

# Achtsame Berührungstherapie und Achtsamkeitspraxis bei Menschen mit mittelschwerer Depression

Autoren:

Andreas Stötter<sup>1,2)</sup>, Marion Mitsche<sup>2)</sup>, Peter Christian Endler<sup>2)</sup>, Patricia Oleksy<sup>3)</sup>, Dietmar Kamenshek<sup>1)</sup>, Wilhelm Mosgoeller<sup>4)</sup>, Christian Haring<sup>3,5)</sup>

<sup>1)</sup> Yoni Academy, Innsbruck, Österreich

<sup>2)</sup> Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau, Österreich

<sup>3)</sup> UMIT - Private Universität, Research Division for Mental Health, Hall in Tirol, Österreich

<sup>4)</sup> Institute of Cancer Research, KIM-1, Medical University of Vienna

<sup>5)</sup> Psychiatrie u. Psychotherapie 1B, Landeskrankenhaus Hall in Tirol, Österreich

Korrespondenz an:

Andreas Stötter (MSc)  
Yoni Academy  
Andreas Hofer Str. 40  
A-6020 Innsbruck, Österreich  
Tel: +43 512 572032  
Fax: +43 512 572032 30  
e-mail: [as@yoni-academy.com](mailto:as@yoni-academy.com)

Index Begriffe:

Depression, achtsame Berührung, Achtsamkeit, manuelle Therapie, Massage, integrative Medizin, Körperarbeit

## **Zusammenfassung**

Ziel der Untersuchung war das Erforschen der Auswirkungen achtsamer Berührungstherapie als passive körpertherapeutische Intervention in Verbindung mit Achtsamkeitspraxis als aktive meditative Disziplin, auf Patienten mit mittelschweren rezidivierenden und episodischen Depressionen. Die untersuchte Methode ist versteht sich als mögliche begleitende Maßnahme zu Psychotherapie und Psychopharmakologie.

Mittels der Hamilton Skala wurde vor und nach der Therapiephase der Depressionsgrad erhoben. Dabei wurde eine hoch signifikante Verbesserung der depressiven Erkrankung beobachtet. Es zeigte sich eine generelle Verbesserung der depressiven Verstimmung, Reduktion von Schuldgefühlen, Abnahme von Suizidgedanken, Abnahme von Durchschlafstörungen, Zunahme der Motivation an Alltagstätigkeiten, Reduktion von Angstgefühlen sowohl auf der psychischen, als auch auf der somatischen Ebene, und Abnahme von allgemeinen somatischen Symptomen. Die Ergebnisse zeigen dass die untersuchte Methode für Menschen mit Depressionen eine zusätzliche Hilfestellung zu den herkömmlichen Therapiemaßnahmen sein kann.

## **EINLEITUNG**

Geringes Selbstwahrnehmungsvermögen erschwert dem Depressiven das Erkennen und Reflektieren destruktiver Regelkreise, von negativen Gedanken und Gefühlen, Angst, Anspannung, körperlichen Schmerzen, Erschöpfung und innerer Unruhe. Die Forschungsarbeit von Segal et al. (2002) zeigt den Zusammenhang defizitärer achtsamer Selbst-Wahrnehmung und Depression.

Weiters weisen die Erkenntnisse der Bindungsforschung darauf hin, dass ein Mangel an sicherer Bindung zwischen Eltern und Kind in der frühen Entwicklungsphase zur Entwicklung einer späteren Depression führen kann. Der früheste Bindungsdialog besteht fast ausschließlich aus Berührungen (Montagu 1974). Demnach bauen die ersten emotionalen Bindungen des Kindes auf körperlichem Kontakt auf, der das Fundament für die weitere emotionale und intellektuelle Entwicklung bildet (Field 2003, Turp 1999, Bowlby 1969, 1973, 1980).

### **1.1 PRÄVALENZ DER DEPRESSION**

Depression ist ein weltweites Phänomen. Schätzungen zufolge sind über 100 Millionen Menschen auf der ganzen Erde davon betroffen und jährlich kommen mehr als 800.000 Neuerkrankungen hinzu (Jütte 2001).

Die Prävalenz von psychischen und psychosozialen Problemen in der hausärztlichen Versorgung ist hoch und stellt die häufigste psychische Störung im hausärztlichen Sektor dar. Laut Robert Koch Institut liegt die Zahl derjenigen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken bei 19 %. Die 12-Monats-Querschnittsprävalenz depressiver Störungen liegt in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands bei 11%, das sind ca. 6 Millionen Menschen (Wittchen et al. 2010). Bei gut der Hälfte dieser Personen wird die depressive Störung so schwer, dass eine Behandlung erforderlich ist.

Von der großen Zahl depressiv Erkrankter erhält nur die Minderheit eine ausreichende Behandlung. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Fehlende Hoffnung und mangelnde Energie der Betroffenen, sich Hilfe zu holen, diagnostische und therapeutische Defizite, sowohl Unterschätzung der Schwere als auch Stigmatisierung der Erkrankung (Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2011).

Ein Aspekt, der unserer Meinung nach zu wenig beachtet wird, ist die damit verbundene körperliche Manifestation der Depression (lat.: depressere = hinunter drücken). Da jede Emotion, neben der kognitiven Komponente, auch ein physisches Equivalent des Fühlens aufweist, wird das Einbeziehen dieser Tatsache oft in der Behandlung dieser Erkrankung zu wenig berücksichtigt. Wahrnehmungen über den Körper sind vorerst keine Gefühle, sondern aufgrund der Interpretation von Wahrnehmung werden Gefühle ausgelöst, die dadurch unterschiedliche Qualitäten bekommen. Gefühle, und da gehören auch die depressive Stimmungen dazu, sind Erlebnisinhalte und Erlebnisweisen, die nur über körperliche Phänomene beschrieben werden können (Damásio 1994). Diese somatische Ebene stellt einen für die vorgestellte Arbeit wichtigen Aspekt zum Zugang der Krankheit und möglichen therapeutischen Interventionen dar.

Nach den Erfahrungen der Autoren sind neben Psychotherapie und Pharmakotherapie weitere Therapieformen erforderlich, um den vielschichtigen Aspekt der Krankheit gerecht zu werden.

## 1.2 ACHTSAMKEIT UND BERÜHRUNG ALS THERAPIEPRINZIP

### Achtsamkeit

Achtsamkeit als therapeutisches Prinzip ist von zunehmender Bedeutung (Ott 2010). Das Therapieprinzip „achtsame Haltung“ beinhaltet eine durch bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit unmittelbare Präsenz (im gegenwärtigen Augenblick zu sein), ohne das Erlebte zu werten oder in irgendeiner Form zu beurteilen. Dabei werden innere und äußere Reize gleichermaßen bewusst wahrgenommen. Weiss beschreibt die bewusst gerichtete Aufmerksamkeit als Meta-Kognition (Weiss et al. 2010). Dabei ist der Praktizierende nicht dissoziiert, sondern beobachtend und teilhabend beteiligt. Bei der Meta-Kognition werden automatisierte Reaktionen weitgehend unterlassen (Kabatt-Zinn 2006), es bedeutet aber auch „nicht identifiziert sein“ mit dem Objekt der Beobachtung (Disidentifikation). Die akzeptierende, nicht wertende Grundhaltung intensiviert die Erfahrungsintensität der zwischenmenschlichen Beziehungen um ein Vielfaches. Somit hat der Bewusstseinszustand der Achtsamkeit sowohl einen intrapersonellen Aspekt, als auch eine Bedeutung für die interpersonelle emotionale Kommunikation.

Eine der ersten auf Achtsamkeit basierenden Therapiemethoden ist das „sensory awareness“ von Charlotte Selvers. Die Methode kann als wesentlicher Beitrag für die unterschiedlichsten Strömungen der humanistischen Psychologie und Körpertherapie betrachtet werden. Dabei geht es darum, durch bewusste fokussierte Wahrnehmung das volle psychische menschliche Potenzial zu fördern, im Sinne einer Dis-Identifizierung von unbewussten Automatismen bzw. einschränkenden Selbstbehinderungen. Selvers betont immer wieder, dass diese „Behinderungen“ durch bewusstes Erleben „abgelegt“ werden könnten. Die Methode ist wesentlich beeinflusst von spirituellen Traditionen wie des Zen-Buddhismus und inspiriert von Lehrern wie Suzuki und Watts (Marlock et al. 2006)

Zu den tiefenpsychologischen Ansätzen, die Achtsamkeitspraxis systematisch in der Therapie nutzen gehören Focusing (Gendling 1969), Internal Family System Therapie (IFS) (Schwartz 1997) und die Hakomi Methode (Kurz 1990). Sie berücksichtigen sehr umfassend den Zusammenhang und die Bedeutung die eine radikale Akzeptanz für einen achtsamen therapeutischen Prozess hat (Weiss et al. 2010).

Als Pionier einer Integration von Achtsamkeit und Tiefenpsychologie gilt der Körperpsychotherapeut R. Kurz (1990), er schreibt: *„Achtsamkeit...ist charakterisiert durch ein entspanntes Wollen, der Hingabe an das und die Akzeptanz dessen, was im Augenblick geschieht; eine sanfte, kontinuierliche bewahrte Konzentration darauf, die Wahrnehmung nach innen zu richten, eine erhöhte Sensibilität sowie die Fähigkeit, die Bewusstseinsinhalte zu beobachten und zu benennen.“* (Kurz 1990)

Die mentalen Wirkungen der Achtsamkeit werden von physiologischen Veränderungen begleitet (Siegel 2007). Schwartz et al. (1996, 2002) konnten durch Positron-Emissionstomographie (PET scan) zeigen, dass die auf Achtsamkeit basierende kognitive Therapie Gehirnschaltkreise von Patienten systematisch verändert. In Übereinstimmung dazu, beschrieben Davidson et al. aufgrund von Untersuchungen an meditierenden tibetischen Mönchen mittels fMRT, PET und EEG eine vermehrte Aktivität des linken präfrontalen Cortex, einem Bereich des Frontalhirns, der zuständig ist für eine positive Grundstimmung, erhöhte Aufmerksamkeit und Emotionsregulation. Im rechten Frontallappen hingegen zeigte sich erhöhte Aktivität bei depressiven Menschen mit negativer Grundstimmung (Davidson 1974, 1976, 2003). Das Seiten-Verhältnis der präfrontalen Neuronenaktivität deutet auf einen möglichen Zusammenhang in der Stimmung und im Wohlbefinden hin.

Die Forschungen von Kabat-Zinn (2003) zeigen folgende Wirkungen der Achtsamkeitspraxis auf: anhaltende Verminderung von körperlichen und psychischen Symptomen, bessere Bewältigung von Stress-Situationen, erhöhte Fähigkeit sich zu entspannen, wachsendes Selbstvertrauen, verbesserte Selbstakzeptanz und mehr Energie und Lebensfreude.

Ma & Teasdale (2004), Teasdale et al. (2000), Segal et al. (2002) und Williams et al. (2012) weisen in Ihren Arbeiten auf die positive Resultate von auf Achtsamkeit basierenden kognitiver Therapie zur Rückfallprävention bei Depression hin.

## Berührung

Berührungsmethoden zählen zu den ältesten Heilmethoden und werden in allen Kulturen seit Jahrtausenden angewandt. Ihre therapeutische Heilwirkung ist seit Jahrhunderten belegt – genauso wie die Auswirkung des Mangels an Berührung.

Berührung vermag grundlegende Zwischenmenschliche Botschaften zu vermitteln, welche auf anderem Wege nicht überbracht werden können.

Berührungsinterventionen im Kontext einer Psychotherapie finden sich bereits in den Anfängen der Psychoanalyse. Bereits Freud benutzte Berührung um Zugang zum Unbewussten seiner Patienten zu erlangen. Der Patientin Lucy R. legte er seine Hand auf die Stirn und sagte: „Es wird ihnen jetzt etwas einfallen, unter dem Druck meiner Hände (Freud u. Breuer 1895). Freud berührte Patientinnen im hypnotischen Schlaf an Stellen, an denen sich mangels lustvoller Erregung, Energie gestaut hatte (Anzieu1992). Mit der Absicht gestaute Energie zu lösen, massierte er hysterische Patientinnen. Zu einem späteren Zeitpunkt wendet sich Freud strikt von jeglicher Berührungsintervention in der Analyse ab, wohl als Folge der für ihn blamierenden Erfahrung mit einer Krankenschwester seiner Station und wohl auch unter dem Druck der heftigen Übertragungskrise mit seiner Patientin Anna O. (Busch in Marlock & Weiss, 2006).

Wilhelm Reich (1987; 1989,) kommt wohl das Verdienst zu, sich als einer der ersten Analytiker intensiv mit der körperbezogenen Arbeit an der Körperhaltung und Muskelorganisation gewidmet zu haben. Reich entwickelte das Konzept der Muskelpanzerung als körperlicher Aspekt der Verdrängung von Gefühlen und setzte dabei auch Berührungsinterventionen ein, um die Panzerung zu lösen und Verdrängtes zu befreien.

Grodeck (1988), Ferenczi (1927), Lowen (1984), Rank (1998), Balint (1981), Boyesen (1984) Keleman (1990) und andere modifizierten und entwickelten die therapeutische Berührungsarbeit weiter zu einer aktiveren dialogischen Technik (Busch in Marlock & Weiss, 2006).

Die Hakomi-Methode, als eine erfahrungs- und körperorientierte Psychotherapie, verwendet Berührungsexperimente, in denen der Klient sich im Zustand der inneren Achtsamkeit befindet, um darüber Zugang zum Unbewussten zu Erlangen (Kurtz 1990).

Die beachtenswerten Arbeiten von Turp (1999) beschäftigen sich mit dem Thema der frühkindlicher und erwachsener Berührung und Gehaltenwerdens in Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen. Sie schreibt: *„Many clients who express their distress through psychosomatic illness or physical self-harm describe a very poor history of touch. (Turp 1999)*

Eine von Koemeda-Lutz et al. durchgeführte Multizenterstudie zur Wirksamkeit von Körperpsychotherapien zeigen den nennenswerten Beitrag den körperorientierte Verfahren zur Versorgung von an psychisch erkrankten Menschen leisten können (Koemeda-Lutz et al. 2006) Marcher et al. (2006) untersuchten 437 Studienteilnehmer/innen bezüglich therapeutischer Wirkung von Berührung und fanden: „Berührung ist eine hochwirksame Methode zur Verringerung von Angst und zur Schaffung eines Empfinden von Behagen und Vertrauen.“

Auch die Forschungsarbeiten am Touch Research Institute an der Universität in Miami/USA zeigen eine positive Wirkung von therapeutischer Berührung bei Depression (Field et al.1997). Eine Studie zur so genannten slow stroke intervention belegt die Wirksamkeit diese Behandlungsprinzips (Müller-Oerlinghausen et al. 2007). Zusammenfassend bestätigt die rezente Metaanalyse von Hou et al. (2010) das klinische Potential von therapeutischer Berührungsintervention bzw. Massage bei depressiven Menschen.

## Synergien von Berührung und Achtsamkeit

Siegel (2007) beschreibt in seiner Arbeit zur Bindungsforschung und Achtsamkeitspraxis den Zusammenhang zwischen früher sicherer Bindung und der Fähigkeit zur Achtsamkeit. Er schreibt: *„Wir können sagen, dass die gegenseitige Einstimmung bei der sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind einer intrapersonalen Form der Einstimmung beim achtsamen Gewahrsein entspricht. Beide Formen von Einstimmung fördern die Fähigkeit zu engen Beziehung sowie Resilienz und Wohlbefinden“ (Siegel 2007).* Die neurobiologischen Studien von Davidson deuten auf eine ähnlichen Zusammenhang hin. Seine Forschungen zeigen eine erhöhte Aktivität im linken präfrontalen Cortex sowohl bei Menschen mit Achtsamkeitspraxis, als auch bei sicher gebundenen Babys (Davidson 1989). Depressive haben laut Davidson eine verminderte Aktivität im linken Frontalhirn.

Die Erkenntnisse über die positive therapeutische Wirkung einer Achtsamkeitspraxis und achtsamer Berührungsinterventionen auf die Stimmung und Wohlbefinden des Menschen und insbesondere auf Menschen mit Depressionen, deuten auf einen möglichen Synergieeffekt in der Kombination der beiden Ansätze hin.

Die hierarchische Informationsverarbeitung (Odgen 2010), die die kognitive, emotionale und sensomotorische Verarbeitungsweise beschreibt, dient hierfür als sinnvoller Ausgangspunkt.

Danach wird Berührung sensomotorisch verarbeitet d.h. der Berührungszreiz beginnt mit einer unmittelbaren sensomotorischen Körperempfindung, die daraufhin als Emotion erlebt und in der Folge kognitiv interpretiert wird; der Informationsweg führt vom Körper über Emotionen zur Kognition und hierarchisch bzw. kortikal gesehen von unten nach oben (bottom up)

Achtsamkeit wird kognitiv verarbeitet d.h. achtsame Wahrnehmung beginnt als bewusste Kognition, wird zum Gefühl und endet als körperliches Erleben; der Informationsweg führt durch Kognition über Emotionen zum Körper, also von oben nach unten (top down).

Achtsamkeitspraxis in Kombination mit achtsamen Berührungsinterventionen setzen somit an beiden Enden der hierarchischen Informationsverarbeitung an und integrieren unmittelbare Körpererfahrung mit achtsamer Selbstwahrnehmung.

Die Folgen des erwähnten Zusammenhangs zwischen Depression und frühkindlichen Berührungsmangels bei Erwachsenen, sind ein Defizit an achtsamer Körperwahrnehmung, wenig Vertrauen in den eigenen Körper und ein Ausgeliefertsein seiner körperlich/sensomotorischen Reaktionen, wie Muskelanspannungen, flache Atmung, Energiemangel und Erschöpfung, Verlust des Empfindens. (Müller-Oerlinghausen et al. 2007). Die sensomotorische Verarbeitung ist somit dysfunktional. Dies führt in der Regel zu einem Verlust des Fühlens und zu einem Gefangensein in negativen Emotionen und dadurch zu vermehrtem Grübeln und zu Angstgedanken, das einer dysfunktionalen kognitiven Verarbeitung entspricht.

Wir sind der Meinung, dass der *circulus vitiosus* aus Verlust des Fühlens des eigenen Körpers und dysfunktionaler kognitiver Verarbeitung durch die Synergie dieser beiden therapeutischen Ansätze durchbrochen werden könnte. Die Kombination dieser beiden therapeutischen Ansätze ist unseres Wissens in dieser Form noch nicht erforscht.

### **1.3 STUDIENRATIONALE**

Wenn Achtsamkeitspraxis, als meditative Disziplin und achtsame Berührungsinterventionen, als körpertherapeutische Intervention an beiden Enden der neuronalen Informationsleitung und -verarbeitung ansetzen, könnte dieser therapeutische Ansatz einem ganzheitlich integrativen Therapieansatz gerecht werden, eine zusätzliche Hilfe für Betroffene sein und begleitend zu anderen Therapien eingesetzt werden. Begleitend dadurch, dass psychotherapeutische, und im Speziellen körperpsychotherapeutische Schulen diese zusätzliche Interventions-Methode in ihr eigenes Konzept integrieren, aber auch in dem Sinne, dass ausgebildete Körpertherapeuten davon einen Nutzen ziehen könnten. Da Psychotherapie immer individuell der Einzigartigkeit des Patienten angepasst werden muss, könnte diese Methode ein hilfreiches zusätzliches Werkzeug für den Interventionskoffer eines Psychotherapeuten und Körpertherapeuten darstellen.

Somit war es unser Ziel zu prüfen, ob oder ob nicht mittelschwere Depression durch Achtsamkeitspraxis in Verbindung mit Berührungstherapie positiv beeinflusst werden kann.

Studiendesign und Methodik

### **1.4 PATIENTEN**

Die Teilnahme war freiwillig, alle Patienten wurden über Studienzweck und das Studienprotokoll, insbesondere zu Aspekten des Datenschutzes und der Datenverwertung, aufgeklärt und haben der Teilnahme sowie der elektronischen Speicherung ihrer persönlichen Daten schriftlich zugestimmt. Der Studienvorschlag wurde von der Ethikkommission des Interuniversitären Kolleg Graz / Schloss Seggau begutachtet und, nach geringfügiger Modifizierung, bewilligt.

Das Studiendesign war prospektiv, randomisiert und einfach verblindet. Der Einschluss von 28 Patienten erfolgte im Psychiatrischen Krankenhaus Hall in Tirol durch eine betreuende klinische Psychologin. In die Studie aufgenommen wurden Patienten mit mittelschweren Depressionen [ICD-10, Subgruppe F32.1 (Episode) oder F33.1 (rezidivierend)]. Die Teilnehmer/innen wurden durch Randomisierung einer der beiden Gruppen zugeordnet. 14 Patienten waren in der Versuchsgruppe

(VG) und 14 Personen in der Kontrollgruppe (KG). Das mittlere Alter der rekrutierten Patienten in der Versuchsgruppe war  $42,8 \pm 12,6$  (Mittel  $\pm$  Stabw.) Jahre, in der Kontrollgruppe  $41,4 \pm 8,2$  (Mittel  $\pm$  Stabw.).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Rekrutierung und die Teilnahme. Es waren an der Studie mehr Frauen (F) als Männer (M) beteiligt. Unter den Teilnehmern, welche vorzeitig abbrachen waren 5 Männer und 1 Frau. Bei den Teilnehmern, welche beide Erhebungszeitpunkte absolvierten, war die Geschlechterverteilung ident (Tabelle 1).

**Tabelle 1, Geschlechterverteilung der Teilnehmer bei Rekrutierung und im weiteren Verlauf. Erklärung im Text.**

Status	Versuchsgruppe	Kontrollgruppe	Total
Einwilligung	18 (6 M, 12 F)	16 (5 M, 11 F)	34
Einschluss	16 (5 M, 11 F)	15 (4 M, 11 F)	31
Abschluss	14 (3 M, 11 F)	14 (3 M, 11 F)	28

Nach Einschluss wurden der Schweregrad der Depression mittels Hamilton Skala ermittelt (Erhebungszeitpunkt 1: „vor“). Patienten beider Gruppen erhielten eine medikamentöse Therapie.

Die Behandlung der VG unterschied sich zu der Behandlung der KG durch zusätzliche Sitzungen Achtsamkeitstherapie. Um die Daten aus der VG und der KG direkt vergleichen zu können, wurde nach 8 Wochen bei beiden Gruppen der Schweregrad der Depression nochmals erhoben (Erhebungszeitpunkt 2: „nach“).

#### Versuchsgruppe

Jeder Patient der VG erhielt 16 Sitzungen Achtsamkeits-Therapie zu je 60 min. über einen Zeitraum von 8 Wochen. Die Gruppe wurde von 3 Therapeutinnen betreut. Jede Therapeutin betreute den zugewiesenen Patienten während aller 16 Sitzungen. Die Anzahl der Behandlungen betrug in den ersten 3 Wochen 3 x pro Woche, in den darauf folgenden 5 Wochen erhielten die Teilnehmer die restlichen 7 Behandlungen. Alle Teilnehmer erfuhren dieselbe Behandlung, insbesondere in Hinblick auf Therapieablauf und Zeitstruktur. Alle Teilnehmer der Versuchsgruppe erhielten medikamentöse Basistherapie.

#### Kontrollgruppe

Die Patienten in der Kontrollgruppe erhielten lediglich die medikamentöse Basistherapie und waren während der Teilnahmezeit weitgehend sich selbst überlassen. Um die Vergleichbarkeit der Daten von KG und VG zu gewährleisten, wurden auch bei dieser Gruppe die Schwere der Depression nach 8 Wochen erneut erhoben. Anschließend erhielten auch die Teilnehmer der Kontrollgruppe 8 Sitzungen mit Achtsamkeitstherapie, ohne dass diese Behandlung weiter analysiert wurde.

### 1.5 BESCHREIBUNG DER THERAPEUTISCHEN METHODE

Die in dieser Studie untersuchte Methode wurde vom Autor Stötter entwickelt und in der Praxis erprobt. Sie ist eine Kombination von Verfahren, die Erfahrungen aus der buddhistischen Achtsamkeits-Praxis, MBSR (mindfulness based stress reduction nach Kabat Zinn) (Kabat-Zinn 2006), Hakomi (erfahrungsorientierte Psychotherapie) (Kurtz 1994) und verschiedene Formen der Massage und Körperarbeit vereint. Zu Zwecken der Vergleichbarkeit verliefen während der Studie die Berührungs-Übungen zur Vertiefung der Körperwahrnehmung und sanfte Massageformen nach einem gleichbleibenden Schema. Die ausführenden Therapeuten sind in Körperarbeit und Massage qualifiziert, mit einer Zusatzausbildung in Achtsamkeitspraxis und achtsamer Berührung.

#### Berührung

Die Berührungsinterventionen bestehen aus sanften, rhythmischen und fließenden Massagebewegungen aus der ganzheitlichen Massage und bewegungslosen Berührungen angelehnt an Elemente aus der Hakomi Therapie. Sowohl Patient als auch Therapeut versetzten sich in den Zustand der Achtsamkeit.

## Gesprächsführung

Dem Patienten werden sowohl theoretischer Hintergrund als auch praktischer Ablauf der Therapie erklärt.

Die Gesprächsführung unterscheidet sich vom psychotherapeutischen Gespräch insofern, als es sich ausschließlich auf die Beschreibung der Körper- und Stimmungsreaktionen fokussiert. Der Klient befindet sich dabei in einem Zustand der inneren Achtsamkeit. Diese Achtsamkeitspraxis im Dialog kann auch als „assistierte Meditation“ gesehen werden (Weiss 2009). Der Therapeut leitet den Patienten vom Alltagsbewusstsein in den Zustand der Inneren Achtsamkeit, und richtet sein Augenmerk auf das Wohlfühl des Patienten. Der Patient richtet sein Augenmerk auf das eigene Körpererleben, und reflektiert und kommentiert aktiv die eigene Körperwahrnehmung. Dabei stellt der Therapeut gezielte Fragen, die die Aufmerksamkeit auf das körperliche Erleben fokussieren und halten. Ziel ist es den Klienten zu unterstützen, Achtsamkeit zu vertiefen, Körperbewusstsein aufzubauen, und die Fähigkeit zu trainieren unmittelbare Körperempfindungen zu beschreiben. Dabei bleibt der Klient bei der reinen, nicht wertenden Wahrnehmung seines Körpers, und versucht Bewertungen zu vermeiden. Dabei auftauchende Assoziationen, Erinnerungen und Kognitionen werden nicht vertieft.

Psychische Hintergründe, biografische Aspekte und deren Zusammenhang mit der Symptomatik des Klienten werden nicht besprochen. Weder psychodynamische Komponenten noch psychoeducation kommen hier zum Einsatz.

Ziel ist nicht problemorientierte biographische Inhalte, oder ziel- und lösungsorientierte Visualisierungen anzubieten, bzw. Veränderungen von Bewertungen, Interpretationen oder „Beliefs“ zu erreichen. Der Therapeut stellt ausschließlich Fragen auf das „gegenwärtige Erleben“, der reinen Wahrnehmung. Daher ist das kommunikative Vorgehen „Bewusstseins orientiert“ ausgerichtet.

Nach der Sitzung werden Reaktionen auf die Behandlungen und Übungen besprochen. Bei den praktischen Achtsamkeitsübungen wird der Patient durch die Therapeutin angeleitet, Übungsanleitungen werden wiederholt und präzisiert.

### „Hausaufgaben“ im Rahmen der Therapie

Spezifische meditative Übungen werden am Beginn jeder einstündigen Sitzung durchgeführt, aber auch für die Zeit zwischen den Sitzungen (zu Hause) zur selbständigen Durchführung empfohlen. Meditative Achtsamkeitsübungen, die der Klient selbstständig zwischen den Therapiesitzungen ausführen kann, sind Bestandteil der Therapie.

## 1.6 DAS MESSINSTRUMENT - HAMILTON SKALA

An der rekrutierenden Klinik wurde bei beiden Gruppen (VG sowie KG, d.h. rein medikamentös oder zusätzliche Achtsamkeitstherapie) der Depressionsgrad vor und nach der Beobachtungsphase, dokumentiert. Eine klinische Psychologin beurteilte im Rahmen eines Experteninterviews nach der Hamilton Depressions-Skala [17 Items, Punkteskala von 0 bis 4 (9 Items), bzw. 0-2 (8 Items)] den Schweregrad der Krankheit.

## 1.7 STATISTIK

Die Daten der 56 Erhebungsblätter wurden in eine Datenbank übertragen, kontrolliert, gegebenenfalls korrigiert, und mit Hilfe der Software PASW Statistics (Version 17, ehemals SPSS) deskriptiv und analytisch ausgewertet.

Da in der VG und KG gleich viel Teilnehmer auswertbar waren, konnte die Summe aller ermittelten Bewertungspunkte zwischen den Gruppen direkt verglichen werden. Um einen Überblick über die Schwere der Erkrankung und die studienspezifischen Veränderungen in der VG und KG vor und nach der Therapie zu erhalten, wurden die Daten mittels Chi-Quadrat-Test analysiert.

Für die Analyse der Therapiewirksamkeit wurde die Differenz aus den Werten „vor“ abzüglich der Werte „nach“ gebildet. Eine positive Differenz zeigt somit eine Verminderung des Schweregrades an; wenn der Hamilton-Einzelwert zunimmt (sich das Symptom verschlechtert) ist die Differenz negativ. Das Verhältnis von verbesserten und verschlechterten Items pro Gruppe wurde mittels Chi-Quadrat-Test analysiert.

In jeder Gruppe wurde die Anzahl der gebesserten Symptome (Items) bestimmt und zwischen den Gruppen verglichen. Die Signifikanz des Unterschiedes wurde mittels Mann Whitney U Test (SPSS) bestimmt.

Folgende Irrtumswahrscheinlichkeiten wurden als Signifikanzniveau angenommen:  $p \leq 0,05$  signifikant,  $p \leq 0,01$  hochsignifikant.

## ERGEBNISSE

### 3.1 GRUPPENVERGLEICH DER SCHWEREGRADE

Die Differenzen der Werte („vor“ minus „nach“) zeigen an, ob sich eine Itembewertung im Laufe der Studienteilnahme verbessert hat, gleichgeblieben ist, oder verschlechtert hat. Da in beiden Gruppen die gleiche Teilnehmerzahl abschloss ( $N = 14$ , s. Tabelle 1), ist die Summe aller 17 Item-Bewertungspunkte direkt vergleichbar. In der VG haben sich von den insgesamt 238 erhobenen Items (100%) 123 Items gebessert (51,7%), 4 verschlechtert (17,4%), 111 (46,6%) blieben unverändert.

In der KG wurden bei den 238 Item-Bewertungen (100%) 17 Verbesserungen (7,3%) und 9 Verschlechterungen (3,8%) beobachtet. Die große Mehrheit (212, d.h. 89,1%) blieb unverändert. Der Unterschied des Verhältnisses Verbesserung/Veränderung zwischen VG und KG war hochsignifikant ( $p < 0,001$ ) zugunsten der VG.

Tabelle 2, Verbesserung bzw. Verschlechterung im globalen Gruppenvergleich.

Item	VG	KG	Signifikanz
Verbessert	123	17	P<0.001
Verschlechtert	4	9	
Gleich	111	212	
Total	238	238	

### 3.2 SPEZIFISCHER VERGLEICH DER ITEMS

#### Prävalenz und Änderung der Item-Bewertungen

Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen zu jedem Item für alle Teilnehmer in beiden Gruppen.

Tabelle 3, Detailierung zu den Items der Hamilton Skala, Absolutwerte. vor = Erhebungszeitpunkt 1; nach = Erhebungszeitpunkt 2 nach 8 Wochen.

Item	Bezeichnung	VG		KG	
		vor	nach	vor	nach
		Mittel± Stabw	Mittel± Stabw	Mittel± Stabw	Mittel± Stabw
1	Depressive Stimmung	3,0±0,68	0,9±1,29	3,1±0,27	3,1±0,27
2	Schuldgefühle	1,6±0,94	0,7±0,73	0,9±0,83	0,9±0,83
3	Suizidalität	1,1±0,53	0,2±0,58	1,6±1,16	1,6±1,16
4	Einschlafstörungen	1,1±0,83	0,6±0,76	1,1±0,95	1,3±0,91

5	Durchschlafstörungen	1,2±0,70	0,4±0,65	1,2±0,97	1,3±0,91
6	Terminale Schlafstörungen	0,8±0,80	0,4±0,63	0,8±0,89	0,5±0,76
7	Arbeit und Interesse	2,4±1,01	0,9±1,27	3,3±0,91	3,2±1,05
8	Verlangsamung	0,9±0,92	0,5±0,85	0,3±0,61	0,2±0,58
9	Unruhe /Agitiertheit	0,6±0,63	0,2±0,58	1,1±0,66	1,2±0,89
10	Angst (Psychische Symptome)	2,6±0,65	0,9±0,62	2,9±1,07	3,0±1,04
11	Angst (Somatische Symptome)	1,5±0,94	0,4±0,51	2,0±1,36	1,9±1,29
12	Gastrointestinale Symptome	0,5±0,76	0,2±0,43	1,5±1,16	1,5±1,16
13	Allg. somatische Symptome	1,4±0,63	0,4±0,65	1,9±0,36	1,8±0,58
14	Libidoverlust	0,9±0,95	0,2±0,58	1,1±0,83	1,0±0,88
15	Hypochondrie	0,2±0,58	0,1±0,27	1,4±1,08	1,2±1,12
16	Mangel an Krankheitseinsicht	0,6±0,76	0,1±0,36	0,8±1,05	0,6±0,85
17	Gewichtsverlust	0,0±0,00	0,0±0,00	0,3±0,73	0,1±0,53

Tabelle 4 zeigt den Anteil jener Patienten, bei denen der Schweregrad der spezifischen Items abnahm.

**Tabelle 4, Detaillierung zu den Items der Hamilton Skala, relativer Vergleich**

Item	Bezeichnung	VG	KG	Vorteil	p (U-Test)	
		% haben profitiert		bei		
1	Depressive Stimmung	93	0	VG	0,000	**
2	Schuldgefühle	71	0	VG	0,001	**
3	Suizidalität	86	0	VG	0,000	**
4	Einschlafstörungen	43	7	VG	0,114	n.s.
5	Durchschlafstörungen	64	0	VG	0,003	**
6	Terminale Schlafstörungen	29	14	VG	0,541	n.s.
7	Arbeit und Interesse	79	14	VG	0,003	**
8	Verlangsamung	36	7	VG	0,210	n.s.

9	Unruhe /Agitiertheit	43	7	VG	0,114	n.s.
10	Angst (Psychische Symptome)	93	0	VG	0,000	**
11	Angst (Somatische Symptome)	79	14	VG	0,003	**
12	Gastrointestinale Symptome	21	0	VG	0,352	n.s.
13	Allg. somatische Symptome	64	7	VG	0,009	**
14	Libidoverlust	36	7	VG	0,210	n.s.
15	Hypochondrie	14	7	VG	0,769	n.s.
16	Mangel an Krankheitseinsicht	29	29	=	1,000	--
17	Gewichtsverlust	0	7	KG	0,769	n.s.

Vergleicht man die Besserungsrate in den beiden Gruppen pro spezifischem Item, so haben in der VG von den 17 Items 15 besser abgeschnitten, bei acht Items war das Ergebnis hochsignifikant (\*\*).

#### Diskussion

Ziel der Untersuchung war das Erforschen der Auswirkungen achtsamer Berührungstherapie als passive körpertherapeutische Intervention in Verbindung mit Achtsamkeitspraxis als aktive der Intervention, auf Patienten mit mittelschweren rezidivierenden und episodischen Depressionen. Mittels der Hamilton Skala wurde vor und nach der Therapiephase der Depressionsgrad erhoben. Dabei wurde eine hoch signifikante Verbesserung der depressiven Erkrankung beobachtet. Es zeigte sich eine generelle Verbesserung der depressiven Verstimmung, Reduktion von Schuldgefühlen, Abnahme von Suizidgedanken, Abnahme von Durchschlafstörungen, Zunahme der Motivation an Alltagstätigkeiten, Reduktion von Angstgefühlen sowohl auf der psychischen, als auch auf der somatischen Ebene, und Abnahme von allgemeinen somatischen Symptomen.

Die Ergebnisse zeigen, dass der therapeutische Ansatz – achtsame Berührungstherapie in Kombination mit Achtsamkeitspraxis einen signifikanten Nutzen in der Behandlung von Depression bewirkt hat.

### 1.8 INTERPRETATION DER BEOBACHTUNGEN

Der globale Vergleich der Schweregrade (Hamilton Item-Scores) hat gezeigt, dass die Versuchsgruppe (VG) signifikant besser abschneidet als die Kontrollgruppe (KG; Tabelle ). Betrachtet man die Items global zwischen den Gruppen so ergibt sich, dass sich in der VG signifikant mehr Items gebessert haben als in der KG (2). Die spezifischen Items, die sich auch bei einzelner Betrachtung hochsignifikant verbesserten (Tabelle ); betreffen somatische und psychische Symptome:

- 1 - Depressive Verstimmung
- 2 - Schuldgefühle
- 3 - Suizidalität
- 5 - Durchschlafstörungen
- 7 - Arbeit und Interesse
- 10 - Angst (psychische Symptome)
- 11 - Angst (somatische Symptome)
- 13 - Allgemeine Somatische Symptome

### 1.9 MÖGLICHER WIRKMECHANISMUS

#### 9.2.1 Achtsamkeit

Achtsamkeit ist in den letzten Jahren zu einem aktuellen Thema in Psychotherapie, Psychologie und Medizin geworden (Weiss 2009). Seit dem Jahr 2000 sind rund 1400 wissenschaftliche Publikationen zum Thema Achtsamkeit erschienen (Ott 2010). Die positive Wirkung der Achtsamkeitspraxis in

Zusammenhang mit Depression und anderen psychischen Erkrankungen, Stresssyndromen, Traumata, Suchterkrankungen etc. sind gut belegt. (Segal 2000, 2002, Ma & Teasdale 2004, Bondolfi et al. 2010, Michalak et al. 2008, Brittany et al. 2011, Splevins et al. 2009, Evans et al. 2007, Williams et al. 2012) Neurobiologische Untersuchungen zum Thema Achtsamkeitspraxis werden seit den siebziger Jahren durchgeführt (Schwartz et al. 1996, Davidson et al. 2003, 1974, 1976) und zeigen einen Einfluss auf die Neuroplastizität des Gehirns.

Auch Siegel postuliert, dass achtsam und bewusst zu sein, positive Veränderungen in unserer Physiologie, den Funktionen unseres Geistes und unseren zwischenmenschlichen Beziehungen bewirkt und dass Achtsamkeit ein entscheidender Aspekt der Beobachterfunktion des Geistes ist, der die Tür öffnet für das Einfühlen in andere (Siegel 2007).

Einige wesentliche Wirkmechanismen von Achtsamkeitspraxis in der Körpertherapie sind laut Weiss folgende:

- Durch Aktivierung einer Beobachterposition können innere somatische Prozesse wahrgenommen und bewusst gemacht werden.
- Achtsamkeit ermöglicht die einfache Regulierung von Aufmerksamkeitsprozessen, die die langsame aber direkte Untersuchung von unbewussten Prozessen ermöglicht.
- Durch Achtsamkeitspraxis wird eine nicht-wertende Untersuchung des Selbst unterstützt. Sie schafft eine wohlwollende und akzeptierende Beziehung zu abgespaltener „Teilen“.
- Der durch wiederholende Praxis etablierte innere Beobachter, birgt in sich schon einen transformatorischen Aspekt. Der Beobachter fördert einen Prozess der „Disidentifikation“ von automatisierten und eingeschränkten Seinsweisen, wie depressive Zustände ausüben können (Weiss (2009)).

Im normalen Alltagsleben sind uns die Überzeugungen und Gewohnheiten, die ihren Einfluss auf unsere Wahrnehmungen, innere Stimmungen und Handlungen ausüben für gewöhnlich nicht bewusst. Ron Kurz schreibt dazu: *„Eines der Hauptziele des therapeutischen Prozesses besteht darin, diese organisierende Material ins Bewusstsein zu holen, es erforschen und zu verstehen. Innere Achtsamkeit als Bewusstseinszustand ist das Werkzeug, das wir hier benutzen.“* Kurz (1990)

Weis (2009) erwähnt in seiner Arbeit zu Achtsamkeit in der Körperpsychotherapie: *„...sind Körpertherapeuten besonders prädisponiert für diese Art der Arbeit, da sie schon daran gewöhnt sind die innere Welt eher zu empfinden, zu fühlen und zu beobachten, anstatt einfach darüber nachzudenken. Elsa Gindler, Wilhelm Reich, Charlotte Selver, Fritz Perls, David Boadella und viele andere haben die Tür weit geöffnet.“*

Die in der Studie praktizierte mitfühlende und wertfreie Qualität des achtsamen Gewahrseins in Bezug auf den eigenen Körper, die Gefühls- und Gedankenwelt könnte somit einen Beitrag dazu leisten eine veränderte Selbstperspektive und einen neuen Selbstbezug herstellen.

### **9.2.2. Berührung**

Befunde zum Forschungsfeld „therapeutische Berührung“, besonders in Verbindung mit der Bindungsforschung (Attachment), erklären die beobachtete positive Wirkung der Berührung. Besonders die Qualität der taktilen Berührung unmittelbar nach der Geburt und in den ersten Lebensmonaten wird von manchen Autoren als entscheidend für die Entwicklung und den Aufbau gesunder Beziehungen angesehen (Montagu 1974, Field 2003, Bystrova et al. 2009, Cullen-Powell et al. 2005, Haxton et al. 2012, Vincent 2011).

Ainsworth und Mitarbeiter (1978) (in Siegel 1999) haben in Langzeitstudien die Qualität des frühen Berührungsdialogs untersucht und sind ebenfalls zu dem Schluss gekommen, dass die Entscheidende dabei die Art und Weise d.h. die Berührungsqualität ist, die darüber entscheidet, wie das Kind sich selbst und die Welt erfährt.

Die Arbeit von Duhn (2010) bestätigt die Wichtigkeit der der frühen Berührung für eine sichere Bindung.

Laut Montagu (1974) ist die primäre sensorische Erfahrung eine taktile Erfahrung, die vor jener der anderen Sinnesorgane steht, und im impliziten Gedächtnis gespeichert wird. Ist diese frühe Phase mit taktiler Deprivation verbunden, führt dies zu einem belasteten Selbst- und Beziehungsmodell. Laut

Montagu ist dabei die Wahrscheinlichkeit, im späteren Leben an einer Depression zu erkranken, wesentlich erhöht.

Auch Turp (1999) erwähnt in ihren Arbeiten die Auswirkungen der frühkindlichen Berührungs-Deprivation: „*The implication is we are unable to hold ourselves well if we have not been well enough held, and that this will be reflected in muscle tone and posture. Emotional and physical aspects of such a state are simply two sides of the same coin, with the collapsed and sagging posture, described by both Hopkins and by Bick (1968), encapsulating feelings of hopelessness, of passivity and of depression* (Turp 1999). Weiters erwähnt sie: *“To judge from the anecdotal evidence available, the role of touch deprivation in depression in various sub-sections of the population warrants considerably more research than has been undertaken to date”*. (Turp 1999).

Berührungsintervention im Rahmen einer Psychotherapie werden sehr kontrovers diskutiert (Turp 1999, Odgen 2010, Busch 2006).

Trotz schulübergreifender Diskussionen und Integrationsversuchen verschiedener Verfahren unter Psychotherapeuten bleibt das Thema „Berührung“ ein schwer integrierbarer Aspekt. In der traditionellen psychotherapeutischen Praxis werden Berührungen generell aus Sorge vermieden, sie könnten vom Klienten als sexuell erlebt und missverstanden werden oder unauflösbare Übertragungsreaktionen provozieren (Odgen 2010). Auf der anderen Seite argumentieren Körpertherapeuten dass ausschließlich verbale Therapie einer „Arbeit am ganzen Menschen“ nicht gerecht würde (Turp 1999).

Zu körpertherapeutischen Methoden zählen laut European Association for Body Psychotherapy (EAPP) folgende Grundannahmen:

- Der Körper ist ein unverzichtbarer „Bestandteil“ menschlichen Existierens. Deshalb verdient er in unseren Heilbehandlungen unsere Aufmerksamkeit
- Seelische und körperliche Prozesse verlaufen zeitlich parallel, wirken gegenseitig aufeinander ein
- Der verbalen Kommunikation geht entwicklungsgeschichtlich eine ausgedehnte Phase nonverbaler Kommunikation voraus
- Auch bei Erwachsenen mache kognitive und verbale Informationsverarbeitung und Kommunikationsprozesse gegenüber anderen nur einen begrenzten Teil aus
- Sowohl Gedächtnisinhalte als auch unbewusstes Material können z.T. über sensomotorische Reize aktiviert werden und ins Bewusstsein geholt werden.
- Vitalität und Gesundheit ergeben sich nicht nur aus einem klaren Verstand, haben mit einer Balance und guten Regulation auf der physiologischen und emotionalen Ebene zu tun.
- Körpertherapeutische Verfahren zeichnen sich durch das Miteinbeziehen nonverbaler Kommunikationstechniken, von Handlungsdialogen, Berührungen, durch eine Diagnostik, die neben verbalen auch nonverbale Informationen berücksichtigt und psychosomatisch definierte Therapieziele aus (Koemeda 2006).

Die in dieser Studie angewandten Berührungsinterventionen sind nicht Teil eines psychotherapeutischen settings oder als Körperpsychotherapie zu bezeichnen. Sie verstehen sich als Körperarbeit im Sinne einer Massagetherapie. Somit ist die Ausrichtung nicht ein Bearbeiten durch die Berührung möglicherweise ausgelösten unbewussten psychischen Reaktionen, sondern das Ziel ist achtsames Körpergewahrsein zu aktivieren, eine bessere bzw. wohlwollende Beziehung zu seinem Körper zu etablieren, einer Erfahrung von Sicherheit und Vertrauen zu ermöglichen und Wohlgefühl und Entspannung zu ermöglichen.

Der erfahrungsorientierte Ansatz der bewussten und achtsamen Berührung in Kombination mit sanfter Massage ermöglicht dem Klienten ein unmittelbares körperlich-sensorisches Erleben. Diese Erfahrung war für die Studienteilnehmer bis dahin in dieser Qualität der achtsamen Zuwendung neu (missing experience). Sie erlebten die Berührung als entspannend, wohltuend und nährend und beschrieben einen neuen und achtsameren Zugang zum ihrem Körper.

Diese als neu erlebte Erfahrung könnte beim Depressiven als korrigierende Erfahrung codiert werden, im Sinne von Alexander & French (1946) die das Konzept der „emotionalen korrigierenden Erfahrung“ (corrective emotionale experience) in die Psychotherapie eingebracht haben oder Ferenczis (1931)

beschriebener „Nachnahrung“, die zu einer neuen kongruenteren Beziehung zum eigenen Körper führen könnte und somit das eigene Körperbild und damit auch das Selbstmodell verändern könnte. Dies lässt den Schluss zu, dass achtsame Berührungstherapie auf frühkindlich erlebte taktile Deprivation, die im impliziten Gedächtnis bzw. als Körpergedächtnis verankert ist, positiv wirken könnte.

Die Resultate der vorliegenden Untersuchung deuten zudem darauf hin, dass eine sichere therapeutische Berührung das von Bowlby beschriebene Veränderungspotenzial bei Erwachsenen aktivieren kann.

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie bestätigen frühere Arbeiten sowohl zum Thema Achtsamkeit als auch zum Thema therapeutischer Berührung.

## **1.10 CONCLUSIO, INTEGRATION VON ACHTSAMKEITSPRAXIS UND THERAPEUTISCHER BERÜHRUNG**

Die Synergie der beiden therapeutischen Ansätze ist bislang unseres Wissens noch nicht untersucht worden.

Gut untersucht und dokumentiert ist die positive Wirkung von Berührungsinterventionen einerseits und Achtsamkeitspraxis andererseits auf die Stimmung und das Wohlbefinden des Menschen und insbesondere auf Menschen mit Depressionen (Segal et al. 2002, Ma & Teasdale, 2004), Ott 2010, Schwartz et al. 1996, 2002, Siegel 2007, Davidson 1974, 1976, 2003, Begley 2007, Kabat-Zinn 2003, Marcher et al. 2006, Müller-Oerlinghausen et al. 2007, Field et al. 1996, 1997, Hou et al. 2010).

Die Beobachtungen von Siegel (2007) und die Forschungen von Davidson (1989, 1983, 1989, 2003) in den Bereichen Bindung und Achtsamkeit inspirierten uns eine mögliche synergistische Wirkung von achtsamer Berührungsinterventionen und Achtsamkeitspraxis zu untersuchen.

Wir konnten zeigen, dass die Kombination beider Ansätze, Achtsamkeitspraxis als aktive Form therapeutischer Intervention und Berührung als passive therapeutische Intervention zu zum Teil hochsignifikanten Resultaten führte.

Als Erklärungsansatz für die positiven Resultate bezüglich synergistischer Wirkmechanismen der beiden Therapieansätze dient das in Abschnitt 1.2.3 beschriebene Modell der hierarchischen Informationsverarbeitung (Odgen 2010), welches die kognitive, emotionale und sensomotorische Verarbeitungsweise beschreibt. Berührung wird demnach sensomotorisch verarbeitet, dabei emotional und schließlich kognitiv erlebt („bottom up“). Achtsamkeit hingegen wird zunächst kognitiv wahrgenommen, erst danach emotional und körperlich. („top down“). Der Depressive hat auf Grund seiner frühkindlich geprägten unsicheren Bindungserfahrungen ein Defizit in achtsamer Körperwahrnehmung (Segal 2002), hat kein Vertrauen in den eigenen Körper und fühlt sich seinen körperlich/sensomotorischen Reaktionen ausgeliefert. Laut Müller-Oerlinghausen et al. (2007) sind Muskelanspannungen, flache Atmung, Energiemangel und Erschöpfung, Verlust des Empfindens usw. bezeichnend für Menschen mit Depressionen.

Unsere Beobachtungen an den Studienteilnehmern konnte dies bestätigen, dies war auch bei den somatischen Items, deutlich.

Achtsame Berührungsinterventionen und Achtsamkeitspraxis integrieren unmittelbare sensomotorische Körpererfahrung mit achtsamer kognitiver Selbstwahrnehmung (top down und bottom up ergänzen und verstärken einander).

Die Ergebnisse der Studie deuten auf einen positiven Einfluss auf beide Verarbeitungsprozesse hin. Dies betrifft sowohl die top down - Items wie (1) Depressive Stimmung, (2) Schuldgefühle, (3) Suizidalität, (7) Arbeit und Interesse, (9) Unruhe /Agitiertheit, (10) Angst (Psychische Symptome) als auch die bottom up - Items wie (4,5,6) Schlafstörungen, (8) Verlangsamung, (11) Angst (Somatische Symptome), (12) Gastrointestinale Symptome, (13) Allgemeine somatische Symptome, (14) Libidoverlust und (17) Gewichtsverlust.

Die Ergebnisse zeigen, dass der erfahrungsorientierte Ansatz des unmittelbaren Erlebens der eigenen Körperlichkeit durch achtsame Berührung und der achtsamkeitsorientierte Ansatz einer Meta-Kognition die negativ bottom up / top down - Feedbackschleife durchbrechen könnte.

## Ausblick

Ob die Verbesserungen ganz oder zum Teil durch die spezifische Methode oder die unspezifische Zuwendung der Therapeuten erreicht wurden, lässt sich durch weitere Studien mit verändertem Design klären, wo z. B. die Achtsame Berührungstherapie mit Gesprächstherapie verglichen wird. Zur Untersuchung der physiologischen Hintergründe wären Untersuchungen biologischer Parameter wie Kortisol- oder Oxytocinstatus interessant.

Unabhängig von den zugrundeliegenden physiologischen Mechanismen rechtfertigen unsere Beobachtungen die Empfehlung „Achtsame Berührungstherapie in Kombination mit Achtsamkeitspraxis“, besonders unter kontrollierten (Studien)-Bedingungen einzusetzen. Gegebenenfalls wäre zu beobachten und zu dokumentieren, ob antidepressive Medikation, Krankenstandstage, oder Hospitalisierungen reduziert werden.

## Literatur

- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press. 1946.
- Anzieu, D. (1989). *The Skin Ego*. New Haven: Yale University Press.
- Balint, M. (1981). *Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Frankfurt/M: Ullstein.
- Begley, S.(2007). *Train your mind*. New York: Ballantine Books.
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, MV., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, BW., Myers-Arazola, L., Gonzalez, C., Segal, Z., Aubry, JM.& Bertschy G. (2010) Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: replication and extension in the swiss health care system. *Journal of affective disorders*. 122(3),224-31.
- Bowlby, J. (1961). Process of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2 Separation and Anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3 Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Boyesen, G., & Boyesen, M.L. (1987). *Biodynamik des Lebens*. Essen: Syntesis.
- Brittany, F. Escurieux & Elise E. Labbé (2011). Health Care Providers' Mindfulness and Treatment Outcomes: A Critical Review of the Research Literature. *Journal of Mindfulness*. 2(4), 242-253.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, AS., Ransjö-Arvidson, AB., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, AM. (2009). Effects on mother-infant interaction one year later. *Journal of Birth*. 36(2), 97-109.
- Cullen-Powell, LA., Barlow, JH. & Cushway, D. (2005). Exploring a massage intervention for parents and their children with autism: the implications for bonding and attachment. *Journal of Child Health Care*. 9(4),245-55.
- Damásio, A., R.(1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, New York: GP Putnam.
- Davidson, R. J., & Fox, N.A. (1989). Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants' Respons to Maternal Separation. *Journal of Abnormal Psychology*. 98, 127-131.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D. & Santorelli, S.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 65, 564–570.
- Davidson, R.J. & Coleman D. J. (1974). The Role of Attention in Meditation and Hypnosis: A Psychobiological Perspective on Transformation of Consciousness". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 4, 291-308.
- Davidson, R.J., Schwartz, G.E., & Rothman, L. P. (1976). Attention Style and Self-Regulation of Mode-Specific Attention: An Electroencephalographic Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 235-38.

- Duhn L. (2010). The importance of touch in the development of attachment. *Journal of Advances Neonatal Care*. 10(6), 294-300.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. & Haglin, D. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 22(4), 716-21.
- Ferenczi, S. (1927). Zur Kritik der Rankschen „Technik der Psychoanalyse“ in Ferenczi, S. (1964): *Bausteine der Psychoanalyse*. Bd. II. Bern: Hans Huber
- Ferenczi, S. (1932). *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt/M: Hans Huber.
- Field T, Ironson G., Scafidi F., Nawrocki T., Goncalves A., Buman I., Pickens J., Fox N., Schanberg S., Kun C., (1969). Massage therapy reduce anxiety and enhances EEG pattern or alertness and math computations. *International Journal of Neuroscience*, 86, 197-205.
- Field, T. (2001). *Touch*. Cambridge: MIT Press.
- Field, T., Sunshine, S., Hernandez-Reif, M., Quintino, O., Schanberg, S., Kuhn, C., Burmann I., (1997). Chronic Fatigue Syndrome: Massage Therapy Effects on Depression and Somatic Symptoms in Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 3, 43-51.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Frankfurt/M: Fischer.
- Grodeck, G. (1988). *Verdrängen und Heilen. Ansätze zur Psychoanalyse und zur psychosomatischen Medizin*. Berlin: Fischer.
- Haxton, D., Doering, J., Gingras, L. & Kelly, L. (2012). Implementing skin-to-skin contact at birth using the Iowa model: applying evidence to practice. *Journal of Nursing for Womens Health*, 16(3), 220-9,
- Hou W.H., Chiang P.T., Hsu T.Y., Chiu S.Y., Yen Y.C. (2010). Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 894-901.
- Jütte, R. (2001). *Anweisung für einen Abstieg zur Hölle*. Retrieved from www.community-muenchen.de, 2001 <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/wissen.php>
- Kabatt-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), S. 133-156.
- Kabatt-Zinn, J. (1994). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Random House Publishing Group.
- Keleman, S. (1986). *Bonding. A somatic-emotional approach to transference*. Berkeley: Center Press.
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H., & Soeder, U. (2006). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK, Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. *Journal für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 56 (12), 6-19.
- Kurtz, R. (1990). *Body-Centered Psychotherapy: The Hakomi Method*. Mendocino: Life Rhythm
- Lowen, A. (1967). *The Betrayal of the Body*. New York: Macmillan.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- Marcher, L., Jarlnes, E., Münster, K. (2006). Die somatischen Grundlagen der Berührung. In: Marlock, G. & Weiss, H., (Hrsg.): *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart: Schattauer.
- Michalak, J., Heidenreich, T., Meibert, P. & Schulte D. (2008). Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(8), 630-3.
- Montagu, A. (1986). *Touching: The Human Significance of the Skin*. New York: HarperCollins.
- Müller-Oerlinghausen, B., Berg, C., Droll, W. (2007). Die Slow Stroke Massage als ein körpertherapeutischer Ansatz bei Depression. *Psychiat. Prax*, 34, Supplement 3: S.305-308 .
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York : W.W. Norton.

- Ott, U. (2010). *Meditation für Skeptiker*. München: O.W. Barth Verlag.
- Rank, O. (1998). Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Gießen. *Maternal Separation. Journal of Abnormal Psychology*, 98, 127-131.
- Reich, W. (1987). *Die Funktion des Organismus*. Köln: Kiepheuer & Witsch.
- Reich, W. (1989). *Charakteranalyse*. Köln: Kiepheuer & Witsch.
- Schaffer, C.E., Davidson, R. J. & Saron C. (1983). Frontal and Parietal Electroencephalogram Asymmetry in Depressed and Nondepressed Subjects. *Journal of Biological Psychiatry*, 18, 753-762.
- Schwartz, J. M. (1996). Systematic Changes in Cerebral Glucose Metabolic Rate after Successful Behavior Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 109-13.
- Schwartz, J. M. & Begley S. (2002). *The Mind and the Brain: Neuroplasticity and the power of Mental Force*. New York: Regan Books.
- Segal, Z.V., Williams J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York: Guilford.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton & Company.
- Splensins, K., Smith, A. & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Journal of Aging & Mental Health*, 13(3), 328-35.
- Teasdale, J.D., Segal, ZV., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-23.
- Turp, M. (1999). Touch, enjoyment and health: in infancy. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 2.1, 19-35.
- Vincent, S. (2011). Skin-to-skin contact. Part one: just an hour of your time... *Journal of The Practising Midwife*. 14(5), 40-1.
- Weiss, H. (2009). The use of mindfulness in psychodynamic and body oriented psychotherapy. *The Taylor and Francis International Journal for Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(1), 5 – 16.
- Weiss, H., Harrer, M.E., Dietz, T. (2010). *Das Achtsamkeitsbuch*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Williams, J.M., & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 359-60.
- Wittchen H.U., Jakobi F., Klose M., Ryl L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Depressive Erkrankungen*, Heft 51. Berlin: Robert Koch Institut