

Synelio Band I PRM

Benjamin Oliver Turci

Table of Contents

Das Prädiktive Regulationsmodell (PRM)

Eine transdiagnostische Zustandssprache für die klinische Praxis

Neurobiologische Grundlagen, diagnostische Klassifikationsheuristik und therapeutische Steuerung als fundierte Weiterentwicklung klassischer Regulationsmodelle

Autor: Benjamin Oliver Turci, staatlich anerkannter Ergotherapeut

Verlag: Synelio® Verlag · Bochum 2026

Reihe: Synelio® Ökosystem · **Band I - PRM**

Version: v9.1 · Stand: 2026

RECHTLICHE HINWEISE UND ZIELGRUPPENDEFINITION

Dieses Werk richtet sich ausschließlich an staatlich anerkannte Fachkräfte der Heilberufe im Sinne des § 2 Heilmittelwerbegesetz (HWG): approbierte Ärztinnen und Ärzte, zugelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Angehörige der gesetzlich geregelten Gesundheitsfachberufe (DE: ErgThG; AT: MTDG 2024; CH: GesBG). **Nicht bestimmt für Patientinnen, Patienten oder medizinische Laien.**

§ 1 – Zielgruppe und Fachvorbehalt (§ 2 HWG; § 11 HWG)

Dieses Werk richtet sich an Fachkräfte im Sinne des § 2 HWG. Es unterliegt dem Fachkreisvorbehalt des Heilmittelwerbegesetzes. Laienwerbung im Sinne des § 11 HWG ist nicht beabsichtigt und wird ausdrücklich ausgeschlossen. Das Werk darf nicht in einer Weise vertrieben, beworben oder zugänglich gemacht werden, die sich an den allgemeinen Verbraucherkreis richtet.

Länderspezifische Berufsausübungsvoraussetzungen:

Synelio Band I PRM

Benjamin Oliver Turci

Table of Contents

Das Prädiktive Regulationsmodell (PRM)

Eine transdiagnostische Zustandssprache für die klinische Praxis

Neurobiologische Grundlagen, diagnostische Klassifikationsheuristik und therapeutische Steuerung als fundierte Weiterentwicklung klassischer Regulationsmodelle

Autor: Benjamin Oliver Turci, staatlich anerkannter Ergotherapeut

Verlag: Synelio® Verlag · Bochum 2026

Reihe: Synelio® Ökosystem · **Band I - PRM**

Version: v9.1 · Stand: 2026



RECHTLICHE HINWEISE UND ZIELGRUPPENDEFINITION

Dieses Werk richtet sich ausschließlich an staatlich anerkannte Fachkräfte der Heilberufe im Sinne des § 2 Heilmittelwerbegesetz (HWG): approbierte Ärztinnen und Ärzte, zugelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Angehörige der gesetzlich geregelten Gesundheitsfachberufe (DE: ErgThG; AT: MTDG 2024; CH: GesBG). **Nicht bestimmt für Patientinnen, Patienten oder medizinische Laien.**

§ 1 – Zielgruppe und Fachvorbehalt (§ 2 HWG; § 11 HWG)

Dieses Werk richtet sich an Fachkräfte im Sinne des § 2 HWG. Es unterliegt dem Fachkreisvorbehalt des Heilmittelwerbegesetzes. Laienwerbung im Sinne des § 11 HWG ist nicht beabsichtigt und wird ausdrücklich ausgeschlossen. Das Werk darf nicht in einer Weise vertrieben, beworben oder zugänglich gemacht werden, die sich an den allgemeinen Verbraucherkreis richtet.

Länderspezifische Berufsausübungsvoraussetzungen:

Deutschland: ErgThG § 2 (Erteilung der Berufserlaubnis). Die Anwendung des PRM/PRT setzt eine abgeschlossene, staatlich anerkannte Ausbildung oder ein äquivalentes Studium voraus. Heilpraktikergesetz (HeilprG) und Heilmittel-Richtlinie des G-BA (HeilM-RL) bleiben anwendbar.

Österreich: MTDG 2024 (BGBl. I Nr. 100/2024), §§ 39 ff. – Anordnungsvorbehalt bleibt für therapieentscheidende Maßnahmen bestehen. Eigenverantwortliches Handeln im ergotherapeutischen Kompetenzbereich ist zulässig, sofern im MTDG 2024 vorgesehen.

Schweiz: Gesundheitsberufegesetz (GesBG, SR 811.21), Art. 7–12. Kantonale Berufsausübungsbewilligung (BAB) ist seit 1. Februar 2025 zwingend erforderlich. Zusätzlich gilt das Sachlichkeitsgebot (Art. 27 PsyG, SR 935.81).

§ 2 – Keine medizinische Zweckbestimmung (MDR)

Das Prädiktive Regulationsmodell (PRM) und das Prädiktive Regulationstraining (PRT) sowie alle Begleitmaterialien (Kartendecks, Arbeitsblätter, Selbsteinschätzungsbögen) erfüllen keine medizinische Zweckbestimmung im Sinne von Art. 2 Nr. 1 der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR, (EU) 2017/745). Sie sind **keine Medizinprodukte**. Die beschriebenen Methoden dienen der didaktischen Strukturierung, der Förderung des Wohlbefindens und der berufsbegleitenden Weiterqualifizierung von Fachkräften – nicht der Diagnose, Behandlung oder Überwachung von Krankheiten.

§ 3 – Keine Heilversprechen (§ 3 HWG)

Das Werk enthält keine Heilaussagen im Sinne des § 3 HWG. Es werden keine therapeutischen Wirkungen versprochen oder garantiert. PRM und PRT sind konzeptuelle Rahmen zur Unterstützung klinischer Entscheidungsfindung – kein eigenständiges, zugelassenes Therapieverfahren. Kein bestimmter Therapieerfolg, keine vollständige Risikofreiheit (einschließlich Retraumatisierungsrisiken) wird zugesichert.

§ 4 – Haftungsausschluss (BGB / ABGB / OR)

Die Letztverantwortung für jede klinische Intervention liegt bei der anwendenden Fachkraft gemäß den jeweils geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen.

Autor und Verlag schließen – soweit gesetzlich zulässig – jede Haftung für Schäden aus, die aus der direkten oder indirekten Anwendung der beschriebenen Konzepte entstehen.

Deutschland: Dieser Haftungsausschluss gilt nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit sowie nicht für vorsätzliche oder grob fahrlässige Pflichtverletzungen (§§ 309 Nr. 7, 823 BGB). Haftung für die Verletzung wesentlicher Vertragspflichten (Kardinalpflichten) bleibt unberührt.

Österreich: Ausnahmen nach §§ 1295 ff. ABGB (Vorsatz, grobe Fahrlässigkeit) und § 6 Abs. 1 Z 9 KSchG bleiben unberührt.

Schweiz: Ausnahmen nach Art. 41 ff. OR und Art. 100 Abs. 1 OR (Haftung bei Vorsatz/grober Fahrlässigkeit) bleiben unberührt.

§ 5 – Kein Ersatz psychiatrischer Notfallversorgung

Bei akuter Suizidalität, akuter Psychose, Fremdgefährdung oder vitaler Bedrohung sind ausschließlich die psychiatrische Notfallversorgung und die geltenden Leitlinien maßgeblich (AWMF S3-Leitlinie 038-028 Suizidalität; S3-Leitlinie 155-001 PTBS; ÖGPP-Leitlinien AT; SGPP-Leitlinien CH). Das PRM tritt in diesen Fällen vollständig zurück.

§ 6 – Datenschutz und Schweigepflicht (DSGVO / StGB § 203)

Alle klinischen Fallbeispiele und Vignetten sind vollständig fiktionalisiert (Komposit-Fälle). Jede Ähnlichkeit mit realen Personen ist zufällig. Die therapeutische Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Anforderungen (DSGVO (EU) 2016/679; DSG Österreich 2022; revDSG Schweiz 2023; § 203 StGB) sind durch das Werk nicht berührt.

§ 7 – OPS-Dokumentation und Abrechnung (SGB V / G-BA)

Synelio® PRT ist kein eigenständiger, vom G-BA anerkannter Heilmittelcode. Die Anwendung erfolgt im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung nach HeilM-RL. PZK-Klassifikationen (ROT/VIOLETT/GRÜN/SAND) sind **ausschließlich im Freitext** der ergotherapeutischen Verlaufsdokumentation zulässig – nicht als strukturiertes KIS-Feld oder ICD-Code. Für die korrekte Leistungsabrechnung gemäß GKV/SGB V sowie die Blankoverordnung (§ 125a SGB V) ist die anwendende Fachkraft eigenverantwortlich.

§ 8 – Markenrecht und Urheberrecht

Synelio® ist eine eingetragene Marke von Benjamin Oliver Turci / Synelio® Verlag, Bochum. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt (© 2026 Benjamin Oliver Turci). Alle Rechte vorbehalten. Die Erwähnung fremder Marken (EMDR®, DBT®, Somatic Experiencing®) erfolgt im Rahmen des wissenschaftlichen Zitatrechts (§ 51 UrhG). Keine offizielle Verbindung zu den jeweiligen Markeninhabern.

§ 9 – Krisenressourcen

Für den Fall, dass dieses Fachwerk entgegen seiner Bestimmung in die Hände von Betroffenen gelangt:

Land

Telefon

Erreichbarkeit

Deutschland

0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222

kostenlos, 24/7

Notfall DE

112

–

Österreich

142 (TelefonSeelsorge)

kostenlos, 24/7

Notfall AT

144

-

Schweiz

143 (Die Dargebotene Hand)

kostenlos, 24/7

Notfall CH

144

-

,

Dieser Rechtstext wurde auf Basis des Rechtsstands DACH 2026 formuliert.

IMPRESSUM

Titel: Das Prädiktive Regulationsmodell (PRM). Eine transdiagnostische Zustandssprache für die klinische Praxis.

Erscheinungsjahr: 2026

Auflage: 1. Auflage 2026

Stand: 2026 · Version v9.1

Autor: Benjamin Oliver Turci · Staatlich anerkannter Ergotherapeut (ErgThG) · SAGT® · FPDM **Verlag:** Synelio® Verlag (Selbstverlag)

Anschrift: Benjamin Oliver Turci c/o Holger Gutknecht, Peter-Zadek-Str. 7, 44789 Bochum **ISBN:** [nach epubli-Upload eintragen]

Fachkreis-Vorbehalt (§ 11 HWG): Dieses Werk richtet sich ausschließlich an therapeutisches Fachpersonal mit staatlicher Anerkennung.

Reihe: Band I - Das Prädiktive Regulationsmodell (PRM) ·

Grundlagenwerk · Theorie ← dieses Buch Band II – Synelio® PRT – Das Praxis-Manual Band III – Synelio® Signal – Kommunikation & Grenzregulation Band IV – Synelio® Defense – Neuro-Somatische Grenzregulation Synelio® PZK-Aktionskarten – PDF verfügbar · physisch exklusiv nach Fortbildung

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert, vervielfältigt oder übertragen werden.

SYNELIO® ist eine eingetragene Wortmarke (DPMA-Nr. [nach Eintragung einfügen]).

DSGVO: Alle Fallvignetten sind vollständig fiktionalisiert. Jede Ähnlichkeit mit realen Personen ist zufällig und nicht beabsichtigt.

VORWORT

Es gibt einen Moment, den jede psychiatrische Fachkraft kennt.

Nicht aus der Ausbildung. Nicht aus einem Lehrbuch. Sondern von einer konkreten Sitzung, an einem konkreten Morgen, mit einem konkreten Patienten, dessen Verhalten kein Modell erklärte, das man gelernt hatte.

Das Bett wird nicht verlassen. Die Gruppe wird nicht besucht. Der Kontakt reißt ab – nicht weil der Patient nicht will, sondern weil das Nervensystem gerade nicht kann. Und man steht vor dem Zimmer und fragt sich: Was tue ich jetzt? Womit fange ich an?

Dieses Buch ist aus dieser Frage entstanden.

Nicht aus einer Theorie. Nicht aus einer Fortbildung. Sondern aus dem wiederholten Erleben, dass die vorhandenen Erklärungsrahmen zwar Sprache für das geben, was man sieht – aber wenig Orientierung dafür, wann eine Intervention sinnvoll ist. Das *Was* war oft klar. Das *Wann* nicht.

Das Prädiktive Regulationsmodell (PRM) ist der Versuch, genau diese Lücke zu schließen.

Der wissenschaftliche Kontext

Im Jahr 2026 veröffentlichte ein internationales Expertengremium unter der Federführung von Paul Grossman et al. eine Analyse, die den konzeptuellen Raum öffnete, den dieses Buch zu füllen versucht. Die Autoren legten dar, dass die Polyvagal-Theorie – jenes Erklärungsmodell, das seit den 1990er Jahren in Traumatherapie, Körpertherapie und psychosomatischer Medizin einen weithin akzeptierten Status erlangt hatte – auf neuroanatomischen Annahmen beruht, die mit den tatsächlichen neurophysiologischen Funktionen systematisch konfundiert wurden. Die klinischen Ableitungen, die daraus gezogen worden waren, halten einer Überprüfung an der verfügbaren empirischen Evidenz nicht stand. (Grossman et al., 2026, *Clinical Neuropsychiatry* 23(1):100–112 · PMID: 41768017 / PMC12937499 · DOI: 10.32043/cnp.v23i1.1052)

Diese Kritik ist kein Angriff auf die Praktikerinnen und Praktiker, die mit der Polyvagal-Theorie gearbeitet haben. Die klinischen Beobachtungen, aus denen das Modell entstand, sind real. Die Interventionen, die sich daraus entwickelt haben, helfen – aus Gründen, die das PRM präziser beschreibt als die Theorie, die sie begründete. Die Falsifikation eines Erklärungsrahmens

invalidiert nicht die klinische Erfahrung derer, die ihn angewendet haben. Sie schafft Raum für einen besseren.

Die Reaktionen auf diese Publikation fielen erwartungsgemäß aus: Verteidigung, Relativierung, der Hinweis auf den klinischen Nutzen des Modells trotz seiner konzeptuellen Mängel. Diese Reaktionen sind verständlich. Ein Modell, das psychiatrischen Fachkräften geholfen hat, Patienten verständliche Landkarten ihrer eigenen Dysregulation anzubieten – auch wenn diese Landkarten topographisch ungenau waren –, wird nicht kampfflos aufgegeben.

Dieses Buch tritt nicht an, um eine weitere Verteidigungsschrift zu verfassen. Es tritt an, um die Frage zu beantworten, die nach der Falsifikation eines Modells zwingend folgt: Was kommt an seine Stelle? Welcher Erklärungsrahmen beschreibt die neurobiologischen Mechanismen menschlicher Dysregulation präziser, erlaubt validierbare klinische Prädiktionen und ist gleichzeitig so operationalisierbar, dass er im Alltag einer ambulanten Praxis oder einer stationären Station tatsächlich angewendet werden kann?

Die Antwort dieses Werkes lautet: das **Prädiktive Regulationsmodell (PRM)**. Gegründet auf dem Fundament des *Predictive Processing* und des *Active Inference*-Rahmens nach Karl Friston, dem Konzept der Allostase nach Sterling und Eyer (Sterling & Eyer, 1988) in seiner klinischen Ausarbeitung durch Lisa Feldman Barrett sowie dem neuroanatomisch gesicherten Modell der longitudinalen Funktionssäulen des Periaquäduktalen Graus (PAG).

Dabei ist von Anfang an Klarheit über eine Falle geboten, die sorgfältig vermieden werden muss: Die neuroanatomische Kritik an der Polyvagal-Theorie (Grossman et al., 2026) eröffnet den konzeptuellen Raum für ein neurobiologisch robusteres Modell. Die Stärke des PRM liegt nicht in der Widerlegung, sondern in seiner eigenständigen Erklärungskraft für die präzise Beschreibung allostatischer Systemzustände und deren arbeitshypothetische Klassifikationsheuristik – eine Leistung, die bisherige Modelle konzeptuell nicht erbringen konnten.

Die zentrale These dieses Buches ist dabei bewusst bescheiden formuliert: Das PRM erfindet keine neuen therapeutischen Werkzeuge. Es liefert das fehlende Navigationssystem für diejenigen Werkzeuge, die bereits existieren und deren Wirksamkeit belegt ist – EMDR, Prolonged Exposure, Coherence Therapy und verwandte traumafokussierte Verfahren. Der entscheidende Beitrag liegt nicht im *Wie* der Intervention, sondern im *Wann*: in der präzisen diagnostischen Identifikation des physiologischen Systemzustands, in dem ein Patient sicherheitsoptimiert und mit bestmöglicher Risikominimierung behandelt werden kann.

Das klinische Steuerungszentrum des PRM ist die **Prädiktive Zustandsklassifikation (PZK)** – eine klinisch-phänomenologische Matrix, die drei Systemzustände (kortikale Integration, Hyperarousal-bedingte Mobilisierung, Hypometabolismus (Zustand rigider Vorhersagefehler-Vermeidung)) über verhaltensbeobachtbare Anker ohne apparative Hilfsmittel klassifizierbar macht. Der Therapeut, der mit der PZK arbeitet, strukturiert seine klinische Beobachtung anhand eines systematischen Protokolls und macht seine Einschätzung damit intersubjektiv nachvollziehbar – auch wenn die Klassifikation selbst eine informierte klinische Hypothese bleibt, keine messbare neurophysiologische Tatsache. Das Protokoll setzt auf den Garfinkel-Dimensionen interozeptiver Präzision (*Interoceptive Accuracy, Sensibility, Awareness*) auf und ist durch stringente Verhaltensanker operationalisiert. Die angestrebte Interrater-Reliabilität (Cohen's Kappa $\kappa = 0.65\text{--}0.75$ als Mindestziel, ≥ 0.80 als Langfristziel) ist **methodisches Ziel und Hypothese – kein belegter empirischer Befund**. Zum Zeitpunkt der Drucklegung (2026) liegt keine abgeschlossene randomisierte Validierungsstudie vor. Der angestrebte Kappa-Wert basiert auf vergleichbaren klinisch-phänomenologischen Klassifikationsinstrumenten (vgl. Garfinkel et al., 2015; Body Perception Questionnaire). Die empirische Validierung der PZK ist Gegenstand der in Anhang B beschriebenen geplanten Forschungsschritte. Kliniker wenden die PZK als **informierte klinische Hypothese** an – nicht als validiertes psychometrisches Instrument.

Dieses Buch richtet sich an alle psychiatrischen und psychosozialen Fachkräfte: Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Pflegefachkräfte, Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter – alle, die täglich mit Menschen arbeiten, deren Nervensystem nicht das tut, was die Therapie von ihm verlangt. Es ist kein Einführungswerk und kein populärwissenschaftlicher Text. Es ist ein Beitrag zu einer Fachkonversation, die mit gebotener Schärfe und ebenso gebotener Demut geführt werden muss.

Die klinischen Längsfallfiguren dieses Buches sind kompositorische Werkzeuge, keine realen Personen. Sarah, 34 Jahre, Komplexe PTBS (*ICD-10: F43.1 | ICD-11: 6B41*) nach langjähriger Beziehungsgewalt, repräsentiert das hypermobilisierte Ende des prädiktiven Spektrums: ein System unter chronischer Danger-Prior-Dominanz, das antizipiert, bevor etwas zu antizipieren ist. Markus, 51 Jahre, schwere depressive Episode mit anhedoner Grundstruktur, repräsentiert das hypometabolische Ende: ein System, das keine Zukunft mehr modelliert und dessen inferentielle Maschinerie in drastisch reduzierter Kapazität operiert. Beide Pole ziehen sich durch die Kapitel 01 bis 13 als durchgängige Beobachtungsachse.

Eine dritte Figur tritt in Kapitel 13 hinzu: Julia, 28 Jahre, Borderline-Persönlichkeitsstörung (*ICD-10: F60.3 | ICD-11: 6D11.5*) nach früher Bindungstraumatisierung. Julia repräsentiert eine strukturell andere Prior-Architektur als Sarah und Markus: nicht den temporalen Kollaps der K-PTBS, nicht den Verlust prospektiver Inferenz der Depression (*ICD-10: F32 | ICD-11: 6A70*), sondern den fundamentalen Mangel an Safety-Priors als Grundbedingung jeder therapeutischen Arbeit. Alle drei Figuren – Sarah, Markus, Julia – sind in einem transdiagnostischen Modell gleichrangig notwendig: Sie bilden gemeinsam das Spektrum pathologischer Prior-Architekturen ab, das das PRM als transdiagnostische Zustandssprache beschreiben und navigierbar machen soll.

Dieses Buch ist nicht das letzte Wort. Es ist ein präzisierte Anfang. Das PRM versteht sich, wie der Epilog ausführen wird, als offenes Forschungsprogramm – formulierbar in Hypothesen, prüfbar an empirischen Kriterien, revidierbar durch bessere Evidenz. Genau das unterscheidet es von dem Modell, das es ablöst.

Das PRM ist das derzeit beste Arbeitsmodell, das der Autor auf Grundlage der aktuellen Evidenz formulieren kann. Es ist keine Wahrheit und keine Garantie – es ist eine präzise Arbeitshypothese, die auf Widerspruch wartet.

Bochum, im Frühjahr 2026

Benjamin Oliver Turci

„Dieses Modell behauptet nicht, dass alles, was erfahrene Therapeuten in den letzten Jahrzehnten getan haben, falsch war. Im Gegenteil: Erfahrene Praktiker haben PRT oft schon intuitiv angewendet. Das PRM liefert lediglich die moderne neurobiologische Grammatik für das, was Exzellenz in der Therapie seit jeher ausgemacht hat – und macht es damit reproduzierbar und lehrbar.“ **KAPITEL: VALIDIERUNGSPROGRAMM** – Phasen V.1–V.5, Zeitplan 2026–2030

INHALTSVERZEICHNIS

TEIL I – GRUNDLAGEN: Die Neurobiologie der Vorhersage (Kapitel 01–04)

Kapitel 01 - PAG-Neuroanatomie, die Heuristik-Charta und das Problem der Theory-Ladenness **Kapitel 02 - Predictive Processing - Das Gehirn als Inferenz-Maschine** **Kapitel 03 - Allostase und Energie-Reserve (Body Budget) - Die klinische Ökonomik** **Kapitel 04**