# Achtsamkeit und Berührung

## als therapeutische Intervention
## Quantitative und qualitative Forschungsergebnisse

Dissertation

zur Erlangung des Grades

**Dr. (Health Sciences)**

**Andreas Stötter**

Juli 2016

# Achtsamkeit und Berührung

## als therapeutische Intervention
## Quantitative und qualitative Forschungsergebnisse

Dissertation

zur Erlangung des Grades

**Dr. (Health Sciences)**

an der

Universidad Central de Nicaragua (www.ucn-eu.net)

vorgelegt von

**Andreas Stötter**

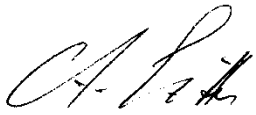
am UCN Branch Campus am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung

Graz / Schloss Seggau (www.inter-uni.net), Österreich

Juli 2016

Andreas Stötter, MSc
Neustadt 4
Sterzing/Südtirol-Italien
as@insightouch.com

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.



Graz, im Juli 2016

Im Sinne fachlicher begleiteter Forschungsfreiheit müssen die in den Thesen des Interuniversitären Kolleg vertretenen Meinungen und Schlussfolgerungen sich nicht mit jenen der BetreuerInnen und BegutachterInnen decken, sondern liegen in der Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

***Dissertation angenommen***

Senior Supervisor: Prof. Dr. Dr. Peter Christian Endler

Chair of Examination Committee: Prof. Dr. Dr. Gerhard Berchtold

**DANK**
Ich möchte mich in erster Linie bei den Studien-TeilnehmerInnen und den TherapeutInnen bedanken die mir diese Arbeit ermöglicht haben. Ein besonderer Dank gilt meiner Frau Verena die mich in allen Phasen der Arbeit unterstützt und motiviert hat. Weiterer Dank gebührt meinen Kollegen und Kolleginnen, die mich fachlich bereichert haben und den Co-Autoren der Zeitschriftenbeiträge.
Einen Dank auch an meine Lehrer und Supervisoren Wilhelm Mosgöller, Christian Endler und Paul Pass.

# INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG ..... 8

**PUBLIKATION 1 - ABSTRACT ..... 11**

1 HINTERGRUND ..... 11
*1.1 Achtsamkeit ..... 11*
*1.2 Berührung ..... 11*
*1.3 Achtsamkeit und Berührung – der integrative Aspekt ..... 12*
*1.4 Achtsamkeit und Berührung bei Depressiven Menschen ..... 12*
2 ZIEL ..... 13
3 METHODE UND DESIGN ..... 13
*3.1 Versuchsgruppe ..... 14*
*3.2 Kontrollgruppe ..... 14*
*3.3 Messmethode ..... 14*
4 ERGEBNISS ..... 15
5 SCHLUSSFOLGERUNG ..... 15
6 LITERATUR ..... 16

**PUBLIKATION 1 ..... 17**

1. ABSTRACT ..... 18
2. INTRODUCTION ..... 18
*2.1 Prevalence of Depression ..... 19*
*2.2 Mindfulness and touch as therapeutic principles ..... 19*
2.2.1 Mindfulness ..... 19
2.2.2 Touch ..... 20
2.2.3 Synergies of touch and mindfulness ..... 21
*2.3 Rationale for the study ..... 23*
3 STUDY DESIGN AND METHODES ..... 23
*3.1 Patients ..... 23*
*3.2 Test group ..... 24*
*3.3 Control group ..... 24*
*3.4 Description of the therapeutic method ..... 25*
3.4.1 Touch ..... 25
3.4.2 Counselling ..... 25
3.4.3 "Homework" as part of therapy ..... 26
*3.5 The metric – Hamilton's scale ..... 26*
*3.6 Statistics ..... 26*
4 RESULTS ..... 27
*4.1 Comparison of symptom severity in the two groups ..... 27*
*4.2 Comparison by item ..... 27*
5. DISCUSSION ..... 29
*5.1 Possible action mechanism ..... 30*
5.1.1 Mindfulness ..... 30
5.1.2 Touch ..... 31
5.1.3 Integration of mindfulness practice and therapeutic touch ..... 33
6. OUTLOOK ..... 34
7. REFERENCES ..... 35

**PUBLIKATION 2 - ABSTRACT ..... 39**

1 HINTERGRUND ..... 39
2 ZIEL ..... 39

3 METHODE ..... 39
4 ERGEBNISSE ..... 40
5 SCHLUSSFOLGERUNG ..... 40
6 LITERATUR ..... 41

**PUBLIKATION 2 ..... 42**

1 ZUSAMMENFASSUNG ..... 43
2 HINTERGRUND ..... 43
*2.1 Bindung ..... 43*
*2.2 Bindung und Achtsamkeit ..... 44*
*2.3 Bindung und Gesundheit ..... 44*
*2.4 Achtsamkeit und Spiritualität ..... 45*
3 ZIEL ..... 46
4 METHODE ..... 46
5 ERGEBNISSE ..... 47
6 SCHLUSSFOLGERUNG ..... 53
7 LITERATUR ..... 54

**PUBLIKATION 3 - ABSTRACT ..... 55**

1 HINTERGRUND ..... 55
*1.1 Achtsamkeit ..... 55*
*1.2 Berührung ..... 57*
*1.3 Berührung und Bindung ..... 59*
*1.4 Berührung und Achtsamkeit ..... 60*
*1.5 Oxytocin ..... 62*
*1.6 Cortisol ..... 64*
2 ZIEL ..... 65
3 METHODE ..... 65
*3.1 Studiendesign ..... 66*
*3.2 Forschungsfragen ..... 66*
*3.3 Messmethode der Intervention ..... 66*
*3.4 Studienablauf ..... 67*
*3.5 Studienablauf für die Teilnehmer ..... 67*
*3.6 Statistische Analyse ..... 67*
*3.7 Beschreibung der therapeutischen Methode ..... 68*
3.7.1 Berührung ..... 68
3.7.2 Gesprächsführung ..... 68
3.7.3 Hausaufgaben ..... 69
4 ERGEBNISSE ..... 70
5 SCHLUSSFOLGERUNG ..... 71
7 LITERATUR ..... 72

**PUBLIKATION 3 ..... 79**

1 ZUSAMMENFASSUNG ..... 80
2 HINTERGRUND ..... 80
3 FORSCHUNGSFRAGEN ..... 84
4 METHODIK ..... 84
*4.1 Gewinnung der Stichprobe und Beschreibung der Teilnehmer ..... 84*
*4.2 Beschreibung der Stichprobe ..... 85*
*4.3 Beschreibung der Intervention ..... 85*
*4.4 Beschreibung der Fragebögen ..... 86*
*4.5 Beschreibung der Messung der Biomarker ..... 87*
*4.6 Beschreibung des Ablaufs der Studie ..... 87*

*4.7 Statistische Verfahren ..... 89*
5 ERGEBNISSE ..... 89
6 DISKUSSION ..... 94
7 LITERATUR ..... 97
8 ANHANG ..... 102

## ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Bewusstseinszustand der Achtsamkeit als kognitiven Aspekt der Psyche und dem prägenden Faktor der Berührung im Zusammenhang mit frühen Bindungserfahrungen.

Dabei wurden eine Korrelationsstudie und zwei klinische Interventionsstudien realisiert.

Im Detail wurden der Zusammenhang von frühen Bindungserfahrungen und Gesundheit und der Zusammenhang von Bindungsstilen und Achtsamkeit erforscht. In einer oneline-Befragung wurden ca.700 Personen zu ihrem Bindungsverhalten, ihren psychosomatischen Beschwerden, ihrer Fähigkeit zum achtsamen Wahrnehmen und ihrem Zugang zur Spiritualität befragt.

In den zwei klinischen Interventionsstudien wurde die Wirkung von Achtsamkeitspraxis in Verbindung mit achtsamer therapeutischer Berührung (Insightouch®) bei Menschen mit psycho-pathologischen Symptomen, mit geringer Bindungsfähigkeit und geringer Achtsamkeit untersucht.

In der ersten Interventionsstudie, wurde die Wirkung der Methode bei mittelschweren Depressionen untersucht und in der zweiten Interventionsstudie wurde die Wirkung bei psycho-pathologischen Beschwerden (Angst, Depression, Somatisierung) und bei Bindungsstörungen (Angst vor Nähe, Angst verlasen zu werden, Mangel an Vertrauen) untersucht.

Als körperorientierter Psychotherapeut ist es mir ein Anliegen die Wichtigkeit des Körpers im Prozess einer psychotherapeutischen Arbeit hervorzuheben.

In der akademischen Psychologie sowie in der Lehre und Forschung der anerkannten Psychotherapieverfahren führt die therapeutische Berührungsintervention ein verwaistes Dasein. Das Interesse am Körper reduziert sich auf eine medizinische Sichtweise und suggeriert somit dem Klienten dass psychische Aspekte nichts mit dem Körper zu tun haben. Trotz schulübergreifender Diskussionen und Integrationsversuchen verschiedener Verfahren unter Psychotherapeuten bleibt das Thema „Berührung“ ein nicht integrierbarer Aspekt und führt zum Teil zu Voreingenommenheit, Unkenntnis und Polemik.

Eine durch Berührung ausgelöste korrigierende Erfahrung, kann einen Verarbeitungsprozess einleiten und im impliziten Gedächtnis gespeicherte

sensomotorische Prägung verändern, was möglicherweise zu einem neuen Selbst- und Beziehungs-Modell führen kann, besonders wenn es sich um frühen Beziehungserfahrungen handelt, die dem kognitivem Geist nicht zugänglich sind.

Als Hakomi-Therapeut (Hakomi ist eine auf Achtsamkeit basierende Körperpsychotherapie) ist es mir zudem ein besonderes Anliegen die Qualität der Achtsamkeit in therapeutischen Prozessen zu fördern.

Die wichtige und entscheidende Rolle der achtsamen Wahrnehmung in der Psychotherapie als Instrument, intrapersonale Prozesse zu steuern und zu regulieren, ist immer wieder betont worden (Weiss 2006 in Marlock & Weiss 2006).

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

Inzwischen hat Achtsamkeit in psychotherapeutischen Methoden immer stärker Eingang gefunden. So sieht Goleman (1996) die Achtsamkeit als Hauptgrundlage für das Training emotionaler Intelligenz. Auch in der Verhaltenstherapie hat Achtsamkeit seit vielen Jahren ihren wichtigen Platz.

In den letzten Jahren fand die Forschung rund um die Achtsamkeit einen zentralen Schwerpunkt darin, die Achtsamkeit des Therapeuten zu untersuchen (Safran 2006, Fulton 2005). So lassen sich achtsame Therapeuten durchaus als feinfühlig beschreiben. In Analogie zu mütterlichen Feinfühligkeit nehmen sie ihre Klienten wahr, können sich in diese einfühlen und können auf deren Bedürfnisse angemessen reagieren. Diese Verbindung von achtsamer Berührung und Achtsamkeitspraxis könnte diese Herangehensweise als emotionale korrigierende Erfahrung erlebt werden.

Diese Überlegungen haben dazu geführt, eine neue Form der Körperarbeit zu entwickeln: Insightouch® (Stötter et al. 2013, Stötter u. Stötter 2014). Sie kombiniert Berührungsinterventionen und Massage, die der Thearapeut aus einem achtsamen Zustand heraus durchführt, mit einer Achtsamkeitsschulung des Klienten und der Anleitung zur Achtsamkeit während der Sitzungen.

Diese Verknüpfung von Berührungsinterventionen und Achtsamkeitspraxis in der Therapie ist noch nicht erforscht welches eines der Beweggründe für diese Arbeit war.

In der ersten kontrollierten klinischen Studie konnte die positive Wirkung des neuen Verfahrens auf die depressive Symptomatik bei Patienten mit mittelschweren Depressionen nachgewiesen werden (Stötter et al. 2013). Die zweite Studie ging nun

einen Schritt weiter: Sie untersuchte nicht nur die Auswirkungen von Insightouch® auf der Symptomebene wie Depression, Angst und körperliche Symptome, sondern auch Veränderungen im Beziehungserleben wie Angst vor Nähe, Mangel an Vertrauen und Ängste verlassen zu werden sowie Veränderungen in der Fähigkeit zur Achtsamkeit. Darüber hinaus wurden zwei Biomarker erhoben, die ebenfalls mit Bindung und Stress in Verbindung gebracht werden: Oxytocin und Cortisol. Um die Nachhaltigkeit der Intervention zu überprüfen erfolgte eine Nachuntersuchung nach acht Wochen.

**Publikationen und weitere Literatur**

**Stötter A, Mitsche M, Oleksey P, Endler PC, Kamenschenk D, Haring C. (2013): Mindfulness-Based Touch Therapy and Mindfulness Practice in Persons with Moderate Depression. International Journal for Body, Movement and Dance in Psychotherapy;8:183-198.**

**Stötter A, Endler PC, Mosgoeller W, Haring C, Harrer M (2016): Sicheres Bindungsverhalten, Gesundheit, Achtsamkeit und Spiritualität: eine Korrelationsstudie. In Vorbereitung zum Druck.**

**Stötter A, Endler PC, Mosgoeller W, Haring C, Harrer M (2016): Die Kombination von Achtsamkeit und Berührung (Insightouch®) verbessert die Bindungsqualität und damit Gesundheit. In Vorbereitung zum Druck.**

Fulton PR (2005): Mindfulness as Clinical Training. In: Germer, CK et al (eds) Mindfulness and Psychotherapy. New York: The Guilford Press, S. 55-72.

Goleman D (1996): Emotionale Intelligenz. Hanser Verlag München

Marlock G, Weiss H (Hrsg.) (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, Schattauer.

Safran JD (2006): Achtsamkeit und interaktionelle Ablaufmuster in der Psychoanalyse. Psychotherapie im Dialog;7:244-251.

Stötter A, Stötter D (2014): Tief Berührt. Die Kunst der Achtsamkeitsmassage. Norderstedt, BoD

# Publikation 1 - Abstract

## Achtsame Berührungstherapie und Achtsamkeitspraxis bei Menschen mit mittelschwerer Depression

### 1 HINTERGRUND

#### 1.1 Achtsamkeit

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

#### 1.2 Berührung

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

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

Studien aus der Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung weisen auf den prägenden Faktor der Berührung in der Mutter-Kind-Beziehung während der ersten Lebensmonate hin. Die Bindung zwischen Mutter und Kind drückt sich in dieser

frühen Lebensphase fast ausschließlich durch Berührungen und Umarmungen aus. Bleibt dieses grundlegende Berührungsbedürfnis unbefriedigt, entwickelt der Säugling extreme Ängste, die zu ernsthaften Störungen der grundlegenden physiologischen Körperfunktionen und zu einer eingeschränkten Persönlichkeitsentwicklung führen können.

### 1.3 Achtsamkeit und Berührung – der integrative Aspekt

Der Bewusstseinszustand der Achtsamkeit stellt nicht nur einen intrapersonellen Aspekt dar, sondern ist auch ein entscheidender Faktor in der interpersonellen emotionalen Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Wenn die Bezugsperson sich im Zustand der Achtsamkeit befindet und dementsprechend mit mitfühlender nicht-wertender Aufmerksamkeit berührt, scheint dies eine der Grundvoraussetzung für eine sichere Bindung zu sein und somit für eine gesunde psycho-emotionale Entwicklung. Sicher Bindungserfahrungen, die vorwiegend durch Berührung erlebt werden, haben eine ähnliche Wirkung auf Körper und Geist wie Achtsamkeitspraxis (Siegel, 2007). Berührung wird senomotorisch verarbeitet d.h. vom Körper über Emotionen zur Kognition und hierarchische gesehen von unten nach oben (buton up). Achtsamkeit wird kognitiv verarbeitet d.h. durch Kognition über Emotionen zum Körper, also von oben nach unten (top down). Aus neurophysiologischer Sicht verläuft die buton up – Verarbeitung vom Hirnstamm über das limbische System zum Neokortex und das top down-System vom Neokortex über dem limbischen System zum Hirnstamm.

### 1.4 Achtsamkeit und Berührung bei Depressiven Menschen

Ist die frühe Bindungserfahrung mit taktiler Deprivation verbunden, führt dies zu einem belasteten Selbst- und Beziehungsmodell. Laut Montagu ist dabei die Wahrscheinlichkeit, im späteren Leben an einer Depression zu erkranken wesentlich erhöht. Der Depressive hat ein Defizit in achtsamer Köperwahrnehmung, hat kein Vertrauen in den eigenen Körper und fühlt sich in seinen körperlich/sensomotorischen Reaktionen, wie Muskelanspannungen, flache Atmung, Energiemangel und Erschöpfung, Verlust des Empfindens usw. ausgeliefert.

Seine sensomotorische Verarbeitung ist dysfunktional. Dies führt in der Regel zu einem Verlust des Fühlens oder ein Gefangensein in negativen Emotionen das zu vermehrten Grübeln, Angstgedanken also negativen Gedankenschlaufen, das

wiederum zu vermehrten körperlichen Reaktionen führt. Auch seine kognitive Verarbeitung ist dysfunktional. Durch diesen Mechanismus von buton up- und top down-Reaktionen bleibt der Patient in einem circulus vitiosus gefangen.

## 2 ZIEL

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

## 3 METHODE UND DESIGN

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

Das Studiendesign war prospektiv, randomisiert und einfach verblindet. Der Einschluss von 28 Patienten erfolgte im Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol durch eine betreuende klinische Psychologin. In die Studie aufgenommen wurden Patienten mit mittelschweren Depressionen [ICD-10 , Subgruppe F32.1 (Episode) oder F33.1 (rezivierend)]. Die Teilnehmer/innen wurden durch Randomisierung einer der beiden Gruppen zugeordnet. 14 Patienten waren in der Versuchsgruppe (VG) und 14 Personen in der Kontrollgruppe (KG). Das mittlere Alter der rekrutierten Patienten in der Versuchsgruppe war 42,8 ± 12,6 (Mittel ± Stabw.) Jahre, in der Kontrollgruppe 41,4 ± 8,2 (Mittel ± Stabw.).

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

Die Behandlung der VG unterschied sich zu der Behandlung der KG durch zusätzliche Sitzungen Achtsamkeitstherapie. Um die Daten aus der VG und der KG

direkt vergleichen zu können, wurde nach 8 Wochen bei beiden Gruppen der Schweregrad der Depression nochmals erhoben (Erhebungszeitpunkt 2: „nach“).

### 3.1 Versuchsgruppe

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

### 3.2 Kontrollgruppe

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

Die in dieser Studie untersuchte Methode wurde vom Autor Stötter entwickelt und in der Praxis erprobt. Sie ist eine Kombination von Verfahren, die Erfahrungen aus der buddhistischen Achtsamkeits-Praxis, MBSR (mindfulness based stress reduction nach Kabat Zinn 2003), Hakomi (erfahrungsorientierte Psychotherapie) (Kurtz 1994) und verschiedene Formen der Massage und Körperarbeit vereint. Zu Zwecken der Vergleichbarkeit verliefen während der Studie die Berührungs-Übungen zur Vertiefung der Körperwahrnehmung und sanfte Massageformen nach einem gleichbleibenden Schema. Die ausführenden Therapeuten sind in Körperarbeit und Massage qualifiziert, mit einer Zusatzausbildung in Achtsamkeitspraxis und achtsamer Berührung.

### 3.3 Messmethode

An der rekrutierenden Klinik wurde bei beiden Gruppen (VG sowie KG, d.h. rein medikamentös oder zusätzliche Achtsamkeitstherapie) der Depressionsgrad vor und

nach der Beobachtungsphase, dokumentiert. Eine klinische Psychologin beurteilte im Rahmen eines Experteninterviews nach der Hamilton Depressions-Skala [17 Items, Punkteskala von 0 bis 4 (9 Items), bzw. 0-2 (8 Items)] den Schweregrad der Krankheit.

## 4 ERGEBNISS

Da in beiden Gruppen die gleiche Teilnehmerzahl abschloss (N = 14), ist die Summe aller 17 Item-Bewertungspunkte direkt vergleichbar. In der VG haben sich von den insgesamt 238 erhobenen Items (100%) 123 Items gebessert (51,7%), 4 verschlechtert (17,4%), 111 (46,6%) blieben unverändert.
In der KG wurden bei den 238 Item-Bewertungen (100%) 17 Verbesserungen (7,3%) und 9 Verschlechterungen (3,8%) beobachtet. Die große Mehrheit (212, d.h. 89,1%) blieb unverändert. Der Unterschied des Verhältnisses Verbesserung/Verbesserung zwischen VG und KG war hochsignifikant ($p<0.001$) zugunsten der VG.
Der globale Vergleich der Schweregrade (Hamilton Item-Scores) hat gezeigt, dass die Versuchsgruppe (VG) signifikant besser abschneidet als die Kontrollgruppe. Betrachtet man die Items global zwischen den Gruppen so ergibt sich, dass sich in der VG signifikant mehr Items gebessert haben als in der KG .

## 5 SCHLUSSFOLGERUNG

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

auf der psychischen, als auch auf der somatischen Ebene, und Abnahme von allgemeinen somatischen Symptomen.

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

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

Die Ergebnisse der Studie deuten auf einen positiven Einfluss auf beide Verarbeitungsprozesse hin. Dies betrifft sowohl die top down - Items wie Depressive Stimmung, Schuldgefühle, Suizidalität, Arbeit und Interesse, Unruhe /Agitiertheit, Angst (Psychische Symptome) als auch die bottom up - Items wie Schlafstörungen, Verlangsamung, Angst (Somatische Symptome), Gastrointestinale Symptome, Allgemeine somatische Symptome, Libidoverlust und Gewichtsverlust.

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

## 6 LITERATUR

Kabat-Zinn J (2003): Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), S. 133-156.

Kurtz R (1990): *Body-centered psychotherapy: the Hakomi method*. Mendocino: Life Rhythm.

Marlock G & Weiss H (2006). *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart: Schattauer.

Ott U (2010): *Meditation für Skeptiker*. München: O.W. Barth Verlag.

Siegel DJ (2007): *The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton & Company.

Weiss H (2009): *The use of mindfulness in psychodynamic and body oriented psychotherapy.* International Journal for Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 4(1), 5 – 16.

Weiss H, Harrer ME, Dietz T (2010): *Das Achtsamkeitsbuch*. Stuttgart: Klett Cotta.

# Publikation 1

Publiziert im International Journal for Body, Movement and Dance in Psychotherapy 2013

# Mindfulness-Based Touch Therapy and Mindfulness Practice in Persons with Moderate Depression

Andreas Stötter [a,b] Marion Mitsche [b], Peter Christian Endler [b], Patricia Oleksy [c], Dietmar Kamenschek [a], Wilhelm Mosgoeller [d], Christian Haring [c,e]

[a] *Yoni Academy, Innsbruck, Austria*

[b] *Graz Inter-University College / Seggau Castle, Austria*

[c] *UMIT - Private University, Research Division for Mental Health, Hall in Tirol, Austria*

[d] *Institute of Cancer Research, KIM-1, Medical University of Vienna, Austria*

[e] *Psychiatry & Psychotherapy 1B, Hall State Hospital in Tirol, Austria*

corresponding author:

Andreas Stötter MSc.

Yoni Academy

Andreas Hofer Str. 40

A-6020 Innsbruck, Austria

Tel: +43 512 572032

Fax: +43 512 572032 30

E-Mail: as@yoni-academy.com

## 1. Abstract

The goal of the study was to explore the effects of mindfulness-based touch therapy, a passive body-therapy intervention, in combination with the practice of mindfulness as an active meditative discipline, in patients with moderate recurring or episodic depression. The method under study is seen as a possible adjunct to psychotherapy and psychopharmacotherapy.

The degree of depression before and after the therapy phase was determined according to Hamilton's scale. The outcome was a highly significant improvement of depressive illness, with a general alleviation of depressed mood, reduction in feelings of guilt, in suicidal thoughts and in sleep maintenance insomnia, increase in motivation in carrying out everyday activities, reduction in feelings of anxiety at both psychological and somatic level and easing of general somatic symptoms.

The results show that the method under study can serve persons suffering from depression as an adjunct to conventional therapeutic measures.

**Keywords:** depression, mindful touch, mindfulness, manual therapy, massage, integrative medicine, body work

## 2. Introduction

A low capacity for self-awareness makes it difficult for depressed individuals to recognise and reflect on destructive behavioural patterns, negative thoughts and feelings, anxiety, tension, physical pain, exhaustion and inner restlessness. (Segal, Williams & Teasdale 2002) have shown the association between lack of mindful self-awareness and depression.

Furthermore, insights from attachment research indicate that insecure attachment between a child and its parents in an early phase of development can lead to depression later on in life. In its earliest phase the dialogue from which attachment evolves is almost exclusively tactile (Montagu 1986). A child's first emotional attachment is thus based on physical contact, creating the foundation for its further emotional and intellectual development (Bowlby 1969, 1973, 1980, Field 2001, Turp 1999, 2000). [Order references alphabetically]

## 2.1 Prevalence of Depression

Depression is a worldwide phenomenon. Estimates see the number of people affected worldwide beyond 100 million and those newly affected at more than 800,000 per year (Jütte 2001).

The prevalence of psychological and psychosocial problems among patients of general practitioners is high, representing the most frequent psychological disorder seen in general practitioner care. According to Wittchen, Jakobi, Klose & Ryl (2010) around 19% of the population are affected by depression at some point in their life. The 12-month prevalence of depressive disorders in the average German population is 11%, amounting to around 6 million individuals ( In slightly more than half of these the severity of depression reaches a level requiring treatment.

A largely underestimated - aspect is the bodily manifestation of depression (lat.: depressere = to press down or weight down). Besides having a cognitive component, every emotion also manifests itself in the physical realm of feeling. This fact is often not adequately addressed in the treatment of depression. The present study proposes that this somatic perspective contributes an important aspect in considering possible approaches and therapeutic interventions for persons suffering from depression. It is the authors' experience that other forms of therapy besides psychotherapy and pharmacotherapy are needed in order to do justice to the many different levels of this illness.

## 2.2 Mindfulness and touch as therapeutic principles

### 2.2.1 Mindfulness

Mindfulness as a therapeutic principle is gaining significance (Ott 2010). The concept of a "mindful attitude" relates to a state of absolute presence which is achieved through consciously directing one's attention, allowing both internal and external stimuli to come to awareness, without judging or classifying one's experience in doing so. Weiss refers to the state of consciously focussed attention as "meta-cognition" (Weiss, Harrer & Dietz 2010). In a state of mindfulness one is not dissociated but rather participates as an empathic observer. Being in a state of meta-cognition means largely refraining from automatised reactions (Kabatt-Zinn 1994), but it also requires not identifying oneself with the person or object one is observing (non-identification). An accepting, non-judgmental attitude makes it possible to

experience human relationships with incomparably greater intensity. A mindful state of consciousness thus has not only an intrapsychic aspect to it, but is also significant for interpersonal communication at an emotional level.

Among the depth psychology approaches where mindfulness is practised for therapeutic purposes are Focusing (Gendlin 1996), Internal Family System Therapy (IFS) (Schwartz 1995) and the Hakomi Method (Kurtz 1990). These methods give full appreciation to the role and importance of radical acceptance in a mindfulness-based therapeutic process (Weiss, Harrer & Dietz 2010)

The effects of mindfulness on the mind are accompanied by physiological changes (Siegel 2007). Schwartz was able to show in positron emission tomography (PET) scans that mindfulness-based cognitive therapy leads to systematic changes in brain synaptic activity patterns (Schwartz 1996). Davidson et al. (2003) concurred with this in their functional magnetic resonance imaging (fMRI), positron emission tomography (PET) and electroencephalography (EEG) studies on meditating Tibetan monks, in whom they found enhanced activity of the left prefrontal cortex, an area of the frontal brain which is crucial for maintaining an overall positive mood, heightened attention and emotional self-regulation. By contrast, depressed individuals with an overall negative mood are reported to show elevated activity of the right frontal lobe (Davidson & Coleman 1974, Davidson et al. 2003, Davidson Schwartz & Rothman 1976). It thus appears that the relationship between left and right-side prefrontal neural activity may correlate with aspects of an individual's tone of mood.

Ma & Teasdale (2004), Segal et al. (2002), Teasdale et al. (2000) and Williams & Kuyken (2012), respectively, reported positive results from studies investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in preventing recurrence of depression .

### 2.2.2 Touch

Methods based on touch count amongst the oldest healing methods known and have been practised across all cultures over the millennia. Their therapeutic healing effects have been proven since centuries – no less than the effects of touch deprivation.

Touch allows humans to convey to one another essentials messages that cannot be communicated in any other way.

Reich (1987, 1989) deserves credit for having been one of the first analysts who dedicated himself to body work as a means of dealing with issues of posture and

muscular organisation. He developed the concept of muscular armour as the bodily aspect of emotional repression and himself used touch interventions as a means of releasing the hold of muscular armour and allowing repressed experiences to emerge.
Balint (1981), Boyesen & Boyesen (1987), Groddeck (1988), Keleman (1986), Lowen (1967), Rank (1998) and others contributed to the further development and modification of therapeutic touch methods towards more active, dialogic techniques (Marlock & Weiss 2006, also see Ferenczi 1988).
The Hakomi Method, an experientially, body-oriented form of psychotherapy, involves the use of touch experiments while the client is in a state of inner mindfulness in order to facilitate access to his or her unconscious (Kurtz 1990).
Turp (1999, 2000) has published some noteworthy work on touch and handling in young children and adults in the context of depressive illness. She writes "Many clients who express their distress through psychosomatic illness or physical self-harm describe a very poor history of touch" (Turp 2000; page 9).
Research performed at the Touch Research Institute at the University of Miami in the USA has likewise demonstrated positive effects of therapeutic touch in depression (Field et al. 1997). The effectiveness of this therapeutic concept was demonstrated in a study on what has come to be known as slow stroke intervention (Müller-Oerlinghausen, Berg & Droll (2007). Summing up the evidence, a recent meta-analysis by Hou, Chiang, Chiu & Yen (2010) has confirmed the clinical potential of therapeutic touch intervention or massage in depressed individuals. Westland's (2010) question on *Physical touch in psychotherapy* is: "Why are we not touching more?"

### 2.2.3 Synergies of touch and mindfulness

In his work in attachment research and mindfulness practice Siegel (2007) describes how early experiences of secure attachment and the capacity for mindfulness relate to one another. He says that the reciprocal attunement that occurs in association with secure attachment between parent and child is reflected in an intrapsychic form of attunement that occurs in mindful awareness. Both forms of attunement foster the capacity for close relationships as well as resilience and well-being (Siegel 2007).
Neurobiological studies indicate a similar connection. This research has demonstrated high levels of left prefrontal cortical activity in individuals who practise mindfulness as well as in securely attached babies (Davidson & Fox 1989). By

contrast, depressed individuals have low levels of left frontal cortical activity according to Davidson and Fox (1989).

Insights gained on the positive therapeutic effects of mindfulness practice and mindfulness-based touch interventions on mood and well-being, particularly in persons suffering from depression, indicate that synergy effects may be achievable from a combination of the two approaches.

This can be made plausible by reference to Odgen's model of hierarchical information processing (Ogden, Minton & Pain 2006). which describes how cognitive, emotional and sensorimotor information is processed.

According to this model, touch is processed via sensorimotor pathways, i.e. the touch stimulus initially elicits a sensorimotor reaction which itself is sensed and experienced as an emotion, and eventually interpreted cognitively. Here the information processing pathway leads from the body via the emotions to the cognitive faculties; in hierarchical terms this means from bottom to top (bottom-up pathway).

Mindfulness is initially processed cognitively (Ogden, Minton & Pain 2006; Schwartz 1996), i.e. mindful awareness begins as conscious cognition, becomes emotion and ends as a bodily sensation. Here the information processing pathway leads from cognition via the emotions to the body, i.e. from top to bottom (top down).

Mindfulness practice and mindfulness-based touch interventions thus work from opposite ends of the information processing hierarchy, resulting in the integration of immediate bodily experience with mindful cognitive self-awareness.

On account of its frequent association with touch deprivation during early childhood, depression in adults typically also manifests itself in a low level of mindful bodily awareness, a lack of trust in the body and a feeling of being helplessly exposed to bodily/sensorimotor reactions such as muscle tension, shallow breathing, low energy level, exhaustion and a loss of feeling (Müller-Oerlinghausen, Berg & Droll 2007). In other words, the depressed individual's sensorimotor processing has become dysfunctional. This is most often associated with a loss of sensory perception and a sense of being caught in negative emotions, resulting in frequent brooding and thoughts of anxiety, i.e. dysfunctional cognitive processing (Segal, Williams & Teasdale 2002; Müller-Oerlinghausen, Berg & Droll 2007).

We believe that this vicious circle of the loss of physical self-perception and dysfunctional cognitive processing can be interrupted through the synergy effects of

the two therapeutic methods described above. To our knowledge there has been no research on their combined use to date.

### 2.3 Rationale for the study

Thus, if mindfulness, practised as a meditative discipline, and mindfulness-based touch, practised as a body therapeutic method, act from opposite ends of the neural communication path, then a concept based on this very insight may be able to meet the requirements for a holistic, integrative therapeutic approach which can serve those in need of help as an adjunct to other therapies.

The goal of the present study was therefore to determine whether or not mindfulness practised in conjunction with touch therapy can have a positive influence in states of moderate depression.

## 3 Study Design and Methodes

### 3.1 Patients

All patients were informed about the purpose and procedure of the study, including matters of data privacy and data utilisation, and subsequently gave written consent to their participation and the electronic storage of their personal data. The study proposal was considered by the ethics commission of the Graz Inter-University College at Seggau castle and approved following minor modification.

The design was that of a prospective, randomised, single blinded study. 28 patients of the psychiatric hospital of Hall in Tirol were enrolled by an assisting clinical psychologist based on the criterion of moderate depression [ICD-10, subgroup F32.1 (episode) or F33.1 (recurring)] and assigned to the two groups at random. There were 14 patients in both the test group and the control group. Patient mean age was 42.8 ± 12.6 (mean ± standard deviation) years in the test group and 41.4 ± 8.2 in the control group.

Table 1 gives an overview of the patients' recruitment and participation. There were more female than male participants entering the study, and 5 males and 1 female who dropped out during its course. The gender ratio of patients still participating at the end of the study was identical in the two groups (Table 1).

Table 1: Gender ratio of participants at recruitment and over the course of the study. For further explanations see text.

| Status | Test group | Control group | Total |
|---|---|---|---|
| Consent | 18 (6 M, 12 F) | 16 (5 M, 11 F) | 34 |
| Enrolment | 16 (5 M, 11 F) | 15 (4 M, 11 F) | 31 |
| Conclusion | 14 (3 M, 11 F) | 14 (3 M, 11 F) | 28 |

After enrolment patients were assessed for the degree of their depression based on Hamilton's scale (start of observation: "before"). All patients were receiving medicinal therapy over the entire duration of the study.

Treatment in the test group differed from that in the control group only in that these patients additionally received sessions in mindfulness-based therapy. After eight weeks the degree of depression in the two groups was determined again to permit a direct comparison between them (end of observation: "after").

### 3.2 Test group

Every patient of the test group received 16 x 60-minute sessions of mindfulness therapy over a period of eight weeks. There were three therapists working in the group. Every patient received all 16 sessions from the same therapist. Three sessions per week were given during the first three weeks, and the remaining seven sessions were distributed over the following five weeks. This regimen of 16 sessions distributed over eight weeks stems from the proven basic programme in mindfulness-based stress reduction (MBSR) used by Kabatt-Zinn (1994, 2003). The treatment was the same for all participants, especially the therapeutic procedure and time structure of the sessions.

### 3.3 Control group

The patients in the control group only received their basic medicinal therapy and were otherwise largely left to themselves during the observation period. They were unaware of which group they belonged to, i.e. they were not informed that their's was the control group. After eight weeks the patients of this group were likewise reassessed for their degree of depression to permit a comparison with the test group. After the end of the observation period the participants in the control group each received eight sessions in mindfulness therapy. Again, they were unaware that the

observation phase had ended with the second assessment and that the remaining sessions were of no relevance to the study.

### 3.4 Description of the therapeutic method

The method under investigation in this study was developed and tested in practice by the first author. It combines different approaches based on experiences from Buddhist mindfulness practice, mindfulness-based stress reduction (MBSR) according to Kabat-Zinn (2003), Hakomi (experience-oriented psychotherapy); (Kurtz 1990) and various forms of massage and body work. It comprises touch exercises for deepened bodily awareness and gentle massage techniques. These were performed according to a standardised protocol to facilitate comparability. The treating therapists were all trained in bodywork and massage and had additional qualification in mindfulness practice and mindfulness-based touch therapy.

#### 3.4.1 Touch

The touch interventions consist of gentle, rhythmic, flowing massage movements derived from holistic massage techniques as well as touch without movement akin to elements of Hakomi therapy. Both the patient and the therapist go into a state of mindfulness.

#### 3.4.2 Counselling

The patient is made familiar with the theoretical background as well as the practical procedure of the therapy.

Counselling in mindfulness-based therapy differs from psychotherapeutic counselling in that it focuses exclusively on the verbal communication of bodily reactions and reactions of mood. The client is in a state of inner mindfulness as she converses with the therapist. This dialogic form of mindfulness practice can be regarded as “assisted meditation“ (Weiss 2009). The therapist guides the patient from a state of everyday consciousness to one of inner mindfulness while focussing her attention on the patient’s sense of well-being. The patient directs her attention to her bodily experience of self, actively reflecting and commenting on her bodily sensation.

There is no discussion of psychological or biographic aspects or their causal relationship with the client’s symptoms, nor are psychodynamic or psycho-educative components involved in this form of counselling.

After the session the patient's reactions to the treatment and exercises are reviewed verbally. The therapist guides the patient through the mindfulness exercises, repeating and detailing her instructions as required.

### 3.4.3 "Homework" as part of therapy

Mindfulness exercises which the patient can perform between therapy sessions form an integral part of the therapy. They comprise of mindful breathing practice and the body-scan as taught by Kabatt-Zinn (1994).

## 3.5 The metric – Hamilton's scale

The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), abbreviated HAM-D, is a multiple item questionnaire used to assess levels of depression (Hedlund & Viewig 1979). The degree of depression before and after the observation period was documented in both groups (one receiving medication only, the other additionally receiving mindfulness-based therapy). The assessment was performed by a clinical psychologist at the recruiting hospital by way of an expert interview, on the basis of which 17 items were rated on a scale from 0 to 4 (9 items) or 0 to 2 (8 items) to judge the severity of the illness.

## 3.6 Statistics

Data from 56 survey sheets were entered into a database, checked, corrected where necessary and analysed by descriptive and inferential statistics using the PASW Statistics (version 17, formerly SPSS) software.

The number of evaluable participants in the test and control being equal, it was possible to directly compare the total scores obtained in either group. Data were analysed by chi-square tests to gain an impression of the severity of illness in the test and the control group prior to and after therapy. Patients were randomly assigned to each group.

Therapeutic efficacy was determined by calculating the difference between the baseline value and end-of-treatment value of each parameter. A positive difference thus signified a decrease in symptom severity, whereas a negative difference, equivalent to an increase in a Hamilton parameter, signified aggravation of a symptom. The pattern of improvement and aggravation across items in the two groups was analysed by chi-square tests.

The number of improved symptoms (items) observed in both groups was determined and compared, and the significance of the differences was determined using the Mann Whitney U test (SPSS).

Specific levels of significance were assumed for the following error probabilities: $p \leq 0.05$ significant, $p \leq 0.01$ highly significant.

# 4 Results

## 4.1 Comparison of symptom severity in the two groups

The differences obtained per item ("before" minus "after") show whether the score given for an item improved, remained unchanged or grew worse over the course of the study. Since the number of participants who completed the study was the same in either group (N = 14, see Table 1), the outcome can be determined by directly comparing the total score for all 17 items in each of the two groups. Out of the total of 238 items (100%) under survey, the test group showed improvement in 123 items (51.7%) aggravation in 4 (1.7%) and no change in 111 (46.6%).

In the control group there was improvement in 17 (7.3%), aggravation in 9, while the great majority, namely 212 items (89.1%) remained unchanged. A comparison between the two groups in terms of the number of items showing aggravation or improvement shows a highly significant outcome in favour of the test group ($p<0.001$).

Table 2: Global symptom improvement and aggravation in the test and control groups

| **Item** | **Test Group** | **Control group** | **Significance** |
|---|---|---|---|
| Improved | 123 | 17 | P<0.001 |
| Aggravated | 4 | 9 | |
| No change | 111 | 212 | |
| Total | 238 | 238 | |

## 4.2 Comparison by item

Table 3 shows means and standard deviations by item in the two groups.

Table 3: Hamilton scores by item – absolute scores; before = start of observation; after = end of observation after 8 weeks

| Item | Description | Test group | | Control group | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Before | After | Before | after |
| | | Mean ± SD | Mean ± SD | Mean ± SD | Mean ± SD |
| 1 | Depressed mood | 3.0±0.68 | 0.9±1.29 | 3.1±0.27 | 3.1±0.27 |
| 2 | Feelings of guilt | 1.6±0.94 | 0.7±0.73 | 0.9±0.83 | 0.9±0.83 |
| 3 | Suicidality | 1.1±0.53 | 0.2±0.58 | 1.6±1.16 | 1.6±1.16 |
| 4 | Sleep onset disorders | 1.1±0.83 | 0.6±0.76 | 1.1±0.95 | 1.3±0.91 |
| 5 | Sleep maintenance disorders | 1.2±0.70 | 0.4±0.65 | 1.2±0.97 | 1.3±0.91 |
| 6 | Terminal sleep disorders | 0.8±0.80 | 0.4±0.63 | 0.8±0.89 | 0.5±0.76 |
| 7 | Work and interest | 2.4±1.01 | 0.9±1.27 | 3.3±0.91 | 3.2±1.05 |
| 8 | Slowed activity | 0.9±0.92 | 0.5±0.85 | 0.3±0.61 | 0.2±0.58 |
| 9 | Restlessness / Agitatedness | 0.6±0.63 | 0.2±0.58 | 1.1±0.66 | 1.2±0.89 |
| 10 | Anxiety (psychological symptoms) | 2.6±0.65 | 0.9±0.62 | 2.9±1.07 | 3.0±1.04 |
| 11 | Anxiety (somatic symptoms) | 1.5±0.94 | 0.4±0.51 | 2.0±1.36 | 1.9±1.29 |
| 12 | Gastrointestinal symptoms | 0.5±0.76 | 0.2±0.43 | 1.5±1.16 | 1.5±1.16 |
| 13 | General somatic symptoms | 1.4±0.63 | 0.4±0.65 | 1.9±0.36 | 1.8±0.58 |
| 14 | Loss of libido | 0.9±0.95 | 0.2±0.58 | 1.1±0.83 | 1.0±0.88 |
| 15 | Hypochondria | 0.2±0.58 | 0.1±0.27 | 1.4±1.08 | 1.2±1.12 |
| 16 | Lack of awareness of being ill | 0.6±0.76 | 0.1±0.36 | 0.8±1.05 | 0.6±0.85 |
| 17 | Weight loss | 0.0±0.00 | 0.0±0.00 | 0.3±0.73 | 0.1±0.53 |

Table 4 shows by item the percentages of patients in whom symptom severity decreased.

Table 4: Hamilton scores by item – comparison between the test and control group

| Item | Description | Test group (TG) | Control group (CG) | Group deriving greater benefit | p (U-test) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | % of benefiting patients | | | | |
| 1 | Depressed mood | 93 | 0 | TG | 0.000 | ** |
| 2 | Feelings of guilt | 71 | 0 | TG | 0.001 | ** |
| 3 | Suicidality | 86 | 0 | TG | 0.000 | ** |
| 4 | Sleep onset disorders | 43 | 7 | TG | 0.114 | n.s. |
| 5 | Sleep maintenance disorders | 64 | 0 | TG | 0.003 | ** |
| 6 | Terminal sleep disorders | 29 | 14 | TG | 0.541 | n.s. |
| 7 | Work and interest | 79 | 14 | TG | 0.003 | ** |
| 8 | Slowed activity | 36 | 7 | TG | 0.210 | n.s. |
| 9 | Restlessness / Agitatedness | 43 | 7 | TG | 0.114 | n.s. |
| 10 | Anxiety (psychological symptoms) | 93 | 0 | TG | 0.000 | ** |
| 11 | Anxiety (somatic symptoms) | 79 | 14 | TG | 0.003 | ** |
| 12 | Gastrointestinal symptoms | 21 | 0 | TG | 0.352 | n.s. |
| 13 | General somatic symptoms | 64 | 7 | TG | 0.009 | ** |
| 14 | Loss of libido | 36 | 7 | TG | 0.210 | n.s. |
| 15 | Hypochondria | 14 | 7 | TG | 0.769 | n.s. |
| 16 | Lack of awareness of being ill | 29 | 29 | = | 1.000 | -- |
| 17 | Weight loss | 0 | 7 | CG | 0.769 | n.s |

On comparing the rate of improvement in the two groups by item it is seen that in 15 out of 17 items the test group derived a greater benefit than the control group. In eight items the difference between the two groups was highly significant (**).

## 5. Discussion

The purpose of the study was to explore the effects of mindfulness-based touch therapy, an interpersonal body-therapy intervention involving a passive recipient, in combination with the practice of mindfulness as an active intrapersonal intervention, in patients with moderate recurring episodic depression. The degree of depression before and after the therapy phase was determined according to Hamilton's scale. The outcome was a highly significant improvement in both, psychological and somatic

level and easing of general somatic symptoms. The results show that the present therapeutic approach of combining mindfulness-based touch therapy with mindfulness practice provided significant additional benefit in the treatment of depressed persons.

The comparison of symptom severity (Hamilton item scores) yielded significantly more improvements in the test group compared to the control group (Table 3). Both somatic and psychological symptoms showed highly significant improvements even when considered individually:

- Depressed mood
- Feelings of guilt
- Suicidal feelings
- Sleep maintenance disorders
- Work and interest
- Anxiety (psychological symptoms)
- Anxiety (somatic symptoms)
- General somatic symptoms

## 5.1 Possible action mechanism

### 5.1.1 Mindfulness

Mindfulness has attracted great interest in the fields of psychotherapy, psychology and medicine over the past years (Weiss 2009). Some 1,400 scientific publications have appeared on this topic since the year 2000 (Ott 2010). These include ample evidence of the positive effects of mindfulness practice in depression and other psychological disorders, stress syndromes, trauma, addiction etc. (Bondolfi et al. 2010, Brittany & Labbé 2011, Evans et al. 2007, Ma & Teasdale 2004, Michalak, Heidenreich, Meibert & Schulte 2008, Segal, Williams & Teasdale 2002, Splenvins, Smith & Simpson 2009 and Williams & Kuyken 2012). Neurobiological research on mindfulness practice extending back to the 1970s (Davidson & Coleman 1974, Davidson et al. 2003, Davidson, Schwartz & Rothman 1976, Schwartz 1996) has shown that mindfulness practice influences the brain's neuroplasticity.

Weiss (2009) names the following major action mechanisms of mindfulness practice in the context of body therapy:

- Activation of the observer state makes it possible to sense inner somatic processes, allowing them to come to awareness.
- Mindfulness allows simple regulation of attentional processes, which in turn makes it possible to examine unconscious processes in a slow but direct manner.
- Mindfulness practice facilitates non-judgmental self-examination. It creates a benevolent, accepting attitude towards dissociated parts of self.
- The process of establishing an inner observer through repeated practice has in itself an aspect of transformation to it. The observer facilitates a process of dis-identification with automated, self-limiting ways of being such as can emerge in states of depression.

The act of being mindfully aware of one's body, feelings and thoughts, practised with an empathic, non-judgmental attitude as in the present study, could thus help to bring about a change of perspective on one's identity and a new sense of self.

### 5.1.2 Touch

The positive effects of touch observed in this study can be accounted for in particular by studies in the area of attachment research. Some authors believe the tactile quality of touch experienced immediately after birth and during the first months of life to be decisive for a person's development and ability to build healthy relationships (Bystrova et al. 2009, Cullen-Powell, Barlow & Cushway 2005, Field et al. 1969, Field et al. 1997, Haxton, Doering, Gingras & Kelly 2012, Montagu 1986, Vincent 2011).

In a long-term study on the quality of the early dialogue of touch Ainsworth, Blehar, Waters and Wall (1978) came to the conclusion that it is precisely the manner or the quality of touch that decides how a baby perceives itself and the world around it.

According to Montagu (1986) a baby's primary sensory experience is tactile. Tactile experience comes before that gained through the other sensory organs, and it is stored in implicit memory. If the earliest phase of life is associated with tactile deprivation it will lead to a burdened concept of self and of relationship. According to Montagu it significantly increases the probability of developing depression later in life.

Turp (1999) has likewise pointed out the consequences of touch deprivation during early childhood*:*

"The implication is we are unable to hold ourselves well if we have not been well enough held, and that this will be reflected in muscle tone and posture. Emotional and physical aspects of such a state are simply two sides of the same coin, with the collapsed and sagging posture, described by both Hopkins and by Bick (1968), encapsulating feelings of hopelessness, of passivity and of depression (Turp 1999, page 10). She also observes that

"To judge from the anecdotal evidence available, the role of touch deprivation in depression in various sub-sections of the population warrants considerably more research than has been undertaken to date" (Turp 2000, page 9 ).

The European Association for Body Psychotherapy (EAPP) names the following basic assumptions made by body therapy methods:

- The body is an inseparable part of human existence and therefore deserves to be taken into account in any kind of therapeutic treatment.
- Processes of the soul and body run parallel in time and interact.
- Verbal communication is preceded ontogenetically by an extended phase of non-verbal communication
- In adults too, the cognitive and verbal level represents only a part of the entire information processing and communication processes taking place at any given moment.
- It is possible for memory content and unconscious material to be activated and brought to consciousness through sensorimotor stimuli.
- Health and vitality are not only the result of a clear mind but have also to do with good equilibrium and regulation at physiological and emotional levels.
- Body therapy methods are characterised by the inclusion of non-verbal communication techniques, action dialogues, touch, a diagnostic approach that takes account of verbal as well as non-verbal information and therapeutic goals that are defined in psychosomatic terms (Koemeda et al. 2006).

The present experience-oriented method uses a combination of perceptive, mindful touch and gentle massage to provide the client with a direct bodily, sensory experience. This quality of mindful attentiveness had been a missing experience for the study participants. They experienced being touched as relaxing, soothing and nourishing and reported having a new, more mindful quality of access to their own body.

Where it is new to them, mindful touch may be encoded as a corrective experience in depressed individuals. Ideas to this end go back to Alexander & French (1946), who introduced the concept of “corrective emotional experience” to psychotherapy, and Ferenczi (1988), whose “reparenting" approach from 1932 may enable patients to develop a more congruent relationship with their own body and in this way change their body image and their concept of self. This allows the conclusion that mindfulness-based touch therapy can have positive effects in individuals in whom tactile deprivation experienced in early childhood has become established in implicit, i.e. bodily memory.

The results of the present study confirm previous research performed on the topics of mindfulness and therapeutic touch

### 5.1.3 Integration of mindfulness practice and therapeutic touch

To our knowledge the synergy effects of a combination of mindfulness practice and therapeutic touch have not been the subject of research to date.

Inspired by observations of Siegel (2007) as well as the research conducted by Davidson & Fox (1989) and Davidson et al. (2003), on questions relating to attachment and mindfulness, we endeavoured to look for possible synergy effects resulting from a combination of mindfulness-based touch interventions and mindfulness practice. In due course we were able to show that a combination of the two methods, with mindfulness practice as an active and therapeutic touch as a passive intervention, does indeed lead to positive results, in some cases even to a highly significant degree.

A possible explanation for the positive results obtained, and for synergistic effects of a combined use of the two methods, may be found in a hierarchical model of information processing which distinguishes cognitive, emotional and sensorimotor processing modes, as described in section 2.2.3 (Ogden, Minton & Pain 2006). Depressive individuals whose early childhood attachment experiences were marked by insecurity are often lacking in mindful body awareness (Segal, Williams & Teasdale 2002). They lack confidence in their own body and are easily overwhelmed by their own bodily or sensorimotor reactions According to Müller-Oerlinghausen, Berg and Droll (2007). Individuals suffering from depression typically show muscular tension, shallow breathing, lack of energy, a predisposition to exhaustion and loss of

sensory awareness. This was confirmed by our observations in study participants, especially regarding the somatic items.

Mindfulness-based touch interventions and the practice of mindfulness lead to an integration of sensorimotor bodily experience with mindful cognitive self-awareness (such that top-down and bottom-up mechanisms complement and amplify each other). The results of the present study suggest a positive influence on both information processing modes, manifesting itself in an improvement in top-down items such as (1) depressive mood, (2) feelings of guilt, (3) suicidal feelings, (7) work and interest, (9) restlessness and agitation, (10) anxiety (psychological symptoms) as well as bottom-up items such as (4,5,6) sleep disorders, (8) slowed activity, (11) anxiety (somatic symptoms), (12) gastrointestinal symptoms, (13) general somatic symptoms, (14) loss of libido and (17) weight loss.

The results show that an experience-oriented approach aimed at allowing patients to directly experience their bodily self through mindful touch as well as mindfulness-oriented meta-cognition may have the potential to interrupt negative bottom-up or top-down neurophysiological feedback loops.

## 6. Outlook

It remains for further research to determine whether the observed improvements were entirely or only partially attributable to the specific methods presented here, i.e. whether the attention devoted to the patients may also have had a non-specific effect. This could be accomplished with a modified experimental design, aimed for example at comparing the effects of mindfulness-based touch therapy and conversational therapy. Accompanying measurements of biological parameters such as cortisol or oxytocin levels would possibly offer interesting insights into underlying physiological processes.

Regardless of what these processes may be, the observations made in this study demonstrate that mindfulness-based touch therapy in combination with mindfulness practice holds promise as an effective therapy for individuals with depression and deserves further exploration in controlled studies. Another project of interest could be to investigate and document possible effects towards a reduction in required antidepressant medication, duration of sick leave or hospitalisation.

## 7. References

Alexander F & French TM (1946): Psychoanalytic therapy. New York: Ronald Press.

Balint M (1981): Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Frankfurt/M: Ullstein.

Bick E (1968): The experience of the skin in early object relations. International Journal of Psychoanalysis 49, 484-486.

Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, Myers-Arrazola L, Gonzalez C, Segal Z, Aubry JM & Bertschy G (2010): Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: replication and extension in the swiss health care system. Journal of affective disorders. 122(3), 224-31.

Bowlby J (1969): Attachment and loss: Vol. 1 Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby J (1973): Attachment and loss: Vol. 2 Separation and anger. New York: Basic Books.

Bowlby J (1980): Attachment and loss: Vol. 3 Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books.

Boyesen G & Boyesen ML (1987): Biodynamik des Lebens. Essen: Syntesis.

Brittan, FE & Labbé EE (2011): Health care providers' mindfulness and treatment outcomes: a critical review of the research literature. Journal of Mindfulness. 2(4), 242-253.

Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Widström AM (2009): Effects on mother-infant interaction one year later. Journal of Birth. 36(2), 97-109.

Cullen-Powell LA, Barlow JH & Cushway D (2005): Exploring a massage intervention for parents and their children with autism: the implications for bonding and attachment. Journal of Child Health Care. 9(4),245-55.

Davidson RJ & Coleman DJ (1974) : The role of attention in meditation and hypnosis: a psychobiological perspective on transformation of consciousness". International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 4, 291-308.

Davidson RJ, Schwartz GE & Rothman LP (1976): Attention style and self-regulation of mode-specific attention: An electroencephalographic study. Journal of Abnormal Psychology, 85, 235-38

Davidson RJ & Fox NA (1989): Frontal brain asymmetry predicts infants' respons to maternal seperation. Journal of Abnormal Psychology. 98, 127-131.

Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D & Santorelli, SF (2003): Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Journal of Psychosomatic Medicine, 65, 564–570.

Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C & Haglin D (2007): Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders. 22(4), 716-21.

Ferenczi S (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt/M: Hans Huber.

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

Field T, Sunshine S, Hernandez-Reif M, Quintino O, Schanberg S, Kuhn C, Burmann I (1997): Chronic fatigue syndrome: massage therapy effects on depression and somatic symptoms in chronic fatigue syndrome. Journal of Chronic Fatigue Syndrome, 3, 43-51.

Field T (2001): Touch. Cambridge: MIT Press.

Gendlin ET (1996): Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method. New York: Guillford Press.

Groddeck G (1988): Verdrängen und Heilen. Ansätze zur Psychoanalyse und zur psychosomatischen Medizin. Berlin: Fischer.

Haxton D, Doering J, Gingras L & Kelly L (2012): Implementing skin-to-skin contact at birth using the Iowa model: applying evidence to practice. Journal of Nursing for Womens Health, 16(3), 220-9

Hedlund JL & Viewig BW (1979): The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. Journal of Operational Psychiatry, 10, 149-165

Hou WH, Chiang PT, Hsu TY, Chiu SY, Yen YC (2010): Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry, 71, 894-901.

Jütte R (2001): Anweisung für einen Abstieg zur Hölle. Retrieved from www.community-muenchen.de, 2001 http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/wissen.php

Kabatt-Zinn J (1994): Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Random House Publishing Group.

Kabatt-Zinn J (2003): Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10 (2), 133-156.

Keleman S (1986): Bonding. A somatic-emotional approach to transference. Berkeley: Center Press.

Koemeda-Lutz M, Kaschke M, Revenstorf D, Scherrmann T, Weiss H & Soeder U (2006): Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK, Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. Journal für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 56 (12), 6-19.

Kurtz R (1990): Body-centered psychotherapy: the Hakomi method. Mendocino: Life Rhythm.

Lowen A (1967): The betrayal of the body. New York: Macmillan.

Ma SH & Teasdale J (2004): Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72(1), 31-40.

Marlock G & Weiss H (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie, Stuttgart: Schattauer.

Michalak J, Heidenreich T, Meibert P & Schulte D (2008): Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. Journal of Nerval and Mental Disease, 196(8), 630-3.

Montagu A (1986): Touching: the human significance of the skin. New York: HarperCollins.

Müller-Oerlinghausen B, Berg C & Droll W (2007): Die Slow Stroke Massage als ein körpertherapeutischer Ansatz bei Depression. Psychiat. Prax, 34, Supplement 3, 305-308 .

Ogden P, Minton K & Pain C (2006): Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy. New York : W.W. Norton.

Ott U (2010): Meditation für Skeptiker. München: O.W. Barth Verlag.

Rank O (1998): Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Gießen: Journal of Abnormal Psychology, 98, 127-131.

Reich W (1987): Die Funktion des Organsmus. Köln: Kiepheuer & Witsch.

Reich W (1989): Charakteranalyse. Köln: Kiepheuer & Witsch.

Schwartz R (1995): Internal family system therapy. New York: Guillford Press.

Schwartz JM (1996): Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior treatment of obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry, 53, 109-13.

Segal ZV, Williams JMG & Teasdale JD (2002): Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.

Siegel DJ (2007): The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being. New York: W.W. Norton & Company.

Splenvins K, Smith A & Simpson J (2009): Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. Journal of Aging & Mental Health, 13(3), 328-35.

Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM & Lau MA (2000): Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(4), 615-23.

Turp M (1999): Touch, enjoyment and health: in infancy. European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 2(1), 19-35.

Turp M (2000): Touch, enjoyment and health: in adult life. European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 3(1), 61-76.

Vincent S (2011): Skin-to-skin contact. Part one: just an hour of your time... Journal of The Practising Midwife.14(5), 40-1.

Weiss H (2009): The use of mindfulness in psychodynamic and body oriented psychotherapy. International Journal for Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 4(1), 5 – 16.

Weiss H, Harrer ME, Dietz T (2010): Das Achtsamkeitsbuch. Stuttgart: Klett Cotta.

Westland G (2010): Physical touch in psychotherapy: Why are we not touching more? International Journal for Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 6(1), 17-29

Williams JM & Kuyken W (2012): Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. Britisch Journal of Psychiatry, 200(5), 359-60.

Wittchen HU, Jakobi F, Klose M & Ryl L (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Depressive Erkrankungen, Heft 51. Berlin: Robert Koch Institut.

# Publikation 2 - Abstract

## Sicheres Bindungsverhalten, Gesundheit, Achtsamkeit und Spiritualität: eine Korrelationsstudie

### 1 HINTERGRUND

Resultate der Bindungsforschung, der Säuglingsforschung und Entwicklungspsychologie deuten auf einen Zusammenhang von früh geprägten Bindungsstil und Gesundheit hin. Dem zu Folge können die Bindungserfahrungen des Säuglings bleibende Spuren in Körper und Psyche hinterlassen. Somit stehen frühe belastende bzw. unsichere Bindungserfahrungen im Zusammenhang mit Stresssymptomen und psychosomatischen Beschwerden.

Die Arbeiten von Davidson (1989, 2008) und Siegel (2007) zeigen den Zusammenhang zwischen Bindungsstilen und der Fähigkeit zur Achtsamkeit bzw. dass ein unsicherer Bindungsstil mit einem Achtsamkeitsdefizit einhergeht.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Spiritualität findet zunehmend Interesse in der interdisziplinären Forschung. Die diesbezügliche Forschung zeigt, dass sich spirituelle Erfahrungen positiv auf psycho-pathologische Belastungen auswirken.

### 2 ZIEL

Ziel der Untersuchung war die Erforschung einer Korrelation zwischen Bindung, Gesundheit, Achtsamkeit und Spiritualität.

### 3 METHODE

Es handelte sich um eine online-Umfrage bei der ca. 4.000 Personen angeschrieben wurden. Von den ca. 4.000 Angeschriebenen beteiligten sich ca. 700 Personen an der Umfrage. Davon waren 231 Daten verwertbar.

Dabei kamen 4 standardisierte Fragebögen zum Einsatz:

*Adult Attachment Scale (AAS)*

*Freiburger Achtsamkeitsfragebogen (FFA)*

*Skala Transpersonales Vertrauen (TPV)*

*Brief Symptom Inventory (BSI-18)*

## 4 ERGEBNISSE

Die Befragung zeigte einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen Bindungsstil, Gesundheit bzw. psychosomatischen Symptomen, der Fähigkeit zur Achtsamkeit und der Zugang zur Spiritualität.

Die Resultate zeigen dass geringe Achtsamkeit mit unsicherem Bindungsstil korreliert, dass ein unsicherer Bindungsstil mit psychosomatischen Symptomen korreliert und dass eine geringe Achtsamkeit mit geringer Spiritualität korreliert.

## 5 SCHLUSSFOLGERUNG

Ziel der Untersuchung war das Erforschen des Zusammenhangs zwischen Bindungsstil, Gesundheit bzw. psychosomatischen Symptomen, der Fähigkeit zur Achtsamkeit und der Zugang zur Spiritualität. Die Befragung zeigt diesen Zusammenhang.

Im Detail zeigen die Resultate dass geringe Achtsamkeit mit unsicherem Bindungsstil korreliert bzw. mit Unwohlsein bei zu viel Nähe, Vertrauens-Mangel in Beziehungen und Angst verlassen zu werden, dass ein unsicherer Bindungsstil mit psychosomatischen Symptomen wie Somatisierung, Angstsymptomen und Depression korreliert und dass eine geringe Achtsamkeit mit geringer Spiritualität korreliert, bzw. je ausgeprägter die Achtsamkeit desto höher ist die Spiritualität.

Die Resultate regen zu weiterer Forschung an. Im Speziellen zur Fragestellung einer therapeutischen Intervention die die Aspekte Bindungsstil, Achtsamkeit, Spiritualität und Gesundheit verbindet.

## 6 LITERATUR

Davidson RJ, Fox NA (1989): Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants' Respons to Maternal Seperation. Journal of Abnormal Psychology; 98:127-131.

Davidson R, Lutz A(2008): Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation. IEEE Signal Processing Magazine; 25: 176–174.

Siegel DJ (2007): The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being. New York: W.W. Norton & Company.

# Publikation 2

In Vorbereitung zum Druck

## Sicheres Bindungsverhalten, Gesundheit, Achtsamkeit und Spiritualität: eine Korrelationsstudie

Andreas Stötter[1,2,3)], Peter Christian Endler[3)], Wilhelm Mosgoeller[3,4)], Christian Haring [5)] Michael Harrer[1)] (2016)

[1)] Insightouch Institut, Innsbruck, Österreich
[2)] Yoni Academy, Innsbruck, Österreich
[3)] Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau, Österreich
[4)] SCIgenia Forschungssupport und Studiendesign GmbH, Wien Österreich
[5)] Psychiatrie u. Psychotherapie 1B, Landeskrankenhaus Hall in Tirol, Österreich

Korrespondenz an:

Andreas Stötter MSc.

Yoni Academy

Andreas Hofer Str. 40

A-6020 Innsbruck, Austria

Tel: +43 512 572032

Fax: +43 512 572032 30

E-Mail: as@yoni-academy.com

Index Begriffe:

Bindung, Achtsamkeit, Spiritualität, Psychosomatik, Psychopathologie.

# 1 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Untersuchung war das Erforschen des Zusammenhangs zwischen Bindungsstil, Gesundheit bzw. psychosomatischen Symptomen, der Fähigkeit zur Achtsamkeit und der Zugang zur Spiritualität. Die Untersuchung wurde in Form einer online-Befragung realisiert bei der ca. 4.000 Personen angeschrieben wurden. Dabei kamen 4 standardisierte Fragebögen zum Einsatz:

*Adult Attachment Scale (AAS)*

*Freiburger Achtsamkeitsfragebogen (FFA)*

*Skala Transpersonales Vertrauen (TPV)*

*Brief Symptom Inventory (BSI-18)*

Von den ca. 4.000 Angeschriebenen beteiligten sich ca. 700 Personen an der Umfrage. Davon waren 231 Daten verwertbar.

Im Detail zeigen die Resultate dass geringe Achtsamkeit mit unsicherem Bindungsstil korreliert bzw. mit Unwohlsein bei zu viel Nähe, Vertrauens-Mangel in Beziehungen und Angst verlassen zu werden, dass ein unsicherer Bindungsstil mit psychosomatischen Symptomen wie Somatisierung, Angstsymptomen und Depression korreliert und dass eine geringe Achtsamkeit mit geringer Spiritualität korreliert, bzw. je ausgeprägter die Achtsamkeit desto höher ist die Spiritualität.

# 2 HINTERGRUND

## 2.1 Bindung

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

Die berühmt gewordenen Veröffentlichungen von Renè Spitz (1945) stellten schon damals klar, dass es nicht ausreicht, sich lediglich auf die Versorgung der körperlichen Bedürfnisse der Kinder zu beschränken. Mary Ainsworth, eine Mitarbeiterin von Bowlby, weist durch ihre zahlreichen Forschungsarbeiten zur Bindungstheorie insbesondere auf den liebevollen Körperkontakt zwischen Mutter

und Kind hin (Siegel 1999). Die senso-motorischen Grundlagen dieses Aspekts stellen somit eine Verbindung zu körperorientierten Therapien dar.

### 2.2 Bindung und Achtsamkeit

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

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

### 2.3 Bindung und Gesundheit

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

„Mütterliche Fürsorge beeinflusst die Entwicklung des Gehirns und verändert besonders die Entwicklung bestimmter Gene. Dies ist die Ursache für die Unterschiede in der Art und Weise, wie einzelne Ratten auf Stress reagieren und wie sie Ihren Nachwuchs aufziehen“ (Meaney 2004 in Begley 2007).

Spitz (1945) untersuchte die Auswirkungen mangelnder mütterlicher Zuwendung auf die Entwicklung kleiner Kinder in den ersten Lebensmonaten. Er fand heraus, dass die körperliche und emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind lebenswichtig ist. Spitz beobachtete schwerste Entwicklungsstörungen bei von ihren Müttern getrennten Kindern, die im Extremfall zum Tod führten. Er vertrat die Meinung, dass ein Kind

seine Existenzgrundlage verliert, wenn es von seiner Mutter getrennt wird (Spitz 1945 in Nathan 1999).

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

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

Bleibt dieses basale Berührungsbedürfnis unbefriedigt, entwickelt der Säugling extreme Ängste, die zu ernsthaften Störungen der grundlegenden physiologischen Prozesse des Körpers und damit zu einer Einschränkung der Persönlichkeitsentwicklung führen (Siegel 1999).

### 2.4 Achtsamkeit und Spiritualität

Achtsamkeit als Beobachterposition bzw. Disidentifikation deutet in seiner vertiefenden Praxis auf das Transpersonale bzw. auf Spiritualität hin. Achtsamkeit ist als grundlegender Bestandteil der buddhistischen, hinduistischen taoistischen, islamischen, christlichen, jüdischen Lehre beschrieben worden (Siegel 2007). In diesen Traditionen, vom mystischen Christentum mit seinem kontemplativen Gebet, über dem Rezitieren mystischer Texte der Juden und die Achtsamkeits-Meditation der Buddhisten bis zu den Trancetänzen der Sufis, finden sich in unterschiedlicher Ausprägung und Form, Aspekte der Achtsamkeitspraxis wieder.

In Übereinstimmung mit spirituellen Traditionen stehen die Erkenntnisse der transpersonalen Psychologie, die reine Selbstentfaltung als nicht ausreichend beschreiben, um menschliches Glück zu erreichen und postulieren, dass menschliches Potenzial über die Selbstentfaltung hinausreiche (Maslov 1996,1970 in Walach 2005). Maslow meinte, dass es ein natürliches Bedürfnis nach Selbsttranszendenz gebe, das zur menschlichen Natur gehöre (Walach 2005). Auch Viktor E. Frankl war der Meinung, dass nur ein höherer Sinn, das Leben lebenswert mache (Frankl 1972).

Seit einigen Jahren zeigt sich ein zunehmendes Interesse an inter- und transdisziplinärer Forschung des Zusammenhangs zwischen Spiritualität und Gesundheit (Kohls 2011). Einschlägige Studien zeigen, dass Spiritualität von Patienten als Ressource gesehen wird, die zu ihrem Wohlbefinden beiträgt und dass spirituelle Erfahrungen sich positiv auf psycho− pathologischen Belastung auswirken. (Kohls 2004, Ostermann et al. 2004 in Walach 2005)

## 3 ZIEL

Ziel der Untersuchung war die Erforschung einer Korrelation zwischen Bindung, Gesundheit, Achtsamkeit und Spiritualität.

## 4 METHODE

Es handelte sich um eine online-Umfrage bei der ca. 4.000 Personen aus der Datenbank der Yoni Academy angeschrieben wurde.
Dabei kamen 4 standardisierte Fragebögen zum Einsatz:
*Adult Attachment Scale (AAS)* deutsche Fassung mit 15 Items mit fünf-stufiger Raitingskala
*Freiburger Achtsamkeitsfragebogen (FFA)* mit 14 Items (Kurzfassung) mit vier-stufiger Raitingskala
*Skala Transpersonales Vertrauen (TPV)* mit 11 Items mit vier-stufiger Raitingskala
*Brief Symptom Inventory (BSI-18)* deutsche Fassung mit 18 Items und mit vier-stufiger Raitingskala
Von den ca. 4.000 Angeschriebenen beteiligten sich ca. 700 Personen an der Umfrage. Davon waren 231 Daten verwertbar.

# 5 ERGEBNISSE

Die Ergebnisse von 231 Teilnehmern, zu den einzelnen Kategorien der Erhebungen zu Bindungsstilen, Spiritualität, Symptom-Prevalenz und Achtsamkeit, wurden miteinander korreliert.

Korrelation positiv oder negativ:

Ob die Korrelation gleichsinnig oder entgegengesetzt ist, ist aus dem Vorzeichen des Pearson Korrelations-Coeffizienten abzulesen. Ist die jeweilige Korrelation nach Pearson „positiv“, bedeutet dies für die Parameter ein gleichsinniges Verhältnis (z.B. je größer X desto größer Y, bzw. je kleiner X desto kleiner Y).

Ist die jeweilige Korrelation nach Pearson „negativ“, bedeutet dies für die Parameter ein gegensätzliches Verhältnis (z.B. je größer X desto kleiner Y, oder je kleiner X desto größer Y)

Statistische Signifikanz:

Die „Signifikanz (2-seitig)“ gibt die Irrtumswarscheinlichkeit mit der die „0“-Hypothese („keine Korrelation“) verworfen wird. Ein Ergebnis 0,000 zeigt eine hoch signifikante Korrelation an. Ein Ergebnis 0,092 zeigt eine nicht signifikante Korrelation an.

**Beziehung zwischen (Korrelation von) Bindungsstil und Achtsamkeit**

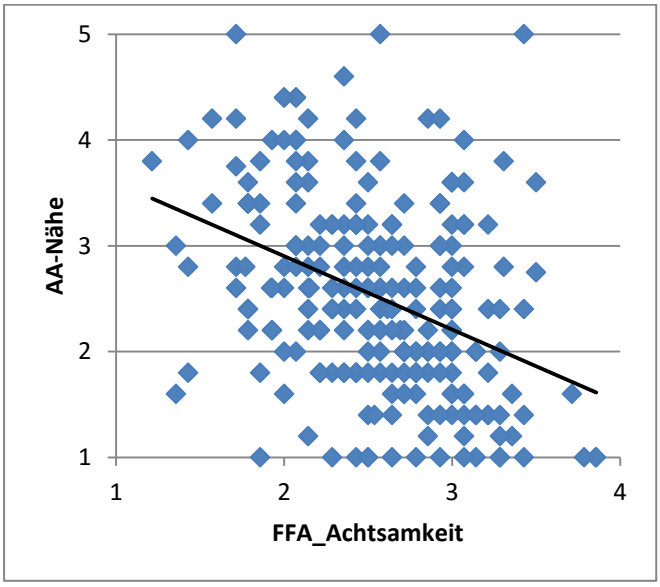



*Abb. 1: Angst vor Nahe - Achtsamkeit*

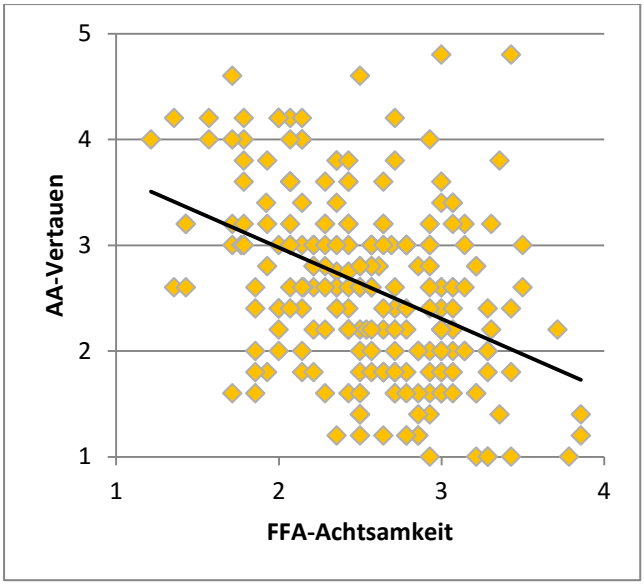



*Abb. 2: Mangel an Vertrauen - Achtsamkeit*

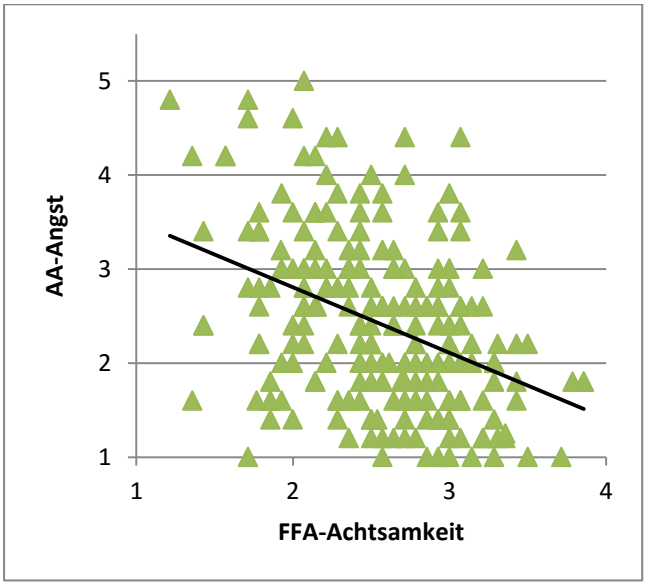



*Abb. 3: Verlassens-Angst - Achtsamkeit*

Für alle drei Kategorien des AAS (Adult Attachment Scale) gilt: je größer die Achtsamkeit umso kleiner die jeweilige Kategorie

| Kürzel | Parameter-Kategorie | Testergebnis Korrelation nach Pearson | P-Wert: < als | Signifikanz | |
|---|---|---|---|---|---|
| AA-Nah | Nähe | - 0,384 | 0,001 | hoch signifikant | |
| AA-Vtr | Vertrauen | - 0,411 | 0,001 | hoch signifikant | |
| AA-Angst | Angst | - 0,398 | 0,001 | hoch signifikant | |

Aus den Daten ist ablesbar: Geringe Achtsamkeit korreliert mit

- Unwohlsein bei zu viel Nähe,
- Vertrauens-Mangel in Beziehungen, und
- Angst verlassen zu werden

**Beziehung zwischen (Korrelation von) Achtsamkeit und Spiritualität**

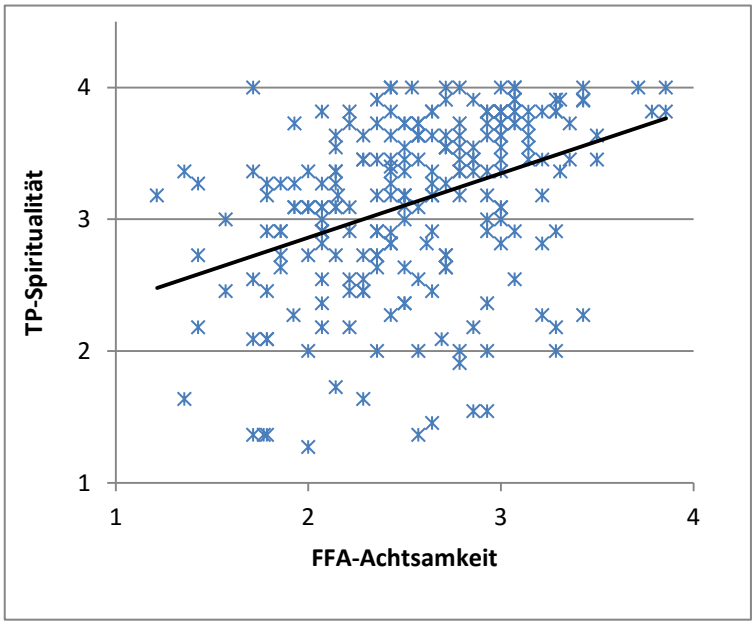



*Abb. 4: Spiritualität - Achtsamkeit*

Für die Erhebungsinstrumente für Spiritualität gilt: je größer die Achtsamkeit umso größer die Spiritualität

| Kürzel | Parameter-Kategorie | Testergebnis Korrelation nach Pearson | P-Wert: < als | Signifikanz | |
|---|---|---|---|---|---|
| TP-Spir | Spiritualität | 0,382 | 0,001 | hoch signifikant | |

Aus den Daten ergibt sich: geringe Achtsamkeit korreliert mit geringer Spiritualität, je ausgeprägter die Achtsamkeit desto höher ist im Mittel die Spiritualität

## Beziehung zwischen (Korrelation von) Achtsamkeit und Gesundheit

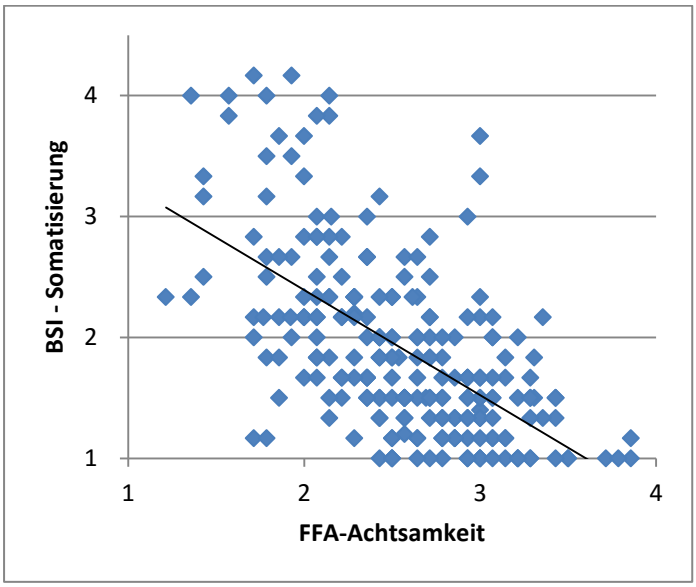



*Abb. 5: Somatisierung - Achtsamkeit*

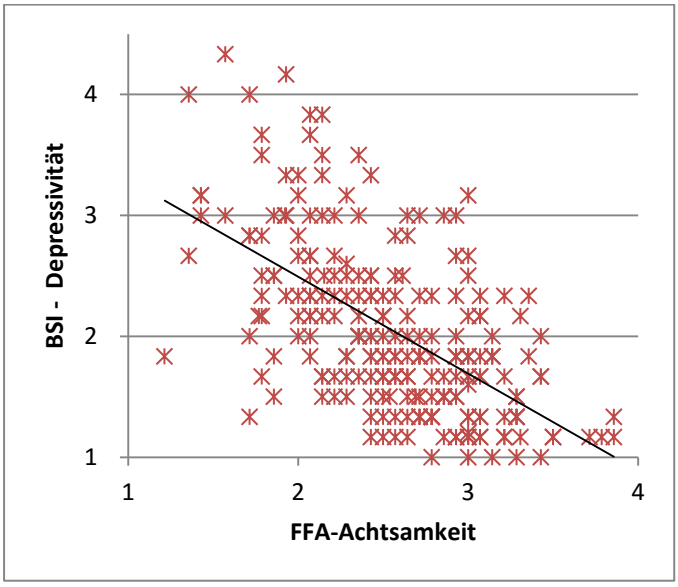



*Abb. 6: Depressivität - Achtsamkeit*

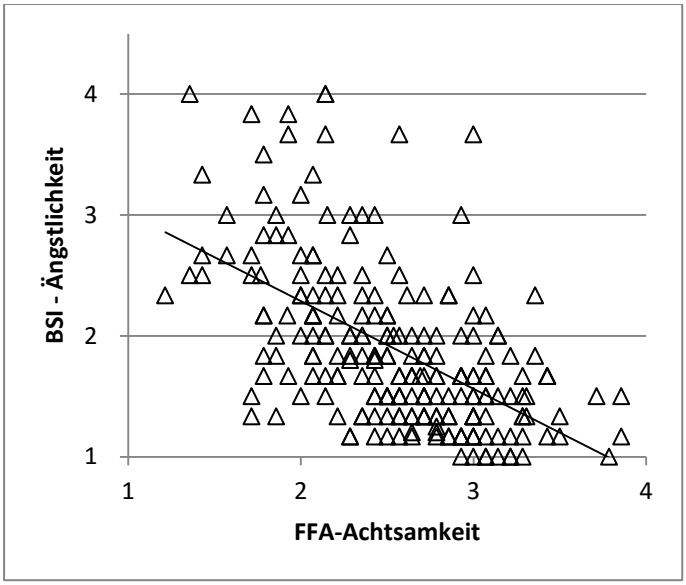



*Abb. 7: Ängstlichkeit - Achtsamkeit*

Für alle drei Kategorien des BSI (Brief Symptom Inventory) gilt: je größer die Achtsamkeit umso kleiner die jeweilige Kategorie

| Kürzel | Parameter-Kategorie | Testergebnis Korrelation nach Pearson | P-Wert: < als | Signifikanz | |
|---|---|---|---|---|---|
| BSI-Somt | Somatisierung | - 0,597 | 0,001 | hoch signifikant | |
| BSI-Depr | Depressivität | - 0,589 | 0,001 | hoch signifikant | |
| BSI-Angst | Ängstlichkeit | - 0,563 | 0,001 | hoch signifikant | |

Generell ist aus den Daten ablesbar: Geringe Achtsamkeit korreliert mit erhöhter Somatisierung, Depressivität, und Ängstlichkeit

# 6 SCHLUSSFOLGERUNG

Ziel der Untersuchung war das Erforschen des Zusammenhangs zwischen Bindungsstil, Gesundheit bzw. psychosomatischen Symptomen, der Fähigkeit zur Achtsamkeit und der Zugang zur Spiritualität. Die Befragung zeigt diesen Zusammenhang.

Im Detail zeigen die Resultate dass geringe Achtsamkeit mit unsicherem Bindungsstil korreliert bzw. mit Unwohlsein bei zu viel Nähe, Vertrauens-Mangel in Beziehungen und Angst verlassen zu werden, dass ein unsicherer Bindungsstil mit psychosomatischen Symptomen wie Somatisierung, Angstsymptomen und Depression korreliert und dass eine geringe Achtsamkeit mit geringer Spiritualität korreliert, bzw. je ausgeprägter die Achtsamkeit desto höher ist die Spiritualität.

Die Resultate regen zu weiter Forschung an, im Speziellen zur Fragestellung einer therapeutischen Intervention die die Aspekte Bindungsstil, Achtsamkeit, Spiritualität und Gesundheit verbindet. Die Resultate regen zu weiter Forschung an, im Speziellen zur Fragestellung einer therapeutischen Intervention die die Aspekte Bindungsstil, Achtsamkeit, Spiritualität und Gesundheit verbindet.

# 7 LITERATUR

Begley S(2007): Train your mind. New York: Ballantine Books. Bern

Frankl V (1972): Der Wille zum Sinn. Bern: Huber,

Kohls N, Büssing A (2011): Spriritualität transdisziplinär. Berlin Heidelberg: Springer

Mischke Reeds, M (2007): Handout von Hakomi Trauma Fortbildung. Hakomi Institute of Europe e.v. Nürnberg

Nathan B (2001): Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. Verlag Hans Huber

Ostermann T, Büssing A, Matthiessen PF (2004): Pilotstudie zur Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der spirituellen und religiösen Einstellung und des Umgangs mit Krankheit(SpREUK). Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde; 11: 346± 353

Siegel D J (2007): The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being. New York, W.W. Norton & Company 2007.

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

Spitz R (1945): „Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood“, in The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 1

Walach H, Kohls N, Belschner W (2005): Transpersonale Psychologie - Psychologie des Bewusstseins: Chancen und Probleme Psychother Psych Med 2005; 55: 405±415

# Publikation 3 - Abstract

## Die Kombination von Achtsamkeit und Berührung (Insightouch®) verbessert die Bindungsqualität und damit Gesundheit

### 1 HINTERGRUND

Geringes Selbstwahrnehmungsvermögen erschwert Menschen mit Depressionen, Angststörungen und psychosomatischen Beschwerden das Erkennen und Reflektieren destruktiver Regelkreise, von negativen Gedanken und Gefühlen, Angst, Anspannung, körperlichen Schmerzen, Erschöpfung und innerer Unruhe. Die Forschung dazu zeigt den Zusammenhang defizitärer achtsamer Selbst-Wahrnehmung und psychischer Störungen (Segal et al. 2002, Siegl 2007, Ma & Teasdale 2004, Michalak et al. 2008)

Die Erkenntnisse der Bindungsforschung weisen darauf hin, dass ein Mangel an sicherer Bindung zwischen Eltern und Kind in der frühen Entwicklungsphase zur Entwicklung psychischer und psychosomatischer Beschwerden führen kann. (Spitz 1945, Turp 1999, Duhn et al. 2010). Der früheste Bindungsdialog besteht fast ausschließlich aus Berührungen (Montagu 1974). Demnach bauen die ersten emotionalen Bindungen des Kindes auf körperlichem Kontakt auf, der das Fundament für die weitere physische, emotionale und intellektuelle Entwicklung bildet (Field 2003, Bowlby 1969, 1973, 1980, Bystrova et al. 2009, Cullen-Powell et al. 2005, Haxton et al. 2012, Vincent et al. 2011).

Dies deutet auf eine Korrelation zwischen unsicherem Bindungsmustern, Achtsamkeitsdefizit und die Entwicklung von psychischen Störungen hin (Siegl 2007).

#### 1.1 Achtsamkeit

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

anderen psychischen Erkrankungen, Stresssyndromen, Traumata, Suchterkrankungen etc. sind gut belegt. (Segal 2002, Ma & Teasdale 2004, Bondolfi et al. 2010, Michalak et al. 2008, Brittany et al. 2011, Splevins et al. 2009, Evans et al. 2007, Williams et al.2012) Neurobiologische Untersuchungen zum Thema Achtsamkeitspraxis zeigen einen Einfluss auf die Neuroplastizität des Gehirns (Schwartz 1996, Davidson et al. 2003, 2008).

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

Zu den tiefenpsychologischen Ansätzen, die Achtsamkeitspraxis in der Therapie einsetzen, gehören Focusing (Gendling 1996), Internal Family System Therapie (IFS) (Schwartz 1995) und die Hakomi Methode (Kurz 1990). Sie berücksichtigen sehr umfassend den Zusammenhang und die Bedeutung die eine achtsame Akzeptanz für einen therapeutischen Prozess hat (Weiss et al. 2010).

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

Die mentalen Wirkungen der Achtsamkeit werden von physiologischen Veränderungen begleitet (Siegel 2007). Schwartz et al. (1996, 2002) konnten durch Positron-Emissionstomographie (PET scan) zeigen, dass die auf Achtsamkeit basierende kognitive Therapie Gehirnschaltkreise von Patienten systematisch verändert. In Übereinstimmung dazu, beschrieben Davidson et al. aufgrund von Untersuchungen an meditierenden tibetischen Mönchen mittels fMRT, PET und EEG eine vermehrte Aktivität des linken präfrontalen Cortex, einem Bereich des

Frontalhirns, der zuständig ist für eine positive Grundstimmung, erhöhte Aufmerksamkeit und Emotionsregulation. Im rechten Frontallappen hingegen zeigte sich erhöhte Aktivität bei depressiven Menschen mit negativer Grundstimmung (Davidson 1974, 1976, 2003, 2008). Das Seiten-Verhältnis der präfrontalen Neuronenaktivität deutet auf einen möglichen Zusammenhang in der Stimmung und im Wohlbefinden hin.

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

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

Die Metaanalyse von Strauss et al. (2014), die die Wirkung von MBSR (mindful based stress reduction) bei depressiven Symptomen und Angststörungen untersuchten, bestätigen die positive Wirkung der Achtsamkeitspraxis.

### 1.2 Berührung

Berührungsinterventionen im Kontext einer Psychotherapie finden sich bereits in den Anfängen der Psychoanalyse. Bereits Freud benutzte Berührung um Zugang zum Unbewussten seiner Patienten zu erlangen. Der Patientin Lucy R. legte er seine Hand auf die Stirn und sagte: *„Es wird ihnen jetzt etwas einfallen, unter dem Druck meiner Hände.“* (Freud u. Breuer 1895). Freud berührte Patientinnen im hypnotischen Schlaf an Stellen, an denen sich mangels lustvoller Erregung, Energie gestaut hatte (Anzieu 1989). Mit der Absicht gestaute Energie zu lösen, massierte er hysterische Patientinnen. Zu einem späteren Zeitpunkt wendet sich Freud strikt von jeglicher Berührungsintervention in der Analyse ab, wohl als Folge der für ihn blamierenden Erfahrung mit einer Krankenschwester seiner Station und wohl auch unter dem Druck der heftigen Übertragungskrise mit seiner Patientin Anna O. (Busch in Marlock & Weiss 2006).

Wilhelm Reich (1987, 1989) kommt wohl der Verdienst zu, sich als einer der ersten Analytiker intensiv mit der körperbezogenen Arbeit an der Köperhaltung und Muskelorganisation gewidmet zu haben. Reich entwickelte das Konzept der

Muskelpanzerung als körperlicher Aspekt der Verdrängung von Gefühlen und setzte dabei auch Berührungsinterventionen ein, um die Panzerung zu lösen und Verdrängtes zu befreien.
Groddeck (1988), Ferenczi (1927), Lowen (1967), Rank (1998), Balint (1981), Boyesen (1984) Keleman (1990) und Andere modifizierten und entwickelten die therapeutische Berührungsarbeit weiter zu einer aktiveren dialogischen Technik (Busch in Marlock & Weiss 2006).
Die Hakomi-Methode, als eine erfahrungs- und körperorientierte Psychotherapie, verwendet Berührungsexperimente, in denen der Klient sich im Zustand der inneren Achtsamkeit befindet, um darüber Zugang zum Unbewussten zu Erlangen (Kurtz 1990).
Die Arbeiten von Turp (1999) beschäftigen sich mit dem Thema frühkindlicher und erwachsener Berührung und Gehaltenwerdens in Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen und anderen psychischen Störungen. Sie schreibt*: "Many clients who express their distress through psychosomatic illness or physical self-harm describe a very poor history of touch".* (Turp 1999)

Eine von Koemeda-Lutz et al. durchgeführte Multizenterstudie zur Wirksamkeit von Köperpsychotherapien zeigen den nennenswerten Beitrag den körperorientierte Verfahren zur Versorgung von an psychisch erkrankten Menschen leisten können (Koemeda-Lutz et al. 2006).
Marcher et al. (2006) untersuchten 437 StudienteilnehmerInnen bezüglich therapeutischer Wirkung von Berührung und fanden: „Berührung ist eine hochwirksame Methode zur Verringerung von Angst und zur Schaffung eines Empfinden von Behagen und Vertrauen."
Auch die Forschungsarbeiten am Touch Research Institute an der Universität in Miami/USA zeigen eine positive Wirkung von therapeutischer Berührung bei psychischen Störungen (Field et al.1997). Eine Studie zur so genannten 'slow stroke intervention' belegt die Wirksamkeit dieses Behandlungsprinzips (Müller-Oerlinghausen et al. 2007). Zusammenfassend bestätigt die rezente Metaanalyse von Hou et al. (2010) das klinische Potential von therapeutischer Berührungsintervention bzw. Massage bei depressiven Menschen.

### 1.3 Berührung und Bindung

Studien aus der Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung beschreiben den prägenden Faktor der taktilen Berührung in der Mutter-Kind Beziehung während der ersten Lebensmonate. Der Wissenschaftler Montagu (1974) hat in seinem Lebenswerk „la peau et le toucher“ die Berührung als basales Grundbedürfnis des Menschen – gleich wie das Bedürfnis nach Licht, Schlaf, Essen/Trinken und nach Anerkennung und Liebe - hervorgehoben.

Der Tastsinn entwickelt sich beim menschlichen Embryo als erster und vor allen anderen Sinnen. Die Haut reagiert ab der siebten Schwangerschaftswoche auf taktile Reize (Frank 1957 in Nathan 2001). Die ersten Erfahrungen die der Mensch als Embryo als auch als Säugling macht, sind demnach intensiv mit taktiler Berührung verknüpft. Besonders die Qualität der taktilen Berührung bei der Geburt und in den ersten Monaten ist laut Leboyer entscheidend für den Aufbau gesunder Beziehungen (Leboyer 1995). Ainsworth und Mitarbeiter (1978 in Siegel 1999) haben in Langzeitstudien die Qualität des frühen Berührungsdialogs untersucht und sind ebenfalls zu dem Schluss gekommen, dass das Entscheidende dabei die Art und Weise d.h. die Berührungsqualität ist und darüber entscheidet, wie das Kind sich selbst und die Welt erfährt.

„Der Tastsinn ist der Sinn, mit dessen Hilfe der Mensch die Welt erlebt und formt. Er ist sein wichtigstes Kommunikationsmittel“ (Frank 1957 in Nathan 2001).

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

Es gibt Anzeichen dafür, dass die Gewohnheiten „moderner“ Mütter, ihre Kinder „abzulegen“ statt sie mit sich herumzutragen, für psychische Schäden und gestörtes Sozialverhalten mehr verantwortlich sind als alle anderen ätiologischen Faktoren zusammen (Nathan 2001). Der Wandel von der beschützten überall berührenden intrauterinen Erfahrung zur relativ harten berührungslosen extrauterinen Umgebung sollte sich ganz allmählich und sanft ereignen und von den Fortschritten und Entwicklungen des Kindes anstatt von den Wünschen der Mutter bestimmt werden (Liedlorf 1986 in Nathan 2001).

Spitz (1945) untersuchte die Auswirkungen mangelnder mütterlicher Zuwendung auf die Entwicklung kleiner Kinder in den ersten Lebensmonaten. Er fand heraus, dass die körperliche und emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind lebenswichtig ist. Spitz beobachtete schwerste Entwicklungsstörungen bei von ihren Müttern getrennten Kindern, die im Extremfall zum Tod führten. Er vertrat die Meinung, dass ein Kind seine Existenzgrundlage verliert, wenn es von seiner Mutter getrennt wird (Spitz 1945 in Nathan 1001).

Diese frühen taktilen Erfahrungen bleiben als emotional-kinästhetische Realität im impliziten Körpergedächtnis gespeichert und bestimmen das erwachsene Selbst mit, ja sind Erfahrungen des Selbst, da das Selbst immer ein Körperselbst ist. Körperliche Erfahrung ist psychische Erfahrung. *„Am Anfang des Lebens ist das Selbst ein Körper-Selbst und die Welt des Säuglings ist zuerst vor allen eine taktile Welt“*. (Nathan 2001). Für das neugeborene Selbst ist nichts prägender als die Liebe die aus verschiedenen Arten der Berührung spricht.

### 1.4 Berührung und Achtsamkeit

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

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

Die Arbeit von Stötter et al. (2013) die die Wirkung von therapeutischer Berührung in Verbindung mit Achtsamkeitspraxis bei depressiven Menschen untersucht hat, bestätigt diesen Therapieansatz.

Die hierarchischen Informationsverarbeitung (Odgen 2006), die die kognitive, emotionale und sensomotorische Verarbeitungsweise beschreibt, dient hierfür als sinnvoller Ausgangspunkt.

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

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

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

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

Dieser *circulus vitiosus* aus Verlust des Fühlens des eigenen Körpers und dysfunktionaler kognitiver Verarbeitung könnte durch die Synergie dieser beiden therapeutischen Ansätze durchbrochen werden.

### 1.5 Oxytocin

Die Verarbeitung der im Gehirn eintreffenden Reize geschieht sowohl mittels komplexer neuronaler Verbindungen, als auch mit Hilfe von chemischen Botenstoffen bzw. Neurotransmittern, Neuropeptide und Hormone. Einige dieser Substanzen fungieren sowohl als Botenstoffe, als auch als Hormone.

Die meisten Neurotransmitter werden nicht nur im ZNS, sondern in fast allen Bereichen des peripheren Gewebes produziert. Pert (1999) schreibt: „*Neuropeptide waren nicht nur in den Ketten der Nervenganglien zu beiden Seiten des Rückenmarks zu finden, sondern auch in den Endorganen selbst*.“ Und später: “*So kam es zu der unglaublichen Entdeckung, dass jeder Neuropeptitrezeptor, den wir im Gehirn gefunden hatten, auch auf den menschlichen Monozyten vorkommt, d.h. überall.“* Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass taktile Berührung nicht nur neuronale Wirkung im ZNS erzeugt, sondern auch die Produktion von Neurotransmitter im peripheren Gewebe anregt. Ein wichtiger Botenstoff, der bei Berührung eine Rolle spielt, ist das Hypophysenhormon Oxytocin.

Jahrzehnte lang war über die Wirkung des Oxytocins nichts weiter bekannt, als der Zusammenhang mit der Kontraktion des Uterus bei der Geburt. Jedoch ist seit einigen Jahren bekannt, dass Oxytocin auch als Neurotransmitter und Neuromodulator auf psychische Funktionen einwirken kann (Neumann & Landgraf 2012). Die Forschung zeigt zudem, dass Oxytocin an sozialem Verhalten im Allgemeinen, an partnerschaftlichen Beziehungen, vor allem aber auch an Mutter–Kind-Beziehungen beteiligt ist (Uvnäs-Moberg, K. 1996).

Das Zusammenspiel von Oxytocin und Bindungsverhalten der Mutter hat einen Einfluss auf das Verhalten des Kindes im späteren Leben (Uvnäs-Moberg, Arn & Magnusson 2005). In Humanstudien zeigte sich, dass hohe Oxytocinspiegel der Mutter während Schwangerschaft und Geburt mit einer späteren engeren Mutter-Kind-Bindung einhergehen im Vergleich zu Müttern mit einem niedrigen Oxytocinspiegel (Levine et al. 2007).

Janov, der Begründer der Primärtherapie schreibt:

*„Oxytocin ist entscheidend dafür, eine starke emotionale Verbindung mit anderen herzustellen. Oxytocin ist ein Schlüsselhormon der Liebe. Wenn der Oxytocinspiegel niedrig ist, gibt es weniger emotionale Bindung, weniger Interesse an sozialem Engagement, weniger Fürsorge und Bindung und weniger Berührung.“* (Janov 2012)

Zak et al. (2007) sehen den positiven Einfluss von Oxytocin als Hinweis auf eine Zunahme von Empathie. Auch Singer et al. (2008) untersuchten den Einfluss von Oxytocin auf Empathie. Dabei zeigte sich eine Abnahme der Amygdalaaktivierung unter Oxytocin.

Zahlreiche Studien aus Tiermodellen und zunehmend auch aus Humanstudien weisen einen angstlösenden und stressreduzierenden Effekt von Oxytocin nach.

Kirsch et al. (2005) konnte in einer Humanstudie mittels fMRT auf die Rolle der Amygdala die angstlösenden Wirkung von Oxytocin nachweisen. Die Amygdala spielt eine wichtige Rolle in der Verarbeitung von Angst und bei der Beurteilung von möglichen Gefahren (LeDoux, 2003).

Zudem reduziert Oxytocin die Aktivität der Hypothalamus–Hypophysen–Nebennieren-Achse auf Stressreaktionen. Dies führt zu einem erniedrigten Corticosteroidlevel (Mantella et al. 2004, Neumann et al. 2000b).

Auch Neumann & Landgraf (2012) beschreiben in ihrer neurobiologischen Forschung die antidepressive und anxiolytischen Wirkung des Oxytocins und schlagen eine Aktivierung des Oxytocinsystems durch positive soziale Stimuli zur Erhöhung des psycho/emotionalen Gleichgewichts vor.

Zu den zahlreichen biologischen Wirkungen zählen die Senkung der Pulsfrequenz und des Blutdrucks, die Anregung der Verdauung, die Stimulation der Wundheilung, die Stimulation der Produktion verschiedener anderer Hypophysenhormone wie Prolaktin, Wachstumshormone, ACTH etc.. Zudem reguliert Oxytocin den Cortisolspiegel.

Nach heutigem Wissensstand spielt Oxytocin aber auch für die Funktion weiterer Organe, wie Pankreas, Niere, männliche Geschlechtsorgane, kardiovaskuläres System und das ZNS eine Rolle (Gimpl und Fahrenholz 2001).

Perts (1999) Forschung bestätigend, konnten Oxytocin-Rezeptorstellen an verschiedenen Organen wie Darm, Leber, Herz, Immunsystem ect. identifiziert werden. Ein erhöhter Oxytocinspiegel fördert das Wachstum der coronaren Gefäße (Gattaneo at al. 2009), stimuliert das Immunsystem (Szeto et al. 2008) erhöht die Beweglichkeit des Darms (Monstein et al. 2004) und normalisiert den Glukosespiegel (Borg et al. 2009). Eine reduzierte Oxytocin-Ausschüttung korreliert demnach mit somatoformen Störungen.

Streichelnde, rhythmische Berührungsreize an der Haut führen zur Ausschüttung von Oxytocin, wie sich sowohl in Tierversuchen als auch am Menschen zeigen ließ

(Kurosawa et al. 1995, Lund et al. 2002, Wikstrom et al. 2003). Die von Neumann & Landgraf (2012) vorgeschlagenen positiven sozialen Stimuli zur Aktivierung des Oxytocinsystems könnten somit durch eine achtsame empathische Berührung erreicht werden.

Marcher et al. (2006) weisen darauf hin, dass die Produktion von Oxytocin auch angeregt wird durch Stille und Achtsamkeit.

### 1.6 Cortisol

Cortisol ist ein Steroidhormon, das in den Nebennieren produziert wird. Es ist wichtig für die Reaktion auf akutem Stress und fördert die Bereitstellung von Energie für vermehrte Muskelreaktion und erhöhte Gehirnaktivität.

Die Wahrnehmung eines Stressors führt über die Hypothalamus–Hypophysen–Nebennieren-Achse zur Ausschüttung von Glukokortikoiden, wobei das wichtigste unter ihnen das Cortisol ist (Schandry 2006). Alle biologisch untersuchten Systeme, die bei der Pathogenese von Ängsten und Depressionen beteiligt sind, werden am häufigsten mit der HPA-Achse in Zusammenhang gebracht (Parker et al. 2003).

In Tierversuchen konnte eine niedrige Cortisolkonzentration bei Verabreichung von Oxytocin nachgewiesen werden (Parker et al. 2005, Petersson et al. 1996, Sohlström et al. 2000)

Die Human-Studie von Heinrichs et al. (2003), bei der Probanden Oxytocin nasal verabreicht wurde, zeigte eine Reduzierung der Cortisolwerte einhergehend mit einer Reduzierung von Unruhe und Angst.

Eine Hypothese hierzu bildet die Annahme, dass Oxytocin die HPA-Achse bei physischem und psychosozialem Stress unterdrückt (Heinrichs et al. 2003). Diverse Forschungsergebnisse deuten somit eine wechselseitige Beziehung zwischen Oxytocin und Cortisol an.

Zusammenfassend kann gesagt werden dass eine eingeschränkte Oxytocinproduktion einhergeht mit psychischen und psychosomatischen Störungen und dass die Intervention durch Achtsamkeit und Berührung einen positiven Einfluss auf das Oxytocin-System haben könnte.

## 2 ZIEL

Das Beschriebene weist darauf hin, dass frühgeprägtes Bindungsverhalten einen Einfluss auf die Fähigkeit achtsamen Wahrnehmens hat. Dies wiederum deutet auf eine Korrelation zu Angststörungen, depressiven und somatoforme Störungen hin. Somit war das Ziel die Wirkung einer therapeutischen Intervention, die diese Aspekte (Bindung, Achtsamkeit und Gesundheit) integriert zu untersuchen.
Vertiefend und weiterführend zur ersten Pilotstudie (Stoetter et al. 2013) war es zudem das Ziel zu prüfen, ob oder ob nicht, Angststörungen, depressive und somatoforme Störungen durch die Insightouch®-Methode positiv beeinflusst werden können.

## 3 METHODE

Die Studienteilnehmer wurden durch eine online Umfrage rekrutiert.
Von den über 700 Eintragungen konnten 231 verwertet werden, davon erklärten sich 150 Personen bereit an der Interventionsstudie teilzunehmen.
Die online-Befragung diente zuzüglich zur Rekrutierung der TeilnehmerInnen auch dazu eine eventuelle Korrelation zwischen Bindungsstil, Achtsamkeit, Spiritualität und Gesundheit zu erfassen (siehe 2. Publikation).
Die Teilnahme war freiwillig, alle Teilnehmer wurden über Studienzweck und das Studienprotokoll, insbesondere zu Aspekten des Datenschutzes und der Datenverwertung, aufgeklärt und haben der Teilnahme sowie der elektronischen Speicherung ihrer persönlichen Daten schriftlich zugestimmt. Der Studienvorschlag wurde von der Ethikkommission des Interuniversitären Kolleg Graz / Schloss Seggau begutachtet und, nach geringfügiger Modifizierung, bewilligt.
Die Auswahl und der Einschluss von 36 Teilnehmer für die Intervention erfolgten durch die Studienleitung. In die Studie aufgenommen wurden Menschen mit unsicheren Bindungsstil, Achtsamkeitsdefizit, Angststörungen, depressiven und somatoformen Störungen. Die Randomisierung erfolgte durch eine abwechselnde Zuteilung in die Gruppe A und Gruppe B. 18 Personen waren der Gruppe A zugeordnet und 18 Personen in Gruppe B. Vorzeitiger Therapieabbruch: 4 Person
Somit wurde die Intervention mit 32 Teilnehmern abgeschlossen.

### 3.1 Studiendesign

Die klinische Prüfung hatte folgendes Studien-Design

- prospektiv
- randomisiert
- kontrolliert
- cross-over
- interventionell

### 3.2 Forschungsfragen

Die Fragestellung unterteilte sich in unmittelbare Wirksamkeit von Insightouch® und die Nachhaltigkeit der Wirkung.

- 1a. Führt Insightouch® zu einer Verringerung von Angst, Depression und körperliche Symptomatik?
- 1b. Verändert sich durch die Intervention der Cortisolspiegel?
- 2a. Führt Insightouch® zu einer Veränderung der Bindungsqualität in Bezug auf Angst vor Nähe, Vertrauen und Verlassensangst?
- 2b.Verändert sich durch die Intervention der Oxytocinspiegel?
- 3a. Verändert sich durch die Intervention die Achtsamkeit des Klienten?

### 3.3 Messmethode der Intervention

Die Studienteilnehmer füllten die Fragebögen zu den drei Zeitpunkten MP-1, MP-2, und MP-3 online aus. Die Güte dieser Erhebungsmethode wurde im Zuge der Umfrage zur Rekrutierung mit statistischen Methoden (z.B. Re-Retest-Verfahren, Faktorenanalyse) bestimmt, somit ist die Erhebung ökonomisch und validiert. Die Ausgangslage (Baseline Daten) und der Interventionserfolg wurden mit folgenden Tests gemessen:

- Adult Attachment Scale (AAS, deutsche reduzierte Version)
- Freiburger Achtsamkeitsfragebogen (FFA)
- Brief Symptom Inventory (BSI-18)
- Labortests:
  Oxytocin-Bestimmung im Speichel
  Cortisol-Bestimmung im Speichel

Um die Analyse möglichst zu standardisieren und die Messvarianz gering zu halten, wurden die Proben eingefroren gesammelt, und dann mit einer Test-charge analysiert.

### 3.4 Studienablauf

Die Teilnehmer wurden zufällig einer von zwei Gruppen zugeordnet:

1. Gruppe A (18 Teilnehmer), startete mit Insightouch® Behandlungen
2. Gruppe B (18 Teilnehmer), startete mit Kontroll-Beobachtung (ohne anfängliche Behandlungen)

Die Teilnehmer waren in Bezug auf ihre Gruppenzuordnung verblindet.
Die Endpunkte (Standardtest, Laborbefunde) wurden zu 3 Zeitpunkten (MP - Messpunkte) erhoben.

### 3.5 Studienablauf für die Teilnehmer

Gruppe A:

Zu Beginn erfolgte die Eingangsmessung (MP-1). Darauf folgte in Phase 1 die Insightouch® Therapie in insgesamt 16 einstündigen Therapiesitzungen. Es wurde erneut nach 8 Wochen gemessen (MP-2). Es erfolgte eine Phase 2 (achtwöchige behandlungsfreie Phase) und der Teilnahmeabschluss mit Messung (MP-3).

Gruppe B:

Zu Beginn erfolgte die Eingangsmessung (MP-1). Daraufhin erfolgte eine achtwöchige Kontrollbeobachtung. Die Intervention erfolgte erst in der zweiten Hälfte ihrer Teilnahmezeit. Die Probanden erfuhren somit die gleichen Behandlungen, allerdings in vertauschter Phasenfolge.

### 3.6 Statistische Analyse

Die Analyse wurde von einem professionellen Statistiker (W. Mosgöller, Interuni Colleg, Graz) durchgeführt.
Um die Wirkung der Intervention zu beschreiben wurden Veränderungen bei jeder Gruppe in jeder Phase getrennt erfasst, und dann die Daten der Interventionsphase mit jenen aus der Kontrollphase verglichen.

Es kam das Softwarepaket IBM-SPSS zum Einsatz. Es wurden deskriptive Verfahren, sowie analytische Methoden verwendet um die Wirkung und Nachhaltigkeit der Methode statistisch zu belegen.

## 3.7 Beschreibung der therapeutischen Methode

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

### 3.7.1 Berührung

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

### 3.7.2 Gesprächsführung

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

Die Gesprächsführung unterscheidet sich vom psychotherapeutischen Gespräch insofern, als es sich ausschließlich auf die Beschreibung der Körper- und Stimmungsreaktionen fokussiert. Der Klient befindet sich dabei in einen Zustand der inneren Achtsamkeit. Diese Achtsamkeitspraxis im Dialog kann auch als „assistierte Meditation“ gesehen werden (Weiss 2009). Der Therapeut leitet den Klienten vom Alltagsbewusstsein in den Zustand der Inneren Achtsamkeit. Der Klienten richtet sein Augenmerk auf das eigene Körpererleben und reflektiert und kommentiert aktiv die eigene Körperwahrnehmung. Dabei stellt der Therapeut gezielte Fragen, die die Aufmerksamkeit auf das körperliche Erleben fokussieren und halten. Ziel ist es den Klienten zu unterstützen, Achtsamkeit zu vertiefen, Körperbewusstsein aufzubauen, und die Fähigkeit zu trainieren unmittelbare Köperempfindungen zu beschreiben.

Dabei bleibt der Klient bei der reinen, nicht wertenden Wahrnehmung seines Körpers, und versucht Bewertungen zu vermeiden. Dabei auftauchende Assoziationen, Erinnerungen und Kognitionen werden nicht vertieft.
Psychische Hintergründe, biografische Aspekte und deren Zusammenhang mit der Symptomatik des Klienten werden nicht besprochen. Weder psychodynamische Komponenten noch 'psychoeducation' kommen hier zum Einsatz.
Ziel ist nicht problemorientierte biographische Inhalte, oder ziel- und lösungsorientierte Visualisierungen anzubieten, bzw. Veränderungen von Bewertungen, Interpretationen oder 'Beliefs' zu erreichen. Der Therapeut stellt ausschließlich Fragen auf das „gegenwärtige Erleben“, der reinen Wahrnehmung. Daher ist das kommunikative Vorgehen „bewusstseinsorientiert“ ausgerichtet.
Nach der Sitzung werden Reaktionen auf die Behandlungen und Übungen besprochen. Bei den praktischen Achtsamkeitsübungen wird der Klient durch den Therapeuten angeleitet, Übungsanleitungen werden wiederholt und präzisiert.

### 3.7.3 Hausaufgaben

Die spezifischen meditativen Achtsamkeitsübungen, die während jeder Sitzung durchgeführt werden, praktiziert der Klient selbstständig zwischen den Therapiesitzungen zu Hause und im Alltag.
Ein Biofeedbackgerät soll das selbständige Üben zu Hause unterstützen.

## 4 ERGEBNISSE

Während die Achtsamkeit stieg, verringerten sich alle Symptome und Bindungsstörungen.

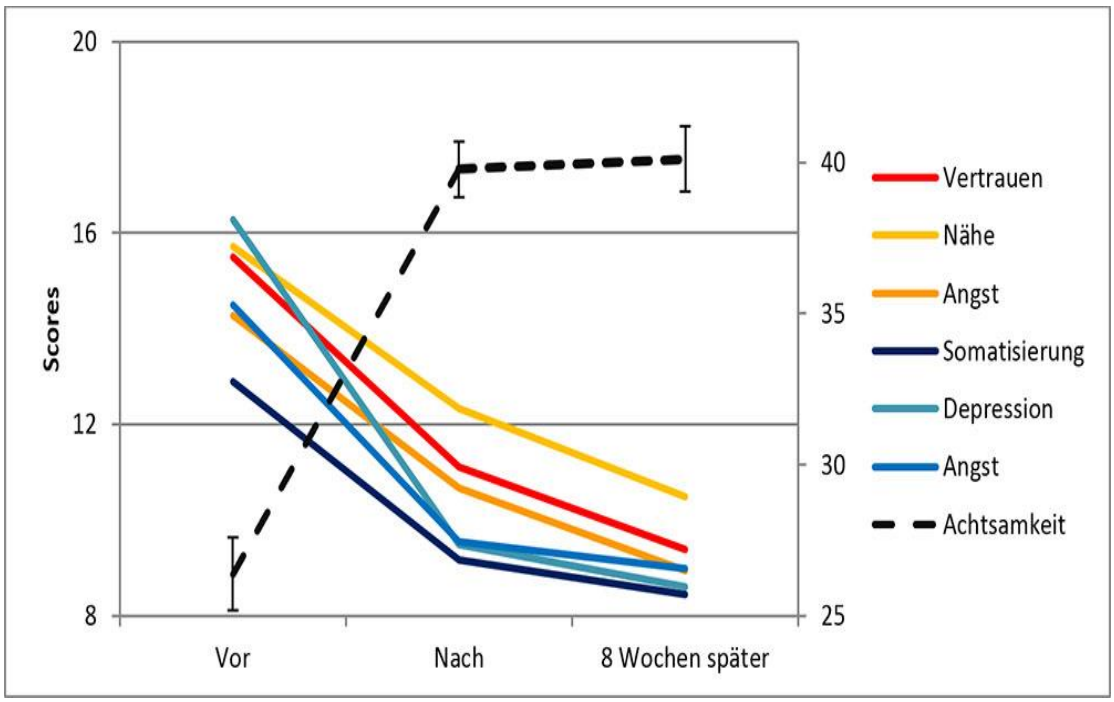



*Abb.1: Vergleich der Werte Bindung, Psychopathologie und Achtsamkeit vor der Behandlung, nach der Behandlung und nach 8 Wochen behandlungsfreie Phase*

Insightouch®

- reduzierte den Mangel an Vertrauen hochsignifikant (rote Linie),
- reduzierte Angst vor Nähe hochsignifikant (gelbe Linie),
- reduzierte die Verlassensangst hochsignifikant (orange Linie),
- reduzierte die körperlichen Beschwerden hochsignifikant (dunkelblaue Linie),
- reduzierte die Depression hochsignifikant (türkise Linie),
- reduzierte die Angst hochsignifikant (hellblaue Linie),
- erhöhte die Achtsamkeit hochsignifikant (schwarze gestrichelte Linie).
- Bei allen 7 Werten war eine Nachhaltigkeit feststellbar.

# 5 SCHLUSSFOLGERUNG

Die Interventionsstudie konnte auf eindrucksvolle Weise zeigen, dass acht Wochen einer achtsamkeitsbasierten Form der Körperarbeit (Insightouch®) nicht nur deren Symptomatik in Bezug auf Somatisierung, Ängste und ein depressives Syndrom verringern, sondern dass sich auch Bindungsqualitäten und die Achtsamkeit positiv entwickeln. Die Ergebnisse deuten darauf hin dass die Verknüpfung von achtsamer Berührung mit Achtsamkeitspraxis synergistisch und nachhaltig wirkt.

Siegel (2007) schreibt: *„Wir können sagen, dass die gegenseitige Einstimmung bei der sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind einer intrapersonalen Form der Einstimmung beim achtsamen Gewahrsein entspricht. Beide Formen von Einstimmung fördern die Fähigkeit zur engen Beziehung sowie Resilienz und Wohlbefinden.“*

Die vorliegende Untersuchung bestätigt diesen Denkansatz: Achtsame Berührung in Verbindung mit Achtsamkeitspraxis fördert sichere Bindung und persönliches Wohlbefinden bzw. Gesundheit.

Diese Wirkung lässt sich als eine korrigierende emotionale Erfahrung verstehen, die die Studienteilnehmer im Rahmen der achtsamen Massage machen konnten.

In die gleiche Richtung wirken auch die in der Insightouch®-Therapie vermittelten Achtsamkeitsübungen. Die Achtsamkeitspraxis kann dazu befähigen „*sich selbst der beste Freund zu werden”* (Siegel 2007) und Selbstmitgefühl zu kultivieren.

Somit kann Insightouch® als somato-psychische Therapie durch Berührung in Verbindung mit psycho-somatischer Therapie durch Achtsamkeit zur Gesundung im einem ganzheitlichen Sinne beitragen.

# 7 LITERATUR

Anzieu D (1989): The Skin Ego. New Haven: Yale University Press.

Balint M (1981): Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Frankfurt/M: Ullstein.

Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, Myers-Arrazola L, Gonzalez C, Segal Z, Aubry JM & Bertschy G (2010): Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: replication and extension in the swiss health care system. Journal of affective disorders. 122(3),224-31.

Borg J, Melander O, Johansson L, Uvnäs-Moberg K, Rehfeld JF, Ohlsson B (2009): Gastroparesis is associated with oxytocin deficiency, oesophageal dysmotility with hyperCCKemia, and autonomic neuropathy with hypergastrinemia. BMC Gastroenterol. Feb 25;9:17. doi: 10.1186/1471-230X-9-17.

Bowlby J (1969): Attachment and Loss: Vol. 1 Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby J (1973): Attachment and Loss: Vol. 2 Separation and Anger. New York: Basic Books.

Bowlby J (1980): Attachment and Loss: Vol. 3 Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books.

Brittany F, Escuriex & Elise E Labbé (2011): Health Care Providers' Mindfulness and Treatment Outcomes: A Critical Review of the Research Literature. Journal of Mindfulness. 2(4), 242-253.

Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Uvnäs-Moberg K & Widström AM (2009): Effects on mother-infant interaction one year later. Journal of Birth. 36(2), 97-109.

Cattaneo MG, Lucci G, Vicentini LM (2009): Oxytocin stimulates in vitro angiogenesis via a Pyk-2/Src-dependent mechanism. Exp Cell Res. Nov 1;315(18):3210-9

Cullen-Powell LA, Barlow JH & Cushway D (2005): Exploring a massage intervention for parents and their children with autism: the implications for bonding and attachment. Journal of Child Health Care. 9(4),245-55.

Davidson RJ, Fox NA (1989): Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants' Respons to Maternal Seperation. Journal of Abnormal Psychology;98:127-131.

Davidson R, Lutz A (2008): Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation. IEEE Signal Processing Magazine; 25: 176–174.

Davidson RJ, Schwartz GE, & Rothman LP (1976): Attention Style and Self-Regulation of Mode-Specific Attention: An Electroencephalographic Study. Journal of Abnormal Psychology, 85, 235-38.

Davidson RJ & Coleman DJ (1974): The Role of Attention in Meditation and Hypnosis: A Psychobiological Perspective on Transformation of Consciousness". International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 4, 291-308.

Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli S, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF (2003): "Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation". Psychosomatic Medicine;65:564–570.

Duhn L (2010): The importance of touch in the development of attachment. Adv Neonatal Care.;10:294-300.

Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D (2007): Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders;22:716-21.

Ferenczi S (1927): Zur Kritik der Rankschen „Technik der Psychoanalyse" in Ferenczi, S. (1964): Bausteine der Psychoanalyse. Bd. II. Bern: Hans Huber

Field T (2003): Streicheleinheiten. Gesundheit und Wohlergehen durch die Kraft der Berührung. Knaur Verlag

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

Freud S & Breuer J (1895): Studien über Hysterie. Frankfurt/M: Fischer.

Gendlin ET (1996): *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method.* New York: Guillford Press.

Gimpl G, Fahrenholz F (2001): The oxytocin receptor system: structure, function, and regulation. Physiol Rev; 81: 629–683

Groddeck G (1988): Verdrängen und Heilen. Ansätze zur Psychoanalyse und zur psychosomatischen Medizin. Berlin: Fischer.

Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C, Ehlert U (2003): Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychological stress. Biological Psychiatry; 54:1389-98.

Hou WH, Chiang PT, Hsu TY, Chiu SY, Yen YC (2010): Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry;71: 894-901.

Janov A (2012): Vorgeburtliches Bewußtsein. Scorpio Berlin

Kabat-Zinn J (2003): Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. Clinical Psychology: Science and Practice;10:133-156.

Kirsch P, Esslinger C, Chen Q, Mier D, Lis S, Siddhanti S, Gruppe H, Mattay VS, Gallhofer B, Meyer-Lindenberg A (2005): Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. J Neurosci; 25:11489–11493

Koemeda-Lutz M, Kaschke M, Revenstorf D, Scherrmann T, Weiss H, & Soeder U (2006): Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK, Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. Journal für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie;56: 6-19.

Kurosawa M, Lundeberg T, Agren G, Lund I, Uvnäs-Moberg K (1995): Massage-like stroking of the abdomen lowers blood pressure in anesthetized rats: influence of oxytocin. J Auton Nerv Syst.; 5:56(1-2): 26-30.

Kurtz R (1990): Body-Centered Psychotherapy:The Hakomi Method. Mendocino, Life Rhythm.

Lebojer F (1995): Geburt ohne Gewalt, Kösel Verlag

LeDoux JE (2003): Emotion circuits in the brain. Annu Rev Neurosci; 23: 155-184

Levine A, Zagoory-Sharon O, Feldman R, Weller A (2000): Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. Peptides 2007; 28: 1162–1169

Lowen A (1967): The Betrayal of the Body. New York: Macmillan.

Lund I, Ge Y, Yu LC, Uvnäs-Moberg K, Wang J, Yu C, Kurosawa M, Agren G, Rosen A, Lekman M, Lundeberg T (2002): Repeated massage-like stimulation induces long-term effects on nociception: contribution of oxytocinergic mechanisms. Eur J Neurosci. 2002 Jul;16(2):330-8.

Ma SH, Teasdale J (2004): Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology;721:31-40.

Mantella RC, Vollmer RR, Rinaman L, Li X, Amico JA (2004): Enhanced corticosterone concentrations and attenuated Fos expression in the medial amygdala of female oxytocin knockout mice exposed to psychogenic stress. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol; 287: 1494-1504. 89

Marcher L, Jarlnes E, Münster K (2006): Die somatischen Grundlagen der Berührung. In: Marlock, G. & Weiss, H., (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie, Stuttgart, Schattauer

Marlock G, Weiss H (Hrsg.) (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, Schattauer.

Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D (2008): Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. Journal of Nerval and Mental Disease;1968:630-3.

Monstein HJ, Grahn N, Truedsson M, Ohlsson B (2004): Oxytocin and oxytocin-receptor mRNA expression in the human gastrointestinal tract: a polymerase chain reaction study. Regul Pept. Jun 15;119(1-2):39-44.

Montagu A (1974): Köperkontakt – die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen. Klett-Cotta Verlag Stuttgart.

Müller-Oerlinghausen B, Berg C, Droll W (2007): Die Slow Stroke Massage als ein körpertherapeutischer Ansatz bei Depression. Psychiat. Prax.;34:305-308 .

Nathan B (2001): Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. Verlag Hans Huber Bern

Neumann ID, Landgraf R (2012): Balance of brain oxytocin and vasopressin: implications for anxiety, depression, and social behaviors.Trends Neurosci.;35:649-59.

Ogden P, Minton K & Pain C (2006): Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy. New York : W.W. Norton.

Ott U (2010): Meditation für Skeptiker. München: O.W. Barth Verlag.

Parker KJ, Schatzberg AF, Lyons DM (2003): Neuroendocrine aspects of hypercortisolism in major depression. Hormones and Behavior Volume 43, Issue 1, Pages C2, 1-263

Parker KJ, Buckmaster CL, Schatzberg AF, Lyons DM (2005): Intranasal oxytocin attenuates the ACTH stress responses in monkeys. Psychoneuroendocrinology 30 (9), pp 924-929

Pert CB (1999): Moleküle der Gefühle. Körper, Geist und Emotionen. Reinbek: Rowohlt Verlag

Petersson M, Alster P, Lundeberg T, Uvnäs-Moberg K (1996): Oxytocin causes a long-term decrease of blood pressure in female and male rats. Physiology & Behaviour 60 (5), pp. 1311-1315

Rank O (1998): Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. Gießen. Maternal Seperation. Journal of Abnormal Psychology, 98, 127-131.

Reich W (1987): Die Funktion des Organsmus. Köln: Kiepheuer & Witsch.

Reich W (1989): Charakteranalyse. Köln: Kiepheuer & Witsch.

Schandry R. (2006): Biologische Psychologie (2nd Ed.) Weinheim: Beltz.

Schwartz JM & Begley S (2002): The Mind and the Brain: Neuroplasticity an the power of Mental Force. New York: Regan Books.

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

Schwartz R (1995): Internal family system therapy. New York: Guillford Press.

Segal ZV, Williams JMG & Teasdale JD (2002): Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York; Guilford Press

Segal ZV, Williams JMG & Teasdale JD (2002): Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.

Siegel DJ (1999): The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. New York: Guillford.

Singer T, Snozzi R, Bird G, Petrovic P, Silani G, Heinrichs M, Dolan RJ (2008): Effects of oxytocin and prosocial behavior on brain responses to direct and vicariously experienced pain. Emotion.;8(6):781-91.

Sohlström A, Carlsson C, Uvnäs-Moberg K (2000): Effects of oxytocin treatment in early life on body weight and corticosterone in adult offspring from ad libitum fed and food restricted rats. Biol. Neonate. 81 (2), pp. 132138-

Spitz R (1945): „Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood“, in The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 1

Splenvins K, Smith A & Simpson J (2009): Do improvements in emotional disstress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. Journal of Aging & Mental Health, 13(3), 328-35.

Stötter A, Mitsche M, Endler PC, Oleksey P, Kamenschenk D, Haring C (2013):Mindfulness-Based Touch Therapy and Mindfulness Practice in Persons with Moderate Depression. International Journal for Body, Movement and Dance in Psychotherapy;8:183-198.

Stötter A, Stötter D (2014): Tief Berührt. Die Kunst der Achtsamkeitsmassage. Norderstedt, BoD

Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D (2014): Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. PLoS One;9:e96110.

Szeto A, Nation DA, Mendez AJ, Dominguez-Bendala J, Brooks LG, Schneiderman N, McCabe PM (2008): Oxytocin attenuates NADPH-dependent superoxide activity and IL-6 secretion in macrophages and vascular cells. Am J Physiol Endocrinol Metab. Dec;295(6):E1495-501.

Turp M (1999): Touch, enjoyment and health: in infancy. European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health;2:19-35.

Uvnäs-Moberg K (1996): Neuroendocrinology of the Mother-Child interaction. Trends in Endocrinological Metabolism, 7 (4), 126-131.

Uvnäs-Moberg K, Arn I & Magnusson D (2005): The Psychobiology of emotion: the role of the oxytocinergic system. International Journal of Behavioral Medicine, 12 (2), 59-65.

Weiss H (2009): The use of mindfulness in psychodynamic and body oriented psychotherapy. The Taylor and Francis International Journal for Body, Movement and Dance in Psychotherapie, 4(1), 5 – 16.

Weiss H, Harrer ME, Dietz T (2010): Das Achtsamkeitsbuch. Stuttgart: Klett Cotta.

Wikstrom S, Gunnarsson T, Nordin C (2003): Tactile stimulus and neurohormonal response: a pilot study. Int J Neurosci.;1136:787-93.

Williams JM & Kuyken W (2012): Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. Britisch Journal of Psychiatry, 200(5), 359-60.

Zak PJ, Stanton AA, Ahmadi S (2007): Oxytocin increases generosity in humans. PLoS ONE ; 2: 1128

# Publikation 3

In Vorbereitung zum Druck

## Die Kombination von Achtsamkeit und Berührung (Insightouch®) verbessert die Bindungsqualität und damit Gesundheit

Autoren:
Andreas Stötter[1,2)], Peter Christian Endler[2)], Wilhelm Mosgoeller[3)], Christian Haring [4)] Michael Harrer[1)]

[1)] Insightouch Institut, Innsbruck, Österreich
[2)] Interuniversitäres Kolleg Graz / Schloss Seggau, Österreich
[3)] SCIgenia Forschungssupport und Studiendesign GmbH, Wien Österreich
[4)] Psychiatrie u. Psychotherapie 1B, Landeskrankenhaus Hall in Tirol, Österreich

Korrespondenz an:
Andreas Stötter MSc.
Insightouch Institut
Andreas Hofer Str. 40
A-6020 Innsbruck, Österreich
Tel: +43 512 572032
Fax: +43 512 572032 30
E-Mail: as@insightouch.com

Index Begriffe:
Depression, achtsame Berührung, Bindung, Achtsamkeit, Massage, Körperarbeit, Psychosomatik.

## 1 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Interventionsstudie war das Erforschen der Auswirkungen der achtsamkeitsbasierten Form der Körperarbeit (Insightouch®) bei Menschen mit geringer Bindungsfähigkeit und psychosomatischen Beschwerden wie Somatisierung, Ängste und depressivem Symptomen. Dabei kamen sowohl psychologische Messmethoden bzw. Fragebögen (FFA, BSI, AAS) als auch biologische Messmethoden (Cortisol-und Oxytocinbestimmung im Speichel) zum Einsatz. Die Messungen erfolgten an drei Messzeitpunkten: vor der Behandlung, nach der Behandlung und nach acht Wochen behandlungsfreie Phase. Nach der Behandlungsphase zeigten sich hochsignifikante Verbesserungen in allen Symptombereichen. Während die Fähigkeit zur Achtsamkeit nach der Behandlung sich erhöhte, verringerten sich die Bindungsdefizite und die psychosomatischen Symptome. Acht Wochen nach Beendigung der Behandlungsphase zeigten sich weitere Verbesserungen in allen bindungsbezogenen und psychosomatischen Symptomen und somit wurde eine nachhaltige Wirkung von Insightouch® nachgewiesen.

Die Ergebnisse zeigen dass Insightouch® einerseits den Zusammenhang zwischen Achtsamkeit, Bindung und psychosomatischen Symptomen aufzeigt und andererseits eine zusätzliche Hilfe zur Verbesserung von bindungsbezogenen und psychopathologischen Symptomen sein kann.

## 2 HINTERGRUND

Die Bindungstheorie geht davon aus, dass frühkindliche Beziehungserfahrungen jene „Inneren Arbeitsmodelle“ (Bowlby 1975) wesentlich prägen, die Individuen von sich selbst in Beziehung zu anderen Menschen entwickeln. Diese Arbeitsmodelle – operationalisiert u.a. als Bindungsstile - haben sich als bedeutsam für die psychische und körperliche Gesundheit und die Resilienz erwiesen. Sie spielen auch bei der Entwicklung von psychischen Symptomen, wie Angst und Depression oder von körperlichen Symptomen etwa im Rahmen von Somatisierungsstörungen eine bedeutsame Rolle (Carlson u. Sroufe 1999). Ergebnisse der modernen Bindungsforschung zeigen, dass diese Bindungsstile während der gesamten

Lebensspanne modifizierbar sind, etwa durch Liebesbeziehungen oder therapeutische Beziehungen (Simpson et al. 2007).

Da Bindung wesentlich durch Erfahrungen von körperlicher Nähe und Berührung entwickelt wird (Duhn 2010), liegt es nahe, dass körperorientierte Psychotherapien und Bodywork einen besonderen Einfluss auf Veränderungen der Bindungsqualität haben können (Goodman u. Teichner 1988). Man geht heute davon aus, dass korrigierende emotionale Erfahrungen (Alexander u. French 1946) zu einer Nachreifung führen können. Diese können darin bestehen, in der therapeutischen Beziehung jene mütterliche Feinfühligkeit zu erleben, die beim Kind zur Entwicklung eines sicheren Bindungsverhaltens beiträgt.

In den letzten Jahren fand die Forschung rund um die Achtsamkeit einen zentralen Schwerpunkt darin, die Achtsamkeit des Therapeuten bzw. Bodyworkers zu untersuchen (Safran 2006, Fulton 2005). So lassen sich achtsame Therapeuten durchaus als feinfühlig beschreiben. In Analogie zur mütterlichen Feinfühligkeit nehmen sie ihre Klienten wahr, können sich in diese einfühlen und können auf deren Bedürfnisse angemessen reagieren.

Um einem Klienten korrigierende Erfahrungen zu vermitteln ist allerdings die Achtsamkeit des Bodyworkers nicht ausreichend. Es ist vielmehr notwendig, dass auch der Klient die Berührung und das Beziehungsangebot möglichst bewusst und unverzerrt wahrnehmen kann. Man kann annehmen, dass eine achtsam ausgeführte Berührung ihre maximale Wirkung entfaltet, wenn sich der Klient ebenso im Zustand der Achtsamkeit befindet. Es ist allerdings so, dass gerade an Angst und Depression leidende Menschen ihre Fähigkeit zur Achtsamkeit meist wenig kultiviert haben (Segal et al. 2002, Strauss et al. 2014), sodass es naheliegt, sie systematisch zu schulen.

Diese Überlegungen haben dazu geführt, eine neue Form der Körperarbeit zu entwickeln: Insightouch® (Stötter et al. 2013, Stötter u. Stötter 2014). Sie kombiniert Berührungsinterventionen und Massage, die der Körperarbeiter aus einem achtsamen Zustand heraus durchführt mit einer Achtsamkeitsschulung der Klienten und der Anleitung zur Achtsamkeit während der Sitzungen. Die in dieser Studie untersuchte Insightouch®-Methode wurde von Andreas Stötter entwickelt und in der körperpsychotherapeutischen Praxis erprobt. Sie vereint Elemente aus der buddhistischen Achtsamkeitspraxis, aus der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion nach Kabat Zinn, aus Hakomi, einer achtsamkeitszentrierten, erfahrungsorientierten

Körperpsychotherapiemethode und aus verschiedenen Formen der Massage und Körperarbeit.

In einer ersten kontrollierten klinischen Studie konnte die positive Wirkung des neuen Verfahrens auf die depressive Symptomatik bei Patienten mit mittelschweren Depressionen nachgewiesen werden (Stötter et al. 2013). Die vorliegende Studie geht nun einen Schritt weiter: Sie untersucht nicht nur die Auswirkungen von Insightouch® auf der Symptomebene wie Depression, Angst und körperliche Symptome, sondern auch Veränderungen im Beziehungserleben wie Angst vor Nähe, Mangel an Vertrauen und Ängste verlassen zu werden sowie Veränderungen in der Fähigkeit zur Achtsamkeit. Darüber hinaus wurden zwei Biomarker erhoben, die ebenfalls mit Bindung und Stress in Verbindung gebracht werden: Oxytocin und Cortisol. Um die Nachhaltigkeit der Intervention zu überprüfen erfolgte eine Nachuntersuchung nach acht Wochen.

Die Studienlage zu den Zusammenhängen zwischen der Bindung, Achtsamkeit, Symptomatik und den Bioparametern ist sehr heterogen, zu manchen Fragen finden sich eine Unzahl von Studien, zu anderen noch gar keine. Der Zusammenhang zwischen Bindungsstörungen und psychischen Erkrankungen wurde bereits von Bowlby (1975) vermutet und inzwischen durch viele Studien bestätigt (Turp 1999, Carlson u. Sroufe 1999). Die Bedeutung taktiler Berührung für das Bindungsverhalten im Kindesalter ist gut erforscht (Duhn 2010, Turp 1999, Vincent 2011, Trevarthen 2001, Montagu 1986, Field 2001), ebenso der Stellenwert des Berührungsdialoges im Erwachsenenalter (Simpson et al.2007, Gentsch et al.2015).

Auch wenn der Umgang mit Berührungen im psychotherapeutischen Setting kontrovers diskutiert wird, erfährt die bindungsfördernde Wirkung der Berührung zwischen Therapeuten und Klienten zunehmend Beachtung (Rosenberg 1995, Pattison 1973, Ford 1993, Goodman u. Teichner 1988). Manche Autoren im Bereich der Körperpsychotherapie sehen Berührung als die „via regia“ zum Unbewussten (Marlock u. Weiss 2006, Koemeda-Lutz et al. 2006).

Während die positiven Wirkungen von Massage auf psychische und körperliche Beschwerden gut dokumentiert sind (Marcher 2006, Müller-Oerlinghausen 2007, Hou 2010, Stötter et al. 2013, Khilnani et al. 2004, Field et al.1992, 1996, 1997, Olney 2005), beschränken sich Studien zu Zusammenhängen zwischen Massage und Bindungsverhalten im Wesentlichen auf neuroendokrine Befunde (Musial u. Weiss 2014, Field et al.1992).

Auch das Wissen um Zusammenhänge zwischen früher Bindung und Achtsamkeit ist noch sehr lückenhaft belegt.

Die Arbeiten von Siegel deuten jedoch auf eine Beziehung zwischen Bindung und Achtsamkeit hin. Er schreibt dazu: *„Wir können sagen, dass die gegenseitige Einstimmung bei der sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind einer intrapersonalen Form der Einstimmung beim achtsamen Gewahrsein entspricht. Beide Formen von Einstimmung fördern die Fähigkeit zu engen Beziehung sowie Resilienz und Wohlbefinden.“* (Siegel 2007). Die neurobiologischen Studien von Davidson deuten auf einen ähnlichen Zusammenhang hin. Seine Forschungen zeigen eine erhöhte Aktivität im linken präfrontalen Cortex sowohl bei Menschen mit Achtsamkeitspraxis, als auch bei sicher gebundenen Babys (Davidson 1989, 2008, Davidson 2003 et al.). Depressive haben laut Davidson eine verminderte Aktivität im linken Frontalhirn.

Während die Wirkung der Achtsamkeitsinterventionen in der Therapie bei psychischen und psychosomatischen Beschwerden ausreichend erforscht ist (Strauss et al. 2014, Evans et al. 2007, Ma u. Teasdale 2004, Michalak et al. 2008, Segal et al. 2002, Teasdale et al. 2000, Lind et al. 2014), ist ein Zusammenhang zwischen Achtsamkeits- und Berührungsinterventionen in der Therapie nur durch die Studie von Stötter et al. (2013) erforscht.

Die Erkenntnisse sozialer Neurowissenschaften zur Korrelation von Bindung und neurohormoneller Wechselwirkung (Neumann u. Landgraf 2012) war der Anlass die Wirkung von Insightouch® auf die Biomarker Oxytocin und Cortisol zu untersuchen. Die psychogenen Wirkungen von Oxytocin sind evident: Menschen mit Depression und Angststörungen haben einen niedrigen Oxytocinspiegel (Uvnäs-Moberg u. Petersson 2005, Neumann et al. 2000, Notzon et al. 2016).

Kirsch et al. (2005) konnten in einer Humanstudie mittels fMRT auf die Rolle der Amygdala die angstlösenden Wirkung von Oxytocin nachweisen. Zudem reduziert Oxytocin die Aktivität der Hypothalamus–Hypophysen–Nebennieren-Achse auf Stressreaktionen. Dies führt zu einem erniedrigten Corticosteroidlevel (Neumann et al., 2000b). Auch die Forschung von Heinrichs (2003) zeigte eine Korrelation zwischen hohen Oxytocinspiegel und niedrigen Cortisolspiegel.

Streichelnde, rhythmische Berührungsreize an der Haut führen zur Ausschüttung von Oxytocin, wie sich sowohl in Tierversuchen als auch am Menschen zeigen ließ. (Kurosawa et al. 1995, Wikstrom et al. 2003). Die von Neumann & Landgraf (2012) vorgeschlagenen positiven sozialen Stimuli zur Aktivierung des Oxytocinsystems könnten somit durch eine achtsame empathische Berührung bzw. Massage erreicht werden. Die positive Wirkung von Massage auf die Ausschüttung von Oxytocin ist von Wikstrom et al. 2003 untersucht worden.

# 3 FORSCHUNGSFRAGEN

In der vorliegenden Studie sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- 1a. Führt Insightouch® zu einer Verringerung von Angst, Depression und körperliche Symptomatik?
- 1b. Verändert sich durch die Intervention der Cortisolspiegel?
- 2a. Führt Insightouch® zu einer Veränderung der Bindungsqualität in Bezug auf Angst vor Nähe, Vertrauen und Verlassensangst?
- 2b.Verändert sich durch die Intervention der Oxytocinspiegel?
- 3a. Verändert sich durch die Intervention die Achtsamkeit des Klienten?

# 4 METHODIK

## 4.1 Gewinnung der Stichprobe und Beschreibung der Teilnehmer

Die Einladung zur Teilnahme an der Studie erfolgte in einem Newsletter einer Einrichtung, die Informationsveranstaltungen, Ausbildungen und Fortbildungen im Gesundheitsbereich anbietet (Yoni-Academy/Insightouch®-Institut ). Er wurde an ca. 4000 Personen versendet, die zur Vorauswahl vier Onlinefragebögen ausfüllen sollten. Von ca.700 interessierten Personen waren die Daten von 231 so weit vollständig, dass sie verwertet werden konnten. Von diesen erklärten sich 150 bereit, an der Interventionsstudie teilzunehmen. Von diesen wurden wiederum jene 36 Personen ausgewählt, die einerseits unter Angst, Depression und körperlichen Symptomen litten, andererseits hohe Werte im Bereich von Angst vor Nähe,

Verlassenheitsängste und Mangel an Vertrauen zeigten und über weniger Fähigkeit zur Achtsamkeit verfügten.

Die Randomisierung erfolgte durch abwechselnde Zuteilung in die Gruppen A und B in der Reihenfolge der Zustimmung. 18 Teilnehmer wurden der Gruppe A zugeordnet und 18 Teilnehmer der Gruppe B.

Die Teilnahme war freiwillig, alle Teilnehmer wurden in einem Informationsgespräch über den Studienzweck und das Studienprotokoll, insbesondere zu Aspekten des Datenschutzes und der Datenverwertung aufgeklärt. Alle Teilnehmer stimmten der Teilnahme sowie der elektronischen Speicherung ihrer persönlichen Daten schriftlich zu. Die Studie wurde von der Ethikkommission des Interuniversitären Kolleg Graz/Schloss Seggau begutachtet und nach geringfügiger Modifizierung bewilligt.

### 4.2 Beschreibung der Stichprobe

Unter den 36 Teilnehmern befanden sich 7 Männer und 29 Frauen im Alter von 23 bis 59 Jahren. 4 Teilnehmer der Gruppe B sind vorzeitig ausgeschieden. Die Studie wurde mit 32 Teilnehmern beendet.

### 4.3 Beschreibung der Intervention

Die Behandlung mit Insightouch® besteht aus 16 aufeinander aufbauenden, im Manual genau beschriebenen, zweimal pro Woche stattfindenden jeweils einstündigen Sitzungen. Jede Sitzung besteht aus folgenden Elementen: aus Anleitungen und Informationen zu Achtsamkeit, aus Berührungsinterventionen und achtsamer Massage und aus Gesprächen über die Erfahrungen während der Massage und mit den Hausaufgaben. Die Gespräche fokussieren ausschließlich auf das jeweils gegenwärtige Erleben. Biografische Inhalte werden nicht näher besprochen, es wird auch nicht lösungsorientiert interveniert.

Die Hausaufgaben zielen auf das Einüben und Verinnerlichen von Zuständen der Achtsamkeit und auf den Transfer der in den Sitzungen gemachten Erfahrungen in den Alltag ab. Dazu werden die Teilnehmer angeregt, ihren Körper während des Tages immer wieder zu spüren. Darüber hinaus wird eine formale Praxis im Sinne von Atembeobachtung oder Bodyscan in der Dauer zwischen 10 und 30 Minuten empfohlen.

Die Teilnehmer bekamen zu Studienbeginn ein kleines Biofeedback Gerät mit (Qiu von der Fa. BioSign), das über Farbsignale die Herzratenvariabilität rückmeldet. Auf

diese Weise konnten sie Fortschritte in Richtung einer schneller und immer leichter gelingenden vegetativen Umschaltung unmittelbar überprüfen.
Als Therapeuten standen insgesamt 6 ausgebildete und erfahrene Masseure mit einer Zusatzausbildung von Insightouch zur Verfügung. Unter kontinuierlicher Supervision behandelte jeder Therapeut drei bis sechs Teilnehmer.

### 4.4 Beschreibung der Fragebögen

Die Studienteilnehmer füllten zu drei Messzeitpunkten folgende drei Selbstbeurteilungs-Fragebögen online aus.

Brief Symptom Inventory (BSI-18)

Die Kurzform des 'Brief Symptom Inventory' (BSI-18) ist ein reliables und valides Selbstbeurteilungsverfahren, das mit je 6 Item die Syndrome *Somatisierung, Depressivität* und *Ängstlichkeit* abbildet, die zu einem Gesamtwert (Global Severtiy Index, GSI) als Indikator für die allgemeine psychische Belastung zusammengefasst werden. Mit je 6 Items werden die Syndrome *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* abgebildet. Bei stationären Psychotherapiepatienten fanden sich in der Skala Somatisierung ein Summenwert von 4,79 (SD 4,71), bei Depressivität ein mittlerer Summenwert von 8,51 (SD 5,76) und bei Ängslichkeit ein Summenwert von 7,39 (SD 5,47). Der Global Severity Index betrug 20,69 (SD 13,60) (Franke et al. 2011).

Adult Attachment Scale (AAS)

Die 'Adult Attachment Scale' (AAS) liegt in einer deutschsprachigen Version als Fragebogen mit 15 Items zur Erfassung von Bindungsqualitäten vor. Auf fünfstufigen Skalen von „stimmt gar nicht“ (1) bis „stimmt genau“ (5) werden je fünf Fragen zu drei Dimensionen eingeschätzt: *Nähe* als das Ausmaß in dem sich eine Person mit Nähe wohl fühlt und diese Nähe nicht mit übermäßigen Ängsten verbindet, *Vertrauen* als das Ausmaß, in dem eine Person darauf vertraut, dass andere für sie verfügbar sind und dass die Person sich diesen anderen gegebenenfalls tatsächlich anvertrauen kann und *Ängste*, abgelehnt, alleingelassen oder verlassen zu werden (Schmidt et al. 2004).

Freiburger Achtsamkeitsfragebogen (FFA-KF)

Der ursprüngliche Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit umfasst in einer Langform (FFA) 30 Fragen in der Kurzform (FFA-KF) 14 Items. In einer Faktorenanalyse zeigte Achtsamkeit als ein Generalfaktor, der rein phänomenologisch in die Komponenten nicht identifizierte Aufmerksamkeit, nicht urteilende Haltung, Annehmen und Verstehen gegliedert ist. In einer Validierungsuntersuchung wies „Normalbevölkerung“ einen Mittelwert von 37,24 (SD 5,63) und und eine klinische Stichprobe einen Mittelwert von 31,17 (SD 7,18) auf (Walach et al. 2006).

### 4.5 Beschreibung der Messung der Biomarker

Es wurden zwei Biomarker erhoben: Oxytocin und Cortisol. Zur Bestimmung des Cortisol-Spiegels sammelten die TeilnehmerInnen zu den drei Messzeitpunkten jeweils drei Speichlproben (8.00, 12.00 und 20.00 Uhr). Die einzelnen Werte wurden zu einem Gesamtwert für diesen Tag addiert.

Die TeilnehmerInnen wurden angewiesen vor der Probenentnahme keine Milchprodukte, Sojaprodukte und kein Fleisch zu sich zu nehmen und keinen Geschlechtsverkehr zu haben. Der Oxytocinspiegel wurde in der Speichelprobe am Abend bestimmt. Die Proben wurden unmittelbar nach ihrer Gewinnung in Eis gekühlt und bis zur Bestimmung bei minus 20Grad gekühlt gehalten. Die Bestimmung erfolgte mittels Radio-Immun-Assay im Labor Margraf in München.

### 4.6 Beschreibung des Ablaufs der Studie

Nach der Vorselektion wurden die rekrutierten TeilnehmerInnen per Zufall zwei Gruppen zugeordnet. In einem Cross-over-Design startete die Gruppe A (18 TeilnehmerInnen) unmittelbar mit der Insightouch® Behandlung während die Gruppe B (18 TeilnehmerInnen) in der Phase der ersten acht Wochen unbehandelt als Wartelisten-Kontrollgruppe diente. Die TeilnehmerInnen waren in Bezug auf ihre Gruppenzuordnung verblindet.

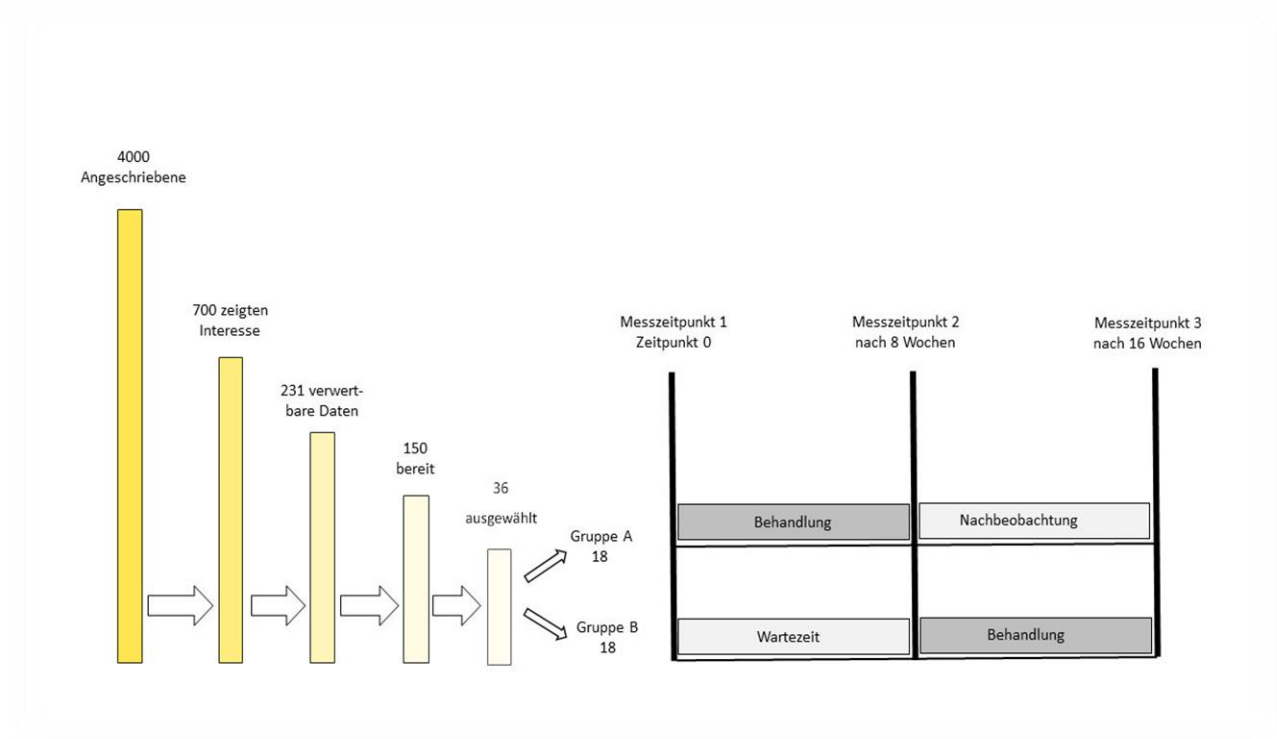



*Abb. 1: Studiendesign und -ablauf*

In dem Cross-Over-Design erfolgte zum Messzeitpunkt 1 die Erhebung der psychometrischen und der biologischen Parameter. Unmittelbar darauf folgte in der Gruppe A die Insightouch® Therapie mit insgesamt 16 Therapiesitzungen. Nach Abschluss der Therapie nach acht Wochen erfolgten zum Messzeitpunkt 2 erneut die Messungen. Es schließt sich eine behandlungsfreie achtwöchige Nachbeobachtungsphase an, zu deren Abschluss zum Messzeitpunkt 3 erneut alle Parameter erhoben wurden.

Die psychologischen und biologischen Parameter der TeilnehmerInnen der Gruppe B wurden ebenfalls zum Messzeitpunkt 1 erhoben. Im Anschluss daran erfolgte allerdings eine achtwöchige Wartezeit. Die Behandlungsphase begann mit dem Messzeitpunkt 2, sie erstreckte sich ebenfalls über acht Wochen und wurde mit den Erhebungen zum Messzeitpunkt 3 abgeschlossen.

Das Design ermöglichte in der Phase eins den unmittelbaren Vergleich zwischen den behandelten Personen und der Wartelisten-Kontrollgruppe. In der Gruppe A konnte nach Abschluss der Behandlung die Nachhaltigkeit der Intervention über acht Wochen geprüft werden.

### 4.7 Statistische Verfahren

Die Analyse wurde von einem professionellen Statistiker (W. Mosgöller, Interuni Colleg, Graz) durchgeführt.

Um die Wirkung der Intervention zu beschreiben wurden Veränderungen bei jeder Gruppe in jeder Phase getrennt erfasst, und dann die Daten der Interventionsphase mit jenen aus der Kontrollphase verglichen.

Es kam das Softwarepaket IBM-SPSS zum Einsatz. Es wurden deskriptive Verfahren, sowie analytische Methoden verwendet um die Wirkung und Nachhaltigkeit der Methode statistisch zu belegen.

## 5 ERGEBNISSE

**Tabellarische Darstellung mit Details**

| | | Anfang | ±SEM | Ende | ±SEM | Differenz Anfang-Ende | N | Signifikanz P= |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 Wochen Kontrollphase VOR der Behandlung | Bdg.Vertrauen | 14,86 | 0,983 | 15,00 | 0,749 | 0,143 | 14 | 0,8555 |
| | Bdg-Nähe | 12,50 | 1,113 | 12,86 | 0,907 | 0,357 | 14 | 0,6332 |
| | Bdg-Angst | 14,29 | 1,220 | 15,21 | 1,100 | 0,929 | 14 | 0,2752 |
| | Achtsmkt | 29,29 | 1,632 | 31,14 | 1,947 | 1,857 | 14 | 0,2377 |
| | BSI-Somat | 10,00 | 0,852 | 11,07 | 0,624 | 1,071 | 14 | 0,1856 |
| | BSI-Depr | 16,21 | 1,742 | 15,21 | 1,580 | -1,000 | 14 | 0,4440 |
| | BSI-Angst | 12,71 | 1,416 | 12,36 | 1,291 | -0,357 | 14 | 0,6938 |
| 8 Wochen Behandlungsphase | Bdg.Vertrauen | 15,28 | 0,591 | 11,34 | 0,468 | -3,938 | 32 | **0,0000** |
| | Bdg-Nähe | 14,47 | 0,669 | 10,91 | 0,600 | -3,563 | 32 | **0,0000** |
| | Bdg-Angst | 14,69 | 0,822 | 10,72 | 0,631 | -3,969 | 32 | **0,0000** |
| | Achtsmkt | 28,47 | 1,149 | 40,16 | 0,821 | 11,688 | 32 | **0,0000** |
| | BSI-Somat | 12,09 | 0,671 | 8,81 | 0,480 | -3,281 | 32 | **0,0000** |
| | BSI-Depr | 15,81 | 1,004 | 9,38 | 0,580 | -6,438 | 32 | **0,0000** |
| | BSI-Angst | 13,56 | 0,818 | 9,06 | 0,391 | -4,500 | 32 | **0,0000** |
| 8 Wochen Nachbeobachtung | Bdg.Vertrauen | 11,11 | 0,529 | 9,39 | 0,472 | -1,722 | 18 | **0,0093** |
| | Bdg-Nähe | 12,33 | 0,647 | 10,50 | 0,567 | -1,833 | 18 | **0,0132** |
| | Bdg-Angst | 10,67 | 0,792 | 8,94 | 0,602 | -1,722 | 18 | **0,0317** |
| | Achtsmkt | 39,78 | 0,924 | 40,11 | 1,081 | 0,333 | 18 | 0,7667 |
| | BSI-Somat | 9,17 | 0,567 | 8,44 | 0,573 | -0,722 | 18 | 0,1373 |
| | BSI-Depr | 9,50 | 0,506 | 8,61 | 0,561 | -0,889 | 18 | 0,1997 |
| | BSI-Angst | 9,56 | 0,519 | 9,00 | 0,492 | -0,556 | 18 | 0,2495 |

*Abb.2: Detailübersicht*

Am Ende der Behandlung waren alle sieben Test-Parameter verbessert (N= 32, p<0,001). Nach 8 Wochen Nachbeobachtung waren alle Parameter weiter verbessert. Insightouch® reduzierte den Mangel an Vertrauen hochsignifikant, reduzierte Angst

vor Nähe hochsignifikant, reduzierte die Verlassensangst hochsignifikant, reduzierte die körperlichen Beschwerden hochsignifikant, reduzierte die Depression hochsignifikant, reduzierte die Angst hochsignifikant, erhöht die Achtsamkeit hochsignifikant. Bei allen 7 Werten war eine Nachhaltigkeit feststellbar.

**Grafische Darstellungen**

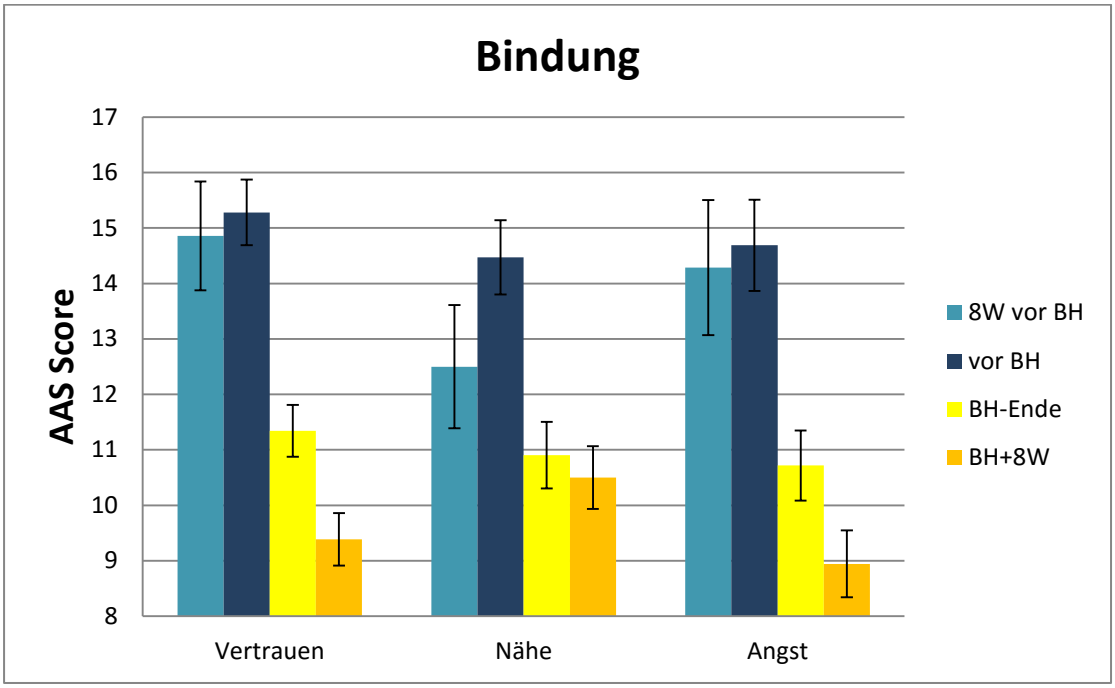



*Abb. 3: Bindung*

8 Wochen vor und unmittelbar vor der Intervention (BH); am Ende der Behandlung waren alle drei Test-Parameter gesenkt (N= 32, $p<0{,}001$). Nach 8 Wochen Nachbeobachtung waren die Parameter weiter gesenkt (Vertrauen $p=0{,}009$; Nähe $p=0{,}013$; Angst $p=0{,}032$).

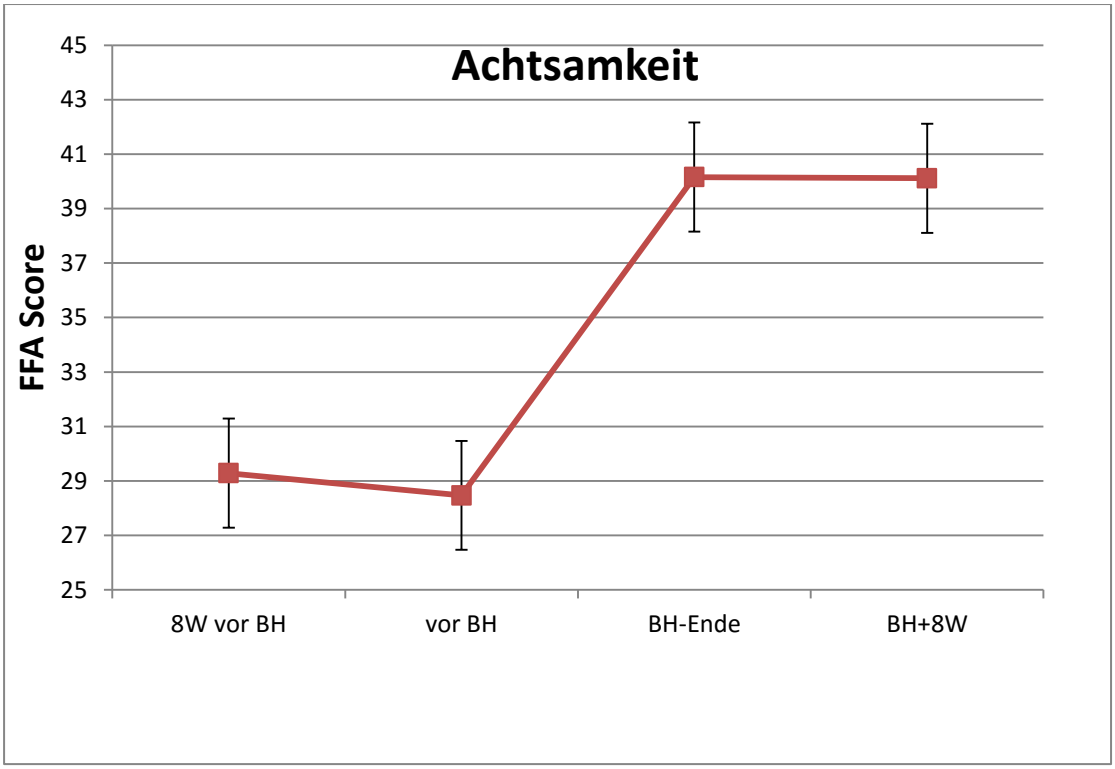



*Abb. 4: Achtsamkeit*

8 Wochen vor und unmittelbar vor der Intervention (BH); am Ende der Behandlung war die Achtsamkeit erhöht ($p<0,001$). Nach weiteren 8 Wochen, blieb der Effekt der Insightouch® Behandlung erhalten

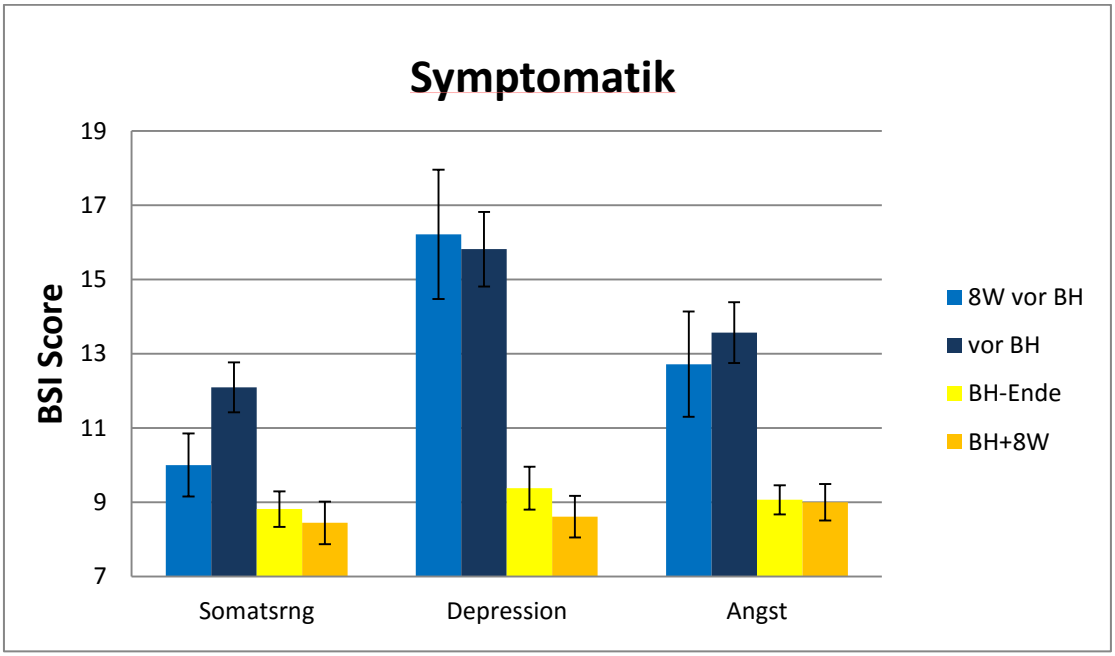



*Abb.5: Symptomatik*

8 Wochen vor, und unmittelbar vor der Behandlung (BH); am Ende der Behandlung waren alle drei Symptome gebessert (p<0,001). nach 8 Wochen ohne Therapie(BH+8W): Tendenz zur weiteren Verbesserung.

**Gesamtübersicht**

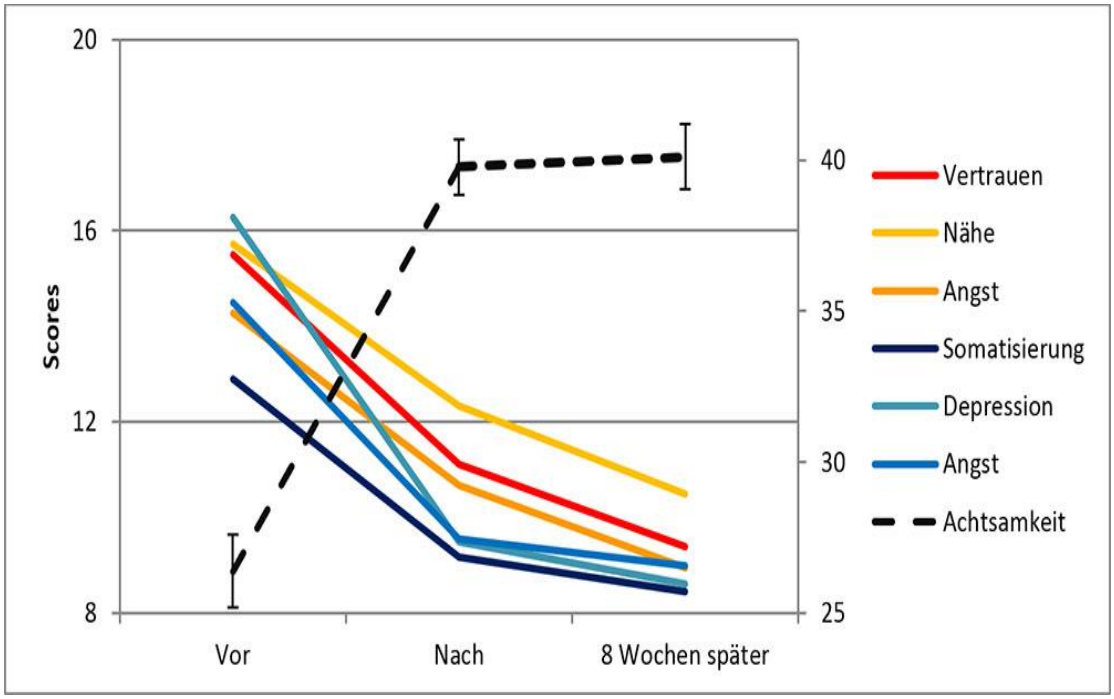



*Abb. 6: Gesamtübersicht*

Während die Achtsamkeit stieg, sanken alle Symptome und Bindungsstörungen.

Insightouch®

- reduzierte den Mangel an Vertrauen hochsignifikant (rote Linie),
- reduzierte Angst vor Nähe hochsignifikant (gelbe Linie),
- reduzierte die Verlassens-Angst hochsignifikant (orange Linie),
- reduzierte die körperlichen Beschwerden hochsignifikant (dunkelblaue Linie),
- reduzierte die Depression hochsignifikant (türkise Linie),
- reduzierte die Angst hochsignifikant (hellblaue Linie),
- erhöhte die Achtsamkeit hochsignifikant (schwarze gestrichelte Linie).
- Bei allen 7 Werten war eine Nachhaltigkeit feststellbar.

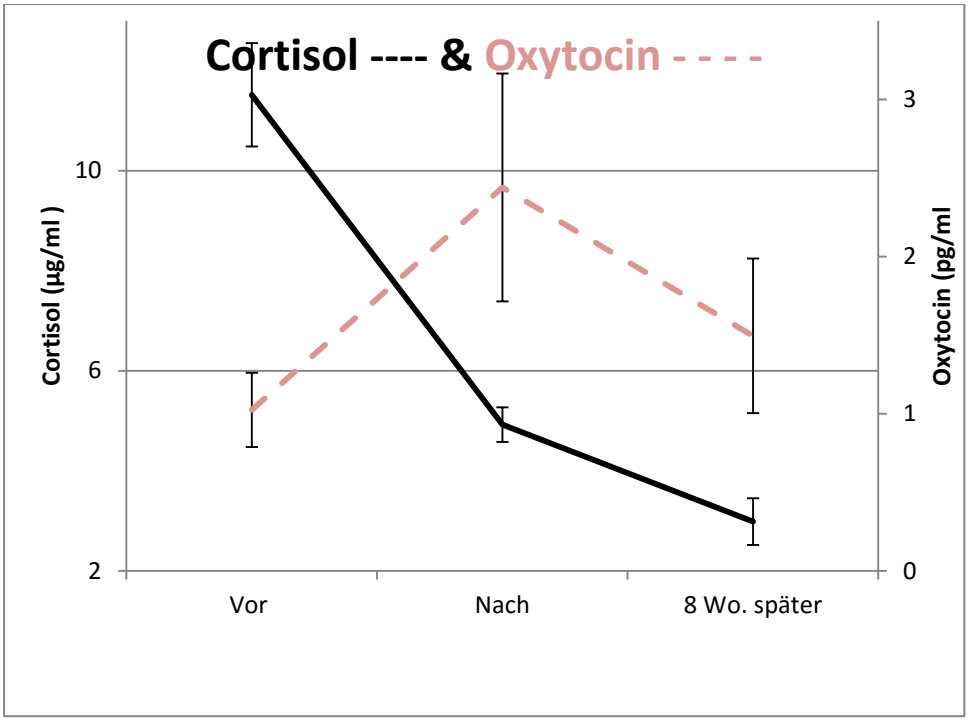



*Abb. 7: Cortisol- & Oxytocin Mittelwerte und STD von 18 Probanden (Gruppe A).*

Cortisol war nach der Intervention signifikant gesenkt, 8 Wochen später nochmals signifikant gesenkt.

Die Intervention lies Oxytocin signifikant ansteigen (p=0,033). 8 Wochen nach der Intervention, war es wieder auf 1,5± 0,49 (MW± SEM) nicht signifikant gesenkt.

Im Vergleich zu Cortisol war die Nachhaltigkeit der Intervention gering, bzw. nicht gegeben.

Gruppe B: Die Streuung war enorm und es waren keine sinnvoll verwertbaren Daten vorhanden.

# 6 DISKUSSION

Die Interventionsstudie konnte auf eindrucksvolle Weise zeigen, dass acht Wochen Insightouch® Behandlungen nicht nur die Symptomatik in Bezug auf Somatisierung, Ängste und depressive Symptome verringern, sondern dass sich auch Bindungsqualitäten und die Achtsamkeit positiv entwickeln.

Aufgrund der Selektionskriterien waren die Werte für *Angst vor Nähe* deutlich höher als die einer anderen Stichprobe (Schmidt et al. 2004). Nach der Intervention hatten sie deutlich abgenommen und bewegten sich im Normalbereich. In der Nachbeobachtungsphase der Gruppe A verringerte sie sich sogar weiter. Diese Wirkung lässt sich als eine korrigierende emotionale Erfahrung verstehen, die die StudienteilnehmerInnen im Rahmen der Massage machen konnten. In der Ausbildung zum Insightouch-Therapeuten wird besonderer Wert auf die Entwicklung der Fähigkeit zur Achtsamkeit gelegt und darauf, achtsame Zustände auch während der Massage aufsuchen zu können. Durch die Achtsamkeitspraxis und durch Techniken aus der Hakomi-Methode die auch eine feinfühlige Annäherung an sog. Barrieren ermöglicht, erleben die TeilnehmerInnen einen höchst respektvollen Umgang mit ihren Ängsten und Grenzen, andererseits ermöglicht das Erleben von Sicherheit das Überschreiten von bisher limitierenden Grenzen. So bestehen die korrigierenden Erfahrungen nicht nur im ungewohnten angenehmen Erleben von Nähe und Berührung, sondern ebenso im achtsamen Umgang mit entsprechenden Ängsten und Schutzmechanismen. Nach der Erfüllung des Grundbedürfnisses nach Sicherheit können die Teilnehmerinnen nährende Berührungen annehmen. Dabei kann die Haut als empfangendes Organ verstanden werden, über die nährenden Berührungen aufgenommen und genossen werden können.

Des Besondere der Insightouch-Therapie besteht nicht nur darin, dass sie in regressiven Zuständen der Klienten neue Bindungserfahrungen ermöglicht, sondern dass sie zugleich über die Schulung der Achtsamkeit der Klienten den damit verbundenen Ich-Funktionen auch progressive Elemente und somit Entwicklung fördert.

Über die verlässliche Wiederholung von korrigierenden Erfahrungen in den Sitzungen können die Klienten Beziehungsrepräsentanzen verinnerlichen, und auch außerhalb

der Therapie im Umgang mit sich selbst auf diese neuen Möglichkeiten zurückgreifen. Gleich wie die Klienten dies durch den Insightouch®-Therapeuten erfahren, können sie sich selbst leichter mit Feinfühligkeit begegnen, sich selbst eine wohlwollende Aufmerksamkeit schenken, ihren Körper, Empfindungen und Gefühle leichter und differenzierter wahrnehmen und über Einsichten in die dahinter stehenden Bedürfnisse besser für sich selbst sorgen.
In die gleiche Richtung wirken auch die in der Insightouch-Therapie vermittelten Achtsamkeitsübungen, die Achtsamkeitspraxis kann dazu befähigen *„sich selbst der beste Freund zu werden"* (Siegel 2007) und Selbstmitgefühl zu kultivieren. Es sind vermutlich diese Komponenten der Verinnerlichung von neuen Beziehungsrepräsentanzen, die dazu beitragen, das mangelnde Vertrauen in andere Personen bzw. die Ängste vor dem Verlassensein zu reduzieren.

Die Studie konnte weiters zeigen, dass sich durch die Intervention die im BSI gemessenen körperlichen Symptome verbessern, sich das depressive Syndrom mit Interesselosigkeit, Einsamkeit, Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit und auch die Anzeichen von Ängstlichkeit und Anspannung verringern. Kurzzeitige Veränderungen der Symptomatik können über die entspannende Wirkung der Massage erklärt werden. Zugleich wird in der Beziehung mit dem Bodyworker Sicherheit vermittelt, was entängstigt und die Klienten bekommen das Gefühl, es wert zu sein, so viel Aufmerksamkeit und Fürsorge zu bekommen. Die in der Gruppe A gezeigte Nachhaltigkeit der Symptomreduktion kann eher über eine Veränderung des Bindungsverhaltens und über die erhöhte Achtsamkeit erklärt werden. Für die Verbesserung der Emotionregulation durch eine Achtsamkeitspraxis werden verschiedene Mechanismen diskutiert (Chambers 2009). Zum einen wird etwas bei der Atembeobachtung oder beim Bodyscan aber eben auch während der Achtsamkeitsmassage die Fähigkeit der Aufmerksamkeitssteuerung auf neutrale oder angenehme körperliche Erfahrungen geübt. Zum anderen kann das Einnehmen einer Beobachterhaltung stabilisierend wirken. Bedeutungszuschreibungen, die angstauslösend wirken, können erkannt und entsprechende Gedankenketten durch Umfokussierung auf neutrale oder angenehme Reize unterbrochen werden.
Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die TeilnehmerInnen im Erwerb von Fähigkeiten zur Selbstregulation durch die Achtsamkeitsübungen auch dadurch unterstützt wurden, dass sie durch die Nutzung des Biofeedbackgerätes unmittelbare

Rückmeldung der Herzratenvariabilität erhielten und dadurch die psychovegetative Umschaltung leichter üben konnten.

# 7 LITERATUR

Alexander F, French TM (1946): Psychoanalytic therapy: Principles and application. New York: Ronald Press.

Bowlby J (1975): Bindung. München: Kindler.

Carlson EA, Sroufe L A (1999): Contributions of attachment theory to developmental psychopathology. Dev Psychopathol.;11(1):1-13.

Chambers R, Gullone E & Allen N (2009): Mindful emotion regulation: An integrative review. Clinical Psychology Review, *29*(6), 560-572.

Davidson R J, Fox NA (1989): Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants' Respons to Maternal Seperation. Journal of Abnormal Psychology;98:127-131.

Davidson R, Lutz A (2008): Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation. IEEE Signal Processing Magazine; 25: 176–174.

Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli S, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF (2003): "Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation". Psychosomatic Medicine;65:564–570.

Duhn L (2010): The importance of touch in the development of attachment. Adv Neonatal Care.;10:294-300.

Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D (2007): Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders;22:716-21.

Field T, Ironson G, Scafidi F, Nawrocki T,Goncalves A, Buman I, Pickens J, Fox N, Schanberg S, Kun C (1996a): Massage therapy reduce anxiety and enhances EEG pattern or alertness and math computations. International Journal of Neurosience: 86:197-205

Field T, Morrow C, Valdeon C, Larson S, Kuhn C, Schanberg S (1992): Massage therapy reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 31:125-130.

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

Field T (2001): Touch. Cambridge, MIT Press.

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

Ford C (1993): Compassionate Touch, The Role of Human Touch in Healing and Recovery. New York, Simon and Schuster

Fulton PR (2005): Mindfulness as Clinical Training. In: Germer, CK et al (eds) Mindfulness and Psychotherapy. New York: The Guilford Press, S. 55-72.

Gentsch A, Panagiotopoulou E, Fotopoulou A (2015): Active Interpersonal Touch Gives Rise to the Social Softness Illusion. Curr Biol.;25:2392-7.

Goodman M, Teichner A (1988): To Touch or Not to touch. J. Psychotherapy;25:492-500.

Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C, Ehlert U (2003): Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychological stress. Biological Psychiatry; 54:1389-98.

Hou WH, Chiang PT, Hsu TY, Chiu SY, Yen YC (2010): Treatment effects of massage therapy in depressed people: a meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry;71: 894-901.

Khilnani S, Field T, Hernandez-Reif M, Shanberg S (2004): Massage therapy improves mood and behavior of students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Adolescence;152:623-638.

Kirsch P, Esslinger C, Chen Q, Mier D, Lis S, Siddhanti S, Gruppe H, Mattay VS, Gallhofer B, Meyer-Lindenberg A (2005): Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. J Neurosci; 25:11489–11493

Koemeda-Lutz M, Kaschke M, Revenstorf D, Scherrmann T, Weiss H, & Soeder U (2006): Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK, Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. Journal für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie;56: 6-19.

Kurosawa M, Lundeberg T, Agren G, Lund I, Uvnäs-Moberg K (1995): Massage-like stroking of the abdomen lowers blood pressure in anesthetized rats: influence of oxytocin. J Auton Nerv Syst.; 5:56(1-2): 26-30.

Lind AB, Delmar C, Nielsen K (2014): Searching for existential security: a prospective qualitative study on the influence of mindfulness therapy on

experienced stress and coping strategies among patients with somatoform disorders. J Psychosom Res.;77:516-21.

Ma SH, Teasdale J (2004): Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology;721:31-40.

Marcher L, Jarlnes E, Münster K (2006): Die somatischen Grundlagen der Berührung. In: Marlock G & Weiss H (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie, Stuttgart, Schattauer

Marlock G, Weiss H. (Hrsg.) (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, Schattauer.

Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D (2008): Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. Journal of Nerval and Mental Disease;1968:630-3.

Montagu A (1986): Touching, The Human Significance of the Skin. New York, Perennial Library

Müller-Oerlinghausen B, Berg C, Droll W (2007): Die Slow Stroke Massage als ein körpertherapeutischer Ansatz bei Depression. Psychiat. Prax.;34:305-308 .

Musial F, Weiss T (2014): The Healing Power of Touch: The Specificity of the "Unspecific" Effects of Massage. Forsch. Komplementmed;21:282-283

Neumann ID, Landgraf R (2012): Balance of brain oxytocin and vasopressin: implications for anxiety, depression, and social behaviors.Trends Neurosci.;35:649-59.

Neumann ID, Wigger A, Torner L, Holsboer F, Landgraf R (2000b): Brain oxytocin inhibits basal and stress-induced activity of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in male and female rats: partial action within the paraventricular nucleus. J Neuroendocrinol; 12:235–243.

Notzon S, Domschke K, Holitschke K, Ziegler C, Arolt V, Pauli P, Reif A, Deckert J, Zwanzger P (2016): Attachment style and oxytocin receptor gene variation interact in influencing social anxiety. World J Biol Psychiatry;17:76-83.

Olney CM (2005): The effect of therapeutic back massage in hypertensive persons: a preliminary study. Biol Res Nurs.;7:98-105.

Pattison JE (1973): Effects of Touch on Self Exploration and the Therapeutic Relationship. Journal of Counselling and Clinical Psychology;40(2):170-175.

Rosenberg V (1995): On Touching a Patient. British Journal of Psychotherapy;12:29-36.

Safran JD (2006): Achtsamkeit und interaktionelle Ablaufmuster in der Psychoanalyse. Psychotherapie im Dialog;7:244-251.

Schmidt S, Strauß B, Höger D, Brähler E (2004): Die Adult Attachment Scale (AAS) - Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. Psychother Psych Med;54:375-382

Segal ZV, Williams JMG & Teasdale JD (2002): Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York; Guilford Press

Siegel DJ (2007): The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being. New York, W.W. Norton & Company.

Simpson JA, Collins WA, Tran S & Haydon KC (2007): Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective. Journal of Personality and Social Psychology;92:355-367.

Spitzer C , Hammer S, Löwe B, Grabe HJ, Barnow S, Rose M, Wingenfeld K, Freyberger HJ, Franke GH (2011): Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. Fortschr Neurol Psychiatr;799:517-523.

Stötter A, Mitsche M, Endler PC, Oleksey P, Kamenschenk D, Haring C (2013):Mindfulness-Based Touch Therapy and Mindfulness Practice in Persons with Moderate Depression. International Journal for Body, Movement and Dance in Psychotherapy;8:183-198.

Stötter A, Stötter D (2014): Tief Berührt. Die Kunst der Achtsamkeitsmassage. Norderstedt, BoD

Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D (2014): Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. PLoS One;9:e96110.

Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA (2000): Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 68:615-23.

Trevarthen C (2001): Intimate Contact from Birth. In White K (Hrsg): Touch, Attachment and the Body. London, Karnac

Turp M (1999): Touch, enjoyment and health: in infancy. European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health;2:19-35.

Uvnäs-Moberg K, Petersson M (2005): Oxytocin, ein Vermittler von Antistress, Wohlbefinden, sozialer Interaktion, Wachstum und Heilung. Psychsom. Med. Psychother.;51:57-80.

Vincent S (2011): Skin-to-skin contact. Part one: just an hour of your time... Journal of The Practising Midwife;14:40-1.

Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Grossman P, Schmidt S (2006): Empirische Erfassung der Achtsamkeit – die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In: Heidenreich T, Michalak J (Hrsg): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie;54:241-253.

Wikstrom S, Gunnarsson T, Nordin C (2003): Tactile stimulus and neurohormonal response: a pilot study. Int J Neurosci.;1136:787-93.

# 8 ANHANG

## Fragebögen

### Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA)

Dieser Fragebogen soll Ihre Achtsamkeit erfassen. Bitte beziehen Sie dabei die Aussagen auf die letzten 14 Tage. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage die Antwort an, die am besten auf Sie zutrifft.
Wir möchten Sie bitten, so ehrlich und spontan wie möglich zu antworten.
Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ und keine „guten“ oder „schlechten“ Antworten.
Ihre persönlichen Erfahrungen sind uns wichtig.
Vielen Dank für Ihr Bemühen!

| | fast nie | eher selten | relativ oft | fast immer |
|---|---|---|---|---|
| 1. Ich bin offen für die Erfahrung des Augenblicks. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ich spüre in meinen Körper hinein, sei es beim Essen, Kochen, Putzen, Reden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Wenn ich merke, dass ich abwesend war, kehre ich sanft zur Erfahrung des Augenblicks zurück | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ich kann mich selbst wertschätzen | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ich achte auf die Motive meiner Handlungen | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ich sehe meine Fehler und Schwierigkeiten, ohne mich zu verurteilen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ich bin in Kontakt mit meinen Erfahrungen, hier und jetzt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ich nehme unangenehme Erfahrungen an. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ich bin mir selbst gegenüber freundlich, wenn Dinge schieflaufen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Ich beobachte meine Gefühle, ohne mich in ihnen zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. In schwierigen Situationen kann ich innehalten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äußerlich Schmerzen und Unruhe da sind. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Ich bin ungeduldig mit mir und meinen Mitmenschen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Ich kann darüber lächeln, wenn ich sehe, wie ich mir manchmal das Leben schwer mache. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch keine Zeile ausgelassen haben.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Brief Symptom Inventory (BSI-18)**

Uns interessiert hier Ihr körperliches und seelisches Befinden.

Auf der folgenden Seite finden Sie eine Liste von Problemen, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten 14 Tagen bis heute durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den "besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

| | über-haupt nicht | ein wenig | ziemlich | stark | Sehr stark |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ohnmachts- und Schwindelgefühle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Herz- und Brustschmerzen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Übelkeit und Magenverstimmung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Schwierigkeiten beim Atmen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Taubheit und Kribbeln in einzelnen Körperteilen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Schwächegefühle in einzelnen Körperteilen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Das Gefühl, sich für nichts zu interessieren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Einsamkeitsgefühle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Schwermut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Das Gefühl, wertlos zu sein | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Gedanken, sich das Leben zu nehmen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Nervosität und inneres Zittern | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Das Gefühl, gespannt und aufgeregt zu sein | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Plötzliches Erschrecken ohne Grund | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Schreck- und Panikanfälle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. So starke Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Furchtsamkeit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Skala Transpersonales Vertrauen (TPV)**

Auf diesem Blatt finden Sie eine Reihe von Aussagen über Erfahrungen, die Sie möglicherweise gemacht haben. Bei diesen Aussagen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Es gibt nur Antworten, die für Sie zutreffen oder nicht.
Beantworten Sie bitte jede Frage. Sie haben die folgenden vier Antwortmöglichkeiten:
0 = trifft gar nicht zu; 1 = trifft eher/ teilweise nicht zu; 2 = trifft teilweise/etwas zu;
3 = trifft vollständig zu
Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage die für Sie zutreffende Antwortalternative an.

| | **3** | **2** | **1** | **0** |
|---|---|---|---|---|
| 1. Ich fühle mich mit einer höheren Wirklichkeit/ mit einem höheren Wesen/ Gott verbunden. Darauf kann ich auch in schweren Zeiten vertrauen. | | | | |
| 2. Manchmal habe ich den Eindruck, dass ich in meinem Leben auseiner höheren Einsicht heraus geführt werde | | | | |
| 3. Religiöse Praktiken (z.B. Beten, Mantren sprechen, geistige Lieder singen, meditieren) helfen mir in schwierigen Situationen. | | | | |
| 4. Meine Seele lebt auch nach meinem Tod weiter | | | | |
| 5. Ich versuche, mich der Hand Gottes/ eines höheren Wesens/ einer höheren Wirklichkeit anzuvertrauen. | | | | |
| 6. Ich bin Teil eines großen Ganzen, in dem ich geborgen bin. | | | | |
| 7. Ich bezeichne mich als religiös, auch wenn ich keiner Glaubensgemeinschaft angehöre. | | | | |
| 8. Ich bin ein Mensch mit Körper und Intellekt. Und ich bin auch untrennbar mit dem Kosmos verbunden. | | | | |
| 9. Es gibt in einem Menschenleben manches Glück oder Unglück,das meine Möglichkeiten des Erklärens und Verstehens übersteigt. | | | | |
| 10. Wir Menschen können nicht alles bestimmen. Es gibt eine höhere Wirklichkeit/ ein höheres Wesen/ Gott, dem ich mich anvertrauen kann. | | | | |
| 11. Ich habe schon die Erfahrung gemacht, dass ich mich mit der Welt und dem Kosmos eins fühle. | | | | |

**Adult Attachment Scale (AAS) deutsche reduzierte Version**

Auf den folgenden Seiten finden Sie Aussagen, die Ihre sozialen Beziehungen zu anderen betreffen.
Lesen Sie die Aussagen und Fragen jeweils aufmerksam durch. Beurteile Sie alle Aussagen danach, wie gut sie auf Sie zutreffen und geben Sie auf der jeweiligen 5-Punkte-Skala an, inwieweit die Aussage auf Sie zutrifft.
Die Skalenpunkte gehen von 1 (nicht zutreffend) bis 5 ( sehr zutreffend). Kreuzen Sie bitte direkt in das jeweilige Kästchen

| | gar nicht zutreffend | | etwas zutreffend | | Sehr zutreffend |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ich weiß, wenn ich jemand brauche, wird auch jemand da sein | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Es macht mich nervös, wenn mir jemand zu nahe ist | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ich mache mir oft Sorgen, dass meine Freunde/meine Freundinnen mich nicht wirklich mögen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ich bin mir nicht sicher, ob ich mich immer darauf verlassen kann, dass andere da sind, wenn ich sie brauche | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Mein Wunsch, in einem anderen Menschen völlig aufzugehen, schreckt andere manchmal ab | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ich merke, dass andere mich nicht so nahe an sich herankommen lassen, wie ich es gerne hätte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Für mich ist es schwierig, andere an mich heranzulassen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Menschen sind nie da wenn man sie braucht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ich mache mir oft Sorgen, ein wichtiger Mensch würde mich verlassen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ich kann mich gut auf andere verlassen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Es ist mir irgendwie unangenehm, mit anderen zu vertraut zu werden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. In Freundschaften wünschen sich meine Freunde/Freundinnen häufig mehr Nähe von mir, als mir angenehm ist | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ich mache mir oft Sorgen, dass meine Freunde/meine Freundinnen eines Tages nicht mehr mit mir befreundet sein | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| möchten | | | | | |
| 14. Es fällt mir schwer anderen voll und ganz zu vertrauen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Die Vorstellung, mir könnte jemand nahe kommen, beunruhigt mich | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |