

Achtsame Berührungstherapie bei Menschen mit Depressionen

**Vorstellung einer
laufenden experimentellen kontrollierten klinischen Studie**



Thesis

**Zum Erlangen des akademischen Grades
Master of Science gemäß § 28 österr. UmSTG**

MSc Complementary, Psychosocial and Integrated Health Sciences

**Am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau**

(college@inter-uni.net , www.interuni.net)

Vorgelegt von

Andreas Stötter

Im Juni 2008

Inhaltsverzeichnis

1. STRUKTURIERTE ZUSAMMENFASSUNG	4
2. EINLEITUNG	12
3. ACHTSAMKEIT	13
3.1. Stand des Wissens	13
3.2. Geschichte	15
3.3. Achtsamkeit und Neurobiologie	15
3.3.1. <i>Achtsamkeit und Neuroplastizität</i>	17
3.3.2. <i>Die Gehirne tibetischer Lamas</i>	18
3.4. Achtsamkeit in der Emotionsforschung	19
3.5. Achtsamkeit und Stressbewältigung	20
3.6. Messung der Achtsamkeit	24
3.7. Achtsamkeit und Psychotherapie	25
4. BERÜHRUNG	25
4.1. Stand des Wissens	27
4.2. Berührung und Neurobiologie	27
4.2.1. <i>Oxytocin</i>	29
4.2.2. <i>Endorphine</i>	31
4.2.3. <i>Neurotransmitter</i>	31
4.2.4. <i>Cortisol</i>	32
4.2.5. <i>Berührung und Neuroplastizität</i>	32
4.2.6. <i>Berührung und Spiegelneurone</i>	32
4.3. Bindungsforschung	33
4.3.1. <i>Bindung und Achtsamkeit</i>	34
4.3.2. <i>Bindung und Neurobiologie</i>	37
4.4. Trauma-Forschung	37
4.4.1. <i>Trauma und Neurobiologie</i>	39
4.4.2. <i>Trauma und Körper</i>	40
4.5. Berührung und Psychotherapie	41
4.6. Berührung als „Via Regia“ zum Unbewussten	42
5. DEPRESSION	43
5.1. Grundlagen – Problemstellung – Statistik	44
5.2. Formen der Depression	44
5.3. Neurobiologische Faktoren	44
5.4. Psychologische Theorien zur Depressionsentstehung	45
5.4.1. <i>Erlernte Hilflosigkeit</i>	46
5.4.2. <i>Kognitionen als Ursache</i>	46

5.4.3. <i>Psychoanalytische Ansätze</i>	46
5.5. Therapie der Depression	47
5.5.1. <i>Psychotherapie</i>	47
5.5.2. <i>Pharmakotherapie</i>	47
5.5.3. <i>Achtsamkeitstherapie</i>	48
5.5.4. <i>Berührungstherapie</i>	48
6. THERAPIEBESCHREIBUNG	49
6.1. Das Gespräch	51
6.2. Achtsamkeitsübungen	51
6.3. Achtsamkeitsübungen mit Berührung	51
6.4. Atemmassage	51
6.5. Massage	51
7. ARBEITSHYPOTHESE	52
7.1. Der intrapersonelle Aspekt	53
7.2. Der interpersonelle Aspekt	53
7.3. Der neurobiologische Aspekt	53
7.4. Der mental-emotionale Aspekt	53
7.5. Der Ressourcen-Aspekt	53
8. STUDIENBESCHREIBUNG	53
8.1. Forschungsfragen	54
8.2. Studienart	54
8.3. Studienleiter, Partner und Durchführungsort	54
8.4. Auswahl der Therapeuten	55
8.5. Schulung der Therapeuten	55
8.6. Studienteilnehmer	55
8.6.1. <i>Auswahl der Teilnehmer</i>	55
8.6.2. <i>Fallzahl</i>	56
8.6.3. <i>Symptomatik der Teilnehmer</i>	56
8.7. Randomisierung	57
8.8. Patienten-Information und Einverständniserklärung	57
8.9. Messmethoden	57
8.9.1. <i>Hamilton Depressions- Skala</i>	57
8.9.2. <i>Cortisolbestimmung im Speichel</i>	57
8.10. Therapiephase	57
8.11. Statistische Auswertung	58
9. LITERATUR	58
	59



www.inter-uni.net > Forschung

Achtsame Berührungstherapie bei Menschen mit Depressionen
Vorstellung einer laufenden experimentellen kontrollierten klinischen Studie
Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)

Andreas Stötter

Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2008

Einleitung

Achtsame Berührungstherapie ist ein Therapieverfahren, das aus der fünfundzwanzigjährigen Praxiserfahrung des Autors als Körper- und Psychotherapeut entstanden ist.

Die Methode stützt sich auf Erkenntnisse aus Neurobiologie, Entwicklungspsychologie, Bindungsforschung und östlicher Philosophie und vereint Erfahrungen aus der Achtsamkeits-Praxis, Hakomi - körperorientierter Psychotherapie und verschiedene Formen der Massage und Körperarbeit.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Beschreibung des theoretischen Hintergrunds, der Arbeitshypothese und auf die Beschreibung der methodischen Herangehensweise. Die Ergebnisse sind Ende des Jahres 2008 zu erwarten.

Problemstellung

Fast jeder Fünfte leidet irgendwann in seinem Leben unter einer depressiven Periode. Bei gut der Hälfte dieser Personen wird die depressive Störung so schwer, dass eine Behandlung erforderlich wird. 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. In Deutschland erkranken nach Angaben des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie etwa 4,4 Prozent der Männer und 13,5 Prozent der Frauen an Depressionen. (JÜTTE 2001)

Dass die Depression eine der größten Volkskrankheiten ist, wurde erst jüngst von der WHO (MURRAY & LOPEZ 2001) bestätigt. Betrachtet man neben der Schwere der Beeinträchtigung auch die Dauer der Erkrankung, liegen Depressionen in den entwickelten Ländern vor allen anderen psychischen und physischen Erkrankungen.

Die EU geht davon aus, dass die Depression in den kommenden 10 Jahren weltweit die Volkskrankheit Nummer 2 sein wird (Wimmer 2005).

Die therapeutischen Maßnahmen, die sich vorwiegend auf Psychotherapie und Pharmakotherapie beschränken, scheinen für die erschreckenden Ausmaße der Krankheit nicht ausreichend zu sein.

Hintergrund und Stand des Wissens

Achtsamkeit

Achtsamkeit ist eine natürliche menschliche Geisteshaltung und bedeutet „bewusste nicht-wertende Aufmerksamkeit und Akzeptanz der Dinge wie sie sind“. Sie beinhaltet unmittelbar präsent im gegenwärtigen Augenblick zu sein, ohne durch den Filter des kognitiven Geistes das Erlebte zu etikettieren, zuzuordnen oder zu interpretieren. Die Erfahrungsintensität des Augenblicks wird um ein vielfaches intensiviert und unmittelbar erlebt.

Es ist nun auch wissenschaftlich anerkannt, dass achtsam und bewusst zu sein, und dadurch sich dem Reichtum und der Fülle unserer Erfahrung im Hier und Jetzt zu widmen, positive Veränderungen in unserer Physiologie, den Funktionen unseres Geistes, und unseren zwischenmenschlichen Beziehungen bewirkt (SIEGEL 2007).

Achtsames Wahrnehmen fördert somit nicht nur die Selbstwahrnehmung, sondern die Fähigkeit des Einfühlens in den Anderen, die Fähigkeit nonverbale emotionale Signale wahrzunehmen und somit das Innenleben des Anderen zu erfassen. Auf diese Weise wird an Gefühlen des Anderen teilgenommen, nachempfunden und die psycho-emotionale Kommunikation gestärkt. Die Voraussetzung für emotionale Intelligenz ist Achtsamkeit.

Wurzeln der Achtsamkeit

Unmittelbares Erleben im gegenwärtigen Moment ist als grundlegender Bestandteil der buddhistischen, hinduistischen taoistischen, islamischen, christlichen und jüdischen Lehre beschrieben worden (SIEGEL 2007). In diesen Traditionen, vom mystischen Christentum mit seinem kontemplativen Gebet, über dem Rezitieren mystischer Texte der Juden und der Achtsamkeits-Meditation der Buddhisten bis zu den Trancetänzen der Sufis, finden sich in unterschiedlicher Ausprägung und Form, Aspekte der Achtsamkeitspraxis wieder.

Die wohl am stärksten ausgeprägte Achtsamkeits-Kultur finden wir im Buddhismus. Achtsamkeit ist das *"Herzstück"* der buddhistischen Lehre und findet sich wiederholt in den Schriften als Teil des edlen achtfachen Pfads als Weg zur Aufhebung von Leiden.

Achtsamkeit in der Neurobiologie

Eine der ersten wissenschaftlichen neurobiologischen Untersuchungen zum Thema Achtsamkeit wurde vom Neuropsychiater JEFFREY SCHWARTZ, von der Universität Los Angeles, Kalifornien, im Jahre 1987 durchgeführt. SCHWARTZ vermutete, dass die inneren Signale die durch einen achtsamen Geist ausgelöst werden, Einfluss auf die Neuroplastizität des Gehirns haben würde.

Die Untersuchungsreihe, die eine bahnbrechende Studie werden sollte, wurde an 18 Patienten mit Zwangsstörungen durchgeführt und dauerte 10 Wochen. Zu Beginn und nach Abschluss der Studie, wurden PET Bilder vom Gehirn der Patienten gemacht. SCHWARTZ: „Die Therapie hatte den Stoffwechsel des Zwangsstörungs-Schaltkreises verändert. Es war die erste Studie, die zeigte, dass

eine kognitive Verhaltenstherapie die Macht hat, die fehlerhafte Chemie in einem klar umrissenen Gehirnschaltkreis systematisch zu verändern. Die dadurch bewirkten Veränderungen des Gehirnes lieferten den eindeutigen Beweis dafür, dass eine bewusste Absicht Gehirnfunktionen verändern kann und dass eine solche willentlich herbeigeführte Veränderung des Gehirns – seine Neuroplastizität – eine unumstößliche Tatsache ist“ (J.M. SCHWARTZ et al. 2002, zit. in BEGLEY 2007, S. 250).

Eine weitere Studie zum Thema, führte RICHARD DAVIDSON, Professor für Psychologie und Psychiatrie an der University of Wisconsin durch. Dabei wurden Gehirne von meditierenden Menschen mit bildgebenden Verfahren wie fMRT, PET und Hirnstrommessungen untersucht. Als besonders auffällig zeigte sich eine vermehrte Aktivität des linken präfrontalen Kortex, einem Bereich des Frontalhirns, zuständig für eine positive Grundstimmung, erhöhte Aufmerksamkeit und Emotionsregulation. Entscheidend ist dabei das Verhältnis des Aktivitätsmusters zwischen linkem und rechtem Frontalhirn. Bei depressiven Menschen zeigt das rechte Frontalhirn eine erhöhte Aktivität und ist somit zuständig für eine negative Grundstimmung. DAVIDSON hatte mit verschiedenen Kollegen bis 2006 mehr als 50 Artikel über das Ungleichgewicht in der präfrontalen Neuronenaktivität veröffentlicht, die für den Unterschied in der Stimmung und im Wohlbefinden verantwortlich war (BEGLEY 2007).

Ein Forscher, der die Entdeckungen DAVIDSONs zu den Aktivitäten des präfrontalen Kortex und Gefühlsregulation weiter erforschte, ist DANIEL SIEGEL, Psychologe, Psychiater und Prof. für Psychiatrie an der UCLA School of Medicine in Los Angeles (SIEGEL 2007).

Berührung in Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung

Studien aus der Entwicklungspsychologie weisen auf den prägenden Faktor der taktilen Berührung in der Mutter-Kind Beziehung während der ersten Lebensmonate hin. Der Wissenschaftler A. MONTAGU (1971) hat in seinem Lebenswerk „la peau et le toucher“ die Berührung als basales Grundbedürfnis des Menschen – gleich wie das Bedürfnis nach Licht, Schlaf, Essen/Trinken und nach Anerkennung und Liebe- gewürdigt.

Neurobiologische Studien zeigen eindrucksvoll das Zusammenspiel der menschlichen Haut, Taktilität und der Entwicklung entsprechender neuronaler Netzwerke im menschlichen Gehirn (DAMASIO 1999, 2001, ROTH 2001, aus MARLOCK & WEISS 2007)

AINSWORTH und Mitarbeiter (1978) haben in Langzeitstudien die Qualität des frühen Berührungsdialogs untersucht und sind ebenfalls zu dem Schluss gekommen, dass das Entscheidende dabei die Art und Weise d.h. die Berührungsqualität ist und darüber entscheidet, wie das Kind sich selbst und die Welt erfährt. Sichere Bindung zwischen Mutter und Kind entsteht zu Beginn fast ausschließlich aus Berührungen und Umarmungen. Bleibt dieses grundlegende Berührungsbedürfnis unbefriedigt, entwickelt der Säugling extreme Ängste, die zu ernsthaften Störungen der grundlegenden physiologischen Prozesse des Körpers führen und weiters die Persönlichkeitsentwicklung der Säuglinge einschränkt.

Diese frühen taktilen Erfahrungen bleiben demnach als emotional-kinästhetische Realität im Körpergedächtnis gespeichert und bestimmen das erwachsene Selbst mit, ja sind Erfahrungen des Selbst, da das Selbst immer ein Körper selbst ist. Körperliche Erfahrung ist psychische Erfahrung. „Am Anfang des Lebens ist das Selbst ein Körper-Selbst und die Welt des Säuglings ist zuerst vor allen eine taktile Welt“. (NATHAN 1999) Für das neugeborene Selbst ist nichts prägender als die Liebe die aus verschiedenen Arten der Berührung spricht.

Berührung in der Neurobiologie

Haut und Nervensystem gehen in der embryonalen Entwicklung aus demselben Keimblatt hervor, dem Ektoderm. Dabei entsteht das Zentralnervensystem als innerer Teil der Oberflächenstruktur bzw. Haut des Embryos. Man könnte somit die Haut als exponierten Teil des Nervensystems oder als externes Nervensystem betrachten (MONTAGU 1995).

Das Wachstum und die Entwicklung der Haut dauern das ganze Leben an und hängen weitgehend davon ab, welche Art von Umweltreizen auf sie ausgeübt wird.

Die Informationen, die die Haut über die enorme Zahl an sensorischen Wahrnehmungsorganen an das Gehirn weiterleiten, sind somit entscheidend für die Gehirnentwicklung. Die Verarbeitung der im Gehirn eintreffenden Berührungsreize geschieht sowohl mittels komplexer neuronaler Verbindungen, als auch mit Hilfe von chemischen Botenstoffen, Neuropeptiden und Hormonen wie: Oxytocin, Endorphin, Neurotransmitter und Cortisol.

Untersuchungen des Neurowissenschaftlers MEANEY von der McGill-Universität in den USA am Sozial-Verhalten von Ratten, bestätigen die Erkenntnisse zur Bedeutung von Berührung für die Entwicklung von Tier und Mensch. MEANEY untersuchte das Verhalten von Rattenmüttern zu ihren Babys. Er fand heraus, dass Ratten, die in Stresssituationen versetzt wurden, viel sensibler auf das Stresshormon Glucocorticoid reagierten als Ratten, die völlig in Ruhe gelassen wurden. MEANEY untersuchte nun das „Leck- und Putz-Verhalten“ der Rattenmütter von gestressten, verängstigten Babys. Dabei viel auf, dass es einen Unterschied zwischen dem Verhalten von viel und gründlich geleckten und geputzten Rattenbabys, zu solchen die nicht so gründlich geleckt und geputzt wurden, gab. Anhand der Konzentration der Glucocorticoid-Rezeptoren im Gehirn der Rattenbabys konnte nachgewiesen werden, dass das gründliche und fürsorgliche Putzen und Lecken zu einer stressfreien und gesunden Entwicklung des Nachwuchses führte (BEGLEY 2006).

Mütterliche Fürsorge beeinflusst die Entwicklung des Gehirns und verändert besonders die Entwicklung bestimmter Gene. Dies ist die Ursache für die Unterschiede in der Art und Weise, wie einzelne Ratten auf Stress reagieren und wie sie ihren Nachwuchs aufziehen (MEANEY 2004, aus BEGLEY 2006). Laut MEANEY entwickeln sich beim gründlichen Lecken und Putzen der Rattenbabys die Gehirnbereiche, die auch für die Verarbeitung von positiven Erfahrungen zuständig sind (BEGLEY 2006).

Ausgehend von den Erkenntnissen der Neurowissenschaft, die darauf hindeuten, dass Sinneserfahrung und ihre neuronale Verarbeitung Einfluss auf die Plastizität des Gehirns hat, lässt die Schlussfolgerung zu, dass taktile Berührungserfahrung, ausgeführt mit Achtsamkeit und Fürsorge, ein wesentlicher und wahrscheinlich der wichtigste Faktor in der somatischen, emotionalen und sozialen Entwicklung des Menschen darstellt.

Forschungsfragen

Hauptfrage:

Kann achtsame Berührungstherapie die Symptomatik von Menschen mit Depressionen positiv beeinflussen oder nicht?

Nebenfrage:

Kann achtsame Berührungstherapie bei Menschen mit Depressionen die Cortisol – Konzentration im Speichel beeinflussen?

Arbeitshypothesen

- Achtsame Berührungstherapie könnte für Menschen mit Depressionen eine Hilfestellung sein und die Wirkung herkömmlicher Therapiemaßnahmen unterstützen.
- Achtsame Berührungstherapie könnte für den Klienten als korrigierende Erfahrung codiert werden, zu einer neuen Beziehung zum eigenen Körper führen und somit das eigene Körperbild und damit das Selbstmodell verändern.
- Achtsame Berührungstherapie könnte auf frühkindlich erlebte taktile Deprivation, die im impliziten Gedächtnis bzw. als Körpergedächtnis verankert ist, positiven Einfluss nehmen.
- Das neu durch achtsame Berührungstherapie empfundene und bewusst erlebte körperliche und emotionale Wohlfühlgefühl könnte als Ressource für die Emotionsregulation, zur Verarbeitung von erlebten Traumata und zu neuer kognitiver Integration führen.
- Die achtsame interpersonelle Kommunikation mit dem Therapeuten, könnte eine Ressource zur Verarbeitung und Regulation von unsicheren Bindungsstilen und deren Veränderung sein.
- Der auf das vegetative Nervensystem entspannende Effekt der achtsamen Berührungstherapie, könnte chronische Stress- und Aktivierungsmuster einer gesunden Regulationsfähigkeit zuführen und Über- und Untererregungszustände ausgleichen.
- Die Cortisol – Konzentration im Blut könnte sinken und damit deren toxischen Aspekt auf dementsprechende neuronale Schaltkreise reduzieren.
- Achtsame Berührungstherapie könnte die Regenerationsfähigkeit die für die Depression entscheidenden Gehirn-Areale, Hippokampus und Mandelkern, anregen.

Methodik und Design

Studienart

Es handelt sich um eine laufende experimentelle kontrollierte randomisierte klinische Studie

Studienleiter, Partner und Durchführungsort

Leiter der Studie:

ANDREAS STÖTTER, Studierender des Master of Science Lehrgangs MSc Complementary, Psychosocial and Integrated Health Sciences am Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau

Partner:

Psychiatrisches Krankenhaus, Hall in Tirol, Leitung: Prof. Prim. Dr. med. CHRISTIAN HARING

UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol Research Division for Mental Health, Leitung: MMag. PATRICIA OLEKSY

Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau Leitung: Dr. P. CHRISTIAN ENDLER, Prof. a. D.

Yoni Akademie für ganzheitliche Gesundheitskultur, Innsbruck, Leitung: ANDREAS STÖTTER

Durchführungsort:

Psychiatrisches Krankenhaus Hall in Tirol

Auswahl der Teilnehmer

Die Teilnehmer der Studie sind Patienten des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol und werden von der betreuenden Psychologin MMag. PATRICIA OLEKSY rekrutiert.

Fallzahl

Die Studie wird mit 30 Teilnehmern durchgeführt, davon erhalten 15 Personen die Therapie und 15 Personen dienen als Kontrollgruppe.

Symptomatik der Teilnehmer

Bei den Patienten handelt es sich um Menschen mit mittelschweren Depressionen

Randomisierung

Die Teilnehmer werden nach dem Zufallsprinzip durch Losung den beiden Gruppen zugeordnet.

Messmethoden

Als 1. Messmethode wird die Hamilton Depressions- Skala (21 Items) verwendet.

Als 2. Messmethode wird eine Speichelabnahme mit anschließender Cortisolbestimmung verwendet.

Therapiephase

Jeder der 15 Teilnehmer aus der zu behandelnden Gruppe erhält 16 Therapien zu je 50 min. über einen Zeitraum von 8 Wochen.

Die 15 Teilnehmer werden von 4 Therapeuten betreut. Jeder Therapeut betreut seinen Patienten die gesamten 16 Sitzungen hindurch. Ein Therapeutenwechsel bei ein und derselben Person wird nicht vorgenommen. Jeder Teilnehmer erhält dieselbe, identische standardisierte Behandlung, sowohl bezüglich Ablauf der Therapie als auch bezüglich der Zeitstruktur.

Die Anzahl der Behandlungen beträgt in den ersten 3 Wochen 3 x pro Woche, in den darauf folgenden 5 Wochen erhalten die Teilnehmer die restlichen 7 Behandlungen.

Statistische Auswertung

Die Ergebnisse der Studie sind Ende des Jahres 2008 zu erwarten. Bei der Auswertungsmethode handelt es sich um eine Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Literatur

Bauer, Joachim: Warum ich fühle was du fühlst. Hoffmann und Kampe Verlag Hamburg 2006

Begley, Sharon: Neue Gedanken – Neues Gehirn. Die Wissenschaft der Neuroplastizität beweist, wie unser Bewusstsein unser Gehirn verändert. Wilhelm Goldmann Verlag München 2007.

Ford, W. Clyde: Berühren – Erinnern – Heilen. Der einfühlsame Dialog mit dem Körper. Verlag für Angewandte Kinesiologie Freiburg im Breisgau 1995.

Green, Viviane; (Hrsg.): Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften – Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis. Brandes & Apsel Verlag Frankfurt am Main 2005.

Levine, A. Peter: Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeiten, traumatische Erfahrungen zu transformieren. Synthesis Verlag 1998.

Marlock, Gustl; Weiss, Halko; (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie, Schattauer Verlag Stuttgart 2006.

Murray, CJ; Lopez, AD: "Global Burden of Disease", in „European Alliance Against Depression“ (EAAD) 2008, www.eaad.net

Montagu, Ashley: Körperkontakt – die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Klett-Cotta Verlag Stuttgart 1974.

Nathan, Bevis: Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. Verlag Hans Huber Bern 2001.

Siegel, Daniel J.: Wie wir werden die wir sind – Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehungen. Junfermann Verlag Paderborn 1999.

Siegel, Daniel J.: Das Achtsame Gehirn. Arbor Verlag Freiamt 2007.

2. EINLEITUNG

„Lerne deine Technik gut, aber sei darauf vorbereitet, sie fallen zu lassen, wenn du die menschliche Seele berührst.“ (C.G. JUNG in CLYDE 1995 S. 213)

Achtsame Berührungstherapie ist ein Therapieverfahren, das aus der fünfundzwanzigjährigen Praxiserfahrung des Autors als Körper- und Psychotherapeut entstanden ist.

Die Methode stützt sich auf Erkenntnisse aus Neurobiologie, Entwicklungspsychologie, Bindungsforschung und östlicher Philosophie und vereint Erfahrungen aus der Achtsamkeits-Praxis, Hakomi - körperorientierter Psychotherapie und verschiedene Formen der Massage und Körperarbeit.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass mitfühlende, achtsame Berührung ein basales Grundbedürfnis des Menschen und für die frühe Säuglingsentwicklung ausschlaggebend ist, fügt Achtsame Berührungstherapie dies in einen sicheren therapeutischen Kontext ein und ermöglicht dem Klienten eine Erfahrung des Angenommenseins und der achtsamen und respektvollen Begegnung mit dem Anderen und ein Berührtwerden, das sich nicht ausschließlich auf den Körper bezieht, sondern alle Aspekte des Menschseins mit einbezieht und berührt. Dies kann für den Klienten eine neue Erfahrung

darstellen, die im Sinne einer „korrigierenden Erfahrung“ das eigene Körper- und Selbstbild, die Art und Weise des mit sich in Beziehungseins und das Erleben der eigenen Gefühlswelt, verändern kann. Das damit verbundene Achtsamkeitstraining gibt dem Klienten zudem die Möglichkeit eines selbstbestimmten und bewussten Wahrnehmungs- und Handlungsspielraums und kann zur schrittweisen Überwindung von Gefühlen der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins führen.

Achtsame Berührungstherapie kann von unbewusster Ver-Wicklung zu bewusster Ent-Wicklung führen.

Die Therapie verläuft nach einem festgelegten fortlaufenden Schema, in dem Achtsamkeitstechniken, Berührungs-Übungen zur Vertiefung der Körperwahrnehmung und sanfte Massageformen miteinander verbunden werden. Eingebunden in die Therapie sind Achtsamkeitsübungen die der Klient selbstständig zwischen den Therapiesitzungen ausführt.

3. ACHTSAMKEIT

Achtsamkeit ist eine natürliche menschliche Geisteshaltung und bedeutet eine bewusste nicht-wertende Aufmerksamkeit und Akzeptanz der Dinge wie sie sind. Sie beinhaltet unmittelbar präsent im gegenwärtigen Augenblick zu sein, ohne durch den Filter des kognitiven Geistes das Erlebte zu etikettieren, zuzuordnen oder zu interpretieren. Die Erfahrungsintensität des Augenblicks wird um ein vielfaches intensiviert und unmittelbar erlebt. Diese „Sein-Lassen“ der Dinge im Außen wie im Innen wird als tiefe Gelassenheit und Verbundenheit erlebt und wird durch vertiefende Praxis als Mitgefühl empfunden.

Es ist nun auch wissenschaftlich anerkannt, dass achtsam und bewusst zu sein, sich dem Reichtum und der Fülle unserer Erfahrung im Hier und Jetzt zu widmen, positive Veränderungen in unserer Physiologie, den Funktionen unseres Geistes, und unseren zwischenmenschlichen Beziehungen bewirkt (SIEGEL 2007).

Achtsamkeit ist demnach kein distanzierter oder dissoziierter Zustand, sondern wird als intensive Verbundenheit erlebt, sie ist eins mit dem Objekt der Wahrnehmung. Achtsam sein bedeutet nicht, jeden Aspekt unserer Umwelt gleichermaßen intensiv zu beachten. Es geht auch nicht um angestregtes „Aufpassen“ oder um eine Hypervigilanz. Achtsam ist man „ganz entspannt im Hier und Jetzt“.

Weiters darf Achtsamkeit nicht mit Konzentration verwechselt werden, bei der der Wahrnehmungsfokus verengt und auf ein Ziel gerichtet ist. Konzentration ist Ausschließung. Achtsamkeit schließt nichts aus. Sie setzt stattdessen voraus, einen weiten Wahrnehmungsfokus zu haben, „Zielscheibe zu sein und nicht Pfeil“, offen und sensibel zu sein für Neues, die Welt mit den Augen eines neugierigen Kindes zu betrachten. Sie entspricht dem „Anfängergeist“ der Zen-Buddhisten.

Achtsam sein bedeutet, die Wahrnehmung zu schärfen und überall Nuancen und Veränderungen zu erkennen. Achtsamkeit ist die Kunst, die feinen Unterschiede wahrzunehmen. Wer achtsam ist, ist

ganz bei der Sache und verschafft sich dadurch immer wieder neu ein unvoreingenommenes Bild der Realität. Er kann flexibler und langfristig erfolgreicher reagieren. Im Zustand der Achtsamkeit bleibt man offen für alle Aspekte einer Situation. Es ist dies ein Zustand, der der Freud'schen „freischwebenden Aufmerksamkeit“ des Therapeuten während der Psychoanalyse sehr nahe kommt.

Achtsamkeit basiert auf vier Voraussetzungen:

- Über-Bewusstheit: Man verliert sich nicht in einer Tätigkeit, sondern ist sich bewusst, etwas Bestimmtes zu tun (z. B. beobachten).
- Nicht abgelenkt sein: „Nebengeräusche“ wie Grübeleien, Zukunftssorgen oder Gefühlsaufwallungen beeinträchtigen die Wahrnehmung.
- Neutralität: Enthaltung jeglichen Urteilens und Wertens dessen, was wahrgenommen wird, es wird alles erst einmal „unbenotet“ aufgenommen, selbst wenn vieles bekannt ist und man versucht ist, auf Erfahrungen und Vorurteile zurückzugreifen. Achtsamkeit ist „präreflexiv“ – registriert lediglich, was geschieht, ohne sich schon in bestimmte Gedanken oder Gefühle einzuklinken.
- Perspektivenwechsel: Im Zustand der Achtsamkeit und der Neutralität besteht ein Bewusstsein darüber, dass man die Dinge aus sehr unterschiedlichen Perspektiven betrachten kann. (VON STERN 2004)

Achtsamkeit bedeutet sich seiner Automatismen bewusst zu sein, dem „Autopiloten“ bei seiner Arbeit zuzusehen, daraus zu erwachen und empfänglich werden für den Reiz des Neuen, frei zu werden von konditionierten Denk- und Handlungsreflexen. Achtsamkeit kann dabei helfen, Aspekte des Geistes wahrzunehmen, die dem Alltagsbewusstsein verschlossen sind, ja sogar über den Geist selbst zu reflektieren um möglicherweise zu neuen Sichtweisen zu kommen und Veränderung und Entwicklung zu fördern.

Der Geist der Achtsamkeit erfährt jeden Augenblick als neu und frisch. Die Wahrnehmung der erfahrenen Welt wird lebendiger, intensiver, farbiger und die Fähigkeit des Genießens wird erhöht. Die Erlebens-Intensität wird auf allen Ebenen intensiviert.

Achtsame Wahrnehmung ist nur marginal Bestandteil unserer modernen Zeit. Wie nie zuvor in der Geschichte wird das menschliche Gehirn mit Reizen bombardiert, wie nie zuvor muss der moderne Mensch tagtäglich eine Vielzahl von Entscheidungen treffen, muss ständig zwischen Wichtigem und weniger Wichtigem sortieren. Immer häufiger müssen mehrere Dinge gleichzeitig erledigt werden („Multitasking“). Es spricht dabei einiges dafür, dass das Gehirn sich vor dieser Reizüberflutung mit verschiedenen Maßnahmen schützt, wie Geistesabwesenheit, „weggetreten sein“, „Ausfälle“, in Gedanken ganz woanders sein, Schusseligkeit usw.. Offenbar hat sich der moderne Mensch daran gewöhnt mit „weit geschlossenen Augen“ durchs Leben zu gehen.

Besonders in sozialen Kontakten wirkt sich diese Geistesabwesenheit in Form von Unachtsamkeit im Umgang mit anderen aus. Die Unfähigkeit des Zuhörens, den Anderen nicht Wahrnehmen, Monologe statt Dialoge usw. sind nur einige der Konsequenzen dieses massiven Wahrnehmungsproblems. Die Welt und der Andere wird nur noch in groben Silhouetten erkannt, wie durch einen Schleier, weil die Aufmerksamkeit nicht wirklich präsent ist. „Gemessen daran, wie wir sein sollten, sind wir nur halb

wach“, meinte schon einer der Gründerväter der modernen Psychologie, WILLIAM JAMES zu Beginn des letzten Jahrhunderts (VON STERN 2004, S.1). Diese Beobachtung gilt erst recht heute: Wir sind nur „halb wach“ und geistesabwesend, obwohl – und weil – wir so viel zu überlegen und zu bedenken haben.

Achtsames Wahrnehmen fördert somit nicht nur die Selbstwahrnehmung, sondern auch die Fähigkeit des-in-den-Anderen-Einfühlens, die Fähigkeit, nonverbale emotionale Signale wahrzunehmen und somit das Innenleben des Anderen zu erfassen. Auf diese Weise wird an Gefühlen des Anderen teilgenommen und nachempfunden und die psycho-emotionale Kommunikation wird gestärkt. Die Voraussetzung für emotionale Intelligenz ist Achtsamkeit (SIEGEL 2007).

Studien haben weiterhin gezeigt, dass die Praxis der Achtsamkeit die Fähigkeit verbessert, Emotionen zu regulieren, Denkgewohnheiten zu verbessern und destruktive Denkmuster zu verändern (SIEGEL 2007).

Weitere Untersuchungen haben gezeigt, dass achtsames Gewahrsein positiven Einfluss auf die Körper-Physiologie hat. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Heilungschancen verbessert werden, die Immunreaktion gestärkt, der Abbau von Stress erleichtert und das allgemeine psycho-physische Wohlbefinden gefördert wird. (DAVIDSON, KABATT-ZINN, SCHUHMACHER, ROSENKRANZ, MULLER et al., 2003, aus SIEGEL 2007)

Nach all dem Ausgeführten entsteht nun die wichtige Frage: Wer beobachtet? Wer ist dieser Zeuge? Die meist spontane Antwort darauf lautet: „Ich“ natürlich, wer sonst.

Bei genauerer Betrachtung erweist sich die Sachlage etwas komplizierter: Wer ist dieses Ich, das sich selbst beobachten kann, Selbstreflexion betreiben kann? Dieses Phänomen ist von verschiedenen Autoren und Schulen der Psychologie mit unterschiedlichen Bezeichnungen beschrieben worden: „das Selbst“ (JUNG, KOHUT, SCHWARTZ etc. aus MARLOCK & WEISS 2006), das „reflexive Ich“ (Psychoanalyse), der „Dirigent“ (ASSAGIOLI, aus MARLOCK & WEISS 2006), der innere Beobachter (KURTZ 1990). Die unterschiedlichen Bezeichnungen und Vorstellungen haben doch eines gemeinsam: die beobachtende Instanz ist nicht mit den Objekten der Beobachtung identifiziert, sondern steht außerhalb, ist im Hintergrund und wird dementsprechend nicht überflutet mit den Inhalten der Beobachtung. Es handelt sich also um eine neutrale Außenposition die sich in einem permanenten Zustand der Dis-Identifikation befindet. Anders ausgedrückt: Das bezeugende Bewusstsein gehört nicht zur Welt der Phänomene, ist selbst kein Phänomen, sondern das „Noumen“ (KANT), das das Phänomen beobachtet und frei davon ist.

Ein Weiser wurde einmal gefragt, warum er trotz seiner vielen Beschäftigungen immer so gelassen sein könne. Er sagte:

„Wenn ich stehe, dann stehe ich; wenn ich sitze, dann sitze ich; wenn ich gehe, dann gehe ich; wenn ich esse, dann esse ich; wenn ich spreche, dann spreche ich ...“ Da fielen ihm die Fragesteller ins Wort: „Das tun wir doch auch, aber was machst du darüber hinaus?“ Er antwortete: „Wenn ich stehe, dann stehe ich; wenn ich sitze, dann sitze ich; wenn ich gehe, dann gehe ich; wenn ich esse, dann esse ich; wenn ich spreche, dann spreche ich ...“ Wieder sagten die anderen: „Das tun wir auch!“ Er aber sagte: „Nein, das tut ihr nicht, wenn ihr sitzt, dann steht ihr schon; wenn ihr steht, dann geht ihr schon; wenn ihr geht, dann seid ihr schon am Ziel!“ (VON STERN 2004, S.29)

3.1. Stand des Wissens

Der Bewusstseinszustand der Achtsamkeit als ureigener menschlicher Seins-Aspekt war in der menschlichen Geschichte immer wieder Objekt von Forschung und Ziel verschiedenster Geistesdisziplinen. Im Folgenden soll auf unterschiedliche Aspekte der Achtsamkeitspraxis- und Forschung vor allem im buddhistischen Kulturkreis hingewiesen werden.

3.2. Geschichte

Unmittelbares Erleben im gegenwärtigen Moment ist als grundlegender Bestandteil der buddhistischen, hinduistischen taoistischen, islamischen, christlichen, jüdischen Lehre beschrieben worden (SIEGEL 2007). In diesen Traditionen, vom mystischen Christentum mit seinem kontemplativen Gebet, über dem Rezitieren mystischer Texte der Juden und die Achtsamkeits-Meditation der Buddhisten bis zu den Trancetänzen der Sufis, finden sich in unterschiedlicher Ausprägung und Form, Aspekte der Achtsamkeitspraxis wieder.

Die wohl am stärksten ausgeprägte Achtsamkeits-Kultur finden wir im Buddhismus.

Achtsamkeit ist das "*Herzstück*" der buddhistischen Lehre und findet sich wiederholt in den Schriften als Teil des edlen achtfachen Pfades als Weg zur Aufhebung von Leiden:

1. Rechte Anschauung, Erkenntnis
2. Rechtes Denken
3. Rechte Rede
4. Rechte Handlung
5. Rechter Lebenserwerb
6. Rechte Anstrengung
7. Rechte Achtsamkeit
8. Rechtes sich versenken

als eine von sieben Erleuchtungsfaktoren zur Befreiung des Geistes

1. Achtsamkeit
2. Ergründung der Gesetzmäßigkeit, Wahrheitsergründung
3. Willenskraft, Beharrlichkeit
4. Verzückung, Freude, Begeisterung
5. Gestilltheit, Gelassenheit
6. Sammlung, Konzentration
7. Gleichmut

als eine von fünf geistigen Fähigkeiten

1. Vertrauen
2. Energie
3. Sammlung
4. Weisheit

5. Achtsamkeit

In einer Lehrrede, der "Rede von den Vergegenwärtigungen der Achtsamkeit" (Satipatthana Sutra) wird Achtsamkeit anhand von vier Beobachtungsbereichen vermittelt:

1. der *Körper* (bewusstes Ein- und Ausatmen, Körperhaltung, Körpertätigkeiten),
2. die *Empfindungen* (angenehm, unangenehm, neutral),
3. die *Geisteszustände* (z.B.: heilsam/unheilsam, gesammelt/nicht gesammelt und emotionale Färbungen wie Freude, Wut oder Langeweile),
4. die "natürlichen Wahrheiten".

Die buddhistische Lehre beschreibt vier "Grenzenlose Geisteszustände" als Kardinaltugenden:

1. Liebevolle Güte (metta) oder "loving kindness"
2. Mitgefühl
3. Mitfreude
4. Gleichmut

Achtsamkeitspraxis führt durch das Einüben von bedingungsloser Akzeptanz zu einer Haltung von "Liebevoller Güte". Meditationen der "Liebevollen Güte" sind auch feste Bestandteile der Vipassana-Meditation (HARRER 2008).

Ein zeitgenössischer und der wohl prominenteste Vertreter buddhistischer Achtsamkeitspraxis ist THICH NHAT HANH.

THICH NHAT HANH (geb. 1926 in Vietnam) ist als buddhistischer Mönch und Zenmeister Vertreter eines "engagierten Buddhismus". Er half während des Vietnamkriegs beim Wiederaufbau zerstörter Dörfer, gründete 1966 den "Order of Interbeing" und schuf in der Nähe von Bordeaux das Praxiszentrum "Plum Village". Er betont die Bedeutung einer kontinuierlichen meditativen Praxis, wobei die *Achtsamkeitspraxis* im Vordergrund steht. Wesentlich ist auch eine Sangha, eine Gemeinschaft, so klein sie auch sein möge, deren Mitglieder sich gegenseitig unterstützen. Mit "*Interbeing*", auf deutsch "*Intersein*" weist er auf die gegenseitige Abhängigkeit und die Verwobenheit aller Phänomene hin.

Folgende Formen der Praxis werden gepflegt:

- Achtsamkeitsübungen
 - Sitzmeditation
 - Gehmeditation
 - Geführte Meditation
 - Kommunikative und soziale Übungen
- (HARRER 2008).

3.3. Achtsamkeit und Neurobiologie

Laut den Erkenntnissen der modernen Neurobiologie kann heute von einem entscheidenden und unmittelbaren Einfluss der Umwelterfahrung auf die Plastizität des Gehirns und somit auch auf die sozio-emotionale Entwicklung des Menschen ausgegangen werden. Dieser Vorgang bezieht sich nicht nur auf das wachsende Gehirn des Säuglings und Kleinkindes, sondern auf das Gehirn jeden Alters. Die Ära der Doktrin der Vorstellung eines „fest verdrahteten Gehirns“ und dessen Unveränderlichkeit scheint seinem Ende zuzugehen. (A. SCHORE, in GREEN 2005)

1999 gaben Neurologen in der renommierten Wissenschaftszeitung Nature zu :“ Uns wird immer noch beigebracht, dass das ausgewachsene Gehirn nicht in der Lage ist, neue Nervenverbindungen zu schaffen und bestehende Verbindungen nach einer ernsthaften Verletzung oder als Antwort auf einen schleichenden Verlust von Nerven in Verlauf einer degenerativen Krankheit des Gehirns wiederherzustellen“ (BEGLEY 2006, S. 6)

In den letzten Jahren des 20. Jahrhunderts stellten ein paar unerschrockene Neurowissenschaftler das Paradigma des unveränderlichen, genetisch determinierten Gehirns in Frage und machten eine Entdeckung nach der anderen mit dem Ergebnis der erstaunlichen Fähigkeit des Gehirns zur Neuroplastizität.

„Das Gehirn kann sich neu verdrahten. Es kann den Bereich vergrößern, der für die Bewegung der Finger zuständig ist, und neue Verknüpfungen herstellen, es kann schlummernde Verbindungen aktivieren und bestimmte Schaltkreise lahm legen die einst überaktiv waren und z.B. zur Depression führten. Es besitzt die Fähigkeit beschädigte Bereiche zu reparieren, neue Neuronen herzustellen, verschiedene Aufgaben verschiedenen Bereichen zuzuordnen sowie jene Schaltkreise zu verändern, durch deren Vernetzung wir überhaupt in der Lage sind uns zu erinnern, zu fühlen, zu leiden, zu denken, uns etwas vorzustellen und zu träumen.“ (BEGLEY 2006 S.10)

Anders als beim Computer ändert die Software „Geist“ beständig die Hardware, also das Gehirn, das seinerseits wiederum die Aktivitäten des Geistes zu beeinflussen scheint. Ein biokybernetischer Regelkreis.

So wurden z.B. Taxifahrer aus London Gehirnmessungen unterzogen, in denen festgestellt wurde, dass das neuronale Netzwerk, das für die Orientierung zuständig ist, um ein vielfaches mehr Neuronen aufwies wie bei nicht Taxifahrer (HEIN 2008); oder Gehirnbilder von blinden Menschen, die die Blindenschrift beherrschen, in denen die Repräsentation des rechten Zeigefingers im linken somatosensorischen Kortex, wesentlich mehr Neuronen aufwies, als bei sehenden Menschen.

Weitere Forschungen deuten darauf hin, dass Neuroplastizität nicht nur durch Sinneserfahrung bewirkt werden kann, sondern auch durch rein geistige Aktivität. Die bloße Vorstellung an einen bestimmten Bewegungsablauf, bewirkt eine messbare physische Reaktion im motorischen Kortex. Auf dieselbe Weise können bestimmte Denkstrukturen zur psychischen Gesundheit oder Krankheit führen. In dem beispielsweise ein depressiver Patient seine Denkstruktur verändert, verändert sich die Neuronenaktivität in dem dafür zuständigen Gehirnareal (BEGLEY 2006).

Weiters weißt die Wissenschaft der Neuroplastizität darauf hin, dass sich wiederholendes „Denken in festen Bahnen“, bzw. sich wiederholende eingeprägte Gedanken- und Verhaltensmuster zu vermehrter Synapsen-Aktivität in den entsprechenden Gehirnarealen führt und dadurch die Neurogenese (Nervenwachstum) derselben Areale anregt, die sich zu neuronalen Netzwerken verbinden. Diese fest

verdrahteten und gebahnten Neuronennetze provozieren wiederum die dementsprechenden Gedanken- und Verhaltensmuster, eine Feedbackschleife, die für Lernen unumgänglich, für die Überwindung von einschränkendem Denken, Fühlen und Handeln hingegen hinderlich ist.

3.3.1. Achtsamkeit und Neuroplastizität

Eine der ersten wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema Neuroplastizität und Achtsamkeit wurde von Neuropsychiater JEFFREY SCHWARTZ, an der Universität Los Angeles, Kalifornien, im Jahre 1987 durchgeführt. SCHWARTZ vermutete, dass die inneren Signale die durch einen achtsamen Geist ausgelöst werden, Einfluss auf die Neuroplastizität des Gehirns haben würden. SCHWARTZ und sein Kollege LEWIS BAXTER hatten eine Verhaltenstherapie-Gruppe ins Leben gerufen, um Zwangsneurosen zu untersuchen und zu behandeln. In bildgebenden Untersuchungen (PET) wurde festgestellt, dass Patienten mit Zwangsneurosen eine Hyperaktivität in zwei Bereichen zeigen: im orbitalen Frontallappen und im Striatum, dem so genannten Zwangsstörungs-Schaltkreis.

SCHWARTZ, der selbst praktizierender Buddhist war, entdeckte das therapeutische Potenzial der Achtsamkeits-Meditation und vermutete, dass sie Einfluss auf diesen neuronalen Schaltkreis haben würde. Die Untersuchungsreihe, die eine bahnbrechende Studie werden sollte, wurde an 18 Patienten mit Zwangsneurosen durchgeführt und dauerte 10 Wochen. Zu Beginn und nach Abschluss der Studie, wurden PET Bilder der Patienten gemacht. SCHWARTZ: „Die Therapie hatte den Stoffwechsel des Zwangsstörungs-Schaltkreises verändert. Es war die erste Studie, die zeigte, dass eine kognitive Verhaltenstherapie die Macht hat, die fehlerhafte Chemie in einem klar umrissenen Gehirnschaltkreis systematisch zu verändern. Die dadurch bewirkten Veränderungen des Gehirnes lieferten den eindeutigen Beweis dafür, dass eine bewusste Absicht Gehirnfunktionen verändern kann und dass eine solche willentlich herbeigeführte Veränderung des Gehirns – seine Neuroplastizität – eine unumstößliche Tatsache ist“ (J.M. SCHWARTZ at al 2002 in BEGLEY 2006 S.250).

3.3.2. Die Gehirne tibetischer Lamas

Einer der wohl bekanntesten Pioniere im Bereich Neurophysiologie in Zusammenhang mit Achtsamkeitsforschung, ist RICHARD DAVIDSON, Professor für Psychologie und Psychiatrie an der University of Wisconsin. DAVIDSON war der erste, der Gehirne von meditierenden Menschen mit bildgebenden Verfahren wie fMRT und PET und Hirnstrommessungen untersuchte. Wohl am bedeutendsten waren seine Untersuchungen und Forschungen mit tibetischen Lamas, die DAVIDSON in Harvard 2001 durchführte. Er wollte dabei herausfinden, ob mentale Aktivität wie Meditation, Gehirnmuster verändern kann, und wenn ja, wie sich das auf den Gemütszustand und auf das Gefühlsleben auswirkt. Bei den Vermessungen der Hirne der Lamas, die tausenden Stunden Meditation in ihrem Leben absolviert hatten, zeigte sich eine vermehrte Aktivität des linken präfrontalen Kortex als besonders auffällig. Wie bereits in anderen Studien gezeigt werden konnte, ist dieser Bereich des Frontalhirns zuständig für eine positive Grundstimmung, erhöhte Aufmerksamkeit und Emotionsregulation. Entscheidend ist dabei das Verhältnis des Aktivitätsmusters zwischen linkem und rechtem Frontalhirn. Bei depressiven Menschen zeigt das rechte Frontalhirn eine erhöhte Aktivität und ist somit zuständig für eine negative Grundstimmung.

DAVIDSON hatte mit verschiedenen Kollegen bis 2006 mehr als 50 Artikel über das Ungleichgewicht in der präfrontalen Neuronenaktivität veröffentlicht, die für den Unterschied in der Stimmung und im Wohlbefinden verantwortlich ist (BEGLEY 2007). DAVIDSON betont weiterhin, dass es zu einfach wäre, Glück und positive Grundstimmung, allein mit der erhöhten Aktivität des linken Frontalbereichs zu erklären. Die Wirkungswege und kausalen Fäden dafür sind komplex und mit verschiedenen Bereichen des Gehirns vernetzt, wie z.B. dem limbischen System und im speziellen mit der Amygdala. Diese neuronalen Wirkwege sind offensichtlich daran beteiligt, ob Menschen in Harmonie mit sich und ihren Lebensumständen sind, ein Gefühl für eine klare Ausrichtung ihres Lebens haben, in glücklichen Beziehungen leben oder nicht. Dabei bietet sich durchaus ein Vergleich zu ANTONOVSKYS „sense of coherence“ (SOC) (ANTONOVSKY 1997).

Weitere Studien DAVIDSONS mit bildgebenden Verfahren mit Studenten, die einfache Formen der Achtsamkeitspraxis wie z.B. MBSR von KABAT-ZINN durchführten, bestätigten die Entdeckungen, die an Gehirnen der Lamas gemacht wurden.

Die Entdeckung, dass Achtsamkeitsmeditation fundamentale Aktivitätsmuster im Gehirn von Menschen verändern kann, die unter Depressions- und Zwangsstörungen leiden, legt den Schluss nahe, dass selbst einfache Formen des mentalen Trainings, die bei weitem nicht an die langjährige Praxis der buddhistischen Lamas heranreichen, „physische Veränderungen im Gehirn hervorrufen können“, so DAVIDSON. Eine der Schlussfolgerungen von DAVIDSON und seinen Kollegen ist: „Glück ist eine Fertigkeit die sich erlernen lässt, wie eine Sportart oder ein Musikinstrument.“ (DAVIDSON in BEGLEY 2007)

3.4. Achtsamkeit in der Emotionsforschung

Ein Forscher, der die Entdeckungen DAVIDSONS zu den Aktivitäten des präfrontalen Kortex und Gefühlsregulation weiter erforschte, ist DANIEL SIEGEL, Psychologe, Psychiater und Prof. für Psychiatrie an der UCLA School of Medicine in Los Angeles.

SIEGEL schreibt in seiner Neurobiologischen Forschung zu Achtsamkeit und Emotionen dem mittleren präfrontalen Kortex einen besonderen Stellenwert zu und beschreibt dabei seine neun wichtigsten Funktionen:

1. Regulation von Körperfunktionen im Sinne einer Balance von Aktivierung und Ruhe,
 2. Aufeinander abgestimmte interpersonale Kommunikation,
 3. Selbst-Regulation von Gefühlen, emotionale Balance zwischen Über- und Unteraktivierung,
 4. Antwort-Flexibilität: Die Fähigkeit nicht unmittelbar und automatisch auf Reize zu reagieren, sondern inne zu halten,
 5. Einfühlung (Empathie) durch die Innenwahrnehmung von Resonanzphänomenen im Kontakt mit anderen Menschen,
 6. Einsicht und Bewusstsein unserer Selbst,
 7. Angst-Modulation über Hemmung tieferer Zentren (Mandelkerne), die für die Einschätzung von Situationen hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit verantwortlich sind,
 8. Intuition,
 9. Ethisches Bewusstsein
- (SIEGEL 2007).

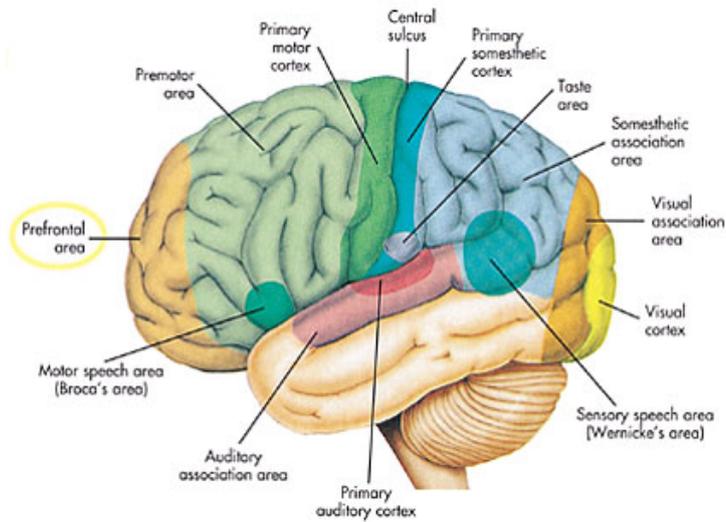


Abb. 1: Gehirnamale mit präfrontalem Kortex (gelber Kreis)

Was an dieser Auflistung bemerkenswert ist, ist dass viele mentale Qualitäten der Achtsamkeitspraxis den Funktionen des mittleren präfrontalen Kortex entsprechen. Einige der nachgewiesenen neuroplastischen Veränderungen durch achtsames Gewahrsein wurden speziell im präfrontalen Kortex gefunden.

Weiters leistet SIEGEL einen besonderen Beitrag in der Achtsamkeitsforschung mit seinem „Rad des Bewusstseins“ - Modell (Wheel of awareness), das eine visuelle Metapher für achtsames Bewusstsein und die Funktion des Geistes darstellt.

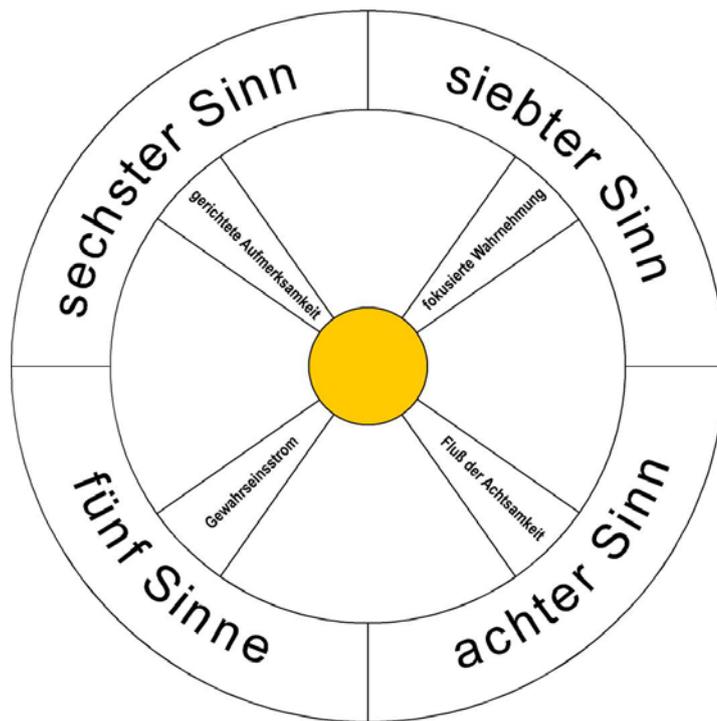


Abb. 2: Das Rad des Bewusstseins (Wheel of awareness, vgl. SIEGEL 2007)
 Das Rad des Bewusstseins (Rand, Speichen, Nabe) und die Sektoren des Randes:
 Die fünf Sinne (äußere Welt), der sechste Sinn (Körper), der siebte Sinn (Geist) und der achte Sinn (Beziehung)

1.) Der Rand

Der Rand des Rades steht für das potenzielle Objekt der Aufmerksamkeit. Dieser ist in vier Teilbereiche unterteilt:

1. Die fünf Sinne, mit denen wir die äußere Welt erfahren. Wird das Gewahrsein über die fünf Sinne nach Außen gerichtet, gelangen Informationen über die äußere physische Realität außerhalb unseres Körpers in das innere System.
2. Der sechste Sinn repräsentiert das innere Erleben des Körpers. Dies schließt Empfindungen in unseren Gliedmaßen, die Bewegungen unseres Körpers, den Tonus der Muskulatur, den Zustand unserer Organe etc. mit ein. Dieses Körper-Gewahrsein trägt auch unmittelbar dazu bei, wie wir uns emotional wahrnehmen.
3. Der siebte Sinn ermöglicht es, Aspekte des Geistes – Gedanken, Gefühle, Einstellungen und Überzeugungen, Träume und Intentionen, Hoffnungen und Sorgen von uns selbst in den Focus der Aufmerksamkeit zu bringen. Diese Fähigkeit, den Geist selbst wahrzunehmen wird auch „Mindsight“ genannt und befähigt uns dazu, die Aufmerksamkeit auf das Wesen des Geistes selbst zu richten und zu tiefer Einsicht zu gelangen. Man kann es auch als Metabewusstsein bezeichnen – das Gewahrsein des Gewahrseins.
4. Der achte Sinn wird von SIEGEL als „beziehungsbezogener“ Sinn vorgeschlagen und steht für die Verbundenheit mit einem anderen Wesen. Es beinhaltet das Einstimmen auf einen Anderen, das

Bewusstwerden der Resonanz und des Sich-Aufeinander-Beziehens. Dieser achte Sinn ermöglicht auch, sich als Teil eines größeren Ganzen, wie einer Gemeinschaft, zu fühlen und sich von Anderen „gefühl zu fühlen“.

2.) Die Speichen

Die Speichen repräsentieren den absichtlichen Focus der Aufmerksamkeit auf irgendeinen Aspekt des Randes, z.B. auf das bewusste Wahrnehmen der Atmung, oder das willentlich Richten des Fokus auf ein bestimmtes Gefühl oder einen bestimmten Gedanken. Diesen bewussten Aufmerksamkeitsstrom auf ein „Objekt“ am Rand des Rades zu richten, ist Ziel jeder Achtsamkeitspraxis. „Starke Speichen zu haben ist wichtig, aber nicht ausreichend, um Achtsamkeit zu erzeugen“ (SIEGEL 2007). Ein äußerer oder innerer Stimulus kann die Aufmerksamkeit beanspruchen und zu sofortigem Abschweifen führen und so Achtsamkeit verhindern. Dieser Sog der so genannten „exogenen Aufmerksamkeit“, stellt somit eine der größten Herausforderungen des Praktizierenden dar.

3.) Die Nabe

Die Nabe repräsentiert das Bewusstsein selbst, das die Aufmerksamkeit auf den Rand der Nabe richtet, sozusagen die Quelle des Gewahrseins. SIEGEL spricht hier auch von „endogener Aufmerksamkeit“. Die Nabe des Bewusstseinsrades beinhaltet auch die bewusste Absicht, das Ziel der Aufmerksamkeit im Auge zu behalten und die Fähigkeit den Fokus des Gewahrseins zu verändern. Achtsamkeitspraxis bedeutet demnach, die Nabe zu stärken und führt zu Vertiefung der achtsamen Qualitäten wie Nicht-Reaktivität, Gelassenheit, Ruhe, Mitgefühl, Dis-Identifizierung, Akzeptanz usw.

In dem Rad des Bewusstseins wirken somit zwei Kräfte, ähnlich derer in einem Zyklon:

Zentrifugalkräfte – vom Zentrum bzw. der Nabe fliehenden Kräfte, die die Aufmerksamkeit durch den Sog der Abschweifung an den Rand des Rades treiben.

Dies wird vor Allem von unbewussten Automatismen bewerkstelligt. Das System ist dabei auf „Autopilot“ geschaltet. Bezeichnend dafür sind, wie am äußeren Rand eines Zyklons, die chaotischen Turbulenzen bzw. unbewusste Affekt-Reaktionen. Der zweite Aspekt sind die

Zentripitalkräfte - zum Zentrum bzw. zur Nabe hinstrebende Kräfte, die das Bewusstsein auf das Zentrum selbst richten (siehe Abb. 2, Seite 23). Dies bedeutet ein bewusstes Gewahrsein der eigenen Mitte oder mit den Worten von C.G. JUNG gesprochen: die unmittelbare Erfahrung des Selbst. Die Qualität des Bewusstseins des Zentrums entspricht somit der des Zentrums des Zyklons – Stille, Ruhe und Zentriertheit.

Die Nabe des Geistes, als reflektive Form des Gewahrseins, erlaubt es selbstbestimmt in aller Offenheit, die Objekte am Rande des Bewusstseins wahrzunehmen, ohne in den Sog der automatisierten Reaktivität, in die exogenen Aufmerksamkeit, zu verfallen. Die Identifizierung mit den Inhalten unserer Wahrnehmung wird dabei aufgehoben, es kommt zu Desidentifikation, was einem achtsamen und mitfühlenden Geist entsprechen würde.

Hier macht nun SIEGEL eine bemerkenswerte Verknüpfung zur Bindungstheorie. Seine ausgedehnten Forschungen zur frühen Bindung und Emotionalität in Verbindung mit neurobiologischen Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen einer sicheren Bindung zwischen Mutter und Kind im Säuglingsalter und einer erhöhten Aktivität des mittleren präfrontalen Kortex. Interessant ist dabei die Tatsache, dass auch beim Achtsamkeitstraining eine höhere Aktivität des mittleren präfrontalen Kortex gezeigt werden konnte (SIEGEL 2007). Dies würde darauf hinweisen, dass achtsames

Gewahrsein ähnliche psycho-emotionale Wirkungen haben wie ein sicherer Bindungsstil. „...achtsam sein, ist ein Weg, um sich selbst zum besten Freund zu werden (SIEGEL 2007, S.12).

Somit könnte in Betracht gezogen werden, dass Achtsamkeitspraxis eine Möglichkeit darstellen könnte, eine durch unsichere Bindungs-Erfahrung geprägte Persönlichkeitsstruktur zu verändern, „eine korrigierende Erfahrung“ zu machen und dadurch destruktive psycho-emotionale Verhaltensmuster zu lösen.

3.5. Achtsamkeit und Stressbewältigung

Ein weiter Pionier in der Achtsamkeitsforschung ist JON KABAT-ZINN, Professor an der University of Massachusetts Medical School in Worcester. Er unterrichtet seit Mitte der siebziger Jahre Achtsamkeitsmeditation, um Menschen zu helfen, besser mit Stress, Angst und Krankheiten umgehen zu können.

Während seines Berufslebens hat er sich stark dafür engagiert, die Achtsamkeitspraxis in Medizin und Gesellschaft bekannt zu machen und zu etablieren. KABAT-ZINN hat bedeutende Beiträge zu einem modernen Gesundheitswesen - vor allem in den USA - geleistet und sich dabei sowohl in seiner Forschung wie in der Lehre auf die Zusammenhänge von körperlichen Vorgängen und geistigen Aktivitäten konzentriert. 1979 gründete er die mittlerweile renommierte Stress Reduction Clinic, und hier begann er das Programm der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) zu entwickeln, zu vermitteln und seine Auswirkungen in einer umfangreichen Begleitforschung zu untersuchen. MBSR ist ein achtwöchiger Kurs, in dem teilweise aus dem Hatha Yoga und Zen stammende aufeinander abgestimmte Aufmerksamkeitsübungen und die Achtsamkeitsmeditation miteinander verbunden sind.

Seit dem Bestehen der Stress-Reduction-Clinic nahmen über 9.000 klinische Patienten an dem MBSR-Programm teil. Fast alle waren von ihren Ärzten dorthin verwiesen worden; von Ärzten, die zu Anfang wohl selbst dem Wert von Meditation skeptisch gegenüber standen, die aber mit der Zeit die positiven Auswirkungen auf das Befinden ihrer Patienten erkannten. KABAT-ZINN: „Bisher ist wissenschaftlich nicht gesichert, ob die Praxis der Achtsamkeit bestimmte Krankheiten verlangsamen oder sogar direkt zu ihrer Heilung beitragen kann. Diesbezügliche Fragen werden zur Zeit in verschiedenen Studien untersucht. Wir finden jedoch bei den Menschen, die wir betreuen, deutliche Hinweise darauf, dass Achtsamkeit ihnen hilft, ihre Lebenssituation, einschließlich der Krankheit derentwegen sie in unsere Klinik kommen, besser bewältigen zu können, und das ist unser vordergründiges Ziel.“ (KABAT- ZINN 2006 in BEGLEY 2007).

Die Praxis des Achtsamkeits-Programms deutet auf folgende Wirkungen hin:
anhaltende Verminderung von körperlichen und psychischen Symptomen

- bessere Bewältigung von Stress-Situationen
- erhöhte Fähigkeit, sich zu entspannen
- wachsendes Selbstvertrauen und verbesserte Selbstakzeptanz
- mehr Energie und Lebensfreude

Mittlerweile wird das Programm von KABAT-ZINN in den USA an über 240 Kliniken und Gesundheitszentren durchgeführt (BEGLEY 2007).

3.6. Messung der Achtsamkeit

Eine Meta-Studie von BEAR et al. 2006 wertete fünf unabhängig voneinander erstellte Fragebögen aus, die das subjektive Erleben von Achtsamkeit untersuchten. Folgende Fragebögen wurden herangezogen:

1. Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA)
2. Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)
3. Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)
4. Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS; Feldman et al., 2004)
5. Mindfulness Questionnaire (MQ; Chadwick et al., 2005)

Jede dieser Studien hat einen bestimmten Fokus, wobei es in allen Studien darum geht, verschiedene Aspekte der Achtsamkeit aus dem unmittelbaren Erleben der Versuchsperson hervorzuholen. Das Resultat waren fünf Dimensionen oder Allgemeinaspekte der Achtsamkeit:

1. Nichtreaktivität gegenüber innerem Erleben
2. Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle beobachten / bemerken / sich darum kümmern
3. Mit Bewusstheit / nicht auf Autopilot handeln, Konzentration / Nichtablenkung
4. Mit Worten beschreiben / etikettieren
5. Nicht-Beurteilen von Erfahrungen

Die Schlussfolgerung von BEAR et al. ist, dass die Elemente eines allumfassenden Achtsamkeitskonstrukts, mit Bewusstheit handeln, nicht urteilen und nicht reagieren, darstellt. (SIEGEL 2007).

Der meiste verwendete Fragebogen im deutschsprachigen Raum ist der *Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit* (FFA) (Buchheld, N. 2000)

3.7. Achtsamkeit und Psychotherapie

Die wichtige und entscheidende Rolle der Aufmerksamkeit und der fokussierten Wahrnehmung in der Psychotherapie als Instrument, intrapersonale Prozesse zu steuern und zu regulieren, ist immer wieder betont worden (WEISS 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

Besonders in den körperorientierten Psychotherapien ist die Qualität der Selbstwahrnehmung von Bedeutung.

Es ist den Tanz- und Bewegungstherapeuten (DUNCAN, GINDLER, SELVER etc.) zu verdanken, dass in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch östliche Befreiungswege gefärbte Vorstellungen und Praktiken für das Wachstum des Bewusstseins in die Psychotherapie Eingang fanden (WEISS 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

Eine der ersten auf Achtsamkeit basierenden Methoden 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 D.T. SUZUKI und ALAN WATTS.

Ab den siebziger Jahren begannen viele namhafte Therapeuten sich mit dem Phänomen bewusster Wahrnehmung zu befassen und es genauer zu beleuchten. CHARLES TART, KEN WILBER, ROGER WALCH, FRANCES VAUGHAN, DANIEL COLEMAN, ELLEN LANGER, MARK EPSTEIN und andere haben intensiv über die Bedeutung von Bewusstseinszuständen für die Psychotherapie geforscht und geschrieben (WEISS 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

Der Körperpsychotherapeut RON KURZ war in den 70er Jahren der erste, der den Begriff „Achtsamkeit“ aus der buddhistischen Tradition übernahm und in die Psychotherapie einfügte und dabei die Hakomi-Methode entwickelte, eine körperorientierte Psychotherapie. Dabei geht es darum, den Bewusstseinszustand der Achtsamkeit des Klienten zu entwickeln und die Qualität des „inneren Beobachters“ aufzubauen. Diese „innere Achtsamkeit“ dient dabei als Zugang zum Unbewussten und ist, um mit einer Metapher zu sprechen, die „Taschenlampe, die in die Tiefe leuchtet“. Weiters soll dieser innere Zeuge die Fähigkeit erlangen, aus einer Distanz sehr präzise die körperliche und psychische Situation zu beobachten, während der Klient im unmittelbaren Erleben ist. Es entsteht ein „duales Bewusstsein“, in dem der erlebende Klient und ein neutraler innerer Beobachter auftreten und vom Therapeuten unterstützt werden (WEISS 2006). Die Entwicklung dieser Beobachtungsqualität führt zu mehr Wahlfreiheit, Autonomie und Erkenntnis und unterstützt dabei die innerpsychische Selbstregulation, die damit zur möglichen Unterbrechung von habituellen Abläufen führen kann.

Im Gegensatz zur spirituellen Achtsamkeitspraxis, in der der Praktizierende selbständig und unabhängig von einem Begleiter sein inneres Erleben beobachtet, wird im Zustand der inneren Achtsamkeit in der Hakomi Therapie der Kontakt zum Therapeuten aufgebaut und gehalten. Es entsteht ein Dialog in Achtsamkeit. Dabei nimmt der Therapeut Einfluss auf die Qualität der Achtsamkeit des Klienten und vertieft sie somit. Das Verbalisieren der inneren Regungen in Achtsamkeit stellt dabei einen weiteren Vorteil zur Befreiung und Transformation von Automatismen dar, im Sinne von „erkennen, benennen, loslassen“ bei der Vipassana-Meditation.

Inzwischen hat Achtsamkeit in psychotherapeutischen Methoden immer stärker Eingang gefunden. So sieht DANIEL GOLEMAN, Psychologe, Intelligenzforscher und Buchautor zur emotionalen Intelligenz, die Achtsamkeit als Hauptgrundlage für das Training emotionaler Intelligenz. (COLEMAN 1996). Auch in der Verhaltenstherapie hat Achtsamkeit seit vielen Jahren ihren wichtigen Platz, wie bei der Arbeit von MARSHA LINEHAN: die bekannte Forscherin baut häufig Achtsamkeitstraining in ihre Behandlungen ein. (LINEHAN 1993 in WEISS 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

4. BERÜHRUNG

„Der Tastsinn ist die Grundlage des <In-der-Welt-Sein>, denn er ist das Medium, welches dem Menschen die Orientierung in Raum und Zeit ermöglicht“ (BURTON & HELLER 1964 in NATHAN 1999 S. 101).

Berührung ist ein allen Menschen gemeinsames Mittel des Ausdrucks der eigenen Persönlichkeit einerseits und ein nonverbales Kommunikationsmedium zwischenmenschlicher Beziehungen andererseits und spielt eine wesentliche Rolle in der Vielfalt der Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten. Sie unterscheidet sich grundlegend von der Sprache, weil sie Emotionen, Empfindungen und Botschaften vermitteln kann, die durch Sprache nicht vermittelbar sind, z.B. kann Berührung, ausgeführt mit einer achtsamen respektvollen Haltung, eine Beziehungsqualität zwischen zwei Menschen herstellen, die zu mehr Vertrauen und Offenheit führt. Sind zwei Menschen einander abgeneigt, so drückt sich das neben der Körpersprache auch in der Art und Weise der Berührung aus, wenn es zu näherem Kontakt kommt. Da die Steuerung der meisten Körperbewegungen unbewusst bzw. instinktiv erfolgt, werden dabei die emotionalen Inhalte direkt kommuniziert. Das bedeutet, dass man mit körperlicher Berührung nicht ohne weiteres einen Menschen täuschen kann, nach dem Motto „der Körper lügt nicht“.

Das Bedürfnis nach Körperkontakt und Berührung ist vermutlich das grundlegendste und ureigenste Verlangen des Menschen und führt bei Nicht-Befriedigung zu schweren Störungen (SPITZ 1955, NATHAN 1999, MONTAGU 1971, LEBOYER 1975).

Die expressive Berührung wie Streicheln, Halten, Wiegen, Umarmen etc. erfolgt aus einem Urinstinkt und stellt die ursprünglichste Form des Heilens dar, unabhängig von Kultur und Zeitepoche. (NATHAN 1999). Demnach ist innige körperliche Fürsorge durch Halten und Berühren, ein heilender und Ganzheit bringender Akt der Liebe, der nicht erlernt werden muss.

4.1. Stand des Wissens

Studien aus der Entwicklungspsychologie weisen auf den prägenden Faktor der taktilen Berührung in der Mutter-Kind Beziehung während der ersten Lebensmonate hin. Der Wissenschaftler A. MONTAGU (1971) hat in seinem Lebenswerk „la peau et le toucher“ die Berührung als basales Grundbedürfnis des Menschen – gleich wie das Bedürfnis nach Licht, Schlaf, Essen/Trinken und nach Anerkennung und Liebe- gewürdigt.

Neurobiologische Studien zeigen eindrucksvoll das Zusammenspiel der menschlichen Haut, Taktilität und der Entwicklung entsprechender neuronaler Netzwerke im menschlichen Gehirn (DAMASIO 1999, 2001, ROTH 2001 in MARLOCK & WEISS 2006.)

Der Tastsinn entwickelt sich beim menschlichen Embryo als erster und vor allen anderen Sinnen. Die Haut reagiert ab der siebten Schwangerschaftswoche auf taktile Reize (FRANK 1957 in NATHAN 1999). Die ersten Erfahrungen die der Mensch als Embryo als auch als Säugling macht, sind demnach intensiv mit taktiler Berührung verknüpft. Besonders die Qualität der taktilen Berührung bei der Geburt und in den ersten Monaten ist laut F. LEBOYER entscheidend für den Aufbau gesunder Beziehungen (LEBOYER 1975). AINSWORTH und Mitarbeiter (1978) (in SIEGEL 1999) haben in Langzeitstudien die Qualität des frühen Berührungsdialogs untersucht und sind ebenfalls zu dem

Schluss gekommen, dass das Entscheidende dabei die Art und Weise d.h. die Berührungsqualität ist und darüber entscheidet, wie das Kind sich selbst und die Welt erfährt.

„Der Tastsinn ist der Sinn, mit dessen Hilfe der Mensch die Welt erlebt und formt. Er ist sein wichtigstes Kommunikationsmittel“ (FRANK, 1957, S. 226 in NATHAN 1999).

Sichere Bindung zwischen Mutter und Kind entsteht zu Beginn fast ausschließlich aus Berührungen und Umarmungen. Demnach bekommt das Kind die ersten prägenden Informationen über den Berührungseiz. Bleibt dieses basale Berührungsbedürfnis unbefriedigt, entwickelt der Säugling extreme Ängste, die zu ernsthaften Störungen der grundlegenden physiologischen Prozesse des Körpers und damit zu einer Einschränkung der Persönlichkeitsentwicklung führen.

Es gibt Anzeichen dafür, dass die Gewohnheiten „zivilisierter“ Mütter, ihre Kinder „abzulegen“ statt sie überall mit sich herumzutragen, für psychische Schäden und gestörtes Sozialverhalten mehr verantwortlich sind als alle anderen ätiologischen Faktoren zusammen (NATHAN 1999). Der Wandel von der weichen überall berührenden intrauterinen Erfahrung zur relativ harten berührungslosen extrauterinen Umgebung sollte sich ganz allmählich und sanft ereignen und von den Fortschritten und Entwicklungen des Kindes anstatt von den Wünschen der Mutter bestimmt werden (LIEDLORF 1986 in NATHAN 1999).

RENÉ SPITZ (1955) untersuchte die Auswirkungen mangelnder mütterlicher Zuwendung auf die Entwicklung kleiner Kinder in den ersten Lebensmonaten. Er fand heraus, dass die körperliche und emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind lebenswichtig ist. Spitz beobachtete schwerste Entwicklungsstörungen bei von ihren Müttern getrennten Kindern, die im Extremfall zum Tod führten. Er vertrat die Meinung, dass ein Kind seine Existenzgrundlage verliert, wenn es von seiner Mutter getrennt wird (SPITZ 1955 in NATHAN 1999). Demnach wird der Übergang des frühen Einheitsgefühls mit der Mutter zum Erleben eines getrennten Ichs, das durch die Berührungs-Qualität mitbestimmt wird und entscheidet im weiteren Verlauf des Lebens darüber, wie abgetrennt oder verbunden sich der Mensch mit sich und seinem Umfeld fühlt, d.h. das Spannungsfeld zwischen sicherer Bindung und Autonomie wird in dieser frühen Phase wesentlich geprägt.

Diese frühen taktilen Erfahrungen bleiben als emotional-kinästhetische Realität im Körpergedächtnis gespeichert und bestimmen das erwachsene Selbst mit, ja sind Erfahrungen des Selbst, da das Selbst immer ein Körperselbst ist. Körperliche Erfahrung ist psychische Erfahrung. „Am Anfang des Lebens ist das Selbst ein Körper-Selbst und die Welt des Säuglings ist zuerst vor allen eine taktile Welt“. (NATHAN 1999) Für das neugeborene Selbst ist nichts prägender als die Liebe die aus verschiedenen Arten der Berührung spricht.

In unserer vorwiegend visuell dominierten Gesellschaft, ist die Berührungsforschung eine Randerscheinung der Wissenschaft und wird stiefmütterlich behandelt, obschon die therapeutische Wirkung von Berührungsinterventionen in allen menschlichen Kulturen seit Jahrhunderten belegt ist, ebenso wie die Auswirkungen eines Mangel an Berührung. Über hundert Studien am nationalen Berührungsforschungsinstitut in Miami, USA belegen seit Jahren die positiven Auswirkungen von therapeutischer Berührung.

4.2. Berührung und Neurobiologie

Der Tastsinn wird als „Mutter der Sinnesorgane“ bezeichnet (FIELD 2001), möglicherweise weil er sich in der Evolution als erster Sinn entwickelt hat. MONTAGU wies darauf hin, dass dem Begriff „Tast- und Fühlsinn“ im Oxford English Dictionary der längste Eintrag gewidmet war; dort hieß es, er sei das „vielseitigste Organsystem des Körpers“. FIELD erwähnt dass sich in Wirklichkeit alle fünf Sinne auf den Tastsinn reduzieren lassen: Durch Berührung nehmen Zunge und Gaumen die Nahrung wahr, die Schallwellen berühren das Trommelfell des Ohrs und Lichtwellen berühren die Netzhaut des Auges.

In der embryonalen Entwicklung gehen Haut und Nervensystem aus demselben Keimblatt hervor, dem Ektoderm. Dabei entsteht das Zentralnervensystem als innerer Teil der Oberflächenstruktur bzw. Haut des Embryos. Man könnte somit die Haut als exponierter Teil des Nervensystems oder externes Nervensystem betrachten (MONTAGU 1995).

Das Wachstum und die Entwicklung der Haut dauern das ganze Leben an und hängen weitgehend davon ab, welche Art von Umweltreizen auf sie ausgeübt wird. Es wurde auch bei anderen Lebewesen festgestellt, dass die Sensitivität der Haut während des vorgeburtlichen Stadiums sich offensichtlich früher und differenzierter entwickelt als die der anderen Sinne. Nach MONTAGU ist es ein allgemeines Gesetz der embryonalen Entwicklung, dass eine Funktion umso wichtiger ist, je früher sie auftritt.

Das sensorische Hautsystem ist als wichtigstes aller organischen Systeme zu betrachten. Ein Mensch kann leben wenn er blind und taub ist, aber ohne die Funktion der Haut ist er nicht überlebensfähig. Dies zeigt den Fall von Helen Keller, die als Kind erblindete und ertaubte, und deren Denken nur durch Hautstimulation erschaffen wurde. Daraus wird deutlich, wie weitgehend die Haut das Ausfallen anderer Sinne kompensieren kann (MONTAGU 1971).

Die Informationen, die die Haut über die enorme Zahl an sensorischen Wahrnehmungsorganen an das Gehirn weiterleiten, sind somit entscheidend für die Gehirnentwicklung.

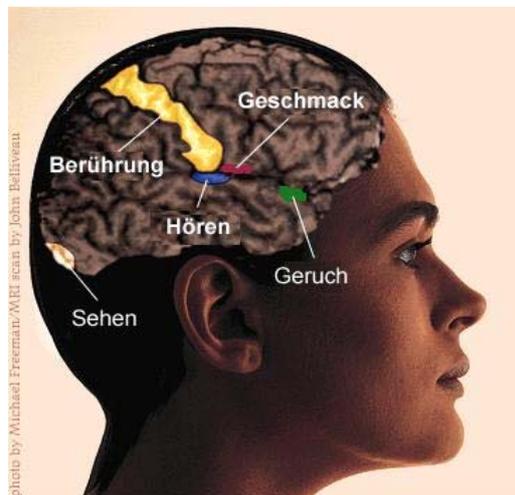


Abb.3: Berührungsreize werden im somatosensorischen Kortex verarbeitet

Aufnahme und Weiterleitung von taktilen Reizen erfolgen über Hautrezeptoren und afferente sensorische Bahnen, die in zwei Hauptarten unterteilt werden: Rezeptoren und Sinnesnerven für feine Berührung und solche für Schmerz bzw. Temperatur. Schmerz- und Temperaturreize werden sehr schnell mittels myelinisierter Nervenfasern (A-Delta-Fasern) über das Rückenmark zum Zentralen Nervensystem (ZNS) transportiert. Diese schnellen Fasern ermöglichen dem ZNS schnell auf dementsprechende Reize zu reagieren. Langsame agierende C-Delta-Fasern transportieren die übrigen Reize. Die C-Fasern sind ontogenetisch die älteren, und neueren Untersuchungen zufolge könnten die C-Fasern in der Lage sein, den unbewussten Aspekt des Reizes zu registrieren, den man als Intention der Berührung bezeichnen könnte (MARCHER, JARLNAES und MÜNSTER 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

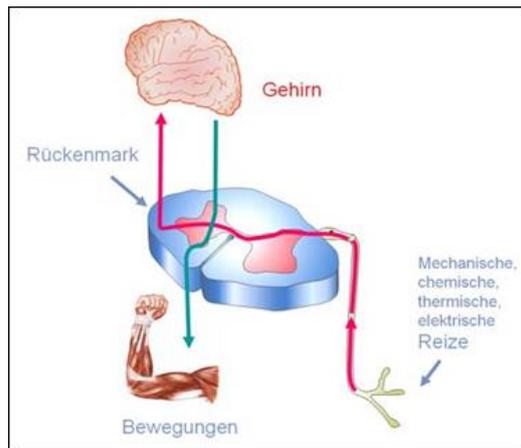


Abb.4: Über lange Dendriten gelangen Informationen über Berührung, Temperatur, Körperstellung und Schmerz in das Rückenmark. Hier wird die Information umgeschaltet und an das Gehirn weiter geleitet. Umgekehrt erreichen Nervenfasern des Gehirns das Rückenmark, die Bewegungsbefehle leiten. Nervenzellfortsätze treten dann über das Rückenmark aus und geben die Befehle an die Muskeln etwa der Arme und Beine weiter und kontrollieren somit die Bewegung des Körpers.

Die Verarbeitung der im Gehirn eintreffenden Berührungsreize geschieht sowohl mittels komplexer neuronaler Verbindungen, als auch mit Hilfe von chemischen Botenstoffen bzw. Neurotransmittern, Neuropeptide und Hormone. Einige dieser Substanzen fungieren sowohl als Botenstoffe, als auch als Hormone. Eine diesbezüglich bedeutende Entdeckung ist, dass die meisten Neurotransmitter nicht nur im ZNS, sondern in fast allen Bereichen des peripheren Gewebes produziert werden. CANDICE PERT (1999 S. 278) schreibt: „Neuropeptide waren nicht nur in den Ketten der Nervenganglien zu beiden Seite des Rückenmarks zu finden, sondern auch in den Endorganen selbst“ und später: “So kam es zu der unglaublichen Entdeckung, dass jeder Neuropeptidrezeptor, den wir im Gehirn gefunden hatten, auch auf den menschlichen Monozyten vorkommt, d.h. überall“. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass taktile Berührung nicht nur neuronale Wirkung im ZNS erzeugt, sondern auch die Produktion von Neurotransmitter im peripheren Gewebe anregt. Die wichtigsten Stoffe, die bei Berührung eine Rolle spielen, sind: Oxytocin, Endorphin, Neurotransmitter und Cortisol.

4.2.1. Oxytocin

Ein wichtiger Stoff für unsere Betrachtung ist das Hypophysenhormon Oxytocin. Jahrzehnte lang war über die Wirkung des Oxytocins nichts weiter bekannt, als der Zusammenhang mit der Kontraktion des Uterus bei der Geburt. In den letzten Jahren haben Untersuchungen an Tieren und Menschen gezeigt, dass Oxytocin noch einige andere Wirkungen hat und Einfluss auf folgende Bereiche nimmt:

- auf den *Hippocampus*, wo Erinnerungen gespeichert werden und wo das Stresssystem reguliert wird,
- auf die *Substantia Nigra*, dem wichtigsten Zentrum für die Produktion von Dopamin, das die Fähigkeit, zu fokussieren, Belohnung zu spüren und emotional zu reagieren, beeinflusst,
- auf die *Raphe-Kerne*, den wichtigsten Zentrum für Serotoninproduktion, der Stoff, der hauptsächlich die Grundstimmung des Menschen beeinflusst, und
- auf den *Locus Coeruleus*, dem Hauptzentrum der Produktion von Norepinephrin, einem Stoff, der unter anderem die Wachheit und die Aggression beeinflusst

(MARCHER, JARLNAES und MÜNSTER 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

Die Wirkung von Oxytocin in Tierversuchen zeigt außerdem ein Verhalten, das weniger von Angst besetzt ist und mehr Neugier zeigt. Das Paarungsverhalten wird beschleunigt und beim Geschlechtsverkehr wird noch mehr Oxytocin erzeugt. Mütterliches Verhalten wird gefördert, das soziale Gedächtnis d.h. die Fähigkeit andere zu erkennen, wird gestärkt. Stress wird besser reguliert und die Schmerzschwelle erhöht sich. Zu den zahlreichen biologischen Wirkungen zählen die Senkung der Pulsfrequenz und des Blutdrucks, die Anregung der Verdauung, die Stimulation der Wundheilung, die Stimulation der Produktion verschiedener anderer Hypophysenhormone wie Prolaktin, Wachstumshormone, ACTH etc. Zudem stabilisiert Oxytocin den Cortisolspiegel.

Die Produktion von Oxytocin wird angeregt durch sanfte Berührung, durch eine gute Beziehung, durch Sex, durch köstliche Speisen, durch sanftes Körpertraining und durch Stille und Achtsamkeit (MARCHER, JARLNAES und MÜNSTER 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

4.2.2. Endorphine

Endorphine sind morphinähnliche Substanzen, die im Gehirn und in fast allen peripheren Geweben produziert werden. Der Endorphinspiegel wird erhöht durch Stress und Alarmsituationen und dient zu schnellen Kampf- und Fluchtreaktionen, zur Schmerzlinderung und ist bei Erstarrungsreaktionen beteiligt, da Endorphine in unausweichlichen und lebensbedrohlichen Situationen Schmerzen betäuben und auch zu einem schmerzfreien Tod verhelfen (MARCHER, JARLNAES und MÜNSTER 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

Doch auch durch nichtschädliche Reize werden Endorphine produziert und wirken schmerzlindernd bei Akupressur, Akupunktur, Massage, Bewegung, Laufen und durch den Orgasmus (PERT 1999). Die psychoaktive Wirkung der Endorphine ist allgemeines Wohlfühlgefühl, ein Gefühl des Fliegens und mehr Ausdauer. Sie erhöht die Fähigkeit, bei Affekten zu defokussieren, um von Emotionen nicht überwältigt zu werden (PERT 1999).

4.2.3 Neurotransmitter

Wie bereits erwähnt werden Neurotransmitter durch Berührung ausgeschüttet. Aufgrund verschiedener Beobachtungen von Klinikern kann man davon ausgehen, dass bei therapeutischer Berührung die Neurotransmitter Dopamin und Serotonin für die Zentriertheit und emotionale Stabilität der Klienten und für die Entstehung von Stimmungen eine Rolle spielen (DAMASIO 1994/1995). Weitere Beobachtungen deuten auf eine Steigerung der Produktion des Neurotransmitters Norepinephrin durch Berührung hin, das die Fähigkeit wach und fokussiert zu sein steigert (MARCHER, JARLNAES und MÜNSTER 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

4.2.4. Cortisol

Cortisol ist ein Steroidhormon, das in den Nebennieren produziert wird. Es ist wichtig für die Reaktion auf akutem Stress und fördert die Bereitstellung von Energie für vermehrte Muskelreaktion und erhöhte Gehirnaktivität. Bei chronischem Stress ist der Cortisolspiegel ebenfalls chronisch erhöht und führt zu Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Typ-2-Diabetes, Depression und demenzähnlichen Zuständen im Gehirn.

Untersuchungen und Beobachtungen weisen darauf hin, dass Berührung eine hochwirksame Methode zur Verringerung von Angst und Stress ist und zur Schaffung von Empfindungen des Vertrauens und Wohlbefindens führt. Dies ist unter anderem auch auf das Zusammenwirken der genannten Botenstoffe zurückzuführen; im Besonderen auf das Wechselspiel von Oxytocin, die Senkung des Cortisolspiegels und die Aktivierung des parasympathischen Teils des autonomen Nervensystems.

CANDACE PERT, die Entdeckerin der Endorphin-Rezeptoren im Gehirn, beschreibt in ihrem Buch *Moleküle der Gefühle* (1999), das Konzept eines biochemischen Informationsnetzwerks als Vermittler der Beziehung zwischen Berührung, Körper und Emotionen.

Achtsame Berührung kann somit als ein Weg betrachtet werden, dem Gegenüber eine Hilfestellung zu geben, sich zu entspannen, seine Selbstwahrnehmung zu fördern, seine Fähigkeit Gefühle zu regulieren zu stärken, Präsenz und Achtsamkeit zu fördern etc..

4.2.5. Berührung und Neuroplastizität

Untersuchungen des Neurowissenschaftlers MEANEY von der McGill-Universität in den USA am Sozial-Verhalten von Ratten bestätigen die Erkenntnisse zur Bedeutung von Berührung für die Entwicklung von Tier und Mensch. MEANEY untersuchte Mitte der Neunziger Jahre das Verhalten von Rattenmüttern zu ihren Babys. Er fand heraus, dass Ratten, die in Stresssituationen versetzt wurden, viel sensibler auf das Stresshormon Glucosteroid reagierten als Ratten, die völlig in Ruhe gelassen wurden. Meaney untersuchte nun das „Leck- und Putz-Verhalten“ der Rattenmütter von gestressten, verängstigten Babys. Dabei viel auf, dass es einen Unterschied zwischen dem Verhalten von viel und gründlich geleckten und geputzten Rattenbabys zu solchen die nicht so gründlich geleckt und geputzt wurden, gab. Anhand der Konzentration der Glucosteroid-Rezeptoren im Gehirn der Rattenbabys konnte nachgewiesen werden, dass das gründliche und fürsorgliche Putzen und Lecken zu einer stressfreien und gesunden Entwicklung des Nachwuchses führte (BEGLEY 2006).

„Mütterliche Fürsorge beeinflusst die Entwicklung des Gehirns und verändert besonders die Entwicklung bestimmter Gene. Dies ist die Ursache für die Unterschiede in der Art und Weise, wie einzelne Ratten auf Stress reagieren und wie sie ihren Nachwuchs aufziehen“ (MEANEY 2004 in BEGLEY 2006 S.310). Laut MEANEY entwickeln sich beim gründlichen Lecken und Putzen der Rattenbabys die Gehirnbereiche, die auch für die Verarbeitung von positiven Erfahrungen zuständig sind (BEGLEY 2006).

Ausgehend von den Erkenntnissen der Neurowissenschaft die darauf hindeuten, dass Sinneserfahrung und ihre neuronale Verarbeitung Einfluss auf die Plastizität des Gehirns hat, lässt die Schlussfolgerung zu, dass taktile Berührungserfahrung, ausgeführt mit Achtsamkeit und Fürsorge, ein wesentlicher und wahrscheinlich der wichtigste Faktor in der somatischen, emotionalen und sozialen Entwicklung des Menschen darstellt.

4.2.6. Berührung und Spiegelneurone

Das Phänomen, dass Menschen spontan fühlen, was Andere fühlen und intuitiv erfassen, was Andere denken, oder dass der Anblick eines gähnenden Menschen auch bei der beobachtenden Person selbst sofort spontanes Gähnen auslöst, oder dass die Mutter beim Füttern eines Babys den eigenen Mund dabei weit öffnet, fand bis vor Kurzem keine plausible wissenschaftliche Erklärung.

Die Erklärung dieser Phänomene liegt in den Spiegel-Nervenzellen, einer vor kurzem entdeckten neurobiologischen Sensation. Die Spiegelzellen im menschlichen Gehirn sind zuständig für das intuitive Erfassen der Absichten von Personen, deren Handlungen beobachtet werden. Sie melden, was Menschen fühlen, und lassen deren Freude oder Schmerz mitempfinden. Spiegel-Nervenzellen sind die Grundlage emotionaler Intelligenz. Sie sind die neurobiologische Basis von Empathie und Sympathie und verleihen dem Menschen die Fähigkeit zu lieben.

Wie ihr Name verrät, „spiegeln“ Nervenzellen die beobachtete Handlung in einer Weise, die das Gesehene in unserem Nervensystem gleichsam „nachspielt“ (bzw. „simuliert“), so als führten wir die Handlung selbst aus. Das erklärt beispielsweise, warum wir zusammenzucken, wenn wir sehen, dass einem anderen etwas auf den Kopf fällt (wir verhalten uns, als seien wir selbst betroffen) und automatisch mitlachen, wenn eine andere Person zu lachen beginnt.

Durch die Gegenwart anderer Menschen ausgelöste Resonanzreaktionen haben nicht nur psychologische, sondern auch biologische Effekte. Was wir erleben, was uns durch Andere widerfährt, beeinflusst und verändert uns. Wir verändern uns im Antlitz des Anderen.

Die gesamte kindliche Entwicklung ist auf die Spiegelung der Eltern angewiesen und macht Lernen erst möglich. Nach J. BAUER sind Spiegelneurone das neuronale Format für eine frühe, basale Form der Kommunikation und der wechselseitigen sozialen Einstimmung, ohne die es nicht nur für Säuglinge keinen Zugang zur Welt, sondern auch später kein intuitives Gefühl der zwischenmenschlichen Verbundenheit geben könnte (BAUER 2006).

Angst auslösende Stimuli und Stress bringen die Spiegelzellen zum Verstummen. Dies bedeutet, dass Säuglinge und Kleinkinder empathische Anteilnahme und Zuwendung erleben müssen, um ihre

Spiegelsysteme entwickeln zu können. Die Summe der Resonanzen, die das Kind von seinen Bezugspersonen erhält, leistet einen beachtlichen Beitrag zur Selbst- und Identitätsbildung des Kindes (BAUER 2006).

Diese Untersuchungen und dabei gewonnenen Erkenntnisse lassen Zusammenhänge zwischen den bereits oben erwähnten Untersuchungen von MONTAGOU, SPITZ, FIELD, LEBOYER und anderen in der Säuglingsforschung und Bindungsforschung erkennen. Die zur Entwicklung des Spiegelsystems notwendige Anteilnahme und Zuwendung, von der BAUER spricht, kann in der frühen Entwicklungsphase durch taktile Berührung vermittelt werden. Dies lässt den Autor der Studie die Hypothese aufstellen, dass achtsame Berührung Einfluss auf die Entwicklung von Spiegelneuronen haben könnte. Dies müsste in weiteren Studien noch untersucht werden.

4..3. Bindungsforschung

Die Bindungstheorie, die auf der Forschungsarbeit von JOHN BOWLBY Ende der fünfziger Jahre beruht, beschäftigt sich mit der frühen Bindung zwischen Eltern und Kind. Sie betrachtet die frühe Bindung an die Bezugspersonen als biologisch-psychische Überlebensmotivation, d.h. unser Überleben hängt mit der Fähigkeit zusammen, emotionale Bindung zu unseren Eltern herzustellen und aufrechtzuerhalten.

BOWLBY postuliert vier Annahmen, die den Kern der Bindungstheorie bilden:

1. Enge emotionale Bindung zwischen Individuen haben einen primären Status und erfüllen eine biologische Funktion.
2. Die Art und Weise wie ein Kind behandelt wird, übt einen tief greifenden Einfluss auf seine Entwicklung und auf das spätere Funktionieren der Persönlichkeit aus.
3. Bindungsverhalten muss als Teil eines Organisationssystems betrachtet werden, das sich auf „innere Arbeitsmodelle“ des Selbst und der Anderen stützt. An diesen Arbeitsmodellen können sich Erwartungen und Verhaltensplanung orientieren.
4. Obwohl das Bindungsverhalten veränderungsresistent ist, bleibt ein Veränderungspotenzial vorhanden, welches lebenslang für schädliche oder günstige Einflüsse offen bleibt.

Die berühmt gewordenen Veröffentlichungen von RENÈ SPITZ (1945) stellten schon damals klar, dass es nicht ausreicht, sich lediglich auf die Versorgung der körperlichen Bedürfnisse der Kinder zu beschränken. MARY AINSWORTH, eine Mitarbeiterin von BOWLBY, weist durch ihre zahlreichen Forschungsarbeiten zur Bindungstheorie insbesondere auf den liebevollen Körperkontakt zwischen Mutter und Kind hin (SIEGEL 1999). Die senso-motorischen Grundlagen dieses Aspekts stellen somit eine Verbindung zu körperorientierten Therapien dar.

Laut BOWLBY wird ein Kind geboren, um sich zu binden und organisiert sein Denken und Verhalten um sich zu binden. Das Kind hält die Bindung sogar trotz großer Nachteile und emotionaler Krisen aufrecht. MARY AINSWORTH entwickelte in den sechziger Jahren ein Forschungsinstrument, um die Bindungssicherheit bei Säuglingen zu messen. Dieser Labortest wird *Ainsworth* oder *Infant Strange Situation* genannt (SIEGEL 1999). Ihre daraus resultierende Baltimore-Studie wurde seither von Forschern aus der ganzen Welt hunderte Male repliziert. Die Studie untersuchte das Säuglingsverhalten in verschiedenen Beziehungssituationen mit der Mutter und fremden Personen in

denen der Säugling unterschiedlichen Kontakt- und Trennungssituationen ausgesetzt wurden. Das Resultat führte zur Definition von vier Bindungsstilen:

- Sicherer Bindungsstil
- Ambivalenter Bindungsstil
- Vermeidender Bindungsstil
- Unorganisierter Bindungsstil

Eine wesentliche Frage, die in der Bindungsforschung gestellt wird, ist: „In wie weit sind die frühkindlichen Bindungserfahrungen ausschlaggebend für das Bindungsverhalten im Erwachsenenalter? Dazu gibt es durchaus kontroverse Diskussionen. Insgesamt herrscht unter Fachleuten allerdings ein relativer Konsens über den Zusammenhang (MAY 2006 in SIEGEL 1999).

Im Folgenden wird eine Übersicht der vier Bindungsstile und das entsprechende Bindungsverhalten Erwachsener gegeben:

Tabelle 1: Übersicht über Bindungsstile und Bindungsverhalten

(Aus dem unveröffentlichten Handout der Hakomi Trauma Fortbildung von M. MISCHKE REEDS nach D. SIEGEL, MAIN und CASSIDY (1988)).

Bindungs-Stil	Kind	Erwachsener
Sicher	<ul style="list-style-type: none"> • Fühlt und handelt sicher • Ist in der Lage sich von den Eltern zu trennen (kann bei der Trennung weinen, ist aber leicht zu trösten) • Sucht Trost wenn es Angst hat • Begegnet den zurückkommenden Eltern mit positiven Gefühlen • Zieht die Eltern Fremden vor • Spielt gut mit anderen Kindern 	<ul style="list-style-type: none"> • Frei und autonom • Hat vertrauensvolle, anhaltende Beziehungen • Gutes Selbstwertgefühl • Teilt die Gefühle mit Partnern und Freunden • Wählt seine sozialen Kontakte aus • Geht ohne Angst in neue Erfahrungen
Ambivalent	<ul style="list-style-type: none"> • Anhänglich, überemotional • Tendiert dazu, sich jünger zu verhalten, als es ist • Verwendet Babysprache über das Kleinkindalter hinaus • Weint leicht und ist leicht frustriert • Wird wütend, wenn Erwachsene ihm keine Aufmerksamkeit schenken • Hat Schwierigkeiten, Dinge alleine zu machen • Geht für kurze Zeit auf Alle zu 	<ul style="list-style-type: none"> • Abweisend • Widerstand näher zu kommen (abstoßen-anziehen) • Sorgt sich, dass der Partner ihn/sie nicht liebt • Ist sehr verstört wenn die Beziehung endet • Hat Schwierigkeiten in einer intimen Beziehung zu bleiben

	<ul style="list-style-type: none"> • Tut sich schwer, die Eltern gehen zu lassen 	
Vermeidend	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidet die Eltern • Sucht keinen Trost bei den Eltern • Macht kaum Unterschiede zwischen Eltern und Fremden • Kann unabhängig erscheinen • Fragt nicht nach Hilfe, ist leicht frustriert • Hat Schwierigkeiten mit anderen Kindern zu spielen • Beißt und schlägt mehr und ist aggressiver als andere Kinder derselben Altersstufe • Hat großen Stress, wenn die Eltern gehen, ignoriert sie beim Wiederkommen • Beruhigt sich nicht, wenn die Eltern wiederkommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nähethematik in Beziehungen • Investiert wenig Gefühle in soziale und Liebesbeziehungen • Kann/will Gedanken und Gefühle nicht mit anderen teilen • Vermeidet Konflikt bei der Arbeit und in Beziehungen
Unorganisiert	<ul style="list-style-type: none"> • Mischung aus vermeidendem und widerständigem Verhalten • Ist benommen, verwirrt und ängstlich • Macht Dinge die keinen Sinn machen • Zeigt Erstarrungsreaktionen ohne erkennbaren Grund • Kann Gefühle anderer Kinder nicht verstehen • Kann beim Spielen verwirrende und erschreckende Szenen ausagieren • Das Kind erscheint von Tag zu Tag anders • Kann schon im Alter von sechs Jahren Erwachsenenrolle übernehmen • Benimmt sich wie eine Pflegeperson anderen Kindern gegenüber 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirrung in intimen Beziehungen • Liest die Menschen „falsch“ • Hat die Tendenz wiederholt in missbräuchlichen Beziehungen zu sein • Tendenz zur intergenerationellen Übertragung • Tendenz in Beziehungen getriggert zu werden • Kann kontrollierend, aggressiv und gewalttätig sein • Kann überfürsorglich erstickend sein

Bindungsbeziehungen erfüllen somit eine wichtige Funktion, indem sie das Kind vor vielen Gefahren schützen und wirken sich unmittelbar auf die geistige und emotionale Entwicklung des Kindes aus.

Eine unsichere Bindung könnte ein signifikanter Risikofaktor für die Entstehung von Psychopathologien sein. Eine sichere Bindung scheint Menschen eine emotionale Resilienz zu verleihen (D. SIEGEL 1999).

Eine weitere Frage die in der Auseinandersetzung mit dem Bindungsverhalten wesentlich ist, inwieweit die Genetik dabei eine Rolle spielt. Einschlägige Studien weisen eindeutig auf den Vorrang der Umwelterfahrung gegenüber der genetischen Disposition hin (FONAGY 2005 in GREEN 2005).

4.3.1. Bindung und Achtsamkeit

„Achtsam zu sein steht im Zentrum einer liebevollen Verbindung. Wenn wir achtsam sind leben wir im Moment, sind uns unserer Gedanken und Gefühle bewusst und sind dementsprechend auch offen für die unserer Kinder. Die Fähigkeit in innerer Klarheit gegenwärtig zu sein, erlaubt es uns auch mit anderen Menschen voll präsent zu sein und die persönliche Erfahrung eines jeden zu respektieren. Keine zwei Menschen sehen Dinge gleich. Achtsamkeit zeigt Respekt für die Souveränität des Geistes eines jeden Menschen“ (SIEGEL 2007 in MISCHKE REEDS, S. 5).

Somit scheint der Bewusstseinszustand der Achtsamkeit nicht nur einen intrapersonellen Aspekt darzustellen, sondern auch einen entscheidenden Faktor in der interpersonellen emotionalen Kommunikation zwischen Mutter und Kind zu beinhalten. Wenn die Bezugsperson sich im Zustand der Achtsamkeit befindet und dementsprechend aus der Nabe des Geistes (siehe Abb.2, Seite 22) mit mitfühlender nicht-wertender Aufmerksamkeit fühlt, denkt und handelt, scheint dies eine der Grundvoraussetzung für eine sichere Bindung zu sein.

4.3.2. Bindung und Neurobiologie

Neurobiologische Studien weisen darauf hin, dass die Erfahrungen eines Menschen in seinen ersten Lebensjahren die Gehirnentwicklung maßgeblich beeinflussen und zu dementsprechender neuronaler Aktivität anregen. Nach D. SIEGEL ist die Entwicklung des Gehirns ein erlebensabhängiger (*experience-dependet*) Prozess, bei dem das Erleben bestimmte neuronale Pfade im Gehirn aktiviert und dadurch bereits bestehende Verbindungen stärkt und neue erzeugt (SIEGEL 1999). Ein Mangel an Erlebnissen kann zu einem Absterben von Nervenzellen führen. Deshalb spricht man hinsichtlich der Gehirnentwicklung vom „use-it-or-lose-it“ Prinzip, d.h. nur der Gebrauch von vorhandenen Fähigkeiten sichert deren Erhalt.

Zu Beginn des Lebens ist die Mutter-Kind Beziehung die primäre Quelle des Erlebens, die beeinflusst, wie sich das Gehirn auf Basis der genetischen Programmierung entwickelt. Die Gene und die frühen Erlebnisse beeinflussen somit die Weise, wie die Neuronen sich zu spezialisierten Schaltkreisen verbinden. Deshalb haben die frühkindlichen Erlebnisse eine ungeheuer wichtige Wirkung auf den sich entwickelnden Geist. Folgende neuronale Prozesse spielen dabei eine wichtige Rolle:

1. Wachstum der Axone,
2. neue synaptische Verbindungen zwischen den Neuronen entstehen,
3. das Myelin-Wachstum entlang der Neuronen beschleunigt die Leitfähigkeit der Nerven,
4. durch Erhöhung der Rezeptordichte und –empfindlichkeit werden die Verbindungen effizienter

(SIEGEL 1999).

In Tierversuchen wurde nachgewiesen, dass in stimulierender Umgebung die Neuronendichte steigt, insbesondere im Hippocampus, einer Gehirnstruktur, die für das Gedächtnis und das Lernen eine wichtige Rolle spielt. Somit ist Erleben Voraussetzung für Neuroplastizität.

Frühkindliche Erlebnisse werden durch das so genannte implizite Gedächtnis gespeichert, das außerhalb der bewussten Wahrnehmung erfolgt, im Gegensatz zum expliziten Gedächtnis, das mit bewusstem Gewahrsein einhergeht und sich zu einem späteren Zeitpunkt entwickelt. Das implizite Gedächtnis aktiviert Teile des Gehirns, die keine bewusste Wahrnehmung erfordern und ist an der Schaffung des Modells der Welt und des Selbst maßgeblich beteiligt. Es umfasst Verhaltenserinnerung, emotionale Erinnerung, Wahrnehmungserinnerung und möglicherweise auch somatosensorische Erinnerung. Wenn implizite Erinnerung abgerufen wird, werden neuronale Schaltkreise aktiviert, die einige wichtige Aspekte unseres Lebens steuern: Verhaltensweisen, Emotionen und Bilder. Das bedeutet, dass die unbewussten Modelle der Welt und des Selbst, die im impliziten Gedächtnis in der Säuglingsphase durch Erfahrung geprägt wurden, das Fühlen, Verhalten und Denken des Erwachsenen beeinflussen und der bewussten Kontrolle nicht zugänglich sind (D. SIEGEL 1999).

Alle Erlebnisse werden jedoch nicht im impliziten Gedächtnis gespeichert. Dies hängt von der emotionalen Intensität zum Zeitpunkt des Erlebens ab. Ereignisse von geringer Emotionalität werden kaum gespeichert, Ereignisse von mittlerer Emotionalität scheinen vom Gehirn als wichtig eingestuft zu werden und lassen sich in Zukunft leichter erinnern. Dabei scheinen die Amygdala und der Orbitofrontalkortex eine wichtige Rolle zu spielen. **Überwältigende traumatische Ereignisse werden im impliziten Gedächtnis gespeichert, sind aber auf Grund verschiedener hemmender Faktoren auf den Hippocampus für das explizite Gedächtnis oft nicht mehr zugänglich.** Wiederholungen von solchen Erlebnissen kann zur Schrumpfung des Hippocampus und zur Vergrößerung der Amygdala führen.

Comment [u1]: Der Satz muß etwas verändert werden, da ich nicht genau wusste, was du sagen wolltest, habe ich den Satz nur markiert.

TREVARTHENS (1993 in GREEN 2005) Modell der „Limbischen Resonanz“ zeigt eindrücklich die emotionale Kommunikation zwischen Mutter und Kind in der frühen Phase und beschreibt die Resonanzphänomene, die zwischen dem Gehirn der Mutter und dem des Kindes stattfinden. Dabei scheint das Zusammenspiel des Augenkontakts, der Stimmlage und der Handbewegungen eine zentrale Rolle zu spielen.

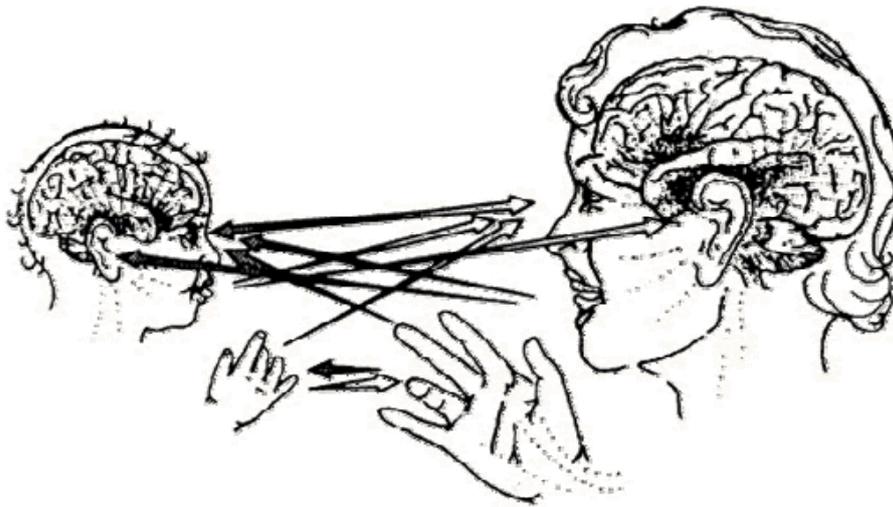


Abb.5: Kanäle der Face-to-face-Kommunikation bei der Protokonversation. Protokonversation wird durch wechselseitige Blickorientierung, Vokalisation, Gesten der Hände sowie Arm- und Kopfbewegungen vermittelt, deren Koordination ein interpersonales Gewahrsein und Emotionen zum Ausdruck bringen (nach TREVARTHAN 1993 in SCHORE; GREEN (Hrsg.) 2005)

4.4. Trauma-Forschung

Durch die sich in letzter Zeit vermehrenden Umweltkatastrophen und Terroranschläge rückt das Thema Trauma mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit. Traumaforschung und Traumatherapie erfährt auch in einschlägigen wissenschaftlichen Fachkreisen mehr an Bedeutung.

Was ist Trauma? Und woran erkennt man das Vorliegen eines Traumas?

1. Trauma ist ein Vorfall, der die Barrieren der körperlichen Schutzmechanismen durchbricht und zu Überwältigung und Hilflosigkeit führt.
2. Trauma ist die Empfindung, dass das Überleben in Frage gestellt ist und stellt eine Bedrohung des Lebens dar.
3. Trauma ist die verspürte Erfahrung von tödlicher Bedrohung im Körper und im Nervensystem.

Wenn der Stress zu groß wird, wird das Nervensystem überwältigt und emotional bedingte Reaktionen werden hervorgerufen. Der Körper wendet Kampf, Flucht und Erstarrungsstrategien an um sein Überleben zu sichern. Die daraus hervorgehenden Symptome sind: Überwältigende Angst, Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Todesangst, starker Erregungszustand, psycho-physische Kontraktion, Dissoziation (Abspaltung) von Körper, Gefühlen und Erinnerung, Erstarrung und Einfrierung. Dies führt zur Erschütterung des Welt- und Selbstbildes der betroffenen Person. Oft spielt das Gehirn in Form von „flash backs“ die dramatischen Szenen wieder und wieder ab.

Das Trauma ist allerdings nicht limitiert auf Überlebens-Erfahrungen, sondern kann auch durch den Anblick und Miterleben einer Depression der Mutter, die Trennung der Eltern im Kleinkindalter, extremen Stress in der Kindheitsentwicklung, chronischen Stress bei Jugendlichen, alkoholisierte

Eltern, chronische Einsamkeit, traumatische medizinische Eingriffe und vorgeburtliche Erfahrungen entstehen (COZZOLINO in MISCHKE-REEDS 2007).

Diese anhaltenden chronisch traumatischen Erfahrungen können vom menschlichen Organismus nur durch Einfrierungs- und Erstarrungsreaktionen des vegetativen Nervensystems bewältigt werden, die zu einem permanenten Übererregungszustand des Nervensystems führen. Die Folge davon ist das chronisch unbewältigte Trauma, das Posttraumatischen Belastungs-Syndrom (PTBS).

4.4.1. Trauma und Neurobiologie

Neurobiologische Studien zeigen die beteiligten Gehirnareale und Schaltkreise des Traumas und leisten wichtige Beiträge zum Verständnis des Trauma-Geschehens. Das permanent übererregte Nervensystem ist gekoppelt mit der chronischen Aktivierung verschiedenster Stress-Hormone, wie z.B. Cortisol. Die Auswirkungen großer Ausschüttung von Stresshormonen auf das Gehirn sind:

1. die Hemmung des Neuronenwachstums im Hippocampus,
2. das Absterben der Neuronen im Hippocampus und dessen Schrumpfung,
3. der Einfluss auf die Amygdala durch Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin und deren Vergrößerung.

Die Amygdala spielt bei der Bewertung eines Erlebnisses eine wichtige Rolle und ist für die emotionale Regulation entscheidend, besonders für die Regulation von Angst.

Die Schrumpfung des Hippocampus, der für die Bildung des episodischen Gedächtnisses zuständig ist, bewirkt beim Traumatisierten eine Störung der Verarbeitung von Erinnerung und so entsteht die „Erinnerungsschleife“, vergleichbar mit dem Kratzer in einer Schallplatte. Beim nicht bewältigten Trauma wird nun permanent ein Übermaß an Stresshormonen ausgeschüttet, die über einen negativen Rückkoppelungsprozess das autonome Nervensystem chronisch belasten und schädigen, was wiederum zu einer vermehrten Ausschüttung von Stresshormonen führt. Dies entspricht einem *circulus vitiosus*.

Charakteristisch für traumatisierte Menschen ist ihre geringe Erregungstoleranz (VAN DER KOLK 1987 in MISCHKE-REEDS 2007). Die obere und untere Linie des abgebildeten Diagramms (siehe Abb. 6, Seite 41) zeigen den optimalen Erregungsspiegel einer Person, der eine gesunde Regulationsfähigkeit darstellt. Beim Traumatisierten wechselt die Erregung des Vegetativum zwischen Übererregung und Untererregung bzw. Erstarrung/Betäubung.

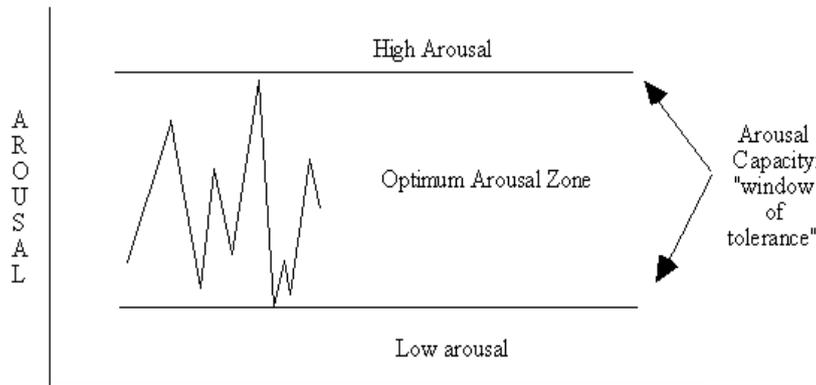


Abb. 6: Modulationsmodell nach VAN DER KOLK. Traumatisierte wechseln zwischen Übererregung (High Arousal) und Untererregung (Low Arousal).

4.4.2. Trauma und Körper

Das Traumageschehen ist vor allem ein körperliches Geschehen und ruft auch körperliche Abwehr hervor, die aktiv oder passiv sein kann (LEVINE 1997). Aktive Abwehr äußert sich in Kampf- und Fluchtmechanismen, passive in Erstarren bzw. im Totstellreflex. Das Trauma wird demnach vorwiegend sensomotorisch verarbeitet. Nach der Dreiteilung des Gehirns (Stammhirn, Mittelhirn und Großhirn) ist dies die unterste Hierarchie von Informationsverarbeitung, gefolgt von der emotionalen und kognitiven Ebene. Der „Stempel“ des Traumas findet sich demnach nicht im verbalen verstehenden Teil des Gehirns, sondern in viel tieferen Regionen: Amygdala, Hippocampus, Hirnstamm – all diese Bereiche sind nur minimal beeinflusst durch Denken und Erkennen. Studien haben gezeigt, dass Menschen ihr Trauma von „unten nach oben“ durcharbeiten, vom Körper zum Geist und nicht umgekehrt. (MISCHKE REEDS 2007). „Wenn Trauma in diesen unteren Schichten liegt, muss effektive Therapie darauf abgestimmt sein, dass sie die Kernfunktionen anspricht – was höchstwahrscheinlich nicht durch Worte und Sprache geschehen kann“ (BESSEL VAN DE KOLK 2005 in MISCHKE-REEDS 2007). Hier setzen sinnvollerweise körper- und erfahrungsorientierte Therapieverfahren an.

Achtsamkeit ist der Schlüssel zur sensomotorischen Verarbeitung von Traumen. (ODGEN u. MINTON 2006 in MARLOCK & WEISS 2006). Achtsamkeit ermöglicht, aus dissoziierten Zuständen und vergangenheits- und zukunftsorientierten Vorstellungen herauszukommen und somit die unmittelbare Veränderung im Körper sensomotorisch zu erleben bzw. „von unten nach oben“ (bottom-up). Der sensomotorische Aspekt der Berührungintervention unterstreicht und verstärkt diese Wirkung. Zudem bezieht Achtsamkeit die kognitive Ebene mit ein und ermöglicht es dem Traumatisierten, neben der sensomotorischen Verarbeitung (bottom-up) ein möglicherweise neues Selbst- und Beziehungsmodell zu etablieren. Somit wird die kognitive Verarbeitung mit einbezogen, welche nach der hierarchischen Gehirnfunktion einen von „von oben nach unten“ (top-down) gerichteter Einfluss darstellt. Dieser zweifache Ansatz weist auf die Bedeutung des körperorientierten Therapieansatzes in Verbindung mit Achtsamkeitstraining hin und stellt somit eine wesentliche Ressource in der Bewältigung von Traumen dar.

4.5. Berührung und Psychotherapie

Das Wort Behandlung deutet auf die zentrale Bedeutung der Hand im Zusammenhang mit therapeutischer Intervention. 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 wesentliche interpersonelle Botschaften zu vermitteln, welche auf anderem Wege nicht überbracht werden können.

In der akademischen Psychologie sowie in der Lehre und Forschung der anerkannten Psychotherapieverfahren führt die therapeutische Berührungsintervention ein verwaistes Dasein. Demnach sind akademisch ausgebildete Psychotherapeuten der Sprache, den Gedanken und dem evaluierbaren Verhalten näher als der Sinneserfahrung und dem unmittelbaren Erleben. Das Interesse am Körper reduziert sich auf eine medizinische Sichtweise und suggeriert somit dem Klienten dass psychische Aspekte nichts mit dem Körper zu tun haben. WOODMANSEY (1999 zit. in NATHAN 1999 S. 147) beginnt in seinem Artikel „Are Psychotherapists out of Touch?“ mit folgenden Sätzen: „Psychotherapeuten tun so als seien sie Träger eines belastenden Geheimnisses. Obwohl es ihnen die traditionelle Anschauung verbietet, ihre Patienten auf die eine oder andere signifikante Weise zu berühren, sind doch viele von ihnen davon überzeugt, dass ihre Patienten (oder zumindest einige) tatsächlich körperlichen Kontakt brauchen. Also versuchen sie diesem Bedürfnis ihrer Patienten heimlich nachzukommen, jedoch wissend, dass sie nur auf eine äußerst bescheidene Technik zurückgreifen können. So impliziert die Bindungs-Theorie (und die Erfahrungen bestätigen dies), dass Patienten die in ihrem frühen Leben unter mangelnder mütterlicher Zuneigung litten, vor allem – wie Kinder – wirkliche körperliche Fürsorge benötigen“

Das Interesse an der Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper bleibt in der akademischen Psychologie marginal. Es gibt 114 wissenschaftliche Theorien der Entwicklung des Psychischen und keine einzige Entwicklungstheorie des menschlichen Leibes als komplexes systemisches Ganzes (BUSCH 2006 in MARLOCK & WEISS 2006). Trotz schulübergreifender Diskussionen und Integrationsversuchen verschiedener Verfahren unter Psychotherapeuten bleibt das Thema „Berührung“ ein nichtintegrierbarer Aspekt und führt zum Teil zu Voreingenommenheit, Unkenntnis und Polemik. Beispielsweise unterstellt die deutsche Psychoanalytikerin E. JAEGGI einer körperbezogenen Berührungsarbeit den naiv-unprofessionellen Wunsch des Wiedergutmachens – sie wolle „...wieder gut machen, was nicht wieder gut zu machen ist“ (JAEGGI 1995 ZIT. IN BUSCH 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

Eine durch Berührung ausgelöste korrigierende Erfahrung, welche nicht zu verwechseln ist mit einem „Wiedergutmachen“, kann einen Verarbeitungsprozess einleiten und im impliziten Gedächtnis gespeicherte sensomotorische Prägung verändern, was möglicherweise zu einem neuen Selbst- und Beziehungs-Modell führen kann, besonders wenn es sich um frühen Beziehungserfahrungen handelt, die dem kognitiven Geist nicht zugänglich sind.

Therapeutische Berührung ist Kunst und Technik zugleich und kann nur auf der Basis eigener, körperbezogener Therapie- und Selbsterfahrung angeeignet werden und erfordert eine grundlegende Kenntnis psycho-somatischer Zusammenhänge.

4.6. Berührung als „Via Regia“ zum Unbewussten

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 zit. in BUSCH in MARLOCK & WEISS 2006). FREUD berührte Patientinnen im hypnotischen Schlaf an Stellen, an denen sich mangels lustvoller Erregung, Energie gestaut hatte (ANZIEU 1992 in BUSCH in MARLOCK & WEISS 2006). Mit der Absicht gestaute Energie zu lösen massierte er hysterische Patientinnen. Zu einem späteren Zeitpunkt wendet sich FREUD strikt von jeglicher Berührungsinervention in der Analyse ab, wohl als Folge der für ihn blamierenden Erfahrung mit einer Krankenschwester seiner Station, die sich ihm aus Dankbarkeit um den Hals warf, um ihn zu küssen und wohl auch unter dem Druck der heftigen Übertragungskrise mit seiner Patientin Anna O.. Die daraus entstandene Abstinenz in der Analyse, die aus dem Blickwinkel seiner Zeit verständlich ist, scheint wesentlich dazu beigetragen zu haben, dass Berührungsinerventionen in der Therapie immer noch als etwas in der Therapie Verpöhtes angesehen werden.

Anders als FREUD, der keine klare Trennung zwischen den taktilen und den sexuellen Bedürfnissen des Säuglings und des Kleinkindes machen konnte, haben relevante Entwicklungstheorien wie die Bindungsforschung, die moderne Säuglingsforschung, sowie die Neurobiologie auf die Eigenständigkeit taktiler Entwicklungslinien des Berührens in Bezug auf frühkindliche Reifungsphasen hingewiesen (BUSCH 2006 in MARLOCK & WEISS 2006).

5. DEPRESSION

5.1. Grundlagen – Problemstellung - Statistik

Fast jeder Fünfte leidet irgendwann in seinem Leben unter einer depressiven Periode. Bei gut der Hälfte dieser Personen wird die depressive Störung so schwer, dass eine Behandlung erforderlich wird. 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. In Deutschland erkranken nach Angaben des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie etwa 4,4 Prozent der Männer und 13,5 Prozent der Frauen an Depressionen. (JÜTTE 2001)

Dass die Depression eine der größten Volkskrankheiten ist, wurde erst jüngst von der WHO (MURRAY & LOPEZ 2001) bestätigt. Betrachtet man neben der Schwere der Beeinträchtigung auch die Dauer der Erkrankung, liegen Depressionen in den entwickelten Ländern vor allen anderen psychischen und physischen Erkrankungen.

Die EU geht davon aus, dass die Depression in den kommenden 10 Jahren weltweit die Volkskrankheit Nummer 2 sein wird (Wimmer 2005).

Bei Frauen werden Depressionen im Durchschnitt doppelt so oft wie bei Männern diagnostiziert. Dies kann auf eine verstärkte genetische Disposition von Frauen zur Depression hinweisen, aber auch mit den unterschiedlichen sozialen Rollen zusammenhängen, da deutlich mehr Männer an meist depressionsbedingten Suiziden sterben als Frauen. Bei Männern können sich Depressionen auch anders ausdrücken als bei Frauen. Da aber Männer durchschnittlich seltener in ärztliche Behandlung gehen und weniger über sich erzählen, kommt dies oft nicht zur Kenntnis.

In den vergangenen Jahren wurde in den entwickelten Ländern ein starker Anstieg der depressiven Erkrankungen beobachtet, ganz besonders in den hoch industrialisierten Ländern. Die Ursachen dafür sind noch unklar, häufig wird jedoch der Stress in der Gesellschaft (in Form von gesteigener Beanspruchung und Unsicherheit durch die persönliche und berufliche Situation) mit verantwortlich gemacht. So wurde zum Beispiel nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion eine schlagartige Zunahme von Depressionen und Suiziden in vielen osteuropäischen Staaten beobachtet. Eine weitere Ursache mag sein, dass die Stigmatisierung der Depression in den letzten Jahren weitgehend überwunden wurde und die Patienten heute häufiger ärztliche Behandlung suchen. Dies würde auch mit den Statistiken für Suizid übereinstimmen, nach denen im Jahre 1980 noch 18.000 Deutsche jährlich durch Suizid das Leben verloren, während es im Jahre 2000 nur noch 12.000 waren (DAVISON UND NEALE 2002).

5.2. Formen der Depression

Die älteren Bezeichnungen unterscheiden zwischen endogener Depression (endogen bedeutet aus sich selber heraus; im klinischen Alltag als eine Form der affektiven Psychose bezeichnet), die ohne erkennbare Ursache auftritt (und bei der auch eine genetische Mitverursachung vermutet wird), neurotische Depression – oder auch Erschöpfungsdepression – (verursacht durch länger andauernde

belastende Erfahrungen in der Lebensgeschichte) und reaktiven Depression – als Reaktion auf ein aktuell belastendes Ereignis.

Gegenwärtig ist das deskriptiv (beschreibend) ausgerichtete Diagnose-Schema nach ICD-10 in der psychiatrischen Wissenschaft verbindlich. Es trennt lediglich zwischen depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen. Die Schwere der Depression wird mit leicht, mittelgradig, schwer und schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen bezeichnet. Dysthymia steht für die chronifizierte Depression.

Depressive Reaktion (ICD-10) ist die frühere reaktive Depression. Bei der selteneren bipolaren affektiven Störung erkrankt der Patient im Wechsel an Depression und Manie. Die frühere Bezeichnung dieses Krankheitsbildes lautete manisch-depressive Erkrankung. Auch hier ist der Begriff „affektive Psychose“ noch gebräuchlich. In abgeschwächter, aber sich über Jahre hinziehender Ausprägung werden diese bipolaren Schwankungen Zykllothymie genannt.

Die Winterdepression ist eine saisonal auftretende Form, für die ein Mangel an Sonnenlicht verantwortlich zu sein scheint.

Die Bezeichnung „Altersdepression“ ist überflüssig, da sich die depressive Episode im Alter nicht von der in jungen Jahren unterscheidet. Allerdings erkranken Ältere häufiger an einer Depression als Jüngere (DAVISON und NEALE in HAUTZINGER (Hrsg.)2002).

Bei etwa 10 % der Frauen kommt es nach einer Geburt zu einer postpartalen Depression, für die hormonelle Ursachen vermutet werden (CIPS 1996).

5.3. Neurobiologische Faktoren

Als gesichert gilt, dass bei jeder bekannten Form der Depression das serotonale und/oder noradrenerale System gestört ist, das heißt, der Spiegel dieser Neurotransmitter ist zu hoch oder zu niedrig oder die Resorption/Reizbarkeit der Synapsen ist verändert. Unklar ist jedoch, ob die Veränderung des Serotoninspiegels eine Ursache oder eine Folge der depressiven Erkrankung ist.

Im Blut und Urin von Depressiven lassen sich in der Regel überhöhte Mengen des Stresshormons Cortisol nachweisen.

Depression ist Ausdruck von Fehlanpassung an chronischen Stress. Chronischer Stress führt über eine andauernde Stimulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHN-Achse) zu einer übermäßigen Ausschüttung von Glucocorticoiden ins Blut. Bei Depressiven lassen sich überhöhte Mengen des Stresshormons Cortisol im Blut und Urin nachweisen. Dadurch wurde schon früh ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Depressionen und Stress vermutet. Die Steuerung der Glucocorticoidsekretion erfolgt zentral durch den Hypothalamus. Das Corticotropin Releasing Hormone (CRH), welches im Hypothalamus gebildet wird, stimuliert zunächst die Bildung und Ausschüttung des adrenocorticotropen Hormons (ACTH) aus der Adenohypophyse. ACTH führt über eine Aktivierung der Nebennierenrinde zu einer Ausschüttung von Gluco- und Mineralocorticoiden. Die bei Depressionen beschriebene Dysregulation der HHN Achse zeigt sich in einer erhöhten Ausschüttung von ACTH und Cortisol.

Relativ neu ist die Erkenntnis, dass durch die erhöhte Ausschüttung von Glucocorticoiden bei Stress empfindliche Regionen des Gehirns geschädigt werden können. Besonderes Interesse findet in diesem Zusammenhang in der neueren Forschung der zum limbischen System gehörende Hippocampus.

Der Hippocampus gehört unter Andern zu den Regionen des Nervensystems, die in der Lage sind, von sich aus wieder neue Nervenzellen zu bilden (Neuroneogenese bzw. Fähigkeit zur Neuroplastizität). Auch diese Fähigkeit zur Neuroneogenese scheint durch die schädigende Wirkung der Glucocorticoide beeinträchtigt zu sein.

Die beschriebenen Veränderungen bei Depressionen gelten andererseits gerade wegen der Fähigkeit des Hippocampus zur Regeneration wiederum als reversibel.

Transmittersysteme, wie das Serotonin- oder Noradrenalinsystem haben im Hinblick auf die Genese von Depressionen nach neueren Erkenntnissen vor allem eine modulierende Wirkung auf emotional gefärbte psychosoziale Stressreaktionen (VIDEBECH u. RAVNKILDE 2004).

Das Erklärungsmodell von Depressionen als Maladaptation bei chronischen Stresseinflüssen rechtfertigt vielfältige therapeutische Einflussmöglichkeiten vor allem auf die subjektiv dispositionellen Faktoren von Stresserleben und Stressbewältigung (HELL 2006).

5.4. Psychologische Theorien zur Depressionsentstehung

5.4.1 Erlernte Hilflosigkeit

Nach SELIGMANs Depressionsmodell entstehen Depressionen durch Gefühle der Hilflosigkeit, die auf unkontrollierbare, aversive Ereignisse folgen. Entscheidend für die erlebte Kontrollierbarkeit von Ereignissen sind die Ursachen, auf die die betroffene Person ein Ereignis zurückführt. Nach SELIGMAN führen Attributionen aversiver Ereignisse auf internale, globale und stabile Faktoren zu Gefühlen der Hilflosigkeit, die wiederum zu Depressionen führen. Mittels SELIGMANs Modell lässt sich die hohe Komorbidität zu Angststörungen erklären: Allen Angststörungen ist gemein, dass die betroffenen Personen ihre Angst nicht oder sehr schlecht kontrollieren können, was zu Hilflosigkeits- und im Verlauf der Störung auch zu Hoffnungslosigkeitserfahrungen führt. Diese wiederum sind laut SELIGMAN, ursächlich für die Entstehung von Depressionen (HAUTZINGER u. DE JONG-MEYER, 2003).

5.4.2. Kognitionen als Ursache

Im Zentrum von BECKs Depressionsmodell stehen kognitive Verzerrungen der Realität durch den Depressiven. Verantwortlich dafür sind, laut BECK negative kognitive Schemata oder Überzeugungen, die durch negative Lebenserfahrungen ausgelöst werden. Kognitive Schemata sind Muster, die sowohl Informationen beinhalten als auch zur Verarbeitung von Informationen benutzt werden und somit einen Einfluss auf Aufmerksamkeit, Enkodierung und Bewertung von Informationen haben. Durch Benutzung dysfunktionaler Schemata kommt es zu kognitiven Verzerrungen der Realität, die im Falle der depressiven Person zu pessimistischen Sichtweisen über sich selbst, die Welt und die Zukunft führen (negative Triade). Als typische kognitive Verzerrungen

werden u. a. willkürliche Schlüsse, selektive Abstraktion, Übergeneralisierungen und Über- oder Untertreibungen angesehen. Die kognitiven Verzerrungen verstärken rückwirkend die Schemata und verfestigt sie damit. Unklar ist jedoch, ob kognitive Fehlinterpretationen, bedingt durch die Schemata, die Ursache der Depression darstellen oder ob durch die Depression kognitive Fehlinterpretationen erst entstehen (HAUTZINGER u. de JONG-MEYER, 2003).

5.4.3. Psychoanalytische Ansätze

In der Psychoanalyse gilt die Depression als eine gegen sich selbst gerichtete Aggressivität. Als psychische Ursachen für die Depression werden besonders von psychoanalytisch orientierten Psychologen wie HEINZ KOHUT und DONALD W. WINNICOTT auch dysfunktionale Familien beschrieben. Hier sind die Eltern mit der Erziehungsarbeit überfordert, und von den Kindern wird erwartet, dass sie die Eltern glücklich machen, zumindest aber problemlos „funktionieren“, um das fragile familiäre System nicht aus dem Gleichgewicht zu bringen. Besonders Kinder, die auf solch eine Überforderung mit der bedingungslosen Anpassung an die familiären Bedürfnisse reagieren, sind später depressionsgefährdet. Zum handlungsleitenden Motiv kann nun das ständige Erfüllen von Erwartungen werden. Die so entstandenen Muster können lange auf einer latenten Ebene bleiben und beispielsweise durch narzisstische Größenphantasien oder durch ein Helfersyndrom kompensiert werden. Das narzisstische Über-Ich verzeiht die Ohnmacht nicht: Wenn die Überforderung ein nicht mehr erträgliches Maß erreicht, wird aus der latenten eine manifeste Depression (HAUTZINGER u. de JONG-MEYER, 2003).

5.5. Therapie der Depression

Depressionen können in der Regel gut behandelt werden. Infrage kommen die Psychotherapie, physikalische Maßnahmen oder eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva. Häufig wird auch eine Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung angewandt.

Bei der Psychotherapie konzentriert sich die Interaktion zwischen Therapeut und Patient auf das Gespräch. Hier können verschiedene Verfahren zum Einsatz kommen. Ausgeführt wird die Psychotherapie von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder von ärztlichen Psychotherapeuten. Häufig erfolgt die Gabe von Antidepressiva durch den Hausarzt oder Psychiater auch vor oder während einer Psychotherapie als begleitende Medikation.

Die psychiatrische oder ärztliche Behandlung ist in der Regel zweigleisig. Sie besteht aus der Führung des Patienten durch das psychiatrische/ärztliche Gespräch (nicht gleichzusetzen mit einer Psychotherapie) und aus der Gabe von Antidepressiva. Eine Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Behandlung kann von Psychiatern mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung durchgeführt werden (HELL 2006).

5.5.1. Psychotherapie

Zur Behandlung der Depression kann ein breites Spektrum psychotherapeutischer Verfahren wirksam eingesetzt werden. In der ambulanten Versorgung stehen vor allem die von den gesetzlichen

Krankenkassen anerkannten psychotherapeutischen Ansätze im Vordergrund. Hierzu gehören in Deutschland die Analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie. In der Schweiz wie auch in Österreich ist ein viel breiteres Spektrum an Methoden bzw. psychotherapeutischen Ansätzen zugelassen. So z. B. die Integrative Therapie, begründet von H.G. PETZOLD, die Gestalttherapie, sowie verschiedene Gesprächs- und Körper-Psychotherapeutische Ansätze, etc. Die verhaltenstherapeutische Behandlung der Depression basiert heutzutage in der Regel auf der Kognitiven Verhaltenstherapie, wobei der Fokus darauf gerichtet ist, die depressionsauslösenden Denk- und Verhaltensmuster zu erkennen, um sie anschließend Schritt für Schritt zu verändern. Außerdem wird der Patient zu größerer Aktivität motiviert, um sowohl seine persönlichen Verstärkungsmechanismen wieder zu aktivieren, als auch die erwiesenen positiven Wirkungen größerer körperlicher Aktivität auf die Stimmung zu nutzen. Dagegen konzentrieren sich die tiefenpsychologisch orientierten Methoden darauf, die Einsicht in unbewusste Konflikte zu ermöglichen. Zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren gehören auch Kurzzeitpsychotherapien wie die Interpersonelle Psychotherapie. In gruppentherapeutischen Verfahren wird versucht, die Tendenz zum Rückzug zu überwinden, die verringerten Interaktionsmöglichkeiten zu bessern und die oft reduzierte Fähigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, zu fördern. Auch die Angehörigen können in die Therapie einbezogen werden. Rollenspieltechniken (zum Beispiel Psychodrama) können unter anderem helfen, den eigenen oft eingegengten und festgefahrenen Blick zu überwinden. Es gibt zunehmend Hinweise darauf, dass die Verarbeitung unterdrückter Gefühle auch durch eine Selbsttherapie funktionieren kann. Die psychotherapeutischen Verfahren können sowohl als einzige Therapie als auch in Kombination mit einer Pharmakotherapie eingesetzt werden. (DAVISON UND NEALE IN HAUTZINGER 2002).

5.5.2. Pharmakotherapie

In der medikamentösen Behandlung der Depression gab es in den letzten Jahren enorme Fortschritte. Wirkung zeigt die medikamentöse Therapie, wenn die Kernsymptome - Antriebshemmung + Stimmungseinengung + innere Unruhe + Tagesschwankung - vorliegen. Tagesschwankungen sind am deutlichsten als Durchschlafstörung zu erkennen.

Diese Symptomverbindung (Syndrom) weist auf eine Neurotransmitter-Störung des Gehirns hin. Eine Psychotherapie kann angeschlossen werden, wenn diese Symptome abgeklungen sind (HELL 2006).

5.5.3. Achtsamkeitstherapie

Eine Studie die SEGAL, TEASDALE und WILLIAMS (BEGLEY 2007) 1992 in Cambridge durchführten, zeigt eindrücklich den Zusammenhang zwischen Depression und Achtsamkeitstraining. Die Studie war darauf angelegt, die Rückfallsrate von Menschen mit Depressionen, die einem Achtsamkeitstraining unterzogen wurden, zu untersuchen. Vorhergehende Studien zeigten, dass durch eine herkömmliche Behandlung der Depression 43 Prozent der Patienten keinen Rückfall erlitten. Mit Hilfe der auf Achtsamkeit basierten kognitiven Therapie, die dem Achtsamkeitstraining von KABAT-ZINN entlehnt wurde, blieben 66 Prozent der Teilnehmer der Studie rückfallsfrei, d.h. dass die Rückfallsquote durch Achtsamkeitstraining signifikant gesunken war. Im Jahre 2004 wiederholte TEASDALE mit Kollegen die Untersuchungen in denen sich erneut zeigte, dass eine auf Achtsamkeit beruhende Kognitive Therapie die Gefahr eines Rückfalls deutlich reduzierte.

Demnach können wir davon ausgehen, dass durch den bereits beschriebenen Prozess der Desidentifizierung mit destruktiven Gedanken- und Gefühlsmustern und durch das Erlernen von Achtsamkeit der Teufelskreis der Depression unterbrochen werden kann.

Die Forschungsarbeit von R. DAVIDSON (2003) und SCHWARTZ (1987) bezüglich Meditation bzw. Achtsamkeit und Neuroplastizität scheint von neurobiologischer Sicht die Resultate von TEASDALE und Kollegen zu bestätigen. DAVIDSON konnte durch bildgebende Verfahren an Gehirnen von Menschen mit Meditationserfahrung nachweisen, dass die Aktivität des linken präfrontalen Kortex (PFC) eine höhere Aktivität aufwies als bei Menschen ohne Meditationserfahrung. Eine erhöhte Aktivität des linken PFC wird mit Glück und Wohlbefinden assoziiert und eine Überaktivität des rechten PFC bei Menschen mit Depressionen. Mit anderen Worten: Wenn der linke PFC voll aktiv und der rechte PFC relativ ruhig ist, dann stellt sich eine freudige Stimmung ein. Wenn der rechte PFC aktiv und der linke PFC relativ ruhig, stellt sich eine negative und unglückliche Stimmung ein.

Die Hakomi-Methode, eine erfahrungs- und körperorientierte Psychotherapie, verwendet Berührungsexperimente, in denen der Klient sich im Zustand der inneren Achtsamkeit befindet, um an die in der Körpererinnerung gespeicherte unbewusste Informationen zu gelangen und die damit zusammenhängenden Schemata und Überzeugungssysteme zu bearbeiten.

5.5.4. Berührungstherapie

Beobachtungen und Untersuchungen aus Entwicklungspsychologie, Bindungstheorie und Neurobiologie deuten auf die prägenden Aspekte der Säuglingsphase für die psycho-emotionale Entwicklung des Menschen hin. Da nun das erste Erleben sensomotorisch verarbeitet wird und eine kognitive Verarbeitung noch nicht möglich ist, wird die unmittelbare Erfahrung des Säuglings kodiert und schafft dementsprechende Repräsentationen in Gehirn und Psyche.

Laut MONTAGU (1971) ist die primäre sensorische Erfahrung eine taktile Erfahrung, vor der der anderen Sinnesorgane und wird dementsprechend auch als taktile Erfahrung im impliziten Gedächtnis gespeichert. Ist diese frühe Phase mit taktile 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. Studien, die den Zusammenhang zwischen taktile Berührung in der frühen Entwicklungsphase und Depression untersuchen, sind nach Kenntnislage des Autors nicht vorhanden.

Das „Still Face Experiment“ von ED TRONICK (MISCHKE REEDS 2007) weist auf die Bedeutung der emotionalen Kommunikation zwischen Mutter und Kleinkind hin.

Säuglinge reagieren in den ersten Lebensmonaten äußerst sensibel auf den emotionalen Zustand ihrer Mutter und den anderer Bezugspersonen. Diese Sensitivität ist grundlegend für das Verständnis des Einflusses mütterlicher emotionaler Zustände auf kindliches Interaktionsverhalten. Kognitive und emotionale Entwicklungsdefizite konnten bei Kindern depressiver Mütter mehrfach nachgewiesen werden.

Zur Überprüfung der Annahme, dass Säuglinge bereits in den ersten Lebensmonaten interaktionelle Verhaltensmuster erlernen und Erwartungen an das Verhalten von wichtigen Bezugspersonen ausbilden, entwickelten TRONICK und Mitarbeiter das Versuchsdesign, in dem der Kontakt zwischen Mutter und Kind für zwei Minuten unterbrochen wird. Dies ist bei Depressionen insofern bedeutsam, als das Kind die durch die mütterliche Depression typischerweise bedingten Kontaktabbrüche gewissermaßen simuliert.

STACK und MUIR (1992, zit. in DOWNING 2006 in MARLOCK & WEISS 2006) führten ein ähnliches Experiment durch, bei dem Mütter ihre Säuglinge zwei Minuten lang mit unbeweglichem Gesichtsausdruck leicht berührten. Die Säuglinge beruhigten sich sichtbar mehr als Kinder in einer Kontrollgruppe, die nicht berührt wurden.

Diese Beobachtungen betonen die Bedeutung der Qualität und Quantität der taktilen Berührung in der frühen emotionalen Kommunikation und die Entwicklung einer Depression hin.

In einer Untersuchung zur Wirksamkeit von Massage bei depressiven Menschen von FIELD et al. (1996) erhielten 26 Patienten, zweimal wöchentlich, über einen Zeitraum von fünf Wochen eine Massage. Durch die Massagetherapie zeigten sich deutliche Verbesserungen, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe die keine Behandlung erhielt

6. THERAPIEBESCHREIBUNG

Achtsame Berührungstherapie ist kein eigenes Psychotherapieverfahren, sondern definiert sich als unterstützendes körperorientiertes Achtsamkeitstraining, das in Verbindung mit anderen Behandlungsverfahren eingesetzt werden kann. Achtsame Berührungstherapie verläuft nach einem festgelegtem fortlaufendem Schema, in dem Achtsamkeitstechniken, Berührungs-Übungen zur Vertiefung der Körperwahrnehmung und sanfte Massageformen miteinander verbunden werden. Eingebunden in die Therapie sind Achtsamkeitsübungen, die der Klient selbstständig zwischen den Therapiesitzungen ausführt.

Die Therapie wird in folgende Teilbereiche unterteilt:

6.1. Das Gespräch

Das Gespräch unterscheidet sich vom psychotherapeutischen Gespräch insofern, als es sich auf die Beschreibung der Symptomatik beschränkt, dem Klienten die Methode erklärt, sowohl den theoretischen Hintergrund als auch den praktischen Ablauf. Weiters werden Reaktionen auf die Behandlungen und Übungen besprochen, Übungsanleitungen wiederholt und präzisiert und zusätzliche auf die Methode bezogene Tipps gegeben. Psychische Hintergründe, biografische Aspekte und Ursachen werden nicht besprochen.

6.2. Achtsamkeitsübungen

Bei den praktischen Achtsamkeitsübungen, welche bewährte Methoden aus dem Achtsamkeitstraining von KABAT-ZINN, aus der Hakomi-Methode und aus der buddhistischen Meditationspraxis enthalten, wird der Klient durch den Therapeuten angeleitet und geführt.

Diese Übungen werden am Beginn jeder einstündigen Sitzung und auch zu Hause durchgeführt.

6.3. Achtsamkeitsübungen mit Berührung

Die zum Einsatz kommenden Berührungs-Übungen werden durch die Hände des Therapeuten durchgeführt und sollen dem Klienten dabei helfen, Achtsamkeit zu vertiefen und Körperbewusstsein aufzubauen. Weiters soll die Fähigkeit der Beschreibung der unmittelbaren Körperempfindungen gefördert werden.

6.4. Atemmassage

Die Atemmassage ist eine Verbindung von Atemmeditation und sanfter Berührung.

Diese Intervention wird einerseits als Übergang zur Massage eingesetzt, andererseits als Atembewusstwerdung und Tiefenentspannung. Zusätzlich soll damit die Möglichkeit des bewussten Atmens zur Stress- und Emotionsregulation genutzt werden.

6.5. Massage

Die Massage, bei der es sich um eine spezielle Form handelt, ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie. Diese wird durch sanfte, rhythmische und fließende Bewegungen durchgeführt, bei der sich der Klient und der Therapeut in dem Zustand der Achtsamkeit befinden. Dabei wird das Augenmerk auf das Wohlfühl des Klienten gerichtet, wobei der Klient sich aktiv beteiligt und Bedürfnisse zum Ausdruck bringen kann. Schutz- und Abwehrreaktionen werden dabei nicht ausgelöst. Die Erfahrung des Vertrauens und sich Hingebens steht dabei im Vordergrund.

7. ARBEITSHYPOTHESE

Achtsame Berührungstherapie könnte für Menschen mit Depressionen eine Hilfestellung sein und die Wirkung herkömmlicher Therapiemaßnahmen unterstützen.

Meine Hypothese der Wirkprinzipien ist multifaktoriell und stützt sich auf Untersuchungen, Beobachtungen und Studien aus:

1. Entwicklungspsychologie und Säuglingsforschung
2. Bindungsforschung
3. Traumaforschung
4. Psychotherapieforschung
5. Achtsamkeitsforschung
6. Neurobiologie
7. eigene therapeutische Erfahrungen

In den folgenden Kapiteln werden detaillierte Aspekte zur Arbeitshypothese beschrieben.

7.1. Der intrapersonelle Aspekt

Der erfahrungsorientierte Ansatz der Methode bewusster und achtsamer Berührung in Kombination mit sanfter Massage ermöglicht dem Klienten ein unmittelbares körperlich-sensorisches Erleben. Dies könnte für den Klienten als korrigierende Erfahrung codiert werden, zu einer neuen Beziehung zum eigenen Körper führen und somit das eigene Körperbild und damit auch das Selbstmodell verändern. Achtsame Berührungstherapie könnte auf frühkindlich erlebte taktile Deprivation, die im impliziten Gedächtnis bzw. als Körpergedächtnis verankert ist, positiven Einfluß nehmen. Das neu empfundene und bewusst erlebte körperliche und emotionale Wohlfühl könnte als Ressource für die Emotionsregulation, die Verarbeitung von erlebten Traumata und zu neuer kognitiver Integration führen. Diese sensomotorische Herangehensweise würde einer neuronalen Integration von „unten nach oben“ (bottom-up) entsprechen, vom sensorischen Erleben über die emotionale limbischen Verarbeitung bis zur kognitiven Integration.

7.2. Der interpersonelle Aspekt

Der achtsame und mitfühlende Berührungskontakt durch die Hände des Therapeuten, könnte für den Klienten eine korrigierende Beziehungs-Erfahrung sein und eine sichere interpersonelle Bindung fördern. Diese emotional positive Kommunikationsqualität, die durch wiederholende achtsame Berührung noch verstärkt wird, könnte der Ausgangspunkt eines neuen Beziehungsmodells sein. Da unsichere Bindungsstile in den ersten Lebensmonaten vorwiegend durch taktile Berührung geprägt werden, könnte sichere therapeutische Berührung das von BOWLBY beschriebene Veränderungspotenzial bei Erwachsenen aktivieren. Die neu erfahrene interpersonelle Kommunikation mit dem Therapeuten kann somit eine weitere Ressource zur Verarbeitung und Regulation von unsicheren Bindungsstilen und sein.

7.3. Der neurobiologische Aspekt

Der auf das vegetative Nervensystem entspannende Effekt der Berührungstherapie könnte chronische Stress- und Aktivierungsmuster einer gesunden Regulationsfähigkeit zuführen und Über- und Untererregungszustände ausgleichen. Dadurch könnte die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHN-Achse) reguliert werden und die übermäßige Ausschüttung von Glucocorticoiden ins Blut gedrosselt werden. Die Cortisol-Konzentration im Blut könnte sinken und damit deren toxischen Aspekt auf dementsprechende neuronale Schaltkreise reduzieren. Andere Neurotransmitter und Hormone wie Serotonin, Oxitocin, Dopamin und Endorphine könnten vermehrt produziert werden und zur vegetativ-neuronalen Regulation beitragen. Zudem könnte die Regenerationsfähigkeit der für die Depression entscheidenden Areale, Hippocampus und Mandelkern, angeregt werden.

7.4. Der mental-emotionale Aspekt

Der Aspekt der Achtsamkeit ist für das bewusste und selbstbestimmte Verarbeiten dis-funktionaler emotionaler Zustände und Verhaltensweisen ausschlaggebend. Die mitfühlende und wertfreie Qualität des achtsamen Gewahrseins in Bezug auf die eigene innere Gefühls- und Gedankenwelt könnte eine veränderte Selbstperspektive und einen neuen Selbstbezug etablieren. Durch den bereits beschriebenen Prozess der Desidentifizierung von destruktiven Gedanken- und Gefühlsmustern durch das Erlernen von Achtsamkeit könnte der Teufelskreis sich wiederholender psychischer Muster unterbrochen werden. Die kognitive und verbalisierende Verarbeitung durch das Achtsamkeitstraining entspricht einer neuronalen Integration „von oben nach unten“ (top-down), vom Neokortex bzw. vom Bewusstsein zum limbischen System bzw. von den Emotionen zum Stammhirn bzw. zum Körper. Laut DAVIDSON aktiviert Achtsamkeitstraining zudem den linken präfrontalen Kortex, der für Glücks- und Wohlgefühle zuständig ist und dämpft den rechten präfrontalen Kortex, der für depressive Stimmungen zuständig ist. Der dazukommende Aspekt der sanften und mitfühlenden Berührung könnte die linke präfrontale Aktivität zusätzlich verstärken.

7.5. Der Ressourcen Aspekt

Der die Ressourcen stärkende Ansatz der achtsamen Berührungstherapie entspricht den Ansätzen verschiedener Therapierichtungen, im speziellen der Traumatherapie (LEVINE 1997). Die Aktivierung der eigenen Ressourcen durch Achtsame Berührungstherapie könnte es dem Klienten erleichtern, Bewältigungsstrategien zu entwickeln und die eigene psychische Realität zu bearbeiten, ohne dabei von unkontrollierbaren emotionalen Affekten und von schmerzhaften Erinnerungen überschwemmt zu werden. Die Ressourcen, die durch Achtsame Berührungstherapie aktiviert werden, könnten folgende sein:

1. eine positive und achtsame Beziehung zum Körper
2. ein Zustand von körperlicher und emotionaler Entspannung
3. eine mitfühlende Kommunikation zum Therapeuten
4. bewusstes und selbstbestimmtes Fokussieren der Aufmerksamkeit
5. Verbalisieren des Erlebten während des achtsamen Gewahrseins
6. ein neuer Freiheitsgrad durch die Anwendung des Achtsamkeitstrainings zu Hause

8. STUDIENBESCHREIBUNG

8.1. Forschungsfragen:

8.1.1 Hauptfrage:

Kann Achtsame Berührungstherapie die Symptomatik von Menschen mit Depressionen positiv beeinflussen oder nicht?

8.1.2. Nebenfrage:

Kann Achtsame Berührungstherapie bei Menschen mit Depressionen die Cortisol - Konzentration im Speichel beeinflussen?

8.2. Studienart:

Es handelt sich um eine laufende experimentelle kontrollierte randomisierte klinische Studie

8.3. Studienleiter, Partner und Durchführungsort

Leiter der Studie:

ANDREAS STÖTTER, Studierender des Master of Science Lehrgangs
MSc Complementary, Psychosocial and Integrated Health Sciences
am Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau

Partner:

Psychiatrisches Krankenhaus Hall in Tirol
Leitung: Prof. Prim. Dr. med. CHRISTIAN HARING

UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol
Research Division for Mental Health,
Leitung: MMag. PATRICIA OLEKSY

Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau
Leiter: Dr. P. CHRISTIAN ENDLER, Prof. a. D.

Yoni Akademie für ganzheitliche Gesundheitskultur, Innsbruck
Leiter: ANDREAS STÖTTER

Durchführungsort:

Psychiatrisches Krankenhaus Hall in Tirol

8.4. Auswahl der Therapeuten

Für die Studie wurden vier Masseurinnen ausgewählt, die an der Yoni Akademie in Innsbruck die Ausbildung zur staatlich anerkannten „Medizinischen Masseurin“ absolviert haben. Die Auswahl wurde vom Studienleiter, der gleichzeitig der Leiter der Yoni Akademie ist, vorgenommen. Neben der fachlichen Eignung wurde besonders auf psychosoziale Fähigkeiten wie Empathie, innere Ruhe und Stabilität, persönliche Reife und die Fähigkeit der Selbstreflexion geachtet. Ein relatives Gleichgewicht zwischen Fachkompetenz, Sozialkompetenz und Selbstkompetenz wurde bei der Auswahl berücksichtigt.

Die Therapeutinnen sind durch ihre Grundausbildung sowohl mit medizinischem Grundwissen und manuellen Techniken, als auch mit Grundlagen der Psychosomatik, Achtsamkeitstraining und Selbsterfahrung vertraut.

8.5. Schulung der Therapeuten

Die Ausbildung der Therapeutinnen in der Methode der Achtsamen Berührungstherapie erfolgte durch den Studienleiter und dauerte ca. ein halbes Jahr und war in regelmäßige Schulungs-Blöcke eingeteilt. Die Inhalte der Ausbildung waren folgende:

8.5.1. Theoretischer Hintergrund zur Methode

Die Theoretische Ausbildung bestand in der Vermittlung der Grundlagen von:

- Entwicklungspsychologie und Säuglingsforschung
- Bindungsforschung
- Traumaforschung
- Psychotherapieforschung
- Achtsamkeitsforschung
- Neurobiologie

8.5.2. Praktische Durchführung

- Vertiefendes Achtsamkeitstraining
- Selbsterfahrung
- Achtsame Berührungsübungen
- Erlernen der Atemmassage
- Vertiefende Massagetechniken
- Training in empathischer Gesprächsführung
- Training im Anleiten von Achtsamkeitsübungen

Für die Zeit zwischen den Schulungs-Blöcken wurden Übungsaufgaben zum selbständigen Durchführen des Erlernenen erteilt.

Während der laufenden Studie wird eine vierzehntägige Supervision mit dem Studienleiter durchgeführt.

8.6. Studienteilnehmer

8.6.1. Auswahl der Teilnehmer

Die Teilnehmer der Studie sind Patienten des Psychiatrisches Krankenhaus Hall in Tirol und werden von der betreuenden Psychologin MMag. PATRICIA OLEKSY rekrutiert.

8.6.2. Fallzahl

Die Studie wird mit 30 Teilnehmern durchgeführt, davon erhalten 15 Personen die Therapie und 15 Personen dienen als Kontrollgruppe.

8.6.3. Symptomatik der Teilnehmer

Bei den Patienten handelt es sich um Menschen mit mittelschweren Depressionen die von den Ärzten und Psychologen des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol betreut werden und ausnahmslos mit Psychopharmaka versorgt werden.

8.7. Randomisierung

Die Teilnehmer werden nach Zufallsprinzip durch Losung den beiden Gruppen zugeordnet. Um die Teilnahmebereitschaft der Kontrollgruppe zu erhöhen, bekommen nach Abschluss der Studie auch die Teilnehmer der Kontrollgruppe die Therapie verabreicht.

8.8. Patienten-Information und Einverständniserklärung

Die Studien-Teilnehmer wurden bzw. werden vor Beginn der Studie ausführlich sowohl mündlich als auch schriftlich informiert. Es handelt sich dabei um allgemeine Informationen zur Studie, Ziele der Studie, Messmethoden, Auswahl der Teilnehmer, Datenschutz und freiwillige Teilnahme.

Alle im Rahmen der Studie erhobenen Patientendaten werden entsprechend der medizinischen Schweigepflicht absolut vertraulich und anonym behandelt.

Die Studienteilnahme ist freiwillig. Die Teilnehmer können ihr Einverständnis zur Studienteilnahme jederzeit zurückziehen, ohne Angabe von Gründen, und ohne, dass ihnen dadurch Nachteile für die weitere medizinische Betreuung entstehen.

Die Teilnehmer können jederzeit uneingeschränkte Einsicht in alle erhobenen Studiendaten und Befunde erhalten. Bei Nicht-Teilnahme an der Studie erfährt der Patient keinerlei negative Konsequenzen in seiner psychiatrischen Betreuung.

8.9. Messmethoden

8.9.1. Hamilton Depressions- Skala

Als 1. Messmethode wird die Hamilton Depressions- Skala (21 Items) verwendet. Zu Beginn und nach Abschluss der Therapiephase wird der Test von der betreuenden Psychologin MMag. PATRICIA OLEKSY mit allen 30 Studienteilnehmern durchgeführt. Es handelt sich dabei, um eine Fremdanalyse.

Die Gesamtskala besteht aus 21 Items, die sich im einzelnen auf die folgenden depressionsrelevanten Bereiche beziehen: Depressive Stimmung, Schuldgefühle, Suizidalität, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Schlafstörungen am Morgen, Arbeit und sonstige Tätigkeiten, depressive Hemmung, Erregung, psychische Angst, somatische Angst, gastrointestinale Symptome, allgemeine körperliche Symptome, Genitalsymptome, Hypochondrie, Gewichtsverlust, Krankheitseinsicht, Tagesschwankungen, Depersonalisation und Derealisation, paranoide Symptome, Zwangssymptome. Die Beurteilung der einzelnen Bereiche erfolgt 3- bzw. 5stufig. Für die einzelnen Antwortstufen sind Kurzbeschreibungen vorgegeben. Grundlage der Beurteilung ist ein Interview mit dem Patienten. Das Interview sollte etwa 30 Minuten dauern, wobei der Patient Gelegenheit haben sollte, alles zu sagen, was er möchte, ohne dass er unter Zeitdruck steht. Die Anzahl direkter oder stereotyper Fragen sollte auf ein Minimum begrenzt werden.

8.9.2. Cortisolbestimmung im Speichel

Als 2. Messmethode wird eine Speichelabnahme mit anschließender Cortisolbestimmung eingesetzt. Den 15 Teilnehmern der Verum-Gruppe wird vor und nach dem Behandlungszyklus Speichel abgenommen. Bei den 15 Teilnehmern der Kontrollgruppe erfolgt ebenfalls die Speichelabnahme, mit einer Wiederholung nach acht Wochen. Abnahmezeit ist jeweils der frühe Vormittag.

Die Hormondiagnostik aus Speichel (Saliva) bietet gegenüber der Bestimmung aus Blut zahlreiche Vorteile: Die Probenahme ist nicht-invasiv, schmerzlos und kann zu jeder beliebigen Zeit und an jedem Ort erfolgen. Die Hormonbestimmung aus Saliva ist besonders aussagekräftig, da gezielt der aktive, freie Teil der Hormone ermittelt wird. Zudem sind Hormone im Speichel für einen deutlich längeren Zeitraum stabil, da hier die vorliegende Konzentration an Enzymen erheblich niedriger ist als im Blut.

Etwa 95 bis 99 % der Steroidhormone im Blut liegen an Protein wie CBG (Corticosteroid- bindendes Globulin), SHBG (Sexualhormon-bindendes Globulin) oder Albumin gebunden vor. Für die Ermittlung spezifischer Hormonaktivität ist es deshalb wichtig, die Konzentration an freien Hormonen zu bestimmen. Hier bietet die Hormondiagnostik deutliche Vorteile gegenüber der herkömmlichen Analyse aus Blut, da die Hormone in Saliva ausschließlich in freier, biologisch aktiver Form vorkommen (LENNERZ 2008).

Da Hormonwerte tageszeitlichen Schwankungen unterliegen, ist es für eine aussagekräftige Bestimmung notwendig, dass die Abnahme jedes Teilnehmers zur selben Tageszeit erfolgt.

Die Cortisolwerte erreichen etwa 30 bis 90 Minuten nach dem Aufwachen ihr Maximum, deshalb erfolgt die Speichelabnahme bei den Studienteilnehmern immer um diesen Zeitpunkt.

Die Abnahme erfolgt durch eigens für die Speichelbestimmung verwendete Salivetten. Der Teilnehmer speichelt ca. einer Minute lang auf einem Wattestäbchen. Die Probe wird dann in der Salivette verschlossen und bis zur Bestimmung im Labor im Tiefkühlfach aufbewahrt.

8.10. Therapiephase

Jeder der 15 Teilnehmer aus der zu behandelnden Gruppe erhält 16 Therapien zu je 50 min. über einen Zeitraum von 8 Wochen.

Die 15 Teilnehmer werden von 4 Therapeuten betreut. Jeder Therapeut betreut seine Patienten die gesamten 16 Sitzungen hindurch. Ein Therapeutenwechsel bei ein und derselben Person wird nicht vorgenommen. Jeder Teilnehmer erhält dieselbe, identische standardisierte Behandlung, sowohl bezüglich Ablauf der Therapie als auch bezüglich der Zeitstruktur.

Die Anzahl der Behandlungen beträgt in den ersten 3 Wochen 3 x pro Woche, in den darauf folgenden 5 Wochen erhalten die Teilnehmer die restlichen 7 Behandlungen.

8.11. Statistische Auswertung

Die Ergebnisse der Studie sind Ende des Jahres 2008 zu erwarten.

Bei der Auswertungsmethode handelt es sich um eine Varianzanalyse mit Messwiederholung.

9. LITERATUR

- Antonovsky, A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 1997
- Bauer, Joachim: Warum ich fühle was du fühlst. Hoffmann und Kampe Verlag Hamburg 2006
- Begley, Sharon: Neue Gedanken – Neues Gehirn. Die Wissenschaft der Neuroplastizität beweist, wie unser Bewusstsein unser Gehirn verändert. Wilhelm Goldmann Verlag München 2007.
- CIPS (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie (4. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen 1996: Beltz Test GmbH.
- Davison und Neale in Hautzinger (Hrsg.): Klinische Psychologie. Beltz PVU Weinheim 2002.
- Damasio, A.: Ich fühle, also bin ich. List Verlag München 1999
- Field, Tiffany: Streicheleinheiten. Gesundheit und Wohlergehen durch die Kraft der Berührung. Knaur Verlag 2003
- Ford, W. Clyde: Berühren – Erinnern – Heilen. Der einfühlsame Dialog mit dem Körper. Verlag für Angewandte Kinesiologie Freiburg im Breisgau 1995.
- Green, Viviane; (Hrsg.): Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften – Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis. Brandes & Apsel Verlag Frankfurt am Main 2005.
- Goleman, Daniel: Emotionale Intelligenz. Hanser Verlag München 1996
- Harrer, Michael: Webseite zum Thema Achtsamkeit. www.achtsamleben.at; Innsbruck 2008
- Hautzinger, M., & de Jong-Meyer, R.: Depressionen. In: Reinecker, H. (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Göttingen 2003: Hogrefe.
- Hein, Till: Kernspin in Nirvana. Die Zeit – Wissen 06/2008
- Hell, Daniel: Psychogene Aspekte der Depression, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 5/2006
- Jütte, Robert: "Anweisung für einen Abstieg zur Hölle" Artikel in: www.community-muenchen.de, 2001
- Kurtz, Ron: Hakomi. Eine körperorientierte Psychotherapie. Kösel Verlag München 1990.

Lennerz, Andrea: Ganz immun, Fachinformation - Hormondiagnostik aus Speichel, Labor für funktionelle Medizin, Mainz 2008

Levine, A. Peter: Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeiten, traumatische Erfahrungen zu transformieren. Synthesis Verlag 1998.

Marlock, Gustl; Weiss, Halko; (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie, Schattauer Verlag Stuttgart 2006.

Lebojer, F.: Geburt ohne Gewalt, Kösel Verlag 1995

Mischke – Reeds, Manuela: Handout von Hakomi Trauma Fortbildung. Hakomi Institute of Europe e.v. Nürnberg 2007

Montagu, Ashley: Körperkontakt – die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Klett-Cotta Verlag Stuttgart 1974.

Nathan, Bevis: Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. Verlag Hans Huber Bern 2001.

Pert, C.B.: Moleküle der Gefühle. Körper, Geist und Emotionen. Reinbek: Rowohlt Verlag 1999

Servan-Schreiber, David: Die Neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente. Goldmann Verlag München 2006.

Siegel, Daniel J.: Wie wir werden die wir sind – Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehungen. Jungfermann Verlag Paderborn 1999.

Siegel, Daniel J.: Das Achtsame Gehirn. Arbor Verlag Freiamt 2007.

Videbech, Poul; Ravnkilde, Barbara: Hippocampal Volume and Depression - A Meta-Analysis of MRI Studies, Am J Psychiatry 161:1957–1966, November 2004

Von Stern, Heike: Achtsamkeit Psychologie Heute 7/2004, Seite 20

Murray, CJ; Lopez, AD: "Global Burden of Disease", in „European Alliance Against Depression“ (EAAD) 2008, www.eaad.net

Wimmer, Karl: Stress, Burnout und Depression. Neurobiologische und Psychosoziale Dynamiken, Wimmer & Partner 2005, www.wimmer-partner.at

9.1. Studien zu Achtsamkeit

J. M. Schwartz : „Systematic Changes in Cerebral Glucose Metabolic Rate after Successful Behavior Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder“, in: Archives of General Psychiatry 53 (1996), S. 109-13-

S. H. Ma und J. D. Teasdale: "Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects", in *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry* 72 (2004). S 31-40.

R.J. Davidson und J. Kabatt-Zinn: „Alternations in brain and immune function produced by mindfulness meditation“ in: *Psychosomatic Medicine* 65 (2003), S. 564-70.

B. Hötzl und U. Ott: "Hirnaktivierung während Atem-Achtsamkeit: Eine fMRT-Studie. Vortrag angemeldet auf 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie 2006, Nürnberg

R.J. Davidson und D. J. Coleman: „ The Role of Attention in Meditation and Hypnosis: A Psychobiological Perspective on Transformation of Consciousness“ in: *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 4 (Oktober 1974) S 291-308

R.J. Davidson, G.E. Schwartz und L. P. Rothman: "Attention Style and Self-Regulation of Mode-Specific Attention: An Electroencephalographic Study“, in *Journal of Abnormal Psychology* 85 (April 1976) s. 235-38.

9.2. Studien zu Massage:

T.Field, C. Morrow, C. Valdeon, S. Larson, C. Kuhn, und S. Schanberg (1992): „Massage deduces anxiety in child and adolecent psychiatric patient.“ In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 125-131.

J. Frazer und JR Carr (1993): "Psycho physiological effects of back massage on elderly institutionalized patients" In. *Journal of Advanced Nursing* 18, 238-245.

Field T, Ironson G., Scafidi F., Nawrocki T.,Goncalves A., Buman I., Pickens J., Fox N., Schanberg S., Kun C., (1969a): Massage therapy reduce anxiety and enhances EEG pattern or alertness and math computations. *International Journal of Neuroscience* 86: 197-205

T. Field, S. Sunshine, M. Hernandez-Reif, O. Quintino, S. Schanberg, C. Kuhn, I. Burmann (1997): Chronic Fatigue Syndrome: Massage Therapy Effects on Depression and Somatic Symptoms in Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 3, 43-51

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: Gehirnareale mit präfrontalen Kortex, Seite 21

Abb. 2: Das Rad des Bewusstseins nach SIEGEL, 2007 Seite 22

Abb. 3: Gehirnareale mit somatosensorischen Kortex, Seite 29

Abb. 4: Grafische Darstellung zur neuronalen Weiterleitung und Verarbeitung von Berührung, Temperatur, Körperstellung und Schmerz, Seite 30

Abb. 5: Face-to-face-Kommunikation nach TREVARTHAN, Seite 39

Abb. 6: Modulationsmodell nach VAN DER KOLK, Seite 41