

Diplomarbeit im Rahmen der Abschlussarbeit zur Atem – und
Körperpsychotherapeutin

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

Beziehung bewegt

Atempsychotherapeutische Beziehungsarbeit in der klinisch psychiatrischen Grup-
pentherapie mit depressiven Menschen

Ursula Giustiniani - Dobler
Via La Banna 4
7016 Trin Mulin
0041 - 81/ 630 41 63

15. Juli 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Abstract.....	3
1.2	Motivation.....	4
1.3	Entwicklung einer übungszentrierten-funktionalen Atemgruppe zu einer atem... psychotherapeutischen Gruppentherapie.....	5
2	Das humanistische Menschenbild in der Atempsychotherapie (APT)	7
2.1	Die vier Bewusstseinsfunktionen im Feld des Atems	9
3	Diagnostik	10
3.1	Atempsychotherapeutische Diagnostik	11
3.2	Diagnose anhand klinisch diagnostischer Leitlinien nach ICD-10	11
3.3	Der depressive Mensch.....	15
4	Psychotherapeutische Methoden in der Atempsychotherapie (APT)	17
4.1	Atempsychotherapeutische Interventionen und deren Anwendungsgebiete in der Gruppenarbeit anhand von drei Fallbeispielen.....	19
4.2	Der gruppendynamische Prozess	33
4.3	Selbstwahrnehmung, die Suchhaltung bei mir selbst.....	33
5	Wandlungsprozess	34
5.1	Brückenschlag zwischen Atempsychotherapie (APT) und klinischer Medizin	36
5.2	Die Gesprächsführung in der atempsychotherapeutischen Beziehung.....	37
6	Abschliessende Gedanken	40
7	Literaturverzeichnis	41

1 Einleitung

Ich arbeite seit rund dreizehn Jahren als Pflegefachfrau in einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik (ATK), bzw. leite diese seit vier Jahren. Gemeinsam mit zwei weiteren Pflegefachfrauen, eingebunden in einem interdisziplinären Team von Ärzten, Psychologe und Theologe begleiten wir die Patienten.

Die Tagesklinik ist eine halbstationäre Einrichtung und bietet Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen durch ein vielseitiges Behandlungsangebot die Möglichkeit, das Leben wieder eigenständig zu meistern. Tagsüber in der Klinik, nachts zu Hause. Zum einen kann dadurch der Klinikaufenthalt verkürzt werden, zum anderen kann ein Klinikaufenthalt verhindert werden, Psychiatrische Dienste Graubünden (2010).

In den Jahren 1998 bis 2000 habe ich die Ausbildung zur Atemtherapeutin am Institut für körperzentrierte Psychotherapie in Zürich absolviert. Zu Beginn arbeitete ich mit einmal wöchentlich stattfindenden Atemgruppen. Später, ab 2006, habe ich das atemtherapeutische Angebot durch den Einbezug einer zweiten Gruppe erweitert. Mit dem Beginn der Ergänzungsausbildung in Atempsychotherapie am Institut für Atempsychotherapie in Freiburg im Breisgau, kam der Einbezug von psychotherapeutischen und tiefenpsychologischen Überlegungen dazu. Siehe (Bischof, 2003a, S. 1).

Aus den vorangehenden Gruppenstunden entstand anfangs 2009 eine Gruppe für Fortgeschrittene. Dabei habe ich allmählich die verschiedenen Arbeitskonzepte der Atempsychotherapie in meine Arbeit einbezogen. Die vorliegende Diplomarbeit beleuchtet diesen Prozess.

Zur Verständigung im kommenden Textverlauf, möchte ich kurz anfügen, dass die Bedeutung der Abkürzung APT (Atempsychotherapie) hiermit einmalig erklärt wird.

1.1 Abstract

Die nachfolgende Arbeit handelt vom prozesshaften Verlauf einer atemtherapeutischen Gruppe mit hauptsächlich depressiven Menschen in einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik.

Im Mittelpunkt steht der Wandel des gruppentherapeutischen Prozesses. Der Weg einer anfangs rein übungszentrierten Arbeitsweise, mit dem langsamen Einbezug der atempsychotherapeutischen Beziehungsarbeit, wird darin aufgezeigt.

1.2 Motivation

Diese Diplomarbeit bietet die Gelegenheit, im Tun inne zu halten, darüber nachzudenken und zu versuchen in Worte zu fassen, was im Laufe des beruflichen Alltags durch meine Atemarbeit in der Gruppe geschieht. Es ist mir ein Bedürfnis meine langjährige Erfahrung auf Papier zu bringen, eine Möglichkeit diese einmaligen Begegnungen mit verschiedenen Patienten zu beschreiben. Es geht um eine Bestandsaufnahme meiner atempsychotherapeutischen Arbeit und deren Auswirkungen in der Behandlung psychisch kranker Menschen. Ich arbeite zweimal pro Woche stundenweise als Atemtherapeutin, um nachher wieder meine Aufgabe als Pflegefachfrau zu übernehmen. Die Atemgruppen sind für mich wie kleine Inseln im beruflichen Alltag, die auf besondere Weise mein Tun reflektieren, ein Fenster öffnen für erlebte Beziehungsinteraktionen zwischen mir als Therapeutin und den Patienten.

Ich benutze bewusst die Bezeichnung „Patient“ in meinen weiteren Ausführungen, da es hier um Menschen mit einer Diagnose geht, die aktuell in psychiatrischer Behandlung sind.

Dazu möchte ich einleiten mit einem Zitat von Karlfried Graf Dürckheim (1956):

Sich Einlassen auf die Erfahrung der therapeutischen Beziehungsnähe bedeutet ein neues Erleben meiner persönlichen Berührtheit. Zudem zeigt sich ein intensives Erkennen und Staunen über diese Entfaltung, die Möglichkeiten die immer wieder daraus entwickeln, sich bilden. Das bestätigt die nachfolgende Aussage: Die Erfahrung des Wesens als Voraussetzung menschlicher Wandlung. (S. 35).

Mit einem weiteren Zitat (Dürckheim, 1956, S. 50) führe ich mitten in meine Auseinandersetzung mit den therapeutischen Prozessen hinein:

Solange sich der Mensch in seiner alten Haut wohl fühlt, solange das Leben, so wie er es lebt, genügt und solange er glaubt, aus eigener Kraft das Leben meistern zu können, hat er keinen Anlass, ein anderer zu werden.

Die nachfolgenden Auseinandersetzungen sollen meine Bewusstheit in der beruflichen Identität als Atempsychotherapeutin und Pflegefachfrau letztendlich erhellen und stärken.

1.3 Entwicklung einer übungszentrierten-funktionalen Atemgruppe zu einer atempsychotherapeutischen Gruppentherapie

Es ist nicht das erste Mal, dass ich mich mit dem atemtherapeutischen Angebot in der Tagesklinik beschäftige. In der Diplomarbeit zur Atemtherapeutin, am Institut für körperzentrierte Psychotherapie IKP, habe ich mich bereits mit der Entstehung und dem Werdegang einer Atemtherapiegruppe befasst. Wie ich anfangs in der Einleitung beschrieben habe, startete ich die erste Atemgruppe zum Zeitpunkt des Abschlusses meiner ersten Atemtherapieausbildung. Endlich stand ein Angebot auf der körperbezogenen Ebene der allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik zur Verfügung, welches es bis zu diesem Zeitpunkt, neben den bekannten schulmedizinischen Behandlungsmethoden, nicht gab. Mit der Behandlung durch Psychopharmaka (ein Arzneistoff der auf die Psyche des Menschen symptomatisch einwirkt), deren Wirkung dämpfend oder anregend ist und auf die Stimmung, Gefühle und Antrieb, Erleben Handeln sich auswirkt, kommt es oftmals zu zusätzlichen Verunsicherungen der persönlichen Wahrnehmung. Weil die Psychopharmaka die unerwünschten Symptome wie z.B. (innere Unruhe, Angst) nicht heilen, sondern einfach die Überempfindlichkeit weniger gut wahrnehmbar machen und dadurch dem Patienten das Gefühl geben, durch eine „dickere Haut“ geschützt zu sein (vgl. Dörner & Plog, 1989). Eine psychische Erkrankung, stellt oftmals das ganze Lebenskonzept auf den Kopf. Es stellt zudem das gesamte Sein in Frage und verunsichert zusätzlich. Es war mir bereits damals ein besonderes Anliegen, gerade dort anzusetzen und neue Wege und Mittel zu finden, um diese seelischen Zustände zu mildern und einen progressiven Gegenpol setzen zu können. Dies heisst für mich eine Entwicklung des inneren Wachstums beim Menschen anzuregen.

Das anfänglich schwerpunktmässig auf funktionale und übende Atemarbeit, mehrheitlich pädagogisch orientierte ausgerichtete Angebot, dominierte durch klare und übersichtliche Strukturen. Im Mittelpunkt stand die Atemarbeit nach Middendorff, das Erfahren des bewusst zugelassenen Atems (vgl. Middendorff, 1995). Ich habe im Konzept der allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik das Angebot der Atemtherapie folgendermassen beschrieben:

Der Atem spielt eine zentrale Rolle im Leben jedes Menschen. Er funktioniert einerseits ohne unser Bewusstsein über das vegetative Nervensystem, andererseits wird er aber auch durch unseren Willen, die Gefühle und Vorstellung beeinflusst. Der Atem ist Ausdruck des aktuellen Befindens. Dabei können wir mit unserer Aufmerksamkeit im bewussten Hinhorchen den eigenen Atem wahrnehmen, wie er sich von selbst wandelt, und mit welchen spezifischen Körperempfindungen Veränderungen zusammenhängen. Dies wiederum verbessert die eigene Körperwahrnehmung und stärkt das Bewusstsein für die Vielfältigkeit der eigenen Person.

In der Gruppe werden unter Anleitung der Leitung verschiedene Atemübungen gezeigt welche auch im Alltag leicht zu integrieren sind. Sie werden im Gehen, Stehen oder Sitzen durchgeführt. Mittels Dehnungen, Bewegungen, Druckpunkten und Stimme wird der Atem angeregt und somit die Atembewegungen erweitert. Die Selbstbeobachtungsgabe wird dabei zentral angesprochen, indem die verschiedenen Fragestellungen zu den jeweiligen Übungen wiederum von der Leitung vermittelt werden. Somit besteht die Möglichkeit, differenziert einzelne Körperregionen im Zusammenhang mit dem Atemgeschehen neu zu erfahren, um eine vertiefte persönliche Körperwahrnehmung aufzubauen. Unterstützt werden die unterschiedlichen Übungen mit vielfältigen Hilfsmitteln (verschiedene Bälle, Seile, Holzstäbe), die auch den spielerischen Aspekt nicht vergessen lassen.

Das Angebot steht allen Patienten offen, die nach Rücksprache mit dem Behandlungsteam (Bezugsperson und zuständiger Arzt) interessiert sind. Dabei ist eine gesunde Portion Neugier und die Bereitschaft sich auf eine neue Erfahrung einzulassen hilfreich.

Das Zulassen des ureigenen Atemgeschehens und der daraus resultierenden Empfindungserfahrung des eigenen Körpers steht auch heute weiterhin zentral im Mittelpunkt, durch die Bereitschaft, den Atem „kommen zu lassen“, ihn wieder „gehen zu lassen“ und warten wie er von selbst wieder kommt (vgl. Middendorf, 1995). Für Menschen ohne Erfahrung in Körperarbeit bedeutet dies bereits eine grosse Herausforderung. Darunter wird die reine Beschäftigung mit dem persönlichen Körperempfinden, dem bewussten Wahrnehmen, verstanden. Auf diese Weise sind die Voraussetzungen erstmal geschaffen, dass überhaupt eine Atembewegung in die Wahrnehmung kommen kann (vgl. Schünemann, 1995).

Mit diesem Konzept arbeitete ich bis 2008, immer auch mit dem Ziel, den Patienten Übungen zu vermitteln, die sie zu Hause und in ihrem Alltag anwenden können. Das Hinführen zur eigenen Person soll laufend fortgesetzt werden damit sie gleichzeitig weiter wachsen und sich festigen kann.

Diese strukturgebenden Übungen unterstützen mehrheitlich die Förderung der Ich-Kraft und die Festigung der Persönlichkeit. Mit dem Einbezug der vier Bewusstseinsfunktionen nach C. G. Jung (siehe unter Kap. 3.2.1) begann ein neuer Abschnitt des atemtherapeutischen Angebotes in der allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik. Es geschah zuletzt ganz natürlich und selbstverständlich. Das psychiatrische Hintergrundwissen war oft nützlich und hilfreich. Durch die bewusst mit einbezogenen psychotherapeutischen Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung kamen neue Herausforderungen auf mich zu.

2 Das humanistische Menschenbild in der Atempsychotherapie (APT)

Aus Wikipedia (2010b) zitiert: Der Begriff leitet sich ab von den lateinischen Begriffen humanus (menschlich) und humanitas (Menschlichkeit). Der Humanismus beruht auf folgenden Grundüberzeugungen:

1. Das Glück und Wohlergehen des einzelnen Menschen und der Gesellschaft bilden den höchsten Wert, an dem sich jedes Handeln orientieren soll.
2. Die Würde des Menschen, seine Persönlichkeit und sein Leben müssen respektiert werden.
3. Der Mensch hat die Fähigkeit, sich zu bilden und weiterzuentwickeln.
4. Die schöpferischen Kräfte des Menschen sollen sich entfalten können.
5. Die menschliche Gesellschaft soll in einer fortschreitenden Höherentwicklung die Würde und Freiheit des einzelnen Menschen gewährleisten.

Zum Humanismus gehören Güte, Freundlichkeit und ein Mitgefühl für die Schwächen der Menschen, seiner selbst inne und mächtig zu werden und sich im Mitmenschen selbst wieder zu finden.

Aus Hauptvertreter des psychologischen Humanismus gelten: Ahraham Maslow, Fritz Perls, Carl Roger. Dazu die folgenden Auszüge aus Wikipedia (2010c):

Ahraham Maslows Wachstums-Theorie beruht auf der Annahme, dass der Mensch von Natur aus gut ist und nach Wachstum strebt. Im Menschen ruht ein Kräftepotential, das durch widrige Außeneinflüsse zwar gehemmt, aber niemals ausgelöscht werden kann. Es drängt fortlaufend zur Verwirklichung. Um seelisch gesund zu sein und sich weiterzuentwickeln, muss der Mensch mittels dieses Potentials seine Bedürfnisse befriedigen – und zwar in der folgenden aufsteigenden Rangfolge – wobei sich jeweils nach Erfüllung des niedrigeren Bedürfnisses das nächst höhere zu Wort meldet: Bedürfnis nach physiologischer Zufriedenstellung, Sicherheit, Zugehörigkeit, Liebe, Selbstachtung, Selbstverwirklichung. Wichtige Eigenschaften des selbstverwirklichten Menschen sind: Unabhängigkeit, Autonomie, Realitätssinn, Akzeptanz, Kreativität, Spontaneität u. a. Intelligenz ist nicht nötig, "Vollkommenheit" und das Einhalten von Vorschriften ist weder erforderlich noch wünschenswert.

Auch Fritz Perls betrachtet im Rahmen seiner Gestalttherapie den Menschen als autonomes, aktives Selbst, das nach Ganzheit durch Verwirklichung der in ihm ruhenden Potentiale strebt. Dazu ist es nötig, Blockierungen im Erleben, Wahrnehmen und Handeln aufzulösen. Das Selbst ist als zentrales System zu Beginn des Lebens rudimentär vorhanden, verwirklicht sich aber nur im Prozess, in Kontakten, in der Interaktion mit dem Umfeld.

Schließlich steht und fällt auch Carl Rogers' >Gesprächspsychotherapie mit der Annahme, dass der Mensch von Natur aus gut sei, dass dem Organismus ein Streben nach Wachstum, Reifung und Selbstverwirklichung innewohne, dass dieses Streben "verschüttet" sein könne und wieder "befreit" werden müsse. Durch Einfühlsamkeit (Empathie), Wertschätzung (Akzeptanz) und Echtheit (Authentizität) muss der Therapeut daher ein wachstumsförderndes Klima schaffen, das es dem Klienten ermöglicht, die in ihm selbst verborgenen Kräfte des Guten und der Heilung zur Entfaltung zu bringen.

Das humanistische Menschenbild wie oben mit den wichtigsten Vertretern kurz zitiert, bildet dies in der APT eine wichtige Grundlage. Dazu zusammenfassend von Stefan Bischof (2009a) formuliert:

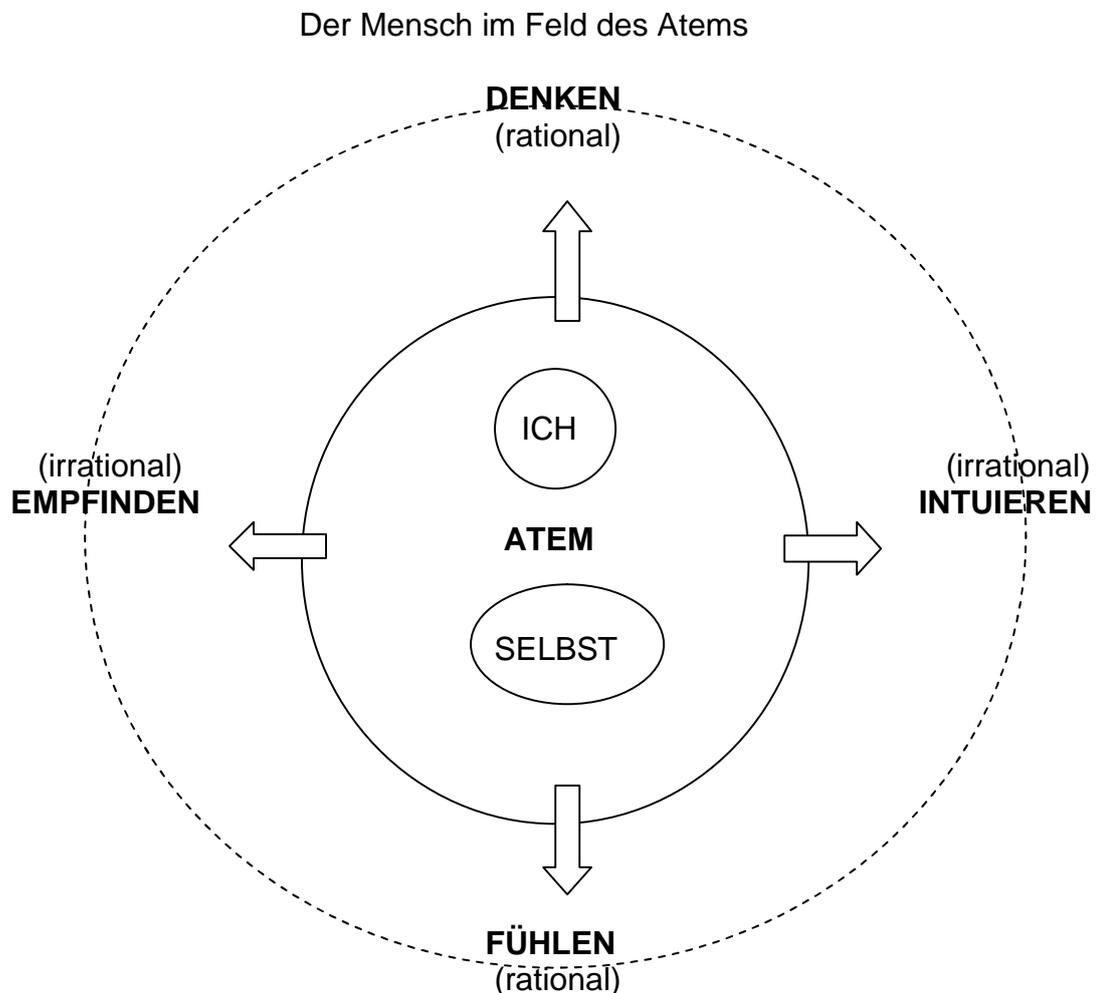
Es sieht den Menschen als einen ganzen, als Einheit die alle Seinsebenen umfasst. Es geht davon aus, dass im Menschen alle Ressourcen als Potential angelegt sind und er die Fähigkeit hat, diese durch und über den Atem zu entwickeln, d.h. bewusst werden zu lassen und nutzbar zu machen. Insofern werden alle Symptome auch als Wachstums - Herausforderung gesehen, die einen, wenn auch vorerst verborgenen Sinn haben. Mit unserem Wachstumspotential oder mit dem Menschen, der wir sind, kommen wir schrittweise über den zugelassenen Atem in Kontakt. (S.1).

Diese Grundhaltung gegenüber dem Menschen wird auch im nachfolgenden Zitat, aus den Ethik - Richtlinien der EABP (European Association für Body Psychotherapy) nochmals verdeutlicht. Ich habe dabei bewusst ein Beispiel aus der Gruppentherapie genommen:

B. Gruppentherapie. Die ethischen Leitlinien der Gruppentherapie sind dieselben wie die der Einzeltherapie. Sie werden jedoch in einer Situation angewandt, in der der Therapeut die Bedürfnisse der Gruppe und die des Einzelnen ausbalancieren muss. Beispiele: Nur solche, die von der Einzeltherapie abweichen. Vertraulichkeit: Alle Gruppenmitglieder bewahren gegenseitige Vertraulichkeit. Video und Audio-Aufnahmen dürfen nur mit Zustimmung aller Gruppenmitglieder gemacht werden. Einschätzung: Die Therapeutin beachtet immer die Bedürfnisse der ganzen Gruppe, auch wenn sie mit Einzelnen arbeitet. Respekt: Sie ermutigt zu grundlegendem Respekt zwischen den Gruppenmitgliedern. Macht: Sie ermutigt zu angemessener Konfrontation und Unterstützung zwischen den Gruppenmitgliedern und entmutigt Kollusion und Sündenbockverhalten. Sexualität: Es gibt klare Vereinbarungen über sexuelle Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern. Kongruenz: Sie zieht die Auswirkung von zusätzlichen therapeutischen Beziehungen, die sie zu Gruppenmitgliedern ausserhalb der Gruppe hat, in Betracht und handelt dementsprechend. (S.10).

2.1 Die vier Bewusstseinsfunktionen im Feld des Atems

Als Erweiterung der atemtherapeutischen Gruppenarbeit bezog ich mich auf die vier Bewusstseinsfunktionen, die mir als Orientierungshilfe dienten. Der Atem steht dabei als Medium im Mittelpunkt. Wir streben in der APT den bewusst, wahrgenommenen, zugelassenen, den frei fließenden, nicht vom Willen gesteuerten Atem an. Dieser ermöglicht eine direkte Verbindung zum Ich-Bewusstsein und weiter zu den innewohnenden, heilenden Wandlungskräften des Selbst im Jungschen Sinne. Diese Art zu atmen ist ein dynamischer Prozess auf allen Ebenen der Wahrnehmung, Erfahrung und Bewusstsein (vgl. Bischof; 2009b). Damit kann beim Patienten die noch ungenügenden Zugänge der verschiedenen Bewusstseins Ebenen (z.B. zum Empfinden oder Intuieren) bewusst gefördert werden. Erst mit dem Erfahren dieser verschiedenen Ebenen, gelingt ein klares Einordnen ins Erlebte und stärkt damit wiederum die Ich Kraft. Im Kapitel 5.2. Gesprächsführung in der atemtherapeutischen Beziehung werde ich noch weiter darauf eingehen.



Im Feld des Atems beschreibt Stefan Bischof (vgl. Bischof; 2009b) eine rationale und irrationale Ebene die folgende vier Bewusstseinsfunktionen beinhaltet:

1. Die rationale Ebene: **Denken** (kombinieren, analysieren, folgern) und **Fühlen** (Emotionen, Affekte)
2. Die irrationale Ebene: **Empfinden** (Sinne: sehen, hören, riechen, schmecken, tasten) und **Intuieren** (bewegen, handeln, Impulse, Symbole, Bilder, Träume).

Dazu möchte ich ergänzen mit den Ausführungen zu Gefühl und Empfindung von C. G. Jung (1979) wie er sich in seinem Buch (Der Mensch und seine Symbole) dazu äussert:

„Gefühl“ ist ein Ausdruck, der der Erläuterung bedarf. Man spricht zum Beispiel von „Gefühl“ im Sinn von „Empfindung“ (entsprechend dem französischen „sentiment“). Ebenso kann das Wort für eine Intuition verwendet werden. Oder im Sinn einer Meinung: „Ich habe das Gefühl, dass....“ (S.60, 61).

Die folgenden einfachen und logischen Beschreibungen der verschiedenen Bewusstseinsfunktionen nach C. G. Jung (1979) waren ab Ende 2009 in der Gruppe regelmässige Begleiter. Sie definierten eine gemeinsame Sprache und halfen den Patienten der Gruppe und auch mir, sich jeder Zeit orientieren zu können. Somit war ein erster und wichtiger Schritt zum atempsychotherapeutischen Arbeiten in der Gruppe vollzogen:

Die Hilfsmittel, durch die das Bewusstsein seine Orientierung in der Wirklichkeit erhält, sind also vier Funktionen. Die Empfindung (das heisst 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. (S.61).

3 Diagnostik

Im medizinischen Sinne heisst „Diagnostik“: Unterscheidung / Entscheidung, griech. dia = durch, gnosis = Erkenntnis.

Im therapeutischen Sinne heisst das, den Menschen dort abzuholen, wo er mit seiner bewussten Wahrnehmung gerade ist. Grundsätzlich soll diese (die Wahrnehmung) nie bewertet werden. Die Diagnose bildet die Basis zu späteren atempsychotherapeutischen Interventionen.

3.1 Atempsychotherapeutische Diagnostik

In der Diagnostik der APT gehen wir von der Grundannahme aus, dass in jeder Begegnung und damit ist auch die erste Begegnung des Patienten mit dem Therapeuten gemeint, ein so genanntes Wirkfeld entsteht. Stefan Bischof (2003b), beschreibt dies folgendermassen: Unter Wirkfeld verstehen wir einen ermöglichenden Raum (G.R. Heyer), indem die Wahrnehmung sich öffnen kann. Klient und der Therapeut nehmen dabei unbewusste und bewusste Botschaften auf. Um den Anspruch einer ganzheitlichen Diagnose zu genügen, nutzen wir Botschaften und Resonanzen auf allen Ebenen der Wahrnehmung. Diese Botschaften und Resonanzen entsprechen leib - seelischen Gegenübertragungspänomenen bis hin zur Syntonie. (S. 1)

- auf der **Empfindungsebene**
über Atembewegung, muskulären Tonus, die Körpertemperatur/ Geruch, kinästhetische Phänomene, Körpergestalt und Ausdruck
- auf der **intuitiven Ebene**
über die atmosphärische Wahrnehmung, seelische Zustandsbilder, archetypischen Bilder, Phantasien, Ahnungen, Assoziationen, Instinktimpulse
- auf der **Gefühlsebene**
über Sympathie/ Antipathie, seelische Konflikte
- auf der **Denkebene**
im Zuordnen, Kombinieren und Reflektieren

Auf die oben erwähnte Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess komme ich im Kapitel 4 weiter zu sprechen.

3.2 Diagnose anhand klinisch diagnostischer Leitlinien nach ICD-10

In der APT werden die klinischen Diagnosen in unseren diagnostischen Überlegungen selbstverständlich miteinbezogen. Dazu Stefan Bischof (2003b):

Neben der atemtherapeutischen klinischen Diagnose versuchen wir das psychiatrische Wissen zur Strukturierung sowie zur Überprüfung der eigenen therapeutischen Arbeit im Sinne eines ganzheitlichen Prozesses einzusetzen. Im weiteren ist die klinische Sprache eine, in der wir uns mit Ärzten, Psychotherapeuten, Kassen, sowie in der Supervision und innerhalb interkollegialer Zusammenarbeit verständlich machen. (S. 2).

Aus diesen Überlegungen heraus gehören meines Erachtens die rein klinischen diagnostischen Klassifikationen dazu, die hier auf der Zusammensetzung der bestehenden Atemgruppe basiert. Die folgende Aufstellung soll einen Überblick ergeben. Dabei möchte ich aber ausdrücklich auf die Aussage von Klaus Dörner und Ursula Plog, (1984) hinweisen:

Eine Diagnose erfasst nie die Wirklichkeit eines Menschen; sie ist eine Leitidee und liefert ein Modell für die Beschreibung seiner psychisch – körperlich - sozialen Auffälligkeiten. (S. 202). Oder anders ausgedrückt, es beschreibt ein vorübergehender Ausdruck seelischen Befindens.

In einer allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik als eine halbstationäre Einrichtung, werden Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Diagnosen behandelt, jedoch keine akut Kranken. Die Patienten werden aus den Akutstationen der Klinik oder auch von niedergelassenen Ärzten (Psychiatern und anderen Fachärzten) zugewiesen. In den meisten Fällen sind die Patienten soweit in ihrer psychischen Gesundheit stabilisiert, dass eine Tagesstruktur tragend genug ist. Was aber sicher zu erwähnen ist, dass ich Patienten mit wahnhaften Störungen wie Schizophrenien bewusst aus dem Angebot der Atemgruppe ausschliesse. Diese bewegen sich (vgl. Maaz, 2007) im niedrigen Strukturniveau und zentral steht die Vernichtungsangst bei einer existenziellen Bedrohung im Mittelpunkt. Die Mutterbotschaft: „Sei nicht, lebe nicht“, verdeutlicht diese frühe Traumatisierung. Diese Patienten zeichnen sich durch eine ausgeprägte Vulnerabilität (Verletzbarkeit) aus. Sie muss im Zusammenhang mit der Wahrnehmungsfähigkeit besonders beachtet und begleitet werden, was im gruppen-therapeutischen Kontext zu wenig Beachtung findet und den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht wird. Aus der Erfahrung der atemtherapeutischen Einzelarbeit, kann ich aber durchaus sagen, dass die schizophrenen Störungsgruppen nicht dringend ausgeschlossen werden müssen. Meine Erfahrung zeigt, dass z.B. Klare Strukturgebende, Ich - stärkende Übungen, sich sehr wirksam auf die Erfahrung der Selbstwahrnehmung auswirken können. Kontraindikationen in der Atemtherapie werden von Stefan Bischof (2009c) wie folgt beschrieben:

Kontraindiziert oder nur begleitend anwendbar ist das Verfahren bei:

Patienten, die tiefgehende klinische Störungen aufweisen
Schwerer psychoasthenischer Halt- und Ich-Schwäche
Phasen akuter physischer oder psychischer Entgleisung
Hypochondrie (S. 1)

Die Atemarbeit im tagesklinischen Angebot ist ganz klar ein Verfahren, dass begleitet angewendet wird. D.h. neben der ärztlichen und pflegerischen Behandlung, besteht ein körperzentriertes Angebot für Patienten mit psychiatrischen Diagnosen.

In die APT - Gruppe habe ich Patienten mit folgenden Diagnosen aufgenommen. (Hauptdiagnosen (H) und ihre Nebendiagnosen (N) nach ICD - 10, (vgl. Dilling, Moubour & Schmidt, 2000) eine internationale Klassifikation psychischer Störungen. Die Diagnosen sind den Krankengeschichten der Patienten entnommen. In Klammer gesetzt, jeweils das Erstellungsdatum der Diagnose und der anonymisierte Name des Patienten:

- H: F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (21.01.2010)
N: R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz (21.01.2010)
(Frau D.)
- H: F33.1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (06.08.2009)
N: C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse (06.08.2009)
(Frau H.)
- H: F33.1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (20.03.2009)
(Frau W.)
- H: 32.1 Mittelgradige depressive Episode (14.05.2009)
N: E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet (14.05.2009)
N: F44.7 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (21.01.2010)
N: F13.2 Störungen durch Sedative oder Hypnotika/ Abhängigkeitssyndrom (21.01.2010)
(Frau S.)
- H: F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt (24.11.2009)
N: F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (24.11.2009)
H: F32.0 Leichte depressive Episode (04.03.2010)
N: F40.0 Agoraphobie mit Panikstörung (04.02.2010)
(Herr H.)
- H: F31.8 Sonstige bipolare affektive Störungen, rapid cycles (28.07.2009)
(Herr F.)
- H: F41.2 Angst und depressive Störung gemischt (25.08.2009)
N: Z56.0 Arbeitslosigkeit, nicht näher bezeichnet, Kündigung seitens der Firma ab 01.07.2009 (25.08.2009)
N: C44.3 Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes, Basaliomentfernung linke Nasenflanke 1990 und 2008 (25.08.2009)
N: E66.0 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr (25.08.2009)
N: E78.2 Gemischte Hyperlipidämie (25.08.2009)
N: G40.9 Epilepsie, nicht näher bezeichnet, posttraumatisch nach SHT 1985, unter Cabamazepin anfallsfrei (25.08.2009)
H: F32.1 Mittelgradige depressive Episode (09.03.2010)
(Herr B.)

- H: F32.1 Mittelgradige, depressive Episode
H: F40.01 Agoraphobie mit Panikstörungen
(Hr. B.)

Wie bereits aus dem Arbeitstitel ersichtlich, stehen in den Hauptdiagnosen die depressiven Störungen im Mittelpunkt. Diese fallen damit unter die endogen (griech. im Inneren erzeugt) Depressionen, nach ICD - 10 gehören diese zu den affektiven Störungen (F30 - F39). In diesen depressiven Episoden (leicht und mittelgradig) leiden die Patienten häufig (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000, S. 139) unter folgenden Symptomen:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden)
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Die Nebendiagnosen dürfen natürlich nicht vergessen werden. Sie spielen eine wichtige Rolle, insofern als dadurch der Leidensweg umfassender ersichtlich wird und einiges zum Verständnis über das Verhalten des betroffenen Menschen beiträgt. Wiederum sind dies eben nur klinische Diagnosen, die bei weitem nicht genügen, den Menschen in seiner Vielfältigkeit zu erreichen.

3.3 Der depressive Mensch

Wikipedia (2010a): Depressiv (lat. deprimere, „niederdrücken“)

In ihrem Lehrbuch „Irren ist menschlich“ haben Klaus Dörner und Ursula Plog (1989), im Kapitel über die Depressionen, mit dem sinnigen Titel „Der sich und Andere niederschlagenden Mensch (Depression)“ das Krankheitsbild folgendermassen beschrieben:

Die Weichenstellung für den depressiven Selbsthilfeweg ist viel früher, meist schon zu Beginn der Partnerbeziehung erfolgt und liegt in der „Unfähigkeit zu trauern“, in der Unwilligkeit, Unerträgliches als solches sich anzueignen, erst dann zu verändern, und in dem Versuch, Unerträgliches sich erträglich zu machen, Trauer, Enttäuschung und Angst nicht zu nutzen, sondern sich darüber wegzutrösten, es zu beschönigen, zu entschuldigen, Trauer sich nicht leisten zu wollen, sich nicht hängen zu lassen, Angst zu unterdrücken, niederzuschlagen, dagegen anzukämpfen, sich zusammenreißen: Daraus macht man, machen wir, das partnerumgreifende Gefängnis des niederschlagenden Depressiv - Seins. (S. 198).

Zum Thema Depression, hat Stefan Bischof (2004) den Weg in die Depression aus analytischer Sicht, am Beispiel der Reaktion eines Kindes beim Verlust seiner Mutter beschrieben:

In einer

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

Wenn jemand in eine Depression verfällt, ist es ein Hinweis darauf, dass er nie ganz auf eigenen Beinen gestanden hat. Er hat seine Unabhängigkeit der Hoffnung geopfert, durch andere Erfüllung zu finden. Er hat seine Kräfte in den Versuch investiert, diesen Traum zu verwirklichen. Das so grundlegende Mangelgefühl (Ich bin zu kurz gekommen) führt dazu, dass er die Erfüllung ausserhalb des Selbst, im Aussen, vom Du erwartet. Echte Unabhängigkeit bedeutet aber auch alleine sein zu können. (S.1).

Ähnlich beschreibt auch Guy Tonella, (2007) zum Thema der oralen Depression dieses Mangelgefühl:

Der depressive Erwachsene ist unbewusst in ständiger Erwartung, dass sein in der Kindheit unbefriedigtes Bedürfnis nach Liebe und Bestätigung befriedigt werde, und lebt in tiefer innerer Unsicherheit. Er ist begeistert bei der Vorstellung, dass er in der Lage sei, eine Befriedigung dieses Bedürfnisses zu erwirken; er ist enttäuscht und deprimiert, wenn er sich darüber klar wird, dass er das nicht bedingungslos von einem anderen Menschen bekommt, so als ob dieser andere noch heute die ersehnte „Gute Mutter“ wäre.

Und weiter führt er aus:

Dies impliziert, dass der Depressive seine Beziehungen mit dem Umfeld sehr viel stärker auf intellektuelle als auf gefühlsmässige Weise organisiert, obwohl die darunter liegenden Erwartungen auf beständige affektive Belohnungen gerichtet ist, und obwohl sein ganzes Benehmen nach Aufmerksamkeit, Bestätigung und Geltung trachtet. (S. 769).

Aus diesen Zitaten erhellen wichtige Hinweise, die zum eigentlichen Wesen des depressiven Menschen führen und in denen die sich diese immer wieder deutlich in ihrem Beziehungsverhalten zeigen. Dieses Grundwissen ist hilfreich und unterstützend, gerade auch in der ganzen Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik, auf die ich im nächsten Kapitel 4 zum Thema der Methodik in der APT zu sprechen komme.

4 Psychotherapeutische Methoden in der Atempsychotherapie (APT)

Zuerst möchte ich auf die Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung in der atempsychotherapeutischen Arbeit eingehen und dabei aus dem Übertragungsge-
schehen die Betrachtung auf den Mutterarchetypus nach C. G. Jung lenken.

Dazu hat Stefan Bischof (2003c) folgendes beschrieben:

In der klassischen Psychoanalyse nach Freud geht es darum, so rasch wie möglich eine Übertragungsbeziehung zum Therapeuten herzustellen, damit der Patient innerhalb der Übertragungsbeziehung seine neurotischen Konflikte neu erleben kann. Die Änderung der Heilung tritt dadurch ein, dass der Patient auf intellektueller und emotionaler Ebene seine Konflikte erkennt und sich durch neue Selbst- und Fremdwahrnehmung im Stande fühlt, seine Bedürfnisse auf einem reiferen, konfliktfreien Weg zu befriedigen. (S. 1, 2).

Zu den Übertragungsgefühlen hat sich Kathrin Asper (2000) sehr treffend geäußert:

Statt die Gefühle im Stand der Wahrnehmung zu belassen, schicken wir sie oft zu rasch ins Unbewusste. Die Verbindung mit ihnen zu bewahren, ist jedoch heilsam; unsere Gefühle - die wir ja nicht gleich ausagieren müssen - sind oft ein innerer Kompass in Situationen, für uns selber und im Umgang mit anderen Menschen. Wie sehr wir angewiesen sind auf eine Feinwahrnehmung der Gefühle, zeigt sich besonders deutlich in unserem therapeutischen Beruf. In der Arbeit mit Analysanden sind wir oft einer Palette von intensiven Gefühlen ausgesetzt, die wir ernst nehmen müssen, sagen sie uns doch nebst aller Aussage über uns auch etwas über den jeweiligen Analysanden aus. Diese Gefühle, die wir bezüglich des Analysanden haben, nennen wir Gegenübertragungsreaktionen. Wir stehen also mit unseren Analysanden in einem Feld, wo nicht nur sie über uns, sondern auch wir über sie vielfältige Gefühle und Reaktionen haben. (S.39).

Die Gegenübertragungsgefühle spielen eine zentrale Rolle in meiner Arbeit. Dabei beschäftigt mich speziell die Übertragung des Mutterarchetypus.

C. G. Jung führte zum Thema des Mutterarchetypus verschiedene Formen auf, von denen hier nur einige wichtige erwähnt seien: die persönliche Mutter und Grossmutter, die Stief- und Schwiegermutter, irgendeine Frau, zu der man in Beziehung steht, auch die Amme oder Kinderfrau (vgl. Jung, 2008). Im Weiteren haben Jack Lee Rosenberg, Marjorie L. Rand und Diane Asay (1996) die entsprechenden Botschaften der „Guten Mutter“ sehr eindrücklich beschrieben. Diese Botschaften werden im Idealfall in der Bindungs- und Spiegelungsphase, vielfach nonverbal zwischen Mutter und Kind, mit den Gefühlen der Liebe, der Sicherheit und Angenommenwerdens vermittelt. Die Botschaften der „Guten Mutter“ sind:

1. Ich will dich.
2. Ich liebe dich.
3. Ich Sorge für dich.
4. Du kannst mir vertrauen.
5. Ich bin für dich da; ich bin selbst dann für dich da, wenn du stirbst.
6. Ich liebe Dich für das, was du bist, und nicht für das, was du tust.
7. Du bist etwas ganz besonderes für mich.
8. Ich liebe dich, und ich gebe dir die Erlaubnis, anders zu sein als ich.
9. Manchmal werde ich „nein“ sagen, und zwar weil ich dich liebe.
10. Meine Liebe macht dich gesund.
11. Ich sehe dich, und höre dich.
12. Du brauchst keine Angst mehr zu haben.
13. Du kannst deiner inneren Stimme vertrauen. (S. 256).

Solche Botschaften sind unterstützend, um gewisse wahrgenommene Gefühlsstimmungen in Worte fassen zu können. Denn oft sind es genau diese fehlenden Botschaften, dieses unbefriedigende Bedürfnis, dieses Mangelgefühl „Ich bin zu kurz gekommen“, nach dem so oft in nachfolgenden Beziehungen gesucht wird. Nach diesem bedingungslosen Angenommensein, was massgeblich im frühen Kindesalter dazu beiträgt ein gesundes Selbstwertgefühl zu entwickeln.

4.1 Atempsychotherapeutische Interventionen und deren Anwendungsgebiete in der Gruppenarbeit anhand von drei Fallbeispielen

Zur Definition der APT - Interventionen bemerkt Stefan Bischof (2009a):

In der Psychotherapie steht „Intervention“ für das therapeutische relevante Handeln des Therapeuten. Wir unterscheiden dabei verbale, averbale und spezifisch atemtherapeutische Interventionen direkt am und mit dem Atem. (S.1).

Unter atemtherapeutischen Interventionen versteht die APT: würdigen, spiegeln, begleiten, aufnehmen, konfrontieren, deuten und interpretieren. Wie bereits im Kapitel 2.1. zur APT - Diagnostik beschrieben, werden über die verschiedenen Bewusstseinssebenen, wie beispielsweise auf

- der Empfindungsebene, was nehme ich wahr?
- der Gefühlsebene, wie fühle ich mich?
- der intuitiven Ebene, was für Bilder kommen bei mir hoch? Oder spontane Einfälle, Ideen?
- der Denkebenen, was denke ich?

im Beziehungsfeld zwischen Patient und Therapeut in der Gegenübertragung unbewusste Inhalte aufgenommen.

Der bewusst zugelassene Atem stellt dabei den Repräsentanten des Selbst dar. Kann ein Wegweiser sein, dass was gesehen werden soll ins Bewusstsein aufzunehmen und somit bewusst zu erfahren.

Aus diesen Vorgängen wird der Moment der entsprechenden Intervention abgestimmt. Damit ist die Fähigkeit des Therapeuten gefordert zwischen selbst bezogenen Impulsen und denen die aus dem Beziehungsfeld kommen zu unterscheiden. (vgl. Bischof, 2009a)

In den nachfolgenden drei Fallbeispielen werde ich die Zusammenhänge der verschiedenen Interventionen versuchen darzustellen. Nachfolgend eine Zusammenstellung der verschiedenen Interventionen und deren Anwendung, nach Stefan Bischof (2009a):

1. Würdigen

In der APT setzen wir das Würdigen sogar vor dem Spiegeln ein, wenn Klienten noch wenig oder keine (Körper-) Wahrnehmung haben. Aber auch für alle Menschen, die in ihrer Negativität über sich und die Welt gefangen sind, also alle Sammlung auf das Negative richten, kann hilfreich sein, diese wieder auf ihre Ressourcen zu lenken.

2. Spiegeln

Spiegeln erfordert Empathie und Sensibilität, die unbedingte Achtung vor dem anderen und die Authentizität des Therapeuten. Blosser mechanische Wiedergabe des Gesagten ist kein Spiegeln. Wir setzen es ein als den normalen Körper- und Atembewusstseinsprozess unterstützende Intervention, im Speziellen bei allen narzisstischen Störungen. Die Spiegelungsphasen orientieren sich dabei an der Entwicklungspsychologie.

1. Die Therapeutin spiegelt averbal durch Augen, Mimik und Gestik, sowie den Atem und den Tonus ihrer berührenden Hand.
2. Die Th. spiegelt sich selbst, begleitet sich mit Worten. Übung: „der gläserne Kopf“, die Th. macht sich transparent für den Klienten. Dies entspricht einer K. die wenig oder kein (Körper-) Bewusstsein hat, also wenig Ich-Kraft hat, bzw. einem mittleren oder niedrigen Strukturniveau nach Maaz (vgl. Maaz, 2006), einer frühen Störung.
3. Die K. lenkt ihre Aufmerksamkeit als Folge von Resonanz und Imitation auf sich selbst und nimmt wahr, ohne zu benennen. Die Klientin spiegelt sich damit selbst.
4. Die Th. spiegelt sich selbst und die K.
5. Die K. folgt der Wahrnehmung der Th. und lenkt die Aufmerksamkeit/ Sammlung auf sich selbst und verifiziert durch die Spiegelung der Th. ihre eigene Wahrnehmung. Dies entspricht einer Klientin, die ein (Körper-) Bewusstsein hat, deren Ich-Kraft ausgebildet ist und einem hohen Strukturniveau (neurotisch).
6. Die K. benennt ihre Wahrnehmung.
7. Die Th. spiegelt diese.

Im Kapitel 4.2. werde ich noch näher auf das Spiegeln, in Form der Suchhaltung bei sich selbst eingehen.

3. Begleiten

Ist eine Form der Spiegelung, die die Intention auf die Beständigkeit einer mitgehenden therapeutischen Präsenz beim Klienten legt. Im averbalen Berühren bietet es zuverlässiges Bonding an: „Ich bin da, wenn Du mich brauchst. Ich verlasse Dich nicht.“ Die Th. hält sich jedoch im Hintergrund. Verbales Begleiten ortet den Klienten in seinem Körper-Bewusstseinsprozess sprachlich, wenn er sich verliert und stellt sich damit als erinnerndes Hilfs-Ich dem K. zur Verfügung. (S. 4).

4. Aufnehmen

Die im Feld Klient – Therapeut durch Fremd und Eigenwahrnehmung wahrgenommenen Phänomene, insbesondere Projektion, Übertragung und Gegenübertragung, auch auf der körperlichen Ebene, können vom Therapeuten geordnet, reflektiert und gezielt aufgenommen, d.h. verbal oder a verbal angesprochen werden.

5. Konfrontieren

Im atemtherapeutischen Kontext kann die Klientin gegen den Widerstand der Hand der Therapeutin ihren Atem zulassen, dieser verdichtet sich, wird kräftiger. Analog erfährt die Klientin dadurch eine Stärkung ihrer Ich Kraft oder kann ihre eigene Erfahrung verbal gegen diejenige der Therapeutin setzen. Es zeigt sich, dass Konfrontation vor allem bei neurotisch bedingten Störungen hilfreich sein kann. Symbiotisches sowie destruktives Verhalten gegenüber sich selber und anderen (Borderline Symptomatiken) sind Indikationen dafür. Genauso kontraindiziert bei starker Kränkbarkeit (Narzisstische Verletzung).

6. Deuten

Meint im therapeutischen Kontext das verbale Bewusstmachen von Projektion, Übertragung und unbewusster Phantasien zum richtigen Zeitpunkt. Der richtige Zeitpunkt ist dann, wenn der Klient seinen Widerstand erkannt hat und bereit ist, einen Schritt weiter zu gehen im Selbsterkenntnisprozess der Therapie.

7. Interpretieren

Von lat.: interpretatio = „Auslegung“, „Übersetzung“, „Erklärung“) bedeutet im allgemeinen Sinne das Verstehen oder die Deutung einer Aussage. Im therapeutischen Kontext bedeutet es, dem Klienten ein spezifisches Verständnis eine ihm im Moment unzugänglichen, abgespaltenen Verhaltens verbal mitzuteilen. Es gilt als eine Ich stützende Intervention v.a. bei Borderline Störungen. Dies ist immer dann notwendig, wenn der Klient in der Spaltung ist und selber nicht symbolisieren kann, d.h. wenig Fähigkeit zur distanzierten Reflektion hat. Nicht angewendet werden sollte sie bei Störungen im hohen Strukturniveau, bei dem der Patient sich selber realistisch wahrnehmen, bzw. verstehen kann. (S. 3, 4, 5).

Die nachfolgenden drei Fallbeispiele sind im Behandlungsverlauf, Momente aus einer gesamten Gruppendynamik heraus zu sehen. Lassen dabei die übrigen Gruppenmitglieder als Statisten in den Hintergrund treten, spielen aber im Gesamtensemble eine nicht mindere Rolle.

Fallbeispiel, Fr. H.

Fr. H. eine 51 jährige Frau, geschieden, hat zwei erwachsene Kinder (Sohn 30 - jährig, Tochter 27 - jährig). Den erlernten Beruf als Dentalhygienikerin übt die Patientin seit der letzten Kündigung im Herbst 2009 nicht mehr aus.

Ärztliche Diagnose:

H: F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
N: C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse

Behandlungszeitraum:

Kommt seit Mitte September 2009 regelmässig 1x wöchentlich in die Atemgruppe.

Anlass der Behandlung:

Im Jahr 2006 erhielt Fr. H. die Diagnose eines Mammakarzinoms links, worauf sie chemotherapeutisch behandelt wurde. Berichtete bei Eintritt von psychosomatischen Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Diarrhöe, Magenbeschwerden. Meinte, sie habe immer noch viele Sachen, die sie aufarbeiten möchte. Wurde darum von ihrem behandelnden Psychiater zur tagesklinischen Behandlung angemeldet. Fr. H. wünschte verschiedenen Entspannungsverfahren kennen zu lernen. Sie fühlte sich insgesamt innerlich sehr unruhig, wollte ihre Nervosität in den Griff bekommen. Beschrieb sich als schnell reizbar, könne sich in ihren Affekten schlecht kontrollieren. Fr. H. leidet unter massiver Gewichtszunahme, hat in den letzten vier Jahren insgesamt 20 kg zugenommen.

Zur Lebensgeschichte:

Fr. H ist aufgewachsen in einem kleinen Dorf in den Bergen. Gemeinsam mit ihren Eltern und dem sechs Jahr jüngeren Bruder, verlebte Fr. H. eine schöne Kindheit. Sie besuchte die obligatorischen neun Schuljahre und machte anschliessend eine Ausbildung zur Dentalhygienikerin und arbeitete danach noch zwei Jahre auf diesem Beruf. Danach heiratete Fr. H. und im gleichen Jahr kam der Sohn zur Welt, drei Jahre später die Tochter. Fr. H. beschreibt ihre Ehe als unschön, sie sei viel alleine mit den Kindern gewesen, ihr Mann als Polizist und Musiker oft abwesend. Sie hatte nach 16 Jahren Ehe, die Scheidung eingereicht, weil ihr Ehemann sie mit der besten Freundin betrogen habe. Es folgten weitere schwierige Zeiten. 2002 erlitt Fr. H. ein Schleudertrauma bei einem unverschuldeten Autounfall, zwei Jahre verstarb ihr Vater an Speiseröhrenkrebs und die Mutter erkrankte an Parkinson und lebt heute in einem Pflegeheim.

Somatischer und psychischer Befund:

Im Vordergrund standen diverse psychosomatische Beschwerden, wie bereits erwähnt (Kopfschmerzen, Diarrhöe, Magenbeschwerden). Seit ein paar Monaten klagte Fr. H. über massive Schmerzen in beiden Fersen, nach diversen Untersuchungen, wurde eine Arthrose der Fersenknochen diagnostiziert. Auffallend war, dass Fr. H. sich oft fröhlich nach aussen gab, im Gespräch viel lachte, dabei aber traurige Inhalte z.B. zu ihrem aktuellen Befinden mitteilte. Sie wirkte für mein Empfinden oft gekünstelt und nicht echt. Gab sehr viel Wert auf ihre äussere Erscheinung, sie war immer geschminkt und schön gekleidet. War einerseits sehr im Denken und Analysieren zu Hause, konnte aber schnell auf die Gefühlsebene wechseln und plötzlich in Tränen ausbrechen.

Die Patientin wirkte in der Gegenübertragung kumpelhaft, verschmitzt, wie jemand, der immer zu Streichen aufgelegt ist. Irgendwie vermittelte sie mir das Gefühl, eine Frau zu sein mit der man Pferde stehlen kann. Ich hatte den Eindruck, dass beachtet werden sehr wichtig für Fr. H. war. Ihre Stimme, die leicht belegt war, hob sich dadurch von den anderen in der Gruppe ab. Die Atmung zeigte sich mehrheitlich im oberen Raum, gehalten im Brustbereich, die Schultern hingen leicht nach vorne. Fr. H. sass meistens mit geöffnetem Mund in der Gruppe, die Nase muss sie oft putzen, hatte immer ein Taschentuch zur Seite. Sie hatte bis vor drei Jahren geraucht und ist seither erfolgreiche Nichtraucherin.

Behandlungsverlauf:

Ich erlebte F. H. anfangs sehr zurückhaltend, sie lächelte mich oft scheu an. Wirkte wie ein unsicheres, kleines Mädchen. Bei mir löste Fr. H. oft den Beschützerinstinkt aus, dann hatte ich das Bedürfnis, sie zu halten, ihr den Rücken zu stärken. In einer Stunde, als die Gruppe nur gerade zwei Teilnehmer zählte, konnte ich mit den Anwesenden praktisch einzeln arbeiten. Ich hielt meine flache Hand an verschiedene Orte am ihrem Rücken, langsam und behutsam forderte ich Fr. H. auf, zu versuchen mit meiner Hand in Kontakt zu kommen und den Atemfluss dort wo sie meine Hand spürte hinzuleiten. Anfangs zögerte Fr. H., meine Aufforderung war ungewöhnlich nahe und direkt. Fr. H. kam dabei sehr rasch zu ihren Gefühlen, Bilder tauchten auf die Tränen auslösten. Mit dieser Konfrontation, wurde der Atem verdichtet unter meiner Hand wahrgenommen und konnte so von Fr. H. intensiv wahrgenommen werden, was sie wiederum direkt zu ihren unterdrückten Gefühlen führte. Sie wirkte in diesem Moment noch hilfsbedürftiger und schützenswerter, ihr Blick war fast flehentlich und vermittelte mir: "Halt mich fest und lass mich bitte nicht los!" Ich liess dem Tränenfluss freien Lauf, unterstützte Fr. H. mit leisen Summen, hielt meine Hand nun ruhig auf dem oberen Rücken aufgelegt. Erst als sich Fr. H. von ihren heftigen Gefühlen wieder verabschieden konnte löste ich vorsichtig meine Hand. Dann folgte das Nachspüren im Rücken, dort wo Fr. H. sich gehalten fühlte, nochmals mit der Aufmerksamkeit hinzugehen, zu empfinden und fühlen was dort geblieben war. Der Blick von Fr. H. wurde durch diese nahe Atemarbeit weich, das Gesicht wirkte dadurch entspannt und Fr. H. schien zufrieden zu sein. Anschliessend beschrieb sie, dass der Atem deutlich mehr Raum nach hinten in den Rücken erhalten habe. Darüber war Fr. H. überrascht, denn so deutlich habe sie dies noch nie verspürt. Auch erlebte sie durch das Halten am Rücken, so etwas wie Trost was sie tief berührte. Sie erkannte den Wunsch nach Gehaltenwerden, den Wunsch von einem Menschen gestützt und auch geschützt zu werden, was Fr. H. in ihrer momentanen Lebenssituation sehr vermisste. Diese einfache Übung zeigte die verdrängten und unbewussten Bedürfnisse der Patientin, die sich im Kontakt mit meiner Hand und gleichzeitig ihrem Atem zeigen konnten und so ins Bewusstsein gelangten.

Abschliessende Bilanz:

Für Fr. H. war es wichtig das Vertrauen in den eigenen Körper wieder zu gewinnen. Die Verunsicherung durch ihre körperliche Versehrtheit war gross. Auch die Angst eines Rückfalles in ihr Krebsleiden spielte bei allen psychosomatischen Symptomen eine grosse Rolle. Das fehlende Vertrauen in ihren Körper übertrug Fr. H. erstmal zu mir, mit der Botschaft: „Sei mir eine Mutter, der ich vertrauen kann, egal was kommt.“ In meinen Gegenübertragungsgefühlen war oft spürbar, dass Fr. H. zu kurz kam, sich zu wenig beachtet fühlte, sich mehr Aufmerksamkeit von mir wünschte. Sie wollte gesehen werden.

Dies war insgesamt in der Gruppe oft spürbar, alle Teilnehmer wollten gesehen werden. Mein Gefühl war das einer guten Mutter, die allen Kindern gerecht werden wollte und gleichzeitig wusste, dass dies nicht möglich war. Auf die Dynamik in der Gruppe komme ich am Ende der vorgestellten Fallbeispiele wieder zu sprechen.

Fallbeispiel Fr. S.

Eine 50 jährige Frau, verheiratet, drei erwachsene Töchter. Gelernte Verkäuferin, später Ausbildung zur gerontologischen Fachfrau, aktuell Hausfrau. Sie ist von schlanker Statur, unauffällig gekleidet. Sorgfältiger Kurzhaarschnitt, rötlich gefärbte Haare, kaum geschminkt, hat am rechten Unterarm ein kleines Kreuz und im oberen Brustbereich eine Rose tätowiert. Die Stimme ist weich, manchmal gepresst und stockend.

Ärztliche Diagnose:

H: 32.1 Mittelgradige depressive Episode

N: E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet

N: F44.7 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt

N: F13.2 Störungen durch Sedative oder Hypnotika / Abhängigkeitssyndrom

Behandlungszeitraum:

Seit Mai 2008 ist Fr. S. mit Unterbruch (4 Wochen stationär) in unserer Tagesklinik. Geplant ist ein Eintritt in eine Privatklinik, zur Traumatherapie. Fr. S. besucht einmal wöchentlich jeweils während 90 Minuten die Atemtherapiegruppe.

Anlass der Behandlung:

Fr. S. kam in die allgemeinspsychiatrische Tagesklinik, weil sie durch das Verhalten des Ehemannes und den Töchtern zunehmend unter Druck geriet. Fr. S. sollte nun endlich wieder „normal“ funktionieren und sich mehr zusammenreißen. Für Fr. S. aber unzumutbare Ansprüche, die sie massiv unter Druck setzten, die bis in Angst- und Panikattacken mündeten. Fr. S. dissoziierte oft bei Überforderung, um so von allzu belastenden Forderungen, in Hauptsache seitens der Familie, innerlich weggehen zu können und was es für sie vorübergehend erträglicher machte.

Somatischer und psychischer Befund:

Fr. S. brauchte anfangs zuerst Distanz von den Anforderungen der Familie um mit sich selber wieder klar zu kommen. Sie musste sich regelrecht Luft verschaffen, um wieder frei atmen zu können. Daneben fühlte sie sich kraftlos, gegenüber dem Leben überfordert, litt unter Schlafstörungen und Alpträumen die sie nachts aufschrecken liessen. Im Denken dominierten immer wieder die gleichen Gedanken, den Gefühlen wertlos und für die Familie nur eine Belastung zu sein. Eine konstante Abwertung der eigenen Person gegenüber bestimmte ihr Denken. Fr. S. war überzeugt sie sei dumm und blöd im Kopf!

Zur Lebensgeschichte:

Fr. S wuchs auf einem Bauernhof auf. Erlebte dort bereits im frühen Kindesalter als jüngstes Familienmitglied, psychische und physische Misshandlungen. Wegen einer Fehlstellung des rechten Beines konnte Fr. S. bis zum 4. Lebensjahr nicht laufen und musste sich kriechend fortbewegen. Der alkoholranke Vater war seiner Familie gegenüber wiederholt sehr aggressiv. Durch die Bewegungseinschränkung war Fr. S. den Gewaltattacken besonders ausgesetzt und lernte dadurch schon früh sich unsichtbar zu machen, sich schnell zu verstecken.

Behandlungsverlauf:

Das Würdigen blieb auch nach zwei Jahren eine meiner Hauptinterventionen bei Fr. S. und konnte meiner Meinung nach gar nicht genug geschehen. Dadurch, dass die persönlichen Defizite, verursacht durch den frühkindlichen Mangel an Sicherheit durch Berührung und Gehaltenwerden oder durch das Gefühl des seelischen Verlassenseins, so tiefgreifend entstanden waren.

Jedes Mal wenn sich die Gruppe wieder neu formierte, war es für Fr. S. äusserst wichtig wieder dabei sein. Sie hatte ihren Sitzplatz in der Gruppe nie verlassen, sass mir seit zwei Jahren konstant gegenüber. Fr. S. will gesehen werden, der Auftrag in der Übertragung sah ich aus der Botschaft der guten Mutter; "Ich sehe und höre dich." Für Fr. S. war der Aufbau von Vertrauen nach aussen, zu mir als Leitung und in die Gruppe, sehr wichtig. Sie wurde in einer Gruppenstunde, als es darum ging in der Gruppe einen neuen Platz einzunehmen, sehr gefordert. Sie fühlte sich durch diese Situation eingeeengt und das Ganze erhielt dadurch einen bedrohlichen Charakter dem gegenüber Fr. S. starkes Misstrauen verspürte. In diesem Moment war es für Fr. S. sehr wichtig meine Begleitung auf sicher zu haben, um in dieser schwierigen Situation nicht zu dissoziieren, einfach innerlich wegzugehen.

Was auffiel ist, dass sich Fr. S. als einzige vor der Stunde die Kleider wechselte und in bequemer Freizeitbekleidung in die Gruppe kam. Da Fr. S. immer in letzter Minute erschien und dementsprechend gestresst war, brauchte sie besonders Zeit und Raum um anzukommen. Sie sass jeweils auf dem Hocker mit gespanntem Muskeltonus, wollte von Anfang an alles „richtig“ machen und keinen übermässigen Raum einnehmen. Von aussen war der innere seelische Konflikt sehr gut spürbar, sie reagierte auf Ansprache oft schreckhaft und war schnell verunsichert. Dann schaute mich Fr. S. mit Augen eines Kindes an welches sich nach Zuwendung und Aufmerksamkeit sehnte, mit gleichzeitiger grosser Angst vor Nähe und Berührung. Sie war anfangs der Stunde immer stark im Denken verankert. Dies zeigte sich vor allem indem sie viel analysierte und bewertete. In der Gegenübertragung dominierten bei mir oft Gefühle wie Hilflosigkeit, Resignation und sie hinterliess bei mir den Eindruck: „Ich fühle mich von dir alleine gelassen.“

Fr. S. konnte sich in den zwei Jahren mit dem mehrheitlich angeleiteten, übungszentrierten Angebot recht gut stabilisieren und an persönlicher Sicherheit gewinnen. Die konstante Gruppe gab Vertrauen und förderte ihre gesunde Neugier sich immer wieder auf neue Erfahrungen einzulassen. Die dadurch gewonnenen positiven Erfahrungen stärkten den Selbstwert. Durch den zugelassenen Atem war es für sie möglich ins Lösen und Lassen zu kommen, anzukommen im Hier und Jetzt. Die Phasen des Disoziiierens wurden immer weniger und auch kürzer. Ich ging davon aus, dass Fr. S. einen Bruch in der frühen Kindheitsentwicklung, erlebt hatte. Wie Maaz, 2006, (S. 742): im niedrigen Strukturniveau, mit der mütterlichen Botschaft beschrieben hat; „Sei nicht! Lebe nicht!“ Hat sie die erste Bezugsperson also als traumatisierendes Objekt erlebt. Da sich unter diesen Umständen die Ich-Struktur nicht genügend bilden konnte intervenierte ich in erster Linie mit Würdigen und Spiegeln.

Daneben blieb für Fr. S. wichtig, Körpergrenzen immer wieder neu zu erfahren, den Raum nach innen und nach aussen zu klären. In einer Übung, bei der es darum ging, mit einem Bein in die Bewegung nach vorne und damit gleichzeitig in den Raum zu kommen habe ich sie begleitet. Ziel dabei war die Aufmerksamkeit ganz auf den Fuss zu lenken, um den Moment des Ankommens auf dem Boden zu erfahren. Fr. S. reagierte völlig erstaunt und gleichzeitig erfreut, mit dieser einfachen Übung der Angst ins Bodenlose zu fallen, etwas entgegen setzen zu können. Weitere Schritte kamen dazu: eigene Bedürfnisse erkennen, Impulse aufnehmen und sich dabei im eigenen Vertrauen zu erfahren. In der nahen Gruppenarbeit erfuhr sich Fr. S. in ihrer Kraft von aussen stimuliert, belebt und dabei sich selbst erfahrend. Sobald der Atem angeleitet wurde kam Fr. S. mit dem Denken schnell in Konflikt, mit dem Drang „es richtig zu machen“. Wenn zu hohe Erwartungen von aussen auf Fr. S. zukamen entstand schnell innerer Druck in der Brustgegend und ein Gefühl eines zugeschnürten Halses, der Atem und die Stimme gingen weg. Daneben überkam Fr. S. immer öfter die Freude und sie staunte darüber, dass sie es selber wagte in der Gruppe ihren Bedürfnissen und Impulsen nachzugehen und sich dabei vertrauensvoll selbst zu erfahren. Fr. S. hatte in der Gruppe einen grossen Einfluss, sie ermunterte mit ihrem persönlichen Mut die anderen Gruppenmitglieder sich zu zeigen.

Abschliessende Bilanz:

Fr. S. berührte mich immer wieder zutiefst in ihrem steten Eifer, zu erfahren was ihr das Dasein / Sosein im Hier und Jetzt mitteilen wollte. Für Fr. S. war es immer wichtig, sich zuerst in der Gruppe ihren Raum zu schaffen. Ich interpretiere daraus, dass sie dadurch die Berechtigung zum Dasein für sie unbewusst verdeutlichen konnte. Erst danach war es überhaupt möglich sich auf weitere innere Prozesse einzulassen. Mit Fr. S. erlebte ich spannende Entdeckungsreisen, vielfach überraschend und unerwartet, was dabei alles in die bewusste Wahrnehmung kam.

Fallbeispiel Hr. B.

Junger Mann, 23 jährig, lebt mit der Mutter, der Großmutter und zwei jüngeren Geschwistern (ein Bruder und eine Schwester) noch zu Hause. Ist gelernter Polymechaniker, angestellt in einer international tätigen Firma. Pfl egt eine enge Beziehung zur Mutter und den Geschwistern. In seiner Freizeit ist Hr. B. mit der Leitung einer Pfandfindergruppe engagiert, weiter hat er einen nahen Freund, den er schon aus Kindertagen her kennt, ansonsten aber eher zurückgezogen.

Behandlungszeitraum:

Seit Mitte Januar 2010 in der allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik in Behandlung, geplante Dauer 3 - 4 Monate. Erscheint von Montag bis Freitag jeweils morgens und besucht einmal wöchentlich während 90 Minuten die Atemtherapiegruppe mit acht Teilnehmern.

Ärztliche Diagnose:

H: F40.0 Agoraphobie mit Panikstörung

N: F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert

Anlass der Behandlung:

Angemeldet wurde Hr. B. von seinem behandelnden Psychiater anfangs Februar 2010. Seit Januar 2010 ist er bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Er hatte am Arbeitsplatz einen einfühlsamen Vorgesetzten der die psychische Situation von Hr. B. sehr gut einschätzen konnte und keinerlei Druck ausübte. Er berichtete von einer schon länger andauernden Angst- und Panikstörung, die zur Zeit depressiv dekompensierte, beschrieb Antriebslosigkeit, Rückzugstendenz und reizbare Stimmung. Angst und Panik trat vor allem unter Menschen und in Gruppen auf. Auch am Arbeitsplatz kamen solche Episoden immer wieder vor. Während den Panikattacken beschrieb Hr. B. starkes Herzklopfen, Schweissausbrüche, Zittern und Schwindel, sah dann nur noch unscharf. In solchen Momenten musste er schnellst möglichst den Raum verlassen und frische Luft schnappen.

Insgesamt erreichte Hr. B. schnell einen hohen Stresslevel und es entstanden Angstgefühle die er nicht näher beschreiben konnte. Diese Symptome waren für ihn sehr belastend, er fühlte sich damit oft vom Leben ausgeschlossen. Sein einziger Wunsch war, einfach wieder wie ein normaler junger Mann leben zu können, ohne sich ständig ängstigen zu müssen erneute Angst- und Panikattacken durchleben zu müssen. Hr. B. wusste, dass er Angstsituationen nicht meiden sollte und setzt sich diesen immer wieder bewusst aus. Sein Ziel war besser zu lernen, mit seiner Angst umzugehen, den Kontakt mit Menschen auszuhalten und damit auch die depressiven Symptome zu reduzieren.

Zur Lebensgeschichte:

Hr. B. war 16-jährig unfreiwillig mit seiner Familie umgezogen da der Vater seine Arbeit aufgeben musste. Dieser Umzug war für Hr. B. sehr schwierig weil er sich mit seiner alten Heimat sehr verbunden fühlte. Dies blieb bis heute unverändert. Er absolvierte das letzte Schuljahr mehr schlecht als recht, wollte sich nicht mit seinen Mitschülern einlassen, es sei für ihn alles wie in einer fremden Welt gewesen. Ein Jahr später verstarb der Vater 40jährig völlig unerwartet, für die ganze Familie ein grosser Schock. Hr. B. habe seine Gefühle damals einfach weg gedrängt. Kurz danach begannen die ersten Angstsymptome. Diese verschwanden erst wieder als Hr. B. zwei Jahre eine feste Beziehung mit einer Frau hatte. Nach der Trennung vor zwei Jahren kamen die gleichen Beschwerden von Neuem. Seither bestanden diese unverändert. Hr. B. fehlte dadurch auch oft für kurze Zeit am Arbeitsplatz oder es war unumgänglich, dass er sogar für länger krankgeschrieben werden musste.

Somatisch und psychischer Befund:

Auffallend war die kontrollierte Körperhaltung, Hr. B. zeigte kaum Mimik oder Gestik. Es bestand jedoch ein direkter Blickkontakt welcher starr und konzentriert wirkte. Während des Gespräches hielt er die Arme vor der Brust fest verschränkt. Im Sitzen nahm Hr. B. vorwiegend die Kutscherhaltung ein, erlebte durch diese Haltungen Sicherheit und Halt. Die Stimmlage war gleich bleibend, er sprach jedoch präzise und differenziert in angenehmer Lautstärke. Hr. B. war von kleiner, kräftiger Statur, sportlich gekleidet und seit Kindheit Brillenträger. Meistens zeigte sich die Atmung flach und lediglich im oberen Brustbereich. Durch das Seufzen oder Gähnen während der Gespräche erlebte Hr. B. eine gewisse Erleichterung welche ihn aus seiner starren Haltung herausbrachte. Insgesamt bemühte er sich, sich korrekt und unauffällig zu verhalten.

Behandlungsverlauf:

Hr. B. war anfangs wenig spürbar. Er erschien mir wie „zugemauert“ und in grosser Distanz. Ich war irritiert denn für mein Empfinden schien Hr. B. gar nicht so krank wie er sich darstellte. Und doch vermittelte Hr. B. seinen Leidensdruck verbal sehr gut und einfühlsam. Befremdend wirkte hingegen die fehlende emotionale Beteiligung. Atmosphärisch gut wahrnehmbar war eine gewisse Spannung und Reizbarkeit. In meinen Gegenübertragungsgefühlen spürte ich den Anspruch es solle sich endlich etwas verändern, sich lösen insgesamt grosse Erwartungen. Der körperliche Ausdruck spiegelte Hilfsbedürftigkeit, verstärkt durch die eingesunkene Körperhaltung. In der Gegenübertragung spürte ich deutlich die Aufforderung: „sorge und stütze mich“, also eine mehrheitlich regressive Haltung. Hier wurde auch deutlich, dass der Ablösungsversuch in der frühkindlichen Entwicklung aus der Symbiose misslungen war. Hr. B. brauchte noch viel Selbstbestätigung von der Mutter. Es zeigte sich auch immer wieder eindrücklich im Gespräch, wie Hr. B. förmlich an meinen Lippen hing. Ich sah meinen Auftrag in der Übertragung durch den Patienten, zunächst im Halt und Sicherheit geben, als Voraussetzung zum Loslassen können.

In der Supervision wurde mir dann zunehmend bewusster, dass Hr. B. ein falsches Selbstbild mitnehmen musste. Gefühle konnten ungenügend erlebt werden weil die Phase der Spiegelung im Kleinkindalter (Spiegelungsphase zwischen 6 Monate und 1 ½ Jahre) ungenügend oder unpassend erlebt wurde und er sich dadurch emotional verlassen fühlte. Damit Hr. B. in seiner Ich - Entwicklung wachsen konnte, brauchte er ein distanziertes aber empathisches Verhalten von meiner Seite, um nicht wieder in eine symbiotische Verbindung zu verfallen. Dabei musste ich auf der Hut sein, dass ich mich durch sein manipulatives, gewinnendes Verhalten nicht dahin verführen liess, da Hr. B. unbewusst versuchte, mich ganz für sich zu gewinnen. Selber war Hr. B. durch sein starkes Bedürfnis nach Symbiose leicht zu beeinflussen, er hatte Mühe bei sich zu bleiben. In der supervisorischen Auseinandersetzung zeigte sich, wie wichtig es war, dass jedes kleinste sich spüren gewürdigt werden musste. Der Fokus also ganz auf das Spüren der eigenen Bedürfnisse gelegt werden musste, diese averbal zu spiegeln. Im Vordergrund standen die von Hr. B. beschriebenen Symptome und persönlichen Einschränkungen. Zu den gesunden Anteilen seiner Persönlichkeit schien Hr. B. wenig Zugang zu haben. Ein ähnliches Bild zeigte sich beim Empfinden und Fühlen worin Hr. B. wenig Bewusstsein hatte. Er war insgesamt sehr im Denken verhaftet, bewertete und analysierte rasch. Eine Motivation von Hr. B. in die Atemgruppe zu kommen war, neben den ärztlich begleiteten verhaltenstherapeutischen Massnahmen, zu lernen mehr Zugang zur eigenen Körperwahrnehmung zu erhalten.

Abschliessende Bilanz:

Rückblickend erinnere ich mich, dass ich Hr. B. recht überzeugen musste in die Atemgruppe zu kommen. Wegen seiner agoraphobischen Ängste, d.h. der Angst vor Menschengruppen, wollte Hr. B. zuerst nicht teilnehmen. Ich setzte dem, die Spirale der Vermeidungshaltung gegenüber, was bekanntlich die Ängste nur noch verstärkt. Der Patient konnte einwilligen weil ich ihm versicherte, dass er direkt neben mir in der Gruppe sitzen könne. Es war für mich schon sehr eindrücklich und erinnerte mich an das Bild eines kleinen Jungen der sich nur an der Hand der Mutter getraute in eine neue Schulklasse einzutreten. Trotz der umfassenden Motivationsarbeit nahm Hr. B. nur vier Mal in der Gruppe teil. Im Einzelgespräch schilderte mir Hr. B. deutlich seine Überforderungsgefühle. Hr. B. wäre sicher im Einzelsetting gezielter aufgehoben gewesen, um mit regelmässiger Empfindungsarbeit, seine Ich – Struktur zu stärken und weiter aufzubauen. Durch empathisches Spiegeln averbal und verbal könnte das Vertrauen zu sich selber weiter wachsen. Dadurch könnte Hr. B. später mehr Zugang zu seinen wahren Bedürfnissen schaffen.

4.2 Der gruppendynamische Prozess

Zuerst zu den formalen Gegebenheiten der Gruppe. Die Grösse bewegte sich zwischen sieben und neun Teilnehmern, da nicht immer alle gleichzeitig anwesend waren. Gegen Ende 2009 verlängerte ich die Gruppenstunde von 60 auf 90 Minuten und startete eine halbe Stunde früher nämlich bereits um 8 Uhr morgens. Die Gruppe führte ich schon damals immer acht Wochen geschlossen und anschliessend konnten wieder neue Teilnehmer dazu kommen und andere abschliessen. Zur Entwicklung der Gruppe habe ich mich bereits im Kapitel 1.3. geäussert. Nun möchte ich noch weiter auf die dynamischen Prozesse eingehen, die sich deutlich veränderten, als ich nebst den übungszentrierten, angeleiteten Übungen immer mehr die Konzepte der Übertragung / Gegenübertragung und die verschiedenen APT - Interventionen einbrachte. Ich bemerkte dabei, wie sich meine Haltung gegenüber der Gruppe veränderte und in der gegenseitigen Übertragung das Vertrauen zueinander wuchs. Wir entwickelten uns langsam zu einer verschworenen Gemeinschaft, bildeten in diesen Gruppenstunden eine Art Familie. Die Teilnehmer fingen an sich gegenseitig bewusster zu erkennen und die Übertragung der „Grossen Mutter“ ging langsam in den Hintergrund. Es entstand je länger desto mehr eine gleichberechtigte Gemeinschaft, jeder erkannte auf seine Weise seine positiven Seiten, das was er oder sie der Gruppe geben konnte und was dabei unmittelbar zurückkam. Es war auf einmal nicht mehr so, dass alle Augen auf mich gerichtet waren, es entstand ein gegenseitiges Geben und Nehmen. Die Teilnehmer erklärten, dass dieser Prozess aus dem gewachsenen Vertrauen, welches tragend im Raum stand und für alle Teilnehmer greifbar war, entstand.

4.3 Selbstwahrnehmung, die Suchhaltung bei mir selbst

Klaus Dörner und Ursula Plog (1989) beschreiben im Kapitel „Der sich und Andere niederschlagende Mensch (Depression)“ sehr anschaulich wie Annäherung von innen als Grundhaltung in der Begegnung, eine wirkliche Begegnung ermöglicht:

a) Ich zeige in meiner Suchhaltung, dass ich durch Begegnung und Austausch mit dem Patienten mich besser verstehe und dadurch er auch sich. Ich suche bei mir, nicht in ihm: nur dadurch kann ein Subjekt-Subjekt Beziehung entstehen. Ich teile ihm mit Wort und Haltung mit: „Dich verstehen, geht gar nicht, denn ich kann nicht an deine Stelle treten. Du bleibst für Dich, mir fremd. Nähe entsteht nur über Abstand.“

Noch besser ist es, Bilder auszuprobieren, die der Andere als für seinen Gefühlszustand zutreffend annehmen oder ablehnen kann und die die Erfahrung mitteilbar macht. Merke: Gefühle können wir überhaupt nur in Bildern sprachlich ausdrücken.

b) Die Suchhaltung erhält mir meine Handlungsfähigkeit, da sie ausschliesst, dass ich von der Hoffnungslosigkeit einer depressiven Situation weggeschwemmt werde.

c) Die Suchhaltung bei mir selbst wird zwangsläufig zum Modell für den Patienten. Von mir angesteckt beginnt er, auch bei sich selbst zu suchen, sich zu fragen, sich wahrzunehmen, sich zu diagnostizieren. Damit tut er, wozu er seit langem den Mut verloren hatte, was unvereinbar mit seiner Depression ist. Er hofft nicht mehr hoffnungslos nur auf Hilfe von Anderen, sondern beginnt, auf Hilfe von sich selbst zu hoffen.

d) Die Suchhaltung bei mir selbst schützt auch die Handlungsfreiheit des Patienten: Sie schützt ihn vor mir, nämlich vor meinem Aktivismus in Worten und Werken. (S. 204, 205).

Er geht dabei von dem Gefühl der Angst, Schmerz und Verunsicherung des Patienten und der Angehörigen aus, sich nach innen zu nähern und deshalb sie diese Gefühle versuchen abzuwehren. Zuletzt liegen aber gerade in jedem psychiatrischen oder ich wage zu ergänzen, in jedem persönlichen Problem genau solche Gefühle zugrunde. Dieses Vorgehen beschreibt (vgl. Dörner & Plog, 1989) mit der Suchhaltung bei mir selbst, als Grundlage für jede Hilfs- und Veränderungsaktion im Aussenfeld, um dem Patienten zu helfen in seiner Lebenskrise wieder zu genügend Selbstvertrauen zu kommen. Für mich ist diese Art von Suchhaltung die Möglichkeit im ehrlichen, gleichberechtigten Kontakt zum Patienten zu sein. Somit eine Basis zu schaffen, partnerschaftlich an einem gemeinsamen Problem zu arbeiten.

5 Wandlungsprozess

Ich fokussiere im Folgenden auf das Kernstück dieser Arbeit, auf den Wandlungsprozess als schrittweisen Gruppenprozess. Ich erinnere mich, dass ich gegen Ende 2009, als sich die Gruppe wieder neu formierte, die Teilnehmer über mein Vorhaben eine Diplomarbeit über unsere Atemarbeit zu schreiben informiert hatte. Ein Grossteil besuchte die wöchentlich stattfindende Gruppe seit mehreren Monaten und kannte die Arbeitsweise schon ganz gut. Das Interesse der Gruppe war offenkundig, als ich sie über mein Vorhaben orientierte, psychotherapeutische Arbeitsweisen mehr in die Atemarbeit mit einzubeziehen. Dies bedeutete für die Teilnehmer, sich noch intensiver mit sich selbst und der Gruppe auseinanderzusetzen. Was natürlich für mich genau so galt, begab ich mich mit dieser Information doch erstmal auf Glatteis und war ich mir noch nicht so sicher, wie weit ich mein Vorhaben umsetzen konnte. Einmal mehr realisierte ich, wie wichtig meine persönliche Entwicklung dabei ist, um das Vertrauen in mir zu spüren, dass die Voraussetzungen vorhanden sind und nur warten genutzt zu werden um damit einen Schritt weiterzugehen. Ich erlebte eine innere Kraft, die meinen Widerstand immer wieder aufweichte und Zuversicht versprach. Im Erkennen, mich nicht hinter der Funktion als Berufsperson verstecken zu können, sondern der Mensch zu sein, der ich bin, hat mir persönlich ein ganz neues Feld eröffnet. Darin fühle ich mich durch das nachfolgende Zitat von Karlfried Graf Dürckheim, (1956) angesprochen:

Wenn wir von Wandlung sprechen, so meinen wir damit einen Vorgang, der nicht nur diese oder jene Seite des Menschen erfasst, sondern den ganzen, ja das Ganze der Wirklichkeit betrifft, in der, von der her und auf die hin er als Mensch lebt. (S. 35).

5.1 Brückenschlag zwischen Atempsychotherapie (APT) und klinischer Medizin

In diesem Kapitel möchte ich nochmals auf die Doppelfunktion meiner jetzigen Tätigkeit in der allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik zu sprechen kommen. Was auffällt ist, dass die Arbeit in den Atemgruppen auf mich immer sehr belebend wirkt und ich mich auch nach längerer, intensiver Atemarbeit frisch und Energie geladen fühle. Wenn ich dies in Vergleich zu meiner übrigen Arbeit stelle, muss ich zugeben, dass mein Energiehaushalt sich oftmals absolut konträr verhält. So muss ich davon ausgehen, dass nachfolgendes Zitat von Pema Chödrön (2008), den Kern der Wahrheit trifft und ich zu weiteren Auseinandersetzungen mit meiner Arbeit aufgefordert bin:

Nur wenn wir bereit sind, voll und ganz zu uns Selbst zu stehen und uns selbst niemals aufzugeben, sind wir in der Lage, auch anderen beizustehen und niemals aufzugeben. Wahres Mitgefühl entspringt nicht dem Wunsch, anderen zu helfen, die schlechter dran sind, sondern der Erkenntnis, dass wir mit allen Lebewesen verbunden sind. (S. 11).

Der Brückenschlag ist sicher vollführt, das Angebot der Atemarbeit kann aber im aktuell vorgegebenen System (mehrheitlich schulmedizinische, biologische Psychiatrie) nur eine Randdisziplin bleiben, was ihrer Wichtigkeit keinesfalls einen Abbruch tut, gleichzeitig aber auch die Grenzen der Atempsychotherapie in einer psychiatrischen Tagesklinik aufzeigt. Natürlich wäre die Einzelarbeit mit Patienten auf der Liege oder auch auf dem Hocker angebracht und würde die körperbezogene Arbeit noch erweitern. Dafür müsste ich aber, wenigstens teilweise, als Atemtherapeutin von der Klinik angestellt werden.

5.2 Die Gesprächsführung in der atempsychotherapeutischen Beziehung

Atem und Wort stehen im unmittelbaren Zusammenhang miteinander, das Wort entsteht direkt aus dem Ausatemimpuls, ohne Ausatem, keine Sprache. Der Ausspruch; „Da hat es mir doch gleich die Sprache verschlagen!“ Zeigt sehr deutlich wie eine gefühlsmässige Reaktion z.B. auf Schreck oder Überraschung sich auf den Atem auswirkt. Der Atem hält für einige Sekunden einfach an und löst die Spannung erst wieder mit dem Ausatem. Im Zulassen des Atems ist in der APT der Atem das wegweisende Medium, dass was in die Wahrnehmung kommt, will bearbeitet werden. Siehe Kapitel 2.1. Wenn der Atem zugelassen werden kann, damit ist gemeint: „Ich atme oder Atem der ich bin.“ Damit wird Selbstregulation möglich, die Spannung kann gehalten werden und somit der Bezug zur Gegenwart. In der APT (vgl. Bischof, 2005) nutzen wir die Atemarbeit um Erlebtes bewusst zu machen, indem in Worte gefasst wird was ein Ich - stärkender, Bewusstseinsfördernder Prozess ist. Ich kann dem Patienten helfen, die Sammlung (Achtsamkeit) bei sich zu halten, indem ich frage: „Wo sind Sie jetzt gerade?“ (In der Empfindung, im Gefühl, im Denken oder in der Intuition?).

Der Sinn des Wortes auf der Körperebene bezieht sich auf die Lenkung der Achtsamkeit, auf die Aufforderung die Achtsamkeit zu halten, an einem Gefühl dran zu bleiben. Auf der Beziehungsebene geht es vor allem darum den verbalen Kontakt herzustellen. Diese wache Achtsamkeit in jedem Moment in der Begegnung zu erleben habe ich im Laufe meiner Arbeit zu begreifen gelernt, was es bedeutet und welche lebendige Kraft aus diesem wirklichen Da - sein entstehen kann.

Im Unterschied zu früh verletzten Menschen (Borderline, Psychose) kann der Neurotiker zwischen seinem Körperinnenraum und dem Aussenraum (z.B. Mitmenschen, Gegenstände) unterscheiden. Seine Grenzen zerfliessen nicht, auch wenn er Emotionen zulässt. (vgl. Schwald Mäder, 2009). Im angeleiteten Nachspüren (das Wahrnehmen der Wirkung einer Übung) mit geschlossenen Augen, wenn die Achtsamkeit ganz nach innen geht, begleite ich die Patienten mit verschiedenen Fragestellungen, z.B.: „Wie fühle ich mich jetzt? In welcher Körpergegend spüre ich eine Wirkung?“ Diese Fragen sind für die Patienten am Anfang schwierig und neu gewesen und benötigten ihre Zeit bis die Körperwahrnehmung genügend ausgebildet war. Erst später ging ich über zu komplexeren Fragen der Körperwahrnehmung, z.B.: „Wie spüre ich meinen Atem? Wo im Körper nehme ich Atembewegungen wahr? Hat sich der Atemrhythmus verändert?“ Wenn dann anschliessend die Patienten die Augen wieder langsam öffnen, leite ich Sie zuerst in den Aussenraum (den Raum, wo die Gruppe sich befindet, die Gegenstände im Raum, wie Bilder, Türen, Fenster) und danach zu den Gruppenteilnehmern und am Schluss zu mir. Indem, dass jeder Patient mit mir einen kurzen Augenkontakt aufnimmt, kann ich davon ausgehen, dass ihre Aufmerksamkeit sich wieder im Aussenraum befindet.

Erst die gezielte Beziehungsarbeit mit dem Einbezug der verschiedenen Bewusstseinssebenen brachte neue Bewegung in die Gruppe und ermöglichte einen weiteren Schritt der individuellen Persönlichkeitsentwicklung. Wo gleichzeitig im personalen Bereich, das Wort den Reifungsprozess des Ich's, durch das Bewusstwerden der eigenen Person gefördert wird.

Dazu sind äussere Strukturfaktoren stützende Elemente und geben der Gruppe einen sicheren Rahmen. Die Gruppe findet immer im selben Raum statt. Wie bereits im Kapitel 4.2 zum gruppendynamischen Prozess erwähnt, arbeite ich mit „geschlossenen Gruppen“, d.h. es kommen jeweils für acht Wochen keine neuen Patienten dazu. Erst danach öffnet sich die Gruppe wieder und ordnet sich neu, damit sie anschliessend für die gleiche Zeit wieder geschlossen bleiben kann. Damit sind Voraussetzungen geschaffen, um das nötige Vertrauen der teilnehmenden Patienten aufzubauen. Das kreisförmige Sitzen auf den Holzhocker, symbolisiert dabei den Archetypus des Kreises, als verbindendes und tragendes Element. Von Anfang an, charakterisierte sich der Beginn der Stunde durch eine Befindlichkeitsrunde zum Hier und Jetzt. Eine Herausforderung für die Patienten, die Gegenwart einzufangen und in Worte zu fassen. Das war anfangs für viele sehr schwierig, das Abschweifen zu Vergangenen war an der Tagesordnung und wurde oft gar nicht bewusst bemerkt. Mit der Befindlichkeitsrunde kreierte sich ein Bild, dass mir erstmal einen Eindruck verschafft, wo ich die Patienten entgegen nehmen soll. Dementsprechend ist auch meine Fragestellung: „Was beschäftigt dich in diesem Moment? Wo bist du gerade mit Deinen Gedanken?“

Die angebotenen Übungen haben sich im Laufe der Zeit nicht gross verändert, sie bleiben in erster Linie strukturbildend. Aber der Fokus der Fragestellungen ist von der reinen Körperwahrnehmung immer mehr zu den verschiedenen Bewusstseinsfunktionen übergegangen und darin hat sich die Beziehung innerhalb der Gruppe und zu mir deutlich verändert. In der Methodik des Fragens, variiere ich mit offenen Fragen (die nicht einfach mit ja oder nein zu beantworten sind), mit zielgerichteten Fragen („Wie fühlt sich dein Bauch jetzt an?“) oder mit suggestiven Fragen („Könnte es sein, dass da gerade Traurigkeit aufsteigen will?“).

Bei den depressiven Störungen geht es neben der Wiederverwurzelung mit dem Körper, auch um die Beziehung zu sich selber und zum Gegenüber wieder zu finden. Um die Achtsamkeit für sich und den anderen erfahren zu lassen, habe ich mit Paarübungen gute Erfahrungen gemacht. Z.B. Indem ein Ball zwischen den beiden Rücken der Paare durch den Raum geführt werden soll. Der Ball darf nicht zu Boden fallen, durch nonverbale Signale müssen die Patienten achtsam im Bezug zum Partner die Aufgabe bewältigen versuchen. Mit dem Wachsen der Selbstregulation, nehmen die Patienten immer mehr Bezug auch auf die anderen Gruppenmitglieder. Es bilden sich eigentliche Rituale von Impulsen aus der Gruppe. Der taktile Kontakt der Hände zueinander, spielt dabei eine tragende Rolle. So beenden wir die Gruppe immer meist stehend im Kreis, die Handflächen sind nach aussen gerichtet und berühren gleichzeitig links und rechts die nächststehende Person. Damit schliesst sich der Kreis und folgt jeweils den Impulsen aus der Gruppe, im Zulassen entsteht eine sanfte Bewegung. Die Formen sind fliessend, wiegend oder schaukelnd und bringen ein entspanntes Gleichgewicht in die Gruppe. Im nachfolgenden Sitzen auf dem Hocker ist atmosphärisch entspannte Ruhe spürbar. Die Patienten sitzen zufrieden und dankbar in der Runde. Ein Ziel jeder Gruppenstunde ist, dass alle Patienten in ihrer gesamten Wahrnehmung geordnet und orientiert den Raum verlassen können.

6 Abschliessende Gedanken

Mit dem Buch von Karlfried Graf Dürckheim „Erlebnis und Wandlung“ war der Einstieg zum Schreiben der Diplomarbeit geschehen. Ich hatte dieses Buch nach langen Suchen in einem Antiquariat, mit einer persönlichen Widmung an eine mir unbekannt Person gefunden. Mit nachfolgendem Zitat von Karlfried Graf Dürckheim (1956), will ich meine Arbeit beenden:

Echte Wesenserfahrungen treten auf sowohl im Gefolge von Leidenserfahrungen, in denen die Seele durch die dunklen Tore der grossen Ungewissheit und Angst, der Empörung und Verzweiflung, der Einsamkeit und Leere zu schreiten hat. Es gibt sie aber auch in uns plötzlich ergreifenden Wellen des Glücks, der Stille, des Lichtes und der Wärme, wo Alltägliches selbst sich zum Wunder verwandelt. Ein Glitzern im Tau, ein Strahl aus dem Auge eines Menschen, ein Stolpern über einen Stein - und mit einemmal befinden wir uns wie aufgehoben in einer Ruhe, einem Licht und einer Wärme, die nicht von dieser Welt sind. Das Wunder der Wunder breitet sich in uns aus und durchflutet uns als alles durchdringende Wonne. (S.55).

7 Literaturverzeichnis

Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik. Gefunden am 22. Mai 2010 unter [http://pdgr.ch/kliniken/Klinik Waldhaus Chur](http://pdgr.ch/kliniken/Klinik_Waldhaus_Chur)

Asper K. (2007). Verlassenheit und Selbstentfremdung. Neue Zugänge zum therapeutischen Verständnis. 10. Auflage. München: Deutscher Taschenbuchverlag (dtv)

Bischof S. (2003a). Definition Atempsychotherapie. Studienmaterial. Gefunden am 23. Januar 2010 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/definitionderapt.pdf

Bischof S. (2003b). Diagnostik. Studienmaterial. Gefunden am 13. September 2008 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/diagnoseerstgespraech.pdf

Bischof S. (2003c). Übertragung und Gegenübertragung. Erhalten am 20. November 2008. Ergänzungsausbildung Atempsychotherapie 2008/9/10 am Ammersee

Bischof S. (2004). Arbeitspapier Depression. Erhalten am 5. Juni 2009. Ergänzungsausbildung Atempsychotherapie 2008/9/10 am Ammersee

Bischof S. (2005). Arbeitspapier Seminar Atem und Wort. Erhalten am 20. November 2008. Ergänzungsausbildung Atempsychotherapie 2008/9/10 am Ammersee

Bischof S. (2008). Atem Wege - Arbeitsgebiete der Atemtherapie - Indikationen und Fallbeispiele. Originalausgabe 2008. Norderstedt: Books on Demand GmbH

Bischof S. (2009a). APT Interventionen. Studienmaterial. Gefunden am 8. Januar 2009 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/aptinterventionen

Bischof S. (2009b). Der Mensch im Feld des Atems. Gefunden 23. November 2009 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/dermenschimfelddesatem.pdf

Bischof S. (2009c) Indikation für die Atemtherapie. Studienmaterial. Gefunden am 23. Januar 2010 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/indikationenapt.pdf

Chödrön P. (2008). Beginne wo du bist - Eine Anleitung zum mitfühlenden Leben. Bielefeld: Aurum in J. Kamphausen Verlag

Dilling H., Mombour W. & Schmidt M. H. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen-ICD-10 Kapitel V (F)-Klinisch-diagnostische Leitlinien. 4., korrigierte und ergänzte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Dürckheim K. (1956). Erlebnis und Wandlung. Neue Aufsätze und Vorträge. Zürich: Max Niehals Verlag AG

EABP (European Association für Body Psychotherapy). Gefunden am 22. Mai 2010 unter
http://www.ch-eabp.ch/2009/pdf/ethik_deu.PDF

Jung C. G. (1979). Der Mensch und seine Symbole. 9. Auflage. Olten: Walter Verlag

Jung C. G. (2008). Archetypen. 14. Auflage. München: Deutscher Taschenbuchverlag (dtv)

Marlock G. & Weiss H. (2007). Handbuch der Körperpsychotherapie. 1. korrigierter Nachdruck (2007). Stuttgart, New York: Schattauer
Tonella G. (2007). Die orale Depression. Issus, Frankreich

Middendorf I. (1995). Der erfahrbare Atem-Eine Atemlehre. 8. Auflage (1995). Paderborn: Junfermann-Verlag

Rosenberg J. L., Rand M. L. & Asay D. (1996). Körper, Selbst & Seele-Ein Weg zur Integration. Paderborn: Junfermann Verlag

Schünemann A. (1995). Das Atem Übungsbuch nach Middendorf, 3. Auflage, Heidelberg: Verlag Astrid Schünemann

Schwald Mäder E. 2009). Arbeit mit früh verletzten Menschen (Borderline). Gefunden am 8. Juli 2010 unter
<http://www.atempsychotherapie.de/documents/abschlussarbeiten/schwaldmaederestherapborderline.pdf>

Wikipedia (2010a). Gefunden am 20. Juni 2010. Unter
<http://de.wikipedia.org/wiki/Depression>

Wikipedia (2010b). Gefunden am 6. Juli 2010. Unter
<http://de.wikipedia.org/wiki/Humanismus>

Wikipedia (2010c) Gefunden am 7. Juli 2010. Unter
http://www.bible-only.org/german/handbuch/Humanistische_Psychologie.html

Autorenerklärung zu Diplomarbeit

„Hiermit versichere ich, dass ich die Diplomarbeit vom 15. Juli 2010 mit dem Titel:

**Beziehung bewegt
Atempsychotherapeutische Beziehungsarbeit in der klinischen
Gruppentherapie mit depressiven Menschen**

selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Anita Sartorio betreute mich als Mentorin. Ich bin damit einverstanden, dass meine Diplomarbeit öffentlich einsehbar ist und der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung steht.“

Trin-Mulin, 23. Juli 2010

Ursula Giustiniani