

«Zuerst mal beginnt eine Therapie ja ganz banal: Der typische psychosomatische Patient, der zu mir kommt, hat keine Probleme. Er hat ein Symptom, und das will er weghaben. An diesem Punkt ist entscheidend, dass ich nicht ins Predigen ver falle.»

## «Ich muss zuerst Vertrauen aufbauen»

Stefan Bischof ist Atempsychotherapeut. Bei seiner Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen steht zu Beginn aber selten der Atem im Fokus. Denn erst mal gilt es, wieder Boden unter den Füssen zu spüren.

Annegret Ruoff

**Stefan Bischof, Sie sind Atempsychotherapeut. Wie spielen für Sie Atem und Psyche zusammen?**

Von einem grundsätzlichen Standpunkt aus gesehen, ist der Atem in erster Linie der Bewusstseinsträger. Über den Atem lerne ich mich kennen, über ihn erweitere ich mein Bewusstsein. Er ist somit eine innere Grösse, ein Repräsentant, an den man sich wenden kann. Das klingt jetzt total abgehoben, ich weiss. Und so würde ich zu Beginn einer atempsychotherapeutischen Behandlung auch nie sprechen.

**Warum nicht?**

Der Grossteil meiner Klientinnen und Klienten wäre damit total überfordert. Denn die Beziehung zum eigenen Atem muss man, wie jede andere Beziehung auch, zuerst aufbauen.

**Womit beginnen Sie dann in der Therapie?**

Geht man von der Entwicklungspsychologie aus, stellt man fest: Wir haben nicht zuerst geatmet, sondern wir haben uns zuerst bewegt. Erst nach der Geburt kommt der Atem dazu. Deshalb muss ich als Therapeut den Menschen, die zu mir kommen, zuerst Brücken bauen zum Atem. Persönlich spreche ich gerne von klientenzentrierter Atemtherapie. Ich frage mich also: Was ist jetzt gerade, was erlebt der Klient subjektiv? Das ist wesentlich in der Atempsychotherapie. Es geht nicht darum, Anleitungen zu geben im Sinne von: Ihr Atem muss jetzt dorthin und dorthin fliessen, und Sie müssen ihn jetzt in Ihren Bauch runterbewegen. Dieser Ansatz ist längst überholt.

**Sie werden also nicht zum Dompteur des Atems?**

Auf keinen Fall! Zuerst mal beginnt eine Therapie ja ganz banal: Der typische psychosomatische Patient, der zu mir in die Therapie kommt, hat keine Probleme. Er hat ein Symptom, und das will er weghaben. An diesem Punkt ist entscheidend, dass ich nicht ins Predigen ver falle. Denn es gilt in erster Linie, eine Beziehung zum Klienten aufzubauen. So erst kann er Erfahrungen machen, die ihn mit sich selbst in Kontakt kommen lassen. Ich bin aber nicht immer in dieser Art und Weise vorgegangen, das kam erst mit der Erfahrung.

**Wie war das denn früher?**

In den ersten Berufsjahren habe ich die Middelndorf-Methode so angewandt, wie ich sie gelernt habe. Das bedeutet, ich habe die Klientinnen und Klienten sehr schnell schon berührt und bin sofort auf den Bauch gegangen (lacht). Ich habe allerdings schnell gemerkt, dass das die meisten Menschen überfordert – es sei denn, sie kennen die atemtherapeutische Arbeit schon. Ich habe also begonnen, den Menschen erstmal zuzuhören und ihr Vertrauen zu mir aufzubauen. Das Verfahren einer Therapie, und das weiss man ja auch aus Studien, ist für den Klienten erst mal unwichtig. Ist das Vertrauen aufgebaut, kann man dann immer noch theoretische Fragen klären.

**Das bedeutet, Sie haben sich allmählich von einigen Middelndorfschen Grundsätzen gelöst und Ihren eigenen Weg eingeschlagen?**

Die Arbeit, die Ilse Middelndorf ursprünglich gemacht hat und die im Bestreben um den reinen erfahrbaren Atem drin ist, erfordert ein starkes Ich. Die meisten Menschen, die heute zu mir in die Therapie kommen, haben das nicht. Ich habe es vorwiegend mit Ich-Schwäche zu tun, und diese äussert sich in der Regel erst mal psychosomatisch und unspezifisch.

**Was genau meinen Sie mit Ich-Schwäche?**

Für mich ist die Atemkraft ein Synonym für Ich-Kraft. Kann ich mit meiner Aufmerksamkeit, meiner Samm-

lung eine Zeit lang beim Atem bleiben, ist das bereits ein Ausdruck von Ich-Kraft. Und das nicht nur in den heiligen Hallen der Atemtherapie, sondern auch ganz konkret im Alltag.

#### **Wie meinen Sie das?**

Eine starke Ich-Kraft zeigt sich da, wo ich kritisiert und beschimpft werde, da, wo das Leben mir etwas präsentiert, was mich aus den Schuhen haut. Nehmen wir an, meine Frau meckert an mir rum. Kann ich in diesem Moment noch wahrnehmen, was mit mir passiert und wie ich atme? Oder muss ich gleich reagieren? Gelingt es mir, während dem, was ich grad erlebe, bei meiner Körperwahrnehmung zu bleiben? Zum Beispiel, indem ich feststelle, dass Ärger in mir aufsteigt oder ich keinen Atem mehr kriege? Dann habe ich eine starke Ich-Kraft.

#### **Wenn ich mit der Wahrnehmung beim Atem bleiben kann, kann ich also auch bei mir bleiben?**

Ja, wobei beim Atem bleiben wesentlich anstrengender ist als bei sich zu bleiben. Zumindest für die Menschen, die zu uns in die Therapie kommen. Der Atem ist der innere Repräsentant. Ich schaue nach innen – und spüre meinen Atem. Manche haben diese Verbindung von Natur aus, aber die meisten müssen das erst lernen. Die Körperwahrnehmung ist viel eher da. Viele meiner Klienten können sich spüren und bei sich sein. Den Atem wahrzunehmen, ist oft eine Überforderung. Denn wir wissen: Beginnt man seinen Atem zu spüren, kann man ihn am Anfang nicht in Ruhe lassen. Deshalb haben Körpertherapieverfahren oft die Absicht, dass sie eben nicht mit dem Atem arbeiten, die Sammlung nicht auf ihn legen, den Atem nicht benennen. Das schätze ich ungemein. Bei der Therapie von Menschen mit Borderline etwa musste ich notgedrungen auf das Eutoniekonzept zurückgreifen, weil es über den zugelassenen Atem einfach nicht funktioniert hat.

#### **Wo liegen denn die Grenzen der Atemtherapie bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?**

Eine Kontraindikation ist, wenn Menschen starke Wahrnehmungsstörungen haben. Dann kann man nicht mit dem Atem arbeiten, weil diese Klienten ihn schlicht nicht spüren. Was will man dann eine Atemübung machen? Das gilt übrigens für sämtliche psychotischen Symptomatiken. Die kennen wir ja alle. Es sind diese Momente, wo man den Boden verliert, ausser sich ist, neben den Schuhen steht. Die Wahrnehmung geht aus irgendeinem Grund weg. Da kann man mit dem Atem nicht arbeiten, wohl aber mit der Empfindung, zum Beispiel strukturell, mit dem Skelett. Es braucht etwas, das der Klient schon gewohnt ist wahrzunehmen. Darauf kann man aufbauen. Bei jedem Klient kann das übrigens etwas anderes sein.

#### **Haben Sie ein Beispiel?**

Heute ist ja Trauma modern. Aber für uns ist das nichts Neues. Traumafolgen, Traumatrigger greifen so ins Erleben ein, dass sie die Wahrnehmung einengen. Ich kann dann einfach nicht mehr bei dem bleiben, bei dem ich grad bin. Menschen reagieren auf bestimmte

Geräusche, Geschmäcke, Reize und flippen dann richtig aus. In solchen Momenten gehe ich so vor, dass ich sie anleite, die Sammlung auf einen Gegenstand zu richten, auf den Boden beispielsweise. Dann kommt die Wahrnehmung zurück – die Atemwahrnehmung aber ist noch längst nicht da. Der Objektbezug, nicht der Subjektbezug ist unheimlich hilfreich bei solchen starken Ich-Schwächen, Minipsychosen, Schocks oder Krisen. Da hilft in erster Linie nicht die Konzentration auf den eigenen Atem, sondern die Wahrnehmung der Härte des Bodens, des Polsters der Stuhllehne. Es ist wichtig, die Aufmerksamkeit immer zuerst auf das Aussen zu richten. Nicht auf Gefühle oder Bilder, die von aussen kommen, sondern auf Objekte, die man anfassen kann.

Ilse Middendorf hat beispielsweise oft mit Keulen gearbeitet – ein wunderbares Beispiel für Objektbezug. Bei diesen Übungen muss man balancieren, die Wahrnehmung in den Füßen haben – sonst fällt man runter. Natürlich kann man auch einen Holz- oder einen Igelball nehmen. Streng genommen ist das natürlich keine Atemarbeit. Aber es macht Sinn. Auch in der menschlichen Entwicklung ist es so, dass man zuerst den Objektbezug macht, und erst danach erkennt man die Mutter, deren Gesicht und Weiteres. Hält man sich in der Therapie an diese Abfolge, dann funktioniert das wunderbar. Fragt man einen Menschen während einer Dissoziation hingegen, ob er seinen Atem spürt, dann antwortet er richtigerweise: Hallo? Ich bin doch schon froh, wenn ich meinen Hintern oder meine Füße wieder spüre.

#### **Sie gehen also gemäss den Stufen der Entwicklung vor?**

Exakt. Diese Übungen funktionieren übrigens gut bei Menschen mit frühen Störungen, Borderline, Narzissmus und psychotischen Formen. Oder auch bei der aktuell grad häufigen Angst vor Corona. Werden die Ängste im Innern zu gross, suchen sich Menschen etwas im Aussen. Weg von Corona!, sage ich da. Es gilt dann, die Aufmerksamkeit ganz vom Aussen weg zu nehmen und wieder zu sich zu kommen. Übungen mit dem geführten Atem funktionieren da auch sehr gut.

#### **Das klingt jetzt aber nicht gerade nach Middendorf.**

Zu der Zeit, als ich die Ausbildung machte, warfen wir immer alles in einen Topf: Der zugelassene Atem war das Erstrebenswerte, alle geführten Formen galten nichts. Das ist Quatsch! Viele Middendorf-Übungen führen den Atem ziemlich brutal – man kann sogar von atemzwingenden Übungen sprechen. Dass man bei Ilse Middendorf nicht mit willentlichem Atem arbeitet, stimmt nicht. Man schaue sich nur mal die Zwerchfell-Übungen an.

#### **Bei den Übungen mit dem geführten Atem geht es ja um Leitplanken, Grenzen, die man dem Atem gibt. Gerade bei psychischen Erkrankungen kann also die grosse Freiheit, den Atem einfach fliessen zu lassen, Angst machen?**

Den Atem in einen Raum hinein oder hinaus freizugeben, ist für psychisch Erkrankte eine Überforderung. Ganz einfach, weil die Ich-Kraft zu schwach ist, um das

zu halten. Lassen Sie mich ein Beispiel machen: Es gibt ein Promille Wahrscheinlichkeit, dass die Zimmerdecke über mir zusammenfällt. Ein gesunder Mensch, der die Sammlung beim Ich halten kann, wird keinen Gedanken daran verschwenden. Ein psychisch kranker Mensch kann sich stundenlang damit beschäftigen und auf diese Weise versuchen, einen Konflikt, der sich in seinem Innern zuträgt, im Aussen zu lösen, anstatt sich zurückzunehmen und zu merken: Die Spannung ist in mir drin, und ich kann lernen, diese Spannung zu regulieren, und ich muss es lernen, sonst ticke ich aus. Da kommt in der Therapie wieder der Objektbezug ins Spiel oder der geführte Atem. Ich schätze zum Beispiel die Übung, den Ausatem wie an einem Gummiband zwischen Daumen und Zeigefinger vom Mund wegzuführen. Das gibt Struktur, Halt, Sicherheit. Und wenn ich das Gummiband dann loslasse, habe ich ganz umsonst einen zugelassenen Einatem. Er geschieht reflektorisch. So kann man in der Therapie beginnen, langsam mit dem zugelassenen Atem zu arbeiten. In dieser gehaltenen Form macht er auch keine Angst mehr. Sondern der Klient merkt: Oh, das tut gut!

*Man übt also, Schritt für Schritt mit der grossen Freiheit in Kontakt zu kommen, ohne den Halt zu verlieren. Woran merken Sie eigentlich, wenn Ihren Klienten der Ich-Kontakt abhanden kommt?*

Sie sprechen den Zustand der Dissoziation oder Spaltung an. Da ist die Spannweite unheimlich gross. Im Moment bin ich zum Beispiel in einem gesammelten Zustand im Interview mit Ihnen. Klopft es aber an der Türe, gehe ich mit der Sammlung weg und konzentriere mich auf das Klopfen. Verfüge ich über Ich-Stärke, kann ich mich wieder sammeln und mit der Aufmerksamkeit zum Gespräch mit Ihnen zurückkehren. Ein ganz normaler Vorgang für die meisten von uns.

Befinden sich Menschen in einem dissoziativen Zustand, werden sie etwa den Gedanken, dass die Decke über ihnen zusammenbrechen könnte, nicht mehr los. Sie bleiben hängen. In solchen Situationen muss ich als Therapeut klare Aussagen machen. Und auch mal die Führung übernehmen und direktiv eine Übungen mit Objektbezug vorschlagen. Dabei ist es wichtig, genug Sicherheit auszustrahlen, sodass der Klient mir folgt. Ich muss dem Menschen in diesem Moment ein Stück Ich-Kraft anbieten, so kann er mir folgen und die Wahrnehmung aus dem Gedankenkarussell auf den Boden zurückbringen. Ich darf dabei nicht zögern und eine Übung nach der andern anbieten, so nach dem Motto: Wir gucken mal zusammen, was jetzt passend wäre. Es ist meine Aufgabe, in solchen Momenten zu schauen, was der Klient jetzt gerade braucht und einen Entscheid zu fällen.

*Dieses Unterscheiden zwischen dem Klienten und mir stelle ich mir ziemlich schwierig vor. Hat man in solch dissoziativen Situationen nicht sehr schnell ein Chaos im Therapieraum?*

Da sind wir bei einem meiner Lieblingsthemen angelangt. Ich spreche oft vom Feld des Bewusstseins. Wenn ich mit einem Klienten zusammen bin, sind wir gemeinsam in einem Wahrnehmungsfeld. Da drin kann ich nichts wahrnehmen, was er nicht auch wahrnimmt

– und umgekehrt. Psychotherapeutisch gesprochen, bewegen wir uns hier in der Thematik von Übertragung und Gegenübertragung.

*Wie sieht das konkret aus?*

Kommt beispielsweise eine schwer depressive Klientin ins Behandlungszimmer rein, reagiere ich mit starker Müdigkeit, obwohl ich ausgeschlafen bin. Dann muss ich als Therapeut in der Lage sein, diese Reaktion erst mal bei mir selber zu begleiten. Und dann muss ich mich fragen: Kenne ich das von mir? Oder hat das auch etwas zu tun mit der Klientin? Um diese Gegenübertragungsreaktion richtig einschätzen zu können, ist therapeutische Kompetenz gefragt. So kann ich dann zum Beispiel entscheiden, das Thema dosiert anzusprechen – falls es für die Klientin relevant sein könnte. Wenn ja, kann ich etwa sagen: Ich bin gerade wahnsinnig müde geworden. Ist das etwas, das Sie auch kennen oder grad erleben? Klienten mit frühen Störungen, narzisstischen Störungen oder Borderline können in der Regel unglaublich gut damit umgehen. Neurotiker nicht. Die sagen dann: Was soll ich mit dieser Frage? Aber mit Neurosen haben wir es heutzutage sehr wenig zu tun. Die meisten Klienten zeigen einen hohen Anteil an Abspaltung, an Ich-Schwäche.

*Wie erklären Sie sich das?*

Unsere Welt lädt ein zur Spaltung. Man muss spalten können, um diese vielen Wechsel in einem solch hohen Tempo zu überleben. Da fordert ein Arbeitgeber etwa: Ab nächstem Monat arbeiten Sie in Paris! Die meisten Menschen überfordert so was. Sie tun es, um den Job zu behalten – und müssen sich anpassen und also abspalten. Menschen mit Burnout, psychosomatischen Geschichten, Depressionen leiden ganz oft darunter, dass sie abspalten müssen, um den Alltag stemmen zu können. Das höre ich auch von vielen meiner Kolleginnen und Kollegen in der Supervision. In den Praxen der Atemtherapeuten habe wir heutzutage zu einem grossen Teil psychotherapeutische Fälle. Und davor dürfte sich eine Ausbildung nicht verschliessen. Im Gegenteil, das müsste in die Lehrgänge eingebaut werden.

*Viele Atemtherapeuten scheuen sich heutzutage ja davor, Menschen mit psychischen Erkrankungen zu behandeln.*

Das wäre überhaupt nicht nötig, es bräuchte dafür nicht wahnsinnig viel mehr an Ausbildung. Man muss einfach ein paar zusätzliche Dinge wissen, um Situationen einschätzen zu können und beispielsweise zu erkennen, ob etwas neurotisch ist oder nicht. Mich ärgert einfach diese Diskrepanz, dass man in der Ausbildung und auf dem Weg zum eidgenössisch anerkannten Diplom stets betonen muss, dass man keine Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt. Und was zeigt der Praxisalltag? Viele Atemtherapeuten haben Zusatzausbildungen in der Behandlung von Traumata. Mit ihrer Klientel arbeiten sie längst körperpsychotherapeutisch. Das Diplom erhalten sie aber nur, wenn sie sich bei der Prüfung und beim Einreichen der Fallbeispiele deutlich von der Psychotherapie abgrenzen. Ich kann übrigens auch nicht verstehen, warum die Kranken-

kassen für eine Psychotherapie 200 Stunden gutheissen, bei einer Atemtherapie aber gerade mal 10. Das ist lächerlich! Umso wichtiger ist es, dass wir Atemtherapeutinnen und -therapeuten da dran bleiben und uns gegenseitig unterstützen. Deshalb freut es mich unheimlich, dass die zwei grossen Verbände in unserem Bereich, der AFS und der sbam, nun fusioniert haben.

**Sie haben sich schon früh für die Atempsychotherapie stark gemacht. Unter anderem war und ist die Arbeit mit Borderline-Klienten ein Schwerpunkt von Ihnen. Was fasziniert Sie so daran?**

Ehrlicherweise muss man sagen, dass einen ja immer das fasziniert, was einen selbst betrifft. Borderline ist ein schlimmes Wort, aber wenn man weiss, was damit gemeint ist, ist es halb so tragisch. Heute spreche ich eher von Dissoziation, weil das nicht so negativ konnotiert ist. Borderline beschreibt ja nichts anderes als Spaltungsmechanismen. Die können mild sein oder tiefgehend. Für mich war damals erschreckend zu sehen, wie viel ich abspalten musste, damit ich die Atemtherapieprüfung machen konnte. Die persönliche Betroffenheit hat mich also zu diesem Thema geführt. Dazu auch meine Überforderung als junger Atemtherapeut mit solchen Klienten. Ich hatte tolles Handwerkzeug, und trotzdem hatte ich das Gefühl, mir fehlen noch die Verbindungsglieder, um in dieser Arbeit erfolgreich zu sein. Manche davon haben wir ja in diesem Interview besprochen. In den vielen Jahren meiner Praxis- und Ausbildungstätigkeit habe ich gemerkt: Wenn man diese Tools anwendet, funktioniert die Arbeit mit Borderlinern wunderbar. Wie dankbar diese Menschen dann sind, wenn sie das Größte hinter sich haben, das kann man sich gar nicht vorstellen! Ihre Motivation, sich zu entwickeln, dranzubleiben und zu üben, ist in der Regel sehr hoch. Gerade deshalb finde ich diese Menschen so spannend.

Klar, auch bei Angst- und Panikstörungen hilft die Atemtherapie wunderbar. Aber was, wenn die Symptome dann weg sind? Dann gehen die Menschen wieder arbeiten, und weg sind sie. Viele wollen einfach das Symptom weghaben und sich auf keinen inneren Prozess einlassen. Das finde ich nicht sonderlich spannend.

**Deutet der Entscheid, nach dem Abklingen der Symptome die Therapie zu beenden, nicht gerade auf eine Ich-Stärke hin?**

Auf der einen Ebene sicher, ich würde das aber eher als Überlebensstrategie bezeichnen denn als eine freie Wahl. Neurotiker sind oft gezwungen, eine Therapie anzugehen. Aber es muss ihnen schon ziemlich viel passieren, bis sie sich in Bewegung setzen. Borderliner reagieren in der Regel viel früher. Auch das ist für mich ein Punkt, der für die Arbeit mit diesen Menschen spricht. Natürlich gibt es auch eine Kehrseite: Die atempsychotherapeutische Begleitung von Borderlinern ist lange Arbeit und eine emotionale Kneippkur, besonders am Anfang: Da heisst es kalt-warm-kalt-warm. Und ich muss klar festhalten: Diese Gegenübertragungen, die ablaufen, brauchen regelmässige Supervision. Ich ging zu Beginn zwei- bis dreimal die Woche hin. Nach dem Motto «Du kannst nicht durch

eine Pfütze gehen, ohne nass zu werden» schleudert es einen hin und her. Wenn man das nicht will, sollte man mit solchen Menschen nicht arbeiten. Das soll man nur machen, wenn man sich wirklich gut fühlt dabei. Sonst gilt es ehrlich zu sein und sich abzugrenzen. Das ist genau so gut und genau so selbstfürsorglich.

**In den Borderlinern steckt also viel Power.**

Ja, da wird man als Therapeut richtig aufgemischt. Ich schätze an diesen Klienten besonders: Sie sind unbestechlich, und sie sagen mir die Wahrheit in Bezug auf mich selbst. Ich brauche diese Herausforderung. Mir tut sie gut.

**Das klingt nach einer grossen Ehrlichkeit.**

Ja, viele dieser Interventionen sind zudem transpersonal oder spirituell. Der Atem ist für mich das Bindeglied, das die transpersonalen Bezüge erfahrbar macht. Menschen sagen oft: Ich bin glücklich, wenn ich habe, was ich will. Aber in meiner Arbeit spielt das nicht die entscheidende Rolle. Ich möchte den Menschen helfen, mit dem zu sein, was ist. Nehmen wir zum Beispiel die Krebsbetroffenen. Davon kommen viele in die Atemtherapie. Und die Atemtherapie ist nun gewiss keine direkte Indikation für Brust- oder Prostatakrebs. Aber in der Verarbeitung dieser Krankheiten ist sie erste Sahne. Es geht aber nicht darum, den Krebs wegzumachen, sondern Unterstützung zu geben, ihn zu akzeptieren. Es geht um Hingabe und ums Zulassen-Können. Und schon sind wir wieder eins zu eins in der Middendorfschen Arbeit drin.

**Sich dem Atem anzuvertrauen, sich von ihm führen zu lassen, stärkt immer auch das Urvertrauen?**

Absolut. Und ich habe mich entschieden, das für mich noch mehr in den Vordergrund zu stellen. Zurzeit schreibe ich ein Buch über Atem und Meditation, und ich bin dabei, die rund fünfzig Meditationen auch auf Film aufzunehmen. So ist alles einfacher zugänglich. Im Moment sorgt Corona für eine Zunahme der psychischen Erkrankungen. Viele glauben, sie können nicht in Kontakt kommen, brauchen das aber umso mehr. Nachdem ich mich am Anfang so gewehrt habe gegen den Einsatz der neuen Medien, habe ich nun beschlossen, es zu versuchen. Ich habe einen Meditationskurs per Zoom gegeben und meinen Klienten auf diese Weise Atemübungen gezeigt. Das geht wunderbar. Und es macht Freude. Denn sehen Sie: Gerade in Zeiten von Corona haben wir Atemtherapeuten doch so viel anzubieten!

**Stefan Bischof**

absolvierte seine Ausbildung zum Atemtherapeuten bei Ilse Middendorf in Berlin. Es folgten eine Ausbildung in Körperpsychotherapie und als Heilpraktiker für Psychotherapie, dazu kamen zahlreiche Weiterbildungen, unter anderem in Eutonie, Bewegungs- und Gestalttherapie. Stefan Bischof ist Gründer und Leiter des Instituts für Atem- und Körperpsychotherapie in Freiburg und dort auch in eigener Praxis tätig.  
www.atempsychotherapie.de

