

**Diplomarbeit im Rahmen der Abschlussprüfung zur Atem- und
KörperpsychotherapeutIn**

am

**Institut für Atempsychotherapie, Stefan Bischof
Freiburg i. Br.**

Entwicklung des Selbstausdrucks

Zeig mir deine Kraft

Zeig mir deine Wut

von

Irene Hotz

Alt Seulberg 41

61381 Friedrichsdorf

06172 73 76 23

30.Juli 2011

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Abstract	2
2. Einleitung	2
2.1 Mein Weg	3
2.2 Körperpsychotherapie im klinischen Bereich und in der ambulanten Praxis	4
3. Was ist Aggression? Versuch einer Definition	5
3.1 Der Aggressionsbegriff in der Psychotherapie	6
3.2 Der Aggressionsbegriff in der Atempsychotherapie	9
4. Entwicklungspsychologische Grundlagen der Ich-Bildung	10
4.1 Die psychische Geburt des Menschen	10
4.2 Störungen in der Explorations- und Abgrenzungsphase	15
4.3 Das Nachreifen der Ich-Kraft	16
5. Atempsychotherapie	17
5.1 Therapiekonzept	18
5.2 Atempsychotherapeutische Diagnostik	18
5.3 Der Erfahrbare Atem	21
5.4 Atempsychotherapie für Ich-schwache Menschen	22
6. Fallberichte	24
6.1 Herr C. Ich sehe Dich – zeig mir Deine Kraft	24
6.2 Frau S. Was auch immer geschieht, die Beziehung wird gehalten	29
6.3 Herr D. Angst vor Selbständigkeit – die zurückgehaltene Kraft	32
6.4 Frau L. Ich schaue in die Welt – Ausweg aus der Depression	33
6.5 Resümee	35
7. Nachwort	37
8. Literaturverzeichnis	38
9. Anhang	40
Autorenerklärung	45

1. Abstract

Diese Abschlussarbeit untersucht, wie Selbstausdruck entsteht, was den Menschen unterstützt,

an seine Selbstwirksamkeit zu glauben, was ihm macht Mut er selbst zu sein.

Hierbei erscheint mir der Aspekt „wie geht der Mensch mit seiner Aggression, seiner zielgerichteten Energie um“ zielführend. Sind seine aggressiven Impulse defizitär verdrängt? Oder wendet er sie destruktiv nach außen oder nach innen gegen sich selbst? Oder kann er diese Energie konstruktiv für sich einsetzen?

Um mich dem Thema zu nähern, beschreibe ich in Kapitel 3 wie Aggression, - „schwierige“ Gefühle - aus psychotherapeutischer Sicht, speziell atemtherapeutischer Sicht betrachtet werden. In Kapitel 4 nehme ich Bezug auf die entwicklungspsychologische Forschung zur Frage der Ich-Entwicklung und der Autonomie. Die Entwicklung einer stabilen Ich-Struktur ist vielen Störungen ausgesetzt, zum Beispiel der sozialen Situation und der psychischen Reife der Eltern. In Kapitel 5 beschreibe ich Ziele und Konzept der Atempsychotherapie (APT) und zeige mögliche Interventionen in der Arbeit mit Ich-schwachen Patienten. Im Kapitel 6 schildere ich Beispiele sowohl aus meiner ambulanten, einzeltherapeutischen Praxis als auch aus der Gruppenkörperpsychotherapie an einer psychosomatischen Klinik.

Don't be afraid of who you are (Chögyam Trungpa)

2. Einleitung

2.1 Mein Weg

Als ich daran zweifelte, meine Diplomarbeit in der vorgegebenen Zeit abzuschließen, ob der Komplexität des Themas habe ich diese Karte aus den Shambhala Weisheitskarten gezogen.

Es machte mich schmunzeln, - denn die Aussage bringt es auf den Punkt, und ist mein Lebensthema:

Fürchte Dich nicht vor der, die Du bist.

Als behütetes Einzelkind mit dem Namen Irene (die Friedliche) stand mir meine in Angriff nehmende Kraft nur bedingt zur Verfügung; man könnte sagen, sie lag im Schatten. Im Kindergarten und in der Schulzeit erlebte ich mich erschrocken, erstarrt, inkompetent gegenüber dem Kräfteressen und der körperlichen und verbalen Gewalt von Gleichaltrigen; und auch als Lehramtsreferendarin fehlten mir die Durchsetzungskraft, um Schüler in ihre Grenzen zu weisen und für den Lehrstoff zu begeistern.

Die Gymnasialzeit in Heidelberg und Pädagogikstudium in Frankfurt in den 70-iger Jahren brachten mich in Kontakt mit der Studentenbewegung und der Frauenbewegung. Die Auseinandersetzung mit der Frage, was es gesellschaftlich bedeutet Frau zu sein und die persönlichen Erfahrungen von männlicher Macht führten mich über Selbstverteidigungskurse zur Kampfkunst zur Meditation und zur Atemtherapie.

Das Prinzip von Aikido, sich der gerichteten Kraft stellen und diese so zu lenken, dass weder Verteidiger noch Angreifer verletzt werden, hat mich als Idee und Prinzip begeistert. In der Praxis (Training) erlebte ich, dass mir hin und wieder der innere Fluss (Ki) und der Atem stockten oder fehlten. Über die Suche nach dem „im Fluss sein“ und die Suche nach einem sozialen Beruf, aber nicht im Schulsystem, kam ich zur Ausbildung im Erfahrbaren Atem. Ich entdeckte Hingabe und Vertrauen an meinen Uratem, jedoch fühlte ich mich während der Ausbildung und der begleitenden Atemtherapie in der Begegnung mit meinen Impulsen und Gefühlen alleingelassen. Über Selbsterfahrung und Fortbildungen im Bereich Psychotherapie, Tanztherapie, Bewegungstherapie, unterschiedlichen atemtherapeutischen Richtungen, und Shambhala Training (buddhistischer Meditationsweg) habe ich Teilantworten gefunden.

Durch meine Lehrtherapie und die Weiterbildung in APT konnte ich mich meinen eigenen aggressiven Impulsen annähern und mir ihrer bewusst werden. Mit der Ausbildung meines inneren Zeugenbewusstseins (die *freundliche, schützende, geduldige innere Beobachterin, sie vermittelt zwischen Ich und Selbst*) wuchs meine Fähigkeit, beobachtend - also nicht identifiziert - meine Gefühle von Wut und tiefen Verlassenheit zu erleben und so ist meine Kraft, mich in Momenten der Abwehr oder des Ausagierens zu begleiten, gewachsen.

Damit war ich in der Lage, die oft unbewussten oder abgespaltenen Aggressionen in den Therapiegruppen zu benennen, und in der Therapie einen geschützten Raum zur Verfügung zu stellen, in dem sich Patienten ihren abgewehrten Gefühlen von Ärger und Wut annähern können.

2.2 Körperpsychotherapie im klinischen Bereich und in der ambulanten Praxis

Ich war über 10 Jahre als Atemtherapeutin in einer Rehabilitationsklinik für Suchtkranke tätig und seit 3 Jahren arbeite ich als Körperpsychotherapeutin in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik überwiegend im gruppentherapeutischen Setting. Außerdem arbeite ich in ambulanter Praxis als Atemtherapeutin / Körperpsychotherapeutin.

Die Verweildauer der Patienten beträgt zwischen 4 – 6 Wochen. Die Therapie findet vorwiegend in Gruppenform statt und beinhaltet als zentrale Behandlungselemente dynamische Gesprächsgruppentherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie sowie Körperpsychotherapie. In den genannten Therapieeinheiten bleibt die Gruppenzusammensetzung (8-10 Patienten) stabil, so dass die angesprochenen Themen auch aus einer in die andere Therapieeinheit transportiert werden können. Jede Therapiegruppe hat 2-mal wöchentlich 1 Stunde Körperpsychotherapie, so dass ein Patient je nach Therapiedauer an 6 bis 12 Einheiten teilnimmt. Wöchentlich kommen 1-2 neue Patienten in die Therapiegruppe und 1-2 Patienten verlassen die Gruppe.

In der Klinik arbeite ich in einem Team von 5 Kolleginnen mit unterschiedlichen körperpsychotherapeutischen Ausbildungen (Tanztherapie, Bewegungstherapie, Bioenergetik). Auch wenn meine Basis Atemtherapie/Atempsotherapie ist, so fließen aufgrund meiner Fortbildungen und der Arbeit im Team andere Methoden in meine Arbeitsweise mit ein.

Ziel unseres Angebots ist das Eigene zu entfalten und die Vielfalt der Möglichkeiten bei sich und anderen zu erleben. Folgende Themen werden häufig in den Sitzungen bearbeitet: Körperwahrnehmung, Selbstregulation, Entspannung, Gelassenheit, Selbstsicherheit, Durchsetzungskraft, Wahrnehmen und in den Ausdruck bringen eigener Bedürfnisse und Gefühle, Bewusstheit für die aktuelle Beziehungsgestaltung und Erproben von Alternativen.

In der ambulanten und in der klinischen Arbeit erlebe ich bei den Patienten häufig Ambivalenz in Bezug auf das sich Einlassen auf Körperwahrnehmung und oder auf das Thema Kraft, Ärger, Wut. Die Abwehr zeigt sich als Angst, Unlust, den Sinn hinterfragen oder nichts spüren.

Es ist nicht so, dass die Patienten sich nicht nach Veränderung sehnen, oder sich verweigern, ich habe eher den Eindruck, sie richten ihre unbewussten Impulse in Form von Hilflosigkeit oder Resignation gegen sich selbst. Das zeigt sich dann als hohe Erwartungen, Enttäuschung, Erschöpfung, somatische Befindlichkeitsstörungen, psychosomatische Schmerzen, Depression und Stockung im Fluss der Bewegung und/oder des Atems. Andere sind in den Turbulenzen ihrer Emotionen gefangen, oder sie agieren ihre Gefühle aus. Oder Ärger äußert sich als Unzufriedenheit oder Zweifel an Nutzen des therapeutischen Angebots.

Auf Grund dieser Beobachtungen habe ich mich auf die Suche begeben nach den Ursachen, weshalb Menschen sich emotional verlassen und es ihnen so schwer fällt, ihren Gefühlen und Bedürfnissen zu vertrauen.

3. Was ist Aggression? Versuch einer Definition

Ich möchte das Thema mit einer persönlichen Erfahrung beginnen aus einer Fortbildung zum Thema „Stockkampf und neuer Tanz in Psychiatrie und Psychosomatik“. An einer einfachen Übung konnten die unterschiedlichen Aspekte und Qualitäten von Aggression erlebbar gemacht werden.

Übung: Alle Teilnehmerinnen stehen auf der einen Seite des Raums und sollen sich zum anderen Ende des Raums bewegen. Zuerst gibt es für jede Teilnehmerin einen Stock, mit dem sie sich alleine durch den Raum tanzend ihre Stimmung ausdrückend bewegt. Dann bewegen sich zwei Teilnehmerinnen gleichzeitig durch den Raum, aber es gibt nur einen Stock! Danach bewegen sich viele Teilnehmerinnen durch den Raum und es liegen nur wenige Stöcke im Raum verteilt! Man konnte gut beobachten und auch im Tun erleben, was sich verändert, wenn zwei einen Stock haben wollen. Als Teilnehmerinnen reflektierten wir anschließend:

- Was passiert bei diesem zielorientierten Tun körperlich?
- Konnte ich meine aggressiven Anteile entdecken, und erleben, wie meine Aggression in Erscheinung tritt.
- Kämpfe ich, oder ziehe ich mich zurück?

Es wurden die unterschiedlichsten Erfahrungen gemacht:

Das Kämpfen um die Stöcke wurde erlebt als sich zielgerichtet für etwas einsetzen und kämpfen, als etwas verteidigen, Grenzen setzen, als etwas kraftvoll, klar und stabil in Angriff nehmen, als ein spielerisches Kämpfen und Handeln und als Lust an Reibung. Um sich lustvoll auszudrücken, war ein Rahmen, der Sicherheit bietet, wichtig. Das Vertrauen, dass die andere sich an die Regeln hält, also nicht verletzt, das heißt, in einer partnerschaftlichen Beziehung bleibt. Es wurde auch Hilflosigkeit und eigene Passivität erlebt und Momente von Macht („Du machst, was ich will und es gibt nur meines“) und Neigung zur Destruktivität.

Aggression kann eine lebensunterstützende Energie sein, die mir zur Verfügung steht, um etwas zu erreichen. Beispiele hierfür sind der sportliche Wettkampf, oder die Kraft, die ich brauche, um mich für ein Ziel, eine Idee (z.B. Umweltschutz) einzusetzen, oder die Kraft, die mich unterstützt mich weiterzuentwickeln, einen Beruf zu ergreifen, mir die Mühe zu machen mich weiterzubilden und dabei auch Frustrationen zu ertragen, wenn es mühsam wird.

In meiner Arbeit in der Klinik erlebe ich, waren Menschen in ihrer vorsprachlichen Phase Destruktivität (Aggression, die ihr Ziel verloren hat) ausgeliefert, reagieren sie auf Spiele, in denen es um Kräfte messen geht, mit Abwehr in Form von Passivität, Hilflosigkeit, Rationalisierungen, wie „das ist nichts für mich“ oder sogar mit Angst.

Aggression leitet sich von dem lateinischen Verb „aggredi“ ab, was „herangehen“ und „sich zuwenden“ bedeutet. Im ursprünglichen Wortsinn handelt sich um ein positives Sozialverhalten, während heute der Begriff eine negative Bedeutung hat.

Auch in der wissenschaftlichen Aggressionsforschung liegen unterschiedliche Definitionen vor. Der Brockhaus Multimedial 2003 gibt für Aggression eine allgemeine, eine psychologische und eine völkerrechtliche Definition an.

Die allgemeine Definition lautet:

„Unter Aggression versteht man ein Angriffsverhalten (körperlich oder sprachlich) gegenüber Sachen oder Lebewesen. Es gibt verschiedene Erklärungsansätze, warum es zu Aggressionen kommt. So existiert die Theorie, dass Aggression ein angeborener Trieb jedes Menschen ist, jedoch mehr oder weniger stark ausgeprägt sein kann. Andere Theorien gehen davon aus, dass Aggressionen die Folge von negativen Erlebnissen (Frustrationen) sind. Seit langem kursiert zudem die Theorie, dass ein Mensch umso aggressiver werde, je mehr Kontakt er mit anderen aggressiven Personen habe. Jeder lerne anhand von Vorbildern, welche Reaktion in bestimmten Situationen angemessen ist (Lernen am Modell). Auch die Medien würden mit ihren Gewalt verherrlichenden Darstellungen die Aggressionen schüren. Noch ist nicht völlig klar, auf welche Weise Aggressionen am besten abgebaut werden – Gespräche können hilfreich sein.“

3.1. Aggressionsbegriff in der Psychotherapie

Die unterschiedlichen Einstellungen zur Aggression hat Frank M. Lachmann treffend zusammengefasst:

„Frage nach der grundlegenden Natur des Menschen: Ist die Aggression ein angeborener Trieb, den es zu beherrschen gilt? Ist die Kontrolle der sexuellen und aggressiven Triebe eine elementare Herausforderung, die wir nur mit Unterstützung meistern können? Steht am Beginn unseres Lebens die Aufgabe unsere infantilen Ängste anzuerkennen und unsere Neigung schmerzhaft und konfliktgeladene Affektzustände anderen zuzuschreiben zu überwinden? oder ist Aggression eine Reaktion auf massive Deprivation, auf Frustration und narzisstische Kränkung, die die Entfaltung des Selbst hindert?“ (Frank M. Lachmann S.22)

So gesehen ist Aggression eine Re-Aktion auf das Gefühl von massivem Bedrängtsein.

Die Verhaltenstherapie geht von einem lerntheoretischen Modell aus, dass Aggression über aggressives Handeln von Vorbildern erlernt wird, und erfolgreiches Anwenden von aggressivem Verhalten zu Verstärkung führt.

Die psychoanalytischen Schulen, die sich auf Freud berufen, vertreten zum Teil die These, Aggression sei ein angeborener Trieb (**Angeborene Aggression**). Aus tie-

fenpsychologischer Sicht wird Aggression als Reaktion auf die Bedrohung des Person und Identität betrachtet.

Sigmund Freud betrachtete ebenso wie den Lebenstrieb den Aggressionstrieb als angeboren. Der Todestrieb, die Aggression äußert sich im Menschen als psychische Energie, die sich entfaltet, um eine Situation zu verändern. Die Triebkraft wird über das Über-Ich kontrolliert und in sozialverträgliche Bahnen geleitet beziehungsweise ins Unbewusste verdrängt. Nach diesem Modell kann sich Aggression aufstauen und sich später explosiv entladen (Katharsis).

Wilhelm Reich hat den Begriff der Energie auch als etwas im Körper Manifestes verstanden, er ging davon aus, dass verdrängte Affekte (Aggression) sich als Spannung in der Muskulatur (Muskelpanzer) niederschlagen. Nach Reich hinterlässt jeder ungelöste Konflikt eine Spur im Charakter und im Körper als Blockierung in der Muskulatur und im Atem. Der Konflikt zeigt sich in der Körperhaltung als Erstarren oder Erschlaffen und im Verhalten und Ausdruck. Wenn in der therapeutischen Arbeit der Kontext des Konflikts zu Tage tritt, kann über die Lösung der Blockaden die sich Spannung entladen und der Mensch kann den Konflikt integrieren.

Kathartische Methoden, die in den 70-iger/80-iger Jahren in der Körpertherapie verbreitet waren, haben sich aus diesem Modell legitimiert.

Unter **Katharsis** (altgriechisch Reinigung) versteht man in der Psychotherapie das Ausleben von inneren Konflikten und verdrängten Emotionen, es soll zu einer Reduktion der starken Emotionen und der Aggressionsbereitschaft führen. Kathartische Interventionen sind zum Beispiel das Schlagen auf einen Sandsack oder einen Schaumstoffblock.

Heute ist man vorsichtig mit kathartischen Interventionen.

Ein Zitat aus George Downing: Körper und Wort in der Psychotherapie mag dies untermauern:

„Die Ideologie der Katharsis krankt meiner Meinung nach an zahlreichen Schwierigkeiten, ... die erste ist, dass viele frühgestörte Patienten auf diese Weise einfach nicht weiterkommen konnten. Die ausgelösten Gefühle waren zum überwältigend. Die zweite ... war ebenfalls entmutigend. Einige der stabileren Patientinnen und Patienten, die sich mit starken Emotionen völlig wohl fühlten, schienen bei den kathartischen Ausbrüchen ‚stehen-zubleiben‘. Die Folge war, dass ihre affektive Erforschungen in der mittleren Phase der Therapie allmählich etwas Stereotypes und leicht Künstliches bekamen. Es war als würde ein bestimmtes Ritual von ihnen erwartet, und sie sorgten dafür, dass es um jeden Preis stattfand, in welcher Form auch immer.“ (S. 74)

Es besteht die Gefahr, dass Ich-starke Klienten die gestaute Energie zwar abreagieren und im dem Tun der Kontext des Konfliktes übersprungen wird. Es kommt zu einer momentanen emotionalen Erleichterung aber nicht zur Integration und Wandlung, da die Erfahrung nicht an das Ich angebunden wird. Bei Patienten mit strukturellen oder frühen Störungen können diese Angebote zur Ich-Fragmentierung führen.

Fritz Perls, Begründer der Gestalttherapie, der bei Wilhelm Reich eine Lehranalyse machte, sieht Aggression als

„eine lebensunterstützende Kraft, die den Menschen wie alle Lebewesen befähigt, auf das zuzugehen, was nährt und nützt, von dem wegzugehen, was zehrt und schadet und gegen das anzugehen, was Integrität bedroht.“
(W. Eberwein S.126)

Davon unterschieden wird Destruktivität als ungerichtete ziellos gewordene negative Aggressivität.

In der Tiefenpsychologie und Selbstpsychologie wird Aggression als Reaktion betrachtet. Frank M. Lachmann definiert Aggression als eine wichtige **schützende** und **reaktive** Tendenz angesichts von Bedrohung.

„Die Vereitelung oder Frustration der eigenen Selbstbehauptungsstrebungen könne als Gefahr empfunden werden und eine aggressive, selbstschützende Reaktion auslösen. Selbstbehauptung nennt er die proaktive Tendenz, die es dem Individuum ermögliche, sich in der Welt wahrgenommen zu fühlen und seine Ziele zu erreichen.“ (F. Lachmann S. 71)

Aggression entsteht also in einem Kontext von Beziehung. Ein Beispiel aus dem Klinikalltag: Ich beende eine Gruppenstunde, ohne dass sich alle Patienten äußern konnten, und sage,

„wir haben morgen die nächste Stunde, da haben Sie Gelegenheit ihren Prozess zu schildern“.

Eine Patientin blitzt mich böse an: „Sie glauben doch nicht, dass mir das morgen noch präsent ist.“

Ich: „Doch“

Patientin: „Das finde ich unmöglich, Ich habe mich eingelassen und tiefe Erfahrungen gemacht, und bleibe jetzt allein damit“

Ich: „Wenn das so ist, bin ich sicher, dass Sie da morgen anknüpfen können, und ich nehme wahr, Sie sind richtig wütend und sauer auf mich.“

Patientin: „Ja“

Ich: „Ich vermute, Sie haben das Gefühl, zu kurz gekommen zu sein, und das kennen Sie.“

Patientin: „Ja, und deshalb soll es hier nicht so sein.“

Die Patientin erlebte sich von mir in ihrer Wut gesehen, und konnte dieses Stundenende akzeptieren; es war möglich, den Kontext ihrer Wut am nächsten Tag zu besprechen.

“Das Hauptmerkmal der Selbstpsychologie ist darauf abgerichtet, den Patienten in seiner Subjektivität zu verstehen, das heißt in seinem Bezugsrahmen, der von ihm und vom Analytiker gemeinsam konstruiert wird und der den Kontext für seine Wutreaktion darstellt. Wenn ich sage, dass Analytiker und Patient den Bezugsrahmen konstruieren, meine ich damit, dass beide Beteiligte die Interaktion organisieren, wenn auch nicht in ähnlicher oder gleicher Weise.“ (F. Lachmann, S.21)

Ich schließe mich der Ansicht an, dass es im Menschen eine gesunde, beziehungs-suchende Aggression gibt, im Sinne der Selbstbehauptung. Wie sich diese Kraft bildet, beziehungsweise wie daraus zerstörerische, nach außen oder gegen sich selbst gerichtete destruktive Aggressivität entstehen kann, werde ich im Kapitel Entwicklungspsychologie erläutern.

3.2. Aggressionsbegriff in der Atempsychotherapie

Mit dem oben Ausgeführten decken sich auch die Aussagen zum Thema Aggression aus dem Seminar „Verletzung, Ärger, Wut“ bei Stefan Bischof:

„Aggression ist eine energetisch hohe, starke Energie, die etwas erreichen will. Aggression sucht nach Beziehung, will Beziehung. Aggression ist ein Ausdruck der Angst vor Liebesverlust, oder der Angst, der andere geht weg und lässt mich allein.“ (Mitschrift Seminar)

Also ist aggressives Verhalten Ausdruck der Sehnsucht nach Bindung und Beziehung und bedeutet keinen Beziehungsabbruch!

Der Patientin im Beispiel oben ging es darum, in ihrer Erfahrung gewürdigt zu werden. Da nur wenige Menschen erlebt haben, dass Konflikte oder Meinungsverschiedenheiten sein dürfen, ohne dass es zu einem Beziehungsabbruch kommt, ist die Gefahr groß, dass im Konfliktfall das Gegenüber sich in seinem Ich verletzt fühlt und in Abwehrposition geht.

Zum Beispiel ist das Quengeln des Kindes an der Supermarktkasse eine drängende, fordernde Art, Beziehung zu suchen! Der Erwachsene, der darauf ungeduldig bis gewalttätig reagiert, lebt seine Affekte aus, er ist nicht mehr im Kontakt mit sich. In ihrer Erregung wiederholen Menschen häufig, was sie als Kinder erlebt haben. Die Wahrnehmung der Wirklichkeit und unsere Reaktionen darauf geschehen auf dem Hintergrund der persönlichen Erfahrungen in vergangenen ähnlichen Situationen.

Die unbewusste Verwicklung in eigene, ungelöste Konflikte trübt den Blick für das, was im Moment geschieht, und man agiert seine eigene Aggressivität (Destruktivität) aus. Bin ich jedoch in der „Jetzt-Situation“ in Beziehung mit mir und auch mit der Umgebung, dann kann ich meinen Impuls angemessen an die Situation so dosieren, dass ich den anderen erreiche, aber nicht zerstöre. Dann kann ich dem Kind deutlich machen, du bekommst jetzt keinen Lutscher, ich mag dein Quengeln nicht, aber du bist als Person liebenswert.

In der therapeutischen Arbeit geht es darum, Patienten behutsam an ihre frühen Erfahrungen mit Aggression heranzuführen. Bewusstheit herzustellen dafür,

- wie wurden meine aggressiven Impulse aufgenommen oder unterdrückt?
- welchen aggressiven Impulsen war ich ausgesetzt?
- und wie konnte ich die Situation für mich im Sinne von Selbstregulation lösen?
- oder war ich Opfer von Demütigung und Gewalt?

In der Atempsychotherapie wenden wir **Katharsis** an bei introvertierten, passiven (aggressiven), depressiven bzw. rigiden Menschen an. Stefan Bischof (2009B) defi-

niert Katharsis als ein Ausdrücken festgehaltener Emotionen durch Bewegung mit dem Atem und der Stimme. Neben der Befreiung blockierter Energie, soll vor allem der Kontext der Emotion, die dahinterliegende Gefühle und Bedürfnisse in früheren und aktuellen Beziehungen bewusst gemacht werden (Bischof, 2009B).

Wenn in einer APT Sitzung beim Klienten ein starkes Gefühl auftaucht, unterstütze ich den Klienten, sowohl in Verbindung mit diesem Gefühl (angebunden an das Ich) zu sein und zu bleiben, als auch mit seinen Impulsen. Diese können sich unterschiedlich gestalten, nämlich als Bewegungsimpuls (Treten, Schlagen, Stampfen) oder als Weinen oder über die Stimme oder Widerstandsarbeit. Das bedeutet, der Klient zeigt seine Kraft gegen den Druck der Therapeutin und kann somit sein Gefühl in der aktuellen Beziehung ausdrücken, was ihm früher nicht möglich war. Dabei ist wichtig, begleitend zu benennen, was der Klient gerade macht, welche Gefühle oder Übertragungen im Raum sind. Im einen anschließenden Gespräch sollten alle Wahrnehmungsfelder angesprochen werden und eine biografischen Einordnung stattfinden.

Die APT meint mit Katharsis also ein Bewusstwerden der Aggression (oder anderer Gefühle) und im Weiteren ein Fließen der Wut als Energie, ein Bewusstmachen des Kontextes der Emotion und der dahinter liegenden Gefühle und Bedürfnisse im frühen oder aktuellen Beziehungsgeschehen, damit Wachstum geschehen kann.

Der extravertiert ärgerliche, aggressive Mensch verliert sich im Ausagieren seiner Impulse. Hier steht Erdung und Beruhigung im Vordergrund im Sinne von **Kathexis** (altgriechisch Festhalten), ein von Freund geprägter Begriff, der die Konzentration psychischer Energie auf ein bestimmtes Objekt oder in eine bestimmte Richtung bedeutet. In der APT meint Kathexis das zielgerichtete Anjochen von Gefühlen an das Ich als Schmelzen von Emotionen hin zum Selbst. Dies könnte geschehen über haltgebende Berührung bei seelischer Erschütterung im Sinne einer guten Elternfigur, mit und auch ohne Berührung z.B. indem der Klient seine Hände auf sein Herz legt und so bei seinen eigenen Gefühlen bleibt.

Im Kapitel 6 erläutere ich an Hand von Fallbeispielen, wie diese Arbeit praktisch aussehen kann.

4. Entwicklungspsychologische Grundlagen der Ich-Bildung

4.1. Die psychische Geburt des Menschen

Magret S. Mahler (vgl. M. Mahler 1980) untersuchte die Entwicklung des Ichs mittels empirischer Forschung, sie beobachtete die Beziehungsgestaltung zwischen Kind und Mutter. Sie geht von Freuds These aus, dass eine zwar im Laufe des Lebens allmählich nachlassende Abhängigkeit von der Mutter ein allgemeingültiges Element der menschlichen Existenz ist.

„Die mangelnde biologische Vorbereitung des menschlichen Säuglings sein Leben selbstständig zu erhalten, bedingt jene artspezifische verlängerte Phase, die als „Mutter-Kind-Symbiose“ bezeichnet wird.“ ... „Ich habe versucht an Hand der Untersuchung normaler Kinder und ihrer Mutter meine psychoanalytische Arbeit mit neurotischen Erwachsenen und Kin-

dem zu ergänzen, aber auch eine erweiterte Perspektive zu gewinnen und frühere Forschungen auf dem Gebiet infantiler Psychosen zu validieren.“
(M. Mahler S. 247)

Mahler geht davon aus, dass der Mensch erst mit ca. 36 Monaten ein stabiles Ich gebildet hat.

Das Kind durchläuft Entwicklungsphasen, in denen sich mit der biologischen Reifung spezifische leib-seelische Funktionen und die Objektbeziehung (Beziehung zwischen Kind und Mutter, bzw. primärer Bezugsperson) entwickeln und differenzieren.

Während Mahler annahm, dass der Säugling die Wochen nach der Geburt (normale autistische Phase) in einem schlafähnlichen Zustand verbringt, die ein homöostatisches Gleichgewicht des Organismus gewährleistet, zeigen die neueren Forschungen zur frühkindlichen Entwicklung (D. Stern, G. Downing, M. Dornes), dass ganz junge Säuglinge schon interaktive Kompetenzen besitzen.

„Downing beschreibt mit den affektmotorischen Schemata „ein Zusammenspiel von sensorischen, motorischen, affektiven und kognitiven Ebenen.... Sie beruhen auf angeborenen Potentialen,...werden aber in sozialen Interaktionen geprägt und bilden dadurch rudimentäre Selbst- und Objektrepräsentanzen in der Form generalisierter Regulationserfahrungen.“
(Wehowsky, S. 355)

Sie formen quasi ein implizites Wissen.

Ein eindrückliches Beispiel dazu ist die Beobachtung wie sich Kinder entwickeln, wenn Mütter auf das Schreien ihrer Kinder sofort, oder unvorhersehbar (mal reagieren, mal nicht) reagieren oder abwarten, ob das Kind sich alleine regulieren kann. Donna, deren Mutter abwartete, entwickelte im Alter von dreieinhalb Monaten einen Angst/Kummer und einen Ärger/Protest Signal-Schrei, und konnte *„ihre negativen Affektzustände für eine gewisse Zeit unabhängig von ihrer Mutter regulieren“* (Downing 1996, S.160). Ein zweites Baby, dessen Mutter stets sofort aufs Schreien reagiert hatte, zeigte sich hilflos, entwickelte keine differenzierte Signal-Schreie. In diesem Fall scheint sich kein Gefühl von Wirksamkeit zu bilden und somit auch keine Kompetenz zur Selbstregulation. Daraus lässt sich schließen, dass Frustration und nicht Frustrationsvermeidung für die Entwicklung notwendig ist.

Jedoch ist das Kind um affektive Kompetenzen (Umgang mit sogenannten negativen Gefühlen) zu entwickeln, auf eine angemessene Objektbeziehung angewiesen. Also eine ausreichend gute Mutter, die das Kind nicht vernachlässigt, sondern wahrnimmt, aber auch nicht in seiner Entwicklung durch Überfürsorge einschränkt. In der Interaktion mit der Mutter lernt das Baby Selbstregulation, es kann seinen wahrnehmenden Selbstkörper als Quelle von Wirkungskraft und Macht erleben.

In der **Symbiotischen Phase** (2.- 5./6.Monat) erlebt sich der Säugling zunächst als undifferenzierte Einheit mit dem bemutternden Objekt und hat noch keine Wahrnehmung für Innen und Außen, für Ich und Du, sprich für den eigenen Körper. Er ist auf Versorgung seiner Bedürfnisse angewiesen wie Satttheit und Hunger, Lust und Unlust, Sicherheit und auf Abschirmung von zu vielen Außenreizen.

Mit der biologischen Reifung des Wahrnehmungs- und -Bewegungsapparates beginnen sich Erfahrungen eines Körper-Ichs zu entwickeln. Dies geschieht über das Erleben von Berührtwerden, Gehaltenwerden, und aktivem Tasten, Druck, Gewicht, Wahrnehmungen innerer leib-seelischer Spannungs- und Lösungserfahrungen, Oberflächen- und Tiefensensibilität. Die sensorische Wahrnehmung verschiebt sich nach außen zur Körperoberfläche. Hautkontakt und Berührung gekoppelt mit spiegelndem Augenkontakt lässt das Kind die Grenzen zwischen Selbst und Objekt erleben. Da das Kind die Mutter noch nicht als getrennte Persönlichkeit wahrnimmt, beeinflusst ihr emotionales Einfühlungsvermögen die Entwicklung eines basalen Sicherheitsgefühls und Urvertrauens. Diese Beziehungserfahrung prägt die Beziehungserwartung und spätere Bindungsfähigkeit.

George Downing beschreibt dies im sogenannten „still face“ Experiment, in dem Mütter, plötzlich die gewöhnliche Interaktion mit ihrem 3 Monate alten Säugling unterbrechen, indem sie sich nicht mehr bewegen und ihr Kind mit reglosem Gesicht anschauen. Alle Kinder reagierten zuerst verblüfft und protestierten. Babies, deren Mütter normalerweise feinfühlig auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingingen, reagierten mit Wegdrehen und Abbruch des Augenkontakts, wandten sich dann aber wieder der Mutter zu und wurden sehr aktiv. Erst nach wiederholten Versuchen, die Mutter zu einer Reaktion zu bewegen, brachen sie erneut den Augenkontakt ab und verfielen in eine passive Haltung, während Kinder von weniger einfühlsamen Müttern sich auch wegdrehten, den Augenkontakt abbrachen oder aber weniger Versuche machten, der Mutter eine Reaktion zu entlocken. Sie akzeptierten, dass die Verbindung abgebrochen blieb.

Dies zeigt, dass je nachdem, wie eine Mutter die Beziehung zu ihrem Kind gestaltet, das Kind eine unterschiedliche „motorische Weise, in der Welt zu sein, entwickelt.“ Kinder mit einer sicheren Bindung erleben sich bereits als wirksame Wesen und versuchen aktiv eine nonverbale Brücke zu bauen, während die anderen Kinder bereits Hilflosigkeit zeigen. (G. Downing S.141)

Der Loslösungs- und Individuationsprozess

Diese Entwicklung, die etwas mit 36 Monaten abgeschlossen ist, geschieht in 4 Phasen, die ineinander verwoben sind. Loslösung und Individuation sind zwei getrennt, aber im Idealfall parallel verlaufende Entwicklungen, in denen es aber auch Verschiebungen in Richtung Progression und Regression geben kann.

*„**Loslösung** stellt das Auftauchen des Kindes aus der symbiotischen Verschmelzung mit der Mutter dar, das Gefühl des Kindes ein eigenständiges, von der Mutter getrenntes Individuum zu sein. **Individuation** bedeutet Erregenschaften, die zeigen, dass das Kind seine individuellen Persönlichkeitsmerkmale annimmt.“ (Siehe Mahler S. 14)*

Loslösung umfasst die Differenzierung des Körperschemas, Distanzierung und Abgrenzungskompetenz. Mit der Individuation werden die innerpsychische Autonomie, die kognitiven Fähigkeiten sowie die emotionale Objektkonstanz erreicht.

In der **Differenzierungsphase** (ab dem 4. /5. Monat bis 12. Monat) ist das Kind in der Lage, aktiver Beziehung aufzunehmen: sich von der Mutter wegschieben oder sich anschmiegen, Blickkontakt aufnehmen oder lächeln. Das Kind erlebt die physische Trennung, jedoch noch keine psychische.

Die **Übungsphase** (11. – 18. Monat) überschneidet sich mit der Differenzierungsphase. Die Neugierde und der Drang, die Welt zu erforschen, wächst, das Kind kann krabbeln und laufen, also sich selbstständig von der Mutter entfernen, körperlichen Abstand erleben. Durch Spiele wie weglaufen und sich wieder einfangen lassen, versichert sich das Kind der immer noch weitgehend symbiotisch erlebten emotionalen Nähe der Mutter. Um die Welt zu erforschen braucht das Kind eine sichere, vertrauensvolle Bindung zur Mutter, sowohl zur gemeinsamen Freude an Erfolgen als auch zum Trost und Ermutigung bei Frustrationen; ist das nicht der Fall kommt es zum Stimmungsabfall aus Objektverlustangst. Es ist die glücklichste Phase der Kleinkindzeit, sich noch als psychische Einheit mit der Mutter erlebend fühlt das Kind sich sicher und hat es ein starkes Omnipotenzgefühl, die Welt wird zunehmend libidobesetzt, es freut sich über die Welt und seine wachsenden Fähigkeiten.

Die **Wiederannäherungsphase** überschneidet sich ab dem 14. Lebensmonat mit der Übungsphase und dauert ca. bis zum 26. Lebensmonat. Die kognitiven Fähigkeiten sind nun so weit entwickelt, dass das Kind sich und die Mutter als 2 psychisch getrennte Menschen wahrnimmt.

Der kleine Mensch entwickelt seine Fähigkeiten, zu wollen, zu planen, zu handeln, zu sprechen, zu denken. Seine wachsende Selbstständigkeit lässt ihn die ihn umgebende Welt in Angriff nehmen.

„Die anfangs meist grenzenlose Bewunderung der Eltern, die jeden kleinen Entwicklungsfortschritt des Kindes freudig bestätigen, fördert diese Entwicklung bis zu einem Punkt, wo erste Interessenskollisionen auftreten. Die Explorationslust des Kindes, sein Bedürfnis an die Dinge heranzugehen (ad-gredi), sie in Besitz zu nehmen, zu erforschen, mit ihnen spielerisch umzugehen, bedeutet aus der Sicht des Erwachsenen nicht selten, dass die Dinge beschädigt und beschmutzt oder für ihn unbrauchbar gemacht werden. Hier setzt mit Macht die „Sozialisation“ ein, insofern als sich die Eltern in ihren Erziehungsbemühungen auf das für sie geltende Normensystem berufen.“ (Rudolf/Henningsen S.37)

Es ist für das Kind und die beteiligten Erwachsenen eine anstrengende Zeit, denn das kindliche Omnipotenzgefühl wird mit den Frustrationen des Alltags konfrontiert, was zu viel NEIN und aggressiven Ausbrüchen führt.

Das Kind möchte seine Welt und seine Entdeckungen mit der Mutter teilen. versucht auf kreative Weise zu tun, was es will, und sie versucht, es davon abzuhalten. In diesem Alter wechselt die Beziehung von einer nährenden zu einer sozialisierenden. In dieser Phase entsteht das Schamgefühl.

Angenommen, ein Kind von 14 Monaten findet auf dem Spielplatz im Gras einen Lutscher, zwar ist er ein bisschen sandig, schmeckt aber herrlich süß. Begeistert bringt das Kind seinen Fund der Mutter und freut sich auf die positive verstärkende Reaktion der Mutter. Doch die Mutter schaut angewidert den Lutscher an und schreit:

„Nein! Bah, schmutzig.“ Das Kind wird abrupt aus einem Zustand lustvoller Erregung in einen Zustand von Stress versetzt. Seine Herzfrequenz sinkt, Körper und Gliedmaßen verlieren ihre Tonus es lässt seinen Kopf hängen und vielleicht errötet es auch.

„Es fühlt sich hilflos und seine Mutter erscheint ihm wie ein völlig fremdes Wesen. In dieser Situation muss die Mutter in der Lage sein, das Kind durch regulierende Aktivität aus dem Zustand starker Scham zu befreien, weil sein unausgereiftes Nervensystem dies noch nicht schafft“ (M. Bentzen Seite 319)

Um wieder in ein gutes Gefühl zu kommen, braucht das Kind die emotionale Verbindung zur Mutter. Reagiert die Mutter darauf, wird beim Kind die Objektkonstanz vertieft. Das Empfinden von Scham scheint im Zentrum der Entwicklung des Selbstgefühls zu stehen. Man kann sich leicht vorstellen, dass bei einer problematischen Mutter-Kind-Beziehung die Mutter nicht in der Lage ist, dem Kind das Gefühl zu geben, dass zwar sandige Lutscher essen nicht ok ist, das Kind als Person aber in Ordnung ist.

„Unregulierter elterlicher Ausdruck von Wut und Verachtung ruft intensive Scham- und Demütigungsgefühle hervor.“ „Sie sind wie festgestellt wurde regelmäßige Begleiterscheinungen von Kindesmissbrauch und Misshandlungen.“ (M. Bentzen Seite 320)

Die Kinder reagieren häufig mit nachlassender Lust an Bewegung und Desinteresse am Erforschen der Welt, sie werden ängstlich, und haben eine verringerte Selbstachtung. Aus der Erfahrung der Beschämung entwickelt sich das Schuldgefühl.

In diesem Alter beginnt auch die Reinlichkeitserziehung (beginnende Über-Ich Entwicklung). Die Erkenntnis des Getrennt-Seins stürzt das Kind in einen Konflikt Trennungsangst (Ruhelosigkeit, Trauer, Wut und Angstausschübe) einerseits aber auch Angst davor, wieder in der Symbiose gefangen zu sein. In dieser Phase spaltet das Kind entsprechend seiner emotionalen Ambivalenz die Mutter in ein gutes und böses Mutterobjekt, damit die gute Seite der Mutter gegenüber der kindlichen Aggression Bestand haben kann.

In der Übergangszeit zur **Konsolidierung der Individualität** und den Anfängen der emotionalen Objektkonstanz (24. – 36. Monat) erlebt das Kind den Vater als wichtige Bezugsperson, die ihm die Welt außerhalb des mütterlichen Bereichs zeigen und erschließen kann. Abelin formuliert es so:

„Ist die Beziehung mit der Mutter zu eng oder zu enttäuschend, so bekommt der Vater die Position des „Dritten“, der eine Distanz ermöglicht, ohne dass die Mutter endgültig verlassen werden muss.“

Über den Vater als von der Mutter getrennte Person erlebt das Kind, dass Trennung nichts Schlimmes ist. In dieser Phase wird sich das Kind auch seiner Geschlechtsidentität bewusst.

Aus der positiven Beziehungserfahrung mit der Mutter und der Überwindung der Spaltung in ein „gutes“ und „böses“ Objekt beginnt das Kind, die Mutter als Ganzes

zu lieben. Mit dem internalisierten Elternbild kann das Kind nun innerlich das Bild der ausreichend guten Mutter als Erinnerung aufrecht erhalten und so Momente der Nicht-Bedürfnisbefriedigung und der Trennung ertragen. Das Kind entwickelt ein Gefühl für das eigene Selbst, es lernt, seine Fähigkeiten einzuschätzen und seine Grenzen zu akzeptieren, es kann sich vom Du unterscheiden, ohne sich dadurch zu verlieren.

Am Ende dieser Phase sollte sich ein abgegrenztes, konstantes Ich entwickelt haben, nach Mahler hat damit die psychische Geburt des Menschen stattgefunden. Dass es sich dabei um einen störungsanfälligen Prozess handelt, ist deutlich geworden.

4.2 Störungen in der Explorations- und Abgrenzungsphase

Das Selbstwertgefühl und die Kompetenz, sich seiner eigenen Bedürfnisse und Gefühle bewusst zu sein, bilden sich in der analen Phase. Deshalb möchte ich die möglichen Störungen in der Explorations- und Abgrenzungsphase und ihre Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung zusammenfassen, hierbei beziehe ich mich auf das von Rudolf und Henningsen herausgegebene Lehrbuch zur Psychotherapeutischen Medizin und Psychosomatik.

Wird das neugierige auf die Objekt-Welt-Zugehen durch eine familiäre Atmosphäre der Ängstlichkeit unterbunden, oder erlebt das Kind Bedrohung zum Beispiel, wenn sich die Eltern mit Trennungsabsichten tragen, so

„entsteht für das Kind ein Bild von der gefährlichen Welt draußen und der sicheren Familienwelt drinnen. Die ängstliche Gebundenheit an die Primärpersonen wird fixiert und die Autonomie des Selbst bleibt eingeschränkt und unsicher. Diewagemutigen Impulse werden verdrängt, eine ängstliche Grundhaltung mit Selbstwertzweifeln und besonderer Beachtung der nahen Bezugspersonen ist die Folge.“ (Rudolf/Henningsen S. 39)

Nehmen die Eltern eine zwiespältige oder ablehnende Haltung gegenüber dem Kind ein und reagieren auf den Forschungsdrang des Kindes entweder nicht beachtend oder nur missbilligend oder moralisch verurteilend, oder werden die Willensäußerungen durch Strafe und Gewalt unterbunden wird, so erlebt das Kind eine

*„Entwertung seines Selbst durch einengende und aggressive Objekte“.
(Rudolf/Henningsen S. 40)*

Wenn der Trotz des Kindes gebrochen wird, die Auflehnung aus ihm heraus geprügelt wird, erscheint das Kind nach außen angepasst, aber intrapsychisch richtet sich nun die Auflehnung als Selbsthass, Selbstablehnung, Selbstverachtung gegen sich selbst.

In einer rigiden, zwanghaft-ordentlichen Familienatmosphäre

„muss das Laute, Chaotische, Motorische, Affektstarke, Willkürliche, alles Anale und Aggressive unter Kontrolle gebracht und unterbunden werden.....“Es wird in den zwanghaft –ordentlich sauberen, leisen, sparsamen

Stil seiner Gruppe eingebunden, wobei die internalisierten Verhaltensregeln des Über-Ichs die Steuerung leisten müssen.“ (Rudolf/Henningsen S. 40)

Wenn das Kind in dieser Phase in der Familie keinen festen Rahmen findet, entwickelt es sich zum verwöhnten Familientyrannen. Dieses Kind wird später Anpassungsschwierigkeiten haben in der Schule und in anderen sozialen Verbänden, denn es hat nicht gelernt, seine Impulse und Ansprüche mit denen anderer abzugleichen.

Ist das Familiensystem labil und die Taten und Impulse des Kindes führen zu nicht vorhersehbaren Reaktionen der Eltern, entwickelt das Kind herausforderndes, dissoziales Verhalten, denn es gibt

„einen Mangel an sozialer Verbindlichkeit und sozialer Verbundenheit, aus dem heraus der Einzelne seine Interessen so gut verfolgt wie er eben kann, weil keine Gewähr besteht, dass andere seine Interessen mitberücksichtigen.“ (Rudolf/Henningsen S. 40)

Bei Kindern, die in den vorangegangenen Phasen Störungen der Kommunikation und der sichere Bindung ausgesetzt waren, wird sich die Irritation in der Loslösungs- und Individuationsphase verstärken. Statt Exploration könnte sich das Kind zurückziehen in eine wahrnehmende, beobachtende oder denkende Lebensweise.

Ist keine Verinnerlichung der guten Objektrepräsentanzen geschehen und die Trennungsangst nicht überwunden,

„so bedeutet die entwicklungsbedingte Abwendung des Kindes vom Primärobjekt dessen endgültigen Verlust oder seine Vernichtung. Auf Grund der unvollständigen Selbst-Objekt-Differenzierung, schließt das die Gefahr ein, dass das Selbst ebenso ausgelöscht wird wie das Objekt.“ (Rudolf/Henningsen S. 40)

Hat das Kind die Aufteilung der Objektwelt in nur gute und nur böse Objekte nicht überwunden, wird das Erforschen der Welt nicht als lustvoll, sondern als bedrohlich erlebt werden.

Zusammenfassend kann man sagen: Um dem Schmerz, der aus der Begrenzung verbunden mit der emotionalen Verlassenheit resultiert, zu entgehen, entwickelt die menschliche Psyche Abwehrformen der aggressiven Impulse, die sich als Selbstunsicherheit, Selbstzweifel, Selbstverachtung, Selbsthass darstellen können, oder als rigides Über-Ich aber auch als Vernichtungsangst und dissoziales Verhalten.

Die Tabelle „Strukturturniveau“ im Anhang gibt einen Überblick, wie emotionale Verletzungen die Entwicklung der Ich-Kraft beeinflussen.

4.3. Nachreifung der Ich-Kraft

Für die Bildung eines stabilen Ichs braucht es eine ausreichend gute Mutter-Kindbeziehung, also eine Bezugsperson und später mehrere, die alters- und entwicklungsstandentsprechend auf die sozialen Interaktionsfähigkeiten des Kindes reagie-

ren, präsent sind, wenn sie als Objekt gebraucht werden, das Kind fördern und ihm aber auch Grenzen setzen. Konnte das Ich sich nicht stabil entwickeln, so entsteht nur eine brüchige Bewusstheit für den Körper mit seinen Empfindungen und Gefühlen, also dem Erleben von einem abgegrenzten Körper-Ich gegenüber dem Du und der Umwelt.

„Heute geht man davon aus, dass in den psychotherapeutischen Praxen 30 – 70% aller Patienten zumindest mit Anteilen von frühen Störungen Hilfe suchen.“ (Bischof, S. (2004B)

Das bedeutet, dass therapeutische Arbeit heute eine Begleitung der Nachreifung des Ichs ist, deshalb möchte ich die Kriterien für Ich-Kraft zusammenfassen und beziehe mich auf die Diplomarbeit meiner Kollegin Brigitte Maas:

- ❖ Funktionierendes Zusammenspiel der Ich Funktionen (Wahrnehmung, Handlung, Sprache, Gefühlsregulation und Denken und somit auch Urteilsvermögen).
- ❖ Realitätssinn
- ❖ Konstanz und Kohärenz der eigenen Person. Also die Zuversicht, meine innere und äußere Welt ist vorhersehbar, und ich kann Einfluss nehmen auf das, was geschieht.
- ❖ Affektregulation. Also Kompetenzen haben zur Impuls- und Affektkontrolle
- ❖ Frustrationstoleranz
- ❖ Sich gegen innere und äußere Reize abgrenzen können
- ❖ Realistische Selbsteinschätzung

Atempsychotherapie kann diesen Prozess mit Interventionen unterstützen:

Auf der Körper- und Empfindungsebene

durch Angebote, den Körper in Besitz zu nehmen durch Unterscheiden von Innen und Außen, durch Sammlung auf die Körpergrenze und die Leibinnenräume

Auf der Beziehungsebene

Durch eine sichere, haltgebende, konstante, therapeutische Beziehung, in der die Erfahrung von stimmigem Abstand (Nähe-Distanz, Ich-Du) gemacht werden kann.

Auf der Ebene des Fühlens

Zugang zu Affekten und Kindheitserinnerungen (Verlassenheit, Hilflosigkeit, Wut)

Auf der Ebene des Denkens

Integration von Fühlen und Denken, realistische Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten

5. Atempsychotherapie

Atempsychotherapie versteht sich als körperpsychotherapeutisches Verfahren mit einer expliziten Theorie über körperliche, seelische und geistige Prozesse, die miteinander verbunden sind und aufeinander reagieren, diese Prozesse sind gleichzeitig durch die sozialen Bezüge (Menschen, Umwelt) beeinflusst. Die Art der Begegnung

zwischen Patient und Therapeut (Übertragung) ist bewusster Teil des Therapiegeschehens.

5.1. Therapiekonzept

Atempsychotherapie (APT) sieht sich in der Tradition der analytischen Psychologie nach C.G. Jung und der humanistischen Tradition. Da Atemtherapie Beziehungsarbeit ist, wird das aktuelle Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut bewusst mit einbezogen und genutzt. Die Grundannahme ist, Atem und Beziehung sind untrennbar miteinander verbunden. APT Therapeuten arbeiten mit den Reaktionen des Atems und weiterer körperlichen Reaktionen, sie benutzen die verbale und nonverbale Kommunikation, und gehen auf das soziale Umfeld, die Biographie, die auftretenden Gefühle und die inneren Bilder ein.

APT geht von dem Modell der Psyche aus, bestehend aus Ich, Persona und Selbst.

Das Ich als Subjekt und Zentrum des Bewusstseins filtert sowohl das, was wir aus der äußeren Welt, als auch, was wir in uns wahrnehmen.

Persona (oder Maske genannt) ist der nach außen gelebte Anteil des Ich. Die Persona ist ein Ausdruck des Ichs, aber nicht mit ihm identisch.

Die übergeordnete psychische Instanz, die Ich und Persona umschließt, wird Selbst genannt, sie beinhaltet das Bewusste, Unbewusste und Körper und Atem. Im Selbst schlummert das persönliche Entwicklungspotential des Menschen, seine Chance zur Wandlung und Heilung im ganzheitlichen Sinn. Andere Begriffe sind Zentrum, Tiefe, Wesen, Ganzheit.

Aus atempsychotherapeutischer Sicht umfasst das Selbst Psyche, Körper und Atem. Der bewusst zugelassene Atem ist Zugang zum Unbewussten und Selbst, dieser Atem ist Ausdruck des Selbst. Ferner verbindet der Atem das Ich und das Selbst. Er hat eine ordnende, ganzmachende und heilende Qualität und kommt aus einer Tiefe jenseits von Anpassung, Wille und Neurose. Bei den Patienten begegne ich Atemmustern, die weit davon entfernt sind. Der Weg zum zugelassenen Atem ist der therapeutische Prozess.

Transpersonale, spirituelle Bezüge können den Prozess der Individuation und Selbstwerdung begleiten und unterstützen. Voraussetzung für diese Ebene ist eine stabile Ich-Kraft. Deshalb geht es hierbei nicht mehr um Atempsychotherapie, sondern es handelt sich um Entwicklungsarbeit im Sinne eines Lehrer-Schüler-Verhältnisses der spirituellen Begleitung.

5.2. Atempsychotherapeutische Diagnostik

In der Begegnung zwischen Patient und Therapeut entsteht ein Wirkfeld, ein Raum der Begegnung, in dem Patient und Therapeut auf einander reagieren auf der Ebene von Sprache, Körperhaltung und- Ausdruck, Mimik, Gefühlen, inneren Bildern und Erinnerungen. Ein Begegnungsraum, in dem auf der leib-seelischen Ebene Übertra-

gungen und Gegenübertragungen entstehen können. (Vergleiche Bischof, S. 2010 Der Mensch im Feld des Atems)

Hierbei beziehen sich Atempsychotherapeuten auf die **Wahrnehmungs- und Da-seinsebenen** nach C. G. Jung. Auf Grund unserer Ausbildung und Eigetherapie sind wir geschult wahrzunehmen, auf welcher Ebene der Patient/Klient zuhause ist, d.h. welche Ebene ihm zugänglich (bewusst) ist und welche Ebene im Schatten (im Unbewussten) liegt. Die APT-Therapeutin kann so das, was im Wahrnehmungsfeld auftaucht, sortieren, benennen und in die Beziehung einbringen.

Der Mensch im Feld des Atems

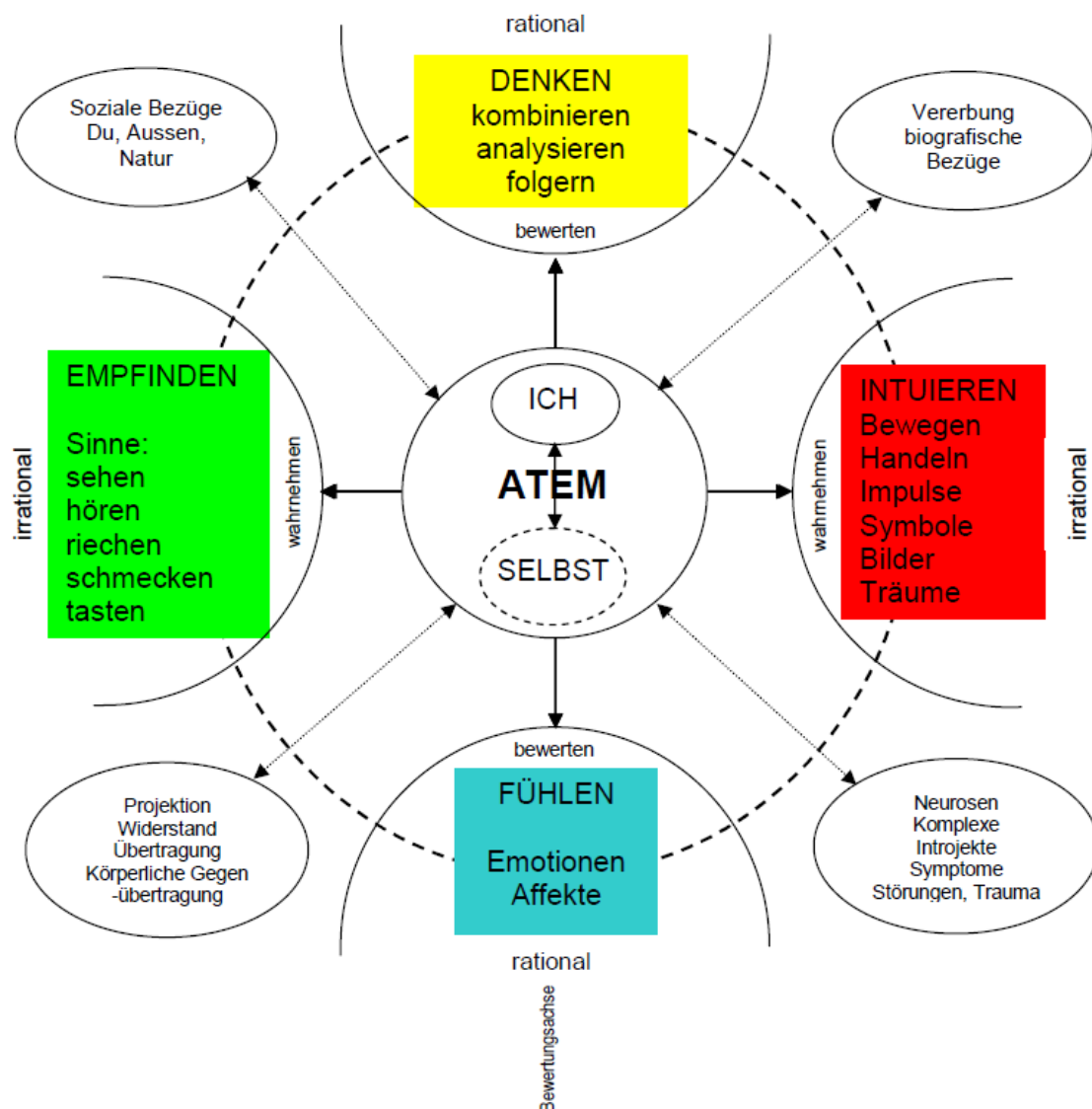


Abb. 1: Bischof, S. (2010) Der Mensch im Feld des Atems.

Diese Wahrnehmungsfelder sind:

Empfinden sagt, dass etwas existiert. Es meint das körperliche Wahrnehmen über die Sinne ohne Bewertung, der Fokus liegt auf dem, was gerade objektiv geschieht. Es geht um Sinneswahrnehmung wie heiß, kalt, trocken, feucht, eng, weit, nah, fern aber auch um Empfinden des Atems, in seiner Atemqualität und Atemfrequenz, um Flow in den Körperräumen, um Körperhaltung und Ausdruck.

Denken sagt, was es ist. Es umfasst reflektieren, kombinieren, einordnen aus dem, was ich auf allen Wahrnehmungsebene erlebe, unter Berücksichtigung dessen, was es für mich bedeutet.

Intuieren sagt, woher es kommt und wohin es geht, Es umfasst: atmosphärische Wahrnehmung, Bilder, Phantasien, seelische Zustände, Ahnungen und Assoziationen aber auch Impulse, die als Bewegung oder Handlung spürbar werden oder sich ausdrücken.

Fühlen sagt, ob es angenehm oder unangenehm ist, es ist die subjektive Bewertung einer Sinneswahrnehmung. Es umfasst: Sympathie und Antipathie, seelische Konflikte und auch Gefühle: Freude, Liebe, Sehnsucht, Trauer, Wut, Hass, Ekel. Wenn ich mich der Wahrnehmung meiner Gefühle öffne, bekomme ich Zugang zu meinen Bedürfnissen und Affektregulation wird möglich.

Der Therapeut ist auf Grund seiner Ausbildung in der Lage seine Selbstwahrnehmung im Atem und seine innere Begleitung (Zeugenbewusstsein) aufrecht zu erhalten. Er kann die unbewussten Signale wahrnehmen, die Übertragungssituation, die der Patient herstellt erkennen. Er ist in der Lage, und er erkennt auf welchen Wahrnehmungs- und Bewusstseinssebenen der Patient kommuniziert und kann ihn dort abholen.

Atemdiagnostisch nimmt der APT-Therapeut visuell wahr die Körpergestalt, die Körperhaltung und den leib-seelischen Tonus, die Beweglichkeit, Beziehungs- und Kontaktfähigkeit, die Atemqualität (flach, stockend, fließend, gepresst, versackend, geführt, zugelassen) die Atemfrequenz und die Ausbreitung der Atemräume in den Körperräumen.

Da der APT-Therapeut Atem und Beziehung untrennbar miteinander verbunden sieht, ist es mir wichtig, hier auf das Konzept von **Übertragung, Gegenübertragung** (sowohl auf der Gefühls- als auch auf der körperlichen Empfindungsebene) einzugehen. Eine Übertragungssituation entsteht, wenn für den Patienten eine Beziehungssituation entsteht, in der er sich in seinem kindlichen, verletzten Anteil erlebt, und den Therapeuten zum Beispiel als Elternfigur erlebt. Der Patient reinszeniert eine „unelöste“ Beziehungssituation mit dem Wunsch auf eine befriedigende Lösung der Situation. In diesem Sinn befindet sich hier der Patient in einer verzerrten Realität.

Beispiel: Ich bitte einen Patienten, der zu spät gekommen ist, in der nächsten Stunde pünktlich zu kommen. In einer späteren Stunde beschwert er sich, er fühle sich in der Klinik ständig in seiner Freiheit eingeschränkt, auch von mir, ich sei wie eine rügende Lehrerin.

Wenn eine stabile, tragfähige Patient-Therapeut-Beziehung besteht, kann der Patient neue positive Erfahrungen im Therapiesetting machen und so aus der alten Situation hinauswachsen, und abgespaltene Erinnerungen und Gefühle können in den Wahrnehmungsraum geholt werden.

Als **Gegenübertragungsreaktion** bezeichnet man, was der Therapeut in der Interaktion mit dem Patienten in sich erlebt, das können Gefühle (Freude, Ärger) sein, oder Empfindungen (im eigenen Körper, aber auch Müdigkeit etc.), aber auch Gedanken oder Impulse (Abneigung, einen Patienten zu berühren). Durch die Fähigkeit, mich in meiner Wahrnehmung zu begleiten, kann ich unterscheiden zwischen Eigenanteilen und Anteilen des Patienten.

Beispiel, ein depressiver Patient hält immer für die Mitpatienten und mich die Türe des Therapieraumes auf und ist auch sonst immer freundlich, und trotzdem erlebe ich mich gegenüber dem Patienten unfrei, in der Supervision wird deutlich, auch meine Kollegen spüren Ärger, es ist zu vermuten, dass es sich um verdrängten Ärger des Patienten handelt. Auf Grund der gewachsenen Bewusstheit im Team, können wir nun unser Augenmerk darauf haben, wie dieser Patient vermeidet, seinen Ärger wahrzunehmen.

In der Therapiesitzung oder auch in der Reflexion über den Therapieverlauf kann dieses kleine Schema hilfreich sein, sich seiner Gegenübertragungsgefühle bewusst zu werden:

*„Was fühle und empfinde ich in meinem Körper?
Wie fühle und empfinde ich es?
Kann ich es benennen?
Ist dies etwas, das ich kenne?
Von woher und von wann?
Was ist der Unterschied zwischen meinem normalen Gefühl und dem momentanen?“*
(Bischof, S. 2003E)

Des Weiteren werden in der Arbeit mit dem Patienten die Konzepte der Psychodynamik berücksichtigt: Projektion und Widerstand, Regression und Progression und psychotherapeutischen Interventionen. Hierbei findet Würdigen, Spiegeln, Begleiten sowohl auf nonverbaler also körperlicher Ebene mit Mimik und Gesten oder Berührung statt. Aufnehmen, was im therapeutischen Beziehungsfeld auftaucht, durch eine Übung, die die Thematik verdeutlicht, oder durch Benennen. Konfrontieren, um die verzerrte Wahrnehmung des Patienten wieder ins Hier und Jetzt zu bringen. Deuten dient der Erweiterung des Wahrnehmungsfelds und Interpretieren als Ich-stärkende Intervention um auf Abspaltung hinzuweisen.

5.3. Der Erfahrbare Atem

Atempsychotherapie bezieht sich auf die von Prof. Ilse Middendorf entwickelte Lehre des Erfahrbaren Atems. Es wird unterschieden zwischen der unbewussten Atmung, der willkürlichen oder willentliche eingesetzten Atmung und der spontanen ursprünglichen Atembewegung. Diese Atemweise nennt Ilse Middendorf den „Erfahrbaren

Atem“, Fischer/Kemmann nennen es den „bewusst zugelassene Atem“ und Stefan Bischof spricht von den „Atem, der ich bin.“

„Die Lehre des bewussten zugelassen Atems versteht sich als ein leibtherapeutisches Verfahren, das über das Üben einfacher Bewegungsabläufe und über das bewusste Wahrnehmen der Atembewegung körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erzielen sucht.“ „Die Atembewegung ist eine Druckwelle, die – ausgelöst durch Ein- und Ausatmung und beginnend mit dem Impuls des Zwerchfells – im gesamten Körper spürbar werden kann. Im Rumpf ist sie am deutlichsten wahrnehmbar als ein Weitwerden und Zurückschwingen der Körperwände im Atemrhythmus; an der Körperperipherie ist die Atembewegung bei einem zugelassenen Atem und einem durchlässigen Körper als eine sich fortpflanzende Druckwelle spürbar, die bis zu den Füßen, den Händen und dem Kopf wahrnehmbar ist.“ (Fischer/Kemmann-Huber S.9)

„Die Arbeit mit dem bewusst zugelassenen Atem bedeutet dabei, dass die willentliche Atemführung zurücktritt und der individuelle Atemrhythmus des Übenden gewahrt wird. Darüber kann es dem Menschen möglich werden, sich immer mehr dem gelassenen Atem und seiner Wirkweise zu öffnen.“ (Fischer/Kemmann-Huber S.11)

Der Atem kann betrachtet werden als Brücke zwischen Innen und Außen, da im Atem sowohl für den Klienten wie für den Therapeuten Psychisches und Körperliches deutlich wird, und über Atem, Sammeln und Empfinden Blockaden körperlicher und seelischer Art gelöst werden können.

Empfinden meint Wahrnehmen der körperlichen Realität, also Schulung der Empfindungsfähigkeit für den eigenen Körperinnenraum und für die Körpergrenzen. **Sammeln** bedeutet die Fähigkeit, meine Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Körpergegend zu fokussieren und mit meiner Achtsamkeit dort zu bleiben. **Atmen** meint in Verbindung sein mit der Atembewegung, dem rhythmischen Geschehen der Dehnung und des Nachgebens der Körperwände im Atemgeschehen. Atemtherapie schult das Empfindungsbewusstsein, somit trägt Atemtherapie zur Stärkung der Ich-Kraft bei.

5.4. Atempsychotherapie für Ich-schwache Menschen

Stefan Bischof (2004B) erläutert in seinem Artikel „Schwachtes Ich – starkes Ich“, dass Ilse Middendorf ihre Methode in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts entwickelt habe. Damals war man stärker in seine Familie und seine soziale Schicht eingebunden, die männliche und weibliche Rollenidentität war deutlich unterschiedlich. Klare bis starre Normen und Regeln und männliche Rationalität engten die persönliche Entfaltung bei gleichzeitiger Leibfeindlichkeit und Unterdrückung weiblicher und/oder ganzheitlicher Lebensentwürfe ein. So dass die Menschen damals an psychischen und somatischen Störungen litten, die sich auf ein zu starres Ich zurückführen lassen.

Die Menschen hatten zu viel Struktur, ihr Ich war zu starr. Die Struktur gab Sicherheit, der Preis war psychische Enge, ein Fehlen von Lebendigkeit. Also ging es atemtherapeutisch um Erweiterung der Grenzen über Dehnen, loslassen, sich niederlassen, sich dem Fluss des Atems anvertrauen.

Die herkömmliche Arbeitsweise des Erfahrbaren Atems, die mit Dehnung, Loslassen und Zulassen arbeitet, setzt ein relativ stabiles Ich voraus. Das bedeutet aber nicht, dass Ich-schwache Menschen nicht von Atemtherapie profitieren können, sondern es braucht eine Veränderung des Therapieablaufs. Dies bietet die APT.

„Der Weg des Atems hat bei frühen Störungen notwendige, strukturelle Nachreifung des Ich's zum Ziel. Die Entwicklung des Ichs speist sich aus den primären Wahrnehmungen, weil diese wiederum zur Entwicklung des Körperbildes und der eigenen Grenzen führen.“ (Bischof, S. 2004B).

Auf der Grundlage des Erfahrbaren Atems hat sich die Atempsychotherapie entwickelt, das Beziehungsgeschehen und das therapeutische Gespräch werden bewusst mit einbezogen. Der Mensch, der unter einer strukturellen Störung leidet, hat ein schwaches Ich durch Defizite an der Erfahrung von Halt und Geborgenheit.

Da diese Menschen nicht verdrängen können, kommen sie schnell und auch für sie selbst unerwartet unter seelischen Druck und reagieren mit Abspalten ihrer Gefühle oder ihres Körpers (oder Körperteile).

Im therapeutischen Setting kann die Erfahrung eines zuverlässigen, strukturierten, sicheren Beziehungsfelds nachreifen und erlebt werden. Zuerst geht es um reine Empfindungsarbeit, um die Sammlung auf der Realität des Körpers und darum, den Atem im Hier und Jetzt zu halten.

Hierbei unterstützen:

- ❖ das Herstellen von stimmiger Nähe und Distanz
- ❖ klare vorgegebene Übungsabläufe (Struktur)
- ❖ Arbeit mit Objekten
- ❖ Bewusstmachen der Schwerkraft und der Körpergrenzen
- ❖ bewusst ausgeführte Bewegungsangebote
- ❖ Bewegungsübungen zuerst bei unbewusst ablaufendem Atem,
- ❖ dann atemführende Übungen,
- ❖ anschließend willensmäßiger Einsatz des Ausatems,
- ❖ dann erst den unbewusst ablaufenden Atem immer öfter in die Aufmerksamkeit mit einbeziehen.

Im Fokus steht, wann dem Patienten der Atem stockt, bzw. wann er ihn kontrolliert oder ihn manipuliert.

„Diese Wahrnehmung erlaubt ihm (dem Patienten), den Atem immer wieder frei zu lassen und schrittweise zu erfahren, dass er seinen Körper bisher nicht, bzw. von sich selbst getrennt erlebt hat.“ (Bischof, S.(2004A)

Es dient dem Lenken der Sammlung auf die angesprochenen Körperräume, weg vom Denken und vom Gefühl hin zur Empfindung. Dabei ist dann wichtig zu

- pendeln zwischen anregenden und beruhigenden Angeboten, um den Unterschied in der Empfindung leiblich-seelisch zu erleben und Kompetenzen zur Tonusregulation zu entwickeln.
- Beziehungsarbeit im Sinne von Klarheit über Würdigen, Spiegeln, Begleiten, Aufnehmen und Konfrontation und Interpretation, wenn die Beziehung tragfähig ist.
- Der Therapeut steht als Hilfs-Ich zur Verfügung, wenn der Patient sich in seinen Emotionen verliert.

In der Therapiegruppe mit übenden Angeboten, in der der einzelne einen geschützten Raum erleben kann, jeder seine Distanz einstellen kann und darf, also so sein darf wie er ist, kann der frühgestörte Mensch die ungestörte Aufmerksamkeit auf seinen Innenraum richten. In diesem therapeutischen Prozess kann der Patient Erfahrungen sammeln, dass die Objektwelt nicht bedrohlich wird. Durch die Sammlung auf die Empfindung entsteht ein ganzheitliches Körperbild und Körper-Ich. Der Austausch in der Gruppe und/oder mit der Therapeutin unterstützt den Patienten darin, seine Erfahrungen aus dem Therapiegeschehen in seine Biographie zu benennen, das in seine Biographie einzuordnen und sich dem darin enthaltenen Wachstumspotential zu öffnen.

6. Fallberichte

Im Folgenden werde ich den Behandlungsverlauf von einigen Patienten beschreiben. Herr C. ist in ambulanter Einzelbehandlung bei mir. Unter 6.2 – 6.4 beschreibe ich die Entwicklung von Patienten, die zur gleichen Zeit über 4-6 Wochen an Körperpsychotherapie als Gruppenangebot teilnahmen.

Ich danke meinen Patienten, ihre Geschichte in anonymisierter Form darstellen zu dürfen. Sollten Sie als Leser glauben, eine Person wiederzuerkennen, so bitte ich Sie, das Erfahrene respektvoll zu würdigen. Denn die Berichte möchten Mut machen, dass Veränderung möglich ist, und detailliert den Prozess der Ich-Stärkung, der Integration der Gefühle mittels APT aufzeigen.

6.1. Herr C. Ich sehe Dich – zeig mir Deine Kraft

Herr C. ist 56 Jahre alt, geschieden, arbeitet seit 30 Jahren als Systeminformatiker in einer Behörde. In seinem Haushalt lebt sein 21-jähriger Sohn, seine Ehefrau hat vor 10 Jahren die Familie verlassen. Seither ist keine längere Partnerschaft mehr eingegangen.

Seit Oktober 2010 fanden 18 Sitzungen in 14-tägigen Intervallen statt.

Herr C. nahm im September 2010 auf Empfehlung seines Arztes an einem von mir durchgeführten Kurs „progressive Muskelrelaxation“ teil. Den Grund, weshalb er an dem Kurs teilnahm, schilderte er so: „Ich kann schlecht abschalten, schlafe zwar ein,

aber erwache früh und fühle mich nicht erholt, tagsüber auf der Arbeit ver falle ich in Momente von Sekundenschlaf. Beruflich fallen Überstunden an wegen Erstellen neuer Programme oder Fehlersuche und Wartung laufender Programme, es fällt mir schwer, abends abzuschalten. „Die Arbeit geht mir nicht mehr so leicht von der Hand wie früher.“

Die PMR Übungen bewirkten, dass Herr C. im Kurs einschlieft, ein Zeichen dafür, wie erschöpft er war. Um seine Körperwahrnehmung und Empfindungsfähigkeit zu fördern, schlug ich ihm vor, an einem Tageskurs Stressbewältigung durch Achtsamkeit (MBSR nach Dr. Jon Kabat-Zinn) teilzunehmen. In Gesprächen am Rande des Kurses sagte er mir, dass er mit seiner Lebenssituation unzufrieden sei, und glaube, es hänge mit seiner Kindheit zusammen.

In den ersten Sitzungen berichtet Herr C., er sei das älteste von 3 Kindern, er habe einen 1 Jahr jüngeren Bruder und eine 6 Jahre jüngere Schwester. Im Erstgespräch berichtet er, von seiner Familie und Verwandten werde ihm noch heute im Spaß vorgeworfen, „Du bist schuld, dass deine Eltern heiraten mussten.“

Aus Informationen aus dem Internet vermutet er, dass er in einer Double-Bind-Familie aufgewachsen ist. Er kann sich an keinen Ausdruck von Zuneigung der Eltern untereinander oder der Eltern zu den Kindern erinnern, „alle lebten nebeneinander her“.

Seine Mutter (Krankenpflegerin) beschreibt er als eine Frau, die von ihren Kindern als „die Plagen“ sprach. Als Siebenmonatskind war er eine Woche im Brutkasten, was aber nach Aussage der Mutter nicht schlimm war, denn Kinder sind die ersten 7 Monate dumm. Nach der Geburt des jüngeren Bruders lebte Herr C. längere Zeit im Haushalt der Großeltern, die in der Nähe wohnten. Da er mit 2 ½ Jahren noch nicht laufen konnte, veranlasste die Großmutter eine orthopädische Untersuchung. Wegen einer Hüftgelenksdysplasie wurden daraufhin seine Beinchen eingegipst. Auf einem Familienfoto sieht man ihn mit heraushängenden Beinchen in einem zu kleinen Kinderwagen sitzen, während der jüngere Bruder auf seinen Beinchen daneben aufrecht steht. Er und auch seine Mutter wissen nicht mehr, wie lange er nicht laufen durfte. Er berichtet von keinen engen Freundschaften in der Kindheit und Jugend. Schon als Kind ging er eher seine Wege alleine: Beschäftigung mit Technik. Auch sein Bruder war Einzelgänger, dessen Hobby war Naturbeobachtung.

Mit 10 Jahren fing er an, sich in der Werkstatt seiner Vaters (Bauschlosserei) nützlich zu machen. Laut seiner Erinnerung begann er damit von sich aus, lernte durch Zuschauen. Dem Vater war es recht, es gab aber kein Lob, aber eine Aufbesserung seines Taschengelds. Mit 12 Jahren begann er, sich für Radio- und Funktechnik zu interessieren und bastelte seine ersten eigenen Radios und Funkgeräte. Er erinnert sich an eine Kränkung durch seine Mutter. Er erzählte ihr stolz, was er bauen möchte und sie hörte kaum zu und bezeichnete es als Blödsinn. Ein paar Tage später gibt es einen Film im TV zu dieser Thematik und die Mutter ist begeistert über dieses Verfahren. Herr C. erinnert sich noch heute, wie kränkend diese Situation für ihn war.

2006 hatte er einen Herzinfarkt, 2007 spürte er wieder Herzrhythmen und einem hohen Puls. Im Krankenhaus stellte man fest, dass er zwar keinen weiteren Herzinfarkt hatte, aber an einem Burn out litt. Seitdem leidet er, wenn die Belastung hoch

ist unter Herzarrhythmien, hohem Blutdruck und Hitze und den erwähnten Schlaf- und Konzentrationsstörungen.

Herr C. ist ca. 1,65 m groß und übergewichtig. Er wirkt quadratisch, zusammengesunken, müde, erschöpft. Die Beine und das Becken wirken zu klein im Verhältnis zum Brustkorb. Im Gespräch hält er Kontakt, ist wach und zugewandt. Ich spüre seine Not und Sehnsucht nach positiver Veränderung. In der Körperarbeit geht die Beziehung teilweise verloren. Der Einatem wird eingezogen, der Ausatem versackt, energielos. Die ersten 6 Stunden hatte er stets die gleiche Kleidung an, was ihn ungepflegt erscheinen ließ. Er hat lose soziale Kontakte Vereinskameraden (am Heimatort, Funkamateureverein) und Arbeitskollegen, mit denen er seine Freizeit und Urlaube verbringt. Die Beziehungen bestehen seit langer Zeit, scheinen aber nicht sehr tief zu sein, er hat das Gefühl, immer wieder um Anerkennung kämpfen zu müssen.

Seine Therapieziele sind: statt „keine Lust an nix“ Lebensfreude entwickeln. Längeren und erholsamen Schlaf, abschalten können und Konzentrationsfähigkeit auf der Arbeit. Verbesserung des Gesundheitszustands: weniger Essen, Stärkung des Immunsystems (häufige Erkältungen und Entzündungen) Die Symptome Bluthochdruck, Herzflattern in Griff bekommen. „mich besser verstehen, es muss was mit meiner Kindheit zu tun haben.“

Bei Herrn C. liegt eine narzisstische Kränkung vor. Die Schilderung seiner Kindheit lässt vermuten, dass er wenig emotionale Unterstützung und Spiegelung erfahren hat, die Mutterbotschaft: „Du darfst leben, aber du bist mir nichts wert“ trifft auf ihn zu (siehe Tabelle Strukturniveau). Herr C. lebt mehr in seinem minderwertigen Selbstanteil; dazu passen seine funktionellen Beschwerden, seine Depression und seine Selbstwertproblematik. Er hat seine konflikthaftern Gefühle (Sehnsucht nach Nähe, Liebe, Anerkennung) abgespalten in körperliche psychosomatische Erkrankungen: stress- belastungsbedingten Bluthochdruck und Herzrasen, und Adipositas.

Ich sehe folgende Psychodynamik bei ihm: Das Essen dient ihm als Spannungsabbau, um innere Leere nicht spüren auch Aggression kann über Essen kompensiert werden und Essen ist Belohnung nach harter Arbeit. Gleichzeitig macht ihn sein Gewicht unattraktiv und schützt ihn vor Nähe. Hypertonie könnte man als eine andauernde Bereitstellungsreaktion (→ Flucht, Gefahr) sehen. Der Mensch steht unter Druck, weil er glaubt, nur wenn er mehr leistet als andere, hat er eine Chance auf Anerkennung. Die Herzneurose deutet in ähnliche Richtung: Sehnsucht nach Beziehung und gleichzeitig Angst ausgenutzt, verschlungen zu werden, da die Kompetenz Grenzen zu setzen fehlt. (Siehe auch Tabelle Psychosomatik)

Wichtig war mir der Aufbau einer tragfähigen, therapeutischen Beziehung, in der seine Abwertungsmechanismen bearbeitet werden können, aber auch seine überzogenen Ansprüche an sich. Ihn unterstützen bei der Integration von Fühlen und Denken: das bedeutet das Nachreifen des Körper-Ichs also das Wieder in Besitz nehmen des eigenen Leibs. Das heißt zu akzeptieren, dass Wachstum auch Schmerz beinhaltet. Es um die Anerkennung der eigenen Schwächen und Grenzen geht. Praktisch bedeutet das

- Strukturarbeit: Nähe - Distanz, erlebbar machen, wann gehe ich aus dem Kontakt.

- Tonussenkung: Erdung, sich Tragen lassen, Arbeit am Rücken als seelischer Rückhalt,
- Atem: Ausatem erleben als aktiv, gestaltende (hier bin Ich!) und auch lösende, zuverlässig tragende Qualität.
- Fördern der Körperempfindung zur Wahrnehmung von körperlicher Spannung und Entspannung und des Hungers.
- Beziehung zu Frauen

In den ersten Sitzungen kam Herr C. nach der Arbeit und war stets körperlich und psychisch erschöpft und frustriert. In den ersten Stunden ging es um die Unterstützung der Tagesstruktur und Förderung der Eigenliebe und Selbstfürsorge. Themen waren Verbesserung der Tagesstruktur, für kleine Erfolgserlebnisse sorgen, indem er sich realistische Ziele steckt, zum Beispiel heute räume ich nur die Küche auf und nicht die ganze Wohnung. Der Bodyscan und das Ausfüllen des Tagebuchs der angenehmen Ereignisse (Lenkung der Bewertung auf Erfolge) nach Jon Kabat Zinn förderten seine Körper- und Selbstwahrnehmung (Empfindungsfähigkeit), Selbstregulation (Erregungsabbau).

Nicht gespürte Wut zementiert sich in Depression und Lustlosigkeit

Nach einigen Sitzungen haben wir den Termin auf Vormittags gelegt, da er am Abend meist erschöpft und lustlos war. Da Herr C. zwar vom Somatischen (Blutdruck, Schwitzen, Grübeln) eher erregt war, aber körperlich und psychisch unterspannt, habe ich folgende Übungen angeboten, um seine Sammlung auf seinen Körper und seine Empfindungen zu wecken:

Im Stehen auf der Stelle gehen schnell bis es anstrengend wird, Ziel Tonuserhöhung und Eigenwahrnehmung. Dann die Arme nach oben öffnen und seufzend ausatmen, dabei die Arme fallen lassen, aber aufrecht bleiben; kleine Gewichtsverlagerung auf die Fersen Arme wieder nach oben öffnen usw. Spiegelnd nehme ich seine Armbewegungen auf, die wegwerfend werden und unterstütze die Geste mit einem Ton, den er aufnimmt. Ich frage nach, ob auch die Füße und Beine etwas wegtreten, wegstrecken oder stampfen wollen? Er nimmt das Angebot gerne auf, bis er sich erschöpft fühlt.

Im Gespräch erinnert er sich an einen Satz seiner Mutter: „Hast du Wütchen im Tütchen?“. An seine Gefühle als kleiner Junge, wenn seine Mutter mit diesem Satz seinen Zustand von Erregung umdeutete und relativiert, kann er sich nicht erinnern. Als Hilfs-Ich teile ich ihm meine Reaktion mit: Das Verhalten deiner Mutter macht mich wütend, hast du dich als Kind öfters traurig und unverstanden gefühlt? Er schaut mich überrascht und nachdenklich an, dann kommen ihm Erinnerungen, dass er sich häufig schuldig fühlte, aber nicht wusste, was er falsch gemacht hat. Er scheint mit der Botschaft aufgewachsen zu sein: „Du darfst leben, aber du bist mir nichts wert“. Die Stunde endet damit, dass er sich überlegt, ob nicht seine Stresssymptome Ausdruck seiner nicht wahrgenommenen Wut sind. Er meint, er müsse mal auf einen Boxsack hauen.

In der nächsten Stunde berichtet er, dass er wahrnehme, dass er mit unterschwelligem Groll und Wut durchs Leben geht, da er dies nicht in Beziehung äußern kann, entlädt es sich in Druckgefühl in Brust und Bauch und erhöhtem Blutdruck. Die

Spannung steigt noch weiter durch Gedanken wie „ich schaffe meine Arbeit nicht“. In der nächsten Stunde berichtet er, dass es sich von seinem Druck entlasten kann, wenn er bevor er von der Arbeit nach Hause fährt, im Auto sitzend mehrmals kräftig gegen das Bodenblech tritt.

Da sein Wunsch noch immer bestand zu schlagen und ich keinen Boxsack anbieten kann aber Escrima Rattanstöcke, habe ich ihm angeboten auf einen Schaumstoffwürfel mit den Stöcken zu hauen. Im spielerischer Umgang mit den Stöcken (Lockierung der Gelenke, Jonglieren und auch in die Luft schlagen) war er im Bewegungsfluss. Jedoch beim Schlagen auf den Würfel verlor er seine Kraft. Er wehrte die auftauchenden Affekte ab über die Aussage: „das bringt mir nichts“. Was die Hemmung ausmachte, konnte nicht geklärt werden.

Sich schuldig fühlen einerseits und nicht wahrgenommen werden (was ihn sehr kränkt) andererseits, scheint sich durch sein Leben zu ziehen. Er lebt einsam. Mit seinen Arbeitskollegen/innen oder Kameraden aus der freiwilligen Feuerwehr seines Heimatortes (150 km entfernt) verbringt er die Freizeit, er tut viel für das Gelingen des Zusammenseins, wie Vorbereitung von Ausflügen oder Filmpräsentationen von gemeinsamen Ausflügen, die er aufwändig vorbereitet, zwar macht er dies gerne, aber er setzt sich damit auch unter Druck und erlebt sich aber zu wenig gewürdigt. Es frustriert ihn, dass auf der Arbeit er mit seiner Erfahrung und Vorschläge nicht gehört wird, dass Kollegen sich weniger anstrengen und lassen auch mal Arbeit liegen, dass seine Gewissenhaftigkeit wird nicht gewürdigt.

Um das therapeutische Beziehungsfeld zu klären, brachte ich meine Arbeit in eine Gruppensupervision ein. Hier wurde mir deutlich, dass auch ich in der Gegenübertragung zu ihm mich distanziert habe, seinen erschöpften Teil ablehnte und das Thema Mann – Frau ausgespart habe.

Die Supervision ermutigte mich, den Mann-Frau-Beziehungsaspekt zu thematisieren. Ich benannte, dass mir aufgefallen ist, dass er mehr auf sein Äußeres achte, und mir das gefalle. Ich ermutigte ihn, über seine Frauenbeziehungen zu sprechen. Er hat Bekannte, Kolleginnen, für die er den Chauffeur spielt, für die er der nette Kumpel ist, der ihnen bei persönlichen Problemen zuhört, die aber für ihn nicht als Partnerinnen in Frage kommen, da sie emotional labil sind. In den weiteren Stunden ist seine Beziehungsgestaltung und auch seine Einsamkeit immer wieder Thema. Er kann aussprechen, „Sie sind bist jemand, der mir zuhört, eine Person, der ich sagen kann, was ich denke und fühle.“

Thema „ ich darf mich abgrenzen“

Er liegt in Rückenlage auf die Liege, der Brustkorb ist gebläht, seine EA-Phase ist deutlich und kräftig, seine AA -Phase ist kürzer, der Atem verliert sich. Durch Ausstreichen der Arme und Beine gleicht sich das Verhältnis von Ein und Ausatem an, er berichtet, dass er sich ruhiger und entspannter fühlt. Im gelösten Zustand neigt er dazu das Wahrnehmungsfeld zu verlassen, er geht aus der Beziehung durch Einschlafen.

Ich ermutige ihn, seine Wahrnehmung in die Füße, die von meinen Händen berührt werden, zu lenken. Ich bitte ihn aktiv zu werden, indem er gegen meine Hand drückt, dann winkle ich das Bein im Knie ab, hebe es an und baue Druck auf und bitte ihn

Gegendruck zu geben, nach Zögern („Tu ich Ihnen nicht weh?) und Ermutigen entsteht ein Kräftespiel. Es ist Freude im Raum, die Vaterübertragung: „Ich sehe Dich, zeig mir Deine Kraft, zeig mir, was Du kannst“.

Herr C. verlässt die Liege, spürt sich kraftvoll und stabil und fragt: „Warum werde ich so oft übersehen?“

Das Thema unter Druck zu stehen taucht immer wieder auf. Hierzu fällt im der innere Glaubenssatz ein: „Erst die anderen, dann kommst du!“ Im Rollenspiel konfrontiere ich ihn mit diesem Satz in unterschiedlichen Modulationen. Wenn ich bestimmt spreche, entsteht in ihm Trotz und die innere Antwort: „Red du nur, Ich mach‘ sowieso was ich will“! Als ich den Satz leiser sage, kommt die Erinnerung an seine Oma und ein neuer Satz: „Sei still, wenn die Erwachsenen reden!“ Vor diesem Satz kann er sich nicht retten, er erstarrt, der gespannte Brustkorb sinkt nach vorne ein, die Arme stehen ab, die Finger sind wie gespreizte Klauen, er spürt Unruhe, Herzklopfen, Hitze und Brustdruck und Tränen. Ich bitte ihn, in der Haltung zu bleiben und seine Hände zu spüren, lege meine Finger auf seine und fordere ihn auf dem Impuls seiner Finger zu folgen, was diese wollen. Kontaktsuchend zieht er mich zu sich. Für ihn wird emotional und im Körper seine Verlassenheit und Wunsch nach Gesehenwerden spürbar, auch ich bin berührt. Er ist einerseits überrascht und verwirrt, dass diese Kindheitserfahrungen so lebendig in ihm sind, andererseits spürt er auch Erleichterung.

Ausblick

Herr C. ist nun seit 7 Monaten in Therapie, er kann die Sammlung besser auf der Wahrnehmung seiner Empfindungen halten und mit meiner Unterstützung diese benennen, sortieren und einordnen, kann sich seiner Bedürfnisse bewusst werden. Dem Thema Beziehung, Aggression und Hemmung hat er sich angenähert. In der Arbeit mit den Elternintprojekten und dem Beziehungsangebot meinerseits konnte sich sein in Trotz und Hemmung erstarrter Atem lösen. Nun könnte es um regressive Arbeit gehen, in der es um das Wiedererleben schmerzhafter Erfahrung geht, mit dem Ziel der Integration.

In der Übertragung erlebe ich mich jetzt sowohl in der Rolle der ausreichend guten Mutter als auch der weisen Frau oder großen ermutigenden Schwester.

6.2 Frau S. - Was auch immer geschieht, die Beziehung wird gehalten

Frau S. ist ca. 40 Jahre alt, seit über 6 Monaten arbeitsunfähig auf Grund von rezidivierender Depression. Sie ist verheiratet, lebt mit ihrem Ehemann und Kindern (20-jährige Tochter mit Partner und 13-jährigem Sohn) in einer Mietwohnung.

Frau S.. arbeitet als Angestellte in einem Call-Center, dort ist sie auch im Betriebsrat engagiert. In den letzten 2 Jahren war sie mehrmals an der Doppelbelastung Berufstätigkeit und Familienmanagerin zusammengebrochen. Das letzte halbe Jahr war sie krank.

Frau S. ist ca. 1.70 m groß und wiegt über 100 kg. Sie fällt auf durch ihre Körperfülle und ihr vieles und schnelles Sprechen mit heißerer Stimme. Sie neigt zu Extremen und Entgrenzung. Ihr Kleidungsstil ist mal jugendlich bunt, an anderen Tagen ist sie

schwarz gekleidet mit schwarz geschminkten Augen, je nach Stimmung ändert sich auch ihre Haarfarbe und Frisur. Während ihres 6-wöchigen Aufenthalts nimmt sie 15 kg ab. Im Verhältnis zu ihrem Körper wirkten die Beine dünn und die Füße klein, ihr Bodenkontakt war instabil, bei Pendelbewegungen verlor sie leicht das Gleichgewicht.

Sie stand ständig unter Strom, und war andauernd in Bewegung, sie beschrieb es so: „Ich bin müde und gleichzeitig voller Energie“.

Als Säugling war Frau S. ca. 3 Monate in der Kinderklinik wegen Wundliegens und Unterernährung. Sie wuchs bei den Großeltern auf, da beide Eltern alkoholkrank waren. Die Großeltern verwöhnten die Patientin materiell, sie erhielt von ihnen aber relativ wenig körperliche und emotionale Unterstützung. Die Großmutter war eine dominante Frau. Die Patientin berichtet, ihre Oma mische sich noch heute in ihr Familienleben ein, indem sie beim gemeinsamen Essen Frau S. vor ihren Kindern abwerte. Eine nähere emotionale Beziehung hatte Fr. S. zu ihrem Großvater, der vor einigen Jahren nach längerer Pflegebedürftigkeit verstarb. Ein Freund des Vaters versuchte, sie im Grundschulalter zu sexuellen Handlungen zu manipulieren, was sie durch Kontaktabbruch verhindern konnte.

Es ist davon auszugehen, dass die Patientin in ihrer Entwicklung massiv gestört wurde. Gute Objekte konnten vermutlich nur mangelhaft verinnerlicht werden, und sie konnte nur eine unzureichende Selbstrepräsentanz ausbilden.

Sie hat es lange gut kompensiert über hohe Ansprüche an sich selbst, beruflichen Erfolg und über das Versorgen anderer (Sie verwöhnte die Menschen, die sie liebt, denn ihre Familie soll das haben, was ihr als Kind fehlte). Ihre eigenen Bedürfnisse verleugnete und verdrängte sie oder wehrte sie durch Wenden gegen sich selbst ab. Dem Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit setzt sie Aktivität und Kontrolle durch Zuständigkeit in allen Bereichen entgegen. Sie übergang permanent ihre eigenen Grenzen, und da durch die Arbeitsunfähigkeit die für sie wichtige Anerkennung im beruflichen Bereich wegfiel, führte dies zu einer ausgeprägten depressiven Dekompensation.

Während ihres 6-wöchigen Klinikaufenthalts nahm Frau S. 9-mal an Gruppenkörperpsychotherapie teil.

Ihre hohe Motivation und Offenheit machte es leicht, mit ihr in Kontakt zu kommen, in der Gruppenarbeit ging es für sie um Selbstregulation. Diese kann gefördert werden über das Lenken der Sammlung auf das Leib- und Empfindungsbewusstsein um die Wahrnehmung in der Gegenwart zu halten, sodass die Ich-Kraft wachsen kann.

Meine innere Botschaft an sie war, „Was immer geschieht, die Beziehung wird gehalten. Du darfst sein. Ich bin ich und Du bist Du“. Mit meiner Unterstützung konnte sie sich auftauchenden Gefühlen stellen und diese benennen und sortieren. Die Patientin erlebte, wenn sie unter Druck stand (und das war zu Beginn der Stunde mehr oder weniger immer der Fall) inneres Getriebensein und gleichzeitig tiefe Erschöpfung. Davon entlastete sie sich (oder man könnte auch sagen ihr Abwehrmechanismus war), indem sie als Gruppenkasper gute Laune verbreitete, oder durch anzügliche Bemerkungen.

In der Gegenübertragung wollte ich mich mit ihrer lebendigen Seite verbinden, das „Kind“ in ihr beruhigen und ihre Stärke würdigen. Um Spalten und Agieren zu unterbrechen, habe ich die Stunden mit aktivierenden Angeboten begonnen. Das war auch für die Gruppe passend, denn die anderen Gruppenteilnehmer brauchten Tonuserhöhung, um in die Wahrnehmung zu kommen.

Übung: Ballspiele in einem Kreis stehend:

1. durch Namen nennen Kontakt aufnehmen,
2. wahrnehmen, ob der andere reagiert, und erst dann
3. den Ball werfen.
4. Wenn das gut lief, kamen 2 -3 Bälle ins Spiel.

So wurde Beziehung in der Gruppe hergestellt, durch mehrere Bälle die Anforderung einerseits erhöht, aber durch in Bewegung und in Beziehung sein konnte emotionaler, innerer Druck abgebaut werden.

Um Körperwahrnehmung und Bewusstheit für Grenzen zu fördern, biete ich Übungen an, die abwechselnd die Sammlung nach innen lenken und sanft sind, und dann wieder dynamisch werden mit nach außen gerichteter Wahrnehmung, zum Beispiel: Wechsel zwischen dynamischem Stampfen, Kicken, mit den Armen Boxen oder Wegschütteln und sanften Bewegungen und Berührungen wie Abstreichen (vom Kopf über Schultern und Arme, Brust, Bauch, Rückseite bis zu den Beinen und Füßen).

Diese Interventionen ermöglichten ihr, bei sich, bei ihren Empfindungen zu bleiben und zu erkennen, dass hinter dem diffusen Gefühl von Wut Traurigkeit sitzt. Leiblich konnte sie die Trauer ihrer Kehle und den Augen, die nicht weinen können, zuordnen. Sie konnte ihren Zustand gut in Bildern beschreiben „ich lebe auf einer Achterbahn der Gefühle, alles dreht sich in meinem Kopf“.

Durch mein würdigendes Nachfragen:

„und es gibt keinen Notschalter zum Anhalten und Aussteigen!“

fühlte sie sich gesehen und konnte die vorgeschlagenen Interventionen annehmen. Im Sinne von Kathexis, das heißt, das Gefühl, hin zum Selbst zu schmelzen, habe ich folgende Übungen angeboten:

Auf dem Hocker sitzend, ein Bein steht fest auf dem Boden, die Hände umfassen das Knie des anderen Beins und man schaukelt. Die Patienten richten ihre Sammlung auf den Bewegungsablauf und den Atemfluss, der sich einstellt. Es entsteht ein Gefühl von Ruhe in ihr. Durch die unterstützende Wirkung, dass jeder sich seinem Körpererleben zuwendet, kann sie auch mit sich sein, sie entdeckt, dass das Beobachten ihres Atems sie beruhigt.

Durch die angeleitete Sammlung auf ihre Körperempfindungen im Hier und Jetzt, durch das Pendeln zwischen der Spannung Raum geben und zur Ruhe kommen (ansatzweise), durch die Erfahrung von „ich sehe und schätze Dich“, durch mich und die Gruppe konnte sich Frau S. ihren schmerzlichen Gefühlen annähern. Im Sinne des Selbstausdrucks konnte sie Erfahrung von Akzeptanz machen.

In ihrer letzten Behandlungswoche kam es zur Krise, da Mitpatienten abreisten, wurde sie mit dem Thema Vertrauen, Verlust und Einsamkeit konfrontiert. Sie konnte

benennen, dass sie früher diese Gefühle in einer Rüstung von „Ich halte das aus, mir macht das nichts!“ unterdrückt hatte.

Frau S. ließ sich am Wochenende vor ihrem offiziellen Entlassungstermin von ihrem Mann abholen. Auch wenn sie dies mit Terminschwierigkeiten begründete, betrachte ich es als Vermeidung des bewussten Abschiednehmens. Als ich hörte, dass sie vorzeitig abgereist war, spürte ich starke Übertragungsgefühle von Leere, ich konnte nicht Auf Wiedersehen sagen und von Ärger und Enttäuschung. Wie schmerzhaft muss Trennung für Frau S. sein, dass sie das Weggehen aktiv gestaltet? Um sich machtvoll zu fühlen, musste sie bei den anderen Leere hinterlassen.

6.3 Herr D. Angst vor Selbstständigkeit - die zurückgehaltene Kraft

Herr D. (ca. 40 Jahre alt) arbeitet seit über 10 Jahren als Angestellter im telefonischen Kundenservice. Im Laufe der Jahre hat die Arbeitsanforderung stark zugenommen, belastend kommt hinzu, dass die einfache Fahrzeit zum Arbeitsplatz mit öffentlichen Verkehrsmitteln mehr als 90 Minuten beträgt. Seit über 6 Monaten ist er arbeitsunfähig auf Grund von Panikattacken, die sich in Herzrasen (Angst einen Herzinfarkt zu bekommen), Schweißausbrüchen und Schwindel, ausgelöst durch Nackenschmerzen, zeigen, ferner ist er emotional labil, hat plötzliche Heulanfälle und leidet an Tinnitus. Er ist verheiratet und hat eine Tochter im Grundschulalter.

Herr D. wirkt offen und freundlich, gepflegt, er spricht schnell und gehetzt, wie bei großen Menschen häufig, zieht er leicht den Kopf ein, sein Körperbau ist kräftig. Der Mund zeigt ein angespanntes Lächeln, Tonus im Brustkorb und Rücken sind hoch, angespannt, Bauch, Beine und Füße wirken dagegen schwach, durchlässig ohne Bodenkontakt. Seine Körperwahrnehmung ist mit sorgenvoller Selbstbeobachtung gekoppelt. Herr D. scheint ein Fühltyp zu sein, der seine abgespaltenen Gefühle somatisch in Übererregung des Sympathikus ausdrückt.

Herr D. ist als Einzelkind aufgewachsen bei ihm liebevoll umsorgenden Eltern. Sein Vater war schwach und kränklich. Er war immer für ihn da, spielte häufig mit ihm Fußball oder sah mit ihm fern. 1996 verstarb er nach Herzinfarkt und Schlaganfall. Mit der Mutter konnte er immer über seine Probleme sprechen. Heute wohnt sie in seiner Nähe. Da sich ihr gesundheitlicher Zustand zunehmend verschlechtert, macht sich Herr D. häufig Sorgen um ihre Zukunft. Es scheint so, als hätte der Patient bei der Mutter auch einige partnerschaftliche Funktionen übernommen. Der Patient beschreibt sich als schüchternen Jungen, bei der Betrachtung seiner weiteren Biographie wird deutlich, dass ihm die Lösung vom Elternhaus schwer fällt. Herr D. versucht ferner, die Erwartungen und Hoffnungen der Eltern zu erfüllen und erfolgreich zu werden. Die belastenden Ereignisse in seinem Leben, Scheidung der 1. Ehe, Tod des Vaters und Aufgabe seiner Selbstständigkeit als Getränkemarktinhaber wegen Insolvenz, führten bei dem Patienten zu einer Erschütterung seiner Sicherheit und natürlich auch zu einer starken Kränkung. Es besteht bei ihm ein Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit und geringer Selbstwert.

Herr D. nimmt 9-mal an Gruppenkörperpsychotherapie teil und erhält wegen der Panikstörung zusätzlich 4 Einzelsitzungen Atemtherapie á 45 Minuten.

Neben Psychoedukation zum Thema Angst und Empfehlung entsprechender Literatur stand die Förderung der Wahrnehmungs- und -Empfindungsfähigkeit bezüglich Spannung und Lösung im Vordergrund.

Sowohl in der Gruppentherapie als auch in den Einzelsitzungen führte er Bewegungen mit viel Kraftanstrengung aus: Einatmend verspannte er unwillkürlich Schultern, Nacken und Kiefer. Er spürte zum Beispiel nach dem Reiben der Hände Anstrengung in den Ellenbogen und der Oberarmmuskulatur, beim Anheben der Arme im Einatem führte er die Bewegung so aus, als ob er 2 kg Hanteln in den Händen hat. Über Abklopfen des Körpers, Abstreichen des Gesichts und Lockern des Kiefers und Nackens, über spielerische Bewegungen wie Schaukeln im Sitzen oder Abstreichen und das „Schwere“ Richtung Boden abgeben, unterstützt mit Lauten wie ein langes „sch“, „äh“, „wäh“ oder Prusten konnte er Lockerung im Körper erleben.

Wie in den Übungen stürzte er sich auch mit viel Elan in das Aufsuchen von Situationen, die er die letzten Monate vermieden hatte, zum Beispiel mit dem Bus in die nächste größere Stadt zu fahren, oder sich ein Fußballspiel in einem Stadion anzusehen. Erfolge berichtete er begeistert wie ein Schulkind, bei Rückschlägen wirkte er sehr enttäuscht.

Mein Gegenübertragungsgefühl war, er möchte ein guter, braver Patient sein, der Bewunderung und Trost bei der Mutter sucht. Herr D. scheint keine Chance gehabt zu haben zu erfahren, wie er negative Affektzustände selbst regulieren kann, und reagiert auf Frustrationen mit erhöhter Spannung und hilfloser Abhängigkeit.

Vermutlich musste er wegen des kränklichen Vaters seinen Bewegungsdrang und seine Neugierde unterdrücken. Sein Streben nach Unabhängigkeit hat er dem „Bravsein“ und dem nicht Auffallen wollen geopfert, er hat früh seine kindliche Stellung in der Familie aufgegeben, um Anerkennung zu erlangen, in gewissem Sinn musste er zu früh erwachsen sein.

Gerne hätte ich ihn in seinem autonom Werden (Klären, welche Gefühle mit der hohen Körperspannung verbunden sind) unterstützt, dazu war der Aufenthalt zu kurz.

In diesem Zeitraum gelang es ihm, seiner Sammlung auf den Körper eine wertfreie Richtung zu geben. Er lernte, Anspannung und Lösung zu differenzieren und er kann sich seinen Symptomen stellen, ohne von Angst überflutet zu werden. Im Sinne der Selbstentfaltung könnte es nun um den Umgang mit Frustration und Ärger im Alltag gehen auf dem Hintergrund von Erfahrungen der Begrenzung in der analen und ödipalen Phase, und auf der atemtherapeutischen Ebene Vertiefung der Erfahrung des tragenden unteren Raums (Füße, Becken), der vertikalen Kraft (Rücken, Widerstandsarbeit) und der Arbeit an der Mittenkraft.

6.4 Frau L. Ich schaue in die Welt - Ausweg aus der Depression

Frau L. ist Mitte 40, verheiratet, hat zwei Töchter, die die gymnasiale Oberstufe besuchen. Sie ist als Krankenschwester tätig. Vor ihrem Reha-Aufenthalt war sie seit 4 Monaten arbeitsunfähig wegen Depression. Sie ist schlank, aber ihr Körper wirkt, als ob eine schwere Last sie nach unten drückt, der Rücken ist gebeugt, der Brustkorb eingezogen, sie scheint sich zu schützen. Im Kontakt ist sie schüchtern, unsicher

kraftlos, blickt auf den Boden, nur ihr Mund, der schalkhaft lächeln kann, und ihre Augen, die dann glänzen, sind manchmal nicht depressiv. In den ersten Stunden ergreift sie in den Austauschrunden als letzte das Wort und benennt mädchenhaft kokett ihre Angst vor Überforderung und dass sie vielleicht nicht den Erwartungen entspricht. Ich würdige, dass sie ihre Befürchtung ausspricht, und auch die Gruppenmitglieder sprechen ihr Mut zu.

Ihr Auftreten entspricht Stefan Bischofs Beschreibung eines depressiven Menschen.

„Der depressive Mensch ist in einem Zustand der Unterspannung. Er kann wie eine zu wenig gespannte Seite eines Instrumentes, nicht mehr rasonieren, schwingen. Er hat die Fähigkeit verloren, auf eine neue Situation zu reagieren. ...Ein Leben in der Vergangenheit macht das Anwesend sein in der Gegenwart unmöglich.“ (Bischof, S. (2003A)

Als 4-jährige verlor sie ihren Vater durch Suizid. Die Mutter zieht sie und ihren 18 Monaten älteren Bruder alleine groß. Die Patientin erinnert sich an den häufig von der Mutter geäußerten Satz: „Ihr bringt mich noch ins Grab!“ Der frühe Verlust des Vaters, die Drohung der Mutter auch zu sterben, führten zu Schuld – und Schamgefühlen, die sie um zu leben abgespalten hat. Sicherlich hat sie zu früh Verantwortung übernommen, um der Mutter nicht zur Last zu fallen.

Nach der Übung der „Gordische Knoten“ meldet sie sich als erste zu Wort.

„Als Sie die Übung erklärt haben, dachte ich, ‚das kriege ich nie hin und ich werde die anderen nur behindern.‘ Aber dann erlebte ich, auch die anderen hatten Schwierigkeiten, und mein Vorschlag hat sogar zur Entwirrung der Seile beigetragen, es hat mir Spaß gemacht.“

Sie lächelt und strahlt dabei. Die Gruppenmitglieder geben ihr Feedback, dass sie sich freuen, sie heute so selbstbewusst zu erleben.

Über bewusstes Gehen, in Verbindung mit dem Atem erlebt sie, wie sich ihr Körper, wenn sie in die Welt schaut, aufrichtet, sie dann besser atmen kann und sich stabiler und sicherer fühlt.

Übung: Die Wahrnehmung ist zuerst auf das Gehen gerichtet (4 Schritte gehen und innehalten), dann 4 Schritte mit Lenkung der Sammlung auf die Stimme mit „Hu“. Anschließend ohne innehalten gehen den Ausatem mit „Hu“ begleiten. Wer möchte, hebt einatmend eine Hand an und lässt sie ausatmend sinken. Nächste Variante, was verändert sich, wenn ich einatmend den Blick hebe und ausatmend zum Boden schaue?

Bei einer Variante der Ballspielübung (siehe 6.2) kommt sie in Kontakt mit ihren Hemmungen und dem Wunsch diese hinter sich zu lassen.

Übung: Ein Ball wird im Kreis zugeworfen, der Werfer unterstützt seinen Wurf mit einem lauten, kräftigen „Sch!“ oder „Fu!“, hat der Ballfänger den Eindruck, der Mitpatient könnte noch mehr Kraft zeigen, wirft er den Ball zurück, damit dieser eine weitere Chance hat, die Versuche werden mit kurzen ermutigenden Kommentaren unterstützt.

Ihre Würfe werden kräftiger, in der Rückmelderunde bricht sie in Tränen aus. Ihr wurde bewusst, dass sie sich in ihrem Leben kaum Raum für sich genommen hat. Sie ist traurig, dass sie so wenig für sich sorgt. Durch Nachfragen meinerseits beschreibt sie, dass diese Traurigkeit sich körperlich zeigt als Globusgefühl im Hals, als Stockung im Atem. Vom Gefühl her taucht dann Angst zu versagen auf. Neu für sie ist die innere Kraft, die ihr sagt: „so geht es nicht weiter“.

In den 9 Sitzungen Körperpsychotherapie gelang es Frau L., Gewährsein für ihren Körper zu entwickeln, ihre psychische Kraft nahm zu, so dass sie sich erlauben konnte, die abgewehrten Impulse von „ich will leben“ zuzulassen. In diesem Prozess unterstützte sie die Empathie der Gruppe, leiblich das Empfinden von Erdung und Aufrichtungskraft (Ich-Kraft). Das Entwickeln eines inneren Zeugenbewusstseins schützte sie vor dem Überflutetwerden von Angst und Unsicherheit und ermöglichte es ihr, die erarbeiteten Ressourcen, unter anderem den Blick zu heben, anzuwenden.

Durch weitere Stärkung der Ich-Kraft konnte sie sich der Trauer und der traumatischen Erfahrung des frühen Verlusts des Vaters zuwenden, die abgespaltenen Gefühle von Scham und Wut integrieren und ihre Lebendigkeit leben.

6.5 Resümee

Die in den Fällen dargestellten Entwicklungsschritte mögen klein erscheinen, wenn der Blick auf Erfolg und Lösung gerichtet ist. Aber es sind die vielen kleinen Schritte, die zur Persönlichkeitsentwicklung Richtung „Mut zur Wut“ beitragen. Erfahrungen wie das Erleben einer tragfähigen Beziehung. Eine Beziehung, die auf Therapeuten-seite die schlechte Laune, die Irritation des Patienten und dessen Kritik und Wut aushält und seine Ausbrüche ordnet, im Kontext des Geschehens oder der Biographie deutet und die Begegnung Therapeut-Patient zurück in die Gegenwart führt. Aus diesem Beziehungsfeld der Akzeptanz, in dem das begleitende Durchleben schmerzhafter Erfahrungen möglich ist, und dem Patienten bewusst wird, was er „damals“ gebraucht hätte. Daraus wächst die Kraft, dass er sich in seinem „so-Sein“ annehmen kann, und sich nicht mehr verlassen muss.

Auf der Körperebene unterstützt die APT-Therapeutin das Erleben eines körperlichen und psychischen abgegrenzten Ichs und lehrt Kompetenzen der Selbstregulation: Erdung, Sammlung auf den Körper mit seinen Bewegungen und Empfindungen, Sammlung auf den bewusst zugelassenen Atem als Weg zur Nachreifung Ich-Kraft. Wenn Gefühle auftauchen, können diese dann mit kathartischen oder kathexischen Interventionen begleitet werden.

Der Verlauf und die Ergebnisse meiner Fallgeschichten decken sich mit den Beobachtungen von Dr. Thomashoff, Psychiater, Psychotherapeut, Psychoanalytiker und Kunsthistoriker, nämlich Verdrängung unserer Aggression bezahlen wir teuer mit Depression und anderen psychosomatischen Erkrankungen. Diese These lässt sich mit Forschungsergebnissen aus der Neurobiologie untermauern, hierzu möchte ich aus einem Interview mit Dr. Thomashoff zitieren:

Ich zitiere hierzu führende neurobiologische Psychiater: ‚Zwischen einer fehlerhaften Funktion des serotonergen Systems und impulsiver Aggression konnte eine Verbindung nachgewiesen werden. Dies betrifft sowohl die Autoaggression, wie etwa bei Suizidversuchen, als auch Fremdaggression, etwa Wutausbrüche oder Gewalt‘. Es kommt noch klarer: Es ‚liegen Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen serotonergen Defiziten und impulsiver Aggression vor.‘ (Siever, L. J.) Exakt dasselbe neurobiochemische Defizit findet sich also bei Aggression und Depression!“ (H. Thomashoff, S.5)

Dies bedeutet: mal implodiert der aggressive Impuls nach innen in die Depression, mal explodiert er nach außen in Aggressivität. Neuste Forschungsergebnisse legen den Schluss nah,

„dass die medikamentöse Behandlung einer Depression die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht (!), eine angemessene Psychotherapie hingegen, indem sie an den ursächlich verantwortlichen Nervenzellnetzwerken ansetzt und darüber nachweislich auch den Serotoninspiegel normalisiert, das Risiko einer erneuten Erkrankung senkt, wie jüngst belegt werden konnte.“ (H. Thomashoff, S.5)

Dr. Thomashoff sieht auch einen Zusammenhang zwischen Aggression, Essstörungen, Panikattacken und Angstanfällen. Diese können auf

„psychoanalytischen Modellen fußend, zumindest partiell als Äußerungsform von Aggression verstanden werden. Sie (die Aggression) wird in diesem Fall unbewusst auf die Umwelt projiziert, wodurch der folgenschwere unbewusster Kreislauf in Gang kommt, den wir schon beim Menschen in der Masse kennen lernen konnten: Wenn die anderen so wütend sind, wie ich selbst es bin, dann muss ich verdammt auf der Hut sein. Außerdem ärgert mich das, wodurch meine Wut noch größer wird (mit dem Ergebnis, dass auch das Ausmaß meiner Projektion zunimmt). Die Auflösung einer solchen Dynamik kann einen Patienten (nach eigener Erfahrung in den meisten Fällen) von seiner quälenden Symptomatik befreien.“ (H. Thomashoff, S.5)

7. Nachwort

Auf Grund der Komplexität des Themas, der vorgegebene Zeit zur Erstellung der Arbeit, habe ich mich begrenzt auf die Darstellung, wie Körper- und Atempsychotherapie Menschen helfen kann, die ihre Wut, ihren Ärger, ihre Ohnmacht verdrängt haben und diese Impulse gegen sich wenden, und wie dieser Personenkreis seine nach Weiterentwicklung strebende, beziehungssuchende Energie für sich nutzen kann.

Ein interessantes Gebiet wäre auch, atemtherapeutische Angebote zu entwickeln für Menschen, die Aggression destruktiv, gewalttätig ausleben. Dies sind meist männliche Jugendliche (Schulabbrecher, junge Arbeitslose ohne Perspektive, Amokläufer), neuerdings auch Mädchen, die keine „Wirkmächtigkeit“ haben und deren angestaute Frustration sich in Körperverletzung und Kriminalität entlädt. Wie können diese Menschen unterstützt werden, sich besser kennenzulernen? Und wie kann man sie unterstützen, dass ihre Energie in eine konstruktive Richtung fließt?

Lohnenswert wäre auch, die vorhandene Literatur zu sichten zum Thema: Wie beeinflusst Stress während der perinatalen Phase die fötale Entwicklung der Gehirnstruktur und wie wirkt sich dies auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeit aus? Und auf dieser Basis ein APT Konzept zu entwickeln.

Wie in der Einleitung angedeutet, führt in der atemtherapeutischen weiblichen Welt die Aggression ein „Schatten-Dasein“. Diese Abspaltung nährt meiner Überzeugung nach die Abgrenzungskämpfe zwischen klassischen Atempädagoginnen/Atemtherapeutinnen und Atem- und Körperpsychotherapeutinnen. Der defizitäre Umgang mit der eigenen, auf die Welt zugehenden Kraft hindert unseren Berufsstand, sich in der psycho-sozialen und psychotherapeutischen Welt darzustellen. Eine weitere Arbeit könnte sich dem spezifisch weiblichen Umgang mit Aggression widmen, den historischen, gesellschaftlichen Kontext untersuchen und klären, welche Faktoren zu dem narzisstisch-gekränkten Rückzug in die Geborgenheit der weiblichen Nischenwelt führten.

Ich wünsche mir, meine Arbeit wird zum konstruktiven Dialog beitragen und:

- Ärzten, Psychotherapeuten und Psychologen im klinischen und ambulanten Bereich erklären, was Atempsychotherapie bietet und leistet,
- Kolleginnen Mut machen ihre Arbeit im Gesundheitswesen vorzustellen und sich dort auch zu bewerben,
- den Austausch zwischen APT Therapeuten und anderen körperpsychotherapeutischen Schulen intensivieren.

Literaturverzeichnis

Asper, Kathrin: Verlassenheit und Selbstentfremdung, neue Zugänge zum therapeutischen Verständnis. München 1994

(Bentzen, M. (2007). Formen des Erlebens: Neurowissenschaft, Entwicklungspsychologie und somatische Charakterbildung. In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.) (2007) Handbuch der Körperpsychotherapie (S. 304 – 328) Stuttgart: Schattauer GmbH.)

Bischof, S. (2003A) Arbeitspapier Depression. Gefunden am 16.3.2010 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2003B): Arbeitspapier frühe Störungen: Borderline. AFA Kongressbericht. Gefunden am 1.1.2010 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2003C) Arbeitspapier Narzissmus. AFA Info. Gefunden am 1.1.2010 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2003D) Psycho-physische Atemtherapie nach Middendorf. S. 90 – 96 in: Augustin M./ Schmiedel V. Leitfaden für Naturheilkunde, Urban und Fischer 2003. Gefunden am 5.8.2010 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2003E) Übertragung und Gegenübertragung AFA Info. Gefunden am 20.7.2011 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2004A) Atempsychotherapeutische Arbeit für Menschen mit frühen Störungen. Gefunden am 1.1.2010 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2004B) Schwaches Ich – starkes Ich SBAM Atem-Impulse 2/2004. Gefunden am 16.10.2009 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2006) Fluss der Bewegung, Fluss des Atems Vortrag SBAM MV 2006. Gefunden am 14.2.2009 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2009A) Arbeitspapier Übertragung und Gegenübertragung. Gefunden am 13.2.2009 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2009B). Verletzung, Krise, Wut Gefunden am 22.06.10 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2010) Der Mensch im Feld des Atems. Gefunden am 27.5.2011 unter www.atempsychotherapie.de

Brockhaus Multimedial 2003, zitiert nach: <http://www.gewalt-online.de/der-aggressionsbegriff/> / Publiziert am 25. September 2009 von admin Gefunden am 28.5.2011

Downing, George: Körper und Wort in der Psychotherapie, Leitlinien für die Praxis, München 1996

Eberwein, Werner: Humanistische Psychotherapie, Quellen, Theorien, Techniken. Stuttgart 2009

Fischer, Katrin, Kemmann-Huber, Erika: Der bewusste zugelassene Atem, Theorie und Praxis der Atemlehre. München, Jena 1999

Lachmann, Frank M.: Aggression verstehen und verändern. Stuttgart 2004

(Maas H.J. (2007). Körperpsychotherapie bei Frühstörungen: Neurowissenschaft, Entwicklungspsychologie und somatische Charakterbildung. In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.) (2007) Handbuch der Körperpsychotherapie (S. 304 – 328) Stuttgart: Schattauer GmbH.)

Maas, Brigitte (2010) Ich hole dich dort ab, wo du stehst. Atempsychotherapie als Basis für traditionelle, pädagogische Atemtherapie bei Strukturschwächen. Gefunden am 10.2.2011 unter www.atempsychotherapie.de

Mahler, Margaret S., Pine, Fred, Bergmann, Anni: Die psychische Geburt des Menschen, Symbiose und Individuation. Frankfurt am Main 1980

Rudolf, Gerd, Henningsen, Peter: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Stuttgart, 2008

Thomashoff, Hans-Otto: Versuchung des Bösen- So entkommen wir der Aggressionsspirale. Gefunden am 22.7.2011 unter: http://www.sinn-stiftung.eu/downloads/interview_prof_drdr_thomashoff.pdf

Trungpa, Chögyam, Shambhala, The Sacred Path of the Warrior. Boston, London 2004

Wehowsky, Andreas Affektmotorische Schemata (2007). In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.) (2007) Handbuch der Körperpsychotherapie (S. 351 – 361) Stuttgart: Schattauer GmbH.

Wikipedia. Triangulierung (Psychologie) Ernst Abelin. Gefunden am 23.5.2011 unter: [http://de.wikipedia.org/wiki/Triangulierung_\(Psychologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Triangulierung_(Psychologie))

Wikipedia. Margaret Mahler Gefunden am 22. 12.2010 unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Margaret_Mahler

Wikipedia. Aggressivität Gefunden am 01. 06.2011 unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Aggressivit%C3%A4t>

Wikipedia. Bioenergetische Analyse Gefunden am 01. 06.2011 unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Bioenergetische_Analyse

Strukturniveau

Störung	Struktur-niveau	Ich-Stärke	Abwehr-Mechanismen	Inhalt der Abwehr	Realitäts-bezug	(-) Mutter-botschaft	Angst	Konflikt	Beziehungsleit-satz(+) Mutterbot-schaft	Therap.-Haltung
Neurose	Hohes St. N.	Ich-stark	Verdrän-gung	Eigene Bedürfnis-se, Impulse	gut	Du darfst leben, du bist mir auch etwas wert, wenn du so bist, wie ich dich brauche.	Liebes-verlust	(Liebes) Sehnsucht	Ich bleibe in der Be-ziehung mit dir, auch wenn du anders bist als ich.	Du darfst so sein, wie du bist. (begleiten)
Depression	Hohes bis mittleres bei endo-gener nied-riges St. N.	Teilweise Ich-stark bis schwach	Verdrän-gung oder Spaltung	Denken, Bedürf-nisse, Selbststän-digkeit, Kränkung, Wut	gut bis nicht ausreichend vorhanden, je nach Schwere der D.	Du darfst leben, aber ich bin nicht für dich da.	Verlassen-sein Nicht genug be-kommen	(Liebes) Sehnsucht Mangel	Suchhaltung Beglei-tung in der Trauer, die Arbeit machst du! Beziehung wird ge-halten, egal wie groß die Sinnlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Wut ist.	Ich bin ich und du bist du. Ich begleite dich in der Suche nach deinen Im-pulsen in das Leben: (be-gleiten)
Narzissmus	Mittleres St. N.	Ich-schwach	Spaltung	Gefühle: Schmerz, Wut, Trauer, Bedürf-tigkeit, Hilflosigkeit, Furcht, Grandiosi-tät oder Minderwer-tigkeit.	gut bis nicht ausreichend vorhanden	Du darfst leben, aber du bist mir nichts wert.	Objekt-verlust	Wert-schätzung	Die Beziehung wird gehalten, egal wie schmerzhaft es ist. Egal, wie groß der Schmerz oder die Kränkung ist.	Du bist lie-benswert, so wie du bist, du musst nichts dafür leisten. (Spiegeln)
Borderline Störung	Niedriges St. N.	Ich-schwach	Spaltung	Entweder die gute oder die böse Mutter, Körperempfin-dungen, Denken, Fühlen	nicht ausrei-chend vor-handen	Sei nicht, lebe nicht	Vernich-tungs-angst	Existenz-berechtig-ung Nähe Distanz	Egal, was passiert, die Beziehung wird gehalten.	Du darfst sein. Ich bin ich und du bist du. (wür-digen)
Psychose	Keine Struktur	Ich-schwach	Spaltung		nicht vor-handen					

Quelle: H.J. Maas, Körperpsychotherapie bei Frühstörungen

Bischof, S.(2003B) Arbeitspapier frühe Störungen: Borderline. AFA Kongressbericht. Gefunden am 1.1.2010 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2003C) Arbeitspapier Narzissmus. AFA Info. Gefunden am 1.1.2010 unter www.atempsychotherapie.de

Bischof, S. (2003A) Arbeitspapier Depression. Gefunden am 16.3.2010 unter www.atempsychotherapie.de

Psychosomatische Erkrankungen

	Krankheitsausdruck	Krankheitssymbolik	Krankheitsgewinn/Nutzen	Krankheitssinn	APT Intervention
	<i>Wie zeigt sich die Krankheit im Außen körperlich und auf der Beziehungsebene? Er drückt die Not des Betroffenen durch ein Symptom aus.</i>	<i>Der innere Konflikt zeigt sich symbolisch im Erscheinungsbild der Erkrankung. Welche inneren Bilder oder Metaphern entstehen in mir, wenn ich die Beschwerden betrachte</i>	<i>Der neurotische Gewinn (destruktiv) Welche Vorteile hat der Kl. durch die Erkrankung, wovor schützt ihn die Erkrankung</i>	<i>Heilungstendenz des Selbst. (konstruktiv). Welche Lernaufgabe drückt die Erkrankung aus? Was muss integriert werden</i>	
Migräne	Einseitiger Schmerz, Spannung, Lichtempfindlichkeit, Erbrechen. Rückzug. Nichts sehen, nichts hören wollen. Autoaggression.	"mind fucking" Halbköpfigkeit, Orgasmus im Kopf, Schlag auf den Kopf gekriegt, äußeren Druck nach innen nehmen	Rückzug, Verantwortung abgeben, Auszeit, schützt vor Beziehung, Konfrontation und Sexualität	Selbstregulation Auszeit, Empfinden, Fühlen und Denken zusammenbringen	Ichstärke, Tonusregulierung, Erdung, Dehnstreckung, Abgrenzung: Federn mit „sch“, Vertikaler Kreisatem. Pole zusammenbringen
Herzneurose	Beziehung macht Angst Ich halte meine Gefühle nicht aus, weil ich keine Grenzen setzen kann	Prinz Eisenherz, gepanzertes Herz, ich drücke mein Herz zusammen, damit es nicht zerspringt	Ich muss mich nicht der Beziehung stellen, ich muss meine Angst nicht spüren	Ich lerne, mit meinen Gefühlen umzugehen unabhängig von Deiner Person Vermutlich: Störung i. Bindungsphase	im Hier und Jetzt sein, Struktur (seel. Rückhalt durch Rückenarbeit und Becken). Grenze als Schutz, Tragen-lassen, Arbeit am Herzen, Tonus ↓↑ Beziehungsarbeit (Gefühl)
Essentielle Hypertonie	H/K unter Druck, weil ich meine, zu viel zu müssen, aber keiner erkennt meine Leistung an. Bereitstellungsreaktion → Flucht, Gefahr	Dampfdrucktopf, Dampfmaschine, Druckverband, Druck im Kessel Ich setze mich unter Druck, halte durch, lasse nicht nach. Leistungsorientiert u. keiner erkennt m. Leistung an!	Meine Gesundheit ist in Gefahr! Schutz vor Konfrontation. Ich muß mich meine Angst vor Kritik nicht stellen. Ablenkung v. meinen Defiziten. Ich meine, unter Druck mehr zu leisten. Wenn der Druck zu hoch wird, kann ich mich ruhigen Gewissens zurückziehen.	Ich bin auch wertvoll, wenn ich Durchschnittliches leiste. Ich darf mich ausruhen. Lernen, sich in Ruhe auseinanderzusetzen.	Tonus senken, absteigender. AA, sich verbinden mit dem was ist. (Narzissmus) Perfektionismus und strenge Über-Ich-Introjekte ablösen.
Adipositas	Ich habe ein Bedürfnis, weiß nicht welches. Suche nach der richtigen Nahrung. Äußere Fülle statt innerer Erfüllung. Vor sexueller Ausstrahlung fliehen und sich dafür hassen. Spannung lösen durch Essen. Belohnung.	Kummerspeck, Babyspeck, schützende Fettburg. Gemütlich, unantastbar, träge, gewaltige Masse, raumfüllend	Auseinandersetzung vermeiden, Spannung lösen. Innere Leere nicht spüren müssen, Aggression durch Essen kompensieren. Spannung lösen durch Essen. Belohnung, Geborgenheit,	Selbstfürsorge, Autonomie, Abgrenzung, nähren und belohnen auf anderen Wegen. Ressourcen.	Körperwahrnehmung, Körperbild, Tonusregulation, Widerstandsarbeit, Ressourcen suchen.

	Krankheitsausdruck	Krankheitssymbolik	Krankheitsgewinn/Nutzen	Krankheitssinn	APT Intervention
Bulimie	Ich bin heisshungrig, aber ich gebe es vor mir nicht zu. Ich möchte genährt werden, aber es ist die falsche Nahrung.	ich platze. es schmeckt zum Kotzen gut, Heiss hunger Starke ,existenzielle frühe Bedürfnisse, die nicht gestillt wurden	Auseinandersetzung vermeiden, Spannungsabbau,	Selbstfürsorge, Autonomie Abgrenzung (Borderline), hin-und hergerissen werden	Schwierig, da Leiblichkeit abgelehnt wird. Strukturarbeit, Objektwahrnehmung, Abgrenzung und Raum, Widerstandsarbeit
Anorexia	Ich bin zu dick, zu viel, überflüssig. Nicht da sein wollen, nicht sichtbar, ich habe keinen Platz, Identitätskonflikt (Frau-sein), Hass, Wut, Trauer	spirreldürr, Hungerhaken	Ich habe die Kontrolle über meinen Körper, ich bin nicht Frau, Hungern als Selbstdisziplin, Leistung, die andere nicht schaffen	Autonomie Anerkennen der Weiblichkeit, Mutterbild, Sexualität.. Autoaggression anschauen.	Schwierig, da Leiblichkeit abgelehnt wird. Strukturarbeit, Objektwahrnehmung, Abgrenzung und Raum, Widerstandsarbeit. Gefühlsarbeit: Haß u. Selbstkasteiung.
Neurodermitis	Ekzem, Juckreiz, Schadstoffe durch die Haut nach außen bringen (Gelenkbereiche)	es ist zum Aus-der Haut-fahren!. Ich kratze mich zu Tode. Sich seiner Haut wehren. Aus seiner Haut rauswollen. Disbalance des fam. Beziehungssystems. Zu wenig Raum f. Wahrnehmung u. Beziehung.	Beachtung, Zuwendung, Aufmerksamkeit. ich stoße durch meine Haut andere ab. Ich kann mich kratzen=Autoaggression	Mich ausdrücken lernen u. abgrenzen. Aggression direkt ausdrücken, nicht über den Körper.	Tonussenkung, Erdung, Wahrnehmung, Dehnstreckung, Abgrenzung:
Ulcus	Ich verätze mich selbst	Ich bin wütend auf mich, ohne dass es jemand merkt.	Verantwortung abgeben. Ich muss nichts aufnehmen. Ich bin aggressiv und vermeide gleichzeitig Beziehung.	Lernen auf mich zu achten und mich selbst zu lieben. Unterscheiden, was mir schadet u. was mir gut tut. Konflikte austragen statt sich selbst zu verdauen.	Dehnen, Objektbezug, unterscheiden, was nährt mich und was nicht Objektbezug statt Rückzug! Partnerübungen. Empfindungsarbeit, Grounding. Grenze, Mitte, Gefühlsarbeit. Introjekte.

	Krankheitsausdruck	Krankheitssymbolik	Krankheitsgewinn/Nutzen	Krankheitssinn	APT Intervention
Darmentzündungen Colitis Ulcerosa/ Morbus Crohn	(Autoimmunerkrankung,) Schubweise, bedrohliche Entzündung der Darmschleimhaut mit blutig-schleimigen Durchfällen, Tenesmen, Bedürfnis u. Konflikt mit Nähe/Distanz. Probleme nicht mehr verdauen können. Entzündung zeigt Aggression. Frustration durch Zurückweisung	Ich scheiß auf Dich! Schleimscheißer (Ambivalenz). Schiß haben.	Ich bin schwach u krank, du musst dich kümmern. Baby sein und mich nicht auseinandersetzen müssen.	Auf eigenen Füßen stehen. Gefühle ausdrücken, Unperfektes aushalten und verdauen. Was tut mir gut, was nicht? Besser Scheiße sagen als Schleimscheißen.	Strukturniveau beachten! Ich stärken! Nähe/Distanz, Objektwahrnehmung, Lenken der Sammlung auf Körpergrenzen und Außenraum, aber auch Bauch u. Darm (nährend). Spannung aufbauen, halten und in den Widerstand gehen. Introjekte. Ressourcenarbeit
Hyperthyreose	Ich bemühe mich um Euch alle, aber Ihr seht mich nicht.	Maschine dreht durch.	Vermeiden von Enttäuschung, Schmerz u. Ohnmacht. Ich stehe auch mal im Mittelpunkt.	Akzeptanz meiner Begrenzungen u. denen des ebens. Mich mal selbst in den Focus nehmen.	Ich-Stärkung. Selbstwert über Spiegeln und Empfindungsarbeit. Tonussenkung, Rhythmus, Altruismus anschauen.
Asthma	Ich kriege nie genug, Kampf, etwas zu erhalten (Atem), Austausch (Ausatem) und Kontakt zum Du blockiert,	Ich brauche, deshalb gib mir! Ambivalenz zw. symbiotischer Abhängigkeit und Wut. Den Hals nicht voll ekommen. Es lastet was auf der Brust. Disbalance des fam. Beziehungssystems.	Mit dem Anfall habe ich Macht über alle! Ich bekomme ohne Anstrengung, muss nichts geben. Vermeidung v. Gefühl, Autonomie und Wut,	Vertrauen in den Fluss des Lebens/Atems. Geben-Nehmen. Aggression ausdrücken! Abgrenzung!	Struktur geben. Vom willentlich gehaltenen EA zum reflektorischem EA und dann zum bewusst zugelassenen Atem. AA betont arbeiten. Spielerisch von oben nach unten..

	Krankheitsausdruck	Krankheitssymbolik	Krankheitsgewinn/Nutzen	Krankheitssinn	APT Intervention
Ischias	Ich mache mich bewegungsunfähig.	Selbstblockade. Gebrochen Aggressionshemmung. Thema: aktive Abgrenzung bei Überforderung	Ich verschaffe mir Ruhe	Abgrenzung. Forderungen stellen statt sich überfordern zu lassen. Aufrichtung, Klarheit, Stärke finden. Körperlich geistige Beweglichkeit!	Lösung d. Muskulatur, Kraft, Gewicht auf KB. KB caudal dehnen. Spannung zw. KB u. Boden arbeiten, lösen absteigender AA↓, Spannen im aufsteigenden EA Impulse aus KB und Beinen.
Prolaps (Discushernie)	Härte, Starre der WS wird gebrochen. Überforderung ist zu groß.	Der Hagestolz, krummer Hund Ich muss mich hart u. starr machen, keine Möglichkeit sich gegen Überforderung zu wehren.	Gewaltsam aus der Überforderung herausgeworfen. Ich verschaffe mir Ruhe	Weichheit, Flexibilität, meine Bedürfnisse spüren u. ausdrücken	Muskulatur der WS lösen, Beweglichkeit u. Weichheit des Rückens erarbeiten. Aufsteigende Atemkraft!
Blasenentzündung	Ich kann etwas nicht aushalten Spannungsabbau durch die Blase. Heiß= aggressiv.	Druckentlastung Tröppel-Hos' nicht ganz dicht.	Ich bin nicht gezwungen, mich den Schmerzen zu stellen Ich muss mich nicht öffnen, nicht zeigen. Ich erspare mir Trauerarbeit. Kann den Druck ablassen.	Mich den Gefühlen stellen und sie ausdrücken lernen. Stressabbau.	Arbeit an der Weichheit des Rückens u. des Beckens. Hände liebevoll auf die Blase legen. Gefühle: Trauer u. Aggression
Arthritis	Es geht nichts mehr, ich bin bewegungsunfähig, wie festgehalten. Entzündung: aggressive Komponente, also Wut. Am Gelenk wird Energie festgehalten.	Sand im Getriebe.. Gelenkschmiere aufgebraucht. Erstarren vor Wut (Entzündung). Ich schmore im eigenen Saft (Erguss)..	Ich kann mich nicht bewegen, muss nicht flexibel sein, muss mich nicht äußern, muss keine Verantwortung übernehmen.	Die Bewegungsimpulse, die Absichten u. Bedürfnisse nach außen bringen. Verantwortung für andere abgeben. Lernen, Aggressionen auszudrücken.	Fluss und Weichheit wieder herstellen u. Bedürfnisse nach außen bringen. Verantwortung für was möglich ist. Vertrauen in sich schaffen durch Wahrnehmung des Körpers. Inrojekte!

Zusammengestellt von Irene Hotz und Gertrud Giesbrecht unter Verwendung von

1. Arbeitsunterlagen aus den Seminaren Ergänzungsausbildung zur Atempsychotherapeutin bei Stefan Bischof
2. Rüdiger Dahlke: Krankheit als Symbol

Autorenerklärung

„Hiermit erkläre an Eides Statt, dass ich diese Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die den benutzten Quellen und/oder Abbildungen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Brigitte Maas, Atempsychotherapeutin, München, betreute mich als Mentorin.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Diplomarbeit öffentlich einsehbar ist und der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung steht.“

9. 1. 2012

Irene Hotz

Vorname, Name des Verfassers