

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2014

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Hilarion G. Petzold (2014i):
**Integrative Depressionsbehandlung auf
neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des
„depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“
komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“
Integrativer Therapie ***

Aus: *Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2014): Die „Dritte Welle“.*
Neue Wege der Psychotherapie.

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

* Aus der „**Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Kapitel 2.2 : Neuroplastizität nutzen

„The range of enriched environments for human beings is endless. For some, interacting physically with objects is gratifying; for others, finding and processing information is rewarding; and for still others, working with creative ideas is most enjoyable. But no matter what form enrichment takes, it is the challenge to the nerve cells that is important”.

Marian Cleeves Diamond, (The Brain...Use it or Lose It 1996)

Die neurobiologischen Wissensstände sind heute spürbar „im Fluss“, und die Halbwertszeiten des Wissens sind kurz. Die interdisziplinäre Forschung greift breit aus, und es kommt zunehmend zur Zusammenarbeit zwischen Neurobiologen, Psychologen, Philosophen, Linguisten, Kulturwissenschaftlern (*Hüther, Petzold 2012*)¹, was dem Thema des Menschen als höchst komplexem Wesen gerecht wird, seine Multidimensionalität zeigt, die dann Multiperspektivität der Betrachtung und Multimodalität der Behandlung erfordert. Das macht auch deutlich, dass man Therapie weiter fassen muss, als das bisher geschah, dass man sie als „**Humantherapie**“ und als „**Kulturarbeit**“ auffassen muss (*Petzold, Orth, Sieper 2013*), die auch ganz konkrete interventive Konsequenzen haben muss, wie die Arbeit mit „kreativen Medien“, „multipler Stimulierung“ und „ästhetischen Erfahrungen“, die im Integrativen Ansatz seit seinen Anfängen dokumentiert ist²: im „ästhetischen Raum der Künste“ (*Stadler 2008; Traudisch 2011*) und im „ästhetischen Raum der Natur“ (*Petzold 2006p; 2011g*). Das wird durch die Neurowissenschaften gestützt, die zeigen, dass das Gehirn beständig Anregung braucht, und das Angeregte immer wieder stimuliert werden muss, damit sich Erfahrenes als Erfahrung bahnt – ganz gleich in welchem Bereich, wie das vorangestellte Zitat der bedeutenden Neuroanatomin *Marian C. Diamond* (1996) unterstreicht. So, durch Anregung, ästhetische Erfahrung, Übung wird die Lernkapazität und Neuroplastizität des Gehirns genutzt³. Das stützt die Idee *Foucaults* einer „Ästhetik der Existenz“ (*Foucault 2007; vgl. Schmid 1998, 2004*), bekräftigt mein Konzept von der „heilenden Kraft des Schöpferischen“ (*Petzold 1992m*). Von künstlerischer Seite wird das durch *Joseph Beuys*‘ Maxime: „Jeder Mensch ist ein Künstler“ unterfangen (*Beuys 1990; vgl. Bodenmann-Ritter 1991*).

Diese Perspektiven sollen nun keinem Aufruf zu kreativ-animatorischem Aktionismus Vorschub leisten. Vielmehr ist es bei der komplexen Forschungslage in den Neurowissenschaften und mit Blick auf die prekären kulturellen Situationen, in denen wir uns

¹ *Metzinger, Gallese 2003; Domínguez Duque, Turner, Lewis, Egan 2010.*

² *Iljine, Petzold, Sieper 1967/1990; Sieper 1971; Orth, Petzold 1993a; Petzold 1992m, 1999q.*

³ *Chalupa et. al 2011; Freedberg, Gallese 2007; Changeux 2010.*

befinden, wichtig, mit Besonnenheit vorzugehen und sich nicht in den beschleunigenden Drive (Rosa 2005) der ultrakomplexen Spätmoderne mit ihren multiplen Entfremdungsdynamiken und konsumtorischen Verlockungen hineinziehen zu lassen (Petzold 1987d, 2013b). Party-Getriebe ist *fun*, fein für die Freizeit. Aufbau defizienter schöpferischer Potentiale hat eine andere Ausrichtung. Kreativangebote als Dienstleistungen sind ja schon gut „am Markt“ platziert – nichts dagegen. Wir denken aber im therapeutischen und agogischen Kontext an eine nachhaltige Kreativierung, die den Menschen als Subjekt erreicht und schöpferisch macht (*idem* 1999q). Es geht darum, Menschen nicht in Prozesse hektischer Kreativierung zu treiben, in kaum noch zu kontrollierende Beschleunigungsdynamiken, die immer wieder auch in „**maligne Akzelerationen**“ führen (*idem* 2012p; Rosa 2012). Das verlangt auch bei der Rezeption, Verarbeitung und behandlungsmethodisch-technischen Umsetzung der gegenwärtigen, im Fluss befindlichen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse und für ihre klinische Erprobung Geduld, große Sorgfalt und durchaus eine gewisse Bescheidenheit (*idem* 1994b), was die Geltungsansprüche und die Erklärungsbehauptungen angeht. Aktionismus ist nicht angesagt. Dass es eine lebenslange „synaptische Plastizität“ und „Neuroplastizität“ (*brain plasticity, cerebral plasticity*) gibt, steht derzeit außer Zweifel⁴. Dennoch sind wir noch weit entfernt davon, Neuroplastizität spezifisch genug zu verstehen, das Zusammenspiel der ca. 100 Milliarden Neuronen und ca. 1 Billionen Gliazellen. Gliazellen haben für das Transmittergeschehen, GABA und Glutamat, an den Synapsen Bedeutung sowie für die Blutversorgung und für die Verbindung zum Hormonsystem. Da im Unterschied zu den meisten Neuronen das Gliagewebe sich beständig auf zellulärem Niveau erneuert, ist anzunehmen, dass es auch für die Neuroplastizität bedeutsam ist. Bei den Neuronen kann man spezialisierte Gruppen von hoher Stabilität, die besondere Aufgaben verlässlich meistern müssen (motorische Steuerung, Sprachvermögen ec.), und generalisierende, steuernde Neuronen, die übergeordnete Vernetzungen in den Assoziationscortices bilden, unterscheiden. Die letztgenannte Gruppe verbindet zum Beispiel die Informationen aus den einzelnen Sinnesarealen zu Gesamteindrücken und hat ein höheres Veränderungspotential, um situationsgeforderte Anpassungen und zerebrales Lernen zu ermöglichen. Die Neurotransmission, das Zusammenwirken von *Neurotransmittern* (Azetylcholin, Dopamin, GABA, Glutamat, Noradrenalin), die Zusammenarbeit von dopaminergen und serotonergen Neuronen spielt dabei eine große Rolle. Ventrales

⁴ Rakik 2002; Chalupa et al. 2011; Doidge 2007.

Tegmentum, Nucleus accumbens, Amygdala (basale Emotionen) und Hippokampus (szenisches und atmosphärisches Gedächtnis) sind z. B. als dopaminerge Systeme fest konnektiviert. *Neuromodulatoren* (Corticoid-Releasing-Hormon, Endorphine, Oxytocin, Vasopressin, Stickstoffmonoxid) sind für die intrazerebrale Kooperation von Neuronengruppen wesentlich. Weiterhin finden interaktive Prozesse zwischen Synapsen und Genen statt. Genexpressionen und synaptisches Geschehen wirken bei zerebralen Lernprozessen zusammen, wie *Eric Kandel* (1979, 2006b, 2012) mit seinen Untersuchungen an der Meeresschnecke *Aplysia* zeigen konnte. Auch werden im Hippokampus und Bulbus olfaktorius beständig neue Neuronen gebildet (*Kempermann* 2008), die komplexe Gedächtnisleistungen, welche wiederum auf multisensorischen Eindrücken gründen, zu unterstützen. Durch diese multiplen Vernetzungen arbeitet das Gehirn immer sektoriell **und** als Gesamt. Das war schon die Erkenntnis *Lurijas* (1963a, b, 1970, 1973, 1992), die wir in den ersten Studienjahren in Paris verinnerlichen konnten. Und genau diese komplexen Funktionseinheiten gilt es operative zu halten und zu stärken („*the challenge to the nerve cells*“, *Diamond* 1996), um Funktionsverluste durch „**disuse**“ zu vermeiden, denn das „*use it or loose it*“ als Faktor für Abbau wiegt schwer und war schon *Hippokrates* bekannt. Unsere Konsequenz daraus war, mit **multiplen sensorischen Stimulierungen** zu arbeiten, also vielfältige sensorische Angebote zu machen und, da wir mit z. T. sehr abgebauten, passivierten, zurückgezogenen alten Menschen arbeiteten, sahen wir: diese Behandlung schlägt an (*Petzold* 1965, 2004a), die PatientInnen wurden kognitiv, emotional und volitional aktiviert, sie lernten Neues, indem sie vielfältige neue Stimulierung (*multisensorialité*) erhielten und zugleich damit verbundene vielfältige, neue Ausdrucksmöglichkeiten (*multiexpressivité*): von der Gartenarbeit, über die Bewegung, das Theaterspielen, die Tierpflege als **kokreative** Aktionen (*Iljine* 1972; *Iljine, Petzold, Sieper* 1967; *Petzold* 1973b). Da war mehr Freude, zeigte sich emotionale Bandbreite (*emotional learning*), Interessen erwachten wieder (*cognitive learning*), kleine Aufgaben wurden übernommen, gewünscht, erledigt (*volitional learning*). Pflanzen, die wir in die Zimmer brachten, wurden versorgt, und validere PatientInnen erhielten kleine Aufgaben im Garten: Gartentherapie als multiples sensorisches Erleben in gemeinschaftlicher Arbeit. Einzelne PatientInnen bekamen Vögel, Wellensittiche, denen sogar „Sprechen“ beigebracht wurde! Die Hauskatze „erhielt Zimmerzugang“. Wir entdeckten 1966/67 die heilsame Wirkung von „tiergestützter Therapie“ (*Petzold* 1969b/1988n, 491). Wir erfuhren, dass Lernen, dass die Neuroplastizität – auch wenn wir diesen Terminus nicht verwandten – bis ins hohe Senium wirksam ist. Das wurde

durch die Erfahrungen und Forschungen russischer KollegInnen, mit denen wir Anfang der 1970er Jahre Kontakt aufgenommen hatten, gestützt (Litowtschenko et al. 1976), die Lernen im Alter durch multimodale Angebote, das Verbinden von optischen, akustischen, haptischen Lernanreizen effektiver gestalten konnten. Unser multi- und intermedialer Ansatz „multipler Stimulierung“ und der Ermöglichung „multiexpressiver Aktivität“ (Petzold, Brühlmann-Jecklin et al. 2007), den wir theoretisch durch unser Konzept des „perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes“ in einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ vom „Leibe her“ (Orth, Petzold 1993c) unterfangen haben, erwies sich auch in der Arbeit mit Vorschulkindern, suchkranken Jugendlichen und erwachsenen psychiatrischen und psychosomatischen PatientInnen als klinisch sehr wirksam (Heinl 1993; Petzold 1967; 2007d; Petzold, Geibel 1972) und blieb für unsere gesamte Behandlungsmethodik bestimmend. Heute wird der Stimulierungsansatz aus dem Bereich der neurowissenschaftlichen Gerontologie durch Untersuchungen erneut bestätigt. Die Forschergruppe um Adam Gazzaley (Voytek, Gazzaley 2013) an der University of California konnte zeigen, wie durch Multi-Tasking-Videospiele Konzentration und Mehrfachaufmerksamkeit und -aktivität nach zwölf Stunden Training über vier Wochen deutlich verbessert werden konnten (Kurtzmann 2013; Mishra, Gazzaley 2012). Beim Üben mit dem „NeuroRacer“ zeigte sich, dass der präfrontale Kortex aktiver wurde und mit den hinteren Hirnregionen intensiviert in Verbindung war (Anguera et al. 2013). Die Frage, ob altersbedingte Abnahme von Gedächtnisleistung behandelbar sei, hatten wir in unserer geragogischen und gerontotherapeutischen Praxis stets bestätigt gefunden (Petzold, Bubolz 1976, 1979; idem 1985a, 2004a). Heute wird sie durch neurobiologische Untersuchungen bestätigt (D'Esposito, Gazzaley 2011). Insgesamt kann man sagen, dass die Neuroplastizität inzwischen ein gut gesichertes Faktum ist, z. B. beeindruckend an Gehirnen von Musikern und ihren zerebralen Lernprozessen nachgewiesen (Gaser, Schlaug 2003).

Sie muss in einer neurowissenschaftlich relevanten, anwendungskonkreten **Theorie des Lehrens und Lernens** (Spitzer 1996, 2006), die spezifisch für die Psychotherapie zuges passt ist (Sieper, Petzold 2002; Chudy, Petzold 2011; Lukesch, Petzold 2011), Niederschlag finden, denn ohne eine solche ist **veränderungswirksame Psychotherapie/Humantherapie** nicht möglich, was natürlich in der Ausbildung, nicht zuletzt in den Lehrtherapien konkretisiert werden muss. Die Fragen: *Was muss hier gelernt werden? Und wie ist solches Lernen zu erreichen?* müssen beständig gestellt werden und mit dem Patienten (der Ausbildungskandidatin) kooperativ und psychoedukativ erörtert und mit konkreten Zielvereinbarungen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) methodisch umgesetzt werden (z. B. Petzold, Orth 2008). Dabei ist das „**Lernen durch erlebte Novität**“ wichtig, auf die das Gehirn besonders reagiert (Lernen durch Entdecken und Faszination). Das Gehirn entwirft

beständig Situationen, ist vorwegnehmend, wie der *Vygotskij-Kollege Nikolaj A. Bernstein* (1967, 1988), der große Neurophysiologe und Bewegungswissenschaftler⁵, auf den wir uns in der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ zentral beziehen (*Petzold, Sieper* 2012), gezeigt hat. Besonders in seinem Spätwerk macht er deutlich: Das Gehirn modelliert Zukunft (*Feigenberg* 2004). Taucht gegenüber dem Entwurf/der Erwartung etwas Neues auf, so wird es erkannt und **gelernt**, und es erfolgt eine dopaminerge Belohnung und ggf. eine Aktivierung der Amygdalae, um Gefahr zu signalisieren. Soll therapeutische Veränderung erzielt werden, muss **Novität** erlebbar werden. Das ist durch multimodale Arbeit z. B. mit kreativen Medien in ganz anderer Weise möglich als in alleiniger verbaler Praxis oder gar auf der psychoanalytischen Couch, die kein favorables Setting für Lernprozesse bietet. Für die Nachhaltigkeit solchen Lernens, das zunächst ja situationsspezifisch erfolgt, ist aber ein Transfer in andere Situationen erforderlich, die zwar strukturähnlich, aber doch so different sind, dass neues Lernen auch im Sinne eines Übungseffektes erfolgt – der aber nicht mit stupidem Drill des Gleichen zu verwechseln ist – und es zu Reorganisationen der synaptischen Strukturen und der Genexpressionen kommt also Long-Term Potentiationen bzw. -Depressionen kommt. Weil Erfahrungen dauerhafte Spuren im kortikalen Geschehen hinterlässt (*Hofer et al.* 2009), kann man auch von einer Bestätigung des Bestehenden ausgehen, also von einer Verstetigung von Mustern, einer „**gesicherten Permanenz**“, wenn keine umwerfenden Veränderungen geschehen. Es kommt dann zu einer verfeinernden Vertiefung von *Fähigkeiten* und *Fertigkeiten*, wie man es beim Erlernen einer Kampfkunst im Üben von „Formen“ erfährt und beobachten kann (*Petzold, Bloem, Moget* 2004; *Bloem et al.* 2004) oder beim perfektionierendem Üben eines instrumentalen Solos oder im interpersonalen Bereich beim sicheren Erleben einer Lebensfreundschaft mit ihren Mustern unverbrüchlicher Verlässlichkeit. Therapeutische Beziehungen müssen beide Qualitäten, die der „erlebten Novität“ und der „gesicherten Permanenz, bereitstellen.“

Neuroplastizität gezielt und optimal in der Psychotherapie/Humantherapie zu nutzen, wird noch erhebliche Weiterentwicklungen auf methodischer Ebene mit systematischen, klinischen Beobachtungen und feinkörnigen empirischen Untersuchungen erfordern, syndromanalytisches und syndromtherapeutisches Vorgehen sensu *Lurija*. Und da die zerebralen Feinstrukturen und das jeweilige Gehirn-Subjekt/Person-Umwelt-Tuning so spezifisch, so einzigartig bei jedem Menschen ist, werden auch kontrollierte empirische Untersuchungen von Gruppen, nur Leitlinien bieten können. Die feinabgestimmte neuropsychologische Arbeit mit dem Einzelnen und der nicht duplizierbaren Patientin-Therapeutin-Dyade (ggf. auch von Polyaden) bleibt die „hohe Kunst“ von Therapie, die allerdings weitaus mehr an Kenntnissen verlangt, als heute noch gemeinhin in Therapieausbildungen vermittelt wird. Die Kenntnis des Gehirns und neurozerebraler Lernprozesse wird sich bei PsychotherapeutInnen erheblich vertiefen müssen. Da waren *Klaus Grawe* und ich uns sehr einig (*Petzold, 2005q*).

⁵ *Bongaardt* 1996; *Loosch* 2012; *Meijer, Bruijn* 2007; *Sirokina* 2009.

Die bedeutenden Leistungen, die in der neurowissenschaftlichen Rehabilitationsmedizin durch Forscher wie *Michael Merzenich*⁶ oder *Paul Bach-y-Rita*⁷ in der Behandlung von Menschen, die durch Unfälle oder Insulte schwer geschädigt wurden, erreicht worden sind, zeigen, über welche hohe plastische Anpassungs- und Neuorganisationsfähigkeiten, also „**Plastizität**“, das Gehirn verfügt – man denke an den berühmten Fall des Wiedergewinns der Gleichgewichtsregulation bei einem Menschen, dessen vestibuläres System durch einen Infarkt schwer beschädigt worden war. Vermittels kompensatorischer Stimulierung über die Zunge erreichte *Bach-y-Rita*, dass das Gleichgewicht und die motorische Performanz wieder erlangt werden konnte (*Doidge* 2007). Andere spektakuläre Behandlungserfolge und Experimente lassen erkennen, dass in neuropsychologischen und neuromotorischen Behandlungsansätzen, wie sie *Lurija* schon in den 1940er Jahren mit Hirnverletzten des Krieges, später auch mit Apoplex- und Hirntumor-PatientInnen praktizierte (*Akhutina* et al. 2004; *Jantzen* 2004a; *Petzold, Michailowa* 2008), ein hohes Potential liegt. *Oliver Sacks* (2008), Freund und „Schüler“ von *Lurija* und in seiner Tradition arbeitend⁸, schreibt dazu:

„Ein beeindruckendes Beispiel [war] 1962, als der berühmte sowjetische Physiker *L. D. Landau* bei einem Autounfall schwer verletzt wurde, klinisch tot war und nicht weniger als vier Mal wiederbelebt wurde. Er erlitt dabei einen schweren und scheinbar unbeheblichen Hirnschaden. Für die dann mögliche 'Wiederherstellung' der großartigen Fähigkeiten Doktor *Landaus* sah man die mühevollen, exakten und brillanten Arbeiten von Professor *Lurija* und seines Teams von entscheidender Wichtigkeit an *Lurijas* Neuropsychologie, oder 'Neuro-Analyse' erlaubt eine fast unerschöpfliche, detaillierte und feine Analyse aller Arbeitssysteme des 'Geistes'. Insbesondere stellen die Arbeiten *Lurijas* eine unvergleichliche Analyse der neuronalen und psychischen Grundlagen der Sprache und ihrer Natur und der Behandlung ihrer verschiedenen Störungen zur Verfügung“ (*ibid.*)

Der Integrative Ansatz bezieht sich auf die Tradition *Lurijas* (*Petzold, Sieper* 2007f; *Jantzen* 2004a), dessen praktische Arbeit im Westen leider wenig bekannt geworden ist. Insgesamt findet sich inzwischen im Bereich der Neurorehabilitation ein reicher Schatz an Erfahrungen⁹ über die Arbeit mit zerebraler Neuroplastizität, mit dem „*dynamic mind*“ (*Warren* 2006, 2007), ein Wissen, das auch für die Psychotherapie vermehrt fruchtbar gemacht werden sollte und kann, wie wir es in der „dritten Welle“ der Integrativen Therapie – unsere bisherige Praxis in diesem Feld mit der „**übungszentriert-funktionalen Modalität**“ intensivierend,

⁶ *Syka, Merzenich* 2003; *Buonomano, Merzenich* 1998.

⁷ *Paul Bach-y-Rita* (1967, 1995; *Colotta, Bach-y-Rita* 2002).

⁸ *Sacks* 1976, 1985, 2012.

⁹ *Doidge* 2007; *Iacoboni, Mazziotta* 2007; *Young, Tolentino* 2011

praktizieren¹⁰. Dabei geht es natürlich, wie aufgezeigt, neben **innovierendem Erlebbarmachen** von Neuem um **hochfrequentes Üben** der Funktionen, die aufgebaut oder gekräftigt werden sollen, also eine verstetigte, „gesicherte Permanenz“ erhalten müssen durch synaptische Reorganisation und Stabilisierung spezifischer Genexpressionen. Im Erwerb neuer sensumotorisch-koordinativer Fähigkeiten und Fertigkeiten kann man von vier bis acht Wochen möglichst täglicher Übung ausgehen, bis sich objektivierbare und stabile neurozerebrale Veränderungen zeigen. Je komplexer das zu verändernde Muster ist, desto länger ist die Übungsarbeit anzusetzen – ggf. sind, wo möglich, kleinere Verhaltenseinheiten in Angriff zu nehmen. Spezialisierte Methoden der Bewegungstherapie sind für die Rehabilitation von SchlaganfallpatientInnen oder Kindern mit Lernbehinderungen (*Akhutina, Pylaeva* 2012) oder mit zerebralen Paresen entwickelt worden (*Gautier et al.* 2008). Die bekannte Methode von *Edward Taub*, die „Constraint-induced movement therapy“ (**CI**, *Taub, Crago* 1995; *Taub, Morris* 2001), konnte beeindruckend Neuroplastizität dokumentieren. Der nach einem Insult nicht von einem Ausfall betroffene Arm wird z.B. in der **CI** durch Bandagierung fixiert, so dass er den betroffenen, gelähmten Arm nicht entlasten kann. Dadurch wird dieser „gezwungen“, mit den verbleibenden Potenzialen, und seien sie noch so gering, aktiv zu werden, unterstützt durch bewegungstherapeutische Arbeit (vgl. *Sterr, Saunders* 2006). Hier werden Prinzipien verdeutlicht, die mir aus meiner eigenen Budo-Sozialisation (*Petzold, Bloem, Moget* 2004) bekannt sind, und die von mir in die Integrative Bewegungstherapie eingebracht wurden. Es werden z.B. komplexe Bewegungen ohne die Hände, mit einem Arm etc., oder mit geschlossenen Augen in sicherem Rahmen als Übungen aufgegeben, um Standfestigkeit zu fördern. Das und Ähnliches mit spezifischer Indikation als „Hausaufgaben“ in den „Alltag als Übung“ zu übertragen – so *Dürckheims* (1964) wichtiges, allerdings zu adaptierendes Konzept, bietet die Chancen zu nachhaltiger Veränderung von Verhaltensstilen. Auch intensives *kognitives, emotionales* und *volitives* Anregen und Üben neben den Praktiken sensumotorischen Trainings kann nachhaltige Wirkungen zeigen. Die meisten Menschen kennen das aus Zeiten intensiven Lernens. Eine Studie von *Draganski* (et al. 2006) konnte zeigen, dass bei MedizinstudentInnen nach ihren wochenlangen intensiven Examensvorbereitungen eine Zunahme der *Substantia grisea* im posterioren und lateralen

¹⁰ Diese Arbeitsform wurde seit den ersten praktischen Anwendungen der „Integrativen Bewegungstherapie“ Ende der 1960er Jahre eingesetzt – fast immer in der Kombination mit psychodynamischer, konfliktzentrierter und gesundheitsfördernder erlebnisaktivierender Arbeit. Darin lag und liegt das innovative, das integrative Moment unseres Ansatzes (*Petzold* 1974j, 1988n, 118, 155 et passim; *Petzold* 2002j *Petzold, Brühlmann* et al. 2007).

parietalen Cortex zu verzeichnen war, die bekanntlich mit kognitiver Leistungsfähigkeit verbunden ist (Purves et al. 2008, 16f). Das zeigt: es sind intensive Lerninvestitionen notwendig, wenn neues komplexes Verhalten erworben und stabil neugebahnt werden soll, ganz gleich in welchem Bereich (Sieper, Petzold 2002). Es geht aber nicht nur ums Neulernen, sondern auch um Verhaltensweisen, die „umgelernt“ werden müssen, – und wir legen hier wie im Integrativen Ansatz üblich, einen weiten Verhaltens- und Lernbegriff zu Grunde, der auch kognitive, emotionale, volitionale Performanz umfasst (Chudy, Petzold 2011; Petzold 1974j, 309f). Es gibt leider auch eine **maladaptive Neuroplastizität** (Doigde 2007; Merzenich 2004), wenn das Gehirn aufgrund von Unfällen und Erkrankungen Schmerzverhalten lernt. Viele SchmerzpatientInnen sind Opfer dysfunktionaler Lernprozesse durch das Ausbilden eines „Schmerzgedächtnisses“ (Sandkühler 2001). Auch bei einem „Suchtgedächtnis“ sind derartige negative Lernprozesse anzunehmen (Böning 2000, 2001; Wolffgramm 2004). Ebenfalls kann man beim Ausbilden von Zwangsstörungen hier eine Komponente sehen (Doigde 2007), ja letztlich kann man sagen: jedes – in der objektivierenden Außenbeobachtung – dysfunktionale Verhalten, das sich als Reaktion auf widrige Lebensumstände als „Syndrom“ ausgebildet hat, resultiert aus Lernprozessen, die auf der Ebene des Organismus, in einer „organismischen Logik“, sogar funktional sein können. Deshalb muss jedes Verhalten „syndromanalytisch“ (vgl. 3.1.2) genau untersucht werden, ob und wie es ein „funktionales System“ (Anochin 1967) bildet, das sich als solches in einer dysfunktional gewordenen dynamischen Regulation (Petzold, Sieper 2008a, 552) stabil hält. In der störungsspezifischen Behandlung solcher, im Blick des Außenbeobachters, etwa des klinischen Diagnostikers, „maladaptiven“ neurozerebralen Lernprozesse verwendet man heute oft kombinatorische Behandlungsansätze, die nach vielen Studien besser zu wirken scheinen (Abramowitz 2009; Reinecker 2009), – etwa bei Zwangsstörungen behaviorale Techniken des „exposure and response prevention“, psychoedukative Maßnahmen und Medikation (SSRI). Die Forschungslage ist, was die Wirksamkeit solcher Kombinationen anbetrifft, aufgrund neuerer Studien noch unklar (Eddy et al. 2004; Foa et al. 2005).

2.3 Therapie als „Kombinationsbündel von Maßnahmen“ (*bundling*) in „therapeutischen Curricula“ am Beispiel der Depression – WEGE der Anregung und Übung

„Seelenkrankheiten müßten bald durch die psychische, bald durch die körperliche Curmethode, bald durch beide zugleich

behandelt werden. Wir müßen bald mit der einen, bald mit der anderen den Anfang machen“ *J. C. Reil* (1803, 137).

„Psychiatrie im 21. Jahrhundert unter *therapeutischem* Aspekt stellt sich als jeweils individualisierter Gesamtbehandlungsplan dar. Dieser setzt sich zusammen aus menschlicher Zuwendung, störungsspezifischer Psychotherapie, personalisierter Psychopharmabehandlung, Psychoedukation, Ergo- und Kunsttherapie, Bewegung.“
D. F. Braus (2011, 128)

Wenn man in die Krankenbehandlung der Antike schaut – und wir haben uns immer wieder mit der antiken Heilkunst (*Jori* 1996; *Kollesch, Nickel* 1994), der asklepiadischen Therapeutik¹¹, der hippokratischen Medizin¹² sowie der Psychoedukation und Seelenführung eines *Sokrates*¹³, *Epikur* und der Stoiker *Epiktet*, *Marc Aurel*, *Seneca*¹⁴ befasst (*Petzold, Sieper* 1990b; *Petzold, Moser, Orth* 2012) –, dann findet man eine polypragmatische Praxeologie, die vielfältige Maßnahmen in einer ganzheitlichen und differentiellen Weise verbunden hat (*Lopez* 2004): Diätetik, Bewegung, Massagen, Balneo- und Hydrotherapie (*Georgulis et al.* 2007), ästhetisches Erleben und Tun, Trostarbeit und Trauerbegleitung, psychoedukative Beratung (*I. Hadot* 1991; *P. Hadot* 1995, 2002; *Petzold* 2004). In den Asklepios-Tempeln nutzte man die „Heilende Kraft des Schöpferischen“ mit Musik, Poesie, Drama, Tanz, Theater (*Petzold* 1992m).

In der „psychiatrischen Psychotherapie“, wie sie von *Johann Christian Reil* (1759 – 1813), diesem genialen Pionier der Hirnforschung, Psychiatrie und Psychotherapie mit seinem Werk „*Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen*“ (1803) begründet wurde¹⁵, wird auf diese antike Tradition Bezug genommen und ein vielfältiges Arsenal von „**psychologischen Heilmitteln**“ entwickelt, ein Prinzip, auf das auch integrative Therapieansätze heute Bezug nehmen (*Petzold* 1972a; *Orth, Petzold* 2008; *Sponsel* 1997).

„Die psychischen Mittel wirken durch Handlungen, die sie im Nervensystem erregen. Handlungen desselben modificiren feine Kräfte, die durch Heilmittel erregten modificiren sie auf eine fo

¹¹ *Edelstein, Edelstein* 1945; *Hart* 2000; *Kerényi* 1947; *Riethmüller* 2005;

¹² *Adams* 1891/1994; *Golder* 2007; *Heidel* 1941; *Lopez* 2004;

¹³ Zu *Sokrates* und der sokratischen Methode vgl. *Bensen Cain* 2007; *Benson* 2011; *Böhme* 1992; *Mugerauer* 2011; *Pleger* 1998; Zu *Epikur*: *Bartling* 1994; *Held* 2007.

¹⁴ Unsere Literaturempfehlung zu *Epiktet* (1978, 1994, 2007) vgl. *Hijmans* 1959; *Long* 2002; *Scaltsas, Mason* 2007; zu *Seneca* (1993, 2002, 2009) vgl. *Gummere* 1922; *I. Hadot* 1969; *Nussbaum* 1996; *Veyne* 1993; zu *Marc Aurel* (1998) *van Ackeren* 2012; *Fündling* 2008; *Hadot* 1992; *Rutherford* 1989.

¹⁵ *Binder, et al.* 2007; *Maneros* 2005; *Ritter, Scherf* 2011.

bestimmte Art, dafs dadurch das dynamische Verhältnifs des Seelenorgans, welches in Geifteszerrüttungen krank ift, rectificirt und der Zweck der Genefung erreicht wird“ (*Reil* 1803, 150, Sperrung im Orig.).

Ein anderer Protagonist „Psychiatrischer Psychotherapie“ *Pierre-Marie-Félix Janet* (1859 – 1947), Psychiater, Philosoph, der erste universitäre klinische Psychologe, war ein breit gebildeter und forschender Autor (*Janet* 2013), und schrieb das erste wissenschaftliche, psychotherapeutische Lehrbuch (*Janet* 1893/94). Er war Lehrer von *Piaget* (sein wichtigster, wie dieser vermerkt), Pionier moderner Traumatherapie und beeinflusste *Adler*, *Jung* und *Freud*. Dieser übernahm von ihm zentrale Konzepte (nicht angemessen ausgewiesen, vgl. *Ellenberger* 1973; *Petzold* 2007b). *Janet* (1919) verfasste ein systematisches, dreibändiges Werk über „psychologische Medikamente“ und ein Buch über „psychologische Medizin“ (*idem* 1923). Er behandelte wie schon die Asklepiaden oder *Reil* seine Patientinnen immer mit einem „Bündel abgestimmter Maßnahmen“, und zwar „theoriegeleitet“, nicht eklektisch, und nie monomethodisch, etwa allein durch sprachzentrierte Therapie wie *Freud* in seiner Psychoanalyse. In seiner frühen Behandlungspraxis behandelte *Freud* mit Bezug auf *Charcot*, *Bernheim* (wahrscheinlich auch *Janet*) behandlungsmethodisch breiter, gab das aber auf. *Janet*, dessen Wirken in unseren Pariser Studienjahren noch spürbar war, ist mit seinem integrativen, psychologischen Ansatz ein wichtiger Referenzautor der Integrativen Therapie (*Petzold* 2007b). In dieser kurz dargestellten Tradition haben auch wir stets **multimodal** und **multimethodisch** gearbeitet (*Petzold, Brühlmann-Jecklin et al.* 2007), haben zu unserer „Psychotherapie vom Leibe her“ stets leib- und bewegungstherapeutische Methoden beigezogen (*idem* 1974j), soziotherapeutische (*idem* 1974b) oder agogische Maßnahmen eingeleitet (*Petzold, Sieper* 1970, *Sieper, Petzold* 1993) und zwar *konzeptbasiert*, wo immer das möglich war, also nicht unsystematisch-eklektizistisch – ein pragmatischer, systematischer Eklektizismus kann allenfalls für eine Übergangsperiode praktiziert werden (*Petzold* 1994a). Diese Position findet sich schon in unseren frühen Arbeiten (*Petzold* 1965, 1974j). In unserem Modell haben wir aufgrund sorgfältiger „prozessualer Diagnostik“ Daten gesammelt, um „auf der Grundlage theoretischer Konzepte zu Behandlungszielen zu finden, entsprechende **Methoden, Techniken** und **Medien** auszuwählen, und eine Behandlungsstrategie, ein **therapeutisches Curriculum** für den und mit dem Patienten zu entwickeln. All dieses erfordert eine spezifische **Elastizität**“ (*idem* 1988n, 207ff.). Mit der „hermeneutischen Spirale“ – Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären – werden Situationserfassen, Krankheitsverstehen, Zielfindung für Behandlung und Reorganisation des Lebens ein gemeinsames Projekt von TherapeutIn und PatientIn (*ibid.*, vgl. *Petzold*,

Leuenberger, Steffan 1998). **Die Ziele bestimmen die Methoden**, nicht umgekehrt. Dieser „Primat der Ziele“ und seine variable Zielstruktur mit einer beständigen Ziel-Mittel-Überprüfung orientiert sich am Therapieprozess (Petzold 1988n, 206ff, 267ff.). So wird für jeden Patienten/jede Patientin ein „flexibles therapeutisches Curriculum“ erstellt, das für alle Beteiligten „transparent“ und deshalb auch veränderbar ist, denn schon Ferenczi (1927/1964, 393) wusste: *„jede bedeutsame Einsicht erfordert die Revision des ganzen bisherigen Materials und mag wesentliche Stücke des vielleicht schon fertiggestellten Baues umstürzen“* (ibid. Hervorheb. im Original). Ich schrieb dazu: „Das ist Analyse! Das ist Arbeit am 'offenen Curriculum des Lebens' zu der das Fortschreiten von **Fokus zu Fokus** in immer neuen **Viationen** durch den therapeutischen Prozess befähigen soll. Diese Arbeit muss auch weitergeführt werden, wenn der Patient die Therapie beendet hat“ (Petzold 1988n, 211). Sie muss dann in den Prozess kreativer/kokreativer Lebensgestaltung integriert sein. In der **Integrativen Fokaltherapie** (idem 1993p) wurde diese Arbeitsweise wurde noch verfeinert. Die Arbeit an einem „therapeutischen Curriculum“ und an der Zusammenstellung von komplexen Maßnahmebündeln (Petzold, Sieper 2008a, 519ff.) ist gegenüber etwa einer überwiegend verbalen, empathisch den „Narrationen“ des Patienten folgenden, therapeutischen Praxis aufwendiger. Manche TherapeutInnen scheuen die Mühen der **prozessualen Diagnostik**, in deren Entwicklung wir viel Zeit investiert haben (ibid., Petzold, Osten 1998; Osten 2000), und sie scheuen auch die dabei notwendige Transparenz, partnerschaftliche Auseinandersetzung und Offenlegung ihrer Strategien. Um die Strategien ist es oft leider schlecht bestellt. In der Psychotherapie wird allzu oft „**konzeptarm**“ gearbeitet, besonders was das Erstellen „spezifisch personalisierter Behandlungskonzepte bzw. Behandlungspläne“ anbelangt – die Verhaltenstherapie ist hier ausgenommen –, wie sie eine moderne „psychiatrische Psychotherapie“ ja neuerlich dezidiert fordert (Braus 2011, 128) – zu Recht! Es ist in vielen Therapierichtungen zu beobachten, dass die Praktiker oft den erreichten Stand ihres Verfahrens nicht vollauf nutzen. Schon Grawe (1992) hatte das beklagt. Bei keinem Therapieverfahren scheint das anders zu sein und das gilt auch für die Integrative Therapie (Reichelt, Hintenberger 2013). Keiner kann sich hier Exzeptionalität anmaßen, leider. Gute Supervision ist hier gefordert. Aber auch die SupervisorInnen müssen natürlich „auf Stand“ sein, und das sind sie, wie die Forschung zeigt, oft nicht (Petzold, Schigl et al. 2003; Petzold, Müller, König 2007). Gerade der Supervision und Kontrollanalyse in Therapieausbildungen (idem 1993m) kommt in qualitätssichernder und -entwickelnder Zielsetzung die wichtige Aufgabe zu, die Erstellung therapeutischer

Behandlungscurricula/Behandlungspläne und das Zusammenstellen von „komplexen Maßnahmebündeln“ zu begleiten, wie sie z. B. in integrativen Therapiejournalen dokumentiert werden (*Kreidner-Salahshour, Petzold, Orth-Petzold* 2013).

Ein „**therapeutisches Curriculum**“ im integrativen Verständnis ist immer „**offen**“ konzipiert. Weil es höchst individualisiert zugeschnitten werden muss, ist ein Rückgriff auf Manualisierungen schwierig und allenfalls bei „teilmanualisierbaren“ Standardbehandlungen möglich. Es werden ja die **Inhalte** der Behandlung gemeinsam mit den PatientInnen umrissen und **Ziele** (Global-, Grob-, Feinziel, Nahziele, Fernziele etc., *Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998) kooperativ erarbeitet, weiterhin werden die **Mittel** (Methoden, Techniken, Medien) miteinander ausgewählt, wozu auch „flankierende Maßnahmen“ gehören, die in „**Kombinationsbündeln**“ zusammengestellt werden. Das alles geschieht als „*joint activity*“ und im „*informed consent*“ (*Leitner* 2009) mit den PatientInnen, bei denen das multimodale Vorgehen in einem gut abgesprochenen, gemeinschaftlich zusammengestellten „Bündel“ (*bundle*) chancenreicher zur Anwendung kommen kann, als wenn Intransparenz herrscht. Nur ein optimales „**bundling**“ auf dem Hintergrund aktuellen klinisch-theoretischen Wissens verspricht Erfolg (vgl. *Petzold, Sieper* 2008c, 516ff; *Petzold* 2012n). Dabei kommt modernen neurobiologischen und neuropsychiatrischen Kenntnisständen besondere Bedeutung zu, wie die Bücher von *Klaus Grawe* (2004) und *Günther Schiepek* (2003/2010) und von psychiatrischer Seite *Dieter Braus* (2011) zeigen.

Als Beispiel für die klinisch-therapeutische Notwendigkeit von „**Bundling-Maßnahmen**“ greifen wir die Depressionsbehandlung – eine der häufigsten Indikationen für eine Psychotherapie – auf, u. a. deswegen, weil hier liegt ein bekanntes, für PsychotherapeutInnen höchst relevantes Problem liegt: nach einer WHO-Studie sind etwa 50% der Depressionserkrankten unbehandelt (*Tornicroft* 2007). Das bedeutet gehäufte Rezidive und Chronifizierung. Schon nach der zweiten unbehandelten depressiven Erkrankung sinkt die Chance einer erfolgreichen traditionellen Psychotherapie massiv, sie bleibt dann oft ohne nachhaltige Erfolge, was übrigens für die meisten seelischen Erkrankungen gilt. Schon *J. C. Reil* (1803, 219) stellte fest: Wichtig sei, „*dafs der Kranke gleich beim ersten Ausbruch seiner Geisteszerrüttung in die Hände eines geschickten Arztes falle. Die Krankheit schreitet fort, ändert ihre Gestalt wird schwerer heilbar mit ihrem Alter und ein Fehlgriff bey den ersten Versuchen kann den Kranken für jeden künftigen Plan unempfänglich machen.*“

Mit einer ganzheitlichen Sicht auf die Krankheitskarriere und Lebenssituationen depressiver PatientInnen machen solche Phänomene des progredierenden Abbaus und der Verschlimmerung durchaus „Sinn“, denn die **primären, krankheitsauslösenden Stressoren**, zu denen besonders soziale Belastungen zählen wiegen schwer, wenn sie prolongiert zur Wirkung kommen und nicht abgestellt werden können, wie es *Robert Sapolsky* (1989, 1991, 1992) – ausgebildet als Neuroendokrinologe u.a. bei *Bruce McEwen* – mit seinen bahnbrechenden Untersuchungen von sozialem Stress bei Primaten in freier Wildbahn zeigen konnte: „Stress in the Wild“ (*idem* 1990), Forschungsergebnisse zur Dysregulierung der Stressaxe (*idem* 1991), die sich auch in der Arbeit mit Menschen bestätigen. „Why Stress is Bad for your Brain“ (*idem* 1996) sollte nicht nur mit Blick auf Depressionen von PsychotherapeutInnen zur Kenntnis genommen werden. Mit der depressiven Erkrankung verschlechtert sich regelhaft die gesamte *Lebenslage* der PatientInnen, was natürlich auch Rückwirkungen des Versagens, des erlebten „*defeats*“ und der *Hilflosigkeit* mit sich bringt: **sekundäre, krankheitsbedingte Stressoren**. Stresserfahrungen, primäre wie sekundäre (der Stress mit Krankheit) schlagen sich neurophysiologisch nieder (*Kendler et al.* 1999; *McEwen* 2007) – ein *circulus vitiosus*. „Erlernte Hilflosigkeit“ (*Seligman* 1975) ist aber nicht die einzige Folge, die wieder zur „Ursache“ wird. Es findet überdies auch dysfunktionales zerebrales Lernen statt und es wurden hirnpfysiologische Prozesse festgestellt, wie etwa Verlust von Hippokampusvolumen, wenn Depressionen nicht behandelt werden (*Pittenger, Duman* 2008; *Sheline, Gad, Kraemer* 2003). Gerade der Hippokampus ist aber wichtig als ein Ort der Neurogenese (*Manganas et al* 2007; *Sahay Hen* 2007) und in seiner Bedeutung für komplexe soziale oder räumlich orientierende Selbststeuerung zentral. Das führt zu Kompetenzverlusten, durch die die Erkrankten oft ihre Arbeit verlieren, oder sie erhalten schlechtere Positionen, ihre sozialen Netzwerke schrumpfen, was mit belastendem sozialem Stress verbunden ist. Ihre Bewegungsaktivität und ihre intellektuellen Interessen nehmen ab. Einbußen an Selbstwertgefühl und Identitätssicherheit verschärfen die Symptomantik.

Dahinter stehen vielfach pathologische Veränderungen in der zerebralen Neurobiologie, deren Bedeutung mehr und mehr erkannt und durch Forschungen substantiiert wird. *Braus* (2011, 112) hat die wichtigsten Erkenntnisse kompakt zusammengefasst:

„Auf funktioneller Ebene wird sind vor allen eine Überaktivität limbischer und eine Unteraktivität frontaler Areale zu finden, die in enger Beziehung zu Stresserfahrungen stehen. Auf der Zellebene bestehen Störungen in der synaptischen und zellulären Plastizität, eine zu

geringe BDNF-Sekretion (*Krishnan, Nestler 2008*), ein Mangel an biogenen Aminen im im Nucleus accumbens und im subgenualen anterioren Zingulum, ein erhöhter Kortisolspiegel, ein Endorphindefizit im periaquäduktalen Grau, sowie zu viel phasisches Dopamin im ventralen Tegmentum, das zur Amygdala projiziert“ (*Braus 2011, 112*).

Er verweist u.a. noch auf dysregulierte Funktion von Dopamin- und Serotonintransportern, ein reduziertes Hippokampusvolumen, eine spezifische molekulare Signatur der Amygdalae, vasculäre Läsionen im präfrontalen Kortex, genetische Einflussfaktoren (*ibid.*) – ein multipel beeinträchtigt Gehirn also, das in Interaktion mit somatischen Problemen steht wie metabolischem Syndrom, Diabetes, Übergewicht, die Depressionsneigungen fördern (*ibid.*). Hinzu kommen dann noch soziale Probleme in „kranken“ sozialen Netzwerken/Konvois, die lähmen oder kränken. Eine solche **Multimorbidität** erfordert multiple Interventionen.

Sehr verkürzt kann man sagen: es geht um das Abstellen der externalen stressauslösenden Faktoren und um ein pufferndes Management von krankheitsbedingtem, sekundärem Stress, weiterhin um die Veränderung der stressenden Situationen, dann geht es um die Beruhigung des limbischen Systems bzw. eine Neusignierung der Amygdalae und schließlich um positive Stimulierung des Nucleus accumbens und der frontalen Areale, um durch solche Anregungen das kognitive Geschehen und die soziale Flexibilität wieder herzustellen.

Das alles geht nicht nur durch die Verordnung von Antidepressiva, vielfach aber auch nicht ohne sie. *Braus (2011, 113)* schlägt denn neben Medikation auch „Psychotherapie, Soziotherapie, Bewegung, Plazebo, Genusstraining, soziale Rhythmen“ für die Behandlung vor, ein Programm, das in der multimodalen Praxeologie des Integrativen Ansatzes (Plazebo bisher ausgenommen) von jeher Standard ist, nicht nur in der Depressionsbehandlung – Genusstraining heißt bei uns „sanfte Thymopraktik“ oder „euthymes Training“ (*Petzold 1974j, Petzold, Moser, Orth 2012*).

Solche multimodale Therapie ist aber gar nicht so leicht durchzuführen, ambulant zumal, da die motivationalen Systeme der PatientInnen (*Jäkel 2001*) weitgehend „deaktiviert“ sind. Dabei mag eine „negativ-adaptive Neuroplastizität“ eine Rolle spielen (*Pittenger, Duman 2008*). Das Gehirn richtet sich mit der Chronifizierung sozusagen in „den **Depressionen**“ ein. Den Plural muss man in der Tat verwenden, weil die depressiven Erkrankungen weitaus vielfältiger sind, als PsychotherapeutInnen das bislang angenommen haben. Von den diagnostischen Manualen (ICD, DSM) und den psychologischen Erhebungsinstrumenten

(Beck et al. 2001; Hauzinger, de Jong-Meyer 2003) werden Depressionen unzureichend erfasst und von der psychoanalytischen und gestalttherapeutischen Sicht einer „selbstgerichteten Aggression“, die wir früher auch vertreten haben, werden sie fehlinterpretiert. Psychodynamische (Mentzos 1995) und humanistisch-psychologische Modelle müssten im Lichte der Neurowissenschaften neu überdacht werden. Diese neuen Erkenntnisse müssen natürlich Konsequenzen für die Psychotherapie haben u.a. die, dass sich PsychotherapeutInnen aller „Schulen“ in weitaus intensiverer Weise als das bisher geschieht, mit der Neurobiologie seelischer Erkrankungen auseinandersetzen und ggf. ihre Konzepte und Praxen revidieren. Für neurobiologisch nicht spezialisierte nichtärztliche und ärztliche KollegInnen sollte darüber hinaus die Zusammenarbeit mit modernen Neuropsychiatern eher der Regelfall werden als die Ausnahme bleiben, und die oft vorfindliche Abwertung der Psychiatrie muss – mit Blick auf ihre neuen Entwicklungen, so sie denn in der Praxis umgesetzt werden – revidiert werden. Das macht auch eine größere Kooperationsbereitschaft von PsychiaterInnen mit den anderen therapeutischen Berufsgruppen erforderlich, denn „Medikamente sind nicht alles“ und gewährleisten allein meist keine hinreichenden Behandlungserfolge. Andererseits: Ohne spezifische *personalisierte* Medikation (Braus 2011, 128), die feinkörnig kontrolliert und abgestimmt werden muss, gelingt die Behandlung von „major depressions“ (DSM IV), aber auch von „mittelgradigen depressiven Episoden“ (ICD-10, F32.1), bei denen die Anforderungen des Alltags nicht mehr oder – bei Tagesschwankungen – nur noch zeitweilig bewältigt werden können, **nicht** oder nur sehr unzureichend. Ja selbst bei einer „leichten depressiven Episode“ (F 32.0), die man keineswegs „leicht nehmen sollte“, weil sie oft den Einstieg für eine Zweit- und Mehrfacherkrankung bildet, sollte man eine medikamentöse Mitbehandlung ins Auge fassen, die indes mit allen anderen Maßnahmen im „**therapeutischen Curriculum**“ und im „**Behandlungsbündel**“, vor allen aber im Blick auf die **Lebenslage** der PatientInnen abgestimmt sein muss. Eine intensive Auseinandersetzung mit modernen Medikationen und ihren neurozerebralen Wirkungsweisen vermag Vorurteile abzubauen und die **psychoedukativ** gestützte (Hornung 1998) Medikamentenkooperation als *adherence*, verbindliche Zusage (nicht als „*compliance*“, engl. Folgsamkeit, Gehorsam, Leitner 2009) zu unterstützen. Die PatientInneninformation ist wichtig und ohnehin rechtlich vorgeschrieben, um einen „*informed consent*“ zu erhalten (*ibid.*). Mit den rasanten Entwicklungen in der Erforschung der Neurobiologie der Depression und der damit einhergehenden pharmakologischen Möglichkeiten (Bauer et al. 2005; Krishan, Nestler 2008) werden sicher neue Möglichkeiten der Behandlung erschlossen.

Wichtig ist nur, dass es bei diesen Entwicklungen unter dem Kostendruck nicht zu einer Dominanz medikalisierten Behandlungen kommt, denn die reichen nicht aus um „Gesundheit, Genuss-, Arbeits-, Liebesfähigkeit, soziale Partizipation und Beteiligung an Kulturarbeit, sowie Entwicklung einer persönlichen Lebenskunst“ – *Janet, Freud, Adler, Foucault* zusammen- und weiterdenkend (*Petzold 1999q; Petzold, Orth, Sieper 2013*) – wieder herzustellen.

Kritische Wachheit ist deshalb in jedem Falle angesagt, denn die neurobiologische und pathophysiologische Depressionsforschung steht trotz beachtlicher jüngster Erfolge noch im Stadium eines neuen Aufbruchs. Das Gesundheitssystem aber steht durchaus in der Gefahr eines neuen ökonomisierten Abbaus, zuweilen sogar Abbruchs. Wach und nüchtern muss auch die Psychotherapie selbstkritisch ihre eher schwachen bis mittleren Wirkungen bei schweren, chronifizierten Depressionen (und anderen schweren Störungen) sehen. Das liegt bei neueren, integrativen und kombinatorischen Ansätzen etwas besser, aber auch noch nicht optimal. *McCulloughs* (2006) „**Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy**“ (**CBASP**), das behaviorale, psychodynamische und interpersonelle Konzepte verbindet – u. E. theoretisch nicht überzeugend und ohne neurobiologische Fundierung –, zeigt offenbar gute Effekte, wobei die höchste Wirksamkeit in der *Kombination* von CBASP und antidepressiver Medikation erreicht wurde! (*Keller, McCullough 2006*). Das aktive, übende Vorgehen – auch über die Therapiezeit hinaus – kann als ein wichtiger Wirkmechanismus dieses Ansatzes angesehen werden. Auch die „**Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie**/Mindfulness Based Cognitive Therapy (**MBCT**, *Segal et al. 2008*) zeigt Ergebnisse, die traditionellen Behandlungen, besonders was depressive Rezidive anbelangt, überlegen sind (*Coelho et al. 2007; Piet, Hougaard 2011*). Der Ansatz kombiniert/integriert Achtsamkeitspraxis *ad modum J. Kabat-Zinn* (2004) mit klassischer, kognitiver Verhaltenstherapie, wodurch die Arbeit an negativen Kognitionen in sehr sinnvoller Weise durch ein stressreduzierendes Übungsprogramm ergänzt wird, das – blickt man auf die erwähnten neurobiologischen Zusammenhänge von Stress und Depression – eine nützliche, stresspuffernde Wirkung hat. Auch hier wird der Wert theoriegeleiteter, kombinatorischer Behandlungen gegenüber monomethodischen Ansätzen deutlich. Insgesamt besteht noch ein großer Forschungsbedarf, was Chronifizierung, Schichtzugehörigkeit und Nachhaltigkeit anbetrifft und es wird die Untersuchung dieser Ansätze mit neurowissenschaftlichen Methoden erforderlich, um ihre Wirkung „*on the brain level*“ zu verstehen.

„Unravelling the pathophysiology of depression is a unique challenge. Not only are depressive syndromes heterogeneous and their aetiologies diverse, but symptoms such as guilt and suicidality are impossible to reproduce in animal models” (*Krishnan, Nestler 2008, 1*). In der Tat, und deshalb wird das Zusammenwirken psychologischer und neurobiologischer Forschung und Behandlung unerlässlich. „Recent studies combining behavioural, molecular and electrophysiological techniques reveal that certain aspects of depression result from maladaptive stress-induced neuroplastic changes in specific neural circuits. They also show that understanding the mechanisms of resilience to stress offers a crucial new dimension for the development of fundamentally novel antidepressant treatments” (*ibid.*).

Die Bedeutung von Stress und Hyperstress als eine sehr wichtige Komponente für das Entstehen von Vulnerabilitäten (*Charney 2004*) und für die Genese von Depressionen wird durch die Forschung immer deutlicher belegt. *Sterlings (2004, 2012)* **Allostase**-Modell, d.h. das „Erreichen von Stabilität“ bei hohen Stressanforderungen durch „adaptive Änderung“, bietet hier eine nützliche Perspektive zur Erklärung des Entstehens von Burnoutreaktionen als „Erosion der persönlichen Belastungsfähigkeit“ (*Petzold, van Wijnen 2010*), wobei „sozialer Stress“ besonders belastend wirkt (*McEwen, Giranos 2010*). Der „Leib“, das Gehirn, der Gesamtorganismus **und** das Subjekt, versuchen Überforderungen, Bedrohung, Demütigung, Angst usw., die durch die üblichen **Homöostase**prozesse nicht mehr reguliert werden können, durch **Allostase**, Anpassungsleistungen zu kompensieren, wie ich das schon früh für die „Überforderungssituationen“ von ausländischen Arbeitnehmern in der Autoindustrie untersucht hatte (*Petzold 1968b*). Es kommt dabei zu Fehlsteuerungen der „**Regulationskompetenz**“ (*Petzold, Sieper 2012*). Heute können die hohen gesundheitlichen Kosten überzogener **Allostase** auch neurobiologisch und immunologisch nachgewiesen werden (*McEwen, Wingfield 2003 Hüther 1996, 1997*). Wir wissen, dass bei Stress bzw. Überforderungen es zu einer erhöhten Ausschüttung von Glucocorticoiden kommt, was – wenn keine normalisierende *down regulation* stattfinden kann, wie etwa bei traumatischen und posttraumatischen Belastungsstörungen (*Petzold, Wolff et al. 2000, 2002; Yehuda 1997, 2001*) – zur Schädigung des Hippokampus führen kann, wodurch Orientierungs- und Gedächtnisleistungen beeinträchtigt werden. Wir finden das typischer Weise auch bei Depressionen. Das führt u.a. zu sozialem Rückzug, der seinerseits depressives Verhalten verstärkt: Wiederum ein progredierend dysregulierender *circulus vitiosus*. Das zentrale

Konzept der **Regulationskompetenz** und **-performanz** in der Integrativen Therapie kommt hier ins Spiel:

»In **Regulationssystemen** mit „**dynamischen Regulationsprozessen**“ verstehen wir unter „**Regulationskompetenz**“ die Steuerprogramme von Regulationsprozessen (also die Narrative/Strukturen, die „software“) und unter „**Regulationsperformanz**“ verstehen wir den Vollzug von Regulationsprozessen nach diesen Programmen (also die Ablaufmuster). Beides ermöglicht im Regulationssystem die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden Subjektes, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern – von der *intrasystemischen/intrapersonalen* Ebene, etwa der biochemischen, über die Ebene endokrinologischer Abläufe (z.B. HPA-Achse), emotionaler und kognitiver Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „**Selbstregulation**“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/interpersonalen* Regulationsvorgängen und immer auch Entwicklungsprozesse und – perspektiven gehören. Steuerprogramme für die Regulationskompetenzen, welche Performanzen auf unterschiedlichen Ebenen kontrollieren, werden Narrative (Schemata, Muster, Scripts) genannt« (Petzold, Sieper 2008a, 559).

Die Restabilisierung labilierter Regulationssysteme – etwa durch Krisenintervention – oder die Umformung **allostatisch** dysfunktional gewordener Regulationssysteme durch mehrdimensional ansetzende, veränderungswirksame „Bündel von Maßnahmen“ wird dann eine zentrale Aufgabe von kurativer Therapie sein. Hinzu kommt aber noch, dass die Themen der Psychohygiene, der Prävention und der Einsatz von Methoden gesundheitsorientierter Psychotherapie, von Gesundheitsberatung und Health Coaching immer wesentlicher werden (Petzold 2010b; Ostermann 2010).

Die Interaktion von pathophysiologischen und sozioökologischen Belastungsfaktoren wird zu einer Kernfrage für die Forschung und die Therapie werden. Wir können deshalb der Konklusion von *Maria Oquendo* und *Ramin Parsey* (2007, 542) nur teilweise folgen, wenn sie auf dem Boden einiger sehr interessanter neurobiologischer Studien feststellen:

„Often patients tell us that they feel stressed under circumstances in which others do not, that they are less reactive to friendly people around them than they want to be, and that they are hypercritical. These three studies are evidence that such characteristics, which the patients may view as personal failings, are instead deeply rooted in their brain's biology. Reconceptualizing the nature of their negative cognitive-behavioral self-image may bring them some relief from their discouragement with themselves and help reopen the possibility of therapeutic change“ (ibid. meine Hervorhebung).

Solche **psychoedukative** Aufklärung ist wichtig. Wir sprechen hier von „agogischer“ Arbeit (Petzold, Bubolz 1976; Sieper, Petzold 1993), von „Theorie als Intervention“ (Petzold, Orth 1994). Denn es ist eben nicht nur die „tiefe Verwurzelung in der Biologie des Gehirns“, um die es geht, sondern auch um die kognitiven Einschätzungen (*appraisal*) und emotionalen Bewertungen (*valuation*) **reflexiver Leib-Subjekte**, das darf bei einer neurobiologischen Betrachtung nicht ausgeblendet werden (Petzold 2012a, 516; Petzold, Sieper 2012a). Lassen wir hier einmal die genetischen und epigenetischen Determinierungen beiseite, die auch eine gewichtige Rolle bei depressiven Störungen spielen können (López-León et al. 2008; Krishnan et al. 2007), so steht man vor der Frage nach „Henne oder Ei“, und da ist eher eine zirkuläre Dynamik anzunehmen. Externale „Stressful Live Events“ begünstigen die Entwicklung von Vulnerabilitäten und damit von Depressionen (Kendler et al. 1999), es sei denn, so unsere klinische Erfahrung, Krisenintervention und Entlastung puffern den Stress ab (*buffering*) und fördern die Ausbildung von **Resilienz** durch Beratung (Petzold 2005f), Social Support und Ressourcenzufuhr (Petzold 1997p). Auch beschirmende Therapie (*shielding*) mit Safe-place-Angeboten und Techniken wie „inneren Beiständen“ und Netzwerkinderventionen (Petzold 1975m; 1997p; Hass, Petzold 1999) ist hilfreich, wie ich es in einer Untersuchung mit stützenden sozialen Netzwerken bei AlterspatientInnen zeigen konnte (Petzold 1979c). Auf der Grundlage von solchen „protektiven Faktoren und Prozessen“ können sich **Resilienzen** ausbilden oder werden vorhandene *resilicences* bestärkt (Bonanno 2012; Petzold, Müller 2004) im Sinne unseres „**protective factor → resilience cycle**“ (siehe unten 4.1). Dadurch können Erfahrungen von „social-defeat stress“, die depressionsfördernd sind und sich neurophysiologisch niederschlagen, gepuffert werden (Berton et al. 2006).

Es ist hier nicht der Ort, auf die vielfältigen Befunde und Diskussionen zur Störung des *serotonergen* und *noradrenergen* Systems, der Übersteuerung oder Untersteuerung des Spiegels dieser Neurotransmitter und ihrer synaptischen Resorption einzugehen, oder auf die „Monoamine Hypothese der Depression“, die im Kontext der Forschungsgeschichte natürlich wichtig ist, aber „the cause of depression is far from being a simple deficiency of central monoamines“ (Krishnan, Nestler 2008). Auch die Rolle von Glutamat und Ketamin (Maeng, Zarate 2007) wird diskutiert und die Funktion bzw. Funktionsbeeinträchtigung der dopaminergen Belohnungssysteme bei Depressionen (Nestler, Carlezon 2006). Neue Erkenntnisse kommen auch aus der orthomolekularen Medizin, die Einflüsse von Omega-3-Fettsäure auf den Serotoninhaushalt vermutet (Sarris et al. 2009). Überhaupt sind aus der der

ernährungswissenschaftlichen Forschung noch wichtige und therapeutisch relevante Erkenntnisse zum Thema Depression und anderer psychischer Erkrankungen zu erwarten. Die gute Wirkung von „Ausdauertherapie, running therapy“ auf Depressionen ist vielfach untersucht worden (*van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Waibel, Petzold 2009*). All das soll nur die Komplexität der Zusammenhänge verdeutlichen, über die wir immer mehr therapierelevantes Wissen durch die neurowissenschaftliche Forschung gewinnen (vgl. *Braus 2011, 106ff*), denn man muss sich bewusst sein, dass das Gehirn das zentrale „Stressorgan“ des Menschen ist und seine Überlastung sich in pathologisch verändertem Verhalten zeigt, welches dann selbst wiederum stressend wirkt und ein negatives Feedback darstellt. Es bewirkt „erlernte Hilflosigkeit“ und verstärkt weitere negative **Allostasen**, hemmt Neuroplastizität oder fördert negative Plastizitätseffekte. Deshalb sind bei Neuerkrankungen schnelle und wirksame, fokalthérapeutische und situationsangemessene, komplexe, maßnahmenplurale Hilfen angesagt (*Petzold 1993p*), was in konventioneller Psychotherapie, die nicht in Case-work-Prozesse eingebunden ist, meist unterbleibt. Auf Langzeitbehandlungen setzende „vertröstende“ Strategien sind hier dysfunktional wie etwa *Freuds* Behauptung: "Motor der Therapie ist das Leiden des Patienten und sein daraus entspringender Heilungswunsch ... die Triebkraft selbst muss bis zum Ende der Behandlung erhalten bleiben; jede Besserung ruft eine Verringerung derselben hervor" – so der Vater der Psychoanalyse¹⁶, der mit dieser Position ungeheure negative Auswirkungen für PatientInnen verursachte – man muss das leider *parrhesiastisch* so benennen – weil sie z.T. bis heute nachwirken.. Er hat da eine sehr schwerwiegende Aussage gemacht! Sie ist durch keinerlei Forschung belegt¹⁷.

Für chronifizierte Erkrankungen mit „ruinierten Lebenssituationen“ sind natürlich auch Langzeitstrategien unerlässlich – aber nicht „auf der Couch“, die passiviert, sondern mit „Bündeln von Maßnahmen“, bei denen **biopsychosozialökologische** und

¹⁶ *Freud, S.*, Zur Einleitung der Behandlung, 1913, Studienausgabe, a. a. O., S. 202. *Freud* vertritt dies, "insoferne die analytische Therapie sich nicht die Beseitigung der Symptome zur nächsten Aufgabe setzt." (Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1916/17, Studienausgabe Bd. 1, 1969, S. 419). Schon 1905 in seinem Vortrag "Über Psychotherapie" (Studienausgabe, a. a. O., S. 114) setzt er sich vom Satz des *Asklepiades* ab, es sei die Pflicht des Arztes, „sicher, rasch und angenehm zu heilen" (in *Aulus Cornelius Celsus, De medicina III, 4.1*).

¹⁷ *Freuds* eigene Mißerfolge – keinen seiner grossen „Fälle“ konnte er erfolgreich behandeln (vgl. *Sulloway und Grünbaum in Leitner, Petzold 2009*) – sind hier kein empirischer Beleg, sondern eher falsche Kausalattributionen. Er selbst stand realistisch-empirischen Untersuchungen sehr ablehnend gegenüber (ebenda, S. 440-443).

soziotherapeutische begleitende Hilfen unverzichtbar werden (Hartz, Petzold 2010, 2013; Hecht et al. 2013; Jüster 2007). Sie wirken auch zerebral verändernd (McEwen 2003; Sterling 2012) durch Reduktion von *sozialem Dysstress* und anderen *psychophysischen Belastungen* sowie durch systematische Veränderung schon eingetretener negativer Allostasen und Beeinträchtigungen der Regulationskompetenz und -performanz von Menschen. Unterstützende Medikationen und resilienzfördernde Maßnahmen sind hier zuweilen eine indizierte Unterstützung. Durch neue Entwicklungen in der Forschung sind auch weitere Möglichkeiten zu erwarten (McEwen 2007; Sapolsky, Rodrigues 2009). Je länger die Negativkarriere dauerte (Petzold, Hentschel 1991) und je generalisierter die Auswirkungen der Chronifizierung im psychophysischen Binneraum und im psychosozialen und ökologischen Kontext sind (Vereinsamung, Verwahrlosung, Sucht, Messie-Behavior¹⁸, Devianz), deso umfassender müssen die erforderlichen Maßnahmen sein und desto langwieriger können sie werden, bis hin zu langjährigen Karrierebegleitungen, wie wir sie aus der Suchttherapie kennen (Petzold, Schay, Ebert 2004; Petzold, Scheiblich, Lammel, in Vorber.).

Um ein Spektrum von Interventionsmöglichkeiten im Integrativen Ansatz aufzuzeigen, greifen wir auf ein Beispiel aus einer willenstherapeutischen Arbeit zurück, das wir in Petzold, Sieper (2008a, 499ff) dargestellt haben.

„Es handelt sich um einen 47-jährigen, verheirateten, kinderlosen depressiven Patienten aus der unteren Mittelschicht, ein Werkstoffprüfer, der auf Grund seiner Erkrankung aus dem Arbeitsprozess gefallen ist. Jahrelang wurde er von seinem Hausarzt mit einer unzureichenden Medikation und gelegentlichen Gesprächen 'behandelt'. Viel zu spät und durchaus chronifiziert kommt er in eine spezialisierte Therapie.“ Es ist ein Patient mit einer „major depressive disorder“ (DSM-IV) bzw. mit einer „rezidivierenden depressiven Störung“ (ICD-10) mit einer längeren „Karriere“ ohne Behandlung bzw. mit unzureichender und falscher Behandlung. Es geht hier nicht um die Darstellung eines Behandlungsprozesses, sondern um den Aufweis möglicher Perspektiven, aufgrund derer man ein **„therapeutisches Curriculum“** und ein **„Maßnahmebündel“** mit dem Patienten, ggf. mit seinen Angehörigen oder einer Case-Work-Konferenz zusammenstellen kann. Dabei gilt es zunächst einmal einen

¹⁸ Pritz 2009; Rehberger 2007.

weiten Blick zu haben, den man nicht von vornherein durch antizipierten Ressourcenmangel begrenzen sollte.

Die vielfach vorfindliche Haltung, solche chronifizierten PatientInnen „abzuschreiben“, also keinen Willen zu haben, in sie zu investieren – bei Kostenträgern oder auch bei TherapeutInnen – ist nicht nur inhuman, sondern auch unökonomisch, sofern man Möglichkeiten hätte, solche Patienten erfolgreich zu behandeln und zu rehabilitieren. Man müsste allerdings den **Willen** haben, in sie zu investieren, komplexe Behandlungsansätze koordiniert zum Einsatz zu bringen und zwar so, dass sie als ein solches „Gesamtpaket“ finanziert werden. Bislang sind Patienten in Deutschland weitgehend auf eigene Mittel, das Engagement und die Ingeniosität ihrer TherapeutInnen und ihren eigenen Einsatz bzw. den ihrer Angehörigen angewiesen, wenn ein solches „komplexes und integratives Therapiecriculum“ (**KIT**) geplant und umgesetzt werden soll, z.B. im Rahmen einer Integrativen Fokal- und Kurzzeittherapie (**IFK**), die durch die Case-Work-Konzeption eines ‚Optimal Process Facilitation‘ (**OPF**) unterstützt wird (Petzold 2005r, Jüster 2007), d.h. durch karrierebegleitende psychosoziale Beratung und Betreuung (*guidance*), die i m m e r unter einer Netzwerkperspektive erfolgt – selbst im Zweierkontakt –, weil sie dabei stets die ‚mentalen Repräsentationen‘ mit ihren kollektiven Kognitionen, Emotionen, Volitionen (Müller, Petzold 1998) der Netzwerkmitglieder im Blick hat und auch diese positiv zu beeinflussen sucht (Petzold 2005r, 2009h). Ein solches optimiertes Casemanagement (**OPF**) dient der Veränderung von Lebensstilen des Klienten und seiner Bezugsgruppe in der gegebenen Lebenswelt gemäß des Konzeptes der *„process facilitated lifestyle reorganization“*, denn darum geht es letztlich: dysfunktionale Lebensstile zu verändern (Petzold 2005r; Jüster 2007). Dafür ist sowohl das „individuelle Wollen“ des Patienten erforderlich als auch das kooperative, „kollektive Wollen“ seiner Familie und Bezugsgruppe, seines Konvois (Hass, Petzold 1999). In diesem Kontext müssen die für die Therapie wesentlichen, differenziellen Zielstrukturen erarbeitet werden. Im Bereich Integrativer Sucht- bzw. Drogentherapie (Petzold, Schay, Ebert 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2006; Petzold, Scheiblich, Lammel in Vorber.) haben sich solche Behandlungspläne bewährt, wie sie in Behandlungsjournalen vielfach dokumentiert werden¹⁹. Für den Patienten unseres Beispiels, das in einem volitionstherapeutischen Kontext erarbeitet wurde (Petzold, Sieper 2008a), waren als Ziele (Richtziele und Grobziele, Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) anzuvisieren:

¹⁹ <http://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/index.php>

Symptombeseitigung oder -minderung, Lebenslageverbesserung, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung. Dafür sind in einem **KIT** (mit eventueller **OPF**-Stützung) folgende mögliche Mittel, d.h. Maßnahmen bzw. Maßnahmebündel und methodische Zugänge vorzusehen, aus denen ein **realisierbares** „Paket“ (*bundle*) geschnürt werden muss. Eine Selektion und Verdichtung muss erfolgen, damit keine Überforderungen – bei depressiven PatientInnen ein Risiko – eintreten und auch das Timing für die Maßnahmen ist wichtig:

I. eine moderne antidepressive Medikation (in Koordination mit dem Psychiater) → erfordert Wille zur Medikamentenkooperation;

II. eine intermittierende fokale Therapie (IFK, *Petzold 1993p*) als mittelfristige Karrierebegleitung oder als kontinuierliche mittel- bis langfristige Therapie. → erfordert Wille zur Mitarbeit;

Die IFK enthält folgende *mögliche* Schwerpunkte der Veränderung negativer Schemata, d.h. dysfunktionaler Narrative und Scripts (*Petzold 1992a, 901ff.*):

- a) Veränderung von **negativen Kognitionen**, z.B. sensu *Beck* (et al. 2001) und dysfunktionalen Kontrollüberzeugungen (*Flammer 1990*), Aufbau von positiven „**kognitiven Stilen**“ durch *cognitive modeling*.
- b) Veränderung von **negativen Emotionen**, z.B. dysfunktionalen „**emotionalen Stilen**“, z.B. erlernter Hilflosigkeit, sensu *Seligman* (1975), Hoffnungslosigkeit, Resignation durch *emotional modeling* (*Petzold 1992a, 799ff.*)
- c) Veränderung von ineffizienten Volitionen und dysfunktionalen „**volitiven Stilen**“ durch Willensempowerment (*Petzold, Sieper 2008a*), *volitive modeling*
- d) Veränderung dysfunktionaler „**sozio-kommunikativer Stile**“ hin zu funktionalen, durch Training sozialer Kompetenz und Performanz.

III. Netzwerktherapeutische Maßnahmen zur Förderung der *Connectedness* (*Hass, Petzold 1999*) → erfordert Wille zur Mitarbeit, ggf. auch von Netzwerkmitgliedern mit folgenden möglichen Schwerpunkten:

- a) Stärkung des *familialen* Netzwerkes durch Familien- bzw. Paartherapie (*Petzold 2010g*); Ermutigung, ein Haustier anzuschaffen (*pet therapy, Petzold 1969b, Stubbe 2012*)
- b) Reaktivierung, Neuaufbau und Pflege des *amikalen* sozialen Netzwerkes mit einer guten *Erzählkultur* (*Petzold 2003g*) und Förderung von Prozessen „wechselseitiger Empathie“ (vgl. hier 3.1, *Petzold, Müller 2005/2007*), *Netzwerkenrichtment*
- c) Aufbau eines *kollegialen* sozialen Netzwerkes mit einer guten *Gesprächskultur*, z.B. in Umschulungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen (*Petzold, Heintl 1983; Hartz, Petzold 2013*), *Netzwerkenlargement*
- d) Aufbau eines Kontaktnetzes etwa in sportiven bzw. erwachsenenbilderischen Kontexten und Aktivitäten sozialen Engagements (*Sieper, Petzold 1993; Petzold, Orth 2013*), *Netzwerkempowerment*

IV. Leib-, Bewegungs- und sporttherapeutische Maßnahmen → erfordert Wille zur Mitarbeit bei folgenden, möglichen Schwerpunkten:

- a) Running therapy, Ausdauersport, speziell für die depressiven Störungen (*van der Mei et al. 1997; Waibel, Petzold 2009*), Konditionsaufbau, *body enrichment*
- b) Tonusregulation, Entspannungstraining, komplexe Achtsamkeit, Atemaktivierung, Durchschlafhilfen (*Petzold 1974j; Petzold, Moser, Orth 2012*)
- c) Beginn eines sportiven Weges, möglichst eines Budosports (*Petzold, Bloem, Moget 2004*)
- d) Förderung eines gesundheitsbewussten und gesundheitsaktiven Lebensstils (Ernährung, Landschaftserfahrung, Green Exercises und Green Meditation, Gartenherapie, *Ostermann 2010, Petzold 2010g, 2011m; Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013*))

V. Agogische und kreativtherapeutische Maßnahmen (*Sieper, Petzold 1993; Petzold, Orth 1990a*) → erfordert Wille zur Mitarbeit und hat folgende Ziele:

- a) Förderung der beruflichen Reintegration, des Arbeitsverhaltens, der Belastungsfähigkeit (*Hartz, Petzold 2013*)
- b) Förderung der Bildungsmotivation und des Bildungsverhaltens (*enlargement*)
- c) Förderung der Sinneswahrnehmung und des kreativen Ausdrucks (*enrichment*)
- d) Förderung von Interessen, sozialem Engagement, Freizeitgestaltung (Gesprächskreise, Hobbies, Naturerleben, *Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013*)²⁰.

VI. Metatherapeutische Maßnahmen mit emanzipatorischen und kulturtherapeutischen Zielen (*Petzold, Orth, Sieper 2010, 2013a*) → erfordert Wille zur Mitarbeit bei dieser Thematik:

- a) Verarbeitung der Krankheitserfahrung als solcher, d.h. Be- und Verarbeitung der Krankheitskarriere und ihrer psychischen und sozialen Auswirkungen
- b) Reflexion der psychosozialen, ggf. ökonomischen und politischen Hintergründe und Kontexte der Erkrankung
- c) Reflexion der Erfahrungen mit Therapie und Hilfsagenturen, etwa abnehmender Motivation des Hilfesuchverhaltens durch Vergeblichkeitserfahrungen (*Petzold 1980c*)
- d) Bewusstwerden von dem, was im Leben zählt, gut tut und wichtig ist, um ihm in Sinne persönlicher und gemeinschaftlicher „Lebenskunst“ (*Petzold 199q*) und altruistischer Haltung und Gemeinwohlorientierung (*Petzold, Orth 2013; Petzold, Sieper 2011*) nachzugehen (*empowerment, Petzold, Regner 2006*).

²⁰ Die Anschaffung eines Haustieres (*pet*), z.B. eines Hundes oder einer Katze, hat für viele Menschen einen anspornenden heilsamen Effekt, insbesondere in Verbindung mit Naturerleben, z.B. Spaziergänge mit dem Tier, (*Petzold 2013e*).

Die zitierten Arbeiten zeigen – und es wurden hier überwiegend eigene Publikationen mit MitarbeiterInnen beigezogen –, dass wir zu all diesen Themen über viele Jahre theoretisch, forschend und praxeologisch gearbeitet haben.

Ein solches komplexes und multiprofessionell durch ein „Netzwerk von Helfern“ bei stationärem Aufenthalt oder in einer Tagesklinik, einem regionalen Behandlungszentrum, wie sie in den Niederlanden gut entwickelt sind, oder in einer Praxisgemeinschaft durchgeführtes Programm, das von einem explizitem „kollektiven Wollen“ getragen ist und von integrativ und differenziell arbeitenden Therapeuten bzw. Case-Manager koordiniert wird (*Jüster 2007*), kann dem Faktum Rechnung tragen, dass der Mensch in seinen sozialen und ökologischen Beziehungen ein „Ganzer“ ist. Dann nämlich sind eher nachhaltige Erfolge und Lebensstiländerungen zu erreichen. Natürlich muss für die einzelnen Maßnahmen und das **Gesamtbündel** der Maßnahmen der **Wille des Patienten** gewonnen werden, seine *Entscheidung (decision)*: Hier kann und will ich an einer „Lebensstiländerung“ mitarbeiten, ein Wille, der immer wieder bekräftigt und willentherapeutisch gestützt werden muss, damit er nachhaltig und in seiner Ausdauer (*persistence*) stabil ist (*Petzold, Sieper 2008a, 529*).

Auch in einer Einzelpraxis sind durchaus gute Möglichkeiten gegeben, ein solches Programm zu realisieren, wenn man auf die Angebote der Erwachsenenbildung (Volkshochschulen – sie sind der beste „Kotherapeut“ des niedergelassenen Therapeuten), des Breitensports, der Wandervereine, Chöre, der gemeindlichen Aktivitäten, Stadtackerbewegung etc. zurückgreift und kollegiale Netzwerke aufbaut, sowie die *familialen* und *amikalen Netzwerke*, wo sie vorhanden und aktivierbar sind, nutzt. Ein „therapeutisches Curriculum“ und solides „Massnahmenbündel“ kann durch Nutzung solcher Ressourcen durchaus erfolgreich realisiert werden. Teil der Therapie sind dann Begleitung und Unterstützung der Umsetzung, Überwindung von Motivationstiefs, Aufbau von Selbstvertrauen, vermittelt durch den Therapeuten in einer konstruktiven Weise, die „**interiorisiert**“ werden kann und sich als inneres Gegenprogramm gegen biographische Erfahrungen der Abwertung – sie werden durcharbeitend angesprochen – einschreiben kann als „**korrektive kognitive und emotionale Erfahrung**“, wie schon ausgeführt wurde (3.1).

Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Wohlbefinden von in sehr umfassender Weise beeinträchtigten Menschen wieder herzustellen, ist ein Projekt, dass in umfassender Weise in Angriff genommen werden muss, weil nur in der gesamten, nachhaltigen Sanierung einer prekären Lebenslage (*Scheiblich, Petzold 2006*) bzw. desolaten Lebenssituation, in der

Nutzung aller noch vorhandenen gesunden Potenziale und Ressourcen auch eine nachhaltige Wirkung erzielt werden kann. Und Nachhaltigkeit der Behandlung ist letztlich auch für das Gemeinwesen ökonomisch, denn sie verhindert teuer kommende Chronifizierungen oder behebt ihre Folgen in unterschiedlichem Umfang und das spart Kosten. Deshalb ist auch die Metareflexion des Krankheitsgeschehens, des gesellschaftlichen Kontextes – in emanzipatorischer Absicht – wichtig. Auch die Erfahrungen mit Therapien (guten wie schlechten, denn Therapien können schaden, vgl. *Märtens, Petzold 2002*) müssen in einer solche Reflexion Platz haben. Viele PatientInnen haben schlimme Karrieren hinter sich und finden selten eine Möglichkeit, das zu bearbeiten – eine in der Psychotherapie bislang noch völlig vernachlässigte Fragestellungen, wohl auch aus falscher „kollegialer Loyalität“.

Was nun in ein solches „Maßnahmenbündel“ hineingehört, ist eine Sache unserer Wissenstände und unserer Methodenkompetenz. Integratives Lauf- bzw. Ausdauertraining ist z. B. in der Depressionsbehandlung sehr geeignet und als erfolgreich untersucht worden (*Mei, Petzold, Boscher 1997; Waibel, Petzold 2009*). Es ist auch bei anderen Störungen nützlich, so in der Behandlung Suchtkranker (*Schay, Petzold et al. 2004*). Man muss allerdings ein solides Wissen über therapeutisches Laufen haben oder mit einem Sporttherapeuten zusammenarbeiten (bei Breitensportangeboten ist darauf zu achten, dass submaximale Belastungen eingehalten werden). **Störungsspezifität** kann ein wichtiges Moment für das „bundling“ sein. In der Behandlung von Zwangsstörungen etwa haben wir mit „Expositionen“ in der Natur gearbeitet, die mit alternativen Handlungsperformanzen verbunden werden. Bei Reinlichkeitszwang (ICD-10, F42) können „schmutzige“ Arbeiten im Garten, mit Erde oder Kompost mit „*response prevention*“ zur Anwendung kommen, verbunden mit Achtsamkeitsübungen, sozialer Belohnung und *psychoedukativ* vermittelter Sinnhaftigkeit des Tuns. Hier gehen wir über die rein „*behavioristischen*“ verhaltenstherapeutischen Ansätze hinaus und sprechen von einem „*differentiellen und integrativen behavioralen Vorgehen*“, wie wir es im Integrativen Ansatz seit seinen Anfängen praktiziert haben – als „vierte, übende Phase“ im sogenannten „Tetradischen System“ (*Petzold 1974j, 329-334*) oder als Verhalten einschleifendes „Behaviourdrama“ (*idem 1971e*), bzw. als Beitrag zur frühen „kognitiven Wende“ in der Verhaltenstherapie mit der Kombination von Rollenspiel und Imaginationsverfahren (*Petzold, Osterhues 1972b*). Wir nutzen bei unserer lernorientierten Arbeit möglichst immer die „Affordance“, den Aufforderungscharakter und Handlungsspielraum im Sinne der ökologischen Psychologie *Gibsons (1982; Jenkins 2008;*

Orth, Petzold 1998), der Lernumgebung mit ihren Materialien (z.B. eines Gartengeräts, eines Beets, eines Obstbaumes etc.), um alternatives Lernen zu unterstützen (Sieper, Petzold 2002; Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013). Insgesamt arbeiten wir in einer lebendigen, ansprechenden, **Lehren und Lernen psychoedukativ** verschränkenden Art (Lukesch, Petzold 2011), in der immer wieder „Theorie als Intervention“ (Petzold, Orth 1994) genutzt wird, denn Psychologie, Wissen um Attributionen und Kontrollmeinungen z. B., ist nicht nur für Psychologen gut, sondern auch für den Alltagsmenschen (vgl. Flammer 1990). Es erfolgt in der Regel eine sukzessive Steigerung der Anforderungsniveaus bei den einzelnen Elementen des „Bündels“ und ggf. des Gesamtbündels. Das wird mit dem Patienten im „*informed consent*“ vereinbart und gemeinsam kontrolliert und ggf. revidiert. Wir setzen dabei auf das Prinzip der „**multiplen sensorischen und motorischen Stimulierung**“ in einem **performanzzentrierten**, die Möglichkeiten **multipler Expression** nutzenden Vorgehen: „Nicht nur reden, sondern tun!“ Nicht nur Einsicht, sondern auch Erfahrung und vollzogene Handlung in unterschiedlichen Kontexten sind erforderlich, um komplexe und differentielle Transferleistungen zu erreichen. Es genügt eben die therapeutische Situation im Praxisraum nicht, um Verhalten generalisiert zu verändern – das ist der große Irrtum vieler Psychotherapieschulen –, sondern es ist der Transfer in unterschiedliche Situationen, dessen Gelingen vorbereitet und überprüft werden muss, unbedingt erforderlich, um Generalisierungen zu erreichen – auch mit in vivo Sequenzen von Patientin und Therapeutin „out door“ (auf dem Marktplatz, im Bahnhof, in der Natur) und unterstützt von Hausaufgaben. Das therapeutische Curriculum mit seinem „Bündel“ muss also in die **Alltagswelt** ausgreifen und dort zum Kompetenz- und Performanzzuwachs des Patienten/der Patientin beitragen, der reflektiert und gemeinsam evaluiert wird. Es geht ja in der Regel nicht nur um die Veränderung „einer“ Verhaltensweise – etwa bei einem unterwürfigen Sprechgestus hin zu einem „assertiveren Sprechen“ –, sondern um die Veränderung eines dysfunktionalen „Verhaltensstils“ insgesamt, etwa eines subassertiven, ängstlich-unsicheren Stils. Und oft ist auch der nur Ausdruck eines generalisierten unsicheren „Lebensstils“, der das Leben des Patienten/der Patientin insgesamt kennzeichnet, so dass eine **„Lebensstiländerung“** angestrebt werden muss (Petzold 2012a). Dafür ist ein **Kombinationsbündel** von Maßnahmen erforderlich, die mit einem kompetent zusammengestellten „*bundling*“ angegangen werden müssen nach der Maxime: „Was nicht geübt wird, bahnt sich nicht, schleift sich nicht ein, und ohne Habitualisierungen haben Veränderungen keinen Bestand“ (Chudy, Petzold 2011, 46). Deshalb haben wir im

„tetradischen System“ (Petzold 1972a, 1974j) die vierte, behaviorale Übungs- und Transferphase eingeführt und mit „Hausarbeiten“ umgesetzt, die in die Lebenswelt des Patienten/der Patientin hinein wirken. Wir nutzen dabei immer wieder die natürlichen Affordance-Qualitäten von Umwelten²¹, die spiegelneuronengestützte Synchronisation von gemeinsamen Bewegungs-/Arbeitshandlungen und – „potentialorientiert“ – den Möglichkeitsraum von PatientInnen (Petzold, Sieper 2011).

Die im Voranstehenden aufgezeigten Bereiche stellen etwas detaillierter dar, was eine moderne neuropsychiatrische Sicht, wie sie Braus (2011) vertritt, fordert: „Nach Beginn der Pharmakotherapie erfolgt die Kombination mit möglichst störungsspezifischer Psychotherapie“, neben diesen „sind auch therapeutische Bindung, das Wiederherstellen sozialer Rhythmen, mitmenschliche Unterstützung, Sport, Entspannung, Schlafkontrolle relevant für die Therapie von Patienten mit Depression, auch für die Rückfallprophylaxe“ (ibid. 112). In dem diesem Abschnitt vorangestellten Zitat erwähnt Braus noch Psychoedukation, Ergo- und Kunsttherapie, Beratungsdienste, Patientenclubs und konkludiert: „Die meisten derzeitigen Modalitäten haben mit dem Social Brain zu tun und als gemeinsame neuronale Wirkvariable, dass sie in den Dialog zwischen Synapsen und Genen eingreifen und dadurch das Gehirn verändern“ (ibid. 128). Wir stellen hier als zentrale Perspektive hinzu: **Sie verändern das Subjekt, seine Wertewelt und seinen Lebensstil, weil sich das Subjekt auch selbstentschieden in dieser Weise verändern will.** Der Mensch ist nicht nur Neurobiologie sondern auch Kulturwesen, kultiviertes Selbst, auf dem Boden seines Gehirns und seines kulturellen Rahmens (Petzold, Sieper 2012a). Braus fährt fort: „All diese Modalitäten – richtig angewandt – schützen und fördern die neuronale Plastizität bzw. die lebenslang vorhandene Fähigkeit zur Anpassung und unterstützen so den notwendigen Bewältigungs- und Veränderungsprozess“ (ibid. 128). *D'accord!* Aber uns klingt das noch zu *autoplastisch*: Der Patient muss sich anpassen, einpassen! – Wir betonen mit *Ferenzi* (1932/1988, 45) auch die *alloplastische* Seite: „Der Patient muss wieder Kraft bekommen, die Welt zu gestalten“ – eine „Empowermentperspektive“. Braus (2011, 128) betont – und hier gehen wir mit ihm völlig einig:

²¹ Petzold, Moser, Orth 2012; Petzold, Orth, Orth-Petzold 2009.

„Es gilt, neue Behandlungsansätze zu entdecken und in Zukunft herauszufinden, welche Kombination aus Behandlungsmodulen beim individuellen Patienten am besten wirkt und wie die einzelnen Bausteine – auch unter ökonomischen Kriterien – am effizientesten zusammenspielen“ (ibid.).

Das entspricht vollauf unserer Idee des „**therapeutischen Curriculums**“ und des „**komplexen Maßnahmenbündels**“ als höchst individualisiertes bzw. personalisiertes „*bundling*“. Obwohl wir natürlich viel mehr wissen als *Reil* zu Beginn des 19. Jahrhunderts, stehen wir in vieler Hinsicht wie er vor der Aufgabe, all das Neue zu integrieren und das wird – „weil alles fließt“ (*Heraklit*, vgl. *Petzold, Sieper* 1988b) – so bleiben in der Psychotherapie und Humantherapie.

„Wir müssen uns daher jetzt noch mit ganz allgemeinen Anweisungen begnügen und auf das Talent des Künstlers rechnen, diese den konkreten Fällen anzupaffen. Daher sollte man vorerst gute Köpfe, die Genie, Scharffinn, Erfindungsgeist und Philosophie haben, durch Uebung zu einer geläuterten Empirie ausbilden. Diese würden mit Behutsamkeit das Bekannte auf die vorkommenden Fälle anwenden, ihren Irrthum bald einsehen, dadurch zu entgegengesetzten Methoden geleitet werden und nach und nach von ihren gemachten Erfahrungen allgemeine Ideen abfondern, die als künftiges Regulativ in der Behandlungsart der Irrenden dienen könnten“ (*Reil* 1803, 219).

Wir sind viel weiter und stehen dennoch immer wieder vor der Situation, mit all dem Forschungswissen und *unserem Wissen um die Lücken dieses Wissens* und um die vielen noch ungelösten Fragen aufgrund einer geschulten Selbstkenntnis und auf dem Boden einer sorgfältigen Ausbildung durchaus mit einer künstlerisch-intuitiven Haltung an die Behandlungssituationen herangehen zu müssen, allerdings mit einer Offenheit für die kokreative Mitwirkung unserer PatientInnen (*Iljine, Petzold, Sieper* 1967). Dafür sind die Eigentherapie und persönliche und professionelle und Selbsterfahrung notwendig (*Petzold, Orth, Sieper* 2006) – wir haben eine eigene „Theorie der Selbsterfahrung“ entwickelt und beforscht (*Petzold, Orth, Sieper* 2006)²².

Mit derartigen Überlegungen gelangen wir den Bereich der **Praxeologie**, die theoretisches Wissen und Erkenntnisse der Forschung in theoriegeleitete praktische Interventionen umformen, also in die **Praxis** führen muss. Das Konzept des „**Bündelns**“ von Maßnahmen verlangt nicht nur die Verbindung von Theorie und Praxis, es bedarf auch eines weiten Repertoires an methodischen Möglichkeiten, die für das „*bundling*“ genutzt werden können.

²² *Petzold* 2005s, *Petzold, Steffan* 1999a, b, 2001; *Petzold, Leitner et al.* 2008; *Petzold, Orth, Sieper* 1995a..

Die von uns über vier Jahrzehnte entwickelten kreativtherapeutischen Methoden (*Petzold, Orth 1990a/2006; Petzold, Sieper 1993; Sieper, Orth, Schuch 2007*) stehen für solche Möglichkeiten, die an dieser Stelle durch eine kurze Darstellung unserer naturtherapeutischen Behandlungswege verdeutlicht werden soll.

- Literatur beim Verfasser -

Zusammenfassung: Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie

Der vorliegende Text ist ein Kapitel aus einem neuen Buch über die „Dritte Welle“ Integrativer Therapie bzw. Humantherapie und stellt ihre Behandlung von majoren Depressionen , auch chronifizierten dar. Unter Einbezug neurowissenschaftlicher Perspektiven wird auf die Behandlung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ (bundles) von konzertierten Maßnahmen zentriert. Integrative Psychotherapie, Integrative Lauftherapie, multisensorische Stimulierung, movement produced information, komplexe Achtsamkeit , Netzwerktherapie werden eingesetzt, um den Lebensstil und die damit verbundene Störung zu behandeln.

Schlüsselwörter: Majore Depressionen, Integrative Therapie, multimodale Behandlung, Bündel von Maßnahmen , depressiver Lebensstil

Summary: Integrative Treatment of Depression based on neuroscience – changing of “depressive lifestyle” with “bundles” of complex interventions in the “Third Wave” of Integrative Therapy

This text is a chapter from a forthcoming book on the “Third Wave” of Integrative Therapy resp. Human Therapy describing the treatment of major depressions, even chronic. Drawing from perspectives of neurosciences we focus on the treatment of the “depressive lifestyle” with “bundles” of concerted interventions. Integrative Psychotherapy , running therapy, multisensory stimulation, movement produced information, complex mindfulness, network therapy are used, to change lifestyle and the connected disorder.

Keywords: Major depression, Integrative Therapy, multimodal treatment, bundles of interventions, depressive life style