

Entwicklungs- und Prozessorientierung in der Psychotherapeutischen Diagnostik - eine Integrative Betrachtungsweise [1]

Peter Osten

Zusammenfassung: Entwicklungs- und Prozessorientierung in der Psychotherapeutischen Diagnostik - eine Integrative Betrachtungsweise

Der Artikel gibt einen Überblick über die Bedeutung von Entwicklungs- und Prozessorientierung in der Psychotherapie. Dabei werden entwicklungswissenschaftliche und ätiologierelevante Aspekte besonders beleuchtet. Es wird aufgezeigt, wie die diagnostischen Anforderungen in der initialen Phase der Psychotherapie den entwicklungs- und potentialorientierten Prozess der Therapie einleiten und wie dieser prozessual im Verlauf der Therapie weiter angepasst werden muss.

Schlüsselwörter: entwicklungs-, potential- und prozessorientierte Diagnostik, Integrative Psychotherapie

Abstract: Development and process orientated diagnostics in psychotherapy - an integrative approach

The article gives an overview of the importance of development and process orientation in psychotherapy. Particularly, it shows general aspects of human development psychopathology. It is shown how the diagnostic requirements in the initial phase of psychotherapy initiate the development and potential-driven process of therapy and how this must be procedurally adjusted during therapy.

Keywords: development, potential and procedurally oriented diagnostics, Integrative Psychotherapy

„Das Vorausschaubare verflüchtigt sich bisweilen ins Unvorhergesehene.“

„Hoffnung im Alentejo“ (José Saramago, 1997)

Psychotherapie, Entwicklung und Prozessorientierung

Psychotherapie ist im Leben des Menschen, der sie aufsucht, ein Ereignis, das als prozesshaftes Geschehen in laufende Entwicklungen der Individuation eingreift. Ursache dafür, dass dieser Mensch in der Psychotherapie erscheint, sind vorgängige Entwicklungen, die - langsam verlaufend oder krisenhaft in Erscheinung tretend - zur Beeinträchtigung des Wohlbefindens geführt haben, also subjektiv als negativ erfahren wurden. Im Prozess der Psychotherapie sollen Entwicklungen stattfinden, die das Wohlbefinden soweit wiederherstellen, dass das Individuum sich selbst regulieren und seine Lebensprozesse wieder autonom steuern kann. In biographisch aufdeckenden und an den kausalen Strukturen psychischer Störungen arbeitenden Verfahren werden methodisch hierfür die Entwicklungsprozesse aufgedeckt, die im Verlauf des Lebens durch Defizite, Konflikte und Traumatisierungen Entwicklungsblockierungen und psychische Krankheiten erzeugt haben. In der Integrativen Therapie werden darüber hinaus auch jene Prozesse vertieft, die zur Entwicklung von Ressourcen und Potentialen geführt haben (Petzold, Goffin & Oudhof, 1993).

Über Erkenntnisprozesse, nachsozialisative Interventionen, über Erlebnisaktivierung und Solidaritätserfahrungen schließlich sollen die Entwicklungen in der Psychotherapie dazu führen, dass historisch schädigende Entwicklungen verheilen können und prospektive Entwicklungen im Leben der Patienten wieder als positiv und erstrebenswert erscheinen (Petzold, 1988). Behandlungsstabilisierend und prophylaktisch sollen durch die Psychotherapie auch Prozesse der weiteren Persönlichkeitsentwicklung angeregt werden (Auhagen, 2008; Frank, 2011; Petzold & Orth, 1994). Habe ich Sie genügend verwirrt?

Die menschliche Biographie als Ganzes, die Entwicklung von Persönlichkeit und Identität, die Entwicklung von Potentialen, aber auch von Störungen und Krankheiten im Leben des Menschen, wie auch die Entwicklung all dieser Linien im Rahmen einer Psychotherapie sind keine wohlgeordneten Parallelen, sondern sich perichoretisch durchdringende Einflusslinien, die in einem rekursiven Wirkungsverhältnis zueinander stehen. Das psychotherapeutische „Hindurcherkennen“ (griech.: *diagignostein*) beim Menschen, der Entstehungs- und Bedingungsgefüge seiner Person wie seiner Krankheiten, hat also auf die Semantik dieser Entwicklungslinien zu achten - denn es sind ja genau diese Linien, die aufgegriffen und in eine positive Richtung hin weiterentwickelt werden sollen (Osten, 2000).

Beim Bedeutungsgewicht der Faktoren „Entwicklung“ und „Prozess“ allein in dieser kurzen Betrachtung ist es erstaunlich, wie wenig entwickelt und unterrepräsentiert der Blick auf das „Ganze des Lebens“ in vielen psychotherapeutischen Verfahren ist (Sedmak, 2013). Der störungsorientierte Blick ist noch immer der vorherrschende, gefolgt von der Spezifizierung auf die „frühen Störungen“ mit ihren angeblich späten Folgen (Petzold, 1993, 1995; Seligman, 2012). Die Perspektive der protektiven Faktoren und Prozesse sowie die Bedeutung des Wohlbefindens (Frank, 2011) stehen gegenüber den Aspekten eines marketingorientierten „*social engineering*“ oft weit zurück (Sedmak, 2013); dies betrifft vielfach auch den behandlungsrelevanten Einbezug von klinischen Entwicklungs- und Sozialisierungstheorien (Hurrelmann, 2012; Schneider & Lindenberger, 2012), Persönlichkeits- und Identitätstheorien (Kuhl, 2010; Petzold, 2012) sowie der Gesundheitspsychologie im Allgemeinen (Renneberg & Hammelstein, 2006).

Unberücksichtigt bleiben vielfach auch die Notwendigkeiten einer konzeptuellen, metatheoretischen, philosophischen Ausrichtung in der Psychotherapie (Petzold, 2003a). Wir sind hervorgegangen aus, und Teil eines Kosmos, in dem stetig „alles in Bewegung“ ist - παντα ρει (*pantha rei*, griech.: „alles fließt“) - auch über Brüche und Diskontinuitäten hinweg. Im Sinne einer fraktalen Logik kann für das Dasein des Menschen nichts anderes gelten (Mandelbrot, 1987). Die ontologische Grunderfahrung des Menschen ist damit das „Werden - Sein - Vergehen“, eine prozesshafte Entwicklung also - aber auch eine Entwicklung zum Tode. Mit Platon: „Philosophieren heißt sterben zu lernen“ (Grassi & Otto, 1964, St. 64). Das menschliche Leben kann als eine „Bewegung zur Entfaltung“ betrachtet werden, eine Entfaltung auf die Welt hin (*être au monde*: „das Sein zur Welt hin“; siehe Merleau-Ponty, 1966), eine Entfaltung, die, wie alle Natur, zum vollständigen Aufblühen drängt, bevor sie am Ende sich in sich selbst erschöpft (Albert, 1974; Marcel, 1961). Krankheiten entstehen, wo diese Prozesse dauerhaft behindert oder unterbrochen werden.

Diese entwicklungs- und prozessorientierte Sicht erzeugt - falls man den Tod nicht als Problem ansieht, das nach einer Lösung verlangt - einen wesentlich positiveren und potentialorientierteren Blick auf den Menschen. Das Individuum wird mit dieser Sicht davon erlöst, ein „sexual- und aggressionsgesteuertes Monster“ (Leitner & Petzold, 2009), ein „Mangelwesen“ (Gehlen, 1950), oder auch nur ein „passives Lernopfer seiner Lebensumgebungen“ (Watson, 1968) zu sein, es ist auch kein „seelenloses System“ (Luhmann, 1978). Das „Leben als Ganzes“ und die „artspezifischen Belange“ des Menschen zu sehen - seine Bedürftigkeit, Empfindbarkeit und Verwundbarkeit, die Fähigkeit zu denken und zu lieben, sein (bedingt) freier Wille, seine schöpferische Kraft und die enormen Fähigkeiten, Enttäuschungen hinzunehmen, seine ewige Suche nach Sinn und Glück und all seine Irrwege hierzu - sensibilisieren uns doch viel mehr für die Entwicklung seiner Kreativität, seiner Stärken und Potentiale zur Selbstregulation (Schiepek, Eckert & Kravanja, 2013). Entwicklungsprozesse, die zum „gesunden Menschen“ führen, gehen daher über die Prozesse hinaus, die bloß „Störungen beseitigen“ möchten. Eine geisteswissenschaftliche Sicht auf

den Menschen mit Blick auf die Schicksalhaftigkeit seiner Entwicklungen und Lebensprozesse ist daher neben natur- und sozialwissenschaftlichen Blickpunkten unverzichtbar (Fenner, 2003). In genau dieser Weise hat die klinisch-psychotherapeutische Diagnostik sich an eine solche Sicht anzupassen.

Prozesse in der psychotherapeutischen Initialphase

Entwicklung von Anfang an. Ein Problem der initialen Phase von Psychotherapie - gemeint ist die sogenannte Probatorik - ist, dass intensive diagnostische Bemühungen parallel zu intensiven Prozessen des Beziehungsaufbaus ablaufen (Hermer & Röhrle, 2008). Für beide Seiten werden selbst die kleinsten Phänomene - ein Blickkontakt, Gesten und Gebärden, Einstimmungen in Rede und Antwort - prozessbestimmend. Zur Bewältigung dieses Problems habe ich an anderer Stelle Strukturen erarbeitet (ausführlich siehe Osten, 2000, 2010). Für die Patienten beginnt die Therapie schon im (a) *Vorfeld*, wo vielfältige organisierende Faktoren für eine Präformation in der Haltung des Patienten zur Psychotherapie allgemein oder zum Psychotherapeuten sorgen (etwa bei Empfehlungen). Wenn der (b) *Erstkontakt* am Telefon schon mit einschließt, dass man um eine „Kurzbeschreibung des Problems“ bittet, beginnen Prozesse des Beziehungs- und Übertragungsaufbaus schon, bevor Patient und Therapeut sich erstmals sehen. Das wirkt für Patienten oft entängstigend und der Therapeut hat vielleicht schon einiges an Eindrücken und Informationen sammeln können. Im (c) *Erstinterview* werden diese Entwicklungen durch narrative und szenisch-atmosphärische Erfahrungen in die Breite gebracht und durch die anfolgende (d) *halbstrukturierte Anamnese* weiter vertieft.

Bereits in diesem initialen Prozess, der sowohl diagnostischen als auch schon therapeutischen Charakter hat, in dem sich beginnend individuelle Aspekte von Beziehung und Übertragung (Bettighofer, 2010) zeigen, wird das Prozesshafte der Psychotherapie deutlich. Erste Eindrücke überlagern zunächst die Klarheit der Wahrnehmungen, später hinzukommende Informationen lassen einen die ersten Eindrücke wieder verwerfen, bis flüchtige Intuitionen (Resonanzen, Gegenübertragungsphänomene) plötzlich logische Verbindungen zulassen („Semantik“) und erste störungsspezifische Hypothesen ermöglichen. Kein „richtig“ und kein „falsch“, sondern nur der prozesshafte Moment tritt hervor, um in seiner „Emergenzhaftigkeit“ in der Begegnung auf beide Partner wirken zu können. Nur die geübte Exzentrität des Therapeuten ermöglicht es ihm, diesen Prozess gleichsam „von außen“ betrachten zu können. In Prozessen „intersubjektiver Ko-respondenz“ (Petzold, 1980, 2003b) bettet der Therapeut seine Hypothesen in die beginnende Beziehung ein und lauscht nach der Wirkung im Innern seines Patienten. Erweisen sie sich als nicht hilfreich, werden sie wieder verworfen, und es beginnt ein neues, experimentelles, gemeinsames Suchen: „Der Moment ist das Ziel“. So fördert das „Sich-einlassen“ auf Prozesse auf sublimale Weise zentrale nachsozialisative Themen wie Vertrauen, Einbettung in die

Beziehung zum Therapeuten, Verbundenheit aller Themen und Phänomene, selbst dann, wenn diese Verbindungen noch nicht immer gleich gesehen und erkannt werden können.

Dimensionen psychotherapeutischer Diagnostik

Der Umstand, dass alle für Menschen wahrnehmbaren Phänomene aus quasi anfanglosen kausalen Ketten von Ursachen und Bedingungen hervorgebracht worden sind, schließt ein basales Verstehen der Bedeutung von Prozesshaftigkeit mit ein. Aber auch umgekehrt kann nichts ohne seine spatiotemporalen (*räumlich-zeitlichen*) Wirkungs- und Bedeutungszusammenhänge sinnvoll begriffen werden. Menschen aber suchen nach Sinn - besonders wenn es uns schlecht geht, wollen wir die Prozesse verstehen, die zu Leiden geführt haben -, natürlich, um daraus zu lernen. Was die Zukunft angeht, verliert sich - ganz im Sinne José Saramagos (1997) - das Prozesshafte im Ahnungsweisen, daher brauchen wir das sinnstiftende Lernen aus dem Vergangenen (Schacter, 2001).

Wer psychotherapeutische Diagnostik so betrachtet, kann nicht anders als prozesshaft herangehen und muss bereit sein, einmal Gewonnenes wieder aufzugeben, wenn es das neu Hinzukommende verlangt. Unser Erkenntnisvermögen ist immer durchsetzt von Erkenntnisinteressen, die Wahrnehmung, Einschätzung und Bewertung eintrüben. Ein gesunder Appetit auf Schwierigkeiten und Irrtümer erleichtert die prozessuale Arbeit genauso wie die Vorstellung, dass man immer dumm genug bleibt, um noch etwas dazulernen zu können. Norcross und Guy (2010) haben einmal die Psychotherapie zu Recht als den „unmöglichen Beruf“ bezeichnet.

Von Anfang an versuchen wir in der Psychotherapie die Prozesse des Gewordenseins unserer Patienten aufzuhellen, damit wir selbst etwas von der Verschränkung von Lebens- und Krankheitsgeschichte wahrnehmen, erfassen, verstehen und erklären können, und unsere Patienten die Sinnhaftigkeit ihrer Störungen oder auch nur die Charakteristika und Funktionsweisen ihrer Persönlichkeit begreifen lernen. Während wir dies tun, müssen wir registrieren, dass wir im gleichen Moment selbst zu einem bestimmenden Prozesselement im Leben unserer Patienten werden, und dass wir Teil eines spezifischen Prozesses sind, in dem Lebensprozesse vorwärts und rückwärts gedeutet und umgedeutet werden. Psychotherapeutische Diagnostik kann so zu einem sehr humorvollen - und damit heilenden - intersubjektiven Prozess zwischen Therapeut und Klient werden (Furman, 2013).

Die Dimensionen psychotherapeutischer Diagnostik müssen diesen Anforderungen gerecht werden. Ich habe sie aufgeteilt in fünf Module, die jeweils längs- und querschnittliche Aspekte des Individualprozesses erhellen: (1) die Psychosoziale Anamnese, meint die momentane Lebens- und Realsituation des Patienten; (2) die Klassifikation, meint die Diagnostik in nosologischer

Hinsicht, die Zuordnung des Krankheitsbildes zu beschriebenen Störungen (ICD, DSM); (3) die Ätiologische Diagnostik, meint die längsschnittliche lebensgeschichtliche und transgenerationale Exploration der krankheitsverursachenden Faktoren; (4) die Persönlichkeitsdiagnostik inklusive einer Ressourcen- und Potentialanalyse, meint die nicht-ätiologische und nicht pathologisierende Perspektive der Identitätsentwicklung im Lebensganzen und (5) die Behandlungsplanung, meint die Bestimmung von Indikation und Prognose, die intersubjektive Setzung der Therapieziele und die Interventionsplanung (Osten, 2010).

Die Bedeutung der Entwicklungswissenschaften

Die körperliche, psychische und sozialisative Entwicklung des Menschen zur reifen Persönlichkeit mit ihrer Identität ist quasi der „Entwicklungsprozess *per se*“. Alle psychotherapeutischen Bemühungen zielen darauf ab, diesen zu verstehen, zu erfassen, wo er in pathologische Richtungen hin abgedriftet ist, welche Defizite dementsprechend nachgenährt werden müssen, wie das Individuum wieder in seinen natürlichen Entfaltungsprozess zurückfinden kann (Osten, 2000).

Im Integrativen Verständnis von Entwicklung beginnt die Genese der Persönlichkeit bei dem „mentalen Feld“, in das er hineingeboren wird (Osten, 2008). Das sind einerseits Kultur und Ethnie (Machleidt & Heinz, 2010), genauso wie gesellschaftliche (Foucault, 2012) und zeitepochale Faktoren (Beck, 1986; Lyotard, 1998; Miegel, 2014), andererseits ist das die Herkunftsfamilie, die „Synergie von Mentalisierungen“, die Vater, Mutter, Geschwister und zugehörige Verwandte konstellierend in dieses Feld der menschlichen Entwicklung hineintragen (Petzold, 2006). Dies alles ist schon da, bevor *wir* da sind, und wirkt im Sinne der prozeduralen Informationsverarbeitung (Rizzolati & Sinigaglia, 2008) atmosphärisch und präokkupativ auf die Entwicklungs- und Sozialisationsprozesse beim Individuum ein.

Diese Dynamiken treffen auf die genetisch organisierten Entwicklungsabfolgen, mit denen sie fortan in engsten Synergien „persönlichkeitsformatierend“ zusammenwirken. Von den zunächst genetisch gesteuerten Entwicklungsprozessen wissen wir, dass sie zum großen Teil nur durch Umweltreize angestoßen werden (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004); und wir wissen, dass für den Ausbau der individuellen Architektur des Gehirns - gerade für den präfrontalen Bereich, der für die Identitätsprozesse so wesentlich ist - hauptsächlich ein sozialer Prozess der Verarbeitung von Umweltreizen verantwortlich ist (Hurrelmann, 2012; Rothenberger & Schmidt, 2000).

Diese rekursiv, aufeinander einwirkenden Entwicklungsprozesse zu verstehen hilft uns, den Aufbau der Persönlichkeit und die Entstehung von psychischen Störungen in engster Semantik mit

der Reifung des Menschen zu sehen. Der wesentliche Punkt für die Integrative Therapie besteht dabei darin, dass die Klinischen Entwicklungswissenschaften, anders als die meisten „schulentheoretisch“ begründeten Entwicklungstheorien, auf empirisch gesicherten Daten ruhen (Berk, 2005; Petermann et al., 2004; Schneider & Lindenberger, 2012). Sie spezifizieren Entwicklungsbereiche und machen deren interaktives Zusammenwirken im Bild einer normvariablen Abfolge menschlicher Entwicklungsprozesse deutlich. Die empirisch gesicherten Entwicklungstheorien versuchen „Modellinszenarien“, ja sogar „Modellatmosphären“, bereitzustellen, für eine Zeit, die wir alle nur unzureichend erinnern können.

Jedes Entwicklungsalter hat seine eigene Komplexität der Erlebenswelt, die sich als (geschlechter-)spezifische „Welt- und Selbsterfahrung“ zeigt. Gute Kenntnisse über die gesamte Entwicklung in der Lebensspanne erleichtern den Zugang zu diesen oft „verschütteten“ Erfahrungswelten, weil sie für die jeweiligen Lebensphasen sensibilisieren und darüber informieren, welche Bedeutung Reifungsprozesse und Entwicklungsaufgaben aus dieser Zeit für das Erleben des Erwachsenen haben. Sie inspirieren den Therapeuten zu neuen Sichtweisen und versetzen ihn in die Lage, hinter den narrativen, symbolischen und konflikthaften Überarbeitungen Entwicklungsspezifika herauszuspüren oder sie präziser zu evozieren. In der Regel führt dies beim Patienten zu breiteren Evidenzerfahrungen oder überhaupt erst zu hinreichend stimmigen Erinnerungserlebnissen. Die empirischen Theorien lenken die Aufmerksamkeit auf Bereiche, die bisher gar nicht oder nur in ungenügender Weise wahrgenommen wurden. So werden schließlich die Plausibilität und Genauigkeit der biographischen Rekonstruktion erhöht (Noam & Röper, 1999; Paar, Hagen, Kriebel & Wörz, 1999).

Dies ermöglicht uns nicht nur eine wissenschaftlich fundierte Exploration menschlicher Biographien, sondern wir bekommen ein empirisch abgesichertes Strukturgerüst für die retrospektive Analyse entwicklungs- und geschlechtersensibler Kompetenzen und Performanzen an die Hand. So lassen sich auch Störungsbilder „entwicklungsspezifischer“ erfassen, und dies wirkt sich auf vielerlei Ebenen positiv aus. Entwicklungsspezifische Sensibilisierung beim Therapeuten läuft in der Regel darauf hinaus, dass Patienten sich besser verstanden fühlen; der ganze Handlungs- und Kommunikationsmodus des Therapeuten ist - schon bei der Diagnostik - viel besser auf prävalente Phasen und pathogene Milieus der Lebensgeschichte während des narrativen Verlaufs eingestellt. Sowohl die Diagnostik als auch die Behandlungsplanung erhalten einen entwicklungs- und sozialisationsspezifischen Akzent.

Allerdings forcieren empirische Entwicklungswissenschaften die individuelle Seite von Reifungsprozessen, weshalb in der Integrativen Therapie sozialpsychologische Austauschprozesse besonders hervorgehoben werden (*Sozialisationsforschung*; Gahleitner & Hahn, 2011; Gahleitner, Hahn & Glemser, 2013; Hurrelmann, 2012; *transgenerationale Familiendynamik*; Osten, 2008; Schlippe & Schweitzer, 2012; Wirsching & Scheib, 2002. *Netzwerkperspektive*; Keupp & Röhrle,

1996; Laireiter, 1993; Röhrle, Sommer & Nestmann, 1998. Sowie *Sozialökologische Entwicklungstheorien*; Bronfenbrenner, 1993). Für die Identitätsentwicklung spielen sie die Rolle einer noch immer unterschätzten *Matrix*, ohne die die auf das Individuum bezogenen Aussagen keinen Sinn ergäben (Petzold, 2012).

Zur lebenslaufbezogenen Perspektive der Entwicklung und Sozialisation des Menschen gehören zuletzt auch die Longitudinalforschungen (Funder, Parke, Tomlinson-Keeseey & Widman, 1993; Kuhl & Antonucci, 1980; Luthar, 2003; Rutter, 1988). Sie untersuchen in großen Zeiträumen - von bis zu 30 Jahren - und zum Teil extrem großen Untersuchungsgruppen, wie Menschen sich im Spannungsfeld zwischen protektiv-fördernden und belastenden Faktoren und Prozessen orientieren und verhalten, unter welchen attributionalen Prämissen sie Lebensereignisse verarbeiten und wie diese Formen der Verarbeitung sich im Sinne des menschlichen Changierens zwischen Gesundheit und Krankheit auswirken (Filipp, 1990; Flammer, 1990). So eröffnen diese Forschungsbereiche im Zusammenhang mit der entwicklungswissenschaftlichen Orientierung eine klinische Perspektive sowohl hinsichtlich der Erfahrungen und Prozesse, unter denen sich die Persönlichkeit entwickelt, als auch hinsichtlich der jeweils sensiblen Übergänge von der belasteten Persönlichkeitsentwicklung hin zur Entwicklung verschiedenster körperlicher, psychischer, psychosomatischer und sozialpsychologischer Pathologien.

Psychotherapeutische Schulen neigen in der Regel zu vereinfachenden linear-kausalen Ätiologieschlüssen. Die longitudinalen Forschungen zeigen hier mit erdrückender Evidenz, dass sich diese Annahmen nicht halten lassen. Dies zeigt auch die Sichtung persönlichkeitspsychologischer Ansätze (Asendorpf, 2007). Unter klinisch-entwicklungspsychologischer und longitudinaler Optik sind wir nicht nur geschützt vor den verkürzenden Schlussfolgerungen von „frühen Schädigungen“ auf die „späteren Störungen“ - keine einzige ernst zu nehmende Studie konnte diesen Zusammenhang signifikant belegen (Funder et al., 1993; Petzold, 1993, 1995) -, wir lernen auch, ätiologische Hypothesen im Hinblick auf die Biographien unserer Patienten nicht bloß auf die „Schwere“ (jede Aussage hierüber muss notwendig relational sein) bestimmter Lebensereignisse abzustellen, sondern vor allem auf die attributionellen Eigenheiten und die Verarbeitungsmöglichkeiten, die beim Einfluss wie auch immer gearteter Belastungen beim Individuum vorhanden waren oder nicht.

Lebensbiographische Diagnostik: Persönlichkeitsentwicklung und Ätiologie

Die Entwicklungsprozesse, die eine gesunde Persönlichkeit hervorbringen, sind dieselben, die auch zu Entwicklungsblockierungen, Störungen und psychischen Krankheiten führen. Im Einflussfeld zwischen Resilienz und fördernden Faktoren auf der einen Seite, Vulnerabilität und belastenden Lebensereignissen auf der anderen, entscheiden das individuelle Erleben (Attribution)

und die vorhandene oder fehlende Ressourcenlage (Defizite) maßgeblich darüber, ob aus einer Herausforderung im Leben sich ein Mehr an Resilienz bildet oder ob eine Störung entsteht (Petzold et al., 1993). Die Prozesshaftigkeit dieser Dynamik lässt kaum eine Vorhersage zu; die Neigung zu eher positiven oder negativen Kontrollerwartungen des Individuums stellt allenfalls eine grobe Orientierung dar. Über die Frage, ob ein Einflussfaktor zu einem ätiologisch relevanten wird oder nicht, entscheidet daher die jeweilige Aktualisierung der Ressourcen und Potentiale bzw. die Aktualisierung der Selbstwirksamkeit des Individuums (Flammer, 1990).

Die folgenden zehn Punkte der ätiologischen Diagnostik stellen somit einen Versuch dar, die prozesshafte Entstehung von Störungen in den Zusammenhang der individuellen Lebensentwicklung zu stellen, dabei auch die positive Perspektive der Ressourcen- und Potentialorientierung der gesunden Persönlichkeit nicht außer Acht zu lassen (Osten, 2010). Die ausführliche (1) Beschreibung der Klinischen Phänomenologie, der Symptome und des Krankheitserlebens gibt Einblick in querschnittliche Aspekte der Störung. Die Frage nach dem (2) Auslöser lässt Schlüsse auf die subjektiven Krankheitstheorien beim Patienten zu und ermöglicht dem Therapeuten, die belastenden Ereignisse in ihrer Qualität des Erlebens auszuloten. Der (3) Verlauf der Störung - u. U. in mehreren Phasen oder in Rekursivität mit anderen Belastungen - lässt ein Bild von den Verarbeitungspotentialen entstehen. Dies gilt in selber Weise für das Erkennen von (4) komorbiden Störungen. In der biographischen Anamnese, die nicht nur störungsspezifisch sondern in die Breite exploriert, werden Dynamiken der (5) Akkumulation belastender Faktoren, auch im Zusammenhang mit transgenerationalen Belastungen deutlich. Oft erst hier, in der Charakteristik der individuellen Verarbeitung, zeigen sich strukturelle Merkmale der Persönlichkeit und Identität. So kann z. B. die (6) Funktion der Krankheit im Lebensganzen sichtbar werden und wie das Individuum die eigenen Lebensprozesse (7) attribuiert. (8) Körper- (*biologisch*) und Leiberleben (*phänomenologisch*) geben Aufschluss über Facetten zwischen mentaler Integration und Dissoziation (etwa bei Traumata). Dasselbe gilt für bisherige (9) Verarbeitungs- und Bewältigungsversuche (Selbstheilungsversuche), in denen (10) Ressourcen, Resilienzen und Potentiale der Person sichtbar werden.

Die Ätiologie psychischer Störungen - fußend auf der biographischen Anamnese - wird dann über sechs - in rekursiver Weise miteinander interagierenden - Ebenen beschrieben (Osten, 2010): (1) Defizite und prolongierte Mangelenerfahrungen; (2) Konflikte und andere spannungsreiche Störungen (z. B. Parentifizierung); (3) Maligne Lern- und Adaptionserfahrungen; (4) zeitextendierte Über- oder Unterforderung; (5) singuläre, serielle, komplexe und/oder Entwicklungs-Traumatisierungen; (6) Sozialökologische Einflüsse (Familie, Transgenerationalität, Netzwerk, „Entwicklungsbiopsychosozioökologie“).

Entwicklungs- und Prozessorientierung in Diagnostik und Behandlungsplanung

Das Paradigma „ko-respondierender Intersubjektivität“ durchzieht alle Bemühungen der Integrativen Therapie und ihrer Praxis. Vor diesem Hintergrund ist jeder Versuch einer „einseitigen Festlegung“ der menschlichen Phänomenologie - durch den Spezialisten - mit dem positivistisch orientierten Ansinnen, eine „objektive“ oder „zeitüberdauernde“ Diagnose treffen zu wollen, nicht möglich. Was ICD und das DSM angeht, so kann als deren Ziel verstanden werden, „nosologische Kategorien“ zu schaffen, denen möglichst viele der wiederkehrenden Krankheitsbilder phänomenologisch zugeordnet werden können. Die Phänomenologie wird größtenteils einseitig durch den Untersucher - im Sinne einer „Zuschreibung von Psychopathologie“ - erfasst und eingeordnet. Trotz dieses Mankos besteht in der Integrativen Therapie kein Zweifel an der Notwendigkeit einer solchen „Zuschreibung“, zum einen, weil die geistige Aktivität beim Therapeuten mit ihr auf relevante Therapieziele hin organisiert wird, zum anderen, weil mit ihr die Kommunikabilität im umgebenden Feld gewährleistet ist. Vom Integrativen Therapeuten selbst aber wird verlangt, dass er mit seinen klassifikatorischen Bemühungen im Bewusstsein dieser Zuschreibung bleibt, wissend, dass hier eine Störung und nicht ein Mensch diagnostiziert wird und dies entsprechend sensibel in den therapeutischen Kontext mit seinen Patienten einbringt - denn der Mensch ist mehr und etwas anderes als seine Krankheit!

Die Anwendung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) im Kontext der Integrativen Therapie muss dagegen kritisch und differenziell bewertet werden. Die OPD arbeitet mit fünf Achsen, (1) Behandlungsvoraussetzungen und Krankheitsverarbeitung; (2) Beziehung; (3) Konflikt; (4) Struktur und (5) Psychische und Psychosomatische Störungen. Die Achsen 1, 2 und 5 sind querschnittlich orientiert und, weil sie phänomenologisch - und nur sanft theoriegeleitet - beschreibend sind, inhaltlich weitgehend mit den Grundannahmen der Integrativen Therapie kompatibel.

Anders dagegen sind die längsschnittlich, ätiologisch orientierten Achsen 3 und 4 zu bewerten. *Konflikte* werden in der Integrativen Therapie weder als allein *intrapsychisch*, noch als allein *bipolar* konzipiert. Eine weitere Inkompatibilität ergibt sich dadurch, dass die Diagnose des Konfliktes in der Arbeitsweise der OPD - als stereotyp „konstruierte Metakonflikte“ - allein der Untersucher aufgrund seiner fachlichen Orientierung vornimmt, ohne jede intersubjektive Beurteilungsmöglichkeit seitens des Patienten. Aus diesen Gründen ist es aus Integrativer Sicht unsinnig, (1) eine rein *intrapsychische Konstellation* für alle Störungen zu identifizieren - denn die „dynamische Regulation“ des Individuums hat eine deutliche Ausdehnung a) in sein soziales Umfeld, b) in die gesamte Lebensspanne -, (2) werden die Motivationen menschlichen Handelns in der Integrativen Therapie auf breitere Ebenen gestellt (evolutionär, behavioral, sozialpsychologisch usw.), was im tiefenpsychologischen Paradigma anders verstanden wird, nämlich *trieb-, bedürfnis- und objektbeziehungstheoretisch*, (3) erscheint es so elegant wie schlicht, *eine solitäre Erklärung für*

Alles zu suchen: Im Integrativen Ansatz wird die Ebene der „Konflikte“ eingebettet in fünf weitere Ebenen, die auch behavioristische, traumaspezifische und sozialpsychologisch-systemische Theoriebildungen berücksichtigen; die ätiologische Hypothesenbildung wird somit auf wesentlich breitere Basis gestellt (Osten, 2010).

Ähnlich verhält es sich mit der Achse 4, „Struktur“. Der Strukturbegriff wird auch innerhalb der Psychoanalyse kontraversiell diskutiert (Mentzos, 2011; Leitner & Petzold, 2009). In der OPD selbst wird er nur verwaschen definiert, dasselbe gilt für die Ausführungen zur Entwicklung von „Struktur“. Dass eine „defizitäre Struktur“ - bzw. die Symptomatik derselben - *allein* Ergebnis „früher Störungen“ sei, konnte empirisch nicht bestätigt werden, ebenso wenig, wie die Annahme, das Repräsentationsgeschehen würde sich vom Undifferenzierten „Gut“ und „Böse“ ins Differenzierte entwickeln, und die Symptomatik der strukturellen Defizite leite sich aus dieser mangelnden Differenzierung ab (Luthar, 2003). Die Befunde der Säuglingsforschung, der Stress- und Traumatheorie legen nahe, es genau anders herum zu verstehen, dass nämlich beim Säugling von Beginn an Differenzierung vorherrscht, die dann durch *stressful life-events* und *traumatic experiences* in die Marginalien einer bipolaren Stressreaktion zerfällt (*fight or flight reaction; emergency reaction*; siehe Sack, Sachsse & Schellong, 2013).

Wenn auch die „Strukturturniveaus“ der OPD deskriptiv praktikabel erfasst wurden und auch die „Funktionsniveaus“ für die Praxis der Psychotherapie brauchbar sind, so bleibt die konzeptionelle Inkompatibilität bestehen, dass der Begriff der „Struktur“ in der Integrativen Therapie anders, nämlich als ein Prozess der „Schemabildung“ verstanden wird, in dem „Narrative“ (Muster, Scripts) das Erleben und Verhalten des Menschen organisieren. Von einer Frühfestlegungstheorie wird Abstand genommen; wir sprechen von der lebenslaufbezogenen Entwicklungsperspektive einer „*prozesshaften Persönlichkeitsorganisation*“ (Osten, 2008; siehe auch Asubel, 1969). Zu guter Letzt verhält es sich auch auf der Ebene 4 der OPD so, dass der Therapeut die Diagnose der „strukturellen Störung“ mit ihren Funktionsniveaus vollständig ohne Einbeziehung von Einschätzungen und Bewertungen seitens des Patienten stellt; damit bleibt auch die „Strukturdiagnose“ eine - oftmals entwertende - Zuschreibung.

Psychoanalyse und Tiefenpsychologie sind traditionell bestimmt von einem Denken, das das Individuum solipsistisch konzipiert hat und es in einer isolierenden Weise in das Zentrum ätiologischer Überlegungen rückt. Beide längsschnittlichen, ätiologischen Achsen der OPD - Konflikt und Struktur - verlegen demnach die Genese von Störungen mit forcierter Akzentuierung in das Individuum. Dies ist aus longitudinaler und sozialpsychologischer Sicht nicht haltbar (Luthar, 2003). Die Tatsache, dass es natürlich das Individuum ist, das für sein Schicksal selbst verantwortlich zeichnen und für die belastenden Aspekte desselben eigene Bewältigungsmöglichkeiten finden muss, berechtigt nicht dazu, *wie selbstverständlich auch die Ursachen für sein Schicksal allein in seiner Seele auf Halde zu legen*. Die Integrative Therapie operiert daher auch

nicht mit dem Begriff der „Psychodynamik“, der diese Individuumszentrierung konzeptuell impliziert, sondern mit dem Begriff der „dynamischen Regulation“, der der Systemtheorie entstammt und die sozialpsychologischen Möglichkeiten der Regulation des Individuums in der Lebenslaufperspektive mit einbezieht (Anokhin, 1978).

In diesen Zusammenhängen muss betont werden, dass der Integrative Ansatz der ätiologischen Diagnostik, der hier vertreten wird, sich explizit auf die „narrative Praxis“ im Rahmen einer „Klinischen Heuristik“ bezieht - und das *programmatisch, nicht nur in „Ermangelung“ standardisierter bzw. manualisierter Methoden* -, die nicht unter der Prämisse eines Versuches der Objektivierung steht, sondern unter der eines „Intersubjektivitätsparadigmas“, das auf „prozesshafte, kommunikative Validierungen“ ätiologisch bedeutsamer Faktoren hinausläuft, auf „intersubjektiv generierte Hypothesenbildungen zur Ätiologie“. Das bedeutet, dass hier unter einer sozialkonstruktivistischen Perspektive von den *Phänomenen* - der „Oberfläche“ - ausgehend, auf die Entstehungsgeschichte und die *Strukturen* der Probleme hin inferiert wird sowie auf die sich auf solchem biographischen Boden ergebenden *Entwürfe* von Zukunftsplanungen (oder -befürchtungen). Auf diese Weise kann komplexes Wissen hoch vernetzt und prozesshaft sofort in diagnostische und therapeutische Prozesse einfließen.

Schlussgedanken

So operiert „entwicklungsorientierte prozessuale Diagnostik“ nicht nur zu Beginn einer Psychotherapie. Über die gesamte Strecke des Behandlungsverlaufes werden Klassifikationen (ICD, DSM), ätiologische Hypothesen, Vorstellungen darüber, wie sich die Identität und Krankheiten einer Person entwickelt haben, die vorgenommenen Ziele, die Interventionsplanung, die prognostischen Einschätzungen - kurz, die gesamte „Behandlung“ - immer wieder neu prozesshaft angepasst. Die Widerstände unserer Patienten helfen uns, vorgefasste Meinungen aufzugeben. Die Herausforderung der Offenheit im Prozesshaften hilft uns, uns selbst und die Menschen, die uns anvertraut sind, als kreative, entwicklungsfähige Wesen zu begreifen und somit nicht auf nur ihre Störungen zu blicken, sondern weit darüber hinaus ihre Entfaltung in einer potentialorientierten Weise zu fördern.

Um es in seiner Tiefe und Bedeutsamkeit zu erfassen, sollten wir zum Schluss noch einen kurzen geisteswissenschaftlichen Blick auf das Prozesshafte des Lebens werfen. Der Entwurf des prozesshaften Denkens räumt dem Individuum einerseits die *Kreativität* und *Spontaneität* des „schöpferischen Menschen“ (Csikszentmihalyi, 2014; Schnakenburg, 1994) wieder ein, die unter den entgrenzten Vorstellungen eines postmodernen Funktionalismus verloren gegangen sind. Andererseits gibt es dem *Leben als Ganzem* die Faktoren *Nichtwissen*, *Unberechenbarkeit*, *Zufall* und *Fügung* zurück - beides wichtige Schritte auf dem Weg, die „moderne Weltentfremdung“ zu

verstehen (Janke, 1999; Twellmann, 2014). Die positivistische Empirie hat mit ihren Präzisionsanalysen (*praecidere*, lat.: vorne wegschneiden; somit „das Überflüssige wegschneiden“) diesen Einflussgrößen ihren ontologischen Status abgesprochen. Das nicht mehr Kalkulierbare wurde mathematisch in den Bereich der Wahrscheinlichkeitsrechnungen verbannt und fristet seither in den Naturwissenschaften ein marginalisiertes Dasein. Aber ohne dieses „chaotische Element“ fühlen wir uns maschinenhaft, vom Leben abgetrennt und entfremdet. In der griechischen Antike wurde dies durch die Göttin *Tyche* verkörpert, die stets launenhaft den Wechsel der Geschichte zum Guten oder zum Bösen herbeiführte. Wolfgang Janke (1999) hat daher mit Recht gefordert, dass jeder wissenschaftlichen Präzisionsanalyse eine Restitutionsanalyse folgen müsse, die das „Weggeschnittene“ in veränderter Form wieder hinzufüge. *Tyche* freilich ist nicht berechenbar, aber - so wir uns auf sie einlassen - schenkt sie uns Wachheit und Geistesoffenheit - und gibt uns augenzwinkernd den Humor und das Staunen zurück.

Anmerkung

[1] Der Autor bezieht sich in seinen Ausführungen auf den Ansatz der Integrativen Therapie.

Literatur

- Albert, K. (1974). *Die ontologische Erfahrung*. Ratingen: Henn.
- Anokhin, P.K. (1978). *Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems*. Jena: Gustav Fischer.
- Asendorpf, J.B. (2007). *Psychologie der Persönlichkeit* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Asubel, D.P. (1969). *Educational Psychology. A cognitive Review*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Auhagen, A.E. (2008). *Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren Leben“*. Weinheim: Beltz-PVU.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Berk, L.E. (2005). *Entwicklungspsychologie*. München: Pearson.
- Bettighofer, S. (2010). *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bronfenbrenner, U. (1993). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). *Flow und Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fenner, D. (2003). *Glück. Grundriss einer integrativen Lebenswissenschaft*. Freiburg i. Br.: Alber.
- Filipp, S.-H. (1990). *Kritische Lebensereignisse*. München: PVU.
- Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Foucault, M. (2012). *Die Ordnung des Diskurses*. München: Fischer.
- Frank, R. (2011). *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Funder, D., Parke, R., Tomlinson-Keese, C. & Widman, K. (1993). *Studying lives through time: Approaches to personality and development*. Washington: APA.
- Furman, B. (2013). *Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben*. Dortmund: Borgmann.
- Gahleitner, S.B., Hahn, G. (2011). *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S.B., Hahn, G. & Glemser, R. (2013). *Psychosoziale Interventionen. Klinische Sozialarbeit*, Band 6. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Gehlen, A. (1950). *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt*. Wiebelsheim: Aula.

- Grassi, E. & Otto, W.F. (1964). *Platon. Sämtliche Werke*. Reinbek: rowohlt.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. 2 Bände*. Göttingen: Hogrefe.
- Hurrelmann, K. (2012). *Sozialisation. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung*. Weinheim: Beltz.
- Janke, W. (1999). *Kritik der präzisierten Welt. Diagnose der modernen Weltentfremdung*. Freiburg i. Br.: Alber.
- Kahn, R.L. & Antonucci, T.C. (1980). Convoys Over the Life Course. In P.B. Baltes, O.G. Brim (Hrsg.), *Life Span Development and Behaviour* (S. 253-286). New York: Academic Press.
- Keupp, H. & Röhrle, B. (1996). *Soziale Netzwerke*. Frankfurt a. M.: München: Campus.
- Kuhl, J. (2010). *Lehrbuch der Persönlichkeitspsychologie. Motivation, Emotion, Selbststeuerung*. Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.-R. (1993). *Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung*. Bern: Huber.
- Leitner, A. & Petzold, H.G. (2009). *Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen*. Wien: Krammer.
- Luhmann, N. (1987). *Soziale Systeme*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luthar, S. (2003). *Resilience and Vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge UP.
- Lyotard, J.-F. (1998). *Postmoderne Moralitäten*. Wien: Passagen.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (2010). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: U & B.
- Mandelbrot, B.B. (1987). *Die fraktale Geometrie der Natur*. Basel: Birkhäuser.
- Marcel, G. (1961). *Das ontologische Geheimnis*. Stuttgart: Reclam.
- Mentzos, S. (2011). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität*. Göttingen: V & R.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: deGruyter.
- Miegel, M. (2014). *Hybris. Die überforderte Gesellschaft*. München: Propyläen.
- Noam, G. & Röper, G. (1999). Auf dem Weg zu entwicklungspsychologisch differentiellen Interventionen. In R. Oerter, C.v. Hagen, G. Röper & G. Noam, (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 478-511). Weinheim: Beltz.
- Norcross, J.C. & Guy, J.D. (2010). *Lassen Sie es in Ihrer Praxis. Wie Psychotherapeuten für sich sorgen können*. Bern: Huber.

- Osten, P. (2000). *Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis*. München: UTB-Reinhardt.
- Osten, P. (2008). *Evolution, Familie und Persönlichkeitsentwicklung*. Wien: Krammer.
- Osten, P. (2010). *Integrative Psychotherapeutische Diagnostik. Polyloge*. Zugriff am 01.10.2014. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-14-2011-osten-peter.html>
- Paar, G.H., Hagen, C.v., Kriebel, R. & Wörz, T. (1999). Genese und Prognose psychosomatischer Störungen. In R. Oerter, C.v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 299-313). Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie, Genetik, Neurophysiologie*. Berlin: Springer.
- Petzold, H.G. (1980). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In H.G. Petzold (Hrsg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (S. 223-290). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1988). Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“. In H. G. Petzold, *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie* (S. 173-284). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993). *Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung* (Band 1). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1994). *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung* (Band 2). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2003a). Der „Tree of Science“ als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie. In H.G. Petzold, *Integrative Therapie* (Band 1, S. 375-382). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2003b). Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie. In H.G. Petzold, *Integrative Therapie* (Band 1, S. 93-140). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2006). Arbeit mit der Familie „im Kopf“ – die „repräsentationale Familie“ als Grundlage integrativer sozialpädagogischer, familienpsychologischer und -therapeutischer Arbeit. *Polyloge*. Zugriff am 02.10.2014. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/06-2006-petzold-h-g-2006v-arbeit-mit-der-familie-im-kopf.html>
- Petzold, H.G. (2012). *Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie: interdisziplinäre Perspektiven*. Wiesbaden: VS.
- Petzold, H.G., Goffin, J. & Oudhof, J. (1993). Protektive Faktoren und Prozesse. In H.G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Integration und Kreation* (Band 1, S. 173-267).

- Petzold, H.G. & Orth, I. (1994). Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie*, 20(4), 340-391.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (2006). *Gesundheitspsychologie*. Berlin: Springer.
- Rizzolati, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (1998): *Netzwerkintervention*. Göttingen: dgvt.
- Rothenberger, A. & Schmidt, M.H. (2000). *Die Funktion des Frontalhirns und der Verlauf psychischer Störungen*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Rutter, M. (1988). *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data*. Cambridge: Cambridge UP.
- Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Saramago, J. (1997). *Hoffnung im Alentejo*. Frankfurt a. M.: rororo.
- Schacter, D.L. (2001). *Wir sind Erinnerung*. Frankfurt a. M.: rowohlt.
- Schiepek, G., Eckert, H. & Kravanja, B. (2013). *Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schlippe, A.v. & Schweitzer, J. (2012). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (Bände I und II)*. Göttingen: V & R.
- Schnakenburg, R.v. (1994). *Einbildungskraft als Leibwissen, Rhythmus und physiognomisches Sehen. Grundlagenreflexionen zum Verständnis künstlerischer, kunstpädagogischer und kunsttherapeutischer Arbeit*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Schneider, W. & Lindenberger, U. (2012). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Sedmak, C. (2013). *Innerlichkeit und Kraft. Studien über epistemische Resilienz*. Freiburg i. Br.: Herder.
- Seligman, M. (2012). *Flourish. Wie Menschen aufblühen. Die positive Psychologie des gelingenden Lebens*. München: Kösel.
- Twellmann, M. (2014). *Nichtwissen als Ressource*. Baden-Baden: Nomos.
- Watson, J. (1968). *Behaviorismus*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Wirsching, M. & Scheib, P. (2002). *Paar- und Familientherapie*. Berlin: Springer.

Angaben zum Autor

Peter Osten, MSc, Lehrtherapeut und Kontrolltherapeut für Integrative Therapie, Praxis für Integrative Psychotherapie

Kontakt: mail@PeterOsten.de

Korrespondenzadresse:

Peter Osten, MSc
Winthirstraße 21
80639 München
Deutschland

Zitationsempfehlung

Osten, P. (2014). Entwicklungs- und Prozessorientierung in der Psychotherapeutischen Diagnostik - eine Integrative Betrachtungsweise. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2), 116-133. Zugriff am 15.11.2014. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>