

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

am

**Institut für Atempsychotherapie, Stefan Bischof
Freiburg i. Br.**

Frau Sein

**Weiblicher Narzissmus
und die Entwicklung der Ich-Kraft
in der Atem- und Körperpsychotherapie**

von

Brigitte Obrecht Parisi

Känelweg 4

CH-4537 Wiedlisbach

+41 32 636 17 32

Ergänzte Fassung

4. März 2011

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	4
2. Einleitung	4
3. Entwicklung der Ich-Kraft	5
3.1 Schwangerschaft und Geburt.....	6
3.2 Frühe Kindheit und Selbstwert	7
3.2.1 Die Eltern - Kind Bindung	8
3.2.2 „Motorisches intersubjektives Feld“	10
3.2.3 „Affektabstimmung“ oder „emotionales Einschwingen“	12
3.2.4 Entwicklung der weiblichen Identität	14
3.3 Wunsch und Realität	15
3.4 Gesellschaftliche Einflüsse.....	16
4. Die narzisstische Spaltung	20
4.1 Identifikation mit dem Grössensegment	21
4.2 Identifikation mit dem Minderwertigkeitssegment.....	24
4.3 Die narzisstische Kollusion.....	28
5. Atem- und Körperpsychotherapie und weiblicher Narzissmus ..	29
5.1 Die vier Jung'schen Bewusstseinsfunktionen und die Spaltung ..	29
5.2 Die therapeutische Beziehung	30
5.3 Diagnostik	32
5.4 Therapieziele.....	35
5.5 Therapiekonzept	36
5.5.1 Starre Körpergrenzen	36
5.5.2 Schwache Körpergrenzen	38
5.5.3 Spiegeln, würdigen – konfrontieren, interpretieren	40
5.6 Therapeutisches Setting.....	42
5.7 Progression und Regression	42
5.8 Psychische und körperliche Abwehrmechanismen	43
5.9 Interventionen im Einzel- und Gruppensetting	45
6. Fallbeispiel	50
7. Schlussfolgerungen / Diskussion	50
8. Literatur- und Quellenverzeichnis	52

9. Anhänge.....	54
9.1 Anhang I: Entwicklung des Selbstwertes.....	55
9.2 Anhang II: Strukturniveau (1)	56
9.3 Anhang III: Strukturniveau (2)	57
9.4 Anhang IV: Narzisstische Störung.....	58
9.5 Anhang V: Narzisstische Kollusion.....	59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 : Entwicklung des Selbstwertes (Quelle: Konrad Stauss, Fortbildungsskript 1988. In Bischof, 2003a)	55
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 : Narzisstische Spaltung 1 (Wardetzki 2009, S. 151).....	21
Tabelle 2 : Narzisstische Spaltung 2 (Wardetzki 2009, S. 155).....	27
Tabelle 3 : Strukturniveau (1), in Anlehnung an Maaz (1997).	56
Tabelle 4 : Strukturniveau (2), erweitert in Anlehnung an Maaz (1997)....	57
Tabelle 5 : APT Therapiekonzept / Interventionen / Therapiephasen.....	58
Tabelle 6 : Kollusion (nach J. Willi, Schmalz/Unger 2007)	59

1. Zusammenfassung

Diese Abschlussarbeit beleuchtet Aspekte der Erforschung der Eltern-Kind Beziehung, der Entwicklung der weiblichen Identität, die Auswirkung gesellschaftlicher Bedingungen auf die Situation von Eltern mit kleinen Kindern und deren Einfluss auf das Entstehen eines gesunden Selbstwerts und einer tragfähigen Ich-Struktur. Diese Entwicklung scheint in der heutigen Zeit immer häufiger zu missglücken und deshalb haben sich Therapeuten mit der Behandlung der frühen Persönlichkeitsstörungen ihrer Klientinnen und Klienten auseinander zu setzen. Die Verfasserin befasst sich ausführlich mit den Auswirkungen der narzisstischen Störung bei Frauen. Im Kapitel 5 beschreibt sie den Therapieansatz für narzisstische Persönlichkeitsstörungen in der Atem- und Körperpsychotherapie - mit Therapiezielen, Therapiekonzepten, Angaben zum Therapiesetting - und ergänzt sie mit Interventionsbeispielen und einem Fallbericht.

2. Einleitung

Um den Schmerz, die Wut und die Trauer über frühe Verlassenheit, emotionalen Missbrauch, Beschränkungen ihres lebendigen Ausdrucks und Grenzverletzungen nicht fühlen zu müssen, schützen Frauen sich auf vielerlei Weise. Anerkennung und Sicherheit suchend, strengen sie sich an, streben nach überhöhten Idealen, klammern, passen sich übermäßig an, machen sich unsichtbar und verleugnen ihre Bedürfnisse. Egal ob sie damit im Leben „Erfolg“ haben oder nicht, entfernen sie sich damit von ihrem wahren Selbst und schneiden sich ab von der Quelle der Lebenskraft tief in ihrem Innern.

Der Weg zu sich selbst, zu Selbstbewusstsein, Autonomie und Beziehungsfähigkeit führt in die Tiefe, dahin, wo die Verletzungen und der Schmerz sind. Diese wollen gesehen, gefühlt, betrauert und angenommen werden. Indem ihr Mut und ihre Bewusstheit wachsen, können Frauen Vertrauen in sich selbst und andere Menschen, Lebenskraft, Mitgefühl, Liebe und die Lust an der eigenen Weiblichkeit und am Leben entwickeln.

Bereits in meinem ersten Beruf als Pflegefachfrau, später als Atem- und Körpertherapeutin, Geburtsvorbereiterin und als Frau, Tochter, Schwester, Mutter zweier Töchter und Ehefrau hat mich das Leben, das Schicksal von Frauen hier und auch in anderen Kulturen immer interessiert und oft tief berührt. Und so wurde es mir auf einmal klar, dass ich mich in meiner Abschlussarbeit mit einem „Frauenthema“ befassen möchte, dem ich sehr oft in meiner Praxis begegne.

Als Atemtherapeutin im klassischen Middendorff'schen Sinne wurde ich dazu ausgebildet, meinen Atem in seinem So-Sein achtsam und hingebungsvoll zuzulassen und einfühlsam auf meine Klientinnen einzugehen. Dennoch empfand ich den Fokus auf das Anderswerden, sich Verändern Sollen damals auch als ausgesprochen eindringlich.

Nicht nur aufgrund der Ausbildung, sondern auch aufgrund meiner eigenen Prägung, lenkte ich meine Aufmerksamkeit hauptsächlich auf das Atemgeschehen und auf die Körperwahrnehmung. Wie ich mit meinen

mitunter intensiven Übertragungsgefühlen gegenüber meinen Ausbilderinnen und Kolleginnen umging, war mir selbst überlassen. Wie wohl in den meisten körpertherapeutischen Ausbildungen war das kein Thema. Erst in der Ergänzungsausbildung zur Atempsychotherapeutin lernte ich die therapeutische Beziehung, Übertragung und Gegenübertragung, den bewussten Umgang mit Gefühlen, Bildern, Impulsen und das Verständnis für die Besonderheiten von Menschen mit frühen Störungen in meine therapeutische Arbeit einzubeziehen. Diese Erweiterung und Vertiefung haben meine therapeutische Tätigkeit enorm bereichert und meine berufliche Identität hat sich dadurch im Laufe der letzten Jahre gewandelt. Ich sehe, dass ich meine Klientinnen auf ihrer Suche in professioneller und menschlicher Hinsicht angemessener und feinfühlicher begleiten kann. Gleichzeitig sind sie „Gefährtinnen“ auf meinem Weg und dafür bin ich ihnen zu grossem Dank verpflichtet.

Mit dieser Arbeit möchte ich Atem- und Körpertherapeutinnen ermutigen, ihre Erfahrungen und ihr Wissen bezüglich der frühen Störungen zu erweitern und zu vertiefen. Ich möchte verdeutlichen, dass es dabei um eine in der heutigen Zeit notwendige Kompetenzerweiterung in der Behandlung von Menschen mit einer schwachen Ich-Struktur geht. Die Bezeichnung Atem- und *Körperpsychotherapie* wähle ich, weil sie meine Arbeit, insbesondere auch für potentielle Klientinnen, viel zutreffender beschreibt. Sie drückt z.B. aus, dass der Zugang zur reinen Atemarbeit vorwiegend ein körpertherapeutischer ist.

3. Entwicklung der Ich-Kraft

Schwangerschaft, Geburt und die ersten drei Lebensjahre, in denen die Ich-Strukturen gebildet werden und mit etwa 36 Monaten zur „Geburt des Ichs“ (Bischof 2003a, S. 1) führen, sind prägend. Die Erfahrungen in dieser frühen Lebensphase beeinflussen unsere tiefsten unbewussten Überzeugungen, Lebenshaltungen und Gewohnheiten und bilden somit die Grundlage für die Verarbeitung späterer Lebenserfahrungen.

Da das Kleinkind sich ganzheitlich empfindend und fühlend erlebt und sich Sprache und Denkprozesse erst langsam ausbilden, sind seine frühen Erfahrungen im späteren Leben durch die Sprache nicht zu erfassen. Atmosphärisches, körperliche (Spannungs-) Zustände, Bewegungen, Interaktionen, Haltungen, sinnliche Erfahrungen (taktil-kinästhetische, Temperatur, Gerüche, Stimmen), Gefühle und visuelle Eindrücke sind die „Sprache“ der frühen Kindheit. Aus diesem Grund bietet die Atem- und Körpertherapie eine hervorragende Möglichkeit, die Nachreifung struktureller Ich-Defizite zu ermöglichen, indem sie hilft, frühe nicht-sprachliche Erfahrungen bewusst werden zu lassen und die dazugehörigen Gefühle wieder zu erleben. Mit Hilfe von körper- und atemtherapeutischen Interventionen kann nicht Gelerntes, Behindertes, Eingeschränktes neu entdeckt und entwickelt werden, um dann im alltäglichen Verhalten zum Tragen zu kommen.

Die Entwicklung eines Säuglings/Kleinkindes in den ersten drei Lebensjahren und insbesondere die überaus wichtige Eltern-Kind Beziehung wurde und wird intensiv erforscht. Viele Studien zeigen auf, wie ein Kind auf seinem Weg der Entfaltung und Reifung unterstützt oder behindert werden kann. Die gewonnenen Erkenntnisse sind für die Atem- und Körperpsychotherapie und ihre Therapiekonzepte sehr interessant.

Als erstes stelle ich die wichtigsten Entwicklungsschritte anhand der Entwicklung des Selbstwerts, welcher für mein Thema zentral ist, vor (vgl. Anhang I).

3.1 Schwangerschaft und Geburt

Im Mutterleib erlebt das Baby bei guten Bedingungen ein ganzheitliches, kosmisches Aufgehoben und Angenommen sein in der „ursprünglichen symbiotischen Einheit“ (Grof 1985, S. 109) mit der Mutter. Dies wird auch als die Phase der „somatischen Omnipotenz“ (Bischof 2003b, S. 1) bezeichnet.

Grof berichtet von Erfahrungen „ozeanischen Bewusstseins“ oder „Aufgehen im interstellaren Raum“ (im holotropen Atmen das Erleben im Mutterbauch der „perinatalen Grundmatrix I“) (Grof 1985, S. 112).

Mit der physischen Geburt ist ein Abfall des Selbstwertes verbunden. Grof beschreibt dies in der Perinatalen Grundmatrix II, Eröffnungsphase, so:

„Hier wird das ursprüngliche Gleichgewicht der intrauterinen Existenz gestört, zunächst durch alarmierende chemische Signale, dann durch Muskelkontraktionen. Wenn sich dieses Stadium voll entfaltet, wird der Fötus in periodischen Abständen durch Gebärmutter spasmen zusammengepresst. Die Cervix ist geschlossen, und der Weg nach aussen ist noch nicht erkennbar. ...Sehr charakteristisch für diese Phase ist das Erlebnis [im holotropen Atmen, Anm. B.O.], in die Mitte einer dreidimensionalen Spirale, eines Trichters oder eines Strudels erbarmungslos hineingezogen zu werden. ...Das symbolische Gegenstück zum voll entwickelten ersten Stadium der Entbindung ist die Erfahrung der Ausweglosigkeit oder Hölle.“ (Grof 1985, S. 113, 114)

Perinatale Grundmatrix III, Übergangsphase:

„In diesem Stadium setzen sich die Gebärmutterkontraktionen fort, doch im Gegensatz zum vorhergehenden Stadium ist die Cervix erweitert und ermöglicht dadurch eine allmähliche Fortbewegung des Fötus durch den Geburtskanal. Damit einher gehen ein gewaltiger Kampf ums Überleben, massiver mechanischer Druck von aussen sowie häufig Sauerstoffmangel und drohendes Ersticken. In den letzten Phasen der Geburt kann der Fötus in enge Berührung mit biologischen Stoffen wie Blut, Schleim, Fruchtwasser, Urin oder gar Kot kommen....Dazu gehören vor allen Dingen das Motiv des titanischen Kampfes, sadomasochistische Erlebnisse, heftige sexuelle Erregung, Erlebnisse mit Dämonen, skatologische Erlebnisse und die Begegnung mit dem Feuer. Alle diese Elemente sind in den Rahmen des Prozesses von *Tod und Wiedergeburt* eingefügt.“ (Grof 1985, S. 116, 117)

Die Perinatale Grundmatrix IV gibt die Erlebnisse der eigentlichen Geburt des Kindes wieder:

„In diesem letzten Stadium geht der quälende Geburtskampf zu Ende. Das Vorwärtstreiben durch den Geburtskanal erreicht seinen Höhepunkt, und auf die extreme Steigerung von Schmerzen, Spannungen...folgen unmittelbar Entspannung und Erleichterung. ...Das symbolische Gegenstück zu diesem letzten Entbindungsstadium ist das *Wiedergeburtserlebnis*“. (Grof 1985, S. 122)

Wenn das Kind nun in gedämpftem Licht einfühlbar von der Hebamme entgegen genommen und der Mutter an die Brust gelegt, die Nabelschnur erst nach ihrem Auspulsieren durchtrennt und Mutter und Kind Zeit gegeben wird anzukommen, dann kann sich das Kind bald wieder geborgen, sicher und entspannt fühlen. Die Phase der „symbiotischen Omnipotenz“ beginnt. (Bischof 2003a, S. 1)

Bereits Schwangerschaft und Geburt prägen die Menschen nachhaltig, wie in den zitierten Zeugnissen des symbolischen Wiedererlebens im holotropen Atmen deutlich wird, und bahnen erste Lebensmuster. Es ist anzunehmen, dass sie auch die Interaktionen des Kindes mit seinen Eltern färben. Mit dieser Thematik beschäftigt sich nicht nur das Holotrope Atmen, sondern auch die Prä- und Perinatale Psychologie.

Obschon es im Zusammenhang mit frühen Störungen vor allem um die nachgeburtliche Beziehung zwischen Eltern und Kind geht, scheint es mir wichtig, dass darüber noch frühere Prägungen unserem Bewusstsein nicht entgleiten.

3.2 Frühe Kindheit und Selbstwert

In einer gut verlaufenden Entwicklung des Selbstwerts fühlt sich das Kind in der Fütterungs- und Bindungsphase, die etwa 6 Monate dauert, ganz mit der Mutter verbunden, entspannt und geborgen. Obschon ihm erst sehr wenige Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, ist es bereits in dieser frühen Phase in der Lage, sich der Mutter aktiv zuzuwenden, indem es ihren Blick sucht, sie mit seiner Mimik, Gestik und mit seiner Stimme zu einer Reaktion veranlasst. Andererseits kann es sich auch „abgrenzen“, indem es den Kopf wendigt, die Augen schliesst, einschläft oder zu weinen beginnt, wenn es genug hat oder müde wird. Sein Selbstwert steigt in dieser Phase der symbiotischen Omnipotenz.

Im Anschluss daran folgt die Phase der individuellen Omnipotenz: In der Subphase der Differenzierung, hat das Kind schon viel mehr Bewegungsmöglichkeiten. Es kann mit der Mutter verschmelzen oder es kann sich aktiv mit Armen und Füßen wendigen oder abstemmen und so Distanz schaffen.

In der Subphase des Übens, bis zum 16. Monat, setzt das Kind seine neuen Fähigkeiten des Robbens, Krabbelns und Gehens ein, um den Raum zwischen sich und der Mutter selber zu bestimmen. Es freut sich über seine Unabhängigkeit und seine wachsenden Fähigkeiten. Es ist jedoch hin und hergerissen zwischen seiner Neugier und seiner Trennungsangst. Minderung und Steigerung des Selbstwerts wechseln sich ab. Zwischen 16 und 21 Monaten, im Übergang von der Phase der Exploration zur Phase der Wiederannäherung, entfernt sich das Kind bereits weiter von der Mutter weg. Als bald kehrt es dann aber wieder zu ihr als

sicheren Ort zurück, um klammernd kurz emotional aufzutanken und gleich darauf mit der Erkundung der Umgebung und seiner „Arbeit“ fortzufahren. Wenn die Mutter nicht da ist, hilft ihm ein Stofftier oder ein anderes Übergangsobjekt, die Trennung gut zu überbrücken. Die wachsenden Kompetenzen führen beim Kind zu einer primitiven Selbstüberschätzung.

Je mehr das Kind im Alter von zwei bis drei Jahren auf die Welt zugeht, tätig ist und seinen Willen durchsetzen will, desto öfter muss es auch mit Frustrationen umgehen lernen. Es möchte selbst bestimmen, autonom sein, ohne die emotionale Zuwendung der Eltern zu verlieren. Es erlebt nun die Mutter als unabhängige Person, die es nicht kontrollieren kann. Es fühlt sich deshalb klein, ohnmächtig und abhängig. Diese Gefühle versucht es mit dem Aufbau eines grandiosen Selbst zu kompensieren und es entwickelt ein ideales Elternbild.

Erst nach und nach lernt es, Frustrationen, Schmerz, Wut und Trauer mit Hilfe der liebevollen Unterstützung der Eltern und nahen Bezugspersonen in konstruktiver Weise zu bewältigen. Emotional angenommen, lernt das Kind schwierige Situationen zu durchleben, ohne sich in seinem „grundlegenden Gut-Sein“ (Trungpa 2005, S. 9) in Frage gestellt zu fühlen. Es nähert sich seinen realen Möglichkeiten und entwickelt ein stabiles Selbstwertgefühl = realistische Potenz (vgl. Downing 1996, Largo 2010, Bischof 2003).

Die Erfahrungen zeigen, dass die Ursache für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung Störungen in der Entwicklung eines intakten Selbstwertgefühls sind. Zu wenig wirkliche Liebe, emotionale Verlassenheit, d.h. unzureichende Spiegelung von Empfindungen und Gefühlen, fehlender Glanz in den Augen der Mutter (vgl. Röhr 2009), mangelnde Qualität des Körperkontakts, Vernachlässigung, Übergriffigkeit, werden als Gründe dafür genannt.

Um diese Gründe noch etwas genauer zu beleuchten, gebe ich im nächsten Abschnitt für unser Thema interessante Ergebnisse der Mutter-Kind Forschung wieder.

3.2.1 Die Eltern - Kind Bindung

Jedes Baby ist nach der Geburt auf eine nahe Bindung zu seinen Eltern angewiesen, die ihm Geborgenheit und Sicherheit vermittelt. Es ist auch angewiesen darauf, dass die Eltern seine Bedürfnisse wahrnehmen können. Dies gilt in besonderem Mass, wenn die Geburt zu früh erfolgt ist, schwierig war oder mit Kaiserschnitt, Zange oder Vakuum beendet werden musste und das Baby dadurch traumatische Erfahrungen gemacht hat. Diese Nähe zu ihrem Baby herzustellen, ist nicht allen Eltern möglich. Eine traumatisch erlebte Geburt, eigene frühere traumatische (Geburts-) Erfahrungen oder eine, durch eine unsichere Bindung an die eigenen Eltern bedingte, frühe Störung und ein geschwächtes Selbst-Bewusstsein sind häufige Gründe dafür. Das bedeutet, wie weiter unten genauer beschrieben wird, dass ihre Selbstanbindung und ihre Innenorientierung geschwächt sind: die bewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers, der

Gefühle, inneren Bilder und Gedanken hat neben Unsicherheit, Gedankenkreisen, Aussenorientierung, Streben nach Perfektion und Kontrollbedürfnissen zu wenig Raum. Stress oder Schläffheit ersetzen eine eutone innere Ruhe. Wenn also Eltern zu sehr und zu oft „ausser sich“ sind und die eigenen tiefer liegenden Bedürfnisse nicht wahrnehmen können, ist es für sie sehr schwierig oder unmöglich die Signale des Babys zu entschlüsseln, seine Bedürfnisse zu erkennen und darauf einzugehen. Insbesondere wenn das Baby lange und oft schreit, nicht gut trinkt oder nicht einschlafen kann, versetzt es seine Eltern in Stress. Je grösser dieser Stress, je schwieriger wird für die Eltern die Innenwahrnehmung. Im Bestreben, das Kind erfolgreich zu beruhigen, sind sie mit der Aufmerksamkeit nur noch bei ihm und verlieren dadurch den Kontakt zu sich selber und zu den wirklichen Bedürfnissen des Babys. Thomas Harms (2008, S. 61) beschreibt den Zustand der Eltern und die Situation des Babys folgendermassen:

„Während die Mutter das [schreiende] Baby auf dem Arm trägt und rhythmisch auf dem Gymnastikball hüpf, ist ihre Atemtätigkeit weiterhin reduziert, sind ihre Muskeln weiter angespannt und ihre Stresshormon-Ausschüttung läuft auf Hochtouren. Kurzum: trotz der Beruhigungsaktivität kommt es in der Tiefe weder im Kind, noch in der Mutter zu einer Umstellung der neurovegetativen Regulation...Auch für das unruhige Baby ist das Angebot der Ersatzkontakte durch die Eltern eine zwiespältige Angelegenheit. Einerseits wird durch die Stimulation eine ‚oberflächliche‘ Beruhigung erreicht. In der Tiefe jedoch bleibt die Not des Säuglings unberührt. Das Kind wird seiner Ausdrucksmöglichkeit für sein inneres Befinden beraubt. Es kann nicht mehr mitteilen, was es belastet.“

Das Baby leidet nicht nur an seinen eigenen Nöten, sondern es wird gleichzeitig konfrontiert mit der „Wucht der aufgestauten Angst, Wut und Enttäuschung, die sich [in der Mutter] durch den verlorenen Kontakt zum Kind aufgebaut hat (Harms 2008, S. 61).“

Harms geht der Frage nach, „welche Kräfte und energetischen Gesetzmässigkeiten den frühen Bindungsprozessen zwischen Eltern und ihren Säuglingen zugrunde liegen“ (2008, S.63). Sich auf Wilhelm Reich berufend, spricht er von einem „energetischen Feldkontakt“, einer „energetischen Verbindung“, oder „einer bioenergetischen Koordination“, welche sich einstellt, wenn eine tiefe emotionale Verbundenheit zwischen zwei Menschen vorhanden ist und einen „umfassenden Informationstransfer“ erlaubt. Dieser

„energetische Faktor entscheidet darüber, ob ein Stillkontakt, eine Hautberührung oder ein Blickkontakt eine verbindende und nährend Wirkung zwischen Eltern und ihren Kindern entfaltet. So kann eine Mutter ihr Baby stundenlang am Körper tragen, doch die Stressaktivierung ihres Organismus verhindert, dass sich ein tragfähiges emotionales und energetisches Kontaktfeld zwischen den beiden etabliert...Der energetische Kontakt ist somit die Voraussetzung für die emotionale und vegetative Abstimmung und Synchronisation zweier Menschen (Harms 2008, S. 65-66).“

Wenn die Mutter ruhig und in Kontakt mit ihren Körperwahrnehmungen ist, kann sie die Botschaften des Babys entschlüsseln:

„Durch das Einschwingen und subjektive Miterleben der vegetativen und emotionalen Reaktionen des Säuglings im eigenen Körper bildet sich zwischen dem Erwachsenen und dem Kind ein intersubjektiver Raum. In anderen Worten liesse sich sagen, dass die Mutter über die psychosomatische Resonanz mit dem Herzen begreift, warum das Baby schreit und sich derartig ungehalten mitteilt.“ (Harms 2008, S. 67)

Harms nimmt bei seinen Ausführungen über die elterliche Einfühlung in den Säugling auch Bezug auf die Spiegelneuronen-Forschungen von Bauer (2006):

„Über die Spiegelneuronen kann der Erwachsene im nahen Kontakt mit dem Säugling intuitiv bestimmte Handlungs- und Gefühlszustände des Kindes kopieren und miterleben.“ (Harms 2008, S. 73)

Es wird sehr deutlich, wie das, in Bezug auf die narzisstische Störung so zentrale (und meist abgespaltene), Gefühl der Verlassenheit zustande kommt oder, im günstigen Fall, vermieden werden kann.

Damit unsichere und gestresste Eltern in einen ruhig(eren) Zustand kommen, in dem sie ihrem Kind Sicherheit, Halt und Geborgenheit vermitteln und sich auf seine Nöte und Bedürfnisse einschwingen können, stellt Harms im Buch „Emotionelle Erste Hilfe“ (2008) sein körperpsychotherapeutisches Konzept für die Begleitung von gestressten Eltern vor. Obschon es sich an ein klar definiertes Zielpublikum wendet, enthält es umfassende Informationen, graphische Darstellungen und Erfahrungen zum Thema der Eltern-Kind-Bindung, welche für Atem- und Körper-(psycho)therapeutinnen und -therapeuten sehr interessant sind. Der Weg aus den Schwierigkeiten führt über den Bauchatem, die Selbstanbindung über Berührung und Eigenwahrnehmung!

Auch George Downing hat sich intensiv mit der Eltern-Kind Beziehung befasst. Er beleuchtet dieses Thema auf eine andere, nicht minder interessante, Weise.

3.2.2 „Motorisches intersubjektives Feld“

Wenn wir uns als erstes die Fähigkeit des Säuglings und Kleinkindes ansehen, sich zur Mutter hinzuwenden und sich von ihr abzuwenden und zu distanzieren, sehen wir, dass das Kind mit seinem Körper und seinen Bewegungen allmählich lernt „Differenzierungs- und Verbindungsschemata“ auszubilden. Einerseits möchte das Kind „die körperliche Distanz zwischen sich und der Mutter bestimmen“ andererseits muss es „eine Repräsentanz konstruieren, die den anderen als erreichbar, als zugänglich zeigt, als jemanden, ‚zu dem eine Brücke führt‘. Und es muss ein Bild von sich als Person entwerfen, die imstande ist, diese Brücke zu bauen“ (Downing 1996, S. 138).

Im „still face“- (regloses Gesicht) Experiment gingen Mütter zuerst wie gewohnt mit ihren drei Monate alten Säuglingen um. Dann aber hörten sie ganz plötzlich auf, sich zu bewegen und blickten ihre Kinder mit reglosem Gesicht an. Diese reagierten zuerst verblüfft und protestierten. Danach kam es zu unterschiedlichen Verhaltensweisen:

Kinder von Müttern, welche im Alltag feinfühlig auf deren Bedürfnisse eingingen, reagierten folgendermassen auf das „still face“ der Mutter: Sie „drehten sich zunächst weg, brachen den Augenkontakt ab und wanden sich.“ Nach wenigen Sekunden „drehten sie sich wieder zur Mutter hin und wurden äusserst aktiv. ...Erst nach wiederholten Versuchen, die Mutter zu Bewegungen zu veranlassen, gaben sie auf, brachen den Augenkontakt erneut ab und verfielen in eine passivere Haltung.“ Kinder von weniger einfühlsamen Müttern „unternahmen keinen weiteren Schritt“ nach dem anfänglichen Wegdrehen und der Beunruhigung. „Sie machten nur wenige Versuche, der Mutter eine andere Reaktion zu entlocken. Sie liessen einfach zu, dass ihre Verbindung unterbrochen blieb“ (Downing 1996, S. 140).

Dieses Experiment lässt laut den Forschern den Schluss zu:

„dass Säuglinge bei ihren Interaktionen mit Betreuungspersonen von früh an den deutlichen Wunsch nach bestimmten wesentlichen Parametern oder ‚Regeln‘ zeigen. Diese Regeln (die bei jedem Kinde etwas anders aussehen) betreffen die Rhythmen, das Ausmass der Stimulierung und die Wechselseitigkeit des Austausches. Sie steuern den Austausch von gegenseitigem Blickkontakt, von Berührungen und Körperbewegungen, stimmlichen Äusserungen sowie Interaktionen, bei denen diese unterschiedlichen ‚Kanäle‘ auf verschiedenste Weise miteinander kombiniert werden. Das ‚still face‘-Experiment zeigt eindringlich, wie stark das Kind erwartet, dass eine Interaktion in bestimmten Gleisen verläuft. Eine grundlegende ‚Entgleisung‘ löst beim Kind sofort Angst und Besorgnis aus.“ (Downing 1996, S. 139)

Wir sehen, dass je nachdem, wie eine Mutter auf ihr Kind eingehen kann, es eine unterschiedliche „motorische Weise, in der Welt zu sein, entwickelt.“ Kinder feinfühligere Mütter hatten sich bereits als „wirksame“ Wesen erfahren können und haben aktiv versucht, eine „Brücke“ zu bauen. Die anderen hatten bereits Erfahrungen von „Hilflosigkeit“ gemacht (Downing 1996, S. 141).

Downing weist darauf hin, dass der gegenseitige Blickkontakt immer auch einher geht mit körperlichen Reaktionen, z.B. der Aufmunterung, der Zu- und Abwendung oder des Festmachens. Erwachsene können übermässig bestimmen, zu wenig steuern oder bekommen die Signale des Kindes schlimmstenfalls gar nicht mit. Sie unterstützen bestimmte affektmotorische Schemata, andere wiederum unterdrücken oder behindern sie. Er hebt hervor, „dass ständige Störungen des rhythmischen Austauschs in den ersten Monaten einen Mangel an Bindungssicherheit im Alter von einem Jahr oder sogar noch später nach sich ziehen“ (Downing 1996, S. 148).

In Bezug auf die Bindungssicherheit von Kleinkindern schreibt er weiter:

„Und schliesslich das verblüffendste Ergebnis von allen - dass die Quantität der Berührungen, die das Kind empfing, nicht sehr wichtig war. Deprivation oder das Gegenteil hatten wenig Auswirkung. Entscheidend war die Qualität der Berührung. Die zeitliche Abstimmung, die Fähigkeit, auf das Kind einzugehen und die generelle Kompetenz im körperlichen Austausch erwiesen sich als zentrale Faktoren. Hierzu gehört auch - und das kann nicht stark genug betont werden - der Raum oder mangelnde Raum dafür, dass das Kind selbst die Initiative für Berührungen ergreifen kann.“ (Downing 1996, S. 153)

„Die Nuancen des non-verbalen Austauschs haben vom ersten Tag an eindeutige Auswirkungen. Es findet ein ‚Aushandeln‘ zwischen dem winzigen Körper und dem riesigen Körper statt. Fortgesetzte Dysfunktionalität in diesem Austausch ziehen bleibende Spuren nach sich.“ (Downing 1996, S. 149)

„Motorische Überzeugungen legen teilweise fest, wie das ‚Selbst‘ und das ‚Objekt‘ wahrgenommen werden. Sie strukturieren, was ich als motorisches intersubjektives Feld bezeichnet habe.“ (Downing 1996, 157)

3.2.3 „Affekt Abstimmung“ oder „emotionales Einschwingen“

Schon ein Neugeborenes kann Gefühle zum Ausdruck bringen, wenn es sein „Bäuerchen“ nicht machen kann oder wenn es bittere Vitamintropfen schlucken soll.

Wie verläuft die Entwicklung seiner Gefühle? Was hilft ihm sie auszudrücken und was behindert es? Wie werden „angeborene affektive Dispositionen“ - „Interesse, Unbehagen, Ekel und Erschrecken sind angeborene Ausdrucksformen“ (Largo 2010, S. 81, 82) - durch „Regulierung, Verfeinerung und Benutzung von Affekten für die Kommunikation“ (Downing 1996, S. 158) erweitert?

„Ein Affekt ist jedoch mehr als ein Netzwerk von Überzeugungen. Er ist auch mehr als eine unmittelbare Einschätzung. Er geht einher mit einer inneren physiologischen Erregung, bei der sowohl das autonome als auch das hormonelle System sowie das zentrale Nervensystem mit im Spiel sind. Auch das motorische System wird parallel dazu aktiviert. ... Die unterschiedlichen Emotionen sind wie die Linsen einer Kamera. Mit jeder neuen Linse kann sich uns die Welt in einer bestimmten Färbung zeigen, uns bewegen, berühren.“ (Downing 1996, S. 157)

Um das herauszufinden wurde beobachtet, wie Mütter auf Affekte ihrer Kinder reagieren. Auch hier färbt die individuelle Abstimmung in Bezug auf Körperreaktion, Mimik und Stimme die Prägung des Kindes. Erwünschte und akzeptierte Gefühle der Kinder werden von der Mutter nachgeahmt und in Stärke und Ausdruck variiert. „Die Mutter spielt dem Kind seine eigenen Gefühle vor und drückt ihre Zuneigung zu ihm aus“ (Largo 2010, S. 83). Unerwünschte Gefühle und den Ausdruck seiner Lebendigkeit kann die Mutter durch feine Nuancen ihres Verhaltens dämpfen, wenn sie den „nonverbalen Tanz“ entsprechend steuert. Dabei spricht man von „Selektion“ (angleichen, nicht angleichen) und „rhythmischer Manipulation“ (leicht bis stark übertreiben, dämpfen, verzerren). Auf diese Weise werden bestimmte affektmotorische Schemata entwickelt (zum Beispiel Ärger) und andere nicht (Trauer) (Downing 1996, S.164).

In einer der Untersuchungen fand man heraus, wie es sich auf einen Säugling auswirkt, wenn die Mutter auf sein Weinen nicht unverzüglich reagiert, sondern erst schaut, ob das Kind alleine damit zurechtkommt. Das heisst, „diese Mutter...griff nur ein, wenn Donnas Kummer bestehen blieb oder sich steigerte“ (Downing 1996, S. 159). Donna entwickelte im Verlauf weniger Wochen einen Angst/Kummer und einen Ärger/Protest Signal-Schrei und im Alter von dreieinhalb Monaten war sie in der Lage „ihre negativen Affektzustände für eine gewisse Zeit unabhängig von ihrer Mutter zu regulieren“ (Downing 1996, S. 160).

Ein zweites Baby, auf dessen Weinen die Mutter immer unverzüglich antwortete, reagierte darauf mit Passivität, gedämpften Affekten und einem reduzierten Gefühl von Wirksamkeit. Es konnte später seine Emotionen nicht selbständig regulieren und keine spezifischen Signale geben.

„Dass der andere reagiert, aber mit einer entscheidenden Verzögerung, führt zu einer Art Öffnung, einer neuen Dimension des zwischenmenschlichen Raumes. Affektive Signale – eine rudimentäre Form des Kommunizierens – werden in diesem Raum jetzt möglich.“ (Downing 1996, S. 162)

„Eine gesunde Abstimmung sieht offenbar wie folgt aus: Die Eltern spielen den Rhythmus des Kindes nach, aber mit kleinen Variationen – so, wie ein Jazz-Musiker die Melodie eines anderen Spielers aufgreift und sie dann leicht verändert wiedergibt. Die Eltern bleiben hier innerhalb bestimmter Parameter; sie bringen das Kind nicht aus seinem eigenen Rhythmus. ...Es entdeckt neue Variationen, wie Emotionen verlaufen...Die Abstimmung bringt ihm bei, was es mit einem affektmotorischen Schema anfangen kann. Sie zeigt ihm eine grössere Auswahl, verschiedene Stile, erweiterte Möglichkeiten. Sie demonstriert, wie die angeborenen motorischen Programme abgeändert und verfeinert werden können. Die Affekt Abstimmung ist auch ein wichtiger Meilenstein für das allmählich einsetzende Begreifen des Kindes, dass andere Personen innere Zustände haben. ...Das Kleinkind entdeckt, dass affektive Zustände aus zwei verschiedenen Blickwinkeln wahrgenommen werden können: aus dem von innen gelebten (Kind), und dem von aussen betrachteten (Erwachsene).“ (Downing 1996, S. 166, 167)

Ist die Affekt Abstimmung zu gering oder übermässig oder geht sie ganz am Kind vorbei, können sich erstens ganze Bereiche seines Selbst-erlebens nicht oder nur verzerrt entwickeln. Es erfährt zweitens weniger über „die Subjektivität des anderen...“, die mit der seinen verbunden und doch auch von ihr unterschieden ist“ (Downing 1996, S. 167).

„Drittens ergeben sich daraus ganz offensichtlich Konsequenzen für die Differenzierung von Selbst und Objekt. Es kommt zu einer tiefen Verwirrung im innersten Kern des affektiven Erlebens des Kleinkinds. Seine Rhythmen sind ihm genommen und durch etwas Fremdes ersetzt worden. (...) Das bedeutet, dass das Kleinkind nicht mehr zwischen dem unterscheiden kann, was zu ihm gehört, und was im Gegensatz dazu von aussen an es herangetragen wurde. (...) In Bezug auf das Erleben sind unsere Emotionen die Träger des Begehrens, wobei jede Emotion in sich selbst eine Reihe von direkten oder indirekten Wünschen enthält. Überall dort, wo es beim affektiven Erleben zu einer tiefgreifenden Verwicklung des Selbst mit dem anderen kommt, kann das eigene Begehren nur schwach wahrgenommen und kaum darüber verfügt werden.“ (Downing 1996, S. 167, 168)

Diese Ausführungen zeigen uns in aller Deutlichkeit, in welchem komplexem Feld von tiefen Prägungen wir uns als Körpertherapeutinnen bewegen, wenn wir unseren Klienten Körper- und Atemübungen anbieten und sie bei Behandlungen auf der Liege mit unseren Händen berühren; wenn wir mit ihnen sprechen, mit ihnen Blickkontakt haben, auf sie mit Mimik, Gestik und unseren Gefühlen reagieren. Nicht nur die Kenntnis solcher Forschungen, sondern besonders auch unsere eigene Selbstanbindung, unsere Präsenz und unser Feingefühl sind wohl die wichtigsten Faktoren in der therapeutischen Arbeit. Und deshalb ist es von grosser Wichtigkeit, dass wir uns mit Hilfe von Supervision, Intervision, Therapie und Meditation beruflich und persönlich weiterentwickeln.

3.2.4 Entwicklung der weiblichen Identität

Ein wichtiger Aspekt für den Selbstwert einer Frau ist die Entwicklung ihrer weiblichen Identität vom Säuglingsalter bis zur Adoleszenz. Ist das neugeborene Mädchen willkommen oder haben sich die Eltern einen Jungen gewünscht? Inwiefern haben weibliche, mütterliche Werte, wie im nächsten Kapitel beschrieben wird, einen Platz im Familiengefüge? Fühlt sich die Mutter sicher in Bezug auf ihre Weiblichkeit? Kann sie sie annehmen und genießen? Wie erfährt sie ihren Körper? Fühlt sie sich wohl darin oder lehnt sie ihn ab? Findet sie ihn schön? Wie erlebt sie die Partnerschaft zum und die Sexualität mit dem Vater des Kindes? Bedeutet Weiblichkeit für sie schwach sein oder kann sie damit auch Stärke verbinden? Was für ein Vorbild war ihre Mutter für sie in dieser Beziehung? Wie fühlt sie sich in ihrer Rolle als (werdende) Mutter? Wie erlebt sie sich in Beziehung zu anderen Frauen? Welches Bild hat sie vom Frau und Mutter sein, welches von den Männern in Bezug auf die Frauen? Sucht und findet sie allenfalls Unterstützung sowohl in der Überwindung ihrer verletzten Weiblichkeit als auch im Vertrauen in ihre weiblichen Qualitäten? Auf welche Weise nährt sie das Weibliche in sich und in ihrem Umfeld?

Je nachdem, wie sich die Mutter in ihrer Weiblichkeit, als Frau unter Frauen, als Mutter und Partnerin erlebt, prägt sie ihre Töchter nicht nur auf der kognitiven Ebene, sondern vor allem auf der Gefühls- und Körperebene auf ganz unterschiedliche Weise.

Zwischen 3 und 6 Jahren, wenn sich kleine Mädchen mit der Mutter zu vergleichen und zu identifizieren beginnen und sich dem Vater gegenüber als „kleine Frau“ ausprobieren, „ist eine adäquate Spiegelung der Eltern wichtig, um den eigenen Energiekreislauf einzurichten und zu lernen, die sexuelle Energie zu regulieren“ (Fischer, S. 2). Es benötigt von der Mutter Ermutigung, einmal eine schöne, starke, erwachsene Frau zu werden, und Unterstützung, wenn sie sich dem Vater als „kleine Frau“ nähern. Vom Vater möchten sie als seine hübsche Tochter gesehen und bestätigt werden,

„ohne dass er sie mit seiner erwachsenen Sexualität überflutet, was dem Missbrauch des Mädchens entsprechen würde. ...Läuft die Spiegelung ideal, kann das Mädchen in seiner sexuellen Identität sicher werden und Unabhängigkeit gewinnen. ...Das bedeutet, sie kann ihre Partner später frei wählen und muss in späteren Partnerschaften nichts nachzuholen versuchen an versäumter oder misslungener Spiegelung durch den Vater. ...In der ödipalen Phase richtet sich durch adäquate Spiegelung die innere Verbindung zwischen Genital und Herz ein. Der Weg vom rezeptiven zum gebenden Pol wird gebahnt.“ (Fischer, S. 2, 4)

Wir sehen, wie wichtig eine bejahende Spiegelung der Mädchens in ihrer weiblichen Identität durch Mutter und Vater ist, damit Genital, Becken und Herz miteinander verbunden sind und die Energie zwischen diesen beiden Polen fließen kann.

In der Pubertät entwickeln sich dann Vagina, Gebärmutter, Eierstöcke, Brüste und mit der Menstruation gelangt das Mädchen ins reproduktions-

fähige Alter. In dieser Zeit, in der ein Mädchen aktiv beginnt, sich gemeinsam mit ihren Freundinnen als junge Frau zu entdecken und (in heutiger Zeit besonders auch über die äussere Erscheinung) Bestätigung sucht, wirkt die mütterliche und väterliche Anerkennung ihres So Seins, ihres persönlichen Ausdrucks, ihres Suchens und Ausprobierens ermutigend und stärkend. Es geht hier besonders darum, dass es den Stolz und die Freude der Eltern gefühlsmässig erfährt.

Die Eltern, die aufgrund der Selbständigkeit der Kinder jetzt mehr Freiraum geniessen, haben die Möglichkeit, u.U. mit der Unterstützung von Frauen- oder Männergruppen, tiefer mit ihrer Weiblichkeit, respektive Männlichkeit in Kontakt zu kommen und sich dadurch auch als Paar neu zu finden. Ihre innere Bewegung hin zu sich selbst und zum Partner wirkt sich sicherlich heilsam auf die Töchter (und Söhne) aus.

„In der Adoleszenz kann der Mann lernen, seine Liebe vom Herzen durch seine Genitalien nach aussen zu geben. Die Frau kann lernen sich im Empfangen bis ins Herz berühren zu lassen. Das ist die Basis für einen reifen Austausch der sexuellen Energie zwischen Mann und Frau. ...Neben der menschlichen Fortpflanzung und Arterhaltung besteht eine wichtige Funktion der männlichen und weiblichen Liebesorgane darin, Liebe zu generieren, indem sie in einen Energieaustausch gehen. Das kreiert einen Energiekreislauf zwischen Mann und Frau.“ (Fischer, S. 4, 5)

3.3 Wunsch und Realität

Mütter, Väter und Betreuungspersonen haben den Wunsch ihr Neugeborenes oder einen ihnen anvertrauten Säugling möglichst gut ins Leben zu begleiten. Doch in der Realität ist das oft nicht möglich, denn sie alle treten vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte, ihrer Kultur, ihren Rollenbildern, ihrem momentanen Befinden und ihrer gegenwärtigen sozialen und finanziellen Situation in Beziehung zu ihrem Kind. Alles Gesunde, Lebensfrohe, Vertrauensvolle, Geduldige und Akzeptierende, aber auch jede persönliche Einschränkung, jede Belastung, jeder Konflikt, jede Spannung und vor allem jede Reaktivierung früherer Entbehrungserfahrungen und Traumatisierungen schwingen im Kontakt zum heranwachsenden Kind mit. Die affektmotorische und die emotionale Abstimmung geschehen unbewusst. So werden defizitäre Abstimmungen, die für das Kind narzisstische Kränkungen darstellen, von einer Generation an die nächste weitergegeben.

Zu den frühen Verletzungen und einer gestörten Entwicklung der weiblichen Identität kommen in der Kindheit und Jugend oft viele weitere Begrenzungen, Abwertungen und Grenzüberschreitungen hinzu. Auch ungenügend Halt und Struktur, Schutz und Geborgenheit tragen zur Verunsicherung bei.

Die Eltern sind, wenn die Kinder ins (Vor-) Schulalter kommen, nicht auf einmal von den Folgen ihrer eigenen narzisstischen Verletzungen geheilt, auch wenn sie sich aufgrund von Beziehungs- und Erziehungsproblemen therapeutische Hilfe oder Beratung holen. Auch in der Schule und in Freizeitvereinen begegnen die Kinder - prägenden - narzisstisch verletzten Menschen, mit welchen sie im schlimmsten Fall sogar traumatisierende Erfahrungen machen müssen. Andererseits ist es durchaus möglich, dass

positive Umstände eintreten, die den Selbstwert eines Kindes massgeblich unterstützen, indem sie neue, stärkende Erfahrungen ermöglichen und alte schwächende modifizieren.

Ein weiterer Grund, dass ein Mädchen sich entfernt von seinen Gefühlen, Wahrnehmungen und Bedürfnissen ist der emotionale Missbrauch. Von emotionalem Missbrauch wird zum Beispiel gesprochen, wenn ein Mädchen die durch Krankheit, Tod oder Trennung fehlende Mutter ersetzen und dem Vater als Partnerin dienen muss oder, wenn der Vater (emotional) abwesend ist, zur Vertrauten der Mutter wird. Anstatt Kind sein zu dürfen, kümmert es sich um die Sorgen und Nöte eines Elternteils, richtet sich nach dessen Bedürfnissen und wird dafür und nicht seiner selbst willen geliebt (vgl. Röhr 2009).

Über die Rolle des Vaters schreibt Wardetzki:

„In der Literatur wird übereinstimmend die Abwesenheit des Vaters als Hauptmerkmal bei der Ausbildung narzisstischer Persönlichkeiten hervorgehoben. ...Zum einen fühlt sich die Mutter von Partner verlassen und zu wenig unterstützt, da durch seine Randexistenz die Verantwortung für die Kinder und die emotionale Versorgung der Familie ihr zufällt. Trauer und Zorn über ihre eigene Verlassenheit verstärken die narzisstische Besetzung des Kindes. Zum anderen muss die Mutter neben ihrer Mutterrolle auch noch die Vaterrolle übernehmen und männlich-patriarchale Werte vertreten. Dadurch wird die mütterliche Haltung fordernder und weniger empathisch.“
(Wardetzki 2009, S. 113)

Eltern sind bestrebt, ihr Kind auf bestmögliche Weise zu begleiten. Wenn dies nicht glückt, ist es eine schmerzliche Tatsache für sie, denn zu dem Zeitpunkt, wo sie - im besten Fall - in der Lage sind, die eigenen Verletzungen zu verarbeiten, sind die Kinder meist bereits grösser. Dieser Umstand sollte aber nicht dazu führen, sich abzuwerten und die eigene narzisstisch verletzte Persönlichkeit zu kultivieren. Was sie jedoch tun können, ist, Geschehenes zu betrauern und Verantwortung dafür zu übernehmen. Angela Fischer macht klar, dass sich schuldig fühlende Mütter auch überschätzen:

„Mütter bewirken nicht das Leben, sind nicht seine Quelle und nicht seine Schaltzentrale. Sie sind nicht die Essenz des Lebens, sondern selbst ein Teil davon. Ein Teil eines grossen, mehrdimensionalen, wundersamen Gewebes. Wie sich das Leben entwickelt und gestaltet, hängt von einem sehr vielschichtigen Geflecht von miteinander kommunizierenden Faktoren ab. Darin haben wir zwar für unsere eigene Haltung, unsere Gefühle, Gedanken und Taten Verantwortung zu übernehmen, doch zu glauben, den Ausgang einer Entwicklung ganz allein bewirken und beeinflussen zu können, ist mehr als anmassend.“ (A. Fischer 2010, S. 121)

Im nächsten Kapitel möchte ich auf die bedeutende Rolle von gesellschaftlichen Einflüssen auf die herausfordernde Aufgabe der Eltern, ihre Kinder grosszuziehen, eingehen.

3.4 Gesellschaftliche Einflüsse

Gesellschaftliche Entwicklungen, wie der Wegfall vieler Konventionen und Zwänge seit den 68er Jahren, zunehmender Konsum, mediale Ablenkung

und Leistungsdruck, Individualisierung, die Emanzipation und grössere Gleichberechtigung der Frauen und die damit verbundene Veränderung bezüglich der Rollenbilder von Mann und Frau, spielen in Partnerschaften und Familien mit Kindern eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die grösseren Freiheiten in Bezug auf die Gestaltung des persönlichen Lebensentwurfes bringen schwierige Entscheidungen in grundlegenden und in alltäglichen Fragen mit sich. Eine Entscheidung für das eine oder andere bedeutet nicht unbedingt Ruhe und Klarheit, sondern oft auch ambivalente Gefühle in Bezug auf die vorgenommene Wahl und die dadurch entstandene Situation.

Viele Frauen steigen bald nach der Geburt eines Kindes aus finanziellen Gründen oder um den Anschluss nicht zu verlieren wieder in den Beruf ein. Auch wenn der Partner zu Hause mithilft und sogar einen Teil der Kinderbetreuung übernehmen kann, ist die Belastung der Frauen in der Rolle der Mutter, der Berufsfrau und als Partnerin sehr hoch und auch die Männer sind durch Multitasking, Komplexität und Zeitdruck am Arbeitsplatz und durch die familiären Aufgaben sehr gefordert. Dies hat wiederum einen grossen Einfluss auf die partnerschaftliche Beziehung, welche eine Quelle der Kraft oder leider allzu oft eine zusätzliche Belastung sein kann. Andere Frauen entscheiden sich, für eine Weile aus dem Beruf auszustiegen und sich ganz auf die Erziehung der Kinder zu konzentrieren. Wenn sie selbstsicher sind, lassen sie sich nicht durch abwertende (nur Hausfrau?!) Kommentare aus der Ruhe bringen, aber viele sind ambivalent und leiden unter der finanziellen Abhängigkeit und der mangelnden gesellschaftlichen Anerkennung.

Maaz (2009) stellt zu diesem Thema noch wenig diskutierte Gedanken vor, welche hier auszugsweise zusammengefasst werden: Er führt frühe Störungen der Ich-Entwicklung auf das Fehlen von mütterlichen Werten in unserer (narzisstischen oder Leistungs-) Gesellschaft zurück.

Darunter versteht er (vgl. Maaz 2009, S. 173-184):

1. Gebären: loslassen, freilassen, geben, versorgen, sich auf Neues einlassen, strömen lassen lebendiger Prozesse.
2. Ernähren: Zuwendung, Berührung, Kontakt Geborgenheit, Verbundenheit, Liebe, Lust, Schutz, Sicherheit, Heimat, zur Verfügung stellen von Haltungen und Einstellungen.
3. Gewähren: Zulassen, geschehen lassen, erlauben, verstehen, vergeben, wahrnehmen, bestätigen, Halt geben

Fehlende oder ambivalente Mütterlichkeit kommt durch negative individuelle Prägungen und gesellschaftliche Einflüsse zustande. Sie verhindert, dass Kinder genügend liebende Zuwendung erfahren, ihre Bedürfnisse erfüllt werden und sie eine sichere emotionale Bindung an die Eltern entwickeln können. Maaz sieht dies wiederum als Ursache für individuelle, familiäre und gesellschaftliche Konflikte. Er spricht dabei nicht von offen-

sichtlichen Traumatisierungen, sondern von der durchschnittlichen und allgemein verbreiteten Normalität des Eltern-Kind Alltags.

Er nimmt Bezug auf die im Christentum verleugneten Aspekte der Mütterlichkeit, welche durch Lilith, der ersten Frau Adams und wie dieser von Gott erschaffen, symbolisiert werden. Lilith wollte sich, der Überlieferung nach, Adam nicht unterwerfen und „selbst aktiv das Liebespiel mitbestimmen“ (Maaz 2009, S. 13). Im Streit floh sie aus dem Paradies.

„Als Adam nach der Flucht Liliths klagte und nicht allein bleiben wollte, erbarmte sich Gott und schuf ihm, nun aus Adams Rippe, Eva. Eva also ist symbolisch nicht zur Gleichberechtigung, sondern zur Unterwerfung bestimmt. ...Lilith, ist eine faszinierende, zeitlose, schillernde Gestalt, geeignet, wesentliche Teile des weiblichen Unbewussten zu symbolisieren, die vor allem Aspekte der Macht, der Sexualität und der Kinderfeindlichkeit transportieren und zu allen Zeiten in patriarchalen Gesellschaften tabuisiert waren.“ (Maaz 2009, S. 15)

Es ist Maaz ein grosses Anliegen aufzuzeigen, dass derjenige Anteil in einer Frau, die gleichberechtigt, sexuell aktiv und „kinderfeindlich“ in dem Sinne ist, dass sie auch unabhängig sein möchte, in unserer Gesellschaft spätestens wenn sie Mutter wird, verleugnet oder vernachlässigt wird.

Wenn eine Mutter diese Aspekte verdrängt, dann beginnt ein unbewusster Konflikt in ihr zu schwelen. Sie hat ein Kind und doch möchte sie den beruflichen Wiedereinstieg nicht verpassen oder sie vermisst die Anerkennung, die zwischenmenschlichen Kontakte und die fachlichen Herausforderungen, welche sie als Berufsfrau gehabt hatte. Sie möchte sexuell aktiv und begehrt sein, ist aber übermüdet, erschöpft und gefällt sich selber nicht mehr. Sie sehnt sich nach freien Zeiten, nach Unabhängigkeit, doch da ist ein kleines Kind, das sie 24 Stunden am Tag braucht.

Wenn die Frau sich dieses Konfliktes ganz bewusst wäre und sie ihn sich zugestehen könnte, dann wäre sie in der Lage, offen darüber zu sprechen und den Umstand zu betrauern, dass sie nun eine Weile auf vieles verzichten muss, was ihr lieb und wichtig ist. Und sie könnte sich leichter abgrenzen und Hilfe holen, wenn sie merkt, dass sie für eine gute Betreuung des Kindes zu müde und zu erschöpft ist.

„Das ideale Beziehungsangebot an das Kind liesse sich vielleicht so formulieren: ‚Ich will dich, du bist mir willkommen, ich bin bereit herauszufinden, wer du sein willst und sein kannst und was du brauchst. Ich weiss dabei, dass meine Art zu sein, mit meinen Fähigkeiten und Fehlern, dich beeinflussen wird, aber ich bin zur Auseinandersetzung und Klärung bereit und bin bemüht, deine Andersartigkeit zu akzeptieren und mich davon berühren und beeinflussen zu lassen.‘“ (Maaz 2009, S. 48)

Wenn die Mutter jedoch die Lilith-Aspekte der Mütterlichkeit abspaltet oder tabuisiert, dann identifiziert sie sich mit ihrer Rolle der perfekten Mutter und sieht ihre Begrenzungen nicht, sondern beginnt, und das ist der springende Punkt (!), das eigene Kind zu begrenzen oder aus unbewussten Schuldgefühlen heraus mit „falscher“ oder „vergifteter“ Mutterliebe (vgl. Maaz 2009, S. 60, 69) zu erdrücken.

„Sei nicht!“
„Sei nicht anstrengend!“
„Sei nicht lebendig!“
„Sei so, wie ich dich brauche!“ (Maaz 2009, S. 53)

Das Kind wird beispielsweise zu oft und zu intensiv abgelehnt, über- oder unterfordert, gebremst, abgewertet, übersehen, überhört, verhätschelt, benützt, überflutet, verwirrt, geängstigt.

Maaz plädiert in aller Deutlichkeit für das Bewusstmachen dieser abgespaltenen Lilith-Anteile der Mütter: Er schlägt das Ergänzen von Geburtsvorbereitungskursen durch Selbsterfahrungskurse und viel mehr unterstützende Strukturen für Familien mit Kleinkindern vor und appelliert hier auch an die Verantwortung des Staates. Väter sollten ihre Entlastung nicht in der Flucht vor der Familie, in den Beruf, in die Hobbies, zur Geliebten oder Prostituierten suchen „müssen“. Mütter (und Väter!) sollten nicht allzu oft und allzu intensiv in die Lage geraten, aus Überforderung, ihre eigenen Begrenzungen an die Kinder weiterzugeben oder sie mit ihrem gut gemeinten Perfektionismus zu beengen.

Es sollte seiner Meinung nach möglichst vermieden werden, dass die Eltern, geprägt durch gesellschaftliche Bedingungen und narzisstische Verletzungen aus ihrer eigenen Kindheit, ihre Kinder (im Sinne der Ausführungen des vorhergehenden Kapitels) wiederum narzisstisch verletzen. Er spricht sich für das Betrauern des eigenen Muttermangels und das Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse aus, als Voraussetzung für ein feinfühliges und liebevolles Miteinander.

„Das Geben mit leeren Taschen ist nur denkbar, wenn der Mangel leidvoll gefühlt werden kann - Empörung, Schmerz und Trauer über das eigene Schicksal praktisch ‚geerdet‘ werden und sich damit ein Zugang wieder eröffnen kann zu den unerschöpflichen Quellen, die über Mutter und Vater weit hinausführen und uns allen als Liebesfähigkeit mit dem Leben schon gegeben ist.“ (Maaz 2009, S. 69)

Vorerst bietet unsere Gesellschaft unendlich viele Möglichkeiten, durch frühe Verletzungen ausgelöste und unverarbeitete Gefühle wie Schmerz, Scham, Wut und Trauer durch Konsum, Leistung, Helfersyndrom, Sport, Reisen, Süchte abzuspalten und zu kompensieren. Alle diese „Aktivitäten“ können die Funktion haben, uns Menschen vor der inneren Leere und dem Mangel an Halt, Geborgenheit und Liebe zu schützen.

Im Lilith-Komplex spaltet also die Gesellschaft die Mütterlichkeit und die Bedürfnisse der Mütter nach Unterstützung, Gleichheit, Unabhängigkeit und aktiver Rolle in der Sexualität ab.

Das bedeutet für uns Therapeutinnen, auch diese Aspekte im Bewusstsein zu halten und die Mütter in ihrer Eigenwahrnehmung und ihren Bedürfnissen, welche manchmal nicht den gesellschaftlich oder individuell erwünschten Rollenbildern entsprechen, zu bestärken und zu unterstützen.

In den ersten zwei Kapiteln wurden mögliche Ursachen für eine narzisstische Verletzung dargestellt. Aber wie wirken sie sich beim Erwachsenen aus? In der psychologischen Literatur wird im Zusammenhang mit

frühen Störungen zwischen männlichem und weiblichem Narzissmus unterschieden. Beide Formen kommen bei Männern und Frauen vor, wobei viel mehr Frauen die weibliche und viel mehr Männer die männliche Form leben. Ausserdem kommen Mischformen vor.

4. Die narzisstische Spaltung

Wir haben gesehen, dass viele Säuglinge und Kleinkinder in Bezug auf ihre grundlegenden Bedürfnisse nach feinfühligem körperlicher und emotionaler Abstimmung, nach bedingungsloser Liebe und Geborgenheit von ihren Eltern nicht genügend wahrgenommen und gespiegelt werden können. Sie werden in ihrem lebendigen Ausdruck und So Sein eingeschränkt oder sie sind die Opfer von Verwöhnung und subtilen bis massiven Formen physischer und psychischer Grenzüberschreitungen, von Ausbeutung und Missbrauch. Die Fähigkeit, zwischen Subjekt und Objekt, zwischen ich und du zu unterscheiden, wird eingeschränkt, und dadurch auch die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, sich zu schützen, abzugrenzen und auf persönliche Weise auf die Welt zuzugehen. Die Erfahrung von und der Glaube an die eigene Wirksamkeit im Erreichen eines Gegenübers oder im Handeln können sich nicht oder nur ungenügend ausbilden.

Die dadurch beim Kleinkind ausgelösten mächtigen Gefühle von Wut, Angst und Trauer, werden von den Eltern nicht angenommen und gespiegelt, sondern abgelehnt, da diese sie an den eigenen erlebten und nicht verarbeiteten Schmerz erinnern. Eltern und Kind geraten in einen Teufelskreis, aus dem sie aus eigener Kraft nicht herausfinden können. Das Kind lernt mit der Zeit, seine tiefen Gefühle und Bedürfnisse abzuspalten, es misstraut seinen Körperwahrnehmungen und weiss in der Folge immer weniger, wer es eigentlich ist. Das „wahre Selbst“ ist unter dem „falschen Selbst“ (Wardetzki 2009, S. 41) begraben worden. Es kann kein realistisches Selbstwertgefühl entwickeln, mit dessen Hilfe eine Kritik, eine Frustration oder ein Misslingen keine Katastrophe, sondern ganz einfach eine Aufforderung ist, etwas zu verändern oder es nochmals zu versuchen. Es gelingt ihm nicht, bei Schwankungen des Selbstwertes sein seelisches Gleichgewicht rasch wieder herzustellen.

Ohne Kontakt zu seinen wahren Gefühlen und ohne liebevolle Beziehung zum eigenen Körper rettet sich das Kind zum einen ins Denken und ins Analysieren. Zum andern beginnt es, sein verletztes, emotional verlassenes „inneres Kind“, d.h. das wahre Selbst, zu schützen, in dem es sich mit einem (übertriebenen) minderwertigen Selbst oder einem (genauso übertriebenen) grandiosen Selbst zu identifizieren beginnt. Im Schatten liegen dann entweder (die Gefahr vor dem) Minderwert oder (die Sehnsucht nach der) Grandiosität.

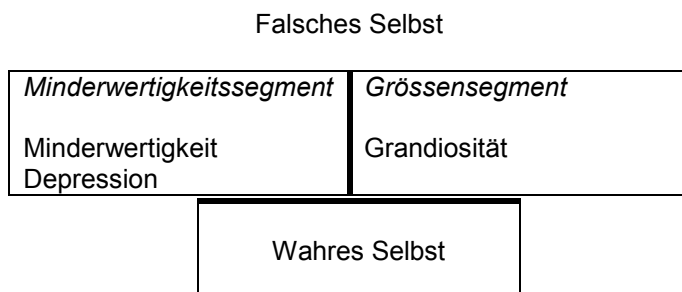
Wardetzki unterscheidet zwischen einer vertikalen und einer horizontalen Spaltung. Die vertikale Spaltung bezieht sich auf die Identifikation entweder mit der Minderwertigkeit oder mit der Grandiosität:

„Mit der [vertikalen, Anm. B.O.] Spaltung sollen konträre, also sich widersprechende Inhalte, auseinandergehalten werden, um Angst und Bedrohung abzuwehren. Das zeigt sich später im Verhalten dadurch, dass immer nur eine Seite des Konflikts in den Vordergrund tritt, während die andere Seite verleugnet wird. ...Im Gefühl der

Grandiosität existieren für die narzisstische Frau nur ihre Grössenvorstellungen, ohne Erinnerung an die Minderwertigkeit. Wird sie kritisiert, schlägt ihre Stimmung um, sie fühlt sich klein, schlecht, minderwertig und spürt in diesem Zustand nichts mehr von ihrer Grandiosität. Sie hat einfach keine bewusste Erinnerung mehr daran, wie es ist, sich gross und überlegen zu fühlen. Die Grandiosität wird in diesem Moment abgespalten. Das heisst, die Betreffende erlebt sich innerlich wie zwei Personen, die nichts miteinander zu tun haben: eine selbstbewusste und eine hilflos-minderwertige.“ (Wardetzki 2010, S. 153, 154)

Die horizontale Spaltung hingegen bezieht sich auf das Abspalten der wahren Gefühle, ganz gleich in welchem Segment sich ein Mensch befindet.

Tabelle 1 : Narzisstische Spaltung 1 (Wardetzki 2009, S. 151)



4.1 Identifikation mit dem Grössensegment

Es ist einleuchtend, dass eher Jungen „welche nicht weinen dürfen“, welche stark und cool sein müssen und, je nach kulturellem Hintergrund, dem Vorbild ihres Vaters als (mindestens heimliches) Oberhaupt der Familie folgen, die Identifikation mit dem Grössenselbst wählen.

Es gibt aber auch Frauen, welche vielleicht die depressive und angepasste Opferhaltung der eigenen Mutter als so unattraktiv erleben, dass sie unbewusst lieber den zwar emotional abwesenden, aber beruflich, sozial oder politisch erfolgreichen Vater als Modell wählen. Viele gut ausgebildete, beruflich kompetente Frauen mit einer frühen Störung des Selbstwertes identifizieren sich mit dem allgegenwärtigen Idealbild der eleganten, unabhängigen und leistungsstarken Superfrau, die Beruf, Weiterbildung, Partnerschaft und Kinder souverän meistert und daneben Zeit für Fitness, soziales Engagement und Freundeskreis übrig hat.

„Meine Beobachtung ist, dass diese Situation auf Kosten der Weiblichkeit geht. Alles Weiche und Weibliche verleugnen (männlich-) narzisstische Frauen an sich, sie streben einen im Grunde unweiblichen, dünnen Körper an, haben keinen Zugang zu ihrer Hingabefähigkeit und Liebe und betonen statt dessen den männlich-leistungsbetonten Aspekt von sich, als würde Weiblichkeit gleichsam Schwäche bedeuten, die sie auf jeden Fall abwehren müssen. Das Wissen darum, welche Stärke im Frausein liegt, ist ihnen nicht zugänglich. Diesen Zugang finden sie erst dann, wenn sie ihre weichen Seiten ebenso annehmen wie ihre körperlichen Rundungen und in Kontakt mit ihrer seelischen Tiefe kommen.“ (Wardetzki 2009, S. 106)

Die narzisstisch verletzte Frau, welche sich mit dem grandiosen Selbst identifiziert, zeichnet sich, gemäss Bischof, Röhr und Wardetzki dadurch aus, dass sie sich schlecht in andere Menschen einfühlen kann. Wie sie es früher von den Eltern erfahren hat, nimmt sie auch ihre eigenen Körpersignale, Stimmungen und Bedürfnisse nicht oder nur undeutlich wahr.

Ihre echten Gefühle muss sie so schnell und vollständig wie möglich unterdrücken. Sie zuzulassen, ihnen Raum zu geben und sie gar einem anderen Menschen zu offenbaren, würde bedeuten, eine unsichtbare Grenze zu überschreiten und würde Angst oder grosse Beschämung auslösen. Sich bedürftig, schwach oder in ungünstigem Licht zu zeigen, hat den sofortigen Rückzug und die Abwertung des Gegenübers zur Folge. Sie bringt ihren inneren, verletzlichen Kern in Sicherheit, zieht sich zurück in eine „splendid isolation, in eine überlegene Isolation nach dem Motto: Ich benötige niemanden“. (Röhr 2009, S. 32). Sie verbirgt ihr wahres Gesicht und entwickelt eine starke Persona (vgl. Bischof 2003a).

Da sie ihre tieferliegenden Gefühle und Bedürfnisse nicht kennt, bestimmen starke Über-Ich-Introjekte „hauptsächlich in Form von Soll-Forderungen, Verboten, Anweisungen und hohen Idealen“ (Wardetzki 2009, S. 73), welche sie von ihren Eltern oder anderen für sie wichtigen Personen unreflektiert übernommen hat, ihr Denken, ihr Kommunizieren und Handeln.

Sie darf sich keine Fehler, kein Misslingen, kein Abweichen von ihrer Vorstellung zugestehen. Sie ist deshalb sehr leistungsbewusst, treibt sich an und ist dabei ungeduldig mit sich selbst und mit ihren Mitmenschen. Ihr häufiges Kritisieren anderer Menschen und deren Verhalten, ihr Zynismus und ihre Humorlosigkeit sind auffallend.

Sie sucht Anerkennung, Karriere und Kontrolle und sie hat ein grosses Selbstdarstellungsbedürfnis, zu welchem auch der Erwerb und das zur Schau-Stellen von materiellen Gütern und ein idealer, trainierter Körper und entsprechende Kleidung gehören können. Mit alledem werden ihre tiefe Sehnsucht nach wahrer Liebe und Geborgenheit jedoch nicht gestillt und so vergleicht sie sich neidvoll weiterhin mit denen, die mehr zu sein oder zu haben scheinen (vgl. Bischof 2003a).

Die narzisstisch verletzte Frau idealisiert alle und alles, was ihre Grandiosität stützt und es ist ihr wichtig, zum Kreis der von ihr idealisierten Persönlichkeiten zu gehören. Gleichzeitig wertet sie alle und alles ab, was diesen Schutz ins Wanken bringt. Es gibt für sie nur schwarz und weiss.

Jede noch so vorsichtig geäusserte Kritik erlebt sie als Demütigung und Beschämung. Das Gefühl der Ohnmacht in Beziehung zu einem anderen Menschen oder einer Situation setzt sie in Alarmbereitschaft. Diese Gefühle will sie unter keinen Umständen fühlen und deshalb schützt sie sich mit Wut, Angriff, Abwertung, Rachewünschen, Rückzug und Abbruch der Beziehung.

„Die narzisstische Wut ist nicht identisch mit Ärger auf jemanden, da sie immer auf Zerstörung gerichtet ist. ...Die narzisstische Wut...richtet sich gegen die Beziehung und den anderen und hat zum Ziel, dass dieser sich mindestens so schlecht fühlen

soll, wie man selbst. Ärger und Wut können beziehungsstiftend sein, Rache und Verletzen wollen führen dagegen zu Einsamkeit. Das Gefühl der Einsamkeit bestätigt dann wiederum die tiefliegende Angst narzisstischer Menschen, abgelehnt und ungeliebt zu sein. ...Auffällig ist die Heftigkeit, mit der die narzisstische Wut in der Regel durchbricht und mit der die Person auf Begebenheiten reagiert, die ihre Erwartungen kränken. Ich vermute, dass in vielen Fällen damit eine existenzbedrohende Erfahrung aus der Kindheit verknüpft ist. Als wäre die Andersartigkeit des anderen...eine tiefe, das Überleben betreffende Bedrohung. ...Lebensbedrohliche Erfahrungen, zum Beispiel durch körperliche Bedrohung durch die Eltern oder stärkere Geschwister, sexuellen, körperlichen oder emotionalen Missbrauch, Erstickungserlebnisse, Unfälle oder lebensgefährliche Krankheiten, können Spuren hinterlassen, die mit dem Gefühl der Bedrohung, des hilflosen Ausgeliefertseins und Sich-nicht-wehren-Könnens verbunden sind. Dies kann auch entstehen durch Trennungen, Ablehnung, Zurückweisung und Entwertung. Aus dieser Hilflosigkeit kann es zu einem Um-sich-Schlagen kommen.“ (Wardetzki 2009, S. 33, 34)

Ihr perfektes System der Verteidigung, ihre Arroganz und Selbstüchtigkeit bewirken genau das, wovor sie sich am meisten fürchtet und was sie am meisten schmerzt, nämlich die Ablehnung und Zurückweisung derer, die ihr persönlich am nächsten sind. Sie kann nicht nur keine emotionale Zuwendung und Liebe schenken, eingeschlossen und mutterseelenallein im „Eisenofen“ (vgl. Röhr 2009) kann sie sie auch nicht empfangen.

Die immense Anstrengung, den verletzlichen Kern fortwährend schützen zu müssen, den eigenen hohen Idealen zu genügen und dauernd um Anerkennung zu kämpfen, lässt den Gefühlspanzer immer dicker werden und die Lebensfreude absterben. Beziehungslosigkeit, Leere und Langeweile werden bedrohlich. Das Abrutschen in eine Sucht, als destruktiver Selbsthilfeversuch, kann die Folge sein. Arbeitssucht, Helfersyndrom, Konsum und Kontrolle sollen die Abwehr von unerwünschten Gefühlen gewährleisten. Alkohol, Medikamente und Drogen sollen zusätzlich entspannen, innere Blockaden lösen und die Signale des Körpers zum Verschwinden bringen.

Der Körper beginnt früher oder später mit psychosomatischen Beschwerden auf die permanente Überforderung zu reagieren. Die Verhärtung der Muskulatur des Brustkastens durch die „verletzte Liebe“ kann zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Auch die „Wut im Bauch“ kann zu somatischen Beschwerden und ernsthaften Krankheiten führen. Eine Kündigung des Arbeitsplatzes oder Mobbing können, wie eine Krankheit oder eine Trennung, eine massive Kränkung darstellen, die die narzisstische Abwehr gefährden und die grössten Versagens-, Objektverlust- oder Existenzängste wecken. Der Absturz in die Minderwertigkeit und in die Depression ist unausweichlich.

Die „männliche“ Narzisstin lässt sich medizinisch behandeln, ist aber häufig nicht in der Lage, längerfristig die guten Ratschläge des Arztes für mehr Ruhe, Entspannung, gesundes Essen und ähnliches zu befolgen, da sie unbewusst ihre Abwehr aufrecht erhalten will. Erst die Angst vor dem Verlust der Abwehr, ein Herzinfarkt, Burn-out, Depression, Ängste und Trennung können sie zu einem Aufenthalt in einer psychosomatischen oder Entzugs-Klinik oder zu einer (Körper)Psychotherapie bewegen. Sie kommt dann mit der ungeduldigen Erwartung, dass ihr Problem in ein paar

Wochen gelöst sei und sie wird alles daran setzen, schnell wieder die Kontrolle zu erlangen (vgl. Bischof 2003a, Röhr 2009, Wardetzki 2009). Abschliessend von Krainz (1998, S. 8) eine Zusammenfassung der wichtigsten Merkmale des männlichen Narzissmus. Diese Aufzählung ergänzt meine Ausführungen durch weitere Aspekte.

Klinische Beschreibung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen:

1. Reagiert auf Kritik mit Wut, Scham oder Demütigung (auch wenn dies nicht gezeigt wird);
2. nützt zwischenmenschliche Beziehungen aus, um mit Hilfe anderer die eigenen Ziele zu erreichen;
3. zeigt ein übertriebenes Selbstwertgefühl, übertreibt z.B. die eigenen Fähigkeiten und Talente und erwartet daher, selbst ohne besondere Leistung als "etwas Besonderes" Beachtung zu finden;
4. ist häufig der Ansicht, daß seine Probleme einzigartig sind und daß er nur von besonderen Menschen verstanden werden könne;
5. beschäftigt sich ständig mit Phantasien grenzenlosen Erfolges, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe;
6. legt ein Anspruchsdenken an den Tag: stellt beispielsweise Ansprüche und übermäßige Erwartungen an eine bevorzugte Behandlung, meint z.B., daß er sich nicht wie alle anderen auch anstellen muß;
7. verlangt nach ständiger Aufmerksamkeit und Bewunderung, ist z.B. ständig auf Komplimente aus;
8. zeigt einen Mangel an Einfühlungsvermögen: kann z.B. nicht erkennen und nachempfinden, wie andere fühlen, zeigt sich z.B. überrascht, wenn ein ernsthaft kranker Freund ein Treffen absagt;
9. ist innerlich stark mit Neidgefühlen beschäftigt.

4.2 Identifikation mit dem Minderwertigkeitssegment

Die Auswirkungen der narzisstischen Verletzungen sind beim weiblichen Narzissmus grundsätzlich dieselben, wie beim oben beschriebenen männlichen Narzissmus. Jedoch besteht ein wichtiger Unterschied:

Ungefähr 80% der Frauen - und etwa 20% der Männer - (Bischof 2003a, S.5) wehren das wahre Selbst ab, indem sie sich mit dem minderwertigen Segment identifizieren. Das heisst, sie fühlen sich unsicher, werten ihre Fähigkeiten und ihre Erfahrung ab und trauen sich weniger zu, als sie in der Lage wären zu leisten. Es fällt ihnen schwer, eine Anerkennung mit Freude anzunehmen. Eher zweifeln sie, ob sie wohl ehrlich gemeint sei und werten sich oft umgehend ab. Und doch sind „weiblich-narzisstische Frauen auf die Spiegelung und Bestätigung anderer angewiesen..., um ein einheitliches Selbsterleben zu empfinden“ (Wardetzki 2009, S. 167). Eine meiner Klientinnen sagt von sich: „Ich habe vieles angefangen, aber es dann nicht beendet. Ich war irgendwie zu bequem, wollte nicht mehr Verantwortung übernehmen. Ich traute es mir nicht zu. Es ist schmerzlich für mich, das in meinem Alter zu realisieren.“

Eine andere akademisch hochqualifizierte Frau findet kurz vor ihrer Pensionierung: „Ich habe immer sehr sinnvolle berufliche Tätigkeiten ausgeübt, aber mit meiner Ausbildung und meinen Erfahrungen hätte ich mich eigentlich oft auf viel anspruchsvollere Stellen bewerben können.“ Auch sie mutete sich die Herausforderungen nicht zu, wie sie gesteht.

In schwierigen Lebenssituationen, die den Selbstwert bedrohen und die wahren Gefühle aktivieren, reagiert die weibliche Narzisstin eher mit psychosomatischen Beschwerden als die „männliche“ Narzisstin oder sie schenkt ihnen früher Beachtung.

Wegen Atembeschwerden, Magen-Darmbeschwerden, Krampfadern, schwachem Beckenboden, Verspannungen der Schulter-Nackengegend, Rückenbeschwerden, Ischias, Hexenschuss, Angst- und Panikattacken, Schlaflosigkeit und vielen anderen gesundheitlichen Problemen konsultiert sie Ärzte, Naturärztinnen und die grosse Auswahl an Massage- und anderen Körpertherapeutinnen und -therapeuten. So lernen wir sie auch in unseren Atempraxen kennen. Es geht ihnen, je nach Situation und Bewusstsein oft darum, das Symptom loszuwerden, ohne es in Beziehung zum seelischen Erleben anschauen zu wollen und darin werden sie, wie die „grandiosen“ Frauen und Männer, häufig von ihren Ärzten oder Therapeuten unterstützt, in dem diese nur auf die körperlichen Symptome eingehen und für seelische Probleme lediglich Psychopharmaka verschreiben.

Eine Kündigung, eine Krankheit, ein Unfall, eine Geburt, eine Ehekrise, die Trennung vom Partner, der Auszug der Kinder aus dem Elternhaus, das Klimakterium und das Älterwerden können als grosse Verunsicherung und Kränkung erlebt werden. Dies wird insbesondere begünstigt, wenn die Frau nicht genügend Unterstützung von ihrem persönlichen Umfeld erhält, wenn sie finanzielle Sorgen plagt oder der Lebensinhalt verloren geht. Nun kann auch eine Depression, d.h. ein Abfallen in einen noch tieferen Selbstwert, oder das Gefühl, ein hilfloses Opfer zu sein, die Frau vor den abgespaltenen Gefühlen aus der frühen Kindheit schützen. Ihr Weinen entspricht dann nicht einem echten Gefühl, sondern geschieht aus Selbstmitleid und schwächt sie noch mehr.

Selbstverständlich versucht die Frau, die sich mit dem minderwertigen Segment identifiziert, ihren Selbstwert nicht nur mit Krankheit und Depression zu stabilisieren und ihre wahren Gefühle abzuwehren. Sie hat hohe Ansprüche an sich (angepasst, hilfsbereit, tüchtig sein), ihren Partner (er soll ihre verleugnete Stärke leben), ihre Kinder (sie sollen tun und lernen, was sie sich nicht zutraut) und ihre Umgebung (sie soll rücksichtsvoll sein und merken, was sie will).

Sie passt sich übermässig an vermeintliche Ansprüche anderer an und stabilisiert ihren Selbstwert, indem sie sich ausgiebig um die Sorgen und Nöte anderer Menschen kümmert. Dann wiederum klagt sie, dass sie von ihnen ausgenutzt wird. Sie spürt die Grenzen zwischen sich und dem Gegenüber nicht mehr und verfließt gefühlsmässig mit ihm. Ihre Überanpassung, ihr übertriebenes Verantwortungsgefühl für das Wohlbefinden anderer und ihr „Helfersyndrom“ können sie immer weiter weg von ihren wahren Gefühlen und Bedürfnissen führen, die sie weder sich selbst noch anderen gegenüber zeigen kann.

Der weibliche Körper wird in unserer Gesellschaft immer mehr zu einem „Optimierungsobjekt“ (wie auch der männliche!). In der Werbung und den Medien sind Frauen tagtäglich mit dem Idealbild der Frau konfrontiert:

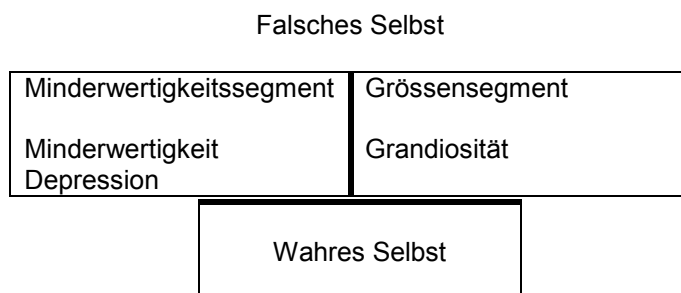
Jung, sportlich, glänzende Haare, faltenlose Haut, weisse, ausgerichtete Zähne, geschminktes Gesicht, hübscher Busen, schlanke Figur, modische Kleidung, lange Beine, hochhackige Schuhe. Die Umsätze der Kosmetik-, Bekleidungs- und Fitnessbranche sowie der Schönheitschirurgen sind dementsprechend hoch. Letztere verkleinern nun sogar Schamlippen und versetzen die Klitoris, wie kürzlich in einer Pendlerzeitung zu lesen war (vgl. Bischof 2003a, Röhr 2009, Wardetzki 2009).

„Die Abwertung der eigenen Person bezieht sich nicht nur auf ihre Persönlichkeit, sondern auch auf ihren Körper, den die Frau nur dann akzeptieren kann, wenn er ihrem Ideal entspricht. Aber sie erreicht diesen Zustand nur selten und hat meist ein unangenehmes Körpergefühl. Oft werden dem Körper Schuld und Verantwortung zugeschrieben, die eigentlich nicht zu ihm gehören. Geht zum Beispiel eine Beziehung auseinander, glaubt die Frau, es sei wegen ihres Körpers. „Wenn man so dick und hässlich ist wie ich, dann ist es klar, dass ich nicht geliebt werde.“ Der Körper muss manchmal aber auch für berufliches Versagen herhalten: „Ich habe den Job nicht erhalten, weil ich nicht attraktiv genug bin.“ (Wardetzki 2009, S. 166)

Im Zusammenhang mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen kommt es häufig zu Essstörungen. Wardetzki geht in ihrem Buch „Weiblicher Narzissmus“ eingehend darauf ein (insbesondere auf die Bulimie) und sie beleuchtet auch deren spezifische Ursachen. Diesen Aspekt hier auszuführen würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Zum Abschluss dieser Erläuterungen über die narzisstische Spaltung in Anlehnung an Wardetzki hier eine ausführliche grafische Darstellung, (Ergänzungen kursiv):

Tabelle 2 : Narzisstische Spaltung 2 (Wardetzki 2009, S. 155)

**Minderwertigkeitssegment**

- Minderwertigkeitsgefühle
- Selbstabwertung
- Abwertung und Abwehr von Körper und Frausein
- Hypochondrie, Krankheit und Schwachsein
- Scham-, Schuldgefühle
- *Schwierigkeit sich abzugrenzen*
- *Wirksamkeitsgefühl vermindert*
- *Opferrolle, Täter anklagen*

Angst vor

Stärke, Kompetenz, Autonomie, Blamage, gesehen werden, auffallen

Grössensegment

- Perfektionismus
- Pseudounabhängigkeit und Bedürfnislosigkeit
- Leistung und Starksein
- Überanpassung
- Besonderssein
- ständiges Agieren
- Fehlen von Normalität
- *Emotionaler Rückzug*

- Anspruchshaltung
- Euphorie

Angst vor

Versagen, Kritik, Schwäche, Bedürftigkeit, Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Normalität

Gilt bei Identifikation mit Minderwert und Grössenselbst:

- Störung des körperlichen Wohlbefindens und Wunde der Verlassenheit
- Vernichtungs- und Verlassenheitsangst bzw. –krise
- Symbiotische Verschmelzungswünsche
- Bedürfnisse nach ständiger Spiegelung
- Kränkung und Wut
- Leere, Panik, Hohlheit, schwarzes Loch, Nichtigkeit, Schwäche, Zerfall

Wahres Selbst:

- Echte Gefühle und Bedürfnisse
- Bedürfnisse nach Geborgenheit, Vertrauen usw.
- Ambitionen, Ideale, Fähigkeiten
- Identität, Integrität
- Archaische Bedürfnisse nach Sicherheit, Angenommen sein, Bindung

4.3 Die narzisstische Kollusion

Da immer wieder Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung den Weg in unsere Praxen finden, welche unter der Beziehung zu ihrem ebenfalls narzisstisch verletzten Partner leiden, möchte ich auf die narzisstische Beziehungsstörung, auch narzisstische Kollusion oder Komplementärnarzissmus genannt, eingehen.

Eine sich mit dem Minderwert identifizierende Frau verliebt sich in einen „grandiosen“, starken, kompetenten Mann. Es ist Liebe auf den ersten Blick. Alles scheint zu stimmen und es entsteht grosse Nähe. Sie hat im Partner ihre im Schatten liegende Stärke und Unabhängigkeit und er in ihr sein unbewusstes Schwach- und Bedürftigsein gefunden. „Das heisst, jeder delegiert den angstbesetzten, bedrohlichen Schatten-Teil seiner Persona an den anderen Partner“ (Bischof 2003a, S. 10).

Der Anspruch der Frau an den Mann ist, stark und erfolgreich zu sein. Die Frau hat andererseits die Bedürfnisse des Mannes nach Weichheit, Weiblichkeit/Mütterlichkeit und Abhängigkeit/Beziehungspflege zu erfüllen. Darin stabilisieren sie sich und doch beginnt gleichzeitig die Unzufriedenheit zu wachsen. Das, was zu Beginn der Beziehung am Partner attraktiv war, wird im Laufe der Zeit zum Störfaktor. Der grandiose Mann flieht immer mehr aus der Beziehung, die Frau passt sich übermässig seinen Bedürfnissen an, klammert und fordert umso mehr seine Nähe, je mehr er sich entzieht. Ein Teufelskreis entsteht, der nach ausdauernden Änderungsversuchen des Partners, emotionalem Rückzug, Einschlafen der sexuellen Beziehung, Langeweile, Streit und Schuld zuschieben oft in Trennung und Scheidung mündet. Dies bedeutet für beide Partner erneut eine grosse Kränkung. Den Preis von Wut, Rache und Depression bezahlen die Kinder.

Wenn es jedoch möglich wird, dass beide Partner sich (in jeder Krise wieder neu) in Einzel- und/oder Paartherapie auf den Weg zu ihren wahren Gefühlen und Bedürfnissen machen, ihr Selbstbewusstsein erweitern und stärken, kann echte und immer tiefere Liebe für sich selbst und für den Partner wachsen und zu einer reifen und erfüllten Beziehung führen (vgl. Bischof 2003a).

Eine Übersicht dreier, in frühkindlichen Verletzungen begründeten, Varianten der Kollusion und deren Lösung nach J. Willi von Schmalz und Unger (2007) findet sich in Tabelle 3 im Anhang V.

Nach der Darlegung wichtiger Ursachen für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung und deren Auswirkungen bei Erwachsenen folgt im zweiten Teil die Beschreibung des therapeutischen Ansatzes.

5. Atem- und Körperpsychotherapie und weiblicher Narzissmus

Körpertherapien und die klassische Middendorff'sche Atem- und Leibarbeit scheinen ein geeigneter Zugang zu Menschen mit einer frühen Störung zu sein. Die Verletzung ist in einer vorsprachlichen Zeit entstanden, in der die Mutter-Kind-Beziehung ganz eng und Körperkontakt und Körperempfindung prägend waren.

Die Atembehandlung auf der Liege mit dem Verbalisieren der Erfahrungen und das Üben im Sitzen, Stehen, Gehen und Liegen sollen in der Middendorffarbeit, vereinfacht gesagt, nachnähren und die Entwicklung der Empfindungsfähigkeit im ganzen Leib unterstützen. Muskelpanzer sollen gelockert und verdrängte Gefühle in Fluss gebracht werden. Die Klientinnen sollen sich wieder ganz einleben können in ihrem Leib, ihn beseehlen und dadurch wieder zu mehr Lebenskraft und Lebensfreude finden. Dabei wird die Sammlungsfähigkeit, das heisst die Achtsamkeit und die Fähigkeit zur Hingabe, wie in der Meditation, intensiv geübt. Der Fokus des Interesses liegt hauptsächlich auf der sich immer mehr differenzierenden und vertiefenden Wahrnehmung des Körpers/Leibes und des Atemgeschehens (Atembewegung, Atemrhythmus, Atemqualität). Auftretende Gefühle werden wahrgenommen und „an den Atem angebunden“, das heisst im Gefühl wird die Sammlung wieder auf das - ganz leibliche - Atemgeschehen gelenkt und das Gefühl dadurch geerdet. Atemtherapeutinnen sind in Bezug auf die Behandlung bestrebt, sich im Sinne einer nonverbalen Spiegelung ganz auf das Atemgeschehen der Klientinnen einzuschwingen. Das führt dazu, dass diese sich oft (aber nicht immer, z.B. wenn die Nähe nicht ertragen wird) sehr verstanden und gesehen fühlen. Sie merken, dass nicht nur ihr Körper gemeint ist, sondern dass sie als ganze Person angesprochen werden. Doch obschon der Aufbau des Körperselbst in der Therapie von Menschen mit frühen Störungen eine bedeutende Rolle spielt, geht es bei der Aufhebung der narzisstischen Spaltung darum, die Atemarbeit nach Middendorff zu ergänzen.

5.1 Die vier Jung'schen Bewusstseinsfunktionen und die Spaltung

Wenn wir davon ausgehen, dass ein stabiles, tragfähiges Ich nicht nur durch das bewusste Empfinden entwickelt wird, sondern dass dazu auch das Wahrnehmen und Benennen von Gefühlen und Intuitionen wie Impulse, Bilder, Einfälle sowie das Wahrnehmen und Benennen von Gedanken gehört, wäre es sinnvoll, die Middendorff'sche Arbeit und andere Körpertherapien in der Behandlung von Menschen mit frühen Störungen durch den bewussten Einbezug aller vier Jung'schen Bewusstseinsfunktionen (Denken, Fühlen, Empfindung, Intuition) zu ergänzen(vgl. Bischof 2009b).

Um diese Ergänzung geht es in den therapeutischen Konzepten der Atem- und Körperpsychotherapie, denn die frühe Störung zeichnet sich durch die Spaltung aus. Die Spaltung, das Verleugnen, ist die Abwehrform der frühen Kindheit und wird, wenn die Ich-Kraft sich optimal entwickeln kann, ab

dem dritten Lebensjahr (vgl. Anhang I) durch die Fähigkeit zur Verdrängung, das Vergessen, abgelöst.

Das bedeutet: Ein Mensch, welcher in den ersten drei Lebensjahren keine hinreichend gute Betreuung erhalten hat, musste lernen, nicht nur bestimmte Gefühle, sondern auch Empfindungen, Intuitionen und Gedanken abzuspalten und die eine Bewusstseinsfunktion von der anderen zu trennen, zum Beispiel das Denken vom Fühlen oder vom Empfinden, oder das Fühlen vom Empfinden. Er bleibt auch als Erwachsener auf dieser Stufe der Ich-Entwicklung mit der entsprechenden Form der Abwehr, nämlich der Spaltung.

Wenn wir nun mit narzisstisch verletzten Frauen die Empfindung ganz in den Vordergrund stellen, dann unterstützen wir u.U. diese frühe Form der Abwehr, also zum Beispiel das Abspalten der Gefühle. Es ist deshalb wichtig, dass wir als Therapeutinnen wahrnehmen, welche der vier Bewusstseinsfunktionen vorrangig sind, welche fehlen oder sich nicht mit anderen verbinden können. Der Atem spaltet nicht, er verbindet das Empfinden, Intuieren, Denken und Fühlen. Er bringt alles in Fluss, wir öffnen unsere Wahrnehmung und interessieren uns für alles, was vom Atem in uns und unseren Klientinnen bewegt wird. So können sich alle Wahrnehmungsebenen, alle vier Bewusstseinsfunktionen wieder verbinden, die Ich-Struktur wird aufgebaut, der Selbstwert und das Selbstvertrauen wachsen.

5.2 Die therapeutische Beziehung

Die Öffnung der bewussten Wahrnehmung für alle vier Jung'schen Bewusstseinsfunktionen und deren Einbezug in der Atem- und Körperpsychotherapie ist eine wichtige Ergänzung zur klassischen Atemarbeit. Doch für die Arbeit mit narzisstisch verletzten Frauen fehlt noch ein weiterer grundlegender Bestandteil der Atem- und Körperpsychotherapie.

Wie wir gesehen haben kommt eine narzisstische Persönlichkeitsstörung dadurch zustande, dass die *Beziehung zwischen der Mutter (Vater oder Betreuungsperson) und dem Kind in den ersten drei Lebensjahren gestört war*. Der Bruch kam im missglückten nonverbalen Tanz und später auch durch verbale Formen des Verlassenwerdens („enteignen, umdeuten, relativieren, idealbildende Über-Ich-Botschaften, schweigen“) zustande (Bischof 2003a, S. 3).

In der therapeutischen Beziehung werden Frauen mit frühen Störungen ihre Leid verursachenden Beziehungsmuster (d.h. ähnlich dem frühen Beziehungsgeschehen zwischen ihnen und ihrer Mutter oder wichtigen Betreuungspersonen) unbewusst re-inszenieren. Diese Beziehungsmuster unterstützen die horizontale und die vertikale Spaltung, das heißt sie schützen die Klientin vor dem wahren Selbst und vor einem an der Realität gemessenen Selbstwertgefühl. Sie schützen die Klientin insbesondere vor dem Bewusstwerden einer Kränkung, Frustration oder Verwundung (Bischof 2009c).

Mit Hilfe der Therapeutin können sie dann aber völlig neue Möglichkeiten des Umgangs mit Beziehungsproblemen und des Miteinander Seins, Kommunizierens und Handelns kennenlernen und üben.

Die therapeutische Beziehung
ist in der Therapie von Menschen mit frühen Störungen zentral.

Wenn die Therapeutin ihre Wahrnehmung für das Wirkfeld öffnet, welches in der Beziehung zwischen ihr und der Klientin entsteht, dann nimmt sie in ihrem Innern nicht nur Empfindungen, sondern auch Gefühle, Impulse, Bilder und Gedanken wahr. Diese Wahrnehmungen helfen ihr, zusammen mit den verbalen Äusserungen und der Körpersprache der Klientin, das sich entfaltende Beziehungsmuster zu erkennen.

Ein Beispiel:

Die Mutter hat der Klientin als Kind häufig zu verstehen gegeben, dass sie Mühe hat mit den spontanen Äusserungen ihrer Lebendigkeit. Die Klientin erlebte: „Du bist nie zufrieden mit mir. Ich bin so, wie ich bin, nicht in Ordnung.“ Um die Scham oder den Schmerz nicht fühlen zu müssen, strengt sich die Frau sehr an und versucht, einem Idealbild zu entsprechen: „Ich muss perfekt, anders, besser sein! Ich muss mich kontrollieren!“ Sie kontrolliert ihre Impulse und kann sich nicht mehr an ihren Gefühlen und Bedürfnissen orientieren.

Auch in der Therapie wird sie sich mit der Persona der angepassten, kontrollierten Frau zeigen und versuchen, eine gute Klientin zu sein und (vermeintlichen) Anforderungen der Therapeutin zu genügen. Diese *Übertragung* früherer Beziehungsmuster auf die Therapeutin kann dann zustande kommen, wenn dafür in ihr eine Resonanz vorhanden ist.

In der *Gegenübertragung* wird sich die Therapeutin zu Beginn als gute, perfekte Therapeutin fühlen. Sie wird diese positive Übertragung annehmen und eine Vertrauensbeziehung mit der Klientin aufbauen. Im Laufe des therapeutischen Prozesses wird und muss sich, wenn die Zeit reif ist, die Krise einstellen: Es wird eine Situation entstehen, in der die Klientin das Gefühl haben wird, dass die Therapeutin mit ihr nicht zufrieden ist. Es kommt zur erwünschten(!) *Wiederholung der Kränkung* und zur Wiederbelebung der dazugehörigen Gefühle.

Im schlechtesten Falle, wenn dies geschieht, bevor ein wirkliches Arbeitsbündnis zustande gekommen ist, bei der Therapeutin kein Bewusstsein für die therapeutische Beziehung vorhanden ist oder kein Therapievertrag besteht (siehe unten), kommt es zum Rückzug der Klientin und zum Abbruch der Therapie.

Es wäre auch möglich, dass die Therapeutin ihre Gegenübertragungsgefühle ausagiert, d.h. dass sie die Kritik der Klientin zum Anlass nimmt, diese (wie damals die Mutter) abzuwerten. Auch das wäre eine destruktive Wiederholung der narzisstischen Kränkung. Wenn dies geschieht, sollte die Therapeutin unverzüglich Supervision erhalten oder die Therapie muss beendet werden.

Im besten Falle ist die Klientin in der Lage, oder sie hat sich dazu durch den Therapievertrag verpflichtet, ihre Not in der Therapiesituation zuzulassen. Sie wird die Therapeutin möglicherweise zuerst abwerten wollen. In dem Fall kann die Therapeutin die Frustration der Klientin spiegeln und sie fragen, was sie von ihr braucht. Dies zu äussern kann der Klientin helfen, in Kontakt zu kommen mit ihrer Sehnsucht nach Verstanden- und Gesehenwerden und ihren tiefen Gefühlen der emotionalen Verlassenheit. Die Therapeutin bietet der Klientin viel Raum und Unterstützung an, die damit verbundenen Gefühle, Körperempfindungen, Erinnerungen und Bilder ganz zuzulassen, sich anschliessend mit Hilfe der liebevollen Zuwendung und des Atems zu beruhigen und die Erfahrung zu integrieren und zu erden.

Auf diese Weise kann die Klientin erleben, dass sie mit ihren tiefsten und wahren Gefühlen angenommen und geliebt und nicht, wie in der Kindheit, abgelehnt und zusätzlich verletzt wird. Und sie kann vielleicht erkennen, was ihr in nahen Beziehungen wichtig ist. Das ist die Voraussetzung dafür, dass sie mit Hilfe von Ich-Botschaften (Rosenberg 1999) ihre Gefühle und Bedürfnisse in Beziehungen auszudrücken lernt.

Die folgenden Gefühle nehmen wir im Beziehungsfeld mit narzisstisch verletzten Menschen häufig wahr: Unsicherheit, Ungenügen, Kleinheit, Hilflosigkeit, depressive Stimmung, Ungeduld, Druck, Wut, Ärger, Misstrauen, Verwirrung, Leere, Langeweile, Verlassenheit.

Maaz wird bezüglich der therapeutischen Beziehung sehr deutlich. Er ist der Meinung,

„dass nämlich in den Körperpsychotherapien ohne Beachtung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik auch viel Schaden angerichtet werden kann, vor allem wenn die Illusion genährt wird, dass die Patienten durch die „heilenden Kräfte“ des Therapeuten von ihren Leiden befreit werden und ihre frühen Defizite durch heutige Zuwendung „aufgefüllt“ werden könnten,...(Maaz 2001, S. 17)

Ein *Therapievertrag* wird spätestens dann abgeschlossen, wenn sich eine tragfähige Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin entwickelt hat. Darin geht es insbesondere um das Verhindern eines Abbruchs und um das ordentliche Abschliessen der Therapie. Deshalb verpflichtet sich die Klientin, nach dem Äussern ihres Wunsches, die Therapie zu beenden, diese in weiteren (zwei bis fünf) Stunden möglichst gewinnbringend abzuschliessen (oder zu entscheiden, die Therapie fortzusetzen). Damit soll verhindert werden, dass es zur Wiederholung eines frühkindlichen Rückzugsmusters durch eine Kränkung kommt. (Siehe dazu die Beziehungsleitsätze in Anhang III)

5.3 Diagnostik

In der Begegnung von Therapeutin und Klientin entsteht über den Atem ein Wirk-Raum, ein Bewusstseinsfeld, in dem sich die therapeutische Beziehung entfalten kann. Darin können (jede Stunde wieder neu) Sinneswahrnehmungen, Körperempfindungen, Gefühle, Bilder, Impulse, Gedanken und Worte enthalten sein und es können auch eine oder mehrere

Bewusstseins Ebenen (z.B. die Gefühle) fehlen. Die Therapeutin nimmt dieses Gemisch mit Hilfe ihrer wachen Präsenz wahr und ordnet es:

Auf welchen Wahrnehmungsebenen hat sich die Klientin mitgeteilt, haben sie und die Therapeutin miteinander kommuniziert?

Welche Körperempfindungen hatte die Therapeutin? Was fühlte und dachte sie? Welche Bilder, Assoziationen, Impulse hatte sie?

Welche Wahrnehmungsebenen fehlten?

Was konnte sie bezüglich des Atems feststellen (Ausdehnung des Atemraums, Atemrhythmus (Einatem, Ausatem, Atempause), Atemqualität)?

Welche Sinneswahrnehmungen hatte sie beispielsweise bezüglich der Stimme, der Wortwahl, der Gestik, der Mimik, der Körperhaltung, des Bodenkontakts, der Körpertemperatur, der Beweglichkeit, der Bewegungs- und Verhaltensmuster?

Wie nahm sie die Atmosphäre wahr? Wie war die Beziehungssituation, der Kontakt? (Bischof 2003b)

In den ersten Stunden gilt es herauszufinden, auf welchem Strukturniveau sich die Klientin befindet, das heisst, wie gut entwickelt ihre Ich-Kraft ist, denn darauf basieren Therapieziel, Therapiekonzept und Setting.

Alle oben genannten Wahrnehmungen werden ergänzt durch den Inhalt der Mitteilungen, welche die Klientin auf ihre ganz persönliche Weise zur Verfügung stellt. Bestimmte Symptome, wie zum Beispiel Angst- und Panikattacken, das Vorliegen von ernsthaften Beziehungs- oder Arbeitskonflikten, von Grenzverletzungen, unbewältigten Verlusten naher Bezugspersonen, lang ausgehaltenen leidvollen Erfahrungen, selbstschädigendem Verhalten oder wasserfallartiger Darstellung intimster Tatsachen in den ersten Stunden lassen eine erste Vermutung zu, dass es sich um eine Person mit einer frühen Störung handeln könnte.

Eine *Nähe - Distanz - Übung* mit der Klientin durchzuführen (siehe Beschreibung in Kapitel 5.9.) wird noch mehr Gewissheit bringen. Wann der günstige Zeitpunkt dafür gekommen ist - ob in einer der ersten Stunden oder erst, wenn ein stabiles Arbeitsbündnis entstanden ist - muss aus dem Wahrnehmungsfeld heraus entschieden werden.

Aufgrund der körperlichen und gefühlsmässigen Reaktionen der Klientin bei mehr Nähe oder bei grösser werdendem Abstand wird beispielsweise ersichtlich:

- Ob bestimmte Wahrnehmungen verloren gehen („ich kann meine Beine / meinen Bauch nicht mehr spüren“ / „ich habe keinen Körper mehr, dafür einen riesengrossen Kopf“).
- Ob sie bei mehr Nähe von einer Enge auf der Brust oder angehaltenem Atem berichtet und/oder die Therapeutin dies in der Gegenübertragung wahrnimmt.
- Ob die Klientin gar dissoziiert („ich logge aus / gehe weg“)

- Plötzlich starke Schmerzen auftreten („ja, genau die, welche bei der Arbeit immer kommen und mit den Schmerzmedikamenten nicht weggehen“).
- Die Klientin das nach hinten Schreiten der Therapeutin nicht mehr aushält, die Welt auf einmal als „unwirklich“ erlebt und die Therapeutin in der Gegenübertragung alles irgendwie verschwommen sieht und das Verlassenheitsgefühl der Klientin spürt.

Diagnostisch ist relevant, ob die Klientin diese Phänomene selber wahrnehmen kann oder ob sie nur bei der Therapeutin in der Gegenübertragung auftreten. Je besser die Wahrnehmung bei der Klientin ist, desto besser entwickelt ist ihre Ich-Struktur.

Das Strukturmodell 1 nach Maaz (2007) gibt eine Übersicht über die verschiedenen Ebenen der strukturellen Ich-Schwächen, der zugehörigen Abwehr, des Inhalts der Abwehr und des Realitätsbezugs (vgl. Anhang II). Der Übergang von einer narzisstischen Störung in eine Borderline-Störung ist fließend. Wardetzki (2009) und auch Röhr (2009) zählen zur narzisstischen Störung einerseits Menschen, welche zwar bereits Kriterien erfüllen, die sie mit an Borderline erkrankten Menschen teilen (Kontrollverlust, selbstschädigendes Verhalten, Sucht), jedoch trotzdem noch mehr Ich-Struktur entwickeln konnten als Menschen mit dem Vollbild einer Borderline - Erkrankung.

Hier zum Vergleichen und Abgrenzen die Liste der Borderline-Symptome von Krainz (1998, S. 9):

Klinische Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung:

1. Ein Muster von instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und der Abwertung auszeichnet;
2. Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten, z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren, Freßanfälle (außer Suizid oder Selbstverstümmelung, siehe dazu 5.);
3. Instabilität im affektiven Bereich, z.B. ausgeprägte Stimmungsänderungen von ausgeglichener Stimmung zu Depression, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden oder, in seltenen Fällen, länger als einige Tage andauern;
4. Übermäßige, starke Wut oder Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren, z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder Prügeleien;
5. Wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder andere selbstverstümmelnde Verhaltensweisen;
6. Ausgeprägte oder andauernde Identitätsstörung, die sich in Form von Unsicherheit in mindestens zwei der folgenden Lebensbereiche manifestiert: dem Selbstbild, der sexuellen Orientierung, den langfristigen Zielen oder Berufswünschen, in der Art der Freunde oder Partner oder in den persönlichen Wertvorstellungen;
7. Chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile;
8. Verzweifertes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern (außer Suizid oder Selbstverstümmelung, siehe dazu 5.).

Andererseits dehnt Wardetzki (2009) den Begriff des weiblichen Narzissmus auch auf das aus, was Maaz in seiner Definition des Strukturturniveaus

der Neurose mit der Mutterbotschaft, „..., aber sei, wie ich dich brauche!“, aufführt (vgl. Anhang III).

Maaz schreibt bezüglich der Neurose:

„In diesem Zusammenhang [westliche Form von sekundärem Halt und Ersatzbefriedigung durch materiellen Wohlstand und Vergnügungssucht. Anm. B.O.] beschäftigt mich die Frage, inwieweit die Gesellschaft...die Neurose braucht und kultiviert, um Ersatzbefriedigungen zu sichern, um damit die bedrohliche Erfahrung der frühen Störungen zu verleugnen oder zu verdecken.“ (Maaz 2001, S.19)

Er stellt also die Frage, ob neurotische Konflikte eine Form der Abwehr einer frühen Störung sind.

Für uns könnte das bedeuten, dass wir in der Behandlung von scheinbar Ich-starken Menschen nicht ausser Acht lassen, dass auch sie u.U. ein frühes Beziehungsdefizit erlebt haben könnten, diese Verwundung aber mithilfe von Muskelanspannung und Kontrolle erfolgreich abzuwehren gelernt haben.

5.4 Therapieziele

Das übergeordnete Therapieziel in der Behandlung von Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist die

Aufhebung der Spaltung durch die Stärkung der Ich-Kraft.

Die Stärkung der Ich-Kraft entsteht zum einen durch den *Aufbau und die Nachreifung des Körper-Ichs*, was im Fall des männlichen Narzissmus das Wiederbeleben des rigiden Körpers (vgl. Bischof 2004), im Fall des weiblichen Narzissmus das Erarbeiten stabiler Körpergrenzen bedeutet. Grundlegend dafür ist einerseits die *zunehmende Empfindungsfähigkeit*, d.h. den eigenen Leib immer differenzierter wahrnehmen zu können und andererseits die *Stärkung der Atemkraft* (freie Ausdehnung der Atemwelle, ausgeglichener, anpassungsfähiger Atemrhythmus und substantielle Atemqualität).

Weiter gehört dazu das *Bewusstwerden der eigenen Persona*, ihr *Aufweichen und Schmelzen* bei einer starren, undurchlässigen Persona und das *„ Klären und Stabilisieren“* bei einer überweichen, verfließenden Persona. Darauf folgt *das bewusste Erleben und Integrieren der abgespaltenen, echten Gefühle und das Erkennen der wahren Bedürfnisse* und deren bewusster Ausdruck und Umsetzung in reifen Beziehungen (ohne Projektion, Idealisierung und Entwertung).

„Das Ziel der körpertherapeutischen Interventionen besteht also vor allem darin, die frühe Deprivation fühlend zu erinnern, und dies bedarf vor allem der Körpererinnerung, da verbale und symbolische Erinnerungs- und Ausdrucksformen noch nicht gegeben sind.“ (Maaz 2001, S.24)

„Wachstum bedingt Schmerz, das Annehmen des Schmerzes ist das Ziel der Arbeit. Die Kunst des Therapeuten ist es, den oben beschriebenen Prozess der optimalen Frustration des Klienten zu begleiten und mitzugestalten. Er lernt, die Realität seines

Leibes, seiner Person wieder wahrzunehmen und die menschliche Begrenzung zu akzeptieren. Der Gewinn ist enorm: er findet sich und die anderen Menschen wieder, er kommt Zuhause an.“ (Bischof 2003a, S. 11)

Es geht darum, sich selbst mit den eigenen Stärken und Schwächen annehmen, sein Herz öffnen und „seine Liebe objektbezogen richten“ (Thielen 2007, S. 756) zu können. Auch Selbsthumor mit „einer gewissen selbstkritischen Distanz auf sein narzisstisches Dilemma“ (Thielen 2007, S. 757) gehören dazu.

Der bewusste Zugang zur *Intuition*, zu Bildern (und Träumen), Impulsen, kreativen Einfällen und schöpferischen Kräften soll, insbesondere bei Frauen mit einem rigiden Körper, durch die grössere Durchlässigkeit und den freieren Fluss des Atems zur Stärkung der Ich-Kraft angeregt werden.

Auf diesem Weg ist es von grosser Wichtigkeit, dass der Klientin von der Therapeutin viel *Zeit, Raum und Präsenz* zugestanden wird, damit sie lernen kann, ihre Aufmerksamkeit nach innen zu richten. Hier spielt selbstverständlich die Gesprächsführung eine ausserordentlich wichtige Rolle. Ihre inneren Prozesse können sich entfalten, während sie sich in der Beziehung gehalten und geborgen fühlt.

Auf diese Weise entsteht im Verlauf mehrerer Jahre ein:

Realistisches Selbstbild und ein kontinuierliches und verbundenes Selbstgefühl.

5.5 Therapiekonzept

Der narzisstischen Persönlichkeitsstörung entspricht nicht einfach ein bestimmtes Ausmass an Ich-Stärke, respektive Ich-Schwäche. Auch in der Fachliteratur scheinen die Grenzen nicht genau definiert. So arbeiten wir in jeder Stunde mit all denjenigen Informationen, die uns die Klientin verbal und nonverbal gibt und die wir über die Feldwahrnehmung und die Gegenübertragungs-Gefühle und -Empfindungen wahrnehmen. Wir stellen uns auf das momentane So-Sein ein, wodurch wir jederzeit auf Veränderungen sowohl der Ich-Kraft als auch der Identifikation mit dem Minderwert oder der Grandiosität, auf Depression und Aggression eingehen können.

In Bezug auf das Vorhandensein von starren oder schwachen Körpergrenzen und der Wahrnehmung der Körperinnenräume unterscheiden sich vor allem zu Beginn der Therapie die Therapiekonzepte deutlich voneinander.

5.5.1 Starre Körpergrenzen

Die erfolgreiche, leistungsstarke und häufig ungeduldige Powerfrau kommt, ähnlich wie der männliche Narzisst, in die Therapie, wenn körperliche Beschwerden, ein Burnout, Angstzustände, eine Kündigung oder

Beziehungsschwierigkeiten sie aus dem Gleis werfen und sie nicht mehr ihrem Idealbild entsprechen kann.

Bei ihr finden wir eine kohärente Wahrnehmung des Körpers sowie vorhandene Körpergrenzen. Sie hat wenig Innenraum, klagt über Verspannungen, Nervosität, die Atembewegung erreicht das Becken nicht, der Atemrhythmus ist oft schnell, die Atempause fehlt. Sie kontrolliert das Leben und wenn möglich auch die Therapie. Sie hat zu Beginn der Therapie Mühe, nach innen zu spüren, ihre Wahrnehmung ist noch wenig differenziert.

Hier können wir im Prinzip mit klassischer Middendorfarbeit, mit Übungen und Behandlungen, beginnen (Bischof 2004, S.2). Wir sollten jedoch gut beobachten, ob wir sie mit diesem Ansatz wirklich erreichen oder ob wir sie auf der (vertrauten) Willensebene mit geführtem Atem und geführter Bewegung abholen und erst nach und nach zur Wahrnehmung des zugelassenen Atems hinführen.

- Dehnen, Raum schaffen
- in die Lösung kommen, weicher und nachgiebiger werden,
- absteigender Ausatem, hin zum unteren Raum
- sich lassen, sich auf den Boden niederlassen, sich tragen lassen
- sich dem Atem überlassen und damit zur Hingabe kommen

Der freiere Atemfluss und die grössere Durchlässigkeit für die Atembewegung bringen die Gefühle ins Fliessen. Der Aspekt des Weiblichen, welcher empfangend und nach innen lauschend ist, beginnt sich zu entfalten. Auch die Therapeutin öffnet sich dem Gefühlsraum. Sie ist ganz wach für die in ihr aufsteigenden Gegenübertragungs-Gefühle, beobachtet sie (vielleicht mehrere Stunden lang) und spricht sie zu gegebener Zeit und im Bewusstsein der Verletzlichkeit der Klientin vorsichtig an.

Manche Frau hat gelernt, ihre Gefühle von den Empfindungen abzuspalten. Sie nimmt eine bestimmte Empfindung (z.B. einen weiten Beckenraum) deutlich wahr, aber die Stimmungsveränderung kann sich noch unterhalb ihrer Wahrnehmungsebene bewegen. Es braucht Zeit, Raum und Dranbleiben, bis das Gefühlserleben bewusster werden kann. Hier kann möglicherweise der „Umweg“ über innere Bilder die Verbindung zu den Gefühlen wieder herstellen helfen. Durch viele Wiederholungen entsteht in der Klientin mit der Zeit eine Gefühlswahrnehmungsstruktur, eine grössere Gefühls-Selbstbewusstheit. Sie lernt ausserdem, die Beziehungsgefühle mit der Körper- und Atemwahrnehmung zu verknüpfen.

Die Klientin könnte mit folgender Intervention zur Wahrnehmung und zum Ausdruck von unbewusstem Ärger und Wut (und damit auch zur Möglichkeit der Abgrenzung) hingeführt werden:

Mit viel Bewegung, wie z.B. kreisenden Bewegungen oder Federn, wird das Erregungsniveau erhöht. Danach wird die Erregung mit kleiner werdenden Bewegungen wieder abgebaut. Dies wird, insbesondere wenn eine Krise, ein Therapieschritt immanent ist, immer wieder geübt. In diesem Wechsel treten bei der Klientin Bewegungsimpulse auf. Diese kann

die Therapeutin spiegeln, begleiten, aufnehmen und verstärken. Dies erhöht die Erregung wiederum. Das Energieniveau der Klientin wird schrittweise auf das Niveau der Erregung des verschütteten Gefühls angehoben. Das Hin und Hergehen zwischen viel und wenig Energie bewirkt das „in Fluss kommen“ gestauter, verschütteter Gefühle.

Die Therapeutin wendet nun verschiedene therapeutische Interventionen an (vgl. Bischof 2009a): sie spiegelt und unterstützt den Ausdruck, fragt nach dem Gefühl und den damit einhergehenden Empfindungen, Atemreaktionen, Bildern, erkundigt sich nach dem biographischen Kontext (wie alt fühlen Sie sich gerade?) oder konkreten Erinnerungen. Sie bietet der Klientin damit Raum und Zeit für ein ganzheitliches Erleben dieses inneren Geschehens. Zum Abschluss, in der *kathektischen Phase*, unterstützt die Therapeutin die Klientin darin, wieder in die Körper- und Atemwahrnehmung zu gehen. Dadurch wird die Erfahrung mit der leiblichen Realität verbunden (angejocht), die Klientin kommt langsam zur Ruhe und ins Hier und Jetzt. Bereits während der Erfahrung oder bei deren Verarbeitung können wichtige Bedürfnisse ins Bewusstsein kommen (vgl. Bischof 2009d, persönliche Notizen, Praxisseminar 2010).

5.5.2 Schwache Körpergrenzen

In der Praxis begegnen uns viele weiblich-narzisstische Klientinnen, die sich mit dem Minderwert identifizieren.

Die Körperwahrnehmung und die -grenzen der einen Gruppe sind im Becken-Beinbereich deutlich weniger vorhanden als im oberen Rumpf. Durch die unterspannten, oft schweren Beine und den schwachen Beckenboden kippt das Becken nach vorn und bewirkt eine Lordose im Lenden- und Nackenbereich und eine Kyphose im oberen Rücken. Anders als bei der Powerfrau ist ihr Brustraum zurückgenommen, im Liegen sind oft hervorstehende Rippenbögen zu sehen. Sie klagen über Verspannungen im Schulter-Nacken-Kiefer-Bereich. Diese Klientinnen haben auch Mühe, an ihre Gefühle heranzukommen, neigen zu Perfektionismus und sind im Denken und Analysieren daheim.

Bezüglich der Körper- und Atemarbeit stehen hier die Entwicklung eines guten Bodenkontakts über das Tonisieren von Beinen, Beckenboden und der Rumpfmuskulatur (aufsteigender Ausatem, Widerstandsarbeit) sowie das Lösen und Lockern von Schulter, Nacken, Kiefer (absteigender Ausatem, Brust-, Herz-, Hals-, Kopf-Innenraum) im Vordergrund. Es geht also darum, mit Widerstands-/Tonusübungen (siehe Kap. 5.9) und aufsteigendem Ausatem einerseits einen tragfähigen Grund aufzubauen und andererseits mit Hilfe des absteigenden Ausatems zu schmelzen. Auf die Frage bezüglich Nähe und Distanz sollte zu Beginn in der übenden Arbeit und auf der Liege geachtet werden.

Die zweite Gruppe von weiblich narzisstischen Klientinnen weist eine deutlich schwächere Ich-Struktur auf, ohne dass bereits eine Borderline-Störung vorliegt (siehe Kap. 5.3., S. 31). Erlebte Verletzungen der persönlichen Integrität bewirken, dass diese Frauen sich aus ihrem Körper „herausnehmen“, insbesondere wenn sie - auch in der Therapie! - in Situa-

tionen geraten, in denen sie sich, oft unbewusst, bedroht fühlen. Der Körper wird dann nicht mehr als Ganzes, also kohärent wahrgenommen, die Körpergrenzen sind nicht deutlich, die Körperwahrnehmung ist bisweilen nur über kurze Momente möglich und kann häufiges Wegtreten (Dissoziieren) mit sich bringen. Andererseits kann die Körperwahrnehmung auch sehr ausgeprägt und differenziert sein.

Gefühle können jederzeit aufsteigen und die Klientinnen u.U. überschwemmen. Hier geht es nicht darum, noch durchlässiger zu werden. Ganz im Gegenteil ist es notwendig, dem Weiblichen und Empfangenden Halt und Struktur über den Körper und dessen bewusster Wahrnehmung zu geben, damit es nicht zu einer Überforderung kommt.

Das Therapiekonzept gleicht für die erste Zeit dem Aufbau einer tragfähigen Ich-Struktur bei Borderline-Klientinnen:

1. Abholen und immer wieder „ausruhen“ auf der Denkebene. Erklären, informieren, Absichten offenlegen, sich transparent machen, um Vertrauen aufzubauen. Einen Raum der grösstmöglichen Sicherheit für die Klientin schaffen.
2. Wenn Gefühle auftauchen, diese wieder mittels deutlicher Körperempfindung (z.B. die Knochen der Beine klopfen) anjochen und ins Hier und Jetzt zurückkommen. Dieses Beruhigen immer dann üben, wenn die Erregung durch Gefühle und Gedanken bei Ankunft in der Praxis hoch ist oder in der Stunde steigt.
3. Herausfinden, wie viel Augenkontakt möglich ist, ohne dass die Klientin beginnt, sich unwohl zu fühlen, zu dissoziieren oder volatile Schmerzen auftreten.
4. Vor der Arbeit mit den Gefühlen geht es in der Hockerarbeit und in der Behandlung darum, dass die Klientin lernt, den eigenen Widerstand gegen etwas ihr im Hier und Jetzt Unangenehmes wahrzunehmen, ihn in Besitz zu nehmen (die Verantwortung für sich zu übernehmen!) und nein zu sagen, anstatt sich aus dem betreffenden Körperteil herauszuziehen, in die Unterspannung zu gehen oder zu dissoziieren: „Gehe du weg - ich bleibe!“ Es geht darum zu lernen, wie sich Widerstand anfühlt, wie er körperlich erfahrbar ist und dass er - in der Beziehung zu einem anderen Menschen - wirklich sein darf.

Weiter geht es um (Bischof 2004, S.3):

- die reine Körperempfindung.
- um das Bewusstmachen der Schwerkraft und der Körpergrenzen.
- reine Spürarbeit, auch mit Hilfe von Objekten, wie in der Eutonie n. G. Alexander.
- klare, vorgegebene Übungsabläufe. Sie geben Struktur.
- atemführende (!) Übungen. Sie geben Sicherheit.
- darum, herauszufinden, was es braucht, um mit der Wahrnehmung da bleiben zu können, d.h.
- das Einhalten von stimmiger Nähe und Distanz [auch Bedürfnis nach Fenster öffnen, kurz aus dem Zimmer gehen, etc., Anmerkung. B. O.].
- eine sichere, haltgebende und konstante therapeutische Beziehung.
- Beziehungsarbeit im Sinne von Konfrontation, Interpretation und klaren Abmachungen über das therapeutische Setting (Vertragsarbeit).

- **Druck** und **Verdichten** sowie um **Widerstand, Abgrenzung** und das **Halten** und partielle Lösen von **Spannung** in der Hocker und Behandlungsarbeit.
- den folgerichtigen Ablauf von
 1. Hockerarbeit
 2. Behandlung mit reiner empfindender Berührung
 3. Wahrnehmung des Atems (zuerst geführter AA, zugelassener EA, dann EA und AA zulassen und Atemruhe erleben)
 4. Arbeit mit dem Fühlen

Nach und nach wächst die Fähigkeit, sich auf den Ebenen der Empfindung, der Gefühle, der Intuition und des Denkens zu orientieren, sie differenzieren zu können und ganzheitlich wahrzunehmen. Die Aufmerksamkeit kann mit der Übung, entsprechend den Bedürfnissen des jeweiligen Moments, auch bewusst gelenkt werden. Daraus erwächst grösseres Selbst-Bewusstsein und das Vertrauen in die Fähigkeit sich zu distanzieren, zu schützen oder Nähe zuzulassen und sich zu öffnen ohne sich dabei zu übergehen. Die Liebe zu sich selbst, den Menschen, allen Lebewesen und der Erde kann sich entfalten.

Im Anhang IV sind die Therapiekonzepte, Interventionen und Therapiephasen in einer Übersicht zusammengestellt.

5.5.3 Spiegeln, würdigen – konfrontieren, interpretieren

Das Spiegeln (vgl. Bischof 2003a) hat in der Therapie von Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung eine grosse Bedeutung. Im *Gespräch*, wenn die Therapeutin eine Aussage, ein Gefühl oder einen Impuls der Klientin in ihre eigenen Worte fasst in der Haltung: „Habe ich Sie richtig verstanden, gesehen, gehört?“, bekommt der Ausdruck der Klientin Raum. Sie fühlt sich in ihrem So-Sein angenommen. Indem die Therapeutin ihr Herz öffnet und die Klientin bedingungslos annimmt, ermöglicht sie ihr, ihr eigenes Herz allmählich für sich selbst zu öffnen: für all ihre Empfindungen, Gefühle, Wünsche, Sehnsüchte, Ängste, Verletzungen, Befürchtungen und Impulse. Die Klientin kann dadurch beginnen, in sich selbst zu suchen: stimmt das, was mir die Therapeutin zurückgespiegelt hat, wirklich mit meiner Wahrnehmung überein? Oft verlieren sich Klientinnen, erzählen detailreich über Menschen und Dinge und verlieren sich dabei selbst aus dem Auge. Das Spiegeln kann hier helfen, die Anbindung an sich selbst (wieder) herzustellen. Auch in der *übenden Arbeit* ist es der Therapeutin möglich, die Klientin zu spiegeln.

Bei der *Behandlung* auf der Liege kann die Hand der Therapeutin die Klientin, beispielsweise in ihrem Atemrhythmus oder ihrem Widerstand, spiegeln, indem sie annimmt, was sie vorfindet und es ihr nicht darum geht, eine Änderung anzubieten.

Es darf nicht vergessen werden, dass auch eine Spiegelung für eine selbst-unsichere Klientin sehr konfrontativ wirken kann. Wenn die Therapeutin der Klientin viel Zeit einräumt, nichts erreichen und sich nicht als gute Therapeutin beweisen will und gutinhört und -fühlt, wird sie die Klientin weniger überfordern.

Wenn die Klientin bezüglich ihrer Innenwahrnehmung noch ganz unsicher ist („ich weiss nicht“, „es geht“, „gut“ sind häufige Antworten auf die Frage nach den Empfindungen oder dem Befinden), kann die Therapeutin der Klientin ihr „Mich Wahrnehmen“ vorleben, indem sie sich selbst spiegelt, sei es nun während des Gesprächs, beim Üben oder Behandeln. Sie macht sich transparent, berichtet, was sie empfindet, fühlt oder was für Impulse sie hat. Das regt die Klientin an, wie oben bereits beschrieben, bei sich selbst zu suchen (fühlt sich meine Brust auch eng an, fühle ich mich auch traurig, könnte ich jetzt eine tröstende Hand brauchen?) und sie lernt, wie sie ihre Erfahrungen ausdrücken kann.

Dieses Mitfühlen, Mitspüren und „Mithandeln wollen“ der Therapeutin kommt über die Aktivität der Spiegelneuronen zustande. Joachim Bauer beschreibt diesen Vorgang in seinem Buch, „Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone“, folgendermassen:

Tritt ein Mensch in unseren Wahrnehmungshorizont, dann aktiviert er, ohne es zu beabsichtigen und unabhängig davon, ob wir es wollen oder nicht, in uns eine neurobiologische Resonanz. Verschiedene Aspekte seines Verhaltens wie Blickkontakt, Stimme, mimischer Ausdruck, Körperbewegungen und konkrete Handlungen rufen in uns ein Spektrum von Spiegelreaktionen hervor. Wir rekapitulieren: In Resonanz begeben sich Nervenzellnetze, die auch dann aktiv werden würden, wenn wir selbst täten, was wir gerade bei einem anderen Menschen beobachten. Betroffen sind Netzwerke des prämotorischen Systems, die der Handlungsplanung dienen, und Netzwerke des Körperempfindens, mit denen wir spüren, wie sich eine Handlung für den wahrgenommenen Akteur anfühlt bzw. anfühlen würde. Letztere stehen in Verbindung mit den Emotionszentren des Gehirns: Auch hier befinden sich Spiegelnervenzellen, die in uns – nach Art des Simulators – das aktivieren, was zunächst nur die Emotionen und Gefühle des anderen waren. Durch Spiegelnervenzellen ausgelöste Resonanz bedeutet: Indem wir die Handlungsabsichten, Empfindungen und Gefühle eines Menschen selbst in uns spüren, gewinnen wir ein spontanes, intuitives Verstehen dessen, was den anderen bewegt. (Bauer 2006, S. 85-86).

Die Herausforderung für die Therapeutin ist es, so gut wie möglich die Befindlichkeit der Klientin von der eigenen zu unterscheiden versuchen und im Bewusstsein zu halten, dass eine Resonanz nur eintritt, wenn in ihr die Befindlichkeit der Klientin auch anklingen kann.

Hilfreich für den Aufbau einer Vertrauensbasis ist auch das *Würdigen* der Leistungen und Fähigkeiten der Klientin. Auch in, auf den ersten Blick, ungesund oder destruktiv wirkenden Handlungsweisen und Schutzmechanismen kann ein positiver Aspekt und etwas von der Essenz der Klientin gefunden werden. Wenn ein anerkennender, liebevoller Blick darauf fällt, können Belastung und Schuldgefühle abnehmen.

Konfrontation und Interpretation führen beim narzisstisch verletzten Menschen immer zu Abwehr und Widerstand, denn es kommt zur Wiederholung der Kränkung: „So, wie ich bin, bin ich nicht richtig, nicht erwünscht, nicht geliebt, muss ich mich ändern“. Das Vertrauen zur Therapeutin kann nicht wachsen. Im schlimmsten Fall kann diese Form der Intervention sogar zum Abbruch der Therapie führen. Wenn die Klientin

jedoch an Selbstvertrauen gewonnen hat und die therapeutische Beziehung gut und stabil ist, wird es mit der Zeit möglich, vorsichtig fragend zu konfrontieren oder eine Interpretation anzubieten.

5.6 Therapeutisches Setting

Aus den bisherigen Ausführungen geht hervor, dass ein wichtiges Augenmerk auf das therapeutische Setting gelegt werden sollte. In der klassischen Middendorf Arbeit galt und gilt scheinbar noch immer die Gleichung Einzelarbeit = Behandlungsarbeit auf der Liege. Wenn jedoch zu viel Nähe zu Dissoziation, Atemreduktion oder volatilen (wandernden) Schmerzen führt, dann kann bereits der Abstand zwischen den Stühlen oder die Blickrichtung beim Gespräch für das Gefühl der Sicherheit und des Wohlbefindens der Klientin zu einer wichtigen Frage werden. (Bischof 2003c, S.9).

Die Nähe-Distanz-Übung (Kapitel 5.9.) sollte angeboten werden, sobald der Verdacht auf eine Ich-Schwäche vorhanden ist, auch wenn die Klientin sogleich Behandlungen wünscht. Erst dann kann ermittelt werden, ob sie ihr Bedürfnis nach Distanz selber regulieren kann oder wie viel Distanz in der jeweiligen Position sie braucht, um sich wohl zu fühlen. Oft kommt es nach dieser Übung zu grossen Aha-Erlebnissen. Viele Erfahrungen und Schwierigkeiten im Alltag werden auf einmal verständlich. Es kann aber auch sein, dass eine Klientin diese Übung erst einmal verweigert, weil sie schon in anderen Therapien dazu angeleitet wurde und dabei negative Erfahrungen machte. Da gilt es zuzuwarten, bis die Zeit für einen neuen Versuch reif ist. Es ist zu beachten, dass das Resultat einer Nähe-Distanz-Übung bei der Klientin Schamgefühle auslösen kann.

5.7 Progression und Regression

Von Progression sprechen wir, wenn die Ich-Kraft wächst: mehr Wahrnehmung, mehr Benennen, sich Begleiten und Beruhigen können, lebendiger Ausdruck, offene, klare Kommunikation, zielgerichtetes Handeln... In der Regression schwindet die Ich-Kraft, die Wahrnehmung kann partiell weggehen. Geschieht etwas Besonderes im Umfeld/Alltag der Klientin oder in der Therapie, ist es hilfreich, wenn die Therapeutin eine Regression der Klientin wahrnimmt und allenfalls in Richtung Ich-Stärkung intervenieren oder sich als Hilfs-Ich anbieten kann.

Die liegende Position in der Behandlung begünstigt das Entstehen von regressiven Zuständen. Eine Form der Regression, die schlussendlich der Progression, der Entwicklung des Ichs dient, beschreibt Downing wie folgt:

„Im Wesentlichen geht es hier um einen vorübergehenden Zustand, der leicht eintreten kann, wenn wir mit dem Körper arbeiten. Ein Stück Kindheit tritt in den Vordergrund des Bewusstseins des Patienten, und zwar mit einer bestimmten körperlichen Eindringlichkeit. ... Dieser Zustand ist von einer stärkeren Unmittelbarkeit als die übliche therapeutische Begegnung mit Erinnerungen. Für Augenblicke fühlt der Patient sich fast, als wäre er ‚direkt dort‘, als würden die früheren Ereignisse sich hier und jetzt abspielen.“ (Downing 1996, S. 213)

Um eine andere Form, die im Gegensatz zur zitierten Variante der therapeutischen Entwicklung nicht dient, handelt es sich, wenn Klientinnen über

längere Zeit immer wieder während des Behandeln einschlafen oder wegträumen und weder ihren Atem noch den Körper oder die Gefühle wahrnehmen. Hier ist progressive, Ich-stärkende Arbeit auf dem Hocker, im Stehen und Gehen angesagt, in der die Körperwahrnehmung erhalten bleibt und vertieft wird. Diese Arbeit kann auch im Liegen möglich sein. Siehe Kap. 5.9 unter „Widerstandsarbeit in der Behandlung“.

Da bei (männlich) narzisstisch verletzten Frauen die Realitätskontrolle gut ausgebildet ist (Bischof 2003a, Anhang II), kann die Therapeutin bewusst regressiv arbeiten, wenn es gilt, zu starke Grenzen oder Unnachgiebigkeit schmelzen zu lassen. Voraussetzung dafür ist trotzdem genügend progressive, Ich-stärkende Arbeit, damit beim Aufbrechen von Gefühlen und Erinnerungen die beobachtende Instanz erhalten bleibt.

Grundsätzlich gilt es aber, laut Downing, damit abzuwarten, bis ein gutes Arbeitsbündnis besteht, die Klientin auftauchende Gefühle tolerieren und sich „schmerzlichen Wahrheiten der Vergangenheit“ (1996, S. 215) stellen kann. Besonders bei Ich-schwächeren Klientinnen geht eine längere Phase der Körper- und Atemarbeit voran, während der natürlicherweise hin und wieder Gefühle auftauchen, mit denen das Anjochen und Beruhigen geübt werden kann.

In der Atem- und Körperpsychotherapie ist das bewusste Einsetzen von Ich-stärkenden Körperübungen in Verbindung mit einem geführten Atem und der Verwendung von Hilfsmitteln wie z.B. Kirschkernsäcken oder Noppenbällen eine sinnvolle Erweiterung der Methode Middendorf in der Therapie von Menschen mit frühen Störungen. Mehr dazu in Kapitel 5.9.

5.8 Psychische und körperliche Abwehrmechanismen

Wir begegnen in unserer therapeutischen Arbeit psychischen und körperlichen Formen der Abwehr. Beide arbeiten ganz eng zusammen, z.B. wenn ein Gefühl eine Muskelanspannung auslöst.

„Ihre Funktion besteht darin, uns vor Dingen zu schützen, die wir nicht wahrhaben, fühlen oder tun wollen.“ (Downing 1996, S. 191)

Unter psychischer Abwehr verstehen wir sowohl abwerten, idealisieren, projizieren, verleugnen als auch ins Denken oder Analysieren gehen, wegtreten, träumen, einschlafen, ausweichen, ablenken, lachen, sarkastisch, ironisch oder trotzig sein, zu spät kommen, den Termin vergessen, in letzter Minute ein neues Thema anschneiden...

Körperliche Formen der Abwehr sind beispielsweise: schwindelig werden, Übelkeit oder plötzliche Schmerzen verspüren. Hier eine kurze Zusammenfassung weiterer Varianten von Downing (vgl. Downing 1996, S. 191 - 199):

1. Unterentwickelte motorische Schemata

Ein Mensch findet in seinem Bewegungsrepertoire keine Bewegungen, mit denen er oder sie ein bestimmtes Gefühl, welches in der frühen Kindheit und auch später gehemmt wurde, ausdrücken kann (z.B. aggressive Bewegungen, um Wut auszudrücken oder zärtliche Bewegungen, um jemanden in Liebe zu umarmen).

2. Defensiv verzerrte affektmotorische Schemata

Ein beispielsweise aggressives Schema wird zu häufig und in überzogenem Masse verwendet (z.B. Bewegungen und Körperhaltungen, die eine aggressive Abwehr ausdrücken, welche vor Verletzungen schützen soll).

3. Gegenmobilisierung

Eine Bewegung oder Anspannung, welche sekundenschnell einen spontanen Bewegungsimpuls bremst.

4. De-Aktivierung

Einen muskulären Wunsch, beispielsweise jemanden wegzustossen, durch Schlawfrwerden zu unterbinden

5. Chronisches Festhalten

Gleicht der Gegenmobilisierung, ist aber statisch. Da immer vorhanden, ist diese Abwehr weniger bewusst. Downing (S. 196) schreibt dazu, dass ein Mensch, welcher jahrelang Körpertherapie gemacht hat, zwar insgesamt lockerer und entspannter ist...

„Und trotzdem sind seine psychischen Probleme davon weitgehend unberührt geblieben, selbst wenn sie durchaus schwerwiegend sind. ...1. Sind viele verbale Schlüsselthemen nicht bearbeitet worden. 2. Ist auch auf der Ebene des Körpers selbst vieles von dem, was neu organisiert werden muss, ignoriert worden.“ (S. 197)

6. Chronische Hypotonie

Die statische Entsprechung zur De-Aktivierung, welche wir oft bei weiblichem Narzissmus im Becken(boden) - Beinbereich finden.

7. Atemreduktion

Diese Form ist uns Atemtherapeutinnen bestens bekannt. Downing schreibt dazu:

„ Diese Abwehr borgt sich Elemente von sämtlichen anderen Körperabwehrmechanismen und setzt sie für einen speziellen Zweck ein. Rufen Sie sich auch ins Gedächtnis, dass das Wichtigste nicht das Atemvolumen, sondern die Reaktionsfähigkeit des Atems ist. ...Deshalb ist jede defensive Verringerung der Atmung so machtvoll. Sie zieht sowohl unseren Kontakt zu uns selbst als auch den zu anderen Menschen in Mitleidenschaft.“ (S. 197)

8. Kinästhetische Vermeidung

Eine generelle, aber nicht vollständige Reduktion der Aufmerksamkeit für den kinästhetischen Bereich.

9. Kinästhetische Hyperkonzentration

Fortlaufende oder besessene kinästhetische Beachtung eines ausgewählten Aspekts oder Bereiches des Körpers, andere Bereiche werden ausgeblendet.

10. Visuelle Körperbildkonstruktion

Den Körper nicht von innen wahrnehmen, sondern von aussen sehen. Durch das visuelle Bild nicht realisieren, dass der Kontakt zum Körper verloren gegangen ist.

Sowohl in der übenden Arbeit als auch in der Behandlung sind wir mit vielen dieser Abwehrformen konfrontiert. Wir lernen und üben, sie wahrzunehmen und sie für die Klientinnen positiv zu deuten, wenn sie bewusst werden.

Unser Tun ist darauf ausgerichtet, die Klientinnen geduldig darin zu unterstützen, dass affektmotorische Schemata ihr „blockiertes Wachstum wieder aufnehmen können“ (Downing 1996, S. 209), die darunter liegenden Erinnerungen und Gefühle sukzessive zu erleben, zu sich hin zu nehmen und die daraus entstehenden Bedürfnisse zu kommunizieren.

5.9 Interventionen im Einzel- und Gruppensetting

In diesem Kapitel soll besonders auf körpertherapeutische Interventionen eingegangen werden, welche nicht der klassischen Middendorf Arbeit zugerechnet werden können. Sie sind jedoch in der Therapie von frühgestörten, sehr durchlässigen Menschen wichtig, weil sie den oft schwierigen Zugang zum Körper, zum Aufbau von Körpergrenzen und zu einer kohärenten Körperwahrnehmung und der Wahrnehmung des Atems ebnen helfen. Oft ist die Körperwahrnehmung auch sehr gut, aber die Körpergrenzen sind nicht (ausreichend) vorhanden!

Aufgrund der Schwierigkeit, Nähe ertragen zu können, muss hier zu Beginn oft über einige Zeit übend gearbeitet werden, aber auch das ist keine Regel! Manchmal ist die Nähe in der liegenden Position einfacher zu ertragen.

In der APT-Praxis hat sich der Begriff „*Strukturübungen*“ herausgebildet, weil sie die Körperstrukturen ansprechen und Halt, Begrenzung, Stabilität und eine gute Erdung erzeugen. Der Begriff der Übung wird dabei und allgemein in der Atem- und Körperpsychotherapie, wie Röhricht schreibt, folgendermassen verstanden:

„Eine Übung ist demnach nicht zu verstehen als ein auf das Erwerben bestimmter Fertigkeiten ausgerichtetes Handeln – etwa wie in der Gymnastik oder im Sport – sondern ist eine spezifische und gerichtete, im individuellen Therapieverlauf eingesetzte Intervention.“ (Röhricht 2000, S. 89)

Hier beispielhaft einige Übungsmöglichkeiten:

Beine abklopfen

Diese Übung kennen wir Atemtherapeutinnen gut: die Beine von oben nach unten oder umgekehrt abklopfen, was die Beine und deren Grenzen besser spürbar werden lässt.

Eine geführte Variante für Situationen, in denen die Klientin von Gefühlen (Ängsten!) und Gedanken übermannt ist und sich dabei körperlich, speziell in den Beinen, nicht mehr spürt, könnte folgendermassen aussehen: *Von der Leiste her dem Oberschenkelknochen entlang zu den Knieknochen und zurück klopfen, vom Knie dem Schienbein entlang zu den Fussknochen und zurück. Rechts, links, beidseitig je 3x, dabei immer auf 10 zählen. Danach ev. noch Trochanter und Kreuzbein dazu nehmen, je 10 x.* In dieser Übung ist kein Raum für eigenes Gestalten. Der Raum wird ausgefüllt durch klopfen, spüren, zählen. Dadurch steigt die Wahrscheinlich-

keit in einer Erregung ins Hier und Jetzt zu kommen. Ein Nachspüren nach der Übung würde das sofortige Zurückgehen in Gedanken und Gefühle begünstigen, da in der Erregung die Ich-Kraft nicht reicht, um bei der Körperwahrnehmung zu bleiben.

Geübt wird dieses Abklopfen in der Therapie und im Alltag in Momenten der Ruhe und der Erregung.

Kirschkernsäcke und Füße

*Fuss-grosse Kirschkernsäcke (im Winter schön warme, einladende) mit den Zehen und den ganzen Füßen bearbeiten: rechts, links, beidseitig. Enge verbale Begleitung hilft dabei, in der Empfindung der Füße und der Kirschkerne zu bleiben. Bei dieser und ähnlichen Übungen mit Noppenbällen oder Noppenigeln mit flachem Boden könnte noch der *Fuss-Druck auf den Igel im Ausatem (mit Zählen, ff oder ss)* dazu genommen werden.*

Noppenball zwischen Rücken und Wand

Die Knie sind leicht gebeugt, den Ball irgendwo zwischen Kreuzbein und Schulterblättern und der Wand positionieren. Das Gewicht von einem Bein aufs andere verlagern (Tonus!) und auf diese Weise den Rücken von unten nach oben oder wie gewünscht mit querverlaufenden Bewegungen massieren. In Schrittstellung könnte die Klientin anschliessend im AA auf ff oder ss Druck gegen den zwischen Kreuzbein und Wand liegenden Ball geben.

Tonusaufbau und -abbau

Diese Übungen können in vielen Varianten und in verschiedenen Ausgangspositionen ausgeführt werden. Sie gleichen der „Progressiven Muskelentspannung“ nach Jacobson, werden aber im Atemrhythmus ausgeführt. Durch sie kommt ein Rhythmisieren der Atmung und, infolgedessen, eine Beruhigung zustande. Ein getönter (Phonations-) Ausatem (auf ff, ss, sch, rr) unterstützt die Klientin in der Wahrnehmung des Atems und sie lernt, Bewegung und Atemrhythmus in Einklang zu bringen. Das Tönen erfordert ein nicht allzu hohes Niveau an Aufmerksamkeit und lenkt den Fokus weg von Gedanken und Gefühlen. Der Ausatem wird ausserdem durch die Konsonanten gebremst und wird dadurch länger, was die Wahrnehmung erleichtert und einem angenehmen Bewegungsrhythmus zu Gute kommt.

Wie hilfreich sie sind, um den eigenen Körper besser zu spüren, ihn als Halt gebend zu erfahren, sich zu beruhigen, zu entspannen und gleichzeitig zu beleben und zu stärken, habe ich in meinen Rückbildungskursen auf eindruckliche Weise erlebt. Für manche Klientinnen sind sie Retter in der Not geworden, wenn sie sich zu sehr im Aussen verlieren und von Eindrücken überschwemmt werden.

- a) Aufrecht sitzend auf einem Hocker: *Im Ausatem (AA) auf ff oder ss Fuss in Flexposition bringen und das Bein gestreckt anheben. Im Einatem (EA) hinstellen und lösen. Ein bis mehrere Atemzüge Pause, dann weiterüben. Die Spannungszunahme und -abnahme gut spüren.*

Der AA auf ff, ss, sch ist ein einfacher Einstieg ins Wahrnehmen (Hören und Spüren!) der Atmung. Aber Achtung, manche Klientinnen fühlen sich extrem unwohl oder „blöd“ dabei. Dann nur geräuschlose Lippenbremse anbieten.

- b) In derselben Ausgangsposition: *Im AA auf ff oder auch ss: aufgerichteten Rumpf ein wenig nach hinten lehnen und dabei ganz gerade bleiben, im EA zurück. 3x wiederholen: beim ersten Mal Tonusveränderungen im Bauchbereich, dann im Rücken und zuletzt im Becken(boden)-Beinbereich gut beobachten. Wie wird der Rumpf jetzt erlebt? Gibt er mehr Halt, ist er besser spürbar?*
- c) Wieder im Sitzen: *Füsse hüftbreit, Knie geschlossen, Thera-Band eng um Oberschenkel, „Knoten“ mit einer Hand festhalten. Im AA, wie immer auf ff, ss oder sch, die Beine auseinander bewegen, ev. auch ein paar Atemzüge draussen bleiben und danach im Rückweg und in der Pause entspannen.*
- d) Im Sitzen: *Autoschwamm in eine Achselhöhle legen. Im AA an den Körper drücken, im EA entspannen.*
- e) Knie-Ellenbogenstellung: *Füsse ausgestreckt oder im Zehenstand, Handflächen nach oben, Oberarme und -schenkel senkrecht: Im AA die Knie max. 5 Zentimeter abheben, im EA zurück auf den Boden.*
- f) Im Liegen oder Sitzen: *Den Einatmen kommen lassen oder wenn das noch nicht geht, ihn möglichst ruhig (in den Bauch) holen. Im Ausatmen auf sss entsteht eine wahrnehmbare Anspannung der Bauchdecke. Diese willentlich ein wenig verstärken. Oder das Tönen im Ausatmen weglassen und die Bauchdecke sanft ein wenig anspannen.*

Die Dosierung des Tonusaufbaus richtet sich nach der dadurch entstehenden Körperwahrnehmung. Sobald die Klientin sich im angesprochenen Körperteil gut spürt, braucht es keinen weiteren Tonusaufbau. Im Fokus ist nicht primär ein Muskelaufbau, sondern die Fähigkeit, den eigenen Körper wieder wahrnehmen zu können und ihn als Halt gebend zu erfahren. Sie bereiten die Klientin ausserdem auf die Widerstandsübungen in der Partnerarbeit vor (man denke dabei an die oben erwähnten körperlichen Widerstandsformen der De-Aktivierung oder der chronischen Hypotonie). Wir können das „Druck geben“ auch ganz dem Körper und seinen Bedürfnissen überlassen und die Klientin ermutigen, das, was sich zeigen möchte zuzulassen.

Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt und es gibt viele Bücher mit entsprechenden Übungen, welche wir wie oben beschrieben anleiten können. Ausserdem eignen sich beispielsweise einfache Bewegungsabläufe aus dem Yoga sehr gut für Klientinnen mit schwacher Körperwahrnehmung. Sie haben eine klare Struktur und beinhalten neben den starken Dehn-Streckungen häufig auch das tonisierende, kräftigende Element. Rhythmische Bewegungen mit den Füßen oder mit Bällen, die auf den Boden geprellt werden und zu denen auch gezählt werden kann, helfen, sich von Gedanken und/oder Gefühlen zu distanzieren.

Je weniger Ich-Kraft in Bezug auf die Sammlungsfähigkeit vorhanden ist, desto mehr ist die kontinuierliche verbale Begleitung beim Durchführen der Übungen und beim Nachspüren gefragt (das gilt selbstverständlich auch beim Behandeln). Auch die Dauer des Nachspürens ist der Klientin anzupassen. Manchmal ist Nachspüren noch gar nicht möglich, da die Klientin sofort weggeht. Dann ist es sinnvoller, ruhig eine Übung nach der anderen anzubieten, ohne Pausen oder mit Pausen ohne Nachspüren.

Behandlung und Berührung

Als Vorbereitung für das Berührt werden auf der Liege können wir das „Tragen lassen“ einüben. Die Klientin nimmt sich, von der Therapeutin begleitet, von Fuss bis Kopf im Kontakt mit der Unterlage wahr, gibt ihr Gewicht ab, lässt sich von ihr tragen.

In der Behandlung sollte dann darauf geachtet werden, dass Klientinnen mit schwachen Körpergrenzen nicht noch mehr „zerfliessen“. Deshalb sprechen wir die Körpergrenzen und die knöchigen Strukturen an. Dies kann, wenn die Berührung mit den Händen noch zu herausfordernd ist, auch mit Hilfe von aufgelegten Kirschkerntaschen, Steinen oder ähnlichen „Mittler“-Gegenständen geschehen.

Widerstandsarbeit in der Behandlung

Wir können auch mit dem Widerstand arbeiten:

Die Klientin liegt in Rückenlage, die Beine ruhen auf einem Venenkissen. *Die Therapeutin legt beispielsweise die rechte Hand an ihre rechte Fusssohle und lädt die Klientin ein, im AA auf ff Druck gegen diese Hand zu geben und im EA wieder zu entspannen.* Das Venenkissen trägt dazu bei, dass die Klientin beim Drücken nicht ins Hohlkreuz geht. *Die Klientin darf den Druck variieren, ausprobieren, „was das Bein will“ und spüren, wie sie sich dabei fühlt (Sorge, dass es für die Therapeutin zu anstrengend wird? Freude? Oder Ärger?) und wie sie ihren Körper und ihren Atem danach wahrnimmt.*

Eine fortgeschrittene Variante könnte so aussehen: *Die Klientin ist frei zu entscheiden, wie lange, wie intensiv und mit welchen Pausen sie gegen die Hand drückt, sie wegschiebt oder sich bei ihr Halt sucht (alles ist möglich).* Das kann eine sehr tiefe Arbeit werden. Auf die Frage nach dem gefühlten Alter kommt manchmal die Antwort „gaaanz jung“ - „ein Baby?“ - „Ja, genau!“. Ich hatte bei einer - sehr angepassten - Klientin den Eindruck, dass sie ein verloren gegangenes affektmotorisches Schema wiederentdeckt hatte. Sie war tief ins Erleben eingedrungen und ihre Gesichtshaut wurde auf einmal gut durchblutet. Zwischendurch nahm ich einen Anflug von „hey, das bin ich!“ wahr, was ich ihr spiegelte, denn sie konnte diesen Moment nicht benennen. Sie hatte noch keine Worte für ihre Gefühle!

Auch das Kreuzbein und die Trochanter bieten sich zur Widerstandsarbeit an. Ich beginne gerne mit dem AA, weil das zu Beginn am einfachsten ist und der EA reflektorisch frei einströmen kann. Aus dem Feld heraus kann deutlich werden, wann der Widerstand im EA möglich ist.

Hier liegt der Gedanke nahe, dass es bei diesen Übungen darum gehen könnte, blockierte „Differenzierungsschemata“ zu erfahren und deren (Weiter-) Entwicklung zu unterstützen. Oft beobachte ich, dass Frauen, welche ihre (allfällige) erste Zurückhaltung überwunden haben, dieses Ab- oder Wegdrücken mit viel Freude ausführen und sich danach viel lebendiger und „aufgestellter“ fühlen. Es gibt zu diesem Thema auch viele Partnerübungen im Stehen oder Sitzen. Manchmal ist es anfänglich notwendig, sich nicht direkt körperlich zu berühren, sondern einen Gegenstand als Mittler zwischen Klientin und Therapeutin zu verwenden.

Beziehungs-Gefühle in der Partnerarbeit

Wir bieten eine einfache Partnerarbeit an, wie z.B. den Rücken abklopfen oder mit den Daumen die Muskulatur unterhalb des Prominens massieren. Während der Übung wird nicht gesprochen. *Der Fokus der „Behandlerin“ und der „Klientin“ liegt nun nicht in erster Linie auf der Empfindung, sondern beide nehmen wahr, wie sie sich während des Berührens und Berührt-Werdens fühlen. Ihr Erleben der Hände und der Beziehung, tauschen sie mittels Ich-Botschaften aus.* Auf diese Weise mit einem Gegenüber zu kommunizieren ist für viele Klientinnen eine neue und herausfordernde Erfahrung.

Nähe-Distanz Übung (Bischof 2003c, S.9)

Diese Übung, die nicht nur Übung zur Wahrnehmung der richtigen Distanz, sondern auch ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel ist, kann im Stehen, Sitzen und im Liegen ausgeführt werden.

Im Stehen: Die Klientin und die Therapeutin stellen sich weit voneinander auf. Therapeutin: „Ich bleibe nun hier stehen und Sie, nachdem Sie sich an ihrem Platz stehend wahrgenommen haben, machen einen Schritt in meine Richtung und spüren nach.“ Dazu gibt die Therapeutin konkrete Anweisungen: „Wie erleben Sie Beine, Bauch, Rücken, Brust, Nacken, Atem, etc.?“ Die Klientin berichtet nach jedem Schritt über ihre Wahrnehmungen. Es kann sein, dass die Klientin sehr nahe kommt (und die Therapeutin sich schon lange nicht mehr wohl fühlt, dies aber noch für sich behält) oder auch bald merkt, dass für sie die Nähe zu unangenehm wird und sie keinen weiteren Schritt nach vorne machen möchte. Der Weg zurück wird daraufhin mit derselben Sorgfalt ausgeführt.

Die Therapeutin bringt ihre Wahrnehmungen immer soweit ein, wie sie es momentan (Überforderung der Klientin!) für angebracht hält.

Anders herum kann auch die Klientin stehen bleiben und die Therapeutin Schritte auf sie zu machen. Es ist klar, dass dies wieder eine ganz andere, u.U. schwierigere, Situation für die Klientin darstellt.

Gleichermassen wird mit dem *Rückwärtsgehen* der Klientin oder der Therapeutin umgegangen.

Beim Üben auf dem *Stuhl* ist nicht nur die Distanz ein Thema, sondern auch, ob sich Therapeutin und Klientin frontal oder leicht zur Seite gedreht (nach rechts oder nach links kann unterschiedliche Reaktionen auslösen!) gegenüber setzen oder ob die Klientin sich erst wohlfühlt, wenn beide neben einander Platz nehmen.

Wenn die Klientin liegt, nähert sich die Therapeutin mit ihrem Stuhl vorsichtig der Liege, vorerst etwa auf Höhe der Füße oder Knie und an-

schliessend kann sie sich langsam in Richtung Schultern bewegen, wenn sich die Klientin dabei weiterhin wohl fühlt.

Welche von diesen Varianten in einer Stunde Sinn machen, muss im Moment entschieden werden. Oft reicht fürs Erste die Bewegung der Klientin in Richtung Therapeutin. Das Erlebnis muss von der Klientin auch erst „verdaut“ werden!

Im Verlauf der Therapie geht es dann auch darum herauszufinden, welches die Angst vor der Nähe ist: ist es z.B. die Angst vor bestimmten Erwartungen, die Angst vor körperlichen Übergriffen oder vor dem strafenden Blick? Dasselbe gilt auch in Bezug auf die Angst vor zu grosser Distanz. Auch sie hat für jede Klientin, die davon betroffen ist, einen Namen.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass alle unsere Interventionen bei Klientinnen mit frühen Störungen folgendes zum Ziel haben:

- Einen sicheren Raum herstellen
- Die eigene Realität im Hier und Jetzt wahrnehmen
- Den Körper ganzheitlich und mit Konturen wahrnehmen
- Die vier Bewusstseinsfunktionen differenzieren
- Das Zusammenspielen aller Bewusstseinsfunktionen
- Sich nach aussen hin abgrenzen, zwischen Selbst und Objekt unterscheiden
- Die eigenen Bedürfnisse wahrnehmen und nach aussen kommunizieren
- Die Aufmerksamkeit bewusst lenken
- Die eigenen Affekte kontrollieren und sich beruhigen
- In Kontakt mit abgespaltenen Gefühlen kommen
- Sich der eignen Überzeugungen, Lebenshaltungen, Gewohnheiten bewusst werden
- Neue Möglichkeiten ausprobieren und üben
- Die Frustrationstoleranz erhöhen
- Sich und die eigenen Kompetenzen realistisch einschätzen (Kongruenz von Selbst- und Fremdwahrnehmung)
- Sich selber akzeptieren, liebevoll annehmen

Vergleiche dazu auch die Abschlussarbeit von Brigitte Maas (2010).

6. Fallbeispiel

Das Fallbeispiel wird publiziert werden, sobald die Therapie abgeschlossen sein wird.

7. Schlussfolgerungen / Diskussion

Als es darum ging, diese Abschlussarbeit in Angriff zu nehmen, wurde ich stark mit meiner eigenen Identifikation mit dem Minderwert konfrontiert: „Das hab ich seit über 20 Jahren nicht mehr gemacht! Das schaff ich nicht in so kurzer Zeit! Wo soll ich denn beginnen?“ Ich rang mit mir und wurde

mir auch meiner Bequemlichkeit bewusst. Lieber andere bewundern, als mich selber anstrengen! – Dann aber habe ich mich einlassen können und die Freude bei der Arbeit hat mich die ganze Zeit begleitet. Das war ein schönes und ermutigendes Erlebnis.

Viele Themen, welche diese Arbeit aufgreift, bedürften noch der Erweiterung und Vertiefung. Die Entwicklung der weiblichen Identität oder das Bewusstsein für und der Umgang mit der (weiblichen) Sexualität in unserer Arbeit sind Beispiele dafür. Sehr interessant wäre m. E. auch, die midden-dorf'schen Atemweisen, welche bekanntlich vor allem Frauen ansprechen, in Beziehung zur Erfahrung des Weiblichen zu setzen und mit Forschungen und Erfahrungen von Autorinnen anderer Richtungen zu verknüpfen. Auch die Resultate der Eltern-Kind Forschung und der Neurobiologie und deren Implikationen für die Atem- und Körperpsychotherapie wären äusserst interessante Gebiete, welche nach weiterer Auseinandersetzung rufen.

Ich hoffe, dass sich viele Atem- und Körpertherapeutinnen und -therapeuten von meinen Ausführungen über den weiblichen Narzissmus inspiriert fühlen und Lust bekommen, sich damit zu beschäftigen. In ihrer Arbeit können sie noch mehr dazu beitragen, dass Frauen ihren Schmerz loslassen und mit mehr Mut und Energie ihren Weg verantwortungsvoll und selbstbewusst gehen.

Vielleicht könnten einige Aspekte der Atem- und Körperpsychotherapie in die atem- und körpertherapeutischen Grundausbildungen eingeführt werden, wie zum Beispiel die Strukturübungen, das (verbale) Spiegeln in Behandlung und Gruppe oder die therapeutische Beziehung. Der sorgfältige Umgang mit Nähe und Distanz sollte zu einem Anliegen aller Therapeutinnen und Therapeuten werden, welche Menschen mit ihren Händen berühren und in Gruppen oder im Einzelsetting (insbesondere Partner-) Körperübungen anbieten.

Mich würde es auch freuen, wenn der Atem dazu beitragen würde, die gegenwärtige Spaltung zwischen klassischen Atemtherapeutinnen und Atem- und Körperpsychotherapeutinnen zu überwinden. Für den Aufbau einer schwachen Ich-Struktur braucht es m. E. die dargestellten Ergänzungen. Den weiteren Weg des zugelassenen Atems, des ganz Leib Seins und das Vorwärtsgen bis in spirituelle Tiefen hat uns Ilse Middel-dorf auf meisterhafte Weise gelehrt.

Voraussetzung für die Heilung unserer Welt ist nämlich, dass die Frauen über ihren Schatten springen. Der Schatten ist mächtig, und er ist dunkel. Er umfasst all die Auswirkungen und die Reaktion auf die Verletzung des Weiblichen: Schmerz, Ärger, Wut und Trauer, Misstrauen und Ohnmacht, Manipulation und Kälte, Resignation und vor allem das Zurückhalten und Vergraben der echten weiblichen Qualitäten. Auch hier geht es darum, nicht mehr mit gebanntem Blick in die Dunkelheit zu schauen und die Wunden dieses Schattens wartet. Dies geschieht nicht dadurch, dass wir den Schatten umgehen oder verleugnen, sondern indem wir, vor allem die Frauen, annehmen, verzeihen und über den Frieden des Herzens zurückfinden zu den Quellen unserer weiblichen Kraft.

Angela Fischer
2010, S. 16

8. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Bauer, J. (2006). Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag
- Bischof, S. (2003a). Arbeitspapier Narzissmus. AFA Info. Gefunden am 15.05.2010 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/narzissmus.pdf>
- Bischof, S. (2003b). Diagnose Erstgespräch. Gefunden am 22.06.2010 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/diagnoseerstgespraech.pdf>
- Bischof, S. (2003c). Arbeitspapier Frühe Störungen. Borderline. AFA Kongressbericht. Gefunden am 20.05.2009 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/borderline.pdf>
- Bischof, S. (2004). Starkes Ich – schwaches Ich. SBAM Atem-Impulse. Gefunden am 22.05.2010 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/starkesichschwachesich.pdf>
- Bischof, S. (2009a). Atempsychotherapeutische Interventionen. Gefunden am 28.05.2010 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/apinterventionen.pdf>
- Bischof, S. (2009b). Der Mensch im Feld des Atems. Gefunden am 20.05.2010 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/dermenschimfelddesatems.pdf>
- Bischof, S. (2009c). Übertragung und Gegenübertragung. Gefunden am 20.05.2010 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/studienmaterial/uebertragungwiderstand.pdf>
- Bischof, S. (2009d). Verletzung, Wut, Krise in der APT. Gefunden am 3.06.2010 unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/verletzung_wut_krise.pdf
- Downing, G. (1996). Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. München: Kösel Verlag

- Fischer, A. (2010) Frau sein, sensibel und stark. Mit der Kraft weiblicher Spiritualität das Leben neu gestalten. Amerang: Crotona Verlag
- Fischer, S. N. Das Potential der sexuellen Liebesbegegnung zwischen Mann und Frau. Gefunden am 24.05.2010 unter <http://www.ibp-institut.ch/ueber-ibp/artikel-buecher/artikel-zum-download/potential-liebesbegegnung/>
- Grof, S. (1985). Geburt, Tod und Transzendenz. Neue Dimensionen in der Psychologie. München: Kösel Verlag
- Harms, Th. (2008). Emotionelle Erste Hilfe. Bindungsförderung. Krisenintervention. Eltern-Baby-Therapie. Berlin: Ulrich Leutner Verlag
- Krainz, E. E. (1998). Der Narzissmus der Mächtigen. Zur Psychologie exponierter Positionen. In Krainz, E.E. / Groß, H. (Hrsg.).(1998). Eitelkeit im Management (S. 167-206). Wiesbaden, Gabler
- Largo, R. (2010). Babyjahre. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren. München/Zürich: Piper Verlag
- Maas, B. (2010). Ich hole dich dort ab, wo du stehst. Diplomarbeit in Atempsychotherapie. Gefunden am 6.10.2010 unter <http://www.atempsychotherapie.de/documents/abschlussarbeiten/maasbrigitteaptstrukturschwaechen.pdf>
- Maaz, H.-J. (2001). Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie. In Maaz, H.-J./ Krüger, A. H. (Hrsg.). Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie. Materialien zur analytischen Körperpsychotherapie (S.16-27). Lengerich: Pabst Verlag
- Maaz, H.-J. (2007) Körperpsychotherapie bei Frühstörungen. In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.).(2007). Handbuch für Körperpsychotherapie (S. 741-748). Stuttgart, New York: Schattauer GmbH.
- Maaz, H.-J. (2009). Der Lilith Komplex. Die dunklen Seiten der Mütterlichkeit. München: Deutscher Taschenbuchverlag
- Röhr, H.-P. (2009). Narzissmus. Dem inneren Gefängnis entfliehen. Düsseldorf: Patmos Verlag
- Röhrich, F. (2000). Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag

Schmalz, C., Unger, M. (2007). Paarkonflikt und Persönlichkeit. Die Zweierbeziehung als Kollusion (Nach J. Willi). Gefunden am 25.05.2010 unter <http://www.ipsis.de/themen/themapaar.htm>

Thielen, M. (2007). Körperpsychotherapie bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen. In Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.). (2007). Handbuch der Körperpsychotherapie. (S.749-758). Stuttgart: Verlag Schattauer GmbH.

Trungpa, C. (2005). The sanity we are born with: a Buddhist approach to psychology. Boston: Shambhala Publications.

Wardetzki, B. (2009). Weiblicher Narzissmus. München: Kösel Verlag

9. Anhänge

9.1 Anhang I: Entwicklung des Selbstwertes

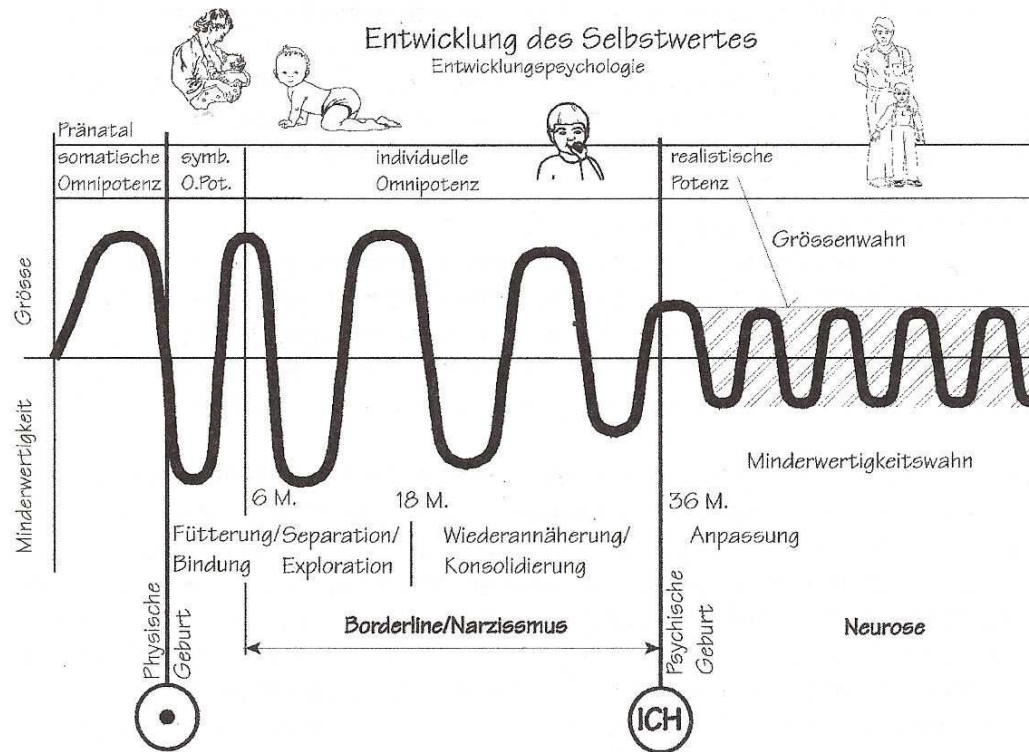


Abbildung 1 : Entwicklung des Selbstwertes (Quelle: Konrad Stauss, Fortbildungsskript 1988. In Bischof, 2003a)

9.2 Anhang II: Strukturniveau (1)

Tabelle 3 : Strukturniveau (1), in Anlehnung an Maaz (1997).

Störung	Strukturniveau	Ich-Stärke	Abwehrmechanismus	Inhalt der Abwehr	Realitätsbezug
Neurose	Hohes Strukturniveau	Ich-stark	Verdrängung	Eigene Bedürfnisse, Impulse	Gut
Narzisstische Störung	Mittleres Strukturniveau	Ich-schwach	Spaltung	Gefühle von Schmerz, Wut, Trauer, Bedürftigkeit, Hilflosigkeit, Furcht, Grandiosität oder Minderwert	Gut bis nicht ausreichend vorhanden
Borderline Störung	Niederes Strukturniveau	Ich -schwach	Spaltung	Entweder die gute oder die böse Mutter, Körperempfindungen, Denken und Fühlen	Nicht ausreichend vorhanden bis...
Psychose		Ich-schwach	Spaltung		...nicht vorhanden

Quelle: Maaz, H.-J., in Marlock, G. & Weiss, H. (2007). Handbuch für Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer GmbH)

9.3 Anhang III: Strukturniveau (2)

Tabelle 4 : Strukturniveau (2), erweitert in Anlehnung an Maaz (1997).

Störung	Mutterbotschaft	Angst	Konflikt	Beziehungsleitsatz Die Beziehung wird gehalten, egal...	Gute Mutterbotschaft / Therapeutische Haltung
Neurose	„Du darfst leben, du bist mir auch etwas wert, wenn du so bist, wie ich dich brauche!“	Liebesverlust	(Liebes)Sehnsucht	...wie gross die Angst, Scham- und Schuldgefühle sind	„Du darfst so sein, wie du bist.“
Narzisstische Störung	„Du darfst leben, aber du bist mir nichts wert!“	Objektverlust	Wertschätzung	...wie gross die Kränkung, Schmerz, Wut...sind	„Du bist liebenswert, so wie du bist. Du musst nichts leisten dafür.“
Borderline Störung	„Sei nicht, lebe nicht!“	Vernichtung	Existenzberechtigung	...was passiert	„Du darfst sein. Ich bin ich und du bist du.“

Quelle (Mutterbotschaft, Angst):

Maaz, H.-J., in Marlock, G. & Weiss, H. (2007). Handbuch für Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer GmbH

Quelle (Konflikt, Beziehungsleitsatz):

Bischof, S. (2003a, 2003c).

9.4 Anhang IV: Narzisstische Störung

Tabelle 5 : APT Therapiekonzept / Interventionen / Therapiephasen

Therapie-konzept	Hauptinter-ventionen	Übende Körper- und Atemarbeit im Einzel- und Gruppensetting	Behandlung auf der Liege	Therapiephasen
<p>Aufhebung der Spaltung</p> <p>Aufbau, Nachreifung des Körper-Ichs</p> <p>Aufweichen der Persona</p> <p>Empfinden und Fühlen verbinden</p> <p>Erden, Stärken der Atem- und Wahrnehmungskraft (Ich-Stärke), Widerstandskraft!</p> <p>Fähigkeit zur Tonusregulierung und Bedürfnisregulation</p> <p>Im Denken und Analysieren abholen (sichere Insel)</p>	<p><u>Sein dürfen</u> wie ich bin, würdigen, begleiten, spiegeln (nicht konfrontieren und interpretieren, keine Ratschläge)</p> <p>Erst Ich-stärkende <u>Empfindungsarbeit</u> entsprechend der Ich-Kraft, dann progressiv und regressiv im Wechsel.</p> <p>Gegenübertragungs-Empfindungen!</p> <p><u>Widerstand</u> (wNZ) in Besitz nehmen. Nein sagen!</p> <p>Den <u>Gefühlsraum</u> öffnen, echte Gefühle würdigen. Gegenübertragungs-Gefühle!</p> <p><u>Nähe-Distanz</u> prüfen bei nicht kohärenter Körperwahrnehmung und schwachen Körpergrenzen, im Stehen, Sitzen, Liegen</p>	<p>Körper- und Atemarbeit entsprechend der individuellen Ich-Stärke und vorhandenen Körpergrenzen:</p> <p><u>Rigid-starr</u>: Innenraum, Bodenkontakt, Lösen des oberen Raumes, absteigender AA, Durchlässigkeit, Fluss, Kreis, Impulse wahrnehmen, zulassen</p> <p><u>Durchlässig-schwach</u>: Zuerst Strukturübungen mit, dann ohne Gegenstände, Körpergrenzen aufbauen, aufsteigender AA, <u>Widerstandsarbeit</u>, seitlich, von vorne, hinten, oben, ev. erst Mittlergegenstand benützen. Innenraum und Grenze!</p> <p><u>Erregungsaufbau /-abbau</u> üben. Mit starken Gefühlen umgehen lernen, Angst davor abbauen.</p> <p><u>Gefühle</u> und Körperempfindungen verbinden lernen. In Partnerübungen Beziehungsgefühle wahrnehmen und mittels Ich-Botschaften mitteilen.</p>	<p>Bei <u>männlich-weibl. Narzissmus</u>, vorhandenen Körpergrenzen und Innenwahrnehmung kann sofort mit Behandeln begonnen werden: begleiten, spiegeln, aufnehmen.</p> <p>Bei <u>weiblichem Narzissmus</u>: wenn Nähe schwierig, mit Körper- und Atemarbeit im Sitzen, Stehen, Gehen beginnen, dann erst ins Liegen.</p> <p>Wenn vertrauensvolle Beziehung, mit dem Behandeln auf der Liege, ev. mit Mittlergegenständen, beginnen. Widerstand auch hier!</p> <p><u>Beide</u>: Auf Feldwahrnehmung aller Bewusstseisebenen achten. Die fühlende Hand. Da Sein, Beziehung, nicht ändern, verbessern wollen.</p> <p>An regressive Arbeit - in Kontakt kommen mit Erinnerungen, Gefühlen - sorgfältig heranzuführen und mit (Ich- stärkender) progressiver Arbeit verbinden.</p>	<p><u>Sein dürfen</u>: nichts müssen, Erlaubnis. Idealisierung annehmen für Beziehungsaufbau</p> <p><u>Wahrnehmung</u>: nach innen, biograph. Bezüge, Kränkungen</p> <p><u>Krise</u>: Kontakt zu Minderwert / Bedürfnisse nach Halt. Oder: Angst vor Stärke / Bedürfnis nach Ermutigung. <u>Kognitive Arbeit</u>: Kränkungen und narzisst. Wut bearbeiten, Abwehrformen gegen wahres Selbst?</p> <p><u>Trauerphase</u>: Trauer über zerstörte / destruktive Beziehungen, Verzicht auf Grenzverletzungen / Verzicht sie zuzulassen. Eigene Begrenzung</p> <p><u>Ernte</u>: Dankbarkeit, Normalität, Kritikfähigkeit, reife Beziehungen (weder Opfer noch Täter), erfüllte Sexualität, Selbstliebe, Mitgefühl, Fülle</p>

Quellen: Bischof, S. (2003a, 2004, 2009a, 2009c).

9.5 Anhang V: Narzisstische Kollusion

Narzisstische Kollusion

Tabelle 6 : Kollusion (nach J. Willi, Schmalz/Unger 2007)

	"Bewunderer" (regressiv)	"Narzisst", "Star" (progressiv)
Anfängliche Beziehung	Toll, dass Du so grandios und selbstbewusst bist!	Toll, dass Du mich so bewunderst, verehrst und bestätigst!
Konflikt/Kollusion	Unerträglich, dass Du so böse und rücksichtslos bist. Deine aufgeblähte Selbstherrlichkeit demütigt mich!	Unerträglich Deine demütige Kaninchenhaltung, die mich einengt, verpflichtet und mir Schuldgefühle macht!

Orale Kollusion

	"Pflegling" (regressiv)	"Mutter", "Helfer" (progressiv)
Anfängliche Beziehung	Es tut mir gut, dass Du mir so viel innige Geborgenheit vermittelst!	Es tut mir gut, dass Du Dich mir so bedingungslos anvertraust!
Konflikt/Kollusion	Unerträglich, dass Du mich ständig als Kleinkind behandelst, außerdem gibst Du mir nicht genug!	Unerträglich, dass Du mich mit Deinen Ansprüchen total auslaugst und es mir überhaupt nicht dankst!

Anale Kollusion

	"Untertan" (regressiv)	"Herrscher" (progressiv)
Anfängliche Beziehung	Toll, dass Du so stark, aktiv und durchsetzungsfähig bist!	Schön, dass Du so nachgiebig und lieb bist!
Konflikt/Kollusion	Unerträglich, dass Du so autoritär und tyrannisch bist!	Unerträglich, dass Du wie eine Marionette bist!

Die Lösung

Ziel einer Therapie ist das Einspielen eines freien und flexiblen Gleichgewichts. So können die Kollusionsthemen zu einer beiderseitigen Bereicherung werden:

- a. *narzisstisch*: durch die Bestätigung des Partners als eine abgegrenzte individuelle Persönlichkeit,
- b. *oral*: durch ein gegenseitiges Geben und Nehmen,
- c. *anal*: durch Solidarität ohne Zwang,

<i>narzisstisch</i>	"Bewunderer" (regressiv)	"Narzisst", "Star" (progressiv)
	... "muss" selber mehr Selbstwertgefühl entwickeln	... "muss" einsehen, dass er nicht vollkommen ist
<i>oral</i>	"Pflegling" (regressiv)	"Mutter", "Helfer" (progressiv)
	... "muss" selbstständiger und weniger anklammernd werden	... "muss" passiver werden und lernen, sich auch ´mal ´was zu nehmen
<i>anal</i>	"Untertan" (regressiv)	"Herrscher" (progressiv)
	... "muss" lernen, sich selber besser zu vertreten und durchzusetzen	... "muss" lernen, auch ´mal nachzugeben und einzulenken

„Hiermit versichere ich, an Eides statt, dass ich diese Diplomarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die den benutzten Quellen und/oder Abbildungen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Frau Kirsten Sander, Atempsychotherapeutin, Freiburg i. Br., betreute mich als Mentorin. Ich bin damit einverstanden, dass meine Diplomarbeit öffentlich einsehbar ist und der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung steht.“

Ort / Datum

Unterschrift