

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

am

**Institut für Atem- & Körperpsychotherapie, Stefan Bischof
Freiburg i. Br.**

Siehst du meine Tränen?

Über den Zusammenhang zwischen Sehstörungen und Larvierter Depression

von

**Silvia Kockel-Fuchs
Bergstrasse 38
CH-8700 Küsnacht (ZH)
0041-(0)43-844 08 18
www.lebensquell.ch**

2. August 2012

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	2
1.1. Wie ich zu diesem Thema kam	2
1.2. Motivation	2
2. "Atmen für die Augen" - die Arbeit in meiner Praxis mit meinen Klienten	
2.1. Atmen für die Sinnesorgane (hören, fühlen, riechen, schmecken, speziell sehen)	3
2.2. Augentraining - Atemtherapie - Atempsychotherapie	4
2.3. Wie kam die Depression zur Sehstörung?	11
2.4. Umfrage unter meinen Augen-Klienten	12
3. Psychosomatik	
3.1. Das Auge - Anatomie und Psyche	13
3.2. Zwei Beispiele zum Ausprobieren	15
3.3. Wie erfolgreich sind Augenübungen?	16
3,4 Psychosomatik - Modelle	19
3.5 Austausch mit Fachleuten	21
3.6. Was meine Klienten aussagen	24
4. Depression	
4.1. Entstehung, Symptome, Verhalten	26
4.2. Larvierte oder Versteckte Depression	28
4.3. Die Augen - das Tor zur Seele	29
4.4. Was meine Klienten aussagen	30
5. Konzept eines Atempsychotherapie-Augenkurses	36
6. Fallbeispiele	38
7. Das Alter und die Gene	48
8. Erfahrungen eines Sehlehrers	48
9 Zusammenfassung	50
Autorenerklärung	51
Literatur	52
Fragebogen	53

1. Einleitung

Meine eigene Fallgeschichte führte mich zu diesem Thema und zu dieser Arbeit. Deswegen beschreibe ich sie auch im Folgenden. Daneben beeindruckt mich die vielfältige ähnliche Erfahrung mit meinen Klienten.

Meine These über mögliche Zusammenhänge zwischen Sehstörungen und Larvierter oder Versteckter Depression möchte ich in dieser Arbeit darlegen. Ich sehe das nicht als grundsätzlich so gegeben sondern meine, dass die Aufmerksamkeit auf solche Verbindungen in manchen Fällen durchaus wertvoll und hilfreich sein kann. Ich stelle das gerne zur Diskussion und freue mich auf interdisziplinäre Diskussionen, die bei der Vorbereitung dieser Arbeit ja bereits mit Ärzten, Optikern und anderen Therapeuten beginnen konnte.

1.1 . Wie ich zu diesem Thema kam

Am Anfang stand, wie so oft, die eigene, eindrückliche Erfahrung: Ich hatte schon den Termin beim Augenarzt, um stärkere Brillen verordnet zu bekommen, als ich nach einem Gespräch über Psychosomatik erkannte, was mein „Krankheitsgewinn“ der Brille war: Damals, kaum 20 Jahre alt hatte ich meine neue Stelle als Sekretärin in einer amerikanischen Firma angetreten. Die Bewegung, die Brille aufzusetzen, abzunehmen oder interessiert über den Brillenrand hinweg zu schauen, war für mich zu der Zeit der Inbegriff von Damenhaftigkeit und mehr Selbstvertrauen, das ich damals neben all den Dolmetscherinnen und Ingenieuren dringend benötigte. Ein Gespräch über Psychosomatik brachte mir ein wahres Aha-Erlebnis, ich legte die Brille ab und sie war 30 Jahre lang kein Thema mehr für mich.

Später, im Laufe meiner psychologischen Arbeiten, als Atemtherapeutin und vor allem seit der Zusatzausbildung bei Stefan Bischof am Institut für Atempsychotherapie in Freiburg im Breisgau konnte ich bei zahlreichen Klienten die Zusammenhänge zwischen aktuellen Lebenssituationen, dem seelischen Erleben, körperlichen Beschwerden sowie Anzeichen von Larvierter Depression immer wieder bestätigt finden.

1.2 Motivation

Unabhängig vom Eigenen durfte ich im Zuge meiner beruflichen Tätigkeit bereits in den 1980er und 1990er Jahren einige Male Augentrainingskurse für Vereine organisieren. Dabei erlebte ich mehrmals, wie zahlreiche Menschen nach einem Tag oder sogar bereits nach einigen Stunden mit einfachen Übungen wieder in einem Ausmass verbessert sehen konnten, wie vorher oft jahrelang nicht! Wobei die dauerhafte Veränderung zumeist mit weiterem Üben verbunden war.

Mich persönlich holte das Thema „Augen“ wieder ein im Alter von etwa 50, zur Zeit der Wechseljahre und nach dem Tod meines Mannes. Tropfen, Brille, alles half und doch auch wieder nicht, aber nach den Atemstunden während der Ausbildung zur Dipl. Atemtherapeutin sbam (Schweizer Berufsverband für Atemtherapie und Atempädagogik Middendorf) am Institut für Atempädagogik und Atemtherapie von Yvonne Zehnder in Zürich waren meine Augen frischer, gelöster, entspannter, feuchter und hatten wieder Freude am Lesen und die vorübergehend benötigte Brille konnte ich bald wieder ablegen.

Ich begann dann, meine Atemkurse zu spezialisieren und die Übungen des Augentrainings mit dem Erfahrbaren Atem nach Prof. Ilse Middendorf (Middendorf I., 1995 und 1998) zu verbinden. Die vermehrte Achtsamkeit und Hingabe an das Üben verstärkte die Wirkung deutlich. Die Abschlussarbeit an der Atemschule schrieb ich über „Atem und Sehen“ (Kockel S., 2003). Dafür zog ich auch Unterlagen des Bundesamtes für Statistik zu Rate. Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung benötigten im Jahr 2002 in der Gruppe der 55-64jährigen bereits 90 % eine Sehhilfe, von der Gesamtbevölkerung inklusive Babies und Kleinkinder 64%. (Bundesamt für Statistik, 2002), also praktisch zwei Drittel der Bevölkerung. Von Verbesserungen seither konnte ich nirgends etwas in Erfahrung bringen. Das ist für mich eine wesentliche Motivation, mich in meiner therapeutischen Arbeit dafür einzusetzen, dass Menschen gut, klar und bewusst sehen können, sozusagen „mit den eigenen Augen“ und ohne Hilfsmittel. Es ist mir ein Anliegen, dass die Menschen sich bewusst werden, dass sie nicht klar sehen können oder möchten, weil sie sich aus einem bestimmten Grund schützen müssen. Eine nachhaltig Veränderung/Verbesserung der Fehlsichtigkeit findet aber erst dann statt, wenn wir nicht nur am Weghaben-wollen der Sehhilfe arbeiten sondern wenn der dahinterliegende Konflikt ins Bewusstsein kommt und damit gearbeitet wird.

2. „Atmen für die Augen“ die Arbeit in meiner Praxis mit meinen Klienten

2.1 Atmen für die Sinnesorgane sehen, hören, fühlen, riechen, schmecken

Die Arbeit in meiner Atempraxis umfasst die breite Palette der Einsatzmöglichkeiten von Atemtherapie (vgl. www.sbam.ch; Info-Flyer Schweizer Berufsverband für Atemtherapie und Atempädagogik Middendorf, 2011; Bischof St., 2008; Middendorf I., 1995 und 1998; Fischer & Kemman-Huber, 1999; Faller N., 2009; Höller-Zangenfeind M. 2004; Kockel S., 2007). Neben allgemeinen Atem- und Bewegungskursen gab ich Kurse zu speziellen Themen. Ab 2001 begann ich, zuerst wöchentliche Kurse von je 60-90 min., über 4 bis 10 Wochen, später auch Tageskurse zum Thema „Atmen für die Augen“ zu geben. Später weitete ich die Kurse für alle Sinnesorgane aus. Die Augenkurse hatten immer den meisten Zuspruch. In die Einzelbehandlung kamen wegen eines Augenproblems nur wenige Klienten.

Die häufigsten Augenprobleme bzw. Fehlsichtigkeiten sind Kurz-, Weit- und Alterssichtigkeit. Gemäss Schweizer Bundesamt für Statistik (vgl. Bundesamt für Statistik, 2002) werden 95 % der Sehhilfen dafür benötigt. Gerade dafür eignet sich Sehtraining sehr, können Verbesserungen erreicht oder zumindest Verschlechterungen vermieden werden. Dabei handelt es sich vor allem um Übungen direkt zum Lockern und Entspannen der Augen, Förderung der Durchblutung, Lockern der Gesichts-, Hals- und Nackenmuskulatur, Wechsel zwischen Nah und Fern/Akkommodation. Weiters gehören dazu: Raum gebende bzw. abgrenzende Übungen, Förderung der Stabilität und Wahrnehmung über Verbindung zwischen Füßen und Kopf bzw. Augen. Die Wirkung der Farben und das Verstehen der psychosomatischen Zusammenhänge runden die Palette ab. Im Detail habe ich viele Beispiele im Buch AtemWege (vgl. Kockel S. 2008) angeführt.

Die zumeist sehr feinen Atemübungen verlangen viel Achtsamkeit und Hingabe und fördern so das Bewusstsein für eigene Empfindungen, Gefühl, Gedanken und Zusammenhänge mit manchen Lebensumständen bzw. Psychosomatik. Klientin A z.B. konnte dabei erst das enorme Ausmass ihrer langjährigen Erschöpfung erkennen und die damit verbundene fortschreitende Kurzsichtigkeit. Durch den verbalen Ausdruck meiner in der Gegenübertragung wahrgenommenen Belastung und das Spiegeln ihrer Mimik und Gestik konnte sich ein Prozess der Bewusstwerdung entwickeln, was wiederum zu Veränderungen ihrer täglichen Lebensgestaltung, Arbeitsplatzwechsel und verbesserter Sicht führte.

Sind es doch unsere Sinnesorgane, mit denen wir die Welt um uns wahrnehmen, die uns schützen und dank derer wir mit unseren Nächsten und der Welt überhaupt kommunizieren, in Kontakt treten können. Die rasante Zunahme von Fehlsichtigkeit lässt sich durch den Einsatz von Sehhilfen relativ einfach beheben, ebenso das zunehmend verminderte Hörvermögen mit Hörgeräten. Bei Tinnitus wird es schon schwieriger. Wenn die Fähigkeit zu fühlen, zu riechen oder zu schmecken sich reduziert, so ist das oft nicht so einfach bemerkbar, spür- und messbar, aber sicher nicht weniger problematisch. Denn das Unbemerkte oder anfänglich nicht wichtig Genommene entwickelt sich oft weiter und verstärkt sich. Doch was wären wir, wären wir blind, taub, fühllos, unfähig zu riechen oder zu schmecken! Das klingt nun sicher sehr übertrieben und schwarzmalersisch. Die enorme Zunahme an Fehlsichtigkeiten, Schwerhörigkeit und Tinnitus gibt aber sicher zu denken.

Zu den anderen vier Sinnesorganen: Ähnliche Übungen wie für die Augen fördern auch das bessere Hören, Entspannungsübungen lindern oft Tinnitus. Die Haut als Grenze zwischen Innen und Aussen, nicht nur schon wegen der Ähnlichkeit von fühlen und Gefühlen ist ein Symbol für Kontakte und mitmenschliche Beziehungen sowie für Abgrenzungen. Sie bewegt sich bei jedem Dehnen und Zurückschwingen des Ein- und Ausatems. Tast- und Fühlübungen vermitteln oft interessante Erkenntnisse. Sogar Gerüche und verschiedene Geschmacksrichtungen haben einen Einfluss auf den Atem und damit auf den ganzen Organismus. Klientin S z.B. war sehr verblüfft zu erleben, wie ihr Atem beim süssen Geschmack und Geruch von Schokolade tiefer ging und sich im ganzen Körper wohlig ausbreitete. In der Gegenübertragung spürte ich ihre Erleichterung, kindliche Sorglosigkeit und Regression zum verantwortungsfreien „kleinen, süssen Mädchen“. Indem ich das aufnahm und ihr mit meiner Körperhaltung und verbal spiegelte, ermöglichte ihr das im weiteren Verlauf des Prozesses, die Ursache ihres regelmässigen Schokoladenhungers zu erkennen und zu verstehen und in weiterer Folge in Diskussionen selbständiger und „erwachsen“ ihre Meinung zu vertreten.

2.2 Augentraining- Atemtherapie – Atempsychotherapie

Aus: AtemWege (vgl. Kockel S, 2008):

Das Augentraining geht auf den New Yorker Augenarzt Dr. William H. Bates (1860-1931) zurück. Er erlebte in seiner Praxis, dass sich Brechungsfehler (Kurz- und Weitsichtigkeit), die nach wissenschaftlichem Stand der Medizin als irreversibel galten, spontan zurückbildeten oder veränderten. Anhand seiner Beobachtungen entwickelte er verschiedene Übungen, um mit einem Training der Augenmuskeln die Kurzsichtigkeit zu reduzieren. Als er dies auch seine Studenten lehrte, wurde er 1891 von der Universität ausgeschlossen. Er liess sich dadurch nicht von seiner Arbeit abbringen und gilt heute noch als der

Grossvater des Augentrainings. Sein Standardwerk aus dem Jahr 1920 lautet „Rechtes Sehen ohne Brille „ (vgl. Bates 1999). Margaret Colbert eröffnete in den 1930er Jahren nach der Bates-Methode eine Schule für Augentraining, die „School of Eye Education“ in Los Angeles. Ihr Buch trägt den Titel „Besser sehen“ (vgl. Corbett 1995). Trotz vieler Widerstände von Seiten der etablierten Medizin verbreitet sich das Augentraining immer mehr. Bekannt sind auch die Arbeiten von Dr. Janet Goodrich, die sie in den Büchern „Natürlich besser sehen“ und „Spielend besser sehen“ (vgl. Goodrich 1996) veröffentlichte. Weite Verbreitung fand auch das Buch von Harry Benjamin „Ohne Brille bis ins hohe Alter“ (vgl. Benjamin 2004).

Das Augentraining, wie ich es vor etlichen Jahren kennen gelernt hatte, basierend auf den im vorhergehenden Absatz angeführten Veröffentlichungen, arbeitet mit verschiedenen Bewegungs- und Lockerungsübungen der Augenmuskeln, sowie Nah- und Fern-Akkommodationsübungen. Dazu gibt es heute eine Vielfalt von Literatur, die mich in den vergangenen Jahren begleitet hat und auf der unter anderem meine Erfahrungen beruhen (vgl. Kaplan R. 2000 und 2001; De Angelis D., 2007; Gollub M. & Haak K., 1987/1996; Angart L., 2005; Wolf-Roveda M., 1990; Scholl L., 1981/1985; Schultz-Zehden W., 1981; Hätscher-Rosenbauer W., 1993; Bach M., 1997). Immer mehr werden dabei auch seelische und entwicklungspsychologische und psychotherapeutische Konzepte einbezogen.

Wie bereits erwähnt, intensiviert die Atemtherapie die Wirkung des Augentrainings und die Atempsychotherapie nochmals. Ich möchte das an folgendem Beispiel zeigen: Wenn ich im **Augentraining** die Augen aus der Ruhestellung von gerade nach vorne gerichtet in verschiedene Richtungen wie etwa die 12 Stunden an einer Uhr nach aussen und wieder nach innen bewege, so ist das ein gutes Training für die Augenmuskeln und fördert zweifellos auch deren Beweglichkeit, Flexibilität, Akkommodationsfähigkeit, Durchblutung, Nährstoffversorgung bzw. Abtransport von Stoffwechselprodukten.

Wenn ich nun die gleiche Bewegung in der **Atemtherapie** mit dem Rhythmus meines Atems zusammenkommen lasse, so fordert das zuerst einmal schon weit mehr Aufmerksamkeit von mir, mehr „dabei sein“. Verbindet sich der Blick nach aussen mit dem Einatem, der Blick zurück in die Mitte mit dem Ausatem – oder umgekehrt? Die Augentrainingsübung wird erweitert mit der bewussten Zuwendung zum zugelassenen Atem und den Reaktionen daraus.

Das Beobachten des Ablaufs bei sich selbst verlangt mehr Aufmerksamkeit und geht deutlich langsamer als vorher. Es ermöglicht mir jedoch, meinen ganz eigenen, individuellen Rhythmus wahrzunehmen, und ob der auch bei jeder „Stunde“ dieser imaginären Uhr gleich ist. Es kann nämlich durchaus sein, dass der Atem beim Blick nach links schneller oder langsamer, ruhiger oder holpriger, länger oder kürzer ist als der Blick nach rechts. Oder der Atem wird vielleicht ganz angehalten. Erlebe ich die gleiche Übung an einem anderen Tag wieder gleich oder verändert? Manche Menschen erleben so zum ersten Mal, wie der Atem einer Augenbewegung oder überhaupt einer Bewegung folgt, wie durch das Zulassen des Atems Veränderungen möglich sind. So kann ein bewusst zugelassener Atem freier fließen und die Person fühlt sich ebenfalls freier und frischer, die Körperhaltung wird aufrechter. Ich erfahre also in Kombination mit der Sammlung und Hingabe in der Atemtherapie viel mehr über mich selbst dabei, meine Empfindungsfähigkeit und meine ganzheitliche Leib-

und Körperwahrnehmung, werden geschult. Weiters: Wenn ich nun den Blick einige Male wieder gemeinsam mit dem Atem in eine Richtung schwenke, z.B. Richtung 1 – 5 Uhr auf unserer imaginären Uhr, und dann die linke Seite (Richtung 7 – 11 Uhr noch nicht gemacht) mit der rechten vergleiche, so werde ich aller Voraussicht nach einen (mehr oder weniger) grossen Unterschied in der Raumwahrnehmung feststellen, auch bezüglich Wachheit, Lebendigkeit, eventuell Wärme/Kälte oder Grösse und wie weit die Wahrnehmung hier reicht. Das sind beeindruckende Erweiterungen dank der Atemtherapie, die sich auch auf die eigene persönliche Wahrnehmung von sich selbst auswirken. Die Atemtherapie ermöglicht das Lösen von Spannungen und Blockaden und trägt zum Finden eines ausgeglichenen, je nach Situation anpassungsfähigen Etonus bei. Sie beruht auf dem „Geschehen lassen“ des Atems, der unmittelbar und aufmerksam erfahren werden soll. Die daraus resultierende zunehmende Empfindungsfähigkeit fördert die Gesundheit und persönliches Wachstum.

Die **Atempsychotherapie** (APT) baut auf der Atemtherapie auf und geht noch etwas weiter, indem sie nicht nur die Empfindungen wahrnimmt sondern auch noch dabei auftauchende Gefühle, Gedanken, Bilder und Impulse einbezieht und benennt. Dieses Benennen und Beschreiben weitet die Wahrnehmung aus und macht sie bewusster, was wiederum weitere Erkenntnisräume ermöglicht für die eigene Lebenssituation und Lebensgestaltung. Im Folgenden werden grundlegende Aspekte der APT beschrieben. Im Fallbeispiel (Kapitel 6) wird darauf jeweils Bezug genommen.

Die APT differenziert die Aussagen des Klienten nach den 4 Wahrnehmungsfunktionen nach C.G.Jung (denken, empfinden, fühlen, intuitieren) und kann im therapeutischen Gespräch auf der gleichen Ebene gemäss der Erzählung des Klienten darauf eingehen und so eine vertrauensvolle Beziehung entstehen lassen, in der der Klient sich verstanden und angenommen fühlt. In der Einzelbehandlung kann ich individuell auf den Klienten eingehen. Im APT-Augenkurs werden alle vier Funktionen angesprochen, sodass jeder Teilnehmer entsprechend seiner Zugangsweise angesprochen ist und gleichzeitig weitere Wahrnehmungsbereiche angeboten und eröffnet werden können.

Grosse Bedeutung liegt in der APT auf der Beziehung zwischen Therapeutin und Klient am Beispiel von Übertragung und Gegenübertragung. Übertragung ist die Haltung der Klienten der Therapeutin gegenüber und ist geprägt von frühkindlichen Beziehungserfahrungen. Aus ihrem unterschiedlichen Verhalten (z.B. Vorwürfe, Abhängigkeit, Trotz, Rückzug, Aggression, Lähmung, Wahrnehmungsverlust u.v.m.) erkenne ich die jeweilige Übertragung. Für die erwähnte Klientin A bin ich die sorgende, nährende Mutter – hier sind sanfte, dehnende Übungen angezeigt, gefolgt von langsam Kraft aufbauenden Übungen, um dann neue Grenzen zu setzen. Es braucht Zeit, um ihren vorhandenen Widerstand aufzulösen, diente er doch Jahre hindurch als Schutz vor der Konfrontation mit den vielen erlittenen, schmerzvollen Kränkungen. Ganz anders die zaghafte Klientin R, die aufblüht in der Konfrontation, indem ich in der Übertragung die Rolle ihres abwertenden Vaters übernehme. Im Verlauf der APT ist das Ziel, die Übertragung zu erkennen und zu einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin auf gleicher Ebene zu kommen.

In der Gegenübertragung nehme ich als APT-Therapeutin im Raum stehende bzw. vom Klienten ausgehende Gefühle wahr, die ich klar von eigenen Gefühlen unterscheide. Die Gefühlspalette reicht von Sympathie/Antipathie, Oberflächlichkeit, Neid, Angst, Panik, Aggression, bis zu Schwere oder Stress oder viele weitere. Indem ich sie körperlich oder im entstehenden Wirkfeld wahrnehme und benenne, kann ich sie dem Klienten gegenüber ansprechen und/oder die Therapie danach ausrichten. So zeigte sich bei Klientin P ganz deutlich Angst, die ich als Anspannung in meinem Bauchraum erlebte, gleichzeitig mit einem inneren Zittern und sich wie gelähmt fühlen. Durch das Ansprechen meiner Wahrnehmung konnte Frau P das für sich evaluieren und neue Erkenntnisse gewinnen, wie sie selber ähnliche Ängste im Zusammenhang mit ihrer Familiengeschichte oft nicht wahr haben wollte. Durch das behutsame Aufdecken ihrer Ängste entwickelte sie neue Freiheit und Unabhängigkeit von der einengenden Familiengeschichte, entdeckte und formulierte ihre eigenen und neue Bedürfnisse und Wege, die sie mit klaren Entscheidungen und überzeugendem, selbstsicheren Verhalten umsetzen konnte. Ihr Atem wurde offener, der Blick klarer.

Der Einsatz von Übertragung und Gegenübertragung in der APT verstärkt die therapeutische Tiefung und lässt manches symbolisches Beschwerdebild, den Krankheitsgewinn und Krankheitssinn erkennen, fördert die Heilung durch bewusstes Verstehen, neues Entscheiden und Handeln. In der Einzelbehandlung kann darauf immer wesentlich persönlicher eingegangen und ein Thema längerfristig behandelt werden. Aber selbst in einem einmaligen Gruppentageskurs kann ein persönlicher Hinweis nicht nur bei der Person direkt eine Veränderung bewirken sondern auch bei anderen Teilnehmern Rückschlüsse auf Zusammenhänge im eigenen Leben bewirken.

Nicht jeder kann unmittelbar Zusammenhänge erkennen zwischen seelischem bzw. körperlichem Leiden und eigenem Verhalten. Denn die damit verbundenen, wieder auflebenden erlittenen Schmerzen oder Kränkungen werden als Belastung oder gar Bedrohung abgewehrt. Es entsteht Widerstand als Schutzhaltung, denn der Klient kann nur so viel bewusst erkennen, wie seine Ich-Kraft ausreicht, die Geschehnisse neu einzuordnen. So brauchte Klientin S einige Jahre mit einigem Auf und Ab, Verbesserungen und Verschlechterungen ihrer Sehkraft, bis sie sich eingestehen konnte, dass eine scheinbar wunderbare Zeit, in der sie mit ihrem Partner sehr glücklich war und ausgesprochen verwöhnt wurde, sie gleichzeitig in ihrem Freiraum mit eigenständigen Entscheidungen sehr eingeschränkt war. Nach der von ihrer Seite aus unfreiwilligen Trennung musste sie lange an sich arbeiten, um wieder ihre eigene Persönlichkeit und Tatkraft zu entwickeln. Die grosse Achtsamkeit bei der vorher erwähnten Übung des aus der Ruhestellung nach aussen gehen und wieder zurück kehren ("Liegende Acht", Seite 19) fördert die innere Kraft der Persönlichkeit, stärkt die Zentrierung, Stabilität und Persönlichkeitsstruktur (vgl. Maas B., 2010) und war dieser Klientin sehr hilfreich, ihren Widerstand zu erkennen, zu überwinden und ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen.

Die pädagogischen Atem- und Augenübungen sind nur ein Teil der APT-Arbeit. Die langfristige Veränderung bringt erst der dahinter liegende, psychotherapeutische Prozess. Ohne dem, ohne Überwindung des Widerstandes die seinerzeit bei Entstehen der Fehlsichtigkeit bestandene schmerzhaft Situation anschauen und integrieren zu können, werden die Klienten eher wieder aufhören zu üben, weiter verdrängen oder spalten.

Da die Klienten im Kurs bzw. in der Einzelbehandlung grundsätzlich die Brille oder Kontaktlinsen abnehmen, ist bei der veränderten Umgebungswahrnehmung die Vertrauensbildung in der therapeutischen Beziehung sehr wichtig. Dabei spielen auch die differenzierten Interventionen der APT wie würdigen, spiegeln, begleiten, aufnehmen, konfrontieren, deuten oder interpretieren der Aussagen des Klienten eine wesentliche Rolle. Wichtig ist auch die therapeutische Gesprächsführung mit vornehmlich offenen Fragen, um dem Klienten den Raum zu öffnen für weitere Wahrnehmungen, Erinnerungen, Assoziationen, Lösungen. Beeindruckend ist auch immer wieder, wie oft das verbale Spiegeln, das Wiederholen von Aussagen des Klienten im Original-Ton, genauso wie das Spiegeln seiner Mimik, Gestik oder Körperhaltung, ihm eigenes Verhalten aufzeigen und verdeutlichen kann.

APT geht also wesentlich über die pädagogische Wirkung der Atemtherapie und des Augentrainings hinaus. Depression bedeutet Rückzug nach innen, man könnte sagen: Rückzug hinter die Brille, bezeichnen doch etliche der befragten Personen die Brille auch als Schutz. Gerade beim Thema „Sehen“ hat Beziehung eine wesentliche Bedeutung. Jemandem tief in die Augen zu schauen, bedeutet jemandem sehr nahe zu sein. Der Blick durch die Brille verändert die Beziehung zu sich und zur Umwelt deutlich. Meine Klienten sind immer wieder überrascht, welche differenzierte Wahrnehmung sich auftut, wenn sie die Welt durch die Brille betrachten oder ohne. Frau B z.B. sieht ohne Brille die Welt sanft und weich. Aber mit Brille sieht sie scharf und fühlt ein Gemisch aus Vorsicht, Misstrauen und Wehrhaftigkeit. Frau K. hingegen erlebt sich mit Brille als behindert, spürt deutlich die Einschränkung und ist auch mit keiner ihrer drei Brillen wirklich zufrieden.

Probieren Sie es selber: Setzen Sie verschiedene Brillen auf und beobachten Sie, ob und wie Sie sich jeweils anders fühlen, welche Empfindungen, Gefühle und Gedanken Sie wahrnehmen, wie sich jeweils Haltung und Atem verändern. Sogar auch beim Betrachten der unterschiedlichen Fotos auf den folgenden Seiten. Wenn Sie schlecht sehen und auf die Sehhilfe angewiesen sind, so steht eindeutig etwas zwischen Ihnen bzw. Ihren Augen und Ihrer Umwelt. Eine meiner Kursteilnehmerinnen drückte es so aus: es sei ihr beim Kurs erst bewusst geworden, dass sie „hinter Glas“ lebe.

Eine Person mit einer Sehstörung erlebt die Umwelt logischerweise unterschiedlich, ob durch die Sehhilfe, Brille oder Kontaktlinse oder ohne. Sie wirkt aber auch auf die Mitmenschen unterschiedlich. Beim Betrachten der verschiedenen Fotos tauchen sofort Assoziationen auf, dieses gefällt, jenes weniger oder gar nicht, das sieht nach Geschäftsfrau aus, das mit Sonnenbrille erinnert an Ferien oder Urlaub oder, besonders wenn es ein Mann wäre, womöglich an Krimi und einen, der etwas zu verstecken hat.

Die folgenden Fotos mögen zum Nachdenken anregen: Wirkt ein und dieselbe die Person anders mit den verschiedenen Brillen? Erkennen Sie das eigentliche, wahre, authentische Gesicht hinter der Brille? Ist der Kontakt direkter mit oder ohne Brille? Könnte die Brille ein symbolisches Verstecken, einen Rückzug nach innen, eine Schutzfunktion oder eine larvierte Depression darstellen? Ein Skeptiker meinte, aber bei Kontaktlinsen sieht man doch keinen Unterschied! Ich würde sagen, doch, der Unterschied wirkt subtiler, noch versteckter, noch larvierter. Was fällt Ihnen auf?





2.3 Wie kam die Depression zur Sehstörung?

Bei meinen Augen-Atemkursen nehmen alle Teilnehmer die Brillen oder Kontaktlinsen ab, um ohne Sehhilfe die eigene „Originalsicht“ und mögliche Unterschiede zu erleben. Nach einer kurzen Einleitung lade ich alle zu einem Experiment ein: Alle sollen bei einem Fenster hinaus schauen. Dann öffne ich das Fenster, schliesse und öffne es einige Male und frage nach dem Unterschied der Wahrnehmung.

Ohne Ausnahme hat noch jeder bestätigt, dass beim Blick durch das offene Fenster die Verbindung zur Welt, zur Natur, zu allem, was draussen ist, klarer und direkter ist, dass die Farben leuchtender und intensiver sind, dass Verbundenheit, Gemeinsamkeit und ein Miteinander besteht. Mit dem Schliessen des Fensters – und sei es noch so glasklar und sauber – wird der Kontakt unterbrochen, der Rückzug, die Trennung und das Getrenntsein, gar Isolation sind oft physisch spürbar, die Farben verlieren an Leuchtkraft und Lebendigkeit. „Wir sitzen hinter Glas“ haben noch etliche Teilnehmer voller Verblüffung festgestellt. Umgekehrt ist die Brille, das Glas vor den eigenen Augen, für manche Menschen oft auch ein Schutz und bietet Sicherheit gegen das Aussen, gegen das Fremde, sodass sich mancher ohne Brille „wie nackt“ und schutzlos fühlt. So mancher Kursteilnehmer stellte fest, dass die moderne Sehhilfe bezeichnenderweise „Kontakt“-Linse heisst, weil sie ihm bei manchen Kontakten eine gewisse schützende Distanz ermöglicht.

Das Beispiel zeigt deutlich, wie Sehen mit Beziehung verbunden ist. Ursula Nuber berichtet in ihren Unterlagen zur Tagung „Die erschöpfte Seele“, dass doppelt so viele Frauen als Männer depressiv werden. Einen Grund sieht sie unter anderen darin, dass in unserer modernen Gesellschaft die „weibliche“ Qualität der Beziehungsfähigkeit grosse Abwertung erfährt im Vergleich zur „männlichen“ Autonomie (vgl. Nuber U., 2011). Gemäss Schweizer Bundesamt für Statistik (vgl. Bundesamt für Statistik, 2002) benötigen ca. 15-20 % mehr Frauen als Männer eine Sehhilfe.

Die so oft erlebte Aussage meiner Kursteilnehmer des Kontakt-Unterbruchs erinnert und assoziiert das Bild einer Depression: Trennung, Rückzug nach innen, Schutzbedürftigkeit. Sicher keine schwere Depression, sozusagen keine „echte“ Depression, aber doch eines ihrer markantesten Symptome; ein Anfang möglicherweise, durchaus eine Larvierte Depression. Je nach Naturell und Lebensgeschichte sind Intensivierungen durchaus im Rahmen des Möglichen, wie vorher bereits festgehalten: auch hier kann sich das Unbemerkte oder anfänglich nicht wichtig Genommene weiter entwickeln.

Beeindruckend ist auch immer wieder, wie unterschiedlich manche Menschen mit oder ohne Brille aussehen. Das Gesicht, der ganze Ausdruck kommt oft völlig unterschiedlich zur Geltung. Manchmal könnte man fast meinen, es handle sich um zwei verschiedene Personen (siehe vorhergehende Fotos). Wenn man den unterschiedlichen Kontakt betrachtet - direkt ohne Brille oder getrennt bzw. unterbrochen durch das Brillenglas – so sind das für mich eindeutig auch unterschiedliche Beziehungen.

2.4. Umfrage unter meinen Augen-Klienten

Viele Aussagen meiner KursteilnehmerInnen sind mir präsent und in Erinnerung, aber eben einfach Aussagen, einmal oder auch mehrmals gehört, von einer bestimmten Person oder einfach nur noch von „Irgendjemand“. Für diese Arbeit wollte ich es genau wissen. Ich habe daher einen Fragenkatalog zusammengestellt „Meine Erfahrung mit ‚Atmen für die Augen‘“ (Beilage) und habe ihn an meine Augen-Kursteilnehmer verschickt.

Angeschrieben habe ich 135 Personen. Davon waren
129 bei einem Augen-Atem-Kurs, zwischen 2001 und 2010, und zwar in
10 Tageskursen, 4 Halbtages-Workshops, 12 wöchentlichen Kursen (4-11x).
5 Personen haben einfach aus Interesse mitgemacht und
1 Person war speziell wegen eines Augenproblems in die Einzelbehandlung
gekommen.

15 Personen waren wiederholt an einem Augen-Atem-Kurs, wurden nur einmal
gezählt.

17 Personen waren auch noch an anderen Atemkursen bei mir.

26 Personen waren unabhängig vom Augenkurs bei mir auch in Einzelbehandlung

34 Personen sind auch als Therapeutin tätig

7 x kam die Post zurück, die Adresse war nicht mehr aktuell.

58 Personen haben geantwortet = 45%, wobei

11 Personen zwar geantwortet haben, aber aus verschiedenen Gründen nichts
angeben wollten oder konnten, z.B. weil jemand nur aus Interesse am Kurs
war, ohne ein spezielles Augenproblem zu haben, wegen besonderer
Krankheitszusammenhänge oder besonderer aktueller Lebensumstände.

47 ausgefüllte Fragebogen konnte ich somit auswerten.

11 Personen haben im Juni/Juli 2011 das Angebot einer kostenlosen Behandlung in
Atempsychotherapie als Dank für das Ausfüllen des Fragebogens in Anspruch
genommen. Das dabei mögliche persönliche Gespräch konnte die Ausführungen zu
den Fragen noch deutlich vertiefen.

Das Durchschnittsalter beträgt 58,5 Jahre.

Ich habe sämtliche Antworten in einem Fragebogen zusammengefasst, um so alle
erhaltenen Angaben zu einer Frage gesammelt im Überblick beisammen zu haben.
Das alles hier einzufügen (es ergibt 50 Seiten), würde diesen Rahmen sprengen. Ich
werde auf die Aussagen zu den Fragen im Folgenden bei den jeweiligen Themen
eingehen. Im beiliegenden Fragebogen habe ich die Seitenzahl angeführt, wo im
Text darauf Bezug genommen wird.

Abgesehen vom eigentlichen Thema „Zusammenhang zwischen Sehstörungen und
Larvierter Depression“ und den im entsprechenden Kapitel behandelten Aussagen
der UmfrageteilnehmerInnen, beschrieben viele auch psychosomatische
Zusammenhänge.

Bei Frage 1 „Was sehe ich gut?“ bzw. „Was sehe ich nicht gut?“ zeigt sich, dass ein
Drittel der Befragten kurzsichtig, zwei Drittel weitsichtig sind. Auffallend ist, dass

etliche Personen sagen, sie sehen gut in der Natur, wie Bäume, Blumen und Farben. Die Untersuchung des Bundesamtes für Statistik zeigt ebenfalls, dass Menschen, die auf dem Land leben besser sehen als Stadtmenschen. Der Unterschied beträgt etwa 10 % (vgl. Bundesamt für Statistik, 2002).

Selbstverständlich kann jeder Interessierte bei mir Einblick in diese Unterlagen nehmen. Es haben nicht alle Personen alle Fragen beantwortet, daher sind bei manchen Fragen auch weniger als 47 Antworten angeführt.

Zur deutlicheren Übersicht habe ich die Anzahl „positiver“, aktiver, bewegender und neutraler Antworten grün gekennzeichnet, die „negativen“, belastenden, schwermütigen Antworten rot eingezeichnet.

Die Frage 19 gibt es nicht, sie wurde beim Nummerieren im Fragebogen übersehen.

Der Einfachheit halber spreche ich bei Sehhilfen immer von Brille. Kontaktlinsen sind aber dabei gleichermassen gemeint.

3. Psychosomatik

3.1. Das Auge – Anatomie und Psyche

Die anatomische Grundfunktion des Auges ist einfach zu erklären: Der Lichtstrahl fällt auf das Auge ein, wird in der Linse gebrochen und hinter dem Glaskörper an der Netzhaut werden in Millionen Sehzellen die Lichtreize in Nervenimpulse umgewandelt, die wiederum über den Sehnerv ins Hirn gelangen und dort zu Bildern zusammengesetzt werden.

Bei Kurzsichtigkeit ist der Augapfel verlängert, bei Weitsichtigkeit verkürzt. Dabei kann es sich um Bruchteile von Millimetern handeln. Dadurch trifft der Lichtstrahl nicht mehr richtig gebündelt an der Netzhaut auf, das Bild, das nun entsteht, ist unscharf. Das optische Glas vor dem Auge korrigiert nun die Brechung des Lichtes, sodass mit Hilfe dieser Brille wieder eine klare, scharfe Sicht möglich wird.

Damit wir in verschiedene Richtungen sehen können, wird der Augapfel von 6 Augenmuskeln bewegt. Auch die Nah- und Ferneinstellung der Linse (Akkommodation) wird von feinen Muskeln reguliert. Hierher gehört auch die Alterssichtigkeit, wobei die Elastizität der Linse abnimmt. (vgl. Lippert H., 1993).

All diese Vorgänge sind äusserst komplex. So beginnen auch hier bereits sich die Geister zu scheiden. Ein Optiker, der nicht genannt werden wollte, erklärte mir, dass die Kugel des Augapfels fest ist und von den Augenmuskeln lediglich gedreht wird, um eben in verschiedene Richtungen schauen zu können. Das bedeutet, dass eine Verformung des Augapfels eigentlich nicht mehr korrigierbar ist. Fehlsichtigkeit wäre damit angeboren, wird manchmal jedoch erst in späteren Jahren erkannt, wenn die (beruflichen oder sonstigen) Anforderungen an das Auge zunehmen, sodass eine Korrektur nötig wird.

Die Meinung, dass Sehfehler angeboren sind, findet eine Bestätigung auch darin, wie der gleiche Optiker erzählt, dass Sehstörungen im allgemeinen das Leben hindurch entweder stabil sind oder sich verschlechtern, Verbesserungen gäbe es selten. Verbesserungen wären möglich eventuell durch Medikamente, die Belastungen durch andere Beschwerden lindern und damit einen positiven Einfluss auch auf die Augen hätten. Verbesserung durch Augentraining hat er nur sporadisch erlebt und da bei zwei Schwestern mit dem gleichen Sehproblem mit individuell sehr unterschiedlichem Erfolg.

Es steht ausser Zweifel, dass Sehstörungen angeboren, genetisch bedingt sein können. Darum geht es mir in dieser Arbeit nicht. Obwohl ich überzeugt bin, dass auch in so einem Fall Augenübungen durchaus Erleichterungen bringen oder Verschlechterungen vorbeugen können. Ich sehe meine Arbeit in Bezug zu Sehstörungen, die im Laufe des Lebens erworben wurden, bedingt durch unterschiedliche Entstehungsgeschichten.

Meine Erfahrung aus verschiedenen Erzählungen decken sich der von Franz Lüthi (siehe Kapitel.8), dass Augenprobleme gehäuft in bestimmten Lebenssituationen auftreten, z.B. beim Schuleintritt, in der Pubertät, bei Frauen in den Wechseljahren oder generell im Alter der „Midlife Crisis“ von ca. 45 Jahren. Auch aus den Antworten zu Frage 2. ist deutlich ersichtlich, dass die erste oder weitere Verschlechterung der Sehkraft gleichzeitig mit einer besonders belasteten Lebenssituation einherging. Bei Frau M war es eine Übersiedlung der Familie als sie 12jährig war und damit ihr gewohnter Freundeskreis verloren ging. Sie konnte sich deutlich erinnern, wie sie im Zorn darüber die Augen zusammenkniff. Der Prozess im Rahmen der APT öffnete ihr im wahrsten Sinne des Wortes wieder die Augen. Bei Frau K war es das Mobbing an der Arbeitsstelle, wonach sie sich selbst und ihren Blick nach innen zurück zog. Bei einigen Personen spielte eine berufliche Überforderung und damit verbundene Überanstrengung der Augen eine Rolle. Bei Frau D schränkte der Schock nach einem Autounfall die Sicht ein, bei Herrn P die Scheidung seiner Eltern.

Fachleute des Augentrainings sehen grundsätzlich Wege zur Verbesserung der Sehfähigkeit, abgesehen von Brillen oder Kontaktlinsen. Die einzelnen Methoden ähneln einander, die körperlichen Übungen umfassen im allgemeinen ähnliche Bereiche wie vorher in Kapitel 2.1. angeführt und beziehen dann zusätzlich noch die Lebenssituation ein, vor allem auch die individuell unterschiedlichen Sehweisen. Da auch dieser Themenkreis ausgesprochen komplex ist, verweise ich auf die ausführliche Literatur im Anhang, im besonderen auf die Bücher des Augenarztes Dr. Roberto Kaplan „Bewusstes Sehen“ (Kaplan R., 2001) und „Die integrative Sehtherapie“ (Kaplan R., 1995) , Michaela Bach „Entspannte Augen sehen besser“ (Bach M., 1997) und Simon Ings „Das Auge“ (Ings S., 2008)) sowie die weiteren bereits vorher angeführten Autoren. Die Sehleistung variiert sehr von der gemachten Erfahrung, wie zum Beispiel bei dem berühmten Bild: „sehe ich die Vase oder 2 Gesichter“ oder bei optischen Täuschungen.

Beim Augentraining herrscht die Meinung vor, dass Sehstörungen nicht angeboren sind sondern im Laufe des Lebens erworben werden und damit auch wieder behoben oder zumindest verbessert werden können, selbst wenn sie doch angeboren wären. Denn die verschiedenen Augenmuskeln reagieren wie der gesamte Organismus auf seelische Belastungen, traumatische Erlebnisse oder Stress mit Anspannung. Und das wäre eine mögliche Erklärung für die

Formveränderung des Augapfels und der damit verbundenen Kurz- oder Weitsichtigkeit. Bei Frage 3 und 4 bestätigen sämtliche Klienten, dass ihre Sehfähigkeit variiert und durch verschiedenen Faktoren positiv oder negativ beeinflusst werden kann. Meiner Meinung nach ist das ein Hinweis auf Trainings-/Korrekturmöglichkeiten. Kapitel 2.2 zeigt die zusätzlichen Möglichkeiten der APT.

Das vorher erwähnte Beispiel von den beiden Brüdern spricht für die psychologische Seite. Denn selbst wenn zwei Brüder mit gleichen Erbanlagen und gleicher Sehstörung Übungen machen, so hat doch jeder unterschiedlich gefärbte Lebensgeschichten, einen unterschiedlichen Charakter und demzufolge vermutlich auch unterschiedliche Motivation und Disziplin für regelmässiges Üben und eine unterschiedliche Bereitschaft, sich auf (atem)psychotherapeutisches Arbeiten einzulassen.

3.2. Zwei Beispiele zum Ausprobieren

Ich sitze aufrecht. Mein Blick ist locker und entspannt in die Weite gerichtet. Ich spüre in meine Augen hinein, nehme wahr, wie meine Augäpfel ruhig und wohligh in ihren Höhlen liegen. Mein Atem fliesst frei und gelöst. Dann nehme ich eine Handfläche nahe vor mein Gesicht, etwa 10 cm Abstand, und schaue ganz fest konzentriert auf die Struktur der Haut meiner Handfläche.

Ganz fest konzentriert, einige Sekunden lang, und ich beobachte: Hat sich mein Auge, mein Augapfel verändert? Spüre ich eine Veränderung in meinen Augen? Was macht mein Atem? Hat sich meine Körper-/Kopfhaltung verändert? Wie erlebe ich meine Gesichts-, Hals-, Nacken- und Rückenmuskeln? Wie fühlt sich das alles an? Welche Gedanken, Bilder oder Impulse kommen mir?

Dann löse ich den Blick von der Hand, lasse die Hand sinken, der Blick schweift wieder in die Weite. Was passiert jetzt mit meinen Augen, meinem Atem, meiner Haltung? Was bringt das an Gefühl, Gedanken, Impulsen oder Bildern?

Es ist ein einfaches Beispiel. Viele Menschen konnten mir dabei schon bestätigen, wie sie spürten, wie bei der Konzentration dieser „kurzen Sicht“ der Augapfel länger und schmaler wurde, der Kopf nach vorne ging, die Muskeln spannten, der Atem stockte, es war eine Anstrengung!. Wenn der Blick wieder freier wurde, wurde der Augapfel wieder breiter, der ganze Körper „ent-spannte“ wieder.

Interessant ist auch, die Veränderung zu beobachten, wenn ich in der Anspannung bewusst den Atem wieder frei fließen lasse. Es ist hilfreich, die Übung einige Male nacheinander zu wiederholen, um den Wechsel des Erlebens deutlicher beobachten zu können. Das gilt auch für die andere Variante:

Ich stehe locker und aufrecht, blicke frei vor mich hin. Nun schaue ich möglichst weit in die Ferne und nehme das Bild in seiner ganzen Breite auf, wieder einige Sekunden lang. Was macht das mit meinen Augen, meinen Gesichts-, Kopf-, Hals- und Rückenmuskeln, meiner Haltung, meinem Atem? Wie spüre ich meine Füße am Boden? Was erlebe ich an Gefühlen, Gedanken, Bildern, Impulsen?

Dann löse ich den Blick wieder und lasse ihn wieder locker vor mir schweifen. Wie erlebe ich das nun? Hier beobachten viele Menschen eine Haltung von sich betont behaupten, der Kopf hebt sich, es entsteht ein Hohlkreuz, die Füße drücken sich fester an den Boden, Lippen und Gesichtsmuskeln spannen in die Breite, auch die Augenmuskeln ziehen zur Seite, der Augapfel bei dieser „weiten Sicht“ wird breiter bzw. kürzer, Kopf-, Hals-, Nacken-, Rücken- und Bauchmuskeln sind angespannt, der Atem stockt oder wird intensiver. Erst mit dem Lösen des Blickes folgt auch hier die „Ent-spannung“.

Ich ziehe daraus den Schluss, dass bei entsprechender Wiederholung bzw. Dauer durch die damit verbundene Muskelspannungen eine konzentrierte Anstrengung den Augapfel verlängern und zu Kurzsichtigkeit führen kann und ein starkes Sich-behaupten-müssen/wollen den Augapfel verbreitern/verkürzen und zu Weitsichtigkeit führen kann. Daneben spielen auch die weiteren Aspekte der Psychosomatik eine Rolle, wie in Kapitel 3 beschrieben.

Depression wird oft als nicht verarbeitete Trauer bezeichnet. Das bedeutet, dass der Depression ein Trauer auslösendes Ereignis vorausgeht, und somit der Psychosomatik eine grosse Bedeutung zukommt. Fast alle meiner Klienten haben den Anfang oder die Verschlechterung der Sehkraft deutlich mit einer bestimmten schwierigen Lebenssituation von Anstrengung und sich behaupten müssen oder wollen in Verbindung gebracht. Wenn eine Sehstörung nicht angeboren ist, sondern sich im Laufe des Lebens entwickelt, so zeugt das für mich von einem psychosomatischen Hintergrund. Und hier ist die Atempsychotherapie prädestiniert zur Heilung bzw. Linderung, da der Atem sowohl auf körperliche wie auch auf seelische Reize reagiert, und über die Stärkung der Atemkraft sowohl Körper wie auch Seele stärkt. Mit Atemtherapie ist das durch die Bewusstwerdungsprozesse aus der verstärkt entwickelten Empfindungsfähigkeit möglich, APT geht jedoch durch den Einbezug von allen 4 Wahrnehmungsebenen nach C.G. Jung, der Beziehungs- und Widerstandsarbeit, Übertragung und Gegenübertragung sowie der differenzierten APT-Interventionen und therapeutischer Gesprächsführung wesentlich tiefer,

3.3. Wie erfolgreich sind Augenübungen?

Eine Brille oder Kontaktlinsen zu verwenden, ist mit oft relativ wenig Aufwand verbunden. Sofern keine besonderen Komplikationen bestehen, eine oder zwei Konsultationen beim Augenarzt, eine oder zwei Konsultationen beim Optiker – und da ist die Brille, dann ständig griffbereit, oft über Jahre problemlos problemlösend.

Allerdings auch nicht immer. Denn im Fragebogen unter Punkt 8. Stelle ich die Frage: „Was bedeutet das Tragen der Brille/der Kontaktlinsen für mich?“ Von 28 Antworten waren 11 neutral bis positiv: die Brille ist eine Sehhilfe sonst nichts, nichts besonderes, Schmuck oder auch gut, dass es sie gibt, und Dankbarkeit, dass ich sehen kann. 17 Personen (50% mehr) hingegen bezeichneten sie als Einschränkung, Einengung, Mühe, Handicap, Krücke, Fremdkörper, Hindernis, störend, lästig, eine Art Minderwertigkeit, unangenehm als ob etwas gestaut wird.

Doch Augenübungen zu machen, verlangt wesentlich mehr Zeit. Es kann zwar auch genügen, ein oder zweimal einen Kurs oder eine Therapiestunde zu besuchen oder ein Buch zu lesen, aber dann braucht es zumeist Geduld und Disziplin, die Übungen auch wirklich regelmässig zu machen. Denn spontane Verbesserungen sind möglich,

aber nicht so häufig. Daneben ist es auch noch nötig, vom Blickwinkel der Atempsychotherapie, sich den Gefühlen und Gedanken mancher Erlebnisse und Erfahrungen zu stellen. Die Einsicht dafür ist nicht immer einfach. Kirsten Sander beschreibt das anschaulich in „Ich brauche keine Therapie“ (Sander K., 2009). Andererseits kann manchem Klienten schon nur der Hinweis auf die Doppeldeutigkeit unserer „psychosomatischen“ Sprache Verbindungen im eigenen Körper-Seele-Zusammenspiel verdeutlichen, z.B. kurzsichtig sein, lieber unscharf sehen, etwas oder jemandem nicht in die Augen schauen wollen, blind vor Wut oder auch vor Liebe werden, den Blick abwenden oder eben nicht abwenden können, nur eine Seite sehen, nicht hinsehen können, grau in grau, farblos oder rot sehen, u.v.m. Auch diese Hinweise führen manchmal durchaus zu bemerkenswerten Erkenntnissen. Wie z.B. bei Herrn F, der mit eigenen Worten „gar nicht hinschauen wollte“, was neben ihm in der Firma ablief. Der klare Blick darauf war schmerzhaft, aber er half ihm, dann Konsequenzen zu ziehen, und seine übermüdeten, immer schlechter sehenden Augen besserten sich zusehends.

Doch mancher zieht die praktische Brille vor. Vor allem jungen Leuten scheint das wesentlich einfacher, während ältere sich schon eher Gedanken darüber machen, wie ein eventuelles Fortschreiten der Sehschwäche verhindert werden kann. Das zeigt sich im Durchschnittsalter meiner Kursteilnehmer von 58,5 Jahren und auch in der Beantwortung von Frage 18 meines Fragebogens „Was hat mich gehindert, regelmässig Übungen für meine Augen zu machen?“ Die 36 Antworten können als 36 Ausreden bezeichnet werden: von zu kleinem Leidensdruck bis andere Prioritäten, zu faul, keine Lust, Bequemlichkeit oder vergessen. Und einer brachte es auf den Punkt: „s innere Säuhündli!“ – vielleicht ein Paradebeispiel für einen nicht erkannten Widerstand, eine Schutzfunktion, weil die eventuell zu schmerzhaft dahinter liegende Ursache zur Zeit (noch) nicht bearbeitet werden kann.

Es gibt daneben aber auch eindruckliche Erfolge. Zu Frage 15 „Was hat sich durch die Übungen verändert/verbessert?“ sagten nur 7 von 31 Personen, dass sich nichts oder nichts Wesentliches gebessert hat. 24 Personen nannten neben besserem Sehvermögen auch mehr Bewusstsein und Wachheit auch im ganzen Körper, ein Gefühl der Souveränität, klarere Sicht, mehr Feuchtigkeit und Beweglichkeit der Augen, Zuwendung zu den Augen, Erleichterung, weniger Beschwerden, entspannter, Ruhe und Gelassenheit.

Eine Verbesserung in Zahlen, Lesebrille von Nr. 3 auf 1,5 reduziert, gab nur eine Person an, alle anderen sprechen von seelischen Qualitäten und seelischen Veränderungen. Ich staune über diese Antworten, denen zufolge die objektive Sehqualität zwar für den funktionalen Gebrauch im täglichen Leben wichtig ist, aber die seelischen Veränderungen deutlich im Vordergrund stehen.

Bei Frage 16 „Was ist mir sonst noch aufgefallen?“ sagen von 20 Personen 18 das Gleichgewicht ist wieder im Lot; ich hatte die Kraft, das zu machen; wenn ich die Disziplin für tägliches Üben aufbringe, stärkt es nicht nur die Sehkraft; wenn man die Augen bewegt, folgt der Atem der Bewegung; Wende Übungen auch bei Klienten an, da ich überzeugt bin; bewusstes sehen; wieder eine Verschlechterung, wenn ich nicht dran bleibe; Sehkraft zum Teil wesentlich besser; ich werde deshalb beneidet; gut sehen ist grosse Lebensqualität; Bedürfnisse der Augen wahrnehmen und eine Übung einschalten; spannend, wie sich dafür ein inneres Auge öffnet; es ist schön, auf der Welt zu sein; ich nehme bewusst Kontakt auf mit meinen Augen und denke,

dass ich sehe; es beruhigt; Erfolg bei jeder Übung; es geht mir einfach besser, alle klagen übers schlechte Wetter – mich beeindruckt's nicht; was den Augen hilft, hilft auch sonst für Leib und Seele, es stärkt mein Selbstbewusstsein, auf keine Hilfsgeräte angewiesen zu sein.

Bei Frage 17 „Ich mache weiters noch für meine Augen“ nennen von 29 Personen 2 nichts, 27 nennen viele weitere Augenübungen und einige Ernährung, die Natur betrachten, Sonnenbrille tragen, Zellkommunikation, Stammzellenaktivierung, Augenbad, Packungen mit Augentrost, Tropfen, 2x täglich Salzwasser-Lösung in die Augen tröpfeln, bewusstes entspannen und loslassen von ungeweinten Tränen (gedanklich), Sehschule und Augenarzt. „Gegen vorher angekreuzte Beschwerden“ unternehmen 18 Personen viel Bewegung an der frischen Luft, Jogging, genug trinken, ausgewogene Ernährung, Massage, Bäder, Dehnen, Training, Trager-Therapie, Physiotherapie, Energie-Arbeit nach Reich, Psychotherapie, oft beten, Atemübungen, Wassergymnastik, Reiki, singen, lachen, tanzen, vorzugsweise im komplementären Bereich, auch im meditativen, seelischen Bereich und die ständige Arbeit an mir selbst.

Verblüffend waren für mich die Antworten zu Frage 13 und 14 „Nach dem Kurs habe ich folgende Augenübung(en) gemacht:“ „Über welchen Zeitraum? Wie oft?“ und „Diese Übung(en) mache ich noch immer:“ Von 40 Personen haben nur 2 gesagt, dass sie nach dem Kurs keine Übungen gemacht haben, eine vermerkte für sich selber noch „Schande!!!“ - Wieder ein Paradebeispiel für den benötigten Widerstand. 38 von 40 Personen aber führten verschiedene Übungen an, die sie zum Teil längere Zeit nach dem Kurs machten.

Bei Frage 14 „Diese Übung(en) mache ich noch immer“ geben von 37 Personen 8 an, keine, leider keine Übungen mehr zu machen bzw. habe wieder vor oder motiviert mich wieder, Übungen zu machen. 29 Personen hingegen sagen, sie machen noch immer Übungen, einige davon wöchentlich und sogar noch täglich, selbst nach Jahren. Manche sagen einfach nur „verschiedene“ Übungen, bemerkenswert finde ich jedoch, dass aus der Vielzahl von Übungen 2 explizit oft genannt werden und zwar 12 x Palmieren und 10x die liegende 8. Eine grössere Anzahl von Übungen habe ich im Buch AtemWege beschrieben. Diese beiden so oft genannten Übungen wiederhole ich daher im Folgenden (vgl. Kockel S., 2008).

Palmieren

Die Bezeichnung Palmieren leitet sich ab von dem englischen Wort „palm“ für Handfläche. Ich forme meine Hände zu einer gewölbten Schale. Dann setze ich den Handballen am Knochen unter dem Auge an und lege die Hände wie eine Muschel über meine Augen. Die Finger liegen auf der Stirn. Die Augen bleiben frei unter dieser Schale meiner Hände. Ich kann die Augen ungehindert öffnen oder schliessen. Wenn ich die Augen unter meinen Händen öffne, sollte es vollkommen dunkel sein. Das braucht manchmal etwas Übung. Ich kann die Augen offen oder geschlossen halten, wie es mir angenehmer ist. Damit die Arme nicht müde werden beim Palmieren, stütze ich die Ellbogen auf meine Knie oder auf einen Tisch.

Wichtig ist das richtige Beenden des Palmierens: Ich schliesse die Augen unter meinen Handflächen und löse die Hände ganz, ganz langsam von den Augen, so dass sich die Augen wieder langsam an das Licht und die Helligkeit gewöhnen können. Erst dann blinze ich und öffne die Augen wieder.

Palmieren ist eine wunderbare Entspannung für die Augen. Ich kann es zwischendurch während der Arbeit machen, nur eine Minute lang, oder auch länger: 5 Minuten, zehn Minuten oder auch eine halbe Stunde. Auch während einer Reihe von verschiedenen Augentrainingsübungen ist das Palmieren zwischendurch und abschliessend immer zu empfehlen.

Palmieren ist die ideale Übung bei überbeanspruchten, übermüdeten Augen, gegen Stress, entspannt und regeneriert. Der Schutz der Dunkelheit und die Wärme der Hände geben den Augen, dem Menschen und seiner Psyche Schutz und Geborgenheit. Aus dem Blickwinkel der APT stärkt es die innere Sicherheit und Ich-Kraft, gibt neuen Raum, um mit gestärkter Stabilität neu in die Welt hinaus zu blicken. Viele Menschen bestätigen, dass sie nachher wieder klarer und frischer in die Welt blicken, körperlich und seelisch erholt.

Liegende Acht

Ich nehme einen Finger, lege ihn auf den Punkt zwischen den beiden Augen über der Nase und fahre dann entlang dem Knochen meiner beiden Augenhöhlen eine liegende Acht. Der Kreuzungspunkt ist über der Nase. Ich mache das einige Male, dann versuche ich, ob ich mit geschlossenen Augen innerlich dem Finger nachschauen kann. Ich mache auch das einige Male. Vielleicht mag ich auch einmal die Richtung ändern. Wie reagiert mein Atem? Kommen Ein- und Ausatem immer an der gleichen Stelle? Geht der Rhythmus von Ein-/Ausatem und Atempause für die ganze Acht oder für jede Hälfte über einem Augen? Dann löse ich den Finger langsam aus dieser Bewegung, lasse die Augen noch geschlossen. Die Augen führen diese Bewegung noch weiter. Ich lasse das langsam ausklingen. Erst dann öffne ich die Augen, langsam, blinzeln. Anschliessendes Palmieren tut sehr gut.

Das uralte Symbol der liegenden Acht (Lemniskate) verbindet die beiden Hirnhälften, gleicht Sympathikus und Parasympathikus aus, führt aus möglichem Ungleichgewicht wieder zu neuer Balance – auch das wesentlich nicht nur körperlich sondern auch seelisch und gerade in Bezug zu (Larvierter) Depression. Im Sinne der APT fördert die rhythmische Bewegung im Fluss des Atems die Beweglichkeit und Flexibilität des Blickes und der Blickrichtung, führt aus dem Zentrumspunkt der Kreuzung in die Weite des Raumes und wieder zurück in die Mitte, hilft Innen und Aussen in harmonischen Einklang zu bringen. Erna Christina Lange hat sogar ein ganzes Buch über „Halt und Kraft durch die Liegende Acht“ geschrieben (vgl. Lange E., 2004).

Die Therapeutinnen unter den Teilnehmerinnen geben die Übungen, die sie selber machen, auch an ihre Klienten weiter und erleben dabei deren Staunen und Freude über die beliebten, gut und schnell wirkenden Übungen für jedermann und jedefrau. (Frage 22)

3.4. Psychosomatik - Modelle

Schon in der Antike war die Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper (Soma) bekannt, in der modernen Medizin geriet sie in den Hintergrund. Erst die Psychoanalyse nach C. G. Jung und später der Psychologe Thorwald Dethlefsen, der Arzt Rüdiger Dahlke oder Kurt Tepperwein, deren Bücher Bestseller wurden, verhalfen der Psychosomatik in den vergangenen etwa 30 Jahren zu neuer

Anerkennung und dienen in unterschiedlichem Ausmass auch der modernen Atem- und Körperpsychotherapie als Grundlage (vgl. Dethlefsen Th., 1979 bzw. 1986; Dethlefsen Th. & Dahlke R., 1983; Dahlke R., 1992 und 1995; Tepperwein K. 2000).

Heute kennt die Medizin unterschiedliche grundsätzliche Erklärungsmodelle. Ich beziehe mich dabei auf die Unterlagen aus der Ausbildung bei Stefan Bischof am Institut für Atempsychotherapie in Freiburg im Breisgau und zitiere diese gekürzt (vgl. Bischof St., 2009).

Das physiologische Erklärungsmodell

Jeder Mensch wird mit unterschiedlichen körperlichen Schwachstellen geboren. Bei ungünstigen Entwicklungen (physikalische oder chemische Belastungen, psychischer Stress) brechen organische Störungen vornehmlich an diesen Schwachpunkten aus. Daher kann eine gleiche Situation bei unterschiedlichen Menschen unterschiedliche Beschwerden auslösen.

Das Psychoanalytische Erklärungsmodell:

Aus der Sicht der Psychoanalyse sind psychosomatische Erkrankungen Ausdruck eines nicht erkannten und damit auch nicht verarbeiteten psychischen Konfliktes. Betroffene sind vor allem Menschen, die kein Gespür für ihre Ängste und Gefühle haben oder diese nicht zeigen können und somit das körperliche Beschwerdebild zur bevorzugten oder einzig möglichen Projektionsfläche seelischer Konflikte wird. Dabei wird häufig ein symbolischer Zusammenhang zwischen der Art des inneren Konfliktes und dem körperlichen Ausdruck unterstellt.

Das Lerntheoretische Erklärungsmodell

begreift psychosomatische Störungen in erster Linie als körperliche Veranlagungen, die durch Lernprozesse (z.B. Reflexkonditionierung, Lernen am Erfolg) überlagert, verschlimmert und verfestigt werden. So ist etwa die Magensaftsekretion in Erwartung eines Essens eine normale Reaktion. Wer sein Essen nun aber ständig unter Stress zu sich nimmt, z.B. weil nie ausreichend Zeit zum Frühstück bleibt, koppelt weitgehend unbewusst die Reize Stress und Essenserwartung aneinander. Dies kann dazu führen, dass früher oder später jeder Stress unabhängig von einer anstehenden Essenszufuhr eine starke Magensaftsekretion bewirkt und so die Entwicklung eines Magengeschwürs begünstigt wird. Auch „Vorteile“, die mit einem zunächst nur sporadisch und eher zufällig auftretenden Beschwerdebild verbunden sind, können dazu führen, dass das betreffende Beschwerdebild immer öfter auftritt. Ein beruflich überforderter Mensch, der sich nur angesichts einer heftigen Migräne-Attacke erlaubt, etwas weniger als sonst zu arbeiten, wird unter Umständen immer häufiger, sozusagen als entlastendes kleineres Übel, von Kopfschmerzanfällen heimgesucht.

Modell der Atempsychotherapie:

Die Atempsychotherapie nach Stefan Bischof kennt ein dreistufiges Entstehungsmodell auf der Grundlage der Bewusstseinsfunktionen von C.G. Jung:

- 1. Stufe ist die ganzheitliche, verbundene Wahrnehmung eines Ereignisses bzw. der Feldwahrnehmung*
- 2. Stufe – ein bestimmtes Ereignis drängt sich in den Vordergrund und führt zu einer Konzentration der Gefühle dazu.*

3. *Stufe: das Ereignis ist zu intensiv, durch Muskelanspannung versucht der Patient, die Intensität des Gefühls zu reduzieren oder ganz aus der Wahrnehmung zu verdrängen. Dieser Pseudohalt kann in der angespannten Muskulatur wahrgenommen werden, geht aber auf Kosten des Fühlens. Der Verlauf der Verdrängung/Abspaltung geht über Muskelanspannung – Verspannung – Hartspann – Schmerz weiter bis zu Organveränderung – Körperbildveränderung – Charakterveränderung.*

Ergänzend möchte ich dazu noch anfügen, dass Stufe 3 Einfluss auf das so genannte Atembild hat, das heisst auf Atemrhythmus und die unterschiedlichen, differenzierten Qualitäten des Atems (flach, oberflächlich, tiefgehend, impulsiv, verlaufend, zischend, blasend, flatternd, gezogen,...).

Hier wird auch deutlich, wie es über die Intensität und Dauer, sofern beide ausreichend stark und lange bestehen, durchaus zu charakterlichen, Persönlichkeitsveränderungen kommen kann. Mir ist es ein grosses Anliegen, dass auch Sehstörungen (sofern sie nicht angeboren sind) vermehrt unter dem Aspekt der Psychosomatik gesehen werden.

In der modernen Medizin sind sich heute die Fachleute einig, dass bei vielen Krankheitsbildern sowohl körperliche wie auch psychische Faktoren gleichermaßen eine Rolle spielen, wenn auch im Einzelfall in unterschiedlichem Ausmass. Die Atempsychotherapie leistet hier mit der Förderung der Selbstwahrnehmung einen wichtigen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung. Wesentlich dabei ist die Wahrnehmungsschulung auf den 4 Ebenen denken/fühlen/empfinden/intuieren, das Menschenbild nach C.G. Jung, die Beziehungsarbeit und der bewusst zugelassene Atem als Ausdruck des Selbst.

3.5. Austausch mit Fachleuten

Die Aussagen verschiedener Fachleute, mit denen ich mich im Zuge dieser Arbeit unterhalten durfte, habe ich im Folgenden zusammengefasst.

Sonja Sarrazin, Optikermeisterin in der Droppelmann Augenoptik in Münster-Hiltrup, bestätigt mir aus ihrer langjährigen Erfahrung, dass Burnout und andere seelische Belastungen Sehstörungen deutlich verschlechtern können. Sie bezieht in ihrer Arbeit neben verschiedenen medizinischen/optischen Richtungen Lichttherapie Augenübungen und Tests mit psychologischem Hintergrund ein (Telefonat am 13.Mai 2011, www.droppelmann.de).

Auf der Frontseite der Homepage www.optik-weiler.com begrüsst Egon Weiler von Optik Weiler in Knittlingen die Besucher mit dem eindrücklichen Zitat:

*„Sehen benötigt mehr als zwei Augen.
Sehen ist Erfahrung.“*

Egon Weiler erlebt häufig, dass Menschen mit Sehstörungen auch sonst Probleme zu tragen haben. Vor allem auf Stress reagiert das Sympathische Nervensystem sehr sensibel mit erhöhter Adrenalin-Ausschüttung. Wenn eine Lösung der Situation nicht möglich ist, so kann das unter Umständen zu grosser Anspannung mit extremer

Akkomodation führen, sodass es „schwarz vor den Augen“ wird, sozusagen wirklich „blind vor Wut“: (Telefonat am 20.6.2011).

Meine Frage nach Zusammenhängen zwischen Sehstörungen und Depression beantwortet Egon Weiler mit der umgekehrten Richtung: Eine Depression kann sich auch wegen einer Sehstörung und damit verbundenen Belastungen entwickeln. Wobei sich depressiven Zustände sehr wohl auch durch den trüben, glanzlosen Blick kennzeichnen – gegen den zumeist keine noch so gute Brille hilft. Franz Lüthi (vgl. Kapitel 8) nennt in diesem Zusammenhang seinen ersten Sehgrundsatz: „Wir sehen alles besser, was wir anschauen“. Der Depressive richtet aber seinen Blick nach innen, schaut nichts mehr an, sein Sehen wird eingeschränkt. Unabhängig davon steht ausser Zweifel, dass Sehstörungen nicht grundsätzlich von Depression und Depressionen nicht grundsätzlich von Sehstörungen begleitet sind. Es ist eine Möglichkeit in verschiedensten Abstufungen und Varianten. 90 % meiner befragten Personen nennen auch eine bestimmte Situation zeitgleich im Kontext mit ihrer Sehstörung!

Laut Egon Weiler ist die medizinisch-optisch definierte Sehkraft von 100% eine beinahe willkürliche Messgrösse. An dieser kann zwar die funktionelle Sehkraft der Menschen gemessen werden. Aber mit den „offiziellen“ 100 % ist nicht jeder zufrieden. Hier sieht er wieder den Raum für die individuelle Persönlichkeit jedes Patienten. Denn wie könnte es sonst sein, dass z.B. manche Menschen, die nachgewiesene 160 % Sehleistung haben, unzufrieden sind und noch besser sehen wollen, und auf der anderen Seite hat jemand mit 30% Sehleistung „eigentlich genug“. „Es geht eben nicht nur um Physik, sondern es ist viel menschliches Empfinden dabei“ ist das Resümee von Egon Weiler.

Cordula und Andreas Stocker führen das weit über die schweizer Landesgrenzen hinaus bekannte Optologische Zentrum in Solothurn. Sie beschäftigen sich besonders mit der Schulung und Förderung der visuellen Verarbeitung und Wahrnehmung. Andreas Stocker bestätigt im Telefonat am 21. Juni 2011 aus seiner Erfahrung meine Beobachtungen aus den Kursen und Auswertungen aus den Fragebögen:

Die Brille (oder Kontaktlinse) als festes Objekt verlangt vom Auge, um immer die mit ihr erarbeitete Sehleistung zu gewährleisten, dass es konstant bleibt. Würde das Auge selbst besser werden, so würde die Brille ja wieder stören. Das bedeutet, die Brille hält die Sehstörung konstant. Wie auch von anderen Seiten bestätigt, sind in der medizinisch-optischen Fachwelt ja kaum Verbesserungen von Sehstörungen bekannt sondern höchstens Stabilität oder Verschlechterungen. Es wird immer mehr erkannt, dass doch in etlichen Fällen auch bestimmte Lebensproblematiken mit einer Sehstörung verbunden sind. So ist es durchaus möglich, laut Stocker, weil die Brille den Status quo erhält, „solche Zustände“ (Fehlsichtigkeiten) erhalten bleiben können. Schliesslich wird den Menschen oft gesagt, trotz gegenteiligem eigenem Empfinden, sie müssen und werden sich schon an die Brille gewöhnen. Das würde bedeuten, dass sie sich auch an die im Hintergrund bestehende, die Sehstörung auslösende Situation gewöhnen. Ich betone auch hier immer wieder, es sind Möglichkeiten, es muss nicht so sein, aber es ist immer wieder wert, es zu überlegen.

50 % meiner Befragten geben an, dass aus der Situation der Entstehung bzw. Verschlechterung, „noch etwas offen“, die Situation also nicht ganz bewältigt ist. Und

das, obwohl seit der Zeit oft Jahre, manchmal sogar Jahrzehnte vergangen sind. Ich interpretiere das als möglichen Hinweis auf eine sich über die lange Zeit entwickelte Larvierte Depression.

Andreas Stocker erwähnt auch, dass der sogenannte „Stress-Zylinder“, ein bestimmter Messwert bei Hornhautverkrümmung seinen Namen von der eindeutigen Ursache Stress habe. Ursula Nuber nennt in ihren Tagungsunterlagen Stress als einen wichtigen Auslöser für depressive Erkrankungen (vgl. Nuber U., 2011). Ich sehe darin wieder eine mögliche Verbindung zwischen Sehstörungen und Depression.

Weiters erklärt Stocker, dass jedes Minus-Glas bei Kurzsichtigkeit einen Reiz auf das Sympathische Nervensystem auslöse, jedes Plus-Glas bei Weitsichtigkeit einen Reiz für das Parasympathische Nervensystem bedeutet. Diesen permanenten Reiz muss der Brillenträger ausgleichen. Wenn nun jemand, weil er z.B. aus welchen Gründen immer geschwächt oder belastet ist, kann er das nicht mehr kompensieren. Als Folge können z.B. bei Kurzsichtigkeit/Sympathikus-Reiz Muskelverspannungen auftreten. Er erzählt von einem Beispiel: wenn ein kundiger Masseur mit dem Finger die entsprechende Stelle an der Nackenmuskulatur löst, so kann unmittelbar im gleichen Moment die Fehlsichtigkeit verschwinden, da sich gleichzeitig die Augenmuskulatur löst. Bekannte mögliche Symptome bei Weitsichtigkeit/Parasympathikus-Reiz sind Kopfweg, Schwindel, Angst bis Depression.

Durch verschiedene Übungen mit dem bewusst zugelassenen Atem wird der Ausgleich Sympathikus-Parasympathikus gefördert. Daraus leite ich wieder die positive Wirkung der Atempsychotherapie auf die Sehkraft ab.

Andreas Stocker erwähnt noch ein anderes Beispiel, wie Verspannungen im Gesichts- und Kieferbereich die Sehfähigkeit beeinflussen können. Es kann passieren, dass eine Zahnspange Ursache einer Augenbelastung ist oder dass nach geduldigem Üben Verbesserungen des Sehens erreicht wurden und diese wieder zunichte gemacht wurden, als unabhängig davon eine Zahnspange eingesetzt wurde.

Auch dieses Beispiel zeigt wieder die Bedeutung des Muskeltonus in Kopf-, Hals- und Nackenmuskeln und den damit einhergehenden Atembildern.

Dr. Peter Krieg, Augenarzt aus Meilen, hat so konkret zu meiner Frage über Zusammenhänge zwischen Sehstörungen und Depression noch nicht nachgedacht. Aber er weiss, dass Depressive oft trockene Schleimhäute und damit auch trockenere Augen haben, sie blinzeln weniger, wie alle Muskeln sind auch die Augenmuskeln schlapper und das alles kann zu schlechterem Sehen führen. Da Depressive auch unter Antriebslosigkeit leiden, fehlt es ihnen oft auch an der Eigeninitiative, etwas zu entscheiden und zu unternehmen, sei es allgemein für ihre Befindlichkeit oder speziell für die Augen.

Einen weiteren Zusammenhang sieht er im Erfolg der Lichttherapie bei Depression, die ja auch über die Augen wirkt.

Da die Augen viel Sauerstoff benötigen, sieht er in Atemübungen eine ideale Unterstützung für die Augen. Er ermuntert seine Patienten, wenn sie mit einer

Sehhilfe nicht zufrieden sind - es gibt ja oft auch Schwankungen der Sehfähigkeit – sich einfach immer weiter zu bemühen, bis die möglichst ideale Lösung gefunden ist. Und natürlich ist es in jüngeren Jahren leichter, Sehschwächen zu behandeln als im Alter (Telefonat 21. Juni 2011).

Meine Umfrage zeigt allerdings bei einem Durchschnittsalter von 58,5 Jahren, dass Menschen in fortgeschrittenerem Alter sich scheinbar eher Sorgen um die Zukunft ihres Augenlichtes machen als Junge und daher eher bereit sind zu üben. Meine beiden jüngsten Teilnehmerinnen sind 39, die älteste 84.

Dr. Peter Trüb, Augenarzt aus Küsnacht, hatte neben den Patienten in seiner Praxis nur einen Moment Zeit. Aber das reichte für die prägnante Aussage: „Klar gibt es Zusammenhänge zwischen Sehstörungen und Lebenssituationen“. (Telefonat 23. Juni 2011).

Dr. Brigitte Meli, Augenärztin aus Küsnacht. Ihre Praxisassistentin, Frau Kuster, berichtet mir nach Rücksprache mit Frau Dr. Meli und aus eigener Erfahrung, dass Depressionen auf den gesamten Körper wirken und damit auch auf das Sehen. So ist es durchaus möglich, dass Medikamente gegen Depression nicht nur diese verbessern sondern auch die Sehfähigkeit. Spezielle Zusammenhänge zwischen Sehstörungen und Depression sehen sie weniger bei Erwachsenen, aber „noch oft bei Kindern“. Hier kann die Depression versteckt oder auch deutlicher zum Ausdruck kommen, wenn Kinder in der Schule Probleme haben, gemobbt werden oder es zu Hause Schwierigkeiten gibt. Sie erinnern sich an einen besonderen Fall, wo bei einem Kind sämtliche Tests in der Augenpraxis nichts ergaben, das Kind wurde weiter verwiesen und in Folge konnten die ursächlichen Schulprobleme erkannt werden. Als diese gelöst waren, sah das Kind wieder gut wie eh und je. In so einem Fall könnte eine Brille gar nicht helfen sondern das Problem nur verschleppen, verlagern, verstärken. (Telefonat 27.6.2011).

Auch der Augenarzt Dr. Roberto Kaplan beschreibt in seinem Buch „Bewusster Sehen“ (Kaplan R., 2001) ausführlich unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen und Merkmale bei Kurz- oder Weitsichtigkeit und anderen Augenproblemen.

So eindeutig die Aussagen dieser kompetenten, erfahrenen Fachleute sind, es ist genau so eindeutig, dass keinem Patienten geholfen ist, wenn ihm gesagt wird: „Löse dein Problem, dann siehst du wieder gut!“ Selbst wenn das im Grunde vielleicht sogar richtig wäre, in der Praxis ist idealerweise die geduldige und fachliche Kooperation von Medizin, Optik und Psychotherapie am meisten erfolgversprechend. Wobei im Einzelfall das Schwergewicht auf der einen oder anderen Seite liegen mag.

Von den Erfahrungen von Franz Lüthi berichte ich in Kapitel 8.

3.6. Was meine Klienten aussagen

Die Psychosomatik spricht von dem Krankheitsgewinn. Den sehen manche Autoren (vgl. Dethlefsen Th., 1979/1986; Dethlefsen Th. & Dahlke R., 1983; Dahlke R. 1992 bzw. 1995; Tepperwein K., 2000; Kaplan R., 1995 bzw. 2001) in dem „etwas nicht sehen wollen, nicht sehen können“ oder „die Augen vor etwas verschliessen“ Etwas Unangenehmes nicht wahr haben wollen, ihm aus dem Weg gehen. So kann in einer

belastenden Situation es durchaus hilfreich sein, zuerst einmal „die Augen zu verschliessen“, wegzuschauen, etwas auszublenden, um etwas Abstand zu finden, die Emotionen zu beruhigen,....

Ich habe in allen meinen Augenkursen schon immer ein Kapitel Psychosomatik eingebaut. Mit ähnlichen Fragen wie in meiner aktuellen Umfrage unter Punkt 2 u. 3:

„Wann trat es erstmals auf?“

„Wann gab es eine deutliche Verschlechterung?“

„Worauf führe ich das zurück?“

„Welche (besondere) Lebenssituation erlebte ich zu dieser Zeit?“

„Wie habe ich das Problem bewältigt?“

„Ist davon noch etwas offen?“

„In welchen Situationen sehe ich schlechter?“

Die Frage nach den Lebenssituationen bei Verbesserungen wurde teilweise unverständlich beantwortet und mit Verschlechterungen vermischt.

Die Antworten zur Lebenssituation, wann es anfang bzw. wann es Verschlechterungen gab, sind markant:

Von 38 Antworten sagen lediglich 4 Personen, sie haben keine Ahnung, 4 Personen beziehen sich auf sonstige eigene, allgemein schwierige gesundheitliche Probleme, einen Hirnschlag und das Alter. 30 Personen beschreiben besonders einschneidende Situationen: Beziehungsprobleme, alleine leben, eigene Wandlung, schwere Krankheit und Todesfälle, familiäre, schulische, berufliche oder finanzielle Probleme, erzwungener Ortswechsel, Ängste, Perfektionismus, Entwicklung von medialen Fähigkeiten, Verkrampfung, Burnout und immer wieder Stressbelastung in Beruf, Familie oder Partnerschaft.

Bewältigt haben das Problem von 34 Personen, die geantwortet haben: 5 sagten nein, 9 Personen sahen die Lösung in einer Brille oder verschiedenen Sehhilfen. 20 Personen haben aktiv etwas unternommen, wobei manche sagen, sie arbeiten immer noch dran. Verschiedene Therapieformen werden öfters genannt – Reiki, Sehkurse, Farbtherapie, Spital/Reha, Bioresonanz, Psychotherapie, aktive Suche nach einem vertrauensvollen Arzt/Therapie, bewusstes Auseinandersetzen mit der Situation, neue Lebenseinstellung, neue Entscheidungen oder auch „Rückzug nach innen“.

Bei 14 Personen ist von der Situation noch etwas offen, bei 14 nicht, bei 3 Personen ist es teilweise gelöst.

Von 40 Personen haben 29 angeführt, dass sie schlechter sehen, wenn sie müde sind, gestresst sind, bei intensiver Arbeit, bei Alkoholgenuss, langer und intensiver Arbeit, unter Zeitdruck oder unausgeschlafen. 13 Personen führten auch die Lichtverhältnisse an, nur eine Person sah konstant gleich schlecht. Situationen mit schlechtem Sehen vermeiden oder verbessern können 30 von 34 Personen. Für sie ist gutes Licht eine wichtige Hilfe und entspannen, erholen, ruhen und palmieren (Diese Augenübung habe ich in Kapitel 3.3 beschrieben). Nur 4 sehen hier keine Möglichkeit.

Ich war überrascht, dass so viele Personen die Bedeutung des Lichtes hervorhoben. In Anbetracht der erfolgreichen Anwendung von Lichttherapie gegen Depression

frage ich mich, ob diese Antworten als Hinweis auf Larvierte Depression verstanden werden können.

Von den 35 Antworten gaben – bei dem aktuellen Durchschnittsalter von 58,5 Jahren – 10 Personen an, dass sie bereits seit der Primarschule oder noch früher ein Sehproblem haben. Dieses Ergebnis kann unterschiedlich ausgelegt werden: als Beweis für Vererbung oder eine fast durch das ganze Leben hindurch getragene seelische Belastung. Die Antwort darauf bleibt offen.

Die Frage unter Punkt 2. „Worauf führe ich das zurück?“ war eigentlich zu den Verbesserungen der vorangehenden Frage gemeint. Die Antworten bezogen sich allerdings eindeutig auf das Sehproblem an sich oder auf Verschlechterungen. Verbesserungen scheinen auch nur bei der Beantwortung der Fragen schwierig zu sein. Von den 37 Antworten bezogen sich also 12 klar auf belastende Lebenssituationen wie Wechseljahre, Mobbing, Minderwertigkeitsgefühl, Angst vor der Zukunft, Trauer, Stress, autoritäre Lehrer, „dass es mich immer mehr hineinzog“, Rückzug. 7 Personen bezogen sich auf körperliche Ursachen, Schilddrüsenstörung, Hirnschlag, Unfälle. 3 Personen sahen die Ursache in Vererbung und für 9 Personen war das Alter schuld, wobei einige dieser Personen noch keine 50 Jahre alt sind.

Bei Frage 4. „In welchen Situationen/wann sehe ich besser?“ geben nur 3 von 39 Personen an, dass sie hier nichts zu sagen haben, 9 Personen sehen bei Sonne und gutem Licht besser und 27 Personen sehen besser wenn sie entspannt sind, Freude haben, in den Ferien, in der Natur, beim Spazieren gehen, wenn sie regelmässig Übungen machen, ausgeruht oder in der Natursind, nach Erkenntnissen, Gebet oder Meditation. Von 32 Personen geben 24 an, dass sie solche Situationen sehr wohl herbeiführen können, 4 nur teilweise und 4 gar nicht. Ein Zusammenhang zwischen beeinträchtigtem oder verbessertem Sehen mit Stress oder Entspannung ist eindeutig ersichtlich, genauso wie psychosomatische Kontexte.

4. Depression

4.1. Entstehung, Symptome/Verhalten

In der folgenden Beschreibung beziehe ich mich auf die Internationaler Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel 5, F32 werden Depressive Episoden (vgl. Dilling H., Mombour W. & Schmidt M.H., 2000) sowie auf die Unterlagen aus dem Institut für Atempsychotherapie von Stefan Bischof (vgl. Bischof St., 2004)

Depression kann einfach umschrieben werden als „Unfähigkeit zu trauern“. Dörner/Plog (vgl. Dörner K. & Plog U., 1996) beschreiben den Depressiven als den „sich selbst und andere niederschlagenden Menschen“. Weitere Autoren schreiben über den oft langen und schwierigen Leidensweg mit Depression und wie depressive Verstimmungen oft schwer zu erkennen sind und wie mühsam der Umgang mit ihrer Umwelt sein kann (vgl. Hell D., 2003; Treppner P., 1996; Woggon B., 1999; Nuber U., 1991; Lütz M., 2011).

Über die Entstehungsmodelle von Depression zitiere ich aus den Unterlagen aus dem Institut für Atempsychotherapie von Stefan Bischof (vgl. Bischof St., 2004):

Die Psychoanalytische Annahme:

Die psychoanalytische Annahme lautet, dass ursächlich am Entstehen einer Depression ein früher Verlust der Bezugsperson steht bzw. die Versagung primärer Bedürfnisse mit entsprechend spezifischen Reaktionen. Z.B. das Kind weint, hat Wutausbrüche, die Mutter kommt nicht oder nicht im für das Kind notwendigen Ausmass, das Kind weint weiter, wird erschöpft, fällt in Verzweiflung. Es folgen Wechsel von Verzweiflung und Hoffnung, um dann das Interesse an der Mutter zu verlieren, sie womöglich nicht mehr wieder zu erkennen. Weitere scheinbar unmotivierte Wutausbrüche sind möglich. Es bleibt das Gefühl, nicht bzw. nie genug erhalten zu haben, fixiert in der oralen Phase bis etwa 2 Jahre, ein grundlegendes Mangel-Gefühl: Ich bin immer zu kurz gekommen. Die Erfüllung wird ausserhalb des Selbst, durch andere gesucht. Der Mensch bzw. sein Leib, speziell der Bauch- und Herzraum muss wieder mit Atem aufgefüllt werden, um den Mangel aufzufüllen.

Die bioenergetische Annahme von Lowen:

Nach A. Lowen fehlt es dem Depressiven am Glauben an das Sein und er gleicht diesen Mangel durch Tun aus. Oft mussten Depressive früh ihre Kindheit aufgeben, um Erwartungen zu erfüllen und Anerkennung zu erhalten, sie sind daher oft sehr pflichtbewusst, exakt und fleissig.

Lowen Sieht Depression als Konflikt zwischen Liebe und Hass gegenüber dem Liebesobjekt. Gemäss Lowen ist infolge des Gefühlsverlustes die Energieladung im Körper zusammen gebrochen. Wutreaktion auf Verlust ist eine normale Reaktion auf Schmerz. Gefühl und Energie werden von der Körperoberfläche abgezogen und im Muskelapparat konzentriert. Es entsteht bei Schmerz keine normale Entladung durch Wut/Weinen/Schluchzen sondern Blockierung. Dadurch ist es unmöglich, auf die Welt zuzugehen, um Lust zu erleben. Im Extremfall wird die Wut im Suizid gegen sich selbst gerichtet, mit dem unbewussten Wunsch, den Menschen zu zerstören, der für diese Gefühle verantwortlich ist. Der Ausdruck von Trauer und Wut ermöglicht es, nach einem Verlust oder Schmerz weiter zu leben.

Burnout: und Depression:

Am 10. Februar 2011 erläutert Dr. Thomas Ingenbleek, Oberarzt in der Clenia Klinik Schlössli in Oetwil in einem öffentlichen Vortrag den Unterschied zwischen Burnout und Depression (vgl. Ingenbleek Th., 2011). Burnout ist keine gewöhnliche Arbeitsmüdigkeit sondern die negative Folge der beruflichen Beanspruchung. Die Symptome sind ähnlich wie bei Depression, es liegt ihnen jedoch keine psychologische Grunderkrankung zugrunde. Allerdings kann in manchen Fällen das Burnout in weiterer Folge zu einer Depression führen.

Dr. Thomas Ingenbleek weist weiters auf die enorme Zunahme von Depressionen hin, dass sie oft nicht erkannt, dadurch auch oft nicht behandelt wird und so die Gefahr der Chronifizierung oder von Suizid besteht, neben dem tiefen seelischen Leiden verbunden mit enorm wachsenden Kosten.

Symptome/Verhalten:

Die Palette der Symptome ist breit und bezieht sich auf drei Bereiche: Stimmung, Antrieb und Kognition.

Stimmung: niedergeschlagen, traurig, pessimistisch, grüblerisch, missmutig, ängstlich, sich Sorgen machen, freudlos, hoffnungslos, keine Zukunft, traurig, wenig Gefühlsausdruck, reizbar, allein sein, nichts und niemand kann mir helfen, Leere, ...

Antrieb: schlapp, wenig durchsetzungsfähig, Aggressionshemmung, passiv, bewegungslos, langsame Bewegungen, aber auch Unruhe, Agitation, Selbstverletzungen, Libidoverlust, wenig reaktionsfähig, Morgentief, alles wird extrem anstrengend und zum Müssen, Schweregefühl, reduzierte soziale Aktivität, erhöhte Ermüdung, erhöhtes Schlafbedürfnis, Rückzug, Isolation,...

Kognition: Konzentrationsprobleme, kompromissunfähig, rigide, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Ängste, Denkhemmung, leben in der Vergangenheit, Schuldgefühle, Suizidgedanken, unrealistische Ziele verfolgen, Glaubensverlust, Zusammenhänge gehen verloren, sich wie abgespalten fühlen, Sinnlosigkeit, ...

Körperlich kann sich das vielfältig zeigen: Unterspannung der Muskeln, flacher und langsamer Atem, Atemprobleme, Engegefühl, glanzloser Blick, Schlafstörungen, verminderter Appetit, vergrössertes Bedürfnis nach Süssigkeiten, Gewichtsab- aber auch -zunahme, Kopfschmerzen, Schwindel, Herzbeschwerden, Rückenschmerzen, Muskelschmerzen, Verdauungsstörungen, ...

4.2 Larvierte oder Versteckte Depression:

Gemäss ICD-10 F32.8 sind dies depressive Episoden, auf die die sonstigen Beschreibungen nicht zutreffen, die aber nach dem diagnostischen Gesamteindruck depressiver Natur sind. Beispiele sind wechselnde Mischbilder depressiver Symptome (vor allem somatischer Art mit diagnostisch weniger bedeutsamen Symptomen wie Spannung, Sorge und Verzweiflung, oder Mischbilder somatischer depressiver Symptome mit anhaltendem Schmerz oder Müdigkeit, die keine organischen Ursachen haben (wie sie manchmal in Allgemeinkrankenhäusern gesehen werden).

Die Symptome sind grundsätzlich die gleichen wie vorher angeführt, jedoch oft „nur“ leibliche Missempfindungen, oft schwer zu lokalisieren und schwer zu beschreiben. Diese stehen im Vordergrund, die Depression ist nur im Hintergrund fassbar. Dadurch wird sie auch oft nicht erkannt und demzufolge auch nicht behandelt. Dr. Ingenbleek bezieht sich in seinem Vortrag (Ingenbleek Th., 2011) auf Unterlagen, wonach in einer Allgemeinpraxis etwa 10 % der Patienten an einer (Larvierten) Depression leiden, aber nur 5% davon erkannt und 3 % behandelt werden. Die Dauer der Behandlung beträgt dann oft nur 3-4 Monate, während die Weltgesundheitsorganisation eine Behandlungsdauer von 12 Monaten vorsieht.

Der schwer Depressive leidet dermassen unter seinen Belastungen, dass er nicht mehr arbeitsfähig ist. Bei der Larvierten Depression aber geht der Alltag lange weiter, der Mensch funktioniert weiter, geht seiner Arbeit und seinen Verpflichtungen nach,

aber die innere Leere macht sich breiter, führt zu Einsamkeit, der Kontakt zu den eigenen Gefühlen geht verloren, die sozialen Kontakte nehmen ab, das Leben führt mehr und mehr zu Isolation bis Resignation.

Das Problematische an der Larvierten Depression, dass sie versteckt ist, oft übersehen wird oder nur die „äußeren“ Beschwerden (kurzfristig) erfolgreich oder auch erfolglos behandelt werden und der Mensch mit seinem Leiden nicht verstanden oder nicht ernst genommen wird. Wie bei Frau C, die nach dem Tod des Lebenspartners mehr als 10 Jahre nur mit enormen Kraft- und Willensanstrengung ihr Arbeitspensum bewältigen konnte, dabei sehr unter der von ihr so erlebten Ineffizienz und Durchsetzungsschwäche litt. Erst nach einem langen seelischen Leidensweg wurde die versteckte Depression erkannt. Das führte zu einer Neuausrichtung mit deutlich mehr Lebensqualität und Zufriedenheit und besserer Sehfähigkeit.

Eine zusätzliche Schwierigkeit, Larvierte Depressionen zu erkennen, zeigt sich in manchen Antworten meiner Klienten: Schwierige Situationen gehören doch zum Leben, damit muss man halt fertig werden. Einerseits stimmt das natürlich, andererseits ist es genau dieses „damit muss man halt fertig werden“ oder „man muss doch nur den Willen dazu haben“, das manchen Menschen das Unverstanden-sein und Allein-gelassen-werden umso deutlicher macht, sie zum Rückzug führt und ihre Belastung immer weiter wachsen lässt. So kann dieser Zustand über Wochen, Monate, sogar Jahre chronisch werden, und die Spirale nach unten dreht sich weiter.

4.3. Die Augen – das Tor zur Seele

Welch wunderschöne, klassische, romantische, gefühl- und seelenvolle Aussagen: Die Augen sind das Tor zur Seele. Die Augen lügen nicht. Die Augen zeigen den ganzen Menschen. Nicht nur in der Iris-Diagnose sondern in seiner lebendigen Strahlkraft zeigen sich Freude, Lebenslust, Neugierde und Faszination, Hass oder Verzweiflung, und dies alles in den vielfältigsten Nuancen. Schon das Neugeborene findet über den Blick zur Mutter das erste Beziehungserleben. Wer kann sich vorstellen, sich zu verlieben ohne einen Blick in die Augen der/des Geliebten? Im Blick zeigen sich Anerkennung oder Verachtung, widerspiegelt sich unmittelbar jedes Gefühl.

Dass Sehen und Schauen weit über die rein sensorische Wahrnehmung hinaus geht, darüber schreiben nicht nur die in Kapitel 2.2. genannten Autoren. Auch Sibylle Huerta Krefft weist auf Seite 72 ihrer Masterthesis „Check the Flow“ auf die grosse Bedeutung des Augenkontaktes hin (vgl. Huerta Krefft, 2006). Gerade im Kontakt mit einem Baby, wo Sprache vollkommen ausfällt und auch Gebärden begrenzt sind, wird das Auge zum Kommunikationsmittel, findet die Beziehung, der Austausch von Gefühlen über den Blick von Auge zu Auge statt.

Es kann doch auch kein Zufall sein, dass wir von „Kontakt“-Linsen sprechen!

Depressive Menschen verlieren den Kontakt zu ihren Gefühlen und zu den Mitmenschen, der Blick wird müde, wenig bewegt bis starr, er sieht immer weniger in sich und um sich herum, der Blick verliert seinen Glanz, wird trübe und leer, ausdruckslos. Auf der Beziehungsebene heisst das, der Kontakt zur Aussenwelt wird

reduziert oder abgebrochen, es entsteht der Rückzug nach innen. So wie jemand bewusst die Augen abwenden kann, um den Kontakt mit einer anderen Person abubrechen, so ist der Depressive nicht mehr in der Lage, den Kontakt aufrecht zu halten. Der „sich selbst und andere niederschlagende Mensch“, wie der Depressive auch genannt wird, schlägt auch seine Augen nieder.

Drei Viertel meiner Klienten haben angegeben, dass sie situativ besser sehen, wenn sie sich wohl fühlen und ausgeruht sind und sehen schlechter, wenn sie müde oder belastet, gestresst sind. 90% meiner Klienten gaben an, dass das erste Auftreten ihrer Sehstörung oder die Verschlechterung gleichzeitig mit einer besonderen Lebenssituation auftrat. Die Hälfte gab an, von dem Problem sei immer noch etwas präsent, die andere Hälfte bezeichnete es als bewältigt. Das Sehproblem tragen sie aber immer noch mit, wenn auch bei zwei Dritteln dank verschiedener Bemühungen Verbesserungen zu verzeichnen sind. Es mag auch durchaus möglich sein, dass in bestimmten Situationen es zuerst einmal eine Hilfe sein kann, nicht genau hinzuschauen, den Blick abzuwenden, darüber hinweg zu schauen, etwas zuerst einmal nicht wahrhaben wollen, kann der Blick getrübt werden, bis wieder genug Kraft zur Bewältigung vorhanden ist.

Wenn nun tatsächlich ein Zusammenhang besteht zwischen Sehstörungen und Larvierter Depression, ist es möglich, dass das Risiko besteht, dass die Depression weiter besteht, dass sogar die Brille, wie Andreas Stocker (vgl. Kapitel 3.5) angedeutet hat, den „Zustand“ erhält? Ich meine: ja, das ist durchaus möglich.

Dr. Mark Ebnetter, Oberarzt in der Clenia Klinik Schlössli in Oetwil, konnte mir im Telefongespräch am 21. Juni 2011 bestätigen, dass rein statistisch für Depressive ein erhöhtes Risiko besteht, im Alter an Demenz zu erkranken. Das gleiche Risiko besteht auch bei anderen schweren Krankheiten wie z.B. Krebs oder Parkinson.

In Demenz sehe ich, einfach ausgedrückt, den zunehmenden Verlust von Kontakt- und Beziehungsmöglichkeiten. Meine Folgerung ist daher: Durch eine bestimmte Lebenssituation entwickelt sich aus der ganzheitlichen Selbstregulierungstendenz des Menschen eine Sehstörung. Wird das Problem nicht bewältigt, so kann sich in weiterer Folge über die Zeit eine depressive Verstimmung bzw. Larvierte Depression entwickeln. Aus dieser wiederum erwächst die potentielle Gefahr von weiteren Verschlechterungen der Sehfähigkeit und/oder der Lebensbewältigung. So kann eine Larvierte Depression zu einer schwereren Depression werden und in weiterer Folge bis zur Demenz kommen. Oder es kann eine Grundlage für andere körperliche oder seelische Beschwerden und Krankheiten sein. Denn wenn der bewusst zugelassene Atem dauerhaft gestört oder beeinträchtigt ist, so wirkt das auf den gesamten Organismus. Dr. Ebnetter nannte meine Folgerung zwar „gewagt“. Ich stelle sie gerne zur weiteren Diskussion.

4.4. Was meine Klienten sagen

Bei den Fragen 3 und 4. „In welchen Situationen/wann sehe ich schlechter?“ und „In welchen Situationen sehe ich besser?“ überraschte mich, dass ein Viertel der Personen sich auf das Licht bzw. die Lichtverhältnisse, Nacht oder Sonne, Natur und frische, freie Luft bezog. Es ist ja eigentlich selbstverständlich, dass gutes Licht Voraussetzung für eine klare Sicht ist. Ich frage mich, ob es einen Zusammenhang damit hat, dass Lichttherapie erfolgreich gegen Depression eingesetzt wird? Licht wirkt erhellend, für Auge und Seele? Und das Dunkel macht noch manchem Angst.

Lebenssituation und würde mit der sozusagen offiziellen Korrektur nur neuerlich gestört. Oder sie spüren, dass die Brille nur eine symptomatische Hilfe ist, die das eigentliche darunter liegende Problem nicht berührt. Ich halte alle dieser Varianten für möglich und vielleicht gibt es auch noch andere oder Kombinationen.

Zu Frage 8: „Haben die Brille/die Kontaktlinsen für mich eine „seelische“ Hilfe, z.B. Schutz, Abstand, Sicherheit oder ähnliches oder anderes?“

oooooooooooooooooooo

oooooooooooooooooooo

Die Zuordnung zu „positiv/aktiv/neutral“ oder „eher belastend“ ist hier schwierig. Etliche Personen nennen die Brille in beiden Blickwinkeln oft als Abstand, Abgrenzung oder Schutz. Eine Person hat ohne Brille mehr Abstand und Sicherheit, eine andere mehr Schutz mit der Brille. Wenn die Brille hilft zu mehr Abstand, Abgrenzung, Schutz und Sicherheit, stellt sich meiner Meinung nach die Frage, warum das ohne Brille nicht möglich ist bzw. wie das ohne Sehhilfe zu erreichen wäre. In so einem Fall kann die Atempsychotherapie Hilfe bringen, wie an verschiedenen Stellen ausführlicher erklärt.

Für 17 Personen ist die Brille schlicht und einfach eine Bequemlichkeit, rein funktional und für jemand anderen unverzichtbar, ein Schutz vor Insekten beim Velofahren; oder ein „gag“, um sich zu verändern; jemandem verleiht sie einen intellektuellen Anschein und mehr Selbstbewusstsein oder Hilfe für Kontaktnahme oder, sie dient jemandem, um sein wahres Gesicht nur bedingt zu zeigen möchte. Für 22 Personen stört die Brille nur, bedeutet Schwäche, muss doch auch ohne gehen, streng dich an! eine körperliche Last, die an einer freien Atmung hindert; Krücke; mit Brille mehr Distanz; Hilflosigkeit; angewiesen/abhängig sein; notwendiges Übel; stört im Kontakt nach aussen, bin „hinter Glas“, Schutz vor seelischer Ausgestellttheit und Verletzung.

Frage 9: „Habe/Hatte ich schon Symptome, die an (larvierte/Versteckte) Depression erinnern? Wie stark? Wie häufig?“

42 Personen haben hierzu Angaben gemacht, eher wenig zu Stärke und Häufigkeit. Manchmal nur allgemein wie ich kenne jedes einzelne Symptom im Laufe meines Lebens, viele davon sind jetzt verschwunden, weil ich mit dem Hintergrund-Thema gearbeitet habe. Diese Symptome haben mir die Chance gegeben, in meinem Leben weiter zu kommen. Bezogen auf meine 60 Jahre habe ich alles schon mal erlebt, nie alles zusammen, nie in grossem Mass; immer wieder; hatte – heute nur noch Anzeichen dieser Probleme. Pro Person wurden zwischen 2 und allen 22 Beschwerdebildern angekreuzt, durchschnittlich 10 pro Person. Für jede Nennung habe ich einen roten Punkt gemacht zur besseren Übersichtlichkeit.

- oooooooooooooooooooo 14 schwer definierb. Missempfindungen
- oooooooooooooooooooo 24 depressive Verstimmung
- oooooooooooooooooooo 32 Erschöpfungsgefühle,
Ausgebrannt sein
- oooooooooooooooooooo 28 Unsicherheitsgefühle
- oooooooooooooooooooo 25 Angst vor Versagen
- oooooooooooooooooooo 21 grosse Anstrengung, Mühe vor
gar nicht so grossen Aufgaben
- oooooooooooooooooooo 19 grosse Willensanstrengung
- oooooooooooooooooooo 23 gedrückte, pessim. Stimmungslagen
- oooooooooooooooooooo 21 Vermeidung von Aggression

- oooooooooooooooooooooooooooo 23 Durchsetzungsprobleme
- oooooooooooooooooooooooooooo 22 Konzentrationsstörungen
- oooooooooooooooooooooooooooo 20 Schlafstörungen
- oooooooooooooooooooooooooooo 24 Morgentief
- oooooooooooooooooooo 13 Verstopfung
- oooooooooooooooooooooooooooo 18 Druckgefühle in Bauch oder Brust
- oooooooooooooooooooooooooooo 18 zugschnürte Kehle (Kloss im Hals)
- oooooooooooooooooooooooooooo 20 schwerer Kopf, Kopfreif, Kopfweh
- oooooooooooooooooooooooooooo 22 Rückenschmerzen
- oooooooooooooooooooooooooooo 23 Muskelschmerzen
- oooooooooooo 11 Potenzstörungen/Libidostörungen
- oooooooooooo 12 Appetitlosigkeit
- oooooooooooo 9 unerklär. Gewichtszu-/abnahme
- o 1 Ernährungsumstellung – 20 kg Gewichtsabnahme
- o 1 Mühe mit dem Aufstehen und geistigem Erwachen am Morgen
- o 1 vermehrtes Schlafbedürfnis,
- o 1 Süßigkeitengenuss/Schoggi bei Frust

Um auf Grund dieser Angaben klare Aussagen zu machen über Zusammenhänge mit (Larvierter) Depression wären sicher individuell noch mehr zu erfragen. Bei dem relativ hohen Durchschnittsalter meiner Klienten ist es ja durchaus im Rahmen, die eine oder andere an Depression erinnernde Beschwerde erlebt zu haben. Mir scheint trotzdem die Häufung markant, zumal pro Person durchschnittlich 10 Symptome angekreuzt wurden.

Noch zu Frage 9: „Meinen Gang und meine Körperhaltung beschreibe ich als:“

oo

oooooooooooooooooooooooooooooooooooo

Von 41 Personen nennen 20 wechselhafte Beschreibungen manchmal so/manchmal anders oder heute besser als früher oder konträr z.B. Gang schleppend aber Haltung aufrecht. Von 32 Personen nennen viele aufrecht, andere schwingend, leicht und fließend, sicher, offen, freudig; locker; zügig, selbstbewusst; leicht, beweglich, stolz; je nach Stimmungslage vital bis gemächlich; grazil, aber auch geerdet; achtsam, bestimmt, kraftvoll; nutze den Boden als Widerstandspartner, um Tonus aufzubauen. 25 Personen gehen eher schwer und schleppend, oft schlapp, schwerfällig; gehetzt, stolpernd, unsicher; lauernd; steif oder zögerlich. 10 Personen nennen gebückt, gebeugt, geknickt, nach vorne eingezogen, eingesunken, Kopf nach vorne; Schultern nach vorne eingerollt; nach vorne geneigt, „eingeruggelt“ – eine Haltung die schon an Depression erinnert.

Frage 10: „Fallen mir Zusammenhänge auf?“

oooooooooooo

oooooooooooooooooooooooooooo

Von 35 Personen sehen 13 keinen Zusammenhang oder haben noch nicht darüber nachgedacht. 22 sagen einfach ja oder ja sehr oder es ist aufgefallen, dass es Parallelen gibt zwischen „schlecht sehen“ und Depression“: beide führen zu Isolation und Problemen im Kontakt mit der Umwelt. Auch die körperlichen Empfindungen sind ähnlich; es hat schon damit zu tun, dass ich bei den seelischen Verletzungen wegschauen wollte, musste! Und: Tränen sind (fast) nur innerlich, sie fließen nicht; das Leben empfinde ich wie ein Netz, dessen Maschen immer feiner werden; ich will nicht gesehen werden –ich wurde nicht gesehen.

Frage 11: „Gibt es in meiner Familie ähnliche Geschichten, Wiederholungen über Generationen?“

Von 39 Personen sagen 12 nein oder keine Ahnung, nicht nachgefragt. 27 sagen zum Teil nur ja ohne näher zu beschreiben, worum es geht. 7 erwähnen Depression, Schwerkraft, depressive Verstimmung. 10 beziehen sich auf Sehprobleme, einzelne Personen berichten familiär von starke Sehstörungen und Depression, von Todesfällen durch Unfall, „Schlimmeres“ und andere nicht näher genannte ähnliche Muster; wiederholte Atemprobleme oder Stressempfindlichkeit.

Ein Optiker, der nicht näher genannt werden wollte, erzählte mir hierzu, er kenne ganze Familien, in denen alle Mitglieder mit der gleichen Sehstörung betroffen sind, dass sie „alle untereinander problemlos ihre Brillen austauschen“ können.

Frage 12: „Besondere Erfahrungen/Erkenntnisse seit dem Augen-Atem-Kurs“

Von 37 Personen sagen 6 nein bzw. keine oder keine wesentliche, der Kurs war gut aber keine besondere Erfahrungen und jemand sagt nein und trotzdem gleich anschliessend „übe oft“. Die anderen 32 Personen sagen unter anderem: nach dem 1. Kurs brauchte ich übers Wochenende keine Brille mehr; habe die Erfahrung gemacht, wie stark mich Farben beeinflussen, hat mir die Augen geöffnet zu mir selbst; mit Übungen lässt sich das Leben verbessern; nach dem Kurs war es bedeutend besser; ich atme täglich in meine Augen ; beim Autofahren atme ich viel bewusster; Bestätigung der Erfahrung; alles hängt mit allem zusammen; ich spüre meine Augen mehr; ich war beeindruckt, wie viel Augenübungen bewirken können; vor allem für Alterssichtigkeit hat es mir geholfen, guter Muskeltonus der Augen hilft besser sehen; Augen haben an Wichtigkeit zugenommen; im Freien fühle ich mich besser, mit der Kontaktlinse bewegen sich meine Augen weniger.

Ergänzend zu der letzten Bemerkung hat mir eine andere Klientin im persönlichen Gespräch noch berichtet, dass sie gerne die Übung des Schulterkreisens macht: Die Arme hängen locker und eine Schulter macht eine kreisförmige Bewegung nach vorne, hoch, hinten, hinunter. Der Atemrhythmus passt sich dieser Bewegung an. Einige Male eine Schulter, dann beide Seiten vergleichen und anschliessend die andere Schulter. Nun erzählte sie mir, wenn sie diese Übung macht, kann sie spüren, wie das (geschlossene) Auge jeweils diese Bewegung mitmacht. Und dann fiel ihr auf, als sie die Übung einmal mit Kontaktlinsen machte, dass die innere Bewegungsverbinding, die Resonanz von der Schulter zur Auge unterbrochen war. Das Auge bewegte sich nicht mehr mit.

Ich kann mir das nur so erklären, dass die Sehhilfe zwar das äussere Sehen perfektioniert, aber den inneren Kontakt unterbricht. Ähnlich wie der Blick durch das offene oder geschlossene Fensterglas auch von vielen als Kontaktunterbruch erlebt wird.

Frage 20: „Hat mir das Beantworten all dieser Fragen etwas verdeutlicht?“

Von 18 Personen sagen 4 nein bzw. nicht wirklich oder nichts Besonderes. 14 sagen ja, ooh ja! oder sehr; jemand meinte, sich erst jetzt bewusst das erste Mal mit dem Thema auseinandergesetzt zu haben. Dass allerdings einige Personen erwähnten, sie *müssten* doch wieder *mehr Disziplin* zum Üben aufbringen, sie wollen *versuchen, sich zu bessern*, dass sie wieder *mehr machen sollen* – das erinnert mich wieder an versteckte Depressionen. Der Freudenausbruch einer Person sollte aber auch angeführt werden: sitze hier, 21.30 Uhr, ohne Brille – Juchee!!!

Frage 20: „Hat es mir neue Erkenntnisse oder Anregungen gebracht?“

Von 27 Personen meinen 7 nein. 20 nennen u.a. Bestätigung, dass an mir arbeiten vieles zum Positiven verändern kann; ich finde es interessant, dass es Übereinstimmungen beim „schlecht sehen“ und „depressiv“ gibt, darauf wäre ich sonst nicht gekommen, muss darüber nachdenken, ob ich „versteckte“ Tränen weine; stures Gucken hat sich gelöst durch Abwechslung im Schauen. Empfinde die Sehstörung als innerliche Leere und überlege, was ich dagegen tun kann; achtsamer mit meinen und mit mir umzugehen; den Augen Sorge tragen, da sie ein wichtiges Organ zum Erfüllen meines Lebensplanes sind; den Augen geben, was sie benötigen; dass ich etwas tun kann, dass ich auch Eigenheilkraft habe; Nervosität und Stress belasten nicht nur mich sondern auch meine Augen.

Frage 21: „Was ich sonst noch sagen möchte“

25 Personen drücken hier hauptsächlich ihren Dank aus für die gemachten Erfahrungen beim Kurs und die spannenden, anregenden und neu motivierenden Fragen., „Woher den Willen, die Kraft nehmen? Vielleicht fehlte bisher auch jedes positive Ergebnis – fehlende Motivation“ (führt aber trotzdem an, seit 2006 täglich Übungen zu machen). 2 andere Personen machen noch bemerkenswerte Aussagen: „Wahrnehmung geht nicht nur über die Augen sondern auch über Intuition und fühlen, ich benutze dieses Sinnesorgan (Augen) nicht so sehr, gehe im Wald mit verbundenen Augen und brauche keine Führung. Brauche die Augen zum Lernen durch Lesen.“ Und „Schlecht zu sehen, finde ich nicht so schlimm. Vielleicht weil ich nicht ein sehr visueller Typ bin. Oft ist es spannend, schlecht zu sehen, weil die Informationen über die Augen im Hirn zu einem Bild ‚gemacht‘ werden, welches überhaupt nicht mit der Realität übereinstimmt. Schlecht zu sehen macht vieles weicher, mit der Brille ist alles scharf umrissen und hart. So sind z.B. die Sterne ohne Brille grösser!“

5. Konzept für Augen-Atempsychotherapie

Das Konzept gilt gleichermassen für Kurse wie für Klienten in der Einzelbehandlung. Im Augentraining auf Basis der Atemtherapie hatte ich einige grundsätzliche Themen behandelt und die Sammlung gelenkt auf:

- Beweglichkeit der Augen-, Gesichts- und Nackenmuskeln,
- Nah- und Ferneinstellung der Linse,
- Verbindung der Augen mit dem ganzen Körper von Fuss bis Kopf,
- Vokalatem, insbesondere Verbindung Füsse-Wirbelsäule-Kopf-Augen,
- Standfestigkeit, Aufrichtung und Haltung, Stabilität,
- Verbindung unten-oben und rechts-links,
- Psychosomatik, seit wann besteht die Sehstörung, aus welcher Situation heraus,
- Bedeutung der Augen als Kontaktorgan, Raum geben
- Farben sehen und ihre Reaktion auf den Atem.

Diese Themen wurden in verschiedenen Übungen erarbeitet, wobei es vor allem um die Wahrnehmung der Empfindungen ging, aber auch der Austausch der gemachten Erfahrungen ausreichend Raum fand. Mit der Erweiterung und Vertiefung durch die Atempsychotherapie (APT) kann ich genau die gleichen praktischen Übungen anleiten, jedoch werden zusätzliche Bereiche im Unterricht/in der Einzelbehandlung bewusst eingesetzt bzw. bewusster angesprochen:

- Beziehung
- alle 4 Wahrnehmungsebenen empfinden-fühlen-denken-intuieren
- Widerstand
- Projektion
- Psychosoziales Umfeld
- Übertragung und Gegenübertragung
- Psychosomatik
- Regression und Progression
- Stärkung der Ich-Kraft
- würdigen, spiegeln, begleiten, aufnehmen, konfrontieren, deuten, interpretieren

Weiters fließt das Behandlungskonzept der APT für die larvierte Depression ein:

- archetypische und weitere Atem- und Bewegungsübungen, um die Schulung des Kontaktes zu sich selber zu fördern, die Ich-Kraft zu stärken, im Hier und Jetzt zu sein,
- Übungen mit dem Absteigenden Atem, um zuerst ganz unten, in der Depression anzukommen. (Die Depression wird also zuerst eher verstärkt, da der absteigende Ausatem vorerst versacken kann.), anschliessend
- Den Boden als tragend erfahrbar machen, dann kann auch der Atem wieder aufrichten.
- Den zugelassenen Einatem als geschenkte Nahrung erleben lassen, um aus dem Mangel zu kommen.
- Impulse aufnehmen, bewusst machen und dadurch auf Bedürfnisse hinführen.
- Nähe-Distanz-Wahrnehmungsübungen
- Ausgleich des Muskeltonus, d.h. Arbeit an einer guten Spannung, Aufrichtung, am Stehen, der Selbständigkeit, sich bewusst werden, wo die Energie (auch der Augen) verloren geht, wo der Atem versackt.
- Strukturübungen zur Stärkung der Ich-Kraft.
- Arbeiten an Richtung und Aufrichtung, Abgrenzung, Grenzen, Autonomie.
- Tonusregulation.
- Vertrauensbildende therapeutische Beziehung (Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung)
- Bejahender Umgang mit Gefühlen, sie nicht nur bewusst machen und reflektieren sondern auch damit arbeiten z.B. die Wut ausdrücken lassen im Rollenspiel oder in der Beziehung zur Therapeutin, mit Blickkontakt, über Bewegung, die Stimme usw. als Schulung des zielgerichteten, (aggressiven) männlichen Elements und Unterscheidung zum hingebenden (nachgebenden) weiblichen Element.
- Psychosomatische Zusammenhänge erkennen, den Kontext zu den frühen Beziehungspersonen und die damit verbundenen Verletzungen, Gefühle wieder erleben und die dahinter liegenden Bedürfnisse ausformulieren, in die Biografie einordnen können.
- Wiedererlangen der Fähigkeit zu Trauern und für sich selber zu sorgen anstelle dies von anderen zu erwarten

Um auch im Gruppenkurs den Teilnehmern einen *individuellen Beziehungsrahmen* anzubieten, hat es sich bewährt, dass jeder mit seinem Hocker den eigenen Platz im Raum findet, an dem er sich wohl und sicher fühlt. Ich gebe nie einen Kreis für die Teilnehmer vor, zum einen da ich selbst dabei den *Blickkontakt* zu meinen direkten seitlichen Nachbarn eingeschränkt erlebe. Aber auch *narzistisch verletzte Menschen* aus der Gruppe, besonders wenn sie im *Minderwert* sind, fühlen sich besonders am

Anfang leicht ausgestellt und nicht so wohl alleine in der Linie des Kreises. Jeder kann seine ganz *individuell richtige Distanz* zu mir als Kursleiterin finden. Zurückgezogene oder *versteckt depressive Menschen* werden dabei schon zum aktiven Finden ihres Platzes veranlasst. Hier wird auch immer wieder der *räumliche und seelische Rückzug* deutlich, findet sich doch in fast jedem Kurs jemand ganz hinten, der dann, wie Frau B. doch noch reklamiert, „aber von hier sehe ich Sie ja gar nicht mehr!“

6. Fallbeispiele

Die Aussagen der KursteilnehmerInnen sind, jeder für sich eine persönliche Fallgeschichte, die unterschiedlich starke Zusammenhänge zwischen Sehstörungen und Larvierter Depression erkennen lassen. Die vorher ausführlich angeführten Antworten zeigen für mich deutlich ein Übermass in Richtung Larvierter Depression.

So leidet/litten mehr als die Hälfte der 42 Personen, die Symptome angekreuzt haben (also mehr als 21 Personen) an mehr als der Hälfte der angeführten Symptome (mehr als 11 von 22 Symptomen). Die Kontakte kamen ja immer über das Thema „Augen“ bzw. „Besser sehen“ zustande. Bei praktisch allen Antworten im Fragebogen wie auch wenn jemand in der Einzelbehandlung war, ging es um auf Larvierte Depression hinweisende Symptome: Rückzug, Resignation, Angst, Unsicherheit, Gedankenkreisen, Trauer, nicht ausgedrückte Kränkung, Ärger und Wut. Die Begrenztheit erkennen, Halt, Stabilität und Ich-Kraft entwickeln, sich zentrieren und gleichzeitig nach aussen gehen können, sich wieder bewegen und die eigene Überzeugung vertreten und wieder selbständig handeln – all das war etlichen ein bereicherndes Ergebnis aus der APT. So wurden auf die Frage nach der Besserung ja auch viel mehr die seelische und allgemeine Verbesserung in den Vordergrund gestellt und der reduziert nötige Gebrauch der Brille als die eigentliche Veränderung der Sehkraft.

Frau A und Frau K hatten einen mehrwöchigen, je einstündigen Augenkurs besucht und abschliessend eine individuelle APT-Einzelbehandlung. Frau K wurde in dieser Zeit bewusst, dass sie viel zu sehr immer nur für andere da war, sich vom Älter werden erdrücken liess. Nun konnte sie sich neuen Freiraum schaffen und zugestehen, Familie und Freunden Grenzen setzen. Frau A wiederum fand aus der Erschöpfung neue Standfestigkeit. Frau E nach einem Augentageskurs und einer Behandlung lernte ihre eigenen Leistungen zu würdigen und sich zu erlauben, dass es ihr gut gehen darf, auch wenn es manchen Menschen in ihrem Umfeld schlecht geht. Für Frau B war der Tageskurs und anschliessende individuelle Behandlungen ein weiterer Schritt aus einer Resignation bereits aus der Kindheit zu neuen familiären Beziehungsmustern. Verschiedene weitere Beispiele wurden bereits kurz angeführt, hier folgt eine ausführliche Beschreibung:

Fallbeispiel Frau N

Frau N, jetzt 60jährig und als selbständige Therapeutin tätig, hatte vor 4 Jahren, im Januar 2008, an dem eintägigen Atem-Augenkurs teilgenommen, weil ihr Bruder nicht alleine kommen wollte, der dann aber selbst wegen einer Erkrankung nicht dabei sein konnte. Als ich im Mai 2010 alle Kursteilnehmerinnen mit dem Fragebogen zu meiner Umfrage anschrieb, retournierte Frau N. diesen ausgefüllt:

Frau N ist seit der Jugend kurzsichtig, inzwischen etwas weitsichtig. Sie trägt eine Brille mit rechts -4,74 und links -4.00 Dioptrien. Ganz nah und mittelnah sieht sie gut. Diese Jugendzeit war geprägt von familiärer Überforderung, auch heute sieht sie noch schlechter bei seelischer Belastung, Müdigkeit und nach viel Arbeit. Die Brille ist ihr eine gute Sehhilfe und Abgrenzung zu sich selbst und der Aussenwelt. Das seinerzeitige Problem hat sie bewältigt mit Rückzug nach innen. Die familiäre Situation belastet immer noch, Frau N hat aber durch Psychotherapie im Laufe der Jahre gelernt, sich abzugrenzen, ihre Emotionen zu klären und gut für sich zu sorgen. Erleichterung bringen ihr auch Atemübungen, Gebet und Meditation.

Beim Thema „schlecht sehen“ oder „Sehstörung“ denkt Frau N an gesellschaftliche Isolation und Unklarheit, fühlt Trauer und Einsamkeit, empfindet Müdigkeit und sieht das Bild eines isolierten Blinden, der sich tastend und hilfsbedürftig seinen Weg sucht. Beim Thema „fühlen“ oder „Gefühle“ denkt Frau N. an Totstellreflex, aber auch an Tanz und Liebe, fühlt Angst, Trauer, nochmals Trauer, Liebe, Wut und Hass. Sie empfindet Wärme, Hitze und Kälte, Schweiß, kribbeln, Enge, feuchte Hände, Anspannung. Es kommt ihr aber auch das Bild eines Herzens, eines kleinen Kindes und eines Liebespaares. Beim Thema „depressiv“ oder „Depression“ denkt Frau N an ihre Eltern, an Not und ein dunkles Zimmer, tot und unlebendig. Sie fühlt sich hilflos, jämmerlich, erschöpft, aggressiv, wütend und verzweifelt, sie empfindet Schauer, Schläffheit, Anspannung, aber auch Willensstärke und es kommt ihr der Impuls wegzugehen und sich zu schützen.

Bei den an versteckte Depression erinnernden Symptomen kreuzt Frau N fast alle an, etliche hätte sie nur gelegentlich, andere heute weniger als früher. Öfters kennt sie jedoch Vermeidung von Aggressionen, da bekommt sie Angst, und bei Durchsetzungsproblemen wird sie wieder „zum kleinen Mädchen“. Schwerer Kopf und Kopfweg begleiten sie schon länger. Gang und Haltung beschreibt Frau N als leicht nach vorne gebeugt, sie hat gelernt, den Boden als Tonus-aufbauenden Widerstandspartner zu nutzen. Familiäre Ähnlichkeiten: Ihre Tochter sieht genauso schlecht wie sie und hat die gleiche Haltung wie sie früher. Die Mutter von Frau N sieht am linken Auge fast nichts.

Frau N hat nach dem Kurs selber immer wieder Atem-Augenübungen gemacht, z.B. Bewegen des Blickes und der Augäpfel im Atemrhythmus, Palmieren und mit dem imaginären Pinsel auf der Nase malen (zur feinen, lösenden Bewegung der Gesichts-, Hals-, Nacken- und Schultermuskulatur) und baute die Übungen auch in die eigenen Therapiestunden ein. Sie selbst erlebte dabei kurzfristige Entspannung in Kopf und Augen. Am intensiveren Üben hinderte Frau N nach eigene Aussage die „schwache Diszipliniertheit“.

Dieser Widerstand gegen regelmässiges, intensiveres Üben wurde ihr durch den Fragebogen bewusst, denn Frau N erkannte klar Zusammenhänge zwischen ihrer anatomischen Sicht bzw. Fehlsichtigkeit und persönlichem seelischen, belastenden Erleben und Erfahrungen. Mein zusammenfassender Bericht über das Ergebnis der Fragebogen weckte zusätzlich das Interesse von Frau N. Sie wollte nun mehr darüber erfahren, ob eine Besserung ihrer Sehfähigkeit wirklich möglich sei, und entschloss sich zur weiteren individuellen Behandlung für Augen-Atempsychotherapie, wobei manchmal andere Themen scheinbar mehr im Vordergrund standen, das Thema „Augen“ doch immer im Fokus blieb.

1. Behandlung 19.10.2011 (90 min)

Frau N sieht zur Zeit schlechter, sie kann ohne Brille gar nicht mehr lesen. Sie führt es auf aktuellen Stress in der Familie zurück, durch besondere Gesundheitsbelastung der Eltern und damit verbunden auch Konflikte mit der Schwester. Frau N will sich abgrenzen und wehren und fühlt sich orientierungslos. Sie spürt ihren Konflikt zwischen Rückzug oder „beinhardter Entscheidung“. Eine besondere Erkenntnis zieht Frau N aus der Wahrnehmung mit bzw. ohne Brille. Ohne Brille spürt sie sich im Rückzug, bequem und sicher, die Welt sieht sie nur weich und mit weniger Konturen. Sobald sie die Brille aufsetzt, wird ihre Haltung aufrechter, sie sieht alles scharf und klar, fühlt sich aber auch anderen Blicken ausgesetzt, fühlt sich aggressiv aber auch wehrhaft. Die Brille gibt ihr das Bedürfnis und die Fähigkeit zur Kontrolle. In der Gegenübertragung fühle ich deutlich die unterschwellige Aggression. Ich deute die Aggression als Zeichen ihrer Ohnmachtsgefühle. Frau N geht in Widerstand und lehnt eine Übung zur inneren Stabilität und aufrechten Haltung ohne Brille vehement ab. Ich deute den Widerstand als ihr Bedürfnis, ihre Aggression zum Ausdruck bringen zu wollen. Indem ich darauf eingehe bleibt die Beziehung weiter lebendig und ich lade sie ein zu energiegeladenem, energisch-festem Springen auf den Boden – das lässt Dampf ab, sie nimmt das gerne an, und ich kann sie damit auch zu geerdeter Bodenhaftung, Stabilität und Sicherheit führen. Daneben wird durch das temperamentvolle Hüpfen ihr anfänglich im oberen Raum flacher, zurückgezogener Atem jetzt kräftig, frisch und lebendig, breitet sich im ganzen Körper mit Eutonus aus, und Frau N freut sich auf die nächste Stunde.

2. Behandlung 7.12.2011 (90 min)

Die Wahrnehmungsebene von Frau N. liegt vornehmlich auf der Gefühlsebene, in zweiter Linie bei der Intuition, dem bildhaften Vorstellungsvermögen und Bewegungsimpulsen. Heute scheint sie gefangen in der Verzweiflung über ihre aktuell problematische familiäre Situation. Sie erzählt in einem Redeschwall ohne Unterbrechung. In der Gegenübertragung spüre ich Ihre Zerrissenheit zwischen den eigenen Bedürfnissen und der Abgrenzung gegenüber ihrer Familie. Ich unterstütze ihren Ausatem-Redefluss und lasse sie wiederholt bewusst laut seufzen. Dieser vorne absteigende Ausatem führt in die Tiefe und in Folge zur Aufrichtung. Übung zur inneren Aufrichtung und Stabilität, ebenfalls im Tönen der Vokale u-o-a-e-i - i-e-a-o-u nimmt sie dankbar an. Sie fühlt ihren Atem und sich selbst verbunden von den Füßen bis zum Kopf, vom Kopf bis zu den Füßen. Ihre Augen fühlen sich freier und leichter.

3. Behandlung 16.1.2012 (60 min)

Frau N nimmt sich heute mit einem „verwuscheltem Dickkopf“ wahr, mit Angst im Hinterkopf/Hinterhals. Sie erzählt aufgewühlt von Schlägen auf den Kopf in der Kindheit und von zwei schweren Unfällen mit Mofa und Velo, wo sie mit dem Kopf aufgeschlagen ist. Sie möchte diese unangenehmen Empfindungen und Gefühle los werden. Ich biete ihr dazu einige konfrontative Übungen direkt zu der betroffenen Stelle: lösen der Hals-/Nackmuskulatur im eigenen Atemrhythmus mit feinem Kopfnicken, dann Schultern vor/zurück bewegen, spürbar bis ins Steissbein, die Bewegungen immer noch feiner, sanfter, fast nur noch in der Vorstellung. Frau N wird ruhiger und beginnt zu erzählen: Bei der kürzlichen Trauerfeier nach dem Verlust eines nahe stehenden Menschen konnte Frau N erkennen, wie auch bei dieser Übung, dass Weichheit nicht nur Schwäche sondern auch Stärke sein kann.

Die Atmosphäre hat deutlich gewandelt von der anfangs gefühlten Angst zu neuer Lebendigkeit. Frau N. erzählt nun von einem überraschenden Flirt zu Silvester und die Gegenübertragung zeigt deutlich den Bewegungsdrang von Frau N. Wir springen und hüpfen wieder, Arme und Beine bewegen sich in den Raum hinein. Diesmal ist es nicht Aggression wie letztes Mal sondern spürbare Lebensfreude und kreativem Tatendrang. Frau N sieht sich wieder als das kleine Mädchen von seinerzeit, das sich damals manchmal belastet und ausgeliefert fühlt, aber das *leben* will. Jetzt fühlt sich Frau N aufrecht und gerade und trägt das Bild vom „rosaroten Marzipan-Schweinchen“ mit nach Hause. Für sie ist das ein Symbol für das gute Gefühl von Weichheit und Lebendigkeit. Ich deute es als vorübergehende Regression in die glückliche Kindheit, die ihr eine gute Portion Optimismus in die Gegenwart überträgt.

4. Behandlung 21.2.2012 (60 min)

Die aktuell schwierige Situation mit den Eltern verlangt geschwisterliche Zusammenarbeit, Frau N erlebt es jedoch eher als Konkurrenzkampf mit der „schon immer verlangenden Schwester“, ohne die eigentlich ersehnte harmonische Schwester-Beziehung. Durch gegenseitiges aneinander drücken der Handflächen zwischen Frau N und mir erkennt Frau N ihre Projektion gegenüber der Schwester und wie sie selbst über lange Zeit den Druck aufrecht erhalten hat. Mit mehreren tiefen Seufzern kann sie von der Projektion Abstand nehmen, der absteigende Ausatem verhilft ihr zu neuem Aufrichten. Anschliessend kann der Einatem freier einströmen.

Aus der ursprünglichen Aufregung, Aggression, sturem Festhalten am eigenen Standpunkt entwickelt sich durch das verbale und vor allem durch das „handliche“ Spiegeln eine Bewegung, aktiver Kampf und zuletzt Lösen, Lockerung und Befreiung, eine Ahnung von Sanftheit und Weichheit, eine Annäherung ihres scharfen, aggressiven Sehens mit Brille zu dem sanften, weichen Sehen ohne Brille.

5. Behandlung 26.3.2012 (60 min)

Der Flirt seit Silvester entwickelt sich im Spannungsfeld von Ungeduld, ziehen und drängen einerseits und gleichzeitig deutliche Abwehr gegen eine mögliche Nähe. Wie seinerzeit als Kind gegenüber der Mutter: das Bedürfnis nach zärtlicher Hingabe und der Angst vor der Verletzung durch deren Krankheit bedingtes plötzliches weggestossen werden. In der Gegenübertragung nehme ich den Druck im Kopf wahr, der Frau N seit vielen Jahren körperlich begleitet, genauso wie der seelische Beziehungskonflikt. Im Spiel mit dem Theraband wird Frau N nochmals deutlich, dass eine zwischenmenschliche Beziehung für alle Beteiligten unzählige variable Gestaltungsmöglichkeiten hat, nicht nur entweder festhalten oder loslassen, klammern oder aufgeben. Aus einem Bach-Blüten-Kartenset zieht Frau N die Karte für „Vertrauen – Furchtlosigkeit“. Überrascht erkennt sie den bisher öfters erlebten Mangel an Vertrauen zur eigenen Wahrnehmung und Furchtlosigkeit gegenüber der nötigen oder zu starken Abgrenzung gegenüber manchen nahe Stehenden. Auf die Frage, was mich so sicher mache, dass fehlsichtige Augen wieder korrigiert werden können, konfrontierte ich Frau N mit der Aussage: „*Man* kann, dafür gibt es genug Beispiele, Literatur und eigene Erfahrung, ob hingegen *sie* es kann, das bleibt offen, aber *möglich ist es.*“ Diese Konfrontation und die Erkenntnis von den unendlichen Möglichkeiten im Gegensatz zum entweder-oder in Beziehungen übertrug Frau N auch auf ihre Augen und den Gebrauch ihrer Brille. Sie konnte den lange gelebten Widerstand überwinden und beschloss zu experimentieren mit Palmieren und der Liegenden Acht über den Augen.

6. Behandlung 16.4.2012 (120 min)

Aktuelles Anliegen: Kopfschmerzen, Druck im Kopf, Kopf fühlt sich an wie „verkrugelt“, klein, gespannt. Sie kennt das schon so lange und definiert ihr Behandlungsziel: sie möchte endlich *Frieden im Kopf*, dass ihr jemand immer den Kopf löst und eine beständige Verbindung zwischen Kopf, Hals und Rumpf entsteht. Frau N berichtet zuerst von ihrer Erfahrung mit dem Palmieren. Sie musste sich die Fragen danach laut stellen, mit hörbarem Ausatem, um ihre eigenen Antworten zu hören, es brauchte ein vis-à-vis, gehört werden, Beziehung, wenigstens zu sich selber. Palmieren sei für sie, wie wenn ein Kind „guck-guck“ macht, es macht froh, sich verstecken zu können, sie fühlt sich geschützt. Wenn sie sich hingegen manchmal in Gedanken oder Gefühle verbeisst, ist der ganze obere Atemraum und Kopf fest angespannt. Palmieren hilft ihr, den Kopf zu entspannen, der Atem geht wieder tiefer, im Liegen kann der Kopf wieder gelöst ins Kissen abgelegt werden. Und – sie sieht nachher mit freiem Auge besser. Vorher stumpfer Blick, nachher leuchten die Augen *und sie selber* mehr. Frau N hat zwischendurch wieder ihre alte Brille mit -3.00 Dioptrien hervorgeholt und sieht damit in der Mitte deutlich, am Rande wattig. Die neue Brille -4.74/-4.00 verwendet sie nur, wenn sie wirklich ganz scharf sehen muss.

Die Liegende Acht über den Augen machte Frau N sehr müde.

Sie Seh-Wahrnehmung mit/ohne Brille hat sich seit der 1. Behandlung vor ½ Jahr verändert. Damals ohne Brille weich, mit Brille Kontrollbedürfnis und –fähigkeit. Jetzt tritt der Wunsch nach klarem Sehen in den Vordergrund. Jetzt mit Brille in der Nähe stört die Brille, Frau N fühlt sich eingeschränkt im Haus, fühlt sich kindlicher, jünger und nicht ganz im Besitz ihrer eigenen Kraft. Ohne Brille in der Nähe entsteht das Gefühl, verletzlicher zu sein, aber auch sichtbar und erwachsener zu werden. Mit Brille in die Weite wird das Sehen schärfer, beim Blick durchs Fenster ist das egal, weil ja auch noch das Fensterglas da ist. Ich nehme diesen Hinweis auf und öffne das Fenster. Ohne Brille bei offenem Fenster wird für sie die Welt in der Weite unwirklich, Frau N fühlt sich unbeteiligt, es geht sie nichts an, der Atem wird flacher, Ohnmacht und Trauer tauchen auf, Resignation. Sobald Frau N die Brille aufsetzt, wird sofort alles klar, das Ohnmachtsgefühl ist weg, der Kopf hat Lust auf Visionen – aber der Atem geht noch mehr zurück.

Verblüfft über diese unterschiedlichen Wahrnehmungen betrachtet Frau N ihre Hand, ohne Brille. Da ist vertrauter Kontakt, die Hand gehört zu ihr. Der Oberschenkel gehört wie nicht zu ihr, erst mit der Berührung der Hand wird das Bein deutlicher, der Atem reagiert, wird tiefer und freier, das Herz wird aufgeregt, es entsteht das Bedürfnis, *mehr von mir zu erfahren, mich im Weichen spüren wollen*, auch ohne Brille entstehen durch die Berührung Konturen im Weichen. Mit nun geschlossenen Augen taucht Frau N ganz in ihre Innenwelt ein, und kann dann auch mit geöffneten Augen wieder Weichheit und Konturen zugleich erfahren, nicht mehr konträr. Ihr Atem entfaltet sich immer mehr, die Schultern, Hals und Nacken weiten sich. Nun wandert der Blick bis zu den Füßen, ohne Brille sieht sie schöne, schmale, schlanke Füße, befühlt sie, spürt und mag sie. Kaum hat Frau N die Brille aufgesetzt, wird der Blick kritisch, entdeckt sie zu eng zusammengezogene, angespannte Zehen, Unzufriedenheit erfüllt sie, die nur von der fühlenden Berührung der Hände etwas gemildert wird.

All das ist in einem Redefluss aus Frau N herausgesprudelt, sie ist vollkommen überrascht, begeistert und zugleich erschlagen von der Intensität der

unterschiedlichen Wahrnehmungen. Ich bin in der Gegenübertragung genauso mitgerissen und fasziniert und möchte die Beispiele fortsetzen. Da bemerke ich, wie Frau N. stockt. Sie muss das alles zuerst wiederholen, möchte es nochmals hören. Ich gehe auf ihr Bedürfnis ein, wiederhole und spiegle all ihre Aussagen, so kann Frau N. alles integrieren und ihr Resümee ziehen: Ein altes Gesetz in ihrem Leben seit der Kindheit war: *Erwachsene sind unverletzlich*. Jetzt kann Frau N erkennen, auch als Erwachsene darf sie verletzlich sein. Sie entdeckt eine neue Berechtigung, so sein zu dürfen: erwachsen, sichtbar und verletzlich, sie muss sich nicht mehr zurück nehmen. Mit etlichen tiefen Seufzern schreibt sie sich auf: weich, verletzlich, sichtbar, erwachsen. Sie selber hat aus dem Unterschied mit/ohne Brille erkannt, wie oft sie in der Angst vor der Verletzlichkeit die ersehnte Weichheit abgewehrt hat und wie sehr das vom Verhältnis mit der Mutter geprägt war.

Ohne Brille ist Ohnmacht da, Trauer, Resignation, nützt eh nichts, seh eh nichts, absacken, Trauerweide-Haltung, abschätzige Mundwinkel, frustriert. Brille aufsetzen – sofort als erstes aufatmen, schärfer und klarer sehen, aber Anstrengung und Spannung im Kopf, kein Freiheitsgefühl. Die Brille nimmt zwar das Ohnmachtsgefühl, aber die Spannung im Kopf bleibt und die Einengung im Brustraum. Die Brille richtet auf, macht „glustig“, gibt einen Handlungsimpuls, gibt Perspektiven und Zuversicht – aber der Impuls bleibt nicht haltbar, nicht fassbar, noch immer blockiert, besonders in Armen und Händen und es stellt sich die Frage: was mache ich jetzt? Frau N hat solche Ohnmacht schon oft erlebt.

Nicht nur das Sehen ohne Brille sondern auch das Berühren verhalf Frau N. dazu, Weichheit und Konturen, das Ich und die Aussenwelt zu verbinden. Der Tonus im berührten Bein änderte sich sofort gegenüber dem nicht berührten, wird lebendiger, kräftiger, dichter, klarer, das Bein wird deutlicher sichtbar. *Was zu mir gehört, sehe ich besser*.

Das Weiche/Runde ist angekommen – eine tiefe erfüllende Erkenntnis für Frau N.

Hausübung: Schriftlich notieren mit Datum/Zeit/Situation/Ort/wo/wie und die Erfahrungen im fühlen, empfinden, denken, intuieren und Reaktion des Atems bei:

1. Palmieren
2. Liegende Acht über den Augen
3. Mit Brille
4. Ohne Brille

*Aufzeichnungen von Frau N., Erfahrungen mit Palmieren und Liegender 8
17.4.2012, 10.00 Uhr, Praxisraum:

Ohne Brille: Körperkonturen verschwinden, schade, dass ich nicht deutlich sehe, fühle mich wohl in meiner Praxis. Mit Brille: Willenskraft, etwas zu tun, ich will arbeiten, Druck im Oberen Raum, vor allem rechte Seite, Ungeduld, das Sacrum ist nach vorne geschoben, zusammen gezogen.

Nach dem Palmieren, ohne Brille: das Weiche ist weniger tief, sumpfig, ich fühle mich wohl und leicht, mehr Konturen spürbar. Mit Brille: auffallend, der Kopf ist weicher trotz scharfer Sicht, das Müssen, das Ungeduldige sind weg. Ich arbeite ohne Brille an der Klientin, kann so viel mehr im Weichen bleiben. Eine neue Spannung später kann ich wieder loslassen, mein Thorax wird weit, ich kann weit und frei atmen, mein Rumpfenraum ist gross und gut gefüllt. Ich spüre die Seitenwände auffallend gut. Ich kann so meine überkritische Seite abbauen.

19.4.2012, 13.43 Uhr, Praxisraum:

Ohne Brille ist alles weich um mich herum, vertrauter das Weiche, ich bin müde, möchte am liebsten die Augen schliessen, im Hals wird es weiter, ich möchte den Kopf noch mehr entspannen, der Atem geht in den Hals. Ohne Brille in die Weite: ich staune, dass ich genügend sehe, ich kann über das Entspannen das Sehen regulieren, Seufzer entstehen während des Hinausguckens, ich bin nicht mehr so müde, das Draussen weckt Interesse, ich werde neugierig, das bleibt dann auch mit der Brille auf der Nase. Mit Brille: möchte sie am liebsten ganz weg legen. Ich fühlte mich so schön frei ohne dem Gestell auf der Nase und nach Draussen in die Weite gucken gab Lebenslust. Anspannen und Lösen im Kopf gibt etwas Kopfweh, ist anstrengend, mein Hals meldet sich mit Spannen und Entspannen.

21.4.2012, 21.31 Uhr, zu Hause im Wohnzimmer:

Ohne Brille: es zieht mich den Augen zur Stehlampe, zum Licht. Es macht mir nichts aus, alles unscharf zu sehen, weil mir ja alles vertraut ist. Mein Kopf fühlt sich leicht an. Wenn ich näher an mich schaue, wird es dunkler. Ich senke die Augen und werde müde. Jetzt möchte ich die Brille aufsetzen und wieder scharf sehen. Mit Brille bin ich wieder wacher und in Arbeitsstimmung, gleichzeitig spüre ich, wie meine Stirn sich zusammen zieht in der Mitte, ich meinen Kiefer leicht anspanne, mein Einatem wird kleiner, irgendwie kanalisierter, wie geradliniger, der Ausatem ist länger als der Einatem. Ich spüre Spannung im Hinterhaupt und einen gewissen Ärger. Ich denke, ich ärgere mich, dass ich nicht entspannt schauen kann. Ich versuche, bewusst meinen Kopf zu entspannen. Ich habe den Einfall, es ist mein Ehrgeiz, der mir die Augen/Stirne zusammen kneift. Ich spüre es auch zwischen den Schulterblättern. Sobald ich entspanne, geht mein Herz auf, ich sitze bequemer, weicher auf dem Stuhl und die Müdigkeit zeigt sich wieder.

Ich mache beide Übungen. Palmieren: Ich spüre ein mich Verstecken und eine Wut – das erstaunt mich, weil das Verstecken doch auch gut ist bzw. früher gut war. Mich stört die Ente unter dem Sternum. Wenn ich die Hände auf die Augen lege, kommt der Gedanke, ich will mich nicht mehr verstecken. Ich schnaube durch die Nase und lasse mich atmend in diesem Gefühl. Plötzlich ändert es sich, mein Zwerchfell löst sich und ich kann frei durchatmen. Da fällt mir auf, wie ich deutlich im Hals und Kopf Atembewegung spüre, die Arme werden ganz leicht und hängend. Diese Empfindung in dieser Körperhaltung ist neu für mich und ich genieße es, die Atembewegung durchgehend zu spüren. Wie ich die Hände von den Augen nehme, fällt mir auf, dass ich für einen kurzen Moment den Blumenstrauss vor mir auf dem Tisch viel deutlicher erkennen kann. Danach bin ich müde und gehe ins Bett. Meine Stimmung ist Zufriedenheit. Ich kann noch weiche Atembewegung spüren (ohne Hals und Kopf), es atmet sich leicht.

24.4.2012, 06.30 Uhr, im Bett, aufrecht sitzend:

Ich schaue zuerst ohne Brille im Zimmer umher, wenn ich ganz in die Nähe schaue, wo ich klar sehe, fallen mir die klaren Strukturen und Muster auf, es fühlt sich wohltuend an, ich spüre auch mich besser, deutlicher in meinem Körper. Das Weiche, Zerfliessende, je weiter weg ich schaue, kann ich geniessen, es hüllt mich ein. Das Schauen durch das Fenster hat etwas Unbeteiligtes, das da draussen geht mich nichts an.

Ich mache die Übungen: diesmal beginne ich mit der liegenden 8. Zu Beginn fällt es meinen Augen schwer, dem Finger zu folgen, Seufzer entstehen und ich werde ganz stark müde. Danach palmieren: mein Kopf ist ungewohnt leicht, meine Augen bewegen sich teilweise unkontrolliert und werden feucht. Ich genieße die Ruhe in

dieser Leichtigkeit. Wie ich die Augen öffne, stelle ich fest, dass ich weniger gut sehe, auch in die Weite, durchs Fenster. Ich gebe der Müdigkeit nach, lege mich hin, mein Kopf legt sich gerne ab, Seufzer kommen. Mein Bauch ist weicher geworden als vorher.

1.5.2012, 19.00 Uhr, in meinem Zimmer:

Ich bin seeehr müde, ohne Brille sehe ich alles ganz stark verschwommen. In die Weite schauen tut gut, weil es dort hell ist. Ich übe die Liegende 8 und Palmieren. Danach sehe ich immer noch unscharf, es scheint mir jedoch, dass es heller ist im Zimmer, auch sehe ich mit der Unschärfe besser. Ich merke, dass sich meine Stimmung gehoben hat.

2.5.2012, 15.00 Uhr, Praxisraum:

Ohne Brille in die Weite: das frische Grün der Pflanzen tut gut, erfrischt, gibt Klarheit. Im Raum habe ich den Eindruck ich sehe mit der Unschärfe relativ klar. Während dem Palmieren spüre ich, wie sich mein Hals und Nacken verdichten, viele Seufzer kommen und ich werde ganz müde. Danach sehe ich viel unschärfer. Schade.

Abschluss: Es bleibt dabei, manchmal sehe ich etwas besser, manchmal weniger gut nach der Liegenden 8 und Palmieren. Auf gefallen ist mir, dass es wichtig ist, den Arm und die Hand gut zu entspannen, wenn ich mit dem Finger um die Augen fahre, sodass ich auch im Nacken entspannt bin.

7. Behandlung 14.5. 2012 (90 min)

Frau N kommt mit grossem Schmerz und Gefühlsüberschwemmung, ausgelöst durch eine aktuell akute Problematik in der Familie. Die Intensität der Gefühle macht ihr grosse Angst. Mein Würdigen ihres starken Erlebens gibt ihr Vertrauen und sie kann noch ein weiteres Gefühl wahrnehmen und sich eingestehen: Scham, vor anderen zu ihren Gefühlen, Intuitionen und Wahrnehmungen zu stehen. Ich frage nach weiteren Gedanken, Empfindungen oder Impulsen. Statt einer Antwort spüre ich Spannung und Verkrampfen in meinem Innenraum und nehme aus dieser Gegenübertragung wahr, dass sie nicht weiter darüber reden möchte.

Ich akzeptiere diesen Widerstand und bitte Frau N auf die Liege. Ich lasse sie die Sicherheit und Halt gebende Grundlage des Bettes spüren und lege zur Unterstützung meine Hände unter ihr Kreuzbein, um bei sich anzukommen. In der Behandlung fördere ich die Verbindung zwischen Schultern und Füßen. Als ich dann eine Hand unter und eine oben auf die obere Mitte lege, löst das tiefe Emotionen und Weinen. Frau N hält lange meine Hand. Der Atem während der Behandlung äussert sich lange als tiefes, intensives Seufzen, danach beruhigt er sich. Wir bleiben einige Zeit in dieser Ruhe.

Frau N stellt fest, dass sie Ihre rechte Seite nicht spürt. Ich biete ihr eine Behandlung an, um beide Seiten zu verbinden: links und rechts stellvertretend für das emotionale Erleben und das klare Denken, für das Fühlen und „die Realität“. Frau N nimmt das begeistert an und auf, die beiden Seiten *konfliktfrei* zu verbinden. Frau N ist sehr aufgewühlt und tief im Inneren berührt nach dieser Stunde und möchte keine Hausübung.

Für mich zeigt sich auch hier der Konflikt, etwas Getrenntes zu verbinden, die Trennung (eventuell durch die Brille/Sehstörung?) aufzuheben.

Als wir einige Tage später den Termin für die nächste Behandlung vereinbaren, ist Frau N doch zu einer Übung bereit: verschiedene Mitmenschen, besonders nahe stehende, anzuschauen – einmal mit Brille, einmal ohne Brille, sei es direkt im

physischen vis-à-vis und/oder in der Vorstellung, und dabei auf ihre Empfindungen, Gefühle, Gedanken, Impulse und den Atem zu achten.

Frau N berichtet auch, dass sie nun regelmässig bei der therapeutischen Arbeit mit ihren Klienten die alte, schwächere Brille verwendet – das erlaubt, ermöglicht ihr ein weicherer, empathischerer Eingehen auf die Menschen.

8. Behandlung 19.6.2012 (60 min.)

Frau N. erscheint heute anders als sonst. Sie trägt einen auffallend schwarzen Pullover, hat eine aufrechte, stabile Haltung, wirkt grösser, ist klar in ihrer Sprache und Ausdrucksweise. Frau N sieht diesen Zyklus der Augen-Atempsychotherapie-Behandlung als abgeschlossen mit der Schlüssel-Erkenntnis aus der 6. Behandlung: „*Das Weiche/Runde ist angekommen.*“ Ein Bild drängt sich mir auf: Das wiederholt aufgetauchte „kleine Mädchen“ ist erwachsen geworden. Das zeigt sich auch im Wandel der auftauchenden Thematik in der folgenden Behandlung. Dazu wird Frau N weiterhin zur Behandlung kommen, inwieweit das Sehen dabei noch weiter eine Rolle spielt, wird sich zeigen. So ziehen wir Resümee über die bisherige Therapie. Über ihre Erfahrungen mit Palmieren und der Liegenden Acht über den Augen hat Frau N eine detaillierte Aufzeichnung mitgebracht, die nachfolgend wiedergegeben ist.

Im Abschlussgespräch erwähnte ich, dass ich leider nie dazu gekommen war, ihr eine besondere Übung zu zeigen, die "Übung mit dem Faden": Der Blick ist so nah wie möglich auf die Brust/das Brustbein gerichtet und wandert dann, wie einen sich aufrrollenden Faden entlang, cm um cm, weiter hinunter über Bauch, ein Bein, Zeh, über den Boden, durch das Fenster, durch die Landschaft, bis zum Horizont. Und dann vom am weitesten entfernten Punkt genauso langsam wieder, cm um cm, den Blick wieder wie am einrollenden Faden entlang wieder zurück führen bis zum Brustbein. Zweck der Übung ist, die Trennung durch das schlecht sehen bzw. durch die Brille zu überwinden, mich mit der Welt draussen zu verbinden und wieder zu mir zurück kehren zu können. Frau N kann sich sofort an diese Übung seinerzeit im Kurs erinnern und wie schwierig sie für alle war. Selbst jetzt meint sie, der Schmerz wäre zu gross gewesen, dieses Nicht-verbunden-sein oder – Sich-nicht-verbinden-können zu ertragen. Sie will in Zukunft dran bleiben, sich diesem Schmerz stellen und sich auf einen neuen, weiteren Prozess einlassen. Sie hat eben „noch mehr im Hinterkopf“, wie sie doppeldeutig sagt.

Resümee von Frau N:

Als Therapeutin war es für Frau N eine besondere Erfahrung, dass Empfindungen, Gefühle, eine breite Palette von Wahrnehmungen, sogar die Stärkung der Ich-Kraft (nicht nur über Füsse, Becken, Wirbelsäule sondern) auch über den Kopf und die Augen erlebbar sind. Sie erkannte die Bedeutung der Augen in der Ganzheit des Organismus und dass auch über die Augen der Mensch in seiner Gesamtheit angesprochen werden kann. Sie wird diese Erfahrungen auch in ihrer Arbeit einsetzen.

Persönlich konnte Frau N während dieser Zeit einige alte Glaubenssätze und überholte Über-Ich-Konzepte aufgeben, wie z.B. „*Erwachsene sind unverletzlich*“. Sie erlebt sich angstfreier und mit weniger Aggressionen. Ihrem Ziel „*Frieden im Kopf*“ zu finden, ist sie näher gekommen, es muss nicht mehr „jemand“ ihr die Spannungen im Kopf lösen sie kann das selber, denn ihr Denken und Fühlen wurde ausgeglichener, emotionsfreier. Weichheit und Struktur sind nicht mehr unvereinbare Gegensätze sondern wurden bewusster abrufbar integriert. Besonders berührend waren die Wahrnehmungsunterschiede von sich selber, ihrer Klienten und anderer

Mitmenschen, sogar der Umwelt, je nachdem, mit Brille oder „im direkten Kontakt“ ohne trennendes Glas dazwischen. In verschiedenen Lebensbereichen trägt Frau N jetzt die schwächere Brille und erlebt das ausgesprochen positiv. Sie vertraut ihren Wahrnehmungen und kann in der Familienthematik mit mehr Selbstsicherheit Nähe und Distanz regeln. Dass sich auch das Verhältnis zu ihrer Schwester von Konkurrenz zu Miteinander deutlich gewandelt hat, ist Frau N erst aufgefallen, als ich sie darauf ansprach - das war schon selbstverständlich.

Mein Resümee:

Von Aussenstehenden wird Frau N als beruflich engagierte, aufgestellte Frau gesehen in geordneten Verhältnissen, die ihr Leben in Ordnung und im Griff hat. Das hat sie auch. Aber daneben lebt auch noch die innere Seite. Zum Kurs seinerzeit kam sie fast unfreiwillig, zur Behandlung dann aus neu erwachter Neugierde und Interesse. Es war nie die Rede von Depression. Manche ihrer Symptome stehen jedoch durchaus in Korrelation zu Larvierter Depression: Druck im Kopf, Spannungen im Kopf und Hals, Rückzug (besonders ohne Brille), unterschwellige bis deutliche Aggressionen, unterdrückte Ängste, verzweifertes Bemühen und immerzu Müssen in der sich durchziehenden Familienproblematik, Ohnmachtsgefühle, mangelndes bzw. übertünchtes Selbstvertrauen, Gefühle von Trauer und Isolation, jahrelange Aufarbeitung durch Psychotherapie und eigene Therapie-Ausbildung. Alltägliche Beschwerden, wie sie unzählige Menschen jahrelang mit sich tragen, die sich aber im Laufe der Zeit summieren und verstärken können, wenn die Symptome ignoriert werden. Dank ihrer Bereitschaft, sich auf die Auseinandersetzung mit etwas so Selbstverständlichem wie einer Brille einzulassen, konnte Frau N bemerkenswerte Erkenntnisse und positive Veränderungen in ihrem persönlichen Leben und zwischenmenschlich-familiären Beziehungen gewinnen. Deutlich ist für mich auch die (teils weniger, teils mehr, teils gänzliche) Überwindung von Trennung in der Beziehung zu sich selbst und anderen, innen und aussen. In den 3 ½ Jahren vom Zeitpunkt des Augenkurses im Januar 2008, seit der Auseinandersetzung mit dem Fragebogen vor über einem Jahr und während der 9monatigen atempsychotherapeutischen Behandlungssequenzen hat Frau N ihre Sehkraft deutlich verbessern können, sie verwendet zunehmend die weniger starke Brille. Daneben hat sie in diesem Prozess ein wesentliches Verständnis über die psychosomatischen, depressiven Hintergründe und Zusammenhänge ihrer Fehlsichtigkeit gewonnen.

Die Erfahrung und der Erfolg mit Frau N bestärkt mich in meiner weiteren Arbeit über die Psychosomatik der Sehstörungen und damit verbundener Larvierter Depression und/oder weiteren Beschwerdebildern. Frau N beschrieb wiederholt, wie sie mit Brille mehr Wille und Durchsetzungskraft fühlte als ohne, auch wenn zugleich oftmals der Atem enger wurde und der Muskeltonus gespannter, sodass das Handeln und Umsetzen nur mit mehr Mühe und Anstrengung möglich war. Es scheint mir nämlich, als würde die Brille, genauso natürlich auch Kontaktlinsen, unbewusst auch als Mittel zum Zweck einer Mehrleistung eingesetzt. Was in weiterer Folge längerfristig zu Überforderung, Burnout und wieder Depression führen kann. Das ist meine Deutung, ich werde mich in Zukunft auch mit diesem Zusammenhang weiter beschäftigen.

7. Das Alter und die Gene

Da ein Drittel der Personen meiner Umfrage als Grund für ihr Augenproblem u.a. Alter bzw. Vererbung angeben möchte ich auch dazu etwas sagen.

Das Alter bringt Veränderungen mit sich. Manche sind einfach gegeben und nicht beeinflussbar, vieles kann aber doch zum Positiven verändert werden. Worauf ich hinaus möchte ist, dass wenig wirklich unumstösslich gegeben ist, nur weil die Anzahl der Lebensjahre zugenommen hat. Was natürlich zunimmt, ist die Summe der Anzahl unterschiedlichster körperlicher oder seelischer Belastungen, von denen die eine oder andere vielleicht nicht ganz behoben werden oder der Umgang damit nicht gut bewältigt werden konnte, und das kulminiert mit fortschreitendem Alter. Das ist aber wiederum individuell sehr unterschiedlich.

Das gleiche gilt für Erbanlagen. Klar, manche sind eindeutig. Aber manche kommen erst im Laufe des Lebens zum Ausbruch. Das früher oder später hängt da auch wieder von unterschiedlichsten, individuellen und äusseren Umständen ab. Auch spielt das ererbte Verhalten eine wichtige Rolle. Übergewichtige Eltern lehren ihre Kinder ein anderes Essverhalten als nicht übergewichtige. Zur Depression neigende Eltern werden ihren Kindern andere Problemlösungen vorleben als nicht depressive.

Wenn von vielen Menschen für ihre Beschwerden, sei es eine Sehstörung oder etwas anderes, „das Alter“ oder „die Gene“ genannt werden, so sehe ich so manches mal darin eine Umschreibung für „Da kann ich doch nichts dafür!“ oder „Da kann man halt nichts machen!“, oft genug auch ein Anzeichen von Resignation und Depression. Denn wenn das Alter und die Gene schuld an meinen Beschwerden, an meinem Leiden sind – Alter und Gene kann ich nicht ändern, dann bin ich dem schlicht und einfach ausgeliefert. Es gibt aber unzählige unwahrscheinlich gesunde und fitte 70, 80, 90 und sogar 100jährige. Ein wunderbares Beispiel ist Prof. Ilse Middendorf, die Begründerin des Erfahrbaren Atems, die kurz vor ihrem Tod mit fast 99 Jahren noch Kurse gab. Und wir sollten uns zuerst an solchen Menschen ein Beispiel nehmen und überlegen, was wir immer noch für die Verbesserung unserer Lebensqualität tun können.

Was ich damit sagen möchte, ist: es gibt altersbedingte Veränderungen wie z.B. das Wachsen oder die Fruchtbarkeit der Frau. Die Seh- und übrigens auch die Hörfähigkeit zähle ich nicht dazu. Denn es gibt genug Beispiele von älteren und alten Menschen, die gut sehen und hören. Gerade für Sehprobleme gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verbesserung. Ich meine, die Aufmerksamkeit auf versteckte Depression kann auch hier manches bisher Übersehene lindern oder heilen.

8. Erfahrungen eines Sehlehrers

Mitte der 1980er Jahre fing Franz Lüthi aus Henau an, Augentrainingskurse zu geben. Wo immer ich in der Schweiz von Augentraining hörte, war auch von Franz Lüthi die Rede. Er hat eine enorme Erfahrung, von der er mir in einem persönlichen Gespräch am 9. Juni 2011 ausführlich erzählte. Er hatte seine Ausbildung u.a. bei Janet Goodrich gemacht und sich in verschiedenen Komplementärmethoden weiter gebildet. Er gab nur selten individuelle Einzelsitzungen sondern generell Kurse,

zumeist 5x 2 Stunden pro Woche, manchmal Tageskurse oder Ferienwochen, manchmal gemeinsam mit seiner Frau Brigitte, Atemtherapeutin und Reiki-Lehrerin.

Seine Arbeit war nie therapeutisch ausgerichtet, daher konnte er direkt zu einem Zusammenhang von Sehstörungen mit Larvierter Depression nichts sagen. Ihm ging es bei seinen Kursen für die Teilnehmer vor allem darum, die Sehfähigkeit genauso wie Lebensfreude zu erhöhen bzw. wieder zu finden, ausser Atem zu kommen bzw. den Atem zu beleben, die eigene Energie zu spüren, von Müdigkeit zu Erfrischung zu finden, diese Erfahrungen von der Übung in den Alltag zu transferieren, und es sollte überall machbar sein.

So hat er in seinem Repertoire viele Bewegungs-, Atem- und Erfrischungsübungen, Förderung von Kreativität und Visualisierung, Summ- und Stimmübungen mit Vokalen und mit Konsonanten verbundene Vokalen, er bezieht den gesamten Körper ein (*„kein freier Blick ohne freie Augen, keine freien Augen ohne freien Nacken, kein freier Nacken ohne freies Becken“*). Eine seiner Lieblingsübungen ist der „Elefantenschwung“ - die Arme ausgestreckt nach vorne richten und aus sich heraus schwingen lassen auf jeder Seite einen Kreis, wie eine liegende Acht. Dabei bewegen sich auch die Augen rundherum, denn als erstes, sagt Franz Lüthi, sehen wir Bewegung, dann Farben und Formen, zuletzt kommt erst das Erkennen.

Es ist klar, dass die Brille eine wichtige Sehhilfe ist, doch auch Franz Lüthi schult das eigene Vermögen zu sehen. Denn seiner Meinung nach dient die Brille dazu, Sicht „zu konsumieren“, das macht unzufrieden und verlangt nach mehr. Die direkte „Original“-Sicht jedoch bedeutet, Sicht zu kreieren, fördert die Kreativität und Individualität.

Er nennt 2 Sehgrundsätze: „Wir sehen alles besser, was wir anschauen.“ Und „Wir sehen alles leichter, was uns vertraut ist.“ Über das Vertrauen und das Hinschauen kann also die Sicht gefördert und verbessert werden.

Franz Lüthi sieht auch Unterschiede beim Gang, so laufen kurzsichtige Menschen eher geneigt, und schauen eher zu Boden, kommen anderen Menschen leichter näher, während weitsichtige eher ein Hohlkreuz und den Kopf und Blick nach oben gerichtet und oft Angst vor Nähe haben (Siehe auch Kapitel 3.2) .

Bestimmte Lebenssituationen, in denen vermehrt Sehprobleme auftreten, sieht er beim Eintritt in die Schule, in der Pubertät, beim Schulabschluss und Einstieg ins Berufsleben, wenn die erste Liebe in die Brüche geht oder auch eine spätere Beziehung, die Midlife-Crisis und Wechseljahre. Er kennt aber auch zwei 93jährige, die ihr aktives Leben noch ohne Brille bewältigen.

Franz Lüthi erzählt von einem Sehtrainer-Kollegen in Wien, der Sehtraining in Schulen gibt mit vielfältigem Erfolg; bessere Konzentration, weniger Stress, bessere Integration und bessere Noten.

Japan sei übrigens das Land mit der höchsten Fehlsichtigkeit. Japan hat (neben der Schweiz) auch eine der höchsten Suizidraten!

Trotz seiner „nicht-therapeutischen“ Arbeit hat Franz Lüthi in seinen Kursen auch Psychologisches, Psychotherapeutisches und Psychosomatik integriert, wenn auch nicht direkt und gezielt. Die Rückmeldungen seiner Teilnehmer ähneln doch sehr

dem, was man über Verbesserungen bei Menschen mit Symptomen von larvierter Depression sagen könnte:

Bei vielen Menschen konnte er Veränderungen vom Kursanfang bis zum Kursende beobachten, wobei etwa 15 % der Teilnehmer den Kurs zwei -oder mehrmals besucht haben: Die Menschen sind nachher mehr gelockert, haben mehr Klarheit und Kraft in der Sprache, Reserviertheit wurde zu Offenheit, sie lächeln öfter und zeigen mehr Initiative – immer wieder sagte jemand, dass er/sie sich jetzt Dinge zutraue, die vorher lange Zeit nicht geschafft wurden; sie können heraus gehen aus der Entwertung, sich nicht mehr minderwertig sondern selbstbewusster sehen, oft bei Frauen, die sich zu Hause nicht als vollwertige Partnerin erlebt hatten; die Kleidung war weniger grau und dunkel sondern wurde bunter, die Körperbewegungen wurden mehr und beweglicher, immer weniger Leute sassen mit verschränkten Armen da, denn das Spielerische, Bewegliche gibt Raum für die Leichtigkeit des Seins über den Atem, nimmt das Schwere und Drückende weg.

9. Zusammenfassung

„Siehst du meine Tränen?“ Die Antworten meiner Klienten zeigten mir, dass ihre Tränen sehr oft nicht gesehen wurden, Dass sie sogar oft gar nicht erst geweint werden durften. Und die *Trauer* als das Symbol und Symptom für Depression kam für mich bestürzend oft zum Ausdruck.

Man mag unterschiedlicher Meinung sein, unterschiedliche Erfahrungen haben. Wichtig ist die Offenheit für alle Erfahrungen, für die vielen möglichen Wege, um im individuellen Einzelfall möglichst schnell die richtige Ursache und eine wirksame Lösung zu finden, um den Klienten und Patienten, um uns selbst zu gutem, klaren und bewussten Sehen zu führen.

Ich persönlich sehe in den Antworten meiner Klienten klar bestätigt, dass Sehstörungen oft mit besonderen Lebenssituationen ursächlich verbunden sind, durchaus oft mit versteckt depressivem Charakter. Denn ich sehe eine gestörte Sehfähigkeit als reduzierte Beziehung eines Menschen zu seiner Umwelt, die durch die Brille versteckt wird. Das wiederum kann der Anfang oder bereits Ausdruck einer Larvierten Depression sein. Gerade in Anbetracht der Vielzahl Menschen mit eingeschränkter Sehkraft finde ich es besonders wichtig, sich für eine Verbesserung nicht nur dieser Sehkraft sondern auch der dahinter liegenden Problematiken einzusetzen. Einen Weg dazu sehe ich in der Atempsychotherapie.

Ich freue mich auf Diskussionen mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, genauso wie bei kontroversen Erfahrungen und Ansichten, die im Austausch gegenseitig nur befruchtend wirken können.

So hat mir auch die Auseinandersetzung mit dieser Arbeit unzählige neue Blickwinkel eröffnet. Die Faszination mit dem Thema Sehen und Atempsychotherapie ist weiter gewachsen und ich werde das sicher noch weiter vertiefen.

Silvia Kockel

Küsnacht, 2. August 2012

10. Autorenerklärung

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

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

Küsnacht, 2. August 2012

Silvia Kockel



Ort, Datum

Vorname, Name (ausschreiben)

Literatur

- Angart L., Vergiss deine Brille, Nymphenburger, 3. Auflage 2005.
- Bach M., Entspannte Augen sehen besser, Wado Verlag, 1997.
- Bates W., Rechtes Sehen ohne Brille, 4. Aufl. Wado, Zürich 1997.
- Benjamin H., Ohne Brille bis ins hohe Alter, Weltbild, Augsburg, 2004.
- Bischof St., Arbeitspapier Depression, Institut f. Atempsychotherapie, 12.2.2004.
- Bischof St., Herausgeber, AtemWege, 2008.
- Bischof St., Arbeitspapier Psychosomatik, Institut f. Atempsychotherapie, 26.9.2009.
- Brockhaus, Der grosse Brockhaus in 12 Bd, 18. Aufl., 9. Band, 1980, Seite 241.
- Bundesamt für Statistik, Bern, 2002.
- Dahlke R., Krankheit als Sprache der Seele, C. Bertelsmann, 1992.
- Dahlke R., Lebenskrisen als Entwicklungschancen, C. Bertelsmann, 1995.
- De Angelis D., Ohne Brille seh ich besser, VAK Kirchzarten, 2007.
- Dethlefsen Th., Schicksal als Chance, Ex Libris Zürich 1986 (Bertelsmann 1979).
- Dethlefsen Th. & Dahlke R., Krankheit als Weg, C. Bertelsmann, 1983.
- Dilling H., Mombour W. & Schmidt M.H. (Hrsg), Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F), 4. Aufl. 2000, F3, Seite 129-152.
- Dörner K. & Plog. U., Irren ist menschlich, Lehrbuch d.Psychiatrie/Psychotherapie, PsychiatrieVerlag, Bonn,1996.
- Faller N., Atem und Bewegung, Springer Verlag, 2. Auflage, 2009.
- Fischer K. & Kemmann-Huber E., Der bewusste zugelassene Atem, Urban & Fischer, 1999.
- Gollub M. & Haak K (Hrsg.), Augentraining, Falken, 1996/1997.
- Goodrich J., Natürlich besser sehen, VAK Kirchzarten, 2006.
- Goodrich J., Spielend besser sehen für Kinder, Nymphenburger, München, 1996.
- Hätscher-Rosenbauer W., Augentraining mit Farbtherapie, Midena, 1993.
- Hell D., Seelenhunger, Verlag Hans Huber, 2003.
- Höller-Zangenfeind M., Stimme von Fuss bis Kopf, Studien Verlag, 2004.
- Huerta Krefft S., Check the Flow, Masterthesis Körperkommunikative Aspekte in der Supervision, 2006.
- Ingenbleek Th., Vortragsunterlagen Clenia Klinik Schlössli, Oetwil, 10.2.2011.
- Ings S., Das Auge – Meisterstück der Evolution, Hoffmann und Campe, 2008.
- Kaplan R., Die Integrative Sehtherapie, Arbor Verlag, 1995.
- Kaplan R., Bewusstes Sehen, Integral (Econ Ullstein), 2001.
- Kockel S., Atem und Sehen; Institut für Atempädagogik und Atemtherapie Yvonne Zehnder, 2003.
- Kockel S., Video „Der Erfahrbare Atem“ auf www.lebensquell.ch, 2007.
- Kockel S., Atmen für die Augen, in AtemWege, Bischof St. (Hrsg.), Seite 232.
- Kockel S., Palmieren (Seite 239) und Liegende Acht (Seite 241) in Atmen für die Augen, in AtemWege, Bischof St. (Hrsg.), Seite 232.
- Lange E.C., Halt und Kraft durch die Liegende Acht, Kösel, 2004.
- Lippert H., Lehrbuch Anatomie, Urban & Schwarzenberg, 3. Auflage 1993, Seite 529-554.
- Lütz M., Irre! Goldmann, 2011.
- Maas B., Ich hole dich dort ab, wo du stehst, Diplomarbeit am Institut für Atempsychotherapie Freiburg i.B., 2010.
- Marlock G. & Weiss H., Handbuch der Körperpsychotherapie, 2007, Seite 236/237, Seite 760-766, Seite 915-921, Seite 943-950.
- Middendorf I., Der Erfahrbare Atem, Junfermann Verlag, 1995.
- Middendorf I., Der Erfahrbare Atem in seiner Substanz, Junfermann Verlag, 1998.
- Nuber U., Die verkannte Krankheit Depression, Kreuz Verlag, 2. Auflage 1991.
- Nuber U., Unterlagen zur Tagung „Die erschöpfte Seele – Depressionen bei Frauen und Männern, Zürich, 30.6.2011, www.gesundheitundmedizin.ch.
- Sander K., Ich brauche keine Therapie, Diplomarbeit am Institut für Atempsychotherapie, 2009.
- Scholl L., Das Augenübungsbuch, Gillissen-Orlopp 1981 bzw. rororo 1985.
- Schultz-Zehden W., Sehen Ganzheitliches Augentraining, Gräfe und Unzer, 1989.
- Schweizer Berufsverband für Atemtherapie und Atempädagogik Middendorf, Informationsflyer „Atemtherapie nach Middendorf“, 2011.
- Schweizer Berufsverband für Atemtherapie und Atempädagogik Middendorf, www.sbam.ch.
- Tepperwein K., Was dir deine Krankheit sagen will, Bechtermünz, 2000.
- Treppner P., Depressionen erkennen und überwinden, Trias/Georg Thieme Verlag, 1996.
- Woggon B., Niemand hilft mir!, Verlag Hans Huber, 1999.
- Wolf-Roveda M., Integriertes Augentraining, Eigenverlag, 2. Auflage 1990.

www.atempsychotherapie.de
www.droppelmann.de
www.gesundheitundmedizin.ch
www.lebensquell.ch
www.optik-weiler.com

www.robortokaplan.atwww.sbam.ch

Meine Erfahrung mit „Atmen für die Augen“

Name:

Besuchter Kurs:

Datum:

- | | |
|--|--|
| 1. Was ist mein (Augen-) Problem?
Was sehe ich gut?
Was sehe ich nicht gut? | Seite 12 |
| 2. Seit wann habe ich dieses Problem?
Wann trat es erstmals auf?
Wann gab es eine deutliche Verschlechterung?
Worauf führe ich das zurück?
Welche (besondere) Lebenssituation erlebte ich zu dieser Zeit?
Wie habe ich das Problem bewältigt?
Ist davon noch etwas offen?
Wann gab es deutliche Verbesserungen?
Worauf führe ich das zurück?
Welche Lebenssituation erlebte ich zu dieser Zeit? | Seite 14, 25, 26

Seite 30

Seite 20, 22, 23 |
| 3. In welchen Situationen/wann sehe ich schlechter?
Kann ich solche Situationen verbessern oder vermeiden? | Seite 15, 25, 26, 30 |
| 4. In welchen Situationen/wann sehe ich besser?
Kann ich solche Situationen öfters herbeiführen?
Kann ich solche Situationen unterstützen? | Seite 15, 25, 26, 30 |
| 5. Beim Thema „schlecht sehen“ oder „Sehstörung“
- denke ich:
- fühle ich (seelisch):
- empfinde ich (körperlich):
- kommt mir das Bild/der Impuls: | Seite 32 |
| 6. Beim Thema „fühlen“ oder „Gefühle“
- denke ich:
- fühle ich (seelisch):
- empfinde ich (körperlich):
- kommt mir das Bild/der Impuls: | Seite 31 |
| 7. Beim Thema „depressiv“ oder „Depression“
- denke ich:
- fühle ich (seelisch):
- empfinde ich (körperlich):
- kommt mir das Bild/der Impuls: | Seite 31 |
| 8. Was bedeutet das Tragen der Brille/der Kontaktlinsen für mich?
Haben die Brille/die Kontaktlinsen für mich eine „seelische“ Hilfe, z.B. Schutz,
Abstand, Sicherheit oder ähnliches oder anderes? | Seite 16, 32, 33 |
| 9. Habe/hatte ich schon Symptome, die an (Larvierte/Versteckte) Depression
erinnern? Wie stark? Wie häufig?
o schwer definierbare Missempfindungen
o depressive Verstimmung
o Erschöpfungsgefühle, Ausgebrannt sein
o Unsicherheitsgefühle | Seite 33, 34 |

- Angst vor Versagen
- grosse Anstrengung und Mühe vor gar nicht so grossen Aufgaben
- grosse Willensanstrengung
- gedrückte, pessimistische Stimmungslagen
- Vermeidung von Aggression
- Durchsetzungsprobleme
- Konzentrationsstörungen
- Schlafstörungen
- Morgentief
- Verstopfung
- Druckgefühle in Bauch oder Brust
- zugeschnürte Kehle (Kloss im Hals)
- schwerer Kopf, Reif um den Kopf, Kopfweh
- Rückenschmerzen
- Muskelschmerzen
- Potenzstörungen/Libidostörungen
- Appetitlosigkeit
- unerklärliche Gewichtszunahme/-abnahme
-
-

- Meinen Gang und meine Körperhaltung beschreibe ich als: Seite 34
10. Fallen mir Zusammenhänge auf? Seite 34
11. Gibt es in meiner Familie ähnliche Geschichten, Wiederholungen über Generationen? S35
12. Besondere Erfahrungen/Erkenntnisse seit dem Augen-Atem-Kurs: Seite 35, 36
13. Nach dem Kurs habe ich folgende Augenübung(en) gemacht: Seite 18
Über welchen Zeitraum? Wie oft?
14. Diese Übungen(en) mache ich noch immer: Seite 18, 19
15. Was hat sich dadurch verändert / verbessert? Seite 17
16. Was ist mir sonst noch aufgefallen? Seite 17
17. Ich mache weiters noch für meine Augen: Seite 18
gegen meine vorher angekreuzten Beschwerden, soweit vorhanden:
18. Was hat mich gehindert, regelmässig Übungen für meine Augen zu machen? Seite 17
20. Hat mir das Beantworten all dieser Fragen etwas verdeutlicht? Seite 19, 36
Hat es mir neue Erkenntnisse oder Anregungen gebracht? Seite 36
21. Was ich sonst noch sagen möchte: Seite 36
22. Für Therapeuten/Therapeutinnen: Seite 19
Folgende Übungen/Anregungen setze ich in meinen eigenen Kursen/Beratungen ein:
Meine Erfahrungen damit:

Ich bin einverstanden, dass Silvia Kockel meine Angaben, selbstverständlich anonym, in ihrer Diplomarbeit „Siehst du meine Tränen? Zusammenhang zwischen Sehstörungen und Larvierter Depression“ verwendet.

Datum:
Name:
Adresse, Tel, Mail:

Unterschrift:
Alter: