

Hochschule Magdeburg-Stendal

Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften

Studiengang Rehabilitationspsychologie



**Bachelor-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades**

**Bachelor of Science (B. Sc.) Rehabilitationspsychologie**

---

# **Körperpsychotherapeutische Behandlungsansätze bei Menschen mit Depressionen**

## **Grenzen und Ressourcen**

---

**Erstbetreuer:** Prof. Dr. Gabriele Helga Franke

**Zweitbetreuer:** Prof. Dr. Michael Kraus

**Vorgelegt von:** David Badke

**Matrikelnummer:** 20102492

**Kontakt:** davidbadke@googlemail.com

0176 56819957

**Eingereicht am:** 05. September 2013

# Inhalt

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>5</b>
<b>0 Einleitung.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Depressive Erkrankungen .....</b>	<b>7</b>
1.1 Krankheitsformen.....	7
1.1.1 Depressive Episode.....	8
1.1.2 Dysthymia.....	9
1.1.3 Sonstige depressive Störungen .....	10
1.1.4 Bipolare affektive Störung.....	11
1.2 Verlauf depressiver Störungen.....	11
1.3 Ursachen und Risikofaktoren.....	11
1.4 Verbreitung .....	13
1.5 Behandlungsansätze .....	14
1.5.1 Pharmakotherapie.....	15
1.5.2 Psychotherapie .....	16
<b>2 Körperpsychotherapie.....</b>	<b>17</b>
2.1 Historischer Überblick körperpsychotherapeutischer Strömungen.....	17
2.1.1 Der Einfluss von Wilhelm Reich .....	17
2.1.2 Der Einfluss von Elsa Gindler.....	19
2.1.3 Der Einfluss von Sandor Ferenczi.....	20
2.2 Systematik der körperorientierten Psychotherapie.....	21
2.3 Forschung in der Körperpsychotherapie .....	24
<b>3 KPT-Konzepte bei der Behandlung von Patienten mit Depressionen .....</b>	<b>25</b>
3.1 Relevanz des Körpers bei Depressionen.....	26
3.2 Körperpsychotherapeutische Interventionen bei depressiv erkrankten Patienten.....	27

---

3.2.1 Orales Defizit/depressive Struktur (Mangel an Nähe/Zuwendung) .....	27
3.2.2 Narzisstisches Defizit (Mangel an Anerkennung/Zuspruch) .....	28
3.2.3 Dynamisch-psychotische Entgleisung (Typus melancholicus).....	29
3.3 Studienlage .....	29
<b>4 Diskussion und Schlussfolgerung .....</b>	<b>34</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>36</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>40</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>41</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>42</b>

## Abkürzungsverzeichnis

BAT	Basic Body Awareness Therapy
BDI	Beck-Depressions-Inventar
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
EWAK	Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KBT	Konzentrierte Bewegungstherapie
KPT	Körperpsychotherapie
RCT	Randomized controlled trial
SCL-90	Symptom-Checkliste
TAU	Treatment as usual - Standardbehandlung
WHO	World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation

## Zusammenfassung

Depressionen stellen eine große Belastung für die Bevölkerung dar, ihre Symptome sind komplex und schwerwiegend. Ein Teil der Symptomatik manifestiert sich körperlich, z.B. als Verlangsamung motorischer Bewegungsabläufe. Auch das Körpererleben ist verändert und äußert sich häufig in einer negativen Bewertung des eigenen Körpers. Somit scheint der Einbezug des Körpers in den psychotherapeutischen Prozess sinnvoll. Zusätzlich bestätigen Ergebnisse aus den Neurowissenschaften die Relevanz des Körpers bei psychischen Prozessen. Die verschiedenen Strömungen in der Körperpsychotherapie (KPT) machen sich diesen Zusammenhang zunutze und beziehen den Körper und das Körpererleben konsequent in den Therapieprozess ein. Aus den historischen Linien der KPT entwickelten sich eine Vielzahl körperpsychotherapeutischer Schulen mit unterschiedlichen Ausrichtungen und Schwerpunkten. Dennoch lassen sich einige Gemeinsamkeiten feststellen. Kritiker beklagen den schwachen Forschungsstand in der KPT, denn sie kann nur wenige Studien aufweisen, die den Anforderungen des wissenschaftlichen Mainstreams gerecht werden. So ist auch die depressionsspezifische Studienlage in der KPT überschaubar. Verschiedene Studien weisen auf eine generelle Wirksamkeit der KPT bei Depressionen hin. Doch die differenzierte Wirksamkeit konnte bisher nicht belegt werden. In Zukunft müssen weitere Studien mit größerem Stichprobenumfang, unter Verwendung von Therapiemanualen, durchgeführt werden, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten und um die differenzierte Wirksamkeit der depressionsspezifischen KPT untersuchen zu können. Des Weiteren sollten in der Forschung allgemeine Wirkfaktoren stärkere Beachtung finden, da sich körperpsychotherapeutische Behandlungen bei Depressionen hinsichtlich ihrer allgemeinen Wirkung nicht maßgeblich von Bewegungstherapien ohne körperpsychotherapeutischen Anspruch unterscheiden.

## 0 Einleitung

Depressive Störungen treten häufig auf und haben schwerwiegende Folgen. Es ist anzunehmen, dass Depressionen bereits im Jahr 2020, neben den koronaren Herzerkrankungen, weltweit die Hauptursache für frühzeitigen Tod und durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre werden (König, Luppä & Riedel-Heller, 2010, S.213). Bei depressiv Erkrankten sind sowohl psychische als auch körperliche Symptome relevant. So zeigen die Betroffenen zum Beispiel verlangsamte motorische Bewegungsabläufe, eine ausdrucksarme Mimik und Gestik sowie ein verändertes Körpererleben (Röhricht, 2000, S.124; Röhricht, 2002). Aufgrund der Relevanz körperlicher Aspekte bei Depressionen scheinen auch körperliche Interventionen indiziert (Böker, 2011, S.185).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich im Speziellen mit körperpsychotherapeutischen Behandlungsansätzen bei Depressionen und versucht dabei die Frage zu beantworten, welche Ressourcen und Grenzen die Körperpsychotherapie (KPT) bei der Behandlung depressiv Erkrankter aufweist. Das methodische Vorgehen der Arbeit erfolgte anhand einer Literaturrecherche, wobei die aktuelle Forschungslage stärkere Berücksichtigung findet. Der Aufbau der Arbeit ist in vier Hauptteile gegliedert. Um sich der Fragestellung zu nähern, werden im ersten Teil zunächst depressive Erkrankungen mit ihren unterschiedlichen Formen näher betrachtet. Des Weiteren wird auf den Verlauf, auf die Ursachen und Risikofaktoren, auf die Verbreitung sowie auf verschiedene Behandlungsansätze depressiver Erkrankungen eingegangen. Die Gliederung des ersten Teils ist größtenteils der Arbeit „Depressive Erkrankungen“ von Wittchen, Jakobi, Klose und Rühl (2010) entlehnt. Im zweiten Teil steht die Körperpsychotherapie im Fokus. Um dem Leser einen Einblick in diesen Bereich zu verschaffen, wird zunächst ein historischer Abriss der unterschiedlichen Strömungen der KPT gegeben. Da sich aus diesen Strömungen eine Vielzahl eigenständiger KPT-Schulen entwickelt hat, deren differenzierte Betrachtung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, werden als Orientierungshilfe verschiedene Systematisierungsansätze dargestellt, die sich verstärkt die gemeinsamen Schnittmengen unterschiedlicher KPT-Ausrichtungen beziehen. Diese Systematisierungen sollen die störungsspezifische Betrachtung in Bezug auf Depressionen erleichtern. Zum Abschluss des zweiten Teils wird auf die allgemeine Forschungslage in der KPT eingegangen, in dem Schwächen und Entwicklungspotenziale dargestellt werden. Der dritte Teil soll die Stränge des ersten und zweiten Teils zusammenfügen, indem zunächst auf die Bedeutung körperlicher Symptome und Veränderungen des Körpererlebens bei depressiven Erkrankungen eingegangen wird. Im nächsten Schritt wird anhand von Beispielen gezeigt, welche

körperpsychotherapeutischen Interventionen sich bei der Behandlung von Depressionen anbieten. Zum Abschluss des dritten Teils wird auf die derzeitige Studienlage bezüglich körperpsychotherapeutischer Behandlungen bei Depressionen eingegangen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Diskussion mit ein um herauszustellen welche Grenzen und Potenziale die KPT bei der Depressionsbehandlung aufweist. Abschließend werden Schlussfolgerungen für die zukünftige KPT-Forschung bezüglich depressiver Erkrankungen gezogen.

# 1 Depressive Erkrankungen

Unter den psychischen Störungen bilden die Depressionen den größten Anteil und durch ihre Verbreitung, Komplikationen und Folgen kommt ihnen eine immense klinische, gesundheitspolitische und ökonomische Bedeutung zu (Wittchen et al., 2010, S.7). Wittchen und Jakobi (2005) haben in einem Review von 27 europäischen Studien zur Häufigkeit und Belastung psychischer Erkrankungen gezeigt, dass Depressionen sowohl in Deutschland als auch in ganz Europa die Krankheitsgruppe darstellt, die die Gesellschaft seit Beginn der 90er Jahre noch vor koronaren Herzerkrankungen und Diabetes mellitus am stärksten belastet. Depressionen sind in Deutschland die häufigste Ursache für Berentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit, dies wird u.a. aus der Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV, 2012, S.52-72) über die Rentenzugänge 2011 ersichtlich. Im Folgenden werden überblicksartig die Formen, Ursachen und Häufigkeit depressiver Störungen dargestellt.

## 1.1 Krankheitsformen

Mit der Ablösung der ICD 9 und des DSM III durch die ICD 10 und DSM IV wurde die kausal orientierte Einteilung der Depressionen in endogene und neurotische Depressionen zugunsten einer rein symptomdeskriptiven Klassifizierung in *depressive Episode* (majordepression) bzw. *dysthyme Störung* aufgegeben (Böker, 2011, S.26). Depressive Erkrankungen gehören zu den affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39). Diese sind ein Gattungsbegriff unterschiedlicher Formen depressiver und manischer respektive manisch-depressiver Erkrankungen - Letztere werden auch als bipolare Störungen bezeichnet (ICD-10: F30-F31). Von klinischer Relevanz sind bei diesen Störungsbildern vor allem die Beeinträchtigungen von Affekt, Stimmung und damit verbundene Kognitionen. Die Diagnostik geschieht über klinische und exakt umschriebene diagnostische Kriterien anhand der ICD-10 bzw. des DSM IV. Dabei beziehen sich die Kriterien vordergründig auf die Symptome der Störung, ihrer Persistenz und Schweregrad, den daraus folgenden Beeinträchtigungen und

Behinderungen sowie ihrem Verlauf. Mittels dieser Kriterien können Depressionen valide und trennscharf sowohl von nicht pathologischen Stimmungsschwankungen als auch differenzialdiagnostisch von anderen psychischen Störungen sowie von anderen Formen depressiver Störungen unterschieden werden (Wittchen et al., 2010, S.7). Um depressive Störungen differenzialdiagnostisch voneinander zu unterscheiden bedarf es laut Wittchen et al. (2010, S.9) eines mehrschichtigen Entscheidungsprozesses:

1. Werden die Schwellenkriterien für eine depressive Episode durch Art und Anzahl depressiver Symptome erfüllt?
2. Ist die Ausprägung der Episode demzufolge leicht-, mittel- oder schwergradig?
3. Handelt es sich um eine rezidivierende Depression bzw. um eine Depression im Kontext einer bipolaren Störung?
4. Sind die auslösenden Faktoren substanzieller oder körperlicher Art?

### **1.1.1 Depressive Episode**

Treten bei einer Person erstmals major depressive Störungsbilder auf, so werden diese als depressive Episoden (F32), bei wiederholtem Auftreten als rezidivierende depressive Störungen (F33) diagnostiziert. Wobei die rezidivierende Form den häufigsten Verlaufstyp bildet (Ihle, Groen, Walter, Esser & Petermann, 2006, S.45; Dilling, Mombur & Schmidt, 2011). Wird die Diagnose einer depressiven Episode nach ICD-10-Kriterien gestellt, muss eine bestimmte Anzahl an Haupt- und Nebensymptomen identifiziert werden, die seit mindestens zwei Wochen persistieren (Dilling et al., 2011; Brakemeier, Schramm & Hautzinger, 2012, S.6). Zu den Hauptsymptomen gehören gedrückte, depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsmangel und gesteigerte Ermüdbarkeit. Die zusätzlichen Symptome umfassen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsminderung, Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle, negative bzw. pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken respektive Suizidhandlungen, vermindertes Selbstwertgefühl und reduziertes Selbstvertrauen, Schlafstörungen, Störungen von Appetit und Gewicht, Entscheidungsschwierigkeiten und psychomotorische Störungen (Brakemeier et al. 2012, S.6; Wittchen et al., 2010, S.9f; Dilling et al., 2011, S.169f). Die Anzahl auftretender Haupt- und Nebensymptome entscheidet darüber, ob eine leichte, mittlere oder schwere depressive Episode vorliegt. Ein leichter Schweregrad liegt vor bei der Feststellung von zwei Haupt- und zwei Zusatzsymptomen, ein mittlerer bei zwei Haupt- und drei bis vier Zusatzsymptomen und bei einer schwergradigen depressiven Episode müssen zwei Hauptsymptome und mehr als vier Nebensymptome identifiziert werden (Dilling et al., 2011, S.169-176; Brakemeier et al. 2012, S.6). Bei diesen schweren depressiven Episoden ist auch das Auftreten von Wahnideen, Halluzinationen oder Stupor möglich, somit kann eine schwergradige



Depression mit psychotischen Merkmalen (F32.3) diagnostiziert werden (Wittchen et al., 2010, S.10). Im Prozess der Diagnosestellung müssen bestimmte differenzialdiagnostische Ausschlussregeln beachtet werden. Dabei ist laut Ihle et al. (2006, S.49f) und Wittchen et al. (2010, S.10) zu klären, ob

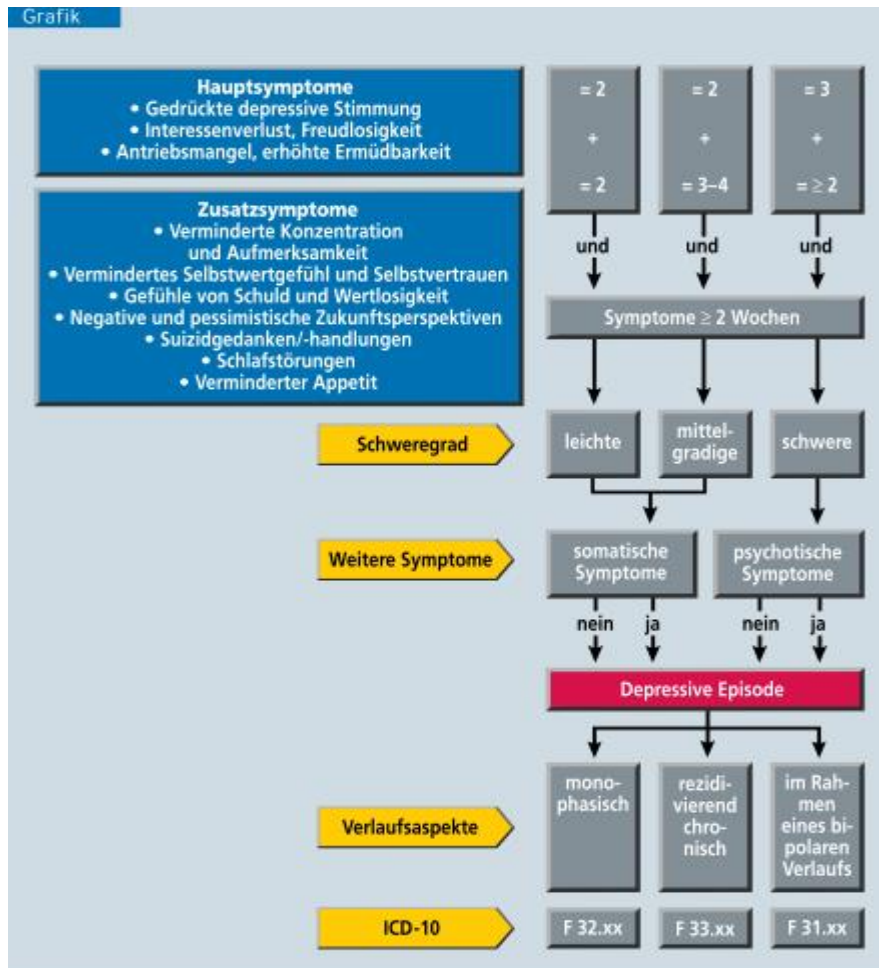
1. die affektive Störung organisch bzw. durch einen medizinischen Krankheitsfaktor bedingt ist, da diese auch direkt aus einer körperlichen Erkrankung resultieren kann, wie z.B. aus Schilddrüsenfunktionsstörungen, Multiple Sklerose oder Hirnerkrankungen.
2. die Symptome substanzindiziert sind, also aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung auftreten, vor allem in Bezug auf Alkoholabhängigkeit. Es muss differenziert werden zwischen substanzverursachten affektiven Symptomen, die durch entsprechende Abstinenz spontan abklingen und komorbide depressive Störungen, die parallel zur Therapie der Substanzabhängigkeit behandelt werden müssen.
3. die Depressionssymptomatik im Rahmen einer bipolaren Störung auftritt, dabei muss geprüft werden, ob derzeitig oder in einem biografisch früheren Zeitraum manische Symptome mit entsprechender Stimmungslage bestehen bzw. bestanden.
4. das affektive Störungsbild im Verlauf einer psychotischen Störung auftritt, wie z.B. bei der Schizophrenie oder der schizoaffektiven Störung.
5. die Symptome eher im Kontext einer einfachen Trauerreaktion oder Anpassungsstörung gesehen werden müssen.

Differenzialdiagnostisch werden je nach Verlauf, Schweregrad und spezifischer Symptommerkmale weitere Subtypen unterschieden (Wittchen et al., 2010, S.10). In Abbildung 1 (s. S.10) ist eine genauere Veranschaulichung von Rudolf, Bermejo, Schweiger, Hohagen & Härter (2006) abgedruckt.

### 1.1.2 Dysthymia

Die Diagnose Dysthymia bzw. dysthyme Störung wird beim vorherrschenden Zustand einer chronischen, depressiven Störung gestellt, wobei der symptomatische Schweregrad niedriger ist als bei einer depressiven Episode. Jedoch besteht die Gefahr, dass eine dysthyme Störung in eine depressive Episode mündet (Müller-Röhrich, Hass, Marque & Broek, 2013, S.51). Da dies sehr häufig der Fall ist, wurde die Diagnose doppelte Depression eingeführt (Brakemeier et al., 2012, S.7). Wittchen et al. (2010, S.10) geben als Hauptmerkmal der Dysthymie eine chronische depressive Verstimmung an, die in einem Zeitraum von mindestens zwei Jahren am Großteil aller Tage auftritt. Neben den Hauptsymptomen Traurigkeit und Niedergeschlagenheit treten zumindest zwei weitere Symptome auf. Dazu gehören eine reduzierter oder vermehrter

Appetit, Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis, Energielosigkeit und Erschöpftheit, reduziertes Selbstwertgefühl, Konzentrations- und Entscheidungsprobleme oder das Gefühl von Hoffnungslosigkeit (Wittchen et al., 2010, S.10).



Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10-Kriterien (15)

Abbildung 1: Diagnose depressiver Episoden (Rudolf, Bermejo, Schweiger, Hohagen & Härter, 2006, S. A1755)

### 1.1.3 Sonstige depressive Störungen

Es existieren weitere depressive Syndrome mit klinisch relevanten depressiven Symptomen, die jedoch weder den Kriterien einer Major Depression, einer dysthymen Störung noch einer bipolaren Störung gerecht werden. Im ICD-10 und im DSM-IV sind sie unter sonstigen affektiven Störungen oder unter Belastungs-, neurotischen und somatoformen Störungen aufgeführt. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Anpassungsstörungen und die gemischte Angst- und depressive Störung. Diese Diagnosen werden nur vergeben, wenn andere, voll ausgeprägte affektive bzw. Angststörungen bereits ausgeschlossen wurden. Es handelt sich also um Residualdiagnosen (Wittchen et al., 2010, S.10).

### 1.1.4 Bipolare affektive Störung

Bei bipolaren affektiven Störungen wechseln depressive und manische Zustände einander ab (Müller-Röhrich et al., 2013, S.51). Bei der bipolaren affektiven Störung wechseln sich wiederholt Episoden mit gehobener Stimmungslage und gesteigertem Antriebs- und Aktivitätsniveau mit Episoden gesenkter Stimmung und vermindertem Antriebs- und Aktivitätsniveau ab (ICD-10, F31). In der Regel überwiegt der Anteil depressiver Episoden den der manischen Episoden (Wittchen et al., 2010, S.12). Typischerweise kommt es zwischen den Episoden zur vollständigen Remission. Das Auftreten der Störung ist altersunspezifisch und die Häufigkeit geschlechtsunabhängig (Schmidt-Traub & Lex, 2005, S.225).

## 1.2 Verlauf depressiver Störungen

Bezogen auf den Verlauf depressiver Syndrome, zeigen bisherige Verlaufsstudien große interindividuelle Unterschiede. Diese Variabilität und das Fehlen spezifischer Parameter veranlassten verschiedene Fachgesellschaften zu einer Episodeneinteilung. *Remission* ist definiert als Phase, in der die depressive Symptomatik abnimmt; *Recovery* steht für eine vollständige Remission über eine bestimmte Zeitspanne, die je nach Kriterium zwei bis sechs Monate beträgt; *Rückfall* bzw. *Relapse* bezeichnet die Wiederkehr depressiver Symptome innerhalb der Remissionsphase ehe der Zustand der Genesung (Recovery) erreicht ist; tritt eine neue depressive Episode nach Recovery auf, so wird dies als *Wiedererkrankung* oder *Recurrence* bezeichnet (Hautzinger, 2010, S.12f). Vollaussgeprägte Depressionen lassen sich auch hinsichtlich ihres Beginns in akut (Tage, wenige Wochen), subakut (Wochen bis Monate) und schleichend unterteilen. Auch die Schwere und Zeitspanne depressiver Episoden variiert. Unbehandelt beträgt die Dauer einer Episode zwei bis drei Monate. Die Mehrzahl depressiver Erkrankungen sind rezidivierend (Wittchen et al., 2010, S.12). Paykel, Brugha & Freyers (2005) gehen davon aus, dass 15%-30% aller Depressionspatienten eine chronische Depression entwickeln.

## 1.3 Ursachen und Risikofaktoren

Die Entstehung depressiver Störungen wird derzeit mit einem multifaktoriellem Ursachenzusammenspiel begründet (Custal, 2011, S.33). Die kausalen Bedingungen lassen sich dabei grob in einen biologischen, sozialen und psychischen Bereich aufteilen (Ihle et al, 2012, S.15). Laut Beesdo-Baum und Wittchen (2011) ist im Rahmen eines sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modells anzunehmen, dass prädisponierende konstitutionelle Faktoren genetischer bzw. familiengenetischer Art und frühe adverse soziale und

umweltbezogene Ereignisse und Bedingungen zur Ausbildung einer erhöhten Vulnerabilität beitragen, die sich wiederum über entwicklungsbiologische, psychologische und soziale Prozesse weiter akzentuieren oder abschwächen kann (S.890). Als wichtigste Vulnerabilitätsfaktoren benennt Hautzinger (2010, S.24f) die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und einen Mangel an haltgebenden Sozialbeziehungen. Bei erhöhter Anfälligkeit sind kritische Lebensereignisse dann häufig die auslösenden Faktoren, die eine depressive Episode beginnen lassen.

Jedoch sind bei rund einem Viertel der depressiven Patienten keine kritischen Lebensereignisse erkennbar, was auf eine biologisch (mit-)determinierte Empfänglichkeit hindeutet. In Bezug auf die genetische Grundlage und den Übertragungsweg besteht bisher jedoch keine einheitliche Meinung. Derzeitig verwenden Genetiker Verteilungs- und Schwellenmodelle. Unter Verwendung dieser Modelle wird die Krankheitsanfälligkeit durch Erb- und Umweltfaktoren determiniert. Aufgrund vorliegender Daten geht die Mehrheit der Autoren von einem bisher noch ungeklärten polygenetischen Übertragungsmodell affektiver Störungen aus (Hautzinger, 2010, S.32).

Nicht nur genetische, sondern auch neurobiologische Variablen korrelieren mit depressiven Störungen. Hautzinger (2010, S.33f) benennt diesbezüglich z.B. eine gestörte Transmission von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Allerdings konnte bisher nicht geklärt werden, ob die Transmissionsstörungen Ursache oder Folge depressiver Störungen sind (Wittchen et al., 2010, S.16). Weitere neurobiologische Einflussfaktoren liegen im hormonellen System, so sind bei depressiven Patienten Veränderungen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und in der Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse feststellbar (Hautzinger, 2010, S.35f).

Zu den psychosozialen Ursachenfaktoren zählt das Prinzip der erlernten Hilflosigkeit von Martin Seligman, bei dem sich durch wiederholte Ohnmachtserfahrungen gegenüber aversiver Reize in existenziellen Bereichen eine negative und pessimistische Erwartungshaltung entwickelt. Hinzu kommt das Konzept der Attribution, bei dem erwünschte Ziele als nicht erreichbar und negative Ereignisse als unumgänglich betrachtet werden (Petermann, 2000). Ferner wird ein Mangel an positiver Verstärkung als begünstigender und aufrechterhaltender Faktor für Depressionen betrachtet (Lewinsohn, Rhode & Hautzinger, 1994). Der Kognitionstheorie von Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010) folgend, wird auch der kognitiven Triade eine ursächliche Bedeutung zugeschrieben. Diese Triade setzt sich aus negativen Überzeugungen bezüglich der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft zusammen. Hinzu kommen weitere durch negative Lebensereignisse ausgelöste negative Überzeugungen. In Verbindung mit kognitiven Verzerrungen wie z.B. Über- und Untertreibungen trägt das Gesamtgeschehen zur Entstehung einer Depression bei (Wittchen et al., 2010, S.16). Als begünstigende

Persönlichkeitsfaktoren für die Ausbildung einer Depression benennt Hautzinger (2010, S.26) soziale Abhängigkeit, zwanghaften Perfektionismus, Neurotizismus und Pessimismus. Tiefenpsychologische Ansätze beschreiben als Depressionsursache Mangelenerfahrungen in der frühen Kindheit in den Bereichen Anerkennung und Nähe. Dies hat ein orales bzw. narzisstisches Defizit mit Überbedürftigkeit oder Selbstwertstörung zur Folge. Auch eine klammernde, das Kind übermäßig verwöhnende Mutter bedingt Defiziterfahrungen und Einschränkungen des motorischen Expansionsbedürfnisses des Kindes. Dabei kommt es zur Tonuserhöhung und Verkrampfung der Muskulatur. Ferner wird die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass negative Kognitionen und unbewusste Konflikte ins Somatische gedrängt werden (Röhricht, 2000, S.125).

## 1.4 Verbreitung

Depressive Störungen treten häufig auf und haben in den letzten Dekaden zugenommen, gerade jüngere Menschen sind immer häufiger betroffen. Hautzinger (2010, S.10) nennt sie bereits eine echte Volkskrankheit.

Mittels Psyndex und Medlinerecherche führten Becker und Abholz (2005) zwischen 1993 und 2005 eine systematische Literaturanalyse in Bezug auf Prävalenz und Erkennensraten depressiver Störungen in Allgemeinarztpraxen durch. Dabei verglichen sie dreizehn, zu ihrem Themenschwerpunkt passende, Studien. Im Ergebnis wiesen sie eine Punktprävalenz depressiver Störungen in Allgemeinarztpraxen von etwa 10% aus. Die Punktprävalenz für eine Major Depression nach DSM IV lag bei 4-6% und die 12-Monats-Prävalenz bei ca. 8%. Depressive Episoden zeigten eine Punktprävalenz von etwa 8,17%.

Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke (2013) zeigten anhand der neueren Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) ähnliche Ergebnisse. Die Studie wurde im Zeitraum von 2008 bis 2011 mit einer 7988 Personen umfassenden und somit bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe durchgeführt. Dabei wurden diagnostisch aktuelle depressive Symptome erfasst und zusätzlich wurden diagnostizierte Depressionen in einem ärztlichen Interview erfragt. Bei 8,1% der Erwachsenen konnten depressive Symptome festgestellt werden, wobei Frauen häufiger als Männer betroffen waren. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist die Prävalenz zwischen dem 18. und 29. Lebensjahr am höchsten und nimmt anschließend ab. Unabhängig vom Geschlecht sind mit steigenden sozioökonomischen Status depressive Symptome seltener. Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression liegt bei 11,6% und ist bei Personen zwischen 60 und 69 Jahren am höchsten. Die 12-Monatsprävalenz beträgt 6% und ist bei Personen zwischen 50 und 59 Jahren am höchsten. Im Gegensatz zu den Männern fallen bei Frauen die Diagnoseprävalenzen mit steigenden sozioökonomischen Status geringer aus. Die Resultate

der Studie machen deutlich, wie stark depressive Symptomatik und Depressionsdiagnosen in der deutschen Bevölkerung verbreitet sind, und zeigen die Gültigkeit bereits bekannter Korrelationen von Depression mit Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status (Busch et al., 2013). Die Tabellen 1 und 2 verdeutlichen diese Zusammenhänge.

*Tabelle 1: Prävalenz von depressiver Symptomatik nach Geschlecht und Altersgruppe (Busch et al., 2013, S.736)*

	<b>18-29 Jahre</b>	<b>30-39 Jahre</b>	<b>40-49 Jahre</b>	<b>50-59 Jahre</b>	<b>60-69 Jahre</b>	<b>70-79 Jahre</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Frauen</b>	11,8 (9,0-15,3)	10,5 (7,3-14,7)	9,9 (7,6-12,8)	10,4 (8,1-13,3)	9,8 (7,1-13,4)	7,7 (5,1-11,4)	10,2 (8,9-11,5)
<b>Männer</b>	8,0 (5,5-11,5)	5,3 (2,9-9,5)	7,0 (5,0-9,7)	6,1 (4,5-8,3)	4,5 (2,9-6,9)	4,2 (2,6-7,0)	6,1 (5,2-7,2)
<b>Gesamt</b>	9,9 (7,8-12,3)	7,9 (5,7-10,8)	8,4 (6,7-10,5)	8,2 (6,7-10,1)	7,2 (5,6-9,2)	6,1 (4,3-8,6)	8,1 (7,3-9,1)

*Tabelle 2: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression nach Geschlecht und sozioökonomischen Status (SES) (Busch et al., 2013, S.736)*

	<b>Niedriger SES</b>	<b>Mittlerer SES</b>	<b>Hoher SES</b>
<b>Depressive Symptomatik (n=7876)</b>			
Frauen	16,0 (12,7-19,9)	9,9 (8,3-11,7)	5,0 (3,5-7,0)
Männer	11,1 (8,1-15,0)	5,3 (4,3-6,5)	4,3 (2,9-6,3)
Gesamt	13,6 (11,2-16,5)	7,6 (6,6-8,8)	4,6 (3,6-6,0)
<b>Diagnostizierte Depression: Lebenszeitprävalenz (n=7800)</b>			
Frauen	19,8 (16,2-24,0)	14,3 (12,6-16,1)	13,9 (11,7-16,5)
Männer	8,8 (6,2-12,2)	7,6 (6,3-9,2)	6,6 (5,0-8,8)
Gesamt	14,5 (12,1-17,3)	11,0 (9,9-12,3)	9,9 (8,5-11,4)
<b>Diagnostizierte Depression: 12-Monats-Prävalenz (n=7789)</b>			
Frauen	12,9 (9,7-17,0)	7,0 (5,9-8,4)	5,5 (3,8-8,1)
Männer	3,7 (2,2-6,2)	3,6 (2,7-4,8)	3,7 (2,3-5,7)
Gesamt	8,5 (6,6-10,9)	5,4 (4,6-6,3)	4,5 (3,4-6,0)

## 1.5 Behandlungsansätze

Grundsätzlich sind depressive Störungen gut behandelbar, vorausgesetzt die Störung wird rechtzeitig erkannt und unter Berücksichtigung aktueller Leitlinien therapiert (Wittchen et al., 2010, S.28). Die nationalen Versorgungsleitlinien, die als Kooperationsarbeit verschiedener Fachverbände herausgegeben wurden, geben folgende Behandlungsziele an: Reduzierung depressiver Symptome, Verringerung der Mortalität respektive Suizidalität, Wiederherstellen der beruflichen und psychosozialen Leistungsfähigkeit, Wiederherstellung des seelischen

Gleichgewichts und die Verminderung der Rückfallwahrscheinlichkeit (DGPPN, 2012, S.74). Die Wahl einer adäquaten Behandlungsform zum Erreichen der genannten Ziele richtet sich dabei nach klinischen Faktoren und der Patientenpräferenz. Es stehen vier primäre Behandlungsstrategien zur Verfügung: aktiv abwartende Begleitung, Behandlung mittels Medikamenten, Behandlung mittels Psychotherapie und Kombinationstherapie, die sich aus Pharmako- und Psychotherapie zusammensetzt (ebd.). Weitere Behandlungsmaßnahmen sind Schlafentzugstherapie, Elektrokonvulsionstherapie, Lichttherapie und körperliche Aktivität (Wittchen et al., 2010, S.28). Im Folgenden werden die oft ausreichenden Hauptinterventionen - die Pharmakotherapie und die Psychotherapie - näher beschrieben.

### **1.5.1 Pharmakotherapie**

Die medikamentöse Therapie findet unter Verwendung der Medikamentengruppe der Antidepressiva statt. Die Präparate haben eine stimmungsaufhellende Wirkung, die unabhängig von der jeweiligen Ursache depressiver Symptome eintritt. Im Durchschnitt sprechen 50-75% der Patienten positiv auf diese Form der Therapie an. Eine Einteilung der Antidepressiva kann anhand ihres Wirkprofils vorgenommen werden, denn neben ihrer stimmungsaufhellenden Wirkung können sie antriebssteigernd, antriebsneutral oder antriebsdämpfend sowie beruhigend oder angstlösend wirken (Wittchen et al., 2010, S.29). Benkert und Hippus (2013, S.1) präferieren eine Kategorisierung der Antidepressiva nach ihrem primären Angriffspunkt im ZNS und nicht mehr, wie früher üblich, nach ihrer chemischen Struktur, da sie pharmakologisch aussagekräftiger ist. Zu den gebräuchlichsten Gruppen gehören Selektive Serotonin-Rückaufnahmehemmer, Selektive Noradrenalin-Serotonin-Rückaufnahmehemmer, Selektive Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer, Noradrenalin-Dopamin-Rückaufnahmehemmer, Monoaminoxidasehemmer, trizyklische Antidepressiva und pflanzlich Präparate (Hautzinger, 2010, S.45). Die Wirkweise der Antidepressiva konnte bisher nicht genau geklärt werden. Derzeitig besteht die Annahme, dass diese Medikamente regulierend auf gestörte Transmitterprozesse einwirken, vor allem auf Serotonin und Noradrenalin (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S.900). Bei kontinuierlicher Einnahme entfaltet sich die volle Wirkung der Präparate stückweise über Tage bis Wochen, da die neurophysiologische Anpassung des Gehirngewebes eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt. Eine überdauernde Besserung findet daher indirekt über zelluläre Anpassungsprozesse durch konstanten Wirkstoffspiegel statt (Wittchen et al., 2010, S.29). Wittchen et al. (2010, S.29) zählen zu den häufigsten Nebenwirkungen von Antidepressiva Störungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Nervensystems und der Sexualität. Hautzinger (2010, S.45f) nennt weitere typische negative Begleiterscheinungen wie z.B. Hautallergien, Obstipationen, Miktionsstörungen, Gewichtszunahme und Leberschädigungen.

## 1.5.2 Psychotherapie

Neben der medikamentösen Behandlung gehören auch Psychotherapien zu den bedeutsamsten Verfahren bei Depressionen. Diese können separat oder in Verbindung mit Antidepressiva als Baustein in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden (Wittchen et al., 2010, S.30). Für die Kognitiv-Behaviorale Therapie, die Psychodynamische Psychotherapie sowie für die Interpersonale Therapie ist die Wirksamkeit bei Depressionen empirisch evident belegt (Böker, 2011, S.149; Wittchen et al. 2010, S.30). Die Gemeinsamkeit dieser Psychotherapieverfahren besteht im selben Ansatzpunkt: Die Neigung depressiver Menschen, sich selbst infrage zu stellen und sich hilflos ausgeliefert zu fühlen. Das Ziel der Psychotherapien besteht kurz gesagt darin, intrapsychische, interpersonale sowie kognitive Circuli vitiosi der Depression auszuschalten (Böker, 2011, S.156).

Bei der Kognitiven Verhaltenstherapie unipolarer Depressionen kommen verschiedene Behandlungsbausteine zum Tragen. Dazu gehören die Aktivierung des Patienten und das Erarbeiten einer Tagesstruktur, um neue Verstärkerquellen zu generieren. Des Weiteren werden dysfunktionale Kognitionen wie z.B. Selbstabwertung durch kognitive Therapie umstrukturiert. Es gilt soziale Fertigkeiten zu stärken, unangemessene Kommunikationsformen positiv zu verändern und sozial adäquates Kontaktverhalten zu fördern. Ferner werden Problemlösefähigkeiten und Gesundheitsverhalten gestärkt (Schmidt-Traub & Lex, 2005, S.242).

Bei der Psychodynamischen Psychotherapie gilt es, unter stärkerem Einbezug internalisierter Beziehungen, der Biografie und unbewussten Konflikten verstärkte Selbstansprüche, Schuldgefühle und Selbstzweifel zu bearbeiten. Dem Patienten sollen im dialogischen Kontext von Therapeut und Patient neue Erfahrungen ermöglicht werden, die dazu beitragen ungünstige und Leid verursachende Bewältigungsmechanismen sowie defensive Barrieren abzubauen. Dies geschieht unter Berücksichtigung der aktuellen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation (Böker, 2011, S.156).

Die Interpersonale Therapie nach Klerman und Weissmann (1984) wird von Beesdo-Baum und Wittchen als eine Form der manualisierten psychodynamischen Therapie bezeichnet, die verhaltenstherapeutische Komponenten beinhaltet (2011, S.908). Ausgangspunkt der Interpersonellen Psychotherapie ist die Ansicht, dass bestimmte psychosoziale Faktoren im Wesentlichen für die Entstehung, die Aufrechterhaltung und für den Verlauf von Depressionen verantwortlich sind. Im Fokus der Behandlung steht daher die Beziehung zwischen der Depression und den aktuell akuten oder langfristigen interpersonellen Belastungsfaktoren. Dazu gehören Partnerschaftskonflikte sowie Verlust- und



Trennungserfahrungen, die ein verstärktes Einsamkeitserleben verursacht haben (Böker, 2011, S.180).

## **2 Körperpsychotherapie**

Marlock und Weiss (2006) führen aus, dass eine einheitliche Körperpsychotherapie nicht existiert. Vielmehr ist die Situation durch ein Nebeneinander von divergenten, zum Teil schwer vereinbarer Positionen und Grundannahmen gekennzeichnet. Sowohl auf metatheoretischer wie auch auf methodisch-praxeologischer Ebene liegen einzelne Verfahren und Schulen der Körperpsychotherapie weit auseinander (S.5). Die Vielfalt körperpsychotherapeutischer Schulen resultiert aus den verschiedenen historischen Einflussquellen, auf die im Folgenden eingegangen werden soll.

### **2.1 Historischer Überblick körperpsychotherapeutischer Strömungen**

Geuter (1996) unterscheidet drei historische Hauptströmungen, die er jeweils mit einer Gründerfigur in Beziehung setzt.

#### **2.1.1 Der Einfluss von Wilhelm Reich**

Wenngleich schon Pierre Janet (1859-1947) mit speziellen Massagetechniken und der Umgestaltung von Bewegungsmustern arbeitete und somit körpertherapeutischen Zugangsweisen und Konzeptbildungen Vorschub leistete, gilt der Psychoanalytiker und Freudschüler Wilhelm Reich (1897-1957) als Gründungsvater der Körperpsychotherapie, der diesbezüglich als Erster wichtige theoretische Grundlagen formulierte und die Arbeit mit dem Körper und dem Mentalen systematisch in einer einheitlichen Psychotherapie vereinte (Geisler, 2006, Geuter, 2006a, S.18). Für seine Entwicklung in diese Richtung können drei Gründe identifiziert werden (Geuter, 2010). Erstens machte er die Erfahrung, dass bestimmte Patienten, die heute unter die emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline Typus gefasst werden, der damaligen Psychoanalyse, im Sinne einer Deutung verdrängter Triebhalte nicht zugänglich waren, da sie z.B. nicht frei assoziieren konnten. Reich bevorzugte bei diesen Patienten die Ich-Analyse, bei der verstärkt an der Abwehr und der aktuellen Übertragung gearbeitet wird. Zweitens vertrat Reich, basierend auf Freuds erster Triebtheorie, die Meinung, dass gestaute Sexualenergie der energetische Ursprung jeder Neurose sei. Demzufolge ging es ihm bei der Auflösung von Neurosen darum, die blockierte Libido zu befreien. Drittens erkannte er spezifische Muster der Affektabwehr, die

er als Charakterwiderstände bezeichnete. Als Ursprung dieser Muster sah er bestimmte Trieb-Abwehr-Konflikte, die in der Kindheit erworben und verinnerlicht werden und in der Folge determinieren, wie ein Mensch die Welt erlebt und auf sie zugeht als charaktertypische Eigenart (Geuter 2010). Anstelle der - wie in der Psychoanalyse zu seiner Zeit üblichen - unmittelbaren Deutung unbewusster Konflikte fokussierte Reich auf die Widerstandsanalyse. Seinen Beobachtungen zufolge verursachten chronifizierte Abwehrvorgänge Charakterhaltungen, die sich auch körperlich manifestierten z.B. in der Körperhaltung, in der Mimik, in der Bewegung, in der Atmung und im Spannungszustand der Muskulatur. Dies begründete er mit der Verbindung zwischen dem seelischen Verdrängungsprozess und dem damit einhergehenden körperlichen Prozess, der Handlungs- und Triebimpulse muskulär ausbremst und sich daher in Muskelanspannungen widerspiegelt (Geuter, 2006a, S.18; Geuter, 2010). Diese muskulären Verkrampfungen nannte Reich Muskelpanzer, den er in seiner Funktion und Struktur als Äquivalent des Charakterpanzers (Geisler, 2006; Geuter, 2010) verstand. Ausgangspunkt seiner therapeutischen Arbeit ist daher die körperliche Abwehr der Patienten, z.B. muskuläre Hartspannstränge. Dabei nutzte er u.a. Massagegriffe und Atemübungen, um den Muskelpanzer zu lockern. Indem den Patienten ihr körperlicher Ausdruck bewusst gemacht wird, soll ihnen auch der Zugang zu unbewussten Inhalten ermöglicht werden. Reich versuchte über die Lockerung muskulärer Abwehr zum Affekt und darüber zur Erinnerung vorzudringen. Diese von Reich in den 30er Jahren entwickelte Methode bezeichnete er als Vegetotherapie (Geuter, 2006a, S.18; Geuter, 2010).

Die von Wilhelm Reich gelegten Grundlagen der Körperpsychotherapie führten zur Entwicklung der sogenannten neoreichianischen Schulen. Zu diesen Schulen gehört allen voran die Bioenergetik des Reich-Schülers Alexander Lowens, deren Verdienst die Weiterentwicklung der Vegetotherapie zur „Bioenergetischen Analyse“ ist. Heute ist diese Körperpsychotherapieschule weltweit am stärksten verbreitet (Geißler, 2006; Geuter, 2010). Zum Kernprinzip der Bioenergetischen Analyse gehören das Diagnostizieren und die Lockerung bzw. Lösung körperlicher Widerstände. Anders als bei der Psychoanalyse ist der Therapeut nicht abstinert, im Sinne einer Projektionsfläche für konfliktbeladene Übertragungen, sondern eher begleitend in Bezug auf die emotionale Entwicklung des Patienten tätig. Wenn Übertragungen des Patienten zu einer Belastung der therapeutischen Beziehung führen, wird daran gearbeitet, diese so schnell wie möglich auszuräumen. Dies stellt einen Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse dar, bei der die Übertragung wachsen soll, um die Entwicklung einer Übertragungsneurose zu begünstigen (Geißler, 2006). Im Gegensatz zu Reich, dem es im Kern eher um eine Befreiung der Sexualenergie ging, sieht Lowen die Befreiung einer gehemmten Lebensenergie bzw. Vitalität als zentral. Das Behandlungsziel ist nicht die orgastische Potenz, sondern die allgemeine Lebensfreude (Geuter, 2006a, S.21).

Weitere bekannte Schulen dieser Strömung sind die von David Boadella entwickelte Biosynthese, die Biodynamik von Gerda Boyesen und das Hakomi von Ron Kurz. Alle neoreichianischen Körperpsychotherapien nutzen den Körper in Diagnostik und Therapie vor allem als Organ des Affektausdrucks (Geuter, 2010). Körperarbeit wird in erster Linie als ein Mittel verstanden, um über den Körper unterdrückte und verdrängte seelische Inhalte zu erschließen, unterdrückte und verdrängte Impulse auszudrücken und so zu einer vegetativen Lebendigkeit zu kommen (ebd., S.72).

### 2.1.2 Der Einfluss von Elsa Gindler

Elsa Gindler (1885-1961) kann, mit dem von ihr 1917 gegründeten „Seminar für Harmonische Körperausbildung“ als weitere große Einflussquelle der Körperpsychotherapie gesehen werden. Sie entwickelte einen leibpädagogischen Ansatz als sie selbst an einer schweren Tuberkulose litt (von Steinaecker, 2000, S.40). Sie unternahm einen Versuch körperlicher Selbsthilfe, indem sie den erkrankten Lungenflügel entlastete und im gesunden Flügel vorsichtige Veränderungen zuließ (Selver 1991, S.73). So entdeckte sie ein Prinzip der Reorganisation des Organismus aus eigener Kraft: Spüren, was ist, und von da aus Veränderung entstehen lassen; statt etwas zu tun um etwas zu verändern (Geuter, 2000, S.60). Kern ihrer Arbeit war also die Herausbildung eines körperlichen Bewusstseins durch Körperwahrnehmung, wobei es nicht um das Erlernen normierter Übungen geht, sondern vielmehr um das Erspüren des eigenen Körpers, sodass individuelle Übungen gefunden werden können, die helfen vom Körperinneren Veränderungen herbeizuführen, und so den Körper zu einer harmonischen Funktionalität anregen (Geißler, 2006; Geuter, 2006a, S.18). Gindler selbst erhob nie den Anspruch psychotherapeutisch tätig zu sein, dennoch hatte ihre Arbeit vielfältige Auswirkungen auf die Psychotherapie (Geuter, 2000, S.60f, Geuter, 2010). Drei ihrer Schülerinnen waren Ehefrauen bzw. Lebensgefährten einflussreicher Psychotherapeuten, die ihre, bei Gindler erworbenen, Erfahrungen an ihre Männer weitergaben. So beeinflusste Laura Perls ihren Mann Fritz Perls, der als Begründer der Gestalttherapie gilt, Elsa Lindenberg ihren Lebensgefährten Wilhelm Reich und Clare Fenichel ihren Mann Otto Fenichel, ein bekannter Psychoanalytiker (Geuter, 2010). Den größten Einfluss hatte Gindler über ihre Schülerin Gertrud Falke Heller auf Helmuth Stolze (Geuter, 2000, S.61). Er entwickelte Gindlers Arbeit weiter zur Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT), die heute in vielen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken im deutschen Sprachraum etabliert ist (Geißler, 2006). Vordergründig geht es in der KBT darum, den Patienten Erfahrungsangebote zu machen und nicht um das Erlernen vorgeschriebener Übungen. Dabei werden Gegenstände wie Stäbe, Seile oder Bälle als Symbole verwendet, wobei der Therapeut je nach Handlung oder Bewegung die unbewusste

Bedeutung zu erkennen versucht und diese im psychotherapeutischen Gespräch mit dem Patienten bearbeitet (Geuter, 2006a, S.62). Geißler (2006) schreibt den KBT-Therapeuten dabei eine begleitende Rolle zu, ähnlich wie in der Bioenergetischen Analyse. Über direktes körperliches Spüren wird dem Patienten das Selbsterleben ermöglicht und es werden eigene Ressourcen aktiviert. Da der Schwerpunkt dabei auf dem körperlichen Spüren liegt, wirkt die KBT weniger affektaktivierend und damit ich-schonend (ebd.).

### **2.1.3 Der Einfluss von Sandor Ferenczi**

Geuter (1996) und Geisler (2006) sehen als dritte körperpsychotherapeutische Strömung die analytische Körperpsychotherapie, deren Hauptbegründer Sandor Ferenczi (1873-1933) ist. Er war der Meinung, dass ein zu starres Behandlungssetting beim Patienten zu einer Retraumatisierung führen könne, und bevorzugte daher, im Gegensatz zur Freudschen Kur, eine elastische Technik. In der Analyse bot er sich als mütterliches Objekt an, um dem Patienten die Wiederholung frühkindlicher Beziehungsformen zu ermöglichen (Geisler 2006; Geuter, 2006a, S.56). Dabei konnten Patienten mit frühen traumatischen Störungen z.B. vom Angebot körperlichen Halts Gebrauch machen. Ferenczi förderte regressive Prozesse um zu vorsprachlichen Seeleninhalten vorzudringen und versuchte über einen körperlichen Dialog Übertragungsphänomene zu aktivieren. Jedoch fehlte ihm ein Konzept, Patienten aus diesen regressiven Prozessen wieder herauszuführen (Downing, 1996, S.357). Ferenczi selbst sah seine experimentellen Ansätze nicht als eigenständige Therapieform sondern als Ergänzung im Rahmen psychoanalytischer Techniken. Da es zwischen ihm und Freud zu einem Zerwürfnis kam, fanden seine Ideen lange Zeit keinen Eingang in die vorherrschende Psychoanalyse (von Polenz, 1994, S.191). Erst im Laufe der 80er und 90er Jahre wurden durch die Analytiker Tilman Moser und Günter Heisterkamp seine Ansätze wieder neu aufgegriffen. Sie schufen einen methodischen Zugang, der es ermöglichte über Inszenierungen frühkindliche Traumata oder Konfliktsituationen im therapeutischen Setting wiederherzustellen und leibnah erlebbar zu machen. Dabei geht es jedoch nicht wie bei der Bioenergetischen Analyse um die Affektkatharsis als Behandlungsziel, sondern um die Affektverdichtung auf der Übertragungsebene. Dies soll schrittweise die unbewussten Anteile der Affekte durch verbale und körpersprachliche Aufarbeitung erkenntlich machen (Geisler, 2006).

## 2.2 Systematik der körperorientierten Psychotherapie

Aus den beschriebenen historischen Hauptströmungen entwickelte sich eine immense Methodenvielfalt, die das Feld der KPT ungeordnet erscheinen lässt, seine geradezu babylonische Sprachverwirrung erschwert eine systematische Auseinandersetzung mit den Interventionsstrategien und eine entsprechende Einordnung der KPT (Röhrich, 2011, S.13). Geisler (2006) schreibt vielen Körperpsychotherapeuten eine narzisstische Eigenheit zu, dass jeder seinen eigenen Beitrag mit seinem Namen verbunden sehen will. Hinzu kommen eine unzureichende theoretische Basis und eine unklare Abgrenzung zu esoterischen Verfahren, die der KPT einen schlechten Ruf brachten. Um dennoch einen kohärenten Überblick zu ermöglichen, nimmt Röhrich (2000, S.15ff) eine systematische Einteilung der körperpsychotherapeutischen Interventionsstrategien vor, sodass bezüglich der Interventionspraxis schulenübergreifende Grundgemeinsamkeiten ersichtlich werden (s. Tabelle 3, S.22). Dabei ordnet er die Therapieschulen, je nach Ausrichtung der Hauptwirkkomponenten, axial zwei unterschiedlichen Beschreibungsebenen zu. Diese Einteilung soll der groben Orientierung dienen und kann nur stark vereinfachend vorgenommen werden, da die Therapieschulen dazu neigen, ihr spezifisches Indikationsspektrum nur unscharf zugunsten einer „ganzheitlichen“ Orientierung abgrenzen. Die funktionale bzw. übungszentrierte Körpertherapie arbeitet therapeutisch an physiologischen Prozessen respektive autonomen Körpervorgängen wie z.B. Atmung oder dem Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung bzw. Bewegung und Ruhe. Des Weiteren geht es um die Affektmobilisierung, der Arbeit am inneren Erleben und um Verhaltensänderung. Auf der anderen Seite basieren die konfliktorientierten/aufdeckenden Körperpsychotherapien fast immer auf einen tiefenpsychologisch fundierten Hintergrund und sind folglich in ihrer Ausrichtung biografisch aufdeckend und einsichtsorientiert. Die horizontal aufgelisteten Kategorien unterscheiden sich maßgeblich im Bereich des Selbsterlebens, in dem die Interventionen wirksam werden sollen (Röhrich, 2002). Zum klärenden Verständnis der Tabelle soll hier noch der Unterschied zwischen Körpertherapie und Körperpsychotherapie beleuchtet werden. Geuter (2005, S.5f) definiert Körpertherapie als Behandlung mit Mitteln des Körpers unter Verwendung eigener Körperwahrnehmungen und eigener Körperveränderungen, ohne externe Mittel bzw. Manipulationen, wobei auch der Therapeut einzig und allein mit seinem Körper arbeitet. Dies bedeutet nicht den Ausschluss körpertherapeutischer Wirkungen auf die Psyche. Körperpsychotherapie hingegen stellt eine Behandlung mit körperlichen und seelischen Mitteln dar, wobei immer Theorien und Techniken der Arbeit am Psychischen mit inbegriffen sind (ebd.).

Tabelle 3: Systematik körperorientierter Therapie (Röhricht, 2000, S.16)

	<b>funktionale/übungsorientierte Körpertherapie</b>	<b>konfliktorientierte/aufdeckende Körperpsychotherapie</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrative Leib- und Bewegungstherapie</li> <li>• Konzentrierte Bewegungstherapie</li> <li>• Funktionale Entspannung</li> <li>• Biodynamik</li> </ul>	
<b>Beziehungs-orientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funktionale Entspannung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analytische Körperpsychotherapie</li> <li>• Thymopraktik</li> <li>• Psychodrama</li> <li>• Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie</li> </ul>
<b>Wahrnehmungs-orientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensory Awareness</li> <li>• Ergotherapeutische Wahrnehmungsbehandlung</li> <li>• Feldenkrais</li> <li>• Focusing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentrierte Bewegungstherapie</li> <li>• Körperzentrierte Psychotherapie</li> <li>• Hakomi</li> </ul>
<b>Bewegungs-/Handlungs-orientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atemtherapie</li> <li>• Eutonie</li> <li>• Tai-Chi</li> <li>• Yoga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanztherapie</li> <li>• Bewegungstherapie</li> </ul>
<b>Affekt-/Energie-orientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autogenes Training</li> <li>• Progressive Muskelrelaxation</li> <li>• Bio-Feedback</li> <li>• Rolfing</li> <li>• Shiatsu</li> <li>• Organismische Psychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bioenergetische Analyse</li> <li>• Core-Energetik</li> <li>• Biosynthese</li> <li>• Biodynamik</li> </ul>

Röhricht (2002) beschreibt einen weiteren Systematisierungsansatz der Körperpsychotherapie. Die Unterscheidung erfolgt dabei auf symptomatischer bzw. störungsspezifischer Ebene. Es werden also zum einen die nach ICD-10 bzw. DSM IV

definierten Leitsymptome spezifischer Erkrankungen und zum anderen die mit diesen Erkrankungen einhergehenden spezifischen Veränderungen des Körpererlebens betrachtet. S.D.h. hier ist die entscheidende Frage, welchen Beitrag die körperorientierte Psychotherapie in der Behandlung welcher wie charakterisierter Patienten bzw. im Hinblick auf die Therapie erkrankungsspezifischer und/oder körpernah angesiedelter psychopathologischer Symptome leisten kann% (ebd., S.186). Bei dieser Systematisierung werden verstärkt die Schnittmengen der verschiedenen Körperpsychotherapieschulen beleuchtet. Folgende grundsätzliche, sowohl theoretische als auch praktische, Gemeinsamkeiten werden von Röhrich (2008, S.102; Röhrich, 2002) wie folgt zusammengefasst:

1. Das Erspüren des Körpers, Achtsamkeit und die Fokussierung auf die Selbstwahrnehmung sind bei der Diagnosestellung und meist zu Beginn der Therapie von großer Bedeutung.
2. Die therapeutische Beziehung zeichnet sich durch Empathie, Erlebniszentrierung und Interaktion, die auch mit körperlicher Berührung einhergehen kann, aus.
3. Das Körpererleben und der Körper selbst dienen im Rahmen der Diagnosestellung als wichtige Informationsquelle um z.B. Ressourcen und konflikthafte Material zu erkennen.
4. Kommunikation und Therapie erfolgen unter Einbeziehung von Körperausdruck, Bewegungsfluss und körperlicher Spontaneität.
5. Gesunde Persönlichkeitsmerkmale und Selbstpotentiale werden als besonders wichtig erachtet und es wird versucht, diese im Körpererleben zu identifizieren.
6. Die Arbeit erfolgt oft unter Verwendung von Spannungsbögen. Dies geschieht in folgender Reihenfolge: Stimulierung, Spannungsaufbau, Spannungsabfuhr und Ausgleich.

Dieses weniger schulenspezifische, sondern eher an Ressourcen und therapeutische Beziehung orientierte, Vorgehen wird anhand eines Therapiemanuals standardisiert und symptomspezifisch angewendet (ebd.).

Die angeführten Definitionen und Systematisierungsversuche klären jedoch nicht mit Allgemeingültigkeit, was mit Körperpsychotherapie eigentlich gemeint ist. Denn aktuelle Handbücher zur Körperpsychotherapie weisen eine Divergenz in den Verfahren auf, die zur Körperpsychotherapie gezählt werden (Seidler, 2011). So wird von Marlock und Weiss (2006) die Tanztherapie nicht als körperpsychotherapeutisches Verfahren gewertet, sondern als Psychotherapieverfahren, das Schnittmengen mit der Körperpsychotherapie aufweist (s. S.XXVI). Das Handbuch von Müller-Braunschweig und Stiller (2010, S.XI) hingegen zählt auch die Katathym-Imaginative Psychotherapie und die Musiktherapie zu den körperorientierten Psychotherapieverfahren, obwohl diese den therapeutischen Fokus

weniger auf das körperliche, sondern stärker auf das imaginative bzw. musikalische Erleben legen (Seidler, 2011).

## 2.3 Forschung in der Körperpsychotherapie

Laut Boadella (1997) sind in der Literatur etwa 5000 Case-Studies, die sich auf verschiedene Formen der Körperpsychotherapie beziehen, zu verzeichnen. Die Qualität dieser Studien schert jedoch weit auseinander. Zusätzlich sind einige qualitative Analysen respektive Prozessanalysen zu finden, die auf die Erforschung der Wirkfaktoren bzw. Konstruktbildung abzielen und es liegen vereinzelt empirische Studien im Rahmen evidenzbasierter Outcome-Forschung vor. Röhricht (2008, S.102ff) sieht bei der Betrachtung der bisherigen Evaluation der Körperpsychotherapie, vor dem Hintergrund des heute vorherrschenden RCT-Forschungsstandards im Rahmen evidenzbasierter Medizin, deutliche methodische Mängel: der Großteil der Studien wurde retrospektiv und nicht randomisiert durchgeführt und die Effizienz einer Methode wird meistens nur anhand von Selbsteinschätzungen der Studienteilnehmer erhoben, es besteht häufig ein Mangel an diagnostischen Angaben und an Angaben zur  $\text{power-calculation}$ . Ferner sind die Stichproben oft sehr klein, der Schweregrad der Störungen wird meist nicht erfasst und die Reliabilität der Diagnosen ist häufig mangelhaft. Spezifische Studien sind nicht miteinander vergleichbar, da die Interventionsstrategien selten standardisiert bzw. manualisiert werden. Des Weiteren werden potenzielle Störvariablen unzureichend kontrolliert und Outcome-Kriterien nur unscharf definiert (ebd). In Zahlen ausgedrückt lassen sich nur acht randomisiert-prospektive Studien für somatoforme Störungen, wobei in sieben Studien die funktionelle Entspannung und in einer Studie die Bioenergetik zur Anwendung kam und weitere fünf randomisiert-prospektive Studien für eine integrative Interventionsstrategie bei Schizophrenien ausmachen. Alle übrigen Studien sind auf niedrigeren Evidenzstufen einzuordnen (Loew, Tritt, Lahmann & Röhricht, 2006; Röhricht, 2009). Ein Grund für diese dünne Forschungslage scheint der zu sein, dass viele Körperpsychotherapeuten bewusst Distanz zur Scientific Community hielten und sich nur in geringem Maße auf dort vorherrschende wissenschaftliche Methoden und theoretische Modelle bezogen (Seidler, 2011). In den letzten Jahren hat sich diese Situation jedoch geändert und besonders durch den Aufschwung der Neurowissenschaften sieht z.B. Geuter (2006b) die Chance des Anschlusses an die derzeitige Diskussion in der Psychotherapie. Aufgrund der aktuellen Forschungslage plädiert er für eine Psychotherapie, die den Körper konsequent mit einbezieht. Dabei beruft er sich vor allem auf die Erkenntnisse von Damasio. Dieser konnte zeigen, dass rationale Prozesse immer im Kontext von Emotionen ablaufen (Damasio, 1997, S.178ff). Er sieht Gefühle als Ansammlung veränderter Körperzustände, die in diversen Organen durch Impulse über Nervenendigungen



ausgelöst werden (ebd., S.192f). Damasio (1997, S.237ff) verweist auf die Existenz somatischer Marker und dass diese nicht nur in Bezug auf Emotionen, sondern auch bei Prozessen kognitiver Entscheidungen eine Rolle spielen. Er unterscheidet Emotionen, die sich körperlich manifestieren, von Gefühlen, die eher verdeckt im geistigen Bereich ablaufen (Damasio, 2005, S.37ff). Die körperlichen Emotionen bilden die aktualgenetische Grundlage, für die im Bewusstsein entstehenden Gefühle. Basis für die Wahrnehmung dieser Gefühle sind im Gehirn gelegene Kartierungen von Körperzuständen (ebd., S.103f, 120f). Diese Kartierungen werden durch emotionale Reaktionen auf lebensgeschichtliche Ereignisse angelegt. Über individuelle Konstellationen von körperlichen Signalen aus der Muskulatur und den Organen, die zum Gehirn geleitet werden, kommt es zur Aktivierung entsprechender Kartierungen und Wahrnehmung von Gefühlen (ebd., S.129). Ungünstige Kartierungen können Gefühle hervorrufen, die in die Irre führen (Geuter, 2006b). Aus Damasios Darlegungen folgert Geuter (2006b), dass körperliche Wahrnehmung einen wichtigen Schlüssel zur inneren Wirklichkeit und zu einer detaillierten Wahrnehmung von Gefühlen. Im Hinblick auf diese neurowissenschaftlichen Erkenntnisse sieht auch Klopstech (2005) den Körper als Informationsträger auf einer Stufe mit dem gesprochenen Wort. Folglich sieht er die Notwendigkeit der Einbeziehung von Körper und auch Körperinterventionen in den allgemeinen Ideen- und Methodenfundus (Klopstech, 2005, S.72).

### **3 KPT-Konzepte bei der Behandlung von Patienten mit Depressionen**

Ein möglicher Ausgangspunkt der störungsspezifischen Körperpsychotherapie besteht in der ausführlichen Analyse des Körperbezuges und über die Störungen des Körpererlebens bzw. körperliche Beschwerden. Anknüpfend daran können spezifische Behandlungsstrategien entwickelt werden. Beachtet wird auch der grundsätzliche Bezug zum Körper: Ernährungsverhalten, Umgang mit Suchtmitteln sowie Sexualität und Fragen nach dem Attraktivitätsempfinden, der Zufriedenheit mit dem Körper sowie sportlichen bzw. körperlichen Aktivitäten (Röhrich, 2000, S.123).

Das Analysieren und Unterscheiden des stark subjektiven und sprachlich individuell ausgedrückten Körpergesamterlebens birgt eine basale Schwierigkeit. Das Erfassen von Facetten der Körpererfahrung ist zwar nützlich und für Therapieplanung und Evaluation essenziell, doch ist sie zeitgleich nur eine künstliche Annäherung an das subjektive Erleben des Patienten. Die Klassifizierung psychischer Störungen im Rahmen der körperpsychotherapeutischen Befunderhebung sollte daher die Biografie und die aktuelle Lebenssituation detailliert mit beleuchten. Um dies zu ermöglichen, wird der Befund ergänzt,

indem die aus einem teilstrukturierten Interview erhobenen Informationen qualitativ analysiert werden. Häufig werden störungsspezifische und körperliche psychopathologische Symptome systematisch erfragt und die Entwicklungsgeschichte des Körpers rekonstruiert. Dabei sind dann auch psychodynamische Betrachtungen hinsichtlich der therapeutischen Schritte von Bedeutung. Ein alternativer Ausgangspunkt der störungsspezifischen Körperpsychotherapie besteht in der fokussierten Betrachtung der Leitsymptomatik der psychischen Erkrankung. Diese Symptomatik wird in Hinsicht auf mögliche Indikationen körperlicher Interventionen überprüft (ebd.).

### **3.1 Relevanz des Körpers bei Depressionen**

Laut Michalak, Burg & Heidenreich (2013) fällt die empirische Forschung zur Bedeutung des Körpers bei Depressionen recht spärlich aus. Es wurden im Rahmen der empirischen Forschung mit klinisch depressiven Patienten einige Studien durchgeführt, die sich hauptsächlich mit dem Zusammenhang zwischen emotionalen Abläufen und charakteristischen Gangmustern beschäftigen. Wendorff, Linnemann und Lemke (2002) untersuchten solche Studien und fanden Belege dafür, dass Patienten mit einer akuten Depression eine verminderte Schrittlänge, ein herabgesetztes Gehtempo, eine länger andauernde Stehphase und einen insgesamt länger andauernden Gangzyklus aufweisen. Die untersuchten Studien fokussierten ihre Analyse jedoch einseitig auf die Extremitätenbewegungen. In einer aktuelleren Studie von Michalak et al. (2009) wurden bei der Ganganalyse die Bewegungen des gesamten Körpers dreidimensional erfasst und analysiert. Dabei wiesen die depressiven Patienten eine reduzierte Ganggeschwindigkeit und kleinere Armschwünge im Gegensatz zu den nicht depressiven Probanden auf. Ferner zeigten die depressiven Probanden erhöhte Lateralschwankungen in der Frontalebene sowie eine gebeugte Körperhaltung und verminderte Auf-und-ab-Bewegungen der oberen Körperhälfte. Aus diesen und weiteren Studienergebnissen schließen Michalak et al. (2013), dass emotionale Vorgänge und das motorische System eng miteinander korrelieren, die genauen Zusammenhänge jedoch noch weiter geklärt werden müssen. Röhrich (2000, S.124) schreibt den Körperbeschwerden bei Depressionen eine große Bedeutung zu. Als Störungen des Körpererlebens benennt er somatoforme Beschwerden, einen verminderten Muskeltonus, ein Schweregefühl und eine meist verlangsamte Psychomotorik. Des Weiteren konnten Röhrich, Beyer & Priebe (2002) in einer Studie zeigen, dass Betroffene in Abhängigkeit des Schweregrades der Depression ihren Körper verstärkt negativ bewerten, von Körperbild- und Körpergrenzstörungen betroffen sind sowie von somatischer Depersonalisation. Weitere körperliche Veränderungen zeigen sich in Mimik, Gestik und Haltung, die eine Ausdrucksleere aufweisen und als Verstärker der depressiven

Symptomatik wirken können (Röhrich, 2000, S.124, Lemke, 1999). Pfau (1998, S.10) beschreibt die Bewegungen Depressiver als spärlich, schwerfällig, schleppend und langsam. Neben den bereits genannten Veränderungen beschreibt Lemke (1999) in einer Übersichtsarbeit weitere motorische Charakteristika depressiver Patienten. So weist auch der Stimm- und Sprechapparat Besonderheiten auf. Demnach ist im Gegensatz zu Nicht-Depressiven der Redefluss verlangsamt, Sprechpausen weisen eine größere Dauer auf, die Prosodie ist monoton und Antworten sind verkürzt. Zusätzlich weisen Depressive auch ein vermindertes Tempo beim Schreiben und Zeichnen auf (van Hoof, Hulstijn, van Mier & Pagen, 1993; Lemke, 1999).

## **3.2 Körperpsychotherapeutische Interventionen bei depressiv erkrankten Patienten**

Im Folgenden sollen einige Beispiele aus den von Röhrich (2000, S.128-132) beschriebenen störungsspezifischen Indikationen und die darauf bezogenen schulenübergreifenden KPT-Interventionen dargestellt werden.

### **3.2.1 Orales Defizit/depressive Struktur (Mangel an Nähe/Zuwendung)**

Grundsätzlich geht es hier darum Selbstpotenziale zu stärken. Bezüglich der traurigen Verstimmung und des Leeregefühls depressiver Patienten bietet sich als Intervention die Arbeit an der mimischen Muskulatur an. Dabei wird das Ziel verfolgt, den starren depressiven Gesichtsausdruck zu überwinden. Der Patient wird dahin gehend angeleitet, verschiedene Emotionen wie z.B. Freude, Ärger, Trauer mimisch darzustellen, dabei kann er sich im Spiegel beobachten oder ihm wird ein Videomitschnitt seiner Mimik gezeigt. Bei dieser Intervention sollen über die veränderten Afferenzen zu kortikalen Zentren Emotionen beeinflusst werden. Dabei werden durch positives Feedback Kreisläufe negativer Verstärkung durchbrochen und emotionale Abläufe moduliert. Im Rahmen des Psychodramas können Primärgefühle auch in der Gruppe mimisch, gestisch und stimmlich dargestellt werden (Röhrich, 2000, S.128, Röhrich, Papadopoulos & Priebe, in press).

Der Antriebsarmut, der psychischen Erschöpfung und dem Energiemangel kann im Sinne einer Konfrontation dem Patienten das Gefühl der Ausweglosigkeit körperlich erfahrbar gemacht und der damit verbundenen Resignation Ausdruck verliehen werden. Es erfolgt die Anleitung, symbolisch in Zeitlupe auf der Stelle zu gehen. Wenn diese Übung ausreichend lang ausgeführt wird, kann ein motorischer Spannungsbogen induziert werden, die dadurch aufgebaute potenzielle Energie wird dann für neue Bewegungsabläufe genutzt. Beim freien

Arbeiten mit Bällen wird potenzielle und kinetische Energie der Bälle ausgenutzt. Wird der Ball einmal in Bewegung versetzt, entfaltet sich diese eigendynamisch und wirkt als Reiz, der Reaktionsbewegungen auslöst. So kann im Spiel eine Leichtigkeit entstehen, die als hoffnungsvoller Gegensatz zur sonst vorherrschenden gedrückten Stimmung steht. Das Federn bzw. Wippen auf Pezzi-Bällen soll ein dialogisches Spiel mit Objekten ermöglichen. Dabei wird der vom Ball ausgehende, nach oben gerichtete Schwung, der gegen die Schwerkraft wirkt, ausgenutzt. So wird der Tendenz, sich von der Schwerkraft herunterziehen zu lassen, entgegengewirkt. Des Weiteren kommen Groundingübungen aus der Bioenergetischen Analyse zum Einsatz. Dabei soll das Körpergewicht ausbalanciert und der Schwerpunkt zur Körpermitte und zum Boden hin verlagert werden, so soll symbolisch ein standfester Realitätsbezug erzeugt werden. Hinzu kommt eine aktivierende Atemarbeit (Röhricht, 2000, S.94, 129).

### **3.2.2 Narzisstisches Defizit (Mangel an Anerkennung/Zuspruch)**

Hier soll grundsätzlich Zufriedenheit und Anspruch gestärkt und das Ausagieren narzisstischer Wut begünstigt werden. Bezüglich der Selbstabwertung bzw. Selbstwertkrisen können Partnerübungen genutzt werden, wobei der Patient zum einen geführt wird und zum anderen den Partner führt. Die Übung kann unter Verwendung von Seilen oder Stäben erfolgen und im Schwierigkeitsgrad variieren, indem der Geführte aufgefordert wird, die Augen zu schließen. Bei dieser Übung soll das Vertrauen gestärkt und Autorität angesprochen werden (Röhricht, 2000, S.109, 130). Um die Wut abzuführen, kann z.B. ein Tobsuchtanfall initiiert werden, wobei sich der Patient in Rückenlage auf einer Matratze befindet und rhythmisch mit den Fäusten und Füßen auf eine gepolsterte Unterlage schlägt (Röhricht, 2000, S.117, 131).

Zur Behandlung des negativen Körperbildes kommen Interventionen zum Einsatz, die gesunde, ausdrucksfähige Anteile der körperlichen Realität ansprechen. Dabei wird der Körper als Kraft- und Energieressource und als Lustquelle angesehen. Dazu bietet sich beispielsweise eine Wanderung durch den Körper an. Dabei wird der Patient durch den Therapeuten angeleitet, mit seiner Aufmerksamkeit auf verschiedene Körperareale zu lenken. Der Weg der Aufmerksamkeit erfolgt von distal nach zentral bzw. von den Füßen nach cranial. Dabei kann die Aufmerksamkeit auch auf individuelle Stärken des Körpers gelenkt werden bzw. auf autonome Prozesse wie z.B. Atmung (Röhricht, 2000, S.93, 131; Röhricht et al., in press).

### 3.2.3 Dynamisch-psychotische Entgleisung (Typus melancholicus)

Hier werden grundsätzliche Prinzipien der Entlastung, Hilfs-Ich Funktionen, Containment, einfachste Aufgabenstellungen in gleichbleibender Gruppe und Entscheidungshilfen verfolgt. Wichtig ist das Bewusstsein, dass eine aktivierende Körpertherapie der Umsetzung suizidaler Gedanken Vorschub leisten kann, daher muss der Patient diesbezüglich aktiv beobachtet und gegebenenfalls befragt werden. Um das Gefühl der Gefühllosigkeit, Schuldgefühle und nihilistische Denkstrukturen günstig zu beeinflussen, kann der Patient z.B. unter Zuhilfenahme einer Decke von anderen Gruppenteilnehmern getragen werden. Zusätzlich kann der Patient in Rückenlage eine Art Embryonalhaltung einnehmen indem er Hüft- und Kniegelenke so weit flektiert, dass er die Knie mit den Armen an den Körper heranziehen kann. Aus dieser Haltung heraus kann er dann wiegende Bewegungen vollziehen, die ihm ein regressives Nacherleben als symbolische Wunscherfüllung ermöglichen sollen (Röhrich, 2000, S.118f, 132).

Eine Interventionsform zur Aufhebung der Denk- und Handlungshemmung stellen aktiv-assistive Bewegungen und das Nachahmen einfacher Bewegungen dar. So kann z.B. das Atmen durch die aufgelegten Hände des Therapeuten begleitet und vertieft werden (Röhrich, 2000, S.132).

## 3.3 Studienlage

Aufgrund der dünnen Forschungslage im Bereich der Körperpsychotherapie gab die Hakomi-Forschungsgruppe den Anstoß zur Durchführung einer prospektiven Evaluationsstudie zur Untersuchung der Wirksamkeit ambulanter Körperpsychotherapien (EWAK-Studie). Dieses Vorhaben wurde zu einer Multizenterstudie erweitert, indem sich weitere deutsche und schweizerische körperpsychotherapeutische Institute anschlossen (Koemeda-Lutz, 2004; Koemeda-Lutz et al., 2006; Kaschke, 2010). Das Studiendesign wurde naturalistisch konzipiert. Die Daten wurden aus einer Patientengruppe zum Zeitpunkt des Therapiebeginns (n=343), sechs Monate nach Therapiebeginn (n=253), am Ende der Therapie (n=160) und ein Jahr nach Abschluss der Therapie (n=42) erhoben. Eine Kontrollgruppe wurde nicht gebildet. Die Effektstärkenberechnung erfolgte nach McGaw und Glass (1980) und nach Cohen (1977). In Bezug auf Depressionen erfolgte die Datenerhebung mittels Beck-Depressions-Inventar (BDI). 35,2% der Probanden waren zum ersten Messzeitpunkt in einem klinisch relevanten Ausmaß depressiv (BDI  $\geq$  18). 33,7% der Probanden zeigten erhöhte Depressivitätswerte (11 mBDI  $\geq$  17). 31,1% der Patienten waren unauffällig (BDI  $\leq$  10). Bei den darauf folgenden Messungen zeigten sich deutliche Unterschiede. Die

Häufigkeit der klinisch relevanten Depressivität verringerte sich auf 17% nach sechs Monaten und weiter auf 5,8% zum Therapieende. Ein Jahr nach der Therapie wiesen 19% klinisch relevante Depressivität auf. Die erhöhten Depressivitätswerte waren zwei Jahre nach Therapiebeginn auf 17% reduziert und auf 14% bei der Katamnese. 77% waren zum Therapieende hinsichtlich Depressivitätswerte unauffällig und 68% bei der Katamnese. Die Autoren bewerten ihre Studie im Bereich der naturalistischen Feldforschung mit einem Level-I-Grad.

Dirmaier et al. (2010) untersuchten in einer Übersichtsarbeit evidenzbasierte Behandlungselemente in der Rehabilitation depressiver Patienten. Dazu zogen sie hierarchisch Metaanalysen, systematische Reviews und Einzelstudien über eine umfangreiche Datenbankrecherche zurate. An der EWAK-Studie kritisieren sie die hohe Dropoutrate, da sich die statistisch bedeutsame Minderung der Symptome nach zwei Jahren nur auf  $n=42$  von ehemals  $n=253$  bezieht. Ferner bemängeln sie die fehlende Ermittlung signifikanter Unterschiede zwischen den Therapieverfahren. Als weitere Probleme benennen sie die mitunter lange Behandlungsdauer von bis zu sieben Jahren, das ambulante Setting, den geringen Stichprobenanteil depressiver Patienten von 30%, die fehlende Confounderadjustierung, die fehlende Anpassung der Follow-up Zeiträume, die fehlende Intention-to-treat Analyse und das Fehlen einer Kontrollgruppe. Aufgrund dieser Probleme bewerten sie die EWAK-Studie mit dem Evidenzgrad III.

Gyllensten, Hansson und Ekdahl (2003) führten eine randomisiert kontrollierte Studie durch, die Effekte der sBasic Body Awareness Therapy%(BAT) untersuchte. Diese Form der Körperpsychotherapie wurde in den letzten 20 Jahren in den skandinavischen Ländern entwickelt und beinhaltet Bewegungen, Atemübungen und Massagetechniken. Die Grundlagen der therapeutischen Elemente beruhen unter anderem auf Reich und Lowen aber auch auf östliche Traditionen wie Tai Chi und Zen Meditation. Ziel dieser Therapieform ist ein ausgeglichener Muskeltonus, verbesserte Beweglichkeit, optimierte Atmung und ein verbessertes emotionales Erleben. Dabei sind die bewusste Wahrnehmung des Selbst im Hier und Jetzt und die Präsenz in alltäglichen Situationen zentral (ebd.). In der Studie erhielten 38 Patienten zusätzlich zur Standardbehandlung eine BAT-Therapieeinheit pro Woche über insgesamt 12 Wochen. Die 39 Patienten der Kontrollgruppe erhielten lediglich die Standardbehandlung. Die Diagnosestellung erfolgte nach ICD-10 Kriterien, wonach 13 Personen der Interventionsgruppe und 18 Personen der Kontrollgruppe an einer affektiven Störung (F30-39) litten. Die depressive Episode (F32.90) war die dabei am häufigsten vergebene Einzeldiagnose. Nach dreimonatiger Therapie konnten innerhalb der Skalen des für dieses Verfahren entwickelten Selbstbeurteilungsbogens signifikante Besserungen in der BAT-Gruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe erzielt werden, jedoch ließen sich anhand des SCL-90 keine störungsspezifischen Verbesserungen ausmachen (ebd.). Dirmaier et al.

(2010) bewerten die Studie von Gyllensten et al. (2003) mit dem Evidenzgrad II. Als problematisch sehen sie den hohen Frauenanteil in der Interventionsgruppe (30:8) und in der Kontrollgruppe (27:12), die unzureichend differenzierten Störungsbilder, die geringe Anzahl von Patienten mit Depressionen und die insgesamt kleine Stichprobe.

In einer Studie von Maczkowiak, Hölter und Otten (2007) nahmen 31 Patienten, mit einer nach ICD-10 diagnostizierten Depression, im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung teil. Im Beck-Depressions-Inventar zeigten die Probanden durchschnittlich einen Score von 25. Die Teilnehmer wurden randomisiert drei verschiedenen Behandlungsgruppen zugewiesen. Bei der ersten Gruppe lag die Art der Behandlung schwerpunktmäßig auf körperliches Training mit Interventionen wie Wirbelsäulengymnastik und Walking. In der zweiten Gruppe wurden die trainingsorientierten Anwendungen auch mit Tanz- und integrativer Bewegungstherapie kombiniert, in denen verbale Reflexion, sowie Atem-, Achtsamkeits- und Körperwahrnehmungsübungen integriert wurden. Die dritte Gruppe erhielt neben den üblichen Trainingsanwendungen Wasser-Shiatsu, eine Art milder Körpertherapie im Warmwasserbecken. Alle drei Gruppen erhielten ihre spezifischen Trainingseinheiten in etwa 25 mal zu je 60 Minuten innerhalb eines Zeitraumes von sechs Wochen. Nach Abschluss der Behandlungsserie wiesen alle Gruppen einen deutlich geringeren Depressionsscore auf, wobei die zweite Gruppe, die auch körperpsychotherapeutische Interventionen erhielt, etwas besser als die erste Gruppe abschnitt. Das beste Ergebnis erzielte jedoch die dritte Gruppe, die nur körpertherapeutisch mit Wasser-Shiatsu behandelt wurde (s. Tabelle 4).

*Tabelle 4: Mittelwerte, Standardabweichung und Effekte beim BDI für drei Patientengruppen (n=31) einer Psychosomatischen Klinik über den Zeitraum t1 (vor Klinikeinweisung) und t2 (Klinikentlassung) bei drei unterschiedlichen bewegungstherapeutischen Interventionsgruppen (Maczkowiak et al., 2007, S.62)*

BDI		t1		t2					
Gruppen	N	M	SD	M	SD	Effekte	F	sign.	Eta-Quadrat
1	12	27,50	7,98	21,92	9,54	Zeit	43,944	0,000	0,611
2	10	22,70	10,76	12,70	10,48	Gruppen	5,747	0,008	0,291
3	9	24,67	5,32	5,00	3,24	Interaktion	5,403	0,010	0,278
gesamt	31	25,13	8,36	14,03	10,91				

In einer weiteren Studie untersuchten Heimbeck und Süttinger (2007) Auswirkungen zweier verschiedener Bewegungstherapien auf die aktuelle Befindlichkeit von Patienten mit einer diagnostizierten Depression (n=30). Dabei wurden die Teilnehmer per Zufall in zwei gleichgroße Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe erhielt als Interventionsform Walking und die andere erlebnisorientierte Bewegungstherapie, in der beispielsweise Elemente aus der

Tanztherapie und der Konzentrativen Bewegungstherapie zur Anwendung kamen. Die Behandlung erfolgte über vier Wochen im klinischen Setting, wobei für beide Gruppen die wöchentliche Gesamtbehandlungszeit 150 Minuten betrug. Im Hinblick auf die Befindlichkeitsmessung nach der Behandlung konnte die Gruppe, die mit erlebnisorientierter Bewegungstherapie behandelt wurde, im Vergleich zur Walkinggruppe keine besseren Ergebnisse aufweisen. Stattdessen zeigten die Personen, die am Walking teilnahmen höhere Werte bezüglich sozialer Extrovertiertheit (Heimbeck et al., 2007; Seidel, 2011). In der Folgestudie von Heimbeck und Hölter (2011) wurden die genannten Interventionen an einer größeren Stichprobe von n=103 durchgeführt. Der Aufschluss über die Depressivität der Patienten wurde mittels BDI gewonnen. Hier unterschieden sich die beiden Interventionsgruppen zu allen Messzeitpunkten nur marginal voneinander und beide Gruppen zeigten eine generelle Besserung der Depressionswerte. Die Autoren plädieren daher für eine stärkere Fokussierung auf allgemeine Wirkfaktoren bei bewegungstherapeutischen Interventionen in den Bereichen Forschung, Therapie und Ausbildung.

Röhricht et al. (in press) führten eine randomisiert kontrollierte Studie zu Körperpsychotherapie bei Patienten mit chronischer Depression durch. Dabei wurden 31 Patienten, die länger als zwei Jahre an Symptomen einer chronischen Depression litten und in der Hamilton Depressionsskala einen Wert von  $\geq 20$  erzielten, in eine Interventionsgruppe (n=16) und in eine Wartelistengruppe (n=15), die zwölf Wochen später ebenfalls körperpsychotherapeutisch behandelt wurde, aufgeteilt. Das körperpsychotherapeutische Vorgehen wurde manualisiert und in 20 Sitzungen à 90 Minuten in einem Zeitraum von zehn Wochen in Kleingruppen mit maximal acht Teilnehmern durchgeführt. Die Körperpsychotherapie erfolgte zusätzlich zur Standardbehandlung (TAU). Die Körperpsychotherapie beinhaltete Übungen zur Bewegungsplanung und sensorischen Wahrnehmung, um die Selbstwahrnehmung und die psychomotorische Aktivität zu steigern. Des Weiteren kamen Groundingtechniken, Techniken nonverbaler Kommunikation und Interventionen zur Steigerung emotionaler Ausdrucksfähigkeit zum Einsatz. Dabei sollen negative und aggressive Impulse mobilisiert werden. Indem die Patienten befähigt werden Affekte motorisch auszudrücken und zu modulieren, sollen dem Körper inhärente Ressourcen gestärkt und eine gesunde affektive Selbstregulation gefördert werden. Ferner wurden Interventionen zur Stärkung körperlicher Potenziale genutzt, die der negativen Selbstbewertung entgegenwirken, die Selbstabgrenzung stärken und die somatische Depersonalisierung reduzieren sollen. Zusätzlich wurde am individuellen biografischen Hintergrund der Patienten gearbeitet, wobei gezielt unerfüllte Bedürfnisse motorisch zum Ausdruck gebracht werden sollten, z.B. durch Sehnsuchtsgesten. Die zwanzig Therapieeinheiten wurden per Manual in drei Phasen eingeteilt. Die erste Phase erstreckt



sich von der ersten bis zur fünften Sitzung. In dieser Phase konzentriert sich der Therapeut auf die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung und den Aufbau einer Sicherheit gebenden therapeutischen Umgebung. Ziel ist den Erfahrungshorizont der Patienten zu erweitern und die Selbstachtsamkeit auf potenzielle Stärken und Resilienz zu lenken. Dazu werden Übungen durchgeführt, die das Bewusstsein für die Körpermitte und die Atmung stärken, und das Bewegungsmaß erweitern. In der zweiten Phase, die die sechste bis zwölfte Sitzung umfasst, geht es darum den Zugang zu Emotionen und das Emotionsspektrum zu erweitern. Dazu werden z.B. Rollenspiele durchgeführt, wobei die Patienten lernen typische Verhaltensreaktionen im Rahmen ihrer depressiven Symptome zu erkennen und ihre psychischen Bedürfnisse im Kontext von Gruppeninteraktionen auszudrücken. Hier wird das Ziel verfolgt Emotionen zu mobilisieren, um so der erlebten Gefühlsarmut entgegen zu wirken und Kreisläufe negativer Kognitionen zu durchbrechen. Die Patienten sollen lernen sich als Ganzes wahrzunehmen und im Kontakt mit dem Therapeuten und Gruppenteilnehmern mehr Selbstachtung gewinnen. Die dritte Phase umfasst die dreizehnte bis achtzehnte Sitzung. Hier bemüht sich der Therapeut eine komplexe körperliche und kognitive Neubewertung individueller Konflikte, Deprivationserfahrungen bzw. Traumata anzubahnen. Die Patienten beginnen tiefgreifend die Bandbreite expressiver Gefühle, die als Reaktion auf negative Erfahrungen entstehen, zu erkunden. Dabei versucht der Therapeut durch körperliche und verbale Interventionen neue Copingstrategien zu fördern. Dies kann wiederum im Rahmen von Rollenspielen oder auch durch das Spiegeln von Bewegungen geschehen. In den letzten beiden Sitzungen sollen depressionsspezifische Aspekte der Wahrnehmung, der Emotionen und der Kognitionen in ein einheitliches Narrativ integriert werden und es sollen individuelle Übungen gefunden werden, die die Patienten zuhause fortführen können.

Im Ergebnis dieser Studie wurden nicht nur Veränderungen in der ursprünglichen Interventionsgruppe berücksichtigt, sondern auch die Veränderungen der Patienten aus der Wartelistengruppe, die nach zwölf Wochen Wartezeit die gleiche manualisierte Therapie durchliefen. Letztendlich wurden 19 von 31 Patienten hinsichtlich der Wirksamkeit von Körperpsychotherapie bei chronischer Depression untersucht. Zehn der 31 Patienten sind nicht zur Behandlung erschienen und zwei Patienten sind der follow-up Erhebung entgangen. Von den neunzehn Patienten verbesserten sich die Depressionswerte auf der Hamilton Depressionsskala um durchschnittlich sieben Punkte. Diese Differenz belegt eine Effektstärke von 1, ist statistisch signifikant und klinisch relevant. Zwei Patienten erfüllten nach der Behandlungsserie die Kriterien einer Genesung (Recovery), d.h. sie erzielten auf der Hamilton Depressionsskala einen Wert von  $\leq 8$ . Bei einem Patienten konnte der HAMD-Score um mehr als 50% gemindert werden und bei sieben Patienten um 25-50% (ebd.).

## 4 Diskussion und Schlussfolgerung

Die dargestellte Komplexität und Vielschichtigkeit depressiver Störungen sowie die großen interindividuellen Unterschiede im Verlauf dieser Störung erfordern eine dezidierte Behandlung. Wittchen et al. (2010, S.30) zählen als Behandlungsmethoden die Psychopharmakotherapie und die Psychotherapie auf. Psychotherapeutische Methoden, die dabei vorherrschen, sind die Kognitiv-Behaviorale Therapie, die Psychodynamische Psychotherapie sowie die Interpersonale Therapie (Böker, 2011, S.149; Wittchen et al. 2010, S.30). Der Großteil der bei der Recherche erschlossenen Bücher zu Depressionen behandelt körperpsychotherapeutische Behandlungsansätze entweder gar nicht oder nur am Rande (z.B. Hautzinger, 2010, Ihle et al., 2012; Wittchen et al., 2010). Jedoch plädiert Geuter (2006b), aufgrund neurowissenschaftlicher Erkenntnisse, für eine konsequente Einbeziehung des Körpers in die Psychotherapie. Dies erscheint gerade in Bezug auf die Relevanz körperlicher Symptome und veränderter Körperwahrnehmung bei depressiven Erkrankungen, die ihrerseits verstärkend auf die gesamte depressive Symptomatik wirken können (Röhricht, 2000, S.124, Lemke, 1999), für die depressionsspezifische Psychotherapieforschung sinnvoll. Auch Röhricht et al. (in press) sehen hinsichtlich des Anstiegs depressiver Erkrankungen in der Bevölkerung und des teilweise geringen Ansprechens depressiver Patienten auf herkömmliche Therapieverfahren, die Erforschung weiterer Therapieoptionen als notwendig, um Remissionsraten und Lebensqualität zu erhöhen. Aufgrund der körperlichen Symptome, die mit depressiven Erkrankungen einhergehen, sieht er besonders die Forschung im Bereich der depressionsspezifischen KPT als vielversprechend. Seiner Hypothese nach könnten körperpsychotherapeutische Bewegungsübungen einen günstigen Einfluss auf die Antriebsarmut, den Initiativmangel und die psychomotorische Verlangsamung nehmen; Wahrnehmungsübungen, bei denen körperliche Ressourcen fokussiert werden, sollen der negativen Selbstbewertung depressiver Patienten entgegenwirken und weitere KPT-Interventionen, die auf die Verbindung zwischen Bewegungssystem und Affektregulation abzielen, sollen helfen unterdrückte negative und aggressive Impulse zu mobilisieren. Die Ergebnisse der Studien von Maczkowiak et al. (2007), Heimbeck et al. (2007) und Heimbeck et al. (2011) lassen jedoch Zweifel an der für die KPT spezifischen Wirkung bei der Behandlung depressiv Erkrankter aufkommen. In den Ergebnissen dieser Studien wird herausgestellt, dass Anwendungen körperpsychotherapeutischer Ausrichtung im Vergleich zu Bewegungstherapien ohne körperpsychotherapeutischen Anspruch sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei Depressionen nicht besonders abheben. Auch in der Untersuchung von Komeda-Lutz et al. (2006) wird zwar eine generelle, aber keine differenzielle Wirksamkeit festgestellt, d.h. die Variation der Verfahren beeinflusst die Ergebnisse nicht% (Heimbeck &

Hölter, 2011, S.206). Dies wirft die Frage auf, ob nicht allgemeinen Wirkfaktoren und der körperlichen Aktivität an sich eine stärkere Bedeutung bei der Depressionsbehandlung zu Teil wird (ebd.).

An den meisten der hier erfassten Studien sind besonders die geringe Stichprobengröße und die fehlende Manualisierung zu kritisieren, denn dies verhindert eine Verallgemeinerung der Ergebnisse sowie die Vergleichbarkeit mit anderen Studienergebnissen. Wenngleich die Studie von Röhrich et al. (in press) eine kleine Stichprobe aufweist, so stellt sie doch eine Ausnahme aufgrund ihrer dezidierten Manualisierung dar. Die Depressionssymptomatik der Studienteilnehmer hat sich durch die KPT-Behandlung mit einer Effektstärke von 1 gebessert. Ein Problem dieser Studie besteht jedoch in der relativ hohen Dropoutrate, so konnten nur 19, der ursprünglich 31 Patienten im Ergebnis berücksichtigt werden. Dennoch können die Ergebnisse der Studie als vielversprechend gewertet werden und durch das verwendete Manual kann bei künftigen Studien mit entsprechender Manualisierung Vergleichbarkeit gewährleistet werden.

Die Darstellungen dieser Arbeit lassen darauf schließen, dass sich körperpsychotherapeutische Behandlungen bei depressiven Erkrankungen in der Praxis als wirksam erweisen können. Die konsequente Berücksichtigung der verkörperten Symptome bei depressiv Erkrankten und die psychotherapeutische Behandlung mit körperlichen Mitteln scheint sich günstig auf depressive Symptomatiken auszuwirken. Jedoch lässt der bisherige Forschungsstand klare Grenzen erkennen. Damit für die Effektivität körperpsychotherapeutischer Behandlung bei depressiven Patienten Schlussfolgerungen mit größerer Reliabilität getroffen werden können, müssen weitere Studien mit einem größeren Stichprobenumfang und klarer Manualisierung erfolgen. Ferner müssten sich Studien anschließen, die der Untersuchung allgemeiner Wirkfaktoren dienen, da sich bei der Depressionsbehandlung körperpsychotherapeutische Interventionen nicht sonderlich von Bewegungstherapien ohne körperpsychotherapeutischen Anspruch abheben.

## Literaturverzeichnis

- Beck, A.T., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (2010). *Kognitive Therapie der Depression* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Becker, N. & Abholz, H.-H. (2005). Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen . eine systematische Literaturübersicht. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 81, 474-481.
- Beesdo-Baum, K., Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Benkert, O., Hippus, H. (2013). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Boadella, D. (1997). Körperpsychotherapie: Ihre Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. *Energie & Charakter*, 15, 57-61.
- Böker H. (2011). *Psychotherapie der Depression*. Bern: Hans Huber
- Brakemeier, E.L., Schramm, E., Hautzinger, M. (2012). *Chronische Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Busch, M. A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Custal, C. (2011). *Sport und Bewegungstherapie: eine wirksame Methode gegen Depressionen*. Hamburg: Diplomica.
- Damasio, A. R. (1997). *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: dtv.
- Damasio, A. R. (2005). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs & DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2012). Unipolare Depression. S3-Leitlinien/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression . Langfassung. Berlin: AWMF  
[http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3\\_nvl\\_depression\\_lang.pdf](http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf)  
(Zugriff: 21.07.2013).
- Dilling, H., Mombur, W., & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (8., überarbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Dirmaier, J., Krattenmacher, T., Watzke, B., Koch, U., Schulz, H., Barghaan, D. (2010). Evidenzbasierte Behandlungselemente in der Rehabilitation von Patienten mit Depression . Eine Literaturübersicht. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 83-97.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis*. München: Kösel.

- DRV (2012). *Statistik der deutschen Rentenversicherung. Rentenzugang Zugang 2011. Band 188*. Berlin: DRV Eigendruck.
- Geißler, P. (2006). Körperpsychotherapie im Überblick: Historische Wurzeln und gegenwärtige Entwicklungen. *Zeitschrift für Psychologie im Dialog*, 2, 119 . 126.
- Geuter, U., (1996). Körperbilder und Körpertechniken in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 99-106.
- Geuter, U. (2000). Historischer Abriß zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie. In: F. Röhrich (Hrsg.). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Ein Leitfaden für Forschung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Geuter, U. (2005). Wege zum Körper. *Integrative Bewegungstherapie*, 13 (1), 4-27.
- Geuter, U. (2006a). Geschichte der Körperpsychotherapie. In: G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Geuter, U. (2006b). Körperpsychotherapie . Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie. Teil 2. *Psychotherapeutenjournal*, 5, 258-264.
- Geuter, U. (2010). Körperpsychotherapie-50Jahre nach Gindler und Reich. *Motorik. Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie* , 33 (2), 71-75.
- Gyllensten, A., Hannson, L. & Ekdahl, C. (2003). Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care. *Advances in Physiotherapy*, 5, 179-190.
- Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Heimbeck, A., Süttinger, B. (2007). Bewegungstherapie bei depressiven Patienten . ein Interventionsvergleich. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 23, 52-57.
- Hoof, J.J. v., Hulstijn W., Mier, H. v., Pagen M. (1993). Figure drawing and psychomotor retardation: preliminary report. *Journal of Affective Disorders* 29 (4), 263. 266.
- Ihle, W., Groen, G., Walter, D., Esser, G., Petermann, F. (2012). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Kaschke, M. (2010). *Untersuchung der Störungsspezifität ambulanter Körperpsychotherapien*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Heidelberg.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Klopstech, A. (2005). Stellen die Neurowissenschaften die Psychotherapie vom Kopf auf die Füße? Neurowissenschaftliche Überlegungen zu klassischen Konzepten der (Körper-) Psychotherapie. *Psychoanalyse und Körper*, 4 (7), 69-108.
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. Soeder, U. (2006). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien . EWAK. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, e6-e19.
- Koemeda-Lutz, M. (2004). Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien in Deutschland und der Schweiz: Zusammenfassung. *Psychotherapie Forum*, 12 (2), 61-62.
- König, H.H., Luppä, M. & Riedel-Heller, S. (2010). Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 37, 213-215.
- Lemke, M.R. (1999). Motorische Phänomene der Depression. *Nervenarzt*, 70, 600-612.

- Lewinsohn, P.M., Rhode, P., Hautzinger, M. (1994) Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Störungen im Jugendalter. *Psychotherapeut*, 39, 353-359.
- Loew, T., Tritt, K., Lahmann, C., Röhrich, F. (2006). Körperpsychotherapien - wissenschaftlich begründet? Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5, 6-19.
- Maczkowiak, S., Hölter, G., Otten, H. (2007). WATSU . Zur Wirksamkeit unterschiedlich akzentuierter bewegungstherapeutischer Interventionen bei klinisch depressiven Patienten. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 23, 58-64.
- Marlock G., & Weiss, H. (Hrsg.). (2006). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- McGaw, B. & Glass, G.V. (1980). Choice of Metric for Effect Size in Meta-Analysis. *American Educational Research Journal*, 17, 325-337.
- Michalak, J., Burg, J., Heidenreich, T. (2013). Die Rolle des Körpers im Rahmen achtsamkeitsbasierter Therapieverfahren. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 45 (2), 313-326.
- Michalak, J., Troje, N., Heidenreich, T., Fischer, J., Vollmar P., Schulte, D. (2009). The embodiment of sadness and depression . gait patterns associated with dysphoric mood. *Psychosomatic Medicine*, 71, 580-587.
- Müller-Braunschweig, H. & Stiller, N. (Hrsg.). (2010). *Körperorientierte Psychotherapie. Methoden . Anwendungen . Grundlagen*. Heidelberg: Springer.
- Müller-Röhrich, T., Hass, K., Marque, F., Broek, A. van den, Wagner, R. (2013). *Schattendasein: Das unverstandene Leiden Depression*. Heidelberg: Springer
- Paykel, E.S., Brugha T., Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 411 . 423.
- Petermann, F. (2000). Erlernete Hilflosigkeit: Neue Konzepte und Anwendungen. In: M.E.P. Seligmann (Hrsg.), *Erlernete Hilflosigkeit* (S.209-259). Weinheim: Beltz.
- Pfau, B. (1998), *Körpersprache der Depression. Atlas depressiver Ausdrucksformen*. Stuttgart-New York: Schattauer.
- Polenz, S. v. (1994). *Und er bewegt sich doch. Ketzerisches zur Körperabstinenz der Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Röhrich, F. (2000). Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Röhrich, F. (2002). Klinische Körperpsychotherapie. Systematisierungsansätze und Standortbestimmung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 59, 182-189.
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy . the state of the art in empirical research and evidence based practice: a clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4, 135-156.
- Röhrich, F. (Hrsg.). (2011). *Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Röhrich, F., Beyer, W., Priebe S. (2002). Störungen des Körpererlebens bei akuten Angsterkrankungen und Depressionen. Neurotizismus oder Somatisierung? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 205-213.

- Röhricht, F., Papadopoulos, N., Priebe, S. (in press). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of Affective Disorders*.
- Rudolf S., Bermejo I., Schweiger U., Hohagen, F., Härter, M. (2006). Diagnostik depressiver Störungen. *Deutsches Ärzteblatt* 103 (25), A1754. 1762.
- Schmidt-Traub, S., Lex, T.P. (2005). *Angst und Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Seidler, K.-P. (2011), Körperorientierte Psychotherapie: Forschungsergebnisse und wissenschaftlicher Status. *Konzentrierte Bewegungstherapie*, 33 (42), 46-55.
- Selver, C. (1991). Ausschnitte aus Seminaraufnahmen. In P. Zeitler (Hrsg.) *Erinnerungen an Elsa Gindler. Berichte, Briefe, Gespräche mit Schülern*. München: Uni-Druck.
- Steinaecker, K. v. (2000). *Luftsprünge. Anfänge moderner Körpertherapie*. München-Jena: Urban & Fischer.
- Wendorff, T., Linnemann, M., Lemke, M. (2002). Lokomotion und Depression. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 70, 289-296.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., (2005) Size and burden of mental disorders in Europe . a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15, 357-376.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes Nr. 51). Berlin: Robert Koch-Institut.

---

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Diagnose depressiver Episoden (Rudolf et al., 2006, S. A1755) .....10



## Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Prävalenz von depressiver Symptomatik nach Geschlecht und Altersgruppe (Busch et al., 2013, S.736).ö ö ö ö ö ö ö ö ö ö .....14
- Tabelle 2: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression nach Geschlecht und sozioökonomischen Status (SES) (Busch et al., 2013, S.736)ö .....14
- Tabelle 3: Systematik körperorientierter Therapie (Röhricht, 2000, S.16)ö ö ö ö ö ...22
- Tabelle 4: Mittelwerte, Standardabweichung und Effekte beim BDI für drei Patientengruppen (n=31) einer Psychosomatischen Klinik über den Zeitraum t1 (vor Klinikeinweisung) und t2 (Klinikentlassung) bei drei unterschiedlichen bewegungstherapeutischen Interventionsgruppen (Maczkowiak et al., 2007, S.62)ö ö ö ö ..ö ö ö ..ö ..31

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, David Badke, dass die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst wurde und ich keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet habe. Alle sinngemäß oder wörtlich zitierten Angaben sind kenntlich gemacht. Die entsprechenden Quellen sind im Literaturverzeichnis nachzuvollziehen. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

---

Ort, Datum

---

David Badke