

Campus naturalis

Abschlussarbeit

Körperbetonte psychotherapeutische Methoden bei schweren Depressionen

Eduard Schunk
20.8.2019

Inhaltsverzeichnis

Über den Autor	2
Einleitung	5
Depressionen.....	8
Diagnostik.....	8
Arten der Depression	9
Somatischer Syndrom	10
Erklärungsmodelle für Depressionen.....	13
Allgemeine Depressions-Skala.....	17
Becks-Depression Inventar (BDI)	18
Hamilton Depression Skala (HAMD)	20
Inventar depressiver Symptome (IDS)	21
Was ist Körperpsychotherapie?.....	22
Neue wissenschaftliche Erkenntnisse	24
Westliche körperorientierte Psychotherapie.....	27
Autogenes Training	29
Achtsamkeitstraining	30
Feldenkraismethode gegen Depressionen.....	32
Yoga, Qigong und Kampfkünste als Psychotherapie	36
Was ist Qigong?	37
Grundlegende Begriffe im Qigong	38
Qigong in Psychotherapie	41
Was ist Yoga?.....	42
Yoga bei Depressionen.....	45
Wirkung der Kampfkünste auf Depressionen.....	51
Literaturverzeichnis	56

Über den Autor

Ich hatte bereits als Kind ein Interesse an meditativen Praktiken, ohne dass ich zu dieser Zeit wusste, was das ist. Wenn ich den Erzählungen von meinen Eltern und meinen Großeltern glaube, war ich ein etwas ungewöhnliches Kind. Ich konnte Stunden mit mir allein verbringen, mit Spielen oder mit Phantasiebildern und Tagesträumen, manchmal konnte ich einfach da sein, ohne etwas zu tun oder zu denken. Für viele wirkte ich geistesabwesend, umso mehr war die Überraschung bei manchen Erwachsenen, wenn ich „philosophische Sätze“ hervorbrachte, die meinem Alter von 5 Jahren überhaupt nicht zumutbar waren. Auch später, während meiner Schulzeit, meinten einige Lehrer, es sei gar nicht einfach meine Denkweise zu verstehen und umso mehr haben sie das geschätzt. Dasselbe habe ich auch von meinen Schachspielpartnern gehört. Schachspielen hat mir mit 5 oder 6 Jahren mein Großvater beigebracht.

In unterschiedlichsten Situationen, wo ich keine Antwort finden konnte, musste ich mich in einen Zustand der „Abwesenheit“, einer Art innerer Stille versetzen, dann kam die richtige Entscheidung irgendwie von allein. Ich konnte von diesem Zustand einen Nutzen haben, auch wenn ich krank oder müde war. Das Innenschau mit einer Fokussierung der eigenen Lebenskräfte, dorthin, wo es fehlte, führte zu einer schnelleren Erholung und Genesung.

Später, im Alter zwischen 13 und 16 Jahren, in der Zeit, als ich Karate trainiert habe, habe ich bewusst erfahren, was Konzentration, Entspannung, Atemtechniken, äußere körperliche und innere geistige Arbeiten sind. Das richtige Training beginnt und endet mit einer meditativen Einstellung. In dieser Zeit fand ich auch Yoga und Qigong sehr interessant, das ist aber zu dieser Zeit nur auf einer flüchtigen theoretischen Ebene geblieben, in unserer Stadt hat das damals niemand unterrichtet.

Später, nach der Übersiedlung nach Deutschland, haben mich spirituelle Schriftsteller angezogen, solche wie Carlos Castaneda. Von meditativen Techniken war in diesem Zusammenhang nicht zu sprechen, eher von psychodelischen Fantasiebildern. Ich spürte, dass mir etwas fehlt, etwas, was den Körper und den Geist verbindet. Nach meinem Uniabschluss kam eine schwierige Phase der Selbstfindung, die eigentlich bis

jetzt noch fortdauert. Ich war arbeitslos, wusste nicht, was ich wirklich in Zukunft machen kann und fühlte mich im sozialen Kontext nicht gebraucht. Irgendwo in meinem Inneren hat mich Tibet angezogen. Seit der Zeit meiner Diplomarbeit bei der Universität Bielefeld habe ich das Gefühl, ich muss dorthin, um etwas zu lernen und mit diesem Wissen hier den Menschen zu helfen. Noch viel später, während meiner Dissertation bei der Medizinischen Universität in Innsbruck habe ich angefangen „Yoga 23“ zu praktizieren, erst rein aus einem sportlichen Interesse. Nachdem ich ein Buch von dem Entwickler dieser Asana-Sequenzen gelesen habe, habe ich diese ganzheitliche Ebene für mich wiederentdeckt. Dieser Buchautor und Yogameister, Andrej Sidersky, der sogar zu seiner Zeit Carlos Castaneda auf Russisch übersetzt hat, hat in seinem System Praktiken aus Kampfkünsten, Qigong, Schwimmen und Tauchen integriert. Alle diese Bereiche fand ich unheimlich interessant und so kam ich zu Qigong, was mir eine seiner besten Schülerinnen, Anna Erjomina, unterrichtet hat.

Die Zeit des Schreibens meiner Dissertation war für mich sehr stressig. Nach einer Weile meiner wenig ergiebigen Bemühungen sagte mir mein Professor, dass ich deutliche Zeichen einer Depression zeige und hat mir eine Psychiaterin empfohlen. Nach einem kurzen Gespräch wollte mir diese Psychiaterin Antidepressiva verschreiben. Da ich mich mit der Psychopharmakologie bereits auskannte und selbst einige Antidepressiva an Tieren getestet habe, habe ich mich dagegen entschieden. Der nächste Psychiater sagte zu mir, dass es in meinem Fall nicht nach einer Depression aussieht, sondern eher nach „Stressinresistenz“. Ein Depressiver brauche eine Therapie, ich bräuchte eher eine Ruhe- und Entspannungspause. Was eine Konzentrationsschwäche, Gedächtnislücken, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, gedrückte Stimmung und Selbstzweifel sind, habe ich damals „am eignen Hirn“ erfahren.

So ähnlich war es bei mir auch während meiner staatlich geförderten Fortbildung zum Klinischen Monitor. Ich wurde vom Jobcenter zu einer psychologischen Untersuchung der Agentur für Arbeit geschickt. Nach der Auswertung von mehreren Test und einem persönlichen Gespräch sagte mir diese Psychologin, dass ich kurz vor einer Depression stehe und dass ich das ernst nehmen soll. Nach einer dringenden Empfehlung meiner damaligen Betreuerin im Jobcenter musste ich mir schnell einen Psychologen finden. Das war nicht leicht. Einer der Psychologen sagte zu mir nach dem Erstgespräch, dass

ich keinen Psychotherapeuten, sondern einen guten Trainer brauche. Er kenne nur einen, der auf so einer hohen Ebene arbeiten könnte, aber er brauche nun keine Schüler mehr. Eine andere Psychotherapeutin sagte, sie würde mich gerne nehmen, aber erst frühestens nach 3 Monaten. Ich musste schnell eine psychologische Betreuung finden und habe eine in Marburg, 40 Kilometer von meinem Wohnort entfernt, gefunden. Immer wieder musste ich etwas ausdenken, warum ich bei einer Psychologin eine Betreuung brauche und was das eigentliche Problem sei, denn ich konnte nicht einfach sagen, dass ich vom Jobcenter geschickt wurde. Das hat bei mir mit der Zeit zu einer Abneigung gegen Gesprächstherapie geführt. Was bei mir positiv gewirkt hat und immer noch gut wirkt, sind Yoga und Qigong. Das verlangt eine Regelmäßigkeit, Willenskraft, Geduld, körperliche und geistige Anstrengung und die Fähigkeit loszulassen, aber das wirkt!

Ich bin auf dem Weg, mich in dieser Richtung weiterzuentwickeln und mein Wissen weiterzugeben und therapeutisch einzusetzen. Einige chinesische Qigong Trainer sagten zu mir, dass ich eine Begabung als Heiler habe. Somit passt in diesen Kontext meine jetzige Ausbildung zum Heilpraktiker, auch wenn es erst auf den Bereich der Psychotherapie beschränkt ist.

Einleitung

Die Depressionen sind zu einem der weit verbreitetsten Leiden der heutigen Gesellschaft geworden. „Unipolare Depressionen treten mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 15 Prozent bis 18 Prozent in der Bevölkerung auf und stellen eine hohe Belastung sowohl für die Person als auch deren Angehörige dar“ (Maxeiner & Rühle, 2015, S. 821). Ca. 350 Millionen Menschen leiden weltweit an Depressionen. Wenn diese Tendenz weiterhin bestehen bleibt, werden nach der Schätzung von WHO (Weltgesundheitsorganisation) die affektiven Störungen, einschließlich der Depression, im Jahre 2020 die zweithäufigste Krankheitsursache, direkt nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sein. Das ist mit enormen Kosten für die Krankenkassen und mit weiteren finanziellen Verlusten wegen der Arbeitsfehltagen verbunden sein. Die Wirkung von Psychopharmaka bei Depressionen wird oft überschätzt, zum Teil sind die genauen Mechanismen, welche eine depressive Symptomatik lindern, nicht bekannt. Die durch die Erkenntnisse der Pharmakologie etablierte Vorstellung über den Mangel an aminergen Neurotransmittern als einem Grund für die depressive Symptomatik ist nicht ausreichend. Manchmal zeigen atypische Neuroleptika mit einer breitflächigen, wenig selektiven Wirkung, antidepressive Effekte. Diese Medikamente wurden primär gegen Psychosen entwickelt. Dennoch bleibt während einer akuten Phase einer schweren Depression die psychopharmakologische Behandlung das Mittel der Wahl, um zumindest die Selbstmordgefahr zu reduzieren. Die Mehrheit der Fälle bilden jedoch die leichten bis mittelschweren Formen der Depression. Die Verschreibungszahlen von Medikamenten zur Behandlung von Depressionen sind in Deutschland im Zeitraum von 2000 bis 2013 um 138 Prozent gestiegen, in dieser Zeit wurden insgesamt 1,5 Milliarden Tagesdosen an Antidepressiva verschrieben (Trökes, 2017, S. 12). Die psychologischen Psychotherapeuten sind überlastet, die Wartezeit zu einem guten Spezialisten kann ein halbes Jahr dauern. Für depressive Menschen in einer Lebenskriese kann das fatale Folgen haben. Es gibt dennoch Lösungen für dieses Problem.

Viele neue Konzepte werden erfordert, um die Depressionen effektiv behandeln zu können. Dafür werden qualifizierte Fachleute gebraucht, die sich nicht nur mit der „Biologie des Menschen“ auskennen, sondern auch bereit sind, sich in „alternativen Richtungen der Heilung mit einem ganzheitlichen Ansatz“ fortzubilden. Die alten Systeme zur Heilung des Körpers und der Psyche aus dem fernen Osten haben sich

bereits jetzt im Westen etabliert und haben noch ein riesiges therapeutisches Potential, das entdeckt, weiterentwickelt und eingesetzt werden soll. Leider bleibt die Unterstützung dafür vom Staat und von den Krankenkassen immer noch mangelhaft. Die Fortbildungskurse sind vergleichsmäßig teuer, die Zeugnisse werden nur selten anerkannt. Um sich auf diesem Markt des Gesundheitswesens durchzusetzen, muss man nicht nur eine Begabung für das Thema, Willenskraft und Durchsetzungsvermögen haben, sondern auch die notwendige Zeit und das Startkapital. Das ist eine schwierige Entwicklungsphase, welche, wenn man positiv denkt, auch für eine strenge Selektion der effektivsten Methoden jetzt notwendig ist!

Warum habe ich mich für das Thema entschieden? Aus pragmatischen Gründen! Vor meinem Praktikum habe ich mit meinem Betreuer, dem Leiter in der psychiatrischen Tagesklinik, die Schwerpunkte meines Praktikums abgesprochen. Wir haben uns darauf geeinigt, dass ich vorerst in Bereichen Neuropsychologie und Suchtproblematik einsetze werde. In der Neuropsychologie fiel es mir emotional schwer, mit älteren Patienten zu arbeiten, auch insgesamt fehlten mir Kompetenzen in sozialer Interaktion sowie das schnelle und präzise Denken. Als ich in die Tagesklinik versetzt wurde, hatte ich ähnliche Schwierigkeiten. Die Patienten in den Gruppenrunden meinten, dass ich seltsam oder verspätet auf ihre Äußerungen reagiere (non-verbal) und dass ich kein Gefühl für die Gruppendynamik habe. Als ich in der geschlossenen Station, dem dritten Einsatzort während meines Praktikums, an der Gruppentherapie mit Suchtkranken teilgenommen habe, war es für alle viel interessanter - für mich, für die Patienten und für meinen Betreuer. Es gab auch dort Schwierigkeiten. Zum Beispiel auf eine mir gestellte Frage habe ich ausführliche und ausschweifende Antworten gegeben. Mein Praktikumsbetreuer sagte zu mir, es sei dort keine Uni für solche Vorträge, viel lieber soll ich darauf achten, dass jeder „zu Wort kommt“.

An einem für mich sehr interessanten Tag durfte ich an einer therapeutischen Sitzung teilnehmen, bei der mit den Methoden des Psychodrama nach Moreno eine Konfliktstimmung gemildert und eine neue Perspektive eröffnet werden sollte. Eine Patientin mit vielen diagnostizierten psychischen Störungen hatte ständige Konflikte mit ihrer Nachbarin in der betreuten Wohnung. Mit Hilfe von kleinen Plastikfiguren haben wir die Situation nachgestellt und verschiedene Möglichkeiten zur Lösung der

unangenehmen Situation unter Berücksichtigung von bis dahin nicht beachteten Ressourcen besprochen. Ich habe gleich den systemischen Ansatz erkannt und eine Ähnlichkeit zur Arbeit mit dem Familienbrett gesehen. Neben meinem damaligen Betreuer, mir und der Patientin hat noch eine Frau an dieser therapeutischen Stunde teilgenommen. Sie arbeitet hauptsächlich mit den körperbetonten psychotherapeutischen Methoden, wie Atemtherapie und den Methoden von Moshe Feldenkrais. Ich durfte später an einigen Therapierunden bei dieser Frau teilnehmen und durfte sogar im therapeutischen Prozess mitwirken. Einigen Patienten mit einer diagnostizierten Depression und vielen Begleitsymptomen, wie chronische Schmerzen oder Schlafstörungen, habe ich Übungen aus Qigong gezeigt. Sie spürten sofort eine starke belebende Wirkung dieser Übungen. Die Gesprächstherapie und die Ergotherapie seien nach Äußerungen dieser Patienten bei ihnen kaum wirksam.

Meine restliche Praktikumszeit habe ich hauptsächlich mit diesen Patienten verbracht, was meine Entscheidung zu Gunsten der Arbeit mit schwer Depressiven umgestimmt hat. Viele Suchtkranke zeigen auch eine depressive Symptomatik, wobei oft die Frage gestellt wird, was dabei die Ursache und was die Folge ist. Systemische Konzepte und fernöstliche Heilmethoden machen eine solche Aufteilung nicht. Ursachen, Folgen, Wirkmechanismen, potenzielle Ressourcen werden gleichzeitig erkannt, erschlossen, überdacht, behandelt. Das entspricht meiner inneren Einstellung. Die Depressionen sind weltweit verbreitete psychische Störungen, oft mit viele körperlichen Beschwerden und Einschränkungen kombiniert. Das heißt, es gibt genug Arbeit und Einsatzmöglichkeiten in der therapeutischen Tätigkeit mit schwer depressiven Patienten, besonders da, wo die meisten gängigen Methoden nicht die erwartete heilende Wirkung zeigen.

Depressionen

Diagnostik

Das was wir gewöhnlich eine Depression nennen, wird nach den weltweit akzeptierten Kriterien der ICD 10 als eine „Depressive Episode“ bezeichnet und wird unter affektiven Störungen mit der Kodierung F32 gekennzeichnet. Wenn sich die depressiven Episoden mehrmals wiederholen, wird eine rezidivierende depressive Störung mit der F33-Kodierung diagnostiziert.

Der Aufbau der ICD10 (International Classification of Diseases) ist nach einer vierstelligen ausführlichen Systematik strukturiert, wobei „F“ für psychische Krankheiten steht, „3“ umfasst affektive Störungen, „2“ oder „3“ an der dritten Kodierungsstelle in unserem Fall bezeichnet die Häufigkeit des Auftretens einer Symptomatik, welche der Diagnose einer Depression entspricht. Nummern, welche nach einem Punkt auf der vierten Kodierungsstelle stehen, geben Information über den Schweregrad der Störung oder über die Zusatzsymptomatik. Auf diese Weise wird unter F32.2 eine schwere Depression ohne und unter F32.3 eine schwere Depression mit psychotischen Symptomen kodiert. Entsprechend wird unter F33.2 eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode ohne psychotische Symptomatik und unter F33.3 eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode mit einer psychotischen Symptomatik kodiert.

Mit der fünften Stelle werden psychotische Symptome kodiert, wenn solche vorhanden sind. Dabei steht „0“ für synthyme (affektiv belastende) Symptome, solche wie Schuldwahn, Wahn der Wertlosigkeit, körperlicher Erkrankung, drohender Katastrophen, spöttische oder verdammende Halluzinationen). Die „1“ an der fünften Stelle bezeichnet parathyme psychotische Symptome, wie Verfolgungswahn ohne affektiven Inhalt oder affektiv neutrale Halluzinationen (Dilling & Freyberger, 2016, S. 139).

Eine weitere Besonderheit im Aufbau der ICD10-Kodierung besteht in der Kennzeichnung der Diagnosekriterien mit Buchstaben und Zahlen, welche ihre Stellung in der Hierarchie übergeordneter und spezieller Bedeutung angeben. Allgemeingültige Kriterien, die bei allen Störungen einer Gruppe erfüllt sein müssen, sind mit einem „G“ (generell) und einer Zahl gekennzeichnet. Obligatorische Kriterien für einzelne

konkrete Störungen werden mit Großbuchstaben (A,B,C) bezeichnet (Dilling & Freyberger, 2016, S. 19). Es gibt Hauptsymptome und Nebensymptome, die nach ihrer jeweiligen Kombination ein spezielles Krankheitsbild ergeben können.

Für die Diagnose einer depressiven Episode müssen nach ICD10 mindesten zwei der typischen depressiven Symptome (Hauptsymptome) vorhanden sein:

- 1) gedrückte Stimmung
- 2) Interessenverlust, Freudlosigkeit
- 3) Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit

Oft kommt es noch zu weiteren Symptomen (Nebensymptomen), unter welchen die Betroffenen sehr leiden können. Das schwerwiegendste Zeichen einer Depression sind Selbstmordgedanken. Zu den Nebensymptomen zählen:

- 1) Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- 2) Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- 3) Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- 4) Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- 5) Suizidgedanken, Selbstverletzung und Selbstmordversuche
- 6) Schlafstörungen
- 7) Verminderter Appetit (Maxeiner & Rühle, 2015, S. 824)

Arten der Depression

Die Depressionen werden nicht nur nach ihrer Ausprägungsstärke, sondern auch nach ihrer symptomatischer Art unterschieden. Diese diagnostische Aufteilung hat eine lange Geschichte, bis vor einer kurzen Zeit haben sich die meisten Psychiater an das traditionelle System gewendet, was heute in seiner ursprünglichen Form als „veraltet“ gesehen wird. Ich beschreibe kurz die moderne Aufteilung der Depressionstypen nach ihrem Erscheinungsbild und symptomatischen Kriterien.

Der melancholische Subtyp entspricht einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1), welche durch mindestens zwei oder alle drei Hauptsymptome und mindestens drei Nebensymptome definiert und durch ein somatisches Syndrom begleitet wird. Es

entspricht der endogenen Depression und ist wahrscheinlich durch genetische und neurobiologische Faktoren weitgehend bestimmt.

Bei schweren Depressiven Episoden (F32.2 und F32.3) müssen alle drei Haupt- und mindestens vier Nebensymptome vorhanden sein. Das Krankheitsbild ist durch Kraftlosigkeit, Schlafstörungen, Libidoverlust und Appetitmangel geprägt.

Auf der *Abbildung 1.* wird der Verlauf der anhand der ICD-10-Kodierung beschreibbaren Formen der Depressionen schematisch dargestellt.

Somatisches Syndrom

„Bei schweren depressiven Episoden geht man davon aus, dass sie in den meisten Fällen mit einem somatischen Syndrom einhergehen. Von einem somatischen Syndrom sollte nur ausgegangen werden, wenn vier der folgenden Symptome vorhanden sind:

- 1) deutlicher Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
- 2) mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, die normalerweise eine Reaktion hervorrufen
- 3) Früherwachen, zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit
- 4) Morgentief
- 5) objektiver Befund einer ausgeprägten psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit (von anderen bemerkt oder berichtet)
- 6) deutlicher Appetitverlust
- 7) Gewichtsverlust (5% oder mehr des Körpergewichts im vergangenen Monat)
- 8) deutlicher Libidoverlust „ (Dilling & Freyberger, 2016, S. 134)

Zu den generellen diagnostischen Kriterien für eine depressive Episode zählen nach ICD-10

G1. Dauer von mindestens zwei Wochen.

G2. Keine ausgeprägten manischen oder hypomanischen Symptome

G3. Als Ausschlußkriterium darf kein Missbrauch von psychotropen Substanzen und keine organische psychische Störung vorhanden sein (Dilling & Freyberger, 2016, S. 133).

Die Aufteilung der schweren Depressionen in eine Form mit einer psychotischen Symptomatik und eine andere Form ohne einer psychotischen Symptomatik habe ich bereits bei der Kodierung der Diagnose kurz erwähnt.

Ich liste diese psychotischen Symptome noch einmal auf:

- 1) Wahn (Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn)
- 2) Halluzinationen (akustische Halluzinationen, diffamierende oder anklagende Stimmen, Geruchshalluzinationen, oft ein Geruch von Fäulnis)
- 3) Stupor (dabei entsteht eine innere Unruhe aufgrund einer psychomotorischen Hemmung) (Maxeiner & Rühle, 2015, S. 827-829)

Wenn die Antriebshemmung im Vordergrund der Symptomatik steht, spricht man von einer gehemmten Depression. Oft sind hinter der Antriebshemmung eine innere Unruhe und eine ängstliche Getriebenheit versteckt. Wenn sie die psychomotorische Hemmschwelle durchbricht und in den Vordergrund tritt, spricht man von einer agitierten Depression. Diese Depressionsform ist durch ein nervös-hektisches und unproduktives Verhalten gekennzeichnet.

Die durch eine vegetative Symptomatik geprägte Depression wird als eine larvierte Depression bezeichnet. Typisch sind dabei Kopf- und Rückenschmerzen, Atem- und Herzbeschwerden, Beschwerden im Magen-Darm-Trakt und Unterleib. Die körperlichen Symptome verdecken die depressive Symptomatik, deswegen wird die Form der Depression oft lange nicht erkannt. In der ICD-10-Kodierung wird sie unter F32.8 als „sonstige depressive Episoden“ kodiert.

Eine weitere unspezifische Form ist die Altersdepression. Sie wird in ICD-10 unter F32.9 als „nicht näher bezeichnete depressive Episode“ kodiert. Diese Depressionsform tritt etwa ab dem 60. Lebensjahr auf und kann alle Arten von depressiven Symptomen beinhalten. Ein verwandter nicht mehr gebrauchter Begriff ist die Involutionsdepression, eine Depression, die durch altersbedingte

Rückbildungsvorgänge ausgelöst wird. Eine Abnahme an wichtigen Botenstoffen spielt dabei eine entscheidende Rolle (Maxeiner & Rühle, 2015, S. 832).

Bei der Beschreibung der diagnostischen Kriterien habe ich mich nur auf die Formen der Depressionen fokussiert, die für meine Arbeit wichtig sind. Eine leichte Depression, zum Beispiel, wird effektiv mit den gängigen psychotherapeutischen Methoden ambulant behandelt. Postnatale Depression ist ein spezieller Fall, an den ich mich nicht heranwagen will. Gleichzeitig wäre für mich das Burn-Out-Syndrom interessant, welcher jedoch in der ICD-10 nicht unter F3, sondern als ein Erschöpfungssyndrom (Z73) kodiert wird, obwohl er eine ausgeprägte affektive Komponente in seiner Symptomatik hat, vor allem den „Zustand der totalen Erschöpfung“ (Dilling & Freyberger, 2016, S. 401).

Ich bin auch nur ganz kurz auf die Differentialdiagnostik eingegangen, weil das für meine Fragestellungen wenig relevant ist. Wenn eine Depression durch psychotrope Substanzen, wie zum Beispiel durch einen langjährigen Alkoholmissbrauch ausgelöst wurde, ist sie für mich genauso interessant, wie eine Depression, die durch den chronischen Stress bedingt ist. Oft stehen solche Störungen, wie ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus und eine emotionale Niedergeschlagenheit in einer Wechselwirkung, die letztendlich in einer Depression münden kann. Viele psychosomatische Störungen werden durch den Dauerstress oder ein psychisches Trauma (im Fall einer reaktiven Depression) ausgelöst und haben eine ausgeprägte affektive Komponente, die auf eine Depression hinweist.

Patienten mit diesen Störungsbildern gehören potenziell zu meiner Zielgruppe.

Patienten mit chronischen Schmerzen werden dabei wahrscheinlich den größten Teil der Zielgruppe ausmachen, weil sie zusätzlich zu einer psychotherapeutischen Betreuung auch eine Behandlung ihrer körperlichen Beschwerden brauchen.

Ganzheitliche Heilmethoden wirken im Optimalfall positiv auf beides, auf den Körper und auf die Seele. Diese Zielgruppe wird recht groß sein, weil viele Depressive unter Schmerzen leiden. „Depressive Erkrankungen beeinträchtigen nicht nur die Gemütslage und den Antrieb. Bis zu 80 Prozent der Betroffenen leiden auch an körperlichen Symptomen – vor allem an Schmerzen, zumeist im Bereich des Muskel- und Skelettsystems, und an Kopfschmerzen. Aber auch dann, wenn die psychische

Erkrankung erkannt und antidepressiv behandelt wird, sind es häufig die physischen Symptome, die einer Krankheitsremission im Wege stehen,, (Hoc, 2004, S. 1832).

Erklärungsmodelle für Depressionen

Depressionen sind meistens von weiteren Störungen begleitet und stehen in einer Wechselwirkung mit körperlichen Beschwerden. Es ist bekannt, dass viele Depressive zur Zuckerkrankheit neigen und auch dass viele Diabetiker depressiv sind. Oft ist das hormonelle Gleichgewicht gestört, was meistens neben einer depressiven Symptomatik zu Stoffwechselstörungen führt. Viele Zusammenhänge zwischen dem seelischen Leiden und den körperlichen Krankheiten sind bekannt, vieles bleibt immer noch ungeklärt.

So versuchen einige wissenschaftliche Gruppen den Zusammenhang zwischen einer depressiven Symptomatik, einer mangelhaften Signalübertragung durch Glukokortikoide und einer Erhöhung von Entzündungsfaktoren (Botenstoffen, welche unter anderem eine entzündliche Abwehrreaktion auslösen) zu finden (Perrin, Horowitz, Roelofs, Zunszain , & Pariante , 2019, S. 1). Dabei ist die Rückkopplung einer komplexen Signalkaskade gestört. Durch den Dauerstress werden chronisch viele Glukokortikoide ausgeschüttet, was mit der Zeit eine geminderte Ansprechbarkeit der entsprechenden Glukokortikoid Rezeptoren zur Folge hat. Das Immunsystem kann in einem solchen Fall nicht entsprechend den inneren und den äußeren Störfaktoren reagieren, drauf folgt eine chronisch erhöhte Synthese und Ausschüttung von Interleukinen und anderen entzündungsfördernden Botenstoffen. Diese Botenstoffe wirken einerseits inflammatorisch, andererseits lösen sie auch komplexe Effekte im Nervensystem aus. Das hat verschiedenste Störungen zur Folge. Dazu gehören auch Depressionen mit einer breitflächigen vegetativen, somatischen und psychopathologischen Symptomatik. Interessanter Weise, findet man ähnliche Vorgänge oft bei älteren Patienten, was die Entstehung von Altersdepressionen oder eventuell sogar der Demenzkrankheiten erklären könnte (Perrin, Horowitz, Roelofs, Zunszain , & Pariante , 2019, S. 2).

Nicht nur der Mangel an aminergen Neurotransmittern, vor allem Serotonin und Noradrenalin, ist die Ursache von Depressionen, es gibt noch viele weitere Faktoren. „Sehr heterogene Faktoren können schädigend wirken: frühkindliche Deprivation,

Vernachlässigung oder Missbrauch, aber auch Veränderungen der Rezeptor-Ausstattung nach bestimmten Virusinfektionen“ (Frösth, 2000, S. 40). Dabei sind in erster Linie die Kortikoid-Rezeptoren betroffen.

Eine gestörte Übermittlung und Rückkopplung in der Signalkaskade und in der Synthese von Glukokortikoiden bringt mit sich noch weitere Stoffwechselstörungen. Die Glukokortikoide regulieren unter anderem den Blutzuckerspiegel und Fettabbau. Heute sind viele rückkoppelnde Mechanismen zwischen einer gestörten circadianen Kortisol Freisetzung, dem Diabetes Typ2, dem Dauerstress und der Depression bekannt (Joseph JJ, 2017). Dabei verstärken sich alle diese Störungen gegenseitig. Ein ähnliches Bild ergibt sich in der Wechselwirkung zwischen Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Raič M, 2017) und den Erkrankungen des gastrointestinalen Traktes (Lach G, 2018).

Auf den *Abbildungen 3., 4. und 5.* werden Beispiele für Modelle der wechselwirkenden Mechanismen bei psychosomatischen Störungen und durch den Stress ausgelösten depressiven Verstimmungen schematisch dargestellt.

Es gibt psychologische Modelle für die Entstehung und die Aufrechterhaltung von schweren Depressionen, zum Beispiel psychoanalytische Modelle oder Modelle der kognitiven Verhaltenstherapie. Ich beschränke mich jedoch auf die Modelle, welche „Körper und Geist“ gleichzeitig in Betracht ziehen, denn damit arbeiten die körperbetonten psychotherapeutischen Systeme.

Depressionen können als Folge von körperlichen Leiden entstehen, können mit Somatisierungsstörungen kombiniert sein und können psychosomatische Erkrankungen hervorrufen.

Neuere Diagnose- und Therapiekonzepte, wie CBASP, versuchen eine sehr differenzierte Diagnose mit einer ausführlichen Beschreibung des Krankheitsverlaufs zu entwickeln und an jeden jeweiligen Patienten individuell anzupassen (Jobst & Brakemeier, 2016). So haben Patienten mit einem Trauma in ihrer Kindheit eine andere Dynamik im Verlauf ihrer depressiven Symptomatik, sie sprechen auch schlecht auf Antidepressiva an und zeigen nur geringe Besserungen bei gängigen psychotherapeutischen Behandlungen. Bildgebende Verfahren zeigen bei solchen

Patienten eine Veränderung in der Aktivität von limbischen Strukturen, wie Nucleus Accumbens und Amygdala. Die Aktivitätsmuster dieser Strukturen unterscheiden sich von den gesunden Probanden und von den Patienten mit einem späteren Beginn der Symptomatik ohne Kindheitstrauma (Dannlowski U, 2012). Auch die Kortexoberfläche des Großhirns, vor allem in der Inselrinde, ist bei solchen Patienten oft geringer, als bei den anderen Patienten mit einer diagnostizierten depressiven Episode. Die Depression bei den Patienten mit einem Kindheitstrauma ist meistens von vielen Rückfällen der Symptomatik begleitet und nimmt oft einen chronischen Verlauf (Opel, Redlich, & Dannlowski, 2019, S. 1).

Ein besonders wichtiger Anhaltspunkt für die Arbeit mit schweren Depressionen ist der zeitliche Verlauf der Symptomatik unter einer detaillierten Berücksichtigung von wichtigen Lebensereignissen. Dabei erweist sich die Diagnose nach DSM-5 als viel informativer als nach ICD-10. Die Diagnose wird an dem Verlauf der depressiven Symptomatik in den letzten 2 Jahren gestellt. Auf der *Abbildung 2.* werden diese Formen der Depressionen schematisch dargestellt. Je nach der Dynamik der Schweregrade einer chronischen Depression werden 4 Subtypen unterschieden.

- 1) Eine fortdauernde schwere Depression mit einer ununterbrochenen Symptomatik nach dem Beginn der depressiven Episode ist eine besonders belastende Form der Depression ohne „Besserungsphasen“ innerhalb der letzten 2 Jahre.
- 2) Unterbrochene schwere Depression mit einer akuten depressiven Episode zeichnet sich durch Phasen der Besserung innerhalb der letzten 2 Jahre aus.
- 3) Dysthymie ist eine fortdauernde unterschwellige depressive Verstimmung.
- 4) Unterbrochene schwere Depression ohne einer ausgeprägten akuten depressiven Episode zeichnet sich durch Phasen der Besserung innerhalb der letzten 2 Jahre aus, einschließlich der aktuellen Situation.

Ca. 70% der Patienten mit chronischen Depressionen zeigen einen frühen Beginn der Symptomatik, in der Regel vor ihrem 21. Lebensjahr. Etwa 40% der chronisch Depressiven zeigen eine „Behandlungsresistenz“, was auf eine unpassende, eine nicht individuell angepasste Behandlungsmethode hinweist. Es wird vermutet, dass bis zu 80% der chronisch Depressiven ein Trauma in ihrer Kindheit erlebt haben. Die Wahrscheinlichkeit bei Patienten mit einer chronischen Depression komorbide

Persönlichkeitsstörungen (vermeidende, asthenische, emotional instabile und antisoziale) zu entwickeln ist sehr hoch. Die Stressinresistenz ist ein weiterer Risikofaktor bei chronisch Depressiven. Oft haben solche Patienten Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen, was eine Psychotherapie zusätzlich erschwert. Auch umgekehrt, Leute mit Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen neigen oft zu chronischen Depressionen. Sogar Kinder von chronisch Depressiven haben ein größeres Risiko psychische Störungen zu entwickeln in Vergleich zu Kindern von Patientinnen mit vorübergehenden depressiven Episoden. James P. McCullough erklärt es in seinem Model so, dass die chronisch Depressiven beim Stress in eine preoperationale Entwicklungsphase (4. bis 7. Lebensjahr) in ihrem kognitiv-emotionalen Zustand zurückfallen. Das ermöglicht keine den Stresssituationen im erwachsenen Alter angebrachte Handlungen (Jobst & Brakemeier, 2016, S. 1). Die Therapie muss dementsprechend nach der jeweiligen chronischen Störung, der aktuellen Lebensphase mit einer den Ereignissen begleitenden Symptomatik angepasst werden.

Eine detaillierte Aufteilung dieser Kategorien ist für meine Fragestellung nicht wesentlich. Das Wichtige aller ganzheitlicher Heilungsmethoden liegt darin, dass „Körper und Geist“ zugleich geheilt werden.

Was für meine Arbeit wichtig ist, ist die Einheitlichkeit der Diagnosen und die Vergleichbarkeit von Patienten, beziehungsweise von verschiedenen Patientengruppen. Je nach Fragestellungen, Zielgruppen und der überwiegenden Symptomatik können unterschiedliche diagnostische Verfahren zur Diagnose einer Depression und den sie begleitenden Störungsbildern angewendet werden. Wie ich es bereits erwähnt habe, müssen zuerst die physiologischen Parameter gemessen und ausgewertet werden, um die organischen Ursachen für eine jeweils vorliegende Symptomatik zu klären.

Ich beschreibe kurz vier Diagnostiksysteme mit ihren Fragebögen mit den jeweiligen Auswertungsskalen. Grob kann man diese auf die Abfrage der wichtigen Diagnosekriterien basierenden Fragebogenverfahren in zwei Kategorien aufteilen, die einen sind als eine Selbstdiagnose konzipiert, die anderen sind Fremdbeurteilungsverfahren.

Allgemeine Depressions-Skala

Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) ist die deutsche Fassung der Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Sie wird oft bei der Diagnose der Depression im Kinder- und Jugendalter eingesetzt um eine eventuelle unterschwellige Symptomatik rechtzeitig aufzudecken. ADS kann auch als ein Instrument zur Selbstbeurteilung depressiver Symptome in der Allgemeinbevölkerung eingesetzt werden (Thomas D. Meyer, 2001). Geschlecht, Nationalität und Wohnort erweisen sich als wichtige Einflussfaktoren für die Ausprägung des ADS-Summenwertes (Steinhausen & Winkler Metzke, 2000). Bei diesem Diagnoseverfahren werden alle Ebenen der aktuellen Depressiven Symptomatik erfasst, der Fokus liegt in den affektiven und somatischen Anteilen. Der Fragebogen beinhaltet 20 Fragen, die ohne Hektik innerhalb von 10 Minuten beantwortet werden können.

Hier sind einige Beispiele von der Fragen aus der ADS-Skala.

Während der letzten Woche ...

1. Haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen

0 1 2 3

2. Hatte ich kaum Appetit

0 1 2 3

3. Hatte ich Angst

0 1 2 3

4. Habe ich schlecht geschlafen

0 1 2 3

5. Musste ich weinen

0 1 2 3

Je nach dem Summenwert ergibt sich eine Aussage

0 – 17 Punkte: gesund bzw. unauffällig

18 – 22 Punkte: meist somatoforme Störungen, typisch für Angstpatienten

23 Punkte: kritischer Wert

> 27 Punkte: depressiv

Diese Auswertung reicht nicht für eine Diagnose aus, das ist viel mehr ein Test zur Selbsteinschätzung. Eine endgültige Diagnose muss von einem Psychiater gestellt werden, wozu noch weitere Diagnoseverfahren eingesetzt werden müssen (Hochmuth, et al., 2010).

Becks-Depression Inventar (BDI)

Das ist ein weiteres System einer Selbstbeurteilung in Form eines Fragebogens. Das beinhaltet 21 Items, die jeweils aus vier Aussagemöglichkeiten zusammengesetzt sind. Diese Items sind alphabetisch von A bis U geordnet, durch jede Gruppe von Aussagen werden typische depressive Symptome erfragt.

- 1) (A) traurige Stimmung
- 2) (B) Pessimismus
- 3) (C) Versagen
- 4) (D) Unzufriedenheit
- 5) (E) Schuldgefühle
- 6) (F) Strafbedürfnis
- 7) (G) Selbsthass
- 8) (H) Selbstanklagen
- 9) (I) Selbstmordimpuls
- 10) (J) Weinen
- 11) (K) Reizbarkeit
- 12) (L) Sozialer Rückzug
- 13) (M) Entschlussunfähigkeit
- 14) (N) negatives Körperbild

- 15) (O) Arbeitsunfähigkeit
- 16) (P) Schlafstörungen
- 17) (Q) Ermüdbarkeit
- 18) (R) Appetitverlust
- 19) (S) Gewichtsverlust
- 20) (T) Hypochondrie
- 21) (U) Libidoverlust

In den 4 Antwortmöglichkeiten sind in aufsteigender Schwere und Beeinträchtigung jeweilige Stufen aufgelistet (0=nicht vorhanden, 1=leichte Ausprägung, 2=mäßige Ausprägung, 3=starke Ausprägung)

Hier sind zwei Beispiele für die ersten beiden Kriterien

A) (traurige Stimmung)

- 0. Ich bin nicht traurig.
- 1. Ich bin traurig.
- 2. Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 3. Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

B) (Pessimismus)

- 0. Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 1. Ich sehe mutlos in die Zukunft.
- 2. Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 3. Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.

Je nach dem Summenwert wird die Schwere der depressiven Symptomatik beurteilt:

Keine Depression: 0-8 Punkte

Minimale Depression: 9-13 Punkte

Leichte Depression: 14-19 Punkte

Mittelschwere Depression: 20-28 Punkte

Schwere Depression: 29-63 Punkte

BDI ist an die Diagnostik des DSM-4-Systems angepasst und eignet sich für Patienten im Alter ab 13 Jahren. Die Diagnostik nach BDI ist ebenfalls für eine endgültige Diagnosestellung nicht ausreichend.

Hamilton Depression Skala (HAMD)

Das ist eine Fremdbeurteilungsskala, die zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression benutzt wird und ebenfalls standardmäßig aus 21 Items zusammengesetzt wird. Es gibt jedoch auch Varianten mit 14, 17 oder 24 Items.

Die Diagnostik erfasst folgende Symptomkategorien: depressive Stimmung, Schuldgefühle, Suizidalität, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Schlafstörungen am Morgen (frühes Aufwachen und keine Kraft aufzustehen), Arbeit und sonstige Tätigkeiten, depressive Hemmung, Erregung, psychische und somatische Angst, gastrointestinale Symptome, allgemeine körperliche Symptome, Genitalsymptome, Hypochondrie, Gewichtsverlust, Krankheitseinsicht, Tagesschwankungen, Depersonalisation und Derealisation, paranoide Symptome und Zwangssymptome.

HAMD eignet sich in erster Linie für Ärzte in psychiatrischen Arbeitsfeldern, weshalb die Items teils schwere psychiatrische Symptome erfassen und die Ratingkategorien bis zu massiven Symptomschweregraden reichen, welche fast ausschließlich bei psychiatrischen Patienten zu erwarten sind (Weyer, 2015, S. 215ff). Dabei wird nach einem 30-minütigen Interview der Fragebogen ausgefüllt. Für die Diagnostik nach HAMD sind neben verbalen Äußerungen des Patienten auch Beobachtungen und Schilderungen von der Pflege und von Angehörigen relevant. Beim Interview sind folgende Kriterien zu vermerken: Verlangsamung von Gedanken und Sprache, Konzentrationsschwäche, Verlangsamung von Bewegungen. Diese Kategorien sind auch nach dem Schweregrad der Beeinträchtigung gegliedert:

0 - Normale Sprache und Gedanken

1 - Geringe Verlangsamung beim Interview

2 - Deutliche Verlangsamung beim Interview (d.h. einige Schwierigkeiten beim Interview; merkliche Pausen und langsames Denken)

3 - Interview schwierig (das Interview ist sehr schwierig, sehr lange Pausen)

4 - Stupor (extreme Retardierung; Stupor; das Interview ist kaum möglich)

Die Anwendung von HAMD wird für Erwachsene sowie Heranwachsende ab 16 Jahren empfohlen.

Inventar depressiver Symptome (IDS)

Eine Besonderheit bei IDS liegt in der doppelten Ausführung des Tests. Das ermöglicht eine sehr gute Vergleichbarkeit von Fremd- und Selbstbeurteilung. Das Testsetting beinhaltet 30 Items, die sehr gründlich die depressive Symptomatik umgreifen. Dazu zählen folgende Kriterien:

Schlafqualität (Einschlafen, Durchschlafen, Früherwachen, Schlafdauer)

Stimmung (traurige Stimmung/Niedergeschlagenheit, gereizte Stimmung, Ängstlichkeit/Anspannung, Auslenkbarkeit der Stimmung, Tagesschwankungen, Stimmungsqualität)

Essverhalten (Appetitverlust oder -steigerung, Gewichtsverlust oder -zunahme)

Konzentration/Entscheidungsfähigkeit

Selbstwertgefühl

Zukunftserwartungen

Gedanken an den Tod/Suizid

Antrieb (Aktivitäten, Energieniveau)

Hedonische Komponenten (Genuss/Freude ((außer sexuelle Aktivität)), sexuelles Interesse)

Psychomotorik (Verlangsamung)

Somatische Komponente (körperliche Beschwerden, vegetative Beschwerden, Panik-/Angstanfälle, und körperliches Schweregefühl)

Vegetative Komponente (Magen-/Darmbeschwerden)

Empathie (zwischenmenschliche Empfindsamkeit)

Gemütszustand (Gefühl der Ruhelosigkeit) (Grässlin, 2004, S. 25ff)

Was ist Körperpsychotherapie?

„Körperbezogene Psychotherapieverfahren versuchen, durch das Einbeziehen des Körpers in die psychotherapeutische Arbeit die Sensibilität für dessen Körper zu erhöhen“ (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 6). Viele längst verdrängte psychische Konflikte und Traumata sind auf einer bewussten Ebene kaum zugänglich, äußern sich aber meistens lebenslang in einer körperlichen Fehlhaltung, psychomotorischen Störungen und vegetativen Dysfunktionen. Diese Probleme bleiben auf einer körperlichen Ebene leichter zugänglich, was eine Möglichkeit einer psychotherapeutisch wirksamen Behandlung bietet. Wenn die Wahrnehmung des Körpers durch das regelmäßige Training verfeinert wird und der Mensch dafür bereit ist, eigene versteckte psychische Prozesse zu akzeptieren, können die Empfindungen und die Sinneswahrnehmungen des Patienten verbalisiert werden.

Es gibt einige Patienten, bei welchen die körperbetonten, psychotherapeutischen Methoden das Mittel der ersten Wahl sind. Man kann solche Patienten grob in vier Gruppen aufteilen:

- 1) Patienten, deren Gefühle schwer zu erreichen sind. Solche Patienten können über ihre Probleme sprechen, bleiben aber dabei in ihrem emotionalen Erleben unberührt. Diese Komponente wird jedoch vorausgesetzt, um tief liegende psychische Veränderungen zu bewirken.
- 2) Patienten, die über dauernde körperliche Störungen klagen, ohne dass dabei ein zugrunde liegender ärztlicher Befund vorliegt (Somatisierungsstörungen). Die

Idee einer psychischen Komponente lehnen solche Patienten in der Regel sofort ab. Durch körperbetone Therapieverfahren können manchmal solche Patienten lernen, ihrem Körper mehr zu vertrauen und erfahren, dass eine psychische Komponente immer auch an unserem körperlichen Erleben teilhat.

- 3) Patienten mit besonders schweren Störungen, in meinem Fall mit schweren Depressionen, können körperbetonte psychotherapeutische Verfahren helfen, den Zugang zum eigenen Körper wieder zu finden. Die abgespaltenen psychischen Anteile können mit der Zeit wieder akzeptiert werden, wodurch der Patient an der Stabilität gewinnt und sich als ein ganzheitliches Wesen wahrnimmt.
- 4) Patienten, die einfach einen besseren Zugang zum eigenen Körperbild brauchen profitieren auch von körperlichen achtsamen Übungen. Es hilft ihnen sich selbst intensiver zu erleben, wodurch meistens die subjektive Lebensqualität sich bessert. Solche Patienten haben oft chronische Verspannungen und ein Entfremdungsgefühl, bedingt durch ein einfühlsames Verhalten bei einer gleichzeitig fehlenden Rückmeldung auf die Bedürfnisse des eigenen Körpers. In extremen Fällen kann es sich in der Vernachlässigung des eigenen Körpers bis zur Verwahrlosung gehen oder sogar zum selbstschädigenden Verhalten führen.

„Der körperorientierten Psychotherapie scheint sich also ein breites Feld der Anwendung zu öffnen“ (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 7).

Ich erwähne noch den systemischen Aspekt der körperbetonten Psychotherapie, weil Systemik ein unabdingbarer Teil meiner Ausbildung ist. Das systemische Denken ermöglicht einen besseren Einblick in die Wechselwirkung von verschiedenen Faktoren im Leben eines Menschen und dadurch werden auch verschiedenste Möglichkeiten für den Einsatz der eigenen Kompetenzen ermöglicht.

Viele Wechselwirkungen innerhalb eines Systems sind nicht linear, das heißt, es gibt keine eindeutige, genau berechenbare Beziehung zwischen Ursache und Wirkung. Oft stehen mehrere Teile eines Systems in einer schwer überschaubaren Konstellation zueinander, noch schwieriger wird es, wenn diese Konstellation „fließend“ ist und das System sich ständig reorganisiert. Das ist meistens so und meistens ist es auch notwendig, die Stabilität und die Flexibilität gleichzeitig zu

behalten, erst dann kann ein System sich erhalten und den sich ständig verändernden Bedingungen der „Außenwelt“ anpassen. Im Laufe des Lebens werden so genannte „Speicherelemente“, Erfahrungen, angelegt, notfalls als Erinnerungen abgerufen und wieder gespeichert. Je nach Kontext und Lebenserfahrung, kann der Mensch auf den gleichen Reiz unterschiedlich reagieren. So ist es auch mit der Wechselwirkung von körperlichen und psychischen Prozessen, auch mit dem subjektiven Erleben der eigenen inneren Welt und den sozialen Interaktionen. „ So wird die Zahl der Faktoren, die die Wirkung einer psychotherapeutischen Intervention betreffen, durch die Vorgeschichte des Patienten ebenso mitbestimmt wie durch zahlreiche andere non-verbale und verbale Faktoren im „dualen System“ Patient-Therapeut“ (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 10).

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse

Die Analyse von verschiedenen wissenschaftlichen Artikeln über die Wirkung von Qigong, Yoga und Tai Chi auf die psychische Gesundheit des Menschen, speziell im Fall einer schweren Depression, ist aus vielen Gründen nicht einfach. Dennoch findet man in der letzten Zeit gute Reviews, die nach einer kritischen Auswahl der wissenschaftlichen Texte eine solche Meta-Analyse möglich machen (Lijuan Guo, 2019, S. 1).

Die Diagnosekriterien einer Depression unterscheiden sich auch je nach Bewertungssystem, was weiterhin den Vergleich von verschiedenen wissenschaftlichen Arbeiten erschwert. Es gibt deswegen nur wenige randomisierte Studien, die eindeutige positive Effekte von Qigongübungen gegenüber der Pharmakotherapie und den unbehandelten Kontrollgruppen zeigen (Agnes S.Chan, 2012, S. 1), (Lijuan Guo, 2019, S. 1-11).

Es gibt einerseits viele verschiedene Arten von Qigong, andererseits sind sie oft mit anderen verwandten Systemen kombiniert, wie Imagemedizin oder Tai Chi. Zugleich gibt es beim Qigong unterschiedliche Ansätze für Männer und Frauen, für Kinder und für

Ältere, angepasst für spezifische Störungen bei Patienten durch unterschiedliche Fachleute. So wird zum Beispiel in einer Studie die Wirkung von Qigong und Tai Chi auf Herz und Blut-Kreislauf-System bei älteren depressiven Patienten nachgewiesen (Jing Liu, 2018, S. 1). Eine weitere Studie zeigt positive Effekte von Qigong und anderen Methoden mit dem Fokus auf achtsame Bewegungsabläufe und der Arbeit mit „inneren Vorstellungsbildern“ bei den depressiven Patienten mit Schlafapnoe (Wu, et al., 2019, S. 1).

Es gibt dennoch bereits verschiedene Erklärungsmodelle, warum Qigong und andere meditative psychotherapeutische Methoden mit dem Fokus auf einer achtsamen Körperarbeit wirken. Diese Erklärungsmodelle überschneiden sich zum Teil, zum Teil umfassen sie ganz verschiedene physiologische und psychologische Bereiche. Einige Wissenschaftler versuchen die Vorstellungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) auf die westlichen Denkkonstrukte zu übertragen. Sie erklären das mit dem Fluß der Lebensenergie, der optimalen Energieaufnahme aus der Nahrung, dem gesundheitsfördernden Geisteszustand (Liye Zou, 2018, S. 1). Manche Autoren verbinden sogar die traditionellen chinesischen Erklärungsmodelle mit modernen empirischen Methoden der Neurowissenschaften, wie Biofeedback oder Langzeitkonditionierung und erklären es zum Teil durch eine bewusste Regulation des enterischen Nervensystems (Luís Carlos Matos, 2015, S. 1). Einige Autoren entwerfen sogar umfassende neurophysiologische Modelle, die sehr vielfältige Effekte von Qigong erklären sollen (Jiajia Ye, 2019, S. 1). So bewirkt eine Kombination aus einer angepassten Diät und meditativen Körperübungen eine verstärkte Aktivität im linken Frontalkortex. Dieser Effekt korrelierte positiv mit den Werten der BDI-Skala, dabei zeigte sich eine Minderung der depressiven Symptomatik bei einer erhöhten Aktivität des linken Frontalhirns (Liye Zou, 2018, S. 1). Eine besondere Rolle kommt der Atmung zu. Atemtechniken aus Yoga, Qigong und Tai Chi werden im Laufe der gesamten Körperübungen eingesetzt. Die Abdominalatmung senkt den Cortisollevel und wirkt über die Aktivierung des Vagusnervs auf die GABA-erge Innervation der Amygdala, welche zusätzlich durch die neuronalen Projektionen aus der Inselrinde und aus dem Präfrontalcortex reguliert wird (Liye Zou, 2018, S. 1). Amygdala ist ein Kernkomplex aus neuronalen Strukturen, die besonders schnell und intensiv die Angstreaktion bei extremen Belastungen oder Bedrohungen reguliert. Amygdala ist ein Teil des

Limbischen Systems und spielt somit eine wichtige Rolle im emotionalen Erleben, bei akuten und chronischen Ängsten, bei Abwehrreaktionen und bei den Depressionen.

Die genauen Mechanismen einer stimmungsaufhellenden Wirkung von solchen körperorientierten Methoden, wie Qigong und Tai Chi bei schweren Depressionen sind bisher nicht bekannt. Eine der Hypothesen besagt, dass Qigong Praktizierende fähig seien, ihre Aufmerksamkeit gleichzeitig auf den eigenen geistigen Zustand, Körperhaltung, Atmung und die Propriozeption (eine taktile Wahrnehmung des eigenen Körpers von innen) zu projizieren. Zugleich kann eine solche Körperarbeit stabilisierend auf das innere Gleichgewicht über das autonome Nervensystem wirken (Luís Carlos Matos, 2015, S. 1). Regelmäßige Qigongübungen als eine Alternative zur Behandlung von schweren Depressionen zeigen viele Vorteile gegenüber den gängigen Behandlungsmethoden, solchen wie Pharmakotherapie oder kognitive Verhaltenstherapie. Die Übungen sind leicht zu erlernen, haben kaum Nebeneffekte und sind willkommen bei Patienten verschiedenen Alters und vom verschiedenen physischen Gesundheitszustand. Besonders bei älteren Patienten, welche mit einer Reihe von unerwünschten Nebeneffekten auf die Medikation reagieren ist eine regelmäßige Qigongpraxis als eine begleitende Therapiemethode von einem besonderen Wert (Lijuan Guo, 2019, S. 1). Die Psychotherapie ist bei schweren Depressionen in der Regel sehr langwierig und die Psychopharmaka zeigen oft unerwünschte Effekte, solche wie Schlafstörungen, sexuelle Disfunktionen, Verdauungsprobleme, Verwirrtheit und Bluthochdruck (Leichsenring, Steinert, & Hoyer, 2016, S. 1). Zugleich zeigen oft die schwer Depressiven eine hohe Rückfallsquote und sprechen oft auf die Medikation mit Antidepressiva kaum an. Als eine alternative Lösung des Problems wurden verschiedenste Sportarten als mögliche psychotherapeutische Behandlungsmethoden eingesetzt, sie zeigten jedoch keine ausgeprägten erwarteten Effekte. Im Gegensatz zur reinen Körperarbeit zeigten die speziell angepassten meditativen Bewegungsübungen aus Qigong, Yoga und Tai Chi anhaltende Effekte bei schwer depressiven Patienten (Liye Zou, 2018, S. 1).

Körperbetonte psychotherapeutische Methoden des Westen, wie Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, zeigen ihre positiven Effekte eher bei leichten und

mittelgradigen Ängsten und depressiven Verstimmungen und nicht bei schweren Depressionen (Kyriakoula Merakou, 2019, S. 1).

Interessanter Weise zeigt die Tanztherapie eine positive Wirkung bei depressiven Patienten. Diese Art von Therapie enthält jedoch auch eine emotional motivierende Komponente, die Patienten werden gefordert, über ihre Hemmungen hinauszugehen und sich kreativ zu entfalten (Tavormina & Giuseppe, 2018, S. 1).

Westliche körperorientierte Psychotherapie

Auch wenn die körperorientierten psychotherapeutischen Methoden speziell im Fall der schweren Depressionen weniger Effekte als die adaptierten fernöstlichen Methoden zeigen, macht es Sinn, die Geschichte ihrer Entwicklung zu erwähnen. Viele von diesen Methoden nutzen die Erkenntnisse der heilsamen Lehren des Ostens und stehen bis heute in einer Wechselwirkung mit ihnen, beide Seiten werden dadurch bereichert. Yoga nutzt das Wissen der westlichen funktionellen Anatomie und Physiologie und die Traditionelle Chinesische Medizin macht einen Gebrauch von genauen Beschreibungen der Organe, von Kenntnissen über Gewebe, Zellen, Botenstoffe und Krankheitserreger. Westliche Medizin ist in Bereichen der Psychotherapie und Psychiatrie bei akuten Notsituationen unschlagbar, vor allem was Psychopharmakologie betrifft. Im Gegensatz dazu, bei chronischen psychosomatischen Leiden oder bei Somatisierungsstörungen sind die ganzheitlichen Methoden in ihren Wirkungen viel nachhaltiger, verlangen aber eine aktive Teilnahme des Kranken an seinem Genesungsprozess.

In Europa gab es ganzheitliche Heilmethoden, bei welchen der Körper unmittelbar in die Arbeit miteinbezogen wurde. „Die Gymnastik zeigte bereits in der Antike den Doppelaspekt von Therapie und allgemeiner körperlich-seelischer Bildung“ (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 4). Der Ausdruck der alten Griechen „Gesunder Körper – gesunder Geist“ hat bis heute seine Gültigkeit, die auf verschiedenen Ebenen immer wieder ihre Bestätigung findet. Die stabilisierende Wirkung beim Tanzen und bei sportlichen Aktivitäten kennen die Menschen seit einer langen Zeit, nun wird sie jetzt auch wissenschaftlich bestätigt.

Bess Mensendieck (1864 – 1957) hat ihr eigenes „System Mensendieck“ auf der Grundlage ihrer medizinischen Kenntnisse, den Gesangstechniken und den Lehren von

anderen Bewegungssystemen, vordergründig Systemen von François Delsarte und Pehr Henrik Ling (Schwedische Gymnastik) entwickelt. Ihr therapeutischer Schwerpunkt lag in der bewußten Übung und Kultivierung der körperlicher Gesundheit bei Frauen. 1910 gründete sie ihr erstes Institut zur Ausbildung von Gymnastiklehrerinnen. Bess Mensendieck kooperierte mit einem weiteren Pionier der therapeutisch bedeutsamen Bewegungslehre, dem Balletttrainer Rudolph von Laban (1879 – 1958).

„Er vermittelte den Tanz aus der Improvisation und individueller Gestaltung heraus als Ausdruck seelischen Erlebens. Laban entwickelte die raum-rhythmische Bewegungslehre (Choreutik) und die Antriebslehre (Eukinetik). In diesen Werken erfasste er die dynamische, energetische Qualität einer Bewegung. Später beschäftigte sich Laban mit der Optimierung von Bewegungen in Arbeitsabläufen und entwickelte gemeinsam mit F. C. Lawrence ein System der Bewegungsanalyse zur Ergonomie. Laban schaffte die Grundlage für Kinetographie, die heute unter dem Namen Labanotation bekannt ist,“ (Rudolf von Laban, 2019).

Die **bewußte Atmung** wurde von Gustav Richard Heyer (1890-1967) psychotherapeutisch angewendet. Wilhelm Reich (1897-1957), ein Entwickler der **Vegetotherapie** kam aus der psychoanalytischen Schule. Er betonte den körperlichen Aspekt der Sexualität und seine Rolle in der Gesundheit des Menschen und geriet deswegen in einen Konflikt mit Sigmund Freud. Reich betonte auch die Entsprechung von seelischen Strukturen und der Körperhaltung, die ihren Ausdruck im „Charakterpanzer“ oder „Körperpanzer“ finden musste. Chronische körperliche Verspannungen lösen nach seiner Lehre Blockaden im Gefühlsleben aus. Alexander Löwen entwickelte auf dieser Grundlage die Körperpsychotherapie und **Bioenergetik**. Nach seinen Vorstellungen dient zum Beispiel die Verspannung im Hals-Nacken Bereich zur Unterdrückung des Impulses zum Weinen oder Schreien, diese Haltung kann mit der Zeit chronifiziert werden. Elsa Gindler (1885 – 1961) war eine Gymnastiklehrerin, sie entwickelte eine psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie. Eine Weiterentwicklung ihrer Arbeit führte zur **Konzentrativen Bewegungstherapie**, die von Helmuth Stolze konzipiert wurde. Die Grundidee ruht auf der Vorstellung, dass unsere Bewegungen mit den Wahrnehmungen und mit den Erinnerungen in einer Verbindung stehen. Das beeinflusst wiederum unser Verhalten. Durch eine gezielte Lenkung der

eigenen Bewegungsabläufe, kann man das eigene Erleben und Wiedererleben regulieren und dadurch das Verhalten und das eigene Selbstfinden dauerhaft beeinflussen. Eine Erweiterung dieser Theorie besagt, dass Umgang mit Objekten (z. B. Tücher, Steine, Stäbe, oder auch Menschen) neben der realen Erfahrung auch einen symbolischen Bedeutungsgehalt hat. Das spricht für eine systemische Sicht auf den Menschen und auf seine Probleme.

Es gab noch einen bedeutenden Therapeuten aus der psychoanalytischen Schule, Otto Fenichel (1897 – 1946). Der Begriff der Organneurose wird auf ihn zurückgeführt. Nach den Vorstellungen von Otto Fenichel manifestieren sich die Denkhemmungen und Handlungshemmungen in den Bewegungen und muskulären Tonusänderungen. Übermäßige Vorsicht, Angemessenheit und Gewichtigkeit äußern sich in der Gangart und in Bewegungen der Neurotiker. Unbewusste Vorstellungen und Fantasien können sich im unbewussten Bild eines Organs manifestieren, was zu einem Kampf zwischen Impuls und Verdrängung führt. Im Fall einer sexuellen Hemmung kann es zum Beispiel zu Verspannungen in Beckenbodenmuskulatur und in Muskeln des Hüftgelenks führen, was schließlich zur Sperrung der inneren Wahrnehmung und zu konflikthaften Entfremdungsgefühlen führen kann (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 5) .

Autogenes Training

Nach meiner mehrtägigen Recherche konnte ich keine aktuelle Literatur finden, wo die Wirkung des Autogenen Trainings speziell bei den schweren Depressionen beschrieben wäre. Für mich erklärt sich das aus dem Konzept des Autogenen Trainings an sich. Es basiert auf einigen zum größten Teil aus Yoga stammenden Postulaten bezüglich der Arbeit an eigenen Gemütszuständen und Gedanken und wirkt über spezielle Leitsätze, achtsame Wahrnehmung und Konzentration der Aufmerksamkeit.

Der Mensch muss fit genug sein, um eine solche Arbeit bewußt leisten zu können. Die meisten Schwerdepressiven sind das nicht. Alleine um erholsam zu schlafen oder sich entspannen zu können, muss eine gewisse innere Stärke vorhanden sein. Das Nervensystem muss eine Kontrolle über vegetatives Gleichgewicht und über eine adequate Verarbeitung von Sinnesreizen behalten. Bei den depressiven Patienten mit

einem somatischen Syndrom und mit einer psychotischen Symptomatik ist das nicht möglich.

Körperbetonte fernöstliche Konzepte arbeiten in solchen Fällen viel über den Körper. Sie erzwingen eine Wiederbelebung von lebenswichtigen Funktionen, solchen wie Nahrungsaufnahme oder Schlaf.

Das Autogene Training ist dennoch sehr effektiv als eine vorbeugende Maßnahme. Es wirkt sehr positiv bei der Reduktion der Ängste und bei der Stressbewältigung, aber auch bei chronischen Schmerzen, vegetativen Störungen und Verspannungen (Hoffmann, 1981, S. 23ff). Ganzheitliche Wirkungen des Autogenen Trainings auf den Körper und die Psyche werden in vielen wissenschaftlichen Experimenten belegt.

Als eine begleitende psychotherapeutische Methode zeigten systematische Entspannungstherapien (Grundstufe des Autogenen Trainings) bei Patienten mit depressiven Störungen (nach ICD-10: F32.xx, F33xx, F34.1, F43.21) deutliche Effekte (Krampen, 1996, S. 1ff).

„Im autogenen Training verbinden wir die geistige, gefühlsmäßige und körperliche Ebene durch autogene Selbstbeeinflussung, die sich mittels Körperspürung auf organische Zustandsänderungen bezieht“ (Brenner, Autogenes Training, 1989, S. 12). Auf einer höheren Ebene arbeitet das Autogene Training mit den Inhalten der unbewußten, oft verdrängten inneren Einstellungen und ähnelt damit einer tiefenpsychologischen Herangehensweise. Kindheitstraumen und verdrängte Gefühle können dabei wieder entdeckt und bewußt verarbeitet werden. Die versteckten Gründe für Ängste und Depressionen verlieren dabei im besten Fall ihre negative Wirkkraft und der Patient erlebt eine dauerhafte emotionale Entspannung (Brenner, Autogenes Training Oberstufe, 2010, S. 37ff).

Achtsamkeitstraining

„Achtsamkeit hat ihren Ausgangspunkt im Körper, ihr Körperbezug ist essentiell. So beginnt etwa die auf Buddha zurückgehende Achtsamkeitsmeditation (Vipassana) mit der inneren Betrachtung körperlicher Phänomene, wie der Atemtätigkeit“ (Weiss & Harrer, 2010, S. 20).

Das erste Ziel eines Achtsamkeitstrainings besteht darin, die Aufmerksamkeit nach innen, auf die eigenen vegetativen Prozesse und den Fluß der eigenen Gedanken zu richten und diese Gedanken begleitende Gefühle und Regungen zu verfolgen. Der Fokus der Aufmerksamkeit wird nicht mehr nach Außen projiziert. Die „Verhaltensprogramme“, die sich im Erwachsenenalter so weit verselbstständigt und automatisiert haben, dass sie zu einer Reiz-Reaktions-Kaskade geworden sind, werden nun in Frage gestellt. Eine aktive willentliche Gegenwirkung zu solchen Programmen führt meistens zu einem „inneren Kampf“ wenn solche komplexen Verhaltensreflexe gehemmt werden. Das kann sich in verschiedenen körperlichen Symptomen äußern, meistens durch eine körperliche und seelische Verspannung begleitet. Sinn des Achtsamkeitstrainings besteht darin, solche Prozesse zu beobachten, ohne aktiv einzugreifen. Diese Technik kennt man nicht nur in Yoga, sondern auch in Qigong und anderen gesundheitsfördernden Praktiken.

Der Gründer des psychotherapeutischen Achtsamkeitstrainings („Mindfulness-Based Stress-Reduction“ (MBSR)), Jon Kabat-Zinn, bezieht sich selbst oft auf buddhistische Lehren und gleichzeitig definiert er die Achtsamkeit als etwas Verständliches und Greifbares, verständlich auch für die heutigen Menschen im Westen. „Achtsamkeit ist jenes Gewahrsein, das entsteht, wenn sich die Aufmerksamkeit mit Absicht und ohne zu bewerten auf die Erfahrungen richtet, die sich von Moment zu Moment entfalten“ (Weiss & Harrer , 2010, S. 15), (Kabat-Zinn, 2003, S. 145). Bei einer regelmäßigen Vipassana-Praxis wird dieser Zustand als etwas ganz natürliches wahrgenommen, der Mensch befindet sich in ständiger Achtsamkeit. Die Praxis muss dann weiterhin ständig fortgesetzt werden, dann wird unsere psychische Energie nicht durch die Nebensächlichkeiten oder das „innere Dialog“ verschwendet, sondern richtet sich nach den aktuellen Begebenheiten aus dem Zustand der inneren Ruhe. Wie es ein bedeutsamer Meditationslehrer, Thich Nhat Han, sagte: „Achtsamkeit ist die Fähigkeit, in jedem Augenblick unseres täglichen Lebens wirklich präsent zu sein. ... Achtsamkeit ist eine Art von Energie, die jedem Menschen zur Verfügung steht. Wenn wir sie pflegen, wird sie stark, wenn wir sie nicht üben, verkümmert sie. ... Achtsamkeit lässt uns erkennen, was im gegenwärtigen Augenblick in uns und um uns herum wirklich geschieht“ (Weiss & Harrer , 2010, S. 15).

Neben MBSR hat sich bereits die Hakomi-Methode durchgesetzt, welche in den 1970er Jahren von Ron Kurtz (1934–2011) auf den Grundlagen der körperbetonten Psychoanalyse von Wilhelm Reich und Alexander Löwen entwickelt wurde. Die von Eugene T. Gendlin (1926-2017) gegründete Focusing-Methode basiert auf einem komplexen Erleben der Gefühle und dem körperlichen Ausdruck dieser Gefühle. Die Achtsamkeit hilft dabei, den Zugang zu den unterbewußten Mechanismen des Erlebens zu finden und dadurch die eigene Wahrnehmung in die erwünschte Richtung zu lenken. Am Beispiel der Angst wird der zentrale Begriff dieser Methode, „Felt Sense“, so erklärt „Er ist nicht das Herzklopfen, nicht die Erinnerungen, nicht der Wunsch nach Annäherung, nicht die Wut über unsere Unfähigkeit. ... Er kommt sozusagen "um" die Wut "herum" oder "unter" ihr "hervor" oder "zusammen mit" dem Herzklopfen oder als die körperliche Qualität, welche die Erinnerung mit sich bringt“ (Gendlin, 1998, S. 38). Fukumori und Morikawa entwickelten später die so genannte "Focusing Manner Scale" (FMS) um diesen Begriff messbar zu machen.

Es ist wichtig zu erwähnen, dass nicht nur die Patienten, sondern auch die Therapeuten eine regelmäßige Übung in Achtsamkeit brauchen, um einerseits die eigenen Gedanken und Gefühle schneller und tiefgreifender wahrnehmen und verstehen zu können und um andererseits besser den Patienten/Klienten zu verstehen.

Feldenkraismethode gegen Depressionen

Moshe Feldenkrais hat ein ganzheitliches Heilungssystem entwickelt, das zwar zumeist als westlich angesehen wird, das jedoch zum größten Teil in den fernöstlichen Lehren wurzelt. Das System ist einerseits durch wissenschaftliche Experimente belegt, hat andererseits eine ausgeprägte philosophische Komponente. Beides repräsentiert die Vorstellung einer synergistischen Arbeit von Körper und Geist. „Als Beobachter ihrer selbst trägt die Person in der Art und Weise, wie sie wahrnimmt, zur Veränderung dessen bei, was sie beobachtet. Feldenkrais dachte und experimentierte also bereits in Kategorien der Systemtheorie und der Kybernetik. Vor allem aber hat Feldenkrais die Bedeutung der Schwerkraft für Verhalten und für die Gestaltung von Lernprozessen untersucht“ (Görtz, 2019, S. 1).

Die Methoden von Feldenkrais waren ursprünglich nicht als eine Therapie konzipiert, das war ein bewegungspädagogisches Konzept zur Verbesserung kognitiv-neuronaler Funktionen, bei dem die Fähigkeit des organischen Lernens, die im Menschen angelegt ist, im Vordergrund stand (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 138).

Die Ansätze der Feldenkraismethoden haben sich später auch in der Psychotherapie bewährt. In meinem Fall liegt der Fokus hauptsächlich in einer Behandlung von schweren Depressionen mit zusätzlichen psychosomatischen und vegetativen Belastungen, wie zum Beispiel Schlafstörungen und chronischen Schmerzen.

Das Einsatzspektrum der Methoden von Feldenkrais ist sehr breit und unspezifisch. Dazu zählen Angstneurosen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störungen, verschiedenste Probleme mit der Wirbelsäule, myofunktionelle Störungen, Haltung- und Bewegungsstörungen, Spasmen.

Alle diese Begleiterscheinungen einer Depression haben nicht nur eine objektiv messbare Komponente, wie zum Beispiel die Dauer des REM-Schlafs oder der Anstieg des Blutzuckers nach dem Essen bei einer stressinduzierten Diabetes, sondern auch eine deutliche subjektive, „emotionale“ Komponente. Das nächtliche Liegen im Bett im wachen Zustand kann als eine Ruhepause, begleitet von angenehmen Fantasien oder auch als unruhiges Hin-und-Herwälzen mit Sorgen und Grübelgedanken wahrgenommen und auch so erlebt werden.

Die Konzepte von Feldenkrais geben einen Raum für eine innere Arbeit auf beiden Ebenen, für objektiv fassbare Körperübungen und für meditative Übungen der Vorstellungskraft. Feldenkrais hat die „innere Welt“ eines Klienten mit seiner Außenwelt in eine Verbindung gesetzt, welche aus einer systemischen Sicht dem Klienten helfen kann, allgemeingültige Regeln zu erkennen. Dadurch wird die Integration des Klienten als einem Teil des Systems erleichtert. „Er griff Gedanken der Systemtheorie (Gregory Bateson) und der Kybernetik (Heinz von Foerster) und die Metapher des Gehirns als eines Hologramms (Karl H. Pribram) auf, weil sie seinen eigenen Forschungsergebnissen entsprachen. Und er ließ sich beeindrucken von systemischen Ansätzen in der Psychotherapie, insbesondere von der Gestalttherapie F. Perls und der Hypnotherapie nach M. Erickson“ (Görtz, 2019). Ich sehe besonders deutliche Parallelen

zum Model der Salutogenese, wobei die Vorstellung eines sich in einem Fließgleichgewicht befindenden Systems auf den Menschen selbst übertragen wird. „Der Mensch verkörpert ein sich selbst regulierendes, rekursives, synergistisches System. An jeder Handlung sind Bewegung, Sinnesempfindung, Gefühl und Denken a priori untrennbar beteiligt, und bei der Veränderung eines dieser Teile werden Synergieeffekte im Ganzen erfolgen“ (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 138). Eine mit Sinn erfüllte Bewegung erlaubt dabei den Zugang zu den inneren Prozessen dieses Systems und besitzt somit auch ein therapeutisches Potential.

Auch was die Definition der Gesundheit betrifft und somit auch die Lebensdauer, die Qualität des Lebens und die Widerstandskraft und Vitalität, sind die Ähnlichkeiten zum Flussmetapher von Aaron Antonovsky nicht zu übersehen. "Gesundheit wird an dem Schock gemessen, den ein Mensch ertragen kann, ohne dass seine übliche Lebensweise beeinträchtigt wird...Je gesünder der Mensch, desto leichter findet er nach beträchtlichen Schocks zurück zu seiner üblichen Funktions- und Lebensweise“ (Feldenkrais M. , Über die Gesundheit, 1988, S. 19ff).

Bei den Arbeiten von Moshe Feldenkrais findet man ausführliche Beschreibungen zu den Körperhaltung eines Menschen und auch zu psychischen und physiologischen Komponenten, welche in einer Wechselwirkung zu den jeweiligen Körperhaltungen stehen (Feldenkrais M. , 1999, S. 167ff, 203ff). Ich sehe darin eine Ähnlichkeit zu Verhaltenstherapie, wobei durch das Ersetzen von alten Gewohnheiten durch neue, die Eigenwahrnehmung und das Selbstfinden sich ändern. Der Mensch, als ein sich selbst organisierendes System kann durch eine zielgerichtete achtsame Arbeit am Geist und am Körper die disfunktionalen Verhaltensprogramme, falsche Überzeugungen und lehrende Blockaden außer Kraft setzen. Der Körper kann dabei als ein Indikator agieren, um zum Beispiel versteckte Ängste durch verkrampfte Reaktionen auf objektiv harmlose Auslöser aufzudecken. Der Körper kann neutralisierend wirken, indem zum Beispiel durch zittern die Spannung abgebaut wird. Der Körper kann auch dazu genutzt werden, um neue Bewegungen sich anzueignen, um alte Gewohnheiten durch neue, viel bewußtere und funktionale Verhaltensweisen zu ersetzen. Das hat wiederum systemisch gesehen eine rückkoppelnde Wirkung auf die Eigenwahrnehmung und somit

auch auf die Eigenidentität. Das positive Selbstbild kann dadurch gestärkt werden, der Mensch als Ganzes wird in diesem Fall glücklicher und gesünder.

Die Arbeitsmethoden von Feldenkrais kann man grob in Gruppenarbeiten, **Bewusstheit durch Bewegung** genannt und die überwiegend non-verbale kinestatische Einzelarbeit, **Funktionale Ingration** genannt, aufteilen.

Bei der ersten Methode geht es darum, den Anleitungen des Therapeuten zu folgen und die Reaktionen des eigenen Körpers bei der Ausübung zu beobachten. Dadurch können zum Beispiel chronische Verspannungen nicht nur auf der Ebene der körperlichen Mängel, sondern auch auf der Ebene der psychischen Blockaden erkannt werden.

Eine besondere Rolle kommt dabei den Ohren zu. Das Innenohr ist mit dem Vestibularapparat und somit auch mit der Koordinationsfähigkeit verbunden. Die Wahrnehmung der Erdanziehung und des eigenen Gewichts mit dem Kontakt zum Boden hat einen unmittelbaren Einfluß auf die Koordination, auf die Bewegungsfreiheit und auf die Körperstellung.

Auf einer übergeordneten, mentalen Ebene, ermöglicht unser Gehörapparat das Hören und somit auch das Zuhören oder sogar das Hinaueinhören! Menschen mit neurotischen Angstzuständen befinden sich nach Feldenkrais mit ihrer Wahrnehmung und ihrem Bewusstsein in der Zukunft. Menschen mit Depressionen befinden sich in der Vergangenheit. Die Fähigkeit des Hörens verkümmert mit der Zeit bei solchen Menschen. „Bewusstes Hören ist eine einfache Möglichkeit, schnell und unmittelbar in den Spalt zwischen Vergangenheit und Zukunft zu gelangen, den wir Gegenwart nennen“ (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 142).

Ein weiterer Anteil im gruppentherapeutischen Ansatz bei Feldenkrais war das mentale Training, das bereits sehr früh bei den Profisportlern eingesetzt wurde. Man konnte deutlich nachweisen, dass die Arbeit mit den Vorstellungen der Bewegungsabläufe auch einen Effekt auf die tatsächliche Ausführung dieser Bewegungen bewirkt hat. Körperliche und geistige Vorgänge werden dadurch zu einer Einheit, die Imagination und die sensomotorische Vorbereitung auf eine Bewegung werden somit nicht trennbar. Man

könne nach Feldenkrais die Bewegungen gar nicht denken, ohne das gleichzeitig ein Feedback aus der Muskulatur angeregt wird.

Bei dem zweiten Arbeitsmethodischen Ansatz geht es um die kinnästetische Kommunikation. Der Patient wird durch den Therapeuten sanft in seinen Bewegungen geführt, so dass es dadurch neue Bewegungsabläufe lernen kann. „Diese Methode ist so angelegt, dass habituelle neuromuskuläre Widerstands- und Abwehrmuster nicht gewaltsam durchbrochen werden“ (Müller-Braunschweig & Stiller, 2010, S. 143). Das besondere dieser Methode besteht darin, dass sie nicht über die „doppelte Übersetzung der Botschaften“ zwischen dem Patienten und dem Therapeut geht. Bei einer sprachlichen Erklärung müsste der Therapeut seine Ideen erst mal in Worte fassen und dann aussprechen. Der Patient muss diese akustischen Signale wahrnehmen, die ausgesprochenen Worte wiedererkennen und versuchen darin einen Sinn mit einer Botschaft zu finden. Einiges darf dabei nicht direkt genannt werden, einiges kann falsch oder doppeldeutig verstanden werden. Das erschwert einen direkten Gedankenaustausch. Bei einer non-verbalen Methode kann im Gegensatz die „Zensur“ des Bewusstseins umgangen werden. Der Patient empfindet „die primitivsten, das heißt entwicklungsgeschichtlich ursprünglichen, vom Bewußtsein vergessenen Verhaltensschemata und erinnert sich des Wohlgefühls eines heranwachsenden kleinen Kindes“ (Feldenkrais M., Die Entdeckung des Selbstverständlichen, 1985, S. 179).

Yoga, Qigong und Kampfkünste als Psychotherapie

Es gibt verschiedenste Heilmethoden aus dem fernen Osten, die seit über 1000 Jahren unter anderem auch psychotherapeutisch eingesetzt werden. Qigong, Yoga und verschiedene Kampfkünste sind im Westen bereits weit verbreitet und bekannt. Weniger bekannt sind zum Beispiel die orientalischen Lehren und die Übungen zur Gesundheitserhaltung und der „Vervollkommnung des Menschen als einem Ebenbild Gottes auf seinem Weg zur Selbsterkenntnis“. Suffies, zum Beispiel, haben eine sehr alte Tradition, sie haben sich erst später dem Islam angeschlossen und versuchen die Ganzheit ihres jahrtausendealten geistigen Erbguts beizubehalten. Einer der in der letzten Zeit bekannt gewordenen Vertreter dieser Konzepte ist Mirsakarim Norbekov, der übrigens im letzten Jahr auch in Frankfurt seine Seminare gegeben hat. Er ist durch

sein Buch „Eselswahrheiten“ weltweit berühmt geworden. In der Sowietzeit hat er seinen plötzlichen Aufstieg erlebt, als er während seines Praktikums(!) in einem Sanatorium am Schwarzen Meer die traditionellen suffischen Lehren adaptiert und bei zuckerkranken Kindern eingesetzt hat. Die Kinder mussten körperliche Übungen im Wasser machen und sich dabei vorstellen, dass das Zucker in ihrem Blut durch das Wasser aufgelöst wird. Die Resultate waren überraschend positiv, auch wenn die Wissenschaft es nicht erklären konnte. Das hat die Aufmerksamkeit der Geheimdienste auf sich gezogen und Norbekov wurde nach Moskau zu den führenden Spezialisten in diesem Gebiet versetzt. So unerwartet begann seine Karriere als Heiler, Autor und Wissenschaftler.

Es gibt noch andere Beispiele für ganzheitliche Heilmethoden, die im Westen wenig bekannt sind, ich beschränke mich jedoch auf das, was sich bereits bei uns etabliert hat, und das sind Yoga, Qigong und Kampfkünste.

Was ist Qigong?

Das ist eine einfache und zugleich eine sehr schwierige Frage. Es gibt verschiedene Übersetzungen und Interpretationen zu diesem Begriff. Ich wähle eine aus, die meinen Vorstellungen am ehesten entspricht. Qi – Lebensenergie und Gong – harte Arbeit. Diese Übersetzung verkörpert in sich auch das Prinzip der gegenseitigen Wechselwirkung. Damit der Mensch hart arbeiten kann, braucht er Lebensenergie und damit er seine Lebensenergie erhalten, sammeln, lenken und kultivieren kann, muss dieser Mensch an sich hart arbeiten, und das am liebsten täglich!

Es gibt verschiedene Schulen und Ansätze, man schätzt, dass es heute über 2000 Arten von Qigong gibt. Um eine bessere Übersicht zu bekommen, werden diese Qigongarten nach bestimmten Kriterien aufgeteilt. Nach der Art der Übungen – still oder dynamisch und nach der Ausrichtung – Kampfqigong, medizinisches Qigong und spirituelles Qigong. Es gibt noch weitere Aufteilungen – nach bestimmten Übertragungslinien (In Klöstern oder in Familien) oder nach den philosophischen/religiösen Hintergründen – daoistisch, buddhistisch, nach der Lehre von Konfuzius.

Die Symbolik dieser Schulen kann auch unterschiedlich sein – Jing-Jan-Prinzip, 5 Elemente und 8 Himmelsrichtungen. Die Ursprünge von Qigong liegen im Schamanismus und die Anfänge reichen bis in das tiefe Altertum, ca. 2500 Jahren zurück. Der Begriff Qigong als solcher kam viel später, wo verschiedene Schulen,

Ansätze und Arten der Praxis unter dem Oberbegriff „Qigong“ zusammengefasst wurden.

Grundlegende Begriffe im Qigong

Es gibt einige wichtige Begriffe in den traditionellen chinesischen Lehren der Kampfkünste und des Gesundheitswesens. Grob kann man diese Begriffe in matrielle/körperliche, energetische und informelle/geistige aufteilen.

Ein Zitat aus „10 Flügeln“, einem Kommentar zum Buch der Wandlungen:

„Drei Schätze birgt der Himmel

Sonne, Sterne und Mond.

Drei Schätze birgt die Erde

Feuer, Wasser und Wind.

Drei Schätze birgt der Mensch

Essenz, Qi und Geist, (Wilmes, 2019, S. 1).

Zu den materiellen Anteilen eines Menschen gehört in erster Linie sein physischer Körper, welchen wir normalerweise über eine möglichst lange Zeit gesund und funktionsfähig erhalten wollen. Um die beiden anderen Anteile zu begreifen, müssen wir versuchen, die Vorstellungen der antiken Chinesen anzunehmen. Diese Vorstellungen sind bis heute in den traditionellen Schulen des Qigong erhalten geblieben und sind sogar in viele andere neue Systeme übernommen worden.

Der reine Geist wird als **Shen** bezeichnet.

Auf der individuellen Ebene ist Shen der Stoff des menschlichen Bewusstseins. Er ist aber nicht rein immateriell oder gar der „heilige Geist“. Shen ist immer mit der physischen Ebene verknüpft. Shen spiegelt sich in der Präsenz des Menschen wieder, er stellt sein individuelles psychisches, mentales und körperliches Wesen dar. „Shen bestimmt die menschliche Gemütsverfassung, gibt Klarheit und Konzentration, stärkt den Willen und erhöht Ausdauer und Durchhaltevermögen“ (Ellenberger, 2005, S. 51).

Auf einer abstrakten Ebene, bezeichnet als „Jingshen“, steht er für den „Weltgeist“ und wird von Zhuangzi, einem chinesischen Dichter und Philosoph, als „fein, formlos, beweglich und wandelfähig“ beschrieben.

Ein Zitat von Zhuangzi (4. Jahrhundert vor unserer Zeit):

„Der Geist (Jingshen) reicht überall hin und strömt in alle Richtungen. Es gibt nichts, was er nicht durchdringt. Er verwandelt alle Dinge und zieht sie alle auf. Doch unmöglich ist es, sich ein Bild von ihm zu machen“ (Wilmes, 2019, S. 1).

„Da Shen ein kosmisches Prinzip ist und sich sozusagen überall zu Hause fühlt, ist es die Aufgabe fortgeschrittenen Trainings, Shen zum Bleiben zu bewegen. Auch die eigene Weltsicht und Lebensprogramme haben mit Shen zu tun“ (Ellenberger, 2005, S. 52). Einige dieser Programme müssen in Frage gestellt und je nach ihrer Funktionalität, entsprechend den Situationen in der jeweiligen Lebensphase, müssen sie angepasst werden.

Im Zhong Yuan Qigong werden 3 Ebenen des Shen unterschieden.

Die erste Ebene wird als Yin-Shen genannt und entspricht dem Geist eines gewöhnlichen Menschen, der keine speziellen Praktiken ausübt. „Solch ein Mensch wird geboren, lebt und stirbt eines natürlichen Todes“.

Die zweite Ebene nennt man Yuan-Shen, diese Ebene repräsentiert den Geisteszustand einer höheren Qualität. Ein solcher Mensch bekommt in Folge einer dauerhaften hingebungsvollen Praxis „außergewöhnliche Fähigkeiten“, wie Hellsehen oder Hellhören.

Die dritte Ebene wird Yang-Shen genannt. Der Mensch auf dieser Ebene wird nicht mehr an den materiellen Körper gebunden und kann seinen Körper nach belieben jederzeit verlassen. Solche Menschen haben nicht nur außergewöhnliche Fähigkeiten, sondern Erleben auch außergewöhnliche Wahrnehmungen (Mintang Xu, 2004, S. 41f).

Im Zusammenhang mit Qigong wird bei der Beschreibung von **Qi** von der Lebensenergie oder der Lebenskraft gesprochen. Nach chinesischer Vorstellung ist Qi die Voraussetzung allen Lebens, ist Urstoff und Energie zugleich. Qi stellt die Antriebskraft für alle Lebensvorgänge dar (Fischer, 2017, S. 85).

Hier ist noch ein Zitat von Zhuangzi: „Das Leben des Menschen ist eine Ansammlung von Qi: Wenn es sich sammelt, bedeutet es Leben, wenn es sich zerstreut, bedeutet es den Tod“. Menschen, die von Erschöpfung und Stress betroffen sind und subjektiv das Gefühl haben, Ihre Lebensenergie sei erschöpft oder blockiert, brauchen eine unmittelbare Erfahrung dieser Lebenskraft. Durch achtsame Übungen kann man lernen, verschiedene Qualitäten von Qi zu spüren und zu lenken (Fischer, 2017, S. 86). Qi kann sich in verschiedenen Modalitäten ausdrücken – Wärme, Strömung, Aktivität. Verschiedene Organe haben ihre spezifischen Qualitäten der Qi, welche man nach einem langen Üben auch spüren kann.

Somit sind wir bei dem dritten Begriff, **Yi**. Das ist eine Art Bindeglied zwischen Shen und Qi und kann mit dem Begriff „Vorstellungskraft“ übersetzt werden. Es wird auch gesagt, dass die Lebenskraft dorthin fließt, wo man die Aufmerksamkeit hinlenkt. Es repräsentiert auch eine Innere Willenskraft, welche sanft und nachhaltig wirkt. Richtig eingesetzt beeinflusst sie körperliche Vorgänge, ohne dem Körper zu schaden und kann die Vorstellungsbilder des Shen in physische Korrelate umsetzen. Es ist etwas mehr als Placeboeffekt, verlangt aber auch eine regelmäßige willentliche Anstrengung und Selbstdisziplin. In der chinesischen Imagemedizin kommt diesem Begriff eine besondere Rolle zu, weil dort in erster Linie mit klaren, gefühlsechten Vorstellungsbildern gearbeitet wird. In diesem Kontext wird auch oft **Xin** erwähnt, das wörtlich als „Herz“ übersetzt wird und im psychotherapeutischen Zusammenhang als „emotionales Bewußtsein“ mit seinen hedonistischen Trieben gedeutet werden kann. Bei den meisten Menschen ist Xin stärker als Yi, was sie dazu führt, möglichst schnell den genussvollen Aktivitäten zu folgen statt die Zeit und die Kräfte für wichtigere Sachen in Zukunft zu investieren. „Sobald man allerdings lernt, Yi besser einzusetzen, mindert sich die Kraft von Xin. Es geht insgesamt nicht darum, Xin zu unterdrücken oder gar zu verdrängen, denn das hätte vorwiegend negative Folgen. Xin und Yi müssen im Gegenteil lernen zusammenzuarbeiten, wobei Yi mit der Zeit eine Führungsrolle erhalten sollte“ (Ellenberger, 2005, S. 51).

Qigong in Psychotherapie

Es ist schwer zu sagen, wann Qigong zum ersten mal psychotherapeutisch eingesetzt wurde. Wahrscheinlich war das bereits zu Anfängen seiner Entwicklung. Die fernöstlichen Systeme trennen nicht Körper und Geist, sondern sehen es als eine Einheit. Mit der Psyche wurde gleichzeitig der Körper geheilt, genauso im Fall der körperlichen Krankheit muss der Kranke sich innerlich auf eine baldige Genesung einstellen.

Viele Konzepte im Qigong, und in der traditionellen chinesischen Medizin allgemein, ähneln dem Model der Salutogenese von Aaron Antonovski. Es ist nicht entweder „schwarz“ oder „weiß“, der Mensch ist nicht entweder „gesund“ oder „krank“, alles befindet sich in einem fließenden Gleichgewicht. Es ist „Jing“ und „Jan“, was auf dem Symbol der ständigen Wandlung dargestellt wird. Diese Denkweise ist für die meisten Menschen im Westen heute schwer zu begreifen. Besonders schwierig wird es beim Vergleich der Diagnosen in der Schulmedizin und in den fernöstlichen Lehren der Heilung. Bei der Qigongpraxis sollte der Praktizierende sich in einen meditativen Zustand versetzen. Es gibt Übungen die bei alltäglichen Aktivitäten in der Vorstellung durchgeführt werden können. Im fortgeschrittenen Stadium können die Leute Qigong rund um die Uhr praktizieren, denn alles was mit einer Klarheit des Bewußtseins, Achtsamkeit und einer entspannten Konzentration durchgeführt wird, wird zu einer Qigongpraxis. Das ähnelt den Systemen des Achtsamkeitstrainings nach Kabbat-Zinn und seinen Nachfolgern, ist aber viel älter. Heute stehen die Qigongmeister vor einer Frage, wie man diese Lehre den Menschen im Westen vermitteln kann. Eines der Probleme besteht in einer angemessenen Übersetzung, den für manche Begriffe des alten China gibt es keine entsprechenden Equivalente in den heutigen europäischen Sprachen. Dazu sagt man auch, dass Qigong nicht gelesen, sondern praktiziert wird und somit erklärt sich die Essenz des Qigongs während des Praktizierens selbst.

Der Vorteil von vielen Qigongünungen liegt darin, dass sie leicht zu erlernen sind. Die bewusste Komponente kann der Praktizierende mit der Zeit sich antrainieren, somit steigert sich auch die Effektivität dieser Übungen mit der Dauer der regelmäßigen Praxis.

Was ist Yoga?

Oft werde ich gefragt, was Yoga überhaupt ist, das ist auch eine einfache und zugleich eine schwierige Frage. Es ist nicht einfach zu erklären, weil es viele verschiedene Deutungen bei der Übersetzung aus dem Sanskrit gibt. Die indoeuropäische Wurzel des Wortes Yoga wird heute als **Yuj** geschrieben, was nach einer langen Wanderung der germanischen Völker im heutigen Deutsch zum Wort „Joch“ transformiert wurde. „Joch ist ursprünglich ein Holzstück, mit dem man Zugtiere an einen Pflug befestigt hat. Joch in diesem Sinn ist ein Verbindungsstück. Nicht umsonst ist eine der vielen Bedeutungen des Wortes Yoga - Joch, Verbindung.“ (YogaWiki). „Der Yoga schirrt Körper, Atem und Geist – Pferden gleich – an, sodass sie gemeinsam ein Gespann bilden, das sich in eine Richtung zu bewegen vermag“ (Trökes, 2017, S. 51).

Alle diese drei Elemente sind bei einem gewöhnlichen Europäer heute nicht gebunden. Der Geist ist in der Regel auf die Vergangenheit oder auf die Zukunft projiziert und beschäftigt sich mit Problemen, die er meistens entweder nicht mehr lösen kann oder die in einer ungewissen schwer begreifbaren Dynamik noch nicht aufgetreten sind. Diese Art des Bewusstseinszustandes ist wenig produktiv und kostet viel Zeit und erfordert eine enorme geistige Arbeit. Wenn dieser innere Geisteszustand lange fort dauert, entwickelt sich oft eine Erschöpfung mit vielen weiteren Folgeerscheinungen, wie Antriebsmangel und Passivität.

„Unser Körper führt währenddessen sein vegetatives Dasein, ohne dass wir uns dessen wirklich bewusst sind und der Atem als Bindeglied dokumentiert wechselweise den Zustand des Körpers oder des Geistes. Aus dieser Aufspaltung entstehen körperliche und psychische Krankheiten“ (Trökes, 2017, S. 51).

Yoga steht heute vor vielen neuen Aufgaben und Herausforderungen. Es ist jetzt viel mehr als eine spirituelle Lehre, wie es bei den Ursprüngen von Yoga war. Yoga wird praktisch und zielgerichtet in verschiedensten Bereichen eingesetzt, im Sport, für eine effektive und schnelle Entspannung, zum Training von mentalen und mnestischen Fähigkeiten (Training von Gedächtnis, Konzentration und Achtsamkeit), als Yogatherapie für Körper (Restaurativ-Yoga nach Iyengar) und Geist (Trauma-Yoga). Im Laufe der Geschichte hat Yoga viele Transformationen und Weiterentwicklungen erlebt,

was auch in der heutigen Zeit unter einem Zeitdruck und einer enormen gesellschaftlichen Wandlung besonders dynamisch passiert.

Die Ursprünge des Yoga reichen bis in die Zeit vor ca. 3500 Jahren zurück, die ersten schriftlichen Quellen findet man in den Upanishaden. Damals war es eine Methode, um sich mit seinem Wesenskern zu verbinden und einen göttlichen Ursprung in ihm zu erkennen. Zu dieser Zeit war Yoga durch spirituelle Techniken geprägt und weniger durch körperliche Übungen.

Es gibt einige Begriffe eines solchen spirituellen Denkens, welche es nicht einfach ist, einem Westeuropäer zu erklären. **Dharma** bedeutet so viel, wie eine persönliche Aufgabe des Menschen auf dieser Welt in diesem Leben. Dharma muss erst entdeckt und erkannt werden, damit es angenommen, akzeptiert und ausgeführt werden kann. Der Mensch muss es leben und nicht einfach automatisch ausführen, denn es geht um die Erkennung der universellen Prinzipien der Welt in seinem Inneren. Darin kann man eine Parallele zum systemischen Ansatz sehen. Dabei kristallisieren sich wichtige Fragen heraus, wie:

- Wer bin ich?
- Was ist mein inneres Wesen/das wahre Ich?
- Was ist in mir vergänglich und was ist ewig?

In den früheren Zeit war somit Yoga an religiöse Konzepte gebunden, heute ist es die Aufgabe „ein System des reinen Geistes“ zu entwickeln, bei dem solche „Denkkonzepte nicht aus dem Hintergrund“ auf den Bewusstseinszustand des Praktizierenden einwirken können.

Eine gängige Vorstellung ist auch, dass Yoga eine Lehre der Beruhigung und der passiven Hinnahme von dem was kommt sei. Im Gegensatz dazu wird in einer grundlegenden Schrift für Yoga aus dem 4. Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung, der **Bhagavadgita**, etwas anderes geschildert. Krishna, als eine weltliche Verkörperung des hinduistischen Gottes Vishnu, erklärt dem Scharfschützen/Bogenschießer Arjuna die Methoden und den Zweck einer Kriegsführung auf dem Schlachtfeld.

Einige Historiker sehen darin eine Widerspiegelung der arischen Invasion in Nordindien in einer Form der mythischen Überlieferungen. Für uns ist es wichtig zu erkennen, dass

Yoga eine harte und zum Teil gefährliche Arbeit an sich ist und nicht nur zur passiven Entspannung dient.

Die erste methodische Beschreibung des Yoga, „**Yoga-Sutra**“, stammt von **Patanjali**, sie wurde ca. 400 Jahre nach Christus geschrieben. Manche Autoren sehen in diesem Werk eine Parallele zu den Methoden der kognitiven Umstrukturierung aus der modernen Verhaltenstherapie (Trökes, 2017, S. 52).

Unsere mentalen Aktivitäten sind ein Produkt der Konditionierungen durch Erziehung und Kultur, sie lassen eine reine interpretationsfreie Wahrnehmung nicht zu. Die Methoden des Yoga helfen diese illusionäre Sichtweise zu beheben, denn sie ist die Ursache des Leidens in unserem Leben. Das primäre Ziel besteht darin, solche geistigen Aktivitäten zur Ruhe zu bringen, was in dem Zustand von Abwesenheit des „Inneren Dialogs“ sich äußert.

Patanjali beschreibt bestimmte Geisteszustände, die nicht eins-zu-eins auf Deutsch übersetzt werden können, sondern umschrieben werden müssen.

Viparyayo ist eine falsche Wahrnehmung, die auf unseren subjektiven Sichtweisen gründet und nur oberflächliche Wahrnehmungen ermöglicht, welche wiederum auf subjektiven Wertungen, Meinungen und Ansichten basieren. Das ergibt verzerrte Erinnerungen, die durch unsere Vorurteile und Erwartungen, Ängste und Zwangsvorstellungen geprägt werden. Das ist eine Fehlfunktion des Geistes, welche unserer „normalen“ täglichen Wahrnehmung entspricht.

Vikalpa beschreibt das Erkennen auf der Grundlage von Konzepten, die sich aus den Sichtweisen, Werten und Meinungen der Gesellschaft gebildet haben. Durch Erziehung bekommen wir ein Konzept vermittelt, wie die Welt ist und wie sie funktioniert. „Wir entwickeln im Laufe des Lebens ein Konzept von uns selbst, ein Selbstbild, das unsere Persönlichkeit und unser Ego formt. Unser Ego formt sich also gemäß all der Glaubenssätze und Annahmen, die wir über uns selbst haben, wobei wir dabei fast immer den Konzepten folgen, die unsere Eltern für uns hatten“ (Trökes, 2017, S. 60).

Smriti wird als „Erinnerungen“ übersetzt, die in der Regel ungenau und unvollständig sind und nicht unbedingt dem wirklich Erlebten entsprechen. Erinnerungen werden immer wieder neu konstruiert, beeinflusst durch Vermutungen und Einbildungen.

Nidra wird als „Schlaf“ übersetzt und bezeichnet einen Geisteszustand, wo wir „abgeschaltet“ haben und nichts mehr erkennen können. Das entspricht einer extremen Erschöpfung oder Stressbelastung, kann auch als ein Zustand der mittelgradigen bis schweren Depression beschrieben werden. Nidra drückt sich im Zustand der Ignoranz aus, bei dem wir nichts mehr erkennen oder wissen wollen, wir wollen alles ausblenden.

Pramana beschreibt im Gegenteil eine unmittelbare Erkenntnis, welche auf dem tiefen Wissen der universellen ewigen Wahrheiten gründet. Dieser Zustand ist hilfreich, um „den Geist zur Ruhe zu bringen“ und Schritt für Schritt unseren wahren Wesenskern (**Svarupe**) zu erkennen und das „ruhende Da-Sein“ erfahren zu können (Trökes, 2017, S. 59).

Ein anderer für die Entwicklung des Yoga wichtiger Gelehrte, **Swami Svatmarama**, beschreibt in seinem Werk „**Hatha-Yoga Pradipika**“ nicht nur Übungen des Geistes, sondern auch körperliche Übungen. Das ruht auf der Vorstellung, dass jede Körperhaltung einem bestimmten Geisteszustand entspricht. Auf diese Weise versucht man durch bestimmte Positionen, auch **Asanas** genannt, den geistigen Zustand und die körperliche Gesundheit zu bessern. Asanas werden in bestimmten Reihenfolgen unter entsprechenden Zeitrhythmen ausgeführt und mit Atemtechniken kombiniert. Außerdem kommen noch Reinigungsübungen, meditative Techniken und eine angepasste Ernährung hinzu. Hatha-Yoga basiert auf den Sichtweisen des Tantra, einer ganzheitlichen Lehre über Energie, Materie und Bewußtsein. Das reine Bewußtsein ermöglicht eine geschickte Lenkung und Kultivierung der inneren Energien, was sich auch im körperlichen Zustand widerspiegelt.

Yoga bei Depressionen

Es ist gar nicht einfach für schwer depressive, sich überhaupt dazu zu bewegen, auf die Matte zu gehen. Der Anfang ist immer schwer. Die richtige innere Einstellung macht dabei viel aus. Diese Einstellung betrifft die Zeit, den Raum und den Praktizierenden selbst. Es ist nun wichtig die Zeit zu schätzen, unabhängig vom Alter und von der aktuellen Situation. Jede Asanareihe beginnt traditionell mit Shavasana, der Leichenposition mit einer so weit es möglich ist, vollständigen Entspannung und endet auch mit Shavasana. Im besten Fall erlebt der Praktizierende in solchen Momenten ein

Gefühl der Zeitlosigkeit. Die Entspannung von der Übungsreihe ist genau so wichtig und wertvoll, wie die Entspannung danach. Der Praktizierende sollte sich nicht damit abfinden, dass er in der Hektik des Tages sich die Zeit dafür genommen hat, um seinen inneren Hund zu überwinden und es geschafft hat, sich zu einer körperlichen Anstrengung zu zwingen. Eine solche Praxis zeigt auch positive Effekte, bleibt aber in ihrer Wirkungsstärke auf der Ebene einer sportlichen Betätigung. Bedacht und majestätisch, aus der tiefen Ruhe kommend, sollen die Asanas ausgeführt werden. Sich danach materiell zu belohnen ist nicht verboten, zeigt aber noch auf die Verhaftung des Praktizierenden in der äußeren Welt.

„Die Yoga-Matte ist ein anderer Ort als Ihr Sofa oder Ihr Bett. Sie ist ein Ort, der Sie einlädt und motiviert, für sich selbst zu sorgen und die Blickrichtung neu auszurichten. Sie ist der Ort Ihrer Selbstliebe, Ihrer Selbstwirksamkeit und Ihrer Heilung!“ (Trökes, 2017, S. 104).

Es ist besonders wichtig die Übungen achtsam auszuführen. Wenn jemand versucht, sein Gefühl der Kraftlosigkeit und der Niedergeschlagenheit mit der willentlichen Anstrengung um jeden Preis zu überwinden und mit Gewalt sich in schwierige Asanas hineinzuzwingen, besteht eine große Gefahr einer körperlichen Verletzung. Eine solche Praxis bringt im besten Fall nur kurzzeitige positive Effekte, auch wenn solche Effekte in dieser kurzen Zeit stark ausgeprägt sein dürfen. Wut ist ein negativer emotionaler Impuls, der in einem solchen Fall als ein Gegenspieler zu ebenfalls negativen Gefühlen, wie Angst oder Hoffnungslosigkeit agieren kann. Der Praktizierende handelt in diesem Fall nach den „Regeln seines Egos“ und kommt nicht ohne weiteres aus der Wechselwirkung von durch „niedere Triebe“ determinierten Spirale seiner Handlungen heraus. Eine positive Einstellung, auch wenn sie in einem depressiven Zustand sehr schwer hervorzurufen oder gar sich vorzustellen ist, ist extrem wichtig! „Im Yoga geht es nie um Pflicht oder Zwang, sondern immer um ein Bekenntnis zu sich selbst, um die Hingabe an unsere Selbstfürsorge. Üben Sie ein, sich selber mit Nachsicht und Mitgefühl zu begegnen, wenn Sie hinter ihren eigenen Erwartungen zurückbleiben. Und lernen Sie auch, sich selber zu loben, wenn sie es geschafft haben, sich in Bewegung zu setzen. Ihr Belohnungszentrum im Gehirn wird auf solche Anerkennung und Nachfreude reagieren und Hormone ausschütten, die Ihr Wohlbefinden spürbar steigern

werden“ (Trökes, 2017, S. 104). Das ist der ganzheitliche Weg, bei dem der Mensch seine Kräfte für eigenes Glück in der Zukunft investiert, nebenbei macht er damit auch seine Nächsten glücklich und gibt Hoffnung den anderen depressiven Patienten.

Eine der Einstellungen in Yoga besteht darin, dass man bei einer Erschöpfung die Kräfte für eigene Genesung sparen soll. Die wertvollste Person eines Menschen ist er selbst, somit muß er erst lernen, sich selbst zu lieben. Sein Wissen kann er auch den anderen weiter vermitteln, aber erst dann, wenn dieses Wissen in seinem Inneren bereits reif wird. Für viele Europäer klingt das egoistisch und steht im Widerspruch zum christlichen Konzept der Selbstaufopferung. Gleichzeitig entspricht das aber vielen psychotherapeutischen Arbeitsmethoden, bei welchen die Selbstakzeptanz eine zentrale Stellung einnimmt. Wenn der Mensch versucht, mit seinen eigenen Kräften aus einer depressiven Phase herauszukommen, ist er besonders „anfällig“ für Kritik und für Mißdeutungen und Mißbilligungen seines Verhaltens von der Gesellschaft. Dabei muss ein solcher Patient den Fokus seiner Aufmerksamkeit auf sich selbst richten und alle Ressourcen mit einem positiven emotionalen Kontext in sich aktivieren. Es kann passieren, dass so ein Mensch auf einmal den anderen sehr seltsam vorkommt, wenn er sich von einem Tag auf den anderen ganz anders verhält. Das wäre auch zu erwarten, denn wenn ein depressiver Patient sich nicht mehr mit seiner „Opferrolle“ in der Gesellschaft identifiziert, nicht mehr bemitleidet werden will, sich körperlich aufrichtet und seine Gewohnheiten ändert, dann bringt das oft eine Unruhe in der Umgebung mit sich. In einem solchen Fall braucht man sich über überraschende Fragen nicht zu wundern, wie „Hast du in Lotto gewonnen!?!“, „Hast du dich frisch verliebt!?!“, „Warum läufst du wie ein Pfau auf ein mal!?!“, „Hast du heute welche Drogen genommen!?!“ oder auch solche Bemerkungen, wie „Du wirkst aber arrogant und hochnasig heute! Was ist denn los?!“.

Wir reagieren viel schneller und viel intensiver auf Bedrohungen als auf Möglichkeiten einer angenehmen Erfahrung durch eigenständige Handlungen. Das ist die evolutionsbedingte Biologie unseres Gehirns. Das Besinnen des eigenen Selbst ist in einem solchen Fall prinzipiell etwas anderes als das passive sich Zurückziehen bei einer Depression oder Angst. Das verlangt eine enorme innere Arbeit, denn eine dauerhafte negative Einstellung und Melancholie bewirken mit der Zeit hormonelle Veränderungen

und eine Umstrukturierung der neuronalen Verbindungen im zentralen Nervensystem. Diese negative Einstellung manifestiert sich in einem besonders schlimmen Fall zu einer sich selbst erhaltenden und sich selbst verstärkenden Schleife aus destruktiven Verhaltenskonditionierungen, dem negativen Selbstbild, einem gestörten neurobiologischen Gleichgewicht, disfunktionalen Interaktionen innerhalb des Soziums und einem aktiven selbstschädigenden Verhalten.

Die beste Möglichkeit aus einer solchen „Sackgasse“ herauszukommen besteht darin, mit dem zu arbeiten, was wir immer dabei haben – mit unserem Körper! Es ist schon lange bekannt, dass die Körperhaltung und die Laune sich gegenseitig beeinflussen und aufeinander abgestimmt werden. Das heißt, wenn eine bedrückende Welle im inneren Geisteszustand kommt, unabhängig wovon sie ausgelöst wurde, als erstes muss man sich aufrichten, tief und ruhig atmen, den Boden spüren und sich positiv einstellen! Im Sankskrit gibt es einen Begriff, **Pratipaksha**, was wörtlich als „Gegenströmung“ übersetzt wird. „Gemeint ist damit, dass wir etwas in uns aktivieren, das in der Lage ist, der Energie der Abwärtsspirale etwas entgegenzusetzen, sodass ihre Kraft geschwächt wird und sich allmählich wieder eine Aufwärtsbewegung einstellen kann“ (Trökes, 2017, S. 96). Der Patient muss sich in die positive Stimmung wieder versetzen, indem er seine Haltung wahrheitsgetreu dem glücklichen Zustand seines seelischen Erlebens während sehr angenehmen Momente nachahmt. „Auch wenn diese äußere Haltung noch gar nicht unserer inneren entspricht, kann sie doch erste Impulse auslösen, dem Fluss der Energie eine neue Richtung zu geben“ (Trökes, 2017, S. 97).

In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll das Prinzip von **Ha-Tha** zu erwähnen. Das bedeutet ein Zusammenspiel von Gegensätzen, das in einem harmonischen Gleichgewicht gehalten werden soll. Je nach Kontext, können verschiedene Gegenspieler gemeint sein „männlich – weiblich“, „hell – dunkel“, „Anstrengung – Entspannung“ u.s.w.. Eines der Merkmale bei Depressiven besteht darin, dass sie sich weder entspannen noch sich konzentriert für etwas einsetzen können. Für beides braucht man Energie! Die psychische Energie kann am ehesten aus der Transformation der physischen Energie gewonnen werden. Der depressive Patient muss dazu gebracht werden, die Spanne der entgegengesetzten körperlichen und somit auch geistigen Zustände auszuweiten. Er muss sich zu bestimmten Zeiten, so weit er kann, körperlich

anstrengen und dann für eine bestimmte Zeit sich möglichst völlig entspannen. Es gibt noch zwei weitere Begriffe, welche diesen Prinzip auf eine systematische Praxis übertragen.

Abhyasa bedeutet beharrliches und stetiges Üben. **Vairagya** bedeutet Gleichmut und Gelassenheit. Abhyasa ermöglicht „eine Gegenströmung zu alldem zu erschaffen, was uns belastet und beschwert – und das kann in einer Depression fast alles sein“ (Trökes, 2017, S. 72). Vairagya ermöglicht eine entspannte Fokussierung auf das, was gerade sinnvoll und machbar ist. Weder innere (Zweifel und Grübelgedanken) noch äußere (Stressdruck und Mißbilligung) Störfaktoren können einen Menschen, der dieses Prinzip verinnerlicht hat, nicht aus der Fassung bringen. Eine gewissenhafte Befolgung dieser Prinzipien führt trotz kurzfristiger Unannehmlichkeiten zu einer „Immunität“ gegen Depressionen. Ein solcher Mensch kann für manche Mitarbeiter im Betrieb als faul und motivationslos erscheinen, denn seine Aufmerksamkeit wird nach innen gerichtet und er sieht seine Arbeit als eine schöpferische Tätigkeit. In den Industrieländern wird im Gegenteil eine Fokussierung nach außen, auf die Produktionssteigerung und den Profit erwartet. Man muss dabei sicherlich erst seine Prioritäten setzen, obwohl beides in der Tat vereinbar ist. Ein emotional ausgeglichener Mitarbeiter „liefert“ mit der Zeit eine bessere Qualität, das kann eine geringere Produktionsmenge kompensieren und senkt zugleich die Wahrscheinlichkeit von Betriebsunfällen. Für den Betroffenen selbst ist es dennoch wichtiger auf sich selbst zu achten, als sich Sorgen über ein für beide Seiten (Arbeitsleben und eigene Gesundheit) akzeptables Kompromis zu machen. Während einer schweren depressiven Episode kann der Mensch ohnehin nicht produktiv arbeiten und wird sogar wahrscheinlich stationär behandelt. Dennoch bleibt meistens nach einer Besserung und der Entlassung aus der Psychiatrie eine Restsymptomatik erhalten und der Patient bleibt für die nächste depressive Phase anfällig. In dieser Zeit soll sich der Patient im Tagesablauf seiner Tätigkeiten an die Prinzipien von Abhyasa und Vairagya halten, die innere geistige Überzeugung soll sich dabei stets an **Bhavana** ausrichten. Dieser Begriff bedeutet eine einheitsfördernde innere Einstellung mit einem heilsamen inneren Bild und wird in Yoga-Sutra als eine seelische Ausrichtung bei der Bewältigung von inneren Hindernissen erwähnt. Bhavana neutralisiert Zweifel und destruktive unbewußte Einstellungen, wie „Ich kann das nicht!“ oder „Ich bin es nicht wert, glücklich

zu sein!“ und hilft dabei, den Fluß von heilsamen Energien ununterbrochen in die erwünschte Richtung fließen zu lassen.

Am Anfang wird es für den Depressiven nicht einleutend erscheinend, um welche Energien es gehen soll, denn während einer depressiven Phase spürt er gar keine Energie und kann weder sein Körper wirklich wahrnehmen noch seinen seelischen und geistigen Zustand beeinflussen. Das soll einen solchen Betroffenen nicht zusätzlich deprimieren, bei einer regelmäßigen Yogapraxis wird sich alles bessern. Die Konzepte von **Kriya-Yoga**, einem Yoga der reinigenden Handlung, können bei einem langsamen Wiederaufstieg zum erfüllten Leben hilfreich sein. Patanjali bereibt diese Art von Yoga so „Mit Bereitschaft zum Versicht leidenschaftlich handeln, dabei durch Rücksicht auf die eigenen Kräfte und Grenzen über sich selbst lernen und dem unvorhersehbaren gegenüber offen zu sein, das wird Kriya-Yoga genannt“ (Sriram, 2010, S. 95). Diese alte „extrem zusammengepresste“ Definition wird ausführlicher an drei Qualitäten einer verantwortungsvollen Praxis der Kriya-Yoga erklärt. Eine unnachgiebige Motivation mit der Überzeugung eines bevorstehenden positiven Effekts, ohne eine Anhaftung an die konkreten Formen eines solchen Effekts zu entwickeln, wird als **Tapas** bezeichnet. Diese Motivation bleibt nicht abstrakt, sondern wird in täglichen Handlungsroutinen ausgedrückt. Die zweite Qualität, **Svadhiyaya** genannt, bedeutet Selbststudium, eine weltoffene innere Haltung. Sie entspricht einer introvertierten seelischen Arbeit, bei der alte Überzeugungen und Prinzipien in Frage gestellt werden. Es geht darum, innere Leitsätze zu bilden, welche der aktuellen „Außenwelt“ mehr entsprechen und gleichzeitig dem Patienten helfen, sich wohl in seiner „inneren Welt“ zu fühlen.

Die dritte Qualität, **Ishvara Pranidhana**, bedeutet die Hingabe dem „universellen Weltgeist“, dem „Schöpfer“, manchmal auch „Gott“ genannt. Manchmal erscheinen uns unsere Lebenskriesen nach einer Zeit sinnvoll gewesen zu sein, als ob diese damals erschütternden Erlebnisse für uns heute notwendig gewesen wären, als ob irgendeine „höhere Macht“ das Ganze so gelenkt hat, dass wir den Sinn dieses früheren Geschehens erst jetzt verstehen. Viele kennen dieses Gefühl, und eine tiefgründige Akzeptanz der Vergangenheit und der Zukunft wird mit dieser dritten Qualität beschrieben.

Wirkung der Kampfkünste auf Depressionen

Dieses Kapitel kommt nicht zufällig nach den Kapiteln über Qigong und Yoga. Es gibt Kampfqigong und es gibt Kampfyoga. Laut der Überlieferungen, sind die ersten Kampfkünste aus Yoga entstanden. Bereits in den Ursprüngen waren diese Künste von ethischen Vorstellungen einer kriegerischen Tugend auf dem Weg zur Selbsterkenntnis geprägt. Es gab klare Richtlinien zum respektvollen Umgang mit sich selbst und mit anderen (**Yama und Niyama** in Yoga) und Anweisungen zur Praxis der Selbstdisziplin. Diese uralte Kampfkunst heißt Kalarippayat, sie bildete eine Grundlage für die Entwicklung von weiteren Kampfkunstarten im fernen Osten. Die Entwicklung von Qigong wurde auch sehr stark von den indischen Lehren über Kampfkünste, Meditation, Heilpraktiken und Körpertraining beeinflusst. „Der indische Mönch Bodhidharma gilt als Begründer des Chan-Buddhismus. Der Legende nach reiste er um ca. 520 n. Chr. nach China und kam in das Shaolin-Kloster in der Provinz Henan. Bodhidharma verband seine aus Indien mitgebrachten Kenntnisse von Hinduismus, Buddhismus, indischer Energielehre und Yoga mit den in China vorgefundenen Taoismus, Konfuzianismus und chinesischer Medizin zum Shaolin Qigong auf Basis des Chan Buddhismus“ (Enders, 2019, S. 1). Zhong Yuan Qigong, das ich gelegentlich praktiziere, ist eine traditionelle Qigong Richtung aus dem Shaolin Kloster. In Shaolin wurden verschiedene Techniken des Kampfqigongs entwickelt. Bekannt sind Systeme wie „das eiserne Hemd“ aus dem harten Qigong, weniger bekannt sind Systeme des „leichten Kampfqigongs“. Das schnelle und lange Laufen mit der Ausrüstung durch die Berge setzte bestimmte Schritttechniken und Atemtechniken voraus. Die Krieger mussten sich möglichst schnell nach einer Erschöpfung oder nach Verletzungen regenerieren, wozu in den früheren Zeiten auch spezielle Übungen von Geist und Körper entwickelt wurden. Das stellt eine Brücke zwischen dem medizinischen und dem Kampfqigong dar.

Die fernöstlichen Kampfkünste wurden im Westen hauptsächlich durch Karate bekannt. Die meisten Kampfkünste wurden geheim gehalten und nur innerhalb von bestimmten Linien weitergegeben. Karate stammt aus Okinawa und war ursprünglich eine Kampfkunst von Fischern und Bauern, im Unterschied zu zum Beispiel Ju-Jitsu, was eine Kampfkunst des „militärischen Adels“, der Samurais, war. Im zweiten Weltkrieg wurden viele japanische Soldaten in Karate unterrichtet, das war keine Geheimlehre mehr. Viele andere militaristische Staaten fanden Karate und andere Kampfkünste sehr

nützlich, dadurch fanden in der Nachkriegszeit gerade die „anwendungsrelevanten“ Kampftechniken ihren Platz auch im Westen. Das Konzept vom „Kampfgeist“, „Treue dem Führer“, Hierarchie, „Ehrenwort“, eine ausgeprägte Selbstverantwortung und eine strenge Befolgung von Regeln und Befehlen zeigen viele Parallelen zum Rittertum im mittelalterlichen Europa. Als ein sehr gewinnbringender Nebeneffekt einer regelmäßigen Kampfkunstpraxis erweist sich eine hohe Stressresistenz der Praktizierenden, aber auch die körperliche Kraftausdauer und Robustheit. Die Fähigkeit sich auf etwas über eine längere Zeit zu konzentrieren und die Fähigkeit eine innere Gelassenheit auch in schwierigen Situationen beizubehalten, sprechen für eine regelmäßige Praxis der Kampfkünste.

Diese Eigenschaften sind auch heute gefragt, auch wenn die Lebensweise und somit auch die Art von Dauerstress sich in Europa geändert haben. Die ganzheitliche und individuelle Herangehensweise eines guten Trainers bereitet seine Schüler auf meist unberechenbare Schwierigkeiten im Leben und steigert ihre Resilienz. Kampfkünste können zum Beispiel ein verbessertes Selbstbewusstsein und Stärkung der Kompetenzgefühle fördern. Erhöhte Selbstkontrolle, verminderte Angst, Fähigkeit zur Toleranz und Anpassungsbereitschaft, Erwerb von problem- und emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien und verminderte Aggression wurden bereits im Zusammenhang mit der Kampfkunstpraxis in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben. Die Integration von Kampfkünsten im therapeutischen Rahmen haben ein erhebliches Potential für die Ergänzung rein verbaler Therapieverfahren. Insbesondere die wahrnehmungsschulenden, emotionsregulierenden, gemeinschaftsbildenden, selbstsicherheits- und souveränitätsfördernden Aspekte der Kampfkünste können den psychotherapeutischen Prozess optimal ergänzen (Thiemme & Hubertus, 2012, S. 133f). Die meditativen Techniken einer Selbstreflexion helfen eigene aggressive Impulse zu entdecken und sie zu „entschärfen“. Anderenfalls, einfach nur unterdrückt und ins Unterbewusste verdrängt, können diese Impulse sich in ein selbstdestruktives Verhalten umwandeln und in Form von Süchten oder Depressionen in Erscheinung treten. Dabei erweist sich eine klientenorientierte und individuell angepasste Kampfkunstpraxis nicht nur als eine präventive Methode therapeutisch wirksam, sie zeigt ihre positiven Wirkungen sogar dann, wenn sich die destruktiven Programme und eine deprimierte

Lebenseinstellung sich bereits in psychosomatischen Störungen manifestiert haben (Grässner & Deimel, 2007, S. 1).

Ausblick

So nenne ich den Abschlußteil meiner schriftlichen Arbeit, weil es noch keine meßbaren Ergebnisse, keine Analyse dieser Ergebnisse und auch kein Fazit noch gibt. Im Großen und ganzen ist das nur der theoretische Teil meiner Arbeit, mit den „Skalen für die Messung einer Depression“ gibt das auch einen Einblick in die Methodik. Zum methodischen Teil werden noch gehören:

- 1) Ein von mir zusammengestellter Fragebogen, der zum Teil aus den Anteilen der bereits beschriebenen Depressionsskalen bestehen wird, zum Teil soll er aus zusätzlichen Fragen bestehen, die mir bei einer harmonischen Zusammenarbeit das medizinische Personal unter einer eindeutigen Zustimmung der Patienten in Verfügung stellen kann. Dazu gehören:
 - a) Schlafdynamik (nachts und tags) mit der Zeit des Einschlafens und Aufweckens, Zeit des „aus dem Bett Aufstehens“, am besten mit einzelnen Schlafphasen, wenn solchen gemessen wurden.
 - b) Körperliche Tätigkeit, wie Spazieren gehen oder Gymnastikübungen, auch Meditation (nicht im Liegen !)
 - c) Appetit und Essverhalten, „was hat geschmeckt?“, „wonach hat es geschmeckt?“, „wie intensiv war der Geschmack?“, „gab es Schweregefühl nach dem Essen?“
- 2) Persönliche Angaben der Patienten, nur wenn es nicht zu anstrengend wird und stimmig sein wird:
 - d) Mit welchen Menschen, wie oft und wie lange gab es im Laufe des Tages soziale Kontakte?
 - e) Welche Gedanken haben mich wann „besucht“?
 - f) Waren das wirklich eigene Gedanken, oder gab es ein Gefühl, wie „so mußte ich denken“?
 - g) Was wären die wahrscheinlichen Auslöser dafür? Was gab es noch an Ereignissen im Laufe des Tages?

3) Fragen zu Qigongpraxis:

- h) Wann?
- i) Wie lange?
- j) Was genau wurde praktiziert?
- k) Das Gefühl und Stimmung vor und nach der Übung

4) Träume und Fantasien, Zukunftsaussichten

- l) Wovon träume ich heute?
- m) Was waren meine Träume in Kindheit?
- n) Wie ist der Unterschied von damals und jetzt?

Der letzte Teil ist nicht zufällig. Ein Spruch von Paolo Coelho heißt „Lebe deine Träume und nicht deine Ängste!“. Ich sehe darin eine riesige Ressource. Die Erschließung versteckter Ressourcen ist nach meiner Ansicht der wichtigste Teil einer Therapie. Auf der *Abbildung 6* ist ein Model dargestellt, das nach meiner Vorstellung einer Dynamik im Reifeprozess eines Menschen im Laufe seines Lebens widerspiegelt.

Es gibt eine Disposition dafür, eine Depression zu entwickeln. Dazu zählen: genetische Veranlagung, schlimme Lebenserfahrungen und Traumen, soziales Umfeld, Wirkung von pharmakologischen Substanzen oder Suchtmitteln, Zukunftsaussichten und das Alterungsprozess. Viele Leute wollen es nicht akzeptieren, dass sie alt werden und nicht mehr „können so wie früher“. Bereits wenn eine Person das akzeptieren kann, erschließen sich neue Ressourcen bedingt durch Selbstakzeptanz. Wesentlich ist dabei sich bewußt zu sein, dass die wichtigste Person im Leben eines Menschen er selbst ist, auch wenn nahe Angehörige extrem wichtig sind. Die sozialen Kontakte mit einer gegenseitigen Unterstützung sind auch extrem Wichtig, aber die eigene Gesundheit bleibt immer noch wichtiger als das Geld und die damit verbundene Arbeitsbeschäftigung.

Die schwierigen Lebensphasen und schlimme Ereignisse werden immer wieder im Leben vorkommen. Es ist wichtig auch das zu akzeptieren! Eine depressive Symptombildung tritt erst dann auf, wenn die eigenen Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien die Stressoren nicht mehr tollerieren oder der neuen Situation nicht mehr entsprechend sich anpassen können. Auf der *Abbildung 6* ist eine solche Schwelle mit einer unterbrochenen roten Linie dargestellt.

Zum Schluss noch etwas spirituelles – „höhere Ziele“!

Sinnhaftigkeit ist ein wesentlicher Aspekt im Leben eines Menschen, was ihm dabei hilft, eine Widerstandskraft, Resilience, Stresstoleranz aufzubauen und noch wichtiger, sich damit zu identifizieren. Meine Vorstellungen entsprechen weitgehend dem Model der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Im Laufe der Zeit bin ich zu einer Erkenntnis gekommen, die schon längst bekannt ist „Qigong tut man nicht lesen, Qigong tut man praktizieren“. Diesem Leitsatz will ich in Zukunft folgen und mein Wissen weitergeben, in dem ich das therapeutisch einsetzen werde.

Danke für die Aufmerksamkeit!

Literaturverzeichnis

- Brenner, H. (1989). *Autogenes Training*. München: Humboldt-Taschenbuchverlag-Jacobi KG.
- Brenner, H. (2010). *Autogenes Training Oberstufe* (1. Ausg.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Chan AS, W. Q. (Dez. 2012). A Chinese Chan-based mind-body intervention for patients with depression. *J Affect Disord.* doi:doi: 10.1016/j.jad.2012.05.018. Epub 2012 Jul 25.
- Dannlowski U, S. A. (Februar 2012). Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry*. doi: doi: 10.1016/j.biopsych.2011.10.021.
- Dilling H, F. H. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (8. Auflage Ausg.).
- Ellenberger, O. (2005). *Qigong für Therapeuten, Vom Umgang mit positiven und negativen Energien* (1. Ausg.). München: Urban&Fischer Verlag.
- Enders, H. (2019). *Shaolin Qigong & Tai Chi Chuan*.
- Feldenkrais, M. (1985). *Die Entdeckung des Selbstverständlichen*. Frankfurt am Main .
- Feldenkrais, M. (1988). *Über die Gesundheit*. Bielefeld: Bibliothek der Feldenkraisgilde.
- Feldenkrais, M. (1999). *Der Weg zum reifen Selbst* (Bd. 2. Auflage). (R. Schleip, Hrsg.) Paderborn: Junfermann Verlag.
- Fischer, C. (2017). *Qigong in Psychotherapie und Selbstmanagement* (3. Ausg.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fröstl, H. (2000). *Klinische Neuro-Psychiatrie*. Georg Thieme Verlag.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie, ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode* (2. Auflage Ausg.). München: Klett-Cotta.
- Görtz, C. (2019). Feldenkrais. *Wissenschaftliche Grundlagen (Dieser Artikel ist dem Berufsbild der „Feldenkrais-Gilde e.V.“ entnommen)*.
- Grässlin, Y. (2004). Validierung der deutschen Version des Inventory of Depressive Symptoms (IDS) in einem Selbstbeurteilungsverfahren. (U. f.-L.-U. Freiburg, Hrsg.) Freiburg.
- Grässner, H., & Deimel, H. (2007). Kampfkunst in Psychosomatik und Psychotherapie. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 23, S. 66-71. doi:DOI: 10.1055/s-2007-960605
- Guo L, K. Z. (7. März 2019). Qigong-Based Therapy for Treating Adults with Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*, S. 1. doi:doi: 10.3390/ijerph16050826.
- Hoc, S. (18. Juni 2004). Depressive Erkrankungen Häufig mit Schmerzen verbunden. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 25.
- Hochmuth, A., Keil, V., Keller, S., Kuck, J., Ordowski, E., & Weber, A. (29. Juni 2010). Depression. „Sind negative Kognitionen Symptome einer Depression oder auch Ausdruck von Persönlichkeitszügen?“. München.

- Hoffmann, B. (1981). *Handbuch des autogenen Trainings* (3. Ausg.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Jobst A, B. E. (6. Februar 2016). European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry : the Journal of the Association of European Psychiatrists*. doi:DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.12.003
- Joseph JJ, G. S. (März 2017). Cortisol dysregulation: the bidirectional link between stress, depression, and type 2 diabetes mellitus. *Annals of the New York Academy of Sciences*. doi: doi:10.1111/nyas.13217
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *American Psychological Association*, S. 144–156. doi:DOI: 10.1093/clipsy/bpg016
- Krampen, G. (1996). Effektivität und differentielle Indikation des Autogenen Trainings bei depressiven Störungsbildern. *Trier Psychologische Berichte*.
- Lach G, S. H. (Januar 2018). Anxiety, Depression, and the Microbiome: A Role for Gut Peptides. *Neurotherapeutics*. doi:doi: 10.1007/s13311-017-0585-0.
- Leichsenring F, S. C. (Februar 2016). Psychotherapy Versus Pharmacotherapy of Depression: What's the Evidence? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. doi:doi: 10.13109/zptm.2016.62.2.190.
- Liu J, X. H. (7. Dec 2018). The Effects of Tai Chi on Heart Rate Variability in Older Chinese Individuals with Depression. *Int J Environ Res Public Health*, S. 15. doi: doi: 10.3390/ijerph15122771.
- Matos LC, S. C. (Januar 2015). Qigong as a Traditional Vegetative Biofeedback Therapy: Long-Term Conditioning of Physiological Mind-Body Effects. *BioMed Research International*. doi:doi.org/10.1155/2015/531789
- Maxeiner S, R. H. (2015). *Dr. Psych's Psychopathologie, klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. Auflage Ausg., Bd. 1).
- Merakou K, T. K. (Januar 2019). The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Emotional Competence: Depression-Anxiety-Stress, Sense of Coherence, Health-Related Quality of Life, and Well-Being of Unemployed People in Greece: An Intervention Study. *Explore (NY)*. doi:DOI: 10.1016/j.explore.2018.08.001
- Mintang Xu, M. T. (September 2004). *Zhong Yuan Qigong, Ein weg zur Selbstheilung und Selbstentwicklung* (1. Ausg., Bd. 1). (B. J. Dworkin E, Übers.) Lingen: Sofia.
- Müller-Braunschweig, H., & Stiller, N. (2010). *Körperorientierte Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Opel N. (April 2019). Mediation of the influence of childhood maltreatment on depression relapse by cortical structure: a 2-year longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry*.
- Perrin AJ, H. M. (28. Juni 2019). Glucocorticoid Resistance: Is It a Requisite for Increased Cytokine Production in Depression? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*. doi:doi: 10.3389/fpsyt.2019.00423. eCollection 2019.

- Raič M. (Dezember 2017). Depression and Heart Diseases: Leading Health Problems. *Psychiatria Danubina*.
- Scalarum, C. I. (Hrsg.). (2015). Internationale Skalen für Psychiatrie. Göttingen: Hofgreffe.
- Sriram, R. (2010). *Patanjali. Das Yogasutra*. Düsseldorf: Theseus Verlag.
- Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2000). Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, S. 419-434 .
Von <http://hdl.handle.net/20.500.11780/2487> abgerufen
- Tavormina R, T. M. (November 2018). Overcoming Depression with Dance Movement Therapy: A Case Report. *Psychiatria Danubina*.
- Thiemme, T., & Hubertus, D. (2012). Zur therapeutischen Wirksamkeit von Kampfkünsten. *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, 33, S. 128--148.
- Thomas D. Meyer, M. H. (2001). Allgemeine Depressions-Skala (ADS). *Diagnostica* , 47, S. 208-215. doi: <https://doi.org/10.1026//0012-1924.47.4.208>.
- Trökes, A. (2017). *Yoga bei Depressionen*. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH.
- Weiss , H., & Harrer , M. (Januar 2010). Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch „Nicht-Verändern-Wollen“ – ein Paradigmenwechsel? *Psychotherapeutenjournal*, S. 14-24.
- Wikipedia*. (2019). Von https://de.wikipedia.org/wiki/Rudolf_von_Laban. abgerufen
- Wilmes, A. (2019). Shen.
- Wu JJ, Z. Y. (MAi 2019). Effect of Qigong on self-rating depression and anxiety scale scores of COPD patients: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. doi: doi: 10.1097/MD.00000000000015776.
- Ye J, C. W. (Mai 2019). The Neuroscience of Nonpharmacological Traditional Chinese Therapy (NTCT) for Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. doi:doi: 10.1155/2019/2183403
- YogaWiki. (kein Datum). Joch – Yogawiki - wiki.yoga-vidya.de.
- Zou L, Y. A. (August 2018). Effects of Meditative Movements on Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Clinical Medicine*. doi:doi:10.3390/jcm7080195