

>Depression<

„Die Unfähigkeit zu Trauern“

Der sich selbst und andere niederschlagende Mensch. (Dörner/Plog)

Der depressive Mensch ist in einem Zustand der Unterspannung. Er kann, wie eine zu wenig gespannte Saite eines Instrumentes, nicht mehr richtig resonieren, schwingen. Er hat die Fähigkeit verloren, auf eine neue Situation zu reagieren. Der schwer Depressive liegt bewegungslos im Bett, ist antriebslos. In der allgemein verbreiteten, „normalen“ Depression ist der Mensch arbeitsfähig. Die Depression ist verdeckt, larviert. Die Leere ist tief innen und wird in der Einsamkeit erlebt. Der Kontakt zu den Gefühlen ist verlorengegangen.

Ein Leben in der Vergangenheit macht das Anwesend sein in der Gegenwart unmöglich. Als Beispiel: Ich fühle die Ablehnung, die ich von meinem Vater gefühlt habe in der Ablehnung meines eigenen Körpers fort. Ein Verlust, ein Verlassen werden führt zum Wunsch, zur Sehnsucht, dass die Zukunft das Vergangene umkehren, wiedergutmachen, heilen soll. Diese Vorstellung, z.B. der Wunsch nach vollständiger Sicherheit in der Beziehung, ist ein unrealistisches Ziel, die Verwirklichung ist nicht möglich. So kann der Depressive sich nicht lösen, er hängt im Unlustzustand der Vergangenheit fest. Jede Lösung, jedes Zulassen des Atems, jede Entladung ist aber auch lustvoll!

1. Wege in die Depression

Die psychoanalytische Annahme, dass frühe Verluste der Beziehungsperson, bzw. Versagung der primären Bedürfnisse des Kindes ganz spezifische Reaktionen hervorrufen, macht Sinn. Schauen wir uns an, wie ein Kind auf einen Verlust seiner Mutter reagiert. In einer

1. Phase schreit es, weint, hat Wutausbrüche. Es fordert die Mutter zurück, hofft, dass sie kommt. In einer
2. Phase lassen die Kräfte des Kindes nach, es ist erschöpft, fällt in Verzweiflung. Die Hoffnung flackert von Zeit zu Zeit wieder auf, sobald wieder Kraft zur Verfügung steht. Dauert die Verlassenheit an, verliert das Kind in der
3. Phase scheinbar das Interesse an der Mutter. Es kann sie sogar vergessen und nicht wiedererkennen, wenn sie wirklich kommt. Auch in dieser Phase kommt es zu heftigen unmotiviert scheinenden Wutausbrüchen. (n. J. Bowlby)

Das Gefühl nicht, bzw. nie genug erhalten zu haben, kann aus so einer Situation übrigbleiben. Das wird dann als „oral fixiert“ (orale Phase dauert bis 2Jahre) gesehen: der Mensch, der Leib, der Bauch, der Herzraum, muss wieder gefüllt werden mit Atem, mit Empfindung und mit den dazugehörigen Gefühlen. Mit anderen Worten: der Mangel an Energie, an Atem, Sauerstoff, Ladung muss behoben werden. Wenn jemand in eine Depression verfällt ist es ein Hinweis darauf, dass er nie ganz auf eigenen Beinen gestanden hat. Er hat seine Unabhängigkeit der Hoffnung geopfert, durch andere Erfüllung zu finden. Er hat seine Kräfte in den Versuch investiert, diesen Traum zu verwirklichen. Das so grundlegende Mangelgefühl (Ich bin zu kurz gekommen) führt dazu, dass er die Erfüllung außerhalb des Selbst, im Außen, vom du erwartet. Echte Unabhängigkeit bedeutet aber auch alleine sein zu können.

1.1. Der Mensch, der seine Kindheit verlor

Der Depressive hat oft früh seine kindliche Stellung aufgegeben, um seine Eltern von der Last zu befreien, die die Fürsorge ihnen auferlegte. Er ist zu rasch erwachsen geworden, in dem Bestreben, Erwartungen zu erfüllen, die mit Anerkennung und angenommen werden gekoppelt waren. Oft sind deshalb Pflichtbewusstsein, Exaktheit und Fleiß typische Eigenschaften.

A. Lowen: Die Depression befällt jeden, dem es am Glauben ans Sein fehlt und der diesen Mangel durch Tun ausgleichen muss.

2. Wege aus der Depression

In der Umkehrung sieht z.B. A. Lowen sein körpertherapeutisches Konzept:

Die Energieladung im Körper ist zusammengebrochen infolge des Gefühlsverlustes. Wutreaktion auf Verlust ist eine normale Reaktion auf Schmerz. Schmerz veranlasst den Körper, sich zusammenzuziehen. Gefühl und Energie werden von der Körperoberfläche abgezogen und im Muskelapparat konzentriert. Wut macht die erneute Entladung durch Weinen und Schluchzen möglich. Jetzt steht die Energie wieder für die Lustfunktion zur Verfügung. Ist keine vollständige Entladung eingetreten, ist der Organismus biologisch blockiert, so dass der Mensch nicht wieder auf die Welt zugehen kann, um Lust zu erlangen. Der Körper kann seinen Schmerz nur durch heftige Katharsis abführen. Trauer und Wut auszudrücken ermöglicht es, nach einem Verlust oder Schmerz weiterzuleben.

Der Ausdruck der Gefühle führt zur Orientierung aus sich selbst heraus. Das sich selbst Gewahrsein bringt Bewusstheit über die Gefühle, sie zeigen die darunter liegenden Bedürfnisse.

Depression ist ein Konflikt zwischen Liebe und Hass gegenüber dem Liebesobjekt. Der Hass wird gegen innen, gegen das eigene Selbst gerichtet, das dann wiederum keine Liebe mehr ausdrücken kann. Im Suizid wird der Selbsthass ausagiert mit dem unbewussten Wunsch, den Menschen zu zerstören, der für diese Gefühle verantwortlich ist.

Lowen's Weg in der Therapie sieht so aus:

Zuerst muss der depressive Mensch seine Niederlage, seinen Verlust zugeben. Jetzt kann er sich erneut einer Welt zuwenden, in der das geliebte Objekt (die Mutter) unwiederbringlich fehlt, was er nun akzeptiert.

3. Euphorie/ Manie

Sie kann verstanden werden als Versuch nach oben abzuheben. Nach Fenichel ist es aber ebenfalls ein Versuch, die in der Depression gebundene Energie zu befreien. Es ist der Wunsch nach oben zu gehen, denn unten war immer ein Loch. Der Grund hat nie getragen, der Boden wurde nie empfunden. Die Symptome „Loch im Körper“, Nichts spüren, nur Leere im Bauch, in der Brust, zeugen davon.

Zusammenfassung des bioenergetischen Verständnisses von Depression

- Der depressive Mensch verfolgt unwirkliche Ziele oder hängt an Illusionen.
- Er ist nicht geerdet
- Er hat seinen Glauben verloren

Die grundlegende Realität des Seins ist für den Menschen der Körper.

Kompensatorische Mechanismen sind:

Protest, Macht und Sucht

4. Die therapeutische Begegnung

4.1 Die Annäherung von Innen (Übungen zum Thema)

- Welche depressiven Seiten kenne ich von mir selbst?
 - Über die Haltung: Im Sitzen (Stehen, Gehen) eine mir bekannte depressive Haltung einnehmen und deren Auswirkungen spüren.
Wir nehmen wahr:
 - sich einrollen
 - sich zurückziehen in einen Körperteil/-raum:
 - in den Solar Plexus
 - in den Bauch
 - unter das Schädeldach
 - in die Gesichtsmaske
 - in einen aufgeblasenen Kopf
 - sich nach oben in die Schultern wegziehen
 - innerlich weggehen
 - aus dem Körper weggehen
 - Spannung im Becken, im Brustraum nichts
 - Den Kopf seitlich (wie auf die Schulter) legen
 - Den Kopf auf/in die Hände legen
 - Den Kopf zur Seite drehen, wegsehen
 - Sich fallen lassen: der Oberkörper fällt zwischen die Beine, auf den Boden fallen lassen.
 - Wärme suchen, sich einhüllen, Nähe suchen
 - Krank werden
 - Gereizt werden
 - Essen (Schokolade)
 - Schwer, bleiern und wütend sein
 - Ängstlich sein
 - Sich abwerten (das kann ich doch nicht)
 - Sich in Aktivität verlieren
 - Etc.

Dabei spüren wir Impulse gegen die Depression:

- Die Augen öffnen wollen
- Sich bewegen wollen
- Stark atmen wollen
- Sich wärmen wollen
- Halt und Nähe suchen

Je mehr wir uns in die Depression hinein lassen, desto mehr erstarrt der Körper in einer bleiernen Schwere. Seelisch entsteht die Haltung: Jetzt erst recht sich nicht bewegen, nicht aufstehen, nichts tun.

Die Wahrnehmung zieht sich aus der Peripherie des Körpers zurück an einen Ort der letzten Zuflucht. Dann verlässt dieser Ort den Körper, wir spüren uns nicht mehr. Also:

1. Rückzug
2. Nicht mehr spüren
3. Nicht mehr fühlen
4. Starrheit

- Um welchen depressiven Selbsthilfeversuch handelt es sich?
- Wovor habe ich Angst? Was kann ich nicht anschauen? Was darf nicht so sein, wie es ist?

Das depressive Symptom schützt mich z.B. vor:

- Selbständigkeit
- Kraft
- Um etwas bitten zu müssen
- Dem Eingeständnis von Abhängigkeit
- Den Eingeständnis von Trauer und Wut
- Von Beschränkung, Einschränkung

4.2 Die Suchhaltung beim Therapeuten selbst (Dörner/Plog) -ein klientenzentrierter Ansatz

Ziel: Der Patient soll sich selber besser verstehen- auf dem Umweg über den Therapeuten. Dieser zeigt in seiner Suchhaltung, dass er durch Begegnung und Austausch mit dem Patienten sich besser versteht und dadurch der Patient auch sich. Der Therapeut sucht in sich, nicht im Patient. Er teilt dem Patienten mit: Dich verstehen geht gar nicht, denn ich kann nicht an deine Stelle treten. Du bleibst für dich, mir fremd. Nähe entsteht nur über Abstand. Aber deinen **depressiven Selbsthilfeversuch** kenne ich von mir, wenn auch nicht in dem Ausmaß, nicht in der Qualität. Ich kann die Erfahrung mit dir teilen.

- diese Suchhaltung erhält die Handlungsfreiheit, da sie ausschließt, dass der Therapeut von der Hoffnungslosigkeit einer depressiven Situation weggeschwemmt wird.
- die Suchhaltung bei mir selbst, dem Therapeuten, wird zwangsläufig zum Modell für den Patienten: Meine von ihm wahrnehmbare Haltung steckt ihn an, verführt ihn. Statt, wie bisher, mich mit seinen endlosen Hilfserwartungen zu lähmen, kann sich meine auch für mich schmerzliche Zurückweisung, dass ich ihn nicht verstehen kann, allmählich auszahlen: Von mir angesteckt beginnt er, auch bei sich selbst zu suchen, sich zu fragen, sich wahrzunehmen, sich zu diagnostizieren. Damit tut er, wozu er seit langem den Mut verloren hatte, was unvereinbar mit seiner Depression ist. Er hofft nicht mehr hoffnungslos nur auf Hilfe von anderen, sondern beginnt, auf Hilfe von sich selbst zu hoffen. Zurückweisung von etwas,

was nicht geht (direktes Verstehen oder Helfen) ist nicht Ablehnung, sondern Voraussetzung für Annahme. Es entsteht eine Begegnungsstruktur: Ich bin ich, und du bist du.

- Die Suchhaltung bei mir selbst schützt auch die Handlungsfreiheit des Patienten: Sie schützt ihn vor mir, vor meinem Aktivismus in Worten und Werken. Denn mit der Suchhaltung drücke ich aus: „Innerhalb der Begegnung bleibst du ein Anderer, Gegenüber, Gegner. Daher kann ich nicht etwas für dich tun oder dich für dich zu verstehen. Ich will dir auch nicht meine theoretische Erklärung über deinen Kopf stülpen; denn sie gilt für mich und nicht für dich. Meine Suchhaltung bei mir ist Ausdruck meiner Solidarität mit dir. Sie kann dich ermutigen, dass du tiefer in dir suchst, als du dich bisher allein getraut hast, weil das so schmerzlich ist; dass du nicht stehen bleibst; dich nach dem Sinn deines Depressiv-Seins fragst; dich fragst, welches Lebensproblem du mit dem Depressiv-Sein lösen, bzw. verdecken wolltest“

Diesen Prozess kann ich etwa mit folgenden Äußerungen fördern: „Wie kommt es, dass das, was sie gerade sagen, mir Angst macht?“ ; „Die Trauer, die sie gerade äußern, möchte ich gerne noch tiefer verstehen; können sie sie noch genauer ausdrücken?“ Ich frage mich, was ihnen das Gefühl (X) bedeutet“. – „Ich frage mich, wie stark ihr Wunsch nach Unabhängigkeit eigentlich ist; ist er wie...“ dann bietet der Therapeut immer umfassendere Bilder an, bis der Patient sich selber einschätzt und den Therapeuten korrigiert: „Das eine Bild trifft zu, das andere ist übertrieben“. Das Gemeinsame an diesen Äußerungen im verbalen Austausch ist das Bemühen, die Suchhaltung, die Selbstwahrnehmung immer wieder auf die Seite des Patienten hinüberzuspielen.

4.3 Die Gegenübertragung

In der Begegnung mit depressiven Menschen stellt sich die Frage, wie gestaltet der Therapeut die Begegnung so, dass der Patient wie der Therapeut ein normales Maß an Unabhängigkeit des Handelns gewinnen und halten können?

Was wir bei jeder Alltagsbegegnung selbstverständlich tun, müssen wir hier ausdrücklich, bewusst tun. Daher die ständige Frage nach der Gegenübertragung, die Grundlage unseres Handelns sein soll. Im Falle des depressiven Patienten lautet die (naive) Antwort so: Er löst in mir Mitleid, Helferinstinkte aus. Ich möchte ihn schützen, trösten, Mut zusprechen, möchte ihm sagen, es wird schon wieder. Jetzt ist der Patient ein ideales Objekt unserer professionellen Helferrolle! Damit lassen wir uns von unseren eigenen Bedürfnissen leiten und werden zum idealen Mitspieler, einmontiert in die Depression, und werden so handlungsunfähig. Woran merken wir das? Spätestens daran, dass wir nach einiger Zeit verblüfft wahrnehmen, dass derselbe Patient jetzt negative Gefühle in uns auslöst, uns wütend und sauer macht. Woran liegt dies? Normalerweise erwarten wir für Mitleid etwas. In diesem Falle erwarten wir, dass es dem Patienten etwas besser geht. Im Falle des Depressiven ist es aber umgekehrt: Das Mitleid steigert den Appell, die Hilfe die Hilflosigkeit, die Entlastung die Belastung, ein unendlicher Kreislauf. Allmählich dämmert es uns, dass hier ein Machtkampf stattfindet, indem wir garantiert verlieren. Die Schwäche hat hier mit verborgener und gegen sich gerichteter Stärke zu tun, mit der er mein Handeln kontrolliert und blockiert, nicht nur sich, sondern auch mich niederschlägt. Wir lernen: Solange wir nicht alle Seiten des Patienten wahrnehmen, auch die verborgenen, werden wir seiner Gesamtsituation nicht gerecht und unser Handeln geht

in die Irre. Außerdem, wenn ich für jemanden handle, nehme ich ihm etwas weg, wofür er sich rächen wird.

Soll die Beziehung tragfähig werden, führt der Weg durch Mitleid und Ablehnung hindurch. Dies gelingt durch die schonungslose Suchhaltung bei mir, die mir das Recht gibt, dass sich auch der Patient nicht schont. Dies gelingt durch Offenheit, mit der ich ihm alle meine Gefühle, die er bei vollständiger Wahrnehmung in mir auslöst, rückblende. Dazu gehört:

1. Seine Trostlosigkeit eher noch zu vertiefen, um endlich auf ihren Grund zu kommen.
2. Die Hilflosigkeit hat mich aktiv noch hilfloser zu machen, denn in der Tat kann dem Patienten niemand helfen außer er sich selbst.
3. Die Selbstabwertung des Patienten muss mit der Abwehr seiner Angst zu tun haben, sich zu akzeptieren, so mittelmäßig wie er ist und mit der Abwehr seiner Trauer darüber, dass er so ist.
4. Sein Mitleidsappell, der mich irgendwann wütend macht, und die Gewalt mit der er sich und mich niederschlägt, zeigen seine unterdrückte Wut über die erlittenen Kränkungen und die Gewalttätigkeit, die seinen Problemlösungsweg zur Sackgasse macht.
5. Sein endloses Angestrengtsein und sein Bemühen um Selbsthilfe zeigen seinen Wunsch, dass er den gnadenlosen Kampf gegen sich eigentlich als Kampf für sich und seinen Partner führen möchte, was ich zu würdigen habe.

Diese Voraussetzungen schaffen eine Arbeits-Atmosphäre, die eine Auseinandersetzung mit den wirklichen Lebensproblemen ermöglicht, statt über den depressiven Weg in eine Sackgasse zu geraten. Erst wenn sich ein solcher Weg abzeichnet, würde der depressive Weg überflüssig und könnte aufgegeben werden.

5. Atemtherapeutische Integration dieser Konzepte:

Im Middendorff'schen Sinne sieht der Weg aus der Depression klassisch aus:

- Schulung des Kontaktes zu sich selbst, durch Wahrnehmung der Atembewegung und der Körperräume.
- Erleben des zugelassenen Einatemens als geschenkte Nahrung (für die er sich nicht bemühen muss), das dem grundlegenden Mangelgefühl des depressiven Menschen ein Gegenpol bilden kann.
- Schulung der Fähigkeit, ganz im Hier und Jetzt anwesend zu sein, bei sich anzukommen.
- Den Grund, den Boden als tragend erfahrbar machen.
- Arbeit an der Aufrichtung, am Stehen (im Wortsinne "Selbst-stehend" sein).
- Arbeit an der „guten“ Spannung. Wo geht die Energie verloren, wo versackt der Atem? (z.B.: im unteren Raum, in der vorderen Mitte, im Brustbein) In welchen Schichten ist der Mensch verspannt in welchen überspannt? (z.B. verspannt in den Glutaen, unterspannt im Bauchraum)
- Dabei tauchen starke Gefühle wie Hoffnungslosigkeit und Wut auf, die immer wieder in der Empfindung geerdet werden. Der bejahende Umgang mit den Gefühlen tritt aber im Gegensatz zur traditionellen Arbeitsweise in den Mittel-

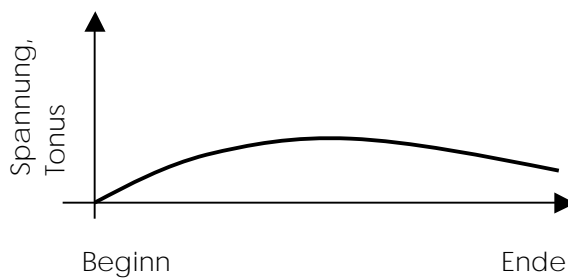
punkt des therapeutischen Beziehungsgeschehens. Im Masse der Ich-Kraft (=Atemkraft), der Fähigkeit des Menschen, auf seinen eigenen Füßen zu stehen, kann den Gefühlen Raum gegeben werden und sich selbst und die eigenen Bedingungen so angenommen werden, wie sie sind und wie sie waren.

- Therapeutische Arbeit mit dem Ausdruck von existenzieller Verlassenheit und Wut als Körperübung mit Stimme und Bewegung, um Defizite in den körperlichen Kontaktmustern bewusztzumachen und neu zu bahnen. Das Rollenspiel sowie die Partnerarbeit sind probate Hilfsmittel dafür. Es geht darum, zu erfahren, wem diese Gefühle gelten, bzw. gegolten haben, um sie im biografischen Kontext einordnen zu können. Dieses Wiedererleben von unerledigten Beziehungsmustern mit der Achtsamkeit auf den leibseelischen Vorgängen führen den depressiven Menschen auf seine Bedürfnisse und Impulse hin.
- Erleben des zugelassenen Ausatems als Umsetzen der Impulse aus den Atemräumen in die Bewegung. Schulung des aggressiven, zielgerichteten, männlichen Elementes.

Mit dem Wachsen der Selbstwahrnehmung und Atemkraft kann der niedergeschlagene Mensch Verantwortung für sich selbst übernehmen, sich lösen aus dem „Selbsthilfeweg“ Depression. Er erlangt die Fähigkeit zu trauern und für sich selbst zu sorgen anstelle dies von den Anderen (ehemals der Mutter) zu erwarten.

Die Beziehung Klient-Therapeut wird als bewusstes Lernfeld einer Beziehung gestaltet, die Freiheit lässt, aus der Abhängigkeit herausführt und bezogen ist durch die gemeinsame Suche nach der Wahrheit. Sie gesteht dem Therapeuten sowie dem Klienten das Recht zu, so zu sein (zu fühlen), wie er ist.

5.1 Aufbau einer Gruppenstunde (Eine Möglichkeit!)






Verlauf der angestrebten Körper-Spannung der Gruppe: Langsamer Anstieg mit deutlich erhöhtem Tonus zum Ende hin.



Gewohntes Muster des Verlaufes der Körperspannung: Rascher Anstieg, ebenso rascher Verlust.

Aufbau: Klassisch, von unten nach oben.

Ziel:

1. Spannung und Tonus erhöhen 
2. Spannung und Tonus halten 
3. Spannung und Tonus gestalten durch Wahrnehmen der Impulse. 

Ablauf: Keine (langen) Pausen zum Nachspüren, eine Übung folgt der anderen, bzw. geht in eine neue über. Begründung: der Tonus/Spannung soll nicht absinken/-sacken.

Übungen: **-Streichen der Füße, Beine, Becken**

Intention: Haut, Kontur, Peripherie bewusst machen, auf eine fließende, nicht provozierende Art. Sich selber bergen, sich wohlfühlen machen, sich einhüllen, Nähe zu sich selber herstellen.

Begründung: Gegenkraft zum Rückzug ist die Peripherie.

-Federn

Intention: Spannung langsam und sanft erhöhen, den Atem anregen.

-Im Kreis gehen

Intention: Im Gleichschritt die Geborgenheit der Gruppe erleben, Spannung erhöhen, damit entsteht Zentrifugalkraft, d.h. der Impuls aus dem Kreis ausbrechen.

6. Klinische Diagnostik:

Merke: eine Diagnose kann die Wirklichkeit eines Menschen nie erfassen. Sie
⇨ bietet eine Leitidee, ist ein Modell für die Symptome.

6.1. Depressive Verstimmung (Verstimmungszustand)

Schwach ausgeprägte Symptomatik.

6.2. Reaktive Depression, vegetative D. (abnorme Verlustreaktion)

Sie ist eine Konflikt-, oder Erlebnisreaktion, eine Verarbeitungsmaßnahme der Seele nach einer stark belastenden Situationen oder einem Erlebnis. Mögliche Ursachen: Verlust, schwere Enttäuschung, Versagen, Kränkung etc. Ist der Anlass verarbeitet, kann sie sich auflösen.

Symptome: - (Ein-)Schlafstörungen, Durchschlafstörungen
- innere Leere, Loch im Bauch
- Erschöpfungsgefühl, Ausgebrannt sein
- Leistungsschwäche
- Kraftlosigkeit
- Versagensgefühl
- Antriebshemmung
- Suizidalität
- Angst vor Ablehnung

ý Für uns Atem- und Leibtherapeuten relevante Form der D.

6.3. Larvierte (verdeckte) Depression

Es stehen leibliche Missempfindungen im Vordergrund. Die depressive Verstimmung ist nur im Hintergrund fassbar. Diese Menschen sind u.U. suizidgefährdet.

Symptome: - Obstipation
- Druckgefühle im Bauch und in der Brust
- zugeschnürte Kehle (Kloß im Hals)
- Schwerer Kopf, Reifen um den Kopf, Kopfweh
- Rückenschmerzen
- Potenzstörungen
- Appetitlosigkeit

ý Für uns Atem- und Leibtherapeuten vermutlich relevanteste Form der D.

6.4. Depressive Persönlichkeitsstörung, -struktur (Dysthymie)

Ursachen: Erworbene Hirnschädigung, Vererbung, Entwicklungsstörungen
(Erziehung)

- Symptome:
- Gehemmtheit
 - Vermeidung von Aggressionen
 - Gedrückte Stimmungslage
 - Kontaktstörungen, sozialer Rückzug
 - pessimistische, skeptische Lebenseinstellung
 - Abhängigkeitstendenzen
 - Suche nach Nähe und Geborgenheit
 - Angst vor der Ich-Werdung, vor Autonomie, vor dem Alleinsein
 - Motto: mit Fleiß und Kampf (mit dem Willen) durch jeden Tag.

Heute gilt die Abgrenzung zur depressiven Neurose als problematisch. Oft sind es Mischformen in denen ein Anteil, z.B. der strukturelle, vorwiegt.

ý Für uns Atem- und Leibtherapeuten weniger relevante Form der D.

6.5. Depressive Neurose (Depression)

In der Kindheit entstandener, ungelöster Triebkonflikt mit abnormaler Erlebnisreaktion. Symptome wie oben.

(Oft entsteht der Eindruck, diese Diagnose sei dem Zeitgeist der Analyse entstanden, die in allen Symptomen vorwiegend neurotische Hintergründe gesehen hat.

ý Für uns Atem- und Leibtherapeuten relevante Form der D.

6.6. Endogene Depression, bzw. deren Phasen/Schübe (affektive Psychose)

Gehört zu den affektiven Psychosen, die in Phasen mit freien Intervallen verlaufen. Entweder bipolar mit manischen und depressiven Symptomen oder monopolar mit nur einer Symptomart.

Mittlere bis schwere Verlaufsform, die eine medikamentöse (mit Thymoleptika= Stimmungsaufheller), bzw. stationäre Behandlung erfordern kann. Am häufigsten kommt die monopolare, mehrphasige Depression vor. Betroffen sind 70% Frauen, 30% Männer. Hohe Suizidgefahr, Anzeichen dafür können sein: akute Angstzustände, Wahn, beständig anhaltende Depression, frühere Suizidversuche, verstärkte, anhaltende Schuldgefühle, verdeckte Aggressionszustände, Ankündigung. Wenn die Symptome wegfallen, z.B. nach einer Therapie, nach einem stationären Aufenthalt. Zu Beginn einer Depression, wenn die Angstabwehr durch die Symptome noch nicht stabil ist.

Symptome:

- | | |
|---|---|
| - Nichtfühlenkönnen | - Passivität |
| - Gefühllosigkeit | - Apathie bis zum depressiven Stupor |
| - Denkhemmung (Der Denkablauf ist in Bezug auf Tempo, Inhalt und Zielsetzung behindert) | (Bewegungslosigkeit mit verminderter Reaktion und Reizaufnahme) |
| - Interessenverlust | - Sinnlosigkeit |

- Insuffizienzgefühle (ungenügend sein)
- Morgentief (der Tag liegt wie ein Berg vor mir)
- Muskelschmerzen
- Herzbeschwerden
- diffuse oder lokalisierte Beklemmungs- und Druckgefühle

Auslöser: - Verlust, Veränderungen

Weitere Therapiemöglichkeiten: -Schlafentzug
-Lichttherapie.

ö Für uns in der Regel nicht, bzw. nur mit psychotherapeutischer, oder psychiatrischer Betreuung des Patienten, begleitend behandelbar!

5.7. Varianten der Depression:

- Wochenbett-Depression (Sie tritt in Begleitung von körperlichen Erkrankungen auf).
 - Klimakterische Depression
 - Erschöpfungs-Depression
 - Entlastungs-Depression
 - Symptomatische Depression
 - Involutions-Depression
 - agitierte Depression
 - Jammer-Depression
- ý Immer zuerst den Ausschluss organischer Ursachen sicherstellen, bevor wir mit einer atemtherapeutischen Behandlung beginnen!
- ý Die oben aufgeführten Symptome sind, in unterschiedlicher Stärke, grundsätzlich bei allen Arten der Depression möglich.
- ý Einfühlsame, emphatische, vorsichtige und geduldige Kontaktaufnahme. Weder Mitleid zeigen noch Druck ausüben, keine „guten“ Ratschläge geben, gelten als gängige, psychotherapeutische Leitlinien.

6. Zusammenfassung:

Die depressive Kränkung gleicht für mich in Vielem derjenigen des narzisstisch verletzten Menschen (Freud: narzisstische Neurose). Somit gehört sie auch zu den frühen Störungen.

7. Literatur:

- Lowen, Alexander** Depression: Ursachen und Wege der Heilung, btb; Erscheinungsjahr: 1996, ISBN 3-442-12313-5
- Dörner K./ Plog U.** Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychiatrie Verlag, Bonn: 1996, ISBN 3-88414-183
- Faust, Volker** Schwermut, Hirzel Verlag

12. Februar 2004