



ATEM

DER ICH BIN

Atem- & Körperpsychotherapie
bei Frühen Störungen

Hrsg.: Stefan Bischof
Brigitte Obrecht Parisi
Anita Rieder

Auf dem Weg nach Hause

Atem- und Körperpsychotherapie bei Asthma

**Gekürzter Buchbeitrag
modifiziert nach**

Becker, I. (2012). Auf dem Weg nach Hause – Atem- und Körperpsychotherapie bei Asthma. In Bischof, S. (Hrsg.), *Atem, der ich bin – Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen* (S. 28-64). Norderstedt: Books on Demand GmbH.

10. Februar 2015

Inhaltsverzeichnis

		<u>Seite</u>
0	Zusammenfassung des ungekürzten Buchbeitrags	
1	Asthma in Kunst und Literatur	1
2	Propriozeption und Tensegrität	1
3	Krankheitsmodelle der klassischen Schulmedizin	3
4	Ansätze der Anthroposophischen Medizin	8
4.1	Asthma im Spannungsfeld der Polaritäten	9
4.2	Die chronische Wunde an der Grenze	12
5	Erfahrung von Grenze	15
6	Asthma als Psychosomatose	19
7	Asthma und Salutogenese	25
8	Literaturverzeichnis	27

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Asthmatrias und Pathogenese des Asthma bronchiale
- Abb. 2: Lunge zwischen den Polen von Entzündung und Verhärtung mit entsprechenden Krankheitsbildern und möglichen Interventionen gemäß der Anthroposophische Medizin nach Schnürer, Ch., 2006, S. 123
- Abb. 3: Der kopflose Frosch – Empfindungsbild (EB), Frau U., Originalgröße
- Abb. 4: Kopfloser Frosch mit Leiter (EB), Frau U.
- Abb. 5: Dampf ablassen (EB), Frau U.
- Abb. 6: Stielaugen mit Frosch im Brunnen (EB), Frau U.
- Abb. 7: Blei im Bauch (EB), Frau U.
- Abb. 8: Bleibeine (EB), Frau U.
- Abb. 9: Rückenrangeln – Empfindungsfühlbild (EFB), Frau U.
- Abb. 10: Der Atem trägt mich (EFB), Frau U.
- Abb. 11: Familienrückhalt (EFB), Frau U.
- Abb. 12: Befreiung aus dem Ei (Keramikfigur), Frau U.

Tabellenverzeichnis

- Tab. 1: Die vier Seinsebenen in der Anthroposophischen Medizin modifiziert nach Schnürer, Ch. (2006, S. 39)

0 Zusammenfassung des ungekürzten Buchbeitrags

Im asthmatischen Kontext wird der bewusst zugelassene Atem von den Betroffenen zunächst nicht als Ressource, sondern als Problem erfahren. Wege aufzuzeigen, die vom Problem zum Potential führen, steht im Mittelpunkt dieser Arbeit. Dabei werden die wichtigsten Aspekte schulmedizinischer, anthroposophischer und psychosomatischer Krankheitsmodelle aufgezeigt, mit entsprechenden tiefenpsychologischen und psychotherapeutischen Elementen der Atem- und Körperpsychotherapie (AKPT) verknüpft und in ein mehrphasiges atempsychotherapeutisches Behandlungskonzept integriert. Dieses korreliert mit dem prozesshaften Wandel der Wahrnehmungs-, Bewusstseins- und Beziehungsebene.

Die dokumentierten Einzelsitzungen und Gruppenerfahrungen beschreiben eine erste vorwiegend non-verbale, präpersonal ausgerichtete Phase mit empfindungszentrierter regressiver Progression und dem Ziel einer Stabilisierung im ganzheitlichen Körper-Selbst, gefolgt von personal ausgerichteter Strukturarbeit mit Beispielen zur Widerstandsarbeit und Spannungsregulation, begleitet von individuellem Selbstaussdruck mit Anbindung an das Vegetativum. Der Prozessverlauf beleuchtet auch depressive Komponenten und erläutert die Rolle der Selbstoffenbarung in der Arbeit am manipulationsfreien Raum.

Anhand der Feldwahrnehmung sowie der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene wird die Vielschichtigkeit und Komplexität der Asthmaerkrankung sowohl auf somatischer als auch auf biografisch-psychischer Ebene dargelegt. Dabei wird die Bedeutung der supervidierten Übertragungsbeziehung auf dem Weg der Salutogenese aufgezeigt.

Eindrückliche Zeichnungen und Skizzen veranschaulichen den für Asthma- kranke typischen Ambivalenzkonflikt als „chronische Wunde an der Grenze“.

1 Asthma in Kunst und Literatur

Etymologisch stammt das Wort Asthma aus dem Griechischen (σθμα, *ásthma*) und bedeutet „Keuchen“. Im Wort findet sich auch der indogermanische Wortstamm „hma“ mit der Bedeutung „atmen“. Aus der Verknüpfung beider Wörter lässt sich die frühe Definition des Asthmas als „*schweres, kurzes Atemholen, Beklemmung*“ herleiten. Schon im 1. Jh. n.Chr. beschreibt Hippokrates diese schwere, beklemmende Atemstörung, an der auch der römische Philosoph Seneca litt. Autobiografisch schreibt er: *„Den gestrigen Tag teilte ich mit meiner Krankheit: den Vormittag nahm sie für sich in Anspruch, den Nachmittag überließ sie mir.“* (zit. nach v. Steinaecker, K., 2009, S. 7) Daran wird deutlich, wie sehr diese Krankheit das Leben der Betroffenen in ihrem täglichen Ablauf bestimmt. Auch Gefühls- und Raumerleben stehen meist in Zusammenhang mit der Krankheit, was in den Bildern von Francis Bacon (1909-1992) und den Werken Marcel Prousts (1871-1922) – die beide an Asthma litten und daran starben – einen künstlerischen Ausdruck findet.

In der Beschreibung eines Hotelzimmers im Roman „Jean Santeuil“ beschreibt Proust anschaulich die Ambivalenz des engen Raumgefühls:

„Jean musste einmal im Hotel d'Angleterre übernachten. Zum ersten Male fühlte er sich in einem neuen Zimmer weder ängstlich noch traurig. Nachdem die Doppeltür sich geschlossen und die Wandbespannung für Stille gesorgt hatte, schienen alle anderen Wesen so fern, dass er Lust verspürte, vor Freude in die Luft zu springen und durch den weichen Vorhang hindurch die kleine dicht schließende Tür in dem Gefühl zu küssen, er könne sich fest darauf verlassen, dass sie sich nicht wieder öffnen werde. Die Wände, die so liebevoll dieses Zimmer zu umschließen, es von der übrigen Welt zu isolieren schienen und die man da so dicht vor sich sah, wie sie sich mit einem beschäftigten, über einen wachten, ganz so als wollten sie sagen: Wir sind immer da.“

Die Ambivalenz von Nähe und Distanz spiegelt sich auch in sehr vielen Bildern Francis Bacons wider, wo schreiende oder nach Luft schnappende Menschen von einem glasartigen Kasten umgeben sind, der sie von der übrigen Welt zu isolieren scheint. Die Isolierung in abgeschlossenen Räumen wird hier künstlerisch thematisiert.

2 Propriozeption und Tensegrität

Die Orientierung im Raum ist durch die „*Propriozeption*“ wahrnehmbar. Der Begriff wurde 1906 von Charles Scott Sherrington (1857-1952) für den räumlichen Zusammenhang der Körperwahrnehmung und deren dauernde relative Veränderungen eingeführt. Mit der „*Propriozeption*“ (= „sein Eigenes nehmen“ von lat.:

proprius Adj. = *eigen* + *capere* Verb = *nehmen*) sind die Sinnesfunktionen gemeint, „die eine unmittelbare Gliederstellung und Muskelspannung ermöglichen und uns damit über den jeweiligen Zustand unseres Bewegungsapparates (Lage- und Bewegungsempfindung) informieren“ (Hensel, H., 1967, zit. nach v. Steinaecker, K., 2009, S. 7). Die Propriozeption bestimmt das Körperbild im Raum- und Beziehungsgeflecht und verknüpft überordnend alle anderen Selbstempfindungen, wie z.B. Hören, Sehen, Geschmack, Hautsinn und Gleichgewicht. Aus ihr entsteht die Empfindung für den Körperinnenraum und das Empfinden für die Körperstellung im Außenraum.

Die Propriozeption wird auch als eine Art „kinästhetische oder Bewegungsempfindung“ (E. Husserl) oder auch als „Muskelsinn“ bezeichnet, weil er aus einer Reihe kinästhetischer Empfindungen resultiert, „die wir durch die Tätigkeit der Muskeln erhalten“ (v. Stumpf, K., 1873, zit. nach v. Steinaecker, K., 2009, S. 9). Mit diesem Muskelsinn können die Bewegungen der Muskeln, aber auch deren Spannungszustände empfunden werden. Diese Wahrnehmungen werden durch komplexe neuronale Verschaltungen zwischen Muskeln, Sehnen, Gelenken und Bändern mit entsprechenden Gehirnstrukturen ermöglicht. Sie bilden eine Art „Körpergehirn“, das die gesamte, bewusste und unbewusste, subjektive Körpererfahrung als „body image“ (Schilder, P., 1935) oder als „Leib, der ich bin“ (v. Dürkheim, K.F.) speichert. Dies entspricht dem „Körperschema“ nach Sir Henry Head (1861-1940) als einem „organisatorischen Prinzip, das gespeicherte Eindrücke der Vergangenheit und aktuelle Eindrücke der Gegenwart in eine Beziehung setzt, aus der ein organisiertes Modell unseres Selbst hervorgeht“ (Head, H.H., zit. nach Bischof, M., 2006, S. 116).

Eng verknüpft mit der Propriozeption ist das Phänomen der Tensegrität bzw. tensionalen Integrität (lat.: *tensio* = Spannung, Druck), d.h. dem integrierten Spannungsverhalten des Gesamtsystems, das die strukturelle Form garantiert. Nach Richard Buckminster Fuller (1895-1983), nach dem auch die chemische Gruppe der Fullerene benannt ist, sind alle Strukturen des Universums Tensegritätsstrukturen, d.h. „Systeme maximaler Ökonomie, maximalen Nutzens durch minimalen Energie- und Materialaufwand“. Die „Prinzipien, die das Universum beherrschen“, finden sich auch in allen Körperstrukturen: vom muskulo-skeletären System, über die Gewebsstrukturen, den Zellaufbau bis zu den Proteinstrukturen.

„Das Konstruktionsprinzip der Tensegrität umfasst die Polaritäten von Aktion und Reaktion, Schub- und Zugkräften.“ Dabei sind die Kräfte „gleichmäßig über das gesamte System verteilt“ (Bischof, M., 2006, S. 135).

„Tensegritätsstrukturen funktionieren im Organismus als gekoppelte, harmonische Oszillatoren. Die ständige, gleichmäßige Spannungsverteilung verteilt

nicht nur die Kräfte auf alle miteinander verbundenen Elemente, sondern verkoppelt außerdem DNS, Zellkern, Zellskelett und Ionenkanäle in Zellmembran, ganzen Zellen und Geweben, die alle schwingende Gebilde mit charakteristischen Resonanzfrequenzen sind, zu einem einzigen Resonator.“ (Bischof, M., 2006, S. 136)

Der Körper wird so zum Tensegritätsnetzwerk, das mechanische und elektromagnetische Schwingungen und damit Informationen im ganzen Körper verteilt. Wenn alle Spannungen ausbalanciert sind, sind alle Systeme wieder synchronisiert und funktionieren mit hoher Ganzheitlichkeit. Andererseits gibt es „*Korrespondenzen zwischen muskulären Spannungszuständen und psychisch-emotionalen Stressmustern*“, die sich auch im Feld zeigen. (vgl. W. Reich, E. Jacobson, zit. nach Bischof, M., 2006, S. 136)

3 Krankheitsmodelle der Klassischen Schulmedizin

Während die Atem- und Körperpsychotherapie (AKPT) ihre Sammlung auf die **Salutogenese** (= Stärkung von Selbstregulation und Kohärenz nach Aaron Antonovsky, 1923-1994) im mehr-dimensionalen Wahrnehmungs-, Bewusstseins- und Beziehungsfeld lenkt, richtet die klassische Schulmedizin ihren Fokus auf die **Pathogenese** in einem kausalen Ursache-Wirkungsgefüge. Dementsprechend liegt die Sammlung auf dem krankmachenden „Pathogen“ sowie auf dessen Beschreibung und Wechselwirkung mit dem Organismus (Pathophysiologie). Ziel dabei ist, den Krankheitsauslöser zu finden, zu untersuchen und „dingfest“ zu machen, um ihn dann entweder medikamentös ganz aus dem System zu eliminieren oder zumindest in die durch ihn verursachten Krankheitsabläufe medikamentös einzugreifen und sie dadurch zu unterbrechen.

Gerade bei Erkrankungen, die den Atem selbst betreffen wie z.B. beim Asthma, liegen diese beiden komplementären Wahrnehmungs- und Interventionsmodelle sehr dicht beieinander. Sie können sich gegenseitig ergänzen und befruchten, wenn sie wertfrei wahrgenommen und angenommen werden als das, was sie sind: nämlich Realitäten des menschlichen Lebens.

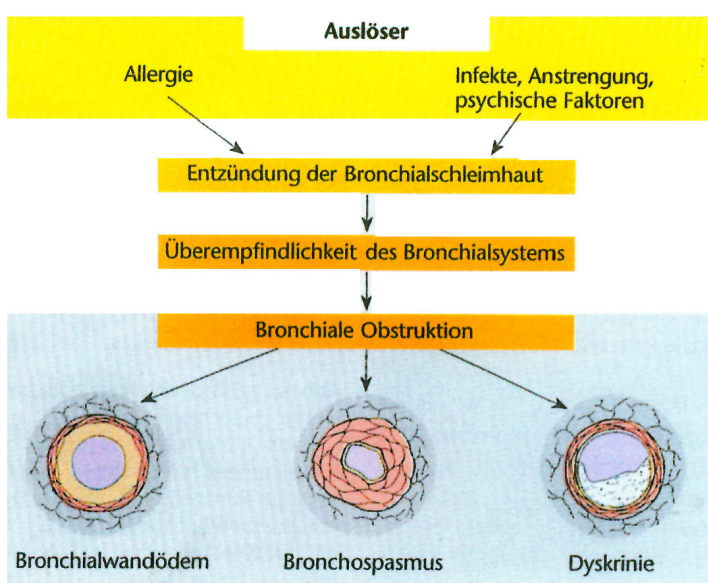
So gilt es, schulmedizinische Krankheitsmodelle derart in die Atem- und Körperpsychotherapie einzubinden, dass sie im Feld des Atems ihren Platz finden, an den Atem angebunden und dadurch integriert werden können. Nur wenn dem Therapeuten selbst diese Integration gelingt, können auch die Klienten über Spiegelung und Imitation diesen Weg beschreiten. Gerade bei einer Krankheit wie Asthma, in der polare Phänomene wie Ein- und Ausatem, Spannung und Lösung, Distanz und Nähe, Mangel und Fülle, Denken und Fühlen eine bedeutende Rolle spielen, ist die integrative Haltung des Therapeuten eine Grundvoraussetzung für

Heilung. Beginnt der Therapeut die Schulmedizin abzuwerten, gießt er zusätzlich Wasser auf die Mühlen der Polaritäten und schneidet sich selbst von der ganzheitlichen, ressourcenzentrierten Heilkraft des Atems ab.

Die Integration schulmedizinischer Krankheitsmodelle erfordert aufgrund der andersartigen Terminologie und Nomenklatur eine große sprachliche „Übersetzungsleistung“ als Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation zwischen Arzt, Patient/Klient und Therapeut. Diese verstehe ich persönlich als wichtiges Element einer integrativen AKPT.

Asthma bronchiale ist schulmedizinisch definiert als eine chronische, entzündliche Erkrankung der Atemwege mit dauerhaft bestehender Überempfindlichkeit. Die chronische Entzündung führt bei entsprechender Disposition zu anfallsweiser Luftnot („Dyspnoe“ von griech.: „dys“ = gestört, schwierig und „pnoe“ = Luft) infolge einer aktiven, reversiblen Verengung der Atemwege. Diese bronchiale Obstruktion (lat.: obstructio = Abschließung, Verbauung) geht mit einer Verkleinerung des verfügbaren Bronchialquerschnitts einher und wird durch die so genannte „Asthmatrias“ verursacht, nämlich das Zusammentreffen von

- ⇒ **Dyskrinie**, d.h. vermehrte bzw. gestörte („dys“-) Sekretion von zäh klebrigem Schleim, der von den Schleimdrüsen in die Bronchien abgesondert wird, mit Schleimveränderungen,
- ⇒ **Bronchospasmus**, d.h. Kontraktion der die Bronchien umgebenden glatten Muskulatur
- ⇒ **Bronchialwandödem**, d.h. entzündliche Schwellung der Schleimhäute mit Flüssigkeitseinlagerung in die Schleimhaut.



Wie Abb. 1 veranschaulicht, können entweder allergisch exogene oder nicht-allergisch endogene Faktoren eine bronchiale Obstruktion auslösen. Beim allergischen Asthma sind im Blut allergietypische, spezifische Immunglobuline (IgE) feststellbar, während beim endogenen Asthma auch psychische Wirkfaktoren als Entstehungsursache diskutiert werden

Abb. 1: Asthmatrias und Pathogenese des Asthma bronchiale nach Schäffler, A. & Menche, N., 1999, S. 318

Nach dem aktuellen, international gültigen Diagnoseklassifikationssystem ICD-10-GM (ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der WHO, 10. Vorabversion 2010, (ICD-10-GM online) gibt es für chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47) und speziell für Asthma bronchiale (J45) folgende Zuordnungen:

J45	Asthma bronchiale
J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale
J45.1	Nichtallergisches Asthma bronchiale
J45.8	Mischformen des Asthma bronchiale
J45.9	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet

Bereits vor mehr als 300 Jahren erkannte Bree (1797) die für die konventionell-medizinische Asthma-Diagnostik noch heute maßgebliche, typische Symptomatik der „*Asthmatrias*“. Während dieses klassische Modell aus Leichenöffnungen an Toten resultiert und eine anatomische Erklärung auf physisch-stofflicher Ebene liefert, stehen den Ärzten seit etwa 40 Jahren neue technische Möglichkeiten zur Verfügung, um die asthmatische Einengung der Atemwege am lebenden Menschen relativ genau zu bestimmen. Mittels routinemäßiger Lungenfunktionsuntersuchungen (Spirometrie) entwickelte sich eine neue Krankheitsvorstellung, nämlich die der Hyperreagibilität bzw. Hyperreaktivität des Bronchialsystems. Darunter wird eine allgemeine Atemwegsüberempfindlichkeit gegen Reize (z.B. auch Kaltluft) verstanden. „*Ein Asthmatiker reagiert demnach mit einer übermäßigen Engstellung der Bronchien bereits auf relativ geringe Reize.*“ (Schnürer, Ch., 2006, S. 64)

Bei den Lungenfunktionstests werden verschiedene Parameter, wie z.B. in- und expiratorische Lungenvolumina und -kapazitäten, miteinander mathematisch in Beziehung gesetzt und daraus verschiedene Größen abgeleitet, wie z.B. der Atemwegswiderstand (Resistance), der elastische Widerstand (Compliance) oder das Ausmaß der Lungenüberblähung (Emphysem).

Durch die Entwicklung der Bronchoskopie ergab sich in den letzten zwei Jahrzehnten die Möglichkeit, mittels Sonden und kleinsten Zangen Schleim, Zellen und Gewebsverbände in den kleineren Bronchien direkt zu gewinnen und zu untersuchen. Dies führte zu der überraschenden Erkenntnis, dass eine chronische Entzündung der Atemwege die Überempfindlichkeit verursacht. Dieses neue Krankheitsmodell hatte zur Folge, dass seitdem Kortison an erster Stelle einer konsequenten Asthmabehandlung steht.

Die nachfolgenden Forschungen konzentrierten sich fast ausschließlich auf den Entzündungsprozess mit dem Ziel, die Botenstoffe des Immunsystems als „Sprachwerkzeuge“ zu verstehen und in therapeutische Interventionen umzusetzen, indem man versucht in diese Botschaften medikamentös so einzugreifen, dass entzündungsanregende Botenstoffe (Leukotriene) abgeblockt werden. Sol-

che „*Leukotrienenantagonisten*“ werden seit 1998 als lang wirkende bronchienerweiternde Asthma-Medikamente auf dem deutschen Markt angeboten. (vgl. Schnürer, Ch., 2006, S. 65, 140 ff)

Die Entzündungskaskade bei Asthma ist hochkomplex, schulmedizinisch bis ins Detail erforscht und mindestens 50 Cytokine (Immunbotenstoffe) identifiziert. Beim allergischen Asthma können bei entsprechender genetischer Disposition Sofort- oder Spätreaktionen (6 bis 12 Stunden nach Einatmen des Allergens) folgen, oft auch in Kombination (dual reaction). Allergische Nies- und Schnupfattacken (allergische Rhinitis) können durch Blütenpollen, Hausstaub, Schimmelpilze, Tierhaare, u.a. verursacht werden.

Das nicht-allergische Asthma kann hingegen durch andere Reize verursacht werden, z.B. durch Infektionen der Atemwege, Medikamentenunverträglichkeiten (sog. *Analgetika-Asthma*), Einwirkung von toxischen oder irritierenden Stoffen (Lösungsmittel, Weichmacher, Zusatzstoffe oder kalte Luft), durch besondere körperliche Anstrengung sowie die Refluxerkrankung (Rückfluss von saurem Mageninhalt in die Speiseröhre).

Diese entzündliche (*-itis*) Erkrankung der Speiseröhre (Ösophagus) gerät vor allem in den letzten Jahren im Zusammenhang mit der Asthmagenese ins Blickfeld, weil ein überraschend hoher Prozentsatz der Asthmatiker (mind. 30%, wahrscheinlich mehr) auch an Reflux leidet. Der genaue Mechanismus ist noch nicht geklärt. Eventuell gelangt der rückfließende Magensaft teilweise bis in die Bronchien und löst dort starke Reizungen aus. Möglich ist auch, dass die Säure den Vagusnerv (10. Hirnnerv) reizt, welcher daraufhin eine Engstellung der Bronchien (= Asthma) bewirkt. Diese refluxassoziierte Überempfindlichkeit (Hyperreagibilität) der Atemwege bzw. das refluxassoziierte Asthma wird auch „*Refluxösophagitis*“ oder „*Gastroösophageale Reflux-Krankheit*“ (GERD = **G**astro**e**sophageal **R**eflux **D**isease) genannt. (vgl. Schnürer, Ch. 2006, S. 17)

Die Zunahme an allergischen Erkrankungen, vor allem schon im Kleinkindalter, ist alarmierend. Asthma bronchiale und Allergien zeigen besonders in den westlichen Industrieländern einen dramatischen Anstieg. Allein in Deutschland leiden nach Schnürer, Ch. (2006, S. 22) fünf Prozent der Erwachsenen und sieben bis zehn Prozent der Kinder an Asthma bronchiale, jedes vierte an einer Allergie. Die Zahl der asthmabedingten Todesfälle in Deutschland beträgt etwa 5000 pro Jahr. Frauen erkranken häufiger an Asthma als Männer.

Die COPD (= **C**hronic **O**bstructiv **P**ulmonary **D**isease = chronisch einengende Lungenerkrankung) ist derzeit die fünfthäufigste Todesursache weltweit, im Jahr 2020 voraussichtlich sogar die dritthäufigste. Unter dem Oberbegriff COPD werden zwei unterschiedliche Krankheitsbilder der unteren Atemwege zusammengefasst, nämlich die chronisch obstruktive Bronchitis und das Lungenemphy-

sem mit einer für beide Erkrankungen typischen Obstruktion (vgl. Abb. 2).

Das Krankheitsbild ist dem Asthma ähnlich und auch die zur Verfügung stehenden Medikamente sind gleich. Die COPD lässt sich *„nicht immer scharf von Asthma“* abgrenzen; *„sie kann auch Folge- und Endzustand eines langjährigen Asthmaleidens sein“* (Schnürer, Ch., 2006, S. 16). Bei der COPD verändert sich das Lungengewebe derart, dass es viele seiner Alveolarsepten (haarfeine Zwischenräume zwischen den Lungenbläschen) verliert. Der Brustkorb weitet sich dann zwar bei der Einatmung, kann aber bei der Ausatmung nicht mehr zurückschwingen, so dass eine Überblähung (Lungenemphysem) entsteht. Durch den Umbau des Lungengewebes mit Reduktion der Alveolen steigt der „Totraum“ in der Lunge, so dass diese bei fortschreitender Krankheit *„nicht mehr ausreichend belüftet (ventiliert) wird“*, was zu einer *„chronischen Ateminsuffizienz mit Anstieg der CO₂-Konzentration im Blut“* und in Folge davon zu einer Herzinsuffizienz (Cor pulmonale) führt. (vgl. Schäffler, A. & Menche, N., 1999, S. 280, 318)

Sowohl bei Asthma bronchiale als auch beim Lungenemphysem handelt es sich um Obstruktionen, mit dem Unterschied, dass es sich beim Asthma um eine „aktive“ Verengung der Atemwege, beim Lungenemphysem hingegen um eine „passive“ Ausatemungsbehinderung, bedingt durch einen Kollaps der Bronchien handelt. Bei fortschreitender chronisch obstruktiver Bronchitis – ebenfalls unter dem Begriff COPD diagnostiziert – verlieren die Bronchien durch die anhaltenden Entzündungen ebenfalls ihre Elastizität und Spannkraft und werden dahingehend umgebaut (Remodelling), dass sie immer rigider und wandstärker werden. *„Ihre mit Flimmerhärchen besetzte normale Oberfläche geht verloren, was ihre Reinigungsfähigkeit stark mindert. Liegen gebliebener Schleim kann nicht abtransportiert werden, der Umbau der Bronchien und entzündlich geschwollene Schleimhäute führen zur Einengung und Infektanfälligkeit.“* (Schnürer, Ch., 2006, S. 115 ff)

Bei den vier Schweregraden der Asthmaerkrankungen verfolgt die Schulmedizin folgende drei Therapieziele:

- ⇒ **Anfallskontrolle**, d.h. Verbesserung des Befindens, Rückgang der Anfälle in Schwere und Häufigkeit, möglichst bis zur Anfallsfreiheit
- ⇒ **Therapieoptimierung**, d.h. andauernde, optimale Weit- und Ruhigstellung der Bronchien (Dauerbronchospasmolyse); dadurch Reduktion der Anfälligkeit gegenüber Reizen und Bronchialinfekten; Verhinderung von Langzeitfolgen
- ⇒ **Therapieminimierung**, d.h. Reduzierung der notwendigen Medikamente auf ein Minimum unter Berücksichtigung der ersten beiden Ziele

Diese Therapieziele werden auf die individuelle Situation im Hinblick auf die Verträglichkeit und Wirksamkeit der einzusetzenden Medikamente abgestimmt und in Zusammenarbeit von Patient und Arzt gemeinsam festgelegt. Eine beglei-

tende Schulung ist Voraussetzung für den wirksamen und sicheren Einsatz schulmedizinischer Asthmamittel.

Die Asthma- und Allergieproblematik verursacht dem Gesundheitssystem und der Volkswirtschaft enorme Kosten. In den meisten Gesamtkosten-Nutzenanalysen konventioneller Therapieverfahren sind Krankheits- und Therapiespätfolgen z.B. durch Langzeit-Kortisongaben oder Frühverrentung nicht berücksichtigt. Eine Kostenreduktion lässt sich nach Schnürer, Ch. (2006, S. 72 ff) unter anderem durch präventive Maßnahmen wie z.B. Atem-, Kunst- und Singtherapie, Heileurythmie, Sprachgestaltung oder Meditation, eine bewusste Ernährungsumstellung, geringeren Arzneimittelverbrauch und geringere berufliche Fehlzeiten erreichen.

Epidemiologische Vergleichsstudien, die in den neunziger Jahren weltweit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen durchgeführt wurden, belegten ein ausgeprägtes Ost-West-Gefälle in der Asthma-Häufigkeit auch im damals wiedervereinigten Deutschland, so dass die These der Schadstoffbelastung als eine der Hauptursachen allergischer Überreaktionen nicht mehr länger haltbar war. Selbst die Schulmedizin postulierte ein komplexes biologisch-psycho-soziales Entstehungsmodell, das den „westlichen Lebensstil“ in die kausalen Zusammenhänge mit einschloss. Diese systemische Betrachtungsweise im mehrdimensionalen Feld berücksichtigt vor allem die Anthroposophische Medizin.

4 Ansätze der Anthroposophischen Medizin (AM)

„Ihre Begründer Rudolf Steiner (1861-1925) und Ita Wegman (1876-1943) intendierten mit der Anthroposophischen Medizin (AM) eine Erweiterung“ der auf die Pathogenese ausgerichteten Schulmedizin mit dem komplementären Ziel, die Salutogenese anzuregen (Schnürer, Ch., 2006, S. 33 ff). Die AM steht also der AKPT-Konzeption insofern sehr nahe, als sie mit ihrer klienten- und ressourcen-zentrierten Methodik nach Möglichkeiten sucht, den Menschen in seinem So-Sein ganzheitlich zu unterstützen. Diese ressourcenzentrierten, ganzheitlichen Ansätze besitzen viele Parallelen zur AKPT. Die AM basiert auf der funktionellen Dreigliederung des Menschen im Spannungsfeld von „Polarität und Steigerung“ (Goethe) auf vier Seinsebenen.

Glied	Erkenntnisebene	Seinsebene
Physischer Leib	Physik, Chemie	Mineral
Lebensleib	Lebensrhythmen	Pflanze
Seelenleib	Schmerz, Bewusstsein, Organbildung, Innenraum	Tier
Ich-Organisation	Biografie, Individualität, Intention, Außenraum	Mensch

Tabelle 4: Die vier Seinsebenen in der Anthroposophischen Medizin

Das Gesetz von „*Polarität und Steigerung*“ besagt, dass allen Entwicklungen und Bewegungen Polaritäten zugrunde liegen, von denen Schwingungen ausgehen, die zu einer gegenüber den Ausgangskräften neuen, höheren Qualität führen. Polare Phänomene finden sich im Ein- und Ausatem, aber auch intrazellulär zwischen dem Zellinneren und der Zelloberfläche, interzellulär zwischen den Zellen eines Organs sowie im gesamten Organismus. Durch die Polaritäten entstehen (elektrische) Spannungen und es bilden sich „*Fließgleichgewichte, die zwischen zwei Polen hin und her schwingen*“ und „*durch Regelmechanismen kybernetisch steuernd in engen Grenzen gehalten*“ werden. „*Die Vermittlung geschieht über Hormone und hormonähnliche Botenstoffe*“, wobei den Wirkstoffen (Agonisten) Antagonisten polar gegenüber stehen. (Schnürer, Ch., 2006, S. 44 - 45)

In der AM wird dieses Konzept von Polarität und Steigerung ganzheitlich auf den menschlichen Körper und seine Lebensfunktionen übertragen, so dass einem oberen „*Kopf-Pol*“ mit „*Nerven-Sinnes-Qualitäten*“ (= oberer Raum in der AKPT) ein unterer „*Stoffwechsel-Gliedmaßen-Pol*“ (= unterer Raum in der AKPT) gegenüber steht. Zwischen beiden „*vermittelt der mittlere, rhythmische Mensch*“ (= Ich-Kraft = Atem-Kraft in der AKPT) „*mit den Organen, in denen sich Atem- und Herzrhythmus manifestieren*“. Durch die Ich-Kraft, die der Atem-Kraft entspricht, wird also das „*Gleichgewicht zwischen den Polen austariert bzw. immer wieder neu hergestellt*“. Entgleisungen, d.h. „*das Überwiegen eines Pols gegenüber dem anderen oder die Verlagerung von Qualitäten aus dem einen in den anderen Pol*“ werden demgemäß als „*Ausgangspunkte für Erkrankungen*“ gesehen. (Schnürer, Ch., 2006, S. 45-47)

4.1 Asthma im Spannungsfeld der Polaritäten

Bezogen auf Asthma und COPD bedeutet dies, dass die Lunge im polaren Spannungsfeld eine rhythmische Mittlerfunktion einnimmt zwischen „*Verhärtung – Kälte*“ (Sklerose) des Kopf-Pols einerseits und „*Auflösung – Wärme*“ (Entzündung) des unteren Menschen andererseits. Gleichzeitig ist sie „*den einseitig `kränkenden` Einflüssen der Gegensätze ausgesetzt*“ und muss sich dagegen abgrenzen. Gelingt ihr diese Abgrenzung nach unten nicht, „*so wird sie in die Wärme und ausdehnende, auflösende Tendenz der Entzündung zu stark einbezogen, wird quasi `zum Darm`*“. Gelingt dem mittleren Menschen indes die Abgrenzung nach oben hin nicht, so wird die „*Lunge zum Kopf*“, und es kommt zur Abkühlung, Verlangsamung, Verhärtung, Einengung und Verkrampfung. (Schnürer, Ch., 2006, S. 58)

Die folgende Abbildung 2 veranschaulicht diese Zusammenhänge:

Die Lunge im Spannungsfeld der Polaritäten

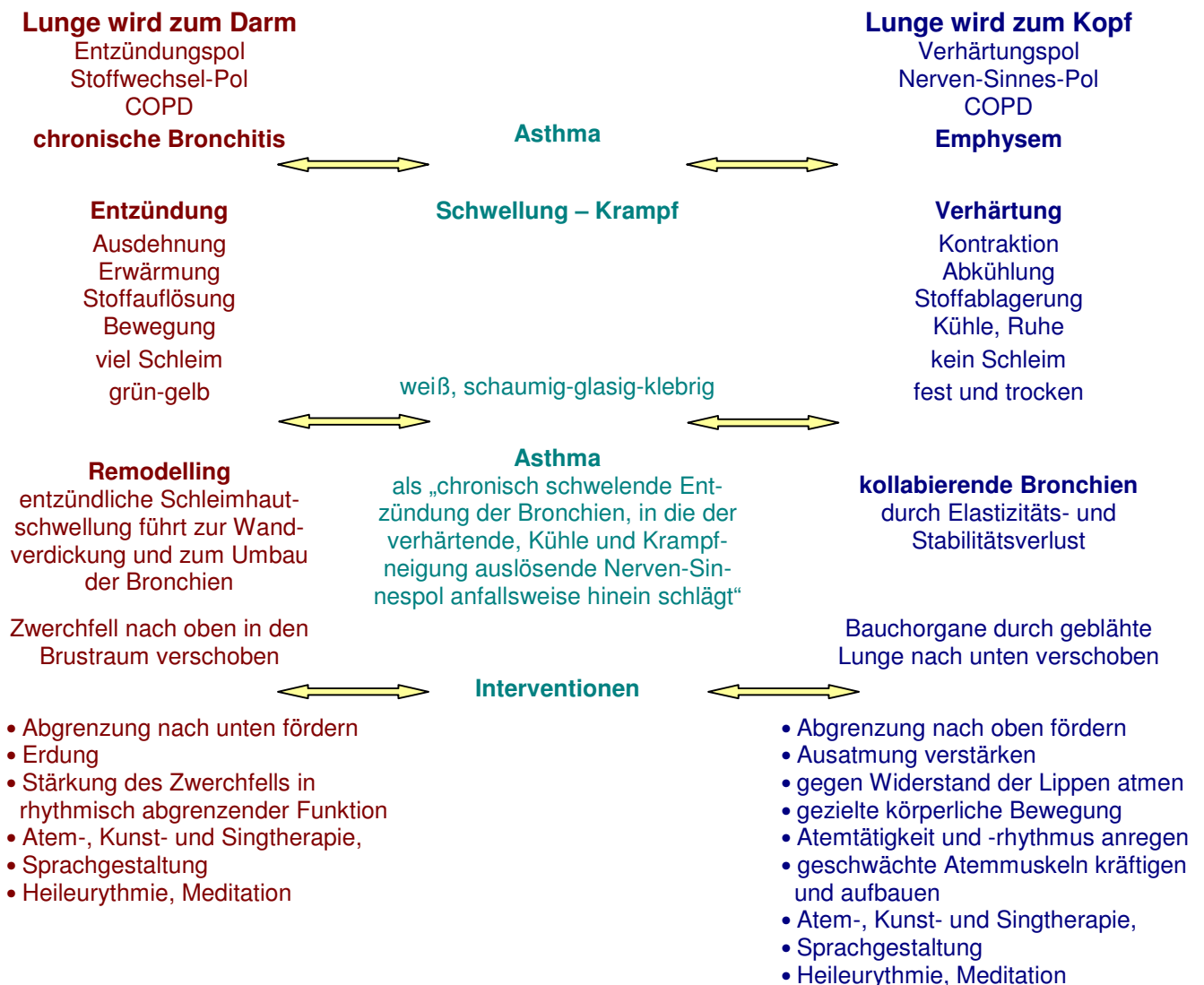


Abb. 2: Lunge zwischen den Polen von Entzündung und Verhärtung mit entsprechenden Krankheitsbildern und möglichen Interventionen gemäß der Anthroposophischen Medizin, modifiziert nach Schnürer, Ch. (2006, S. 123)

Zwischen den Extremen unterliegt der Krankheitsprozess individuellen Schwankungen mit vielfältigen Möglichkeiten und fließenden Übergängen, die abstrakt als „Asthma bronchiale“ oder „COPD“ diagnostiziert werden, im Einzelfall aber immer mehrere Komponenten in unterschiedlicher Ausprägung beinhalten. Auf den Punkt gebracht könnte man sagen: Asthma ist nicht gleich Asthma und COPD ist nicht gleich COPD. Die Komplexität der Krankheit erfordert ein sehr differenziertes, auf den individuellen Krankheitsverlauf abgestimmtes AKPT-Konzept, wobei der Typus therapieleitend wirkt. Dieser drückt sich auch im Körperbild, im Empfindungsbewusstsein und in der Präferenz der Wahrnehmungs- und Bewusstseinsfunktionen aus.

Emphysemiker sind eher sinnesbetont, Augenmenschen, die überwachen ihre Umgebung wahrnehmen und kontrollieren. Ein Beispiel dafür ist das Empfin-

dungsbild der Abb. 6, bei dem die übergroßen Stielaugen die Kontrollfunktion des Kopfes repräsentieren. „Mit solchen Augen hat man alles im Blick. Ihnen entgeht nichts!“ (O-Ton der Klientin bei der späteren gemeinsamen Bildbetrachtung)

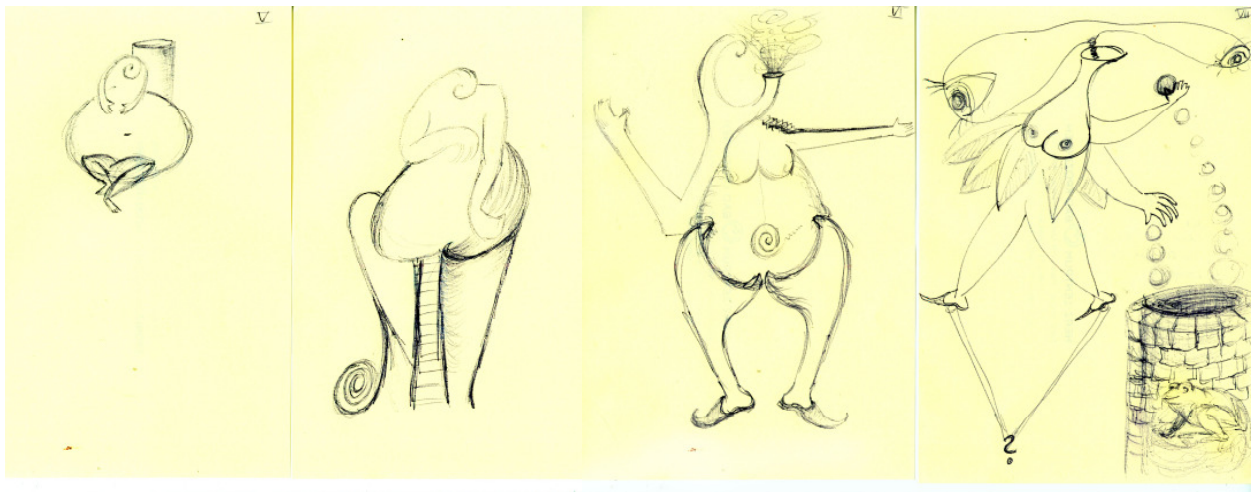


Abb. 3: Der kopflose Frosch

Abb. 4: Kopfloser Frosch mit Leiter

Abb. 5: Dampf ablassen

Abb. 6: Stielaugen mit Frosch

Auffallend bei allen Zeichnungen ist der fehlende Kopf bei gleichzeitig stark geblähtem, ei- bis schädelförmigem Bauch, verkümmerten Beinchen und teils fehlenden oder deformierten Füßen. Auch der Asthmatiker **F. Bacon** hat eine Vielzahl solcher Bilder kopfloser Menschen gemalt. Vor dem Hintergrund der Emphysem-Thematik, wo der Kopf nach unten rutscht und zur Lunge wird und die Beine ganz weit weg nach unten verschoben werden, können diese Zeichnungen tatsächlich als Empfindungsbilder gesehen werden, in dem Sinn, dass sie die empfundene Wirklichkeit der Betroffenen wiedergeben. Auf die damit verbundene Raumempfindung im Kontext eines psychischen sowie emotional-mentalen Körpererfahrungsbildes bzw. Stressmusters wurde bereits in Kap. 2 eingegangen.

Während bei der Kopfbetonung die Kontrolle und damit die rational-bewertende Denkfunktion stark im Vordergrund steht, zeigt sich die Fühlfunktion besonders im bronchitisch-entzündlichen Pol, der häufig mit einer starken affektiven, emotionalen Komponente verknüpft ist.

Dies kann sich körperlich in einem „Wundgefühl“ mit starkem Brennen, Ziehen und Jucken an lokal eingrenzbaaren Körperstellen wie Gaumen, Hals, Brustbein, Kehlkopf, oberer Rücken oder Oberschenkel äußern. Diese „Wundpunkte“ können je nach Lage therapeutisch genutzt werden, um die damit verbundenen asthmatischen Blockierungen auf der Körperebene über eine Oberflächen- und Tiefensensibilisierung durch ausstreichende, rhythmische Bewegungen oder lokalen Druck zu lösen. Im Beziehungsfeld können sie – z.B. über Widerstandsarbeit an den Trochantern – Zugänge zu den darunter liegenden, tieferen, seelischen Wunden eröffnen, die sich oft über solche Schmerzen zeigen.



Abb. 7: Blei im Bauch

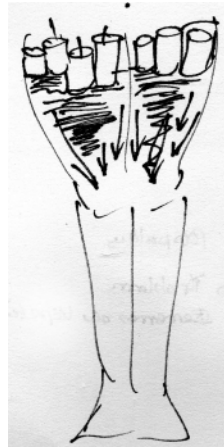


Abb. 8: Bleibeine

Die Empfindungsbilder der Abb. 7 - 8 tragen den Titel „Blei im Bauch“ und „Bleibeine“. Die Zeichnungen entstanden im Anschluss an eine Gruppenstunde mit dem Thema Grenzen. In einem ersten Schritt wurde über den Kontakt zum Boden, über das Tanzenlassen der Füße und das rhythmische Bewegen im Raum die Anbindung an das Präpersonale, Vegetative gefördert. In einem zweiten Schritt konnte gemäß der personalen Strukturarbeit im Kontakt zum Boden eine Grenze erfahren werden.

Nach dieser ersten objektbezogenen Grenzerfahrung schloss sich dann in einer Partnerübung („Scheibenwischer“) eine subjektbezogene Grenzerfahrung an, die durch Widerstandsarbeit beim späteren „Trochanterschieben“ weiter vertieft wurde. In der abschließenden Austauschrunde ordnete die Klientin ihren Empfindungen von „Hitze“ und „Brennen“ Empfindungsbilder von „Feuer“, von „*heißem, brodelndem Blei in Bauch und Beinen*“, von „*Eisenstangen, die in den Körper gerammt werden*“ zu. Sie sprach vom „*Krieg, der im Körper herrscht*“ und von einem Gefühl „*tiefer Traurigkeit*“ angesichts dieser inneren Bilder. Zu den Gefühlen kam der Satz: „*Ich fühle mich wie Michael Kohlhaas.*“ (O-Ton, Frau U.) Auf die Frage, was sie damit meine, antwortete sie, dass sie die aussichtslosen Bemühungen des Michael Kohlhaas um Gerechtigkeit auch aus ihrem Leben kenne. Wie der Protagonist der Kleist'schen Novelle sehe sie sich „*unvereinbaren Gegensätzen ausgeliefert*“, die sich in einer Konfrontation zwischen eigenen, inneren Idealen und äußerer gesellschaftlicher Wirklichkeit zeigten.

In der Gegenübertragung fühlte ich diese Hoffnungslosigkeit bei gleichzeitigen Gefühlen von Ohnmacht und Wut. Die bleierne Schwere, die lähmend nach unten zieht, ließ in mir das Gegenübertragungsbild eines ausweglosen Gefangenseins, einer Art Erstarrung, entstehen. Mit ihren Worten des „*Kriegs, der im Körper herrscht*“ und des „*Feuers*“ stellte sich in der Gegenübertragung zudem das Gefühl eines äußerst bedrohlichen, existentiellen Überlebenskampfes ein. Hier gibt es Parallelen zur psychosomatischen Sicht des Asthma bronchiale, die in Kapitel 6 näher erläutert werden.

4.2 Die chronische Wunde an der Grenze

Vor diesem Hintergrund ist es interessant, dass in der AM Entzündungsprozesse als Grenzbildungsprozesse verstanden werden. (vgl. Schnürer, Ch., 2006, S. 78-91) „*Grenzbildung*“ ist ein „*Urphänomen des Lebens*“ und Grundvor-

aussetzung für die „*Eigenständigkeit eines Organismus*“. Diese Fähigkeit, sich gegenüber der Welt abzugrenzen, besitzt das Immunsystem, welches das Individuum in komplexen Abläufen an den inneren und äußeren Grenzen aktiv gegenüber Außeneinflüsse und Eindringlinge durch Sekrete schützt. Zu den äußeren Grenzen gehört die Haut mit ihren Sinnesorganen, zu den inneren die Schleimhäute des Atemsystems und Verdauungstraktes. Ähnlich wie bei der Verdauung laufen Entzündungsprozesse in den folgenden drei, subtil aufeinander abgestimmten Funktionsschritten ab:

- ⇒ **Wahrnehmung** fremden Lebens, Sinnesvorgang
= Empfinden in der AKPT
- ⇒ **Erkenntnis** fremden Lebens und dessen Eigenschaften
= rational-bewertende Bewusstseinsfunktionen: Denken – Fühlen
- ⇒ **Handlung**, die der Erkenntnis angemessen ist
= Bewegungsimpulse = Intuieren

Grundlage der Entzündung ist „*das Prinzip der Auflösung, der `Verdauung`, der Einverleibung und/oder Ausscheidung von Fremdleben*“. Insofern ist das Immunsystem ein „*metamorphosiertes über den ganzen Körper verteiltes Verdauungssystem*“ (Schnürer, Ch., 2006, S. 83). Während akute, meist fieberhafte Entzündungskrankheiten von kurzer Dauer sind und zur Lebenswirklichkeit jeder menschlichen Biografie dazu gehören, kommen chronisch-schleichende Entzündungen nicht zum Abschluss und schwelen weiter. Hierfür gibt es zwei Gründe, dass nämlich

- ⇒ die Entzündungskaskade an einer Stelle festhakt, weil das Gleichgewicht der polaren Prinzipien gestört ist oder dass
- ⇒ das eingedrungene Fremdleben nicht vollständig überwunden werden konnte.

Beim Asthma bronchiale und den allergischen Reaktionen handelt es sich um „Entgleisungen“ des Immunsystems, wobei den chronischen, überschießenden und auflösenden Entzündungsimpulsen als polare Gegenbewegung ein Gewebsanbau und eine Verhärtung entgegengesetzt wird.

Dieses „*Remodelling*“ ist in Abb. 2 und in Kap. 3 beschrieben.

*Bei den chronischen Entzündungen der Atemwege handelt es sich großteils um entzündliche Prozesse, die sich nicht gegen Fremdes, sondern gegen den Organismus selbst wenden. Man kann von „widersinnigen Entzündungen“ sprechen. Es sind **Grenzverletzungen**, die man als „**chronische Wunde**“ bezeichnen kann. (Schnürer, Ch., 2006, S. 88)*

Eine chronisch entzündete Schleimhaut ist eine verwundete Körpergrenze. „*Dieser Prozess einer sich gegen die Integrität des Gesamtorganismus richtenden,*

entgleisten Entzündung erfährt eine qualitative Steigerung in den so genannten 'Autoimmunerkrankungen' (Schnürer, Ch., 2006, S. 88), bei denen das Immunsystem in einem autoaggressiven Akt körpereigene Strukturen als fremd erkennt und sie in einem Entzündungsprozess zerstört. Dieses autoaggressive Element von Entzündungsprozessen bei Asthma bronchiale kommt in den Empfindungsbildern 7 - 8 der Klientin ebenso zum Ausdruck wie in ihrer Assoziation von Michael Kohlhaas, der mit seiner Verbissenheit sein Leben bezahlte.

Bei den „*widersinnigen Entzündungen*“ sind „*die Entzündungsabläufe in ihrem Gleichgewicht zwischen der Wahrnehmungs- (= Empfindungs-), Erkenntnis- (= Denk- und Gefühls-) und Handlungsfunktion (= Intuition) gestört*“. Dadurch entsteht eine Hypersensibilität und „*vermehrte Durchlässigkeit für das, was auf den Menschen an Fremdem zukommt*“, was letztlich die entzündlich-allergische Reaktion auslöst. „*Der Allergiker ist zu offen gegenüber der Welt – und er reagiert überempfindlich mit einer übertriebenen Entzündungsreaktion auf Fremdleben.*“ (Schnürer, Ch., 2006, S. 88-89) Die überdimensional großen Stielaugen der Abb. 6 können als Ausdruck einer solchen Hypersensibilität interpretiert werden.

Im Kontext der drei Funktionsschritte eines Entzündungsprozesses führt also eine zumeist übersensible Wahrnehmung zu einer reflexartig überschießenden Handlung im Sinn eines Kurzschlusses. „*Was hier geschwächt erscheint, ist der dazwischen geschaltete und die Handlung 'bremsende'*“, den Kurzschluss quasi vermeidende „*Erkenntnisprozess*“. (Schnürer, Ch., 2006, S. 91)

Anhand längerjähriger Erfahrungen formuliert Schnürer Ch. (2006, S. 89, 91) ein Therapiekonzept bei Asthma und Allergien mit folgenden drei grundlegenden Wirkfaktoren:

- ⇒ Stärkung des Abgrenzprozesses
- ⇒ Stärkung des Erkenntnisprozesses zur Vermeidung der überschießenden Handlung
- ⇒ Dämpfung und Reduzierung des überempfindlichen Sinnes-Prozesses durch Abschirmung gegenüber Reizen

Diese in der AM postulierten Wirkfaktoren lassen sich im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten AKPT mit Elementen aus der präpersonalen und personalen Entwicklungsphase mit Integration der Bewusstseinsfunktionen im Jung'schen Sinn konkret umsetzen. Die präpersonalen Elemente dienen der Anbindung an das Vegetative mit dem Ziel, willentlich und muskulär geführte Bewegungen mit einem meist davon entkoppelten Atem in einen natürlichen, rhythmischen Atem- und Bewegungsfluss zu entlassen. Dies wird von Asthmatikern als äußerst wohltuend und entlastend empfunden, weil bei diesen Menschen das Atmen in der Regel immer mit mühevoller Arbeit verbunden ist.

Die daran anschließende personale Strukturarbeit, die immer wieder prä-personale Elemente einbezieht, dient der Stärkung und Nachreifung der Ich-Kraft, die der Atem-Kraft entspricht. Mit der Stärkung der Ich-Kraft wächst zunehmend die Fähigkeit, zwischen dem oberen Nerven-Sinnes-Pol und dem unteren Stoffwechsel-Entzündungs-Pol zu vermitteln. Durch Erfahrungen des Geerdet- und Getragenseins auf der präpersonalen Stufe kann sich der Kopf-Pol entspannen und in archetypischen, rhythmischen Bewegungen einen Ausgleich finden. Wachsende Fähigkeiten zur Selbstregulierung helfen, entstehende Körperspannungen zu erfahren, wahrzunehmen, zu halten, zu lösen und zu modellieren. Über das Benennen im Bewusstseins-, Wahrnehmungs- und Beziehungsfeld können diese Vorgänge bewusst gemacht und unterrepräsentierte Wahrnehmungsfunktionen gefördert und integriert werden.

Durch das Erlernen der Fähigkeit, die Sammlung und Wahrnehmung bewusst zu lenken und integrierend zu halten, entsteht eine Freiheit, aus der heraus aufsteigende, eigene Bewegungs-, Atem- und Stimmimpulse sowohl bewusst ausagiert als auch bewusst zurückgehalten werden können. Die Anbindung an die Ressourcen vermittelt dem Asthmatiker ein Kohärenzgefühl in Richtung Salutogenese. Widerstandsarbeit und übungszentrierte Erfahrungen von Körpergrenzen in der Subjekt-Objektbeziehung sowie in der Außen- und Innenwahrnehmung fördern regulierende Abgrenzungsfähigkeiten zur Welt hin. Beispiele für die Bewusstwerdung von Grenzen durch Widerstandsarbeit in der Gruppe finden sich in den Empfindungsfühlbildern der Abb. 9 und 11.

5 Erfahrung von Grenze



Abb. 9: Rückenrangeln

In der Abb. 9 symbolisiert die rote Farbe der Wirbelsäule die Vitalität und Wärme, die die Klientin durch das Rückenrangeln als sehr wohltuend empfunden hat. Aufgrund dieser „weichen Wärme“ (O-Ton, Frau U.) war es ihr möglich in ihren warmen, lebendigen Rücken hineinzuatmen, womit sie sonst große Schwierigkeiten hat. Im Anschluss an das Rückenrangeln mit der Erfahrung des Rückens als Grenze folgte das Gehen durch den Raum, wobei die Klientin aus einem spontanen, inneren Bewegungsimpuls heraus mit geschlossenen Augen rückwärts ging. Diese Feldwahrnehmung griff ich auf und bot in der Bewegungssequenz für die gesamte Gruppe das Rückwärtsgehen im Raum mit geschlosse-

nen oder offenen Augen an. Dabei öffneten sich die Handinnenflächen tastend nach hinten, so dass sich dadurch die Achselhöhlen wie Luftpolster weiten konnten und die gesamte Körperrückseite wie ein riesiger Parabolspiegel zu der umgebenden Luft hinspüren konnte. Diese feine Empfindungsarbeit war möglich, weil die Teilnehmer dieser Atemgruppe eine langjährige Übungserfahrung besitzen, sich sehr gut kennen und einander vertraut sind. Eine weitere Voraussetzung war die vorangegangene intensive Oberflächen- und Tiefensensibilisierung durch Beklopfen, Ausstreichen und Kneten der Muskulaturen („Zahnpasta“-Übung), wodurch das Empfindungsbewusstsein für die Körpergrenzen und -strukturen (Knochen, Haut, Muskeln, Sehnen, Bänder) gestärkt war.

Dieses Rückwärtsgehen in der Empfindung des warmen, lebendigen, von Atemluft umströmten Rückens hat die Klientin sichtlich genossen, was sie mit den Worten von „Leichtigkeit“, „Wohlgefühl ohne Schmerzen und Atemprobleme“, „fliegender Vogel im Aufwind“ und „himmlische Freiheit“ umschrieb. Ausdruck dieser Gefühle ist das Empfindungsbild der Abb. 10 mit dem bezeichnenden Titel: Der Atem trägt mich!



Abb. 10: Der Atem trägt mich!

Beim Augenöffnen und Vorwärtsgehen, d.h. bei der Wahrnehmung der Realität, verschwand dieses Wohlgefühl im angeregten Rücken und gleichzeitig auch die feine Empfindung des Getragenseins durch den Atem, was im Rückwärtsgehen – im Regredieren – für die Klientin erfahrbar war. Während zu Beginn der Bildsequenz noch ganz das Empfindungsbewusstsein der Füße im Kontakt zum Boden im Vordergrund steht, tritt dieses selbständige Gehen auf zwei Beinen mit Wechsel der Bewusstseinsfunktion zum Fühlen hin immer mehr in den Hintergrund, bis schließlich die kindliche, fliegende Seejungfrau als Ausdruck „himmlischer Freiheit“ ganz vom Boden abhebt.

Dieses Symbol (griech.: „*symballein*“, Verb = *zusammenfügen, zusammenwerfen*) der Seejungfrau findet sich in vielen Empfindungsbildern der Klientin wie-

der. Nach Jung ist ein Symbol „der bestmögliche Ausdruck der Total-Situation des Menschen für ein vom Bewusstsein noch nicht Ergriffenes. ... Mit der Geburt des Symbols hört die Regression der Libido ins Unbewusste auf. Die Regression verwandelt sich in Progression, die Stauung gerät in Fluss... Das Symbol ist lebender Körper. Jede Auseinandersetzung mit dem Symbol wird damit zum Auslöser subtiler Veränderungen im Körper.“ (C.G. Jung, GW 6, § 903, S. 339 und GW 1, § 291 zit. nach Wülfig, N., 2006, S. 67) „Symbole als Libidogleichnis sind die eigentlichen Transformatoren des psychischen Geschehens.“ (Jacobi, J., 1998, S. 97)

Die Empfindung des Rückens, der für das Unbewusste steht, für das, was biografisch hinter uns liegt und uns Rückhalt gibt, ermöglichte der Klientin im anschließenden Tönen eine weitere integrierende Erfahrung im Sinn von Jung. Das Empfindungsfühlbild der Abb. 11, das sie im Anschluss an die Gruppenstunde zu Hause malte, trägt den Titel „Rückhalt finden in der Familie“. Es ist Ausdruck eines Beziehungsfeldes, das vergangene und gegenwärtige Beziehungsstrukturen abbildet: eine Übertragungssituation im psychotherapeutischen Sinn.

In einer Einzelstunde wurden die Bildelemente benannt:

Im Beziehungsfeld steht die Klientin als Erwachsene in der Mitte des Bildes. Nach vorne ist sie tönend mit offenen Augen und nach oben geöffneter, rechter Hand einer schemenhaft skizzierten Übertragungsfigur zugewandt. Dies sei „die Atmerin: licht – heil – rund – zumindest im Ansatz. Auf dem Weg – ein Gegenüber“. Im Rücken ihre Familie „mit Mutter, Vater und dem geliebten Bruder“. Zu ihrer Überraschung würden ihre beiden jüngeren Schwestern keine Rolle spielen – zumindest nicht bei ihrer Erfahrung eines tragenden Urgrunds, den sie tönend benennt: uhulu - umbra – u.



Ihr Bruder stärke ihr mit großer, kräftiger rechter Hand den Rücken, der dadurch „wie beim Rückenrangeln ganz warm, weich und lebendig“ (rot) werde. Im Gespräch beschreibt sie ihren Bruder als einen Menschen, der allen „bedingungslos geben konnte, was sie brauchten“. Ganz links im Bild die Mutter „kartoffelschälend – abgewandt“. Die Mutter „mit pinkfarbenen Lippen und Schuhen: schrill und unharmonisch, die Mutter, gebückt unter der Bürde ihrer Kinder“; der Sohn ist ihr am nächsten, „stützt die älteste Tochter, die ihr (der Mutter) so fern. Die Mutter – die Hexe“ ... Über der Mutter ein Buch – das Eintauchen in „die Welt der Bücher als Stütze vor den Unbilden des Lebens“ ... „Der Vater: vergeblich im Rücken gesucht“; dort habe er „nicht hingepasst“. Und doch sei er „dem Kopf na-

Abb. 11: Familienrückhalt

he“, dort habe er sich „hineingeschlichen“, habe dort „angedockt“. Er selbst: „substanzsuchend im Kopfstand – Yoga gegen den Frust.“ Die Mutter „dominant und unemanzipiert, dumm intellektualisierend“ – der Vater „ein trauriger Täter: saft- und kraftlos. Seine Hand: umbragrün, wie eine knorrige Eiche nach dem Licht strebend.“

Sie, die Klientin mit blau gestaltetem Kopf, versuche „vernünftig“ zu sein. „Der Vater, das Rechte dominiert, nein okkupierte den Kopf. Lord Voldemort unter der Mütze. Selbst das Sichtfeld ist eingeschränkt durch seinen langen Arm. Sein Glatzkopf sitzt mir im Nacken, seine linke Schulter drückt mir auf den Kopf. Sein ganzes Kopfstandgewicht liegt mir auf der linken Schulter – Nackenverspannungen sind mein tägliches Los. Das haarige rechte Vaterbein schmerzt täglich mehr. Das habe ich von ihm – wie auch den Perfektionismus.“

„Worin besteht das positive Gefühl im aktivierten Rücken? Woher kommt das Wohlfühl? Die Sicherheit?“

Im Bild dominiert die Vertikale, das männlich Gerichtete und Aufrichtende durch die übergroße Hand des Bruders, der die Abgrenzung zur Mutter ermöglicht. Durch die Begrenzung entsteht Sicherheit – die Klientin kann den tragenden Urgrund aus sich selber schöpfen und mit dem „uhulu – umbra – u“ tönend nach außen benennen, selbst über den hindernden linken Vaterarm hinweg – eine Art SelbstbeHAUPTung in den lösenden Ausatem hinein.

Diese Selbstbehauptung ist Ausdruck einer Präsenz, die in der Leiblichkeit verankert ist und mit Füßen, Beinen, Rumpf, Arm, Kopf und Hand **voll-ständig** bzw. **selbst-ständig** geworden ist. Die Struktur- und Widerstandsarbeit der AKPT förderte die Nachreifung der Ich-Kraft mit männlichen und weiblichen Qualitäten. Ausdruck männlicher Qualitäten sind Aufrichtung, Rückhalt, tönender Ausatem, blauer Kopf und Darstellung der gesamten rechten Körperseite. Die weiblichen Qualitäten drücken sich in der bezogenen Hinwendung zum Gegenüber, in der geöffneten Hand und im „uhulu – umbra – u“, im Wort selbst aus. Das „U“ wird beim Tönen dem unteren Raum zugeordnet, der archetypisch für den Urgrund, das Weibliche, Nährende, aber auch für das Unbewusste, Dunkle, Verschlingende steht – für das Wurzelchakra, dem in der indianischen Tradition die Heilige Schlange, der „Uroboros“ im Sinn von Neumann, E. (1956), zugeordnet ist.

In der Gruppenstunde am Vortag hatten wir gemeinsam „HELIOS“ getönt, der Name für den griechischen Sonnengott, der auch für die eigene Sonne, den Solarplexus und die Ich-Kraft steht. Das „uhulu – umbra – u“ ist eine spontane Wortschöpfung der Klientin, mit der sie ihren individuellen „tragenden Urgrund“ benennt. (O-Ton, Frau U.) Im Bewusstsein dieses tragenden Urgrunds kann sie das Männliche, was sie über ihren lebendigen Rückhalt an der Grenze empfangen hat, im tönenden Ausatem weitergeben, so dass sich Männliches und Weibliches über den Atem im eigenverantwortlichen, erwachsenen Lebensvollzug verbinden und ausdrücken können.

„Umbra“ ist das lateinische Wort für Schatten, was aber der Klientin in diesem Moment nicht bewusst war. Der Schattenfigur der Mutter steht die Lichtfigur der „Atmerin“ diametral gegenüber. Auf einer gedachten Diagonalen von links unten nach rechts oben liegen vier verschiedene Köpfe: der abgewandte der Mutter, der senkrecht nach unten drückende des Vaters und zwei, die sich zugewandt sind: ein blauer und ein hellgelber Kopf. Bei ihnen ist ein Spiegeln möglich, was die Klientin in ihrer Kindheit wahrscheinlich nicht in dem Maß erfahren hat, wie sie es gebraucht hätte. Blau und Gelb sind Komplementärfarben, „Grundfarben“ für Goethe, der das Gelb mit der Seele und das Blau mit dem Körper des Menschen verband. (vgl. Platzer, S., 2003, S. 39) Nach Goethe wird *„die blaue Farbe mit Hilfe des Lichts aus der Dunkelheit geboren“* (zit. nach Platzer, S., 2003, S. 38).

Während die Abb. 10 noch ganz von einem regredierenden, kindlich träumerischen Himmelblau geprägt ist, sind Kopf und rechter Arm der Abb. 11 in einem klaren, „erwachsenen“ Blauton gehalten. Blau zählt symbolisch zur *„Farbe der Transzendenz, auch der Mittler- und Spiegelungsfarbe zwischen Himmlischem und Irdischem, zwischen Gott und Welt. [...] Als Farbe des Luftelements wird es zur Farbe der Sehnsucht, über sich hinauszugehen. [...] Als Farbe der Meerestiefe ist es auch Farbe für das Unbewusste, für die Tiefe der eigenen Seele.“* Neben der *„blauen Blume der Romantik“* als Sehnsuchtssymbol der Einheit, gilt der *„blaue Stein“* als Symbol für den *„Wesenskern des Menschen, für sein Selbst“* (Riedel, I., 1987, S. 58 - 61). Nach Riedel, I. & Henzler, Ch. (2008) arbeitet der Gestaltende beim schöpferischen Malprozess direkt an seiner Selbstgestaltung, seiner Selbstheilung und seiner Individuation.

6 Asthma als Psychosomatose

Die Psychosomatik beschreibt psychische Erkrankungen mit vorwiegend körperlichem Ausdruck. Dabei werden Erkrankungen mit und ohne Organbefund unterschieden und in drei Kategorien unterteilt, nämlich in

- ⇒ Konversionssymptome, Ausdruckskrankheiten, d.h. somatische Reaktionen mit Symbolcharakter, ohne Organbefund
- ⇒ Funktionelle Störungen, d.h. psychovegetative Erkrankungen mit diffusen Beschwerdebildern, ohne Organbefund
- ⇒ Psychosomatosen mit organischem Befund, primäre Reaktion des Körpers auf Konflikte, Organneurosen, Vegetative Neurosen

Nach Bischof, S. (2003a, S. 3) bezeichnet der Begriff Psychosomatose *„körperliche Erkrankungen und Beschwerden, bei denen zwar eine organische Ursache nachzuweisen ist, für deren Entstehung aber wiederum auslösende oder*

entwicklungsbegünstigende psychische Faktoren angenommen werden. Eine Somatisierung, d.h. eine Umwandlung seelischer Konflikte und Belastungen in Organerkrankungen“ entsteht, wenn seelische Konflikte nicht im Bewusstsein gehalten und begleitet werden können. Dies gilt als Selbsthilfeversuch und somit grundsätzlich als Ressource. Wenn sich nämlich seelische Konflikte und Belastungen nicht somatisieren können, führen sie in eine Störung auf niedrigerem Strukturniveau, z.B. in eine Psychose.

Die Elternproblematik, die in Abb. 11 mit den Themen Symbiose, Abgrenzung, tragender Urgrund, Nicht-Kind-Sein-Dürfen, Keine-Last-Sein-Wollen zum Ausdruck kommt, spielt bei den psychosomatischen Krankheitsmodellen eine große Rolle. So wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts ein Zusammenhang zwischen Asthma bronchiale und einer überstarken Mutterbindung in der frühkindlichen Phase einerseits, verbunden mit einer Trennungsangst von vertrauten und geliebten Personen andererseits diskutiert. Tatsächlich hat sich bei Frau U. das Asthma mit ca. 18 Jahren in einer biografischen Trennungsphase vom Elternhaus entwickelt.

Nach der Bindungstheorie von John Bolby (1907 - 1990) beeinflussen individuelle frühkindliche Bindungserfahrungen als relativ stabile „*Bindungsrepräsentanzen*“ bzw. als so genannte „*inner working models*“ auch spätere menschliche Bindungsmuster. Verzerrungen im Fühlen und Denken können somit einer frühen Bindungsstörung entstammen und als Antworten des Kindes auf die Unfähigkeit der Eltern entstehen, seinen Bedürfnissen nach Wohlbefinden, Sicherheit und emotionaler Beruhigung Rechnung zu tragen. Solcherart missglückte Interaktionen in der frühen Beziehung des Kindes zu seinen Bezugspersonen können sich als Bindungsstörungen entwickeln und psychosomatische Erkrankungen auslösen, insbesondere bei unsicheren, desorganisierten oder desorientierten Bindungen, welche die Vulnerabilitätsschwelle herabsetzen, also die Schwelle, ab der ein Mensch Belastungen nicht mehr verarbeiten kann und eine psychische Störung entwickelt. Dabei wird die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen durch eine unsichere Bindung erhöht. Eine Zuordnung von unsicheren Bindungsstilen und einer bestimmten Psychopathologie konnte bisher allerdings nicht festgestellt werden.

In therapeutischen Beziehungen können neue Bindungs- und Trennungserfahrungen qualitativ erlebt und umgesetzt werden. Zu den wichtigsten Faktoren für sichere Bindungen zählen nach Stahlmann, M., (2008, S. 19):

- ⇒ Feinfühligkeit
- ⇒ Zuverlässigkeit und
- ⇒ Differenzierungsfähigkeit im Kontakt.

Nach heutiger psychosomatischer Sichtweise wirken Allergien nur bei einer entsprechenden emotionalen Basis, d.h. nicht das Allergen verursacht die Allergie, sondern sein symbolischer Inhalt, d.h. das, wofür das Allergen steht. (vgl. Groen, J., 1979, zit. nach v. Steinaecker, K., 2009, S. 8)

Psychodynamische Hypothesen weisen auf einen Konflikt zwischen Anklammerung und Unabhängigkeit hin. Dieser mögliche Konflikt veranschaulicht die Keramikfigur der Abb. 12, die Frau U. nach 12 Behandlungsstunden modellierte.



Abb. 12: Befreiung aus dem Ei

Sie zeigt eine junge Frau, die krampfhaft versucht, sich aus einem Ei zu befreien, das ihrem Entwicklungsstand nicht mehr entspricht. Während bei diesem dargestellten Befreiungsversuch die Körpervorderseite mit Hals, Rumpf und Becken extrem überdehnt wird, werden Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule durch das Zurückwerfen von Kopf, Haaren und aufstemmenden Armen massiv komprimiert: ein anschaulicher Ausdruck unvereinbarer Polaritäten, die in ein konflikthafte Gefangen-sein münden und die Ausweglosigkeit und muskuläre Erstarrung dokumentieren.

Das Ei, ein weibliches Ursymbol, steht auf der individuellen Ebene für die Einheit mit der Mutter, aus deren Symbiose es sich zu lösen gilt auf dem Weg zur eigenen Neuschöpfung, zur „psychischen Geburt“ in Unabhängigkeit und Freiheit. (vgl. Mahler, M. S. zit. bei Bischof, S., 2003d, S. 2) Die Loslösung kann nur gelingen, wenn zuvor die primären Bedürfnisse des Kindes gestillt, die Fülle und der Reichtum des Eis gewissermaßen ganz ausgekostet werden konnten. Sonst kann sich leicht ein Mangelgefühl und daraus resultierend ein „**Kampf**“ bzw. Krampf einstellen, „etwas erhalten“ zu müssen, im Sinn von „*Ich krieg nie genug. Ich muss etwas tun, um etwas zu erhalten*“, was als „Krankheitsausdruck“ gedeutet wird (Bischof, S. , 2003a, S. 9).

Dieses Mangelgefühl kann Ausdruck einer „oralen Fixierung“ sein, wobei die „orale Phase“ im Sinn von Freud bis etwa 12-18 Monate andauert und von Mahler in eine erste, sechsmonatige „Fütterungs- und Bindungsphase“ und eine zweite „Separations- und Explorationsphase“ differenziert wird. In dieser Zeit werden „spezifische leib-seelische Funktionen ausgebildet“, wie z.B. in der ersten Phase ein Gefühl für „*Sattheit und Sicherheit*“, die „*Empfindung für leib-seelische Spannung und Lösung*“ sowie „*Lage- und Tastsinn*“. In einer zweiten „oralen Phase“ bis etwa zum 18. Monat entwickelt sich dann durch die zunehmende Motorik ein eigenes Körperbild sowie das Erleben eines eigenen Innenraums. Danach ge-

winnt das Kleinkind in einem Zeitraum von etwa eineinhalb bis drei Jahren – in der „*anal*“ Phase nach Freud bzw. der „*Wiederannäherungs- und Konsolidierungsphase*“ nach Mahler – u.a. die Fähigkeit, Dinge willkürlich loszulassen, „*die Abwesenheit der Eltern zu ertragen, sich selber vom Du zu unterscheiden, ohne sich dadurch zu verlieren*“ und den „*Außenraum zwischen sich und dem Du*“ zu entdecken. Mit etwa drei Jahren vollzieht sich schließlich „*die `psychische Geburt`* mit einem relativ „*eigenständigen, stabilen Ich*“ (Bischof, S., 2003d, S. 1-2).

„*Atmen heißt Einsaugen, Einziehen, Raum eröffnen, Festhalten, um zu assimilieren und auszutauschen, und schließlich Ausstoßen.*“ [...] „*Einatmen ist dem Saugen verwandt.*“ (Keleman, S., 1992, S. 60) Wie dem rezeptiven Saugen der aktive Schluckakt zwecks Einverleibung folgt, folgt dem weiblich empfangenen Einatem das aktive Lösen in den männlich gerichteten Ausatem. Der Asthmatiker, der sich i.d.R. den Einatem willentlich holt, kann weder den Einatem rezeptiv empfangen noch das sich aktiv Geholte, weiblich Nährende des Einatems für sich nutzen, weil er in der oralen Fixierung stecken bleibt und sich nicht zum Ausatem hin lösen kann. Da alles Ungelöste mit Spannung verbunden ist, verkörpert sich der unvollendete Einverleibungsakt in muskulären Verspannungen, verbunden mit dem Gefühl, „*nichts bzw. nie genug erhalten zu haben*“. Aus der Fülle, die nicht genommen werden kann, entsteht in Ermangelung der Erfahrung von Grenze, das Gefühl einer inneren Leere. Der so erfahrene „*Mangel an Energie, an Atem, Sauerstoff, Ladung muss behoben werden*“, indem „*der Mensch, der Leib, der Bauch, der Herzraum, wieder mit Atem gefüllt werden*“ muss. „*Das so grundlegende Mangelgefühl (Ich bin zu kurz gekommen) führt dazu, dass dieser Mensch die Erfüllung außerhalb des Selbst, im Außen, vom du erwartet.*“ (Bischof, S., 2004, S. 1)

Dies hat insofern auch Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung, als der Therapeut mit der „*Krankheitssymbolik von `Ich brauche, deshalb gib mir`* und der damit verbundenen „*Ambivalenz zwischen symbiotischer Abhängigkeit und Wut*“ konfrontiert wird. (Bischof, S., 2003a, S. 9) In diesem Szenario ist Wachsamkeit gefordert, damit der Therapeut nicht zum Mitspieler und der Klient nicht zum Objekt eventueller Helfer- oder Bemutterungstendenzen wird.

Vor diesem Hintergrund eines ständigen Mangelgefühls kommt dem folgenden Erlebnis mit Frau U. eine besondere Bedeutung zu: Die erste etwa zehn Einzelsitzungen umfassende Behandlungsphase war geprägt von einem fortwährenden Mangelgefühl, das sich unter anderem darin äußerte, dass kurz vor Behandlungsschluss in wiederkehrender Regelmäßigkeit ein „*schwerwiegendes Problem*“ in Form heftigster körperlicher Schmerzen, auffälliger Missempfindungen oder permanenten Unwohlseins auftrat, was dringlichst nach Lösung schrie. Schließlich wurde dieses „Phänomen“ angesprochen und wir fanden dahingehend

einen Konsens, dass ich die Rolle übernahm, die Klientin frühzeitig auf das Ende der Stunde hinzuweisen und sie dadurch die Gelegenheit hatte, einen abschließenden Wunsch zu äußern. So wurde die Zeitstruktur eingehalten, die Klientin konnte Verantwortung für ihre Wünsche und Bedürfnisse übernehmen und schließlich auch einigermaßen erfüllt und gesättigt aus der Stunde entlassen werden.

In einer anderen Einzelsitzung gab es insofern eine Ausnahme des Gewohnten, als Frau U. eigenständig die Zeitstruktur als Grenze akzeptierte, indem sie einwilligte, ein aufgetretenes Problem so stehen zu lassen und erst das nächste Mal anzuschauen. Meine verwunderte Frage beantwortete sie daraufhin mit dem Kommentar, dass sie jetzt gefühlsmäßig „*wisse*“, dass ich wieder komme. Jetzt könne sie „*mich und den Atem gehen lassen*“. Am Anfang sei ein Gefühl der Unsicherheit gewesen und deshalb „*musste ich nehmen, was ich kriegen konnte, aus dieser Ungewissheit und Unsicherheit heraus, dass es ja das letzte Mal sein könnte*“. Sie habe nun aber „*das Gefühl, für dieses Mal genug bekommen zu haben*“ und könne „*bis zum nächsten Mal warten*“, denn ich würde ja „*ganz sicher wieder kommen*“ (O-Ton, Frau U.).

Frau U. erzählte mir dann von einem Schlüsselerlebnis im Alter von etwa 10 Monaten, als sie aufgrund ärztlicher Missverständnisse mehrere Wochen im Krankenhaus verbringen musste und ihre Mutter sie nur einmal „*hinter einer Glasscheibe*“ auf der Station besuchen durfte. Wenige Wochen später habe sie angefangen zu spielen und musste noch zu Grundschulzeiten zwei Mal pro Woche in die „*Seherschule*“.

Nach Lowen, A. (1991, S. 97-98) ist die Angst vor Verlust und Trennung energetisch gesehen „*das Gegenstück der Wut*“, wobei „*beide Emotionen als Gegensatzpaare auftreten*“ und „*in unserem Körper durch dieselben 'Bahnen' fließen, wenn auch in verschiedenen Richtungen*“.

„*Im Zustand der Wut richtet sich die Erregungswelle nach außen. Sie steigt zur Vorbereitung der Attacke durch den Rücken nach oben und trifft die ganze rückwärtige Körperpartie; von dort aus schießt sie in die Arme oder Zähne. [...] Im Zustand der Angst verläuft der Erregungsfluss genau umgekehrt. [...] Angst wirkt sich lähmend auf Seele und Geist aus, verkrampft die Muskeln und lässt den Körper erstarren. [...] Wenn Angst sich erst einmal als chronische körperliche Verspannung eingekapselt hat, ist sie nicht mehr anders aufzulösen als durch eine Umwandlung in Wut. [...] Die Zähne sind übrigens die ursprünglichen Kampforgane des Menschen.*“ Lowen, A. (1991, S. 97-98)

In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass auch Frau U. seit Jahren an massiven Kiefergelenksschmerzen mit Verspannungen, starkem Überbiss und Abrieb der Zähne leidet.

„Wutreaktionen auf Verlust und Schmerz sind eine normale Reaktion“, weil „Schmerz den Körper veranlasst sich zusammenzuziehen. Gefühl und Energie werden von der Körperoberfläche abgezogen und im Muskelapparat konzentriert. Wut macht die erneute Entladung durch Weinen und Schluchzen möglich“, so dass die vormals in den Muskeln gebundene „Energie wieder für die Lustfunktion zur Verfügung“ steht. „Ist keine vollständige Entladung eingetreten, ist der Organismus biologisch blockiert, so dass der Mensch nicht wieder auf die Welt zugehen kann, um Lust zu erlangen. Der Körper kann seinen Schmerz nur durch heftige Katharsis abführen. Trauer und Wut auszudrücken ermöglicht es, nach einem Verlust oder Schmerz weiterzuleben. Der Ausdruck der Gefühle führt zur Orientierung aus sich selbst heraus“ und die Bewusstheit über die Gefühle verweist auf „die darunter liegenden Bedürfnisse“. (Bischof, S., 2004, S. 2)

Werden Gefühle „durch äußere Disziplin und innere Selbstkontrolle unterdrückt, entsteht ein innerer Konflikt“, der auf eine körperliche Ebene abgeleitet wird. An die Stelle der seelischen Verarbeitung tritt gleichsam als Ventil die biologische Verarbeitung als Krankheit. Die „innere Spannung“ kann sich dann als „Affekt-Entladung in einem Asthmaanfall 'somatisieren' " (Groen, J., 1979, zit. bei v. Steinaecker, K., 2009, S. 8).

„Kontraktion und Versteifung sind die organismische Antwort auf Kränkung. [...] Durch die Kontraktion wird die affektive und vegetative Erregung, die unweigerlich zu einer Gefühlsäußerung (Emotion bedeutet wörtlich Herausbewegen) führen würde, blockiert und unter Umständen dauerhaft am Ausdruck gehindert. [...] Was als eine Stress- und Alarmreaktion auf eine negative Erfahrung und dem daraus entstehenden Reiz-Reaktions-Zyklus als gesunde, normale Reaktion zum Überleben beginnt, führt bei Wiederholung oder besonderer Schwere der Kränkung zu einer automatisierten Immobilisierung u.a. der involvierten Muskulatur.“ (Schmidt-Zimmermann, I., 2007, S. 571)

Vor dem Hintergrund der Asthmaerkrankung kommt hier der Atemhemmung durch Zwerchfellkontraktionen als mögliche Folge früherer wiederholt missglückter Interaktionserfahrungen eine besondere Bedeutung zu:

„Die Atemreduktion ist vielleicht die wirkungsvollste Form der Körperabwehr. [...] Sie zieht sowohl unseren Kontakt zu uns selbst als auch den zu anderen Menschen in Mitleidenschaft“ (Downing, G., 1996 zit. nach Schmidt-Zimmermann, I., 2007, S. 578). „Bei nahezu allen starken Emotionen wie Weinen, Zorn, Furcht und Lust atmen wir verstärkt. Es überrascht daher nicht, dass die Verminderung der Atmung eine zentrale Dynamik darstellt, wenn jemand versucht, diese Emotionen zu unterdrücken“ (Boadella, D., 1991c zit. nach Schmidt-Zimmermann, I., 2007, S. 578).

7 Asthma und Salutogenese

Gerade bei Asthma bildet der Atem nicht primär die Ressource, sondern stellt zunächst das Problem dar. Der für den Asthmatiker typische, willentlich geführte Einatem ist Ausdruck eines Lebensgefühls, das von der erschöpfenden Mühe um das Lebensnotwendigste, den Atem, erzählt und körperlich geprägt ist von der anstrengenden Arbeit der damit verbundenen Tätigkeit der Atemhilfsmuskulatur. Durch den willentlichen Einatem unter verstärktem Einsatz dieser Atemhilfsmuskulatur gelangt zwar die Atemluft in die Lunge, kann aber nicht mehr entweichen, so dass der Austausch von Innen- und Außenraum blockiert ist. Die Alveolen verharren im überblähten Zustand, und die innere Spannung somatisiert sich im Asthmaanfall als krampfartige, obstruktive Entladung.

Diese Fixierung auf das anstrengende, mühevoll Sich-Erschöpfen im willentlichen Atemholen steht im krassen Gegensatz zum bewussten, zugelassenen Atem und der Kernaussage des Erfahrbaren Atems: *„Wir lassen den Atem kommen, wir lassen ihn gehen und warten, bis er von alleine wieder kommt.“* (Middendorf, I., 1984, S. 27)

Durch die orale Fixierung auf den Einatem ist das rhythmische Gleichgewicht von Ein- und Ausatem, von Passivität und Aktivität, von Weiblichem und Männlichem, von Expansion und Kontraktion, von Sympathikus und Parasympathikus gestört, so dass die natürliche Pulsation, die geschenkte Nahrung, das Leben in Fülle und die lebendige Leichtigkeit nicht mehr erlebbar sind. Im Organismus hat sich stattdessen eine konflikthafte Erstarrung breit gemacht als Ausdruck unbewusster, ambivalenter, nicht gelöster Lebenserfahrungen in Gestalt chronisch verspannter Muskeln und Körperstrukturen. Gleichzeitig findet sich häufig eine ausgeprägte „Persona“ mit hohem Pflichtbewusstsein, Exaktheit, Perfektionismus und Fleiß als typische Eigenschaften.

Hier gilt es, „eingefleischte“, erstarrte Fühl-, Denk- und Handlungsmuster durch Widerstandsarbeit bewusst zu machen, aufzuweichen und integrierend aus der Atem- und Tonusfixierung zu lösen. Durch den Fluss der Bewegung, den Fluss des Atems kann der Übergang vom Ein- zum Ausatem als natürlicher Prozess erfahren werden, der „wie von selbst“ geht. Archetypische, rhythmische Bewegungen und ein ausdrucksstarker, spielerischer Umgang damit fördern die Anbindung an das Vegetativum und das Vertrauen in die tragende Kraft der Bewegung – in die tragende Kraft des Atems. Aus gewohnter Anstrengung und Mühe können allmählich Wohlgefühl und Bewusstheit erwachsen, die durch die Lenkung der Sammlung ein Pendeln vom Problem zur Ressource ermöglichen.

Im asthmatischen Kontext tritt daher die Arbeit mit dem bewussten zugelassenen Atem in der Regel eher in den Hintergrund, zugunsten von Körper-, Bewegungs- und Wahrnehmungsübungen mit dem geführten Atem, insbesondere dem geführten Ausatem. Vom Raumempfinden liegt der Fokus sowohl auf der strukturellen Grenzerfahrung zwischen Innen- und Außenraum als auch auf dem hinteren und unteren Raum, also

- im Rücken als biografisch prägendem Hintergrund des Gewordenseins,
- im Becken als Ausdruck von körperlicher und emotionaler Beziehungs- und Regulationsfähigkeit sowie
- in den Beinen und Füßen als Ausdruck von Standfestigkeit, Eigenständigkeit und Selbstverständlichkeit.

Die Beziehungsebene beinhaltet die ausdrückliche Erlaubnis, Akzeptanz und Wertschätzung des Andersseins, was als Gegenkonzept zur erlernten Konditionierung von Konformität und Anpassung wirken kann. Während in der Kindheit das Ausagieren der Wut den schmerzlichen „*Beziehungsabbruch*“ bedeutet hätte und daher durch Muskelkontraktionen im Bauchraum, Zwerchfell und Rumpf konflikthaft somatisiert wurde, ist es im Gegensatz zur einstigen Mutterbeziehung in der aktuellen Übertragungsbeziehung jetzt ermutigend erlaubt, die aufkommende Wut zu zeigen und auszuagieren, weil die therapeutische Beziehung dies trägt. Hieß die frühere „*negative Mutterbotschaft*“ tendenziell: „*Du darfst leben, du bist mir auch etwas wert, wenn du so bist wie ich dich brauche*“, lautet der heutige therapeutische „*Beziehungsleitsatz*“, welcher die neurotische „*Liebesverlustangst*“ aufzufangen sucht: „*Ich bleibe in Beziehung mit dir, auch wenn Du anders bist als ich*“ (Maaz, H.-J., 2007, S. 742; Bischof, S., 2010 a, S. 1).

Aus diesem bewusst gewählten Anderssein können Individuation und Freiheit erwachsen.

8 Literaturverzeichnis

- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneuronen*. 5. Auflage – Hamburg: Hofmann & Campe Verlag.
- Bischof, M. (2006). Atemtherapie und Wissenschaft – Feldtheorien und andere Ansätze, die die atemtherapeutische Erfahrung wissenschaftlich begründen helfen. In Bischof, S. (Hrsg.), *Traum – Trauma – Wissenschaft, Freiburger Hefte für Atemtherapie, Ausgabe 2*. (S. 102–168). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bischof, M. (2010). *Salutogenese. Unterwegs zur Gesundheit*. Klein Jasedow: Drachen-Verlag.
- Bischof, S. (2003a). *Psychosomatik. APT-Skript, 28.03.2003*. Gefunden am 10.01.08 unter <http://atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/psychosomatik.pdf>
- Bischof, S. (2003 b). *Diagnostik, Erstgespräch, Berichte. APT-Skript, 01.04.2003*. Gefunden am 08.02.07 <http://atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/diagnoseerstgespraech.pdf>
- Bischof, S. (2003 c). *Übertragung und Gegenübertragung. APT-Skript, 18.06.2003*. Gefunden am 16.10.2007 unter <http://atempsychotherapie.de/documents/publikationen/uebertragungafainfo.pdf>
- Bischof, S., (2003 d). *Borderline. AFA Kongressbericht: Wenn die Grenzen verschwimmen*. Gefunden am 15.11.2007 unter <http://atempsychotherapie.de/documents/publikationen/borderline.pdf>
- Bischof, S., (2004). *Depression, die Unfähigkeit zu trauern. AFA Info, 12.02.2004*. Gefunden am 15.11.2007 unter <http://atempsychotherapie.de/documents/publikationen/depression.pdf>
- Bischof, S. (2006 a). *Entwicklungsprozesse in der Atemtherapie. SBAM Atem-Impulse 2/2006. APT-Studienmaterial, 17.06.2006*. Gefunden am 08.02.2007 unter <http://atempsychotherapie.de/documents/publikationen/sbamentwicklungsprozesse06.pdf>
- Bischof, S. (2008). Psycho-physische Atemtherapie nach Middendorf. In Augustin, M. & Schmiedel, V. (Hrsg.), *Leitfaden für Naturheilkunde*. (S. 92-98). Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Bischof, S. (2009 a). *Beziehungsarbeit, Übertragung Widerstand. Version v. 01.07.2003 überarbeitet. APT-Studienmaterial, 23.01.2009*. Gefunden am 26.06.09 unter <http://atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/uebertragungwiderstand.pdf>
- Bischof, S. (2009 b). *Genealogie der Atempsychotherapie. APT- Studienmaterial, 07.04.2009*. Gefunden am 26.06.09 unter <http://atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/aptgenealogie.pdf>
- Bischof, S. (2009 c). *Der Mensch im Feld des Atems. Version v. 19.02.2004 überarbeitet. APT-Studienmaterial*. Gefunden am 13.08.09 unter <http://atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/dermenschimfelddesatems.pdf>

- Bischof, S. (2010). Frühe Störungen Strukturniveau n Maaz. *APT- Studienmaterial*, 12.08.2010. Gefunden am 11.07.11 unter http://atempsychotherapie.de/documents/module_ea/strukturniveaumaaz.pdf
- Büntig, W.E. (2007). Zur Dimension des Seins in der Körperpsychotherapie. In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 943-951). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- Capelle, W. (1968). *Die Vorsokratiker. Die Fragmente und Quellenberichte*. Kröners Taschenausgabe Bd.119. Stuttgart: Kröner Verlag.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, Ch. & Wendt, F. (2009). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Neuausgabe 2002, 4. korrigierte Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ehrensperger, Th. P. (2007). Erdung in der therapeutischen Arbeit und im Alltag. In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 692-698). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, ICD-10-GM online, 10. Revision German Modification, Vorabversion 2010, vorläufige Fassung, Änderungen vorbehalten. Gefunden am 26.08.2009 unter <http://dimi.de/stati/de/klassi/diagnose/icd10/htmlgm2010/index.html>
- Jacobi, Jolande (1998). *Die Psychologie von C.G. Jung – Eine Einführung in das Gesamtwerk*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.
- Keleman, S. (1992). *Verkörperte Gefühle – Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.
- Kluge, F. (1999). *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Bearb. von Elmar Seebold. 23. erw. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter.
- Lowen, A. (1991). *Die Spiritualität des Körpers – Innere Harmonie durch Bioenergetik*. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Maaz, H.-J. (2007). Körperpsychotherapie bei Frühstörungen. In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 741-748). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- Middendorf, I. (1984). *Der Erfahrbare Atem – Eine Atemlehre*. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Obrecht Parisi, B. (2007). *Kurs Skript "Atem und Meditation" ZH 2006*. Gefunden am 13.08.08 unter <http://atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/atemundmedzh06.pdf>
- Patzer, S. (2003). „Farben sind Taten des Lichts, Taten und Leiden“. – Eine Einführung in Goethes Farbenlehre. *die Drei, Zeitschrift für Anthroposophie in Wissenschaft, Kunst und sozialem Leben*, 73. Jg., Nr. 7, 31–45, Frankfurt am Main.
- Richter, H. (2006). *Vom Wesen des Atems. Herta Richter im Gespräch mit Dieter Mittelsten Scheid*. Forum zeitpunkt. Wiesbaden: Dr. Ludwig Reichert Verlag.

- Riedel, I. (1987). *Farben – in Religion, Gesellschaft, Kunst und Psychotherapie*. 6. Auflage. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Riedel, I. & Henzler, Ch. (2008). *Maltherapie – Eine Einführung auf der Basis der Analytischen Psychologie von C.G. Jung*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Schäffler, A. & Menche, N. (1999). *Mensch – Körper – Krankheit*. 3. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag.
- Schmidt-Zimmermann, I. (2007). Das Spektrum körperpsychotherapeutischer Übungen und Interventionen. In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 564-584). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- Schnürer, Ch. (2006). *Mehr Luft.- Atemwegserkrankungen verstehen und überwinden*. Stuttgart: aethera im Verlag Freies Geistesleben & Urachhaus GmbH.
- Stahlmann, M. (2008). Die Bindungstheorie – Überblick und neue Forschungsansätze. *SPI Schriften 2008*. Innsbruck: Sozialpädagogisches Institut, Fachbereich Pädagogik, SOS Kinderdorf.
- v. Steinaecker, K. (2009). Internes Skript – Asthma. S. 7-20.
- Weiss, H. (2007). Bewusstsein, Gewahrsein und Achtsamkeit. In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 406-413). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- Wülfing, N. (2006). Atem und Traum – Vom Traumleben und Körperleben. In Bischof, S. (Hrsg.), *Traum – Trauma – Wissenschaft, Freiburger Hefte für Atemtherapie, Ausgabe 2*. (S. 56–73). Norderstedt: Books on Demand GmbH.