

**Abschlussarbeit im Rahmen der Abschlussprüfung zum Atem- und  
Körperpsychotherapeuten**

**am**

**Institut für Atem- & Körperpsychotherapie**

**Freiburg i. Br.**

# **Mein Atem und mein Ich**

**Ich-Kraft-stärkende innere und äußere  
Beziehungsarbeit mit willentlich beeinflussten  
Atemtechniken**

**von**

**Gerd Reiß**

**Neundorfer Str. 147**

**D-08523 Plauen**

**(0)49 3741 / 423560**

**31.07.2015**

**überarbeitet 20.10.2015**

<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<b>Seite</b>
1. ABSTRACT	3
2. EINLEITUNG	3
3. GRUNDLAGEN	4
3.1. Die Analytische Psychologie von C.G. Jung und die AKPT	4
3.2. Ich-Struktur – Wir sind viele – Hal und Sidra Stone	5
3.3. Das Bewusste Ich und innere Beziehungen am Beispiel von Voice Dialogue	6
3.4. Der Mensch im Feld seiner Wahrnehmungen	7
3.5. Der Mensch im Feld seiner Beziehungen	8
3.6. Ich-Kraft – Ich-Abwehr	9
3.7. Umgang mit Widerstand – Ich-Kraft-Aufbau und Arbeit mit dem "Beschützer"	10
3.8. Impulse setzen und geschehen lassen – ein Grundprinzip	11
4. DER ATEM – DER BEWUSSTE ZUGELASSENE ATEM IN DER AKPT – BEGRIFFE	12
5. DER WILLENTLICHE ATEM	13
5.1. Willentlich beeinflusster Atem – geführter Atem	13
5.2. Das Üben willentlicher Atemtechniken – pädagogisch oder therapeutisch?	13
5.3. Atem und Imagination – intrapersonelle Beziehungsarbeit	14
5.3.1. Zwei wechselwirkende Arten innerer Bilder	14
5.3.2. Der Atem und das Ich als Imago, die im Körper verortete „innere Bühne“	15
5.3.3. Der Atem und das Ich als Imago, ihre "Kostüme" auf der "inneren Bühne"	16
5.4. Ausgewählte Übungen	17
5.4.1. Der Vollatem	17
5.4.2. Ujjai	18
5.4.3. Kapalabhati	18
5.5. Atempsychotherapeutische Arbeit an einem Beispiel mit Kapalabhati	18
6. DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG – BESONDERHEIT UND BEDEUTUNG	20
6.1. Das Wirkprinzip der therapeutischen Beziehung	20
6.2. Übertragung und Gegenübertragung	20
6.3. Beispiele für Momentaufnahmen der therapeutischen Beziehung	21
7. DIE BEDEUTUNG DES STRUKTURNIVEAUS IN DER AKPT	23
7.1. Strukturniveau nach Maaz und AKPT	23
7.2. Das Stufenkonzept in der AKPT	24
7.3. Willentlicher Atem bei Strukturschwäche	25
7.3.1. Der Doppelcharakter der Willentlichen Atemarbeit	25
7.3.2. Dissoziative Phänomene und Willentlicher Atem	26
7.3.3. Traumatherapeutische Aspekte	28
7.3.4. Regression, Progression, Ich-Kraft und Willentlicher Atem	29
7.3.5. Regression, therapeutische Beziehung, Archetyp des Helden, "Väterlichkeit" und Willentlicher Atem	31
8. FALLBEISPIELE	
8.1. Andrea Kastner – der Atem, der nicht gesehen werden wollte	33
8.2. Uwe – der Atem, der sich schön macht	41
9. SCHLUSSGEDANKEN	48
10. LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	49
AUTORENERKLÄRUNG	51

## 1. ABSTRACT

Für die Einordnung unter das Dach der AKPT beschreibt der Verfasser ein Konzept eines willentlich beeinflussten Atems, das er unter dem Begriff Willentliche Atemarbeit zusammenfasst. Bewusstes willentlich unterstütztes Atmen ist nach diesem Konzept innere Beziehungsgestaltung. Willentlich beeinflusste Phasen wechseln sich mit dem Bewussten natürlichen Atem ab, um den es ihm, wie in der AKPT, die hier vom bewussten zugelassenen Atem spricht, als „anordnendes, ganzmachendes und heilendes Prinzip“ auf dem Weg vom Ich zum Selbst (Individuation nach Jung) geht.

Dabei sieht er einen Zusammenhang zwischen der Art und Weise, wie ein Mensch seinen Atem willentlich beeinflusst, und seinen verinnerlichten Beziehungserfahrungen, die sich in der therapeutischen Beziehung reinszeniert wiederfinden. Damit arbeitet er therapeutisch, wie es in der AKPT üblich ist. Er stellt die interpersonelle Beziehung als ein zentrales Element der Willentlichen Atemarbeit dar, obwohl sie im Kern ein intrapersonelles Geschehen ist.

Bei frühverletzten Menschen führt die Anpassungsleistung des Ichs oft zum Unterdrücken von Ich-schwächeren Persönlichkeitsanteilen mit selbstschädigenden Auswirkungen. Der Autor zeigt an zwei Fallbeispielen, wie mit Willentlicher Atemarbeit und Bewusstheit in den intra- und interpersonellen Beziehungen eine vorher gestörte oder unbewusste innere Beziehung zum Atem verbessert werden kann, was mit realer Verbesserung des körperlich-seelischen Bezugs, mit Ich-Kraft Steigerung vorher unterdrückter Anteile und einer Steigerung der Selbstwirksamkeit einher geht.

## 2. EINLEITUNG

Ich bin ausgebildet in Ganzheitlich Integrativer Atemtherapie (GIA, 2015), die Tilke Platteel Deur und Hans Mensink in den 80er Jahren ausgehend von „Rebirthing“ (Rebirthing, 2015), dem NLP, Voice Dialogue (s. Pkt. 3.3.) und anderen Komponenten als eine integrative Atemtherapie entwickelt hatten. Im Zentrum steht hier der Verbundene Atem. Dieser wird heute international in verschiedenen Schulen in verschiedenen Versionen weitergegeben (Verbundener Atem, 2015).

Eine weitere Wurzel meiner Atemarbeit ist pranayama, die Atemarbeit im Yoga. Mein Lehrer ist Dr. Shrikrishna Bhushan Tengshe (Tengshe, 2015b). Auf die von ihm vermittelte Variante des pranayama beziehe ich mich im Folgenden, wenn ich von pranayama spreche. Es geht hier nicht um „Atemkontrolle“, wie pranayama auch verstanden werden kann. Der folgende Satz, der pranayama als ein inneres Beziehungsgeschehen zwischen dem Ich und dem Atem versteht, drückt das aus:

„Pranayama bedeutet: Tanze mit Deinem Atem. Aber man tanzt nicht mit einem Fremden. Um zu tanzen, muss man miteinander eins werden. Der Atem ist mein intimster Freund; ich möchte ihn nicht kontrollieren.“ (Tengshe, 2015a)

Das Institut für Atem und Körperpsychotherapie (AKPT, 2015) orientiert sich an den gültigen körperpsychotherapeutischen Standards. Dabei steht der bewusste zugelassene Atem im Mittelpunkt. In meiner eigenen Praxis stehen willentlich beeinflusste Atemweisen (die ich im Folgenden unter Willentlicher Atem im Pkt. 5. skizziere) nach wie vor im Zentrum. Sie können bei frühen Störungen zwar hilfreich, aber auch problematisch sein. In dieser Arbeit schreibe ich im Speziellen darüber, wie Willentliche Atemarbeit bei frühen Störungen, auch in Mischstrukturen (s. Pkt. 7.1.), mit den Prinzipien der AKPT angewendet, Ich-Kraft-stärkend wirken kann.

### 3. GRUNDLAGEN

#### 3.1. Die Analytische Psychologie von C.G. Jung und die AKPT

Die AKPT ist ein atem- und körperpsychotherapeutisches Verfahren, das den Bewussten zugelassenen Atem (s. Pkt. 4.) sowohl als Zugang zum Unbewussten als auch als "anordnendes, ganzmachendes und heilendes Prinzip" im Zentrum hat. Die AKPT versteht den Menschen als eine Einheit von Körper, Geist und Seele (humanistisch, ganzheitlich). Das Menschenbild von C.G. Jung in seiner Einheit von psychotherapeutischen und ganzheitlichen Aspekten dient dabei als Grundlage. Zunächst zu den Begriffen Ich und Selbst in der Formulierung von Brigitte Maas:

„Die beiden wichtigsten Aspekte der Jungschen Psychologie sind das Ich und das Selbst. Das Ich ist Zentrum und ‚Subjekt des Bewusstseins‘, wobei das Bewusstsein ‚wie eine kleine Insel auf dem unabsehbaren, eigentlich die ganze Welt umfassenden, grenzenlosen Meer des Unbewussten schwimmt‘ (Jacobi, 1980, S. 18). C.G. Jung beschreibt die Psyche als in unterschiedliche Komplexe strukturiert, wobei diese Komplexe gedacht sind als ‚Energiezentren, die um einen affektbetonten Bedeutungskern aufgebaut wurden...‘ (Kast, 1990, S. 44). Über den Ich-Komplex schreibt C.G. Jung: ‚Unter Ich verstehe ich einen Komplex von Vorstellungen, der mir das Zentrum meines Bewusstseinsfeldes ausmacht und mir von hoher Kontinuität und Identität mit sich selbst zu sein scheint‘ (Jung zitiert nach: Jacobi, 1980, S. 18)“ (Maas, 2012, S. 198)

„Mit dem Begriff des Selbst versucht Jung die psychische Gesamtpersönlichkeit mit ihren bewussten und unbewussten Anteilen zu beschreiben. [...] Im Jung'schen Sinne wird es von Kast verstanden als Ganzheit der jetzigen gewordenen und zukünftigen Persönlichkeit, es entbirgt im Laufe eines Lebens unser verborgenes Lebensziel durch die Entwicklung des Ich-Komplexes, die auch vom Selbst her intendiert ist. (Kast, 1990, S. 73)“ (Maas, 2012, S. 199)

Das Selbst weiß also, wer der individuelle Mensch von seinem Wesen her ist, wo er herkommt und wo er hinget. Die Persona, der dritte wesentliche Begriff im Menschenbild von Jung, ist die Art und Weise, wie wir uns nach außen geben, "in der Hoffnung, dass wir so von anderen akzeptiert werden." (Rieder, 2012, S. 317)

Die AKPT beruft sich auf die von C.G. Jung begründete Analytische Psychologie. Diese entstand um 1915 nach kurzem Zusammentreffen von Jung mit der frühen Psychoanalyse von Freud durch Lösung aus der Freud'schen Reduzierung des Psychischen auf das Triebkonzept. Transrationale Aspekte der Psyche werden als wesentlich erkannt. Kennzeichnend ist eine umfassende Archetypenlehre. Der Beziehungsaspekt Patient-Arzt hat mehr Bedeutung als bei Freud. In der AKPT ist die von Erich Neumann so bezeichnete Ich-Selbst-Achse wesentlich. Das Ich entwickelt sich immer mehr hin zum Selbst. Dies wird als lebenslanger Prozess verstanden. Er wird in der Analytischen Psychologie Individuation genannt.

Ein gesundes reifes Ich ist mit der entwickelten reifen Persona im Einklang, auch dann, wenn die Diskrepanz zu den Normen und Wertmaßstäben der Gesellschaft groß sein kann. Gemeint ist kein eigenbrötlerischer Individualismus, der eine eigene Norm zur Kollektivnorm erhebt, was pathologisch wäre, sondern ein Sein im Sinne der kollektiven und individuellen Bestimmung des Menschseins, also als Individuum eingebunden in das kollektive Unbewusste und kollektive Bewusste. Jung definiert:

„Individuation bedeutet: zum Einzelwesen werden, und, insofern wir unter Individualität unsere innerste, letzte und unvergleichbare Einzigartigkeit verstehen, zum eigenen Selbst werden. Man könnte ‚Individuation‘ darum auch als ‚Verselbstung‘ oder als ‚Selbstverwirklichung‘ übersetzen.“ (Jung 1933, S. 65, zitiert nach Wischmann, 2015, S. 7)

Die Individuation ist ein dem Menschen innewohnendes Streben, Jung spricht sogar vom "Trieb zur Selbstverwirklichung" (Jung 1933, S. 77, zitiert nach Wischmann, 2015, S. 6). Ein Mensch also, der sich ausschließlich an den kollektiven Maßstäben

und Normen orientiert, indem er seine eigene Individualität leugnet, muss Schaden nehmen. Grundlegendes Therapieziel in der AKPT ist immer eine Entwicklung des Ich hin zum Selbst, man könnte sagen, eine Gesundung des eigentlich natürlichen Prozesses der Individuation des Menschen.

Der Atem ist dabei sowohl Indikator als auch Helfer. Das Konzept des Bewussten zugelassenen Atems ist Weg und gleichzeitig Ziel der Arbeit. Dieser Weg ist ein Prozess, der eine zunehmende Eigenverantwortung initiiert und, einmal in Gang gesetzt, im gelingenden Fall therapeutische Begleitung zunehmend überflüssig macht.

„Das Selbst in der Atempsychotherapie drückt sich durch einen aus der vegetativen Tiefe zugelassenen, bewusst erlebten, ureigenen Atem aus. Es ist ein lebendiger, freier Atem, in dem sich der Mensch ausdrückt, so wie er ist und nicht, wie er sein sollte, also ohne Anpassungen und ohne Forderungen an ihn. Alle Empfindungen, Gefühle, Gedanken, Bilder und Bewegungsimpulse werden liebevoll wahrgenommen und akzeptiert, ohne sich damit zu identifizieren. Ich lasse mich davon berühren. Es entsteht, wie Stefan Bischof es ausdrückt, der ‚Atem, der ich BIN‘.“ (Rieder, 2012, S. 313)

### **3.2. Ich-Struktur – Wir sind viele – Hal und Sidra Stone**

Der Jungianer Hal Stone traf im Jahre 1972 die Behavioristin Sidra. Sie sind, wie sie später sagen, zwei völlig gegensätzliche Menschen – genau wie die psychotherapeutischen Schulen, denen sie angehörten. Vielleicht war beides zusammen der Schmelztigel, aus dem heraus auf der Basis ihrer bisherigen Erfahrungen etwas Neues entstand. Sie entdeckten in der Struktur ihrer Beziehung: Die einzelnen Ich-Anteile, bei Jung Ich-Komplexe, waren keine abstrakten Begriffe. Sie zeigten sich als vollständige "Personen", die sie "selves" nannten, in den deutschen Übersetzungen meist als "Selbste" bezeichnet. Und das waren viele, eine ganze innere Großfamilie.

„Ich hatte hier mit gesprächsbereiten Persönlichkeitsanteilen gespielt, die für mich zuvor absolut nicht wirklich waren. Jetzt zeigten sich reale Persönlichkeiten. Da war doch tatsächlich ein kleines Mädchen, nicht ein Konzept oder ein Komplex, sondern eine wirkliche Person mit eigenen Verhaltensregeln, Gefühlen, Wahrnehmungen, Reaktionen und einer ureigenen Geschichte. [...]

Wir [...] erkundeten eine Unmenge von Selbsten. Wir sprachen mit Antreibern und Kritikern, mit Gefallsüchtigen und Perfektionisten. Wir sprachen mit Playboys, mit Herumtreibern und Manipulatoren. Mit Gefühlselbsten und gefühlsneutralen Persönlichkeiten sprachen wir, mit verletzlichen, mit verspielten und magischen Kindern. Wir hörten, was innere Helden, Gauner, Matriarchen und Patriarchen zu sagen hatten. Visionäre und Zyniker lernten wir kennen. Die Galerie von Selbsten ist unvorstellbar riesig, schier grenzenlos.“ (Stone, Hal und Sidra, 2015a, S. 2f)

Als zweites entdeckten sie: Die "selves" treten paarweise auf, man könnte sagen, in Gegensätzen. Weiter: wir sind immer mit einer bestimmten Gruppe von "selves" identifiziert, den Hauptselbsten (Entsprechung: der Jung'sche Begriff Persona), während andere ungeliebt oder sogar in den Schatten gedrängt sind, oft gerade die diametralen Gegenspieler der Hauptselbste. Sie sind deshalb aber nicht weg, sie tauchen, je nach Situation, machtvoll und manchmal destruktiv auf. Grundsätzlich gilt: Alle "selves", auch wenn sie destruktiv auftreten, stellen sich in den Dienst des betreffenden Menschen. Es gilt, herauszufinden, was ihr wirkliches Anliegen ist.

Wenn das Ich jeweils die Gruppe von Hauptselbsten ist, mit denen es gerade identifiziert ist und wenn es ein Bewusstsein und eine Erfahrung gibt, wie dieses sich ändert, braucht es das Dritte, das sie das Bewusste Ich nannten:

„Gewahrsein erfährt nicht. Es bezeugt. Gewahrsein ohne Erfahrung isoliert uns vom Leben. Erfahrung ohne Gewahrsein hält uns im Tierreich gefangen. [...] Dann gab es das dritte Element. Jemand muss unser Leben leben. [...] Jemand muss das Geschenk des Gewahrseins und den

Schatz der Erfahrung nutzen, und für uns war dieser Jemand das Bewusste Ich oder korrekter, der Bewusste-Ich-Prozess.“ (Stone, Hal und Sidra, 2015b, S. 14)

Und schließlich: Die "selves" agieren untereinander in jedem einzelnen und mit den "selves" der Menschen, mit denen sie gerade in Beziehung sind. Wenn am anderen etwas massiv störend erlebt wird, ist das ein Hinweis auf ein eigenes verdrängtes Selbst. Die Stones nannten diese Zusammenhänge die Theorie der Bindungsmuster.

„[D]ie Theorie der Bindungsmuster [gab] uns eine sehr kreative (und nicht pathologisierende) Betrachtungsweise von Übertragungen. [...] Der einzige Unterschied ist, dass wir es Übertragung nennen, wenn wir dafür bezahlt werden, und Bindungsmuster, wenn das nicht so ist. Wir haben das die ‚Psychologie der Übertragung‘ genannt.“ (Stone, Hal und Sidra, 2015b, S. 17)

Die Psychologie der Selbste und des Bewussten Ich von Hal und Sidra Stone, bilden in der Ganzheitlichen Integrativen Atemtherapie eine theoretische Grundlage. In meiner Arbeit verknüpfe ich das mit den Konzepten der AKPT.

### **3.3. Das Bewusste Ich und innere Beziehungen am Beispiel von Voice Dialogue**

Voice Dialogue (Voice Dialogue, 2015) ist eine Methode, das im Pkt. 3.2. beschriebene Konzept der Persönlichkeit erfahrbar zu machen. Eine detaillierte Beschreibung stellen Hal und Sidra Stone, auf die diese Methode zurückgeht, in ihrem Buch "Du bist viele" (Stone, Hal und Sidra, 1994) vor. Voice Dialogue ist keine eigenständige Therapie. Sie kann in verschiedenen Therapieformen eingesetzt werden.

Zum besseren Verständnis dieser Arbeitsmethode soll grob der Ablauf einer Voice-Dialogue-Sitzung beschrieben werden. Klient (KI) und Therapeut (Th) sitzen sich gegenüber, ein leerer Hocker steht bereit. In einem einleitenden Gespräch zeigt sich ein Anliegen/ein Thema, zu dem gearbeitet werden soll. Der Th könnte jetzt fragen: "Welcher Teil von Dir drängt sich nach vorn?" "Welcher Teil möchte sprechen?" Oder: "Mit welchem Teil von Dir identifizierst Du Dich gerade, wie spürst Du Dich und wie diesen Teil?" Es kann jetzt eine klare Wahrnehmung des KI geben, beispielsweise "mein trauriges, inneres Kind" oder "mein Antreiber" oder "mein Faulenzer" oder "Perfektionist". Es kann aber auch sein, dass ein "sich fühlen" da ist, von dem nicht klar ist, zu welchem inneren Teil es gehört. Dann bleibt der Name für diesen Anteil zunächst offen. Es folgt die Einladung, für eine Weile ganz zu diesem Teil zu werden.

In einem nächsten Schritt wird für diesen Teil ein Platz im Raum gesucht, wobei der Klient imaginierend sein "Bewusstes Ich" auf seinem Platz zurücklässt. Die jetzt identifizierte Teilpersönlichkeit nimmt den bereitstehenden Hocker und setzt sich mit einer der Identifizierung entsprechenden Körperhaltung in einen räumlichen Bezug zu dem "Bewussten Ich". Nun beginnt der Th ein Interview mit dieser Teilpersönlichkeit, bei dem sie sich eingeladen fühlen soll, sich so zu zeigen, wie sie authentisch ist. Inhaltlich geht es darum, herauszufinden, wer sie ist, welche Bedeutung sie für den KI hat, seit wann sie da ist, was sie sich vom KI wünscht und welche Meinung sie zu dem eingangs gestellten Thema hat. Der Th macht keine Vorschläge, keine Interpretationen und gibt keine Ratschläge! Abschließend bedankt sich der Th bei der Teilpersönlichkeit, fragt, ob sie sich jetzt etwas vom Th wünscht. Der Th entscheidet, ob er diese Bitte erfüllen möchte, teilt das mit, bittet das Teilselbst zurück auf den ursprünglichen Platz. Der Klient ist jetzt wieder das "Bewusste Ich".

Jetzt erfolgt im Gespräch mit dem Klienten eine Auswertung des gerade von beiden erlebten Geschehens. Meist zeigt sich nun im KI ein anderes Teilselbst, oft ein Gegenspieler des Teilselbstes, das gerade gesprochen hat. Dann erfolgt der Prozess

wie eben beschrieben mit diesem, dem folgt eine erneute Auswertung und meist gibt es noch eine dritte Stimme, die gehört werden will. Abschließend wird das gesamte Geschehen zusammengefasst und mögliche Erkenntnisse werden formuliert.

In der GIA wird Voice-Dialogue mit dem Verbundenen Atem kombiniert. Das Prinzip von Voice Dialogue lässt sich auf die "innere Bühne" übertragen. Das ist nicht an den Verbundenen Atem geknüpft, sondern ist auch mit anderen Atemweisen möglich.

### **3.4. Der Mensch im Feld seiner Wahrnehmungen**

Die AKPT bezieht sich auf die 4 Bewusstseinsfunktionen nach C.G. Jung. Es sind dies: denken, fühlen, intuieren und empfinden. Jung sagt:

"Die Empfindung (das heißt die Sinneswahrnehmung) sagt, dass etwas existiert; das Denken sagt, was es ist; das Gefühl sagt, ob es angenehm oder unangenehm ist; und die Intuition sagt, woher es kommt und wohin es geht." (Jung & Franz, 1968, S. 61, zitiert nach Bischof, 2012b, S. 1)

Stefan Bischof ordnet diesen Bewusstseinsfunktionen Wahrnehmungsräume zu, die wir atmend erfahren können und mit denen wir uns in unserer Umgebung orientieren. Er beginnt seinen Beitrag: "Der Mensch im Feld des Atems" (Bischof, S., 2007, S. 8ff) mit der Beschreibung einer Übung, bei der der innere und äußere Raum und die Grenze dazwischen durch die vier Bewusstseinsfunktionen wahrgenommen wird. Das ist die halt gebende Basis für den Weg in die Tiefe (Ich-Selbst-Achse). Das Ich wendet sich nun dem zu, "was aus dem Feld heraus ins Bewusstsein [aufsteigen] möchte" und lässt sich vom Atemgeschehen, vom "Fluss des Atems", bewegen.

Aus diesem uns umgebenden Feld können wir Informationen herausnehmen und hineingeben. Das geschieht bewusst und unbewusst mit unseren 4 Wahrnehmungsfunktionen. In der AKPT wird das als "Wahrnehmung aus dem Feld" bezeichnet.

"Der Wahrnehmungsraum ist auch ein Feld. Wir erschließen uns Felder durch die Wahrnehmung. [...] Die nichthierarchische Betrachtung des Feldes ist hilfreich für uns." (Bischof, S., 2007, S. 15)

"Der Mensch im Feld des Atems, in dem wir uns wohl immer bewegen, sowohl in der Eigenarbeit als auch in der Arbeit mit Klienten. Das Feld ist immer da, es kann uns bewusst sein oder nicht. Der Atem durchdringt alle inneren und äußeren Wahrnehmungs- bzw. Daseinsebenen." (Bischof, 2012b, S. 1)

Die Wahrnehmung ist immer selektiv. Anders gesagt: Jeder Mensch hat seine eigene Wahrnehmungsinsel, von der aus er, je nach Konstitution, äußerer und innerer Situation, Spezifisches aus dem gemeinsamen Wahrnehmungsfeld heraus fischt. Wenn wir uns diesem Wahrnehmungsfeld bewusst zuwenden, öffnen wir den Wahrnehmungsraum für Begegnungen. In diesem Sinne sprechen wir auch von einem "ermöglichenden Feld". Treffen wir dabei auf einen Partner, der dasselbe tut, sind wir im "Wirkfeld einer Beziehung". Im Kontext der therapeutischen Arbeit in der AKPT sprechen wir vom "therapeutischen Wirkfeld" zwischen Klient und Therapeut.

Wenn wir von unserer Wahrnehmungsinsel aus im uns umgebenden Meer aller Wahrnehmungsmöglichkeiten fischen, hat unsere Angelrute 4 Angelschnüre, nämlich die 4 Wahrnehmungsfunktionen, die als gleichwertig gelten. Stefan Bischof schreibt:

"Alle Bewusstseinsfunktionen entstehen aus dem Atem und sind gleichwertig. Welche sind es, die von dir Aufmerksamkeit, Präsenz fragen? Nimm auch wahr, welche fehlt. Ist z.B. viel Empfindung da, aber wenig oder kein Gefühl? Nimm wahr, dass in diesem Wahrnehmungsfeld alle Bewusstseinsfunktionen aus dem Atem entstehen oder dass sie sich im Sinne eines ermöglichenden Feldes auch wieder miteinander verbinden können. Aus der Empfindung meiner angespannten Schulter kann eine Trauer hervorgehen. Aus der Trauer kann ein Bild entstehen, aus ihm ein Wort.

Alles ist gleichwertig, entsteht aus dem gleichen heraus, wenn wir uns an die Tiefe, an das Selbst im zugelassenen Atem wenden." (Bischof, S., 2007, S. 14)

"Auf der anderen Seite kann auch keine Funktion (z.B. das Denken) eine einseitige Vormachtstellung haben, ohne dass wir uns damit von unserem zugelassenen Atem, von unserer Tiefe abspalten." (Bischof, S., 2013, S. 6)

Gleichwohl hat jeder Mensch Vorlieben und auch in kollektiven Umgebungen herrschen Vorlieben vor. Im Beruf gibt es Schwerpunkte. Ein Buchhalter wird mehr in der Denkebene gefordert, ein Osteopath mehr in der Empfindungsebene. Auch kulturell gibt es Wertungen. Wir leben z.B. in einer sehr "denklastigen" Kultur. Meist ist eine Wahrnehmungsfunktion deutlich stärker entwickelt als die anderen. Die gegenüberliegende liegt dann im Schatten und die beiden anderen sind halb bewusst und halb unbewusst. Sie gelten als Hilfsfunktionen, über die der Schatten erreichbar ist. (vgl. Gollwitzer, M, 2013, S. 17). Ein Atemtherapeut soll sich in allen 4 Wahrnehmungsfunktionen gut orientieren können, seine schwächeren kennen und auch an und mit diesen arbeiten können. Das gehört in der AKPT zu den Kernkompetenzen des Therapeuten.

### **3.5. Der Mensch im Feld seiner Beziehungen**

Zunächst soll folgend benutzte Begrifflichkeit unterschieden und erläutert werden: Intrapersonell meint zuerst die Beziehungen zwischen den oben genannten "selves" untereinander und mit dem "Bewussten Ich", darüber hinaus auch jede andere innere Beziehung. Interpersonell im engeren Sinne meint alle Beziehungen zwischen Menschen, im weiteren Sinne zwischen Menschen und allem, was in einer lebendigen Beziehung zum Menschen steht, also z.B. auch Tiere, Pflanzen, Objekte, darüber hinaus auch Institutionen (z.B. Staat, Firma) oder Ideen oder Ideologien.

Im Weiteren gilt als Grundlage, dass

1. Menschen ein angeborenes Bedürfnis haben, enge, emotional bindende Beziehungen zu ihren Mitmenschen aufzubauen und zu erhalten, was in der Bindungstheorie (Bindungstheorie, 2015) dargelegt wird.
2. Menschen ein anthropologisch angelegtes Grundempfinden und eine biologisch angelegte Grundmotivation für Gerechtigkeit haben (vgl. z.B. Bauer, J., 2011, S. 38ff). Das kann im Auge behalten werden, wenn in der Therapie intra- und/oder interpersonelle Beziehungskonflikte auftauchen.
3. das Konkurrenzprinzip zum eben genannten Bedürfnis zu Gerechtigkeit nachrangig ist. Es ist anthropologisch sehr jung, nur im Ausnahmezustand ist es ein Überlebensprinzip (vgl. DeMeo, J., 1992). Ich-orientierte Entwicklungsphasen werden aus Sicht der Evolution immer wieder durch Wir-orientierte abgelöst (vgl. z.B. Beck und Cowan, 2007). Das Konkurrenzprinzip ist heute weltweit unnötig (vgl. z. B. Ziegler, J., 2015). Der Aggressionstrieb als Begründung des Konkurrenzprinzips gilt als widerlegt (vgl. z.B. Bauer, J., 2011, S. 13ff).

Entsprechend der Punkte 2. und 3. kann den Selbstorganisationsprozessen sowohl in den intra- wie in den interpersonellen Beziehungen vertraut werden.

Das Bindungsverhalten entsteht im ersten Lebensjahr durch die Anpassung an das Verhalten der zur Verfügung stehenden Bindungspersonen. Das hat prägenden Charakter für das spätere interpersonelle Beziehungsverhalten. Dies geschieht parallel zur Entwicklung der "selves", also der intrapersonellen Beziehungen. Man

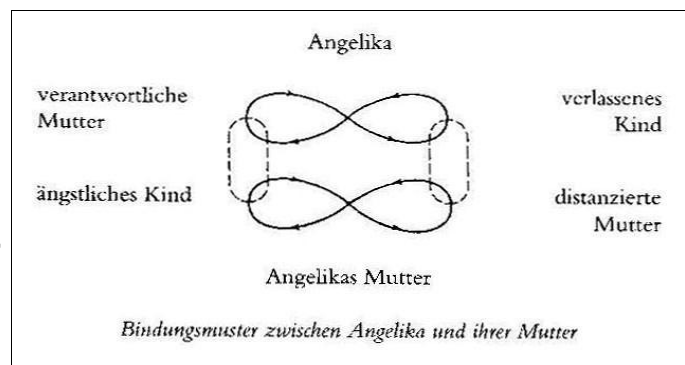


könnte sagen, dass die intrapersonellen Beziehungen durch die frühen interpersonellen Beziehungen geformt wurden. Anders gesagt: Die innere Familie wurde durch die äußere Familie in der Kindheit geformt. (vgl. Stone, Hal und Sidra, 1997, S. 20ff)

Bei der ersten Kontaktaufnahme mit einem Anderen sieht ein Mensch immer zunächst sich selbst. Aus dieser narzisstisch-fusionären Basisbeziehung (vgl. Gollwitzer, 2013, S. 26) formt sich erst in der Interaktion und in Abstimmung mit dem Entwicklungsstand des Ich das Bild des Anderen. Auf diese Weise entsteht zwar ein wirklicheres Bild von ihm, der Blick bleibt aber weiterhin gefärbt. Nur ein sehr reifes Ich wäre in der Lage, den Anderen tatsächlich so zu sehen, wie er ist. Immer werden die Vorerfahrungen der vergangenen, inzwischen internalisierten Beziehungen in die aktuellen Beziehungen hinein übertragen, unabhängig davon, ob das bewusst wird oder nicht und wie jemand in der Lage ist, damit umzugehen. In der therapeutischen Arbeit sprechen wir von Übertragung und Gegenübertragung (Ü/GÜ) (s. Pkt. 6.2.).

Dieser Vorgang findet in allen interpersonellen Beziehungen statt. Die oben erwähnte Theorie der Bindungsmuster ist zum weiteren Verständnis hilfreich. Die "selves" agieren nicht nur intrapersonell, sondern auch interpersonell sehr dynamisch und vernetzt mit den "selves" des Gegenüber. Diese interpersonelle Kommunikation der "selves" wechselt je nach Situation ständig. Dabei gibt es für jede Beziehung typische Bindungsmuster. Die untenstehende Grafik zeigt in einem Beispiel das verinnerlichte Bindungsmuster einer Frau im mittleren Alter mit ihrer Mutter.

"Angelika wuchs in einer Familie auf, in der sie früh die Mutterrolle übernehmen musste. Ihre eigene Mutter, eine ängstliche Frau, konzentrierte sich voll auf ihren Beruf und war nie sehr mütterlich. In dieser Familie war es ein Risiko, verletzlich zu sein, und so unterdrückte Angelika diese Gefühle. Sie merkte bald, dass ihr inneres Kind in Sicherheit war, solange sie die Mutterrolle spielte." (Text und Grafik: Stone, Hal und Sidra, 1997, S. 139)



Im weiteren führen Hal und Sidra Stone in dem Beispiel aus, wie das alte Muster in Angelikas aktuelle Beziehungen hineinwirkt, nun auf die typischen Bindungsmuster ihres Ehemannes trifft und welche therapeutischen Ansätze sich daraus ergeben.

Die tatsächliche interpersonelle Beziehungsdynamik ist natürlich komplexer als in dieser Grafik dargestellt. Neben den hier dargestellten "selves" sind noch andere beteiligt und die "selves" in der obigen Grafik agieren auch diagonal, also das "ängstliche Kind" der Mutter mit dem "verlassenen Kind" der Tochter und die "distanzierte Mutter" der Mutter mit der "verantwortlichen Mutter" der Tochter. Das Dargestellte ist darüberhinaus nur eine Momentaufnahme, allerdings ist es typisch. Auch prägnante therapeutische Beziehungssituationen können so dargestellt werden. (s. Pkt. 6.3.)

### 3.6. Ich-Kraft – Ich-Abwehr

In der AKPT spielt die Ich-Kraft oder Ich-Stärke eine zentrale Rolle. Ein Mensch mit einem starken Ich ist ein Mensch, der gelernt hat, mit schwierigen Gefühlen umzugehen, psychische Inhalte notfalls verdrängen kann und eine stabile Realitätswahrnehmung hat. Die psychische Geburt des Menschen ist im Alter von drei Jahren geglückt, wenn das Kind alle vorherigen Entwicklungsstufen erfolgreich durchlaufen

hat und genügend Ich-Kraft aufbauen konnte. Wir sprechen dann von hohem, andernfalls von niedrigem bis mittlerem Strukturniveau. Weiteres dazu im Pkt. 7.1.

Das Ich wird, wenn es kann, alles abwehren, was die Aufrechterhaltung der Ich-Funktionen beeinträchtigt, weil das für ein psychisch stabiles Überleben wesentlich ist. Dazu braucht es Ich-Kraft. Die Abwehrmechanismen wurden vor allem in der sogenannten Ich-Psychologie untersucht und beschrieben. Eine Ich-Psychologie, die die Ich-Abwehr als ein Streiten für etwas Wesentliches betrachtet und weniger als ein Kampf gegen etwas "zu Unterdrückendes", entspricht meiner Herangehensweise. Die Ich-Abwehr kann als das Tätigwerden eines inneren "Beschützers" betrachtet werden. Das Modell der Psychologie der Selbste (Pkt. 3.2.) kann helfen, das Anliegen des "Beschützers" zu verstehen und in Kooperation mit ihm und den anderen "selves" eine neue, lebensstaulichere und -praktischere Balance zu finden.

Bei früh traumatisierten bzw. frühverletzten Menschen sind die Flucht- und Kampfmechanismen fehlentwickelt. Die eigene Individualität und die damit einhergehenden Bedürfnisse werden verleugnet. Die Anpassung an ein Verhalten, das als Kollektivnorm verstanden wird, dominiert die Ich-Funktionen. Man könnte sagen, der Beschützer ist fehlentwickelt. Dennoch ist er ein Beschützer, oft ein sehr starker. Wenn "die Erregung innerhalb des Konflikts zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Erwartungen der Umwelt zu hoch wird", entsteht Selbstschädigung ermöglichende Dissoziation (Gollwitzer, 2013, S. 48), die dann als Ich-Abwehr (des Beschützers) verstanden werden muss. Beide Fallbeispiele enthalten Komponenten einer solchen Situation. Ich gehe davon aus, dass uns das in der Praxis oft begegnet.

### **3.7. Umgang mit Widerstand**

Als Widerstand können alle Erscheinungen gelten, die sich dem freien Fluss des Atems oder dem Halten der Aufmerksamkeit (und damit der Atemwahrnehmung) entgegenstellen. Die grundlegende Haltung ist, dass Widerstand Schutz ist und nicht gewaltsam übergangen werden darf. Widerstand wird respektiert, was nicht heißt, dass er für unveränderbar gehalten oder, ihm immer nachgegeben wird.

Widerstand kann anatomisch, neurologisch oder psychisch bedingt sein – oft kennen wir die Ursache (zunächst) nicht, manchmal gibt es einen Verdacht, gleichwohl dient ein Element der Ungewissheit immer auch der Hoffnung auf Veränderbarkeit (Diagnosen können Hoffnung nehmen). Atemarbeit am Widerstand in der AKPT ist interpersonelle innere Arbeit. Widerstände werden angenommen, angeschaut und nicht gebrochen.

„Widerstände, die während der Arbeit auftauchen, z.B. Frau A's ‚Schwindel‘ oder das Unwohlsein bei der Arbeit mit dem weichen vorderen Beckenbereich und dem Beckenboden, werden in der AKPT als sinnvoller und notwendiger Schutz verstanden vor einem Körperraum, Thema etc., dessen bewusste Wahrnehmung noch zu bedrohlich ist. Die Klientin wird darin unterstützt, ihr Nein in diesem Bereich körperlich und seelisch zu spüren, sich darin liebevoll anzunehmen und dies nach außen zu vertreten. Sie wird einbezogen in die Entscheidung, wie mit diesem Widerstand umgegangen werden soll. Sie übernimmt Verantwortung für sich, z.B. ‚Ich möchte aus der Bewegung wieder in die Ruhe gehen und mich abklopfen, bis es mir wohler ist.‘ Dadurch wird das Ich weiter gestärkt, aus ‚Anpassung, Selbstaufgabe oder Resignation‘ herausgeführt (Bischof, 2009b [2009], S. 5). Die Stärkung des Körper-Ichs steht also weiterhin im Mittelpunkt. Diesem stärkeren Ich wird es später möglich sein, das Umfeld und die noch unbewussten Hintergründe des Widerstandes genauer wahrzunehmen; es kann dann ‚hinschauen‘ und der Widerstand kann sich mit der Zeit auflösen.“ (Maas, 2012, S. 228f)

Ein Widerstand kann als die Aktivität eines "selves" betrachtet werden, mit dem (meist) auf der "inneren Bühne" (s. Pkt. 5.3.) gearbeitet werden kann. Auch das ist ein "Beschützer". Er kann dabei in sehr verschiedenen, auch wechselnden Rollen auftreten, z.B. als "Perfektionist" oder "Antreiber", als "Großmaul" oder auch als "Neidischer", auch als "die Müdigkeit" oder "das Kopfkino". Durch die Arbeit auf der inneren Bühne kann ein Zusammenhang klar werden, beispielsweise, dass ein Schwindelgefühl mit einer perfektionistischen Grundhaltung zusammenhängt und vielleicht auch, worum es dem "Beschützer" dabei eigentlich geht. Nun kann versucht werden, auf der inneren Bühne eine lebenspraktischere Balance der "selves" anzuregen, in die sich der "Beschützer" auf neue Weise einordnen kann.

Arbeit am Widerstand, aus dem Ich-Kraft wächst, kann interpersonell (z.B. Armdrücken mit oder ohne Augenkontakt) und auch intrapersonell (z.B. mit willentlichen Atemtechniken s. Pkt. 5.) geschehen. Wichtig ist, dass es bewusst geschieht und dass der Klient selbstermächtigt motiviert ist.

### **3.8. Impulse setzen und geschehen lassen – ein Grundprinzip**

Ein wichtiges Arbeitsprinzip ist, dass der Selbstregulation aller inneren Prozesse vertraut wird (vgl. auch Pkt. 3.5.). Dies folgt der Einsicht, dass wir Gesundheit nicht machen können. Wir können aber Bedingungen schaffen, dass sie möglich wird. Heilung, so die grundlegende Annahme, ist immer Selbstheilung. (vgl. Hüther, 2011)

Man kann eine Arbeitsweise, die das beachtet, "Impulse setzen und geschehen lassen" nennen. Ich nehme beispielsweise eine Körperhaltung ein (eine Asana im Yoga) und spüre dann ihrer Wirkung nach. Ich praktiziere eine Atemmanipulation und erfahre im Anschluss ihre Wirkung. Ich imaginiere ein inneres Bild (z.B. eine Szene aus meiner Kindheit) und beobachte, welche inneren Bilder in Folge dessen in mir aufsteigen. Auf diese Weise entwickelt sich die Körper-, Atem- und Selbstwahrnehmung als Teil eines die Selbstheilung/Selbstregulation unterstützenden Bewusstseinsprozesses.

#### 4. DER ATEM – DER BEWUSSTE ZUGELASSENE ATEM DER AKPT – BEGRIFFE

Wesentlich in jeder mir bekannten Atemarbeit (GIA, pranayama, AKPT) ist das schrittweise Entwickeln der Fähigkeit, das Atemgeschehen innerlich und ganzheitlich wahrzunehmen, wie es aus sich selbst heraus geschieht. Das meint, den Atem zu beobachten, wie er ist, nicht, wie er sein soll. Ich werde vielleicht bemerken, wo mein Atem gestört ist und wo er frei und leicht fließt. Es ist Beobachten und Erfahren. Was zunächst ein Konzept ist, wird mit der Erfahrung ein Weg. In der AKPT wird dieser Atem der bewusste zugelassene Atem genannt. Im pranayama gibt es den Begriff prakrita pranayama. Shrikrishna Bhushan Tengshe beschreibt diesen Atem so:

„Prakriti bedeutet in Sanskrit die Natur. Und prakrita bedeutet dann, das, was natürlich ist, das, was unverändert ist. Das heißt also, wenn ich mit der Atmung fließe, die natürlich ist und unverändert, das ist ein ganz wichtiger Schritt und ohne dass ich den gehe, kann ich gar nicht wirklich weitergehen. Ich fließe einfach mit der Atmung so, wie sie natürlich fließt und das kann mich eine Menge lehren. [...] Das ist keine Technik oder eine Methode, sondern das ist einfach das Öffnen deiner Selbst für das, was Realität ist. Deswegen ist von alters her dieses Erste als der Anfangspunkt, als Grundlage betrachtet worden. Man muss sich erst einmal der natürlich fließenden Atmung bewusst sein. Und wenn Du das tust, [...] dann wirst Du sehr oft feststellen, dass sie eben nicht ganz ungestört fließt, dass da Blockaden sind [...]. Und viele dieser Blockaden beruhen darauf, dass wir sehr blind leben auf Grund von Gewohnheitsmustern. [...]

Und da sind dann eben zahlreiche Techniken, Methoden, Praktiken, die wir nutzen, um die Atmung zu modifizieren. [im pranayama werden sie vaikrita pranayama genannt.] Und diese verschiedenen Methoden, z.B Uddiyana, Kapalabhati, puraka, rechaka etc., die sind alle dazu da, um die Atmung freier werden zu lassen, vollständiger werden zu lassen. Aber es ist mein letztendliches Ziel, nicht nur meine Atmung frei werden zu lassen, sondern dieser innere Zustand, dieses innere Etwas, das die Atmung reguliert, das soll zur Ruhe kommen. D.h. also, ich möchte die Stille in der Atmung erleben und erfahren. [Dieses „stille Atmen“ heißt kevala pranayama.] [...] Nur in dieser Stille allein bin ich in die Lage versetzt, mit dem zu sein, was ist, so wie es ist, ohne schon vorgeprägt zu sein von bestimmten Vorstellungen, Erwartungen, wie etwas sein sollte oder müsste. Nur dieser Zustand allein führt uns zur Meditation. So dass pranayama im wesentlichen ein Tor ist, das uns die Möglichkeit für meditative Zustände eröffnet.“ (Tengshe, 2007)

Prakrita pranayama wird also als ein Prozess beschrieben. Ein anfangs blockierter Atem wird mit Hilfe von Techniken (hier: vaikrita pranayama) nach und nach befreit als Grundlage für die präsente Stille des Atems (kevala pranayama).

Aus der Genealogie der AKPT (Bischof, S., 2012d) geht die Bedeutung der Atemlehre nach Ilse Middendorf für die AKPT hervor. Stefan Bischof schreibt zum Atem:

"[...] Das Selbst enthält alles Potential für Entwicklung, Veränderung und Heilung in einem ganzheitlichen Sinne. In der AKPT sehen wir das Selbst nicht nur als ein Konzept der Psyche, sondern auch für den ganzen Körper und den Atem. Wir sehen den Atem als Mittler, Medium und Ausdruck des Selbst.

Diese sehr eigene, individuelle Art des Atems bzw. zu atmen ist ein ideales Konstrukt, Ziel und Intention der Methode. Sie wird als nicht beeinflusst von Anpassung, Neurose, Schatten, Anima-Animus, Mutter-Vater Komplex usw. gesehen. Natürlich begegnet uns der Klient oder Patient zuerst mit einem (neurotischen) Atemmuster, das weit entfernt ist von diesem Ideal. Der Weg des Atems, wie er aktuell ist, bis hin zu diesem bewusst erfahrenen, natürlichen, eigenen und befreiten Atem des selbstverwirklichten Menschen ist der therapeutische Prozess. Therapie wird als Entwicklungsprozess, Realisierung des persönlichen Potentials verstanden." (Bischof, S., 2012c, S. 3)

Ich bin in der Methode Middendorf nicht ausgebildet. Um Konfusion zu vermeiden, spreche ich nicht vom Bewussten zugelassenen Atem, sondern vom Bewusst natürlichen Atem. Er wird weder willentlich noch mental beeinflusst. Ich beobachte und erfahre ihn. Wie der bewusste zugelassene Atem in der AKPT ist der Bewusst natürliche Atem in meiner Arbeit Weg und Ziel. Dass auch kevala pranayama, das hier genannte Ziel des pranayama, diesem Ziel dient, sei hier ohne Nachweis erwähnt.

## **5. DER WILLENTLICHE ATEM**

### **5.1. willentlich beeinflusster Atem – geführter Atem**

Der Wille kann direkt oder indirekt zur Beeinflussung des Atems eingesetzt werden. Indirekt: durch Bewegen des Körpers, etwa rhythmisches Kreisen, Schwingen, Federn oder Tönen, durch Selbst- oder Fremdbührung. Der Atem wird reagieren. Direkt: willentliche Einflussnahme auf die Atemmuskulatur. Dafür steht das Wort "willentlich". Wesentlich ist das „wie“. Folgt es den folgend beschriebenen Prinzipien, wird "Willentliche Atemarbeit" zum Eigennamen in Großbuchstaben.

Allgemein ist ein Willentlicher ein willentlich unterstützter Atem. Der Wille ist an der Erzeugung des Atemmusters mit einer zwischen 0% und 100% liegenden, auch während eines einzigen Atemzuges möglicherweise wechselnden, Intensität beteiligt. Beim "geführten Atem" überwiegt der willentliche Anteil, der dann ein Spezialfall des Willentlichen Atems ist.

Wenn Shrikrishna Bhushan Tengshe davon spricht, "mit seinem Atem zu tanzen" und dem Atem zum "intimsten Freund" erklärt (Zitat s. Pkt. 2.), zeigt das eine innere Beziehungsarbeit, man könnte sagen, zwischen Wille und Atem. Widerstände werden respektiert (Pkt. 3.7.). Einmal führt der Wille, einmal der Atem. Das Ziel im Hinblick auf den Einsatz des Willens ist, das gewünschte Atemmuster vom Atem selbst erzeugen zu lassen, es nicht zu "machen". Man könnte sagen, wir bitten unseren Atem: "Atem, mach Du es. Du bist klüger als ich und weißt besser, was genau Du brauchst." Es sind Entschiedenheit, innere Stärke, Übung und Erfahrung gefragt, nicht Gewalt. Diese innere Stärke ist Ich-Kraft. Ich-Kraft ist Atemkraft. Willentliche Atemarbeit erfordert Ich-Kraft und gleichzeitig wird sie gefördert und aufgebaut.

Solange der Wille ein Übergewicht hat, fühlt es sich anstrengend an, ist diese Phase überwunden, wird es leicht, mühelos, wie von allein. Es ist die Erfahrung des im Yoga bekannten "sthira sukham asanam" (stabil mühelos asana, patanjali 2.46).

### **5.2. Das Üben willentlicher Atemtechniken – pädagogisch oder therapeutisch?**

Die Anleitung eines Schülers in Willentlicher Atemarbeit ist ein individuelles und komplexes Geschehen, das sich der Objektivierung entzieht. Ein guter pranayama-Unterricht erinnert mehr an ein therapeutisches als an ein pädagogisches Vorgehen. Das gilt für das gesamte Yoga, auch wenn es Versuche gibt, Yoga objektivieren zu wollen. Martina Bley bestätigt das:

"Hier liegt ein wesentlicher Wirkfaktor, den man bis heute in der Yoga-Forschung unzulässigerweise vernachlässigt. Im Versuch einer 'Objektivierung' spricht man vom 'Yoga' an sich, bestenfalls wird eine Schule oder die spezielle Tradition erwähnt. Dahinter steht die Annahme, dass es im wesentlichen auf solche äußeren 'objektivierbaren' Faktoren ankäme wie die Technik der Übungen, die Dauer ihrer Praxis etc., nicht jedoch auf die Vorbildwirkung, Erfahrung und intuitive Einsicht eines Lehrers. In allen Selbsterfahrungstraditionen wird jedoch immer wieder betont, dass der Unterricht durch einen möglichst erfahrenen, in der Praxis selbst weit fortgeschrittenen Lehrer durchgeführt werden sollte.

Auch in Bezug auf psychotherapeutische Schulen kamen Grawe und Mitarbeiter in einer großangelegten Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass die 'guten' Therapeuten aller Richtungen gute und die unerfahrenen Therapeuten aller Richtungen weniger gute Ergebnisse erzielten. Die Personenvariable als der wichtigste nonspezifische Wirkfaktor war hier sogar noch ausschlaggebender als die konkrete Methodik der Intervention (Grawe et. al., 2001)

Die Tatsache, dass Interaktionen und Beziehungsdynamik der Beteiligten auch im Yoga eine wesentliche Rolle spielen, erschwert dessen wissenschaftliche Zugänglichkeit." (Bley, M., 2006, S.27)

Ich setze pranayama-Techniken atem- und körperpsychotherapeutisch ein. Der Umgang mit dem Willen in der Willentlichen Atemarbeit ist im Wesentlichen der Umgang mit den auftauchenden Widerständen entsprechend den Prinzipien nach Pkt 3.7. Weil es der Klient selbst in seinem Inneren macht, ist es zwar innere Beziehungsarbeit, also intrapersonell (s. Pkt. 3.5.), welche jedoch im Wirkungsfeld der therapeutischen Beziehung (Pkt. 6.), also in einem interpersonellen Feld stattfindet. Die im interpersonellen Feld mit dem Lehrer (und ev. der Gruppe) ermöglichte innere Klärung fördert die Fähigkeit im Umgang mit der Technik. Sie steht nun der weiteren atem- und körperpsychotherapeutischen Arbeit auf gefestigtere Weise zur Verfügung.

### **5.3. Atem und Imagination – intrapersonelle Beziehungsarbeit**

Die Atemarbeit lässt sich gut mit Imagination verknüpfen. Das ist nicht an den willentlich beeinflussten Atem gebunden. Der unter 5.4.1 beschriebene Vollatem z.B. eignet sich dafür jedoch sehr gut. So passt das Thema in dieses Kapitel.

#### **5.3.1. Zwei wechselwirkende Arten innerer Bilder**

Es gibt zwei Arten von inneren Bildern:

„Zweierlei Bildkräfte gilt es zu unterscheiden. 1. Bei den spontan auftauchenden Bildern, die ähnlich den Traumbildern durch die innere Atemberührung aus den Schichten des persönlichen und kollektiven Unbewussten aufsteigen können, und 2. die Bilder der kreativen Imaginationen, wie wir sie aus den Imaginationsübungen der Psychosynthese oder der Traumatherapie angewandt werden. Im Gegensatz zu den Spontانبildern werden sie bewusst gestaltet. Sie haben einen stabilisierenden Charakter und werden in der Therapie als Intervention eingesetzt, beispielsweise als Des-Identifikationsübung bei starker emotionaler Ladung oder zur Verstärkung von Ressourcen oder als Gegengewicht zu Schreckensbildern (Reddemann 2006). Sie haben meist ein Rahmenthema als Aufgabe wie ‚einen sicheren Ort finden, oder ‚einen Berg besteigen/eine Übersicht gewinnen‘ oder ‚eine Bühne betreten‘. Das Thema dient als eine Art Geländer, ohne die eigene Kreativität jedoch einzuschränken. Sehr oft finden wir auch Mischformen aus 1. und 2.“ (Waldthausen, 2015, S. 2)

Die "aufsteigenden" Bilder, die Spontانبilder, zeigen die Realität. Sie sind "echt". Die "gemachten" Bilder sind manchmal (notwendige) Helfer, Kundschafter oder Akteure für innere Umgestaltungsprozesse. Sie sind ebenso wirksam. Luise Reddemann bemerkt an einer Stelle, an der es ihr um die Installation des Inneren Helfers geht, auf den Einwand, dass ein gebastelter Helfer, also ein "gemachtes Bild" nicht aus dem Unbewussten komme, also dann nicht "echt", also nicht wirksam, sein könne:

...und bastelt sich daraus einen Helfer. Manche glauben, dass das dann nicht genügend aus dem Unbewussten kommt. Ich sage: Na und wenn schon! Unser Unbewusstes lernt vom Bewusstsein und umgekehrt. Letzten Endes ist es egal, woher die tröstlichen Worte kommen, Hauptsache, es gibt sie. (Reddemann, 2007, S. 42f)

Eine Intervention zu dieser Form wäre z.B.: "Stellen Sie sich in Ihrem Inneren einen freudig spielenden kleinen Jungen vor. Geht das?" Ein Beispiel für die andere, die "echte", wäre: "Wenn Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Empfindung, die Sie gerade beschreiben, weiter sammeln, steigt da ein Bild in Ihnen auf?" "...eine Form?" "...eine Farbe?" Es gilt dabei das unter 3.8. beschriebenen Prinzip "Impulse setzen und Geschehen lassen". Gibt es auf das "gemachte" Bild Antworten von "echten" Bildern? Das "gemachte" Bild verfolgt einen Zweck, die Antwort des "echten" zeigt, was wirklich ist. Es geht dabei (der Zweck) um das Bewusstwerden von intrapersonellen Mustern des Klienten (Diagnostik), um Stabilisierung oder auch um eine vielleicht mögliche verändernde Gestaltung (Therapie). Unten finden sich praktische Beispiele.

### 5.3.2. Der Atem und das Ich als Imago, die im Körper verortete „innere Bühne“

Möglich ist folgendes Modell: Der Atem ist ein eigenständig in mir wirkendes, intelligentes Wesen, ein eigenständiger Persönlichkeitsanteil, mit dem mein Ich eine Beziehung gestalten will. "Mein Atem und mein Ich". Beide Imagos (der „Atem“ und das „Ich“) werden im Körper verortet. „Wenn Du Deinen Atem im Körper spüren könntest, wo im Körper wäre er jetzt gerade?“ könnte eine Frage in dieser Art sein. Man kann auch direkt fragen: "Wo nimmst Du Deinen Atem im Körper wahr?" Ich-schwache Menschen sind jedoch oft nicht in der Lage, körperliche Empfindungen wahrzunehmen und zu benennen. Hier kann diese Fragetechnik über die Impulsebene den Zugang zu den im Schatten liegenden Wahrnehmungsfunktionen erleichtern.

Das Konzept der „inneren Bühne“ (Reddemann, 2007) wird bewusst verknüpft mit dem Körper und dem leiblich erleb- und erfahrbaren Atem. Der Atem kann die Atmosphäre der inneren Bühne einerseits farbenfroher und deutlicher machen, ist notfalls jedoch auch in der Lage, sie in einen entfernten sicheren Ort zu verwandeln.

Zur Verknüpfung von innerem Bild und Atem schreibt Bettina von Waldthausen:

„Denn die enge Anbindung und Rückkopplung von Atemfluss und Körperempfindung zum Bild schafft per se im Klienten einen Realitätsbezug und holt das Bild in den Körper. Es bleibt also nicht frei schwebend im Ungefährten. Wichtig ist an dieser Stelle, genügend Raum zu geben, um das Wahrgenommene in der Stille wirken zu lassen. Das beobachtende Ich tritt dabei in eine Wechselbeziehung mit Bildempfindung und Atemwahrnehmung. Es muss also Abstand nehmen und sich ins Gegenüber stellen. In diesem Zusammenhang kann man dann fragen: Was empfindet der Klient? Hat er einen Einfall dazu oder gibt es einen Bezug zur aktuellen Situation oder seiner Biografie? Was sagt der Atem? Kann er sich vorstellen, dem Bild im Körper einen Platz anzubieten und es mit dem eigenen Atem aufzunehmen?“ (Waldthausen, 2015, S. 2f)

Diese Bilder werden (überwiegend) nicht gedeutet. Ihre Verbindung zum Körper und die in der therapeutischen Beziehung gehaltene Aufmerksamkeit genügen. Die Bilder sind dadurch nicht "frei schwebend". Ihrer Selbstorganisation kann vertraut werden.

Ein Beispiel: In einer Sitzung tauchte bei einer Klientin synchron ein Schmerz im Lendenwirbelbereich, ein inneres Bild von einem Brunnen mit Kinderleichen und ein Gedanke/Impuls: "Nichts wie weg hier", auf. Dass das Bild aus ihrer erlebten Vergangenheit stammt, wäre zwar möglich, ist aber nicht wahrscheinlich. Es bleibt an dieser Stelle ungeklärt. Wichtig ist die haltende Präsenz der ganzen Persönlichkeit, wie sie in diesem Augenblick ist. Das gilt für die Klientin, aber auch für den Therapeuten. Die Klientin begleitet sich selbst mit ihrem Atem, der hier willentliche Anteile enthielt. Der Atem hält die Präsenz im Körper und im Hier und Jetzt. Darum geht es an dieser Stelle. Was aufsteigt, ist da und kann und soll nicht weg gemacht werden.

Es ist der Punkt "Finden und Halten". Ein Schatten wird bewusst und zeigt sich als (schreckliches) Bild. Der (heftige?) Atem hilft, es wenigstens für den Moment zu tragen. Dann, im "richtigen" Moment, die Frage des Therapeuten: "Was fehlt?". Die Antwort kam prompt: "Licht!". Das Selbst kennt die Antwort, der wir vertrauen dürfen. Th.: "Dann gib Licht rein! Geht das?" Hier ist jetzt wieder ein "gemachtes Bild", das dazugenommen wird. Die Schmerzen in der Lendenwirbelsäule waren schlagartig weg und der Brunnen verschwand. Es wurde milchig weiß (ein aufsteigendes Bild), das als madonnenhaft rein erlebt wurde. Die kurze Sequenz mag das Arbeitsprinzip mit den beiden Arten von inneren Bildern verdeutlichen.

Die realen Bezüge folgten später: Ihre Zwillingsschwester ist wenige Stunden nach der Geburt in ihrer Gegenwart gestorben. Sie erlebte einen extremen Verlust fast

zeitgleich mit der Verarbeitung des eigenen Geburtstraumas. Zum Zeitpunkt der Sitzung geht es um das Tragen des Schreckens durch Anwesenheit im Körper und Verbundenheit mit dem Atem in der schützenden, den Raum haltenden therapeutischen Beziehung. Damals im Inkubator war sie mit ihrer toten Schwester allein, jetzt ist jemand da – er bleibt und geht nicht weg. Wie wichtig hier die nicht deutende, aber haltende Aufmerksamkeit des Therapeuten ist, mag deutlich werden.

### 5.3.3. Der Atem und das Ich als Imago, ihre „Kostüme“ auf der „inneren Bühne“

Sich den Atem wie vorgeschlagen als eine innere Persönlichkeit vorzustellen ist ein "gemachtes" abstraktes inneres Bild. Es ist zunächst ein Gegenüberstellen von Atem und Beobachterin. Zur Erklärung der häufig beobachteten Tatsache, dass sich der Atem durch die Beobachtung verändert, ist ein Bild von einem spielenden Kind hilfreich, dass plötzlich bemerkt, dass es von seinen Eltern beobachtet wird und nun sein Spielverhalten ändert. Vielleicht spielt es nun besonders "schön" oder versteckt sich eher oder es hält inne. Es kann passieren, dass sich der Atem mit dem inneren Kind verknüpft und die Beobachterin (das Bewusste Ich) mit den inneren Eltern. Im bewussten Weiteratmen sind dann Assoziationsketten möglich, die etwas nach oben holen, das sich im Feld der gerade stattfindenden therapeutischen Beziehung zur weiteren Betrachtung zeigen will.

Innere Bilder zeigen sich in einer zeitlichen Abfolge, das Atemgeschehen selbst ist auch eine solche. Es fällt leicht, sich eine Synchronizität zwischen der Abfolge der Bilder und dem Fluss des Atems vorzustellen. Die Art der inneren Bilder beeinflusst den Atem. Kann das auch anders herum sein? Kann ich mit meinem Atem auf die inneren Bilder einwirken? Im pranayama gibt es die Erfahrung, dass sich der Geist beruhigt, wenn ich den Atem beruhige. Und umgekehrt: Ein ruhiger Geist erzeugt einen ruhigen Atem, ein ruhiger Atem einen ruhigen Geist.

Das Lenken innerer Bilder über den Atem ist ebenfalls möglich. Das kann mit der Vorstellung verbunden sein, dass derjenige, der den Atem lenkt, eine innere handelnde Person ist, und der Atem, der dem folgt, auch, beispielsweise ein "innerer Arzt", der zu einer schmerzenden Stelle im Körper gerufen wird. Es kann ein verletztes oder ein kreatives inneres Kind oder etwas anderes sein. In einem solchen "inneren Spiel" wechseln, wie oben beschrieben, imaginierte mit aufsteigenden Bildern ab. Es braucht dafür drei Elemente: Ein eine Aktion setzendes Element (einen Impuls setzen, s. Pkt. 3.8.), eine (reale) Antwort aus der Tiefe (dafür steht häufig der Atem) und ein Gewahrwerden dieses inneren Geschehens (die "innere Beobachterin" als ein Aspekt des Bewussten Ich – in der AKPT sprechen wir vom Zeugenbewusstsein). Durch die Verortung im Körper und Verknüpfung mit dem Atem ist ein innerer Prozess mit den "selves", dem "Bewussten Ich" und dem "Atem" in vielen Rollen und Varianten auf der körperbasierten "inneren Bühne" möglich.

Für solche Prozesse scheint es archetypische Muster zu geben. Einen solchen beschreibt Tilke Platteel-Deur, dem sie den Namen "Die Vergangenheit auf der Seelenebene heilen" gegeben hat, ausführlich an einem Beispiel (Platteel-Deur, T., 2009, S. 210ff). Im Kern geht es in diesem Beispiel um die im Innen körperlich erlebte Erfahrung, wie Geben und Empfangen zu ein und demselben verschmelzen und dadurch der Teufelskreis aus Mangel, Schuld und Scham unterbrochen werden kann. Methodisch sei hier vor allem darauf hingewiesen, dass nicht nur passgenaue Interventionen des Therapeuten für diesen intrapersonellen Prozess wichtig sind, der Bilder benötigt, die, wie es scheint, aus einer archetypischen Tiefe aufsteigen



müssen, sondern auch, welche hohe Bedeutung das Wirkfeld der therapeutischen Beziehung und die "innere Ordnung" des Therapeuten dabei haben.

## 5.4. Ausgewählte Übungen

Es geht in dieser Arbeit nicht um das Beschreiben von Techniken des Willentlichen Atems, sondern darum, „wie“ damit gearbeitet werden kann. Die am häufigsten verwendeten Übungen, um die es hier geht, kommen aus dem pranayama. Ich habe sie von Shrikrishna Bhushan Tengshe übernommen und auf meine Weise verinnerlicht. Der Verbundene Atem hat eine Sonderstellung. Er wird hier nicht explizit betrachtet.

Im Rahmen dieser Arbeit werden zum besseren Verständnis drei Techniken kurz beschrieben: Der "Vollatem" als eine Art Basisatem für die Willentliche Atemarbeit, "Kapalabhati", ein dynamisches, rhythmisches Ausatmen mit reflektorischem Einatem und "Ujjai", ein vertieftes Atmen gegen einen leichten Widerstand.

### 5.4.1. Der Vollatem

Unter Vollatem wird ein willentlich unterstützter, möglichst langsamer und möglichst vollständiger Atem mit oder ohne Pause nach dem Ausatem verstanden. Sollte eine Pause nach dem Einatem entstehen, wird sie willentlich auf die Länge der Pause nach dem Ausatem begrenzt. Der Atem kann vollständig sein, muss es aber nicht. Tauchen Widerstände auf, werden diese respektiert im Sinne von „mit den Widerständen atmen“ und nicht gegen sie. Dieser Atem hat ohne die Pause(n) 4 Phasen: aktiver Einatem, passiver Ausatem (bis nur „Nullinie“ = alle Atemmuskulatur ist entspannt), aktiver Ausatem, passiver Einatem zurück zur „Nullinie“.

Der Vollatem kann durch Bewegung begleitet und/oder unterstützt und in vielen verschiedenen Körperhaltungen ausgeführt werden. Die Grundform ist ruhig und aufrecht sitzend. Die Arbeit am Vollatem ist kombiniert mit der Arbeit an der Körperhaltung, die als ein feines inneres Tanzen verstanden werden soll. Beides sollte locker und frei sein. Er wird also gemacht und doch nicht gemacht. Der Vollatem ist eigentlich ein geführter Atem, dennoch mehr ein Geschehen, nicht ständig geführt, wie im Pkt. 5.1. bereits im Grundsatz beschrieben.

Die Pause nach dem Ausatem entsteht im Allgemeinen von allein. Es ist jedoch anders als in der Ruheatmung. Nach einem vollständigen bzw. vollständigerem Ausatem hat der Körper einen erhöhten Tonus (Bauchdecke, innere Zwischenrippenmuskulatur), die in der Pause gehalten wird und das sollte möglichst von allein geschehen. Durch Hinweis auf die Wahrnehmung des Impulses, durch den der nächste neue Einatem entstehen will, der im Yoga "Utkata" heißt, entsteht ein "Erwarten". Das führt etwas weg vom "Machen".

Das Element des Geschehen Lassens im Vollatem, des immer weniger Machens, kann durch Bilder unterstützt werden. Z.B. kann das Bild der 4 Jahreszeiten den 4 Atemphasen zugeordnet werden. Die Jahreszeiten kommen und gehen aus sich selbst heraus, was wir tief innerlich wissen. Das Jahr hat 2 aktive Phasen (Frühling und Herbst) und 2 passive (Sommer und Winter). Der Vollatem auch. Manchmal sind die Jahreszeiten voll ausgeprägt, manchmal weniger, wie die Atemphasen auch. Umgekehrt wirken möglicherweise assoziierte oder aufsteigende Bilder (vgl. Pkt. 5.3.1.), die an die Atemphasen geknüpft sind, auf den Atem zurück.

Der Vollatem, eine Art Basisatem der Willentlichen Atemarbeit, hat im Allgemeinen eine beruhigende Wirkung und eignet sich als Vorbereitung für andere Übungen.

#### 5.4.2. Ujjai

Beim Ujjai-Atem werden die Stimmritzen ein wenig verschlossen so dass für den Übenden ein feines Atemgeräusch (ein leiser Schnarchton) hörbar wird. Der Vollatem bildet die Basis des Ujjai-Atems. In dieser Übung ist innere Widerstandsarbeit gut erfahrbar. Lebenskraft „balgt“ mit Ausdruckskraft.

#### 5.4.3. Kapalabhati

Zur Technik von Kapalabhati: Es wird rhythmisch aktiv durch die Nase ausgeatmet. Der Atem wird mit einer kurzen und kräftigen Kontraktion der Bauchdecke „ausgeworfen“. Der Einatem ist reflektorisch und etwas langsamer. Die gesamte andere Atemmuskulatur ist still, sie wird passiv „geschüttelt“. (Eine Teilnehmerin sagte einmal: „Ah, das Zwerchfell wird ausgeklopft“ – ein treffendes Bild). Ein „üblicher“ Rhythmus ist 2 Ausatemstöße je Sekunde, also z.B. in einer Minute 120 Atemstöße. Der Übende soll jedoch seinen eigenen Rhythmus wählen und finden. Die aktive Phase praktiziert er so lange, wie es ihm gut tut und er beendet selbständig. In den Gruppen üben manche 2-3 Minuten, andere nur 30 Sekunden. Wichtig ist: Sobald eine „Störung“ auftritt, unterbrich sofort! Nach der „aktiven“ Phase folgt die „passive“: Der Atem reguliert sich jetzt selbst. Üblicherweise kommt er von allein zum Stillstand.

Kapalabhati erfordert einerseits und fördert andererseits, dass der Mensch locker und eutonisch gespannt aufrecht sitzt, frei in der Bewegung seines Atems, klar im Geist und sicher im Kontakt mit seiner Umgebung ist. Kapalabhati lockert das Zwerchfell, das als Sitz der Emotionen gilt, massiert die Bauchorgane, aktiviert den Beckenboden, reinigt die Atemwege, fördert den Ausatem und führt in die Stille. Am Ende von Kapalabhati kommt der äussere Atem zum Stillstand, der innere Atem wird erfahrbar (Kevala pranayama). Das gilt im Allgemeinen, individuell drückt sich das auf jeweils sehr unterschiedliche Weise aus. Kapalabhati eignet sich hervorragend für das Erleben der Balance zwischen Tun und Lassen.

### 5.5. Atempsychotherapeutische Arbeit an einem Beispiel mit Kapalabhati

Beim Üben von Kapalabhati können verschiedene Widerstände auftreten. Der Lehrer /Therapeut (Th) sollte darüber nicht urteilen in dem Sinne, dass der Klient (KI) etwas "falsch" mache. Das könnte dazu führen, dass er noch verbissener übt oder aufgibt.

Es kommen der "Ermöglichende Raum", das "Wirkfeld der therapeutischen Beziehung" und die Bedeutung des Th als "Modell" für den KI zum Tragen. Der Th arbeitet aus der Wahrnehmung des Feldes. Das Üben kann einzeln oder in der Gruppe erfolgen. Immer ist die Qualität des "Beziehungsfeldes" wichtig. In jedem Falle ist ein Widerstand, welcher Art sei zunächst offen, anzuerkennen und anzunehmen. Wie kann der KI einen angemessenen Umgang mit seinem Widerstand lernen? Wie kann daraus ein für ihn heilendes, alte Muster überformendes Erleben werden?

Wenn eine Übung in der Gruppe ausgeführt wird, baut sich immer ein Wirkfeld auf. Im Falle von Kapalabhati ist es so, dass zwar grundsätzlich die Strukturschwachen von den Strukturstarken im Sinne von Widerstandsarbeit im Gruppenfeld lernen können, es stellt allerdings eine große Herausforderung dar, gerade hier eine Atmosphäre zu schaffen, in der „kämpfendes“ Üben nicht „belohnt“ wird, weil das

strukturschwächere Menschen und strukturschwächere innere Anteile unterdrücken und frustrieren kann. Andererseits sind die strukturstarken Anteile aber auch zu würdigen, weil sie, selbst dann, wenn sie „spielerisch kämpfend“ Grenzen auslotend sehr heftig üben, Bedeutendes ins Gruppenfeld einbringen. In der Gruppe praktiziert kann Kapalabhati einerseits motivieren, einen „vermeidenden“ Atem zu aktivieren, andererseits aber auch, durch Gruppendruck Widerstände zu übergehen.

Grundsätzlich halte ich es so, dass ich nur den Beginn einer Übung im pranayama ansage und alles Weitere jedem Einzelnen freistelle und ihn darin unterstütze, seinen eigenen Rhythmus, seine eigene Intensität und situativ angemessene Übungsdauer zu finden mit der Einschränkung, dass jede wahrgenommene Störung beachtet und die Übung dann sofort unterbrochen werden muss.

Eine Frau teilte in der Rückmeldung innerhalb einer Gruppenstunde mit, dass sie sehr mit einem inneren Problem beschäftigt sei, was sie vom Üben abhalte und sie nicht zur Ruhe kommen lasse. Es ging um einen Konflikt mit einer langjährigen Freundin. Sie wurde um etwas gebeten, was sie jedoch nicht erfüllen wollte. Als sie Grenzen setzte, fühlte sie sich schuldig, weil es „nur um eine Kleinigkeit“ ging. Im weiteren Verlauf zeigte sich das Bild eines verletzten, beschämten und traurigen inneren Kindes, eines rebellierenden Kindes und eines inneren Erwachsenen, der sowohl weibliche (beschämende) als auch männliche (leistungsfordernde) Anteile enthielt. Hilfreich war nun eine allgemeine Frage ins Gruppenfeld hinein, wie es einerseits den Ich-schwächeren und andererseits den Ich-stärkeren Anteilen gehen mag, wenn letztere in Gegenwart der Ich-schwächeren Anteile ganz heftig minutenlang Kapalabhati üben. Wie ist das mit Über- und Unterordnung und wie „echt“ ist die Wertschätzung der schwächeren Anteile durch die stärkeren wirklich?

Im weiteren Verlauf war ein völliges Freistellen der Übungspraxis hilfreich. In einem Zeitfenster sollte eine Übung nach eigenem Ermessen praktiziert werden, z.B. Kapalabhati, allerdings mit der ausdrücklichen Aufforderung, wenn es sich nicht stimmig anfühlt, auch etwas anderes zu üben oder auch gar nicht. Es übten nun zeitversetzt die meisten Kapalabhati, manche sehr heftig, andere eher verhalten, andere auch andere Übungen. Besagte Teilnehmerin hatte ganz zart Kapalabhati praktiziert. In der Rückmeldung berichtete sie, dass sie ein inneres Bild gehabt hätte: Auf einer Ruderstrecke ruderten die verschiedenen Ich-Anteile um die Wette. Ich-schwächere Anteile hätten auf einem Floß gesessen und wären auf die Idee gekommen, ein Segel zu setzen, so dass sie nun, vom Wind der anderen profitierend, genauso schnell vorangekommen wären. Am Ende, nachdem alle ziemlich gleichzeitig durch das Ziel gekommen waren, hätten sie gemeinsam auf einer großen Hollywood-Schaukel gesessen und es sich gut gehen lassen. Ihr Bild löste wohlwollende Heiterkeit in der Gruppe aus. Am Ende der Stunde teilte die Frau mit, dass sich ihre Anfangsspannungen balanciert hätten und sie nun in einer positiven Grundstimmung sei.

Ich-schwächere Anteile hatten durch ihre Kreativität Achtung errungen und wurden gestärkt. Das Bild von "Hase und Igel" drängte sich auf. Der Hase konnte erkennen, dass der Igel ziemlich pfiffig ist und dass Zusammenarbeit beiden Seiten gut tut. Ein leistungsüberfordernder Zusammenbruch des Hasen kann vermieden und Stärkung und respektvolle Anerkennung des Igels kann erreicht werden.

## 6. DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG – BESONDERHEIT UND BEDEUTUNG

### 6.1. Das Wirkprinzip der therapeutischen Beziehung

In der therapeutischen Beziehung begegnen sich zwei Menschen (Klient und Therapeut), deren Wahrnehmungsfelder sich durchdringen. Den so entstehenden Wahrnehmungsraum gilt es zu entdecken und zu öffnen, wozu der Therapeut den Klienten einlädt, so dass der „ermöglichende Raum“ entsteht (vgl. Pkt. 3.4.).

Dieser ermöglichende Raum "ermöglicht" dem Klienten vertiefende Einsichten in die Natur seines Leidens, außerdem neue in der therapeutischen Beziehung gewonnene, sich erweiternde und verkörpernde Lösungsmöglichkeiten. In den therapeutischen Interaktionen werden die frühen Beziehungserfahrungen vom Klienten unbewusst reinszeniert (s. Pkt. 3.5.), mit dem Wunsch, sie zu heilen. Dabei genügt es nicht, dass sie bewusst werden. Vielmehr muss die aktuell im Moment erlebend wahrgenommene Beziehungssituation das Potential haben, die alten verletzenden Erfahrungen ganz machend zu überformen. Dabei muss der Therapeut nicht perfekt sein, aber in sich selbst geklärt, authentisch und menschlich. Eva Rass schreibt in ihrem Einführungsbuch in die Theorie der Affektregulation von Allan Schore:

Er, Schore „wird dabei nicht müde, die frühe Mutter-Kind-Dyade, die die Gehirnentwicklung unausweichlich prägt, mit der Patient-Therapeuten-Dyade zu vergleichen, bei der durch die sozioemotionale Interaktion Einfluss auf neue mentale und neuronale Verarbeitungsmöglichkeiten genommen werden kann.

Der dabei von Schore herausgearbeitete Paradigmenwechsel beruht auf der Einsicht, dass durch Erinnern und Verbalisieren allein keine Heilung oder Überformung einer Störung zu erreichen ist, dass es vielmehr die körperlich basierten regulatorischen Prozesse in der therapeutischen Interaktion sind, die neue überformende Entwicklungsmöglichkeiten bereitstellen. Eine solche Therapie stellt höchste fachliche und menschliche Anforderungen an den Behandler [...], der seine ‚linkshemisphärische Kompetenz‘, die in vielen Ausbildungen intensiv und differenziert geschult wird, weit hintenanstellen muss, um sich rechtshemisphärisch der Protokonversation mit seinem Patienten zu stellen.“ (Raas, 2012, S. 165)

Die überragende Rolle der körperlich basierten Interaktionen in der therapeutischen Beziehung wird deutlich. Dies geschieht in der AKPT als ein modellhaft "sich zur Verfügung stellen" des Therapeuten. Dem liegt die Annahme zu Grunde, dass das jeweilige Leiden in Gestalt von Mustern und Über- bzw. Unterspannungen im Atem und im Körper seinen synchronen Ausdruck gefunden hat und dass sich tiefenwirksames Lernen in hohem Maße nonverbal auf der Beziehungsebene abspielt. Atem und Beziehung sind, so die grundhafte Annahme, untrennbar ineinander verwoben. Allein die Anwesenheit eines im „ermöglichenden Raum“ sich dem Klienten zuwendenden in sich geklärten Therapeuten setzt Heilungsprozesse in Gang.

„Nonverbale Spiegelungsprozesse „übertragen“ vermutlich die hinreichend lückenlose somatisch-affektive Selbstbegleitung der Therapeutin auf den Klienten, so dass sich Körperwahrnehmung und Spannungstoleranz mit der Zeit auch ohne Reflexion und Verbalisierung verbessern.“ (Gollwitzer, 2013, S. 19)

### 6.2. Übertragung und Gegenübertragung

In der therapeutischen Begegnung tauchen frühere Beziehungserfahrungen des Klienten im Wahrnehmungsfeld auf. Ehemalige Erwartungen, Wünsche oder Befürchtungen überträgt der Klient auf den Therapeuten, in dem er unbewusst eine andere Person sieht (z.B. das Idealbild des guten Vaters, der guten Mutter, den strafenden Vater, die abwertende Mutter usw., vgl. Pkt. 3.5.). Dadurch fühlt sich der Therapeut nicht frei, sondern in die mit der Übertragung verbundene Rolle gedrängt, die er

entschlüsseln und zunächst annehmen muss. Dieses Phänomen heißt Übertragung. In der AKPT wird sie sowohl diagnostisch als auch therapeutisch genutzt.

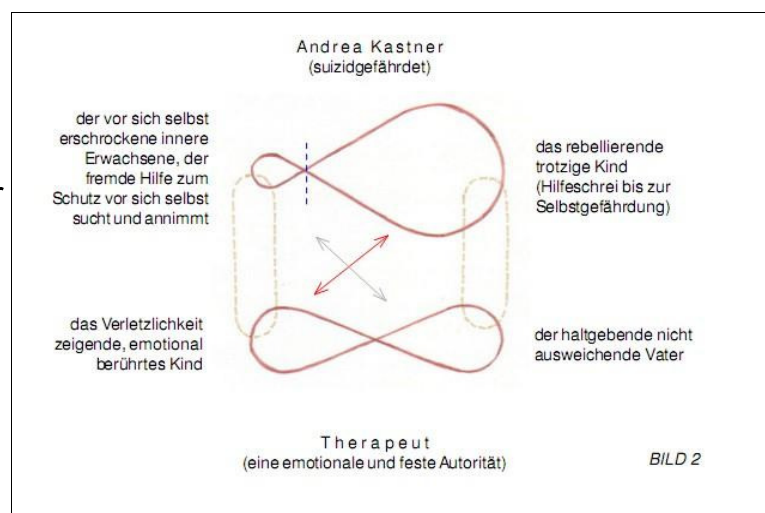
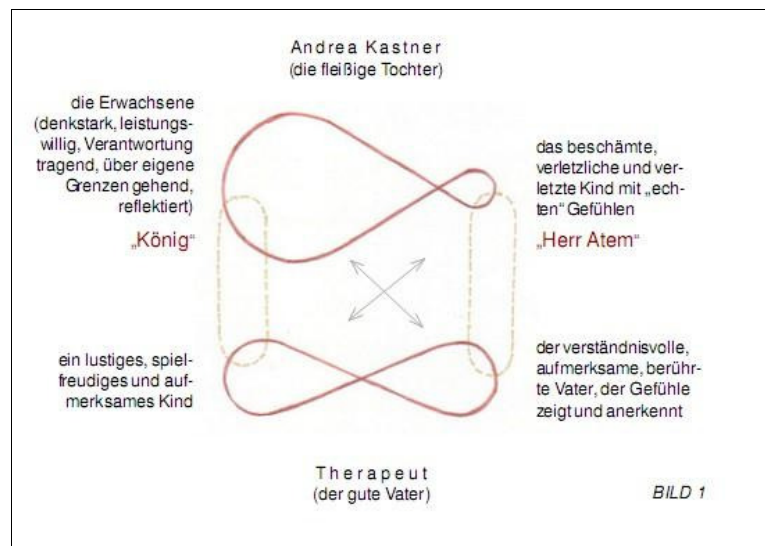
Der Therapeut entschlüsselt die Übertragung durch bestimmte Verhaltensmuster des Klienten oder durch seine, als Gegenübertragung bezeichneten Wahrnehmungen, die Reaktionen auf die Übertragung sind. Dabei muss sich der Therapeut fragen, ob seine Wahrnehmung eine "normale" Wahrnehmung ist, die er von sich kennt, oder ob sie als Gegenübertragung zu verstehen ist. Der Therapeut muss sich also selbst gut kennen. In keinem Falle darf er seine Gegenübertragung unkontrolliert ausagieren. Er nutzt sie diagnostisch, leitet sein eigenes Vorgehen davon ab und stellt sie dem Klienten im richtigen Moment zur Verfügung. Bei frühverletzten Menschen sind Elternübertragungen häufig. Hier ist die "Mütterlichkeit" und die "Väterlichkeit" (Maaz, 2007b, S. 24ff) des Therapeuten gefragt und kann auf harte Proben gestellt werden. Der Therapeut muss hier seine Schattenaspekte geklärt haben (vgl. Pkt. 7.3.5.).

### 6.3. Beispiele für Momentaufnahmen der therapeutischen Beziehung

Wir haben es auch in der therapeutischen Begegnung mit den im Pkt. 3.5. beschriebenen intra- und interpersonellen Beziehungssituationen zu tun. Die Skizzen Bild 1 – 4 verdeutlichen Momentaufnahmen aus den Fallbeispielen (s. Pkt. 8). Die Skizzen zeigen schematisch die beiden sich gegenüberstehenden Personen mit den jeweiligen intrapersonellen Beziehungen, die in Form einer Lemniskate stilisiert sind.

Dabei sind auf der linken Seite der Person der jeweils weichere, rechts der härtere Anteil (bei der oberen Person der weichere Teil in der Skizzenansicht also rechts) eines betrachteten „selves“-Paares schematisch dargestellt, die harmonisch oder unharmonisch miteinander im Kontakt sein können. Darüber hinaus sind stattfindende interpersonelle Beziehungen als Ovale bzw. Pfeile eingezeichnet.

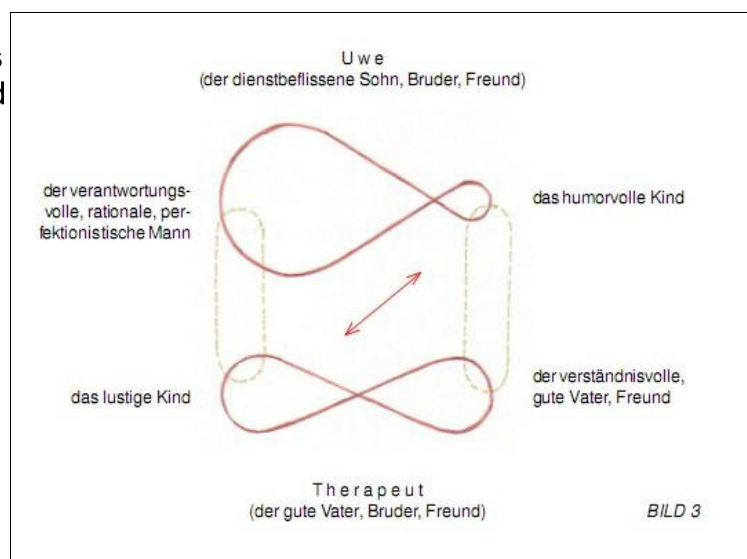
**Bild 1** ist das Schema einer häufigen Beziehungssituation bis zum Vorlesen des 2. Atembriefes durch Frau Kastner. Der lustige, spielfreudige Kind- und der verständnisvolle Erwachsenen-Teil des Therapeuten tragen dazu bei, dass sich der verdrängte und beschämte Kind-Teil von Frau Kastner zeigen kann, was u.a. voraussetzt, dass das von ihrem



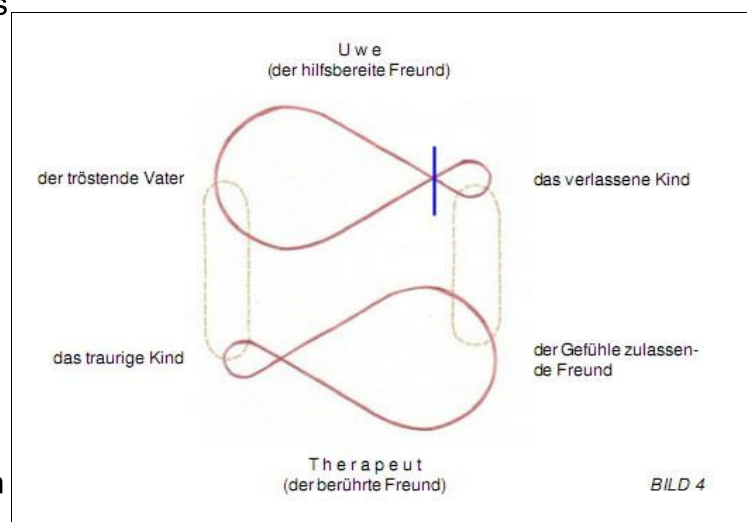
strengen, erwachsenen Teil toleriert wird. Die wesentliche Erkenntnis, dass das Verstecken des, wie wir später erfahren, Gefühle haben dürfenden inneren Kindes, nicht zielführend ist, braucht beides: Die intrapersonelle Beziehung (hier mit Hilfe des Atems unterstützt) und die Unterstützung und Bestätigung in der interpersonellen Beziehung. Die präsente Anwesenheit des Therapeuten ist dabei erforderlich und hinreichend. Die ungleiche innere Beziehung kann beginnen, sich auszubalancieren.

**Bild 2** zeigt die Situation bei der Begegnung im geschützten Bereich. Der diagonale rot markierte Beziehungspfeil ist m.E. wichtig. Das trotziges Kind rebelliert, man kann vermuten, gegen das (unbewusste) Verbot, keine Gefühle haben zu dürfen. Deshalb ist das Gefühle zulassende innere Kind des Therapeuten hier wichtig, jedoch gleichzeitig ein Halt gebender innerer Erwachsener. Es mag deutlich werden, dass die innere Regulierung von Frau Kastner die authentische Präsenz eines Menschen im Gegenüber erforderte, der sowohl mit seiner inneren Stärke als auch mit seinen verletzten und Verletzlichkeit zeigenden Anteilen im Kontakt ist.

**Bild 3** zeigt den Beginn der Beziehung zu Uwe. Uwe ist, wie es scheint, mit seinem inneren Kind nur mäßig im Kontakt. Zugang hat er zu dem humorvollen Teil und der schließt sofort Freundschaft mit dem lustigen Kindanteil des Therapeuten und vertraut dem guten-Vater-Anteil. Uwes skeptischer innere Erwachsene genehmigt das.



**Bild 4** zeigt die Situation einer Disbalance beim Therapeuten. Uwe sieht seine eigene Trauer und sein eigenes verlassenes Kind durch das traurige Kind des Therapeuten. Die Würdigung von Uwes innerem tröstenden Vater erscheint mir hier wichtig. Dieser Punkt ist schwierig. Einerseits berührt er die Scham des Therapeuten, andererseits das im Schatten des Minderwerts liegende Größenselbst des Klienten. Die intrapersonelle Annahme von Uwes verletztem Kind geht synchron mit der Erfahrung, dass Uwe so, wie er ist, in der interpersonellen Beziehung akzeptiert und angenommen wird. Hilfreich ist hier also die (stille) Anwesenheit eines aufmerksamen und sich selbst regulierenden, ihm wichtigen Menschen im Gegenüber.





## 7. DIE BEDEUTUNG DES STRUKTURNIVEAUS IN DER AKPT

### 7.1. Strukturniveau nach Maaz und AKPT

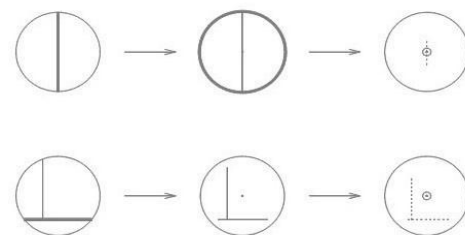
In der AKPT spielt das von Hans Joachim Maaz beschriebene Strukturniveau (Maaz, 2007a) eine zentrale Rolle. Wir unterscheiden niedriges, mittleres und höheres Strukturniveau. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick (Bischof, 2010):

Konflikt	SN	Störung	Ichstärke	negative Mutterbotschaft	Beziehungsleitsatz (n. Bischof)	Angst
(Liebes-) Sehnsucht	Hohes Strukturniveau	Neurose	Ich stark	„Du darfst leben, du bist mir auch etwas wert, wenn du so bist wie ich dich brauche.“	Ich bleibe in Beziehung mit Dir, auch wenn Du anders bist als ich	Liebesverlustangst
Wertschätzung	Mittleres Strukturniveau	Narzisstische Störung	Ich-Schwäche	„Du darfst leben, aber du bist mir nichts wert.“	Die Beziehung wird gehalten, egal, wie schmerzhaft es ist	Objektverlustangst
Existenzberechtigung	Niederes Strukturniveau	Borderline	Ich-Schwäche	„Sei nicht, lebe nicht.“	Die Beziehung wird gehalten, egal, was passiert	Vernichtungsangst
		Psychose	Ich-Schwäche			

„Das Strukturniveau diagnostizieren wir im Beziehungskontakt gemessen an der Fähigkeit des Patienten zur Selbst- und Objektdifferenzierung, an der Stabilität seines Identitätserlebens, an der Fähigkeit zum Realitätsbezug und an der Reife seiner Abwehrformen.“ (Maaz, 2007a, S. 742)

In der AKPT wurden jeweils differenzierte Arbeitskonzepte ausgearbeitet (z.B. Bischof, Obrecht Parisi & Rieder, 2012a). Im niedrigen und mittleren Strukturniveau, die zusammen den frühen Störungen entsprechen, geht es in beiden Fällen zunächst um das Nachreifen bzw. das Stabilisieren des Ich.

Die nebenstehende Skizze gibt ein verkürztes Bild. Die obere Reihe steht für das niedrige, die untere für das mittlere Strukturniveau, links die Ausgangssituation, rechts ein Zustand weitgehender Bewältigung. Im niedrigen Strukturniveau ist Spaltung eine typische Abwehrform, Verdrängen ist nicht möglich. Die Aufgabe besteht zunächst darin, die Grenzen zu sichern und zu stabilisieren, um nach und nach Kontakt mit dem Selbst (der Punkt in der Mitte) aushalten zu können (nicht mehr spalten zu müssen). Im Mittleren Strukturniveau wird das wahre Selbst verdrängt (im Piktogramm der Bereich unten – der „Punkt“ aus der Mitte ist verdrängt), die Person richtet sich entweder im Größen- oder im Minderselbst ein. Das Pendant im Schatten ist angstvoll abgewehrt, jedoch immer präsent.



Das niedere Strukturniveau verdient in der Arbeit mit einem stärkeren Anteil Willentlicher Atemarbeit eine besondere Beachtung, weil die augenblickliche Stabilisierung durch die willentliche Atemkraft in der Therapiestunde eine "Scheinsicherheit" vor-spiegeln kann, die nicht wirkliche Atemkraft = Ich-Kraft ist. Überflutung mit noch nicht haltbaren Bewusstseinsinhalten kann dann zeitversetzt auftreten. Neben der Kompetenz des Klienten im Umgang mit dem Willentlichen Atem ist hier die Qualität der therapeutischen Beziehung von besonderer Bedeutung. (vgl. Pkt. 7.3.5.)

Häufig finden wir Mischstrukturen vor. Mona Gollwitzer diskutiert in ihrer Arbeit über die Kommunikation bei dissoziativen Phänomenen (Gollwitzer, 2013) den differenzierten Umgang mit unterschiedlich entwickelten Ich-Anteilen. Sie schreibt:

„Kohut macht nach Siegel (2000) bereits in seinen frühen Jahren auf das gemeinsame Auftreten von Borderline- und Narzißmus-Strukturen aufmerksam: Er sieht beim Borderliner einen groben Ich-Defekt, der durch einen heftigen sekundären Narzißmus überdeckt ist, welcher Schutzfunktionen übernimmt. Ich gehe bei allen weiterentwickelten Ich-Anteilen – auch beim Neurotiker – davon aus, dass sie Schutz- bzw. Abwehrfunktionen für die weniger weit entwickelten übernehmen.“ (Gollwitzer, 2013, S. 12f)

Wenn uns ein mittleres oder hohes Strukturniveau entgegentreten scheint, müssen wir damit rechnen, dass es eine Mischstruktur sein kann. In beiden Fallbeispielen trifft das zu. Die störungsursächlichen Anteile für den Behandlungsauftrag sind die Ich-schwachen, die jedoch von den Ich-starken in der bestehenden intraperpersonellen Beziehung verdrängt, unterdrückt, enteignet bzw. gefangen sind. Die Ich-starken Anteile haben sekundäre Symptome hervorgebracht (Rückenschmerzen bei Frau Kastner, Arthrose bei Uwe). Beide Klienten haben eine Ich-starke Persona, die uns als erstes entgegentritt. Die Enteignung der Ich-schwachen Anteile durch die Ich-starken wird sich erst dann lockern lassen, wenn die Ich-schwachen gestärkt sind. Das ist jedoch schwierig, weil die Ich-starken Teile den status quo „beschützen“.

## 7.2. Das Stufenkonzept in der AKPT

Weil bei früh verletzten (oder traumatisierten) Menschen die Eingangsvoraussetzungen für den bewussten zugelassenen Atem (Wahrnehmungs-, Abgrenzungs-, und Hingabefähigkeit) nicht oder nur unvollständig entwickelt sind, wurde in der AKPT ein Stufenkonzept entwickelt, das den Ich-Kraft-Aufbau schrittweise ermöglicht. Das Stufenkonzept ist, grob umrissen, ein schrittweises Arbeiten wie folgt:

in Bezug auf das Setting im Sinne von Nähe/Distanz:

1. Hockerarbeit, erst ohne, dann mit Augenkontakt in Einzelarbeit
2. Hockerarbeit in der Gruppe (Bei sich bleiben können, wenn andere, fremde Menschen anwesend sind.)
3. Liegearbeit, beginnend mit abgrenzender Widerstandarbeit

in Bezug auf die Empfindung bei/mit Berührung in der Reihenfolge  
Objekt – Selbst – Fremd:

1. Objekte anfassen, greifen, begreifen
2. Körperwahrnehmung, die durch den Kontakt mit den Objekten entsteht
3. Berührung durch und von sich selbst, zuerst mit Hilfe eines Übergangsjektes, z.B. Tennisball. Zuerst ein hartes, dann ein weiches Übergangsjekt.
4. Dto. ohne Übergangsjekt
5. Berührung durch und von einem anderen, fremden Menschen, zuerst wieder mit Übergangsjekt
6. Dto. ohne Übergangsjekt

in Bezug auf den Atem

1. bewusst ausgeführte Bewegungen, der Atem ist unbewusst, erhält keine besondere Aufmerksamkeit
2. dto. mit einem geführten, strukturgebenden und spannungshaltenden Atem
3. Arbeit mit der Sammlung auf den bewusst zugelassenen Atem.

Vor dem Beginn der Atemarbeit, ist immer ein Blick auf die Ich-Kraft erforderlich. Während des Arbeitens können labile Zustände auftreten, was insbesondere auch hinsichtlich der oben angedeuteten Mischstrukturen von Bedeutung ist. Es ist dann



ein pendelndes Arbeiten im Stufenkonzept möglich/erforderlich, das als Sicherheitsnetz betrachtet werden kann.

### **7.3. Willentlicher Atem bei Strukturschwäche**

#### **7.3.1. Der Doppelcharakter der Willentlichen Atemarbeit**

Willentliche Atemarbeit hat einen Doppelcharakter. Einerseits deckt der Willentliche Atem auf, andererseits integriert er, einerseits erfordert er Ich-Kraft, andererseits fördert er diese, einerseits labilisiert, andererseits stabilisiert er, einerseits kann er Dissoziation begünstigen, andererseits verhindern bzw. helfen, wieder heraus zu finden, einerseits ermöglicht er Regression, andererseits Progression. Wie kommt das und wie kann damit gearbeitet werden?

Es sollen 3 grundlegende Thesen formuliert werden. „Willentlich“ ist in Klammern gesetzt, weil der Einsatz des Willens immer relativ ist (s. Pkt. 5.1.):

#### **1. Der (Willentliche) Atem verbindet, was getrennt war.**

Belastendes wird durch den Atem erinnert. Dafür hatte der Mensch einst Abwehrmechanismen entwickelt und verinnerlicht, um sich zu stabilisieren, so dass er trotz des Belastenden weiterleben konnte. Nun, da wir therapeutisch arbeiten, hat er sich zwischenzeitlich weiterentwickelt und Ressourcen entwickelt, die er zum Zeitpunkt der Entstehung der alten Muster noch nicht hatte. Durch die intakten und verinnerlichten Abwehrmechanismen sind (neuere) Ressource und (altes) Problem jedoch meist getrennt. Die Erinnerung nun kann als erneut belastend erlebt werden, was nicht zu unterschätzen ist.

#### **2. Der (Willentliche) Atem verbindet nicht nur mit den (einstigen) Problemen, sondern diese auch mit den (neueren) Ressourcen.**

Darin liegt ein Potential, auf neue, angemessenere Weise zu stabilisieren und zu integrieren. Weil die unterschiedlichen Ich-Anteile unterschiedliche Strukturniveaus haben, werden sie auf die Erinnerung von Belastendem unterschiedlich reagieren. Die einen werden weg gehen, andere hervortreten. Wenn wir davon ausgehen, dass in der Auseinandersetzung der „selves“ sich Kooperation durchsetzt (vgl. Pkt. 3.5., vgl. das Beispiel Gruppenarbeit Pkt. 5.5.), können wir der Selbstregulation grundsätzlich vertrauen. Einer Labilisierung folgt in diesem Fall eine Stabilisierung auf eine verbesserte Weise. Das setzt jedoch einen genügend sicheren Raum und genügend Ich-Kraft im Wirkraum des intra- und interpersonellen Beziehungsfeldes voraus. Hier kann der Therapeut stark gefordert sein. Er muss bereit sein, sich zur Verfügung zu stellen, so dass die „selves“ des Klienten die „selves“ des Therapeuten für ihre regulativen Zwecke (vorübergehend) mit benutzen können. Der Therapeut stellt sich mit seiner ganzen Persönlichkeit für Hilfs-Ich-Zwecke dem Klienten zur Verfügung.

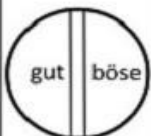

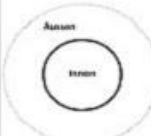

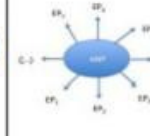
#### **3. Der (Willentliche) Atem verbindet alle Wahrnehmungen mit dem körperlichen Erleben im Hier und Jetzt.**

Das körperliche Erleben im Hier und Jetzt ist der Weg, auf dem alte Erfahrungen überformt werden können (vgl. Pkt. 6.1.). Das Erleben findet immer in Beziehungen statt, anders gesagt, wir können nicht nicht mit unserer Umgebung in Beziehung sein. Die Qualität des Erlebens in der therapeutischen Beziehung in der Gegenwart ist essentiell, wenn Stabilisierung auf neue, verbesserte Weise erfolgen soll.

Diese drei hier postulierten Eigenschaften des Willentlichen Atems sind ein Potential, das seine therapeutische Wirkung entfalten kann, wenn es in einen soliden und stabilen therapeutischen Prozess eingebunden ist. Singuläre Atemprozesse können hilfreich, aber auch bedenklich sein, wenn zu schnell und ohne ausreichende Vorbereitung gearbeitet wird oder eine Nachbetreuung nicht gewährleistet werden kann und der Klient sich selbst überlassen bleibt. Weniger ist dann mehr.

### 7.3.2. Dissoziative Phänomene und Willentlicher Atem

Mona Gollwitzer untersucht dissoziative Phänomene sehr differenziert und unterscheidet sie von Spaltung, was in der Praxis schwierig sein kann. Dabei stellt sie in nebenstehender Tabelle 5 von ihr beobachtete Grundformen mit der entsprechenden Abwehr und Stabilisierung zur Aufrechterhaltung der Ich-Funktionen dar. (Gollwitzer, 2013, S. 15).

A: Borderline	B: Narzissmus	C: interpersonelles Trauma	D: Primäre Dissoziation	E: Sekundäre Dissoziation
Spaltung + Stabilisierung in gut und böse	Spaltung + Stabilisierung in grandios und minderwertig	Spaltung + Stabilisierung in Innen-/Außenwelt	Spaltung in 1 ANP und 1-2 EP's, Stabilisierung im ANP	Spaltung in 1 ANP mit mehr als 2 EP's, Stabilisierung im ANP
Abwehr problematischer Bindung	Abwehr problematischer Emotionen	Abwehr problematischer Bindung und Situation	Abwehr problematischer Situation	Abwehr problematischer Bindung, diverser Phobien und Situationen
				
nach K. Strauss, Unterrichtsskript 1988. In Bischof (2003b)		„die da draußen tun mir ein Leid an“	nicht adaptiert nach Huber 2009	nach Huber 2009

Spaltung und Dissoziation nach Gollwitzer

ANP meint dabei „anscheinend normale Persönlichkeit“ (Persona) und EP meint „emotionaler Persönlichkeitsanteil“, der Belastendes birgt und abgespalten wird.

Der Therapeut muss in der Lage sein, sich hier zu orientieren. Er macht das mit der erweiterten Gegenübertragung (Gollwitzer, 2013, S. 18). Unten sei grob skizziert, wie in den genannten Situationen mit dem Willentlichen Atem gearbeitet werden kann.

Eine bestimmte Form der Dissoziation bzw. Spaltung, die in einer Situation auftritt, liefert einerseits diagnostische Hinweise, die typische Neigungen der Persönlichkeit ausdrückt, woraus ein spezifisches Vorgehen folgt. Andererseits hat aber immer das, was in der Situation jetzt gerade ist, Vorrang. Abrupte Änderungen sind möglich, worauf reagiert werden muss. Auf allgemeine Prinzipien im Umgang mit Dissoziation wird im nächsten Kapitel eingegangen. Hier eine Diskussion der genannten 5 Fälle:

Im **Fall A** liegt der Schwerpunkt auf der Sicherung von Grenzen. Mit Blick auf das Stufenkonzept muss ein angemessener Arbeitsabstand hergestellt und immer wieder angepasst werden. Die Arbeit wird empfindungsorientiert sein, gegebenenfalls mit Objektbezug. Blickkontakt ist entweder unmöglich oder notwendig, wenn, dann fest, ein möglicherweise schmelzendes Angebot keinesfalls annehmen, sondern mit Realitätsbezug und Festigkeit konfrontieren. Direktives Arbeiten ist indiziert, möglichst keine Lücken lassen, jedoch nur so direktiv wie nötig. Es geht nicht um Enteignung, sondern um das zur Verfügung stellen eines Realität herstellenden Hilfs-Ichs.

Arbeit mit dem Atem ist möglich, erfordert aber hohe Aufmerksamkeit. Der Fokus der Atemlenkung liegt auf der Sicherung der Körpergrenzen, der Stärkung der Empfindung im Körper in den einzelnen Phasen der Atembewegung, der Struktur und Spannung des Atems, allgemein der Selbstbegleitung. Der Fokus des Atems (und des Therapeuten) darf keinesfalls aufdeckend sein, falls nötig, sogar zudeckend. Der

Vollatem (etwas mehr als geführter Atem) wirkt dann stabilisierend. Das gilt auch für rhythmisierende Atemtechniken, sofern sie bereits zur Verfügung stehen, also Erfahrung damit besteht. Es kann jedoch notwendig werden, „etwas auf Abstand“ zum Atem zu gehen. Der Therapeut könnte z.B. sagen: „Wenn Sie ihren Atem gerade nicht oder schlecht aushalten, sagen Sie ihm das und dass Sie wieder nach ihm schauen, wenn Sie wieder können. Klopfen Sie jetzt [als Beispiel] ihre Beine ab.“ Die Arbeit mit dem Wort wird notwendig sein.

Der Therapeut muss sich selbst gut begleiten und regulieren können, was auf Grund von ins Diffuse und Dissoziative führenden Gegenübertragungsphänomenen schwierig werden kann. Gelingt ihm das und er findet seine eigene Festigkeit, vielleicht mit Hilfe seines eigenen Atems, wird er zum hilfreichen Modell für den Klienten. Da dieser dann nicht weiter spalten muss, kann eine so gemachte Atemerfahrung seine Selbstkompetenz und damit Ich-Kraft stärken.

Im **Fall B** liegt der Schwerpunkt auf dem Entdecken, Tragen und Verorten von Gefühlen. Der Umgang mit dem Atem kann spielerischer sein. Spiegeln, die Hauptintervention bei Narzissmus, kann auch in einem gemeinsamen „Tanz mit dem Atem“ sein. Die aufdeckende Kraft des Atems kann genutzt werden, jedoch mit gebotener Umsicht, die Wahrnehmungszustände des Klienten können sich von einer Sekunde auf die andere abrupt ändern, worauf der Therapeut reagieren muss. Ist er gut in seiner Wahrnehmung präsent, spürt er durch die erweiterte Gegenübertragung solche Zustandsänderungen rechtzeitig, vielleicht sogar einen Moment früher und eine beginnende Dissoziation kann unterbrochen werden, bevor sie richtig entsteht.

Im **Fall C** ist der Klient abwesend. Er ist in seiner Innenwelt und möchte nicht gestört werden. Eine stille, sich selbst mit seinem Atem begleitende Anwesenheit des Therapeuten ist jetzt hilfreich. Die Herausforderung besteht darin, nicht auch „weg“ zu gehen, wozu der Therapeut aus dem Feld eingeladen wird. Da es um Abwehr einst problematischer Bindungen und Situationen geht, kann angenommen werden, dass die verletzten Ich-Anteile, die nun durch den Rückzug geschützt werden, sich eigentlich nach Bindung sehnen und neugierig sind. Eine Einladung für eine weitgehend mitbestimmte Willentliche Atemübung könnte auf Resonanz stoßen. Die Wirkkraft des Atems für die Anbindung an das Hier und Jetzt wird auf diese Weise langsam zur Stärkung der Empfindungsfähigkeit beitragen.

Die Arbeit auf der „inneren Bühne“ (vgl. Pkt. 5.3.) ist möglich, jedoch besteht die Gefahr, sich in der wahrscheinlich gefestigten Tagtraumwelt des Klienten zu verfangen, was kontraindiziert ist. Wenn genügend Empfindungsbewusstsein und Ich-Kraft eines oder mehrerer der unterdrückten emotionalen Persönlichkeitsanteile (EP) gewachsen ist, kann durch solche Arbeit jedoch möglicherweise ein Interesse der „schönen“ Bilder der Tagträume für realisierbare Lebensbezüge geweckt werden. Die entwickelte Fähigkeit für Tagträume ist eine Ressource, die dann erschlossen wird.

Im **Fall D** wie auch E ist Arbeit auf der inneren Bühne eine gute Möglichkeit, sofern der Klient auf Imagination anspricht. Wichtig ist jedoch immer die Verortung der Bühne im Körper, wie unter 5.3.2. beschrieben. Nur bei D: Ein Ich-starker, ein Ereignis verdrängender Persönlichkeitsanteil, soll durchlässiger werden, flexibler, damit stärker – er wird zur Regulation gebraucht, wenn die Erinnerung des verdrängten Ereignisses einstürmt – auch: klarer, verstehender. Die Zurücknahme der Enteignung der Ich-schwachen Teile durch die Ich-starken, ohne den Schutz ganz aufzugeben, stärkt diese. Ich erinnere mich an die Arbeit mit einer Frau, die im Kontakt

recht schnell in eine Fassadäre Maske verfiel. Hier war die Arbeit auf der „inneren Bühne“ hilfreich für ihre nächsten Schritte. Es war die Arbeit mit dem „Beschützer“, der das Fassadäre machte, einem kleinen verletzten Mädchen und dem Vollatem in einer lebhaften, das Spielerische hervorholenden therapeutischen Beziehung.

**Fall E** ist schwierig. Das erlebende und das beobachtende Ich sind voneinander abgeschnitten. Amnesien sind möglich, Depression auch, die Lebensbewältigung wahrscheinlich stark eingeschränkt. Ich-Kraft ist vorhanden, jedoch nicht sehr viel. Eine traumatherapeutische Aspekte einbeziehende Arbeitsweise wird erforderlich sein. Erstes Arbeitsziel ist, so viel wie möglich zu stabilisieren, so dass das Empfindungsbewusstsein wie auf einer „geschützten Insel des Neubeginns“ am relativ Ich-starken beobachtenden Ich angeschlossen werden kann. Hilfreich könnten Achtsamkeitsübungen sein, z.B. Zen-Meditation, die in einem streng strukturierten Rahmen praktiziert wird. Der Atem als der „intimste innere Freund und Verbündeter“ sollte dabei auf eine solche Weise erschlossen werden, dass er als „Beschützer“ das beobachtende Ich mit dem „neu gelernten“ Empfindungsbewusstsein verbindet und im Sinne stabilisierender Ich-Abwehr solche Bewusstseinsinhalte zurückhält, die übermächtig sind und noch nicht ausgehalten werden können. Hier ist der Willentliche Atem gut geeignet, weil er die Macht hat, „männliche Kraft“ und „weibliche Hingabe“ auf eine der Situation angemessene Weise zu vereinen.

Falls Stabilisierung auf diese Weise, also unter Einbeziehung von Atem und Empfindung, gelingt, können die abgespaltenen belastenden Anteile besser differenziert werden („nicht alle Gefühle sind böse“) und nach und nach können Erinnerungen angeschlossen werden, die weniger belastend, vielleicht freudvoll waren (die Erinnerung an ein fröhliches Kind?) und eines Tages kann der einstige Schrecken vielleicht angeschaut und integriert werden.

### 7.3.3. Traumatherapeutische Aspekte

Die Stabilisierung der Ich-Funktionen ist in der Traumatherapie wesentlich. Luise Reddemann macht

„ein Prinzip deutlich, das Arne Hoffmann so umschreibt: „Traumatherapie hat sechs Phasen: Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung, Traumakonfrontation sowie Trauern und Neubeginn.“ Vieles aus der Stabilisierungsphase bleibt für die ganze Therapie wichtig und kann während der anderen Phasen weiter Verwendung finden. So sind z.B. die „Inneren Helfer“ in jeder Phase wichtige Begleiter und Ratgeber.“ (Reddemann, 2007, S. 23)

Der Atem ist ein solcher sehr machtvoller innerer Helfer. Auf die grundlegende Bedeutung der Atemarbeit in der Traumatherapie macht auch Beate Häbele aufmerksam:

„Wir sitzen mit der Atemarbeit also an der Schnittstelle, an der sich Traumatisierung einerseits zeigt und wo sie andererseits auch aufgelöst werden kann. [...]

Der Atem in seiner jeweiligen Beschaffenheit und Qualität ist also nicht nur der Indikator für Traumatisierungen, sondern auch gleichzeitig die Ressource des Organismus zum Ansatz für Selbstheilungskräfte.“ (Häberle, 2007, S. 29)

Manchmal kann die Erkenntnis, dass der Atem gerade in den dramatischen affektüberflutenden Zuständen ein Freund und nicht etwa ein Feind ist, ein richtiger Aha-Effekt sein, wie bei Frau Kastner geschehen (Fallbeispiel Pkt. 8.1). Bei der Einführung des Atems in den therapeutischen Prozess ist jedoch Achtsamkeit und Erfahrung erforderlich, weil der Atem Dissoziation auslösen kann. Es kommt dabei darauf an, wie Klient und Therapeut in der Lage sind, mit einer „dissoziationsambivalenten“ Situation umzugehen. Luise Reddemann schreibt:

"Das, was Menschen, die ein Trauma nicht verarbeiten konnten, am meisten gefehlt hat, war die Fähigkeit, sich zu beruhigen, bzw. eine beruhigende Umgebung. Daher halten wir es für wichtig, beruhigend zu wirken und Selbstberuhigung anzuregen. Eine milde positive, nicht idealisierende Übertragung halte ich aus diesem Grund für erstrebenswert und empfehle, dass die Therapeutin sich hierfür einsetzt. [...] Dazu hat sich das Konzept: zwei Erwachsene von heute kümmern sich um den verletzten jüngeren Teil, wobei die erwachsene Person von heute so viel wie möglich Verantwortung für ihr jüngeres Ich übernimmt, sehr bewährt." (Reddemann, 2007, S. 25)

Dem heutigen erwachsenen Teil des Klienten wird Verantwortung zugetraut. Die Grundhaltung des Therapeuten dabei ist: „Du kannst es. Ich sehe, dass Du es gerade machst,“ während er gleichzeitig mit seiner Präsenz einen sicheren Ort schafft und aufrecht hält. Eine einstige (das genau zu wissen ist erst einmal nicht wichtig) Enteignung kann zurückgegeben werden, wenn der Therapeut dem Klienten vertraut und eine beruhigende Umgebung schafft. Indem der Therapeut sich selbst auch in einer möglichen affektgeladenen Situation, die ja seine eigenen Muster berührt, gut begleitet, wird er zum Modell für den Klienten.

Hier noch einige allgemeine Aspekte im Umgang mit Dissoziation. Luise Reddemann schreibt:

„Was macht man mit hoch dissoziativen Patientinnen und Patienten?

Für dieses Klientel ist die Beobachter-Technik besonders schonend. Das Einnehmen der Beobachter-Position ist der Dissoziation sehr ähnlich – möglicherweise das Gleiche, das wissen wir noch nicht genau – , daher geht man mit der Beobachter-Technik besonders wenig Risiken ein, dass die Patienten dissoziieren, was leider allerdings nicht heißt, dass sie es nicht tun. [...] Für mich bedeutet Dissoziation, dass die Patientin/der Patient überlastet ist und dass ich zu schnell war. [...]

Der Umgang mit dissoziativen Zuständen erfordert Erfahrung und [...] das schlichte Wissen, dass es dabei immer darum geht, wieder eine Orientierung im Hier und Jetzt herbeizuführen. Jede Art von empathischer Vertiefung des Problems führt bei dissoziativen Zuständen in noch mehr Dissoziation hinein. Dies zu verstehen ist eminent wichtig. Dissoziation bedeutet, dass die Fähigkeit, belastende Gefühle auszuhalten, nicht ausreicht. Also ist alles, was noch mehr belastet, kontraindiziert. Jede Vertiefung ist eine zusätzliche Belastung.

Wir haben inzwischen gelernt, die Schutzmechanismen der Patienten ernst zu nehmen und das bedeutet auch, dass sie das Tempo bestimmen, nicht wir. [...] Allerdings ist es manchmal hilfreich, „dran zu bleiben“, nicht zu früh aufzugeben. Dies in jedem Moment genau einzuschätzen erfordert viel Erfahrung. Was m.E. dabei am meisten hilft ist, der Patientin vor der Traumaexposition dabei zu helfen, ihren eigenen Wahrnehmungen und Empfindungen zu trauen. Denn sie spürt es, wenn es zu viel wird. Wir können das allenfalls ahnen, wissen können wir es nicht.“ (Reddemann, 2007, S. 128f)

Wenn der Einsatz des Atems diesen Grundsätzen folgt, kann er der bereits angesprochene machtvolle innere Helfer sein. Wegen seiner spezifischen Möglichkeiten der Lenkung der Atemspannung im Körper und der mentalen Einflussnahme auf der inneren Bühne kann der Willentliche Atem hier sein Potential entfalten.

#### 7.3.4. Regression, Progression, Ich-Kraft und Willentlicher Atem

Unter Regression kann ein „Rückzug auf eine frühere Entwicklungsstufe mit primitiveren Reaktionen und in der Regel auch niedrigerem Anspruchsniveau“ (Zimbardo, Gerrig, 1999, S. 534) verstanden werden. Die Analytische Psychologie differenziert zwischen pathologischem „Steckenbleiben“ und ihrer Erneuerungskraft:

„C.G. Jung entdeckte, dass die Archetypen und das kollektive Unbewusste durch Regression belebt werden. 'Die Rückkehr zum Infantilen bedeutet nicht nur Regression und Steckenbleiben, sondern auch die Möglichkeit der Auffindung eines neuen Lebensplanes. Die Regression ist so recht eigentlich auch Grundbedingung des Schöpferaktes' (Jung, GW, Bd. 4, §406) [1913]. [...] Pathologisch kann Regression ein Rückfall in die Infantilität sein, ein Steckenbleiben in den

Fixierungen der Kindheit. [...] Die Therapie macht die Regressionsbewegung des Patienten mit, um wie ein Taucher einen versunkenen Schatz zu heben und die dort verborgene Libido dem Bewusstsein wieder zuzuführen. Regressive Phasen dienen echter Erneuerung (Seifert 1981).“ (Stumm & Pritz, 2000, S. 590)

Man kann davon ausgehen, dass die Fähigkeit zur Regression biologisch angelegt ist und als ein „lebenslanges Oszillieren zwischen progressiver Entwicklung und zeitweisem Rückgriff auf unreife psychische Mechanismen“ (Stumm & Pritz, 2000, S. 20) zum Leben dazu gehört. Sie kann als Abwehr einer Überforderung zum Schutz für das Ich entstehen oder als ein schöpferischer Tagtraum in einem Augenblick äußerlichen Wohlbefindens auftauchen. Sie kann als lebensvermeidende Flucht in eine illusionäre „schöne Welt“ oder auch nur als eine plötzliche, vielleicht durch eine Assoziationskette ausgelöste Erinnerung an Vergangenes mit der damit verbundenen Aktivierung damaliger Bewusstseins- und Gefühlszustände entstehen. Wir haben eine Licht-, eine Schatten- und eine neutrale Seite der Regression.

Regression kann therapeutisch genutzt werden und kann hilfreich sein, wenn der oben angesprochene „Schatz“ gesucht wird, um ihn aufzuspüren und möglichst auch zu heben. Das ist jedoch ambivalent. Nicht jede Regression ist hilfreich, Regression möglichst zu vermeiden, jedoch auch nicht. Wir können es ahnen, wissen können wir es nicht. Die Selbstermächtigung des Klienten mag hier Vorrang haben, therapeutischer Ehrgeiz schadet hier m.E. mehr als er nützt. Regression kann jedoch auch unbeabsichtigt entstehen und dann muss der Therapeut damit umgehen können.

Die AKPT fühlt sich dem „progressiven, d.h. dem entwicklungsmäßig weiterführenden Arbeiten verpflichtet. Gleichzeitig klingt ein regressiver Prozess an beim Hinweis auf die notwendige Integration des Verdrängten.“ (Maas, 2012, S. 231). In der AKPT gilt, dass die Regression der Progression dient, welche Vorrang hat.

Brigitte Maas macht dabei auf die Ich-Stabilität als notwendige Bedingung für sicheres Zurückkehren auf das Ausgangsniveau aufmerksam (vgl. Maas, 2012, S. 231). Das niedrige Strukturniveau, das den Borderline-Störungen entspricht, benötigt dabei besondere Aufmerksamkeit, weil es hier durch die Atem- und Körperarbeit zu ungewollten Regressionen und auch zu einer sogenannten malignen Regression kommen kann,

„in der der Klient strukturell weiter absinken kann bis zur Psychose. Diese Gefahr ist insbesondere bei Klienten gegeben, die ein niedriges Strukturniveau aufweisen, d.h. dem Bereich der Borderline-Verletzungen angehören. Im Bereich des mittleren Strukturniveaus ist das Ich soweit gefestigt, dass regressives Arbeiten begonnen werden kann.“ (Maas, 2012, S. 232)

Weiter oben wurde diskutiert, dass das Ich nicht einheitlich, sondern eine „innere Familie“ ist, wobei die verschiedenen „selves“ in der Regel unterschiedliche Ich-Kraft-Niveaus haben. Bei Regression ist es wahrscheinlich, dass sich die uns als Persona entgegentretende Hauptselbstgruppe (die dominanten „selves“) ändert, weil die heutige Persona nicht mehr die frühere ist. Pathologisch wird Regression, wenn die „innere Familie“ als Ganzes regrediert und nicht mehr zurückkommen will oder kann. Solange Ich-Kraft-starke Anteile, auch wenn es plötzlich andere sind, ansprechbar bleiben, kann Regression therapeutisch genutzt werden.

Luise Reddemann macht, wie oben zitiert, auf die „Beobachter-Technik“ als ein „besonders schonendes“ Vorgehen bei hoch dissoziativen Klienten aufmerksam. Das gilt auch hier. Von der Trennung des beobachtenden vom erfahrenden Ich sprechen auch Fischer & Kemmann-Huber (1998, S. 104), wenn sie mit Bezug auf die in der Psychoanalyse gebräuchliche „therapeutischen Ich-Spaltung“ auf die Differenzie-

rung zwischen dem Erfahren des Atems und den möglicherweise aufsteigenden Erinnerungen und Gefühlen aufmerksam machen. Das beobachtende Ich bleibt am Körper angeschlossen im Hier und Jetzt und entspricht einem nicht regredierte Ich-Anteil, das erfahrende Ich lässt Regression möglicherweise zu. Es ist also bewusste Arbeit mit einem beobachtenden und einem erfahrenden Ich. Eine entscheidende Voraussetzung für eine solche Arbeitsweise ist, ob die Sammlung auf den Atem und damit auf den nicht regredierte Ich-Anteil aufrecht erhalten werden kann. Dies setzt, zu einem gewissen Grad, Ich-Kraft voraus. Von therapeutisch nicht wirksamer und damit zu vermeidender Regression spricht auch Brigitte Obrecht Parisi,

„wenn Klientinnen über längere Zeit immer wieder während des Behandeln einschlafen oder wegträumen und weder ihren Atem noch den Körper oder die Gefühle wahrnehmen. Hier ist progressive, Ich-stärkende Arbeit auf dem Hocker, im Stehen und Gehen angesagt, in der die Körperwahrnehmung erhalten und vertieft wird. Auch im Liegen kann das gelingen.“ (Obrecht Parisi, 2010, S. 39)

Ich-stärkende, der Progression dienende Übungen beschreibt sie ausführlich (ebenda, S. 41ff). Sie haben sich in der AKPT-Praxis als „Strukturübungen“ etabliert. Sie verstehen sich dabei nicht als Übungen im Sinne des Erlernens einer Technik, sondern als spezifisch eingesetzte therapeutische Interventionen. Dem Kreis dieser Übungen/Interventionen möchte ich die oben beschriebene Willentliche Atemarbeit zurechnen. Man könnte hier von innerer Widerstandsarbeit sprechen. Der Einsatz des Willens für den Atem spricht ein im Innen handelndes Ich direkt an, das sich nun dem beobachtenden und erfahrenden Ich hinzugesellt. Gelingt dies, sind diese Übungen Selbstwirksamkeit steigernd und Ich-Kraft aufbauend.

### 7.3.5. Regression, therapeutische Beziehung, Archetyp des Helden, „Väterlichkeit“ und Willentlicher Atem

Regressives, genau genommen: Regression zulassendes Arbeiten, enthält Bedingungen, die für das Ich so attraktiv sind, dass es Kontrolle abzugeben bereit ist und sich nicht mehr gegen eine mögliche Regression wehrt. Arbeit auf der Liege oder im Liegen z.B. ist regressionsfördernder als Arbeit auf dem Hocker oder im Stehen. Neben der Ich-Kraft, dem Setting, der konkreten angewendeten Technik und dem momentanen inneren Zustand des Klienten hat die therapeutische Beziehung eine grundlegende Bedeutung für das mögliche Auftreten von Regression, ebenso für eine sichere, innerlich gestärkte und geklärte Rückkehr.

Maaz spricht hier von einer wichtigen Triangulierung. Mit atem- und körpertherapeutischen Interventionen aktivieren wir frühe Interaktionserfahrungen des Klienten.

„Das heißt, wir können erlebte Bedrohung, Ablehnung und Verlassenheit, erlittene Gewalterfahrungen reaktivieren und ungestillte Verschmelzungswünsche und Zuwendungsbedürfnisse wieder beleben. [...] Wenn man als Therapeut aktiv wird und Körperkontakt anbietet oder zulässt, muss so gut als möglich gesichert sein, dass der Patient Selbst und Objekt differenzieren kann, dass er den Therapeuten nicht mehr als ‚Erlöser‘ oder ‚Täter‘ verkennt und dass er reaktivierte Affekte nicht mehr in der Übertragung auf den Therapeuten richtet, sondern so energetisch abführen kann, dass der Therapeut nun als ‚Dritter‘ angenommen werden kann. Der Therapeut wird dann zum partnerschaftlichen Begleiter mit technischem Expertenwissen, er wird zu einem Gegenüber, der einen tieferen (oder höheren) Sinn für die therapeutische Arbeit verkörpert (z.B. Gesundheit, Lebendigkeit, soziale und globale Bezogenheit, Sinnerfahrung) und er wird vor allem zu einem Zeugen für ungeheuerliche frühe Wahrheiten. Diese therapeutische Triangulierung ist die wichtigste Voraussetzung, um Frühstörungen körperbezogen durcharbeiten zu können.“ (Maaz H.-J., 2007a, S. 743f)



Die Verschmelzungswünsche und Zuwendungsbedürfnisse der Ich-schwachen Anteile des Klienten korrelieren mit den altruistischen Wünschen des therapeutischen Helfen-Wollens des Therapeuten. Ist der Therapeut hier nicht klar, droht nicht nur den Ich-schwächeren Anteilen des Klienten Unheil, sondern auch den Ich-stärkeren, die sich vertrauensvoll eingelassen und die wenige verbleibende Kontrolle abgegeben haben. Der gefährliche Schatten des Helfers ist der mit Allmachtsphantasien verführte „falsche Retter“, der dann auch im Klienten unheilvoll aktiviert wird. Ist der Therapeut hingegen mit seinem eigenen „inneren Retter“ in sicherem Kontakt und kennt dessen Schatten, ist er ein wertvolles Regulativ für die Ich-schwachen Anteile des Klienten. Das kann auch bedeuten, dass er sich (situativ) objektivierend distanziert.

Das führt zum Archetypen des Helden als die Grundform des „Retters“, worauf kurz eingegangen werden soll. Der zugehörige Prozess ist die „Heldenreise“.

„Jung nennt diese Reisen auch 'Nachtmeerfahrten': das Eintauchen in einen Ozean von Gefahren und Verführungen, die aber letztlich einem Prozess der Bewusstwerdung dienen. Wir kennen dies aus eigenen Lebenskrisen und sprechen davon, dass wir durch etwas 'hindurchgegangen' seien, manchmal sogar 'durch die Hölle'. Doch oft kommt mit der Bewältigung von Schwierigkeiten auch Wandlung und Erneuerung.

[... Im Bann des Archetyps des Helden jedoch] drohen Vereinfachung und Gefahr: Schnell wird aus dem Helden die eigene und aus dem Drachen die andere Fraktion, Zwischenfarben verschwinden und irgendwann fließt anderes als Märchenblut.“ (Sünner, 2015, S. 3)

Der zweite Absatz weist auf das grundlegende Problem des „eigenen“ und des „anderen“ hin, das beim „falschen Helden“ (wie „falschen Retter“) in Konfusion ist. Wir haben es beim „falschen Retter“ mit einem kollektiven Schatten zu tun, der leicht berührt und übersehen werden kann. Es geht dabei um die Frage der Identifikation statt Identität, was die Individuation (nach Jung) gerade verhindert, um Fragen des Gehorsams, der Enteignung und der Entfremdung. Das gilt intra- und interpersonell.

Der therapeutische Prozess selbst ist eine Heldenreise. Die gesunde Haltung des Therapeuten ist, dass er dem Klienten vertraut. Er weiß, dass nicht er den "Drachen töten" (das Problem des Klienten lösen) wird, sondern dass es der Klient selbst tun wird, wenn die Zeit dafür reif ist. Des Therapeuten Aufgabe ist, den Klienten vorzubereiten, zu "trainieren", zu ermächtigen und, wenn er, der Klient, soweit ist, zu begleiten und zur Seite zu stehen. Die "echte Väterlichkeit" des Therapeuten ist gefordert, die sich der „echten Mütterlichkeit“ hinzugesellen muss.

„Von der Mutter zum Vater zum Ich in der Welt - so ließe sich der Entwicklungsweg des Menschen umschreiben.

Die Mutter vermittelt Berechtigung, Vertrauen, Gewissheit und Sicherheit, der Vater ermöglicht vielseitige Erfahrung, gibt Orientierung, befördert Mut und Kraft und verhilft zu eigenständigem Leben. Vater und Mutter sind wie Schiff und Hafen, die nur miteinander eine gute Seefahrt ermöglichen. Sie stehen für Eigenständigkeit in Bezogenheit. Erst die Dynamik der polaren Fähigkeiten und Bedürfnisse ermöglicht im Zusammenleben der Menschen auch ein Gemeinwesen, in dem individuelle Bedürfnisse und soziale Verantwortung zusammenfinden.“ (Maaz, 2007b, S. 25)

Ein Therapeut, der mit frühverletzten Menschen arbeitet, wird sehr wahrscheinlich Elternübertragungen bekommen. Er muss echte „Väterlichkeit“ und „Mütterlichkeit“ in sich entwickelt haben, was bedeutet, dass er die jeweiligen vergifteten Schattenanteile in sich selbst kennen und möglichst erlöst haben muss. Dann kann er dem Klienten ein angemessenes, Halt gebendes Gegenüber sein, ansonsten nicht. Für die väterlichen Aspekte bieten die Willentlichen Atemtechniken ein ideales Lernfeld, sowohl für den Therapeuten wie für den Klienten. Im gemeinsamen „Üben“ kann eine kreative Kooperation entstehen. Selbstermächtigung entsteht.



## 8. FALLBEISPIELE

### 8.1. Andrea Kastner – der Atem, der nicht gesehen werden wollte

#### 8.1.1. Person

Andrea Kastner (selbstgewähltes Pseudonym) ist 36 Jahre alt, bisexuell, in Beziehung zu einem Mann lebend, keine Kinder, z.Z. schwanger, berufstätig im ingenieurtechnischen Bereich, angestellt, ihr Lebenspartner ist ihr Vorgesetzter.

#### 8.1.2. Behandlungszeitraum

Über einen Zeitraum von 10 Wochen je 1 x Einzel- und 1 x Gruppentherapie

#### 8.1.3. Ausgangspunkt der Behandlung

Im stationären Umfeld arbeite ich 10 Wochen in atem- und körperpsychotherapeutischer Vertretung, die Fallführung hat eine psychologische Psychotherapeutin.

#### 8.1.4. Lebensgeschichtlicher Hintergrund

Mutter war 30, Vater 40 Jahre alt bei ihrer Geburt, eine 2 Jahre ältere Schwester, ein 9 Jahre jüngerer Bruder, erste homosexuelle Beziehung mit 17. Beziehung mit Exfrau vom 21. – 30. Lebensjahr, Hochzeit mit 29, mit 31 Trennung von ihr. Die bisexuelle Neigung mit öffentlichem Bekenntnis in eher konservativem Umfeld konnte als schwierig gelten, so weit mir bekannt, hat(te?) insbesondere die Mutter mit dieser Neigung Probleme, ihren Vater nennt sie als Halt gebend, als er vor kurzem verstarb, scheint mir das für sie ein besonders herber Verlust gewesen zu sein (s. Therapieverlauf). Mehr zum lebensgeschichtlichen Hintergrund war für mich nicht nötig zu wissen, vom Team der Klinik weiß ich von einem sexuellen Identitätsproblem, in der Therapie bei mir war dies nicht Gegenstand, in einem späterem Mailverkehr mit ihr erscheint es mir als gelöst.

#### 8.1.5. Somatischer und psychischer Befund

Diagnose der Klinik:

Psychisch: Agoraphobie mit Panikstörung, Depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Die fallführende Psychologin ergänzt: *„Die depressiven Episoden waren kriterienmässig erfüllt, jedoch nicht typisch. Ein großer Teil ihrer Symptomatik entspricht einer Emotionsregulationsstörung. Panikstörung mit Agoraphobie war in der Symptomatik klassisch.“*

Körperlich: ISG Blockade, HWS Syndrom, Spannungskopfschmerz, Abnorme Gewichtsabnahme

Eigene diagnostische Überlegungen:

Strukturniveau teils niedrig, teils hoch, dynamisches, kraftvolles Körperbild, Beziehung zum Atem problematisch (s. Therapieverlauf), in Paniksituationen Angst vor Atemaussetzen, was den Atem (im Sinne von „Alarmbereitschaft“) vermutlich nach oben treibt und Körperspannung verursacht (= mein „Arbeitsmodell“), in Ruhe Atem im Bauchraum jedoch problemlos möglich, also nicht blockiert.

#### 8.1.6. Erster äußerer Eindruck

In Vorbereitung auf meine Vertretung in der Klinik nehme ich an einer Atemgruppe teil. Dabei prägt sich mir Gesicht und Gestalt von Frau Kastner ein: eine dynamische junge Frau (im Alter meiner Kinder) mit Kurzhaarschnitt, wache Augen, sportlich,

mittelgroß, schlank, sympathische Erscheinung. Sie wirkt beteiligt am Geschehen, ihre Stimme ist klar, die Sprache zügig und reflektiert, sie wirkt bezogen in der Gruppe und sorgt auch für sich. Sie hat starke Rückenschmerzen. Als ich Wochen später den Kurs übernehme, erkenne ich sie sofort wieder.

#### 8.1.7. Therapieverlauf

In der ersten Gruppenstunde, Frau Kastner nimmt teil, geht es um die Atemwahrnehmung, den Atem als eigenständig wirkende (wissende) Instanz in uns kennen und schätzen zu lernen (das oben beschriebene Atem-Imago), den Atem aus der Sicht der „inneren Beobachterin“ wahrzunehmen so wie er ist. Ich leite das verbal mit wiederholtem Hinweis auf das Hier und Jetzt und geführt von der Feldwahrnehmung an. In der Rückmeldung erfahre ich, dass sie als einzige nach dieser Übung unruhiger geworden sei als vorher, genauer gesagt, ist sie die einzige, die das mitteilt. Bei zwei, drei anderen bin ich mir nicht sicher, alle anderen berichten von einer sich einstellenden inneren Ruhe. Da ein Nach-Innen-Spüren bei frühen Verletzungen schwierig sein kann, spreche ich an, dass diese Übung manchmal zu Unruhe führt und spreche über Möglichkeiten, wie dann damit umgegangen werden kann. Die nächsten Übungen sind dem entsprechend Körperstrukturübungen und die letzte dieser Sequenz ein geführter Vollatem (s. Pkt. 5.4.1.). Andrea Kastner teilt mit, dass ihr letzteres nicht gelungen sei, was sichtbar war, und sie trotz wiederholter Hinweise, der Mühelosigkeit Vorrang vor der Vollständigkeit zu geben, großen Widerstand bei dieser Übung empfunden habe.

In die erste Einzelstunde gehe ich mit den diagnostischen Überlegungen, dass vermutlich eine frühe Verletzung vorliegt (Unruhe nach Atemwahrnehmung) und dass Frau Kastner dazu neigt, diese mit perfektionistischem Leistungsanspruch zu kompensieren. Die Anleitung zum Vollatem war, nicht ins „Kämpfen“ zu kommen. Wenn diese Übung nicht gelingt, beobachte ich zwei diametrale „Grundvarianten“, die eine ist ein resignierender, die andere ein kämpfender Umgang. Beides ist Ausdruck eines Widerstandes und beides fühlt sich nicht gut an. Hier war es ein kämpfender Umgang mit dem Widerstand, wie sie in der Gruppenstunde berichtete, was ich in der Einzelstunde dann thematisierte – ich erfuhr hier von ihrer leistungssportlichen Orientierung, bei der sie über ihre Grenzen geht, was sie inzwischen weiß.

Zunächst ging es in der ersten Stunde jedoch darum, herauszufinden, was wir zusammen in den Therapiestunden erarbeiten könnten. Die Selbstkompetenz und Selbstverantwortung zu stützen ist mir von Beginn an wichtig, was in ihrem Fall möglich ist. (Grundregel: nur so direktiv wie unbedingt nötig). Ich bin am Aufbau eines Arbeitsbündnisses interessiert und wie mir scheint, sie auch. Frau Kastner berichtet von einem mentalen Bild ihres „Herrn Atem“, das sie aus der Gruppenstunde mitgenommen habe und ihr sehr gefalle und von ihrem Wunsch und der Bereitschaft, an der Beziehung zu ihrem „Herrn Atem“ zu arbeiten, weil sie weiß und spürt, dass diese Beziehung problematisch ist und dennoch wichtig für sie. Wir vereinbaren, dass sie mit meiner Hilfe an dieser Beziehung arbeiten will. Ich halte das für eine gute Idee und nehme das als den therapeutischen Auftrag.

Als Übertragungsbeziehung zeigt sich mir die Dynamik des „guten Vaters“ und der „fleißigen Tochter“. Ich meine von Beginn an eine motivierte Mitarbeit gesehen zu haben. Als gut entwickelter Wahrnehmungskanal fällt mir bei ihr zuerst die Denkebene auf, die Empfindungsebene auch (sonst hätte sie die Rückmeldungen in der Gruppe nicht so geben können), die Gefühlsebene empfinde ich als etwas unter-

drückt – später erfahre ich davon, dass sie ihre Panikattacken mit der Angst erlebt, ihr Atem könne aussetzen. Imagination ist ihr möglich (Das Bild vom Herrn Atem – es ist ihr Wort), für die „Atembriefe“ (s. unten) brauche sie Ruhe. Die intuitive Ebene ist entwickelt.

Zunächst ist die praktische Seite der Arbeit ein Pendeln von Atemwahrnehmung, Körperstrukturübungen und Vollatem (Pkt. 5.4.1.). Die Arbeit ist angenehm, teils humorvoll, gut in Kontakt und Resonanz. Nach einiger Zeit biete ich ihr Kapalabhati (s. Pkt. 5.4.3.) an. Sie beherrscht die Technik auf Anhieb, der Atem im unteren Raum ist also problemlos möglich. Sie berichtet in einer der Folgestunden, dass ihr diese Übung gut tue und ihr helfe, sich bei auftretender innerer Unruhe wieder zu stabilisieren, sie praktiziere sie ab und zu für sich. In dieser Stunde fragt sie, ob mit dem Atem eine Beruhigung in Paniksituationen möglich ist. Wir arbeiten nun gezielt an ihrem „Notfallkoffer“ Panik, und zwar unter Einbeziehung des Atems. Sich an einem Baum festhalten, ausatemorientiert bleiben, Kapalabhati, Struktur finden, Rhythmus, Augen auf, nach draußen schauen usw. usw.. Sie liebt die Bäume – zum Abschied schenkt sie mir eine Karte mit selbstgemachten Fotos, darauf Bäume von unten nach oben fotografiert. Der Baumstamm und nach oben geschaut das Astwerk wie ein Dach. Von diesem Bild hatte sie gesprochen – ich nehme es mit in die Therapie. Ich habe die Assoziation: Ein Schutzdach von "Großvater" Baum.

Nach einiger Zeit gibt es eine aus meiner Sicht wesentliche Einzelstunde. Sie erkennt, dass nicht ihr Atem „der Schuldige“ ist, wenn dieser in panikartigen Attacken auszusetzen droht, sondern im Gegenteil. Ihr Atem hat sie auch und gerade in den schwierigsten Augenblicken nicht verlassen. Gerade dann hatte er mit bewundernswertem Einsatz seinen Dienst getan. In einem bewegten Gefühl von Dankbarkeit beschließt sie, ihrem „Herrn Atem“ einen Brief zu schreiben. Einige Zeit später liest sie ihn mir vor. Ich war zwar neugierig, hatte sie aber bewusst nicht gedrängt. Später gibt sie ihn mir sogar zur Veröffentlichung. Hier ist er:

Lieber Herr Atem,

du bist da, hast mich noch nie im Stich gelassen, obwohl ich Dir nicht traue. Ich habe sogar manchmal Angst vor Dir, Angst, Du könntest einfach aufhören und ich könnte ersticken. Diese Angst spürte ich schon als Kind und ist deshalb tief verankert. Dabei hast Du bis jetzt 36 Jahre hartnäckig an mir festgehalten und warst immer da. Bedingungslos und zuverlässig gehst Du Deiner Arbeit nach und das, obwohl ich Dich nicht besonders anerkenne und wertschätze. Das tut mir leid. Als Dein König möchte ich mich bei Dir für Deine Zuverlässigkeit bedanken. Ich weiß, dass Du der Spezialist fürs Atmen bist. Keiner sonst kann diese Aufgabe übernehmen. Du bist der Profi. Dafür möchte ich Dir in Zukunft mehr Beachtung schenken und versuchen, einen liebevollen Blick auf Dich zu bekommen. Ich wünsche mir das Vertrauen in Dich zurück, sodass Du wieder unbeschwert und unbedrückt für mich arbeiten kannst. Meine Minister sollen es gut bei mir haben und gut behandelt werden. Daran möchte ich arbeiten. Bitte gib mir eine Chance für eine gemeinsame Basis, bestehend aus Vertrauen und ohne Angst.

Getränkt mit Liebe und Anerkennung

Dein König Andrea

Ich hatte wohl das Bewusste Ich einmal als „inneren König“ beschrieben, als „inneren Ministerpräsidenten“ im Parlament der „selves“ und den Herrn Atem dann als „Minister für das Ressort Atmen“. Ich bemerke, dass sie die Bilder kreativ weiterentwickelt und für sich nutzt. Sie schreibt, wie mir scheint, sehr viel. Sie reflektiert sich schreibend, was Struktur gibt und ein „Ariadnefaden“ für den zurückgelegten Weg ist. Ihre Atembriefe (3 weitere siehe unten) sind Auszüge aus ihrem Tagebuch.

Während sie diese „Atembriefe“ vorlas, war sie berührt und ich auch. Bei diesem Brief „fische“ ich ein Gefühl von Halt, Sicherheit, Kameradschaft, zuverlässigem Da-

Sein... aus dem gerade entstehenden Beziehungsfeld heraus. Wie es genau für sie ist, lasse ich bei ihr. Ich sehe ihre Rührung. Und das ist mir wichtig. Ein Gefühl ist da und sie atmet und hält es. Während sie die Briefe vorliest – ich spüre, dass sie „dabei“ ist – ist sie, wie mir scheint, mit diesen beiden Polen im Kontakt: einmal mit ihrer Angst vor dem Ersticken während der Panikattacken und ebenso mit der Dankbarkeit für ihren Atem, dass er sie gerade dann nicht verlässt. Die Gleichzeitigkeit von beidem einmal in ihrer Innenwelt zu erinnern und zusammen halten zu können und diesen Lernschritt zum anderen in der Therapiestunde auf der therapeutischen Beziehungsebene berührend gespiegelt zu erleben, bildet durch die Eltern-Rückübertragung hier den Erfahrungswert, der sich festigen darf. Etwa 4 Wochen später:

Liebe Andrea,

herzlichen Dank für Deinen Brief vom [Datum]. Dieser Brief hat mich sehr überrascht und erfreut, da wir ja schon seit 36 Jahren zusammen arbeiten und ein derartiger Kontakt noch nicht zustande kam. Umso mehr freut es mich, anerkannt und wertgeschätzt zu werden. Ich arbeite gerne im Hintergrund und ohne dabei großartig bemerkt zu werden, verrichte ich zuverlässig meine Arbeit. Mir ist die Arbeit mit Dir sehr wichtig, deshalb habe ich bis jetzt auch immer zuverlässig zu Dir gehalten. Es ist einerseits schön, endlich mal Beachtung zu bekommen, andererseits ist mir die viele Beachtung unangenehm. Ich stehe nicht gerne im Mittelpunkt. Ich atme lieber für Dich hin, ohne großes Aufsehen zu erregen. Irgendwie macht es mich aber traurig, wenn ich lese, dass Du Angst vor mir hast, mir gar misstraut. Dies würde ich gern mit Dir in Vertrauen umkehren, wenn Du magst. Ich weiß nicht, woher das kommt, aber ich bin sicher, dass wir zwei eine gute Basis haben, auf der wir aufbauen können. Schließlich haben wir schon so viel zusammen erlebt. Wahrscheinlich ist Dir bei manchen Erlebnissen gar nicht bewusst, dass ich dabei war. Aber glaube mir, ich war es, bin es im Hier & Jetzt, genau in diesem Moment bin ich und ich werde es auch weiter sein – wenn Du magst. Ich dränge mich nicht auf. Ich bin wie der heilige Geist. Ein Gentleman – ich tue nichts, was Du nicht willst.

Dein Minister Herr Atem

Ich bewerte ihre „Atembriefe“ als authentische, intime innere Dialoge. In meiner Erinnerung war beim Vorlesen dieses Briefes an der Stelle, als es darum geht, dass es dem Atem (also ihr) unangenehm ist, Beachtung zu bekommen, sehr intensiv das Gefühl von Scham da, was mir vorher nie aufgefallen war. Gleichzeitig entdeckt ihr Atem (also sie), dass er in ihr (ein anderer Teil von ihr) Angst auslöst. Durch das Verstecken? Mir scheint, dass hier ein wichtiger Schritt sichtbar wird. Aus dem eher sich „Verstecken“ wird der Geist des sensiblen Gentleman, fein, wie sie selbst ist, der sich Vertrauen wünscht und dafür bereit ist, alles nötige zu tun – in dem Bewusstsein, dass das etwas Heiliges ist. Man könnte auch sagen: Es ist eine „Strategieumkehr“. Aus der Strategie, Beziehung durch „verstecken“ zu erreichen (ich unterstelle, dass dem „Verstecken“ ein Beziehungswunsch zu Grunde liegt – ich erinnere, wie gern Kinder „Verstecken“ spielen), wird ein aktives, vorsichtiges, gentlemanmäßiges, erwartungsoffenes Schauen, was möglich wird. Es ist verknüpft mit der Erkenntnis, dass die alte Strategie nicht funktioniert. Mehr noch, diese löst Angst aus, was sie traurig macht und was sie nicht will. Sie wünscht sich Vertrauen. Diesen Schritt möchte ich festhalten.

Die fallführende Psychologin ergänzt: *„Die Scham war sehr ausgeprägt und tief sitzend, ich bin mit Dir einig, dass das ein Teil ist, der sie stark beeinflusst. Ich fragte mich, welche Scham ist es. Ich finde keine klare Antwort, oft aber denke ich, es war ganz grundlegend, die Scham Gefühle zu haben (‘unerwünschte Gefühle’).“*

In einer Gruppensupervision kommt das Gespräch auf Frau Kastner. Während Frau Kastner in der Klinik weilte, verstarb ihr Vater, zu dem sie eine tiefe Verbindung hatte, er sei ihr immer Halt gewesen. Bei einem Besuch zu Hause, war ihr das plötzlich bewusst geworden: Er ist für immer weg. In der Klinik habe sie das gar nicht so

bemerkt, denn in der Klinik ist er ja sowieso nicht da. Aber zu Hause. Plötzlich fehlt er und plötzlich dringt das in die Psyche ein. Jedenfalls durchlebt sie gerade eine Krise. Sie hat Angst, sich etwas anzutun, geht zum wiederholten Male in Absprache in den geschützten Bereich, sie ist aggressiv, wie im Team berichtet wird, was ich mir von meinem Erleben mit ihr gar nicht vorstellen kann.

Die fallführende Psychologin ergänzt: *„Ich habe die Vermutung, dass sie ihren Vater etwas idealisierte, wahrscheinlich da er im Sterben lag. Aus den Unterlagen vom ersten Aufenthalt gibt es Anhalt dafür, dass er durchaus seine schwierigen Seiten hatte (Leistungsorientierung). Zudem hatte er sie meines Erachtens ungenügend vor den scharfen Urteilen der Mutter und anderer geschützt, auch wenn er nicht aktiv geurteilt hat. Ich hatte den Eindruck, dass der Vater jedoch eine wichtige Person im ganzen System für sie war, das dann gewaltig ins Wanken gekommen ist, als er verstarb. Der Vater war ein ausgleichender und stabilisierender Teil des [...] Systems. Die Mutter war tatsächlich mit vielem überfordert, gerade emotional und stark auf sich selbst fokussiert, aber es gab eine, wenn auch sehr eigenartige Verbundenheit zwischen den beiden. Die Beziehung war sehr problematisch, aber wahrscheinlich zu dieser Zeit besonders, da der Vater gestorben ist. Ich nahm eine gewisse Parentifizierung wahr, Frau K versuchte, ihre Mutter zu schonen und fühlte sich verantwortlich.“*

In der genannten Gruppensupervision wird berichtet, dass bei dem jüngsten Kontakt mit ihrer Mutter deren Kommentar lediglich ein trockenes „Du schaffst das schon“ gewesen sei. Ich verstehe die eigentliche Bedeutung dieses Satzes erst durch das, was im Wirkfeld der Supervision entsteht und aus einer anwesenden Psychologin sehr heftig und emotional herausplatzt, was ich aus der Erinnerung sinngemäß hier so wiedergebe: „Ja vielen Müttern ist das ja auch Scheiß egal, wie es ihren Kindern wirklich geht, das ist doch furchtbar. Hauptsache die Form stimmt. Ich kann das kaum ertragen. So kann man doch mit einem Menschen nicht umgehen.“ Plötzlich verstehe ich, worum es geht oder gehen könnte: „Objektivierung in der Beziehung“ als schamauslösendes und Beziehung tötendes Element. Ich sehe eine Mutter vor mir, die echten Gefühlen ausweicht oder solche gar nicht kennt, jedenfalls nicht zeigt und nur „darüber“ spricht ohne auf der Gefühlsebene dabei zu sein. Ich sehe die kleine Andrea als ein echtes gefühlsstarkes Kind, das an einer unechten, „Gefühle objektivierenden Wand“ abprallt. Zur Erklärung des Bildes, das in mir aufsteigt, nehme ich ein Zitat von Jens Tiedemann:

Der 'nicht spiegelnde', 'tote', 'versteinerte' Blick der Pflegeperson löst somit massive frühe Scham im Kleinkind aus, die als 'Urscham' (Wurmser 1990) oder 'existentielle Scham' (Ayers 2003), 'Kern-Wertlosigkeit' (Morrison 1989) oder 'Daseinsscham' erfahren wird. [...] Die Bedeutung der Qualität des Blicks ist dabei entscheidend dafür, ob es zu einem Bruch in der Beziehung zwischen dem Selbst und dem Anderen kommt. Nach Martin Altmeyer (2000) ist der Blick der Mutter das subjektive Medium, in dem das Selbst auftaucht, weil dieser dem Säugling zeigt, was die Mutter in ihm sieht. [...] auch der Blick des Vaters ist 'im Blick der Mutter' schon latent vorhanden. (Tiedemann, 2013, S. 38 f)

Ob dieses Bild als Modell für die Beziehung Frau Kastner zu ihrer Mutter stimmt oder nicht, kann ich nicht sagen. Ich weiß vom Team, dass sie eine problematische Mutterbeziehung hat. Ich nehme dieses Bild jedenfalls als vorsichtiges Arbeitsbild für mich mit in die sehr kurz nach dieser Gruppensupervision stattfindende Einzelstunde mit ihr im geschützten Bereich. Ich vergegenwärtige mir meine Beziehung zu ihr, eine Vaterübertragung, die mich besonders berührt, was ich schon an anderer Stelle separat supervidiert hatte. Wie wird ihr Vater gewesen sein? Ein Techniker. Sie reflektiert sehr auf der Ebene des Denkens. Mit dieser ins Wort genommenen reflektierenden Tiefung kann ich gut umgehen. Was aber, wenn es im Augenblick unerwartet und heftig emotional wird. Wie reagiere ich da? Ich weiß von mir, dass ich, wenn es mir „zu viel“ wird, leicht „weg gehe“ und in eine reflektierende beobachtende Denk-

ebene ausweiche, in der ich sehr virtuos, aber auch sehr unachtsam belehrend sein kann, weil ich dann ja gerade von meinen Gefühlen weggehe und nicht mehr verbunden bin, was jemand im Gegenüber, der in seinem Gefühl ist, dann abweisend und verletzend erleben kann. Ich weiß inzwischen von mir, dass das meine Form von Schamabwehr ist. Das darf mir jetzt nicht passieren. Ich nehme das oben beschriebene Bild von ihrer Mutter mit, was mir als Orientierung dient und mir hilft.

Andrea Kastner, die ich bisher reflektiert, freundlich, wohlwollend, fleißig, denkstark erlebt habe, ist plötzlich (von einem Tag auf den anderen) in einer anderen, aggressiven Realität, in der sie sich sogar vor sich selbst schützen muss. Von einem Tag auf den anderen ist sie hochgradig suizidal, was vom ganzen Team begleitet wird. Ich spüre im Team sehr viel Mitgefühl. Ich gehe zu ihr. Ich spüre meine eigene Angst. Ich begleite mich mit meinem Atem, visualisiere Balance, den Ausgleich von Überspannung, die Kraft des grundlegenden Da-Seins in der Existenz, des „vollständigen eingekörpert Seins“ (Dürckheim) als Grundlage eines glücklichen Menschen.

Dann bin ich ihr gegenüber, schaue in ihre Augen. Ich bin hellwach. Ich spüre die Aggression, aber auch ihre Kraft.

Irgendwann sage ich ihr: „Ich habe mich gefragt, warum mich die Arbeit mit Ihnen so besonders berührt.“ K (leicht aggressiv): „Und warum?“ T: „Ich sehe in Ihnen zwei Seiten, die im Kampf zu sein scheinen.“ K: „Ach ja?“ T: „Eine stringente, kraftvolle, fordernde, strebsame, mächtige, harte... und eine ganz weiche.“ K: ?? T: „Diese beiden Seiten habe ich auch.“ K: „Und wie gehen Sie damit um?!“ T: „Ich atme.“ K: „Das kommt mir jetzt komisch vor.“ T: „Das glaube ich Ihnen.“  
Pause. Immer wieder Augenkontakt.

Ich schlage ihr eine Übung vor. Sie macht mit. Wie mir scheint, zunächst abwehrend skeptisch mit der unausgesprochenen Frage: Und was soll das bringen? Noch 'ne Übung – und dann? Aber von mir aus... Wir Arbeiten am Widerstand, körperlich. Armdrücken. Und atmen. Meint: bewusst atmen. Ich spüre ihre Kraft. Sie meine. Ich spiegele ihr also ihre Kraft, ihre Wut, ihren Widerstand auf der Körperebene.  
Pause. Augenkontakt. Keiner geht weg. Kein Kampf, aber Da-Sein.

Dann T: „Ich weiß, dass ich von Ihnen nichts verlangen darf. Trotzdem gibt es etwas, was ich von Ihnen will.“...K: ?? Dann T (heftig): „Wenn Sie ihre Mutter bestrafen wollen, dann brüllen Sie sie an! Von mir aus, schlagen Sie sie.....“ Fester Augenkontakt. Dann sehr emotional: „Aber bringen Sie sich nicht um. Glauben Sie mir, ich weiß, was das bedeutet.“ Ich offenbare ihr einen Fall, den ich sehr persönlich kenne. Betroffenheit. Kontakt. Da-Sein auf beiden Seiten. Pause.

Dann üben wir zusammen Kapalbhathi. Es macht Spaß. Mit dem Atem tanzen. Wir müssen beide lachen. Ein wenig. Wir verabschieden uns.

Was war geschehen. Die Konfrontation der Gefühle auf der Körperebene (mit Armdrücken) war echt, konfrontiert – in einem Widerstand, der Ich-Kraft zulässt, fordert und fördert. Aus dem vorher „allgemeinen“ Zustand: „Es hat ja sowieso keinen Sinn“ wurde Kontakt, Augenkontakt und darin liegt Sinn. Es wird menschlich. Im Tun entsteht Sinn. Das konfrontierende Gegenüber von Gefühlen ist wertschätzend gehalten. Dann erfolgt ein plötzlicher Ebenenwechsel, hin zu ihrer Suizidalität und zu ihrer Beziehung zu ihrer Mutter. Ich hatte plötzlich das Bild in mir, dass es eigentlich um die Beziehung zu ihrer Mutter geht, der sie anders nicht beikommen kann: Nun sieh mich endlich!!! Und dann riskiere ich etwas. Durch selektive Selbstoffenbarung konfrontiere ich sie entsprechend meiner Realität authentisch mit der Wirkung, die ihr

Suizid haben würde und dass das, was eigentlich dahinter steckt, auch wenn ich es nicht weiß, damit nicht erreicht werden kann.

Es ist genau wie mit ihrem Atem in dem 2. Atembrief. Sich verstecken hilft nicht. Der Beziehungswunsch, der in beiden Fällen dahinter zu stecken scheint, führt mit der gewählten (anfangs unbewussten, jetzt bewusst gewordenen) Strategie (der Atem der sich versteckt – Andrea Kastner, die ganz verschwindet) nicht zur Anerkennung in der Beziehung, sondern zu Angst (und Schmerz) bei dem geliebten Beziehungspartner. Das wird an dieser Stelle nicht ausgesprochen, was, wie ich glaube, an dieser Stelle (noch) wichtig ist. Denn es ist (auch) Scham da. Wenn mein oben dargestelltes Modell (Zitat von Jens Tiedemann) an dieser Stelle stimmt, ist hier ein möglicher Beginn: der Blick der Mutter, der sie „objektivierend“ betrachtet und beschämt. Scham ist eines unserer schwierigsten Gefühle. Stolz ist ihr Gegenspieler. Stolz zu leben, statt zu sterben. Später schreibt sie in einer E-Mail an mich, dass ihr Herr Atem sogar stolz ist, wenn ich seine Briefe in der Arbeit veröffentliche.

Statt zu versuchen, das für beide (Therapeut und Klientin) emotional heftig erlebte Geschehen ins Wort zu nehmen, üben wir Kapalabhati und haben Spaß dabei. Aus dem anfänglichen „Das kommt mir jetzt komisch vor“ wird eine Erfahrung. Ein hüpfender und in beiden (Therapeut + Klientin) mit Freude jeweils auf eigene Weise tanzender Atem. Ein gegenseitiges Erkennen und Anerkennen. Die Beziehungserfahrung, die wir gerade machen, kann nun in ihrer Innenwelt wirken.

*Die fallführende Psychologin ergänzt: „Sowie ich mich daran erinnere, sagte sie mir, dass es eine wichtige Stunde gewesen sei. Die Kontakte und Interventionen bei ihr im geschützten Bereich waren bei mir oft intensiv und jeweils von so fragilem und nur kurzzeitigem Effekt. Und doch gab sie immer wieder an, dass diese Beziehungen es sind, die dann noch tragen und sie am Suizid hindern. Sie war immer ehrlich zu uns und somit auch zu sich, sorgte so für Schutz vor sich selbst von außen.“*

*Frau Kastner schreibt später dazu: „Beim Lesen des Fallberichts war ich total zurück versetzt in die Stunden mit Ihnen und es wurde wieder sehr nah und real. Das empfand ich als positiv, da ich mit Ihnen viel erlebt und gelernt habe. Die Beschreibung meiner Zeit in der geschützten Station empfand ich etwas fremd, da ich in dieser Phase in einem Ausnahmezustand war und mich zum Teil nicht mehr genau erinnern kann - was wahrscheinlich auch besser so ist.“*

In einer der Folgestunden, Frau Kastner hat inzwischen den geschützten Bereich wieder verlassen können, sprechen wir das Thema Scham direkt an ohne das jedoch zu vertiefen. Ich lasse das bei ihr. Inzwischen ist sie wieder stabil, sie drängt auf Entlassung, meine Vertretungszeit geht zu Ende, wir schließen unseren Teil der Arbeit ab, sie wird von der Therapeutin, von der ich die atem- und körpertherapeutische Arbeit mit Frau Kastner übernommen und die ich vertreten hatte, weitergeführt. Sie möchte in der noch verbleibenden Zeit in der Klinik die Beziehung zu ihrer Mutter noch etwas genauer anschauen.

#### 8.1.8. Ergebnis und gegenwärtiger Stand

In der Arbeit hat es eine sichtbare Entwicklung in ihrer Beziehung zu ihrem Atem gegeben und einen m.E. wichtigen Lernschritt, nämlich, mit und nicht gegen ihren Atem mit sich selbst in Beziehung zu sein, ein Schritt hin zu mehr Selbstakzeptanz. Wie dauerhaft dieser „neue“ Kontakt zu ihrem Atem sein wird, wird sich zeigen.

Ich erfahre, dass sie nach nur 6 Wochen zu Hause wieder in der Klinik ist, und zwar wieder im geschützten Bereich. Sie hält mich in groben Zügen auf dem Laufenden, und berichtet mir dann mit Freude von ihrer Schwangerschaft, auf die sie sich freue. Inzwischen ist sie wieder zu Hause. Sie beantwortet meine Frage nach dem Befinden ihres Herrn Atem mit zwei weiteren Atembriefen und gibt mir alle vier zur Veröf-

fentlichung. In den beiden aktuellen Briefen wird m.E. ersichtlich, dass die Beziehung zu Ihrem Atem eine nachhaltige Veränderung erfahren hat. Hier sind sie:

Lieber Herr Atem,

es ist nun schon über ein halbes Jahr her, dass wir uns Briefe geschrieben haben und ich muss zugeben, dass Du wieder in den Hintergrund geraten bist. Aber es hat sich etwas geändert: ich weiß es viel mehr zu schätzen, dass Du da bist und zuverlässig Deine Arbeit machst. Das freut mich sogar. Es gab Momente, da wollte ich nicht mehr leben und ich habe alles abgelehnt – auch Dich. Jetzt bin ich aber ganz froh und dankbar, dass Du nicht aufgehört hast. Danke dafür. Danke dass Du mich im Leben hältst. Es gibt zwar immer wieder Momente, in denen ich misstrauisch bin und Du mir Angst machst aber ich besinne mich dann immer und sage mir, dass Du schon weißt, was Du tust. Ich muss mich immer wieder in Vertrauen in Dich üben und immer wieder stelle ich fest, dass Du mich nicht im Stich lässt. Du bist ein treuer Mitarbeiter und zurecht mein Minister des Atems. Lass uns gerne im Kontakt bleiben. Ich würde mich freuen, von Dir etwas zu hören... wie es Dir so ergeht mit mir.

Herzlichst Deine Andrea

Eine Woche später:

Liebe Andrea,

danke für Deinen Brief, der mich wieder überrascht hat. Ja, ich bin noch da und tue weiterhin das, was ich am besten kann – atmen. Mich wirst Du nicht so schnell los, denn ich bin ziemlich gut darin, Dich mit lebensnotwendiger Luft zu versorgen. Es freut mich zu lesen, dass das Vertrauen in mich zunimmt. Das ist sehr schön. Setzte Dich aber nicht unter Druck und lass Dir Zeit. Schließlich haben wir uns ja erst im Sommer kennengelernt. Das Vertrauen muss wachsen und kann nicht von jetzt auf gleich entstehen. Ich bin geduldig und vertraue in Dich, dass wir uns eines Tages ohne Misstrauen, ohne Angst begegnen können. Ich halte zu Dir und bin für Dich da. Ob bewusst oder im Hintergrund. Das sollst Du wissen.

Immer Dein Atem

Die fallführende Psychologin schreibt: *„Es war ein spannender und sehr bewegender Fall und das habe ich beim Lesen deiner Arbeit wieder gespürt. Nach dem 2. Aufenthalt konnte sie sehr gestärkt die Klinik verlassen. Die Schwangerschaft hatte, so war mein Eindruck, ihre sehr schwachen eigenen Grenzen irgendwie gefestigt und ich hoffe, dass sie sich das bewahren kann.“*

Frau Kastner schreibt: *„Die Veränderungen in meinem Körper beobachte ich mittlerweile mit großem Interesse und Staunen. Es ist ein Wunder, was alles möglich ist und zu was der menschliche Körper in der Lage ist. Ich habe mich noch nie so weiblich gefühlt, wie im Moment und genieße das auch sehr. Mein Partner und ich werden im August heiraten, was mich sehr freut. Wir haben in den letzten Monaten auch eine große Entwicklung gemacht und einiges über uns und die Beziehung gelernt. Das ist sehr schön, dass wir meine Krise am Ende so positiv für uns nutzen konnten und die Beziehung nicht daran zerbrach. Ich bin jetzt in der 16. Schwangerschaftswoche und alles läuft total normal. Keine Auffälligkeiten, nix Abnormales. Das Kind entwickelt sich prächtig und nach meinem Empfinden fühlt es sich wohl bei mir. Mental geht es mir seit Beginn der Schwangerschaft gut. Das ist auch ein Phänomen. Im Alltag komme ich einigermaßen gut zurecht. Ab Ende April werde ich hier in die Tagesklinik gehen, um die Struktur im Alltag noch etwas weiter wieder herzustellen. Generell bin ich guter Dinge und ich freue mich auf die Herausforderungen, die da kommen werden.“*



## 8.2. Uwe – der Atem, der sich schön macht

### 8.2.1. Person

Uwe (selbstgewähltes Pseudonym) ist 55 Jahre alt, verwitwet, seit 9 Jahren in neuer Beziehung lebend, ein erwachsener Sohn, berufstätig als Kriminalpolizist.

### 8.2.2. Behandlungszeitraum

seit 4 Jahren im Durchschnitt 1 x im Monat Einzeltherapie

### 8.2.3. Anlass der Behandlung

Eine Heilpraktikerin, bei der er in Behandlung war, habe seine Atemprobleme erkannt und schicke ihn zu mir. Von der Heilpraktikerin war ich bereits informiert.

### 8.2.4. Lebensgeschichtlicher Hintergrund

Mutter war 34, Vater 38 Jahre alt bei seiner Geburt, zwei ältere Brüder (+12 und +7 Jahre). Vater ist „dogmatisch überzeugter Genosse“ (SED), Ingenieur, sehr streng, als letzter in der „Hackordnung“ wird Uwe auch von seinen Brüdern gequält. Seine Mutter habe ihn abgelehnt, weil er wieder ein Junge geworden war, sie wünschte sich ein Mädchen. Die Mutter seiner Mutter ist für ihn die einzige Bezugsperson, die er als eine Art „Bindeglied“ beschreibt. Sie stirbt, als er 22 ist. Mit 20 Jahren verlässt er das Elternhaus, lehnt seither jeden Kontakt ab, seine Mutter lebt heute im Pflegeheim, er besucht sie nicht. Als sein Vater in Uwes 44. Lebensjahr stirbt, geht er nicht zur Beerdigung. Von seinen Brüdern berichtet er von Alkoholproblemen, er hat sie seit Jahren nicht gesehen oder gehört und lehnt jeden Kontakt ab.

Er besucht die Polizeischule, beschreibt den Drill dort heute als entwürdigend. Hochzeit mit knapp 23 Jahren, Frau 1 Jahr jünger, nach einjähriger Ehe Geburt des gemeinsamen Sohnes. 4 Jahre nach der Hochzeit will seine Frau die Scheidung, es gibt bereits einen Gerichtstermin. Sie bleibt bei ihm, 1 Jahr später wird sie schwer krank, nach zwei weiteren Jahren stirbt sie. In diesen 2 Jahren wird sie von Uwe gepflegt. „Da sind wir wieder zusammen gekommen“. Er hat nur losen Kontakt zu seinen Schwiegereltern, die Beziehung ist nicht gut.

Nach Tod der Frau lebt er allein mit dem Sohn, mit 44 Jahren, der Sohn ist 20, neue Beziehung zu einer Frau, die ebenfalls verwitwet ist. Diese hat zwei erwachsene Söhne und einen Enkel, sie ist verbunden mit ihrem Haus, mit ihren Kindern und deren Familien. Er ist verbunden mit seinem Haus, etwa 70 km entfernt, in dem er seit kurzem nach Auszug des Sohnes allein lebt. Ein gemeinsamer Wohnort ist z.Z. nicht in Sicht. Uwes Sohn hat seine Frau im südeuropäischen Ausland kennengelernt und lebt heute mit ihr zusammen in der Schweiz, wo er gute Arbeit gefunden hat. Die Beziehung zu seinem Sohn ist gut. Uwe fühlt sich aber schuldig, seinem Sohn kein gutes Elternhaus gegeben zu haben, der Sohn gibt ihm deutlich zu verstehen, dass das aus seiner Sicht nicht so ist. Angesichts der warmen Qualität in der Familie seiner heutigen Partnerin, die er weder in seinem Elternhaus gefunden noch in seiner eigenen Familie hatte gestalten können, gibt er sich „Schuld“ dafür, dass der Sohn so weit von zu Hause weggegangen ist, obwohl er weiß, dass er stolz auf ihn sein kann.

### 8.2.5. Somatischer und psychischer Befund

Atemnot, Schlafstörung

Arthrose (regelmäßig in somatischer Behandlung)

### Eigene diagnostische Überlegungen:

Strukturniveau mittel bis hoch, psychosomatischer Anteil groß,  
parallel weiblich narzisstische Symptome: Minderwert, Perfektionismus.  
Kontrollbedürfnis, Ruhelosigkeit und Schlafstörung, Angst, nicht gut genug zu sein.  
Depressiver Anteil, er selbst spricht von Zuständen der „Schockstarre“.  
Denkebene und Intuition gut, Empfinden mäßig, Gefühlsebene unterdrückt.  
Ü: der gute Vater, Bruder, Freund. GÜ: Unterstellter, Sohn, später: Bruder, Freund.  
Er wirkt hart bis düster, verbissen, misstrauisch, kontrollierend, perfektionistisch,  
kantiges, eckiges Körperbild, angespannt, Atem unterdrückt, kein Atem im  
Bauchraum, Enge im Brustkorb.

### Ressourcen:

Gut strukturiert, fast überstrukturiert, sehr verlässlich, korrekt bis überkorrekt.  
Lebt und handelt nach seinem Gewissen, lässt sich nicht verbiegen.  
Liebt Tiere, sehr gute Beziehung zu Hunden, guter Kontakt zu Pflanzen.  
Sehr fürsorglich, „gutes“ Herz.  
Er ist fast fanatisch sportbegeistert, trainiert selbst, Laufen und Fußball  
Liebt Musik, hat eine große Plattensammlung, geht zu Konzerten, hier emotional  
Trockener Humor  
Gute Introspektionsfähigkeit

### Hauptthema:

Lebt im Minderwert, den er mit „Löwenkraft“ verteidigt.

### 8.2.6. Erster äußerer Eindruck – Therapiebeginn

Uwe kommt in die Praxis mit undurchdringlicher („unauffällig“ kampfbereiter?) Körperhaltung, er macht auf mich einen skeptischen Eindruck, berichtet konzentriert und genau von seinen Atem- und Schlafproblemen. Ich spiegele ihm seine Körperhaltung. Er erkennt das sofort (er ist in Vernehmungstechniken gut geschult), wir müssen beide lachen. „Kleinhirn an Großhirn...“, er mag Otto Waalkes. Das Eis ist gebrochen, er „kann“ mit mir.

### 8.2.7. Therapieverlauf

Ich frage ihn, was ich für ihn tun kann. Er wünscht sich als Ziel: tiefer und bewusster atmen zu lernen und mehr Platz im Brustkorb zu haben. In der ersten Wahrnehmungsrunde zum Bewussten natürlichen Atem sehe ich bei ihm einen großen, ruhigen und gleichmäßigen Atem. Wenn er unbeobachtet ist, versackt der Atem wieder. Ich denke: Ein Atem, der sich schön macht. Auch der Atem möchte alles gut und „richtig“ machen. Therapieziel muss also sein, seinen Atem zu ermutigen und zu ermächtigen, so sein zu dürfen, wie er ist, nicht, wie er soll.

In der ersten Zeit üben wir viel mit dem Vollatem, dazu dynamische Körperübungen, an die sich der Atem anhängen kann. Es geht dabei vor allem darum, dass er das körperliche Üben, das er vom Sport sehr gut kennt, nicht mechanisch macht, sondern immer wieder an die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit anbindet. Es fällt ihm schwer, nicht „ergebnisorientiert“ zu üben, er versteht aber Sinn und Nutzen. Wir erarbeiten ein Übungsprogramm „Atem und Bewegung“, das er in seinen täglichen Sport einbaut und meines Wissens bis heute regelmäßig praktiziert. Er lebt und arbeitet fast überstrukturiert – ich betrachte das jedoch als Ressource. Der „Strukturierer“ ist m.E. Teil des „Beschützers“, den er als Kind brauchte, um nicht unterzugehen, und den er auch heute in seinem Beruf benötigt.

Die verschiedenen angebotenen Techniken aus dem pranayama fallen ihm alle sehr schwer, wir wählen Kapalabhati als „Zielübung“, vor allem wegen des Elementes des „Loslassens“, das diese Übung fordert und fördert. Er hat bis heute Abneigungen dagegen, praktiziert aber tapfer und hat inzwischen ein Gefühl für die erforderliche Lockerheit. Um sie herzustellen benötigt er anfangs Konzentration und dann gelingt das Lösen mehr oder weniger gut, heute deutlich besser als zu Beginn.

Wir haben sehr viel Gespräch, er kommt im Ergebnis der jeweiligen Stunde gut zur Ruhe, was im Atem sichtbar wird, die Beziehung wird stabil und für ihn zu einer wichtigen „Wir-Insel“. Das während der Therapiezeit für ihn belastendste Thema war das Weggehen des Sohnes. Als er selbst mit 20 das Elternhaus verließ, war das für ihn „für immer“. Er kann nicht glauben, dass das auch anders sein kann, obwohl ihm der Unterschied in der Beziehung bewusst ist.

Ich sehe die Bedeutung, die die Gespräche mit mir für ihn haben. Meine Hauptinterventionen sind dabei Spiegeln, Würdigen, Aufnehmen, Deuten. Dennoch habe ich über weite Strecken das Gefühl, dass wir uns mit „netten Gesprächen“ im Kreis drehen und Tiefung ausbleibt. Ist das wirklich Therapie? Ich bemerke in mir Ungeduld, weil bisherige Versuche und Angebote nach Tiefung auf Abwehr stoßen. Würde ich meine Ungeduld (GÜ) verbal ausdrücken, würde er das vermutlich als Ablehnung seiner Person interpretieren. So unterlasse ich das. Dennoch habe ich das Gefühl, als Therapeut nicht zu genügen (Therapeutenscham). Ich spüre, dass auch bei ihm Scham da ist, allerdings, wie es scheint, weniger mir gegenüber. Ich betrachte die therapeutische Beziehung als stabil.

Die Atemnot und die Schlafstörungen haben sich gebessert, tauchen jedoch immer wieder auf, werden außerdem mit leichten Psychopharmaka kontrolliert begleitet. Die tiefsitzenden Probleme sind bisher nur von außen angeschaut. Sie bleiben noch „eingefroren“. Die Zustandsänderungen des Status Quo sind gut behütet abgewehrt.

Nach ca. 1 ½ Jahren gibt es eine besondere Stunde. Wir sprechen über Kampfkunst. Ich sage: „Kampfkunst ist die Kunst, die Lanze anzuhalten, die fremde, aber auch die eigene.“ Als er schaut, als würde er nicht verstehen, erzähle ich ihm von einem Polizisten, der einen wehrlos am Boden liegenden jungen Mann mit dem Stiefel ins Gesicht getreten und schwer verletzt hatte, in dem folgenden Gerichtsprozess aber aus Mangel an Beweisen freigesprochen wurde. Es ging in meinem Bericht darum: wie gehen wir mit (berechtigter) Wut um, ohne sie (ungerecht) nach außen (das tat dieser Polizist) oder (unbewusst) nach innen (das macht Uwe) auszuagieren, nicht abstrakt, „darüber“ sprechend, sondern konkret, wenn wir betroffen sind. Weil ich in diesem Falle den Betroffenen sehr persönlich kannte, war ich selbst auch betroffen. Dieses Thema mit den dazugehörigen Gefühlen ist also konkret im Feld.

Es geht um Fühlen. Weil sich die Kommunikation mit ihm immer wieder in die Denk-Ebene zurückzieht, halte ich es inzwischen so, immer wieder eine (verordnete) Atem-Denk-Pause einzulegen. Was fühlt er, was fühle ich? Ich bitte ihn also, nach innen zu spüren, bewusst im Atem zu sein und zu schauen, was passiert, wenn er dieses Thema "seinem Atem übergibt" und seinem „Kopf“, bildlich gesprochen, einen „Urlaubsschein in die Hand drückt“, egal, ob der "Kopf" dann "Urlaub" macht oder nicht. Das funktioniert inzwischen recht gut. Jüngst formuliert er das so: „Ich finde dann Geborgenheit in meinem Atem“, was auch in dieser Stunde nach diesem Bericht äußerlich sichtbar begann (wie sonst auch). Mit einem Mal wurde er immer unruhiger. Plötzlich platzte aus ihm eine Bemerkung heraus, aus der ich zweifelsfrei

schließen konnte, dass er in seinem Inneren eine seinen Möglichkeiten entsprechende praktische Hilfe gesucht hatte, um die Gerechtigkeit im Fall des oben genannten gewalttätigen Polizisten herzustellen. Ich war sprachlos. Er hatte in seinem Inneren eine Hilfe für mich gesucht – er wollte m i r helfen. Der erwähnten Fall berührte mich ja persönlich, auch, wenn er Jahre zurücklag.

In mir tauchte plötzlich das Bild von dem kleinen Jungen Uwe auf, der nie Kind sein durfte, der viel zu früh entborgen wurde, als Kind Geborgenheit nie kennengelernt hatte, ich sehe das Bild vor mir, von dem er berichtet hatte, als seine älteren Brüder in einem „Gemeinschaftswerk“ seinen Lieblingstедdy in den Ofen steckten und ihm die verkohlte Teddy-Leiche mit der Kohlenzange unter die Nase hielten und ihn dabei auslachten, ich sehe ihn, wie er als erwachsener Polizist seinen Dienst an Tatorten tut, wovon er berichtet („Der Tod ist mein Freund“), dass er besonders häufig zu den besonders grausamen Plätzen geht mit den am schlimmsten verwesenen Leichen, weil es ihm „nichts ausmache“, was die Kollegen wissen. Ich sehe, dass er sich so sehr Geborgenheit wünscht, der Mann, der in seiner hölzernen Art alles getan hat, um dem sechsjährigen Sohn, dessen Mutter stirbt, ein möglichst behütetes Zuhause zu bieten und das gut gemacht hat und der sich dennoch schuldig fühlt, weil er das eine oder andere an Familienwärme nicht hatte geben können. Dieser Mann spürt seine eigene Trauer nicht. Ich resoniere und spüre neben meiner eigenen die Mächtigkeit der seinen. Er spürt sie nur als Schmerz über die von mir gezeigte Trauer. Und wie geht er mit diesem Schmerz um? Er geht ins Mitgefühl und will mir helfen.

Die Trauer über die Verletzungen dieses Mannes, die ich für ihn fühle, und seine Art, wie er Schmerz durch Mitgefühl mit anderen zu lindern sucht, ist in so mächtiger Resonanz mit meinen eigenen Themen, dass es mich überwältigt. Da springt er auf und will mich trösten. Diesen „Rollentausch“ bekomme ich bis zum Ende der Stunde nicht geklärt – als er mich bezahlt, war unausgesprochen die Aussage: Heute war ich der Therapeut, ich bezahle aber trotzdem. Wir sind an einem kritischen Punkt. Einerseits weiß ich, dass selektive Selbstoffenbarung wertvoll ist, andererseits sehe ich hier, wie „gefährlich“ sich das verstricken kann. In der Supervision kann ich mich klären. Und: wie will und kann ich weiterarbeiten?

Ich greife in der nächsten Stunde als erstes die Szene mit dem Bezahlen der letzten Stunde auf und teile meine oben dargelegte Vermutung mit, die er bestätigt. Ich sage ihm, was meiner Meinung nach in der letzten Stunde passiert ist: Ich sage ihm, dass es meiner Wahrnehmung nach seine Trauer war, die ich für ihn gefühlt habe und die mit meinen Themen in Resonanz gegangen ist. Ich symbolisiere das Geschehene und skizziere ihm dieses Bild (vgl. Bild 4, S. 22): Sein inneres Kind neben ihm, aber abgetrennt durch eine innere Mauer, nicht beachtet im Schatten, so dass er es selbst nicht sieht. Als ihm in der Stunde Gegenübersitzender kann ich es sehen. Ich reagiere auf sein Kind (Rührung) und er reagiert auf mich (Trösten). Er sieht, dass es sein eigenes inneres Kind ist, das von ihm getröstet werden will und sieht ein Muster. Er versucht, sein inneres Kind zu trösten, indem er das des Partners tröstet. Wichtig ist so für ihn, dass der Partner ihn braucht. So kann er sich (indirekt) selber trösten.

Ich komme auf unsere Beziehung zu sprechen. Ich sage: Wir müssen uns entscheiden. Entweder wir setzen die Beziehung auf einer z.B. freundschaftlichen Ebene fort und beenden dann die therapeutische Beziehung oder wir arbeiten in der therapeutischen Beziehung weiter und bringen die Therapie in eine Tiefung, arbeiten also an dem, was sich in der letzten Stunde zeigte, weiter. Die Entscheidung überlasse ich

ihm. Diese Intervention ist eine Konfrontation. Sie enthält eine Komponente des Herstellens einer "top-dog – under-dog-Beziehung", was er leidlich kennt, und macht parallel deutlich: Es geht nicht darum, dass er Verantwortung für mich (oder "die anderen") übernimmt, sondern für sich selbst. Er entscheidet sich für das Fortsetzen der Therapie. Die interpersonellen Beziehungsmuster rücken dabei ins Bewusstsein und erweitern den therapeutischen Auftrag.

Die Ambivalenz bleibt. Die erzwungene und gleichzeitig freiwillig eingegangene weiblich narzisstische Unterordnung darf nicht aus dem Blick geraten, wenn die Ich-schwachen Persönlichkeitsanteile gestärkt werden sollen, was nach wie vor Therapieziel ist. Aus dem ursprünglichen Atem, der sich den Erwartungen anpasst, soll der Atem werden, der er ist. Wie können die Negativbotschaften des mittleren Struktur-niveaus (Tabelle S. 23): "Du darfst leben, aber Du bist mir nichts wert" und die des hohen (seine Abwehrleistung der erlittenen Kränkung): "Du darfst leben, bist mir auch etwas wert, wenn Du so bist, wie ich Dich brauche", im therapeutischen Augenblick überformt werden? Dadurch, dass er erfährt, und damit vor allem sein "inneres verlassenes Kind", dass er so, wie er ist, gemeint, akzeptiert und angenommen wird.

Die Würdigung seines tröstenden Vater-Teiles ist dabei genauso wichtig wie Abgrenzung und Betonung von Autonomie. Abgrenzung ist für ihn hart, weil es isoliert, was er so gut kennt. Der Atem macht die Grenze zu einem weichen Übergang. Autonomie und Verbindung sind gleichzeitig möglich, was atmend erlebbar ist, in der Stunde auch gelingt, danach aber nicht mehr. Verlassenheitsgefühle überwiegen.

Die eben beschriebene Stunde ist in der Zeit, als das Wegziehen seines Sohnes akut wird. Er somatisiert jetzt verstärkt, dazu kommen häufige Erkältungen und Magenkrämpfe. Die Schlafstörungen, auch die Atemnot nehmen wieder zu, er sucht zusätzlich eine psychiatrische Praxis auf.

Wir decken die Dynamik mancher Spannungen auf, die aktuell in seinem Beziehungsgeschehen auftauchen und die er in die Stunde mitbringt. Wenn Gefühle zu stark werden, weicht er immer noch wie gewohnt in die Denkebene und in Rationalisierungen aus. Ich spüre viel Scham im Feld, spreche das jedoch nicht an. Der Atem ist dann gestört, beruhigt sich aber immer wieder schnell. Dieses „vorschnelle“ Beruhigen deute ich als Widerstand, also Schutz. Sein „Beschützer“, die Überstruktur, wird jedoch im Atem zunehmend weicher. Wir kommen in vielen Themen weiter, bleiben aber immer wieder in der Denkebene stecken. Es braucht Geduld. Sein Vertrauen in den Atem jedoch ist gewachsen, die Erfahrung, dass er sich atmend beruhigen kann und Geborgenheit findet, scheint verinnerlicht, was er reflektiert.

Wenn er eine kriminalistische Aufgabe hat, wenn er schlimmstes Leid sieht, funktioniert er. „Ich vergleiche dann mit meinem eigenen Schicksal und das tut mir gut. Ich sehe dann: Es gibt Schlimmeres.“ Dennoch begreift er: Verdrängen geht irgendwann nicht mehr, die alten unerledigten Gefühle müssen zur Ruhe kommen. Wenn er allein zu Hause ist, kommt er immer noch schwer und phasenweise gar nicht zur Ruhe. Ich sage ihm immer wieder, er entscheide, wann er soweit ist, mehr in seine Tiefe zu schauen. Dieses "Freistellen" darf keine verdeckte Botschaft eines "Müssens" enthalten. Gleichzeitig ist es wichtig, "dran" zu bleiben. Körperlich ausgedrückt: Im Gegenüber eine eutonische Körper- und Atemspannung halten. Ob das gelingt oder nicht, ist wichtig für den therapeutische Erfolg. Ich bin für ihn Modell.

Nachdem sein Sohn weggezogen ist und die erste Krise überwunden war, kommt seine Ausbildungszeit an der Offiziersschule an die Oberfläche. Er spricht davon, wie

sie damals „geschliffen“ wurden, spricht von der Gewalt der Funktionäre. Er kann Gefühle dazu aushalten, atmen und da bleiben – viel Wut bleibt, wie mir scheint, aber noch eingeschlossen. Er sieht ein inneres Bild: Als Kind spielt er Fußball, während sein Vater ihn aus der Ferne beobachtet. Er erinnert sich "führend", wie er im Spiel alles besonders gut machen wollte, um ein Lob seines Vaters zu erringen, was ausblieb. Er ist aktuell in der Stunde im Mitgefühl mit dem kleinen Jungen in ihm und spricht dann vom Enkel seiner Partnerin und davon, wie er mit ihm spielt. Er zeigt es mir und imitiert täuschend und beeindruckend echt das Wiehern eines Pferdes. In diesem Moment sehe ich, wie weich und lebendig im Fluss er sein kann.

Wir arbeiten erstmals auf der Liege. In der GÜ habe ich das Gefühl eines „unersättlich nachnähren Müssens“, insbesondere am Kreuzbein und am linken Knie. Er erscheint ungewaschen und mit schmutzigen Socken. Ich respektiere den Widerstand (dem Übertragungsvater die Stinkesocken unter die Nase halten). Eine Interpretation meiner Gegenübertragung wäre: Die Sehnsucht nach der wärmenden, haltenden Hand der Mutter ist verbunden mit der unbewussten Botschaft an den Vater: Störe jetzt bloß nicht. Das Akzeptieren der "Stinkesocken" als nichtkonfrontierende Annahme seiner Person so, wie er ist, erscheint mir an dieser Stelle als hilfreich für seinen Prozess, deshalb gebe ich diesen Teil der GÜ erst sehr viel später ein, nämlich mit dem Schreiben dieser Arbeit, was er aktuell von sich aus anspricht und inzwischen verstehen und annehmen kann, ohne sich abgelehnt zu fühlen. Meine GÜ an Kreuzbein und Knie hingegen spreche ich gleich an: "Ich habe das Gefühl, dass meine Hand am Kreuzbein und linken Knie hilfreich ist?" "Ja, das tut gut." Er lässt sich ein.

In der Folgestunde arbeiten wir mit Kontaktflächen, der Grenze zwischen Ich und Du. Ein mentales „Fell putzen“. In der folgenden Stunde wieder Liegearbeit (er erscheint in perfekt sauberer Kleidung), nachnähren, erstmals ist ein „wirkliches“ Gespräch über den Vater möglich. Ich habe den Eindruck, dass auch bei ihm Gefühle dabei sind, spreche das aber nicht an, weil ich aus meiner GÜ heraus annehme, dass sich diese wie ein zartes Pflänzchen zeigen und noch gut geschützt werden müssen.

Ich spüre seinen Hunger nach Wertschätzung. Das wichtigste für ihn, so reflektiert er selbst, ist: „Ich gehöre dazu. Ich werde gehört. Ich bin da.“ Das räsoniert immer wieder in den Details der Konflikte auch in seiner Beziehung zu seiner Partnerin. Wenn er das spürt (dazu gehören, gehört werden, bemerkt werden) ist alles gut, bleibt das aus, reagiert er über. Das Bedürfnis, dazu zu gehören, gehört und bemerkt zu werden, ist gesund im Gegensatz zu dem (ehemals unbewussten) Muster, ich brauche, dass der andere mich braucht, dass ich ihm helfen kann (um mir über meine Hilfe für ihn mir selbst helfen zu können). Wir können darüber sprechen.

Sein ehemals unbewusstes Muster beinhaltet die Merkmale eines narzisstischen Minderwertes (weiblicher Narzissmus). Die Selbsterhöhung müsste dann im Schatten liegen – diese habe ich bisher nicht offen gesehen, nur manchmal ist sie in der Gegenübertragung berührt. Uwes Minderwert erscheint mir als ehemalige Überlebensstrategie im Umfeld böse und übermächtig agierender Brüder, Vater, Vorgesetzter besonders verfestigt und scheint in den Psychosomatosen (Arthrose und Schlafstörung) ihr Eigenleben bekommen zu haben. Die narzisstische Wut ist in der Arthrose gut behütet und sicher verwahrt. Die fehlende Repräsentanz einer beruhigenden Mutter und die überstrengen Über-Ich Introjekte durch Vater und spätere Vorgesetzte scheinen die erklärbaren Komponenten für die hartnäckige Schlafstörung zu sein. Die den Widerständen bei der Umschaltung in die Ruhephase bei

zurücktretendem Ich tatsächlich zu Grunde liegenden Introjekte scheinen noch unbewusst zu sein.

Das Elternhaus und seinen alten Schmerz (führend) anzuschauen, war er bisher nicht bereit und vermutlich auch nicht in der Lage – bisher geschah das nur an der (denkenden) Oberfläche. Als der Sohn klein war, nach dem Tod der Mutter, durfte der Vater nicht auch noch ausfallen!!! Und gewiss wollte er den Sohn auch vor dem Bösen schützen, das er selbst erlebt hatte. Jetzt ist der Sohn erwachsen und geht seine eigenen Wege. Die Angst vor dem „Verlust des Sohnes“ war übermächtig – das ist sie jetzt nicht mehr, auch, wenn sie immer noch da ist. Inzwischen ist Atemkraft gewachsen und er ist in der Lage, mit dem Atem Geborgenheit in seinem Körper zu erfahren. Zwar gelingt ihm das überwiegend vor allem in der Therapiestunde (bei idealisierender Eltern-Übertragung und beruhigender bzw. stützender Gegenübertragung), aber im Körpergedächtnis erscheint mir diese Erfahrung bereits angekommen zu sein. Nächste Therapieschritte erscheinen mir möglich und sinnvoll.

Ich frage ihn, ob er sich vorstellen könne, seinen Fall für diese Arbeit zur Verfügung zu stellen. Ich hatte ihm nahegelegt, dann sozusagen zu beider Sicherheit zusätzlich eine psychotherapeutische Therapie bei gegenseitiger Schweigepflichtentbindung zu beginnen. Nach etwa einem Monat Bedenkzeit kommt er von sich aus auf mich zu und nimmt an. Unser Arbeitsbündnis geht in die dritte Phase. Mittlerweile hat er einige Sitzungen mit dem Psychologen absolviert. Interessant ist Uwes Antwort: „Wenn ich hier helfen kann, will ich das gerne tun.“ Im Klartext: Wenn ich einem anderen (in dem Falle mir – mit dem sich zur Verfügung Stellen für den Fallbericht) damit helfen kann, bin ich auch bereit, mir selbst zu helfen. Er erkennt sein altes Muster. Wir schauen uns an und müssen lachen.

Seither hatten wir 3 weitere Termine. Wir arbeiten mit dem Bewussten natürlichen Atem, dem geführten Atem, Kapalabhati und inzwischen auch verstärkt mit dem Verbundenen Atem. Uwe lässt sich zunehmend auf seinen therapeutischen Prozess ein.

#### 8.2.8. gegenwärtiger Stand – Ausblick

Uwe hat gelernt, seinen Atem als inneren Freund zu erkennen und anzunehmen. Er ist in der Lage, „Geborgenheit im Atem“ (seine Worte) zu finden. Der Körper ist durchlässiger geworden und weicher, der Atem ist bewusster und nicht mehr so festgehalten. Zeitweise schläft er auch besser. Die psychosomatische Ausgangssituation, die Kirsten Sander mit: „Ich brauche keine Therapie“ beschreibt (Sander, 2012), hat sich in einer dritten Phase des Arbeitsbündnisses gewandelt in mehr Therapie-Bereitschaft. Er beginnt, sich aus dem Delegieren der inneren Fürsorge an ein medizinisches oder Beziehungskonstrukt im Außen zu lösen und beginnt, Verantwortung nicht nur für andere, sondern auch für sich selbst zu übernehmen.

## 9. SCHLUSSGEDANKEN

In beiden Fallbeispielen zeigt sich eine Mischstruktur (vgl. Pkt. 7.1). In beiden Fällen wurde überwiegend mit Willentlichen Atemtechniken gearbeitet, deren Besonderheiten für die intrapersonelle Beziehungsarbeit genutzt wurden. Die therapeutische Beziehung und die Selbstregulation des Therapeuten war ein wichtiger Wirkfaktor. Durch die Vaterübertragungen war die "Väterlichkeit" besonders gefordert. Eine kreative Vermittlung der Willentlichen Atemtechniken passte zu dieser Rolle.

Im Ergebnis wurden in beiden Fällen die Ich-schwächeren Anteile gestärkt und von den Ich-stärkeren erkannt und anerkannt. Die eingangs gestörte bzw. unbewusste Beziehung des Ichs zum Atem konnte deutlich verbessert werden. Der Atem ist zum inneren Helfer der Selbstregulation in schwierigen Situationen geworden. Damit sind nicht alle Probleme gelöst, aber langfristig wirkende Selbstheilungsprozesse sind in Gang gesetzt.

Meine eigenen atemtherapeutischen Prägungen erhielt ich in der GIA und dem Verbundenen Atem. In der Auseinandersetzung und Durchdringung der AKPT erhielt ich neue Impulse, entdeckte aber auch Parallelen, von denen ich im Rahmen dieser Arbeit nur einige beleuchtet habe. Neben dem Strukturmodell mit den dazu gehörenden Arbeitskonzepten der AKPT sind die Unterscheidung und sichere Handhabung der 4 Bewusstseinsfunktionen nach Jung im Wirkungsfeld der therapeutischen Beziehung die wichtigsten Elemente, um zusammen mit der Theorie der Bindungsmuster die hier skizzierten Willentlichen Atemtechniken auch bei frühverletzten Menschen zum sicheren Werkzeug in den Händen des Therapeuten zu machen. Ihr Potential zur Steigerung der Selbstwirksamkeit und der Ich-Kraft kann sich so entfalten.

Wesentlich sowohl in der GIA wie in der AKPT ist die Qualität der therapeutischen Beziehung. Auch hier erkenne ich Parallelen und Bereicherungen. Bei den frühen Verletzungen begegnen uns oft Elternübertragungen. Hier ist die "Mütterlichkeit" und die "Väterlichkeit" (Maaz, 2007b, S.24ff) des Therapeuten gefragt und kann auf harte Proben gestellt werden. Die Willentlichen Atemtechniken passen gut zum "väterlichen" Aspekt. Dass sie auch gut zur AKPT passen, hoffe ich gezeigt zu haben.



## 10. LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

- AKPT (2015). *Institut für Atem- und Körperpsychotherapie*, Leitung: Stefan Bischof, <http://www.atempsychotherapie.de>, gefunden am 25.5.2015
- Altmeyer, M. (2000). *Narzissmus und Objekt. Ein innersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit*. Göttingen: Psychosozial
- Ayers, M. (2003). *Mother-infant attachment and psychoanalysis – The eyes of shame*. New York: Brunner-Routledge
- Bauer, J. (2011). *Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt*. München: Blessing-Verlag
- Beck, D.E., Cowan, C.C. (2007). *Spiral Dynamics – Leadership, Werte und Wandel: Eine Landkarte für das Business, Politik und Gesellschaft im 21. Jahrhundert*. Kamphausen.
- Bindungstheorie (2015). Vgl.: <https://de.wikipedia.org/wiki/Bindungstheorie>, <http://www.bindungstheorie.net/>. Gefunden am 19.7.2015
- Bischof, S. (2007). Der Mensch im Feld des Atems. In S. Bischof (Hrsg.), *Traum - Trauma - Wissenschaft. Bericht von der Tagung "Atem - Bewusstsein - Feld" des Instituts für Atempsychotherapie in Freiburg, November 2006* (Orig.-Ausg., S. 8–17). Books on Demand.
- Bischof, S. (2009). *Ausbildungsunterlagen AKPT, Arbeitspapier Übertragung und Gegenübertragung* Stand 23.1.2009
- Bischof, S. (2010). *Ausbildungsunterlagen AKPT, Arbeitspapier Strukturniveaus nach H.J. Maaz* Stand 12.8.2010
- Bischof, S., Obrecht Parisi, B. & Rieder, A. (Hrsg.). (2012a). *Atem, der ich bin. Atem- und Körperpsychotherapie bei frühen Störungen*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bischof, S. (2012b). *Ausbildungsunterlagen AKPT, Arbeitspapier „Feld- und AKPT Therapietheorie“*, Stand 11.3.2012
- Bischof, S. (2012c). *Ausbildungsunterlagen AKPT, Arbeitspapier „Therapietheorie“*. Stand: 15.7.2012
- Bischof, S. (2012d). *Ausbildungsunterlagen AKPT, Arbeitspapier „Genealogie der Atempsychotherapie. Basis Veening, Middendorf, Dürckheim“*, Stand 2.4.2012
- Bischof, S. (2013). *Ausbildungsunterlagen AKPT, Arbeitspapier „Atem und Wort“*, Stand 25.8.2013
- Bley, M. (2006). *Yoga in der Gesundheitsforschung. Eine Einführung in die wissenschaftliche Untersuchung der Wirkung von Yoga und Überlegungen zu dessen Einsatz im Gesundheitswesen*. Schweizer Yogaverband, [www.swissyoga.ch](http://www.swissyoga.ch)
- DeMeo, J. (1992). *Entstehung und Ausbreitung des Patriarchats – die „Saharasia“-These. Wüstenbildung und Hungersnöte als historischer und geographischer Ursprung emotionaler Panzerung*. Erschienen 1992 in der Zeitschrift „emotion“. <http://www.berndsenf.de/Emotion10.htm>
- Fischer, K. & Kemmann-Huber, E. (1998). *Der bewusste zugelassene Atem Theorie und Praxis der Atemlehre*. Urban & Fischer.
- Gollwitzer, M. (2013, 10. Dezember). *"Ich geh dann mal weg." Kommunikation bei dissoziativen Phänomenen in der AKPT. Diplomarbeit im Rahmen der Abschlussprüfung zur Atem- und Körperpsychotherapeutin* (Institut für Atem- & Körperpsychotherapie Freiburg i.Br., Hrsg.). Verfügbar unter [http://www.atempsychotherapie.de/files\\_common/main.php?page=640&lg=d#abschl\\_erg](http://www.atempsychotherapie.de/files_common/main.php?page=640&lg=d#abschl_erg)
- GIA (2015). *Institut für Ganzheitliche Integrative Atemtherapie*, Leitung: Tilke Platteel-Deur und Hans Mensink, <http://www.institut-atemtherapie.de>, gefunden am 25.5.2015
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. 5. unv. Aufl.; Hogrefe, Göttingen
- Häberle, B. (2007). Die Bedeutung der Atemtherapie für die Traumaheilung. In S. Bischof (Hrsg.), *Traum - Trauma - Wissenschaft. Bericht von der Tagung "Atem - Bewusstsein - Feld" des Instituts für Atempsychotherapie in Freiburg, November 2006* (Orig.-Ausg., S. 22–31). Norderstedt: Books on Demand GmbH.

- Hüther, G. (2011). *Kein Gesundheitswesen der Welt kann darauf verzichten, dass die Menschen selbst Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen – Anmerkungen eines Hirnforschers*. Vortrag am 11.5.2011 als Eröffnungsvortrag zum Hauptstadtkongress 2011 Medizin und Gesundheit. Am 10.1.2012 unter: <http://www.hauptstadtkongress.de/2011/eroeffnungsvortrag-von-prof-dr-gerald-huether/>
- Jacobi, J. (1980). *Die Psychologie von C.G. Jung. Eine Einführung in das Gesamtwerk*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch
- Jung, C.G. [1913] (1971). *Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie* in: GW, Bd. 4, S. 107-111 u. §§ 203-522. Olten, Walter
- Jung, C. G. (1933). *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten*. Zürich: Rascher
- Jung, C.G. & Franz, M.-L. Von (1984, c1968). *Der Mensch und seine Symbole* (7. Aufl. der Sonderausg. 1984.). Olten:-Verlag
- Kast, V. (1990). *Die Dynamik der Symbole. Grundlagen der Jungschen Psychologie*. 2. Auflage. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter-Verlag
- Maas, B. (2012). *Atemkraft ist Ich-Kraft. AKPT bei Strukturschwächen*. In S. Bischof, B. Obrecht Parisi & A. Rieder (Hrsg.), *Atem, der ich bin. Atem- und Körperpsychotherapie bei frühen Störungen* (S. 197–252). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Maaz, H.-J. (2007a). *Körperpsychotherapie bei Frühstörungen*. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie. Mit 3 Tabellen* (1. Aufl., S. 741–748). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Maaz, H.-J. (2007b). *Die Liebesfalle: Spielregeln für eine neue Beziehungskultur*. C.H. Beck
- Morrison, A. (1989). *Shame – the underside of naricissism*. Hillsdale: Analytic Press.
- Obrecht Parisi, B. (2010). *Frau Sein. Weiblicher Narzissmus und die Entwicklung der Ich-Kraft in der Atem- und Körperpsychotherapie. Diplomarbeit im Rahmen der Abschlussprüfung zur Atem- und Körperpsychotherapeutin* (Institut für Atem- & Körperpsychotherapie Freiburg i.Br., Hrsg.). Verfügbar unter [http://atempsychotherapie.de/files\\_common/main.php?page=640&lg=d](http://atempsychotherapie.de/files_common/main.php?page=640&lg=d)
- Platteel-Deur, T. (2009). *Die Kunst der Integrativen Atemtherapie- Die Vergangenheit auf Seelenebene heilen*. Rheinländer, Der Verlag
- Raas, E. (2012). *Allan Schore: Schaltstellen der Entwicklung. Eine Einführung in die Theorie der Affektregulation mit seinen zentralen Texten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rebirthing (2015). <http://www.rebirthinternational.de/>. gefunden am 17.7.2015.
- Reddemann, L. (2006, 2007). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (Leben Lernen, Bd. 141, 13. Aufl. 2007). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rieder, A. (2012). *Atempsychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren*. In S. Bischof, B. Obrecht Parisi & A. Rieder (Hrsg.), *Atem, der ich bin. Atem- und Körperpsychotherapie bei frühen Störungen* (S. 311–350). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Sander, K. (2012). *Ich brauche keine Therapie. Behandlungskonzept der Atem- und Körperpsychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen*. In S. Bischof, B. Obrecht Parisi & A. Rieder (Hrsg.), *Atem, der ich bin. Atem- und Körperpsychotherapie bei frühen Störungen* (S. 351–390). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Seifer, T. (1981). *Lebensperspektiven der Psychologie*. Olten, Walter [bes. S. 203-206]
- Siegel, Allen M. (2000). *Einführung in die Selbstpsychologie: Das psychoanalytische Konzept von Heinz Kohut/Allen M. Siegel*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Stone, Hal und Sidra (1994). *Du bist viele. Das 100fache Selbst und seine Entdeckung durch die Voice Dialogue Methode*. Heyne-Verlag
- Stone, Hal und Sidra (1997). *Abenteuer Liebe. Lebendige Partnerschaft*. Kösel-Verlag
- Stone, Hal und Sidra.(2015a) *Voice Dialogue. Die Entdeckung unserer Selbst Die Geburtsstunde von Voice Dialogue Die Basis*. Gefunden am 12.4.2015 unter <http://delos-inc.com/reading-stone.htm>

- Stone, Hal und Sidra (2015b). *Die Grundlegenden Elemente von Voice Dialogue, Beziehung und der Psychologie der Selbste. Ihre Ursprünge und Entwicklung*. Gefunden am 12.4.2015 unter <http://delos-inc.com/reading-stone.htm>
- Stumm, G. & Pritz, A.. (Hrsg.). (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Zweitausendeins
- Sünner, R. (2015). „*Drachen, Helden, Nachtmeerfahrten*“ *Die Archetypenlehre von C.G. Jung*. Gefunden am 15.6.2015 unter <http://www.ruedigersuenner.de/drachen.html>.
- Tengshe, Shrikrishna Bhushan (2007): *Vortrag*, gehalten in Englisch am 04.07.2007 im Rahmen der Weiterbildungsreihe WB 2D "Pranayama und Meditation", Audio-Mitschnitt, übersetzt von Martina Bley, unveröffentlichtes internes Unterrichtsmaterial.
- Tengshe, Shrikrishna Bhushan (2015a): Gefunden am 12.4.2015 unter [http://www.shrikrishna.de/zitate\\_d.html](http://www.shrikrishna.de/zitate_d.html)
- Tengshe, Shrikrishna Bhushan (2015b): Gefunden am 12.4.2015 unter [http://www.shrikrishna.de/leitung\\_d.html](http://www.shrikrishna.de/leitung_d.html)
- Tiedemann, J. (2013). *Scham* (Analyse der Psyche und Psychotherapie, Bd. 7, Originalausgabe). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Verbundener Atem (2015). *International Breathwork Foundation (IBF)*: <http://www.ibfnetwork.com/>; *atman - Österreichischer Verein für Integratives Atmen*: <http://www.atman.at/cms/>; *Platteel-Deur + Mensink*: <http://www.institut-atemtherapie.de/>; *Dahlke*: <http://verbundeneratem.net/>. gefunden am 17.7.2015.
- Voice-Dialogue (2015). *Gespräch mit den inneren Stimmen*, eine therapeutisch einsetzbare Methode, vgl: <http://delos-inc.com/index.htm>, <http://www.voicedialogue.ch>, gefunden am 25.5.2015
- Waldthausen, B. Von (2015). *Innere Bilder und Kreative Imagination in der Kontemplativen Atemarbeit nach C. Veening. Über einen heilsamen Umgang mit Schmerz und Not*. Gefunden am 12.4.2015 unter <http://www.atemtherapie-waldthausen.de/innere-bilder-und-kreative-imagination-der-kontemplativen-atemarbeit/>
- Wischmann, T. (2015). *Der Individuationsprozeß in der Analytischen Psychologie C.G. Jungs*. Gefunden am 12.4.2015 unter <http://www.dr-wischmann.privat.t-online.de/jung.htm>
- Wurmser, L. (1990). *Die Maske der Scham – die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Berlin: Springer
- Ziegler, J. (2015). *Ändere die Welt!: Warum wir die kannibalische Weltordnung stürzen müssen*. C. Bertelsmann Verlag.
- Zimbardo P.G., Gerrig, R.J. (1999), *Psychologie*. Springer. 7. Auflage

## AUTORENERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich diese Abschlussarbeit 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.

Als Mentorinnen betreuten mich: Gertrud Giesbrecht für die AKPT, Kirsten Sander für die AKPT und pranayama und Tilke Platteel-Deur extern für den Bereich GIA.

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

Plauen, den 20.10.2015

---

Ort, Datum

---

Gerd Seiß