

Atemtherapie in der Psychosomatik

Man muss Geduld haben, gegen das Ungelöste im Herzen, und versuchen, die Fragen selber lieb zu haben, wie verschlossene Stuben und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache geschrieben sind. Es handelt sich darum, alles zu leben. Wenn man die Fragen lebt, lebt man vielleicht allmählich, ohne es zu merken, eines fremden Tages in die Antwort hinein. (vgl. Rilke, Rainer Maria 2002 S.27)

Das Ungelöste im Herzen spüren - und die Empfindung, wie der Atem stockt, wie ich ihn drücke und befehle, wütend werde, ungeduldig, ängstlich und verzweifelt über die Manipulation meines Atems meine Gefühle unterdrücken möchte. Diese Unmöglichkeit, auf die Fragen hin zu hören, hin zu lauschen und lieb zu haben, was sich da zeigt. Leben zu lassen, was lebendig in mir ist und den Atem wirken zu lassen. Ihn ohne Angst frei kommen und gehen zu lassen und so die Fragen zu leben - diese Unmöglichkeit ist mir in meiner Ausbildung zur Atemtherapeutin begegnet. Ich konnte die festgehaltene Ängste und starken Gefühle, die mir nach und nach immer mehr ins Bewusstsein kamen und mich bedrängten, zunächst noch nicht „in den Atem nehmen“. (Richter, Herta: mündlich)

In dieser Verzweiflung kam der entscheidende Wegweiser von meiner Schulleiterin Herta Richter. Sie empfahl mir, mit Marianne Franke-Gricksch zu arbeiten. So machte ich meine erste Familien-Aufstellung. Das öffnete mir neuen seelischen Raum und half mir, meine Ängste auch im Atem und mit dem Atem anzuschauen und anzunehmen. Mein Atem nahm mich und ich fing an, meinen Atem zu nehmen - und bekam eine erste Ahnung davon, was es bedeutet, in der Welt anzukommen, ohne Angst bereit zu sein, den ständigen Wandel zu nehmen, das Neu-werden geschehen zu lassen, Geduld zu haben ... die Fragen selber lieb zu haben.

Da mir die Kombination aus Familien-Aufstellung und Atemarbeit so sehr weiter geholfen hatte, begann ich mich tiefer dafür zu interessieren und machte in der Folge eine Ausbildung als Familien-Aufstellerin bei Marianne Franke-Gricksch (Franke-Gricksch, Marianne: Zu ihren aktuellen Gruppen und zu ihrer Arbeitsweise: www.marianne-franke.de).

Mit dieser Verbindung aus Atemtherapie und systemischer Familien-Aufstellung, die nicht nur in der Gruppe sondern auch in der Einzelsitzung in der Imagination durchführbar ist, (Vgl. Franke, Ursula, 2002 S. 41 ff) konnte ich in einer Fachklinik für integrierte Psychosomatik und Ganzheitsmedizin in der ich mehrere Jahre arbeitete weitere therapeutische Erfahrungen sammeln, von denen ich in diesem Artikel unter anderem berichten möchte.

An vier Beispielen werde ich aufzeigen, wie wirkungsvoll eine Zusammenarbeit von Atemtherapie und Psychotherapie in in der psychosomatischen Klinik in manchen Fällen sein kann. Der Atemtherapie kommt dabei insbesondere die Aufgabe zu, die Einheit von Leib, Seele und Geist wahrnehmbar und spürbar werden zu lassen. Dies geschieht unter anderem über die Erfahrung der eigenen Atembewegung in den verschiedenen Körper- und Atemräumen, über das Erlernen von Sammlungs- und Spürfähigkeiten, über das Erleben von Bewusstsein für sensorisches und sensomotorisches Geschehen und über die Anregung der Reflexionsfähigkeit. (vgl. Kemmann-Huber, E./Fischer, K.1999 S. 62 ff)

Psychotherapeutisch werden in der Klinik, in der ich arbeitete, tiefenpsychologische, analytische und verhaltenstherapeutische Ansätze integriert. Ausserdem kommen systemische und gestalttherapeutische Verfahren zur Anwendung.

Die Klinik ist eine der wenigen Kliniken, die die Atemtherapie voll in das therapeutische Konzept eingebunden hat. Die Belegungskapazität liegt bei 165 Betten für Patienten und weiteren 35 für Begleitpersonen, meistens Kinder, manchmal auch Ehepartner. Die Patienten bleiben im Schnitt etwa zehn Wochen stationär. Das Gesamtkonzept ist ganzheitlich biopsychosozial ausgerichtet und integriert Psychotherapeutische Medizin, Nervenheilkunde, innere Medizin, Naturheilverfahren, Physiotherapie, Homöopathie und Akupunktur. Jeder Patient hat einen Arzt und einen Psychologen zur Betreuung. D.h. jeder Patient wird körperärztlich betreut und bekommt wöchentlich mindestens eine Einzelstunde Psychotherapie bei seinem Bezugstherapeuten. Je nach Diagnose nehmen die Patienten an mehreren verhaltenstherapeutisch, analytisch, tiefenpsychologisch, gestalttherapeutisch oder systemisch ausgerichteten Gesprächsgruppen teil und zwei mal wöchentlich an den Kreativtherapien, zu denen auch die Atemtherapie gehört. Indikationen für den Aufenthalt in der Klinik sind psychosomatische, depressive und psychoreaktive Erkrankungen, sowie Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Ausserdem werden in der Klinik Patienten mit Schmerzstörungen und Essstörungen behandelt. Weitere Indikationen sind Residualzustände nach Psychosen und Posttraumatische Belastungsstörungen.

Die Atemtherapie zählt zu den Kreativtherapien wie auch Tanz und Gestaltung. Wir sind zwei Atemtherapeutinnen, zwei Gestaltungstherapeuten und eine Tanztherapeutin. Etwa die Hälfte der Patienten besucht die Atemtherapie. Meine Kollegin arbeitet halbtags. Sie hat fünf Gruppen, zwei Erwachsenenengruppen und drei Kindergruppen. Ich arbeite Montag mit Donnerstag ganztags (32 Stunden) und habe insgesamt acht Gruppen mit im Schnitt

etwa acht erwachsenen Patienten. Jede Gruppe kommt zwei mal die Woche für eine Stunde, so dass ich am Tag vier Gruppen habe. Daneben sind zwei bis vier Stunden pro Woche Zeit für Einzelbehandlungen und täglich eine Stunde für Besprechungen mit Stationsteam oder/und Bezugstherapeuten. In der Klinik wird Wert darauf gelegt, dass die Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team von Ärzten und Therapeuten in täglichen Teamsitzungen wirkungsvoll für die Patienten genutzt werden kann. So kann ein ganzheitliches Bild von jedem einzelnen Patienten entstehen.

Wie bereits erwähnt, liegen die Schwerpunkte der Atemtherapie in der Ermöglichung der Erfahrung der eigenen Atembewegung in den verschiedenen Körper- und Atemräumen, im Erlernen von Sammlungs- und Spürfähigkeiten, im Erleben von Bewusstsein für sensorisches und sensomotorisches Geschehen und in der Anregung der Reflexionsfähigkeit. Eines der Ziele ist es, die Einheit von Leib, Seele und Geist wahrnehmbar und spürbar werden zu lassen. In der Atem-Einzelbehandlung sind die Patienten je nach Dauer des Aufenthaltes vier bis acht mal, in der Gruppe sehe ich jeden Patienten bei einem durchschnittlichen Aufenthalt von zehn Wochen etwa achtzehn mal.

Herr D. zum Beispiel kam mit der Diagnose Depression. Er war übergewichtig und wirkte leicht apathisch und verlangsamt. Er war sehr nach innen zurückgezogen und sein Fett wirkte, wie ein Panzer, hinter dem er sich verschanzen konnte. In der ersten Atemstunde spürte er wenig. Im Sitzen nahm er wahr, dass ihm sein Fuss weh tat, und später im Liegen schlief er immer wieder ein. Im Nachgespräch thematisierte ich die Frage seiner Präsenz, die ein Kernthema der ersten Phase des atemtherapeutischen Prozesses ist (vgl. Kemmann-Huber, Erika/Fischer, Karin 1999 S. 67). Er konnte sich darauf einlassen und in den nächsten Stunden ging es ihm darum, wie und wann er sich spürte und wann er einfach abschaltete und sich weg zog. Insgesamt wurde er durch diese Aufmerksamkeitsschulung immer wacher und neugieriger für sich.

Die Freude und das Erstaunen darüber thematisierte er auch im Einzelgespräch in der Psychotherapie, wie mir die behandelnde Psychologin in der Teambesprechung rückmeldete. In der Atemstunde begann er auch zu spüren, dass sich sein Atem sehr klein im Bauch bewegte und dass er, wenn er Panik bekam, den Atem nach oben zog und flach und schnell atmete. Bald erkannte er, dass Ein- und Ausatem zusammen gehören, und dass er sehr flach ausatmete. Er bemerkte auch die hohe Spannung im Unterkiefer, der fest zugebissen war. Darüber spürte er die latente Aggression, die noch in ihm schlummerte. Damit begann er jetzt auch ansatzweise in der Psychotherapie zu arbeiten,

denn seine Angst hatte sich verringert, auch diese schwierigen Gefühle anzuschauen. Seine Neugierde und seine Aufmerksamkeit für sich und sein inneres Geschehen, waren geweckt. An den Atemübungen nahm er jetzt wach und klar teil und konnte sich an seiner inneren Anwesenheit freuen. Er wurde offener und annehmender und nahm sogar etwas ab, was seinen Mut und seine Motivation weiter steigerte. In der letzten Stunde entdeckte er die Einheit von Körper, Geist und Seele. Ich bot an, auf dem Hocker sitzend, ein Knie zu umfassen und zu halten und so das Bein langsam und achtsam hochzuziehen und wieder abzusetzen und dabei zu spüren, wie der Fuß den Boden verlässt und wieder zurückkehrt. Erstaunt und überrascht sagte er spontan: „Das bin ja ich. Mein Fuß, das bin ja ich!“.

Die Atemarbeit ist keine psychologische Methode, sondern ein Lebens-Weg. Der Atem manifestiert sich im einzelnen Menschen als dessen individuelles Leben in dieser ganz besonderen einmaligen Form. So wie wir alle unseren unverwechselbaren, einzigartigen Fingerabdruck haben, so hat jeder Mensch seinen eigenen gewachsenen Atemrhythmus (Vgl. Richter, Herta: Wegbegleitung im Atem). Unser Atem drückt in der Tiefe aus, wer wir sind. Sein Muster ist mit uns gewachsen und hat sich aufgrund anatomisch-physiologischer und geistig-seelischer Vorgänge ausgebildet. Darum äußert sich in jedem „Atemzug“ Vergangenheit und gelebtes Leben – möglicherweise sogar bis zurück in den Mutterleib – und augenblickliche Situation. Und darum kann der Atem – wenn man ihn versteht – auch Sprachrohr sein. Ein Sprachrohr jenseits der Sprache für unsere inneren Bewegungen, unsere innere Bewegtheit, unsere Befindlichkeit und für unser So-Sein. Der Atem – ein Sprachrohr des wissenden Leibes (Vgl. Rufer, Ruth 1995 S. 168).

Während bei psychologischen Methoden oder auch im Familien-Stellen beispielsweise ausdrücklich nach verbindlichen Lösungen beziehungsweise nach Lösungsbildern gesucht wird, die angenommen werden können, will die Atemarbeit in unmittelbares Leiberleben, in die empfindende Erfahrung führen: Ich sammle mich auf meinen Atem. Ich bin mir meiner atmend bewusst (Vgl. Rufer, Ruth 1995 S. 156).

Die Atemarbeit ist weder eine psychologische Methode, noch Körperarbeit. Atemarbeit ist ein dritter Weg: „Wir, die Atmenden, sind in der Wahrnehmung des Leibes, indem wir empfinden (Leib) und anwesend sind (Geist/Seele). ... Atem meint die totale Gegenwart, denn unsere Arbeit fusst auf der Wahrnehmung. ... Wir kommen aus dem Leiblichen und wirken auch in das Seelische, die Psychologie fusst im Seelischen und wirkt auch in das Leibliche.“ (Middendorf, Ilse Prof. 1/96 S. 2)

Cornelis Veening bringt das Bewirkende der Atemarbeit mit folgenden Worten auf den Punkt: „...ein unabsichtliches Wirken, ein Wirksam werden der selbst erlebten Kräfte, durch innere Ordnung und

Christine Meyne, Atemtherapeutin AFA®, HPG Psychotherapie

Anjochung wirksam geworden. ... ein Bewirkendes, welches wirksam wird, durch Arbeit an sich selber ... Gemeint ist ein Sich-Kennenlernen, ein Sich-erfahren, und zwar in der Schicht, wo es verpflichtet. ... Hier ist ein anderes Ich zuhause, ein völlig affektloses, ein wissendes, ... es weiß von Dingen der Welt zugleich von den Dingen der Tiefe, es horcht auf die Quellen und verfällt den äußeren Dingen nicht. Es hat eine große Wärme, die Vieles ermöglicht und hat eine unmittelbare Beziehung zum Zentrum des Herzens, zum überpersönlichen Herzen,... Es weiß um die inneren Kräfte, ist aber diese Kraft selber nicht. ... Hier bin ich in der Nähe meiner Wahrheit, die mich eine große absolute Wahrheit ahnen lässt.“ (Veening, Cornelis: Vortrag Das Bewirkende 1947)

Wenn es möglich ist, bei der Empfindung zu bleiben, mit ihr weiter zu gehen, sie geschehen zu lassen, nicht fest zu halten - dann ist das der Atemweg. Manchmal aber können die an der Empfindung haftenden Gefühle so übermächtig sein, dass sich die Patienten ihnen ausgeliefert fühlen und sie sich nicht in den Atem einlösen können. Dann kann es hilfreich sein mit diesen Gefühlen und auch mit den sie begleitenden Gedanken zu arbeiten. Das ist Psychotherapie. Familien-Stellen als eine Form der Psychotherapie, ist meiner Meinung nach gut geeignet, den Atemweg zeitweise zu begleiten, wenn im Atem seelische Probleme oder Emotionen hoch gespült werden, die nicht sein gelassen werden können.

Als Atemtherapeutin habe ich in der Klinik ein Kontingent für Einzelstunden. Hier kann ich Patienten aus den Gruppen vorschlagen oder mit Patienten arbeiten, die von den Psychologen vorgeschlagen werden. „Atemeinzel“ gibt es in der Regel für Menschen mit starken Depressionen und/oder Ängsten und Panikattacken, die sie zunächst daran hindern an Gruppen teilzunehmen, für Menschen, die für eine Weile besondere Zuwendung brauchen und für Patienten, die den Zugang zu ihrem Körper noch nicht finden können.

Ein Beispiel für dieses Zusammenwirken von Atemarbeit und psychologischen Methoden des systemischen Familien-Aufstellens bei einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung, möchte ich an dem Verlauf der Therapie von Frau N. beschreiben.

Frau N. kam wegen Angstattacken und depressiven Zuständen in die Klinik. Sie litt unter einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung mit den typischen Symptomen: Sie fühlte sich sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig, hatte die große Sorge, kritisiert und abgelehnt zu werden und eine Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen aus Furcht vor Missbilligung, Kritik und Ablehnung. Frau N. nahm in der Atemtherapie an vier Einzel- und zehn Gruppenstunden teil.

Gleich in der ersten Gruppenstunde waren schon ihr innerer Widerstand und ihre Angst angesprochen. Ich hatte angeboten, durch den Raum zu gehen, die Füße zu spüren und gehend auch die anderen im Raum wahrzunehmen. Frau N. blieb plötzlich stehen und sagte: „das kann ich nicht machen, das geht nicht“. Im Gespräch stellte sich heraus, dass sie Angst hatte, sich zu spüren.

Sie konnte in Anwesenheit der andern nicht zu sich kommen. Ich beriet mich mit der behandelnden Psychologin und wir kamen überein, Frau N. zunächst in ihrem Selbstwertgefühl zu stärken.

Ich schlug Frau N. in der nächsten Atemstunde vor, sich sehr ernst zu nehmen mit dieser Angst und genau zu spüren, wo die Grenzen sind. Bei einem folgenden Angebot im Liegen spürte sie zum ersten Mal Wut bei der Einladung, sich selbst zu berühren. Ausgelöst von dieser Wut über die Berührung konnte sie im Nachgespräch aussprechen, dass sie einen Schutzmantel aus Fett um sich habe – Frau N. ist adipös – und dass sie glaube, minderwertig, unattraktiv und unbeholfen zu sein.

Ein erster Schritt in die Reflexion aus dem Spüren heraus war gemacht und in den nächsten drei Gruppenstunden waren diese Grenzen ihr Thema. Sie war motiviert und angstfreier dabei. Sie probierte sich aus und begann auch ihren Ekel und ihre Wut, die regelmässig in den Atemstunden berührt wurden, anzuerkennen und da sein zu lassen. Da Frau N. einen guten Zugang zur Atemtherapie hatte, schlug ich im Team vor, sie mit Atembehandlungen weiter zu unterstützen. Damit hoffte ich den Zugang zu ihrem Körperwissen weiter zu öffnen und die Verbindung von körperlich-seelischem und geistigen Geschehen zu ermöglichen.

Denn Atembehandlungen gehen über den Zugang der Psychologie hinaus, die in der Hauptsache mit dem emotionalen Wirklichkeitsraum eines Klienten arbeitet. Der Schwerpunkt bei einer Atembehandlung und auch beim Üben mit dem Atem liegt auf dem Kontakt mit der Empfindung, während er in der Psychologie wie auch bei der Arbeit mit Methoden der Familien-Aufstellung auf dem über die Empfindung vermittelten Gefühl liegt. Atembehandlungen meinen den ganzen Menschen. In der Behandlung lasse ich den vor mir liegenden Menschen auf mich wirken und nehme wahr, wie der Mensch atmet: Wo ist Fülle? Wo ist Leere? Wo atmet Lebendigkeit? Wo ruft Unbelebtheit nach Wahrnehmung? Ich versuche, „die Sprache des Atem“ zu erfassen, über die Atembewegung und über meine behandelnden Hände. Der Mensch ist sein Atem. Wenn ich seinen Atem „verstehe“, verstehe ich den Menschen (vgl. Rufer, Ruth 1995 S.171). Verstehen kann dabei aber immer nur eine Annäherung sein, an etwas, was sich mir mit jedem Atemzug neu und anders zeigt. Jeder Augenblick birgt die Möglichkeit des

Wandels. Funktionales Wissen ist wichtig, reicht aber nur für eine Einordnung oder Beurteilung aus. Wenn mir eine flache, unrhythmische, eher stössige Atmung entgegen kommt, kann ich auf emotionale Irritation oder Anspannung schliessen (vgl. Schmitt, Ludwig und Richter, Frederike: Atemheilkunst S. 428 und 429). Danach kann dann ein Behandlungsziel sein, die Atmung zu rhythmisieren, zu vertiefen und zu verräumlichen. Mit einer solchen Behandlung kann ich bestimmte Bereiche dessen erreichen, was Atem auch ist, aber ich begegne so dem Menschen auch nur in Teilbereichen.

Das andere Wissen, mit dem ich in einer Atembehandlung den Klienten begleite, ist ein Erfahrungswissen, das mit jeder Atembehandlung wächst und sich wandelt. Als Behandlerin bin ich wach, bewusst, anwesend mit meiner Kraft und mit meinem Wissen und mit meinem Atem. So bin ich in Kontakt und so kann die Begegnung wachsen, die „verstehe“ und wissendes Begleiten ermöglicht. So kann auch in der Klientin das Vertrauen wachsen, Impulse anzunehmen, die sie unterstützen ihren Atem frei geschehen und antworten zu lassen (vgl. auch Richter, Herta 2006 S. 47 ff). Empfindungsdominanz ist ein wesentliches Kriterium einer Atembehandlung. Und sie gelingt, je klarer ich aus meiner Mitte heraus behandle/begleite und je klarer ich im Kontakt bin.

In der ersten Einzelstunde war bei Frau N. wieder die Ambivalenz da: Sie wollte und sie wollte nicht. Das war das Feld der Stunde. Wieder ging es um die Grenzen und darum, dass sie sich ernst nimmt und anfängt, sich zu trauen, ohne das Miss-trauen wegzuschieben. Das Ziel für diese Behandlung war: herantasten, was Berührung für sie bedeutet. Was ist eine gute Berührung? Was ist eine schlechte Berührung?

In der Atembehandlung wird keine Übertragungsbeziehung angestrebt, vielmehr wird gleichberechtigter Kontakt angeboten, der es ermöglicht, dass die Atemlehrerin nicht als heilend oder helfend idealisiert wird, sondern als begleitend, unterstützend, anregend und ermutigend wahrgenommen werden kann (Vgl. Kemmann/Fischer 1995 S. 60).

So besprach ich mit Frau N. Zunächst das Setting. Frau N. entschied sich, sich auf die Behandlungsbank zu legen. Sie war sehr aufgeregt, was sie besonders im Magen wahrnehmen konnte. Sie legte sich auf den Rücken und ich legte meine Hände auf ihre Schienbeine. Das war zunächst der einzig mögliche Ort und ich liess mich darauf ein um ihr die Erfahrung des Willkommen-Seins, der Akzeptanz, des Aufgehoben- und Angenommen-Seins zu vermitteln, was gerade im Erstkontakt besonders wichtig ist um Vertrauen zu finden. In dieser ersten Phase der Atembehandlung stelle ich noch keine Anforderungen an den Kontakt zwischen mir und der Klientin, sondern ich versuche, ein „gutes Umfeld“ zu sein, in dem die Patientin zu sich selbst finden kann (Vgl.

Kemmann/Fischer 1995 S. 67 ff).

Ihre Aufregung breitete sich aus vom Magen hinauf zum Herzklopfen und zu einem schellen, flachen Atem. Ich bot ihr an, ihre eigene Hand zur Beruhigung auf den Magen zu legen. Das konnte sie annehmen und in der Folge ebte auch das Herzklopfen ab und ihr Atem wurde etwas tiefer und ruhiger. Ich legte meine Hand zur Unterstützung auf ihre, die auf dem Magen lag. Da kamen die Traurigkeit und Tränen. Frau N. konnte damit in Kontakt bleiben, bis sich dieses Gefühl nach etwa zehn Minuten in einen ruhigen, gelassenen Atem hinein löste.

In der Atembehandlung kann ich auf der Empfindungsebene bleiben und Wege öffnen, damit sich der Atem der Klientin von innen her befreien kann. Tauchen in einer Atembehandlung starke Gefühle bei der Klientin auf, spüre ich das zum Beispiel an der sich verändernden Atemtiefe oder –dichte, an der Atemgeschwindigkeit, an der Ausbreitung und am Atemfluss. Ich bleibe solange es möglich ist und genommen werden kann in Kontakt mit der Atemschwingung der Klientin. Ich bleibe da und zeige der Klientin: ich weiß und ich bin da. Ich gebe Halt und Grenze. Denn jede Festhaltung, die sich während einer Atembehandlung in heftigen Gefühlen löst oder zeigt, hatte ja einen Sinn, war einmal notwendig und führt, wenn sie sich löst zunächst zu einer großen Verunsicherung. Vor allem dann, wenn sich das Alte löst, ohne dass der Atem schon wirklich trägt, was am Anfang der Fall sein kann. Hier können massive Ängste auftreten. Wenn die Klientin sich nicht wieder oder weiter auf ihren Atem sammeln kann und vielleicht weint, dann kann ich ihr möglicherweise über die Füße Grund anbieten oder auch Halt durch ein Halten oder/und ich kann sie im Gespräch wieder an die Atemempfindung hinführen und nach ihr fragen.

Die Gefühle können da sein und zu gleicher Zeit besteht die Möglichkeit, den Atem empfindend wahrzunehmen. Das Angebot in einer Atembehandlung ist, die Gefühle in die Empfindung zu integrieren, sie in den Atemfluss zu geben, wo sie sich wandeln können. (Vgl. auch Ruth Rufer 1995 S. 171. Sie hat für diese Empfindung-Gefühl-Verknüpfung die Formel gefunden: Ich bin (Empfindung) - vertrauend (Gefühl) ? im Kontakt (Gefühl in der Empfindung)). Ich fühle und ich empfinde und ich kann mich gleichzeitig in diesen unterschiedlichen und untrennbar zu mir gehörenden Weisen erfahren. Atmend sammle ich mich auf die Atemempfindung und die Gefühle sind auch da. Ein verbaler Hinweis zu Beginn einer Atembehandlung kann zum Beispiel sein: „Sammeln Sie sich unter der Berührung meiner Hände und spüren Sie Ihre Atembewegung.“

Während der nächsten Gruppenstunde konnte Frau N. bei sich bleiben und auch die Angebote, sich zu berühren gut annehmen. In der zweiten Einzelsitzung erzählte sie

freudestrahlend, dass sie sich selber an den Beinen besser berühren könne, dass es ihr sogar Freude gemacht habe, sich einzucremen. Das sei nicht automatisch gewesen, wie sonst. Als Kind habe sie Berührung nur über Schläge erfahren. Da habe sie sich sowieso überflüssig, ungewollt und ungeliebt gefühlt. Frau N. ist bei ihrer Mutter aufgewachsen, die ständig wechselnde Liebhaber gehabt hatte. Ihren Vater kennt sie nicht.

Als die schmerzlichen Erinnerungen an die Schläge der Mutter kamen, bot ich ihr eine Intervention aus dem Familienstellen an. Denn in dieser Situation, da die Gefühle so übermächtig waren, erschien es mir sinnvoll zunächst mit diesen Gefühlen und den sie begleitenden Gedanken zu arbeiten. So bot ich ihr an, psychologisch einen andern Standort zu finden bzw. in eine gelasseneren Weite zu kommen, die dann im weiteren Verlauf vielleicht eine Sammlung auf Atem und Empfindung ermöglichen könnte.

Als sie zustimmte, bat ich sie, ihre Hände auf das Herz zu legen und sich dort zu spüren. Als sie in Kontakt mit sich war, ihren Atem und ihren Herzschlag spürte, liess ich sie den Kopf senken und die Augen schliessen und bat sie, sich vor ihrem inneren Auge ihre Mutter vorzustellen. (Vgl. Franke, Ursula 2002 S. 41 ff : Bei Aufstellungen in der Imagination läuft der Prozess vor dem inneren Auge der Klientin ab. Sie visualisiert das Geschehen und nimmt unter Anleitung der Therapeutin Veränderungen hin zu einem Lösungsbild vor.) Die Mutter schaute sie nicht an. Ich frage Frau N., ob ich sie berühren dürfe. Als sie bejahte, legte ich meine Hand zur Unterstützung zwischen ihre Schulterblätter auf den hinteren Herzraum. Das tat ihr gut, stärkte sie und erlaubte ihr, die Angst vor ihrer Mutter zu fühlen. Sie konnte diesen Satz laut zur Mutter hin aussprechen: „Mama, ich habe Angst vor dir.“ Sie musste den Satz noch zweimal laut wiederholen, bis die Mutter in ihrer Vorstellung endlich zu ihr hinsah und ihr zuhörte. Dann konnte sie den nächsten Satz sagen: „Mama, ich schütze mich jetzt ein bisschen vor dir.“ Als die Mutter auch das verstanden hatte, konnte Frau N. sich in Gedanken zurückziehen an einen sicheren Ort. Dort spürte sie wieder ihre Hände auf ihrem Herzen, ihrem Atem, der ruhig ging und die Berührung meiner Hand zwischen ihren Schulterblättern. Sie öffnete die Augen und konnte mit mir in Kontakt gehen und gleichzeitig bei sich bleiben.

Diese Intervention beruht darauf, Frau N. eine Metaposition anzubieten, von der aus sie ihre Mutter angstfreier sehen kann. An diesem geschützten Ort kann Frau N. sich kompetenter fühlen und nicht so ausgeliefert wie das innere Kind. Durch diese Stärkung wird es möglich, dass sie die Mutter anschauen und sich auch von der Mutter anschauen lassen kann. (Franke, Ursula 2002 S. 71 ff) In der Metaposition kann die Mutter sie nicht schlagen und Frau N. kann spüren, was sie braucht um hin zu schauen und zu fühlen

und sich zugleich zu schützen.

In den folgenden zwei Gruppenstunden verfestigte sich diese neue Kontaktmöglichkeit. Sie hatte einen neuen Zugang und Umgang mit sich gefunden. In der nächsten Einzelstunde waren erstmals fünfunddreißig Minuten Behandlung möglich: Zu Anfang spürte sie Enge auf der Brust, ihr Atem war kurz, sehr oben und schnell. Sie konnte sich so annehmen und auch von mir berühren lassen. Verbal unterstützte ich sie, den Halt der Liege wahrzunehmen und sehr genau darauf zu achten, wann die Berührung angenehm und wann unangenehm ist. Ich ließ sie die ganze Zeit zugedeckt, damit sie geschützt ist. Zunächst Abstreichen um die Körpergrenzen deutlich zu machen. Da löste sich schon der erste befreiende Ausatem. Bei der anschließenden Behandlung der Füße konnte sie mehrmals spontan tief durchatmen. Bei der Behandlung von Nacken und Schultern stieg wieder Unruhe auf. Der Atem verdichtete sich, wurde schneller und sie spürte ein starkes Stechen in der linken Seite zum Bauchnabel hin. Sie konnte anwesend bleiben und diese Stechen durchatmen. Im Nachruhen legte sie selbst die Hand auf die stechende Stelle. Nach der Behandlung fühlte sie sich, wie sie berichtete, ruhiger, gelassener und mehr bei sich.

In den folgenden Stunden berichtete sie immer wieder, dass sie ihre Stimmungen besser wahrnehmen und ihren Körper mehr annehmen könne und dass sie sich berühren könne, ohne Angst und Ablehnung.

Die Atemtherapie in der Klinik ist wie die anderen Kreativtherapien in das gesamte Therapiekonzept für jeden einzelnen Patienten mit eingebunden – auch für die Kinder. In der Inntalklinik gibt es zur Zeit vier Stationen. Zwei mal die Woche bin ich auf jeder Station bei den multiprofessionellen Teambesprechungen dabei, stehe für Fragen zur Verfügung und berichte von den Atemstunden. Zugleich erfahre ich auch ärztliche Hintergründe und Krankengeschichten, die im Team von den Ärzten vorgestellt werden. Jederzeit ist es auch möglich für mich, bestimmte Patienten, die mir aufgefallen sind, bei den Ärzten nachzufragen. Im Team gibt es vor allem auch die Möglichkeit zu Gespräch und Austausch mit dem behandelnden Psychotherapeuten, sodass die therapeutischen Interventionen besprochen und abgestimmt werden können. Zugleich werden sie von der Stationsleitung kritisch hinterfragt und supervidiert bzw. für die große Supervision vorgeschlagen, wenn etwas problematisch ist. Mit der Anmeldung eines neuen Patienten zur Atemtherapie, bekomme ich einen Bericht mündlich und schriftlich, über die Diagnose des Patienten, über seine Therapieziele und über wichtige lebensgeschichtliche

Ereignisse. Während des Aufenthalts habe ich jederzeit Einblick in die Akten und bin im Austausch mit den Bezugs- und den Gruppentherapeuten. So kann ich in der Atemtherapie zum Beispiel mit bestimmten Angeboten auf bestimmte Problematiken bei Patienten eingehen oder dem Bezugstherapeuten Hinweise auf Gespräche und Themen geben, die in der Atemstunde auftauchen. Die enge Zusammenarbeit, der verschiedenen professionellen Richtungen, insbesondere auch von Atemtherapie und Psychotherapie, hilft den Patienten in einem ganzheitlichen Feld, erste Schritte in etwas neues zu wagen. Insbesondere auch dann wenn beispielsweise eine borderline Störung mit Spaltungstendenzen vorliegt, wie bei Frau H.

Das erste mal als Frau H. ihren Atem im Bauch spürte, ist ihr vor Schreck schlecht geworden, denn sie fühlte gleichzeitig, Wut und Aggression gepaart mit massiven Schuldgefühlen, die sich im Bauch angestaut hatten. Frau H. war als Kind bis zu ihrem fünfzehnten Lebensjahr etwa zehn Jahre lang von ihrem Vater sexuell missbraucht worden. Später, als ihr Vater auch ihre Schwester missbrauchte, hatte sie ihn schließlich angezeigt. Der Vater wurde verurteilt und kam ins Gefängnis. Frau H. war jetzt als Erwachsene am ganzen Körper angespannt und adipös. Sie litt auch sehr unter innerer Anspannung, an Minderwertigkeitsgefühlen, an Unruhe und an dem Gefühl von Kraftlosigkeit. Sie konnte sich zudem kaum abgrenzen.

Ihre Einweisungsdiagnose lautete auf rezidivierende depressive Störung, Hypertonus und Adipositas mit Verdacht auf eine borderline Störung. Im Gespräch mit der behandelnden Psychologin kamen wir überein, verhaltenstherapeutisch und atemtherapeutisch mit Frau H. an der Abgrenzungsproblematik zu arbeiten.

In der Gruppe bot ich mehrere Stunden immer wieder das Thema Grenzen an: Körpergrenzen durch Abklopfen und Streichen und Kontakt zum Boden und zum umgebenden Raum, Spüren des Eigenen im ganz körperlichen Spüren der Atembewegung.

Frau H., die am Anfang starke Abwehr gegen die Atemtherapie hatte, verlor ihre negative Erwartungsangst mit jeder Stunde, in der sie sich abgegrenzt und kompetent in ihrer Lebendigkeit erleben konnte etwas mehr. Bis sie schließlich gerne kam und so viel Vertrauen hatte, dass sie sich auch weiter vor wagte, in die inneren Räume hinein. Der Zugang zu ihrem Körper und ihren Gefühlen verbesserte sich spürbar. Da Frau H. Im Laufe ihres Aufenthaltes auch mehr und mehr eine borderline Symptomatik mit starken Impulsdurchbrüchen und Gefühlsüberschwemmung zeigte, konnten wir in der Psychotherapie und in der Atemtherapie in gemeinsamer Absprache weiter parallel

arbeiten. Es ging um den Umgang mit den Impulsdurchbrüchen: um Ursachenerkennung, Kontrolle und Begrenzung. Atemtherapeutisch arbeitete ich mit Frau H. am eigenen Maß. Die immer wieder aufkommende Wut konnte Frau H. im Laufe der zwölfwöchigen Therapie mehr und mehr reflektieren und bewusst benennen. Sie fand auch zunehmend Wege, die weggeschobenen Gefühle angemessen auszudrücken.

Ziel der Arbeit mit dem Atem ist leib-seelisches Wachstum des Menschen und nicht in erster Linie Symptombefreiheit (Kemmann/Fischer 1995 S. 12 ff) . Diese kann eine Folge sein und sich aus einem eutonischen Zustand entwickeln, der in der Atemarbeit angestrebt wird. Insofern kann die Atemarbeit unterstützend und präventiv wirken bei psychischen und psychosomatischen Störungen. Die Arbeit mit dem Atem schult Hingabe, Achtsamkeit und Sammlungsfähigkeit auf verschiedenen Ebenen. Wenn es möglich ist, die Angebote in der Atemgruppe anzunehmen und sich dort vertraut zu fühlen, kann die Arbeit in die zweite Phase eintreten (Kemmann/Fischer 1995 S. 85 ff): in die Schulung der Wahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit. Hier geht es vor allem darum, schrittweise einen spürenden, nicht in erster Linie denkenden oder reflektierenden Zugang zu sich selbst und zu seinem Leib und Atem zu finden.

Auf diesem klassischen atemtherapeutischen Erkenntnisweg, in dem Gefühle sich in/über den Atem zeigen und lösen können, konnte ich Herrn E. begleiten. Herr E. litt an einer Depression und hatte Angst davor, die Trauer um seine, vor einem halben Jahr, plötzlich verstorbene Frau zu fühlen. Er konnte nicht weinen. Herr E. nahm an 18 Gruppenstunden teil und öffnete sich im Verlauf nach und nach immer mehr seinen schmerzlichen Gefühlen und Empfindungen. In der zweiten Stunde bot ich im Liegen an, den Boden zu spüren, und den Luftraum über uns mit den Händen zu erkunden und zu ertasten. Herr E. nahm diesen Raum als schmales Band wahr, eng und klein. Er sagte: aussen herum sei das Leben, er aber wage nur dieses bisschen Luft zu atmen. Sein Atem sei flach und vorsichtig. Die folgenden drei Stunden ging es um die Wahrnehmung der inneren Atemräume und Herr E. spürte zunächst, wie sein Atem nur den oberen Raum berührte. Er konnte erstmals weinen, was ihn sehr erleichterte. Nach und nach nahm er wahr, wie er den Atem anhält, wenn Gefühle drohen und dass er nur schwer ausatmet und loslässt. Im Verlauf der nächsten Stunden spürte er mehr Raum in sich und parallel dazu auch Trauer, die er jetzt eher annehmen konnte. Er weinte jede Stunde und sagte, nach und nach sei es weiter geworden in ihm und der Raum um ihn herum sei wieder größer. Er spüre seinen Atem jetzt bis in den Bauch und er wisse jetzt auch, warum er so kurzatmig

gewesen sei. Er habe Angst vor der Trauer gehabt, die er jetzt fühlen und ausdrücken könne.

Die Atemtherapie ist bei den Patienten in der Regel beliebt. Die meisten sehen sie zunächst als gute Möglichkeit der Entspannung oder des „Abschalten-könnens“. Für einige geht es tiefer und sie erkennen den Atem als Mittler ihrer Gefühle oder sogar als Anker im Sturm. Ich bekomme immer mal wieder Briefe von ehemaligen Patienten, besonders von Angstpatienten, die beschreiben, wie Dehnübungen und der dadurch angeregte und vertiefte Atem sogar in Paniksituationen nachhaltig geholfen und beruhigt hat. Besondere Aha-Erlebnisse löse ich auch immer wieder mit den Angeboten aus, sich zu lassen: dass die Lösung geschieht und nicht gemacht werden muss, dass der Atem geschenkt wird und nicht geholt werden muss. Dieses Erleben öffnet für manche Patienten tatsächlich das Tor zum Sein. Manchen gibt es auch einen neuen Blick auf ihr Tun – und Lassen - und sie beginnen eine Ahnung davon zu bekommen, was es heißt, sich und ihr Leben, auch ihr Schicksal anzunehmen, so wie es ist, nicht wie es sein sollte.

Ich habe versucht aufzuzeigen, dass sich die Atemtherapie in der beschriebenen Kombination und Weise besonders eignet für Menschen mit Psychomatosen und psychosomatischen Syndromen, die entweder psychogen oder psychisch überlagert sind. Auch für Menschen mit neurotischen und psychoreaktiven Erkrankungen wie Depressionen, Zwangserkrankungen, Phobien, Angstneurosen und Anpassungsstörungen konnten gute Erfolge verzeichnet werden. Weniger geeignet scheint die Atemarbeit zu sein bei Essstörungen, allergischen Erkrankungen oder auch bei Neurodermitis und bei Patienten mit chronischen Schmerzen.

Literaturverzeichnis

- Franke, Ursula Dr.: Systemische Familienaufstellung. Eine Studie zu systemischer Verstrickung und unterbrochener Hinbewegung unter besonderer Berücksichtigung von Angstpatienten. München 1996
- Franke, Ursula Dr.: Wenn ich die Augen schließe, kann ich dich sehen. Familien-Stellen in der Einzeltherapie und -beratung. Ein Handbuch für die Praxis. Heidelberg 2002.
- Franke-Gricksch, Marianne: „Du gehörst zu uns“. Heidelberg 2001
- Kemmann-Huber, E./Fischer, K.: Der bewusste zugelassene Atem. Theorie und Praxis der Atemlehre. München 1999
- Hellinger, Bert: Ordnungen der Liebe. Ein Kurs-Buch von Bert Hellinger. 4. Auflage Heidelberg 1997
- Middendorf, Ilse Prof.: Der Erfahrbare Atem und seine Stellung zur Psychologie. In: Atem-Forum. Fachzeitschrift der BEAM 4. Jahrgang 12/1996 Berlin 1996
- Middendorf, Prof. Ilse: Der Erfahrbare Atem. Eine Atemlehre. Paderborn 1995
- Richter, Herta: Atembefreiung und Entfaltung. In: Ab 40 2/2001
- Richter, Herta: Die ganz andere Praxis. Wegbegleitung im Atem. (unveröffentlichtes Manuskript)
- Richter, Herta/Mittelsten Scheid, Dieter: Vom Wesen des Atems. Herta Richter im Gespräch mit Dieter Mittelsten Scheid. Wiesbaden 2006
- Rilke, Rainer Maria: Worte die Verwandeln. Hg. Nießen, Adelheid. 4. Aufl. Freiburg 2002
- Rufer, Ruth: Lebendig im Atem. Selbsterfahrung und Therapie durch Atemarbeit. Düsseldorf 1995
- Schmitt, Dr. Johannes Ludwig: Atemheilkunst. 8. Aufl. Bern
- Veening, Cornelis: Das Bewirkende in der Atemarbeit. Vortrag vom Juni 1947. In: Waldmatten-Kreis, Texte zur Erinnerung an Cornelis Veening anlässlich seines 100sten Geburtstages am 15.1.1995. Die psychische Situation des jungen Künstlers. S. 34ff
- Veening, Cornelis: Vortrag für Heilpraktiker im Jung-Institut, Mai 1950 (unveröffentlichtes Manuskript)