therapie als theoretischer Ansatz systematischer Methodenintegration auf der Basis des anthropologischen Konzeptes begründet: „Der Mensch als Frau und Mann ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt (= Leibsubjekt) in einer sozialen und ökologischen Umwelt im Zeitkontinuum“. Die Idee einer Metastruktur für die Integrative Therapie in Form eines „Tree of Science“ steht genau in der Tradition, wie sie die wissenschaftstheoretische Reflexion der europäischen Medizin im Allgemeinen und Psychosomatik im Besonderen seit den 70er Jahren einfordern. Der Begriff „Tree of Science“ stellt eine wissenssoziologisch angelegte, ordnende und zugleich offene Systematik für Theorien dar, die für dieses Psychotherapieverfahren und seinem Anspruch, PsychosomatikpatientInnen zu behandeln, relevant sind.

Auch wurde die Integrative Therapie durch klinisch relevante empirische Forschung, etwa zum Überforderungserleben und Burn out (Petzold 1968a,b), zur stressbedingten Psychosomatik (Heinl 1997), zur überforderungsbedingten Depression (van der Mei et al. 1997), zur netzwerkpathologisch bedingten Multimorbidität (Petzold 1979c) etc. weiterentwickelt.

Der Krankheitsbegriff der Integrativen Therapie ist nur zu verstehen im Feld von Pathogenese und Salutogenese. Da Krankheit und Gesundheit als Pole in einem Kontinuum gedacht werden, kann Krankheit aus integrativer Sicht immer nur im Zusammenhang mit Gesundheit gesehen werden.

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

Multifaktorielle Genese von Gesundheit und Störungen bzw. Erkrankungen im Konzept der Integrativen Therapie (aus Petzold/Steffan 2000)



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

Die Situation der PatientInnen wird aus der Sicht der Integrativen Therapie immer im Gesamtkontext des Lebensverlaufes unter pathogenetischer und salutogenetischer Perspektive betrachtet. Die Faktoren, die dabei eine Rolle spielen, werden im oben angeführten Diagramm beschrieben. Je nach Einwirkungen dieser Einflussgrößen wird das therapeutische Vorgehen und werden Ziele unter Beteiligung des Patienten/der Patientin als Rahmen konzipiert, wobei besonders darauf geachtet wird, protektive Faktoren, die identifiziert werden, zu nutzen und Belastungsfaktoren zu kompensieren bzw. Risikofaktoren zu mindern.

Hierbei kommen in der Integrativen Therapie in der jeweils optimierten und in Passung gebrachten Weise die folgenden 14 Heilfaktoren (Petzold/Steffan 2000) zum Tragen:

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

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

Die Grundregel der Integrativen Therapie lässt sich zunächst als prozessual und konsekutiv charakterisieren, d. h. es gilt das Prinzip des Geschehenlassens, Wirkenlassens und Handelns - in dieser Reihenfolge.

Abweichungen von diesem Prinzip wären jeweils gesondert therapeutisch zu begründen, etwa im Fall erforderlicher Stütze, Strukturierung, Grenzziehung, Krisenintervention, Verwendung therapedidaktischer Strukturierungen (z. B. Kreativer Medien, Rollenspiel, IT-Techniken etc.), verhaltensbezogener Übungen oder der Entwicklung von Coping-Strategien (Coping).

Eine wesentliche Dimension des Geschehenlassens, Wirkenlassens und Handelns liegt im Gewahrsein des Augenblicks. So geht man davon aus, dass eine Szene der anderen folgt, ein Wort das andere ergibt, ein Gefühl das andere hervorruft, eine emotionale Berührung zur anderen führt.

Der Therapeut versucht, den Prozess des von ihm so wahrgenommenen, intersubjektiven Geschehens zunächst topologisch prägnant zu machen, indem er die relevanten Phänomene der kontinuierlichen Aufmerksamkeit des Patienten zugänglich macht und mit ihm darüber Übereinkunft erzielt. Anschließend beginnt er gemeinsam mit dem Patienten die Phänomene zu klären und ansatzweise zu interpretieren. Dies geschieht unter Zuhilfenahme von bewährten Heuristiken und jeweils auszuwählenden Perspektiven und Optiken.

Die Integrative Therapie bezieht sich auf das Hier-und-Jetzt. Dem Hier-und-Jetzt sind stets Strukturen des „Dort-und-Dann“ inhärent, sowohl im Hinblick auf die Vergangenheit als auch auf die Zukunft (Schuch 2001).

Die IT spricht vom Leibgedächtnis. Im Leib sind kognitive, emotionale und volitive Inhalte im Kontext gespeichert, d. h. stets im Kontext von Atmosphären, Bildern, Szenen,

Szenenfolgen, Worten und Sätzen samt ihren dazugehörigen leiblichen Phänomenen (sensumotorische, propriozeptive und autonome Körperreaktionen) und den sie begleitenden emotionalen Bewertungen (valuations), kognitiven Einschätzungen (appraisals), subjektiven Sinnstrukturen und Bedeutungen (interpretations).

Das Leibgedächtnis funktioniert atmosphärisch und szenisch. Szenen sind hier als leiblich sedimentierte Strukturen zu verstehen, die sich bei Aufruf in Haltungen, Gesten, Atmosphären äußern. Eine der bevorzugten Arbeitsweisen der IT ist die holographische Evokation leiblich sedimentierter Szenen aus Haltungen, Gesten, Atmosphären.

Diese Strukturen sind im Austausch mit dem Patienten zu ermitteln und zunächst hypothetisch zu interpretieren. Therapeut und Patient schließen demnach von der phänomenalen Ebene auf sinnhafte Strukturen und inhärente Entwürfe, aus der Narration auf Narrative.

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

Ein besonderes technisches Instrument kann hierbei z. B. das so genannte Shifting bilden: D. h. der Therapeut wechselt mehrfach den Bezugsrahmen seines Beobachtens und Handelns, er durchschreitet sozusagen den narrativen Raum auf verschiedenen Ebenen, um zu einer multiperspektivischen Sicht des sich ihm Darbietenden zu kommen. Er erfasst dadurch z. B. schädigende oder schützende Lebensereignisse und ordnet sie biographisch entwicklungspsychologisch ein. Durch die biographisch entwicklungspsychologische Einordnung von Schädigungsebenen bzw. Schutzfaktoren setzt sich der Therapeut in die Lage, den Patienten spezifisch verstehen zu können, insbesondere unter der Berücksichtigung seiner auf den jeweiligen Entwicklungsebenen repräsentierten Erlebensweisen und Fähigkeiten.

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

Auf der Grundlage der sich in der intersubjektiven Ko-responzenz prozessual realisierenden Phänomene übernimmt der Therapeut die Aufgabe, dem Patienten z. B. dessen bewusste und unbewusste Strebungen, lebensbestimmende, belastende, defiziente, aber auch protektive Ereignisse und tragende Strukturen der Biographie zu fokussieren und in ihrer Relevanz für die Persönlichkeitsentwicklung und Lebensführung erfahrbar zu machen.

Im letzten Schritt kommt es mittels ko-respondierender Auseinandersetzung zu einer gemeinsamen Einschätzung der Situation. Therapeut und Patient erfassen die Mitteilungen des Patienten im Kontinuum seiner Lebensspanne und der dazugehörigen Kontexte, insbesondere unter Berücksichtigung des Selbstverständnisses und der "subjektiven Weltbilder" des Patienten, seiner eigenen Sichtweise seines Lebens und seines Problems.

Die Synopse berücksichtigt die Gesamtheit der Aspekte und führt zum ganzheitlichen Erfassen komplexer Wirklichkeit, die hermeneutisch mit Bedeutung versehen wird.

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

Nicht zuletzt geht es hier auch darum, kontinuierlich den sogenannten „informed consent“ herzustellen. „Informed consent“ bedeutet u. a., den Patienten über die Befunde und Vorgehensweise des Therapeuten von vornherein partnerschaftlich unter Berücksichtigung seines Verständnishorizontes in einer geeigneten Weise so zu informieren, dass dem Patienten durch Transparenz die Möglichkeiten der qualifizierten Zustimmung zum und Mitwirkung am therapeutischen Vorgehen eröffnet werden.

Es ist die Bildung einer kooperativen Partnerschaft anzustreben, die auf Heilung (curing), Unterstützung (supporting), Vergrößerung, Bereicherung und Bekräftigung (enlargement, enrichment, empowerment) der persönlichen Souveränität des Patienten abzielt.

Zur Grundregel der IT gehört weiters: Im psychotherapeutischen Prozess realisiert der Therapeut eine prozessual, situativ und relational jeweils kreativ neu zu generierende, reflektierte Kombinatorik von Perspektiven, Optiken, Heuristiken.

Zentraler Faktor bei der Auswahl und Gestaltung der jeweiligen Kombination ist die Mehrebenenreflexion, insbesondere die Triplexreflexion zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen therapeutischen Prozesses (Leitner 1997, Schuch 2001, Petzold 2003). Darüber hinaus bedient sich der Therapeut zur Klärung und Sondierung der Mitteilungen des Patienten sowie des eigenen Erlebens und Verhaltens aus einem Fundus bewährter Heuristiken.

Eine generelle, zentrale Heuristik der IT ist die Vorstellung des sich lebenslang entwickelnden Menschen im Kontext bestimmter Bezugspersonen und sozialer Netzwerke, durch bestimmte gesellschaftliche Institutionalisierungen hindurch (z. B. Kindergarten, Schule, Lehre, Studium, Beruf etc.), in bestimmten Milieus mit spezifischen Atmosphären und kulturellen Bräuchen, zu einer bestimmten historischen Zeit mit bestimmten politischen Ordnungen.

Entsprechend dieser Heuristik hat sich der Therapeut eine allgemeine Modellvorstellung von dem Prozess der Entwicklung und der dabei typischerweise zu absolvierenden gesellschaftlichen Institutionalisierungen, Sozialisations- und Enkulturationsprozessen zu bilden. Auf diesem Hintergrund entwirft er spezifischere Modellvorstellungen von der konkreten Erlebens- und Lebenswelt des sich in die Welt hinein entwickelnden Menschen. Er hat dabei die Milieus, Lebensstile, soziale Welten und die in ihnen realisierten spezifischen Atmosphären zu berücksichtigen, die der sich entwickelnde Mensch in einer bestimmten Kultur mit einem bestimmten Lebensstil zu einer bestimmten historischen Zeit üblicherweise erlebt bzw. durchlebt und auf der jeweiligen Entwicklungsstufe mit Bedeutung versehen hat.

Die in diesem Verfahren liegenden und sich daraus ergebenden Interventionen erfolgen diagnose- und indikationsspezifisch sowie durch Triplexreflexion geleitet, überprüft und begründet. Sie umfassen eine offene, indikationsspezifische, szenisch-kreative Gestaltung des therapeutischen Settings. Therapietechnisch ist die IT also nicht auf ein bestimmtes Therapiesetting, auf die Anwendung bestimmter therapeutischer Techniken (Elemente) oder bestimmte manualisierbare, regelhaft zu befolgende Abläufe festzulegen.

Der Krankheitsbegriff im Modell der Integrativen Therapie (Petzold, Schuch 1992, Petzold 2003), Schuch 2000a) teilt sich in einen philosophisch-anthropologischen und einen klinischen Abschnitt.

Philosophischer Krankheitsbegriff

Die philosophisch-anthropologische Krankheitslehre findet sich im Konzept einer multiplen Entfremdung und Verdinglichung.

Die multiple Entfremdung des Menschen umfasst demnach u. a.: Entfremdung vom eigenen Leibe, von den Mitmenschen, von der Lebenswelt, von der Arbeit und von der Zeit.

Verdinglichung geht zumeist mit Destruktion und Desintegration, mit der Beschädigung des personalen Leib-Subjektes und des Lebensraumes einher, was letztendlich die Zerstörung des Lebens zur Folge haben kann.

Klinischer Krankheitsbegriff

Der klinische Krankheitsbegriff steht im Kontext der Persönlichkeitstheorie und der Entwicklungstheorie und wird im Konzept "multipler Stimulierung" bzw. Information zentriert.

Die **Pathogenese** in der Integrativen Therapie ist deskriptiv und erlebnis-theoretisch ausgelegt. Stets wird die **Salutogenese** als ergänzende Größe mit in den Blick genommen. Risiko- und Belastungsfaktoren werden immer in ihrer Interaktion mit Defiziten, aber auch mit Stütz- und Schutzfaktoren gesehen (Petzold, Goffin, Oudhoff 1993; Petzold, Steffan 2000).

Wenn z. B. Gesundheit und Krankheit generell im Zusammenhang gesehen werden, also nicht nur von Pathogenese, sondern auch von Salutogenese gesprochen wird, finden nicht nur Schädigungen, sondern auch Ressourcen, hilfreiche Umgangsformen (Coping-Strategien) und Kompensations- und Gestaltungsmöglichkeiten (Creating-Strategien) des Patienten Beachtung.

Diagnostik und Therapie verfahren differenziell und lebenslaufbezogen. Das Verständnis von Pathogenese wird durch die Perspektive einer lebenslangen, differenziellen Entwicklungspsychologie ("clinical life span developmental psychology" Petzold 2003; Oerter et al. 1999) geprägt: Der Patient wird von vornherein in der Entwicklung seiner Lebensspanne, d. h. unter den Perspektiven seiner Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft gesehen. Spezifiziert wird diese Perspektive durch die Optik lebensabschnittstypischer Heuristiken unter besonderer Berücksichtigung von Milieus und Zeitgeschichte.

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

Modelle zur Klärung und Differenzierung von pathogenen Faktoren

Der klinische Krankheitsbegriff bezieht sich auf Konstellationen schädigender Stimulierungen.

Bisher werden in der Integrativen Therapie drei Modelle unterschieden:

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

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

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

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

Definition von Gesundheit der Integrativen Therapie

Auf der anthropologischen Grundlage sieht die Integrative Therapie Gesundheit als subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrgenommene genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Körper-Seele-Geist-Subjekts (Leib-Subjekt) und seiner Lebenswelt. Gesundheit ist dieser Ansicht zufolge wesentlich dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst ganzheitlich und differenziell in leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität Bewältigungspotenziale, Kompetenzen und Ressourcenlage, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben und sich zu regulieren und zu erhalten vermag, schließlich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt (Leitner, Schuch 2000, 2002).

Um komplexe Zusammenhänge verstehen und beeinflussen zu können, ist ein übergeordneter Rahmen der Betrachtungen erforderlich. Gesunde und gestörte Lebensvorgänge von Menschen machen die Zusammenschau von philosophisch-anthropologischen und klinischen Positionen unter verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven erforderlich, sodass monodisziplinäre Sichtweisen zu multi- und interdisziplinären überschritten werden müssen. Damit ist auch eine Integration aller wesentlichen wissenschaftlichen Konzepte der Medizin gefordert. Die Integration der vier Erkenntnismethoden - phänomenologische, dialektische, empirisch-analytische und hermeneutische Wege zum Menschen - sind nicht weiter als einzelne souveräne medizinische Konzepte zu betrachten, sondern es gilt, sie als Teilansicht zu erkennen, die einer kritischen Abstimmung und dann einer sinnvollen Vernetzung bedürfen.

Um eine zukunftsorientierte moderne Therapie zu verwirklichen, führt uns eine kritische Aufmerksamkeit zu den aktuellen Entwicklungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, die deutlich machen, dass die Zeit der Therapieschulen vorbei ist. Das bedeutet nicht, dass damit einem wilden Eklektizismus Tür und Tor geöffnet wäre. Es geht vielmehr um einen gut abgestimmten „Einsatz von Vielfalt“ und um eine kohärente theoretische Begründung in der Praxis. Gemeint ist eine Praxis, die dem Hilfesuchenden, dem Patienten, dem Klienten auch noch jenes Maß an Freiheit und Selbstorganisation beschert, die diesem die Selbstkonstituierung des Subjekts jederzeit ermöglicht.

Literatur

- Alexander, F. (1971): Psychosomatische Medizin. 2. Aufl., de Gruyter, Berlin.
- Christian, P. (1990): Befindlichkeitsstörungen und funktionelle Syndrome. In: G. Schettler, H. Greten. Innere Medizin I. Thieme, Stuttgart.
- Damasio, A. (1995): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. List, München.
- Damasio, A. (1999): The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness. Harcourt Brace, New York.
- Deter, H. Ch. (1997): Angewandte Psychosomatik. Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker. Thieme, Stuttgart, New York.
- Derbolowsky, U. (1960): Nach einem Vortrag gehalten am 29. 4. 1960 am III. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie in Wiesbaden.
- Engel, G. L., Schmale, A. H. (1965): Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung: in: Oberbeck G. u. A. (Hrsg.), Seelische Konflikt-körperliches Leiden, Hamburg 1978.
- Ferenczi, S., (1964): Bausteine der Psychoanalyse. 4 Bde, Huber, Bern.
- Ferenczi, S., (1970, 1972): Schriften zur Psychoanalyse. 2 Bde. Hrsg. V. Balint, M. und Dupont, J., Fischer, Frankfurt.
- Ferenczi, S., (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Hrsg. V. Dupont, J., Fischer, Frankfurt.
- Foucault, M. (1996): Diskurs und Wahrheit. Berkeley-Vorlesungen 1983. Merve, Berlin.
- Hahn, P. (1979): Probleme der Interpretation psychosomatische Symptombildung am Beispiel der phobischen Herzneurose. Mat. z. Psychoanal. u. Psychother. 5, S 159 – 172.
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer, psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems. In IT 3/1997.
- Heinroth, J. Ch. A (1818): Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihre Behandlung. Vom rationellen Standpunkt aus entworfen. 2 Bd., Vogel.
- Hoffbauer, J. Ch. (1808): Beiträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege. Halle.
- Hippokrates (1995): Die Werke des Hippokrates Hrsg.: Kapferer R.; Sticker G.; Anger-Verlag Eick.
- Iljine, V. N (1972): Therapeutisches Theater. In Petzold, (1972a) S. 168 – 172.
- Kanfer, F. H. (1989): Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Veränderungen der letzten 30 Jahre in: Hand, Wittchen.
- Leitner, A. (1995) Kranksein – aus der Sicht eines Integrativen Gestalttherapeuten In: Psychotherapie in der Psychosomatik . Fakultas.
- Leitner, A. (1997): Psychotherapeutische Supervision: Supervision von PsychotherapeutInnen. Orac, Wien.
- Leitner, A. (2004) Skriptum für die Vorlesung „Medizin“ an der Fachhochschule St. Pölten, Studiengang: Sozialarbeit, 2. Sem.
- Leitner, A., Schuch, H. W. (2000, 2002): Integrative Therapie – Dokumentation und Ergänzungen zur Einreichung als fachspezifische Psychotherapiemethode an das Bundesministerium für Frauen und Gesundheit.
- Mei, van der, S., Petzold, H. G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. In: Integrative Therapie 3, S. 374 – 428.
- Moreno, J. L. (1946): Psychodrama. Bd. 1, 3. Auflage Beacon House, Beacon 1964.
- Norcross, J.C.; Goldfried, M.R. (1992): Handbook of Psychotherapie Integration. New York Basic Books.
- Oerter, R., van Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch, Beltz, Weinheim.
- Perls, F. S. (1969): Gestalttherapie in Aktion. Klett, Stuttgart.
- Perls, F. S. (1976): Grundlagen der Gestalt-Therapie. Pfeiffer, München.
- Petzold, H. G. (1968a): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, Genese, Diagnose, Therapie. Paris.
- Petzold, H. G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. In: Zeitschrift für Praktische Psychologie 7, S 331 – 360.
- Petzold, H. G. (1972a) Hrsg.: Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wissenschaft. Junfermann, Paderborn, 4. Auflage 1993.
- Petzold, H. G. (1973a): Gestalttherapie und Psychodrama. Nicol, Kassel.
- Petzold, H. G. (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. In: IT 1-2, S. 51 – 78.
- Petzold, H. G. (1982a): Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater. Hippokrates, Stuttgart.
- Petzold, H., G. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. 2 Bde, Paderborn Junfermann.

- Petzold, H., G. (2003): Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bde, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., Osterhues, U. J. (1972). Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymer Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: Petzold, H. G. (Hrsg.) Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, S. 371 – 486, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H. G., Schuch, H. W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Pritz, A., Petzold, H. G. (Hrsg.) (1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, S 232 – 241 Paderborn, Junfermann.
- Petzold, H. G., Goffin, J. J. M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der IT (S. 173 – 266).
- Petzold, H. G., Steffan, A. (2000): Gesundheit, Krankheit, Therapieverständnis und Ziele in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“. Stellungnahme der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit zum Wissenschaftskolloquium am 25. 3. 00 der Schweizer Charta für Psychotherapie.
- Pieringer, W.; (1994): Die Methoden der Psychotherapie jenseits der Schulentzweit in: Psychotherapie Forum Jg 2; Heft 3; S. 121-127.
- Pieringer, W.; Meran, J. G.; Stix, P.; Fazekas, Ch. (2002): Psychosomatische Medizin – historische Modelle und aktuelle Theorien in Wiener Medizinische Wochenschrift 19/20.
- Plügge, H. (1962): Wohlbefinden und Missbefinden. Niemeyer, Tübingen.
- Reil, J. Ch (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle.
- Rombach, H. (1983): Welt und Gegenwelt. Umdenken über die Wirklichkeit: Die philosophische Hermeneutik. Basel.
- Rothschuh, K. (1978): Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart, Hippokrates.
- Schuch, H. W. (1994): Aktive Psychoanalyse, Sandor Ferenczis Beitrag zur Technik der Psychotherapie. In: Integrative Therapie, 20, 1/2, S. 68 – 100.
- Schuch, H. W. (2000a): Klinischer Krankheitsbegriff. In: Stumm, Pritz (2000): aaO., S. 381 – 382.
- Schuch, H. W. (2000b): Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. In: Integrative Therapie, 26, 2/3.
- Schuch, H. W. (2001): Geschichte und Psychotherapie. Chronosophische und diskurs-analytische Vorüberlegungen zur Geschichte und Mythologie der Psychotherapie als Integrative Perspektive, Gestalt 41 (Schweiz), S. 3 – 27.
- Schüßler, G. (2002): Allgemeine Bedeutung und Qualitätsstandards in der psychosomatischen Versorgung. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, Jahrgang 152, Heft 19/20, S. 495 – 499.
- Verres, R. (1990) Angst und Krebsbewältigung. Springer. Berlin, Heidelberg.
- Walch, S. (1981): Subjekt, Realität und Realitätsbewältigung. Minerva Fachserie Psychologie.
- Weizsäcker, V. v. (1986): Der Gestaltkreis. 5. Aufl., Thieme, Stuttgart, New York.

Autor

Dr. Anton Leitner
 Donau-Universität Krems, Zentrum für Psychosoziale Medizin
www.donau-uni.ac.at/psymed