

65 Die Rolle des Atems in der Geist-Körper- Psychotherapie

Peter A. Levine, Lyons Colorado, USA, & **Ian Macnaughton**,
Vancouver BC, Kanada

Peter A Levine, Ph.D. – ist ein Pionier in Sachen körperorientierte Traumaarbeit. Er ist der Urheber von Somatic Experiencing®, einem von ihm über die letzten 40 Jahre entwickelten, an der Natur orientierten Ansatz zur Heilung von Traumata. In Anerkennung seiner originellen Pionierleistung wurde er für sein Lebenswerk mit dem Lifetime Achievement Award des Körperpsychotherapeutenverbandes der Vereinigten Staaten ausgezeichnet. Zudem erhielt er eine Ehrenauszeichnung als Reiss-Davis Chair für seinen lebenslangen Beitrag zur Säuglings- und Kinderpsychiatrie.

Dr. Levine war in der Frühzeit der Space-Shuttle-Entwicklung als Stressberater für die NASA tätig. Darüber hinaus arbeitete er für die Projektgruppe Katastrophenhilfe und ethnopolitische Kriege des US-amerikanischen Psychologenverbandes (APA).

Er ist Autor mehrerer Bestseller zum Thema Trauma, darunter *‘Waking the Tiger, Healing Trauma’*, das in 24 Sprachen erschienen ist (deutsche Übersetzung *‘Traumaheilung: Die Energien des Lebens wiedererwecken’*), *‘Vom Trauma befreien: Wie Sie seelische und körperliche Blockaden lösen’* und als neuestes Werk *‘Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt’*. Zudem hat er zwei Bücher über Kinder herausgegeben, *‘Verwundete Kinderseelen heilen: Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden’* und *‘Kinder vor seelischen Verletzungen schützen: Wie wir sie vor traumatischen Erfahrungen bewahren und im Ernstfall schützen können’* (beide zusammen mit Maggie Kline).

Kontakt: www.traumahealing.com, traumahealing@gmail.com

Ian Macnaughton Ph.D. lehrt und praktiziert schon seit vier Jahrzehnten Somatische Psychotherapie. Er ist Somatic Experiencing Practitioner sowie Bodydynamic Analyst und Trainer. Daneben berät er Familienunternehmer und wohlhabende Familien sowie Organisationen und Unternehmen. Er ist ein Partner des Family Firm Institute. Zu seinen Klienten und Mandanten gehören zahlreiche staatliche Ministerien und Unternehmen.

Ian unterrichtet an der City University (Standort Vancouver) und kann auf Lehrerfahrung mit Studierenden aller Semester in den Fachbereichen Psychologie und Wirtschaft an einer ganzen Reihe von Universitäten und Colleges zurückblicken.

Zu seinen Veröffentlichungen zählen *‘Embodying the Mind and Minding the Body’* und die etwas später erschienene Antologie *‘Body, Breath and Consciousness: A Somatics Anthology’*. Seine Ausführungen zu Familienunternehmen wurden an mehreren Stellen veröffentlicht, ebenso wie sein Werk auf dem Gebiet der Systemwissenschaft, das im Rahmen eines NATO Advanced Research Workshops zu Bildungsfragen herausgebracht wurde.

Kontakt: ian@macnaughton.ca, www.transitionpoint.ca

Einleitung

Seit unerdenklichen Zeiten ist die Beschäftigung mit dem Atem aus den Bemühungen, die Grundbedingungen menschlichen Daseins zu verstehen, etwas für die Gesundheit von Menschen zu tun und Leiden zu lindern nicht wegzudenken. Philosophen und Eingeweihte des Taoismus und Yoga haben im Verlauf Tausender von Jahren jeweils ihre eigenen Techniken entwickelt, um die Wahrnehmung der Atmung zu fördern und sich so verschiedenen Bewusstseinssebenen anzunähern. Heute haben Yoga, buddhistische Meditation, Tai Chi und andere Kampfsportarten sowie diverse Entspannungsverfahren zu einer weiten Verbreitung von Atemübungen im westlichen Kulturraum beigetragen. In diesem Artikel werden wir zwischen dem Begriff 'Atemarbeit' (als bewusstes Verändern der Tiefe und Geschwindigkeit der Atmung) und der reinen *Wahrnehmung* des Atems so wie er gerade fließt unterscheiden.

Östliche Kulturen und andere Traditionen befassen sich schon seit Jahrhunderten unter anderem mit der bewussten Wahrnehmung der Atmung als einer Technik, die menschliche Funktionen optimieren soll. Der Vorstoß, Atemübungen in Psychiatrie und Therapie einzusetzen, wie von Wilhelm Reichs im 20. Jahrhundert praktiziert, ist noch relativ jungen Datums. Reich benutzte aktive Atemmuster sowie die Provokation von Muskeln durch tiefen Druck, um das aufzulösen, was er den 'Charakterpanzer' nannte (Macnaughton 2004). Er konnte feststellen, dass auf die Atemmuster oder -typen seiner Patienten zu achten, ihm nützliche Informationen über sie lieferte. Zudem beobachtete Reich, dass in die Atemmuster der Betroffenen einzugreifen half, Impulse in Richtung Selbstregulierung zu geben und ihnen zu einem 'körperlich wahrgenommenen' (*Felt-Sense*)-Gefühl des Aufgehobenseins, der Ganzheit und des Wohlergehens verhalf (mit anderen Worten, zu Kohärenz).

Nach Levine (1976, 2010 und klinische Beobachtungen bis in die neueste Zeit) und Porges (2011) ist Kohärenz messbar, abzulesen etwa an der vom Atem ausgelösten Modulation des Herzschlags und der Durchblutung im Hinblick auf unterschiedliche Körperregionen, wie sie mit bewusstem Atmen einhergeht) und ein Maßstab für den Gesundheitszustand. Man stellte fest, dass eine Beziehung zwischen dem Verhalten und

kohärenten Zuständen des In-Fluss-Seins existiert, die vom myelinisierten Vagusnerv, auch als ventraler Vagus bekannt (Porges 2011) gesteuert wird. Die Entwicklung dieser Erkenntnisse hat uns erlaubt, uns von dem mittlerweile historischen interessanten Paradigma der Reichschen Strukturen zu lösen und uns einer differenzierteren Sichtweise kohärenten organismischen Funktionierens anzunähern.

Ein gewisses physiologisches Grundverständnis hilft, die Rolle einer bewusst Änderungen herbeiführenden Atemarbeit klarzustellen und die Auswirkung verschiedener Atemmuster auf Ressourcen und Selbstregulierungsfähigkeit zu beleuchten. In diesem Artikel liegt unser Fokus auf den elementaren neurophysiologischen Aspekten der Atmung sowie den therapeutischen Implikationen und Auswirkungen diverser Interventionen in Verbindung mit Atemarbeit. Hierbei sollen die folgenden Punkte im Mittelpunkt stehen: 1) Entwicklungsthemen aus der Warte von Alexander Lowens Bioenergetik und der dort postulierten Charakterstrukturen (eine abgewandelte Version von Reichs Charakterpanzer-Theorie); 2) Einsatz der bewussten Wahrnehmung der Atmung und 3) Kontraindikationen für die Atemarbeit.

Der zentrale Beitrag von Wilhelm Reich

Wilhelm Reich, ursprünglich ein Schüler Sigmund Freuds, stellte zu seinem Erstaunen fest, dass diverse Patienten nicht positiv auf Freuds 'Redekur' ansprachen. Er achtete daraufhin zunehmend auf die nonverbale Körpersprache seiner Patienten – wie sie auftraten, wie ihre Muskulatur wirkte und wie flexibel ihre Atemmuster waren. Er begann mit Bewegungen zu experimentieren, durch die Muskeln und Atmung sich lockern und so einen volleren, natürlichen Ausdruck finden würden.

Reich entwickelte seine bahnbrechende ('Reichianische') Therapie in den 1920er Jahren während seiner Zeit in Österreich (siehe Wolf Büntig: Kap. 3). Später arbeitete er direkt mit dem Körper, um 'unterdrückte' Emotionen freizulegen, die Charakterneurosen zugrunde lagen. Dann suchte er schließlich das 'bioenergetische' System des Klienten zu harmonisieren und in Balance zu bringen. Sein primäres Ziel bestand darin, das körperliche, emotionale und spirituelle Wohlfühl seiner Patienten zu fördern.

Von den Resultaten ermutigt, entwickelte er ein therapeutisches Modell optimaler

Gesundheit, das die 'Weisheit des Körpers' und die Fähigkeit zu'r Selbstregulierung wiederherstellen würde. Reich erkannte, dass der Körper als Energiesystem wirksam war, in Einklang mit der Energie der natürlichen Umgebung. Er nannte diese Energie 'Orgon'-Energie. In dem Maße, in dem dieses Energiesystem im gesamten Organismus effizient und effektiv funktionierte, berichteten seine Patienten, sich besser zu fühlen und spontaner zu funktionieren. Reich zufolge war ein ungehinderter Zugang zu 'Orgon' für alle lebenden Organismen grundlegend, da Orgon die Vitalkraft allen Lebens war, der 'Élan Vital' oder die 'Lebenskraft', wie sie in diesem Kapitel genannt werden soll.

Für Reich bestand das menschliche Dilemma darin, zu lernen, sich dieser Lebenskraft zu überlassen, indem man ihr Raum ließ, frei zu fließen. Anders ausgedrückt bedeutete dies, dass man, um einen Zustand des Wohlbefindens zu erreichen, lernen musste, den ungehinderten Fluss dieses 'Stroms' von Lebensenergie nicht zu blockieren, sondern für ihn offen und empfänglich zu sein. Letzten Endes, so Reichs theoretische Überlegung, zogen Blockaden dieses Energieflusses gesundheitliche Dysfunktionen physischer wie auch emotionaler Art nach sich.

Während die zum Vorschein kommende Psyche im Verlaufe der Kindheit die mit der Entwicklung einhergehenden Frustrationen zu bewältigen sucht, unterdrücken Muskelkontraktionen die Emotionen, die mit den diesbezüglichen Vereitelungserfahrungen verbunden sind und töten sie ab. Reich stellte fest, dass diese Blockade des Energieflusses dann auftritt, wenn wir uns einen 'Panzer' zulegen (physisch und psychisch), der uns davon abhält, unsere tiefe Verbundenheit mit der Lebenskraft zu erfahren. Er entwickelte daraufhin seine Theorie der 'segmentalen Panzerung', die sich ein Stück weit mit den Chakrasystemen der östlichen Philosophien deckte. (Siehe Rosenberg & Kitaen-Morse, Kap. 56). Reich wandte dieses Schema mit Blick auf das an, was er 'Charakterpanzer' nannte. Diese Blockade gegen emotionale und energetische Erfahrungen münden entweder in körperliche Verhärtung oder Erschlaffung und in Einschränkungen des emotionalen Kontakts, wie Michael Heller (2012) ausgezeichnet beschreibt.

Reich hatte das Gefühl, dass die wohligen, angenehmen Empfindungen, die damit verbunden waren, das sanfte Pulsieren der Energie in sich selbst zu spüren, seinen Patienten so unvertraut geworden war, dass diese äußerst angenehmen Pulsationen

ihnen Angst machten und sie sich gegen sie wehrten. Mit anderen Worten, Lust und Leichtigkeit waren ihnen 'fremd' geworden und Angespanntheit, Wut, Traurigkeit, Depression und Schmerz das nun 'Vertraute'. Dieser Zustand des 'Un-Wohlseins' wurde zum 'normalen' Gefühlston! Alle sonstigen Erfahrungen wurden als ungewöhnlich und von daher bedrohlich erlebt. Betrachten wir uns als nächstes kurz die Rolle des Atems bei verschiedenen Arten von 'Panzerung'.

Charakterpanzer: Charakterstrukturen

Reich zufolge zeigte sich der Charakterpanzer in Körperhaltung, Gesten, Stimme und auch Atemmustern. Diese 'Charakterstrukturen', wie er sie nannte, zeigen, was das Individuum mit seinem Bedürfnis nach Liebe macht, wie es auf andere zugeht, um Intimität und Nähe zu finden und wie das Streben nach dem Erwerb von Kompetenz und nach Vergnügen angegangen wird.

In diesem Licht betrachtet ergeben die verschiedenen Charakterstrukturen ein ganzes Spektrum. Am einen Ende des Kontinuums haben wir die *schizoide* Position, den fast vollständigen Rückzug kontra Intimität und Nähe – die als zu bedrohlich erlebt werden –in Reinkultur. Am anderen Ende des Spektrums haben wir emotionale Gesundheit. Hier werden Impulse, offen auf das Gegenüber zuzugehen, um Nähe und Kontakt zu suchen, kaum zurückgehalten. Die Einordnung der verschiedenen Charaktertypen in dieses Spektrum oder diese Hierarchie erfolgt vor allem nach dem Umfang, in dem sie Intimität und Kontakt erlauben.

Alexander Lowen, einer der zahlreichen Schüler Reichs, nahm dann eine Neuinterpretation der Arbeit seines Lehrers vor, um das therapeutische System zu erschaffen, das er 'Bioenergetische Analyse' nannte (Siehe Kap. 14). Bei ihm wird zudem der Charakter und die Persönlichkeit mit Blick auf die energetischen Körperprozesse untersucht. Lowen (1994) definierte den Charakter als ein festes Verhaltensmuster – die typische Weise, auf die ein Individuum mit seinem Streben nach Vergnügen und Kontakt umgeht. Diese prototypischen Manifestationen menschlichen Strebens schlagen sich strukturell im Körper in Form chronischer und (meist) unbewusster Muskelanspannungen nieder, die unsere Impulse, auf die Umwelt zuzugehen, blockieren oder einschränken.

Der Charakter ist Reich und Lowen zufolge auch eine psychische Haltung, untermauert durch ein ganzes System von Leugnungs-, Rationalisierungs- und Projektionsmechanismen. Die funktionelle Identität von psychischem Charakter und entsprechender Körperstruktur (oder muskulärer Haltung) ist der Schlüssel zum Verständnis der Persönlichkeit; sie erlaubt Therapeuten, den Charakter vom Körper abzulesen und eine körperliche Haltung anhand ihrer psychischen Repräsentanzen zu erklären und umgekehrt.

In der Nomenklatur der Bioenergetik werden die Charakterstrukturen in fünf grundlegende Typen untergliedert. Zu jeder existiert ein spezielles Abwehr- und Selbstschutzmuster auf der psychologischen wie auch der muskulären Ebene. Schließlich begriff Reich, dass unter dem einzigartigen Gemisch von Charakterstrukturen von Individuen verborgen ihre reine 'Lebenskraft' anzutreffen ist, ein sie beseelendes Geburtsrecht auf Vitalität und Freude, das ihre Fähigkeit zu leben und aufzublühen nährt.

Wichtig ist an dieser Stelle festzuhalten, dass hier Abwehr- und Schutzpositionen klassifiziert werden, nicht Menschen. Es wird anerkannt, dass kein Individuum ein Reintypus ist und dass bei allen Menschen einige oder alle dieser defensiven Muster in ihrer Persönlichkeit und ihrem Körperbau zusammenkommen. Keine zwei Individuen gleichen einander vollkommen, sei es in der ihnen eigenen Vitalität, sei es in ihren Abwehr- und Schutzmustern (die aus widrigen oder konfliktbeladenen Lebenserfahrungen heraus entstanden sind). Dennoch sprechen wir um der Klarheit willen von 'Typen'. Diese fünf Typen werden als der *schizoide*, der *orale*, der *psychopathische*, der *masochistische* und der *rigide* Typus klassifiziert. Diese Begriffe werden hier vor dem Hintergrund ihrer historischen Bedeutung verwendet, obwohl sie eindeutig so manches verkennen, was man heute aus der zeitgenössischen Erforschung der kindlichen Entwicklung und der Neurowissenschaft weiß.

Die 'schizoide' Charakterstruktur:

'Schizoid' beschreibt eine Person, deren Selbstwahrnehmung schwer beeinträchtigt und deren Ich schwach ist, bei stark eingeschränktem Kontakt mit dem eigenen Körper und seinen Gefühlen (zum Teil auch als der Typus des 'Ungewollten Kindes' beschrieben).

Aller Wahrscheinlichkeit nach entsteht die schizoide Struktur durch heftige vorgeburtliche Belastungen und beinhaltet zerbrechliche Bindungen. Aufrechterhalten wird diese Struktur primär durch verminderte Atmung und indem die Betroffenen einen Energiesparmodus einlegen und gerade eben genug atmen, um am Leben zu bleiben, wobei der Atem sehr flach fließt.

Die 'orale' Charakterstruktur:

Eine Persönlichkeit wird als 'oral' beschrieben, wenn sie viele Züge aufweist, die für das Säuglingsalter – die orale Lebensphase – kennzeichnend sind. Regressive Merkmale dieser Art sind eine schwach ausgebildete Unabhängigkeit, die Neigung, sich an andere 'Anzuklammern', wenig Selbstbehauptung und das innerliche Gefühl, Halt, Unterstützung und Fürsorge zu brauchen (der Typus wird auch als das 'Bedürftige Kind' bezeichnet). Die Angst vor Auslöschung ist weniger ausgeprägt als bei der schizoiden Struktur. Auch hier ist der Atem ziemlich auf Sparflamme, wenn auch weniger als bei der früheren Struktur.

Die 'psychopathische' Charakterstruktur:

Die Essenz der 'psychopathischen' Einstellung ist das Leugnen von Gefühlen. Bei psychopathischen Charakteren wird generell viel Energie in das eigene Image gesteckt. Eine weitere wichtige Seite dieser Persönlichkeit ist ihr Machttrieb und ihr Bedürfnis, über andere zu herrschen und Kontrolle über sie auszuüben ('Lenker'/'Anführer'). Ihr Atemmuster ist ganz genauso kontrolliert.

Die 'masochistische' Charakterstruktur:

Das 'masochistische' Individuum ist eines, das leidet, jammert, Schuldzuweisungen vornimmt oder sich beklagt, sich aber weiter unterordnet. Unterwürfigkeit ist die Neigung, die bei Masochismus am stärksten zutage tritt. Zwar ordnet sich ein Mensch mit masochistischer Charakterstruktur in seinem Verhalten nach außen hin unter, innerlich gilt das genaue Gegenteil (wie bei der passiv-aggressiven Persönlichkeit). Auf dieser tieferliegenden emotionalen Ebene stößt man auf starken Groll, viel Negativität, Feindseligkeit und Überlegenheitsgefühle (hier haben wir die Persönlichkeit, die 'hart im

Nehmen' ist). Die Atmung ist dementsprechend verhalten oder unterdrückt.

Die 'rigide' Charakterstruktur:

Die Beschreibung dieser Struktur als rigide leitet sich ihrer Neigung zu einer steifen Körperhaltung ab (eventuell in Verbindung mit Stolz). Der Kopf wird recht hoch gereckt und das Rückgrat ist sehr gerade. Was durchaus positive Eigenheiten sein könnten, wäre da nicht der defensive Stolz, der bei den Betroffenen eine permanente Hochnäsigkeit erzeugt und eine unnachgiebige Verhärtung, die sie aussehen lässt, als hätten sie einen Stock verschluckt. Der rigide Charakter hat Angst davor, nachzugeben, da er dies mit Unterordnung und Schwäche gleichsetzt. Rigidität kann auch ein Abwehrmechanismus gegen einen unterschwelligem Hang zum Masochismus sein (man spricht hier auch vom Perfektionisten/Zwanghaften). Die Atmung des Rigiden ist dazu angetan, den beschriebenen Zustand aufrecht zu erhalten und zeigt wenig angemessenes Loslassen und wenig Entspannung.

Atemarbeit mit den Charakterstrukturen

Die Bedeutung eines Verständnisses der Physiologie der Atemarbeit

Der Atem verfügt über das ungewöhnliche Vermögen, eine Brücke zwischen der Domäne des Willkürlichen und der des Unwillkürlichen zu schlagen – es handelt sich bei ihm um genau die autonome Funktion, die wir am stärksten kontrollieren können. Der Mensch kann willentlich schnell atmen, langsam, tief, flach, er kann Bauch- oder Brustatmung einleiten. Wenn wir uns darauf vorbereiten, zu rennen, bereitet unser Atem uns auf diese Anstrengung vor. In unterschiedlichen emotionalen Zuständen variieren unsere Atemmuster. Shakespeare, der große Barde, beschreibt in *Wie es euch gefällt* ... den "Verliebten, der wie ein Ofen seufzt". Wir schnappen vor Angst nach Luft und hyperventilieren, unter Umständen bis zur Bewusstlosigkeit. Wir schnauben vor Wut und bereiten unseren Körper so auf eine entsprechend energiegeladene Reaktion vor. Alle der gerade genannten Erfahrungen mit dem Atem befinden sich in der Grauzone zwischen willkürlich und unwillkürlich.

Die tiefe unwillkürliche Steuerung des Atems allerdings wird primär von zwei

Faktoren orchestriert: dem respiratorischen 'Schrittmacher' in der Medulla des Stammhirns (von wo der grundlegende Atemrhythmus stimuliert wird), und der Kohlendioxidspiegel im Blut. Hier kommt es *nicht*, wie häufig angenommen, auf den Sauerstoffspiegel an, sondern auf den CO₂-Spiegel – *dieser* ist für die chemische und physiologische Regulation des Atems entscheidend.

Der Bohr-Effekt

Ein wichtiges Phänomen in Verbindung mit dem Blutgas-CO₂-Spiegel (und damit der Atmung) ist unter dem Namen 'Bohr-Effekt' bekannt. Dieser Effekt beschreibt die Dynamik, wie Hämoglobinmoleküle Sauerstoff von der Lunge aufnehmen (in den Lungenbläschen) und ihn zu sämtlichen Körperzellen hin transportieren, wo hiervon ATPⁱⁱ. Dieses Molekül wiederum ist der Treibstoff für die Energieproduktion in den Mitochondrien der Zellen. Eine effizienter Transport, eine effiziente Freisetzung und Nutzung von Sauerstoff hängt vom Kohlendioxidspiegel ab (innerhalb eines spezifischen optimalen Bereichs). Jede Abweichung von dieser CO₂-Konzentration reduziert den für Gehirn und Körper verfügbare Menge an Sauerstoff. Mit anderen Worten, wenn der CO₂-Spiegel *entweder* zu hoch oder zu niedrig ist, reduziert sich die Menge an Sauerstoff, der zu den Zellen transportiert und mit dem diese versorgt werden. Die Vorstellung, dass Menschen tief atmen oder die Atmung beschleunigen müssen, um mehr Sauerstoff aufzunehmen, ist physiologisch nicht haltbar. Dieser reduzierte CO₂-Spiegel mindert auch den inneren (d.h. unwillkürlichen) Drang, spontan einen Atemzug zu tun. Wenn wir mit mechanischen Mitteln das spontane Wechselspiel zwischen dem Schrittmacher des Atems und von CO₂ übergehen, stören wir die normale physiologische Rolle von CO₂ bei der Regulierung des Atems. Was wir wirklich wollen, ist ein regulierter Atem – ein selbstregulierter Atem unter Schrittmacher-Regulation (bei normalen CO₂-Spiegeln). Diese Dynamismen helfen uns gekonnt und spontan, unsere Reaktionen auf eine Vielzahl von Begegnungen und Erfahrungen zu bewältigen.

Hyperventilation, CO₂ und emotionale Überflutung

Reich wusste, dass Atemarbeit tief verwurzeltes psychologisches und emotionales Material. Er ließ Patienten oft im Übermaß atmen, um eine Ladung aufzubauen, was zu

Katharsis und einer 'Entpanzerung'. Weniger gewahr schien er der Tatsache zu sein, dass *"die Reduzierung oder Auflösung des Panzers eines Patienten sein gesamtes Anpassungs- und Bewältigungssystem desorganisieren kann"*. (Macnaughton 2004, S. 371). Heute kennen wir viele therapeutische Nutzungen von willkürlich herbeigeführter Hyperventilation – einige konstruktiver, einige destruktiver Art.

Aus physiologischer Sicht bewirkt Hyperventilation eine Verengung der Blutgefäße des Gehirns (Lowry 1967). Das Gehirn reagiert hierauf, indem es zunächst die Aktivität im Neokortex herunterfährt, dann im limbischen Gehirn, und dann schließlich im Stammhirn, wo ein Sauerstoffmangel tödlich wäre. Wird das Gehirn mit weniger Sauerstoff versorgt, 'verabschiedet' sich zuerst der Neokortex. Zu den wichtigen Funktionen des Neokortex gehört die, die unteren Zentren zu hemmen. Diese Kontrolle wird also aufgrund von Hyperventilation vermindert. Diese verminderte Hemmung destabilisiert limbisches System und Hirnstamm und setzt eine Flut primitiver Empfindungen, Emotionen und Bilder frei. Einige davon können mit Traumen in Verbindung stehen und viele, darunter auch solche rund um Bindungsstile, sind präverbaler Natur. Die unterbleibende Hemmung kann therapeutisch durchaus ihren Wert haben. Sie erlaubt schließlich, mit verschiedenen Emotionen und prozeduralen (Körper-) Erinnerungen in Kontakt zu kommen, die normalerweise unbewusst ablaufen. Allerdings kann es auch zu einer emotionalen Überflutung, Panikattacken und potentiell zu einer (Re-) Traumatisierung führen.

Diese Erfahrung, wie die Hemmung unterbleibt, kann dramatisch sein und etwas von der Einnahme einer halluzinogenen Droge wie etwa LSD haben. Hinzu kommt, dass Patienten geradezu süchtig werden können nach Hyperventilation, da sie derart intensive Erfahrungen wachruft. Das übermäßige Atmen kann zur Ausbildung eines Musters führen, das darin besteht, immer wieder diese Art von dramatischer Katharsis mit ihren primitiven Sinneserlebnissen, ihren Emotionen und verblüffend lebhaften Bildern zu suchen. Hyperventilation wird dann zu einer gewohnheitsmäßigen Weise, Zugang zu diesen Emotionen zu finden. Einfach nur dafür zu sorgen, dass diese 'raus' können, bewirkt aber nicht unbedingt eine tiefere Integration und Regulation. Das gewohnheitsmäßige kathartische 'Herauslassen' von Emotionen kann im Ergebnis in eine Sackgasse führen in dem Sinne, dass Patienten keine tiefere Anbindung an ihre gefühlte

Innenwelt erleben. Sie lernen nicht aus der Erfahrung ihrer Sinneswahrnehmungen und Gefühle in all ihren Feinheiten und daraus, diese dann wirksam in Beziehungen auszudrücken. Unmittelbar nach diesen kathartischen Erlebnissen fühlen sie sich zwar vielleicht besser, aber in den Stunden oder sogar auch Tagen oder Wochen nach solchen Sitzungen können Probleme in Richtung einer Destabilisierung auftreten.

Ein wirksamer Einsatz von Hyperventilation setzt einerseits voraus, dass der Patient dazu in der Lage ist, eine entsprechende 'Ladung' in sich zu halten, und dass andererseits seine (limbischen) Gefühle und (neokortikalen) Beobachtungen voll funktionieren. Keine Gehirnregion darf einer anderen geopfert werden. Während Gesprächstherapie die Kognition überbetont und manche der körperbasierten Therapien die Emotionen, führt eben das Gleichgewicht zwischen all diesen Ebenen ('Bottom-up'- und 'Top-down'-Verarbeitung) zu einer wirklich integrativen und ganzheitlichen Therapie. Ein optimaler therapeutischer Ansatz sorgt dafür, dass alle drei Regionen ihren Part im Konzert übernehmen können. Körperwahrnehmungen (oberer Hirnstamm und Thalamus), Emotionen (limbisches System) und die Fähigkeit, zu beobachten/denken/vernünftig abzuwägen (Neokortex) können zusammenwirken, wenn es um eine tiefe Integration geht und darum, eine kohärente Geschichte zu entwickeln, die das Individuum mit seinen neu entstehenden Fähigkeiten fördert. (Levine 1997, 2010)

Charakterstruktur und Atemarbeit: Hyper- und Hypoventilation

Die Strategien für die Arbeit mit Patienten richten sich nach ihrer psychischen Konstitution und Charakterstruktur. So zum Beispiel ist eine willkürliche Überatmung für die *schizoide* und die *orale* Charakterstruktur im Allgemeinen kein guter Ansatz, um unerlöste Entwicklungsthemen aufzudecken. Bei den anderen Strukturen, der *psychopathischen*, *masochistischen* und *rigiden*, hat gezielte Hyperventilation größeren Nutzen – hier verfügt der Patient über die Ressourcen, um ihre Auswirkungen zu integrieren, da in den früheren Entwicklungsstadien mehr Ich-Stärke und autonome Stabilität entwickelt wurde. Diese späteren Charakterstrukturen neigen dazu, sich mit Hingabe schwer zu tun, und hier kann Atemarbeit helfen.

Selbstverständlich sind für jede Charakterstruktur ein Stück weit unterschiedliche

Interventionsstrategien gefragt. Wenn sich eine Ladung aufgebaut hat, mag ein *schizoider* Strukturtypus glauben, er würde daran 'kaputtgehen', sterben oder sich in seine Bestandteile auflösen. Er entwickelt womöglich eine entsetzliche Angst vor einer Explosion (Fragmentierung) oder Implosion (Kollabieren nach innen). Eventuell kommt er mit einer sogar noch größeren Angst in Kontakt, womöglich in einem dieser entsetzlichen Angstzustände steckenbleiben. Den Patienten beim Atmen verbal und mit leichter Berührung zu unterstützen, kann bewirken, dass sich an der Aktivierung etwas ändert, ohne dass die Betroffenen jeden Halt verlieren. Diese Erfahrung kann sie dann in Richtung von mehr Organisation und Funktionsfähigkeit in ihrem Dasein auf der Welt führen.

Andererseits wird ein Patient mit *rigider* Struktur versuchen – und das oft erfolglos – aktiv vorzupreschen, wenn er eine energetische Ladung in sich spürt, wobei es ihm aber häufig nicht gelingt, Entladung und Entspannung zu erzielen. Dieser Patient braucht ein gewisses Maß an 'Provokation', eventuell über eine (mit seiner Zustimmung erfolgende) Manipulation der Muskulatur (vor allem im Kiefer-, Nacken-, Schulter- und Rückenbereich) sowie eine Fortführung der Atemarbeit.

Patienten mit *masochistischer* Struktur werden wahrscheinlich am ehesten Anspannung bei sich wahrnehmen. Solche mit *rigider* Struktur achten eher auf ihre Aufregung, ihre Fähigkeit, mit den energetischen Empfindungen umzugehen und den hierauf folgenden Übergang dazu, sich ihnen hinzugeben. Bei der Arbeit mit diesen Patienten (vor allem solchen mit der *masochistischen* Struktur) heißt es für Therapeuten, gleichzeitig bestimmt und behutsam zu sein. Eventuell ist Unterstützung mit Hilfe diverser Berührungstechniken angesagt, etwa Massage, damit der Atem freier fließen kann, was der Neigung zu exzessivem Denken entgegenwirkt und ein Gefühl des Behagens und der Stille fördert. Das wiederum wird dem Patienten eher erlauben, loszulassen und sich den weicheren Seiten seiner Sinneswahrnehmungen und Gefühle zu überlassen.

Therapeutische Interventionen werden hier eingesetzt, um Patienten beim Übergang von einem sympathisch dominierten Zustand der Erregung und des Festhaltens in einen parasympathischen (ventrovagalen) gelösten Zustand zu helfen. Im parasympathischen Zustand bemerken und spüren Patienten mit einem Mal

Empfindungen, die über Schmerz, Panzerung und Anspannung hinausgehen. Sie beginnen zu ahnen, dass ihnen auch noch eine andere Welt zugänglich ist. Sie sind jetzt in der Lage, eine größere Bandbreite an Sinneswahrnehmungen zu erfahren. Später können sie dann lernen, Zugang zu diesen Wahrnehmungen und Gefühlen zu erlangen ohne wie gewohnt zu hyperventilieren. Sie nehmen mit einem Mal subtilere, sanftere Empfindungen wahr und solche, die mit Fließen, Lebendigkeit, Verbundenheit, Sehnsucht und gesunder Aggressionskraft zusammenhängen.

Als Orientierung für den Umgang mit diesen Strukturen lässt sich noch sagen, dass es sinnvoll ist, den Patienten aufzutragen, sich mit geschlossenen Augen hinzulegen und auf das zu achten, was in ihnen vor sich geht, während sie stärker atmen. In der Regel erlaubt ihnen diese Maßnahme, ihre Wahrnehmung der zum Vorschein kommenden Lebensenergie, Sinneswahrnehmungen, Gefühle, Bilder und Gedanken zu verfeinern. Ebenfalls wichtig dabei ist, dass die Patienten sich gleichzeitig der Präsenz des Therapeuten gewahr werden und des sicheren haltenden Rahmens, die der Therapeut ihnen bietet (Porges 2011). Patienten dann im weiteren Verlauf des Prozesses Bericht erstatten zu lassen über das, was sie gerade entdecken, während sie sich gleichzeitig in ihre Spürerlebnisse einschwingen und ein Stück weit Blickkontakt mit dem Therapeuten aufrecht erhalten, kann dazu beitragen, das therapeutische Bündnis, den sozialen Kontakt und das Sicherheitsgefühl zu verstärken.

Generell gilt die Regel, dass Interventionen allmählich und schrittweise erfolgen sollten. Die Patienten sollten dabei verschiedene Atemmuster ausprobieren beziehungsweise ein paar Atemzüge tun, um dann eine Ruhepause einzulegen und über ihre Erfahrungen, Sinneswahrnehmungen, Bilder und Gefühle zu berichten. Danach wiederholen sie den Zyklus von vorn und geben selbst das Tempo der Integration vor. Diese Schritte helfen, ein gewisses Wahrnehmungsfundament zu entwickeln (kognitiv und somatisch), auf dem Patienten ihre Entdeckungen dem jeweiligen Zeitpunkt entsprechend beziehungsorientiert fortsetzen und Sicherheit erfahren können. Mit jeder Phase des Erkundens und nachfolgenden Pausierens wird die Integration auf der vertikalen (Hirnstamm, limbisches System und präfrontaler Kortex) und horizontalen Ebene (linke und rechte Gehirnhälfte) gefördert

Hilfreich ist auch die Einbeziehung von Interventionen wie etwa der, Patienten

zu fragen, wie und wo sie ihren Atem wahrnehmen, d. h. flach oder tief, langsam oder schnell, in Brust oder Bauch oder beides. Gleichzeitig sollen sie Impulse erhalten, zu berichten, ob sie ihn hinten, vorne oder seitlich erleben. Welche Empfindungen, Gefühle oder Bilder steigen auf? Welche Fragen sind damit verbunden? Diese Fragen helfen Patienten, einen roten Faden in ihrem nun stärker verkörperten Erleben zu erkennen und ihre Fähigkeit zu Expansion und dem Erleben diverser Bewusstseinszustände zu entdecken und stärker wertzuschätzen.

Oft ist man versucht, Charakterstrukturen linear und als Schichten zu betrachten, die in den einzelnen Entwicklungsphasen entstehen. Tatsächlich sind bestimmte Aspekte zwar jeweils Domäne der einzelnen Entwicklungsstadien, von denen Stadium mit seinen eigenen Herausforderungen und Chancen verbunden ist. Das Entwicklungssystem als Ganzes jedoch ist eigentlich non-linear und pendelt durchaus zwischen späteren und früheren Strukturen. So zum Beispiel kann eine frühere Struktur im Hinblick auf ihre Selbstregulierungsfähigkeit durchaus von der Stabilität späterer Strukturen abhängen, und sei es auch nur in begrenztem Umfang. Abgesehen davon ist es wichtig, eine (später entstandene) Charakterstruktur nicht 'rückgängig zu machen', ohne die Auswirkungen hiervon im Hinblick auf eine Destabilisierung weiter zurückliegender Strukturen im Blick zu behalten. Zudem gilt es die Funktionen der eher hyporeagiblen muskulären Muster und der hyperreaktiven Kompensationsmuster für hyporeagible (schwächere) Spannungsmuster in Muskelfaszien und Organsystemen zu verstehen. Diese verlangen eine präzise Einschätzung und behutsamere Interventionen (Marcher & Fich 2010).

Die Hyperventilierer

Menschen, die zu einem übertrieben heftigen Atmen neigen (Hyperventilation) gehören im Allgemeinen den späteren Strukturen an (der *psychopathischen*, *masochistischen* und *rigiden*). Ohne greifbaren konkreten Anker können sie eine bedeutsame Erfahrung oft nicht recht glauben ("Das ist doch irrational" oder "Ich versuche es ja, aber es erschließt sich mir offenbar nicht"). Aus ihnen spricht vielleicht mehr die Desillusionierung angesichts dessen, wie sehr sie versucht haben, ihre Realität zu verändern, ohne dass sich etwas tat. Die Betroffenen können den Atem als

Hilfsmittel einsetzen, um die subtileren Ebenen ihres gespürten Erlebens zu entdecken. In diesen Fällen kann der Therapeut direkt mit dem Atem arbeiten, um mehr Ladung aufzubauen. Schließlich werden die Patienten in tiefere Entladungserfahrungen, veränderte Bewusstseinszustände und Zustände eintauchen, in denen der Atem lange angehalten wird ('Punkte der Stille'). Sie sehen vielleicht 'eidetische' Bilder und erleben subtile körperliche Empfindungen, die mit 'Nahtoderlebnissen' in Verbindung stehen

Entspannung tritt dann ein, wenn die Patienten sich erfolgreich durch die Erregung oder den aufgeladenen Zustand hindurchmanövrieren und in der Lage sind, in tiefere Bewusstseinszustände einzusinken. Diese Art von tiefer Entspannung kann eine Hypermnesie und die Fähigkeit unterstützen, flexibler in seinen Assoziationen zu werden. Sie kann das Agieren des Über-Ichs, des kritischen Zensors und ewig herumkittelnden Richters in uns lockern. Wenn Patienten sich einer tiefen Entspannung überlassen, haben sie Zugang zu mehr zentralem Material: Erinnerungen dazu, wie sie ihr Selbst sehen, wie sie sich fühlen und wie sie den Unterschied zwischen ihrem öffentlichen und privaten Ich, ihr Herz, ihre Gefühle und Sehnsüchte erleben. Oft entwickeln sie auch ein Interesse an Spiritualität und suchen diese Dimensionen durch diverse Formen spiritueller Praxis zu ergründen.

Da Patienten mit *rigider* Struktur lernen müssen, sich von ihrer Anspannung frei zu machen und nachzuspüren, wie sich energetische Ladung anfühlt, muss sich die Therapie dieser Anspannung zuwenden und helfen, das Zurückhalten mit der Muskulatur zu lockern, damit die Sinneswahrnehmungen freier fließen können. Wenn Patienten erst einmal den Punkt erreichen, wo sie neue Empfindungen akzeptieren und sich mit ihnen wohlfühlen sowie nach Erfolgserlebnissen mehr Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten gewinnen, werden sie sich nach und nach von ihren Mustern lösen, die Luft anzuhalten und sich einen Muskelpanzer zuzulegen.

Die Hypoventilierer

Schizoide und *orale* Charakterstrukturen neigen generell zum Hypoventilieren (auch wenn sie vielleicht periodisch eine instabile Hyperventilation und Panikattacken durchlaufen). Sie brauchen immer wieder Ansporn, Unterstützung und Hilfe dabei, tiefer zu atmen. Zu den ersten positiven Auswirkungen des verstärkten Atmens, die

Hypoventilierer an sich bemerken werden, gehört eine bessere Versorgung mit Sauerstoff. Sie tanken mehr Energie und halten mehr Ladung in sich aus und verspüren mehr Vitalität, mehr aus dem Innersten kommende Gefühle und Befriedigung. Für Hypoventilierer ist es zentral wichtig, Möglichkeiten der Selbstunterstützung zu erlernen. Dazu reicht ein wenig behutsame Wahrnehmungsarbeit im Hinblick auf Knöchel, Füße und Brustkorb. Wenn der Therapeut dem Patienten sachte die Hände seitlich an den Brustkorb legt, regt dies zu mehr Flankenatmung an (Dehnung des Brustkorbs) – einer Atmung, die in der Regel spontaner abläuft und Expansion bewirkt. Schon zwei oder drei Atemzüge können genügen, damit Patienten eine deutlich größere Aufladung im Nervensystem wahrnehmen.

Durch Verweilen bei dem Erlebten, bis die Ladung vollauf mit einer Sinneswahrnehmung oder einem Gefühl zusammengebracht wird, kann der Patient sich auf mehr und mehr Integration zubewegen. Anfangs stellt sich vielleicht etwas Schwindel oder ein leises Unbehagen ein und der Patient braucht etwas Kontakt oder Unterstützung von außen. An diesem Punkt kann der Therapeut auch zu etwas Bewegungsarbeit anregen, um dem Patienten zu helfen, die Erfahrung titriert und allmählich anzugehen. Öffnet sich der Patient so für bislang im Körper zurückgehaltene Gefühle, bekommen diese mehr Substanz: ihnen kann ein Sinn zugeordnet werden und sie gründen jetzt auf dem Kontakt mit einem Gegenüber. Jetzt besteht das Therapieziel darin, Containment, Erdung und energetischen Fluss weiter voranzutreiben und den Patienten darin zu stärken, die höhere Ladung zu bewältigen, ohne dass es zur Fragmentierung kommt. Das ist eine wichtige korrigierende Erfahrung, da hierdurch der grundlegende Glaube des Patienten an sich selbst und an seine Fähigkeit zu einem Dasein auf dieser Welt reorganisiert wird.

Wichtig ist hier, ein starkes Gefühl der Sicherheit zu vermitteln, damit die Betroffenen nicht das Gefühl haben, haltlos "aus dem Leim zu gehen", wenn die gesteigerte Intensität auf sie einwirkt. Sie müssen lernen, Gefühle direkt in ihrem Körper zu erleben und dann daran arbeiten, diese Gefühle auszuhalten. Von Natur aus werden sie dazu neigen, sich den stärker gewordenen Empfindungen zu entziehen, also gilt es, ihr Fühlenkönnen Stück für Stück aufzubauen und zu helfen, dem Erlebten nicht mehr auszuweichen. Hierbei Unterstützung zu erfahren, lädt zunächst einmal zu einer

positiven Übertragung ein und unterstützt die Entstehung eines guten therapeutischen Bündnisses. Gelegentlich eingeflochtene Atemarbeit (abzugrenzen von einem bewussten Wahrnehmen des Atems) kann Patienten an diesem Punkt helfen, stark genug zu werden, um eine Überflutung mit Empfindungen und eventuell spontan auftauchendem emotionalem Material einzudämmen. Wenn sie lernen, ihre innere Ladung selbst zu steuern und auszuhalten, können sich die Betroffenen selbst dabei zusehen, wie sie mehr und mehr Resilienz und gesunde Grenzen ausbilden.

Ebenfalls wichtig ist es, dass Therapeuten darauf achten, die *schizoide* Struktur nicht in Dissoziation oder Katharsis (de facto eine andere Form von Dissoziation) hineinzudrängen. Die therapeutische Arbeit muss hier auf einem Niveau von Ladung stattfinden, das für die Patienten zu bewältigen und zu ertragen ist. Hier kommt die im Modell von Somatic Experiencing (Levine 1997, 2010) angesprochene 'Titration', anderenorts auch 'Toleranzfenster' (Ogden, Minton & Pain 2006) genannt, zur Anwendung. Entscheidend ist, zu beobachten, wie es um die Selbst- und Co-Regulierungsfähigkeit des Patienten ohne resultierende Dissoziation bestellt ist und sich bei der Arbeit auf diesen Rahmen zu beschränken.

Titration: Differenzierung zwischen prozeduraler Erinnerung & Selbstbewältigung von Aktivierung

Die Rolle der Atmung zu verstehen liefert im therapeutischen Umfeld einen wichtigen Bezugsrahmen für die Unterscheidung zwischen deklarativer (expliziter) und prozeduraler (impliziter) Erinnerung. Die prozedurale (implizite) Erinnerung ist implizit; sie ist die Sprache des Körpers und steuert das Selbstmanagement von Aktivierung. Zu den prozeduralen Erinnerungen zählen auch solche, mit denen das eigene Selbst geschützt wird und Grenzen gesetzt werden, mit denen Rückzug, Kampf, Flucht und Erstarrung verbunden sind. Auch die respiratorischen und autonomen prozeduralen Erinnerungen sind tief wurzelnde prozedurale Erinnerungen, die sorgfältig titriert sein wollen und mit denen es auf der Ebene körperlicher Wahrnehmungen zu arbeiten gilt (Levine 2010 und Levine in Arbeit befindlich).

Unabhängig von dem vorangegangenen Ereignis bringen Patienten prozedurale (implizite) Erinnerungsauslöser mit, die auf überwältigende frühere Erfahrungen

zurückgehen. Eines dieser Signale heißt vielleicht: "Ich bekomme keine Luft" (Urangst vor dem Erstickten). Wenn die Betroffenen die prozedurale Erinnerung daran, keine Luft zu bekommen, noch einmal durchmachen und merken: "Ah ja, mein Atem strömt ja doch von alleine wieder ein", vermindert das ihre Angst und der Atem kann wieder freier fließen, was Raum für die Entwicklung von Kohärenz schafft. Mit der Wahrnehmung des Atems zu arbeiten (statt Atemarbeit zu praktizieren) ist hier im Allgemeinen der beste Ansatz.

Der Therapeut zielt darauf ab, dass der Erregungszustand im günstigsten Falle getrost in die Höhe schnellen kann und dann eigenständig wieder sinkt. Ziel ist, die dynamische Homöostase und ein flexibles physiologisches Atemmuster sowie ein physiologisches Gleichgewicht zwischen sympathischem und parasympathischem (ventrovagalen) Nervensystem wiederherzustellen. Die Beachtung der Atmung ist entscheidend, da es ihrem Wesen entspricht, mit Beklemmung, Angst und diversen spezifischen Traumata in Verbindung mit Erstickerlebnissen einherzugehen.

Die Ur- (Kern-) Angst liegt in der Erfahrung des Erstickens. Von daher ist das Innehalten zwischen Ausatmen und neuem Einatmen eine nützliche Übung. Hierbei könnte der Therapeut vorschlagen: "Okay, schauen wir uns einfach einmal an, was geschieht ... Ich weiß, Sie haben das Gefühl, jetzt einatmen zu müssen, aber schauen wir doch einmal, ob Sie spüren können, was unmittelbar *bevor* Sie einen Atemzug tun geschieht?" oder "Okay, wenn Sie das Gefühl bekommen, jetzt müssten Sie aber einen richtig tiefen Atemzug tun, ... schauen Sie einmal, ob Sie ihn ein wenig hinauszögern können. Erleben Sie einfach das Gefühl, das will, dass Sie jetzt tief einatmen ... sehen Sie einfach einmal, ob sie in diesem schwierigen Moment Vertrauen aufbringen können." Im Allgemeinen findet die Atmung von Patienten hier zu einem Zustand zurück, in dem sie stärker physiologisch reguliert wird, statt mit bewusster Anstrengung eingeleitet zu werden. Hier können auch zu sich selbst gesprochene Sätze helfen wie: "Ich kann einen tiefen Atemzug zulassen. Ich kann mich entspannen. Ich kann mich beruhigen."

Wahrnehmung des Atems

Generell ist die Wahrnehmung der Atmung bei frühen Strukturen und dort, wo man es

mit unaufgelösten (Schock-)Traumen oder körperlichen Schmerzen zu tun hat, am wirkungsvollsten. Es folgen einige Beschreibungen simpler Übungen zur Atemwahrnehmung.

Der Atem als Welle

Hier geht es darum, den Atem zu beobachten, ohne den Versuch zu starten, ihn bewusst zu verändern. Man lässt den Patienten einfach verfolgen, wie es sich anfühlt, wenn der Atem in den Körper hinein- und durch ihn hindurchströmt und wenn der Atem den Körper wieder verlässt – wie Wellen über den Strand züngeln und sich wieder von ihm zurückziehen. Der Patient erhält den Auftrag, zu beobachten, was sich in seinem Körper während dieses einen Kreislaufs von Ein- und Ausatmen verändert. Dieser Zyklus wird dann wiederholt, indem der Patient den Weg eines zweiten Atemzugs verfolgt – wie er beim Einatmen durch den Körper wandert und dann beim Ausatmen wieder heraus. Dabei gilt es den Atem wieder wie die Meereswellen im Spiel der Gezeiten wahrzunehmen. Danach richtet man den Fokus wieder auf die Veränderungen, die jetzt im Körper festgestellt werden. (Levine & Phillips 2012, s. 33-34).

Zirkularatmung

Diese Übung wird dazu eingesetzt, Wege zu erschließen, über die Bewegung und Fluss in den Körper gebracht werden können, die der Kontraktion entgegenwirken, die mit Kampf, Flucht und Erstarrung einhergeht. Zunächst erhält der Patient den Auftrag, sich für einige Momente zu vergegenwärtigen, wie er seinen Körper gerade insgesamt wahrnimmt. Dann wird die Mitte (Mittellinie) des Körpers hinauf geatmet, wobei sich der Patient vorstellen soll, dass das Einatmen im Beckenboden beginnt und dass der Atem dann zur Nase und zum Gesicht hinaufsteigt. Dann soll er sich vorstellen, wie er ausatmet, wie der Atem dabei abwärts und beidseits durch die Flanken strömt, durch die Schultern, Arme und Hände hindurch, und dann beide Beine entlang abwärts und durch die Füße hinaus. Dieser Prozess wird für drei bis vier Atemzüge wiederholt und dann nachgefragt, was der Patient wahrnimmt.

Bestehen Probleme in der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule, bietet sich noch eine

andere Technik an. Hierbei stellt der Patient sich vor, an der Vorderseite des Körpers die Mitte entlang nach oben zum Scheitel hinauf zu atmen. Beim Ausatmen spürt er nach, wie der Atem an der Rückseite seines Kopfes, Nackens und mittleren Rückens entlang durch den Lendenwirbelbereich und durch das Steißbein hinaus strömt, bis er sich schließlich – in seiner Vorstellung – in einer Kaskade durch beide Beine hinunter ergießt. Das Ganze wird mehrmals wiederholt. Danach vergewissert sich der Therapeut durch Nachfragen, wie sich der Prozess ausgewirkt hat. (Levine & Phillips 2012, S. 25-26).

Eine Patientenübung für zu Hause: Pause, Atemzug und Entscheidung

Nachdem der Patient mit dem Therapeuten erkundet hat, wie es sich anfühlt, zu atmen und dem Atemimpuls zu widerstehen, kann diese Übung Patienten anhand eines einfachen dreischrittigen Modells helfen, Ängste zu mindern. Wenn der Patient merkt, wie sich Angst in ihm aufbaut, besteht der erste und wichtigste Schritt erst einmal darin, innezuhalten. Dabei gilt es diese Pause und Entschleunigung wirklich zu erspüren.

Der nächste Schritt ist der, dass der Patient ganz bewusst einen tiefen Atemzug tut, am Ende des Einatmens innehält und dann ausatmet, was im Körper geschieht, während der Patient nur einen tiefen Atemzug tut, am Ende des Einatmens zunächst innehält und dann ausatmet, wobei die Geschwindigkeit, mit der die Atemluft abgegeben wird, auf das Tempo des Einatmens abgestimmt und am Ende des Ausatmens pausiert und die ganze Zeit beobachtet wird, was im Körper geschieht. Nach diesem Atemzug oder vielleicht nach einigen weiteren ist der Patient dann an dem Punkt, gezielt entscheiden zu können, wie es weitergehen soll. Er kann je nach Situation mit Hilfe anderer Techniken bei den Empfindungen im Entladungsprozess verweilen oder sich regulieren. (Levine & Phillips 2012).

Statt sich auf ihren Widerstand, ihr Verstehenwollen oder das zu konzentrieren, was sich emotional bei ihnen löst, können Klienten lernen, ihren Körper so zu spüren, dass es ihnen hilft, noch unentwickelte Ressourcen in sich zu wecken – Ressourcen, die in Vergessenheit geraten sind oder nie in Erfahrung gebracht wurden. Der Erwerb dieser neuen Ressourcen (die exakt den Benötigten entsprechen, die bislang fehlen) unterstützt enorm die Auflösung von Entwicklungs-/Beziehungsproblematiken. Gleichzeitig

eröffnet es Patienten neue Handlungsmöglichkeiten in ihrem Alltag, unter anderem dazu, sich in ihrer Herkunftsfamilie und ihrem sozialen Kontext neu zu positionieren.

Gegenanzeigen

Körperorientierte Therapeuten müssen genug über die somatische Organisation wissen, die hinter der jeweiligen Charakterstruktur steht sowie über den Gesundheitszustand des Patienten und psychopathologische Gegebenheiten, um zu erkennen, wann sich der Einsatz kontrollierter Atemarbeit verbietet. Selten angezeigt ist diese zum Beispiel unmittelbar bei der Arbeit an Schocktraumen. Wie bereits erwähnt, kann kontrollierte Atemarbeit in einigen Situationen jedoch nützlich sein, um bei der Entwicklung von Ressourcen zu helfen sowie bei der Aufdeckung von bislang unbewusstem Material. Besonders trifft dies auf Individuen mit den späteren Charakterstrukturen zu. Nichtsdestoweniger ist es wichtig, dass der Therapeut diese Klienten nicht zu früh in diese Richtung drängt. Auf einen einfachen Nenner gebracht, kann die *Wahrnehmung* des Atems im Traumakontext und bei schizoiden/oralen Strukturen eingesetzt werden, um Patienten/Klienten zu helfen, sich in ihre Atmung und die Rhythmen ihres autonomen Nervensystems hineinzuspüren und ein Gefühl für Ressourcen zu entwickeln, die ihnen guttun. Therapeuten können sich für diesen Zwischenschritt entscheiden, bevor sie sich mit dem Schock selbst befassen. Bei Patienten/Klienten, die massiv unter dem Einfluss unaufgelöster extremer Geburts- und intrauteriner Belastungen stehen, Hyperventilationstechniken anzuwenden, ist nicht angebracht. Vielmehr ist es wichtig, dass die Atmung von der Entstehung spontaner biologischer Rhythmen bestimmt wird statt von Rhythmen, die der Therapeut dem Patienten aufoktroziert.

Womöglich ist der Patient bei der Geburt beatmet worden. Bringt der Therapeut hier ein externes (willkürliches) Atemmuster ins Spiel, so tut sich der Patient vielleicht noch schwerer, sich aus diesem Schockmuster zu lösen. Man muss sich außerdem klar machen, dass diese Interventionen vor dem Hintergrund des entsprechenden Kontexts zu betrachten sind. Der Therapeut sollte zum Beispiel keine 'Rebirthing'-Sitzung abhalten, wenn der Patient noch Anzeichen von Geburtsstress oder -schock aufweist. Bei Patienten dagegen, die schon einiges von ihren belastenden Erfahrungen in Verbindung

mit ihrer Geburt oder der Zeit im Mutterleib bearbeitet haben, kann sanfte Bauchatmung, gefolgt von einem leichten Hechelmuster als Ressource eingesetzt werden, um wenigstens etwas von der Seligkeit des Daseins im Mutterleib einzufangen.

Es ist unabdingbar, die Atemmuster von Patienten genau zu beobachten – was wie Hyperventilation wirkt, kann auch eine Übergangsphase sein, die den Patienten letztlich wieder ins Gleichgewicht bringt. Oder ein Patient, der kaum atmet, beginnt zu hyperventilieren, um zu vermeiden, dass er das 'Keine-Luft-Bekommen' durchleben muss. Hieran zu arbeiten, lässt sich mit der Situation von Patienten/Klienten mit dissoziativen Zuständen vergleichen. Statt sie voll in den Zustand hineingehen zu lassen, müssen wir Patienten/Klienten unterstützen, während sie mit ihm in Berührung und wieder heraus kommen.

Sorgsame Beobachtung und Titration sind grundlegend und verhindern unkontrolliert eskalierende Hyperventilationszyklen, nach denen nur noch komplett 'dicht gemacht' wird. Das Prinzip des Etablierens sicherer Ressourcen mit Patienten/Klienten, sowohl mit Blick auf die Beziehung zum Therapeuten als auch durch 'genug' Stabilisierung des Nervensystems, schafft eine Grundlage für weiterführende Fortschritte. Es ist wichtig, den Prozess zu entschleunigen und kleinschrittig anzugehen sowie die Interventionen, mit denen reagiert wird, genau auszutarieren.

Atemarbeit kann dann kontraindiziert oder bedenklich sein, wenn bestimmte medizinische Krankheitsbilder oder ausgewachsene Persönlichkeitsstörungen vorliegen. So zum Beispiel ist es schwer, vorab zu wissen, welche Bedeutung ein Patient der Erfahrung des veränderten Bewusstseinszustands beimessen wird, vor allem wenn eine Borderline-Persönlichkeitsstörung oder dissoziative Identitätsstörung vorliegt. Dieser Patient tut vielleicht ein paar Atemzüge und wird dann von traumatischen Bildern überschwemmt, die daraufhin auf den Therapeuten projiziert werden. Bei derartigen Patienten will der Kontakt mit Rücksicht auf die stattfindenden Übertragungsdynamiken langsamer hergestellt werden, statt eine allzu schnelle, durch Hyperventilation ausgelöste Projektion in Kauf zu nehmen.

Hyperventilation kann ein steiles Absinken des Blutzuckerspiegels bewirken, was bei Patienten/Klienten mit Diabetes und Hypoglykämie ein kritischer Punkt sein kann. Der erhöhte Stress längerer Hyperventilation könnte bei Menschen mit Herzproblemen

einschließlich bestimmter Herzrhythmusstörungen möglicherweise einen Herzinfarkt auslösen. Zudem besteht die Möglichkeit, dass er die Streuungsrate von Krebs im Körper signifikant erhöht. Autoimmunstörungen und Probleme des endokrinen Systems resultieren sehr wahrscheinlich aus einer Dysregulation des Zentralnervensystems auf der Ebene der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren (HPA)-Achse. Wird durch übermäßiges Atmen zu viel Energie zugeführt, bekommt der Therapeut die HPA-Destabilisierung vielleicht nicht mehr in den Griff. Von daher werden möglicherweise Symptome von Lupus, Muskelsklerose, Morbus Basedow und anderen Autoimmunstörungen reaktiviert. Ein Patient mit bestimmten Nierenproblemen, der Hyperventilation ausgesetzt wird, könnte womöglich ein Nierenversagen auslösen, da die Hyperventilation die Nieren zwingen kann, zusätzliche Karbonationen abzusondern, was ihre Belastung noch erhöht. Bei diesen Fällen handelt es sich nicht unbedingt um absolute Kontraindikationen, aber dennoch bestehen hier gravierende Bedenken und Vorbehalte, die Therapeuten sorgsam abwägen sollten.

In der Tat kann Atemarbeit – zusammen mit der Wahrnehmung des Atems – beträchtliche positive Auswirkungen haben, was in diverse körperorientierte Therapien einfließt. Ein Therapeut kann Patienten/Klienten eine vertrauenswürdige Unterstützung bieten; er kann ihnen helfen, gesunde Bindungen, eine gesunde psychodynamische Entwicklung, die Bewegung aus Traumamustern heraus sicherzustellen, Selbstregulierung fördern. Er kann dabei begleiten, in Kontakt mit dem Puls der Energie im innersten Kern zu kommen und bei der Wiederherstellung des tiefen Selbst helfen (Levine 2010).

Literaturhinweise

- Heller, M. C. (2012). *Body psychotherapy: History, concepts, and methods*, W. W. Norton & Company.
- Levine, P. A. (1976). *Accumulated stress, reserve capacity and dis-ease*. Doktorarbeit, Department of Medical and Biological Physics, University of California, Berkeley.
- Levine, P. A., (1999). *Traumaheilung: Die Energien des Lebens wiedererwecken*. Essen: Synthesis.
- Levine, P. A. (2011). *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Kösel.
- Levine, P. A., & Phillips, M. (2012). *Vom Trauma befreien: Wie Sie seelische und*

körperliche Blockaden lösen

- Levine, P. (2014). *Trauma and Memory*. (in Arbeit).
- Lowen, A. (2008). *Bioenergetik: Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper*. Berlin: rororo
- Lowry, T. (1967). *Hyperventilation and hysteria: The physiology & psychology of overbreathing & its relationship to the mind-body problem*. Springfield, IL: Charles C Thomas Pub Ltd.
- Macnaughton, I. (Ed.). (2004). *Body, Breath & Consciousness: A somatic anthology*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Marcher, L. & Fich, S. (2010). *Body Encyclopedia*. Berkeley, CA: North Atlantic Books California.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper: Ein sensomotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann
- Porges, S. (2010). *Die Polyvagal-Theorie: Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung*. Paderborn: Junfermann.
- Reich, W. (2010). *Charakteranalyse*. Köln: Anaconda.

Endnoten:

-
- ⁱ Es wird in diesem Artikel durchgängig der Begriff 'Patient' verwendet, obwohl viele Therapeuten Begriffe wie 'Klient' bevorzugen. Auch wird hier um des Leseflusses willen das Pronomen 'ihn'/'ihm' verwendet, obwohl hier selbstverständlich auf Frauen und Männer gleichermaßen Bezug genommen wird.
- ⁱⁱ Adenosintriphosphat (ATP) ist ein Nukleosidtriphosphat, das chemische Energie innerhalb der Zellen transportiert und die Rolle eines Signalmoleküls im Zentral- und peripheren Nervensystem spielt.