

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 39/2019

**Depressionen – integrativ-multiperspektivische
Materialien mit Streifzügen zu sozialen, kulturellen,
ökologischen, therapeutischen und ästhetischen
Aspekten des Depressionsthemas
-Ein Arbeitspapier -**

*Alexander Ewald**, *Ramona Krings***, *Hilarion G. Petzold** (2017/18)

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

** : Aus dem Studiengang „Soziale Arbeit (Bachelor)“ an der Technischen Hochschule Köln. – Ein Arbeitspapier von 2017/18.

„Ohne Veränderung *depressiver Leiblichkeit*, depressiver Interozeptionen, Kognitionen, Emotionen und Volitionen und ohne Veränderung eines bewegungspassiven, kontaktarmen, *depressiven Lebensstils* durch abgestimmte ‘Bündel therapeutischer Maßnahmen’, hat Depressionsbehandlung schlechte Chancen“ (*Hilarion G. Petzold*).

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	
1. Psychische Störung & Depression I: Definitionen, Symptomatik, Diagnostik und Klassifikation	3
2. Psychische Störung & Depression II: Ätiologie und Pathogenese	11
3. Psychische Störung & Depression III: Epidemiologie, Prävalenz & Verlauf sowie kulturelle Aspekte	18
4. (Gesellschafts-)Kritische Anfragen: Ethan Watters ‘Crazy like us’, Thorsten Padbergs Nachwort, Heiner Keupps Déjà-vu und die Metapraxis der Integrativen Therapie um Hilarion Petzold	24
5. Psychische Störung & Depression IV: Behandlung	32
6. Abschluss: Skizzen zur Psychotherapie als Selbstkultivierung, Kulturarbeit und Eco-Care	
Zusammenfassung/Summary	47
Literaturverzeichnis	48

Vorbemerkungen

Dieser Text ist eine Materialsammlung und ein A r b e i t s p a p i e r zum Thema „Depressionen“, ein Thema, das hier in multiperspektivischer und integrativer Weise angegangen wird. Neben diagnostischen und klinischen Aspekten werden auch kulturelle und soziale Perspektiven betrachtet und interkulturelle Beobachtungen einbezogen, um sie für die Behandlung fruchtbar zu machen, wobei auch ökologische Aspekte aufgegriffen werden. Depressionen in ihren unterschiedlichen Ausprägungen und Formen werden in dieser Sicht nicht nur als Störungen mit Krankheitswert gesehen, sondern auch als eine schwierige Lebensstrecke, die – wird sie therapeutisch rechtzeitig und gut begleitet und sozial substantiell unterstützt – in geduldiger „Überwindungsarbeit“ oft gemeistert werden kann. Es sind oft schwere Wege, wie der beeindruckende Bericht des Psychiaters Piet C. Kuiper (1995) über seinen eigenen depressiv-psychotischen Zusammenbruch zeigt. Gelingen die Prozesse personalisierter Behandlung, können über eine Veränderung des Krankheitsgeschehens in Richtung eines Wiedergewinns des **seelischen Gleichgewichts** (Hell 2013) und die Entwicklung eines **nicht-depressiven Lebensstils** (Petzold 2014i) hinaus neue „**Entwicklungsaufgaben**“ in Angriff genommen werden, die zu persönlichem Wachstum und zu Prozessen der Selbstkultivierung im Sinne einer „Ästhetik der eigenen Existenz“ (Foucault 2007; Petzold 1999q) führen können. Das Überwinden der oft generalisierten Niedergeschlagenheit und Kraftlosigkeit, die auch durch schwere akute oder chronische Erkrankungen mit ihren devitalisierten Interozeptionen (Petzold, Orth 2007a) ausgelöst werden kann, ist zentrales Behandlungsziel. Es wird unterstützt durch leib- und naturtherapeutische, kreativ-mediale oder meditative Wege, wie für die Integrative Therapie charakteristisch sind (Petzold, Ellerbrock, Hömberg 2018; Petzold, Leeser, Klempnauer 2017; Petzold 2018k). Sie bieten Chancen, zu einem „vitalen Lebensgefühl“ (Petzold 2003a, 630, 878) und zu „persönlicher Lebenskunst“ (Petzold 1999q) zu finden. Natürlich stehen auch immer die Möglichkeiten des Scheiterns und Misslingens im Raum. *Major depressions*, besonders chronifizierte oder bei Menschen aus „benachteiligten Schichten“ (sogen. „UnterschichtspatientInnen“) und mit geringen Ressourcen, stellen die Behandlung stets vor erhebliche Probleme. Für diese in der Regel psychotherapeutisch unterversorgten, benachteiligten PatientInnenpopulationen fehlt es immer noch an evidenzbasierten wirkungsvollen Methoden (sie sind meist nur mit MittelschichtspatientInnen entwickelt worden). Ähnliches ist auch für Aufgaben interkultureller Depressionsbehandlung zu sagen, mit denen wir durch die Migranten, Menschen, die oft traumatisiert sind und deren Kultur uns fremd und oft auch befremdlich ist (Petzold 2016q), vermehrt in Arbeitskontakte kommen. Im vorliegenden Text wurde versucht, die langjährigen Erfahrungen der Autoren in ihrer Auseinandersetzung mit und Praxis von fernöstlichen Kampfkünsten (Ewald 2015; Petzold, Bloem, Moget 2004) zu nutzen und mit dem Depressionsthema exemplarisch Brücken zum asiatischen Kulturraum zu schlagen – das wird zu jedem kulturellen Kontext jeweils spezifisch erfolgen müssen.

Der Text will als A r b e i t s p a p i e r für AusbildungskandidatInnen in der Psychotherapie und für KollegInnen in der therapeutischen Praxis eine Übersicht und Anregungen bieten, um die *Perspektiven* zum Thema „Depressionen“ weit zu fassen und vielfältig zu halten. Dabei wird natürlich eine Menge bekanntes Material zusammengestellt, das nur als Kollektion von Perspektiven dient, um die Hauptzielrichtung dieser Arbeit zu rahmen: Eine weitere hinzuzufügen: nämlich eine kulturtheoretische Perspektive. Der wird in den multiperspektivischen Thematisierung von Depressionsbehandlung meist zu wenig Beachtung geschenkt. Wenn man in *Polyloge* (Petzold 2005ü) über dieses komplexe Thema der Depressionstherapie eintritt, bemerkt man, dass vieles weniger sicher ist, als wir es uns wünschen würden. „Konstruktives Zweifeln“ ist deshalb immer wieder angesagt (Petzold 2014e, f), um PatientInnen in ihrer *Vielfalt* und *Unterschiedlichkeit* (*diversity*) als Subjekten und der *Verschiedenheit* ihrer *Lebenslagen* und *Lebensgeschichten* „g e r e c h t“ zu werden (Petzold 2003i; Neuenschwander, Sieper, Petzold 2018). Eine „*diversity perspective*“ muss unbedingt auch für störungsspezifische Überlegungen im klinisch-therapeutischen Bereich in Anschlag gebracht werden (María do Mar Castro Varela, Dhawan 2011; Toepfer 2020), und das nicht nur mit der genderzentrierten oder ethnienorientierten Betrachtung (Abdul-Hussain, Baig 2009).

Die sind natürlich jeweils wichtig du haben entsprechende Aufmerksamkeit erfahren. Aber es muss auch mit dem Blick auf die Störungen selbst der Kategorie der „diversity“ Beachtung geschenkt werden. Das Depressionsthema wird das klinische Feld noch über lange Zeit in Forschung und kritischer Theorienbildung beschäftigen und uns in der Praxis ein differentielles und besonnenes Vorgehen abverlangen, wo wir im Blick auf die Gesamtsituation der Patientin und des Patienten – wie gesagt, eine gendersensible Praxis ist unbedingt angesagt (Petzold, Orth 2011; Schigl 2012) – **mit ihnen** gemeinsam gut abgestimmte „**Bündel therapeutischer Maßnahmen**“ (vgl. zum *bundling* Petzold 2014i, h; Petzold, Sieper 2008a: 516ff) erarbeiten müssen. Ihrer Vielfalt/Diversität kann man nur gerecht werden, wenn sie auf Augenhöhe mit ihrer Perspektive einbezogen werden im Sinne der integrativen Maxime von der „doppelten Expertenschaft“ (Petzold 1990i), ggf. der pluralen in therapeutischen Situationen. Ohne engagierte Unterstützung und Hilfen bei der Bewältigung anstehender Aufgaben und bei der Umsetzung gesteckter Therapieziele (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998/, ohne empathische Begleitung, Ermutigung und Trost, aber auch ohne klare Worte, wo sie angezeigt sind - also ohne all das, was eine stimmige und tragfähigen „therapeutische Beziehung“ ausmacht (Petzold 2012c; Petzold, Müller 2007) werden nachhaltige Behandlungserfolge kaum zu erreichen sein. Bei einem **biopsychosozialökologischen** Ansatz wie er von Hilarion Petzold (1965, 1974k, 2003a, 2009k) mit der Integrativen Therapie inauguriert wurde, gehen in das Beziehungsgeschehen komplexe Einflussgrößen wie die „**Kontextdimension**“ – Orte, Gebäude, Landschaften (Petzold, Ellerbrock, Hömberg 2018), **diffentielle Empathie** mit ihren *kognitiven* (appraisal) und *emotionalen* (valuation) Dimensionen (Eres et al. 2015; Petzold, Orth 2017b) als „**wechselseitige Empathie**“ ein, bei der das oxytocinerge System beider Partner eine wichtige Rolle spielt (Petzold 2009k: 51, 2016q, 51) – auch die PatientInnen müssen in den interaktiven Prozessen der Therapie ihre TherapeutInnen empfinden. Ohne eine gute Qualität dieses bislang zu wenig beachteten Prozesses wird ein Gelingen von Therapien beeinträchtigt. Es ist eben nicht nur die Empathie der TherapeutInnen, die zählt, das Zusammenspiel beider Empathieströme ist wichtig. Bei schweren Depressionen ist das Empathiesystem von PatientInnen oft geschwächt durch eine mit dem Störungsbild verbundene gedämpfte *intrapersonale* und *interpersonale* Resonanzfähigkeit. Die Rolle des Oxytocin-Systems in Beziehungs- und Bindungsprozessen wird immer stärker durch die Forschung erkannt und fundiert die allgemein in der Psychotherapie betonte zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Heilungsprozess. Aber Physiologie ist nicht alles, sie ist ein wichtiges Begleitphänomen affilialer Nähe (Petzold, Müller 2007) und liebevoller Zugewandtheit, die den Anderen als Person wirklich meint und für ihn Sorge trägt. In dieser Beziehungsmatrix „gelebter Konvivialität“ (Petzold 2012c) können dann die notwendigen „Bündel von Maßnahmen“ (idem 2014i) in der Depressionsbehandlung greifen, soweit die gesellschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen das zulassen. Und das ist oft nicht gegeben – bei Langzeitarbeitslosen, Flüchtlingen, Suchtkranken, Randgruppen. Hier kommt bloße Psychotherapie an ihre Grenzen und es wird politische Arbeit erforderlich, ein Eintreten für Menschen und menschenwürdige Lebensbedingungen (Petzold, Leitner 2005/10; Petzold, Orth, Sieper 2013b).

Hilarion G. Petzold

1. Psychische Störung & Depression I: Definitionen, Symptomatik, Diagnostik und Klassifikation

„Eingeschränkt in einem Tunnel bzw. einem schwarzen Loch sich fühlend“ – mit solchen Bildern beginnt die integrative Therapeutin Ingrid Braunbarth (2009: 65f.; s.a. Cohen, 2004: 488) ihre Darlegungen zur Depression als biopsychosozialer Entwicklung, wobei Depression „als affektive Störung definiert [wird], deren Hauptsymptom eine krankhafte Veränderung der Stimmungslage ist“ (Braunbarth, 2009: 66). Schulte-Markwort/Richterich/Forouher (2008: 771) schreiben:

„Affektive Störungen sind durch anhalten-de und/oder krankhafte Veränderungen der Stimmungslage definiert. Unter Stimmung versteht man subjektiv wahrgenommene (und z.T. auch objektiv beschreibbare) Gefühlszustände, die sich zwischen den Polen Lust und Unlust, Trauer und Freude, Angst und Jubel, Liebe und Hass, Wut und Gleichgültigkeit“, wobei letzteres auf mehrere Stimmungen sich beziehen kann“¹.

Meist sind bei affektiven Störungen Manie und Depression gemeint, kritische Anfragen aber möglich (weiterführend: Schulte-Markwort et al., 2008: 771f., 774).

Rief & Stenzel (2012: 11f.) stellen die Frage, ab wann bei einer Phase, wo es Menschen psychisch nicht gut geht, es Sinn machen könnte, nicht von normalen, zum Leben dazugehörenden Zuständen, sondern von Krankheit zu sprechen und bringen die fünf Normalitätsbegriffe (1) Idealnorm, (2) statistische Norm, (3) soziale Norm, (4) subjektive Norm sowie (5) funktionale Norm ins Spiel und betonen, dass die gängigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV (vgl. Rief & Stenzel, 2012: 12f.) vor allem die funktionale Norm heranziehen.¹

Im diagnostischen Prozess wird eine Diagnose, bspw. interview-, verhaltensbeobachtungs- oder neuropsychologisch gestützt, nach Symptom -> Syndrom (bestimmte Symptome treten gehäuft gemeinsam auf) erreicht und dient neben der Klassifikation vor allem dazu, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren herauszufinden sowie den Grundstein für die Therapieplanung zu legen (vgl. Rief & Stenzel, 2012: 10, 13-15; Myers, 2014: 659f.; Schulte-Markwort et al., 2008: 784). Moderne Klassifikationssysteme seit den 1980ern sind um eine hohe Güte der Diagnosestellung bemüht und benutzen möglichst präzise ausweis- oder beobachtbare Kriterien (kriteriumsorientiert) sowie Regeln zu Verknüpfung, Ein- und Ausschluss (operationalisiert) (vgl. Rief & Stenzel, 2012: 10f.). Schulte-Markwort et al. (2008: 772) skizzieren einen Wandel von kategorialer Einteilung der Depression bei Jaspers (1913) über Kielholz (1966) hin zu dimensionaler Einteilung bei hinsichtlich affektiver

¹ Der Kölner Philosoph Ulrich Wienbruch (2000: 19-23) differenziert in seinen Ausführungen zum bewussten Erleben Gefühle als Bewertung des Gelingens seines Selbst- und Weltverhältnisses von Stimmungen, die jeweils angibt „wie er seinen Vollzug insgesamt in der jeweiligen Lage einschätzt“ (Wienbruch, 2000: 23).

¹ Wienbruch (2000: 83) hingegen kritisiert das DSM IV für dessen atomisierende Kennzeichnung einer psychischen Störung, da das bewusste Erleben ein in sich gegliedertes Gefüge ist und stellt heraus: „Ergibt sich, daß jemand psychisch gestört ist, so heißt das, daß das Gefüge der Momente seines bewußten Erlebens ‚entgleist‘ ist. Der Vollzug des psychisch Kranken entspricht nicht den an ihn zu stellenden Erwartungen, die für bewußtes Erleben unerläßlich sind“ – siehe weiterführend: Wienbruch (2000: 10-37) und auch Myers (2014: 654f., 660-663); für Depression als Krankheit: Myers, 2014: 671f.; Berking & Radkovsky, 2012: 30f. und mit integrativen Perspektiven Braunbarth, 2009: 66; Petzold 2014i..

Störungen nur bedingt vergleichbarer ICD-10 und DSM-IV; kategorial meint trennbare Zustände, dimensional ein Übergangskontinuum mit den beiden Polen gesund und krank (vgl. Rief & Stenzel, 2012: 12).

ICD-10	DSM-IV-TR
F 32: depressive Episode 296: Major Depression	
für eine Dauer von mindestens zwei Wochen:	für eine Dauer von mindestens zwei Wochen
<ul style="list-style-type: none"> gedrückte Stimmung Interessenverlust Freudlosigkeit Verminderung des Antriebs 	mindestens fünf der folgenden Symptome: <ul style="list-style-type: none"> depressive Verstimmung (bei Kindern und Jugendlichen auch: reizbar) Interessenverlust Gewichtsverlust (> 5%/Monat) (bei Kindern auch: Ausbleiben der Gewichtszunahme) Schlaflosigkeit psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung Müdigkeit oder Energieverlust Gefühle von Wertlosigkeit/unangemessene Schuldgefühle verminderte Fähigkeit, zu denken oder sich zu konzentrieren wiederkehrende Gedanken an den Tod
zusätzlich häufig:	
<ul style="list-style-type: none"> verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit negative und pessimistische Zukunftsperspektiven Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen Schlafstörungen verminderter Appetit 	

Abb. 1: Klassifikation der Depression in der ICD-10 und dem DSM-IV-TR (Quelle: Schulte-Markwort et al., 2008: 773)

Hinsichtlich der vorliegenden Symptomeinteilung und Fragen der Komorbidität (s.a. Berking & Radkovsky, 2012: 29-34; Myers, 2014: 671f.; Braunbarth, 2009: 66) merken Schulte-Markwort et al. (2008: 773-776) an, dass hinsichtlich kategorialer Unterschiede depressiver Erkrankungen bei Kindern und/oder Jugendlichen im Unterschied zu Erwachsenen – im Wissen um Traurigkeit und Freude ab der Geburt als „ubiquitäres Phänomen“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 775) – sowie hinsichtlich etwaiger Zusammenhänge mit Ängstlichkeit bei Kindern und bei Fragen nach der Einschätzung frühkindlicher Bindungs- oder Regulationsstörungen als Vorläufer oder Ausdruck depressiver Erkrankungen noch Forschungsbedarf besteht. Die nachfolgende Abbildung zeigt Studienergebnisse zu alterstypischen Symptomen bei Depressionen im Kindes-/Jugendalter:

Kleinkindalter (1–3 Jahre)	Vorschulalter (4–6 Jahre)	Schulkinder (7–12 Jahre)	Pubertäts-/Jugendalter (13–18 Jahre)
<ul style="list-style-type: none"> vermehrtes Weinen Ausdrucksarmut erhöhte Irritabilität gestörtes Essverhalten (Ein-)Schlafstörungen Spielunlust 	<ul style="list-style-type: none"> wirkt traurig psychomotorische Hemmung Ängstlichkeit, Phobien Appetitlosigkeit (Ein-)Schlafstörungen introvertiertes, aber auch aggressives Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> verbale Berichte über Traurigkeit psychomotorische Hemmung Zukunftsangst, Ängstlichkeit Appetitlosigkeit (Ein-)Schlafstörungen suizidale Gedanken 	<ul style="list-style-type: none"> vermindertes Selbstvertrauen/Selbstzweifel Lustlosigkeit, Apathie, Konzentrationsmangel Stimmungs labilität psychosomatische Beschwerden, Gewichtsverlust Ein- und Durchschlafstörungen zirkadiane Schwankungen des Befindens Suizidalität

Abb. 2: Alterstypische Symptome bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter (Quelle: Schulte-Markwort et al., 2008: 776)

Bei dieser Thematik ist aber – wie Seidler (2013: 142) in seinem Lehrbuch zur Psychotraumatologie ausführt – zu berücksichtigen, dass klinische Diagnostik einerseits und wissenschaftliche Befundarbeit andererseits, gegenläufig verlaufen: ersterer geht es um Evidenzmaximierung wohingegen letztere nach der Frage vorgeht, „ob alles nicht auch ganz anders sein könnte“..., dem vorsorglich/ergänzend

Spivaks Differenz essentialismuswachsamer politischer Artikulation/strategy und anti-essentialistischer Wissenschaft/theory beigefügt sei (vgl. weiterführend: Emmerich & Hormel, 2013: 236f.; s.a. Bowman 2017b: 18; Hoffman, 2015: 23, 56-63, 120-126).

Auch die seitens der DGPPN/BÄK/KBV/AWMF/AkdÄ/BPtK/BApK/DAGSHG/DEGAM/DGPM/DGPs/DGRW (2015) herausgegebene S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression² fasst Depressionen als „psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind“ (DGPPN et al., 2015: 15). Die Autoren und Herausgeber grenzen ein:

„Im Weiteren beschränken sich die Ausführungen entsprechend dem Geltungsbereich dieser Leitlinie auf die unipolare depressive Störung, d. h. depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, anhaltende affektive Störungen (hier nur: Dysthymie), sonstige affektive Störungen (hier nur: rezidivierende kurze depressive Störung) und zyklusassoziierte depressive Störungen (hier nur: Depressionen in der Peripartalzeit, prämenstruelle dysphorische Störung und Depressionen in der Perimenopause)“ (DGPPN et al., 2015: 15).

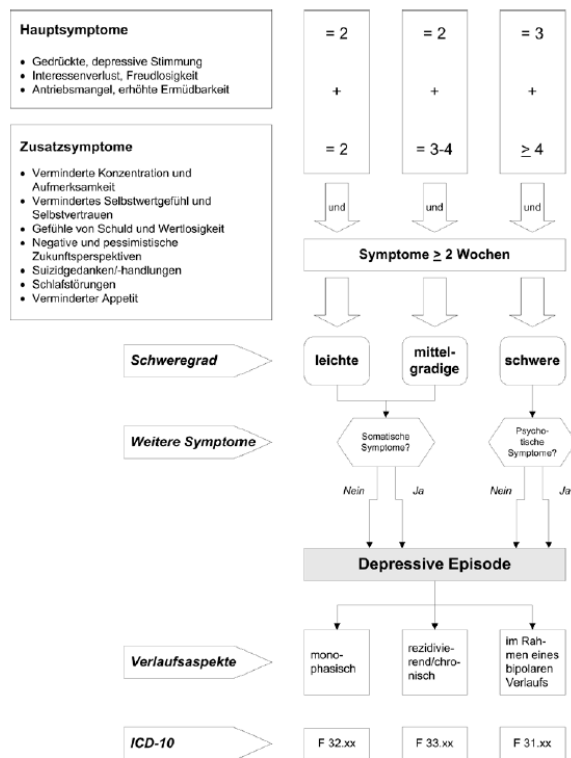
Komorbidität wird als das „Vorhandensein von mehr als einer spezifischen Störung bei einer Person in einem definierten Zeitraum“ (DGPPN et al., 2015: 17) verstanden, wobei mögliche Beziehungen zwischen mehreren Störungen kausale, wechselseitig kausale, gemeinsamer ätiologischer Faktor oder Faktorenkomplex und überlappende diagnostische Kriterien umfassen können; (unipolare) Depressionen weisen Komorbiditäten mit bspw. Angst- und Panikstörungen, Substanzmittelmissbrauch/Suchterkrankungen, Ess- und Persönlichkeitsstörungen sowie somatischen Erkrankungen auf und die Depressionssymptomatik in der Folge körperlich wie psychisch die Befindlichkeit beeinträchtigt, für sozialen Gefüge belastend sein kann und hohe direkte wie indirekte Kosten verursacht (vgl. weiterführend: DGPPN et al., 2015: 17-22).

Die oben erwähnten Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM IV wie auch das DSM-V werden ausführlich mit ihren Unterschieden hinsichtlich Klassifikation, Diagnose und Symptomatik thematisiert (vgl. weiterführend: DGPPN et al., 2015: 26-42):

Nach ICD-10 sind unipolare Depressionen syndromal von bipolaren Störungen sowie Zykllothymie abzugrenzen; über die Anzahl erfüllter Haupt- und Nebensymptome wird der Schweregrad (leicht, mittelgradig, schwer) klassifiziert und zusätzlich sind zeitliche Dauer (zumeist mindestens 14 Tage, Ausnahme sind sehr schwere und rasche Symptome der schweren depressiven Episode) sowie Verlaufsaspekte zu berücksichtigen (vgl. weiterführend: DGPPN et al., 2015: 26-31): Als

² „Unipolare Depressionen sind affektive Störungen, für die das Vorliegen von depressiven Symptomen bei Abwesenheit von (hypo-) manischen Symptomen charakteristisch ist“ (Berking & Radkovsky, 2012: 29) – s.a. Schulte-Markwort et al. (2008: 771-774), sowie Braunbarth (2009: 66). „Mania (griech.) bedeutet Raserei, Besessenheit, Wahnsinn. Grundsätzlich sind heute zwei Bedeutungen zu unterscheiden: Übersteigerung einer einzigen spezifischen Verhaltensweise [...] [sowie] ein abnormer Erregungszustand [...]. Die bipolaren Störungen sind durch das Auftreten wiederholter Episoden von Depression und/oder Manie gekennzeichnet“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 773) – s.a. Braunbarth (2009: 66) sowie DGPPN et al. (2015: 26f).

Hauptsymptome depressiver Episoden gelten 1) gedrückte Stimmung, 2) Interessensverlust und Freudlosigkeit sowie Energielosigkeit und Ermüdbarkeit. Die möglichen Zusatzsymptome umfassen soweit reduzierte Konzentration und Aufmerksamkeit, nachlassendes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Schlaf- und Appetitstörungen, negative Zukunftsaussichten, Selbstschädigendes Verhalten, Suizidgedanken oder –handlungen und ggf. ein somatisches Syndrom:



Legende: die Zahlen („=2“ oder „=3-4“) beziehen sich auf das Vorhandensein von mind. zwei Hauptsymptomen und mind. drei bis vier Zusatzsymptomen.

Abb. 3: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien (Quelle: DGPPN et al., 2015: 31)

Im DSM-V ist nun – im Unterschied zum Vorgänger DSM-IV – ein eigenes Kapitel für depressive Störungen zu finden, in dem bspw. bipolare Störungen nicht zu finden sind und im Vergleich bestehen Gemeinsamkeiten/Ähnlichkeiten (bspw. andere Kapitelzuordnung) und Unterschiede zur ICD-10 (vgl. weiterführend: DGPPN, 2015: 27, 31f.): Bspw. können analog zum ICD-10 Klassifizierungen nach dem Schweregrad, dem Vorliegen psychotischer Symptome und hinsichtlich einzelner oder wiederkehrender Episoden vorgenommen werden. Unterschiede zur ICD-10 liegen unter anderem in der im DSM-V vorhandenen „Codierung für die Remissionsstärke oder die Chronizität der Störung“ (DGPPN et al., 2015: 27), in Vorrangsdifferenzen von Diagnosen oder auch darin, dass das „Störungsbild Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2) [...] weder im DSM IV noch im DSM-5 eine Entsprechung [findet]“ (DGPPN et al., 2015: 32). Im Vergleich zum Vorgänger DSM-IV hat sich unter anderem die Kapitelstruktur geändert, die Disruptive Affektregulationsstörung wurde neu aufgenommen und Trauer wurde als Ausschlusskriterium herausgenommen, um die Diagnose zu ermöglichen, dass eine normale Trauerreaktion (Gefühle von Leere und Verlust zentral, Humorphasen

möglich) mit einer depressiven Episode (gedrückte Stimmung und Freudlosigkeit) gemeinsam auftreten kann. Darüber hinaus gibt es das Kapitel „Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf“, wo bspw. die Anhaltende Komplexe Trauerreaktion aufgeführt ist, die „in der Art und Schwere außerhalb der kulturellen, religiösen oder altersentsprechenden Normen liegt“ (DGPPN et al., 2015: 32). Damit ist die auch von DGPPN et al. (2015: 15, 33) angesprochene Kritik an DSM-V erreicht, so dass nachfolgend ein kurzer Exkurs eingeschoben sei:

Exkurs: Kritik an den Klassifikationssystemen

Cohen (2004: 486f.) arbeitet einige Schwierigkeiten hinsichtlich des DSM-IV-Verständnisses von “mental disorder as a ‘clinically significant...syndrome or pattern’ in which an individual exhibits behavioral or psychological patterns that are associated with ‘distress, disability, or increased risk of pain or death’ (American Psychiatric Association, 1994)” heraus.

Erstens: “First, it covers a vast range of conditions. One might reasonably ask whether it is valid for a single definition to encompass the entire spectrum of conditions [...]. Even if it is valid to speak of mental disorders in such an inclusive way, more precise focusing may be obligatory when formulating and testing hypotheses about the effect of sociocultural environments on human mental well-being” (Cohen, 2004: 486).

Zweitens: Es wird die klar implizierte Trennung zwischen ‘mental’ und ‘physical’ durch bspw. Malariasymptome oder diffuse Rückenschmerzen angefragt.

Drittens: Es wird kritisiert – und dies ist als Vorbemerkung zu sehen –, dass das DSM-IV soweit mit Arbeit in Nordamerika und Europa konzipiert worden ist, so dass nach Kategorienfehlern im Sinne Arthur Kleinmans gefragt werden kann:

“Imagine a South Asian psychiatric epidemiologist conducting a study of semen loss syndrome [...] in the United States where this syndrome is virtually unknown [...]. On the other hand, Kleinman (1988) suggests that the application of the DSM-IV concept of dysthymia, a chronic low-level form of depression, would be just as inappropriate in China. In all of these cases, the psychiatric categories validated in one cultural context would be found to be absent in other contexts, leaving one with the impression that cultural expressions of distress are incommensurable. This is difficult to believe. Yet, is it any more valid to claim that, for example, semen loss syndrome is nothing more than a variety of anxiety disorder [...]?” (Cohen, 2004: 486).

Darüber hinaus kritisiert Cohen (2004: 486f.), dass bei obiger DSM-IV-Definition multifaktorielle Bedingungsgefüge keine explizite Berücksichtigung finden, dass Diagnostikprozesse Aushandlungsprozesse sind und dass das DSM-IV – trotz obiger Darlegung? – “is explicitly categorical” (Cohen, 2004: 487).

Myers (2004: 659f.) attestiert dem DSM-IV, das nur beschreibend, aber nicht ursachenzuschreibend vorgeht (s.a. zu reaktiver/endogener Depression und somatischem Syndrom: Berking & Radkovsky, 2012: 29), eine Praxisbeliebtheit und auch Verwendung durch finanzielle Notwendigkeit und bringt – erneut als Vorgriff – Kritik vor, wonach die Kategorien sehr breit gefasst sind, die Kategorien sowie die

erfassten pathologischen Erwachsenen zahlenmäßig stets anwachsen und die Sorge einer, möglicherweise mit dem DSM-V voranschreitenden, „Pathologisierung des Alltags“ (Myers, 2014: 660) wächst. Ferner werden an den Etikettierungen eines DSM-IV Willkürlichkeit oder wissenschaftlich verkleidete Werturteile kritisiert; Etikettierungen können ein Eigenleben entwickeln, Wahrnehmungen verändern, als selbsterfüllenden Prophezeiung funktionieren, regen die Frage nach Verantwortung an und erleichtern Untersuchungen (vgl. weiterführend: Myers, 2014: 660-663). DGPPN et al. (2015: 33) schreiben – u.a. hinsichtlich der Überdiagnostizierungsgefahr – dass nicht diagnostisch auch Zusammenlegungen stattgefunden haben, auf Abgrenzungen (s.o.) verwiesen wird und Prävalenzentwicklung wie Kategorieneignung zu prüfen sind.

Nach diesem Exkurs sei sich grob skizzenhaft der befürworteten aktiven Exploration hinsichtlich des Erkennens oder des Verlaufs depressiver Störungen, Suizidalität zugewandt – durchaus auch differentialdiagnostisch und unter Einbeziehung von Screenings bei Risikogruppen und etwaiger Berücksichtigung von Fremdanamnese; neben den folgenden Abbildungen wird auf die weiterführenden Darlegungen bei DGPPN et al. (2015: 33-42) verwiesen:

- Frühere depressive Episoden;
- Bipolare oder depressive Störungen in der Familiengeschichte;
- Suizidversuche in der eigenen Vor- oder der Familiengeschichte;
- Komorbide somatische Erkrankungen;
- Komorbider Substanzmissbrauch bzw. komorbide Substanzabhängigkeit;
- Aktuell belastende Lebensereignisse;
- Mangel an sozialer Unterstützung.

Abb. 4: Risikofaktoren für eine depressive Störung (Quelle: DGPPN et al., 2015: 34)

Hauptsymptome	
Depressive Stimmung	„Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?“ „Gab es Zeiten, an denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?“
Interessenverlust und Freudlosigkeit	„Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?“ „Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?“
Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel	„Haben Sie Ihre Energie verloren?“ „Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“ „Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?“
Zusatzsymptome	
Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	„Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“ „Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?“
Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	„Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl?“ „Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“
Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit	„Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“ „Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?“
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	„Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“ „Haben Sie Pläne für die Zukunft?“
Suizidgedanken/Suizidhandlungen	„Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?“ „Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“ „Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“ „Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?“
Schlafstörungen	„Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“ „Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?“
Verminderter Appetit	„Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der letzten Zeit?“ „Haben Sie ungewollt abgenommen?“

Bei *leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden* sollte bei entsprechendem klinischem Verdacht zusätzlich das Vorhandensein **somatischer Zusatzsymptome** erfasst werden. Bei *schweren depressiven Episoden* sollte das Vorhandensein **psychotischer Zusatzsymptome** geprüft werden. Mögliche Fragen zur Erfassung einer psychotischen Symptomatik sind:

- „Sind Sie davon überzeugt, dass Sie etwas sehr Schlimmes getan haben, dass Sie veramen oder dass Sie für etwas Schlimmes, das passiert ist, verantwortlich sind?“
- „Hören Sie Stimmen, die andere nicht hören?“

Abb. 5: Beispielfragen zur Symptomerfassung (Quelle: DGPPN et al., 2015: 35)

Panikstörung	„Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, bei dem Sie ganz plötzlich von starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?“
Generalisierte Angststörung	„Haben Sie sich schon einmal über mindestens einen Monat oder länger ängstlich, angespannt und voll ängstlicher Besorgnis gefühlt?“
Soziale Phobie	„Hatten Sie jemals unbegründete Ängste, mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen?“
Agoraphobie	„Litten Sie jemals unter unbegründeten Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?“
Posttraumatische Belastungsreaktion	„Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis erlebt, unter dessen Nachwirkungen Sie monatelang litten?“
Spezifische Phobie	„Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründeten Angst vor besonderen Situationen, Gegenständen oder Tieren litten?“
Zwangsstörung	„Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten?“
Manische oder hypomanische Episoden	„Waren Sie jemals über mehrere Tage ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?“
Essstörung	„Haben Sie sich jemals über mehrere Monate hinweg große Sorgen darüber gemacht, wie viel Sie essen, zu dick zu sein oder zuzunehmen?“
Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit	„Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie fünf oder mehr Gläser Alkohol pro Tag getrunken haben?“
Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit	„Haben Sie schon mehrmals Anregungs-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung oder in höherer Dosierung eingenommen?“
Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit	„Haben Sie in Ihrem Leben schon mehrmals irgendwelche Drogen wie z. B. Haschisch, Ecstasy, Kokain oder Heroin eingenommen?“

Abb. 6: Beispielscreeningfragen zur Differentialdiagnostik (Quelle: DGPPN et al., 2015: 37f.)

Hauptsymptome (Störung von Stimmung, Antrieb und/oder Aktivität) vorhanden?

- nein → andere psychische Erkrankungen
Hinweis auf organische Ursache?
- ja → organische psychische Störungen prüfen
Hinweis auf Verursachung durch psychotrope Substanzen?
- ja → Störungen durch psychotrope Substanzen prüfen
- nein → genaue Erfassung der Psychopathologie des depressiven Syndroms (siehe Abbildung 3)
und Erhebung der Informationen zum bisherigen Verlauf
und zur Familienanamnese
und zu belastenden Faktoren

Abb. 7: Prozedurales Vorgehen bei der Diagnostik der unipolaren depressiven Störung (Quelle: DGPPN et al., 2015: 41)

2. Psychische Störung & Depression II: Ätiologie und Pathogenese

Myers (2014: 654-659), der psychische Störungen als „abweichendes, beeinträchtigendes und dysfunktionales Muster von Gedanken, Gefühlen oder Verhalten“ (Myers, 2014: 654) definiert, stellt mehrere Erklärungsmodelle vor: Von früheren Zeiten mit anzutreffenden Überzeugungen, wonach „rätselhafte Verhaltensweisen das Werk unbekannter Gewalten seien“ (Myers, 2014: 656) und durchaus schmerzhaft-letalen Umgangsweisen mit Gegenbewegungen, kam durch Syphilisforschung mit Gehirnschäden und Verstandesschädigung um 1800 herum ein medizinisches Modell auf, wonach „Krankheiten, in diesem Fall psychische Störungen, auf physischen Ursachen beruhen, die diagnostiziert, behandelt und in den meisten Fällen auch geheilt werden können“ (vgl. Myers, 2014: 656-658).

Heutzutage wird oftmals ein biopsychosozialer Ansatz vertreten, „der anerkennt, dass sich Körper und Geist nicht voneinander trennen lassen.“ (vgl. Myers, 2014: 658f.; s.(a.).a. Rappe, 2012: 79-84):

„Die Psychologen von heute behaupten, dass jegliches Verhalten, ganz unabhängig davon, ob es als normal oder gestört angesehen wird, auf einer Wechselwirkung von Anlage (genetische und physiologische Faktoren) und Umwelt (vergangene und gegenwärtige Lernerfahrungen) beruht [...]. Umwelteinflüsse lassen sich nachweisen, wenn man Zusammenhänge zwischen bestimmten psychischen Störungen und Kulturen findet [...]. In jeder Kultur gibt es spezifische Quellen für Stress und auch unterschiedliche Strategien, damit umzugehen. Die Essstörungen Anorexie und Bulimie z. B. sind Störungen, die zumeist in westlichen Kulturen auftreten. In Malaysia bezeichnet der Begriff »amok« einen plötzlichen Ausbruch aggressiven Verhaltens (daher kommt die Redewendung »Amok laufen«). »Susto«, gekennzeichnet durch massive Ängste, Rastlosigkeit und Furcht vor schwarzer Magie, findet man in Lateinamerika. Unter »Taijin-kyofusho« versteht man das Auftreten sozialer Ängste, die sich auf das eigene Aussehen beziehen; es tritt in Verbindung mit der Bereitschaft zu erröten und einer Furcht vor Blickkontakten auf. Diese Störung kommt in Japan vor und führt zu extremem sozialem Rückzug, »hikikomori«. All diesen Störungen liegt möglicherweise dieselbe Dynamik zugrunde (beispielsweise Angst), sie unterscheiden sich jedoch in ihren Symptomen [...], die sich in einer bestimmten Kultur manifestieren [...]. Aber nicht alle Störungen sind kulturabhängig. Depression und Schizophrenie treten überall auf der Welt auf. Von Asien bis nach Afrika und über Nord- und Südamerika hinweg gehören irrationales Denken und inkohärente Sprache oft zu den Symptomen der Schizophrenie“ (Myers, 2014: 658).

In der Integrativen Therapie wird weitergreifen ein „biopsychosozialökologisches Modell“ (Petzold 1965, 2006p, 2016i) vertreten, das affirmiert: man kann Kontexte, das biologische und ökologische Umfeld (environment) nicht aus der Betrachtung ausklammern, hat es doch nachhaltige Einflüsse und Wirkungen auf Gesundheit und Krankheit, weshalb auch von Petzold und Heintl der Begriff „Ökopsychosomatik“ inauguriert wurde (Hömberg 2017; Petzold 2011l, 2016i) und ökologische, naturtherapeutische, sporttherapeutische Interventionen in das „Bündel von Maßnahmen“ einbezogen werden müssen, mit denen Depressionen, besonders chronifizierte,

behandelt und willenstherapeutisch und ggf. soziotherapeutisch (Petzold, Sieper 2008b, c) unterstützt und begleitet werden müssen (Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold 2014h, h: Waibel, Petzold 2009). Das ökologische Moment ergänzt Myers Item „Biologische Einflüsse“

Nachfolgend Myers Modell:

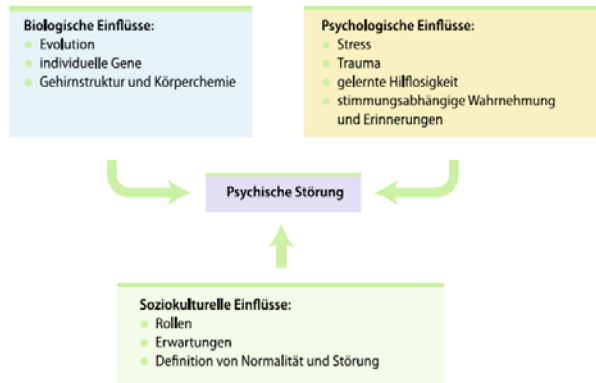


Abb. 8: Biopsychosoziales Modell (Quelle: Myers, 2014: 658)

Hinsichtlich der Ätiologie und Pathogenese affektiver Störungen merken Schulte-Markwort et al. (2008: 777) an, dass ein eindeutiges Modell bislang ausstehe, wobei „sich offensichtlich einige der formulierten Entstehungshypothesen auf Subtypen der Depression bzw. affektiver Störungen beziehen“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 777) und dass ferner kaum explizite Untersuchungen für Kinder/Jugendliche vorliegen, so dass vieles Übertragung aus der Erwachsenenforschung ist. Für Depression diskutieren Schulte-Markwort et al. (2008: 777-783) folgende, hier skizzierte, Aspekte³:

Genetische Faktoren (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 777f.): Sind Elternteile depressiv und insbesondere schwer rezidivierend erkrankt, erhöhen sich Betroffenheitswahrscheinlichkeiten für Kinder, was allerdings auch als Umgebungsfaktor aufgefasst werden kann. Bei Zwillingsstudien ergaben sich hinsichtlich unipolarer Störungen Paarkonkordanzraten von 40% (eineiig) bzw. 14% (zweieiig) und molekulargenetische Untersuchungen brachten Regionen an den Chromosomen 21, 18, 11 und 5q sowie das TPH-Gen ins Spiel (s.a. Mai, 2004: 422, 436; Myers, 2014: 676).

Neurotransmission (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 778): Beginnend bei der Amindefizit-Hypothese sind seit Jahren die Serotoninmangel- und die Katecholamin/Noradrenalinmangel-Hypothese Diskussionsgegenstand – mittlerweile gibt es jedoch differenzierte Modelle der verminderten Neurotransmission, da „eine Erhöhung der Transmitterkonzentration durch Antidepressiva nicht der eigentliche oder einzige Wirkmechanismus sein kann, weil die Wirkung in der Regel mit deutlicher Latenz einsetzt“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 778)⁴. Aktuelle Modelle zur Dysregulation haben

³ S.a. für ähnliche/weitere Ausführungen, aber soweit ohne Synopsis oder weniger ausführlich als Schulte-Markwort et al. (2008): Berking & Radkowsky (2012: 34-39) sowie DGPPN et al. (2015: 22f.).

⁴ Hypothesenmodifikation kann Befunde wie Wirkung anders gelagerter Antidepressiva nicht erklären und es gibt einige weitere, irritierende Befunde (vgl. weiterführend: Berking & Radkowsky, 2012: 35).

Störungen hinsichtlich noradrenergen Rezeptoren im Blick und bei Dysbalancemodellen wird der Transmitter Acetylcholin berücksichtigt: „Danach wäre die Grundlage der depressiven Affektlage ein Überwiegen cholinerg Aktivität gegenüber noradrenerger und serotoninerg, die der manischen Affektlage ein Überwiegen im noradrenergen System im Vergleich zum cholinergen“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 778) (s.a. Myers, 2014: 679).

Neuroendokrinologische Symptome (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 778f.): Viele Arbeiten setzen an der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden- bzw. –Schilddrüsen-Achse an, da mit Achsenstörung oft depressive Verstimmung einherging. Zusätzliche Befunde sind allerdings uneinheitlich und:

„Insgesamt muss festgehalten werden, dass es den meisten neuroendokrinologischen Befunden an Sensitivität und Spezifität fehlt. Allerdings ist das phänomenologische Krankheitsbild der Depression so heterogen bzw. durch derart viele Subtypen kategorisiert, dass die Identifizierung eines eindeutigen biologischen Markers an nicht ausreichend definierten klinischen Diagnosegruppen unmöglich scheint“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 779).

Gestörte Kalzium-Homöostase (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 779): Die intrazelluläre Kalziumkonzentration bei Thrombozyten und Lymphozyten bipolar erkrankter Patienten ist erhöht und aus der eingeschränkten Leistungsfähigkeit der Natrium-Kalium-ATPase könnte eine Manie und schließlich eine Depression folgen.

Chronobiologische Faktoren und Schlaf (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 779): Entsprechende Faktoren sind bei bipolarer Störung sowie saisonaler Depression plausibilisierbar, indem bspw. mit Lichttherapie in bis zu 80% der Fälle teils deutliche Besserung erzielt werden konnte.

Pharmakogene & somatogene Depressionen (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 779f.): s. Abb. 4:

gesicherte Nebenwirkung	Nebenwirkung wahrscheinlich/möglich	Gebiet	Art der Erkrankung
<ul style="list-style-type: none"> • Antihypertensiva • Reserpin • α-Methyl dopa, Clonidin • Propranolol • Steroide • Prednisolon (< 40 mg/d) • orale Kontrazeptiva (Progesteronanteil) • Vasodilatoren/Kalzium-Antagonisten • Cinnarizin, Flunarizin • Antibiotika • Fluor-Chinolone • (Gyrasehemmer) • Aknemittel • Isotretinoin • Lipidsenker • Pravastatin • Lovastatin 	<ul style="list-style-type: none"> • ACE-Hemmer • Enalapril • Antiarrhythmika • Kalzium-Antagonisten • Diltiazem • Antimykotika • Amphotericin B • Gastroenterologika • Metoclopramid • Cimetidin • Ranitidin • Sulfasalazin • Interferon β-1b • nichtsteroidale Antiphlogistika • Indometazin • Neuroleptika • Haloperidol, Fluphenazin • Flupentixol (Perenyi et al. 1998) • Anti-Epileptika • Zytostatika 	Infektionen	<ul style="list-style-type: none"> Influenza Tuberkulose Hepatitis Epstein-Barr-Virus Human Immunodeficiency Virus
		neurologische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Epilepsie Comotio cerebri Subarachnoidalblutung
		endokrinologische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes mellitus Cushing-Krankheit Addison-Krankheit Hypothyreose Hyperparathyreoidismus Hypopituitarismus
		andere Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> Hypokaliämie (z. B. bei Bulimie) Hyponatriämie Anämie Lupus erythematodes Wilson-Krankheit Porphyrie Urämie

Abb. 9: Übersicht zu pharmakogenen (li.) und somatogenen (re.) Depressionen (Quelle: Schulte-Markwort et al., 2008: 780)

Anatomische Veränderungen (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 780): Bildgebende Verfahren (MRT) zeigen für an Depressionen erkrankte Erwachsene wie auch ältere Kinder Verhältnisveränderungen von frontalem Kortex, lateralen Vehikeln hinsichtlich des Gesamtzerebrallvolumens sowie einen verkleinerten präfrontalen Kortex bei Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus scheinen „[i]nsbesondere therapieresistente Formen der Depression [...] mit hypometabolischen Zuständen im frontalen und temporalen Kortex einherzugehen“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 780) (s.a. Myers, 2014: 676, 678).

Lebensereignisse (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 780f.):

„Im Prinzip kann jedes akut oder chronisch auftretende traumatische Ereignis, das die Beziehungskontinuität eines Kindes belastet, zu depressiven Reaktionen bzw. depressiven Störungen führen [...]. Der Zusammenhang zwischen Traumatisierung, den Lebensereignissen und der Entwicklung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter ist signifikant [...]. Auch wenn es keinen Zweifel an dem Zusammenhang [...] gibt, so entwickeln etwa 30% aller Patienten diese auch unabhängig“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 780f. – s.a. Seidler, 2013: 28-65, 146-149).

Persönlichkeitsfaktoren (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 781): Für das Erwachsenenalter wird – historisch ausgehend vom früher durch Tellenbach beschriebenen ‚Typus melancholicus‘ – mittlerweile für Persönlichkeitsfaktoren wie emotionale Instabilität, erhöhte interpersonelle Abhängigkeit und Aggressivität eine unspezifische Vulnerabilität vermeint. Für Kinder und Jugendliche

stehen Untersuchungen noch aus, lediglich scheu-ängstliche Kleinkindpersönlichkeits-merkmale scheinen keinen Zusammenhang mit Depressionen im Jugendalter aufzuweisen.

Familiäre Faktoren (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 781):

„Grundlegend ist [...] jeweils die Erfahrung des Kindes, dass ein Elternteil in bestimmten Bereichen des täglichen Zusammenlebens und der gemeinsamen Beziehung beeinträchtigt ist“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 781).⁵

Selbsterhaltende Faktoren der Depression (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 781f.):

„Über im depressiven Zirkel entstandenes und/oder verstärktes Erleben von Sinn- und Hilfslosigkeit (Hautzinger 1998) können kognitive Kreisläufe entstehen, die das depressive Erleben verstärken“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 781).⁶

Psychodynamik (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 782): Das Gefühl des Ungenügenden bzw. emotionale Instabilität entsteht durch reale, frühkindliche Mangelenerfahrungen und der unbewusste Konflikt als Unverträglichkeit eines Wunsches dem geliebten Beziehungsobjekt möglichst nah zu sein und andererseits die mangelenerfahrungsbedingte Enttäuschungswut ausleben zu wollen, die aber als beziehungszerstörerisch gefürchtet wird.

Ökologische Faktoren (Petzold 2014i). Unter den Ursachen für die „Volkskrankheit Depression“ (Stoppe, Bramesfeld, Schwartz 2006) finden sich auch Umgebungsfaktoren. Genannt seien bedrückende Umwelt in Elendsvierteln, desolaten Lagern/Gulags oder bei kriegs- oder erdbebenbedingten Zerstörungen, die verwüstete Umwelten hinterlassen. Diese können nicht traumatisch sondern durchaus depressiogen und verbitternd wirken (posttraumatic embitterment syndrome, Linden et al. 2007; Schippan et al. 2004). Zertrümmerte Städte löschen nicht nur urbane Identitäten aus, sie können auch „seelische Trümmer“, zerstörte persönliche Identitäten hinterlassen (Petzold 1996j). Die neuerliche Auseinandersetzung mit dem Thema der Kriegs und Nachkriegskinder

⁵ Diese Faktoren sollten nicht deterministisch verstanden werden. Vielleicht kann als Art Analogon Scherr (2011: 209) dienen; auch wenn dieser sich eher mit Kriminalität und der Frage, ob Armut diese auslöst, kritisch beschäftigt, da Armut nicht per se Kriminalität bedeutet. Vielmehr ist es so, dass „sozial voraussetzungsvolle Wahrnehmungen, Deutungen und Bewertungen der eigenen Lebenssituation und eigener Erfahrungen in mehr oder weniger bewusste Handlungsentwürfe eingehen“ (Scherr, 2011: 209). Lässt sich dies auf Depressionen beziehen? Das „mehr oder weniger“ dürfte zentral sein, so dass dem Ganzen noch eine Anmerkung Braunbarths (2009: 67) beigelegt sei: „Ein Mensch, der akut von depressiver Symptomatik betroffen ist [...] hat erfahren, dass er mit seiner Willenskraft nicht gegen das ‚Unwillkürliche‘ ankommt. Er ahnt nicht, dass er selbst ungewollt – aufgrund unbewusster Muster von Denken, Imaginieren, Wahrnehmen, Fühlen, von Körperhaltung, Atmung und Bewegung – die depressiven Symptome in einer Art Selbstsuggestion erzeugt“. Auf die (Un-)Bewusstseinsthematik kann hier nicht weiter eingegangen werden, vgl. aber weiterführend: Rappe (2012: bes. 177-186) sowie Petzold (2003a: 181-297). In der Integrativen Therapie werden gerade wegen der depressionstypisch erlebten Willensschwäche spezifisch willentherapeutische Maßnahmen in der Behandlung eingesetzt (Petzold, Sieper 2008b, Petzold, Orth 2008).

⁶ Die eben bereits erwähnte Braunbarth (2009: 66f.) erwähnt Hautzingers ‚Depressionsspirale‘ und stellt leiblich-körperliche Einengung, Selbstabwertung, sozialer Rückzug, Fokussierung nach innen, die Verstärkung des Negativen durch das Positive (Kontrast, Vorübergehen des Positiven) und einen generalisierenden, negativen Wahrnehmungsfokus als Aspekte des depressiven Musters dar. Myers (2014: 681) warnt vor einer ‚Henne-Ei-Situation‘ beim Heranziehen sozial-kognitiver Ansätze: „Selbstabwertende Gedanken, negative Attributionen und Selbstanschuldigungen gehen mit einer depressiven Stimmung einher und sind Indikatoren für eine Depression. Doch verursachen sie eine Depression? Verursacht ein Tacho, der 70 km/h anzeigt, die Geschwindigkeit des Autos?“

hat sich diesen Themen zugewandt (Alberti 2010, 2012; Ermann 2004; Lohre 2014). Andere ökologische Einflüsse finden sich bei den saisonal-affektiven Störungen (auch SAD/Seasonal Affective Disorder, vgl. Sohn, Lam 2005; Oginska, Oginska-Bruchal 2014; Geoffroy et al 2013), etwa den „Winterdepressionen“ oder den Depressionen in Gebieten des hohen Nordens. Der „Winterblues“ (Rosenthal 2006) ist ein viel diskutiertes und beforschtes Thema (Geoffroy, Bellivier, Scott, Boudebese, C. et al. 2013). In den USA findet sich ein Range in der SAD-Prävalenz von 1.4% in Florida zu 9.9% in Alaska (Nolen-Hoeksema 2014: 179). Therapeutisch wird mit Pharmakotherapie gearbeitet (Gartlehner et al. 2015; Yildiz et al. 2016) oft in der Kombination mit ökologischen Interventionen wie „Lichttherapie“ (Lam et al. 2006) verbunden mit Bewegungsübungen (Leppämäki et al. 2002) oder Vitamin-D-Substitution (Dumville et al. 2006).

Synopsis (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 782f.):

„Prinzipiell ist jeder Mensch zu depressiven Reaktionen in der Lage. Eine depressive Reaktion (ohne die Kriterien einer depressiven Episode gemäß ICD-10 zu erfüllen) ist eine natürliche Reaktion auf traumatische Ereignisse. Die entscheidenden interindividuellen Unterschiede liegen in der jeweiligen Vulnerabilität, die sowohl die Angemessenheit der Reaktion in Bezug auf das Ereignis als auch die Dauer der depressiven Reaktion betrifft [...]. Neben biologischen und psychischen Mechanismen, die zu Depressionen führen, sind auch die Wechselwirkungen zu beachten [...]. Für die Entwicklung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter heißt dies: Ausgangspunkt der Genese depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter sind einerseits eine genetisch determinierte Vulnerabilität und andererseits defizitäre Erlebnisse bzw. Umstände im psychosozialen Bereich [...].“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 782). Abb. 5 veranschaulicht die hier lediglich auszugshaft vorgetragene Synopsis:

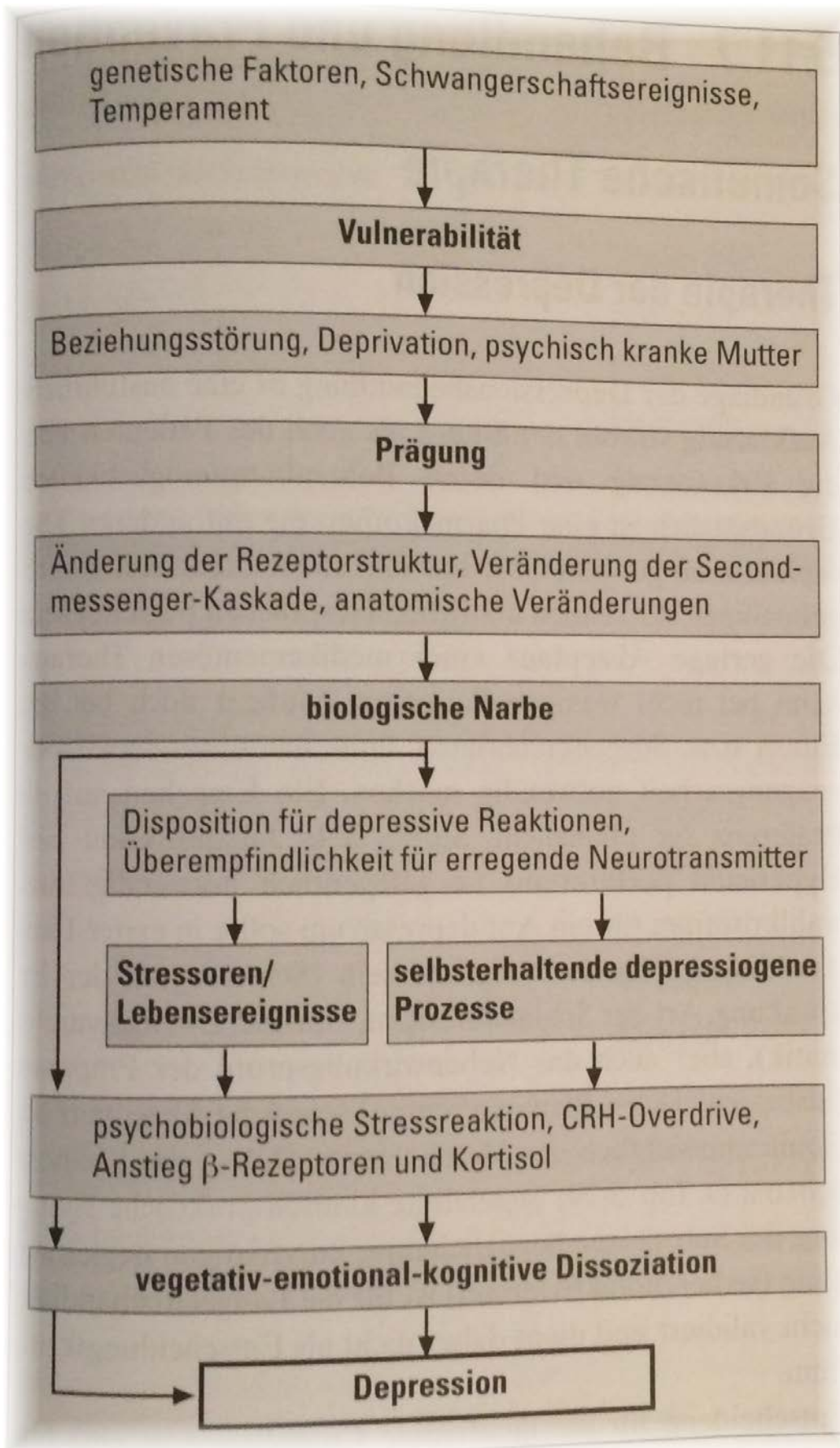


Abb. 10: Schema der Synopsis von Depressionen (CRH=Kortikotropin-Releasing-Hormon) (Quelle: Schulte-Markwort et al., 2008: 783)

3. Psychische Störung & Depression III: Epidemiologie, Prävalenz & Verlauf⁷ sowie kulturelle Aspekte⁸

Hinsichtlich Epidemiologie und Prävalenz schreiben Schulte-Markwort et al. (2008: 774f.), dass eine WHO-Studie aus den 1990er Jahren mit Blick auf Erwachsene einen Prävalenzwert von 10,4% für eine Major Depression⁹ ausweist und nach den Ergebnissen von Angst beträgt die Lebenszeitprävalenz 12-17%, wobei Frauen ca. doppelt so häufig betroffen sind wie Männer diese Lebenszeitprävalenz in den letzten 70 Jahren zugenommen hat, wofür die Annahme einer „bislang unklare[n] Interferenz zwischen genetischen Faktoren und Umgebungsfaktoren“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 775) als einordnende Erklärung dient. Studien für Kinder und Jugendliche liefern grob Werte zwischen rund 1-10% und in speziell pädiatrischen Populationen deutlich höhere Werte – und: „Durch verschiedene Studien belegt, steigt die Prävalenz depressiver Erkrankungen ab dem 12. Lebensjahr deutlich an“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 774). Nach Braunbarth (2009: 66) „wird geschätzt, dass etwa 20-25% der Frauen und 7-12% der Männer irgendwann in ihrem Leben an einer Depression erkranken“ und ein vermeinter Trend zu Zunahme und Vorverlagerung, der möglicherweise mit gesellschaftlichen Bedingungen zu tun hat, wird kritisch diskutiert (vgl. Berking & Radkovsky, 2012: 32).

Hinsichtlich des Verlaufes konstatieren Berking & Radkovsky (2012: 33) als auch Braunbarth (2009: 66) Unterschiede in (behandelten) Verläufen und Schweregraden sowie Rückfällen oder Wiedererkrankungen respektive Chronifizierung – die nachfolgende Abbildung gibt als Kupfer-Schema einen Einblick:

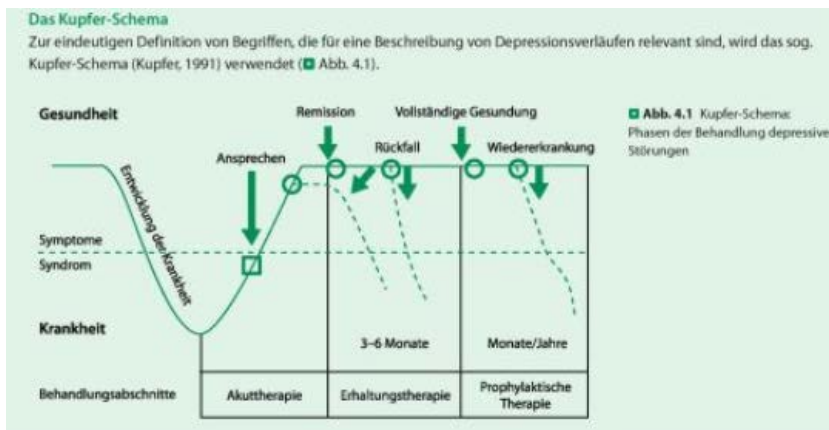


Abb. 11: Kupfer-Schema zu Phasen der Behandlung depressiver Störungen (Quelle: Berking & Radkovsky, 2012: 33)

Myers (2014: 674f.) trägt – mit Blick auf (oben thematisierte) Erklärungsansätze – einige ‚Fakten‘ zu Depressionen zusammen und zwar 1) Veränderungen in Verhalten und Kognitionen, 2) weite

⁷ S.a. mit jüngeren aber soweit ähnlichen Zahlen und weiterführend: DGPPN et al., 2015: 15-25.

⁸ S.a. DGPPN et al., 2015: 147-150 und Ewald (2016).

⁹ „Eine Major Depression liegt vor, wenn mindestens 5 Symptome einer Depression 2 Wochen oder länger andauern [...]. Die Symptome müssen Leiden oder Beeinträchtigung erzeugen und sollten nicht besser durch Substanzmissbrauch, eine normale Trauerreaktion oder einen anderen medizinischen Krankheitsfaktor erklärt werden“ (Myers, 2014: 672).

Verbreitung, 3) Frauen sind ca. doppelt so anfällig wie Männer, die meisten Major-Depressionsepisoden enden von selbst, 4) das Vorangehen stressreicher Ereignisse und 5) die eben bereits erwähnte transgenerationale Zunahme und Vorverlagerung.

„Im Vergleich verschiedener Länder und Kulturen variieren die Erkrankungsraten deutlich (zwischen 1,5% und 19%), was für psychosoziale und kulturelle Einflüsse spricht. Die Geschlechtsunterschiede scheinen universell zu sein“ (Braunbarth, 2009: 66).

Zumindest letzteres wird durch Myers (2014: 674) und Cohen (2004: 488) gestützt:

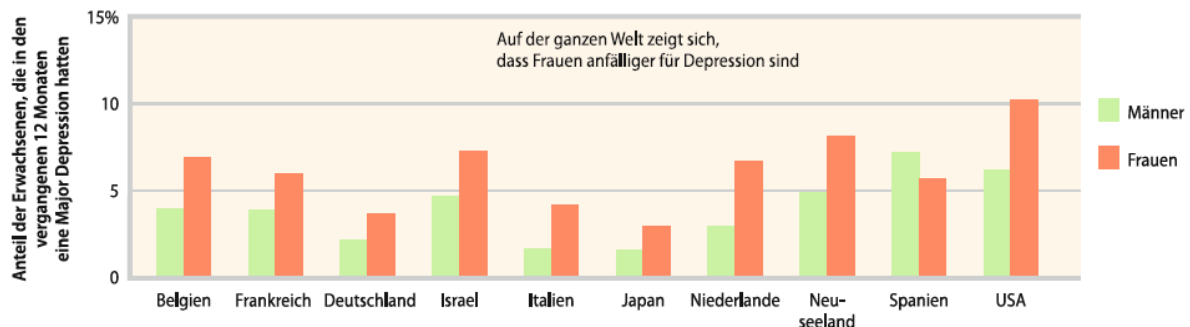


Abb. 12: Geschlecht und Major Depression in verschiedenen Ländern (Quelle: Myers, 2014: 674)

Hinsichtlich der kulturellen Aspekte wird das Ganze komplizierter, auch wenn nachfolgender Satz dies nicht unbedingt vermuten lässt: „Aber nicht alle Störungen sind kulturabhängig. Depression und Schizophrenie treten überall auf der Welt auf“ (Myers, 2014: 658). Cohen (2004: 487-489) schreibt präzise und daher ausführlich zitiert:

“It was widely believed in much of the 20th century that African and Asian populations did not suffer from depression (Littlewood & Dein, 2000). Carothers (1953) maintained that Africans were not capable of experiencing depression, because their brains were less developed than those of Europeans [...]. These notions were eventually dispelled by research showing that the peoples of Sub-Saharan Africa suffered rates of depression that were as high, if not higher than those found among European populations (Abas & Broadhead, 1997; Orley & Wing, 1979). Even though rates in Asia have been found to be much lower than those found in Western populations (Kleinman, 1996; Lin, 1953; Weissman et al., 1996), depression is by no means absent entirely in Asia. More importantly, Kleinman’s (1982, 1986) pioneering work on depression and neurasthenia in China suggests that the Western psychiatric conceptualization of depression— positing feelings of sadness and loss as the core symptoms— represents but ‘a small fraction of the entire field of depressive phenomena’ (Kleinman, 1977). Among many populations of the world, somatic complaints, rather than feelings of sadness and loss, are the symptoms most associated with depression (Kleinman & Cohen, 2000) [...]. Medical anthropologists have played a key role in delineating the cultural construction of depression (Kirmayer & Groleau, 2001; Kleinman, 1986; Kleinman & Good, 1985; Manson, 1995). For example, the anthropologist Spero Manson (1995) conducted research among American Indians suggesting that an understanding of depression must not only encompass symptoms but also take into consideration ‘the social contexts and cultural forces that shape one’s everyday world, that give meaning to interpersonal relationships and life events.’ [...]. One possible reason for misdiagnosis, at least among the Hopi Indians in the American Southwest, is that the Hopi language seems to lack a word or phrase for ‘depression.’ [...] Arthur Kleinman (1986, 2000), and Sing Lee (1999), an

anthropologically informed psychiatrist, have shown how the Western construction of depression overlaps with the Chinese construction of neurasthenia, and, at the same time, how the latter is distinctive and reflects the sociocultural context of China during the past 50 years. But the story does not end there. Neurasthenia is in the process of 'disappearing' in China, transformed into depression by 'a confluence of historical, political, and economic forces' (Lee, 2002) that include the entrance of China into the global market economy, the dominance of Western academic psychiatry, and the successful marketing of antidepressant medication by international pharmaceutical companies. This transformation has important implications for how the next generation of anthropologists and cross-cultural psychiatrists will define and study depression.

[...]

The tension between looking for the underlying universal (and presumably biologically-based) structures of mental disorder and considering culture-specific 'idioms of distress' has been at the center of cross-cultural psychiatry and anthropological investigations of mental disorders ever since Emil Kraepelin went to Java in 1904 and visited the asylum of Buitenzorg (Kraepelin, 2000/1904). There he undertook a study of dementia praecox (which later became known as schizophrenia) and manic-depressive insanity among the Javanese and European populations. Comparisons between the groups were difficult. While Kraepelin [sic!] found that the clinical presentations of the disorders were 'broadly in agreement,' the symptomatology among the Javanese was, in general, 'much less florid, less distinctively marked.' In particular, Kraepelin noted the relative absence of delusions and auditory hallucinations, and offered the racist explanation that this was the result of a 'lower stage of intellectual development' among the Javanese. The distinction between the universal and the particular was formalized by Kraepelin's student Karl Birnbaum into the pathogenic/pathoplastic dichotomy in which the former represented the underlying, presumably biological causes of mental disorders, and the latter represented the personal and cultural variations that always characterize the presentation of symptoms in individuals (Littlewood & Dein, 2000) [...]. The search for universal content was made difficult, however, by the lack of biological diagnostic markers and, therefore, relied on the presentation of symptoms. This worked well in relatively homogeneous European populations, but not so well in populations whose symptoms and clustering of symptoms were quite different (Littlewood & Dein, 2000). In 1977, Arthur Kleinman challenged this approach and offered a radically new vision for transcultural psychiatry and medical anthropology (Kleinman, 1977). He maintained that traditional comparative studies of mental disorders, depression in particular, imposed Western notions of psychiatric nosology and, therefore, obscured the role of culture. He went on to urge that cross-cultural studies begin with 'detailed local phenomenological descriptions' of mental disorders rather than assuming the validity of Western psychiatric categories — an approach that he termed, 'the new cross-cultural psychiatry.' Kleinman's perspective stimulated a host of anthropological investigations [...]. The result has been a much richer cross-cultural understanding of mental disorders (Littlewood & Dein, 2000; Skultans & Cox, 2000). In particular, this work made three important contributions to psychiatry (Becker & Kleinman, 2000). First, examining different mental disorders in a range of societies has produced 'evidence for their syndromal significance and integrity in the absence of biological markers.' Second, an understanding of the importance of explanatory models has led to clinical services that are more culturally appropriate. Finally, understanding the social roots of distress and the social course of mental disorders holds out the prospect of a

public health approach that will improve outcomes and, perhaps, reduce the burden of disease associated with mental disorders (Murray & Lopez, 1996).“ (Cohen, 2004: 487-489, freier in der Anordnung zitiert).

Bevor das Ganze fortgeführt wird, indem sich dem Buch ‚Crazy like us‘ von Ethan Watters in der deutschen Übersetzung (2016) zugewendet wird, welches Myers (2014: 658) vor seinem Depressionsstatement im Original zitiert, ohne Watters (2016: 153-197) Ausführungen zur Depression zu thematisieren, seien zum vorherigen Zitat Cohens einige Anmerkungen gegeben:

1) Kleinmans ‘detailed local phenomenological descriptions’ und sein Vorgehen führen in eine Vergleichsproblematik, wie sie sowohl in Religions- (Freiberger) als auch in Kampfkunstwissenschaft (Wetzler) gesehen wird: Freiberger hebt auf Probleme beim Vergleichen und das Einbringen von Vor-Kategorien ab und plädiert für „quantitative Kriterien, die einen Gegenstand nach seiner Stellung und Wirkung innerhalb der Tradition bemessen“, da qualitative Kriterien, also „Aussagen [...], was die ‚eigentliche‘ Position der betreffenden religiösen Tradition ist [...] das Ergebnis vorweg [nehmen]“. Das Ziel der Vergleiche ist „ein In-Beziehung-Setzen der historischen Einzelercheinungen zum übergreifenden Motiv (theme)“, ein Untersuchen von aspektbezogenen Ähnlichkeiten und keine Identitätsfestsetzung (vgl. weiterführend: Wetzler, 2014: 65). Prägnant dazu:

„Geht man nun der Frage nach, woher dieses Vorwissen eigentlich stammt, landet man letztlich wieder bei assoziativ-subjektiven Konstruktionen [...] Meist bildet diejenige religiöse Tradition, die dem Forschern am besten vertraut ist, den Bezugsrahmen [...] Es besteht die Gefahr, dass man in anderen Religionen nach etwas sucht, das dort – selbst wenn man es findet – eine ganz andere Bedeutung, Stellung oder Relevanz besitzt [...] Der Ausgangspunkt einer Vergleichsstudie kann also eine (möglichst weite und offene) Definition der Begriffe sein, die den Gegenstandsbereich der Studie eingrenzen; und als Ergebnis des Vergleichs kann die Begrifflichkeit modifiziert und präzisiert werden. Die so präzisierten Begriffe können wiederum der Ausgangspunkt für eine weitere Vergleichsstudie sein“ (Freiberger – zit.n. Wetzler, 2014: 64f.).

Beim Thema Definitionen lässt sich – diesmal aus dem Bereich der Philosophie des Sports (McFee) – anmerken: Für Definitionen wird gemeinhin ihr Verständnisbezug als ‘exact fit’ oder Bedingungsgefüge, deren jeweils einzelne Bedingungen notwendig und gemeinsam hinreichend sind, angeführt (vgl. weiterführend: McFee, 2004: 21f.). Die kritische Anfrage McFees (2004: 20-23) wendet sich gegen ‚Definition haben = soundso verstehen‘ als auch gegen ‚Definition nicht haben = soundso nicht verstehen‘ – ein Angang erfolgt über das Gegenbeispiel Zeit und die Frage nach einer Prüfbarkeit von mutmaßlichen Definitionen durch Erfahrung und daher einer Art Zugängigkeit.

2) Mit Blick auf kulturelle Erklärungen wird kurz auf Hoffman (2015) und Rebhun (2004) als Art Klammer zu sprechen kommen sein: Hoffman (2015), der in seinem inklusiven, auf Verbinden von Menschen abzielenden, sowie kommunikationstheoretischen, da nicht Kulturen sondern Menschen einander treffen und ansprechen, Ansatz ein hier nur erwähnbares TOPOI-Modell mit Praxisbezügen entfaltet (vgl. weiterführend: Hoffman, 2015: 29-52, 187-432), thematisiert (weiterführend: Hoffman, 2015: 20-29; 53-110) Kultur und folgende Gefahren kulturalistischer Ansätze; eine „traditionelle

Kulturauffassung sieht Kultur nur in Verbindung mit einem Volk – national oder ethnisch – und als homogen, kohärent und statisch“ (Hoffman, 2015: 54).

Den Gefahren vorangehend betont Hoffman (weiterführend: 2015: 20f.), dass die Kenntnis kultureller oder religiöser Hintergründe bspw. im Arbeitskontext durchaus bedeutsam beim Hinterfragen von Selbstverständlichkeiten ist. Schwierig wird es, wenn Menschen ausschließlich als Repräsentant der Kultur verstanden werden und kulturelles Wissen als Vorschrift verstanden wird, da folgende Gefahren ausgeblendet werden können (vgl. weiterführend: Hoffman, 2015: 20f.):

- die Reduktion einer Person auf ihre ethnische, religiöse oder nationale Identität;
- die falsche Legitimierung von Handlungsweisen;
- die Kultur als Erklärung, die nichts erklärt;
- die kulturelle Exotisierung des Verhaltens einer Person und die einseitige Festlegung seiner Bedeutung;
- Verallgemeinerung und Stereotypisierung;
- das Wir/sie-Denken und der Streit um die Anpassung;
- die Bevormundung;
- Handlungsverlegenheit: eine Verlegenheit, die an bewährten Fähigkeiten zweifeln lässt.

(Hoffman, 2015: 21)

Die Reduktion übersieht bspw. dass Jugendliche in einer Abwehr gegen eine Zurechtweisung vor der Schulklasse auch pubertierend oder aus sozialen Bezügen heraus reagieren (vgl. weiterführend: Hoffman, 2015: 21f.). Die Legitimation von Handlungsweisen mit einem kulturalistischen Bezug (eine Lehrkraft beruft sich auf ‚Klappe halten und arbeiten‘, eine Polizistin ohrfeigt einen Jungen anderer Herkunft, der keinen Respekt zeigte, da er nur diese Sprache verstünde, ein Beamter verweigert Zeitinvestierung in Schulpflichtdurchsetzung bei marokkanischen oder türkischen Mädchen ab einem gewissen Alter) droht unprofessionell zu sein und geht fehl, da Kultur essentialistisch „im Sinn eines fixen, statischen, und homogenen, abgeschlossenen Systems“ (Hoffman, 2015: 23) verstanden wird (vgl. weiterführend: Hoffman, 2015: 22f.). Mit Schinkel (2009 – zit.n. Hoffman, 2015: 23f.) geht die Erklärung schief, da die Frage ‚Warum tut Mohammed X?‘ mit ‚weil alle Mohammeds X tun‘ beantwortet wird und somit gar keine Erklärung liefert sowie ferner übersehen Kopplungen von Kultur und Kriminalität vorliegende, generationale sowie situationale Kontexte (vgl. weiterführend: Hoffman, 2015: 23f.). In der kulturellen Exotisierung werden andere Interpretationen und Bedeutungsmöglichkeiten für andere Gruppen ausgeblendet (vgl. weiterführend: Hoffman, 2015: 24f.); Verallgemeinerungen und Stereotype entstehen durch starre, feste vermeinte Kulturmuster und übergehen den individuellen Sinn (vgl. weiterführend: Hoffman, 2015: 25f.); exklusives Wir/Sie-Denken (z.B. Ich-Kultur; Schuld- & Scham-Kultur) übersieht andere Deutungen und mögliche Diversitäten (vgl. weiterführend: Hoffman, 2015: 26f.). Zuletzt bevormunden kulturalistische Ansätze und suggerieren zu erwerbende Kompetenzen, die Professionals bisher erworbene Kompetenzen abblenden lassen (vgl. weiterführend: Hoffman, 2015: 27-29) – insgesamt wird der statische Kulturbegriff „Heterogenität und Dynamik einer Kultur nicht gerecht“ (Hoffman, 2015: 27). Hoffman (2015: 136-141) bringt auch intersektionale Überlegungen im Bereich Kultur und Identitätstheorie vor,

was hier nur benannt wird (s.(a.)a. und weiterführend: Ewald, 2016: 44f.; v.a. Emmerich & Hormel 2013; Petzold 2016q). So sei mit Plessner (zit.n. Hoffman, 2015: 11) (vorbereitend) geschlossen:

„Verstehen [...] ist nicht das sich Identifizieren mit dem Anderen, wobei die Distanz zu ihm verschwindet, sondern das Vertrautwerden in der Distanz, die das Andere als das Andere und Fremde zugleich sehen lässt“.

Rebhun (2004) greift eine Kulturgebundenheit im DSM-IV als eingeführte Extrakategorie auf:

“[C]ulture-bound syndromes are generally limited to specific societies or culture areas, and are localized, folk, diagnostic categories that frame coherent meanings for certain repetitive, patterned, and troubling sets of experiences and observations“ (American Psychiatric Association, 2000 – zit.n. Rebhun, 2004: 319).

Diese Definition und die aufgeführten Symptome wurden seitens Anthropologen kritisch dahingehend befragt, ob die Symptomausweisung bestritten werden kann oder dass der zu Grunde liegende Kulturbegriff eher auf feste Einheiten abhebt, anstatt innere Differenzierung und fortschreitende Veränderung zu beachten (vgl. Rebhun, 2004: 319f.). In ihren Diskussionen zu Syndromen, Nerven und Phänomenen wie *susto*, *koro*, *amok*, *kuru*, *latah* (vgl. weiterführend: Rebhun, 2004: 320-325) werden u.a. Fragen aufgeworfen nach vergleichendem Kulturtransfer oder Kategorienfehlern und so schreibt Rebhun (2004: 125f.) gen Ende:

“Although the term ‘culture-bound’ refers to a concept of culture that comes from an earlier period in anthropological theory in which culture was seen as relatively unchanging and localized, contemporary anthropologists increasingly see such syndromes as not only characterized by the same historical changes and globalization that affect all cultural phenomena, but as derived from such changes directly.

[...]

Theorists of diverse disciplines do not agree on how to understand behavior and emotion cross-culturally and debates over culture-bound syndromes in the current literature reflect their differences. Theorists continue to debate which named syndromes ought to be included in the category ‘culture-bound syndrome,’ whether such a theoretical category has any utility, and how to understand cross-cultural differences and both how and whether to include more cultural diversity within biomedical disease classifications. These debates as well as the interest of the ethnographic material itself make the field of ‘culture-bound syndromes,’ whether one accepts or rejects the term, continually lively“...

Im nächsten Kapitel sei sich – wie bereits angedeutet – vor allem Watters (2016) inklusive Vorwort (Keupp 2016) und Nachwort (Padberg 2016) mit Fokus auf Depression zugewandt, wobei die letzten Ausführungen als kritische Bezugsklammer hoffentlich ‚mitlaufen‘ mögen... vor allem die Kritik Schinkels (2009) bei Hoffman (2015: 23f.) an der Kulturerklärung ist somit als ‚Messlatte‘ zumindest aufgelegt. Gleiches gilt für (Analogie) Aspekte bei Emmerich & Hormel (2013: bes. 97-105), wie Individualkategorie im Erziehungssystem im unklar anmutenden Verhältnis zu externen

(Gruppen)Kategorien von Differenzpädagogiken bzw. Diskursen zu Heterogenität, Diversity und Intersektionalität. Beide entfalten eine „gesellschaftstheoretisch ausgearbeitete Diskurstheorie“ (Emmerich & Hormel, 2013: 100), und „gehen davon aus, dass Klassifikationssysteme in Form von Diskursen an Systemsemantiken angeschlossen werden können“ (Emmerich & Hormel, 2013: 103).¹⁰

4. (Gesellschafts-)Kritische Anfragen: Ethan Watters ‘Crazy like us’, Thorsten Padbergs Nachwort, Heiner Keupps Déjà-vu und die Metapraxis der Integrativen Therapie um Hilarion Petzold

Ethan Watters (2016) Buch *‘Crazy like us’ Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht* (Original: 2010, deutsche Übersetzung 2016) erzählt auf eindrucksvolle Arten Geschichten – so der Übersetzer Thorsten Padberg (2016: 212) in seinem Nachwort –, deren unvergessliche Protagonisten Themen verkörpern und:

„Die Empirie, deren nüchterne Mathematik in wissenschaftlichen Journalen so hoch geschätzt wird, vollzieht oft nur nach, was wir uns in Geschichten vorher selbst verständlich gemacht haben“ (Padberg, 2016: 212).

Ein Protagonist in Watters (2016: 153-197) Geschichte vom ‚Mega-Marketing der Depression in Japan‘ ist Dr. Laurence Kirmayer: Dieser wurde durch den Pharmaziekonzern GlaxoSmithKline zur Jahrtausendwende unter enormen finanziellen Aufwand zu einer Fachtagung hinter verschlossenen Türen eingeladen, wo es aber nicht um Verkaufen oder ‚Schmackhaft-machen‘ von Medikamenten an die geladenen Wissenschaftler und Mediziner ging, sondern um eine tiefergehende Markterschließung (vgl. weiterführend: Watters, 2016: 153-157): Da in Japan ein bisheriger Begriff in Depressionsnähe, utsubyô, eine sehr seltene wie schwere psychische Störung bezeichnete, gab es für die Vermarktung von Antidepressiva – vor allem SSRI wie Luvox durch Meiji Seika oder eben beabsichtigt Paxil durch GlaxoSmithKline – somit eine Herausforderung:

„Das Ziel musste sein, die Sichtweise auf Depression und Traurigkeit grundlegend zu verändern“ (Watters, 2016: 157 – weiterführend: Watters, 2016: 157-161, 171)!

Neben Utsubyô, der aber auf Grund der Schwere „keine gute Entsprechung für das englische Wort ‘Depression’ [ist]“ (Watters, 2016: 168), gab es noch weitere Begriffe, die als ‚Depression‘ ins Englische übersetzt worden sind – allerdings gilt:

¹⁰ Anzumerken bleibt Bowmans (2017b: 15) Kritik an systemischen Ansätzen mit Rekurs auf Derrida i.S.v. „a totalization in the configuration, a continuity of all statements, a form of coherence (not coherence itself), involving the syllogistic of logic, a certain syn which is no longer simply that of gathering in general, but rather of the assemblage of ontological propositions“ (Derrida – zit.n. Bowman, 2017b: 15)...

„Auch wenn jedes dieser Worte Überschneidungen mit dem englischen Wort ‘Depression’ aufweist, gibt es doch auch bedeutsame Differenzen“ (Watters, 2016: 168).

Beispiele sind *ki ga fusagu* (Ki-Blockade) oder *ki ga meiru* (Entweichen von Lebensenergie) und *yuutsu* (Trauer, allgemeine Düsterei von Körper und Geist), wobei letzteres auch atmosphärische Bezüge wie bspw. Wettererleben miteinschloss und Forschungen der Wissenschaftlerin Junko Tanaka-Matsumi über einen Wortassoziationstest bei ‘Depression’ für amerikanische und *yuutsu* für japanische Studenten kamen zu dem Ergebnis (vgl. Watters, 2016: 168-170):

„Die Japaner blickten nach außen, um *yuutsu* zu beschreiben, und die Amerikaner blickten nach innen, um Depressionen zu beschreiben [...]. Die Japaner und Amerikaner sprachen nicht nur anders über Depression und Traurigkeit, sie fühlten sie auch anders [...]. Die Wortassoziationen legten nahe, dass die Amerikaner sich das Selbst als isoliert im Geist des Individuums vorstellten. Die Japaner stellten sich hingegen ein Selbst vor, das weniger stark individualisiert und stärker mit der sozialen und ökologischen Umwelt verbunden war“ (Watters, 2016: 169f.).¹¹

Kirmayers Doktorandin und Nicht-Tagungsteilnehmerin Junko Kitanaka promovierte zur ‚psychiatrischen Erschaffung von Depression in Japan‘ und gab an, dass westliche Einflüsse auf Vorstellungen psychischer Gesundheit ab der Mitte des 19. Jahrhunderts aufzeigbar wären, vor allem am Beispiel der Neurasthenie (Krankheit aus Nervenschwäche) (vgl. dazu auch nachfolgend: Watters, 2016: 161-171): In der Edo-Zeit wurde Gesundheit begrifflich meist über *yojo*-Konzepte gefasst, die seit dem 7.-10. Jahrhundert aus China kommend Verbreitung gefunden hatten und in denen weniger Krankheit oder Langlebigkeit sondern Fragen des *Gemeinschaftwohlergehen* zentral waren. Eines dieser Konzepte, das dem westlichen Depressionskonzept am nächsten kam, war *utsuhô*

„womit das Versiegen der Lebenskräfte gemeint war, oder *qi* [...]. Dieses Versiegen – man könnte auch von einer Blockade sprechen – konnte seine Ursache in verschiedenen Wechselbeziehungen von Emotionen, sozialen Konflikten, Verlusten oder physiologischen Veränderungen des Körpers haben. Was jedoch entscheidend ist: [...] Eine Person mit *utsuhô* wurde nicht als krank betrachtet und versuchte nicht notwendigerweise, ihre Symptome loszuwerden. Es wurde eher erwartet, dass die Betroffenen die soziale und moralische Bedeutung ihres Leidens erforschten“ (Watters, 2016: 162).

Bedingt durch eine Choleraepidemie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts traten *yojo*-Konzepte zunehmend in den Hintergrund und wurden durch *eisei*-Konzepte der Befolgung wissenschaftlicher Hygienevorschriften ersetzt: Durch Verbesserung der Hygiene und sanitären Einrichtungen scheinen Choleraeindämmungen zu funktionieren und es wurde ein staatliches Kontrollsystem gerechtfertigt

¹¹ Mit Lincks (2003: 220-222) kommunikationsbezogenen Ausführungen zu Relation und Situation kann hier auf einen entscheidenden Aspekt verwiesen werden: „Relation ist also nichts weiter als die gedachte Verknüpfung zweier an sich isolierter Entitäten, Kulturen bzw. Personen, die als Vertreter dieser Kulturen gelten [...]. Einer solchen Sicht der Dinge sind alle Überlegungen zuzuschlagen, die China oder Japan als ursprünglich relationale Gesellschaften definieren und diese den individualistischen Gesellschaften gegenüberstellen [...]. Angemessener erscheint mir die Charakterisierung als kontextuelle Gesellschaften“ (Linck, 2003: 222).

und eingeführt, wobei insbesondere das deutsche Gesundheitssystem im japanischen Gesundheitsministerium mit Wohlwollen betrachtet wurde, da es „auf der Vorstellung basierte, Individuum und Gesellschaft seien Teile desselben Organismus, bei dem jeder Teil von der Gesundheit des anderen abhängt“ (Watters, 2016: 163). Beim darauffolgenden Austausch und Studienbesuchen kam auch nach und nach die Neuropsychiatrie nach Japan und wurde durch die Krise zum Ende des 19. Jahrhunderts mit rapiden sozialen Veränderungen in Urbanisierung, industrielle Revolution und drei Kriegen in 30 Jahren, aufgenommen, wenn bspw. Unzufriedenheit der arbeitenden Bevölkerung Thema war (vgl. weiterführend: Watters, 2016: 163f.). Eine zunächst stark aufkeimende importierte Idee war Neurasthenie als Nervenkrankheit, die zunächst als elitär galt und wo es öffentlichkeitswirksame Verbreitung (Symptom-Checklisten u.a.) gab und diese so zunehmend von großen Teilen der Bevölkerung beansprucht wurde (vgl. Watters, 2016: 164-167): Nach der Elitezuschreibung gab es die Zuschreibung eines zu reinen Herzens für die Neurasthenieverbreitung bzw. Selbstmordakte, aber mit zunehmender Verbreitung wurde dies in Frage gestellt und Fehldiagnosen oder Simulantenvorwürfe laut. Die oben erwähnte Kitanaka sah die begeisterte Aufnahme von Neurasthenie darin begründet, dass sie es erlaubte, die damals in der Krisenphase verbreitete Angst greifbar zu machen und sieht ähnliche Verläufe beim Import und Aufkommen des westlichen Depressionskonzeptes zu Beginn des 21. Jahrhunderts (vgl. Watters, 2016: 164f.).

Kirmayers Vortrag auf der Tagung basierte auf seiner bisherigen Forschungstätigkeit, in der er dargelegt hatte, „dass in jeder Gesellschaft Erfahrungen geläufig waren, die auf die eine oder andere Art unserem westlichen Verständnis von Depression ähnelten [...] [aber auch], dass es in jeder Gesellschaft Ausdrucksweisen, Beschreibungen und Theorien für diese Zustände gab, die nirgendwo sonst auftraten“ (Watters, 2016: 158). Auf den Punkt gebracht war zum Tagungszeitpunkt die Situation folgende:

„Die psychiatrische Depressionskategorie war kein Thema, das von großem Belang war, und große Traurigkeit zu empfinden wurde nicht als Last, sondern als Auszeichnung und Zeichen von Stärke angesehen [vgl. weiterführend: Watters, 2016: 157-161, 167-171]. Diese Sichtweise und das gleichzeitig herrschende Misstrauen, das gegenüber stimmungsaufhellenden Medikamenten herrschte, ließen den Markt für SSRIs wenig gewinnbringend erscheinen. Die öffentliche Einstellung sollte sich jedoch bald ändern“ (Watters, 2016: 171).

In diesen Prozess gehören Zeiten starker Selbsttötungswellen in den 1990er Jahren, die zugleich eine thematische Parallele zur Neurasthenie sind, deren Morde als ‚Tod durch Überarbeitung‘ (karoshi) bzw. ‚Selbstmord durch Überlastung‘ (karojisatsu) in Presse, psychiatrischer Fachwelt und Öffentlichkeit breit diskutiert wurden (vgl. weiterführend und nachfolgend: Watters, 2016: 171-177): Diskutiert wurde, ob der Suizid es ein philosophisch-moralischer ‚Akt des freien Willens‘ oder ‚Verzweiflungstat‘ ist und so der Volksgesundheit schadet und vielleicht Anzeichen dafür sein könnte, dass Japan in Fragen der psychischen Gesundheit den Anschluss verlieren könnte – verstärkt wurde diese Debatte durch das Kobe-Erdbeben 1995 sowie drei Monate danach durch eine Fernsehsendung

bei Japans größtem Fernsehsender, wo durch einen Zufallsfund Peter Kramers Buch "Listening to Prozac" thematisiert wurde (vgl. Watters, 2016: 175-177). Überrascht von dieser Öffentlichkeitswirkung wurden die japanischen Psychiater und beim Versuch, Erklärungen zu finden, schlug die Stunde amerikanischer Pharmaziekonzerne wie GlaxoSmithKline (vgl. Watters, 2016: 177): In einer immer größer werdenden, geschickten ‚Mega-Marketing-Kampagne‘ (Applbaum) wurde Depression statt als utsubyô als kokoro no kaze, „ein Schnupfen der Seele“ (Watters, 2016: 179) übersetzt und in Unschärfe und Breite (Emotionen, die früher dem melancholischen Persönlichkeitstyp zugesprochen worden sind, dessen Eigenschaften in Japan teilweise hoch angesehen waren – s.a. Watters, 2016: 167f., 180) vermarktet, wobei die dem ‚Schnupfen‘ fehlende Dringlichkeit¹² durch Anschlussversuche an die Suizidthematik beigelegt wurde (vgl. weiterführend: Watters, 2016: 177-182). Bei genauerer Betrachtung der unbestritten wirkmächtigen, nicht rein profitorientierten Kampagne ergeben sich Ungereimtheiten: Alte und neue Depressionskonzepte stehen nebeneinander, ebenso wie die verehrte melancholische Persönlichkeit und Krankheitstatus und wie Überlastung und Tabletten zur Veränderung der Gehirnchemie (vgl. Watters, 2016: 182-186).

„Am Ende war entscheidend, dass die verschiedenen Botschaften wirkmächtig waren. Weniger wichtig war, ob das alles zusammen überhaupt Sinn machte“ (Watters, 2016: 182).

Um die Kyoto-Konferenz und die Einführung der Antidepressiva als Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) in Japan sowie die entsprechende Kampagne (vgl. weiterführend: Watters, 2016: 185-197) rankt sich die wissenschaftliche Frage nach den Wirknachweisen der Serotoninmangel-hypothese (vgl. Watters, 2016: 186-197). Watters legte dazu mehrere Studien und Papiere vor und schreibt an einer Stelle prägnant: „Wenn die Rohdaten der veröffentlichten und unveröffentlichten Studien gemeinsam ausgewertet werden, erscheinen SSRIs gar nicht mehr wie die Wunderdroge“ (Watters, 2016: 189). Und vorher ist bei ihm (vgl. Watters, 2016: 187) ist bezüglich Replikationsuntersuchungen der Studien von George Ashcroft, der die Serotonin- bzw. Monoaminmangelhypothese daraufhin verwarf, zu lesen:

„Bis heute konnten keine niedrigen Serotoninspiegel oder Ungleichgewichte bei depressiven Patienten nachgewiesen werden [...]. Diese Vorstellung ist eher ein Mythos als eine wissenschaftliche Tatsache, genauso wie die Idee, Neurasthenie hätte mit ‚schwachen‘ Nerven zu tun, nur ein Mythos war“ (Watters, 2016: 187).¹³

¹² Myers (2014: 671f.) bringt das Schnupfenbild ebenfalls, was für die weite Verbreitung passen würde, aber die Schwere der Erkrankung unterschlägt.

¹³ Im vorherigen Kapitel wurde mit Verweis auf Schulte-Markwort et al. (2008: 778) bereits auf den Verwurf der Serotoninmangelhypothese zugunsten verminderter Neurotransmittermodelle hingewiesen – an anderer Stelle erwähnen sie aber die Studie von Emslie et al. (1997), die einen antidepressiven Effekt im Unterschied zu Placebo nachweisen würde (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 787 – s.a. Petzold, 2014i: 14-20, bes. 19f.). Dies alles kann hier nicht diskutiert werden, soll aber wenigstens Erwähnung finden – s.a..

Myers (2014: 679) führt u.a. Untersuchungen zu Serotonin und die darum erfolgende Reliabilitätsdebatte an. Und bei Berking & Radkowsky (2012: 35) ist bspw. zu lesen: „Gegen die Hypothese spricht allerdings, dass sich bei Depressiven nicht konsistent verringerte Monoaminspiegel nachweisen lassen und dass die systematische Depletion (Reduktion) von Monoaminen bei Gesunden nicht zwangsläufig zu depressiven Symptomen führt“. Hinsichtlich antidepressiver Medikamente verweist auch Braunbarth (2009: 66) auf Diskussionen und darauf, dass solche Medikamente „eventuell nur bei sehr schweren Depressionen wirksamer als Placebos [sind]“ – s.a. Watters, 2016: 195f.

Padberg (2016: 205-209) greift die Depressionsthematik in seinem Nachwort zu Watters Buchtext auf und merkt aus seiner Sicht an, dass da „zumindest bis heute kein biologisches Substrat der Störung ‚Depression‘ gefunden wurde, ist die Zusammenfassung von psychologischen Symptomen unter ein psychopathologisches Label letztlich eine Übereinkunft von Fachleuten“ (Padberg, 2016: 207) und letztendlich ist Psychopathologie politisch, da ‚Regelungen der Angelegenheiten eines Gemeinwesens‘ betroffen sind (vgl. weiterführend: Padberg, 2016: 210f.). Solche Übereinkünfte und Diagnosen sind aber nicht kontextunabhängig.

„Dass Trauer, Schwermut und Suizidgedanken zwar unbedingt als Problem, nicht aber notwendigerweise als Ausdruck einer Krankheit angesehen werden müssen, lernt Watters z.B. auf seiner Reise nach Japan“ (Padberg, 2016: 206f.).

Watters transkulturelles Buch hilft, Selbstverständlichkeiten zu hinterfragen, indem es aufzeigt, das an anderen Orten der Welt anders gelebt und auch gelitten wird und uns dieser soziale Kontext vielleicht langsam abhanden geht, wenn „Amerika den Rest der Welt verrückt macht“, wie es im Buchuntertitel heißt (vgl. Padberg, 2016: 206f., 209). Am Anfang seines Nachwortes schildert Padberg (2016: 205f.) die „authentische“ Szene um Frau K., die bei einem Informationstag der Kassenärztlichen Vereinigung über Schwierigkeiten hinsichtlich Familie, Gefühle sowie Tagesablaufes spricht und von der Ärztin ‚klinische Depression‘ zurückgespiegelt bekommt. Einige Anmerkungen Padbergs (2016: 205-209) in seiner Diskussion um Frau K.s Arztbesuch, seien als Anregung oder Art Stachel gesetzt:

"Frau K. [...] geht mit einem faulen Sohn, einem abwesenden Mann und der Trauer über ihr Leben in die Kurzberatung. In kürzester Zeit tauscht sie all diese Probleme gegen ein einziges, völlig andersartiges: Depression [...] Wachsen die Möglichkeiten zur Bewältigung ihrer Schwierigkeiten dadurch oder werden sie damit kleiner? Wird ihr mit einem Antidepressivum und der Umstrukturierung ihrer Gedanken gut geholfen? Wenn es ihr mit Medikamenten und einer neuen Sichtweise besser geht, ist das dann die Lösung ihrer familiären und biographischen Probleme oder geraten diese dadurch womöglich ganz aus dem Blick?

[...] Psychopathologische Diagnosen sind in Watters Augen Sinnangebote, die einem sonst schwer zu fassenden Leiden Ausdruck verleihen. Sie sind, wie Watters schreibt, ‚real, aber ... nicht zeitlos‘. Wenn wir das vergessen und sie so wie Frau K. und ihre Therapeutin wie selbstverständlich als Bezeichnung einer Krankheit gebrauchen, reden wir uns wortwörtlich um den Verstand.“ (Padberg, 2016: 206-208; freier in der Anordnung zitiert).

In seinem Vorwort zu Watters Buchtext schildert Keupp (2016: 9-15) sein Déjà-vu Erlebnis an herrschafts- und kapitalismuskritische und das medizinische Modell in Frage stellende Debatten in den 60er-80er Jahren bspw. entschieden mitgeprägt durch Thomas Szasz (vgl. weiterführend: Keupp, 2016: 9f.): Es ging um die Entwicklung von Modellvarianten, teilweise glaubenskriegsartig geführt, um Dekonstruktion starrer Welt- und Fachsichten zugunsten der Frage, „welche soziokulturellen

Kontextbedingungen die Bedeutungen aufladen, die wir Subjekten und ihrer Welt zuschreiben“, um Impulse aus der transkulturellen Psychiatrie und um Herrschaftskritik, wenn gesellschaftlich-politische Konsequenzen thematisiert wurden in leidenschaftlichen Debatten (vgl. weiterführend: Keupp, 2016: 10-12). Doch Keupp (2016: 13-15) merkt an, dass solche kritischen Zeiten nicht nur vorbei wären, sondern konstatiert weitestgehend „ein echtes Roll-back“, wenn bspw. die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) sich der Position der ‘Nature’ anschließt und ein „Deutsches Zentrum für Psychische Störungen“ fordert und dabei sich auf Genomik, Bildgebung, Stammzellentechnologie stützt. „Psychotherapie und Klinische Psychologie sind ganz im Fahrwasser der Medikalisierung und Biologisierung angekommen [...] und die Kritik an dieser Entwicklung ist leise geworden“ schreibt Keupp (2016: 13) und fragt nach sozialen Lebensbedingungen oder ökologischen Systemfaktoren. Soziale Bedingungen psychischen Leids, Krankheits-, Normalitäts- und Abweichungskonstruktionen sind dem gegenüber in internationalen sozialwissenschaftlichen Fachdiskursen zu finden – aber ein nächster Schritt im „revitalisierten Medikalisationstrend“ (Keupp, 2016: 14) könnte das DSM-V sein, wo Kritiker wie bspw. der am DSM-IV maßgeblich mitwirkende Allen Frances die Gefahr einer Alltagspathologisierung bzw. inflationäre psychiatrische Diagnosen als Gefahr sehen (vgl. Keupp, 2016: 14). Keupp (2016: 14f.) schließt damit, dass eine explizite „Gesellschaftsdiagnostik“ zu fordern ist, wenn bspw. Depression zur ‚Volkskrankheit Nummer 1‘ ausgerufen wird und lobt Watters Buch als Belebungsimpuls eines kritischen Diskurses.

„[D]er globale Kapitalismus hat zu einer spürbaren Beschleunigung und Verdichtung der Abläufe in den beruflichen und privaten Lebenswelten geführt. Sie führen bei immer mehr Menschen zum Gefühl der Erschöpfung“ (Keupp, 2016: 15).

Bei seinen engagierten Darlegungen stellt Keupp (2016) einen Anschluss nicht her, nämlich den zur **Integrativen Therapie** um Hilarion Petzold, die seit den 1960er/70er Jahren stets ein **biopsychosoziales** bzw. **biopsychosozialökologisches** Verfahren war und weiter ausgearbeitet wird und dabei über Metatheorien, Klinische Theorien sowie Praxeologie und Praxis als vier strukturellen Ebenen eines „Tree of Science“ arbeitet (vgl. weiterführend: Waibel/Petzold/Orth/Jakob-Krieger, 2009). Mit seinen Ausführungen zur ‚Metapraxis‘ bzw. der Frage nach den ‚Ursachen hinter den Ursachen‘ und ‚Folgen nach den Folgen‘, könnte Petzold (1995) durchaus eine der von Keupp (2016: 13) implizit angesprochenen leisen Stimmen sein:

Die ‚**Metapraxis**‘ als ‚Gesellschaftstherapie‘, von Petzold schon in den 1960ern gefordert, da er in Paris sich mit Foucault, der Macht- und Diskursstrukturiertheit von Heilung und Erkrankung auseinandersetzte, bemerkt einen historisch durchaus wirkmächtigen ‚medizinalisierten Diskurs‘ und verschiedene entfremdende Paradigmen in seiner Folge (vgl. weiterführend: Petzold, 1994c: 143-145; 2002p/2011, 19, 50 et passim)

„Das mechanistische, physikalistische und das organismische bzw. biologistische Paradigma in der Psychotherapie muß überschritten werden zu einer anthropologischen Konzeption, die den Menschen als "historisches Subjekt im gesellschaftlichen Kontext" (Herzog, 1982; Petzold, 1988n) sieht und ihn aus dieser Sicht zu verstehen und zu behandeln sucht. Individuum und Gesellschaft sind in unlösbarer Weise verbunden, so daß Pathogenese und Therapie immer diese beiden Dimensionen einbeziehen müssen (Petzold, Schuch, 1992). Psychotherapeuten haben dies in der Regel genauso unberücksichtigt gelassen wie viele der sich als eine Art 'Gesellschaftstherapeuten' verstehenden Revolutionäre und Reformer“ (Petzold, 1994c: 145). Heute im Schatten der ökologischen Desaster

Diese Arbeit hat auf Mikro- und Makroebene zu erfolgen und auch kritisch in dem Wissen, dass Psychotherapie auch eine dienende, Status-quo stabilisierende Funktion hat (Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit) und die Patienten sind keine Gegenstände, sondern Subjekte in Kontext und Kontinuum, womit therapeutische ‚Hier und Jetzt‘-Fokussierungen zumindest nach „das aktuelle Leid außerhalb des Therapieraumes [nicht] sehen zu wollen“ (Petzold, 1994c: 147) anfragbar sind (vgl. weiterführend: Petzold, 1994c: 145-149). Da in der klinischen Krankheitslehre oft nur das einzelne Individuum in den Blick genommen wird, entgehen Perspektivgewinne eines Begreifens als ‚social body‘, womit ein ‚Warum nach dem Warum‘ möglich wäre, was zum Konzept der **Entfremdung** führt, das von Hegels „Entfremdung des Selbstbewußtseins“ über Marx' Entfremdungsdimensionen und Weitere reicht, die eine Konzeption "**multiplen Entfremdung und Verdinglichung**" der anthropologischen Krankheitslehre der Integrativen Therapie vorbereiten helfen (vgl. weiterführend: Petzold, 1987d/2017, 1994c: 150-157): Es geht um Entfremdung von Leib, Lebenszeit, Mitmenschen, Arbeit, Lebenswelt, Natur, und Wertedimension und darum, dass ferner im „Prozess der Zivilisation“ (Elias) eine bestimmte gesellschaftliche Leibkontrolle verinnerlicht wird bzw. eine ‚Wunschmaschine‘ mit der ‚Wunschenergie des Begehrens‘ (Deleuze und Guattari) sich findet und zunehmende Exzentrizität vorliegt respektive ein Befreiungsvorhaben „in die bestehenden Funktionszusammenhänge eingepasst bleiben muss“ (Petzold, 1994c: 156 – siehe auch pädagogisch zum Bild des Kindes und subtiler Selbstregierung: Dahlberg, 2009: 231f.).

Petzold (1994c: 158-165) bringt an- bzw. abschließend zwei Abschnitte zu „Die Dialektik von Metareflexion und Metapraxis - tentative Wege zur Rettung von Hominität“ sowie „Abschließende Überlegungen“, aus denen zur Anregung eigener, aktueller Positionsarbeit der Leser zum Abschluss dieses Kapitel auszugshaft zitiert wird, Gedanken die vor über 25 Jahren formuliert wurden (Petzold 1994c: 163):

„'Multiple Entfremdung' (vgl. Petzold, 1987d) bedeutet, daß ein Mensch sich selbst, seinem Leib, seinen Gefühlen, seiner Lebenszeit (wie es die grauen Männchen von der Zeitbank in Michael Endes ‚Momo‘ [1973] zum Ausdruck bringen) fremd geworden ist, aber auch seinen Mitmenschen, seiner Arbeit, seiner Lebenswelt, der Natur [...]. Die Sensibilisierung für die multiplen Formen der Entfremdung sollte ein wichtiges Ziel therapeutischer

und agogischer Praxis darstellen, die, wenn sie Lernende, Patienten, Klienten, Studenten lehrt, nach den 'Ursachen hinter den Ursachen' zu fragen, Metapraxis wird. Dann wird 'Bewußtseinsarbeit' nämlich praktisch, wirklichkeitsgestaltend in Kokreativität und Kooperation. Metapraxis stellt sich damit in eine Hyperdialektik (Merleau-Ponty, 1964; Taminiaux, 1986): Metareflexion \leftrightarrow Metapraxis, mit der allein dem ‚Bewußtsein als Verhängnis‘ (Seidel, 1927/1979) entgangen werden kann [...]. In der Integrativen Therapie kann deshalb der 'erste Weg der Heilung', der der Bewußtseinsarbeit (idem 1988n, 218 f, 2012h), nicht ohne die anderen Wege (den 'zweiten' des liebevollen emotionalen Nachnährens, den 'dritten' der Erlebnisaktivierung und den 'vierten' der solidarischen Praxis, ibid.) zu einem übergreifenden, konstruktiven Ziel führen. Diese 'vier Wege' sind in sich Ausdruck der 'Dialektik von Metareflexion und Metapraxis' [...]. Derartige Entfremdungsphänomene können nicht thematisiert werden, ohne daß die Fragen um Grenze, Grenzsetzung, Ausgrenzung, Verbindung, Verbundenheit, d. h. aber auch die Fragen von Differenz, Divergenz und Integration behandelt werden müssen [...]. Grenze als differenzierender und Verbundenheit bewahrender Kontakt verhindert Segregation, Isolation, Beziehungslosigkeit [...]. Da Grenzen in lebendigen, personalen und sozialen Systemen unscharfe Konturen haben (Pothast, 1988), wie die Arbeiten von Lyotard, Derrida und schon von Merleau-Ponty (1966, 1969) gezeigt haben, wird es wichtig werden, mit zerfaserten, ausgefranzten, verflochtenen, vernetzten Grenzphänomenen umgehen zu lernen [...]. Aber auch wenn der Prozeß der Menschwerdung, des Gewinns von Hominität durch Überführung von Fremdheit in Zugehörigkeit, in Vertrautheit, im Prozeß humaner Sozialisation unter menschenwürdigen Sozialisationsbedingungen in einer humanen Gesellschaft stattgefunden hat, bleibt diese Hominität nicht ungefährdet [...]. Wir sind hier bei den 'crucial questions' angelangt: Wie können durch Psychotherapie - oder besser durch einen integrativen Ansatz der Therapie-Wege gefunden werden, durch die Menschen Hilfen erhalten, um mit den Frustrationen, die ihnen entfremdende Strömungen in der Gesellschaft zumuten und durch die sie krank geworden sind, fertigzuwerden. (Dabei sehen wir natürlich nicht die Gesellschaft als solche oder als ganzes verdinglicht oder verdinglichend, sondern entfremdete Gesellschaft, in der Macht und Güter nicht synarchisch verwaltet werden, vgl. Petzold, 1992a, 497ff.) [...]. Psychotherapie als Metareflexion und als Metapraxis kann dazu beitragen, Bewußtsein zu schaffen, Verhärtungen zu lösen, und Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen können mit den vielfältigen anderen lebensfreundlichen Aktivitäten - z.B. der alternativen Bewegungen- daran mitarbeiten, daß die Hartherzigkeit und Kälte unserer Zeit - und dieses sind kollektive Phänomene, die nicht individualisierend verkürzt werden dürfen - gemindert werden" (Petzold, 1994c: 158-165). Hinzu kommen müssen auch die Phänomene der „Fremdheit“, mit denen durch die derzeitigen großen Migrationsströme Weggezogene oder Vertriebene und dann Ankommende auf Bewohner, Ansässige treffen und auf allen Seiten Fremdheitserfahrungen

5. Psychische Störung & Depression IV: Behandlung

Die Ausführungen des vorangegangenen Kapitels – insbesondere des Abschlussteils zu Petzold (1994c) – scheinen auch thematisch geboten und werden durch eine Darstellung von Braunbarth (2009) gestützt, deren Artikel die Überschrift „Die ‚Vier Wege der Heilung und Förderung‘ bei Depression“ trägt, womit sie an Petzolds (1988n, 2012h) praxeologisches Kernmodell anschließt. Die vier Wege werden allgemein als „typische Makro-Streckenführungen“ der Behandlung (Braunbarth, 2009: 69) kurz vorgestellt, ohne, dass sie zwingend nacheinander zu gehen wären (vgl. weiterführend: Braunbarth, 2009: 68-74). Die „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“ (Petzold 1974k, 1988d, 2012h) ist mit ihrem leiborientierten Behandlungszugang für die Therapie von Depressionen durchaus bedeutsam, korreliert doch oft der „Schweregrad der Depression [...] mit dem Ausmaß der Körperablehnung“ (Braunbarth, 2009: 74).

Hinsichtlich Zielen in der Depressionsbehandlung beschreibt Braunbarth (2009: 67f.)

stimmungsaufhellende Interventionen (3. Weg) zur Aktivierung des ‚Annäherungssystems‘ und um gemeinsam Ziele mit depressiven Menschen – oder mit Padbergs (2016: 206f.) Optik – durch „Schwermut“ gezeichneten Menschen zu entwerfen. Mit ihnen soll das erlebte „Problematische“ –m hier von Padberg (2016: 206) statt Krankheit gewählt – angegangen und individuell gewichtet werden: bspw. werden Wahrnehmungsunterschiede angesprochen, es erfolgt eine Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitslenkung auf Körperwahrnehmung, auf *Ressourcen* und *Potentiale* – eine spezifisch integrativtherapeutische Perspektive, die durch eine eigene Ressourcen- und Potentialtheorie unterfangan wird (Petzold 1997p, 2010b). Es wird dafür sensibilisiert, Selbstverstehen und Selbstfürsorge als Behandlungsziele anzusehen, verbunden mit besänftigenden Anregungen, die für die therapeutische „WEG-Begleitung“ gegeben werden. Braunbarth (2009: 68) steht hier auf dem Boden der integrativtherapeutischen „Philosophie des WEGES“ (Petzold, Orth 2004b; Petzold 2006u), die dem Menschen in der longitudinalen Betrachtung des „*life span developmental approach*“ (Petzold 1994r, 1999b, Sieper 2007b) lebensaltersspezifisch auf seinem Lebensweg und mit seinen „Entwicklungsaufgaben“ (Havighurst 1948) zu erfassen und begleiten sucht. In den „Vier WEGEN“ wird das praxeologisch konkretisiert (Petzold 2012h). Dabei geht es immer darum, **Kompetenzen** (Wissen, Fähigkeiten, Kognitionen, Volitionen) und **Performanzen** (Können, Fertigkeiten, Emotionen, Handeln) zu fördern und in ihrer Wirksamkeit zu steigern, so dass Selbstwirksamkeit zunehmen kann (Flammer 1990; Petzold, Orth, Sieper 2006), wie es die entwicklungspsychobiologisch begründete, integrative „komplexe Theorie des Lernens und Lehrens“ vertritt (Flammer 2010; Petzold, van Beek van der Hoek 1994; Sieper, Petzold 2002/2011; Lukesch, Petzold 2011).

Der Integrative Ansatz ist in besonderer Weise **performanzzentriert**. Das Therapeutische Geschehen muss immer wieder in konkretes Handeln in den Alltag transferiert und dort erprobt

werden. In der praktischen Arbeit wird gerade in der Initialphase der Behandlung mit dem *dritten WEG* der ‚Erlebnis- und Ressourcenaktivierung‘ begonnen, weil er sich oftmals als der gangbarste Weg erweist. Er erzeugt bei Patientinnen selten Gefühle des Befremdens oder kognitive Dissonanzen, wie das bei so machen therapeutischen Praktiken geschieht. In der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie werden alle Leibebenen – perzeptive und epressive – berücksichtigt (vgl. weiterführend: Braunbarth, 2009: 69, 72f., 76-78). Gemeinsam mit dem *zweiten WEG* der ‚Nach- und Neusozialisation von Grundvertrauen und Selbstwert‘, wo Zwischenleiblichkeit als Erfahrungsziel zentral ist (vgl. Braunbarth, 2009: 70-72, 75f.; Petzold 1988d, 2012h), kann dann der *erste WEG*, der ‚Einsicht, Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung‘ fokussiert leichter und akzentuierter besprochen werden, weil er „eine gewisse Distanz zum depressiven Erleben“ braucht. Für diese ist neurobiologisch betrachtet Hippocampusregulation und die Aktiviertheit des anterioren zingulären Kortex (ACC) wichtig, so dass ein Abstand zu habitualisierten Denk-, Fühl- und Bewegungsmustern gewonnen werden kann und neue Muster vermittelt, eingeübt, gebahnt werden können (vgl. Braunbarth, 2009: 69f., 74f.; Petzold 1988d, 2012h, 2014i). Der *vierte Weg* der ‚Solidaritätserfahrung und Metaperspektive‘ will die sozialen **Kompetenzen** und **Performanzen** fördern (Sieper, Petzold 2002/2011) und „helfen, die in der Therapie erlebten Solidaritätserfahrungen im alltagspraktischen Empowerment durch andere und für andere zu erweitern“ (Braunbarth, 2009: 73f., 78f.). Braunbarth (2009: 80) schließt mit dem Verweis, dass Ausdauer- und Bewegungspsychotherapie in der Arbeit mit depressiven Störungen sich in Studien als wirksam erwiesen haben (Heimbeck 2008; Mei, Petzold, Bosscher 1997, Waibel, Petzold 2009). Das gilt auch für achtsamkeitsbasierte Therapieansätze bei Depressionsbehandlung und für die - Rückfallprophylaxe.

Überblicksartig und knapper als in den Ausführungen des vorherigen Kapitels seien nachfolgend einige Therapie- und Präventionsansätze überblicksartig anhand von Schulte-Markwort et al. (2008: 784-792) und Berking & Radkovsky (2012: 39-44) vorgestellt: Schulte-Markwort et al. (2008: 784) beginnen das Therapiekapitel mit der Forderung einer ausführlichen Aufklärung und stellen heraus, dass medikamentöse Therapien weitere Ansätzen gut ergänzen kann (siehe auch und weiterführend: Berking und Radkovsky, 2012: 44f.; Myers, 2014: 733f.; DGPPN et al., 2015: 43-64, 112f.; Herpertz, Caspar, Lieb 2017: 326-243).

Biologisch-somatisch orientierte Behandlungsansätze:

Psychopharmakologische Behandlung (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 784-789; Berking & Radkovsky, 2012: 39f.; s.a. (weiterführend) DGPPN et al., 2015: 65-92): In ihrer Zusammenfassung der sehr ausführlichen Darlegung zur pharmakologischen Therapie mit verschiedenen Antidepressiva, die vor allem nach dem klinischen Erscheinungsbild und nicht nach der kurzfristigen Begleitwirkung in

Langzeitbehandlungssicht gewählt werden sollten (vgl. weiterführend: Schulte-Markwort et al., 2008: 784-789) ist zu lesen:

„Die Wirksamkeit von Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter ist unbestritten. Sie konnte jedoch bisher nur für SSRI (Fluoxetin, Citalopram, Sertralin) plazebokontrolliert belegt werden [...]. Im Erwachsenenbereich ist es in den letzten zehn Jahren zu einem fundamentalen Wandel [...] gekommen. Serotonin-selektive und Noradrenalin-selektive Antidepressiva gelten als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung depressiver Syndrome“ (Schulte-Markwort et al., 2008: 789) (s.a. Berking & Radkovsky, 2012: 39).

Elektrokonvulsionstherapie (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 790; Berking & Radkovsky, 2012: 39; s.a. (weiterführend) DGPPN et al., 2015: 118-121): Bei der EKT wird durch leichte Stromschläge ein Krampfanfall im Gehirn ausgelöst und sie kommt soweit nur bei therapierefraktären Patienten zum Einsatz. Die Erfolgsquote liegt bei 60-90% (Akutbehandlung); der Wirkmechanismus ist noch unklar.

Neurostimulationsverfahren (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 790f.; Berking & Radkovsky, 2012: 39; s.a. (weiterführend) DGPPN et al., 2015: 125-127): Bei dieser Therapie wird die elektrische Reizung von Hirnarealen durch magnetische Felder induziert. Für Kinder und Jugendliche gibt es keine kontrollierten Studien, Studien für Erwachsene sind uneinheitlich.

Lichttherapie (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 789f.; Berking & Radkovsky, 2012: 40; s.a. (weiterführend) DGPPN et al., 2015: 122f.): Die Lichttherapie wird v.a. bei saisonaler Depression eingesetzt und besteht aus dem 1-2 stündigen Sitzen vor Speziallampen. Das Verfahren ist plazebogetestet, das Ergebnis kann aber kritisch über eine doch vorhandene Erwartungshaltung befragt werden. Alternativ sind auch ‚Spiele im Freien‘ im Einsatz.

Schlafentzugstherapie (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008:791.; Berking & Radkovsky, 2012: 40; s.a. (weiterführend) DGPPN et al., 2015: 121f.): Unterschieden wird zwischen völligem, partiellem und selektivem Schlafentzug und bei Erwachsenen sowie tendenziell bei Jugendlichen zeigt sich eine akute, nicht anhaltende Stimmungsverbesserung, die bei Folgeeinschlafen am nächsten Tag verschwindet bzw. nur wenige Tage anhält.

Körperliches Training (vgl. DGPPN et al., 2015: 123-125): Körperliches Training umfasst sowohl Ansätze, die folgender Richtliniendefinition des American College of Sports Medicine (ACSM) entsprechen, als auch davon abweichende Formen wie Thai [sic!] Chi oder Qigong: Die Richtlinien des ACSM verstehen körperliches Training als „geplante, strukturierte und wiederholte körperliche Aktivität zur Erhaltung oder Verbesserung einer oder mehrerer Bereiche körperlicher Fitness“ und es wird „aerobes Ausdauertraining in moderater Intensität für mindestens 30 Minuten an mindestens fünf Tagen pro Woche oder intensives Training für mindestens 20 Minuten an mindestens drei Tagen pro Woche, bzw. eine Kombination aus beiden“ angesetzt, wobei wöchentlich mindestens 500-1000 metabolische Einheiten (MET)-Minuten zusammenkommen sollen (vgl. DGPPN et al., 2015: 123-125). Mit Blick auf Meta-Studien (vgl. weiterführend: DGPPN et al., 2015: 123-125) schreiben die Autoren:

„Zusammenfassend liegen eine größere Anzahl von RCTs als und mehrere Metaanalysen zur Effektivität von körperlichem Training bei Depressionen vor. Diese legen einen moderaten Effekt der körperlichen Aktivitäten nahe. Die Qualität dieser Aussage wurde [...] als moderat eingestuft. Werden nur methodisch sehr hochwertige RCTs berücksichtigt, ist ein geringer Effekt körperlichen Trainings nur kurzzeitig und über die Interventionszeit hinaus nicht mehr eindeutig nachweisbar. Unklar bleibt auch die additive Wirkung von körperlichem Training und Pharmako- und/oder Psychotherapie. Körperliches Training hat nach aktueller Datenlage einen kleinen Effekt in der Behandlung der Depression, insbesondere während der Phase der körperlichen Aktivitäten bzw. Intervention. Allerdings konnten die wenigen qualitativ hochwertigen Studien und Studien mit Langzeit-Follow-up keine eindeutigen Effekte nachweisen [...]. Eine Empfehlung zu Art, Intensität und Häufigkeit körperlichen Trainings kann derzeit noch nicht gegeben werden“ (DGPPN et al., 2015: 125).

Insgesamt ist die gesundheitsfördernde Wirkung von Bewegungsaktivitäten so bedeutsam, wie neueste Forschungen zeigen (O'Donovan et al. 2017), dass sie in jedes „Bündel von Maßnahmen“ bei der Behandlung fast aller Störungen einbezogen werden müssen.

Unterstützende Therapieverfahren und therapeutische Maßnahmen (vgl. DGPPN et al., 2015: 127f.):

Alltags- wie handlungsbezogene Ergotherapie führte in ambulanter Ergänzung zu einer früheren Arbeitswiederaufnahme und im stationären Setting wurde – in Übereinstimmung mit der Patientenzufriedenheit – gezeigt, „dass tägliche Ergotherapie bei Depression im Vergleich zur unspezifischen Beschäftigung durch Pflegekräfte Symptombelastung, Angst, Verstimmungsstörungen, Sensitivität (d. h. durch Verstimmung bedingte Einschränkungen im Leistungs-, Erlebens- und Verhaltensbereich) sowie soziale Kontaktstörungen verbessern kann“ (DGPPN et al., 2015: 127).

Soziotherapie als Handlungsunterstützung wie –anleitung „soll dem Patienten durch Motivierung und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen“ (DGPPN et al., 2015: 127), wozu allerdings keine Studien vorliegen. Mit Blick auf Häusliche psychiatrische Krankenpflege respektive ambulante Pflege gibt es eine eigene S3-Leitlinie.

Therapie bei Komorbidität (vgl. (weiterführend) DGPPN et al., 2015: 128-147): Als kurze, eingeklammerte Zwischenstation sei Therapie bei Komorbidität kurz dahingehend erwähnt, dass es weniger Studien als für die einzelnen Ansätze gibt, Komorbidität klinisch bedeutsam ist und – sofern nicht anders nachzulesen – „die Empfehlungen dieser Leitlinie auch für Depressionen mit komorbiden Störungen gelten“ (DGPPN et al., 2015: 128).

Psychotherapeutische Behandlungsansätze¹⁴:

Psychoanalytische Therapien (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 791f.): Nach der bisher einzigen größeren Studie bei Kindern und Jugendlichen von Target & Fongay (1994) zeigte sich deutlich, dass

¹⁴ S.a. (weiterführend) DGPPN et al (2015: 93-118).

82% nach der zweijährigen Behandlung keinerlei Symptome mehr aufwiesen, wobei eine Überlegenheit von hochfrequenter ggü. niedrigfrequenter Behandlung festgestellt wurde.

Verhaltenstherapie (vgl. Berking & Radkovsky, 2012: 40f.): Es geht grundlegend um den Zusammenhang von Verhalten und zunehmend in der „Dritten Welle der VT“ (Heidenreich, Michalak 2013) auch um emotionales Erleben, dem nachgespürt wird, um dann zunehmend Aktivitäten zu erarbeiten, die die Stimmung positiv beeinflussen.

Kognitive Depressionstherapie (vgl. Berking & Radkovsky, 2012: 41-43.; Myers, 2014: 717f.):

Dieses maßgeblich von A. Beck erarbeitete Verfahren arbeitet ebenfalls mit der „Annahme, dass Gedanken das Erleben und Verhalten beeinflussen“¹⁵ und es werden Gedanken als durch logische Analyse und/oder Verhaltensexperimente zu testende Hypothesen angesehen.

Für den Therapeuten sind Disputations- und Beziehungsgestaltungskompetenzen wichtig und es bestehen einige Herausforderungen (vgl. weiterführend: Berking & Radkovsky, 2012: 42f.).

Kognitive Verhaltenstherapie (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 791; Berking & Radkovsky, 2012: 43f.; Myers, 2014: 718f.): Die stark untersuchte, als effektiv eingeschätzte KVT kombiniert die vorangegangenen Ansätze und folgt i.d.R. Abb. 8:

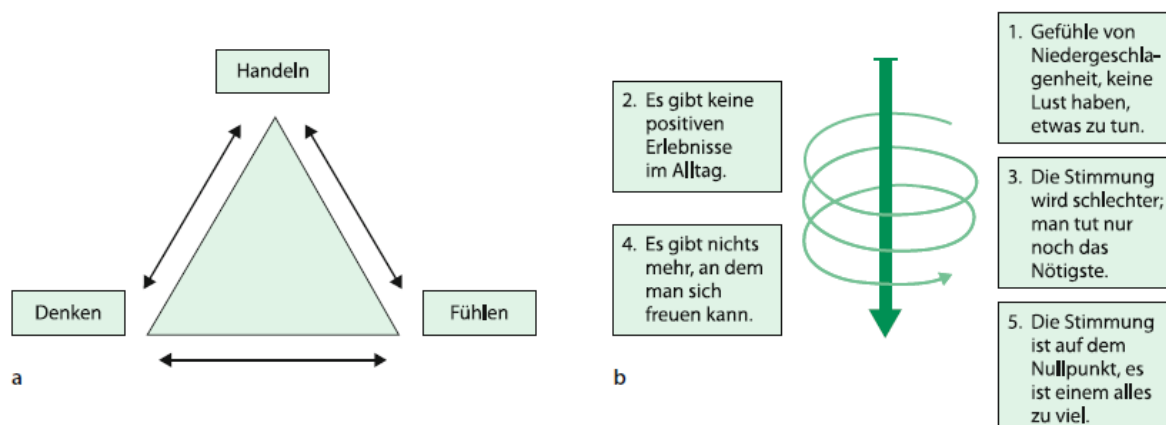


Abb. 13: KVT-Modell nach Hautzinger (Quelle: Berking & Radkovsky, 2012: 43)

Interpersonale Therapie (IPT), Behaviorale Aktivierung und Problemlösetrainings (vgl. Schulte-Markwort et al., 2008: 791f.; Berking & Radkovsky, 2012: 44.): Die Ansätze „haben sich als (mindestens) ebenso effektiv erwiesen wie die KVT“ (Berking & Radkovsky, 2012: 44).

¹⁵ An dieser passenden, da zentralen und therapiebezogenen Stelle sei nochmals Myers (2014: 681) zitiert – diesmal zur Gänze: „Zieht man den sozial-kognitiven Ansatz zur Erklärung von Depressionen heran, dann ist man in einer »Henne-Ei-Situation«. Selbstabwertende Gedanken, negative Attributionen und Selbstanschuldigungen gehen mit einer depressiven Stimmung einher und sind Indikatoren für eine Depression. Doch verursachen sie eine Depression? Verursacht ein Tacho, der 70 km/h anzeigt, die Geschwindigkeit des Autos? Vor oder nach der Depression sind die Gedanken der Menschen weniger negativ. Vielleicht ist das so, weil eine deprimierte Stimmung negative Gedanken fördert, worauf wir in der Diskussion um zustandsabhängige Erinnerung bereits hingewiesen haben (→ Kap. 9). Bringt man Menschen vorübergehend in eine schlechte oder traurige Stimmung, werden ihre Erinnerungen, Beurteilungen und Erwartungen plötzlich viel pessimistischer.“

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) (vgl. Stenzel/Keil/Fehlinger 2012):

Der amerikanische Psychologe James P. McCullough entwickelte dieses Verfahren speziell für die Behandlung chronisch depressiver Menschen, die – so die Grunderwägung – „aufgrund ungünstiger Lernerfahrungen Defizite in ihrer kognitiv-emotionalen Entwicklung im interpersonellen Kontext [aufweisen]“ (Stenzel et al., 2012: 66). Zu den Lernerfahrungen gehören bspw. „traumatisierende¹⁶, interpersonelle Erfahrungen der Betroffenen (z. B. emotionale Vernachlässigung, frühe Verlusterfahrungen, Misshandlungen)“ (Stenzel et al., 2012: 66) und führen zu einer ‚Entkopplung von Wahrnehmung und Umwelt‘, womit Schwierigkeiten und Mängel in sozialen Beziehungen bestehen, die zur Chronifizierung beitragen. Die so aufgebaute „depressive Weltsicht“ ist sehr fest und so fehlen möglicherweise Voraussetzungen, um von anderen Therapieverfahren profitieren zu können, weshalb die CBASP mit „Sichtweisen und Techniken aus kognitiven, emotions-fokussierten, verhaltenstherapeutischen, interpersonellen und psychodynamischen Verfahren“ (Stenzel et al., 2012: 66) entwickelt wurde. In der interpersonell ausgerichteten therapeutischen Arbeit bestehen die Therapieziele darin, dass der Patient 1) „die unmittelbaren Konsequenzen seines dysfunktionalen Verhaltens“ (Stenzel et al., 2012: 67) erkennt, 2) sensibel wird für Wirkungen (auf) andere(r) Personen, 3) neue Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien lernt und 4) falls notwendig, frühere Traumatisierungen aufgearbeitet werden¹⁷ (vgl. Stenzel et al., 2012: 67). Besonders hervorzuheben ist dabei das interpersonelle Lernen in Alltags- und Therapiesituationen und -beziehungen, wobei der Therapeut durchaus ‚disciplined personal involvement‘ aufweisen kann, wenn an interpersonellen Strategien gearbeitet wird (vgl. weiterführend: Stenzel et al., 2012: 68, 70f.). Eine durchaus gängige Behandlungsmethode besteht in Situationsanalyse und Fertigkeitstraining, wo eine Explorationsphase, in der als unbefriedigend erlebte Alltagssituationen hinsichtlich Wahrnehmung + Interpretation, eigenem Verhalten und tatsächlicher wie gewünschter Situationsausgang (beobachtend) beschrieben werden, sowie eine Lösungsphase mit Interpretationsarbeit hinsichtlich Situationsverankerung und mit Erarbeitung wie Einübung adaptiven Verhaltens unterschieden werden kann (vgl. weiterführend: Stenzel et al., 2012: 67f., 69). Erste Studien zur empirischen Absicherung zeigen durchaus Wirksamkeit, allerdings bestehen auch uneindeutige Ergebnisse, so dass weiterer Forschungsbedarf besteht (vgl. weiterführend: Stenzel et al., 2012: 71f.).

¹⁶ Es übersteigt diesen Text, Fragen nach Komorbiditäten oder evtl. komplexer Morbidität, An- und Abgrenzungen und Zusammenhänge hinsichtlich Traumata und Depression auszuführen – nachfolgend nur einige Hinweise (vgl. nachfolgend und weiterführend: Seidler, 2013: 28-55, 68-78, 146-149, 199-202): Psychotraumatologie als diskutierte neue Fachdisziplin hat die traumatische Situation als elementare Beobachtungseinheit und setzt zunächst eine Exposition hinsichtlich eines Widerfahrnisses an, das zur existentiellen Vernichtung geeignet ist. Menschen können traumatisiert/verwundet werden können und unter dieser ‚Wunde‘ leiden und vor diesem Widerfahrnishintergrund mit Todesnähe können Introjektbildung, Spaltungsvorgänge uvm. verstehbar werden. Dabei liegt auch eine Physiologie vor, die zwar Stressbezüge aufweist, aber sich von einer reinen Stressphysiologie dennoch unterscheidet und es Verschiebungen von der Stressphysiologie weg geben kann, wenn die Situation weder durch Coping- oder Abwehrprozesse kontrolliert werden kann (vgl. dazu und weiterführend: Seidel, 2013: 73-78 und v.a. Gerngroß, 2015: 2-28). Wegen dieser Traumabesonderheit von möglichen, sich ergebenden Traumafolgestörungen im engen wie weiten Sinn skizziert Seidler (2013: 37f., 44-55, 201f.) Differenzen zwischen psychodynamischer Neurosenpsychologie und Traumapsychologie und gibt Hinweise hinsichtlich der Indikation für entsprechende Therapien.

¹⁷ An dieser Stelle sei nur auf die Herausforderung einer kritischen Durchsicht von Regressionsideologien mit vermeinten linearkausalen Wirkungen früher Störungen im Rahmen eigener Positionsarbeit hingewiesen (vgl. weiterführend: Petzold & Orth, 2014: 170-217).

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (vgl. Berking 2012: bes. 121):

Bei seinen Ausführungen zu achtsamkeitsbezogenen Interventionsmethoden kommt Berking (2012: 120-124) auch auf die MBCT zu sprechen: Diese zielt auf die Rückfallprävention bei unipolarer Depression und entlehnt Methoden aus der formalen/informalen Praxis der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn (vgl. weiterführend: Berking, 2012: 120) sowie kognitiv-verhaltenstherapeutischer Arbeit. Das Hauptanliegen ist Einsicht und üben eines »decentering«, einer Distanz, ein angenommenes Kommen-und-gehen-lassen depressiogener Gedanken, denn:

„Es wird angenommen, dass bei Personen, die bereits depressive Episoden erlebt haben, schon leicht dysphorische Stimmungen ausreichen, um depressogene Denkmuster auszulösen, welche dann zum Rückfall führen“ (Berking, 2012: 121).

Erste Studien bescheinigen der MBCT Effektivität bei rezidivierenden unipolaren Depressionen (vgl. Berking, 2012: 121).

Diese Ausführungen zu achtsamkeitsbasierten wie ähnlichen, etablierten Verfahren in klinischer Anwendung sind eingebettet in a) Darlegungen zu Achtsamkeit in Näherung „als ein selbstregulatorischer Prozess, der auf das bewusste, nicht wertende Erleben der aktuell wahrnehmbaren subjektiven Erfahrungen abzielt“ (Berking, 2012: 117); b) in Ausführungen zu Erschwernissen bei Konstruktdefinition, Messproblemen, Motivierbarkeits- und Überforderungsaspekte und hinsichtlich Indikation und möglicher Alternativen nebst dem Hinweis auf weitere Forschung (vgl. weiterführend: Berking, 2012: 126-128) sowie c) in Darlegungen zu 1) Expositionen, Reaktionsverhinderung und Routinen, 2) Aufbau von Metakognitionen und 3) Aushaltekompetenzen sowie mögliche 4) Entspannungsphasen, 5) Selbstfürsorge, 6) Ablenkung nicht im Sinne von radikaler Vermeidung, 7) euthymes Erleben und 8) Transzendenz als mögliche Wirkmechanismen (vgl. weiterführend: Berking, 2012: 124-126).

Ebenfalls vorzufinden sind Ausführungen zur Historie, wo es um zugenommene Popularität und um Übereinstimmungen und Differenzen zwischen buddhistischer Lehre und KVT-Ansätzen geht (vgl. weiterführend: Berking, 2012: 118f.):

„In der damit einhergehenden Festlegung auf »Bedürfnislosigkeit« (und der damit einhergehenden Auflösung des »Selbst«) als dem ultimativ anzustrebenden Zustand unterscheidet sich der Buddhismus von den meisten westlichen Therapieschulen“ (Berking, 2012: 119).

Position der Integrativen Therapie (Dritte Welle) zur Depressionenbehandlung:

Diese Übersicht abschließend sei anhand zweier neuerer Arbeiten von Petzold (2014h; 2014i) die aktuelle Position zu Depression und ihrer Behandlung (Petzold, Sieper 2008c) in der „Dritten Welle“

(Petzold 2000e, 2002a, Sieper 2000) der Integrativen Therapie umrissen: Dabei kommt Petzold (2014i: 16) auch auf die eben skizzierten Verfahren CBASP und MBCT zu sprechen: Bei beiden hebt er die positiven Effekte hervor und erachtet das stressreduzierende Übungsprogramm hinsichtlich negativer Kognitionen der MBCT als „sinnvoll“; die CBASP hält er für „theoretisch nicht überzeugend und ohne neurobiologische Fundierung“, ohne deren Wirksamkeitseffekte (am besten in Kombination mit antidepressiver Medikation) zu negieren. Schlussendlich sei weitere Forschung und wache/nüchterne Arbeitsweise not(-)wendig.

Die Integrative Therapie, die ein ‚herakliteisches Moment‘ als einziges ‚Dogma‘ ausweist (vgl. weiterführend: Petzold, 2003a: 399) betont Überschreitungen und Wellen in ihrer Entwicklung. Die Dritte Welle seit der Millenniumswende (Petzold 2002a, Sieper 2000) bezieht sich auf innovative respektive überschreitende oder vertiefende Arbeit im konzeptionellen, klinisch-philosophischen, klinisch-praxeologischen Bereich, wobei auch angrenzende Entwicklungen in Agogik (vgl. dazu Petzold, 2003a: 93, 139, Sieper, Petzold 1993/2011) und Supervision (Petzold 2007a) berücksichtigt werden. Impulse zur Psychotherapie werden aus der Kulturarbeit (Petzold, Orth, Sieper 2014), aus der longitudinalen Entwicklungsforschung (Sieper 2007b) und aus den Neurowissenschaften aufgegriffen (vgl. schon Petzold, Beek, Hoek 1994; weiterhin Petzold, Michailowa 2008; Petzold, Sieper 2008a; Petzold/Orth/Sieper, 2014: 602f.).

Die Neuro Sciences „haben [...] neue Konzeptualisierungen ermöglicht und werden weitere notwendig machen“ (Petzold et al., 2014: 603), allerdings mahnt Petzold (2014i: 1f.) zu Geduld und Besonnenheit im klinischen Erproben sowie Bescheidenheit hinsichtlich Geltungsansprüchen und Erklärungsbehauptungen.¹⁸ Dass es synaptische/neuronale Plastizität gebe, stehe außer Frage, manches ist verstanden, wie dass das Gehirn durch die multiplen Vernetzungen sektoriell wie im

¹⁸ Eine Anmerkung mit Blick auf agogische respektive budo-therapeutische Tätigkeit in der IT: Becker (2006: 204ff.) warnt dabei vor einfachen und vorschnellen Konzipierungen – durchaus auch in konstruktivistischen Ermöglichungsansätzen, da didaktische Schlussfolgerungen aus neurowissenschaftlichen Ansätzen immer wieder zum einen Lernen mit Lehre verwechseln, deskriptive Aussagen über Lernen keinen normativen Aussagen, wie bspw. Umwelten gestaltet werden sollen, zulassen oder auch konkrete positiv formulierte Umgangsstrategien, die bspw. beim Thema Stress über eine bloße Vermeidungsforderung hinausgehen, nicht aus neurowissenschaftlichen Forschungen ableiten lassen (vgl. Becker, 2006: 207). Ein direkter „Durchgriff von wissenschaftlichen Erkenntnissen auf die pädagogische Praxis“ (Becker, 2006: 230) sei unmöglich, da Wissensstandsbeherrschung nicht zwingend Praxisbewährung bedeutet (vgl. Becker, 2006: 45f., 54f., 230). Dies alles als Spiegel zu Petzolds (in: Bloem/Moget/Petzold, 2004: 136) Betonung von Sicherheit bei amygdaloïder Neukonditionierung in budo-therapeutischem Arbeiten.

Ergänzend sei beigefügt: Neben den Neurowissenschaften werden auch evolutionäre Erwägungen in der IT berücksichtigt, z.B. in der Budo-Therapie im Umgang mit Aggression (vgl. weiterführend: Petzold/Bloem/Moget, 2004: 32-34; Petzold in: Bloem et al., 2004: 116-140), ohne in einen ‚naiven Naturalismus‘ (Spaemann et al. 1984) zu verfallen, indem bspw. das Feld alleine der Biologie, Soziobiologie und weiteren überlassen wird. Letzteres ist wichtig, wie eine aktuelle Publikation Paul Bowmans (2017b) im Bereich martial arts studies erahnbar werden lässt: Bowman (2017b: 9f.) ist kritisch gegenüber evolutionsbezogenen Axiomen der Hopologie-Forschung und sieht diese nicht als wissenschaftlich sondern als ‚scientific‘ an, da Bezüge zum dubiosen und kontroversen Feld der Soziobiologie vorgenommen werden. Bowman (2017b: 10-20) fährt fort, dass das Feld der martial arts studies andere Zugänge benötige, die keineswegs streng definitorisch sondern eher poststrukturalistisch mit Texten und Diskursen vorgehen, in dem Wissen, dass es keine ‚Metalanguage‘ (Derrida) gibt, (poly-) systembezogene Ansätze via Dekonstruktion anfragbar sind (‘Wherever I have followed this investigative approach, it has been a question of showing that the system does not work, and that this dysfunction not only interrupts the system but itself accounts for the desire for system, which draws its élan from this very disadjoinment, or disjunction‘ (Derrida)). Definitionen sind schwierig respektive kommt es eher auf Relationen und ‚force‘ an und insgesamt nicht auf ‚incompetent empiricism‘ (Derrida), ‘that begin from the premise that to make sense of the world we should simply look around us, focus on things, classify them and count them‘ (Bowman, 2017b: 18). Bowman (2017b: 18-20) spricht sich für mehr Theorie aus, ohne in alte Grabenkämpfe zurückfallen zu wollen und: ‘[A]lthough I am arguing explicitly ‘for theory’, I want to be clear that I am certainly not therefore arguing ‘against empirical work’, or ‘history’, or ‘reality’, or anything like that. Moreover, I would follow neither Žižek nor Derrida nor anyone else who might ever position capital-T-Theory or capital-P-Philosophy as the necessary start or end point of ‘proper’ academic work on martial arts‘ (Bowman, 2017b: 18) (s.a. Ewald, 2016: 5-11, 37-39).

Gesamt arbeitet und in der IT zur Aufrechterhaltung mit multiplen sensorischen Stimulierungen gearbeitet wurde. Auch die Möglichkeit maladaptiver Neuroplastizität kann als gesichert angesehen werden. Ein spezifisches Verständnis steht noch aus und deshalb können auf Grund der Einzigartigkeit zerebraler Feinstrukturen bzw. des ‚Gehirn-Subjekt/Person-Umwelt-Tunings‘¹⁹ Gruppenuntersuchungen nur Leitlinien ergeben. Die Feinabstimmung in der neuropsychologischen und der neuropsychotherapeutischen Arbeit (Grawe 2004) bleibt eine Herausforderung für die empathische Feinspürigkeit und klinische Erfahrung der theoretisch und über Forschungsstände gut informierten TherapeutInnen im Praxisfeld (weiterführend: Petzold, 2014i: 2-8). Das kommt besonders in der Arbeit mit ‚komplexen Maßnahmenbündel‘ der Behandlung sowie mit ‚therapeutischen Curricula‘ (Petzold 1988n: 210f., 2014i: 8-30) zum Tragen (für die Depressionsbehandlung vgl.differenziert Petzold, Sieper 2008c: 520-522)

Bei der Ausarbeitung theoriegeleiteter Maßnahmenbündel, mit denen die IT durchaus in Tradition der Antike (Petzold, Moser, Orth 2012) oder der Psychiatrischen Psychotherapie des 19. Jahrhunderts in Bezug steht – Reil (1803; vgl. Orth, Petzold 2008)), dem Pionier moderner Psychiatrie und Psychotherapie oder Janet (1893/94, 1919, 1924), von dem Freud so viel unausgewiesen „übernommen“ hat (vgl. Petzold 2007b) – sowie der Ausarbeitung eines ‚therapeutischen Curriculums‘ (Petzold 1988n,210) sind die Kooperation und der Wille des Patienten entscheidend, weil er als Subjekt mit seiner Wertewelt und seinem Lebensstil sich transformieren soll. Er muss deshalb die Mitarbeit *wollen*, denn es sind ja Ziele zu erreichen, deren Sinnhaftigkeit einsichtig sein muss. Inhalte werden gemeinsam erarbeiten, was durchaus zu kokreativen Prozessen führen kann. Der Therapeut stellt dann entsprechende Methoden zur Strukturierung des Geschehens zur Verfügung bzw. schlägt sie vor (vgl. weiterführend: Petzold, 2014i: 8-12, 28-30):

„Nur ein optimales ‚bundling‘ auf dem Hintergrund aktuellen klinisch-theoretischen Wissens verspricht Erfolg [...]. Dabei kommt modernen neurobiologischen und neuropsychiatrischen Kenntnisständen besondere Bedeutung zu [...].Der Mensch ist nicht nur Neurobiologie sondern auch Kulturwesen, kultiviertes Selbst, auf dem Boden seines Gehirns und seines kulturellen Rahmens [...]. Was nun in ein solches „Maßnahmenbündel“ hineingehört, ist eine Sache unserer Wissenstände und unserer Methodenkompetenz [...]. Es genügt eben die therapeutische Situation im Praxisraum nicht, um Verhalten generalisiert zu verändern [...], sondern es ist der Transfer in unterschiedliche Situationen, dessen Gelingen vorbereitet und überprüft werden muss, unbedingt erforderlich, um Generalisierungen zu erreichen [...]. Das therapeutische Curriculum mit seinem ‚Bündel‘ muss also in die Alltagswelt ausgreifen und dort zum Kompetenz- und Performanzzuwachs des Patienten/der Patientin beitragen [...]. Ein solches komplexes und multiprofessionell durch ein ‚Netzwerk von Helfern‘ durchgeführtes

¹⁹ Gehirn und Subjekt sind in vivo nicht zu trennen, wobei das Gehirn materielle Basis des Subjekts ist (vgl. weiterführend: Petzold et al., 2014: 501-511). Rappe (2012: 25f., 84, 100f., 356f, 361f., 380) betont die Differenz leibliches/abstraktes Ich und bringt zu nicht aufheb- baren Dualismus, Verlegenheitslösungen wie ‚psychosomatisch‘ aber umgeharen Dichotomien phänomenologisch eine ‚genetische Linie‘ von Leib zu Körper mit ‚unumkehrbarer Individuationsrichtung‘ ein, womit die Basis anfragbar wird (s.a. Wienbruch 2000).

Programm [...] 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 [...]. Nachhaltigkeit der Behandlung ist letztlich auch für das Gemeinwesen [sic!] 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“ (vgl. Petzold, 2014i: 12, 25-28 – freier in der Anordnung zitiert).

Mit Blick auf Depressionsbehandlung in der IT (vgl. weiterführend: Petzold, 2014i: 12-24; Petzold, Sieper 2008c, 520ff) sind primäre (bspw. soziale Belastung) wie sekundäre Stressoren zu berücksichtigen (wenn z.B. sich die Lebenslage verschlechtert, Rückwirkungen von Versagen und Hilflosigkeit eintreten). Starke Stressoren sind möglichst ‚abzustellen‘ oder zumindest ‚abzupuffern‘, denn damit sind „vielfach pathologische Veränderungen in der zerebralen Neurobiologie“ verbunden (Petzold, 2014i: 13). Wirksame Behandlung ist in der Regel nicht alleine durch Medikamente zu erreichen. Auf jeden Fall muss eine Medikation ‚feinkörnig‘ abgestimmt und kontrolliert werden, um zu sehen, ob und wie sie anschlägt und mit anderen Maßnahmen zusammenwirken kann. Erschwerend kommen bei einigen PatientInnen eingeschränkte motivationale Bereitschaft zur Mitwirkung hinzu, wobei maladaptive Neuroplastizität eine Rolle spielen kann – der Patient hat sich in seinem „depressiven Lebensstil“ eingerichtet und findet es sehr schwierig ihn zu verlassen. Ohne Lebensstilveränderungen ist aber nicht mit nachhaltigen Erfolgen zu rechnen (Petzold 2014i) – Bewegungspassivität wird z. B. mit Lauf-, Walking- oder anderen Formen der sportiven Ausdauertherapie angegangen (Mei, Petzold, Bosscher 1997; Waibel, Petzold 2009). So oder so sind Depressionen in ihrer Vielfältigkeit vielfältig anzugehen, da Leib-Subjekte durch diese Störung mit ihren somatischen Regulationssystemen, kognitiven Einschätzungen (präfrontalen *appraisals*), emotionalen Bewertungen (limbischen *valuations*) und ihren Willenskräften betroffen sind (vgl. weiterführend: Petzold, 2014i: 14-21; Petzold, Sieper 2008a: 516-523). Willensentscheidungen, Umsetzung und Durchhaltevermögen sind damit oft beeinträchtigt. Dem depressiven ‚Eingrauen des Lebens‘ setzt die IT unter anderem psychophysiologisches ‚Going green‘, Methoden ‚neuer Naturtherapien‘ (Gartentherapie, Landschafts- und Waldtherapie, tiergestützte Intervention, Green Meditation, vgl. Petzold, 2014h: 2-4; Petzold, Ellerbrock, Hömberg 2018) entgegen: das „Einsinken ins ‚Grün‘, in die Prozesse des Lebendigen durch meditative Betrachtung und vertieftes Naturerleben vermittelt Sinnerfahrung, Trost und Freude am Lebendigen“ (Petzold, 2014i: 3). Zentral bei allem steht natürlich die therapeutische Beziehung als affiliales Nahraumgeschehen (Petzold 2012c, Petzold, Müller 2007), die gerade in der Depressionsbehandlung *conditio sine qua non* ist, allerdings eine störungsspezifische Zupassung erfordert: zwischenleibliche Aktivitäten (runnig therapy, Waibel, Petzold 2009; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997), die fördert und nicht überfordert, Arbeit mit Blickdialogen (Petzold, Beek, Hoek 1994) und mit Interiorisierungen des Beziehungsangebotes (des Therapeuten als „inneren Beistandes“). Das ist auch die Basis für leibtherapeutische Tiefenarbeit mit

„Interozeptionen“. Bei den schweren Depressionen ist es zu einer gravierenden Veränderung der **interozeptiven Informationsströme** aus der Leibsphäre gekommen. Das „eigenleibliche Spüren“ (H. Schmitz), so zentral für ein kohärentes Selbsterleben (Petzold, Orth 2017a) ist von depressiven Signalen geflutet: niedriger Tonus, starre Mimik, Kraftlosigkeit, schwache Atmung. Dieser depressionsfixierenden „*movement produced information*“ (Petzold 2002j; Petzold, Sieper 2012a), durch die der „Informierte Leib“ ein „depressiver Leib“ wird, stellt die integrative Depressionsbehandlung alternative Erfahrungsmöglichkeiten zur Verfügung („*Give yourself a smile for a while!*“) wieder unter Nutzung von „movement produced information“ mit vitalisierender Haltung, Bewegung, Mimik, Aktivierung von Emotionsmimik der Freundlichkeit und der Neugierde in der Gesichtsmuskulatur (idem 2002j). Durch unsere vitalisierende Leibarbeit (Laufen, Atmen, Garten, Landschafts-, Waldtherapie, Petzold, Ellerbrock, Hömberg 2018) werden auch die Propriozeptionen und Interozeptionen verändert, die so wesentlich für das „Selbstgefühl“ (Petzold 2003a, 539, 630) sind, wie die neurobiologische Forschung zeigt (vgl. die Arbeiten von Craig 2003, 2001; Calsius et al. 2016) und positiver getönt. Ohne Veränderung *depressiver Leiblichkeit*, depressiver Interozeptionen, Kognitionen, Emotionen und Volitionen und ohne Veränderung eines bewegungspassiven, kontaktarmen, *depressiven Lebensstils* durch abgestimmte ‚Bündel therapeutischer Maßnahmen‘, hat Depressionsbehandlung schlechte Chancen (vgl. Petzold, Sieper 2008c).

6. Abschluss: Skizzen zur Psychotherapie als Kulturarbeit, Selbstkultivierung und Eco-Care

Jede „störungsspezifische Behandlung“ im Rahmen einer Psychotherapie, Leibtherapie, Sozialtherapie oder – wie es der Integrative Ansatz übergreifend und inkludierend fasst – einer „Humantherapie“ (Petzold 1965: 2; 2014d). Für psychotherapeutisches Theoretisieren und auch praxeologisches Vorgehen, wo durchaus „Konzepte zur Multiplizität des Selbst“ respektive für die Arbeit mit ‚Ich-Zuständen‘ anzutreffen sind (vgl. weiterführend: Seidler, 2013: 14f., 229f.) kann die Integrative Therapie mit ihren Überlegungen zu einem „emergenten materialistischen Monismus“ (vgl. Petzold & Sieper 2012) durchaus eine solide Basis bieten, sicherer als man sie gemeinhin bei vielen psychodynamischen und humanistischen Ansätzen findet wie etwa bei der Transaktionsanalyse oder Ego-State-Ansätzen (Watkins, Watkins 1997; Peichel 2007), um nur zwei aus der bestehenden Vielfalt zu nennen (vgl. Petzold 2012f). Diese Therapieansätze haben mit ihren Theoremen meist keine klare Position zum „psychophysischen Problem – also keinen Anschluss an die Neurobiologie – und oft inkonsistente bzw. nicht longitudinal-entwicklungspsychologisch abgesicherte Spekulationen zur Persönlichkeitstheorie sowie in ihrer Individualisierungstendenz keine Bezüge zur klinischen Sozialpsychologie und Sozialisationstheorie. Der Integrative Ansatz fundiert mit seinem Basiskonzept des „informierten Leibes“ seine persönlichkeits-theoretischen Annahmen eines „Leib-Selbst“ und seiner „Ich-Prozesse“ sowie sein differenziertes Konzept „transversaler Identität“ (vgl. weiterführend:

Petzold 2012q). Er legt damit ein konsistent ausgearbeitetes, integratives anthropologisches *und* persönlichkeits-theoretisches Modell vor (Petzold 2003a, 2003e, 2012q), das an jeder Stelle den fundierenden Bezug zum „komplexen Leibbegriff“ möglich macht. In ihm werden die **Anthropologie** (das sind die Konzepte zum Menschenbild), über die Verkörperung, die Einleibung (*embodiment*) der Welt, in die wir eingelassen sind (*embeddedness*), unlösbar mit der **Mundanologie** verschränkt (das sind die Konzepte zum Weltbild; vgl. weiterführend: Petzold 2009c, 2015l, Welsch 2012a, b). Wie schon in den Anfängen der Integrativen Therapie (Petzold 1965) wird in ihrer „Dritten Welle“ (Petzold 2000e; 2002a; Sieper 2000) ihr lebensweltliches Fundament betont, die Position, dass Welt und Mensch „von der Welt her“ zu verstehen sind, von ihrer kosmologischen und evolutionären Grundlage (Petzold 2006j). Das gilt es zu betonen, weil in vielen Bereichen der Psychotherapie, gerade der „humanistisch-psychologischen“ ein „Defizit an evolutionstheoretischen Perspektiven vorliegt, deren Reichtum überhaupt noch nicht erkannt zu sein scheint“ (Petzold 2006j, 7). Die Konzepte für die „Integrative als klinisches Verfahren“ werden deshalb dezidiert von einem nicht-metaphysischen Standpunkt her erarbeitet. Das wurde von Petzold (2002h) in dem Kapitel 5 „Religionen, Theologien, Naturwissenschaften – komplexe Kulturleistungen und ‘letzte Dinge‘“ seiner persönlichen Denkgeschichte begründet, Positionen die von Petzold und Sieper (2012: 309) wieder aufgenommen wurden:

„Immaterielles als Annahme in der Theologie und Metaphysik (unerschaffenes Geistiges, Göttliches) kann nicht naturwissenschaftlich im Paradigma des materialistischen Monismus konzeptualisiert werden [...] und liegt jenseits des [*natur*]wissenschaftlichen Weltbildes und damit wissenschaftlich begründbarer medizinisch-klinischer Praxis. Als eine Sache des persönlichen Glaubens (z. B. an eine unsterbliche Seele) sind solche *Überzeugungen zu respektieren*, ja wichtig [...]. ‚Spirituelle Interventionen‘ durch PsychotherapeutInnen als Teil klinisch-therapeutischer Behandlung von Störungen im Sinne des ICD/DSM lassen sich fachlich, rechtlich und therapieethisch nicht vertreten [...], wobei seelsorgerliche Unterstützung [...] angezeigt sein kann“ (Petzold, Sieper 2012: 309; vgl. auch Petzold, Orth, Sieper 2009).

Das heißt nun keineswegs, dass man sich mit Religionen und Formen „geistigen und geistlichen Lebens“ nicht auseinander setzen sollte, im Gegenteil, für ein Verstehen des Menschen als „Kulturwesen“, denn das ist Teil seiner Natur als „Naturwesen“, ist solche Auseinandersetzung unerlässlich.

Die Integrative Therapie versteht sich als „Humantherapie“ zu der unabdingbar „Kulturarbeit“ gehört, in der es um die Sorge „für den Anderen“ (Altruismus, Petzold, Orth 2013a) geht, weiterhin um Sorge für mich selbst (Self-Care, Orth 1993) und schließlich um Sorge für die Natur/Ökologie (Eco-Care, Petzold 2016i)“. Das alles in synergetischem Zusammenwirken ist als Kultivierung der eigenen **Hominität**, seines eigenen menschlichen Wesens mit seinem sozialen und ökologischen Kontext zu

sehen. Weiterhin geht es um die Beachtung der Gefahren dessen, was man „*dunkle Gouvernementalität*“ nennen kann, d.h. unkontrollierte Regierungsmacht, der die Bürger ausgesetzt sind, ohne effektive Rückwirkungs- und Kontrollmöglichkeiten (Foucault 2004; Bröckling et al. 2011). Hier wird kritische Diskursarbeit zu diesen Themen (vgl. weiterführend: Petzold 2014c; Petzold & Orth 2011; Petzold, Orth, Sieper et al. 2014) und zivilgesellschaftliche Aktivität, Kulturarbeit und politisches Engagement erforderlich (Petzold, Orth, Sieper 2013a).

Zentral oder zumindest höchst bedeutsam ist bei dieser gesamten Thematik der **Leib**, das Leib-Subjekt, sowohl **erkenntnistheoretisch**, wo das Leib-Apriorie neben einem Bewusstseins- und Gesellschafts-Apriori als Nicht-hintersteigbare Voraussetzung steht (vgl. Petzold, 2003a: 403f.), als auch **anthropologisch** (vgl. Petzold, 2003a: 408-410 und 2003e) und schließlich **mundanologisch** mit Blick auf die Einbettung des Leibes in die Welt und die Realität einer umfassenden Ökologie (Petzold 2006p, 2015l, 2016i). Das führt mit einer vertieften Sicht zu Fragen des Menschenbildes und darüber hinausgehend zur Auseinandersetzung mit Fragen des Weltbildes (Petzold 2016i; Welsch 2012a, b), was mit dem Thema eines differentiellen Bewusstseinsverständnisses – auch als leibhaftiges Bewusstsein – verbunden werden muss, wie es die IT kennzeichnet (vgl. Petzold, 2003a: 181-297; Grund et al. 2005; s.a. zum Thema Leib: Rappe 2012). Zumindest bei dem Thema „Sorge um sich selbst“ (Petzold 2014c; Petzold et al. 2014) respektive um sich als Leib-Subjekt in der Lebenswelt (vgl. Petzold, 2003a: 213-258; 2009) könnte die Frage nach dem Thema „Selbstkultivierung“ (s.a. Rappe, 2012: 68-101, 184-389) oder „Ästhetik der Existenz“ (Foucault 2007) aufgeworfen werden. Diese Frage wird nicht eindeutig festgeschrieben, sondern dient „als Orientierung in einem Begriffsfeld, das Selbstgestaltung, Selbsterziehung, Selbstbildung, Selbstsorge, Selbsttransformation, Übungspraxis, Askese, Selbsttechnik, Lebenskunst, leibliche Übung und Sozialtechnik umfasst“ (Heubel & Schmücker, 2013: 9). Die IT sieht hier das „Selbst als Künstler und Kunstwerk“ (Petzold 1999q), dem die Handhabung von **Exzentrizität** und **Zentrizität**, d.h. der Zentriertheit in Leib und Lebenswelt als eine wesentliche Aufgabe zukommt (Petzold et al. 2004: 74f.):

„Der zentrierte Mensch des Ostens ‚auf dem Weg‘ gewinnt exzentrische Übersicht, die große Klarheit, die über das Individuelle weit hinausweist [...]. Der sich in der Welt kritisch reflektierende bzw. metareflektierende und in seinen Tiefendimensionen auslotende heraklitesische Mensch des Westens [...] kann durch seine Verstehens- und Interpretationsarbeit die Dialektik von ‚Exzentrizität und Zentriertheit‘ meistern lernen [...]. In beiden Zugangsweisen gibt es in aller Verschiedenheit konvergierende Momente [...]. In einer sich globalisierenden Welt ist eine polarisierende Unterscheidung zwischen ‚Menschen des Ostens und des Westens‘ [...] fragwürdig. Nur als differenzierende Perspektive ist sie sinnvoll“ (Petzold, Bloem, Moget 2004: 75).

In einem solchen Reflexionskontext greift Paetow (2004: 163-214, 337-496) Adornos Kritik am identifizierenden Denken oder Merleau-Pontys Rehabilitierung der Leiblichkeit auf, fragt aber, ob über klinische Normalitätszuschreibungen eines stabilen Ichs hinausgegangen werden kann, indem

buddhistisch-meditativ-angeleitet eine „Auflösung bzw. die Transzendierung des Identitätserlebens“ (Paetow, 2004: 383) geschehen könne und diese „in der Meditation zum Tragen kommende Fähigkeit der stabilen, integrierenden, dekonstruierenden Selbstbeobachtung als eine Fähigkeit des Ich“ zu sehen sei (Paetow, 2004: 387). Dies wird dann bildungsbezogen gewendet, mit der Perspektive dass „Theorie und Praxis des Buddhismus zu einem [...] neuen ‚Verständnis der Strukturen menschlicher Existenz‘ beitragen“ könne (Paetow, 2004: 388). Diese Hinweise auf „sehr andersartige“ Sicht- und Erlebensweisen anderer Kulturen – hier, wie am Beispiel des Depressionserlebens oben dargestellt, des asiatischen Raumes – können durchaus auch als Perspektiven auf „Möglichkeitsräume“ der Selbstentwicklung gesehen werden, denn man kann durchaus mit Gewinn „explorative Reisen“ in andere Kulturen und mentale Welten unternehmen, wie die zahlreichen „Exkursionen“ von „Westerners“ in die geistigen Welten des Zen, des Daoismus, des Islam etc. zeigen (vgl. etwa Dürkheim 1984; Kirkland 2004; Trojanow 2004; Watts 1977). An Schnittflächen mit einem anderen Kulturraum, ereignet sich natürlich auch Konflikthaftes, wie derzeit etwa mit dem muslimischen (vgl. aktuell Petzold 2015l, 2016q), womit sich Aufgaben der Klärungsarbeit auftun können, die wiederum persönliche Veränderungen, ja Verwandlungen mit sich bringen können. Das gilt aber auch für das Erleben und Eintauchen in große Landschaften, die Menschen verändern können – oft wirken da soziale und ökologische Dimensionen zusammen. Diese Hinweise müssen genügen, denn sie zu vertiefen, würde bedeuten, eine weitere Arbeit zu beginnen. Es bleiben viele Fragen: Was heißt die Andersheit eines Kulturraumes für Verständnis von „psychisch“ allgemein und psychischen Erkrankungen im Besonderen – z. B der Depression – und was heißt das für therapeutische Arbeitsprozesse? Derartige Fragen, müssen in jedem Versuch interkultureller Therapie berücksichtigt werden und können nur mit Bescheidenheit und einem hohen Respekt vor der „Anderheit des Anderen“ (Levinas) angegangen werden. In Prozessen des Austauschs und des Bemühens um wechselseitiges Verstehen wird man immer wieder an Grenzen kommen, die nicht zu überschreiten sind und die nicht und vielleicht auch nicht überwiegend bei der „Störung mit Krankheitswert“ liegen, sondern in der radikalen Andersheit der „verleiblichten“ anderen Lebensstile, Kulturmuster und kulturellen aber auch ökologischen Atmosphären, was zu anderen Qualitäten des leibhaftigen Daseins in der Welt zu führen kann. Begriffe wie „Ich“ bzw. „Ego“, „Nichts“ bzw. „nothing“ (chin. *wu*) und „nothingness“ zeigen Schwierigkeiten aber auch Möglichkeiten (vgl. Begriffe wie „Achtsamkeit“ für „mindfulness“, Pali: *sati*, Sanskrit: *smṛti* eröffnen Interpretationsräume und verlangen ko-respondierende Interpretationsarbeit). Das gilt natürlich auch für Begriffe unseres eigenen Kulturraumes, die uns vertraut scheinen, in denen sich aber mit der Veränderung der Perspektive andere Bedeutungsmöglichkeiten erschließen können. Für den Kontext dieses Textes sei nochmals auf den Begriff der Depression mit der Konnotation von „Krankheit“ verwiesen. Er kann sich verändern, wenn man zum Beispiel beginnt, Krankheit auch als „Chance“ zu sehen, als Möglichkeit, sein Leben zu verändern, andere Lebensstile auszubilden. Dann

kann man auch in der Depressionsbehandlung nach Wegen der Selbstentwicklung, Selbstkultivierung und Selbstästhetisierung suchen, um sie zu finden oder gar zu *schaffen*. Die fernöstlichen, meditativen Wege der Lebensgestaltung geben dazu genauso Anregungen wie abendländische Traditionen etwa der antiken Philosophie (z. B. Sokrates, Epikur, Seneca, Marc Aurel, Epictet), wie sie Pierre Hadot (1991, 1995, 2002) mit seiner Idee der „Philosophie als Lebenskunst“ erschlossen hat und sie – durchaus mit Bezug auf ihn – auch Michel Foucault (2008, Schmid 1998, 2004) zu entwickeln versuchte. Auch in der Integrativen Therapie, ihrer „Philosophischen Therapeutik“ (Petzold 1991a, 2001m, 2012l) und ökologischen Naturmeditation wird ein solcher „WEG“ verfolgt, der zu einer „Persönlichen Souveränität“ als Frucht von achtsamer Lebenspraxis und Lebenskunst führen soll (Orth 1993; Petzold 1999q; Petzold, Orth 2014). Wir haben hierfür im Bereich der „neuen Naturtherapien“ (Petzold, Ellerbrock, Hömberg 2018) und des Green Care (Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013; Petzold, Hömberg 2015) nützliche Methoden für die therapeutisch-praktische Umsetzung entwickelt wie z. B. die „Green Meditation“ und die „euthyme Praxis“ (Petzold 2015b, Petzold, Moser, Orth 2012) oder die Waldtherapie (Ellerbrock, Petzold 2016, Hömberg 2017), die neben Heilung von Krankheit die Förderung von Gesundheit fokussieren. Es wird damit auch einer generalisierenden „Pathologisierung der Krankheit“ (Bader 2016) entgegen getreten:

„...wir müssen von der ‘Pathologisierung’ der Krankheit Abstand nehmen, aufhören sie ausschließlich als etwas ‘Anormales’ zu betrachten. Weiterhin gilt es im Blick zu behalten, dass Kranksein ja keineswegs bedeutet, dass der Erkrankte durch und durch allumfassend ‘durchkränkt’ ist. Die Krankheit ist ja nur ein Teilbereich seines Lebens. Auch der „kranke“ Mensch ist in weiten Bereichen seines Lebens gesund“ (Petzold 1991, 19). „Krankheit gehört zum Leben von Menschen, die als existenzielle Gegebenheit nicht pathologisiert werden sollte. Ihre Probleme sollten durch exchange learning/exchange helping gelöst werden“ unter Einbezug der „doppelten ExpertInnenschaft“ (Petzold 1990i)

Eine Erkrankung wird aus integrativer Sicht im Sinne der integrativtherapeutischen „Philosophie des WEGES“ (Petzold 2006u, Petzold, Orth 2004b) als ein Abschnitt auf dem „WEG des Lebens“ betrachtet, der – wo immer möglich – mit Zuversicht und Trost durchlitten und durchlebt werden kann und durch „Überwindungserfahrungen“ (Petzold, Wolf et al. 2002) zur Bereicherung der Lebenserfahrungen und des Lebens beitragen kann. Für die Depressionsbehandlung – und nicht nur für sie, sondern für die Psychotherapie als Humantherapie insgesamt – wäre das in unserer Sicht eine nützliche Perspektive. Denn:

„Die **Integrative Therapie** als komplexe Form ‘bio-psycho-sozial-ökologischer Humantherapie’ und ‘kritisch-engagierter Kulturarbeit’ versucht, Engführungen traditioneller Psychotherapien zu überwinden. Menschen – Frauen und Männer – sind in *Natur* und *Kultur* verwurzelt, deshalb gilt es in breiter Weise für sie und mit ihnen Heilungsmöglichkeiten und Entwicklungschancen zu erarbeiten, die ihre körperliche, seelische, geistige, soziale und ökologische Realität berücksichtigen, denn keine

dieser Dimensionen des Menschen darf ausgespart werden. Das ist eine Konsequenz transversaler Vernunft in der Moderne“ (Petzold 2000e).

Zusammenfassung: Depressionen – integrativ-multiperspektivische Materialien mit Streifzügen zu sozialen, kulturellen, ökologischen, therapeutischen und ästhetischen Aspekten des Depressionsthemas - Ein Arbeitspapier

Am Anfang dieses Textes stand die Aufgabe einer Hausarbeit für das Studium an der TH Köln von *Krings*, deren Umsetzung/Ausarbeitung Bestandteil dieses Textes ist: Thema war Depression unter kulturellem Schwerpunkt. In thematischer und textstruktureller Ko-respondenz mit *Ewald* und *Petzold* ergaben sich Fortführungs-Aspekte, die diese beiden umsetzten, so dass insbesondere das Diagnose- sowie das Behandlungskapitel weiter ausgebaut werden konnten und sich ein Schlusskapitel mit Streifzügen zu Psychotherapie und Selbstkultivierung ergab. Somit behandelt dieser Text als *Materialsammlung* überblicksartig Klassifikation, Diagnostik, Symptomatik sowie Ätiopathogenese und Behandlung depressiver Erkrankungen, die kritischen kulturellen wie gesellschaftskritische Anfragen ausgesetzt werden, wobei Ansätze der Integrativen Therapie und darin ihre ökologischen Perspektiven besondere Berücksichtigung finden. Er soll insgesamt als ein Arbeitspapier für diese komplexen Fragestellungen dienen.

Schlüsselwörter: Depression – Klassifikationssysteme – Psychologie und Kultur – Ätiopathogenese und Behandlung von Depressionen – Selbstkultivierung und *Integrative Therapie*

Summary: Depression - integrative, multi-perspective materials with forays into social, cultural, ecological, therapeutic and aesthetic aspects of the topic of depression - a working paper

The beginning of this text was a term paper quest for *Krings* at the TH Köln – University of Applied Sciences as University of Technology, Arts, Sciences – and the elaboration of that topic dealing with depression under a cultural focus. It is part of this paper. In co-respondence with *Ewald* and *Petzold* further aspects were worked out by both of them: So, the chapters on diagnostic and treatment of depressions could be extended and a last chapter on psychotherapy and selfcultivation was added. This paper overviews as a *collection of materials* classification, diagnostic, symptomatology, etiopathogenesis and treatment of depressions that have to deal with cultural- and society-critical aspects. Approaches of the Integrative Therapy particularly its ecological perspectives have been considered in detail. Overall, the text should serve as a working paper for these complex issues.

Keywords Depression – Systems of Classification – Psychology and Culture – Etiopathogenesis and Treatment of Depressions – Selfcultivation and *Integrative Therapy*

Literaturverzeichnis

- Abdul-Hussain, Surur, Baig, Samira (2009a): Diversity – eine kleine Einführung in ein komplexes Thema. In: Abdul-Hussain, Surur, Baig, Samira (Hg.): Diversity in Supervision, Coaching und Beratung. Wien: facultas.wuv, S. 15 – 60.
- Alberti, B. (2010): Seelische Trümmer: Geboren in den 50er- und 60er-Jahren: Die Nachkriegsgeneration im Schatten des Kriegstraumas. München: Kösel.
- Alberti, B. (2012): Vortrag „Seelische Trümmer - Die Nachkriegsgeneration im Schatten des Kriegstraumas“. http://www.koerpertherapie-luebeck.de/fileadmin/customers-data/PDF/Veroeffentlichungen/Vortrag_Seelische_Truemmer.pdf
- Aurel, Marc (1998): Wege zu sich selbst. Herausgegeben von Rainer Nickel (griech./dtisch.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft; dtisch. auch als Selbstbetrachtungen, übers. A. Wittstock, Stuttgart: Reclam 1949, online: <http://gutenberg.spiegel.de/buch/1479/1>; frz. Écrits pour-lui-même, hrsg. von P. Hadot, Paris: Les Belles Lettres 1998; engl. Ed. A. S. L. Farquharson (1944): Marcus Aurelius Meditations. 2 vols. Oxford: Clarendon Press; revised edition (1998) Oxford World's Classics.
- Becker, N. (2006): Die neurowissenschaftliche Herausforderung der Pädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Berger, D.L. (2014): The Relation of Nothing and Something: Two Classical Chinese Readings of Daodejing 11. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge, pp. 166-180.
- Berking, M. (2012): Achtsamkeitsbasierte Interventionsverfahren. In: Berking, M. & Rief, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II: Therapieverfahren. Berlin: Springer, S.117-129
- Berking, M. & Radkovsky, A. (2012): Unipolare Depression. In: Berking, M. & Rief, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band I: Grundlagen und Störungswissen. Berlin: Springer, S.29-48.
- Bloem, J., Moget, P.C.M., Petzold, H.G. (2004): Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? Forschungsergebnisse - Modelle - psychologische und neurobiologische Konzepte. In: Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, 30. Jahrgang, 1-2/2004, S. 101-149.
- W. Kohlhammer; Auflage: 2., überarb. u. erw. Aufl. (18. Juli 2013)
- Bowman, P. (2017a): Taoism in Bits. Preface for 25th January 2017 seminar in JOMEC, Cardiff University as Dress rehearsal and Public talk on 2nd February 2017. Online: https://www.academia.edu/31060507/Taoism_in_Bits (2017-01-26).
- Bowman, P. (2017b): The Definition of Martial Arts Studies. In: Martial Arts Studies Issue 3, Winter 2016, pp. 6-23.
- Braunbarth, I. (2009): Die ‚Vier Wege der Heilung und Förderung‘ bei Depression. In: Waibel, M.J. & Jakob-Krieger, C. (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer, S. 65-80.
- Calsius, J., De Bie, J., Hertogen, R., Meesen, R. (2016): Touching the Lived Body in Patients with Medically Unexplained Symptoms. How an Integration of Hands-on Bodywork and Body Awareness in Psychotherapy may Help People with Alexithymia. Front. Psychol. Vol, 7, Art. 553; 1-10.
- Castro Varela, María do Mar, Dhawan, N. (2011): Soziale (Un)Gerechtigkeit: Kritische Perspektiven auf Diversity, Intersektionalität und Antidiskriminierung. Berlin/Münster: LIT.
- Chakrabarti, A. (2014): The Unavoidable Void: Nonexistence, Absence, and Emptiness. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge, pp. 3-24.
- Chan, A.K.L. (2014): Embodying Nothingness and the Ideal of the Affectless Sage in Daoist Philosophy. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge, pp. 213-229.
- Cohen, A. (2004): Mental Disorders. In: Ember, C.R. & Ember, M. (Editors): Health and Illness in the World's Cultures. New York: Kluwer, 2 Volumes, Vol. 1: Topics, pp. 486-493.
- Craig, A. D. (2002): How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. Nat. Rev. Neurosci. 3, 655–666.
- Craig, A. D. (2003): Interoception: the sense of the physiological condition of the body. Curr. Opin. Neurobiol. 13, 500–505.
- Craig, A. D. (2010): The sentient self. Brain Struct. Funct. 214, 563–577.
- Craig, A. D. (2011): Significance of the insula for the evolution of human awareness of feelings from the body. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1225, 72–82.
- Dahlberg, G. (2009): Policies in Early Childhood Education and Care: Potentialities for Agency, Play and Learning. In: Qvortrup, J. / Corsaro, W.A. / Honig, M-S. (Editors): The Palgrave Handbook of Childhood studies. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, S. 228-237.

- DGPPN/BÄK/KBV/AWMF/AkdÄ/BPtK/BAPK/DAGSHG/DEGAM/DGPM/DGPs/DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage, Version 1, November 2015. Online: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/pressemitteilungen/2015/NVLdepression-2aufl-vers1-lang.pdf (2017-01-26).
- Dumville, J. C., Miles, J. N., Porthouse, J. et al. C. (2006): "Can vitamin D supplementation prevent winter-time blues? A randomised trial among older women". *The journal of nutrition, health & aging*, 2, 151–153.
- Dürckheim, K. Graf von (1984): *Japan und die Kultur der Stille*; München: Barth.
- Ellerbrock, B., Petzold, H. G. (2018): „Die Heilkraft des Waldes“. Perspektiven klinischer Ökologie und Naturtherapie, erlebnisorientierter Psychotherapie und Ökopsychosomatik“. In: Petzold, Ellerbrock, Hömberg (2018).
- Emmerich, M. & Hormel, U. (2013): *Heterogenität – Diversity – Intersektionalität. Zur Logik sozialer Unterscheidungen in pädagogischen Semantiken der Differenz*. Wiesbaden: Springer VS.
- Eres, R., Decety, J., Louis, W. R., Molenberghs, P. (2015): Individual differences in local gray matter density are associated with differences in affective and cognitive empathy. *NeuroImage* 117, 305–310.
- Ermann, M. (2004): Wir Kriegskinder. *Forum der Psychoanalyse*, 2, 226 – 239.
- Ewald, A. (2015): „Bruce Lee ey... bester Mann!“ - oder: Martial Arts in der Jugendhilfe? An martial arts studies orientierte Vorüberlegungen zu Herausforderungen kampfkunstpädagogischer Maßnahmen. *POLYLOGE* 09/2015. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alleausgaben/09-2015-ewald-a-bruce-lee-ey-bester-mann-oder-martial-arts-in-der-jugendhilfe-an.html>
- Ewald, A. (2016): Contextualizing/Fanning out mediating factors of developmental outcome of martial arts practice: Streifzüge zu Kulturgebundenheit, subjektiven Aneignungsprozessen und Integrativer Therapie. In: *Als: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)*. 2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold - 16/2016.
- Flammer, A. (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*, Bern: Huber.
- Flammer, A. (2010): Der Beitrag der Entwicklungspsychologie zur Psychotherapie. *Integrative Therapie* 2/3, 45-68.
- Foucault, M. (2004): *Geschichte der Gouvernementalität*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2007): *Ästhetik der Existenz: Schriften zur Lebenskunst*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fraser, C. (2014): Heart-Fasting, Forgetting, and Using the Heart Like a Mirror: Applied Emptiness in the Zhuangzi. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): *Nothingness in Asian Philosophy*. New York: Routledge, pp. 197-212.
- Fung, Y.-M. (2016): Issues and Methods of Analytic Philosophy. In: Tan, S.-h. (Editor): *The Bloomsbury Handbook of Chinese Philosophy Methodologies*. London & New York: Bloomsbury, pp. 227-244.
- Galloway, B. (1987/1989): Notes on Nargajuna and Zeno on [in] Motion. In: *The Journal of the International Association of Buddhist Studies*, Vol. 10, No. 2, pp. 80-87 und Vol. 12, No. 2, p. 130.
- Garfield, J.L. (2014): Madhyamaka, Nihilism, and the Emptiness of Emptiness. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): *Nothingness in Asian Philosophy*. New York: Routledge, pp. 44-54.
- Gartlehner, G., Nussbaumer, B., Gaynes, B.N., et al. (2015): "Second-generation antidepressants for preventing seasonal affective disorder in adults." *Cochrane Database Syst Rev*, 11, CD011268.
- Geoffroy, P.A., Bellivier, F., Scott, J., Boudebese, C. et al. (2013): "Bipolar Disorder with Seasonal Pattern: Clinical Characteristics and Gender Influences." *Chronobiol Int*, 9, 1101–7.
- Gerngroß, J. (2015): Grundlagen der Psychotraumatologie und Notfallpsychologie sowie des psychologischen Krisenmanagements. In: Gerngroß, J. (Hrsg.): *Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement. Hilfe und Beratung auf individueller und organisationaler Ebene*. Stuttgart: Schattauer, S. 1-52.
- Golden, R. N., Gaynes, B.N., Ekstrom, D., Hamer, R.M. (2005): The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: A review and meta-analysis of the evidence. *Am J Psychiatry*, 162, S. 656–662.
- Grund, O., Richter, K., Schwedland-Schulte, G., Petzold, H.G. (2005): Das Modell „komplexen Bewusstseins“ der Integrativen TherapieBeispiele der Anwendung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern. Bei: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 14/2004 und in *Integrative Therapie* 3, 327-341. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-14-2004-grund-o-richter-k-schwedland-schulte-g-petzold-h-g.html>
- Hadot, P. (1991): *Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen der Antike*. Berlin: Gatzka.

- Hadot, P. (1992): *La Citadelle intérieure. Introduction aux Pensées de Marc Aurèle*. Paris, Fayard; dtsh. (1997): *Die innere Burg. Anleitung zu einer Lektüre Marc Aurels*. Frankfurt: Eichborn.
- Hadot, P. (1995): *Philosophy as a Way of Life: Spiritual Exercises from Socrates to Foucault*. Malden: Blackwell.
- Hadot, P. (2002): *La Philosophie comme manière de vivre*. Paris: Albin Michel.
- Havighurst, R.J. (1948): *Developmental tasks and education*, David New York: McKay.
- Heidenreich, T., Michalak, J. (2013): *Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie: Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Hell, D. (2006): *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz*. Reinbek: Roohlt.
- Hell, D. (2013): *Depression als Störung des Gleichgewichts: Wie eine personbezogene Depressionstherapie gelingen kann*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heubel, F. (2013): *Kritische Kultivierung und energetische Subjektivität. Reflexionen zur französischsprachigen Zhuāngzǐ-Forschung*. In: Schmücker, M. & Heubel, F. (Hg.): *Dimensionen der Selbstkultivierung. Beiträge des Forums für Asiatische Philosophie*. Freiburg & München: Verlag Karl Alber, S. 104-146.
- Heubel, F. & Schmücker, M. (2013): *Einleitung*. In: Schmücker, M. & Heubel, F. (Hg.): *Dimensionen der Selbstkultivierung. Beiträge des Forums für Asiatische Philosophie*. Freiburg & München: Verlag Karl Alber, S. 9-24.
- Ho, C.-H. (2014): *Emptiness as Subject-Object Unity: Sengzhao on the Way Things Truly Are*. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): *Nothingness in Asian Philosophy*. New York: Routledge, pp. 104-118.
- Hoffman, E. (2015): *Interkulturelle Gesprächsführung. Theorie und Praxis des TOPOI-Modells*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hömberg, R. (2017): *Ökopsychosomatik und Waldtherapie im Integrativen Verfahren*. In: Petzold, Ellerbrock, Hömberg (2018).
- Janet, P. (1893/94): *L'État mental des hystériques*. Bd. I 1893, Bd. II 1894. Bibliothèque médicale Charcot-Debove. Paris: Rueff et Cie; dtsh.: Pierre Janet, *Der Geisteszustand der Hysterischen*, Leipzig: Deuticke.
- Janet, P. (1919): *Les Médications psychologiques*. 3 Bde. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1923): *La Médecine psychologique*. Paris: Flammarion.
- Keupp, H. (2016): *Vorwort: Ein Déjà-vu-Erlebnis*. In: Watters, E.: „Crazy like us“. *Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht. Mit einem Vorwort zur deutschen Ausgabe von Heiner Keupp. Übersetzung aus dem Amerikanischen von Thorsten Padberg*. Berlin. Tübingen: dgvt Verlag, S. 9-17.
- Kirkland, R. (2004): *Taoism: The Enduring Tradition*. London: Routledge.
- Kopf, G. (2014): *Zen, Philosophy, and Emptiness: Dōgen and the Deconstruction of Concepts*. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): *Nothingness in Asian Philosophy*. New York: Routledge, pp. 246-.
- Kuiper, p. C. (1995): *Seelenfinsternis: Die Depression eines Psychiaters*. Frankfurt: Fischer.
- Lam, R.W.; Levitt, A.J., Levitan, R. D, et al. (2006): "The Can-SAD Study: A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Light Therapy and Fluoxetine in Patients With Winter Seasonal Affective Disorder". *Am J Psychiatry*. 5, 805–812.
- Lemke, H. (2008): *Die Weisheit des Essens*. München: Iudicium-Verlag.
- Lemke, H. (2010): *Anderes-Selbst-Verkörpern. Bausteine einer gastrosophischen Anthropologie und Subjekttheorie*. In: Wilk, N.M. (Hrsg.): *Esswelten*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag, S. 43-58.
- Leppämäki, S.; Partonen, T.; Lönnqvist, J. (2002): "Bright-light exposure combined with physical exercise elevates mood". *Journal of Affective Disorders*. 2, 139–144.
- Lin, C.-K. (2014): *Emptiness and Violence: An Unexpected Encounter of Nāgārjuna with Derrida and Levinas*. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): *Nothingness in Asian Philosophy*. New York: Routledge, pp. 78-90.
- Linck, G. (2003): *Atmosphäre und Resonanz: Wahrnehmung als Kommunikation. Anregungen aus China zur transkulturellen Kompetenz*. In: Conermann, S. & Kusber, J. (Hg.): *Studia Eurasiatica. Kieler Festschrift für Hermann Kulke zum 65. Geburtstag*. Schenefeld: EB-Verlag, S. 213-257.
- Linck, G. (2012): *Leib oder Körper. Mensch, Welt und Leben in der chinesischen Philosophie*. Freiburg & München: Verlag Karl Alber, 2. Auflage der vollständig überarbeiteten Neuauflage von 2011.

- Linck, G. (2015): Ruhe in der Bewegung. Chinesische Philosophie und Bewegungskunst. Freiburg & München: Verlag Karl Alber, 2. Auflage.
- Linden, M., Baumann, K., Rotter, M., Lieberei, B. (2007): The Post-Traumatic Embitterment (PTED). Bern: Hogrefe & Huber.
- Lindtner, C. (1997): Nāgārjuna.
In: Carr, B. & Mahalingam, I. (Editors): Companion Encyclopedia of Asian Philosophy. London & New York: Routledge, pp. 349-370.
- Liu, J.L. (2014): Was there Something in Nothingness? The Debate on the Primordial State between Daoism and Neo-Confucianism. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge, pp. 181-196.
- Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors) (2014): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge.
- Liu, X. (2014): The Notion of Wu or Nonbeing as the Root of the Universe and a Guide for Life. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge, pp. 151-165.
- Lohre, M. (2014): Die Unfähigkeit zu vertrauen. Die Kriegskinder sterben aus. 2. Oktober 2014 DIE ZEIT Nr. 39/2014, <http://www.zeit.de/2014/39/zweiter-weltkrieg-kriegskinder/komplettansicht>
- Lukesch, B., Petzold, H. G. (2011): Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html>.
- Mabbett, I.W. (1984): Nāgārjuna and Zeno on Motion.
In: Philosophy East and West, Vol. 34, No. 4, pp. 401-420.
- Mai, L.L. (2004): Genetic Disease II. Genetic Epidemiology of 150 Common or Informative Diseases.
In: Ember, C.R. & Ember, M. (Editors): Health and Illness in the World's Cultures. New York: Kluwer, 2 Volumes, Vol. 1: Topics, pp. 407-462.
- McFee, G. (2004): Sport, Rules and Values. Philosophical investigations into the nature of sport. London & New York: Routledge.
- Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. Integrative Therapie 3, 374-428. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/mei-petzold-bosscher-1997-runningtherapie-integrative-leib-und-bewegungsorientierte-psychotherapiepdf.pdf>
- Myers, D.G. (2014): Psychologie. Berlin: Springer, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Neuenschwander, B., Sieper, J., Petzold, H. G. (2018): Gerechtigkeit in der Integrativen Therapie - „Gerechtigkeit für das Lebendige“ POLYLOGE 25/2018. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/neuenschwander-sieper-petzold-gerechtigkeit-fuer-das-lebendige-polyloge-25-2018.pdf>
- Nolen-Hoeksema, S. (2014): Abnormal Psychology. New York: McGraw-Hill Education.
- O'Donovan, G., Lee, I., Hammer, M., Stamatakis, E. (2017): Association of „Weekend Warrior“ and other leisure time physical activity patterns with risks for all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality. *JAMA Internal Medicine, Online-Vorabveröffentlichung* <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2596007>
- Oginska, H., Oginska-Bruchal, K. (2014): "Chronotype And Personality Factors Of Predisposition To Seasonal Affective Disorder". Chronobiology International: The Journal Of Biological & Medical Rhythm Research. 4: 523–531.
- Padberg, T. (2016): Crazy like us – Ethan Watters Berichte über psychische Krankheiten in fremden Kulturen zeigen auf, wie verrückt wir selbst geworden sind. In: Watters, E.: „Crazy like us“. Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht. Mit einem Vorwort zur deutschen Ausgabe von Heiner Keupp. Übersetzung aus dem Amerikanischen von Thorsten Padberg. Berlin. Tübingen: dgvt Verlag, S. 205-212.
- Paetow, B.-P. (2004): Nicht-Identität als Bezugspunkt von Bildungsprozessen. Eine interkulturelle Studie zum (Mahayana-) Buddhismus aus erziehungswissenschaftlicher Sicht. Dissertation an der Universität Bielefeld.
Online: <http://pub.uni-bielefeld.de/publication/2304881> (2017-01-26).
- Peichl, J. (2007): Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. Publications de L'Institut St. Denis 1, 1-19; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-l-ducation-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf>; dtsh. (1972i): Geragogik ein neuer Weg der Bildungsarbeit für das Alter und im Alter, als Vortragsversion von idem 1965 auf dem „Studententag Marie Juchacz“, 2. Mai 1972. Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf Eller, Altenheim Eller repr. in: Petzold, H.G., 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107; <http://www.fpi->

publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-alter.pdf.

Petzold, H.G.(1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold, H.G., 1974j. (Hrsg.) Psychotherapie und Körperdynamik, Paderborn: Junfermann, S. 285-404; revid. In Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n. Paderborn: Junfermann.S. 59-172.

Petzold, H.G.(1987d) Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien - Wege gegen die "multiple Entfremdung" in einer verdinglichenden Welt. Vortrag beim Studientag „Entfremdung und Kreativität“ an der EAG 1. 03. 1987, Hückeswagen. POLYLOGE Jg. 2016; gekürzte in: Richter, K. (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit - eine unheilige Allianz? Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur, Bd. 9, Remscheid, 38-95; repr. in: Matthies, K., Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie, Bremer Hochschulschriften, Univ. Druckerei, Bremen 1988. In POLYLOGE 2017. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>

Petzold, H.G. (1988d): Die "vier Wege der Heilung und Förderung" in der "Integrativen Therapie" und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen - dargestellt an Beispielen aus der "Integrativen Bewegungstherapie", Teil I, Integrative Therapie 4, 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. als „Die vier Wege der Heilung und Förderung“, in: Bd. I, 1 (1996a [S.173-283]).

Petzold, H.G. (1988n/1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Paderborn: Junfermann , 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.

Petzold, H.G.(1990i/1991): Selbsthilfe und Professionelle - Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem "erweiterten Gesundheitsbegriff", Vortrag auf der Arbeitstagung "Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe", 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: Petzold, H.G., Schobert, R., 1991. Selbsthilfe und Psychosomatik, Paderborn: Junfermann. S. 17-28 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-schobert-r-schulz-a-1991-anleitung-zu-wechselseitiger-hilfe-die.html>

Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie, Paderborn: Junfermann.. Überarb. Neuauflage 2003a.

Petzold, H.G. (1994c/1995/2015): Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: Hermer, M. (1995) (Hrsg.): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-1994c-metapraxis-ursachen-hinter-den-ursachen-doppelte-warum-entfremdung-polyloge-13-2015.pdf>

Petzold, H.G. (1994r): Entwicklungsorientierte Psychotherapie – ein neues Paradigma. In: Petzold (1994j) 13-24. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1994r-einfuehrung-entwicklungsorientierte-psychotherapie-ein-neues-paradigma.pdf>

Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, "Kulturarbeit" - Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlaß der Tagebücher von Victor Klemperer, dem hundertsten Geburtstag von Wilhelm Reich und anderer Anstöße. *Integrative Therapie* 4, 371-450. Textarchiv 1997: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-hilarion-g-1996j-identitaetsvernichtung-identitaetsarbeit-kulturarbeit.html>

Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. Gestalt (Schweiz) 34, 43-46. Textarchiv 1999; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: Kunst & Therapie 1-2/1999, 105-145, Integrative Therapie 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 07/2001. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-1999q-update-2006-07-2002-petzold-h-g.html>

Petzold, H.G. (2007a): Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften [1. Aufl. 1998a]. 2. erw. Aufl.

Petzold, H.G. (2000e): Wege „Integrativer Hermeneutik“ und „Metahermeneutik – jenseits „hermeneutischer Versuche einer dialogische Gestalttherapie“. Überlegungen aus einer „Dritten Welle“ in der Integrativen Therapie Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. POLYLOGE 5, 2000. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/251.html>

Petzold, H.G. (2001m): Trauma und "Überwindung" – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“. Integrative Therapie, 4, 344-412; auch in Petzold, Wolf et al. (2002). <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/11-2015-petzold-h-g-2001m-neueinst-2015-trauma-und-ueberwindung-menschenrechte.html>

Petzold, H.G. (2002a): Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum – Beginn einer „Dritten Welle“ der Entwicklung. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.fpi-publikationen.de/materialien.htm: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 11/2002, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/11-2002-petzold-h-g-2002a-integrative-therapie-in-kontext-und-kontinuum-beginn-einer.html>; als „Einführung“ in: Petzold 2003a: Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, (überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a) S. 25-85.

Petzold, H.G. (2002h/2011i): „Klinische Philosophie“ – Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur in der Integrativen Therapie -Collagierte Materialien (I) zu einer „intellektuellen Biographie“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2002. Revid. In: (2006e). Endfassung in: Textarchiv 2011: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2002h-2011i-klinische-philosophie-menschen-zugewandtes-lebenswissen-textarchiv-2011.pdf>

Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 1: Klinische Philosophie. Band 2: Klinische Theorie., Band 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.

Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, Gestalt 46 (Schweiz) 3-50. Teil II, Gestalt 47, 9-52, Teil III, Gestalt 48, 9-64. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 2/2011. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>

Petzold, H.G. (2003i): Psychotherapie, die Menschen „gerecht“ wird? – Einige Überlegungen zu „Just therapy“ und „PatientInnenwürde“. (Langversion von 2003h): POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 12/2009. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-12-2009-petzold-h-g-2003i.html>

Petzold, H.G. (2005ü): POLYLOGE II: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten – eine Sicht Integrativer Therapie und klinischer Philosophie. Hommage an Mikhail M. Bakhtin. (Updating von 2002c) . www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 8/2006 - <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-08-2006-petzold-h-g-upd-von-2002c.html>

Petzold, H.G. (2006j/2016): Evolutionspsychologie und Menschenbilder – Neue Perspektiven für die Psychotherapie und eine Ökopsychosomatik, Integrative Therapie 1 (2006) 7-23. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2006j-2016-evolutionspsychologie-menschenbilder-neue-perspektiven- oekopsychosomatik-polyl-11-2016.pdf>

Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 16/2006 und Integrative Therapie 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>

Petzold, H.G. (2006u): Der Mensch „auf dem Wege“ – Altern als „Weg-Erfahrung“ des menschlichen Lebens. Festvortrag 20 Jahre Pro Senectute Österreich, Wien: Thema Pro Senectute 1 (2006) 40-57. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2006u-der-mensch-auf-dem-wege-altern-als-weg-erfahrung-des-menschlichen-lebens-festvortrag.pdf>

Petzold, H.G. (2007b): Pierre Janet (1855 –1947) Ideengeber für Freud, Referenztheoretiker der Integrativen Therapie Integrative Therapie 1, 59 – 86 und erw. in Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien, S. 369-397; In: Textarchiv 2007: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php> ; gekürzt in: Psychologische Medizin 2 (2007) 11-16.

Petzold, H. G. (2008m): Evolutionäres Denken und Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie - Integrative Beiträge durch inter- und transtheoretisches Konzeptualisieren. Integrative Therapie 4, 353-396. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-22-2009-petzold-h-g.html>

Petzold, H. G. (2009a): Evolutionäres Denken und Entwicklungsdynamiken im Feld der Psychotherapie - Integrative Beiträge durch inter- und transtheoretisches Konzeptualisieren. Hommage an Darwin. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 22/2009, erw. von Integrative Therapie 4, 2008m, 356-396. – <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-22-2009-petzold-h-g.html> und <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/integrative%20therapie/it-2008-4-kulturelle-evolution-und-psychotherapie.pdf>

- Petzold, H. G. (2010b): Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“. In: Ostermann, D., Gesundheitscoaching. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-26 und POLYLOGE 11/2010. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2010b-gesundheit-frische-leistungsfahigkeit.html>
- Petzold, H. G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbbeziehungen als Prozesse affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, Integrative Therapie 1, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbuenndnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und.html>.
- Petzold, H. G. (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung- Komplexe Humantherapie III Textarchiv Jg. 12/2012. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2012h-integrative-therapietransversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-14-wirkfaktoren.pdf>
- Petzold, H. G. (2012l): Menschenbilder in der Drogentherapie – Perspektiven der Integrativen Therapie. In: Petzold (2012f) 605-650. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-hilarion-g-2012l-menschenbilder-in-der-drogentherapie-perspektiven-der.html>
- Petzold, H.G. (2012q): Transversale Identität und Identitätsarbeit – Die Integrative Identitätstheorie für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In: Petzold, H.G. (Hrsg.): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – Interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS-Verlag, 1. Auflage, S. 407-604.
- Petzold, H. G. (2014d): „Integrative Therapie“ als methodenübergreifende Humantherapie - Teil I: Einige Bemerkungen zur Metatheorie und übergreifenden Wissensstruktur. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/orth-sieper-petzold-integrative-therapie-als-methodenuebergreifende-humantherapie-2014c-2014d.pdf>
- Petzold, H. G. (2014h): Depression ist grau! – die Behandlung grün: Die „neuen Naturtherapien“. Green Exercises & Green Meditation in der integrativen Depressionsbehandlung. Green Care 4/2014 Textarchiv 2014. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014h-depression-ist-grau-therapie-gruen-neue-naturtherapien-in-der-depressionsbehandlung.pdf>
- Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>
- Petzold, H.G. (2014c): Psychotherapie, ein integrativer Ansatz oder weiterhin schulengebundene Ideologie? – Probleme, Hintergründe, Argumente. Bearbeitetes Vortragstranskript eines Vortrages auf der Internationalen Psychotherapietagung am 22.-25. November 1995, Schloss Wilhelmsburg, Wien. In: Petzold, H.G. / Orth, I. / Sieper, J.: Mythen, Macht und Psychotherapie. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis Verlag, S. 87-123.
- Petzold, H. G. (2014e): Zweifel I - Marginalien zu Zweifel-Zyklen, Kritik und Parrhesie. POLYLOGE 2014 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>
- Petzold, H. G. (2014f): Zweifel II – Impulse zum Thema Zweifel und Zweifeln. POLYLOGE 2014 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2014-petzold-h-g-2014f-zweifel-ii-impulse-zum-thema-zweifel-und-zweifeln.html>
- Petzold, H. G. (2015b): „Green Meditation“ – Ruhe, Kraft, Lebensfreude. Green Care 2, 2-5; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php> und erw. POLYLOGE Ausgabe 05/2015. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2015-petzold-hilarion-g-2015b-green-meditation-ruhe-kraft-lebensfreude.html>
- Petzold, H. G. (2015k): Integrative Therapie aktuell 2000 – 2015. Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken – Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-20-2015-hilarion-g-petzold.html>
- Petzold, H. G. (2015l): Wie gefährlich sind Religionen und wie riskant sind ihre Fundamentalismuspotentiale? POLYLOGE 21/2015, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2015l-wie-gefaehrlich-religionen-wie-riskant-fundamentalismuspotentiale-polyloge-21-2015.pdf>
- Petzold, H. G. (2016i): Die „Neuen Naturtherapien“, engagiertes „Green Care“, waldtherapeutische Praxis. In: Niels Altner (2016): Rieche das Feuer, spür den Wind. Wie Achtsamsein in der Natur uns und die lebendige Welt stärkt. Netzversion des Artikels in <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2016i-die-neuen-naturtherapien-engagiertes-green-care-waldtherapeutische.html> und <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/grueneTexte/petzold-2016i-neue-naturtherapien-engagiertes-green-care-waldtherapeutische-praxis-gruene-texte-25-2016.pdf>
- Petzold, H. G. (2016q): Kulturtheoretische und neuropsychologische Überlegungen zu Fundamentalismusproblemen, Migration und prekärer Identitätsbildung in „unruhigen Zeiten“ am Beispiel dysfunktionaler neurozerebraler Habitualisierung durch Burka, Niqab, Genital Mutilation

POLYLOGE 21/2016, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/21-2016-petzold-h-g-2016q-kulturtheoretische-und-neuropsychologische-ueberlegungen-zu.html>

Petzold, H. G. (2018b): Новые природные терапии. Лесная терапевтическая практика. [The „New Nature Therapies“, committed „Green Care“, practice of forest therapy]In: ПСИХОТЕРАПИЯ, 7, 52-82.

Petzold, H. G. (2018k): Episkript: „... in a flow of green“ – Green Meditation als Hilfe in belastenden Lebenssituationen und bei schwierigen Wegerfahrungen. In: Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R. (2018): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis (im Druck.).

Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491-646. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-02-2016.pdf>

Petzold, H.G. / Bloem, J. / Moget, P.C.M. (2004): Budokünste als "Weg" und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung - transversale und integrative Perspektiven. In: Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, 30. Jahrgang, 1-2/2004, S. 24-100.

Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R. (2018): Die neuen Naturtherapien. Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, tiergestützte Intervention, Green Meditation. Bielefeld: Aisthesis (im Druck.)

Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., 1993c. Frühe Schäden, späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I, Paderborn: Junfermann und in: Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Auflage 1996, S. 173-266. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-goffin-oudhof-1993-protective-faktoren-entwicklungspsychologie-praxis-polyloge-08-2013.pdf>

Petzold, H. G. Hömberg, R. (2014): Naturtherapie – tiergestützte, garten- und landschaftstherapeutische Interventionen. Psychologische Medizin 2, 40-48. In: www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 11/2014; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-11-2014-hilarion-g-petzold-ralf-hoemberg.html>

Petzold, H. G., Leeser, B., Klemnauer, E. (2017): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von Gestalt und Integration. Düsseldorf: FPI-Publikationen, S.142-188; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html>

Petzold, H. G., Moser, S., Orth, I. (2012): Euthyme Therapie - Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“ in: Psychologische Medizin, Heft 3, 18-36 und 4, 42-59 und in: Textarchiv 2012. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf>

Petzold, H.G., Müller, M. (2007): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Revid. von Petzold, Müller, M. (2005), in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>

Petzold, H.G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen 2004b, mimeogr. ergänzt in: Petzold, Orth (2004/2005a) 689-791. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/09-2009-orth-i-petzold-h-g-2004b-unterwegs-zum-selbst-und-zur-weltbuergergesellschaft.html>

Petzold, H.G., Orth, I. (2008): Der „Schiefe Turm“ fällt nicht – Salutogenetische Arbeit mit Neuromentalierungen und kreativen Medien in der Integrativen Therapie. in: Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 593-653. - <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-orth-i-2008a-der-schiefe-turm-faellt-nicht--weil-ich-das-w-i-l.html>

Petzold, H. G. & Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten.

In: Abdul-Hussain, S. Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu "Genderintegrität". Wiesbaden: Springer VS Verlag, S.195-299.

Petzold, H. G. / Orth, I. (2013a): Coaching als Beratungsdisziplin: Problematisierungen – Ethik – Altruismus In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2013; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-02-2013-hilarion-g-petzold-ilse-orth-2013.html> und in: Petzold, H.G., Orth, I., Frambach, L., Hänsel, M. (2014): Altruismus zwischen Angrenzung und Abgrenzung. Espelkamp: Deutsche Gesellschaft für Coaching.

Petzold, H.G. & Orth, I. (2014): Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie. Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld – Präzisierungen Integrativer Positionen. In: Petzold, H.G. / Orth, I. / Sieper, J.: Mythen, Macht und Psychotherapie. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis Verlag, S. 125-261.

Petzold, H. G., Orth, I. (2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2014. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenerlicher-souveraenitaet.html>

Petzold, H. G., Orth, I. (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. POLYLOGE 22/2018; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2018-petzold-h-g-orth-i-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder.html>.

Petzold, H. G., Orth, I. (2017b): Epitome. POLYLOGE IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE: „Mentalisierungen und Empathie“, „Verkörperungen und Interozeption“ – Grundkonzepte für „komplexes Lernen“ in einem intermethodischen Verfahren „ko-kreativen Denkens und Schreibens“. In: Petzold, H. G., Leeser, B., Klempnauer, E. (2017): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliotherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth, Bielefeld: Aisthesis. S. 885-971. Auch in POLYLOGE. Polyloge 31/2017. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/31-2017-petzold-h-g-orth-i-2017b-epitome-polyloge-in-der-integrativen-therapie.html>

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-02-2005-petzold-h-g.html>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2013a): Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. In: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf> und in: Petzold, Orth, Sieper (2014): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis. S. 671-688.

Petzold, H.G. / Orth, I. / Sieper, J. (2014): Mentalisierung an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität. Biopsychosoziale Kulturarbeit – ein Essay zu „dunklen Zeiten“ und darüber hinaus. Hilarion Petzold im Gespräch mit Ilse Orth und Johanna Sieper. In: Petzold, H.G. / Orth, I. / Sieper, J.: Mythen, Macht und Psychotherapie. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis Verlag, S. 401-618.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2008b): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 25/2008. – <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2008-petzold-h-g-sieper-johanna-integrative-soziotherapie.html>

Petzold, H. G., Sieper, J. (2008c): Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen. In Petzold, Sieper (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S.473-592; auch in Petzold; Textarchiv 2008. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_sieper_2008_integrative_willenstherapie_teil2.pdf

Petzold, H.G. & Sieper, J. (2012): „Leiblichkeit“ als „Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist -Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: Petzold, H.G. (Hrsg.): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, S. 243-321.

Petzold, H. G., Sieper, J. (2011a): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie - Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910. Wien: Krammer.

Priest, G. (2014): Speaking of the Ineffable....,In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge, pp. 91-103.

Ragunathan, R. (2014): On Nothing in Particular: Delimiting Not-Being for Knowing's Sake. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge, pp. 119-132.

- Rappe, G. (2012): Leib und Subjekt. Phänomenologische Beiträge zu einem erweiterten Menschenbild. Bochum: project verlag.
- Rebhun, L.A. (2004): Culture-bound syndromes. In: Ember, C.R. & Ember, M. (Editors): Health and Illness in the World's Cultures. New York: Kluwer, 2 Volumes, Vol. 1: Topics, pp. 319-327.
- Reil, J.C. (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung. Halle: Curtsche Buchhandlung.
- Rief, W. & Stenzel, N. (2012): Diagnostik und Klassifikation. In: Berking, M. & Rief, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band I: Grundlagen und Störungswissen. Berlin: Springer, S. 9-17.
- Rosenthal, N. E. (2006): Winter Blues: Everything You Need to Know to Beat Seasonal Affective Disorder. New York: The Guilford Press.
- Scherr, A. (2011): Jugendkriminalität – eine Folge sozialer Armut und sozialer Benachteiligung? In: Dollinger, B. & Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): Handbuch Jugendkriminalität. Kriminologie und Sozialpädagogik im Dialog. Wiesbaden: Springer VS. 2., durchgesehene Auflage, S. 203-212.
- Schippan, B., Baumann, K., Linden, M. (2004): Weisheitstherapie. Kognitive Therapie der Posttraumatischen Verbitterungsstörung. In: Verhaltenstherapie. Band 14, 284–293.
- Schmid, W. (1998): Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. 10. Auflage, Frankfurt: Suhrkamp.
- Schmid, W. (2004): Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schulte-Markwort, M. / Richterich, A. / Forouher, N. (2008): Affektive Störungen. In: Herpertz-Dahlmann, B. / Resch, F. / Schulte-Markwort, M. / Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart & New York: Schattauer Verlag, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 771-800.
- Seidler, G.H. (2013): Psychotraumatologie. Das Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sideritis, M. (2014): Madhyamaka Emptiness and Buddhist Ethics. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge, pp. 64-77.
- Sieper, J. (2000): Ein neuer „POLYLOG“ und eine „Dritte Welle“ im „herakliteschen Fluß“ der INTEGRATIVEN THERAPIE - Transgressionen III. Polyloge 03/2000. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2000-sieper-j-ein-neuer-polylog-und-eine-dritte-welle-im-herakliteschen-fluss.html>
- Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, Gestalt & Integration, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: . www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>
- Sieper, J., Petzold, H.G. (1993c/2011): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens. In: Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996. Paderborn: Junfermann, S.359-370. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-06-2011-sieper-j-petzold-h-g.html>
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002/2011): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Sohn, C. H., Lam, R. W. (2005): Update on the biology of seasonal affective disorder. CNS Spectr. 2005 Aug;10(8), S. 635–646.
- Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F.-W. (2006): Volkskrankheit Depression?: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Stenzel, N. / Keil, D. / Fehlinger, T. (2012): Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). In: Berking, M. & Rief, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II: Therapieverfahren. Berlin: Springer, S.65-74.
- Suter, R. (2013): Moral und symbolgeleitete Praxis. Erkenntniskritik und ethische Kultivierung im Frühwerk Mōu Zōngsāns. In: Schmücker, M. & Heubel, F. (Hg.): Dimensionen der Selbstkultivierung. Beiträge des Forums für Asiatische Philosophie. Freiburg & München: Verlag Karl Alber, S. 237-276.
- Tan, S.-h. (Editor) (2016): The Bloomsbury Handbook of Chinese Philosophy Methodologies. London & New York: Bloomsbury.

- Tanaka, K. (2014): In Search of the Semantics of Emptiness. In: Liu, J.L. & Berger, D.L. (Editors): Nothingness in Asian Philosophy. New York: Routledge, pp. 55-63.
- Toepfer, G. (2020): Diversität. Historische Perspektiven auf einen Schlüsselbegriff der Gegenwart. *Zeithistorische Forschung* 17, 130–144.
- Trojanow, I. (2004): Zu den heiligen Quellen des Islam. München: Malik Verlag.
- Watts, A. (1977): Tao: The Watercourse Way. New York: Pantheon.
- Waibel, M.J. / Petzold, H.G. / Orth, I. / Jakob-Krieger, C. (2009): Grundlegende Konzepte der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT). In: Waibel, M.J. & Jakob-Krieger, C. (Hrsg.): Integrative Bewegungstherapie. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer, S. 1-20.
- Watkins, J., Watkins, H. (1997): Ego States. Theory and Therapy. New York: W. W. Norton & Company; dtsh. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- Watters, E. (2016): „Crazy like us“. Wie Amerika den Rest der Welt verrückt macht. Mit einem Vorwort zur deutschen Ausgabe von Heiner Keupp. Übersetzung aus dem Amerikanischen von Thorsten Padberg. Berlin. Tübingen: dgvt Verlag.
- Waibel, M., Petzold, H. G. (2009): Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen, in: Waibel, M., Jakob-Krieger, C. (2009): Integrative Bewegungstherapie. Stuttgart: Schattauer. 81-97.
- Wetzler, S. (2014): Vergleichende Kampfkunstwissenschaft als historisch-kulturwissenschaftliche Disziplin – Mögliche Gegenstände, nötige Quellen, anzuwendende Methoden. In: Liebl, S. & Kuhn, P. (Hrsg.): Menschen im Zweikampf – Kampfkunst und Kampfsport in Forschung und Lehre 2013. 3. Symposium der dvs-Kommission „Kampfkunst und Kampfsport“ vom 7.-9. November 2013 in Erlangen. Hamburg: Feldhaus Verlag, Edition Czwalina, S. 57-66.
- Wienbruch, U. (2000): Das konkrete Ich. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann.
- Yildiz, Y., Batmaz, S., Songur, E., Ora, I. E. T. (2016): State of the art psychopharmacological treatment options in seasonal affective disorder. *Psychiatria Danubina*. 1, 25–29.