

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

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

Wenn sich der Atem mit der Seele verbindet!

**Atempsychotherapie in der Behandlung der
Fibromyalgie.**

**von
Brigitte Eichkorn
Bernoullistrasse 10
CH- 4056 Basel
Tel. +41 61 301 63 90**

12.08.09

**Niemand hat deine Fingerabdrücke
Niemand hat deine Stimme.
Niemand hat deine Geschichte.
Niemand spürt die gleiche Trauer,
das gleiche Glück wie du.
Niemand ist wie du.
Niemand, weil du einmalig bist.**

Ulrich Schaffer

(Schaffer, 2007)



Inhaltsverzeichnis

1	Persönliche Motivation	4
2	Gliederung der Arbeit	6
3	Vorstellung meiner persönlichen Grundpfeiler auf dem Weg zur Atempsychotherapie	7
3.1	Die Vipassana-Meditation	7
3.2	Der Erfahrbare Atem nach Ilse Middendorf	9
4	Vorstellung der Atempsychotherapie nach Stefan Bischof	12
4.1	Basis der Atempsychotherapie	12
4.2	Diagnostik	13
4.3	Diagnosefindung anhand einer persönlichen therapeutischen Erfahrung ..	14
4.4	Mögliche therapeutische Ansätze	14
5	Fallbeispiel	17
5.1	Biografie	17
5.2	Erscheinungsbild	21
5.3	Befund	22
5.4	Therapiesetting und Verlauf	23
5.5	Überprüfung der Veränderungen nach abgeschlossener Therapie	25
6	Zusammenfassung	27
7	Schlusswort	28
8	Literaturverzeichnis	29

1 Persönliche Motivation

Der Atem hat mich wie ein roter Faden durch mein Leben begleitet.

Die Kindheitserfahrungen habe ich durch negative Begebenheiten in Erinnerung. Heute weiss ich zu schätzen, dass ich nur durch diese negativen Erfahrungen wachgerüttelt und dadurch motiviert wurde, das Bewusstsein zu schulen und die Hintergründe anzuschauen.

Obwohl ich ein durchaus gesundes Mädchen war, hatte ich oft Mühe mit körperlichen Anstrengungen. Weshalb kam ich beim Rennen auf den Zug so schnell ausser Atem? Weshalb spürte ich oft einen Druck auf der Brust verbunden mit Atemnot, wenn ich traurig oder wütend war? Weshalb hatte ich manchmal das Gefühl, nicht genügend durchatmen zu können?

Während der Kindheit habe ich keine Antworten auf diese Fragen erhalten.

Nach meiner Ausbildung als Pflegefachfrau habe ich die erste Sinneskrise erlebt. Ich hatte ein berufliches Ziel erreicht und merkte gleichzeitig, dass es nicht dem entsprach, wonach ich eigentlich Sehnsucht hatte. Spitäler und andere Gesundheits-Institutionen müssen finanziell rentabel sein und die Bürokratisierung beherrschte den Alltag in der Pflege. Die Angst vor dem Tod ist allgegenwärtig und wird in der Hektik der Betriebe verdrängt.

Ich konnte den Beruf nicht so ausüben wie ich es mir vorgestellt hatte, denn es entsprach in keiner Weise meiner ethischen Haltung. Es fehlte mir ein umfassendes Menschenbild und der körperliche Aspekt einer Krankheit stand zu einseitig im Vordergrund.

Ich erlaubte mir eine Auszeit und begab mich auf eine Reise durch Südostasien. Dort hatte ich das Glück, in verschiedenen Klöstern von Burma und Thailand mit der Meditation in Kontakt zu kommen. Von den verschiedenen Meditationsarten war es die Vipassana-Meditation, die für mich wegführend war. Bis zum heutigen Tag praktiziere ich diese Meditation, alleine oder auch in einer Gruppe.

Schon nach kurzer Zeit habe ich durch das regelmässige Üben Antworten auf die Fragen in meiner Kindheit erhalten. Ich merkte, dass ein Druck auf der Brust sich löst, wenn ich den Atem fliessen lassen kann und die hochkommenden Gefühle ihren Platz haben dürfen. Erstmals wurde mir bewusst, dass ich überhaupt solche Emotionen in mir trug und dass die Angst davor verschwand, wenn ich sie wertfrei aufsteigen lassen konnte.

Ich war am Ziel meines diesbezüglichen Weges angekommen und wusste ganz genau, dass ich diese Erfahrungen auch beruflich umsetzen wollte und dass der Atem dabei eine zentrale Stellung haben musste.

Wie so oft im Leben wurde ich fündig, wenn ich mit offenen Sinnen auf der Suche war. Ich las beim Warten in einer Physiotherapie-Praxis den Prospekt über einen Schnupperkurs in Atemtherapie nach Middendorf: „der Erfahrbare Atem.“ Die Ausschreibung entsprach meinen Vorstellungen und machte neugierig, so dass ich mich anmeldete.

Nach diesen Schnuppertagen war klar, dass ich die Ausbildung zur Atemtherapeutin nach Ilse Middendorf absolvieren wollte. Die Ausbildungsziele deckten sich mit meinen Vorstellungen und ich bereute meinen Entschluss nie.

In einer Gemeinschaftspraxis mit Psychotherapeuten begann ich nach der Ausbildung meine Praxistätigkeit als Atemtherapeutin und bin bis auf den heutigen Tag dort eingemietet.

Von meinen Kollegen werden mir vertrauensvoll Klienten mit Atem- und Schmerzproblemen zugewiesen. Diese Menschen haben oft eine lange Leidensgeschichte hinter sich. Obwohl sie von medizinischer Seite her als gesund befunden wurden, sind die Symptome noch offensichtlich und müssen von einem psychogenen Hintergrund her angegangen werden. In der jüngeren Vergangenheit häufen sich vor allem Klienten mit dem Krankheitsbild der Fibromyalgie. Bei allem Respekt gegenüber der traditionellen Methodik nach Ilse Middendorf begann ich deren Mängel zu bemerken. Für diese leidenden Menschen ist es nicht optimal, reine Empfindungsarbeit anzubieten.

Auf der Suche nach einer geeigneten Zusatzausbildung bin ich schliesslich auf das Institut für Atempsychotherapie von Stefan Bischof gestossen und habe die Ergänzungsausbildung zur Körperpsychotherapeutin besucht.

Heute fühle ich mich nach dieser Ausbildung professioneller ausgerüstet für die therapeutische Arbeit bei Menschen mit psychogenetischen Atem- und Schmerzsymptomen.

2 Gliederung der Arbeit

Wie aus der persönlichen Einführung hervorgeht, haben im Wesentlichen drei Methoden mein persönliches wie auch mein berufliches Leben bestimmt:

1. die Vipassana-Meditation (→ Kap. 3.1)
2. der Erfahrbare Atem nach Ilse Middendorf (→ Kap.3.2)
3. die Atempsychotherapie nach Stefan Bischof (→ Kap 4).

Erst später ist mir bewusst geworden, dass die Schulung der Achtsamkeit, der Kern der Vipassana-Meditation und der Erfahrbare Atem integrierte Bestandteile der Atempsychotherapie sind. Anders formuliert könnte man sagen, dass sich die Atempsychotherapie aus diesen Elementen entwickelt hat. Das organische Zusammenschmelzen dieser Methoden bildet das Konzentrat der Arbeit in der Atempsychotherapie.

Die Vipassana-Meditation und den Erfahrbaren Atem werde ich in kürzerer Fassung behandeln und den Schwerpunkt auf das Vorstellen der Atempsychotherapie legen. Deren Hintergrund und theoretische Fundierungen werde ich näher zu beschreiben versuchen.

Wie in der Einführung schon erwähnt, werde ich immer öfter mit dem Krankheitsbild der Fibromyalgie konfrontiert, was mich auch motiviert hat, die Wirkung der Atempsychotherapie spezifisch bei dieser Krankheit genauer zu recherchieren. Die diagnostischen Möglichkeiten sowie die therapeutische Methodik werde ich anhand eines Klienten aufzeigen, der an Fibromyalgie und depressiven Verstimmungen leidet.

Mit einem ausführlicheren Fallbeispiel werde ich dieses Krankheitsbild vorstellen und den Verlauf der Therapie aufzeigen. Zum Schluss möchte ich eine ehrliche Bilanz vorlegen. Wie sehe ich im Nachhinein diese Therapiesequenz? Ist die Atempsychotherapie geeignet für diese Krankheit? Wie ist meine Befindlichkeit als Therapeutin und wo liegen meine Grenzen?

3 Vorstellung meiner persönlichen Grundpfeiler auf dem Weg zur Atempsychotherapie

3.1 Die Vipassana-Meditation

Meditation (lateinisch *meditatio* = „zur Mitte ausrichten“ von lateinisch *medius* = „die Mitte“; auch in der Bedeutung „das Nachdenken über“) ist eine in vielen Religionen und Kulturen geübte spirituelle Praxis. Durch Achtsamkeits- oder Konzentrationsübungen soll sich der Geist beruhigen und sammeln. In östlichen Kulturen gilt sie als eine grundlegende und zentrale bewusstseinsweiternde Übung. Die angestrebten Bewusstseinszustände werden, je nach Tradition, unterschiedlich und oft mit Begriffen wie *Stille*, *Leere*, *Panorama-Bewusstsein*, *Eins-Sein*, *im Hier und Jetzt sein* oder *frei von Gedanken sein* beschrieben (Wikipedia, 2009a).

Wirkungen: Regelmässige Meditation wirkt beruhigend und wird in der westlichen Medizin als Entspannungstechnik empfohlen. Die Wirkung, der meditative Zustand, ist neurologisch als Veränderung der Hirnwellen messbar. Der Herzschlag wird verlangsamt, die Atmung vertieft, Muskelspannungen reduziert. Richard Davidson und KollegInnen von der University of Wisconsin (Lutz, 2004) konnten bei buddhistischen Mönchen eine grössere Aktivität im linken Stirnhirnlappen und verstärkte Gamma-Wellen im EEG zeigen. Die Psychologin Sara Lazar (2005) konstatierte bei erfahrener Meditieren deutliche Verdickungen in Bereichen der Grosshirnrinde, die für kognitive und emotionale Prozesse und Wohlbefinden wichtig sind.

Das Meditationszentrum Beatenberg, Waldegg, CH-3803 Beatenberg lädt die suchenden Menschen zur Vipassana-Meditation wie folgt ein:

„ Zur Teilnahme der Kurse ist es keinesfalls notwendig, sich in seiner religiösen Zugehörigkeit zu definieren oder sich mit buddhistischen Ideen oder Grundsätzen zu identifizieren. Vielmehr ist ein Interesse an innerem Wachstum, befreiender Erkenntnis und mitfühlendem Handeln Beweggrund solcher Praxis.“(von Allmen, 2009).

Ich kenne und schätze dieses Zentrum sehr und habe dort schon einige Kurse besucht. Fred von Allmen, ein Vipassana-Lehrer, umschreibt sehr eindrücklich die Wirkung dieser Meditation:

„ Vipassana heisst: Erkenntnis, Klar Sehen. Durch Sammlung und Gewahrsein erforschen wir die wahre Natur des Daseins von Körper, Herz, Geist und allen Dingen. Das klare Erkennen ihrer vergänglichen, nicht-erfassbaren Natur ermöglicht tiefes inneres Loslassen und Annehmen, wodurch Gelassenheit entsteht und innere Befreiung möglich wird. Durch die Erfahrung der Verbundenheit aller Wesen werden Liebe und Mitgefühl vertieft (von Allmen, 2009).“

Praktisches Vorgehen

Geschützten Raum und Meditationsplatz einrichten, möglichst Aussenirritationen vermeiden; falls dies nicht möglich ist, werden diese in die Meditation integriert.

Dauer der Meditationsübung vorher festlegen, evtl. mit Wecker kontrollieren.

Ich nehme eine Körperhaltung ein, die ich nicht zu verändern versuche, entweder sitzend auf einem speziellen Meditationskissen oder -hocker oder auch auf einem Stuhl.

Als Vorübung für die Beruhigung des Geistes konzentriere ich mich auf die Gegend zwischen Oberlippe und Nase und registriere dort jeden Ein- und Ausatem. Ich kann diesen feinen Hauch an dieser Stelle gut wahrnehmen.

Gedanken, Gefühle, innere Bilder, Geräusche die mich ablenken nehme ich wahr, lasse sie wieder ziehen und gehe mit der Aufmerksamkeit immer wieder an diese Körperstelle zurück.

Meine innere Haltung ist wertfrei und alles ist gut, so wie es ist. Alles was in mir hochkommt gehört zu mir und ist weder gut noch schlecht. Ich hänge an nichts fest und brauche nichts zu analysieren oder zu begründen.

Nach der Vorübung kann ich durch den ganzen Körper reisen und alles wahrnehmen, was auf dieser körperlichen Ebene an Empfindungen zu spüren ist. Ich kann diese Reise frei gestalten, indem ich entweder meine Aufmerksamkeit immer dorthin lenke, wo die stärkste Empfindung besteht oder indem ich strukturiert vom obersten Teil des Körpers zum untersten Teil des Körpers wandere (Beispiel: Beginn Scheitelpunkt, Ende Fusssohlen).

Ich installiere in mir eine liebevolle, nicht wertende und sehr interessierte Zeugin, mit Vorteil eine weibliche Person, die allgegenwärtig ist und mich nie verlässt.

Ich kann alle Vorkommnisse etikettieren. Gedanken bekommen das Etikett „Denken“, Wut bekommt das Etikett „Fühlen“ usw.

Wenn ich abschweife, versuche ich dies zu merken und kann mich besser zurückholen, indem ich mich auf meinen Atem konzentriere. Jeder Ein- und Ausatem wird liebevoll begleitet und zugelassen. Auch hier ist die Begleiterin spiegelnd anwesend.

Eigene Erkenntnisse und Erfahrungen mit Vipassana-Meditation

Wie schon in der persönlichen Einführung erwähnt, habe ich Gefühle in mir kennen- und akzeptieren gelernt, vor deren Existenz ich viel Angst hatte. Eine unbeschreibliche Neugierde hat mich motiviert, diesen Weg des Bewusstwerdens weiter zu beschreiten.

Mit dem Üben hat sich meine Ich-Kraft gestärkt und damit auch die Kraft zur Integrationsfähigkeit dieser Emotionen. Nicht dass im Alltag die Gefühle weniger präsent wären, der Unterschied ist lediglich, dass ich mich nicht überwältigen lasse durch sie. Ich durchlebe sie im Vertrauen, dass sie weiterziehen und dass innerhalb ungewisser Zeit wieder ein anderes Gefühl kommen wird. Zudem ist die Begleiterin beständig wie ein Schutzengel in mir und ich habe die Gewissheit, nicht verlassen zu werden. So brauche auch ich mich nicht zu verlassen und erlebe in mir Geborgenheit und Freude an meiner Lebendigkeit, wie auch immer sich diese manifestiert.

Ich habe viel Verständnis für mich gewonnen und kann dadurch bei meiner Arbeit als Atempsychotherapeutin auch meine Klienten besser verstehen. Die Toleranz mir gegenüber empfinde ich auch anderen gegenüber.

Das Leben ist nicht einfacher, jedoch bunter und lebendiger geworden!

Überdies haben sich meine Konzentrationsfähigkeit und meine Auffassungsgabe verbessert.

3.2 Der Erfahrbare Atem nach Ilse Middendorf

Ilse Middendorf war eine der führenden Expertinnen auf dem Gebiet der Arbeit am Atem. Nach Ausbildungen in Gymnastik, Tanz und verschiedenen Formen der Leibtherapie arbeitete sie mit Cornelis Veening (1995). Er ist bekannt geworden durch die Ausarbeitung einer eigenen Atemlehre. Er war in der Entwicklung seiner Lehre stark beeinflusst durch die Tiefenpsychologie.

Die Grundannahme bei der Atemtherapie nach Ilse Middendorf ist, dass das Atemgeschehen ein körperlicher Vorgang ist, welcher von physischen Funktionen und Begebenheiten beeinflusst wird und gleichzeitig die Psyche berührt. Der Mensch wird als Einheit betrachtet, bestehend aus Körper, Geist und Seele. Der Atem ist dabei das alles verbindende Element. So wird mit dem zugelassenen Atem gearbeitet und mit der Vorstellung, dass zwischen Atem, Sammlung und Empfindung eine Wechselwirkung besteht, die bei gleichzeitiger Balance zwischen Hingabe und Achtsamkeit eine bewusste Entwicklung für den Klienten möglich macht.

Dies ist eine Methodik, die, wie schon oben erwähnt auf die Atemarbeit ihres Lehrers Cornelis Veening zurückführt. Eine ähnliche Arbeitssichtweise verbindet sie mit Graf Karlfried Dürckheim, dem Gründer der Initiatische Therapie (Dürckheim, 1973). Frau Middendorf hat auch die Typenlehre von C.G. Jung (1967) übernommen, die davon ausgeht, dass der menschliche Geist sich entweder im Denken, Fühlen, Empfinden oder Intuieren bewegt. In den letzten fünfzig Jahren ist die Arbeit von Frau Middendorf ständig weiter entwickelt worden und seit 1965 besteht die Möglichkeit, sich als Atempädagoge/In/therapeutIn ausbilden zu lassen.

Die Erläuterung zu den drei Grundpfeilern: Sammeln, Empfinden, Atmen beschreibt Ilse Middendorf selbst sehr anschaulich in ihrem Buch: „Der Erfahrbare Atem“:

„Wenn Sie Ihre Hände breit auf Ihren Leib legen und atmen, so sind Sie dort hingesammelt und empfinden Ihre Atembewegung. Anders gesagt: Wenn Sie sich unter diese Hände sammeln, so empfinden Sie sie gleichzeitig, und die Atembewegung setzt ein, oder Sie empfinden Ihre Hände, deshalb entsteht Atembewegung, die Sie, sich dorthin sammelnd, erfahren.

Sammeln und Empfinden stehen in dichter Beziehung zueinander. Sammle ich mich in eine Gegend meines Leibes, so empfinde ich dort. Empfinde ich eine Gegend meines Leibes, so bin ich auch hingesammelt“ (Middendorf, 1986, S.19).

Sammeln heisst anwesend sein, d.h. in der Achtsamkeit richte ich meine ganzheitlichen Kräfte zur gewählten Gegend hin. Anwesenheit ist ein Kernpunkt des Übens am Atem. Kraft ist Sammlung, aus der Wesentliches entsteht. Sie bildet die vom Wesen nicht getrennte Ich-Kraft, die gleichzeitig Bewusstheit ist.

Die Empfindungsfähigkeit ist die Reaktion auf Reize, deren Grundlage das sensible Nervensystem ist. Das Wahr-Nehmen als Antwort auf diese Reize ist unmittelbar, genau und unverfälscht. Die Empfindung ist rein körperlicher Natur, im Unterschied zu Gefühlen, die sehr subjektiv und nicht wertfrei sind. Die Empfindungen breiten sich durch die Atmung im Körper aus und werden räumlich erfahrbar gemacht.

Durch die Schulung des Sammelns und der Empfindungsfähigkeit entsteht Atembewegung. Diese Schulung eröffnet uns ein weites Feld an Bewusstseinsweiterung.

Einen Satz möchte ich noch zitieren, der bei der Ausbildung unser Leitfaden war und der auch die poetische Begabung von Frau Middendorf zum Ausdruck bringt:

„wir lassen unseren
Atem kommen,
wir lassen ihn gehen
und warten, bis er von
selbst wiederkommt“ (Middendorf, 1986, S.19).

Wie sieht die Atemarbeit nach Middendorf in der Praxis aus?

Die Arbeit versteht sich sowohl als Gruppen- sowie auch als Einzelarbeit.

Gruppenarbeit:

Ich beschränke mich bei der folgenden Auflistung auf die für diese Arbeit wesentlichen Aspekte; natürlich gibt es noch eine Vielfalt von weiteren möglichen Arbeitsweisen:

Dehnungsübungen, die während der Einatemphase die inneren Räume erkenntlich machen. Der Körper wird eingeteilt in den unteren, mittleren und oberen Raum. Zusätzlich kennen wir noch den Aussen- und Innenraum.

Druckpunktarbeit: durch den Druck einer bestimmten Körperstelle wird in einem bestimmten anderen Bereich Atembewegung angeregt und es werden ähnliche Impulse ausgelöst wie bei Dehnungsübungen.

Vokalraumarbeit: jeder Vokal und jeder Konsonant hat seinen bestimmten Sitz im Körper und löst verschiedenste Empfindungen und Stimmungen aus. Diese Arbeit wird logischerweise im Ausatem geübt.

Bewegung aus dem Atem: die höchste Stufe für den Übenden, indem die Persona überwunden werden kann und die Ich-Kraft sich in aller Reinheit nach aussen gestalten darf. Es sind dies vollkommene, harmonische Bewegungen aus der Tiefe, jenseits von allen Zäsuren und Vorstellungen des Intellekts.

Behandlungsarbeit:

Frau Middendorf (1986, S.86) nennt die Atembehandlung auch „Das Atemgespräch“.

Der Atem des Liegenden reagiert auf die Begegnung der Hände des Behandlers.

Wenn ich davon ausgehe, dass der Leib das Haus der Seele ist, so möchte ich dieses Haus kennen lernen und schön einrichten, sodass sich die Seele auch wohlfühlen und entfalten kann. Manchmal ist dieses Haus an verschiedenen Orten zu dunkel, manchmal zu hell, manche Räume sind vielleicht noch verschlossen oder überladen oder leer. Eine unendliche Vielfalt an Architekturen und Strukturen dieser Häuser treffe ich als Atemtherapeutin an.

Mein Leitseil ist der Atem: Wie reagiert er? Wie verändert er sich? Wie kann ich mit ihm in Kontakt bleiben?

Mein Ziel ist der freie, zugelassene Atem, der dann entstehen wird, wenn sich die Seele wohlfühlt.

Für diese Behandlungsarbeit werden verschiedene Griffe gelernt, jedoch ist die Technik nie im Vordergrund. Manchmal spüren die Hände sehr intuitiv, an welcher Stelle des Körpers gerade behandelt werden muss.

Meine eigenen Erfahrungen in der Middendorf-Arbeit:

Während der Ausbildung war vor allem in den ersten Semestern die Selbsterfahrung von grosser Wichtigkeit. Das allmähliche Kennenlernen meiner eigenen Atemräume und die zunehmende Empfindungsfähigkeit haben mich tief berührt. Auf diesem Weg habe ich viel Schönes und viel Schwieriges erfahren über mich.

Die Arbeit verändert sich in ganz kleinen Schritten, und vor allem hört sie nie auf. Ich habe verstanden, dass dieser Bewusstseinsprozess das ganze Leben andauern wird.

Obwohl ich schon vor der Ausbildung viel an meiner Selbsterfahrung gearbeitet hatte und geübt in Vipassana-Meditation war, musste ich etliche Schwierigkeiten und Krisen durchlaufen:

Wie wird die Arbeit mit unerfahrenen Menschen sein?

Wie wird sie mit kranken oder sehr Ich-schwachen Menschen sein?

Reicht die reine Empfindungsarbeit durch den Erfahrbaren Atem im therapeutischen Prozess?

Ich darf behaupten, dass ich während meiner Tätigkeit in der Atempraxis vielen Menschen helfen konnte. Dies waren vor allem Menschen, die schon Erfahrungen in anderen Therapiebereichen hatten. Diese Menschen waren schon früher mit ihren Verhaltensmustern konfrontiert worden und kannten ihre Gefühle.

Leider haben sich meine Zweifel zumindest teilweise bewahrheitet. Den Menschen mit sehr schwacher Ich-Kraft konnte ich mit der reinen Middendorf-Arbeit nicht adäquat helfen. Reine Empfindungsarbeit war oft nicht möglich; das Hochkommen von Gefühlen musste auch verbal verarbeitet werden.

Auf Grund meiner früheren eigenen Erfahrungen habe ich intuitiv zusätzliche Elemente in meine atemtherapeutische Arbeit einfließen lassen. In dieser Zeit haben mich die Psychotherapeuten in der Gemeinschaftspraxis mit ihrer wertvollen Hilfe unterstützt. Trotzdem spürte ich das Bedürfnis, mich wieder auf die Suche nach einer geeigneten Weiterbildung zu begeben.

Auf diese Weise bin ich, wie schon erwähnt, auf die Ausbildung als Atempsychotherapeutin gestossen.

4 Vorstellung der Atempsychotherapie nach Stefan Bischof

Wenn ich an die Essenz der Atempsychotherapie denke, so sind diese Worte oder vielmehr dieses Gedicht, welches oft die Tagungsberichte oder Weiterbildungskurse von Stefan Bischof einleitet, auch für mich das Leitmotiv dieser Arbeit:

„atmen, so sein dürfen wie ich bin, mich annehmen im atem der Ich bin, Sein im atem der ich Bin, Atem“ (Bischof, 2005).

4.1 Basis der Atempsychotherapie

Wie das obige Gedicht zeigt, geht es darum, so sein zu dürfen wie ich bin, das „Selbst“ leben zu lassen. Dieses „Selbst“ kann sich mit dem zugelassenen Atem manifestieren oder umgekehrt ausgedrückt: der zugelassene Atem kommt aus der gleichen Tiefe wie das Selbst oder die Träume, nämlich aus dem Unbewussten.

Nur durch das geweckte Selbst ist der Mensch ganz und kann sich dem Leben hingeben und sich auf eine befriedigende Weise weiter entwickeln.

Wie kann einem Menschen, der in Not ist und dessen Selbst tief verpackt ist, durch die Atempsychotherapie geholfen werden?

Was bedeutet der Begriff „Selbst“? In den östlichen Religionen und in der Mystik werden die Ich-Strukturen als Persönlichkeitsmasken angesehen, die es gilt abzulegen, um die Wahrheit des Selbst zu erkennen, das den Wesenskern des Menschen darstellt. Durch die Führung des Selbst soll es möglich sein zur Erfahrung des Göttlichen zu gelangen.

Nach Sigmund Freud, dem Gründer der Psychoanalyse, der die Begriffe „Ich“ (Kritischer Verstand, Triebverzicht, Kontrolle), „Über-Ich“ (Gebote, Verbote, Forderungen), „Es“ (tiefe Bedürfnisse, Lustprinzip) ins Leben gerufen hat, würde das Selbst dem alten „Es“ entsprechen.

Am Menschenverständnis von C.G. Jung orientiert sich die heutige Atempsychotherapie. Sie richtet sich nach den Konzepten des Unbewussten und Bewussten, sowie auf das Ich, die Persona, das Selbst, den Schatten und deren Gesetzmässigkeiten. Dabei wird der zugelassene, bewusste Atem als Zugang zum Unbewussten, zum Selbst als anordnendes, ganzmachendes und heilendes Prinzip verstanden (Bischof, 2009a; Trungpa, 2005).

Atemmuster sind besonders empfindlich gegenüber emotionalen Zuständen und Verhaltensakten. Deshalb kann das umfassende Gewahrsein der Atmung dazu dienen, Prozesse bewusst zu machen, die weit jenseits der rein körperlichen Empfindungen der Atmung liegen (vgl. auch Grossman, 2007).

Das Werkzeug der Atempsychotherapeuten sind die vier Bewusstseinsfunktionen des Menschen: das Denken, das Fühlen, das Empfinden und das Intuieren. In dieses „Feld“ (vgl. Bischof, 2009b) begeben wir uns, lassen uns therapeutisch durch die Übertragung und Gegenübertragung leiten und haben zum Ziel, dass alle diese Bewusstseinsfunktionen gleichberechtigt und lebbar sein dürfen.

Die Atempsychotherapie möchte die Selbstverantwortung und die Nachhaltigkeit im Menschen fördern! Sie ist Wahrnehmungsschulung und geschieht im Hier und Jetzt.ⁱ

Basis für unsere Arbeitseinstellung ist das humanistische Menschenbild. Dieses Bild geht davon aus, dass der Mensch primär gut ist!

Die Kernthese von Carl Rogers in der humanistischen Psychologie lautet:

Das Individuum verfügt potentiell über unerhörte Möglichkeiten, um sich selbst zu begreifen und seine Selbstkonzepte, seine Grundeinstellung und sein selbstgesteuertes Verhalten zu verändern; dieses Potential kann erschlossen werden, wenn es gelingt, ein klar definiertes Klima förderlicher psychologischer Einstellungen herzustellen.

Psychische Störungen entstehen nach Meinung der Humanisten, wenn äussere Umwelteinflüsse die Selbstentfaltung blockieren (Wikipedia, 2009b).

4.2 Diagnostik

Bei der ersten Begegnung des Klienten mit dem Therapeuten entsteht ein Wirkungsfeld. Unter diesem verstehen wir einen ermöglichenden Raum, in welchem sich die Wahrnehmung öffnen kann. Klient und Therapeut nehmen dabei unbewusste und bewusste Botschaften auf. Diese Botschaften und Resonanzen entsprechen leib-seelischen Gegenübertragungsphänomenen. Der Therapeut muss fähig sein, diese vielfältigen Wahrnehmungen zu sortieren und auseinander zu halten, was seine eigenen und was die fremden Anteile sind (Bischof, 2003). Es kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die meisten Menschen ihre Beziehungen vermehrt in einer Übertragungshaltung ausleben.

Hier einige mögliche Phänomene aus den oben beschriebenen vier Bewusstseinszuständen nach C.G. Jung:

- Empfindungsebene: - Muskeltonus, Körperausdruck, Atembewegung
- Intuitivebene: - Assoziationen, Phantasien, Instinkte, Impulse
- Gefühlsebene: - Sympathie, Antipathie
- Denkebene: - Analysieren, Werten

Damit die Diagnostik erfolgreich vollzogen werden kann, benötigen wir eine intensive Beziehungsarbeit. Wir gehen davon aus, dass die kindlichen Beziehungsmuster des Klienten auf den Therapeuten übertragen werden. Der Therapeut resoniert auf die übertragenen Anteile des Klienten und erkennt ähnliche Muster in sich selbst. Die dadurch erzeugten Gefühle werden Gegenübertragungsgefühle genannt.

Ich kann nun diese Gegenübertragungsgefühle nutzen und sie in die therapeutische Atem- und Körperarbeit einfließen lassen.

Ich erkenne bei meinem Klienten auf welcher Bewusstseinsstufe er sich aufhält und ich hole ihn dort ab, wo er mich verstehen kann.

Ich kann wohl meine Wahrnehmungen spiegeln, jedoch von meinem Klienten nicht erwarten, dass er mich auf der Gefühlsebene versteht, wenn er sich

ⁱ Zitat St. Bischof während einer Supervision 2009.

dominanterweise auf der Empfindungsebene aufhält. Ich erreiche ihn vorerst auf der Ebene, auf der auch er sich momentan befindet.

4.3 Diagnosefindung anhand einer persönlichen therapeutischen Erfahrung

Ich habe dieses Fallbeispiel für die Diagnosefindung gewählt, weil sich dieses Beispiel aus meiner Praxis sehr gut für die Diagnosekriterien der Atempsychotherapie eignet.

Bei jedem Therapiebeginn ist die differenzierte Anamnese von grosser Wichtigkeit. Ich erfasse die Biografie, höre auf den Klang der Stimme, sehe den Körperausdruck und die Bewegungsmuster und erkenne vielleicht schon einiges über den Fluss des Atems.

Herr P.K. sitzt mir steif gegenüber. Er ist Akademiker und legt sehr grossen Wert auf seine Bildung. In seinem Elternhaus wurde diese schon früh gefördert und die Erwartungen diesbezüglich waren hoch. Beiläufig erzählt er, dass er gerne gemalt habe, dies aber von den Eltern nur als unnütze Freizeitbeschäftigung abgetan wurde. Er habe sehr gut und sehr viel gemalt. Bei diesem Satz entkrampft sich sein Körper für kurze Zeit, er seufzt und seine Stimme ist kraftvoller als bei der restlichen Erzählung. Der Energiepegel war viel höher bei dieser kurzen Abschweifung. Danach ist der Körper wieder hyperten und starr. Er leidet an diffusen Schmerzen und hat nach jahrelanger medizinischer Abklärung die Diagnose Fibromyalgie erhalten. Er kommt zu mir in Therapie, weil er sich leer, erschöpft und lustlos fühlt und zudem oft Atemnot hat. Er delegiert sofort seine Problematik an mich mit dem Satz: „Bitte tun sie etwas, damit ich besser atmen kann.“

Herr P.K. ist mir primär sympathisch, ich kann in seiner Biografie meine eigenen Anteile erkennen, hätte ich doch auch gerne den Beruf der Schauspielerin ergriffen und etwas anderes wurde von mir erwartet. Im Feld spüre ich die Kopflastigkeit des Klienten und vermisse seine Gefühle. Die Bewusstseins Ebenen Denken und Empfinden (Schmerzen) sind im Vordergrund, die Ebenen der Gefühle und der Intuition im Hintergrund. Die Gefühle dürfen nicht sein, denn wahrscheinlich liegt ein grosser Schmerz in der unbewussten Tiefe.

In der Gegenübertragung spüre ich Wut, Aggression und unendliche Trauer.

Die Beziehung zwischen uns scheint gut, denn in keinem Moment weicht er mir aus und auch ich kann mich gut auf ihn einlassen. Ich habe das Vertrauen, dass ich mit Herrn P.K. gut arbeiten werde.

Mit meinen Werkzeugen: Beziehung, Feldarbeit und geschulter Wahrnehmung (in mir ist die liebevolle Beobachterin präsent), komme ich zur Diagnose, dass Herr P.K. abgesehen von der Fibromyalgie, auch unter einer Depression leidet.

4.4 Mögliche therapeutische Ansätze

Herr P.K. wurde als Kind ungenügend wahrgenommen und nicht ausreichend gespiegelt.

Er wurde somit auf der psychischen Ebene verlassen und hat sich dadurch auch selbst verlassen und sich abgewöhnt, seine Bedürfnisse zu spüren.

Unsere therapeutische Beziehungsarbeit ist also von grösster Wichtigkeit. Ich öffne dafür das Feld, jenseits von jeglichem Bewerten und Urteilen. Ich habe die innere Haltung, dass alles gut ist, so wie es ist. Ich versuche zu formulieren, was ich spüre und bin mit meiner Wahrnehmung äusserst präsent.

Ich spiegle meinen Klienten, d.h. er soll sich gesehen und gehört fühlen durch meine empathische Haltung. Diese Spiegelung kann auf verbaler oder körperlicher Ebene erfolgen. Sie verstärkt die Beziehung und setzt in der Tiefe an, genau dort wo er sich damals als Kind verlassen fühlte.

Ich kann meine Gegenübertragungsgefühle mitteilen und beobachten, wie mein Gegenüber reagiert und wie sich seine Atmung verändert.

Herr P.K. lässt den Atem zu, wenn er vom Malen erzählt. Hier kann ich ansetzen, hier können Gefühle und Bedürfnisse an die Bewusstseinsoberfläche kommen, wenn ich ihn auffordere seinem Atem zu folgen. Er lernt seine Bedürfnisse zu benennen und ernst zu nehmen. Diese Wahrnehmung kann an die Ich-Kraft angebunden werden, womit diese gestärkt wird.

Auch lernt er, dass ein Gefühl kommt und geht und zu ihm gehört und dass das Üben des Zulassens die Angst vor diesen Gefühlen mindert.

Auf der körperlichen Ebene hat Herr P.K. seine Ressourcen in der Gegend des Bauches. Hier fühlt er sich wohl und kann aufkommende Gefühle am besten spüren, im Gegensatz zum Herzraum, den er als zugemauert empfindet. Die Sammlung kann nun abwechslungsweise vom Herzen zum Bauch gelenkt werden. Durch das Pendeln kann er seinen Körper wieder schätzen lernen, den er seit langem wegen chronischen Schmerzen abgelehnt hat. In Körperbereichen, in denen wir uns wohl fühlen sammeln wir uns gerne hin und können vermehrt empfinden und atmen. Für Herrn P.K. kann es auch eine Möglichkeit sein, sich von schmerzenden Stellen abzulenken.

Er ist anfänglich oft verwirrt, denn seine Gefühle entspringen aus einer kindlichen, ihm unbekanntem Ebene. Da er sehr interessiert ist an theoretischem Wissen, kann ich ihm durchaus erklären, was Regression und Progression bedeuten und dass diese in unserer Therapie durchaus wünschenswert sind.

Trotz grosser Motivation hat auch Herr P.K. seine Widerstände in Form von heftigen Schmerzattacken oder indem er sehr auf die Kopfebene ausweicht und alles zerredet. Im Feld ist dies für mich wahrzunehmen und ich mache ihn darauf aufmerksam. Ich akzeptiere diese Widerstände, bin wertfrei, spiegle sie und weiss, dass sie sich nur durch diese Akzeptanz allmählich auflösen. Widerstände haben Sinn, die Ich-Kraft muss weiterhin gestärkt werden.

Herr P.K. beginnt seinen Körper zu spüren. Wir erarbeiten die drei Körperräume vor allem durch Dehnungsübungen. Nur ganz selten liegt er für eine Behandlung. Es scheint mir sehr wichtig, dass er nicht mehr die Verantwortung für seine Befindlichkeit an mich delegiert, was beim Behandeln bei ihm gerne eintritt. Wenn er sich aktiv dehnt, freut er sich sehr über seine ungeahnte innere Grösse, besonders im oberen Raum, den er bis anhin als zu eng empfunden hat. Wir üben auch seine Körpergrenzen zu spüren, damit allfällige Übergriffe gegen seine wahren Bedürfnisse nicht mehr möglich sind. Wir machen viel lustvolle Widerstandsarbeit, wobei er seine Kraft spüren und lieben lernt und realisiert, dass dabei die Schmerzen verringert werden. Nachdem er sich über seine Grenzen bewusst ist, können wir auch mit Partnerübungen arbeiten.

Den Weg aus der Depression erarbeiten wir mit Hilfe des absteigenden Ausatemens. Herr P.K. übergibt sich dem Boden, begibt sich zum tiefsten Punkt. Dort wird er konfrontiert mit seiner Einsamkeit und seiner Trauer. Von selbst spürt er nach einer gewissen Zeit den Impuls wieder hochzukommen, sich von unten her gegen die Schwerkraft aufzurichten.

Das nachfolgende Arbeiten am aufsteigenden Ausatem gibt ihm Energie und belebt ihn, er erlebt erstmals den Boden als tragendes Element unter seinen lebendig gewordenen Füßen. Danach fördern wir mit speziellen Übungen die Durchlässigkeit der Gelenke. Wenig später ist er sehr motiviert, Übungen mit archetypischen Formen zu probieren, bei denen er sich sehr aufgehoben und mit dem gesamten Kosmos verbunden fühlt. Während diesen Übungen ist sein Atem schon oft zugelassen! Desgleichen fließen auf der psychischen Ebene die Tränen der Trauer oder gar der Freude. Diese Gefühle sind bei mir im Wahrnehmungsfeld gut spürbar.

Herr P.K. gewinnt Freude an Bewegung allgemein und fängt an mit regelmässigem Krafttraining und Joggen. Er hat entdeckt, dass der Fluss der Bewegung für eine gute Befindlichkeit äusserst wichtig ist.

Wenn er trotzdem depressive Verstimmungen hat, weiss er nun, wie er seine Sammlung dorthin lenken kann, wo seine Gefühle blockiert sind. Ohne Angst lässt er sie dann hochkommen und reguliert somit selbst seine Befindlichkeit. Parallel mit dem Fluss der Gefühle, der Atmung und der Bewegung sind seine Schmerzen fast verschwunden.

5 Fallbeispiel

5.1 Biografie

Frau M.B. ist 59 Jahre alt, lebt mit einer Lebenspartnerin zusammen und arbeitet halbtags als Sachbearbeiterin im Buchhaltungswesen. Auch ihre Diagnose lautet: Fibromyalgie mit depressiven Verstimmungen. Sie leidet unter anderem an Schmerzen im Brustbereich, was ihre Atmung beeinträchtigt und für sie der Grund war, zu mir in die Therapie zu kommen.

Die Bezahlung läuft über die Zusatzversicherung der Krankenkasse und wurde anfänglich für 10 Sitzungen verordnet. Weitere Verlängerungen wurden nach meinem schriftlichen Begehren zugelassen, sodass sie für insgesamt 30 Sitzungen in meiner Praxis war. Sie kam regelmässig, einmal wöchentlich und wenn die Schmerzsituation zu stark war, meldete sie sich zuverlässig und rechtzeitig ab. Abgesehen von Ferienunterbrüchen habe ich Frau M.B. während einem Jahr in ihrem Prozess begleitet.

Zufällig habe ich sie vor einigen Wochen auf der Strasse getroffen. Es gehe ihr soweit gut, sie habe ihre Schmerzen im Griff, wünsche sich aber zur Vertiefung wieder eine Therapiesequenz bei mir. Es hängt nun von der Kulanz der Krankenkasse ab, ob dies bewilligt wird.

Die Motivation für eine Therapie hat sie anfangs mit folgenden Worten geschildert: „Es kann doch nicht sein, dass man mir eine Diagnose an den Hals wirft und behauptet, dass es psychosomatisch sei. Sicher ist etwas dran, denn meine Lebensgeschichte ist ziemlich schwierig verlaufen und es gibt da Dinge aus meiner Kindheit, die ich einmal verdauen müsste. Ich will etwas tun gegen diese Fibromyalgie und vor allem gegen diese andauernden Schmerzen. Ich weiss auch gar nicht was zuerst war: die Fibromyalgie und dann die Depression oder erst die Depression und danach die Fibromyalgie? Aber irgendwie hängt es ja zusammen, so, wie meine Atemschwierigkeiten auch in einem Zusammenhang stehen?“

Schon bald ist das Therapieziel auf eine heitere Art und Weise formuliert:

„Ob das Huhn oder das Ei zuerst war ist einerlei! Hauptsache wir wissen, dass es zusammenhängt und wir wollen gemeinsam herausfinden, wie es zusammenhängt und was die Hintergründe sind!“

Die ersten beiden Therapiestunden sind wir fast ausschliesslich im Gespräch, wobei sie mir ein umfassendes Bild von sich präsentiert:

Frau M.B. ist das Nesthäkchen nach 6 Geschwistern, der Abstand zum zweitjüngsten Kind sind 10 Jahre. Diese letzte Schwangerschaft war ungewollt, die Mutter wollte deshalb abtreiben, was aber nicht geklappt hat.

Eigentlich war die Mutter zwecks Unterbindung schon im Spital. Dies hatte sie heimlich getan. Als der Vater davon erfuhr, holte er sie gewaltsam aus dem Spital und wenig später entstand diese Schwangerschaft. Der Vater hat die Mutter oft geschlagen, vor allem wenn er alkoholisiert war. Zu den Kindern war er aber nie gewalttätig.

Die Mutter hat sich dann scheiden lassen. Damals war Frau M.B. 7 Jahre alt.

Eigentlich hatte sie die Beziehung mit dem Vater in guter Erinnerung, auch nach der Scheidung durfte sie ihn regelmässig an einem Samstagnachmittag besuchen.

Natürlich wurde es jetzt finanziell sehr eng, sodass die Mutter gezwungen war, einer Arbeit nachzugehen. Die überforderte Frau war chronisch übermüdet und hatte abends dann keine Kraft mehr, sich mit den Kindern abzugeben und musste geschont werden. Dies hat Frau M.B in sehr schmerzlicher Erinnerung.

In dieser Zeit fühlte sie sich vernachlässigt und ist einem sexuellen Übergriff zum Opfer gefallen. Der Ehemann der zweitältesten Schwester, also ihr Schwager, habe ihr viel Aufmerksamkeit geschenkt, was ihr sehr gut getan habe, denn sonst hat nie jemand Zeit für sie gehabt. Natürlich habe sie gemerkt, dass er Dinge von ihr verlangte, die unüblich seien, jedoch sei das Defizit an Berührung und Aufmerksamkeit so gross gewesen, dass sie ihre Bedenken immer wieder verdrängt habe. Dieser Missbrauch hat sich jahrelang hingezogen und erst nach der Pubertät konnte sie sich davon abwenden, als sie mit ihrem Verstand gemerkt habe, was eigentlich mit ihr geschehen sei. Damals hat sie angefangen unter starken Schuldgefühlen zu leiden. Es war niemand da, dem sie sich hätte anvertrauen können. Die zweitälteste Schwester war während dieser Zeit an Unterleibskrebs gestorben. Weil es die Ehefrau des Täters war, sind bei ihr starke Schuldgefühle entstanden.

Gleichzeitig hat eine andere Schwester Suizid begangen, indem sie aus dem Fenster gesprungen ist.

Mit der ältesten Schwester gab es Schwierigkeiten. Sie sei psychisch sehr instabil und bösartig und alle anderen Geschwister haben zu ihr den Kontakt abgebrochen.

Es ist offensichtlich, dass in dieser Familie Chaos herrscht und Frau M.B. hier keine Vertrauensperson findet.

Beruflich hat sie nie einen Abschluss gemacht, hat sich jedoch im Laufe der Zeit weiter gebildet und ist heute immerhin Sachbearbeiterin. In der Arbeitswelt hat es nie Probleme gegeben, immer hatte sie Glück bei ihren Stellen.

Sie hat ganz früh geheiratet und war unsterblich verliebt. Endlich jemand, dem sie wichtig war! Doch schon bald kam die bittere Enttäuschung, denn der Ehemann war ständig ausser Haus und hat sich überhaupt nicht um sie gekümmert. Auch ihm hat sie während der 16-jährigen Ehe nie von ihrer Missbrauchsgeschichte erzählt.

In dieser Zeit schleicht sich die erste Depression ein und sie merkt, dass sie etwas verändern muss. Sie hat noch die Kraft, sich scheiden zu lassen.

Sie entschliesst sich zu einer klassischen Gesprächstherapie, die Jahre dauert. Dort hat sie sich zum erstenmal „geoutet“ und einen Zusammenhang gespürt zwischen ihrer Depression, der Atemmenge und dem Missbrauch.

Trotzdem schleicht sich wieder eine Depression ein und es folgt ein erster Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik für 4 Monate im Jahr 1994. Dort habe sie in einer Gruppe die Atemtherapie kennen gelernt, was ihr sehr gut getan habe.

Sie arbeitet nach der Klinikentlassung nur noch halbtags und fühlt sich sehr unwohl. Chronische Müdigkeit und unklare Schmerzen im ganzen Körper sind ihre ständigen Begleiter.

Im Jahre 1997 kommt es zu einem weiteren Klinikaufenthalt, weil die Depression sie gänzlich arbeitsunfähig macht.

Dort lernt sie eine Mitpatientin kennen und lieben, die heute noch ihre Lebenspartnerin ist und mit der sie sehr glücklich in einer gemeinsamen Wohnung

lebt. Zu ihrem Lesbischsein kann sie voll stehen, eigentlich hätten sich Anzeichen dazu schon längst bemerkbar gemacht, nur habe sie diese nicht zugeben wollen.

Seit dem zweiten Klinikaufenthalt konsumiert Frau M.B. starke Medikamente und schleppt sich mit der chronischen Müdigkeit und den unklaren Schmerzen durch den Alltag. „Es gibt Momente, wo einfach alles wehtut, besonders in den Gelenken.“ Nach mehreren medizinischen Abklärungen steht im Jahre 2004 durch den Rheumatologen die Diagnose Fibromyalgie fest. 12 Tenderpoints haben positiv angegeben. „Endlich hat das Kind einen Namen, und endlich weiss ich, was ich konkret unternehmen könnte!“

Seit Jahren konsumiert sie regelmässig folgende Medikamente:

- Gegen Schmerzen: Tramal-Tropfen / Tramal-retard Tbl. / Dafalgan-Tbl.
- Gegen Muskelverspannungen: Sirdalud-Tbl.
- Antidepressivum: Claropram-Tbl.

Frau M.B. arbeitet weiterhin zu 50% und bezieht eine Rente.

Oft muss sie wegen Schmerzen von der Arbeit fernbleiben. Dort findet sie zum Glück Verständnis für ihre Situation.

Sie ist aktiv in einer Selbsthilfegruppe für Fibromyalgie und im Vorstand bei der Gesellschaft für Fibromyalgie tätig.

Sie hat ein fundiertes Wissen über diese Krankheit, aber trotz der Akzeptanz ist sie immer wieder mit Schmerzen konfrontiert. Sie hat gelernt mit der Krankheit zu leben und ist motiviert, immer mehr über deren Ursache herauszufinden.

Im Jahre 2008 ist Frau M.B. zu mir in Therapie gekommen, weil sie die Atemtherapie von der Klinik her in positiver Erinnerung hatte und weil die Schmerzen in der Brustgegend zunahmen und sie bei der Atmung beeinträchtigten.

Vorstellung des Krankheitsbildes Fibromyalgie

An dieser Stelle scheint es mir angebracht, das Krankheitsbild der Fibromyalgie vorzustellen. Es dient dem besseren Verständnis für die vorherige Schilderung von Herrn P.K, dessen Verlauf ich für die Vorgehensweise der Diagnostik und der Methodik der Atempsychotherapie gewählt habe. Auch das Fallbeispiel von Frau M.B. steht mit dieser Krankheit in Zusammenhang.

Die Schwierigkeit bei dieser Krankheit ist sicher, dass es meist lange geht, bis eine Diagnose gesichert ist. Diese Menschen haben oft schon einen langen Leidensweg hinter sich, wurden auf somatischer Ebene abgeklärt und müssen sich schlussendlich damit abfinden, dass die Ursache psychogenetischen Ursprung hat.

In einem Interview mit Herrn Prof. Dr. med. Peter Keel (2009), Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik und Spezialist für Patienten mit Fibromyalgie am Bethesda-Spital Basel, habe ich folgende prägnante Aussagen gefunden, die meiner Meinung und Erfahrung nach die Essenz der Krankheit deutlich bezeichnen:

„Die Krankheit hat einen Namen, und das ist für die Betroffenen eine riesige Erleichterung.“

„Es gibt keinen Grund, warum man Reizdarm, Migräne oder auch Depression als Diagnosen anerkennt und akzeptiert – obwohl wir dort auch keine Laborwerte messen können -, die Fibromyalgie aber nicht.“

„Solche Patienten können zum Teil sehr abweisend, wenn nicht aggressiv sein, wenn sie als psychosomatisch krank betrachtet werden. Sie beharren darauf, körperlich krank zu sein.“

„Wenn man Fibromyalgie-Patienten ernst nimmt und ihnen mit Offenheit und Einfühlung begegnet, können sie sehr dankbare Patienten werden.“

Die folgende Krankheitsbeschreibung wurde teilweise aus Wikipedia (2009c) übernommen.

Symptome

Hauptsymptome sind chronische Schmerzen in verschiedenen Körperregionen, andauernde Müdigkeit (allgemeine Schwäche, Konzentrationsstörungen) bis hin zur Erschöpfung (Fatigue-Syndrom) sowie Schlafstörungen. Von den Schmerzen besonders betroffen sind Rücken, Nacken, Brustkorb als auch die Gelenke in den Armen und Beinen. Die Symptome sollten über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten auftreten. Organ- und Gewebeschäden sind bisher nicht nachweisbar, obwohl massive Störungen in der Funktion der inneren Organe auftreten können, insbesondere zu Beginn der Erkrankung. Die Fibromyalgie kann plötzlich auftreten, nach einer grippeähnlichen Erkrankung, oder schleichend.

Krankheitsverlauf

Der Erkrankungsbeginn ist häufig schleichend und unauffällig. Am Anfang stehen meistens unspezifische Beschwerden wie beispielsweise Abgeschlagenheit, Schlafstörungen oder Magen-Darm-Beschwerden. Später kommen Schmerzen im Bereich der Lenden- oder – etwas seltener – der Halswirbelsäule hinzu. Erst danach entwickeln sich die typischen Schmerzen in Arm und Beinen sowie weitere begleitende Symptome und Beschwerden. In der Regel verschlimmert sich die Krankheit nicht kontinuierlich. Heftige Schmerzattacken werden von schmerzfreien Intervallen abgelöst. Kälte, Nässe oder äussere Belastungen können zur Verschlimmerung führen. Bis sich das Vollbild der Erkrankung herausgebildet hat, dauert es durchschnittlich sieben bis acht Jahre. Zu einer krankheitsbedingten Zerstörung der Knochen kommt es durch die Fibromyalgie selbst in der Regel nicht, jedoch kann die teilweise massive Bewegungseinschränkung zu Kapselschrumpfung und anderen irreparablen Folgen im Gelenkapparat führen. Meist werden so genannte „tender points“ (engl. etwa: empfindliche Stellen) zur Hilfe genommen (Besteht bei 11 oder mehr von 18 „tender points“ eine erhöhte Druckschmerzhaftigkeit, so liegt der Verdacht auf Fibromyalgie nahe. Diese Diagnosepunkte liegen zumeist gelenknah an den Sehnen-Muskel-Ansätzen.

Diagnose

Die Diagnose einer Fibromyalgie gestaltet sich recht schwierig, da sowohl Röntgenbilder als auch Laborwerte keinen eindeutigen Aufschluss geben. Eine Diagnose kann somit letztendlich nicht immer sicher gestellt werden. Oft wird die Diagnose erst nach 8–10 Jahren gestellt, so dass es bereits zu einem Vollbild der Erkrankung gekommen ist, bevor der Patient angemessen therapiert wird. Fibromyalgie-Patienten haben aufgrund der problematischen Diagnose oft Schwierigkeiten als arbeitsunfähig anerkannt zu werden, was nicht selten zu grossen sozialen bzw. finanziellen Schwierigkeiten führt. Die Krankheit ist nicht tödlich, kann jedoch zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität führen.

Ursache

Sowohl die Ursache (Ätiologie) der Fibromyalgie als auch die Mechanismen der Krankheitsentstehung (Pathogenese) sind ungeklärt. Es besteht eine Vielfalt von Befunden, die genetische, hormonelle, neurophysiologische, psychische und weitere Faktoren betreffen. In der Zusammenschau der Befunde wird derzeit vorwiegend eine Störung schmerzverarbeitender Systeme im zentralen Nervensystem mit der Folge einer erniedrigten Schmerzschwelle diskutiert. Bei Patienten mit Fibromyalgie liegen überdurchschnittlich häufig psychische Störungen wie Depressivität und Ängstlichkeit vor. Es ist ungeklärt und Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion, inwieweit diese psychischen Störungen selber Folge der chronischen Schmerzen sind oder aber die Symptome der Fibromyalgie eine zugrundeliegende psychische Störung reflektieren. In Untersuchungen konnte bei Fibromyalgie-Patienten ein häufigeres Vorkommen von körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte festgestellt werden.

Betroffen sind - je nach Quelle - zwischen 0,6 und 4 Prozent der Bevölkerung, davon sind 85 bis 90 Prozent Frauen. Der Krankheitsverlauf zieht sich meistens über Jahrzehnte hin. Die Heftigkeit der Symptome und der daraus folgenden gesundheitlichen Einschränkungen ist individuell verschieden, in schweren Fällen aber lebensbestimmend bzw. stark einschränkend bis hin zur dauernden Bettlägerigkeit. Typisch sind „Patientenkarrieren“, d. h. die Betroffenen haben bis zur

Diagnosestellung eine Vielzahl von Ärzten besucht und viele verschiedene, teilweise überflüssige diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen hinter sich.

Behandlung

Die Fibromyalgie ist durch medizinische Massnahmen nicht heilbar. Grundsätzlich besteht die Gefahr des Medikamentenmissbrauchs, der Sucht, sowie unabsehbarer Folgeschäden durch Dauermedikation.

Ein Behandlungskonzept ist heute die multimodale Therapie entsprechend den Erkenntnissen der modernen Schmerzforschung. Ziel der Massnahmen ist hierbei die Erhaltung oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag und damit der Lebensqualität. Nutzung der Möglichkeiten von Selbsthilfeorganisationen ist angebracht.

Des weiteren können helfen:

- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Schmerztherapien und eine ausreichende schmerzlindernde Therapie unter dem Einsatz von Antidepressiva
- Entspannungsverfahren (autogenes Training, Meditation), Taijiquan und Qigong und weitere Techniken der Stressbewältigung
- Homöopathie

Differentialdiagnosen

Da es sich bei der Diagnose Fibromyalgie um eine beschreibende Ausschlussdiagnose handelt, müssen zuvor unbedingt andere definierte Erkrankungen ausgeschlossen werden. Wichtig ist hierbei auch eine sorgfältige psychiatrische Abklärung, da bspw. eine Depression oft übersehen wird.[□]

Eine ausführliche Zusammenstellung der klinischen und psychosomatischen Manifestationen der Fibromyalgie wurde von Lavinia Flückiger (2009) erarbeitet.

Es existieren in der Schweiz mittlerweile verschiedene Organisationen und Selbsthilfegruppen, die sich intensiv mit dem Krankheitsbild befassen.

5.2 Erscheinungsbild

Frau M.B. wirkt auf mich viel jünger als sie ist. Ihre Haut hat keine Falten, dies hat wahrscheinlich einen Zusammenhang mit ihrer Körperfülle. Ich kenne ihr Gewicht nicht genau, jedoch schätze ich dieses auf ca. 90 bis 100 kg bei einer mittleren Grösse. Der Körperbau ist eher robust, sodass die ganze Erscheinung massig wirkt. Jedoch ist die Fülle proportional gleichmässig verteilt. An der Hautfarbe ist erkennbar, dass sie starke Raucherin ist.

Ihre Stimme ist sehr warm; sie redet flüssig, klar und in einer angenehmen Tonlage. Sie kann gut zuhören und antwortet meist ohne Zögern auf meine Fragen. Obwohl sie vor den Gesprächen viele Schmerzmedikamente eingenommen hat, wirkt die Sprache nicht verwaschen.

Ich habe den Eindruck, dass es sich um eine intelligente Frau handelt, die sehr motiviert ist, mehr über sich zu erfahren.

Ihre Kleidung ist unauffällig in Farbe und Form, es ist offensichtlich, dass sie damit versucht ihren Körper eher zu verstecken. Die Gestalt hat einen androgynen Ausdruck, ich vermisse die Ausstrahlung ihrer Weiblichkeit.

Die Bewegungen und die Gestik sind eher zurückhaltend und verlangsamt und machen einen schwerfälligen Eindruck, die Muskulatur eher hypoton.

Die Mimik im Gesicht ist nicht sehr ausdrucksstark, jedoch die Augen wach und direkt im Blickkontakt.

5.3 Befund

Frau M.B. kommt mit der Diagnose Fibromyalgie zu mir und ist medizinisch abgeklärt.

Was kann ich nun für sie tun?

Ich nehme an, dass diese Frau an einer narzisstischen Verletzung leidet. Ich gehe von der Tatsache aus, dass die Schwangerschaft ungewollt war und sich die Mutter damals in einer schwierigen Lebenssituation befand. Wie konnte sie ihrem Kind genügend Liebe und Aufmerksamkeit schenken? Wie konnte das Kind gespiegelt werden? Wo ist seine Lebensberechtigung? Mit Sicherheit hat sich Frau M.B. damals zutiefst emotional verlassen gefühlt. Eine gesunde Entwicklung des Selbstwertes konnte so nicht stattfinden. Nur durch eine starke Anpassung konnte sie die Nähe ihrer Mutter gewinnen, indem sie sich pflegeleicht, ruhig, anspruchslos verhielt. Als Strategie hat sie sich vom Fühlen abgeschnitten und mit den Jahren als Folge in eine psychosomatische Krankheit geflüchtet. Wenn ich sie ansehe, kommt mir das Bild einer Raupe in den Sinn, deren Körper keine Formen hat, sondern lediglich eine Hülle ist. Tief versteckt unter dieser Hülle wird aber eines Tages ein Schmetterling zum Vorschein kommen. Dieser ist sehr zart und fein, braucht aber noch seine Zeit, bis die Metamorphose stattfinden kann. Frau M.B. formuliert mir gegenüber das Bedürfnis, den Ursachen auf den Grund gehen zu wollen. Ist dies schon der Schmetterling, der von innen her leise anklopft?

Dieser Befund ist geeignet für die Atempsychotherapie, sodass ich mir eine Arbeit mit ihr durchaus vorstellen kann. Die wiederkehrenden Depressionen sehe ich als Ausdruck von Gefühlen, die noch nicht genügend durchgelebt wurden.

Durch die Gegenübertragung von Müdigkeit, Mutlosigkeit und schmerzender Herzgend erkenne ich diese depressive Symptomatik sehr deutlich.

Ich kann zum jetzigen Zeitpunkt keine Übertragung wahrnehmen, da sich Frau M.B. weder regressiv verhält, noch auf verbaler Ebene unrealistische Erwartungen an mich ausspricht.

Im Feld ist körperlicher Schmerz spürbar, das heisst die Bewusstseins-ebene der Empfindung ist im Vordergrund. Im Hintergrund ist die Gefühlsebene, die durch die Traumaerfahrung zurückgehalten ist.

Ein weiterer Faktor ist die Suchtproblematik, die sich im Konsum von Süßigkeiten und Nikotin äussert. Die Themen Gewichtsreduktion und Akzeptanz ihres Körpers und ihrer Weiblichkeit sind darin enthalten.

Der Atem ist flach, flatterhaft, hochgezogen, der Einatem hörbar, der Ausatem vermindert, ab und zu begleitet mit Seufzern. Meist hat Frau M.B. keine Atempause. Der obere Raum wirkt dominant, der untere Raum wenig belebt. Die Atmung macht den Anschein, sehr anstrengend zu sein.

5.4 Therapiesetting und Verlauf

Da Frau M.B. sehr unter ihrem Übergewicht leidet, schlage ich ihr vor, einen Suchtvertrag abzuschliessen. Darin sind Regeln vermerkt, wie sie sich während unserer Therapiezeit im Bezug auf ihren Konsum von Süssigkeiten zu verhalten hat.

Bei mehrmaligem Vertragsbruch wird die Therapie abgebrochen.

Frau M.B. ist einverstanden und wir setzen den Vertrag gemeinsam auf.

Mein atemtherapeutisches Verständnis dazu:

Krankheitsausdruck: Ich suche die richtige Nahrung, aber finde sie nicht!

Krankheitssymbolik: Spannung durch Essen lösen. Belohnung, Geborgenheit und den Ausdruck von Wut im Essen suchen?

Frau M.B. entschliesst sich während unserer Zeit die fachliche Beratung bei einer Diätfachfrau in Anspruch zu nehmen. Dort lernt sie, wie auch andere Lebensmittel, abgesehen von Süssigkeiten, zwischendurch konsumiert werden können.

Auch ist sie neu in eine Gruppe der „Weight watchers“ eingetreten.

Die Nikotinsucht ist noch tabu, d.h. Frau M.B. fühlt sich noch nicht stark genug, diese Sucht anzugehen. Sie versucht aber wenigstens, die Anzahl der Zigaretten zu reduzieren und bei jedem Impuls nach einer Zigarette genau zu spüren, was für ein Gefühl gerade im Moment spürbar ist.

Ich respektiere diesen Entscheid und schlage ihr deshalb vor, die innere Beobachterin zu installieren. Diese kann in den Momenten, bei denen die Sucht vordergründig wird, liebevoll beobachten und Frau M.B. muss sich nicht mehr destruktiv abwerten.

Die Thematik ihrer Schuld, unter welcher sie stark leidet, wird auch sinnvoll durch die obige Bewusstseinschulung unterstützt. Schuldgefühle machen sie zur Selbsthasserin und nützen ihr nichts. Wir werden an ihrem Verantwortungsgefühl arbeiten müssen, denn nur dies führt zu nachhaltiger Veränderung.

Die Beobachterin hilft ihr auch, den Schmerz und die Müdigkeit als momentanen Ausdruck zu akzeptieren, der sich jederzeit verändern kann und ebenso im Fluss ist wie andere Empfindungen.

Folgendes erarbeiten wir gemeinsam, damit der Sinn der Schmerzen, den sie besonders in den Gelenken spürt, für sie verständlich wird:

Krankheitsausdruck: Beweglichkeitseinschränkung an Verbindungs- und Übergangsstellen. Der Ausdruck ist blockiert und kann nicht durch den ganzen Körper fliessen.

Krankheitssymbolik: Etwas ist nicht im Fluss, ein emotionaler Ausbruch darf nicht stattfinden. Angst vor zu starken Gefühlen.

Frau M.B. hat schon oft in ihrer früheren Gesprächstherapie über ihre blockierten Gefühle reflektiert, jedoch spürt sie intuitiv, dass der Schlüssel für eine Veränderung durch Körperarbeit gefunden werden kann.

Wir gestalten die Stunden jeweils in drei Teilen: Meditation /aktive Atem-Bewegungsübungen / Behandlung auf der Liege.

Im meditativen Teil reisen wir unter meiner Anleitung durch den Körper, die Begleiterin registriert das Hier und Jetzt. Alle Empfindungen werden wertfrei ins Bewusstsein genommen.

Atemtherapeutisches Vorgehen: Ich spiegle meine Klientin in ihren positiven und negativen Aspekten und stärke somit ihre Ich-Kraft. Wie schon erwähnt, hat die Spiegelung in ihrer frühen Kindheit zu wenig stattgefunden, da die Mutter überfordert war und der Rest der Familie unter schwierigsten Umständen lebte. Dieses Spiegeln stärkt auch unsere Beziehung.

Bei der Arbeit auf dem Hocker steht im Vordergrund das Pendeln zwischen positiv und negativ empfundenen Bereichen im Körper. Durch das vollständige Niederlassen zum Boden mit dem absteigenden Ausatem, kommt die Trauer zum Ausdruck und kann mit der Zeit angenommen und integriert werden. Dehnungsübungen und spielerisch leichtes Bewegen kommen in einer weiteren Phase gut an und wecken ihre Lebenslust. Übungen für das Erkennen der Polaritäten, wie Anspannen und Lösen der Muskulatur sind passend, so bekommt Frau M.B. allmählich Freude an ihrem Körperausdruck und der Energiefluss durch die Gelenke wird verbessert. Auch arbeiten wir viel mit dem aufsteigenden Ausatem, um das Becken, die Beine und die Füße besser zu spüren. Frau M.B. lernt allmählich den Bodenkontakt zu schätzen und die Atembewegung wird in den unteren Körperregionen spürbar. Sie gewinnt dadurch an Tonus und auf der psychischen Ebene an Selbstvertrauen, sodass sie ihre Schuldgefühle anders einordnen kann. In einer späteren Phase arbeiten wir mit Partnerübungen. Mit Widerstand und Stimme lernt sie sich zu behaupten und realisiert, dass es lustvoll sein kann, die Kraft gegenüber einem Partner einzusetzen. Wichtig für Sie ist zu begreifen: ich werde nicht verlassen wenn ich laut, fordernd und kräftig bin. Für das Integrieren ihrer Weiblichkeit arbeiten wir mit Rückendehnungsübungen zum Hintergrund. Mit der Zeit weiss sie, in welcher Atemsituation sie sich gerade befindet: Ist er zugelassen? Ist er geführt? Bewusst oder unbewusst? Ab diesem Zeitpunkt können wir mit archetypischen Bewegungsmustern arbeiten. Die dadurch gesicherte Geborgenheit ermuntert sie zu weiteren Expeditionen in ihr Gefühlsleben.

Auf der Liege fühlt sich meine Klientin sehr sicher. Aber die Gefahr ist, dass sie entweder jegliche Kontrolle und Verantwortung abgibt, regrediert oder einschläft. Ich lasse sie nicht wegtreten, sondern ermuntere sie zu liegenden Widerstandsübungen, die sie gerne wahrnimmt und welche sie wieder wach machen. Ihre Regression deute ich als Mutterübertragungen auf mich. Ich spreche sie darauf an und sie kann so ihren Mangel an Zuneigung erkennen und die daran gebundenen Gefühle dürfen fließen. Eine positive Mutterübertragung lasse ich gelten, solange das Bewusstsein der verschiedenen Ebenen für die Klientin präsent ist. Sie merkt selbst, dass sich dann ihr Herzraum öffnet und der Atem zugelassen ist. Dominierende Gefühle sind Trauer und Einsamkeit und eine grosse unerwiderte Liebe zu ihrer Mutter. Es gelang immer, sie wieder auf einer Erwachsenenenebene das Geschehene reflektieren zu lassen.

Andere Gefühle, zu denen sie erst gegen Therapieende endlich Zugang hat sind Hass, Scham, Ekel, Wut gegenüber dem Täter, von dem sie sexuell missbraucht wurde. Die Gefühle durchfluten ihren ganzen Körper in einer ungeahnten Heftigkeit für sie, wie auch für mich. Die Erschöpfung, aber auch der Stolz über ihren Mut sind im Nachhinein deutlich spürbar.

5.5 Überprüfung der Veränderungen nach abgeschlossener Therapie

Es hat sich innerhalb dieses Jahres erstaunlich viel geändert im Leben meiner Klientin. „Meine Lebensqualität hat sich sehr verbessert“, sagt sie immer wieder.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ihre Ich-Kraft soweit gestärkt ist, dass Sie ihre Gefühle mehr oder weniger fließen lassen kann und dass sich dadurch ihr Widerstand dagegen, nämlich die Schmerzsituation sehr vermindert hat. Sie konsumiert dadurch weniger Medikamente und fühlt sich somit weniger müde. Wir haben festgestellt, dass diese Müdigkeit ein Nebeneffekt der Medikamente ist. Vor allem wird sie nicht mehr in der Nacht von Schmerzattacken geweckt. Eine bessere Schlafqualität hat den Vorteil, dass sie sich bei der Arbeit besser konzentriert und mehr in ihrer Freizeit unternimmt, was ihr Selbstwertgefühl sehr stärkt. Dies ist auch äusserlich sichtbar. Frau M.B. wirkt dynamischer, lebendiger und gewinnender.

Sie hat nun dank ihrer Diät zwei Kleidergrößen reduzieren können und musste ihre Garderobe erneuern. Die neuen Kleidungsstücke sind bunter und haben weiblichere Formen.

Noch immer besucht sie die „Weight watchers“, weil sie Angst hat ohne diesen kleinen Druck von aussen ihre Disziplin zu verlieren. Unseren Suchtvertrag hat sie immer eingehalten und ist im Nachhinein dankbar dafür. Ihr Essverhalten hat sie dank Diätberatung umgestellt. Wenn sie sich dennoch von ihrer Sucht bedrängt fühlt, hat sie nun die Möglichkeit, den Moment genau zu analysieren und dahinter das wahre Bedürfnis zu erkennen. Der Zigarettenkonsum ist merklich zurück gegangen, auch hier beobachtet sie sich präzise und dennoch liebevoll bei jedem Impuls nach einer Zigarette. „Wenigstens rauche ich bewusst“, meint sie. Zudem merkt sie, dass das tiefe Einziehen eines Lungenzuges etwas mit ihrem Atemhunger zu tun hat. Es ist eine etwas pervertierte Art und Weise ihren oberen Raum zu spüren. Ich nehme an, dass mit einem freieren Atemfluss, d.h. mit einem vermehrten Empfinden im oberen Raum sich auch diese Sucht verbessern könnte.

Sie hat unseren Meditationsteil mitgenommen in den Alltag und praktiziert regelmässig. Sie empfindet die Beobachterin als ihre innere, gute Mutter, die sie ein Leben lang vermisst hat und ist beglückt, dass sie diese Instanz nicht mehr von aussen braucht.

Eine besonders starke Leistung ist, dass Frau M.B. sich dem Täter stellt. Obwohl dieser nicht mehr lebt, will sie ihn konfrontieren. Sie besucht ihn auf seinem Grab und kann ohne Schuldgefühle dort allen Groll abladen. „Nun sei es dort deponiert, wo es längst hätte hin müssen“.

Beim Abschiednehmen fasst sie unsere Therapie selber wie folgt zusammen:

„Nun habe ich nicht mehr Angst, mich in den Schmerzen zu verlieren, ich habe einiges an Werkzeug um mir selber zu helfen. Ich kann pendeln und finde noch immer einen Ort im Körper, wo ich mich wohlfühle. Wenn ich im Stress bin oder mich verliere, merke ich es und habe Übungen, um mich wieder zu finden. Der Atem hilft mir dann auch, denn ich spüre ja, wenn ich ihn blockiere. Auch bin ich dankbar für meine innere Mutter, die mich nie verlässt. Ich habe mich lieber als auch schon. Ich fühle mich ganzheitlicher, beziehungsfähiger, hasse nicht mehr alle Männer aufgrund meiner Biografie.“

Unser gemeinsam erarbeitetes Ziel ist somit erfüllt: „Es ist einerlei, ob zuerst das Huhn oder das Ei war“, wir haben die Zusammenhänge erfahren können und sie auf geistiger, physischer und psychischer Ebene zusammen angeschaut. Frau M.B. ist

nicht geheilt von ihrer Krankheit, jedoch kann sie jetzt viel besser mit der Krankheit umgehen. Wieder bin ich mit Ehrfurcht erfüllt über die Wirkung der Atempsychotherapie. Ich bin überzeugt, dass Frau M.B. nun genug Möglichkeiten hat, an sich selber weiter arbeiten zu können dank ihrer Verbindung zum „Leitseil des Atems“.

6 Zusammenfassung

Ich habe wieder einmal erlebt, dass bei psychosomatischen Symptomen mit depressiven Tendenzen die Atempsychotherapie ein sehr guter Behandlungsweg ist.

Auch in der Kombination mit einer Gesprächstherapie bei einem anderen Therapeuten wirkt sie befruchtend. Ich habe das Glück, dies immer wieder zu erfahren, da ich von meinen Praxiskollegen, die psychotherapeutisch arbeiten, öfters Patienten überwiesen bekomme. Der interdisziplinäre Austausch ist dann von grösster Wichtigkeit und ich kann bei dieser Zusammenarbeit sehr viel profitieren. Ich darf in Intervisionen mit meinen Kollegen auch Unsicherheiten äussern und unter Umständen meine Grenzen erkennen. Wäre der Medikamentenkonsum bei Frau M.B. zu beeinträchtigend für ihr Empfindungsvermögen gewesen, hätte diese Therapieform wenig Effizienz gehabt. Wäre ihre Ich-Kraft nicht schon genügend ausgebildet gewesen und hätten sich allenfalls psychotische Symptome bemerkbar gemacht, hätte ich ebenfalls von einer Atempsychotherapie abraten müssen. Ich stelle auch fest, dass in den letzten Jahren der Anteil meiner Klienten mit psychosomatischen Krankheiten gewachsen ist. Besonders beim Krankheitsbild der Fibromyalgie ist das Bewusstsein der Schulmedizin auch auf andere Behandlungsmethoden geschärft worden. Es melden sich in meiner Praxis auch mehr und mehr Klienten an, die von ihrem Hausarzt oder ihrem Rheumatologen geschickt werden. Für mich ist diese Vernetzung von enormer Bedeutung. Es ist mir auch ein Anliegen, den zuweisenden Ärzten Berichte zu schicken, worin ich mein Behandlungsziel und mein Arbeitskonzept schildere. Das Gespenst, dass diese Patienten simulieren, geistert nach wie vor sehr abwertend in vielen Köpfen herum. Wie wir gesehen haben, ist das wertfreie Dasein von höchster Bedeutung für eine therapeutische Vertrauensbasis, besonders bei frühkindlichen Verletzungen.

Als zukünftiges Projekt sehe ich die Möglichkeit, eine Atemgruppenarbeit für Menschen mit Fibromyalgie anzubieten. Auch könnte ich mir vorstellen, an Tagungen der Schweizerischen Gesellschaft für Fibromyalgie über die Atempsychotherapie zu referieren.

7 Schlusswort

Ich habe beim Schreiben dieser Arbeit sehr viel gelernt, hat sie mir doch ermöglicht, meine Tätigkeit noch einmal von Grund auf zu reflektieren. Im Praxisalltag schleichen sich doch manchmal Zweifel ein: Bin ich auf dem richtigen Weg mit dieser Arbeit? Bin ich kompetent dafür?

Schliesslich habe ich gemerkt, dass diese Sorgen nicht vereinbar sind mit dem, was die Atempsychotherapie als Gedankengut vertritt. Wäre meine Wahrnehmung immer im Hier und Jetzt, würde meine innere Begleiterin diese Zweifel erkennen und lediglich als etwas registrieren, was im Moment meinen Geist bewegt. Wenn ich zweifle, liegt es nicht an der Atempsychotherapie, sondern an meinem Mangel an Bewusstheit.

Auch mein Atem kann wieder zugelassen werden, wenn ich diese Zweifel weder als gut noch als schlecht bewerte, und somit auch wieder mit meinem „grundlegenden Gutsein“, mit meinem Selbst und seinen heilenden Kräften verbunden bin (vgl. Trungpa, 2005).

Die Wahrnehmungs-Schulung auf allen Ebenen des Bewusstseins und ihre Differenzierung ist das Ausschlaggebende für ein erfolgreiches therapeutisches Arbeiten.

Ich kann mich selber dem Fluss des zugelassenen Atems hingeben und dabei in jedem Moment spüren, wo der Weg hinführen muss. Diese Selbsterfahrung hat kein Ende, denn der Weg ist das Ziel und das Ziel ist der Weg.

Auch die die Atempsychotherapie selbst ist weder gut noch schlecht; sie ist das Werkzeug, um mit Hilfe der geschulten Wahrnehmung das Selbst und die Seele zu verbinden.

8 Literaturverzeichnis

- Bischof, S. (2003). Diagnostik. (S. 1) Gefunden am 8. Juli 2009 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/diagnoseerstgesprach.pdf>
- Bischof, S. (2005). Gedicht. In S. Bischof (Hrsg.), *Neue Wege in der Atemtherapie* (S. 2). Norderstedt: Books on Demand.
- Bischof, S. (2009a). Definition der Atempsychotherapie. (S. 1). Gefunden am 19. Juni 2009 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/definitionderapt.pdf>
- Bischof, S. (2009b). Der Mensch im Feld des Atems. (S. 1) Gefunden am 8. Juli 2009 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/dermenschimfelddesatem.pdf>
- Dürckheim, K. Graf (1973). *Hara: Die Erdmitte des Menschen*. 6. Aufl. Weilheim/Obb: Otto Wilhelm Barth.
- Flückiger, L. (2009). Die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie bei Fibromyalgie. Bachelor-Arbeit, Psychologie. Universität Basel.
- Grossman, P. (2007). Mindfulness für Psychologen: Dem Wahrnehmbaren freundliche Aufmerksamkeit schenken. In von Leupold, A. & Ritz, T. (Hrsg.), *Verhaltensmedizin - Psychobiologie, Psychopathologie und klinische Anwendung*. 1. Aufl. (S. 179-198). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jung, C.G. (1967). Psychologische Typen. In C.G. Jung, *Gesammelte Werke* 6. 10. Aufl. Olten und Freiburg: Walter Verlag.
- Keel, P. (2009). Die Krankheit hat einen Namen, und das ist für die Betroffenen eine riesige Erleichterung. Interview über den Umgang mit Fibromyalgie-Patienten. *Ars Medici*, 8, 317-320.
- Lazar, S. et al (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16(17), 1893-1897.
- Lutz, A., Greischar, L., Rawlings, N., Ricard, M. & Davidson, R. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 101(46), 16369-16373.
- Middendorf, I. (1986). *Der Erfahrbare Atem*. 3. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Schaffer, U. (2007). *...weil du einmalig bist*. 1. Aufl. (S. 14). Lahr: Kaufmann.
- Trungpa, C. (2005). *The sanity we are born with: a Buddhist approach to psychology*. (S. 23-24). Boston: Shambhala Publications.
- Veening, C. (1995). Das Bewirkende in der Atemarbeit. Vortrag vom Juni 1947 in: Waldmatter-Kreis (Hrsg.): *Texte zur Erinnerung an Cornelis Veening anlässlich seines 100sten Geburtstages am 15.1.1995*. Bonn: Waldmatterkreis.
- von Allmen, F. (2009). Programmheft des Meditationszentrums Beatenberg, Waldegg, CH 3803 Beatenberg. (S. 6, 13).
- Wikipedia (2009a). Definition des Begriffs Meditation. Gefunden am 7. Juni 2009 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Meditation>
- Wikipedia (2009b). Humanistische Psychologie. Gefunden am 7. Juni 2009 unter http://de.wikipedia.org/wiki/Humanistische_Psychologie.
- Wikipedia (2009c). Fibromyalgie. Gefunden am 10. Juni 2009 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Fibromyalgie>.