

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

**am
Institut für Atem- & Körperpsychotherapie
Freiburg i. Br.**

Der berührte Mann

**Atem- und Körperpsychotherapie mit Männern in einer
psychosomatischen Klinik**

**von
Bettina Mayer-Bäuerlein
Sonthofener Strasse 36
87545 Burgberg-Erzflöße
08321-6183267**

07.11.2012

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	4
2. Einleitung – warum ich als Frau über ein Männerthema schreibe	4
3. Die psychosoziale Entwicklung des Mannes	5
3.1. Frühe und früheste Kindheit	6
3.1.1. Der Anfang	6
3.1.2. Exkursion: eigene Erfahrungen	8
3.2. Die Jahre nach der Kleinkindzeit	9
3.3. Die nachfolgende Kindheit - Pubertät	10
3.4. Adoleszenz	13
3.5. Erwachsensein und Reifephase	16
4. Kliniksetting – das therapeutische Arbeiten in und mit der Klinikorganisation	20
4.1. Arbeitsteilung in verschiedenen therapeutischen und medizinischen Disziplinen als kompaktes Betreuungsangebot für die Patienten	21
4.2. Atemarbeit in der Klinik als erfolgreiche „Nischentherapie“	21
4.2.1. Was ist Atem- und Körperpsychotherapie?	22
4.2.2. Atem- und Körperpsychotherapie bei der Zusammenarbeit mit anderen komplementären Therapien	25
4.2.2.1. Indirekte Funktionalität	26
4.2.2.2. Vorbereitung im körperlichen Erleben	26
4.2.2.3. Vorbereitung im seelischen Erleben	27
4.2.2.4. Wirkung der AKPT auf andere Therapien	27
4.2.3. Zusammenfassung	28
4.3. Bezugnahme auf das Arbeiten mit männlichen Patienten	29
4.3.1. Lebenssituation der Patienten bei ihrer Ankunft in der Klinik	29
4.3.2. Auseinandersetzung der Patienten mit ihrem Klinikalltag	30
4.3.3. Umkehr zur Gesundung	30
4.3.4. Verabschiedung	31
5. Anwendung der AKPT in Einzel- und Gruppensetting unter besonderer Berücksichtigung von männlichen Patienten	32
5.1. Gruppenarbeit	33
5.1.1. Der erste Eindruck	33
5.1.2. Die zweite Stunde – der zweite Eindruck	33
5.1.3. Die dritte Stunde	35
5.1.4. Grundsätzliches	36
5.1.5. Besondere Übungen	37
5.1.6. Zusammenfassung	39
5.2. Die Einzelarbeit	40
5.2.1. Herr A. – Depression mit 10.000 Volt	40
5.2.2. Herr B. – traumatische Kindheit	43
6. Zusammenfassung	48
7. Autorenerklärung	49

8. Literaturverzeichnis

50

9. Anhang

1. Abstract

In der Atemarbeit als Atem- und Körperpsychotherapie haben vorwiegend weibliche Therapeuten meistens mit vorwiegend weiblichen Klienten zu tun, Männer gehören zur selteneren Spezies. In einer psychosomatischen Klinik ist das anders: hier ‚teilen‘ sich Männer und Frauen nicht nur ihre Symptomatik sondern auch sämtliche Behandlungsprogramme. Damit kommt für mich die Frage auf, ob sich der biologische Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Arbeit mit ihnen am Atem auswirkt.

Nach der Einleitung in Kapitel zwei, mit welchem ich meine Motivation zu diesem Thema darstelle, geht es im nächsten Kapitel um die Entwicklung des Kindes zum Männlichen respektive Mann. Der vierte Abschnitt beinhaltet Erläuterungen zum Klinikalltag unter besonderer Beachtung der männlichen Patienten und der Arbeitsmethodik der Atem- und Körperpsychotherapie. Mit Kapitel fünf stelle ich in der Praxeologie meine Erfahrungen mit berührten Männern – innerlich wie äußerlich – in Form von Fallbeispielen zur Gruppen- und Einzelarbeit vor. Als Resümee zur Verschiedenheit im Umgang mit Atem- und Körperpsychotherapie von Männern und Frauen äußere ich mich im Teil sechs, der Zusammenfassung.

2. Einleitung - warum ich als Frau über ein Männerthema schreibe

Als schüchternes und introvertiertes Einzelkind habe ich mich erst spät an das andere Geschlecht herangewagt. Obwohl ich mich dem sogenannten männlichen Denken durchaus sehr verbunden fühlte war die Welt des „Männlichen“ eine eher fremde und von Klischees überfrachtete für mich. Auch während meiner Grundausbildung zur Atempädagogin nach I. Middendorf bei Maria Höller-Zangenfeind hatte ich meistens mit Kolleginnen zu tun als mit Kollegen, respektive sie unter meinen Händen.

Als ich vor knapp fünf Jahren im Stillachhaus bei Oberstdorf, einer psychosomatischen Klinik, als Atemtherapeutin zu arbeiten begann, waren meine ersten mir zugewiesenen Patienten prompt Männer. Nach zunächst übervorsichtigem Einzelbehandeln, abwartendem Anleiten der Atemgruppen und den – Welch‘ Überraschung – überaus wertschätzenden Rückmeldungen besagter Patienten konnte ich meinen bis dahin eher einseitigen Erfahrungen v.a. mit dem Anfassen von weiblichen Körpern eine neue Facette hinzufügen: ich kann offenbar den *Menschen im Atem* zu „Wort“ kommen lassen und das gilt für Frauen *wie* für Männer. Allmählich hatte ich keine Bedenken mehr. Im Gegenteil, immer öfter machte ich die Erfahrung, männliche Patienten in der Atembehandlung direkter ansprechen zu können und schneller ‚an sie ran zu kommen‘ als an weibliche. ‚Ran‘ heißt in diesem Fall: innere Bewusstseinschichten zu erreichen, den Liegenden zum verbindlichen „Sein“ hinzuführen und ihn einzuladen, auf jenen „Atem, der ich bin“ (Bischof, 2006) einen Schritt zuzugehen. In diesen Begegnungen mit dem anderen Geschlecht, jenen Atemgesprächen, entwickeln sich nicht selten innige Momente, nämlich dann, wenn

es einen spontanen Bruch im Verlauf gibt, der Atemrhythmus und/oder Tonus sich verändert und der Liegende Einblick erlaubt in sein Innerstes voller Zartheit, Weichheit und Sensibilität, kurz: Verletzlichkeit, die (mich) berührt, mir auch eine seelische Not offenbart, sich normalerweise bis dahin nicht zeigen zu dürfen, aber in diesem Moment verstanden und angenommen zu werden wie ‚ich bin‘.

Vermutlich kennt jeder Therapeutenkollege dieses Phänomen, wenn der/die KlientIn quasi seine/ihre „Maske“ fallen lässt und erste Schritte zu sich tut. Selbstverständlich gelingt dies weiblichen Patienten auch. Doch scheint mir dieser Schritt zur Hinwendung zu sich selbst bei vielen Männern ein größerer zu sein, da das gesellschaftliche Bild des Mannes – gepaart mit seinen Vorlieben - mehr als bei Frauen das des Starken, Erfolgreichen und Souveränen und nach außen gerichtet ist. Nicht selten beginnt bei einem Patienten nach dem oben beschriebenen Erlebnis eine Umkehr, gerät sein Weltbild ins Wanken, u.a. weil die Präferenzstruktur seines bisherigen Lebens in Frage gestellt wird.

Zurück zu meinem anfangs genannten Moment des Begleitens des Patienten zu seiner Öffnung. Ich frage mich, welche Anstrengung dieser Mensch aufwenden muss, um sich so – in der sogenannten männlichen Form und seinem Auftreten mit vielen Stereotypen - präsentieren zu können und warum. Mehr noch: warum berührt mich so ein Wechsel vom Verschlussenen zum Zugänglichen bei männlichen Patienten besonders? Bedeutet es ein Entdecken des Weiblichen im Mann? Ist es weil ich die weibliche Seite vom eigenen Erleben kenne und sie bei Männern zunächst ausblende? Und weiter: was ist eigentlich das ‚Männliche‘?

Die Atem- und Körperpsychotherapie (AKPT) kann hier ansetzen und unter anderem über die vier Jung'schen Wahrnehmungsebenen ins Wort nehmen, was bislang nicht aus- oder angesprochen werden konnte, spiegeln, was nicht angeschaut wurde und bewusst machen, was noch nicht reifen durfte. Im Weiteren werde ich versuchen, ‚den Mann‘ in den Kontext meiner (Atem-)Arbeit zu stellen und von verschiedenen Seiten zu beleuchten.

3. Die psychosoziale Entwicklung des Mannes

Nachdem sich diese Diplomarbeit dem Thema des berührten Mannes im doppelten Sinne in der AKPT widmet, werde ich mich, quasi als Voraussetzung, mit dem Werdegang ‚des‘ Mannes beschäftigen.

Gleich zu Beginn zusammenfassend findet Gerald Hüther:

Als Mann wird man nicht geboren und zum Mann wird man auch nicht gemacht. Zu einem Mann kann man nicht durch andere werden, sondern nur durch sich selbst – durch einen Reifungs- und Differenzierungsprozess, den jedes männliche Wesen in seinem Leben durchläuft und der sich weniger in seinem Äußeren, sondern im Inneren, in ihm selbst vollzieht. (G. Hüther, 2009, S. 89).

Aber der Reihe nach oder mit den Worten des Musikers Herbert Grönemeyer gefragt:
„Wann ist ein Mann ein Mann?“ (Songtext aus „Männer“, 1984).

3.1. Die frühe und früheste Kindheit

3.1.1. Der Anfang

Das Leben jedes Menschen beginnt als Zellkern. Den berühmten kleinen Unterschied bewirkt beim männlichen Zellkern ein Y-Chromosom, welches die weibliche Zelle nicht hat. Jede einzelne Zelle im Körper eines Jungen hat dieses Chromosom und damit unterscheiden sich Mädchen und Buben schon von ihrer frühesten (Zell-) Existenz an.

Mit der Gehirnentwicklung nehmen die Unterschiede weiter zu - vor allem aufgrund der Hormone, die ihre ‚Arbeit‘ verrichten. Für die Ausführungen, warum und wie Jungen zu den Männern werden, die so sind, wie sie sind, werde ich neben Gerald Hüther, Professor für Neurobiologische Grundlagenforschung, wiederholt die Neuropsychiaterin und Neurobiologin Louann Brizendine zitieren, die in ihren Büchern den Hormonschub des männlichen Embryos so beschreibt:

„Ungefähr acht Wochen nach der Befruchtung produzieren die winzigen männlichen Hoden erstmals so viel Testosteron, dass das Hormon auf das Gehirn einwirken und dessen Aufbau grundlegend verändern kann.“ (2011, S.13)

Das Testosteron sorgt bereits im Mutterleib zusammen mit dem Anti-Müller-Hormon (AMH) für Defeminisierung im Gehirn der männlichen Babys.

„Beide Hormone unterdrücken die Gehirnschaltkreise, die für weibliches Verhalten sorgen, und tö[te]ten die weiblichen Fortpflanzungsorgane ab.“ (Brizendine, 2011, S. 31).

Rein äußerlich betrachtet sind die Gehirne von Männern und Frauen abgesehen von der Größe kaum unterscheidbar. Die moderne Gehirnforschung und medizinische Technik machen es jedoch heutzutage möglich, Gehirnen ‚bei der Arbeit‘ zuzusehen und die Vernetzung zu vergleichen – und dort gibt es tatsächlich große Unterschiede. Das ist deswegen so bedeutsam, weil es die unterschiedlichen Vorlieben und Impulse erklärt, die wir bei Männern im Gegensatz zu Frauen wahrnehmen.

Auch Gerald Hüther findet, dass bei den Jungen

„... bereits vor der Geburt etwas passiert sein [muss], was dazu geführt hat, dass ihr genetisches Instrumentarium von Anfang an anders genutzt worden ist als das der Mädchen.“ (2009, S.66).

Das erste Lebensjahr des männlichen Säuglings wird unter Wissenschaftlern auch *„Säuglingspubertät“* (Brizendine, 2011, S.32) benannt. Das Gehirn des noch sehr kleinen Jungen hat dieselbe hohe Testosteronkonzentration wie das eines erwachsenen Mannes. Nach dem ersten Jahr sinkt der Testosteronspiegel allerdings rapide ab und bleibt so niedrig bis ungefähr zum 11. Lebensjahr. Die AMH-Konzentration bleibt gleich hoch, so wie der Östrogenspiegel niedrig bleibt.

Besagtes Testosteron lässt im ersten Lebensjahr die Zentren im Gehirn für Kommunikation schrumpfen, Schaltkreise für das Forschen und schnelle Muskelbewegungen dagegen wachsen mit AMH weiterhin. Die Folge ist, dass sich die meisten Jungen von klein an für wilde, bewegungsintensive Spiele, fürs Raufen und Kämpfen interessieren. Letzteres, wenn es nicht ‚live‘ und real geschieht, dann in

Computerspiel, Playstation etc. ab den späteren Kinderjahren und mit Beginn der Schulpflicht.

Doch zurück zur frühesten Kindheit.

Hüther vergleicht die Organisation des Gehirns männlicher Neugeborener mit „*einem Orchester, in dem die Pauken und Trompeten etwas weiter nach vorn gerückt sind.*“ (2009, S.67). Er meint in diesem Zusammenhang den (körperlichen) Antrieb, mit welchem Jungen von Beginn ihres Lebens an stärker ausgerüstet sind als Mädchen.

Brizendine erklärt anhand von wissenschaftlichen Untersuchungen, dass ein sieben Monate alter Junge das Gesicht seiner Mutter hinsichtlich Ärger oder Angst deuten kann. Ein etwas älteres Kind zeigt andere Interessen in seinen Verhaltensweisen:

„Mit einem Jahr hat er [der kleine Junge] eine gewisse Unempfindlichkeit entwickelt und kann sie [die Mutter] ohne weiteres ignorieren. Bei Mädchen verläuft die Entwicklung umgekehrt.“ (2011, S.33).

Damit der kleine Forscher, wie oben erwähnt, unbeeindruckt von der Sorge seiner Mutter auf Entdeckungstour gehen kann, sorgen die ‚Pauken und Trompeten‘ in seinem Gehirn für genügend Antrieb.

Gemeinsam ist beiden Geschlechtern anfangs das Eins-Sein mit der Mutter während der Schwangerschaft oder wie Erich Neumann es ausdrückt:

„Die Welt ist zunächst immer Mutter-Welt, ja anfänglich sogar <Mutter-Körper-Welt>.“ (1963, S.37)

Diese Urbeziehung zwischen der Mutter und ihrem noch ungeborenen Kind

...erfolgt in engster Verschränkung mit der Mutter, und zwar nicht nur mit ihrem Körper, der Nahrung, Wärme und Schutz gibt, sondern auch in engster Verschränkung mit dem gesamten unbewußten Liebesbezug des Kindes zu ihr und mit dem ganzen bewußten und unbewußten Liebesbezug der Mutter zum Kinde und seinem Körper. (E. Neumann, 1963, S. 33)

Trotz Erich Neumanns Hinweis zur starken Beziehung zwischen der werdenden Mutter zu ihrem Kind und vice versa ist zu ahnen, dass diese Phase der körperlichen Symbiose dennoch gestört werden kann.

Neumann wird deutlich, wenn er schreibt:

Weil in der Frühphase der menschlichen Entwicklung Liebes- und Erkenntnis-Moment, Ich-Entwicklung und Du-Beziehung aufs intimste zusammengehören, ist die Urbeziehung zur Mutter auch in diesem Sinne schicksalhaft. Während eine radikale Störung der Urbeziehung faktisch zur Verblödung des Kindes führt, bildet eine positive Urbeziehung für die < Weltoffenheit > des Kindes als Grundlage seiner späteren Erkenntnisentwicklung eine wesentliche – natürlich nicht die einzige – Grundlage. (ebenda)

In der modernen Entwicklungspsychologie nach Mahler (2008) gehen wir von vier frühkindlichen Phasen aus:

- *Somatische Omnipotenz* (vorgeburtlich), mit Spannungsfreiheit, Harmonie, sorgloser Sicherheit und Geborgenheit des Fötus mit stetigem Anstieg seines Selbstwertes
- *(Physische) Geburt* und erste größere Frustration

- *Symbiotische Omnipotenz* (0 - ca. 6 Monate): Selbstwertgefühl des Kindes wächst durch Sicherheit und Geborgenheit, die die Mutter ihm mit bedingungsloser Liebe vermittelt.
- *Individuelle Omnipotenz* (ab ca. 6 – ca. 36 Monate): Differenzierungsphase, in welcher sich das Kind als getrennt von seiner Mutter erlebt und zunächst verunsichert ist (Minderung des Selbstwerts), daraus Unabhängigkeit erlebt und Kompetenzgefühl entwickelt.
- *Realistische Potenz* (ab ca. 36 Monate), das Kind erlebt Frustration mit - unter anderem – Abhängigkeit, erkennt, dass die Mutter „*nicht seiner magischen Kontrolle unterliegt*“, kompensiert durch ein grandioses Selbst und Übertragung der verlorenen magischen Kompetenz auf ein anderes Objekt. (Bischof, 2003a, S.1).

Diese Urbeziehung kennt viele Zwischenstufen der Unvollkommenheit, die in den frühkindlichen Störungen ihren Ausdruck finden. Hier soll jedoch nicht von diesen Fehlentwicklungen im Besonderen die Rede sein, sondern von der Entwicklung normal aufwachsender Kinder – respektive Jungen.

Zurück zur Gehirnentwicklung: das Gehirn der Jungen ist also vorrangig von anderen Hormonen geprägt als das von Mädchen. Das bedeutet eine zum Teil völlig andere Sichtweise der Dinge und andere Interessenschwerpunkte: schon kleine Jungen wollen die eigene Kraft ausprobieren, an ihre Grenzen gehen und sich in der Anstrengung besser spüren.

3.1.2. Exkursion: eigene Erfahrungen

Besonders eindrücklich war für mich persönlich das Lernen mit meinem Sohn als er noch sehr klein war. Er war ein sehr ruhiges Kind, aber ab dem Alter von ungefähr eineinhalb Jahren gefiel es ihm, besonders fest gehalten, am liebsten fast erdrückt oder in großen Bewegungen herumgeschaukelt, sogar –geschleudert zu werden. Diese Form von Körperkontakt verwandelte sich bald in spielerische Kämpfe, in welchen wir auf einer großen Matratze im Wohnzimmer heruntollten. Er jauchzte vor Vergnügen, wenn ich ihn scheinbar gerade noch so an Arm oder Bein erwischte und ‚fesselte‘, bis er sich befreien konnte und ich mich dann überwältigen ließ. In diesen Momenten sah er vollkommen glücklich aus und ich erkannte, dass er als Junge diese Kämpfe brauchte, um sich, wie oben erwähnt, gut spüren zu können. Ich habe einige Mütter befragt, ob sie mit ihren Töchtern ähnliches erlebt haben, aber alle verneinten.

Im Kindergartenalter erlebte ich einen weiteren Unterschied zwischen Jungen und Mädchen hautnah. Um meinem Sohn den Übergang vom behüteten Einzelkind-dasein zum Kindergartenkind zu erleichtern, begab ich mich in den ersten zwei Wochen morgens in der ersten Stunde mit in die Gruppe meines Sohnes. Ich beobachtete, wie die Kinder, zum Teil noch ein wenig verschlafen, in ihren Gruppenraum hineintappten und erwartete, dass die Jungs sich nach ihrer Ankunft gleich in die Bauecke oder ans Klettergerüst verziehen würden, so wie einige Mädchen zu malen anfangen. Doch ich erlebte eine Überraschung: die Mädchen, welche nicht sofort eine Beschäftigung fanden, schienen nur darauf zu warten, sich einen Jungen zu ‚schnappen‘ und ihn für ein Spiel zu vereinnahmen. Die Jungen

ihrerseits verhielten sich äußerst passiv und ließen sich bereitwillig oder zumindest widerstandslos mitnehmen. Auf meine Frage, ob dies immer so sei, antworteten mir die Erzieherinnen einhellig, dass dieses Verhalten typisch sei. Die Mädchen kommunizieren aktiv innerhalb kleinerer Gruppen, während die Jungs in diesem Alter – im allgemeinen – in der ‚Action‘ draußen aus sich heraus gingen. Von Einzelfällen, die sich umgekehrt verhalten, abgesehen.

3.2. Die folgenden Jahre nach der Kleinkindzeit

In den nächsten Jahren ihrer Entwicklung perfektionieren Jungen weiter ihre Motorik und erarbeiten sich eine soziale Rangordnung. In Wettkämpfen untereinander geht es stets darum, wer der Schnellste, Stärkste, Größte und damit der Tollste ist.

„Zu gewinnen ist für Jungen von entscheidender Bedeutung, denn für sie liegt der wahre Zweck eines Spiels darin, eine soziale Rangordnung festzulegen.“
(Brizendine, 2011, S.39)

Und weiter beobachtet Brizendine, dass das Jungengehirn die Auseinandersetzung mit spielerischen Kämpfen braucht, mit *„...Revierverscheidung und Konkurrenz. Zu verlieren ist unerträglich. Für ein junges männliches Gehirn ist der Siegeschrei das Allergrößte.“* (2011, S.40).

Woher nehmen nun die Jungs diesen Antrieb, wenn das Testosteron in dieser Lebensphase sie nicht so pusht wie ganz zu Anfang ihres Daseins oder später? Stärke gepaart mit Aggressionen führt zu einer Belohnungsreaktion im Gehirn ab dem Schulalter. Das Gehirn schüttet sofort Dopamin aus, welches einen mächtigen Wohlfühlcharakter verbreitet. Natürlich kann nicht jeder gewinnen und die Anführerposition innerhalb der Gruppe antreten. Die ‚Nicht-Chefs‘ müssen dann andere Strategien finden, um erfolgreich zu sein oder um am Erfolg des Gruppenchefs partizipieren zu können, sei es durch Geschenke an den Anführer, um eine Allianz mit ihm einzugehen, oder an die anderen, um sich als Gleichgesinnte zusammenzurotten und in Gemeinschaft stark zu sein. Vielleicht fallen sie auch nur durch besondere Coolness auf. In jedem Fall lernen und üben sie dabei, *„... wie sie in der Männerhierarchie Erfolg haben.“* (Brizendine, 2011, S.45).

Hüther findet noch einen anderen Grund, warum sich Jungen **so** verhalten und nicht anders: sie suchen Halt. Ständig sind sie darauf angewiesen, Anerkennung zu bekommen und Bedeutung zu haben weil

...durch die Wirkung des Testosterons die Pauken und Trompeten im Hirn nach vorn und die harmonischen, melodietragenden Instrumente weiter nach hinten gerückt worden sind. Was soll man als kleiner Junge mit diesem aus zuviel Antrieb und zu wenig Stabilität ausgerichteten Orchester in seinem Hirn machen? (Hüther, 2009, S.81)

Daher, so folgert Hüther, gehen Buben mit ihrem Antrieb ins Außen und interessieren sich beispielsweise für imposante und stärkeausstrahlende Gegenstände wie Bagger, Feuerwehr- und Polizeiautos, große Flugzeuge und Schiffe, früher für Panzer, Kanonen und Schießgewehre. Hier kann man *„...sich als kleiner Junge festhalten, anlehnen, einklinken, stark machen...“* (Hüther, 2009, S.81).

Halt unter ihresgleichen gibt es vornehmlich in Gestalt von älteren Kumpels in Kindergarten und Schule, die stärker sind und für die Jüngeren sehr erwachsen

wirken oder man findet als Junge Halt in Banden oder Gangs, übernimmt deren Normen und kämpft dann gegen andere. Hüther schildert in diesem Zusammenhang Szenarien, in welchen aus der Zugehörigkeit zu Gruppen oder Kulturen später Auswüchse wie Gewalt, Macht, Unterdrückung, aber auch Süchte entspringen. Grund ist seiner Meinung nach stets die männliche Halt- bzw. Strukturlosigkeit. Die Lösung für diese Neigung zu Gruppen- und Machtmissbrauch ist für Hüther ziemlich einfach: die Jungen müssen so oft wie möglich ihre beiden Grundbedürfnisse stillen können dürfen, die sie von Geburt an haben:

- *„Das Bedürfnis nach Verbundenheit, Geborgenheit und Sicherheit“* (2009, S.84) und
- *„Das Bedürfnis, Neues zu erfahren und Aufgaben nachzugehen, an denen man wachsen kann, also nach Potenzialentfaltung, Autonomie, Freiheit.“* (2009, ebenda).

Das bedeutet: vorbehaltloses und liebendes Annehmen durch die Eltern schafft *„das Gefühl tiefer Verbundenheit“* (Hüther, 2009, S.85). ‚Verbundenheit in Liebe‘ ist für Hüther die Struktur, die Jungen benötigen, um

„... sich als kleine Weltentdecker und Gestalter ihrer eigenen Lebenswelt und ihres eigenen Selbst auf den Weg zu machen und dabei doch gleichzeitig aufs tiefste verbunden [...]bleiben [...]“ (2009, ebenda).

Selbstverständlich gelten diese Bedürfnisse auch für die Mädchen. Nachdem jedoch die Jungen dazu neigen, sich im Außen, also im gesellschaftlichen Leben, mit ihrer Vitalität auch im Negativen zu zeigen, fordern sie bei Auffälligkeiten entsprechend schnelleren Handlungsbedarf als das andere Geschlecht heraus.

Mit Hüthers Worten klingt das so:

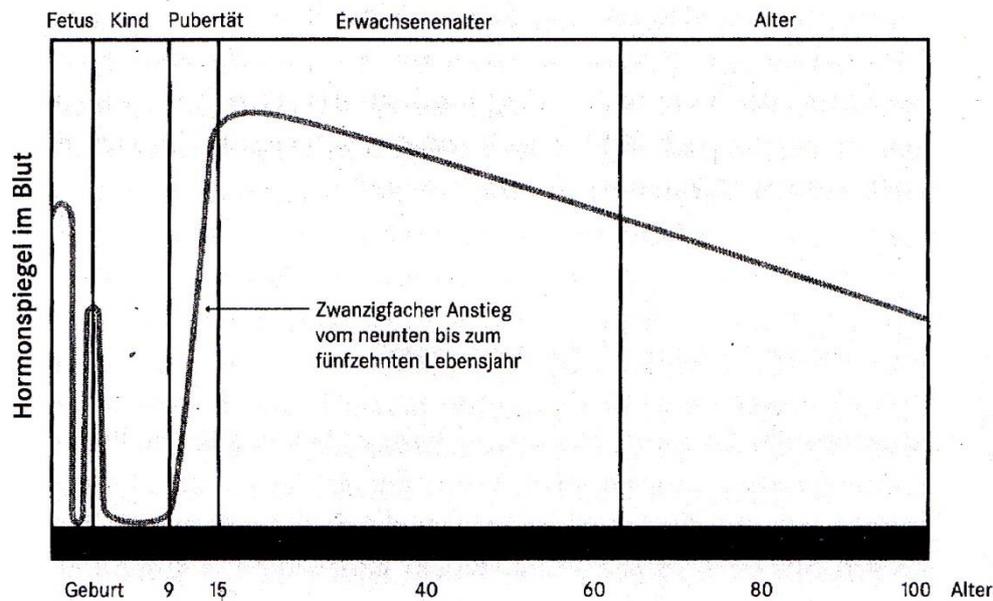
Immer dann, wenn sie [Liebe] fehlt oder unterwegs verloren geht, bleibt den Jungen mit ihrer schwächeren Konstitution und ihrem stärkeren Antrieb nichts anderes übrig, als sich besonders warm anzuziehen, sich noch besser zu rüsten und zu wappnen gegen die Fährnisse und das Theater einer immer liebloser werdenden Welt [...] (2009, ebenda).

3.3. Die nachfolgende Kindheit – Pubertät

Wie schon beschrieben, haben Hormone in der Evolution bei der geistigen und seelischen Entwicklung des Menschen – hier: des Mannes – ein großes ‚Mitspracherecht‘ eingeräumt bekommen.

Das ansteigende Testosteron sorgt ab ungefähr dem 12. Lebensjahr der Jungen für männliches Denken und Verhalten. Brizendine spricht vom *„Testosteron-Tsunami“* (2011, S.53), da zwischen neuntem und fünfzehntem Lebensjahr der Testosteronspiegel der Jungen um das Zwanzigfache ansteigt. Dieses Hormon verschafft den heranwachsenden, noch sehr jugendlichen Männern wachsende Muskeln und Knochen sowie Gesichts- und Schambehaarung, größer werdende Geschlechtssteile und eine tiefere Stimme. Es hält sich nicht nur an besagten Körperstellen auf sondern auch und vor allem im Gehirn. Sexuelle Reize kommen von nun an bei den Heranwachsenden an und entfalten ihre Wirkung.

Der Testosteronspiegel im Leben eines Mannes



(Abbildung aus: Brizendine, 2011, S.55)

Brizendine beschreibt diese radikale Entwicklung im Vergleich mit gleichaltrigen Mädchen:

„... dramatisch ist aber, dass das Testosteron im Gehirn – genauer gesagt: im Hypothalamus – die Schaltkreise für sexuelles Verlangen ungefähr doppelt so groß werden lässt wie im Gehirn eines Mädchens.“ (Brizendine, 2011, S.54).

Damit wird deutlich, dass bei männlichen Jugendlichen einerseits das Interesse rund um die Sexualität sehr erwacht. Andererseits, aufgrund der in den vorherigen Abschnitten beschriebenen, immer noch vorhandenen Haltlosigkeit herrscht größte Unsicherheit, auch und vor allem im Umgang mit dem anderen Geschlecht. Die Verwirrung wird umso größer, je mehr Veränderung im - ohnehin sich im Umbau befindlichen - pubertären Gehirn stattfindet.

Ein weiteres Hormon, das Vasopressin, tut ebenfalls seine Arbeit in erhöhter Konzentration. Es ist, allgemein ausgedrückt, für Revierverhalten zuständig, schürt Aggressionen und verstärkt die Wirkung des Testosterons. Kritik bedeutet für Pubertierende nun gleichsam Ablehnung bis hin zur Zerstörung. Verbinden sich die beiden Hormone noch mit dem Stresshormon Cortisol, sieht sich der Junge mit einer Kriegserklärung konfrontiert. Flucht oder Kampf heißt jetzt die Devise.

Zu allem Überfluss zeigt sich nach wissenschaftlichen Studien, dass *„... das Lustzentrum im Gehirn eines halbwüchsigen Jungen im Vergleich zu dem Zustand bei Erwachsenen und Kindern nahezu taub [ist].“ (Brizendine, 2011, S.59).*

Belohnungsfunktionen wirken also nicht: die Schokolade oder der Kinobesuch, welche noch bei den meisten zehnjährigen ihre Wirkung entfalten konnten, ‚zieht‘ nicht mehr.

Vor diesem Hintergrund scheint es verständlich, dass Pubertierende mit Wünschen und Regeln ihrer Eltern oftmals komplett überfordert sind. Mit sich selbst beschäftigt, brauchen sie immer mehr Freiheit(en) und fühlen sich schnell gemaßregelt. Die Gefahr, dass sie sich von ihren Eltern abwenden, ist groß. Diese sind oft selbst verunsichert darüber, wie sie mit ihren Kindern kommunizieren können, was wiederum nicht unbedingt zur Haltfindung ihrer Söhne beiträgt und es kann ein Teufelskreis an Verletzungen und Tabus beiderseits entstehen.

Wie der heranwachsende Junge diese schwierige Zeit übersteht hängt unter anderem davon ab, wie seine frühere und früheste Kindheit verlaufen ist. Konnte das Kind Selbstwert entwickeln, wurde es von seinen Eltern bestätigt, unterstützt oder gefördert in seinen Fähigkeiten? Und wie sind die Eltern in der Lage, Kontakt mit ihm zu halten?

Hüther spricht von „*Metakompetenzen*“ (2009, S.114), die sich nicht unterrichten lassen:

1. *Strategische Kompetenz*
(vorausschauendes Denken und Handeln)
2. *Problemlösungskompetenz*
(komplexe Probleme durchschauen)
3. *Handlungskompetenz, Umsicht*
(Abschätzen der Folgen des eigenen Handelns)
4. *Motivation und Konzentrationsfähigkeit*
(Fokussierung auf ein bestimmtes Problem und Halten der Aufmerksamkeit)
5. *Einsichtsfähigkeit und Flexibilität*
(Fehler und Fehlentwicklungen rechtzeitig erkennen und korrigieren zu können)
6. *Frustrationstoleranz und Impulskontrolle*
(Rückschläge annehmen können und sich nicht überwältigen lassen von aufkommenden anderen Bedürfnissen bei der Problemlösung)
(Hüther, 2009, ebenda)

Diese Fähigkeiten lernt ein junger Mensch bei all den Personen, die sein Umfeld ausmachen.

In der Gehirnforschung spricht man von ‚exekutiven Frontalhirnfunktionen‘. Im Gehirn werden, ähnlich einer Zwiebel, ältere und jüngere neuronale Netzwerke wie ineinander gewickelt und miteinander verschaltet. Innen wird vieles automatisiert wie Atmung, Kreislauf oder motorische Reflexe. Weiter außen werden komplexere Schaltkreise angelegt, welche Gefühle und die damit verbundenen Reaktionsmuster herausbilden. Ganz vorne hinter der Stirn befindet sich der präfrontale Cortex als äußerste Schicht dieses Gehirn-Zwiebelmodells. Dieser Teil ist eine Steuerungseinheit in der Bewertungen und Entscheidungen abgearbeitet werden. Um hier erfolgreich sich selbst und seine Umwelt strukturieren zu können, müssen in anderen Hirnregionen stabile Muster angelegt worden sein.

Damit männliche Pubertierende „*schwierige Situationen allein meistern können*“ (Hüther, 2009, S.116) heißt das mit anderen Worten:

„Das Bewusstsein für diese Fähigkeit ist ein grundlegender Bestandteil gesunden Selbstvertrauens. Mit jedem gelösten Problem wächst das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und mit ihm der Mut, vor neuen, größeren Problemen nicht zu kapitulieren.“ (Hüther, 2009, ebenda)

Diese Erfahrungen bauen sich in Form von neuronalen Netzwerken im Gehirn auf. Daher fordert Hüther, dass pubertierende Jungen

... bessere Gelegenheiten geboten bekommen, diese komplexen neuronalen Verschaltungsmuster in ihrem Frontalhirn bereits vor ihrem Eintritt in die Pubertät so gut herauszuformen und zu festigen, dass sie nicht so leicht durcheinandergeschüttelt werden, wenn ihr Testosteronspiegel dann während der Pubertät ansteigt. Was stabiler ist, hält besser. (2009, ebenda).

Rituale könnten zusätzlich in manchen Lebensphasen Struktur und Halt bieten. Dabei sind die Erwachsenen mit helfenden Händen gefragt.

Als Körperpsychotherapeutin heißt das für mich: Jungen brauchen unbedingt Erfahrungen mit Körperkraft, um Struktur zu bekommen, sich wirklich gut spüren zu können und sich stark zu fühlen. Diese Erkenntnis ist deshalb so wichtig, weil sie auch bei der Körperarbeit mit erwachsenen Männern in die Arbeitsmethodik einfließt, um ihre Ressourcen aufzubauen oder diese aus früheren Jahren abzurufen.

3.4. Adoleszenz

Waren pubertierende Jungen in erster Linie mit ihren Träumen von Sexualität beschäftigt, führt der junge erwachsene geschlechtsreife Mann aus, was in der Pubertät gerade so denkbar aber noch nicht machbar war. Er wagt sich an die ‚Front‘ und begibt sich auf die aktive Suche nach dem weiblichen Gegenüber. Joesie Prokopetz formulierte in seinem Lied „Sind Sie Single“ (1986) überdeutlich:

*Einsam lenk' ich meine Schritte
durch die frühe Nacht
Ich spür' was um die Leibesmitte
das mich zum Jäger macht.
[...]
Sind Sie Single, sind Sie alleine?
Haben Sie heut' für mich Zeit?
Sind Sie Single, sind Sie auch so eine,
am liebsten alleine,
doch heute ausnahmsweise zu zweit.
...*

Der Liedermacher formuliert treffend die Situation des Junggesellengehirns. Brizendine nennt es auch „das paarungsbereite Gehirn“ (2011, S.75).

Wie in der Abbildung auf Seite 11 ersichtlich, ist der Testosteronspiegel des Mannes zwischen dem 18. und ungefähr dem 25. Lebensjahr am höchsten Punkt angelangt. Das bedeutet eine spezielle Aktivierung neuronaler Netzwerke im Gehirn für sexuelles Begehren. So ist beispielsweise zu beobachten,

... dass das Lustzentrum im männlichen Gehirn die Männer automatisch dazu veranlasst, attraktive Frauen wahrzunehmen und visuell festzuhalten. Sehen sie eine, die ihre sexuellen Schaltkreise aktiv werden lässt, produziert das Gehirn sofort einen schnellen sexuellen Gedanken, der aber meist auch ebenso schnell wieder vergeht. (Brizendine, 2011, S.90).

Brizendine vergleicht den schnellen sexuellen Gedanken mit „eine[r] Art leuchtender, bunter Kolibri“ (Brizendine, 2011, ebenda), der kurz ins Blickfeld des Mannes fliegt.

Die Gefahr der Haltlosigkeit, wie ich bereits erwähnt habe, ist nach wie vor ein Thema, welches sich jetzt in anderer Form zeigt. Die Struktur und Sicherheit gebenden Objekte oder Personen, die die jungen Männer brauchen, um ihre Sehnsucht nach Verbundenheit und Geborgenheit stillen zu können, suchen sie nun anderswo als in ihrer Herkunftsfamilie oder Peergroups. Außerdem wünschen viele sich Nähe in einer Partnerschaft, die eine Gruppenzugehörigkeit so nicht (mehr) bieten könnte.

Manch einen schicken die Hormone wie bei Prokopetz „durch die frühe Nacht“ (siehe oben), um mit entsprechend gesteuerten Antrieb – Brizendine bezeichnet es als „Gehirn unter der Gürtellinie“ (2011, S.93ff) - einen One-night-stand oder ähnliches, also „Sex-sofort“ (Brizendine, 2011, S. 25) zu erleben. Andere, als Gegenpol, ziehen sich zurück, finden Bestätigung in Beruf oder Berufsausbildung und:

„Wenn sie Glück haben, finden sie dort Aufgaben, an denen sie wachsen können, und auch neue Gemeinschaften von Auszubildenden, Studenten und bereits Berufstätigen, zu denen sie sich zugehörig, mit denen sie sich verbunden fühlen können.“ (Hüther, 2009, S.118).

Genauso können junge Männer auch Pech haben, und, aus welchen Gründen auch immer, einsam und isoliert sein. Dann übertünchen sie den „Schmerz ihrer ungestillten Sehnsucht nach Nähe und Verbundenheit“ (Hüther, 2009, ebenda) mit tiefem Eintauchen in ihren Beruf, machen Karriere und suchen Anerkennung statt Nähe, Erfolg statt Verbundenheit. Sie unterdrücken damit ihre Bedürfnisse und schneiden sich von ihren Ressourcen ab. Bleibt der Erfolg irgendwann aus, stürzen sie in eine tiefe Sinnkrise und in ihre Haltlosigkeit.

Auch das Daheimbleiben im ‚Hotel Mama‘ ist keine Lösung auf Dauer, denn es bedeutet ein Verzicht „von Anfang an auf eine selbstbestimmte Entwicklung, auf die Erlangung von Autonomie und Freiheit.“ (Hüther, 2009, S.119). Jene jungen Männer, welche früh von ihrem Bedürfnis nach Selbständigkeit und Selbstbestimmung getrieben, sich an den Rand oder sogar außerhalb der Gesellschaft stellten, laufen ebenfalls Gefahr, irgendwann den Halt zu verlieren, denn sie schaffen sich mit der Zeit eine Welt unter Gleichgesinnten, die nicht größer wird, sondern im Gegenteil.

Die meisten Männer machen sich aber doch auf die Suche nach einer passenden Partnerin. Diese zu finden, ist nicht gerade einfach, wie bei Roy F. Baumeister zu lesen ist. Er zieht Vergleiche aus dem Tierreich, insbesondere dem Hengstverhalten der ranghöchsten Tiere heran, um die vielen Generationen Menschen von der Steinzeit bis heute zu strukturieren und ihre Veranlagung zu erklären. Er kommt zu dem Schluss, dass wir Menschen hauptsächlich von männlichen Alpha-Tieren‘

abstammen, die sich aufgrund ihres Selbstbewusstseins, ihrer Kraft, Leistungsfähigkeit und Risikofreude vorgedrängt haben und Nachwuchs zeugen konnten. Die meisten Männer haben sich nicht fortgepflanzt, weil die erfolgreichen sie verdrängten.

Im Gegensatz dazu brauchten Frauen nicht so risiko- und durchsetzungsfreudig zu sein, denn sie hatten die (Aus-)Wahl. Rein biologisch hatten sie auch nie die Möglichkeit, mehrere Kinder gleichzeitig mit verschiedenen Partnern zu zeugen – wohl aber die Männer.

Baumeister stellt fest:

„Das männliche Ego ist die Antwort der Natur auf die Sinnlosigkeit der meisten männlichen Leben. Es ist der Grund, weshalb jeder Mann glaubt, er sei zu Höherem bestimmt als die mittelmäßige Mehrheit. Unsere Gene erinnern sich nicht an diese Sinnlosigkeit, denn wir stammen von den Siegern, den Alphas ab.“ (2012, S.220)

So entwickelte sich, seiner Meinung nach, das männliche Ego:

„... die Natur [hat] wenig Verwendung für Männer, die sich nicht um Erfolg bemühen, und die meisten Männer ohne Ehrgeiz waren evolutionäre Sackgassen. Das heißt, die natürliche Auslese favorisierte Männer mit einem ausgeprägten Ego.“ (Baumeister, 2012, S.221).

Heutzutage findet allerdings eine Veränderung statt, da seit – erdgeschichtlich gesehen – sehr kurzer Zeit *„vor allem durch die Abschaffung der Polygamie ... auch mittelmäßige Männer Ehemänner und Väter werden, genau wie die Siegertypen.“* (Baumeister, 2012, S.220). Die Erfindung ‚Ehe‘ betrachtet Baumeister folglich als eine männliche, weil die Frauen in monogamen Systemen sich im Gegensatz zu polygamen allein rechnerisch auf (fast) alle Männer verteilen lassen.

Allerdings gibt es Hindernisse für die Männer, weil sie auf meist selbstbewusste und wählerische Frauen treffen:

„Wenn ein Mann eine Frau zum Geschlechtsverkehr auffordert, hat er bessere Chancen, wenn er über einen gewissen Status verfügt. Das wissen die Männer. Daher der männliche Ehrgeiz.“ (Baumeister, 2012, S.221)

Hüther sieht das genauso: *„Was Männer für Frauen in allen Kulturen besonders attraktiv macht, ist weniger ihr Aussehen sondern das Ansehen, das sie in der jeweiligen sozialen Gemeinschaft genießen.“* (2009, S.122).

Allerdings gibt es neben Geld, Macht und Einfluss das nächstwichtigste Kriterium für Frauen bei ihrer Partnerwahl, nämlich wenn er *„...besonders einfühlsam, rücksichtsvoll verlässlich oder einfach nur liebevoll ist.“* (Hüther, 2009, ebenda).

Was bedeutet das nun für ein junges menschliches Männchen auf der Suche nach seinem Weibchen?

Erstens gibt es bei den Frauen ebenfalls das *„Gehirn unterhalb der Gürtellinie“* (Brizendine, 2007, S.129ff), was sie paarungsbereit macht und die Wahrscheinlichkeit für den Mann erhöht, erhört zu werden.

Zweitens befähigen den Mann neben Testosteron und AMH noch andere nützliche Hormone wie Dopamin und Androstendion, um seine Chancen beim weiblichen Geschlecht zu verbessern und Rückschläge besser zu verkraften.

Festzuhalten ist, dass es bei Männern darum geht, inneren Halt zu finden. Sie schaffen dieses leichter, wenn sie sich zu ihren Bedürfnissen nach Verbundenheit, wie Hüther es nennt, bekennen, wobei die Sexualität dabei stets großen Raum einnimmt – deutlich mehr als bei den Frauen. Diese Sehnsucht ist die Grundlage dafür, dass Männer reifen und über sich hinauswachsen können.

3.5. Erwachsensein und Reifephase

- Die Vaterschaft

... Wer so sein darf, wie er ist, ohne sich anstrengen zu müssen, ohne Angst haben zu müssen, ohne sich verstellen zu müssen – der ist frei. (Hüther, 2009, S.125).

Gerald Hüther meint damit das bedingungslose Annehmen eines Kindes durch seinen Vater. Das Zitat könnte jedoch auch auf den Erwachsenen zutreffen, des Vaters eigenes Sich-annehmen und Frei-sein. Die Vaterrolle ist die direkte Einladung des Lebens, diesen „Schatz der frühen Kindheit“ (2009, ebenda), durch das eigene Kind in sich selbst wiederzuentdecken.

Louann Brizendine spricht vom „Vatergehirn“ wenn sie die Veränderungen im Hormonhaushalt des werdenden Vaters beschreibt. „*der Testosteronspiegel sinkt und der Prolactinspiegel steigt.*“ (2011, S. 108). Letzteres Hormon bewirkt eine Art Solidaritäts-Schwangerschaft. Die Verschaltungen im männlichen Gehirn für Vaterverhalten entwickeln sich und jene für den Sexualtrieb treten in den Hintergrund. Das Interesse des Mannes für das Baby ist geweckt und er entwickelt Beschützerinstinkt. Diese neue Rolle erscheint mir nicht nur für die junge Mutter, sondern eben auch für den jungen Vater ein stark einschneidendes Erlebnis in ihrer beider Leben zu sein. Für den Mann beginnt ein Dilemma, das ihn innerlich zerreißt, wenn er versucht, Beruf und Familie gleichermaßen gerecht zu werden. Außerdem wird er nun mit seiner eigenen Kind-Geschichte konfrontiert. Ist er ein „*unterstützender Potenzialentfalter*“ (Hüther, 2009, S.128) seines Kindes und bereit, alte, eventuell autoritäre Strukturen über Bord zu werfen und gehört zu den Männern, die „*sich selbst und die von ihnen vertretenen Ansichten durch ihren Sohn oder ihre Tochter in Frage stellen zu lassen*“ (Hüther, 2009, S.127) oder scheitert er an seinen emotionalen ‚Altlasten‘, weil er es in seiner Kindheit und auch danach nicht anders gelernt hat?

Ein disziplinierender Vater kann im Übrigen nach schwedischen Forschungsbeurteilungen durchaus zum schulischen Erfolg seiner Kinder beitragen. Kinder von strengen Vätern erzielten „*in der Schule bessere Noten und kamen schneller voran als andere.*“ (Brizendine, 2011, S.121).

Wünschenswert ist jedoch,

„[...] ein Vater zu bleiben, der sie [seine Kinder] einlädt, ermutigt und inspiriert, ihren eigenen Weg im Leben zu finden und die in ihnen angelegten Potenziale zu entfalten.“ (Hüther, 2009, S.128).

Nicht nur aus entwicklungspsychologischer Sicht des Säuglings – Geborgenheit und Zuwendung spüren von Mutter **und** Vater - auch aus Sicht der Gehirnentwicklung bei den Erwachsenen ist jungen Vätern zu empfehlen, sich möglichst oft mit ihrem Kind zu beschäftigen.

„Je mehr sich ein Mann bei seinem Kind aufhält und sich um es kümmert, desto mehr Verknüpfungen, die das Vaterverhalten begünstigen, werden im Gehirn hergestellt.“ (Brizendine, 2011, S.124).

Vater zu sein bedeutet also, in einen Reifeprozess einzutreten, möglicherweise eine neue sinnstiftende Lebensweise zu erfahren und sich in einer anderen Rolle zu begegnen.

Haben Männer keine Familie und bleibt

„ihr [...] Grundbedürfnis nach Nähe, Verbundenheit und Geborgenheit [...] ungestillt [...] lässt sich das daraus erwachsende Gefühl der Unzufriedenheit durch berufliche Erfolge, Karriere, Ansehen und Erfolg [für eine gewisse Zeit] kompensieren.“ (Hüther, 2011, S.129).

Dieses ist jedoch kein Zustand auf Dauer. Irgendwann stellt sich Ernüchterung ein, „das Gefühl des Alleinseins“ (Hüther, ebenda) oder, klinisch betrachtet, eine depressive Episode oder Schlimmeres. Für diesen Fall warten schon ambulante Therapien und psychosomatische Kliniken auf ihren nächsten Patienten.

- Das Gefühlsleben des Mannes

An dieser Stelle möchte ich einen Blick auf das ‚Gefühlshirn‘ des Mannes werfen. Louann Brizendine, die in ihren psychiatrischen und paartherapeutischen Sitzungen mit der Unterschiedlichkeit der Geschlechter ständig zu tun hat, schildert die

*... klassische Klage: Männer werfen den Frauen vor, sie seien zu emotional, und Frauen beschuldigen die Männer, sie seien nicht emotional genug... und alle glauben, der oder die andere könne sich **entscheiden**, anders zu sein – wenn er oder sie es nur wirklich wollte. Was sie nicht wissen: Männer und Frauen besitzen unterschiedliche Gehirnschaltkreise für die Verarbeitung von Gefühlen. (2011, S.125)*

Sie beschreibt zwei Systeme, die es im Gehirn gibt und die für Gefühle zuständig sind:

1. *Das System der Spiegelneuronen und*
2. *Das System der temporalparietalen Verknüpfungen. (2011, S.127).*

Mit Hilfe der Spiegelneuronen können wir Menschen die Gefühle und Emotionen mit unserem Gegenüber teilen. In der psychotherapeutischen Arbeit spielt dieses Phänomen bei den Wahrnehmungen des Therapeuten in der Gegenübertragung eine große, wenn nicht sogar entscheidende Rolle.

Das zweite System dagegen analysiert und sucht nach Lösungsmöglichkeiten. Dieses ist das männliche System, denn nach der Pubertät stellen die Hormone des Mannes sein Gehirn dauerhaft und bevorzugt auf diese Verknüpfungen ein. Der Vorteil besteht in der klaren Abgrenzung zwischen ‚Ich‘ und ‚Du‘ auf der Gefühls-ebene.

Nachteilig könnte die beim Gegenüber empfundene mangelnde Empathie sein. Tatsächlich sind Männer grundsätzlich genauso wie Frauen für Gefühle empfindungsfähig, sie haben nur verlernt oder sich abgewöhnt, auf ihrer Empfindungs- und Gefühlsebene zu bleiben.

An dieser Stelle möchte ich aus Norah Vincents Erfahrungen zitieren. Sie begab sich ein Jahr als Mann verkleidet unter Männer, um unter anderem herauszufinden, wie sie sich mit ihresgleichen benahmen. Ihre Beobachtungen, wie heranwachsenden Teenagern innerhalb der Männergesellschaft ihre Gefühle ‚ausgetrieben‘ werden, indem sie coram publicum beschämt werden, sprechen Bände. „Hör bloß auf zu heulen“ (Vincent, 2009, S.198) ist noch eine harmlosere Aufforderung, die ein Fünfzehnjähriger wegen eines Mißgeschicks zu hören bekommt. Neben Mutproben und Schmerztests werden junge Männer innerhalb einer Männergruppe - hier im Bowlingcenter - bewusst oder unbewusst auch von ihren Vätern gezielt gekränkt, um ihre Frustrationstoleranz festzustellen und sie zur Gefühllosigkeit zu ‚erziehen‘.

Die Autorin erinnert sich durch Erlebnisse - unter anderem in einem Männerkloster - an ihre Brüder zu Hause:

Als ich diese merkwürdige, mir fremde Behandlung aus erster Hand miterlebte, empfand ich Mitgefühl und Trauer wegen des Schadens, der männlichen Jugendlichen durch jene Übergangsriten zugefügt wird, die sie zu Männern machen sollen. Ich weiß noch, wie meine Brüder darunter litten, wie sie sich zu Hause bei meiner Mutter ausweinten und ihr von den kleinen Grausamkeiten erzählten, die sowohl andere Jungen wie auch Männer ihnen in der Schule und im Sommerlager zufügten. Damals waren sie genauso verletztlich, wie ich es war, und sie waren noch fähig, das zu zeigen. (Vincent, 2009, S.202).

Nun, so beklagt sie, zeigen sie als Gefühle nur noch Wut und Zorn, weil das gesellschaftlich akzeptiert wird.

Dazu passend fällt mir ein weiterer Ausschnitt aus Grönemeyers „Männer“-Lied vom Anfang dieses Kapitels ein:

*Männer haben's schwer, nehmen's leicht
Außen hart und innen ganz weich
Werden als Kind schon auf Mann geeicht ... (1986)*

Was ist das eigentlich für eine Art Mann, auf den die Jungen ‚geeicht‘ werden?

An anderer Stelle heißt es bei ihm:

*Männer nehmen in den Arm
Männer geben Geborgenheit*

...
Männer brauchen viel Zärtlichkeit ... (1986)

Hier dagegen ist zu befürchten, dass es eher um Eindimensionalität und Klischee – haftigkeit des ‚starken stahlharten Kerls‘ geht, was immer auch der Einzelne im Detail darunter versteht. Im Männerkloster findet die Tabuisierung ihren Höhepunkt wenn die Amerikanerin Norah Vincent, als Mann, bei den Klosterbrüdern zugibt, „Umarmungen gebrauchen“ zu können (2009, S.213).

[So]... wurde ich pflichtschuldig zu dem jungen Mann, den man so beschämte, dass er sich aller emotionaler Äußerungen enthielt. Dafür sorgte die heftige Missbilligung meiner [Kloster-]Brüder... (2009, ebenda).

Zentrale Auffassung in dieser – für mich zugegebenermaßen sehr amerikanischen – Gesellschaft ist:

„Sieht man bei einer Frau Schwäche, so will man ihr helfen; sieht man bei einem Mann Schwäche, so will man ihn beseitigen.“ (Vincent, 2009, S.286).

Der ‚lonesome Cowboy‘ kennt eben nur seine Power, seine Dominanz, aber kein Erbarmen.

Diese gewollte Zurückweisung von Gefühlen treibt bisweilen seltsame ‚Blüten‘, wenn Vincent von Beispielen in einer therapeutischen Selbsthilfemännergruppe auf einen Mann trifft, welcher, äußerlich smart, innerlich zutiefst verunsichert,

„... ständig Angst hatte, sie [seine Freundin] an einen anderen Mann zu verlieren, genauer gesagt an einen, der mehr Geld verdiente oder einen höheren sozialen Status hatte, als er selbst.“ (2009, S.338).

Gleichzeitig war der Mann *„gezwungen, sich nichts anmerken zu lassen.“* (ebenda). Entsprechend litt er darunter, seine Maske ‚Ich-habe-alles-im Griff‘ aufrechtzuerhalten beziehungsweise aus seiner Sicht aufrechterhalten zu **müssen**.

Abhilfe, diese Anstrengungen verändern zu können und irgendwann sogar lassen zu müssen, könnte eine unvermeidbare Lebensphase schaffen: das Alter. Damit komme ich zum letzten Unterkapitel in diesem Abschnitt.

- Der reife Mann

Irgendwann ist im Leben des Mannes der Baum gepflanzt, das Haus gebaut und ein Kind gezeugt – oder auch nicht. Zumindest ist anzunehmen, dass das Leben in regelmäßige Bahnen gelenkt und organisiert worden ist. Dann stellen sich für den Mann Fragen nach der Sinnhaftigkeit des großen Ganzen.

Ein Grund ist, dass hormonell und gehirntechnisch alles einen ruhigeren Gang geht. Testosteron und Vasopressin sind noch ‚in Betrieb‘, aber nicht mehr so überschäumend, dass man(n) sich ständig davon getrieben fühlt. Brizendine vergleicht den Hormonhaushalt mit einer Treibstoffmischung für mehr *„Luxuslimousine“* (2011, S.145) und weniger Sportwagen. Der Östrogenspiegel steigt in Relation zum Testosteron an und nähert sich vom Prinzip der Hormonumstellung den Frauen an. In Folge davon sinkt der Sexualtrieb und die Abkehr von *„Ich brauche es jetzt, sonst sterbe ich“* (Brizendine, 2011, S.158). In das Leben des Mannes kehrt, wenn er es zulässt, also mehr Ruhe ein und damit hat er mehr Zeit und Gelegenheit, über sich zu reflektieren.

‚Potentialentfaltung‘ heißt für Hüther das Kriterium für die Frage nach dem Sinn. Er nennt auch *„Vervollkommnung“*, *„die eigene Weiterentwicklung“* und *„Entfaltung“* neuer Möglichkeiten (2011, S. 130). In dem Zusammenhang nimmt der Autor und Neurobiologe die Arbeit unter die Lupe und fragt sich, ob die Jobs im allgemeinen überhaupt geeignet sind, die Menschen im besonderen zu ihrer Entfaltung zu bringen. Ein klares ‚Nein‘ ist seine Antwort, weil

„[...] das menschliche Gehirn [...] nicht primär für die Erledigung von Dienstleistungen, sondern für das Lösen von Problemen optimiert [ist], die das Leben jedes Einzelnen in einer menschlichen Gesellschaft bereithält und immer wieder neu hervorbringt.“ (Hüther, 2009, S.130).

Nachdem die Denkweise des Mannes vorwiegend problemlösungsorientiert ist, leuchtet ein, dass Routine zu Langeweile, zu Stillstand, zu Sinnlosigkeit wird. In der Abwechslung liegt die Veränderung; das bedeutet: von Zeit zu Zeit neue Inputs zu bekommen oder sich zu geben und dieses möglichst lebenslänglich.

Hüther skizziert den Weg des Mannes ins Alter mit und ohne Familie. Die Suche nach Verbundenheit, wie schon anfangs erwähnt, lässt Männer sich entweder mit aller Macht an eine Lebenspartnerin binden und/oder im Beruf Anerkennung suchen. Beides zusammen birgt – seit einigen Jahrzehnten auch für Frauen - das Dilemma, sich zwischen Beruf und Familie nahezu zerreißen zu müssen. Dafür wird das männliche Leben mit Nähe, Verbundenheit und Sinnhaftigkeit belohnt.

Für die Zeit der Pensionierung des Mannes entwirft Hüther eine traumhafte Vision der freien Entscheidung in totaler Freiheit „*vielleicht zum ersten Mal in seinem Leben.*“ (2011, S.132). Gleichzeitig warnt der Autor vor zu lässiger Handhabung mit dem Nichtstun: Routine höhlt das Leben aus, macht es „*inhalts- und sinnlos*“ (2011, S.133), körperliche Gebrechen und Krankheit folgen meist, und es geht rapide bergab.

Nun muss die Frage gestellt werden, wie denn nun das Altern befriedigend funktionieren, also sinnstiftend und erfüllend sein könnte. Nach Hüthers Ansicht braucht es zu einer gelungenen Transformation drei Voraussetzungen:

- *Authentizität*
- *Souveränität*
- *Spiritualität* (2009, S.134).

Mit diesen Begriffen verbindet der Autor große Namen wie Krishnamurti, Gandhi und Mandela. Allerdings räumt er ein, dass Entwicklungen zu mehr Echtheit, Gelassenheit und Inspiration nicht über Nacht passieren, sondern schon vorher eingeleitet werden mussten. Eine innere Haltung von „*Offenheit, Verlässlichkeit, Vertrauen, Dankbarkeit, Bescheidenheit, Achtsamkeit, Zugewandtheit und über allem: Liebe*“ ((2009, ebenda) bringen für das männliche Leben die besondere Entfaltung.

„[Die] ...im Frontalhirn verankerten, ihnen Halt bietenden Vorstellungen, Überzeugungen, Haltungen und Einstellungen loszulassen... Wenn einem Mann das gelänge, wäre er mit sich und der Welt versöhnt.“ (Hüther,2011, S.136).

4. Das therapeutische Arbeiten in und mit der Klinikorganisation

Eine psychosomatische Klinik besteht, auch wenn sie eher, wie das Stillachhaus in Oberstdorf, zu den kleineren ihrer Art zählt, aus Hauptabteilungen - hier Innere Medizin/Kardiologie und Psychosomatik mit ihren Ärzten und Psychotherapeuten als Haupttherapeuten - und mehreren co-therapeutischen Abteilungen wie Physio-, Kreativ- und Körpertherapie. Die Ärzte des Hauses verordnen die physikalischen Anwendungen während die psychologischen Psychotherapeuten sich mit der Empfehlung aller anderen Therapien befassen.

4.1. Arbeitsteilung in verschiedenen therapeutischen und medizinischen Disziplinen als kompaktes Behandlungsangebot für die Patienten

Für alle Patienten der psychosomatischen Abteilung ist neben den medizinischen Untersuchungen und eventuellen Medikamentierungen Psychotherapie in Einzel- und Gruppensetting vorgesehen. Andere Gruppensitzungen wie beispielsweise Kreatives Gestalten und Autogenes Training, auch die Atemtherapie gehören zum Standardprogramm der meisten Patienten. Daneben stehen ihnen verschiedene andere Therapien zur Verfügung, die wie beim Bausteinprinzip von den verordnenden Ärzten und Psychologen zweckgerichtet ausgewählt werden, um die Behandlung der Patienten zu unterstützen bzw. das Behandlungsziel voranzutreiben.

Die Palette erstreckt sich von Massagen, Fußreflexzonenbehandlungen, medizinischen Bädern und Packungen über Entspannungstechniken wie Progressive Muskelrelaxation (PMR), wie schon erwähnt Autogenes Training in verschiedenen Intensivierungsgraden, Chi Gong und Tinnitusgruppe mit speziellen Entspannungsübungen - sozusagen die ganze Thematik der Physiotherapie und Krankengymnastik inklusive Osteopathie - bis hin zum ebenfalls bereits aufgeführten Kreativen Gestalten in Einzel- und Gruppenarbeit, Körperwahrnehmungsgruppen, Watsu (Wassershiatsu) im Einzel- und Gruppensetting und natürlich die Atemarbeit, ebenfalls in Einzel- und Gruppensitzungen.

Zu den eben erwähnten Verordnungen gibt es noch themenbezogene Gruppen: eine ernährungspsychologische Gruppe, eine Frauengruppe („Frauenfeuer“), eine tanztherapeutische Gruppe und, seit neuestem, eine Trauergruppe. Nicht zu vergessen die Sportgruppen wie Wasservolleyball, Fußball und Nordic Walking. Das Angebot ist vielfältig. Entsprechend viele Therapeutenkolleginnen und -kollegen sind um das Wohl der Patienten besorgt und geben ihr Bestes – so ist zumindest mein Eindruck.

Es ist also nicht so, dass ‚viele Köche den Brei verderben‘ und Einzelegoismen oder Eitelkeiten der Kolleginnen und Kollegen sich nachteilig auf den Behandlungserfolg bei den Patienten auswirken oder diesen sogar verhindern. Tägliche Kleinteam- und wöchentliche Großteamsitzungen bieten uns Kollegen Gelegenheiten zu Erfahrungs- und Informationsaustausch, Überprüfungs- und Überarbeitungsmöglichkeiten von Behandlungskonzepten und Beseitigung möglicher Unklarheiten und Missverständnisse. Supervisions- sowie Balintgruppen mit externen Moderatoren verstärken und ergänzen das Miteinander und die Erarbeitung des ‚Sich-Verstehens- und-Verständigens‘ im Team.

4.2. Atemarbeit in der Klinik als erfolgreiche Nischentherapie

Wie ich im vorherigen Kapitel aufgezählt habe, gibt es für Klinikärzte und -psychologen grundsätzlich eine große Auswahl an Verordnungsmaßnahmen. So sind sowohl terminliche Überschneidungen als auch solche hinsichtlich der Wirksamkeit der Anwendungen nicht selten:

PMR oder autogenes Training oder Atemgruppe?
Chi Gong oder Gruppen-Watsu?

Kreativ-Einzel oder Musiktherapie?

Wie grenzt sich da die ‚Atemtherapie‘ – wie sie klinikintern genannt wird – bzw. Atem- und Körperpsychotherapie wie ich sie praktiziere von anderen Therapieformen ab?

4.2.1. Was ist Atem- und Körperpsychotherapie?

Zunächst gilt es zu klären, was Atem- und Körperpsychotherapie im Vergleich zur eher rein pädagogischen Atemtherapie überhaupt ist und wie sie sich als Körperpsychotherapie darstellt.

„In der Arbeit am Atem geht es vor allem um das Empfinden der eigenen Leiblichkeit und insbesondere des eigenen Atemgeschehens.“ (Fischer & Kemmann-Huber, 1999, S. 25)

Grundsätzlich geht es, wie in Körperarbeiten üblich, um den ganzen Menschen mit *„[...] einer untrennbaren Einheit und Ganzheit von Leib, Seele und Geist.“* (Fischer & Kemmann-Huber, 1999, S. 33).

Damit offenbart sich bereits das humanistische Menschenbild wie wir es in der Atem- und Körperpsychotherapie (AKPT) haben mit den weiteren Überzeugungen:

- *Der Mensch ist in seinem Kern gut. Dieser innere Kern sollte gefördert, nicht unterdrückt werden.*
- *Der Mensch hat eine angeborene Tendenz zu Selbstaktualisierung / Selbstverwirklichung.* (Maas, 2012, S.1).

Wie bei anderen Körperpsychotherapien auch, wollen wir mit dem Klienten bzw. Patienten das „Körper-ICH“ erarbeiten, also das bewusste Einnehmen des eigenen Leibes in seiner Ganzheit, nur hier mit dem spezifischen Weg über den Atem. So unterscheidet sich diese Therapieform am deutlichsten von anderen: der Atem als Verbindung zwischen Leib, Seele und Geist. Fischer & Kemmann-Huber erklären das so:

Die zentrale Annahme in der Atemlehre ist, dass über die Arbeit am Atem und am Leib das Körpererleben eines Menschen immer sicherer und differenzierter wird und dass darüber dieser Mensch in seinem ICH und in seinen leib-seelischen Funktionen gestützt und gestärkt wird. (1999, S. 60).

Den Begriff des „ICH“ übernehmen Fischer & Kemmann-Huber ebenfalls aus der analytischen Psychologie Jungs und verstehen darunter:

„Die zentrale psychische Vermittlungsinstanz für die Erfahrungen aus der äußeren und der inneren Welt.“ (1999, S.21).

Atembewegung, Atemrhythmus und das innere Beobachten der Schwingung der Körperwände stehen zwar im Mittelpunkt dieser Leibarbeit. Angestrebt wird damit aber ein Zustand des Sich-lassens und Zu-lassens des eigenen Atems. Ist dies möglich, so

„gibt er [der Atem] [...] Zugang zum Selbst, welches als anordnendes, ganzmachendes und heilendes Prinzip verstanden wird.“ (S. Bischof, 2012).

Mit ‚Selbst‘ gebraucht Bischof ebenfalls einen Jung’schen Begriff. Der Jungianer Murray Stein erklärt ihn so:

„Dem Selbst scheint die Aufgabe zuzukommen, das psychische System zusammenzuhalten und sein Gleichgewicht zu bewahren... Das psychische System wird geeint, indem es ausgeglichener wird, die einzelnen Teile mehr miteinander in Beziehung treten und stärker integriert werden.“ (Stein, 2011, S.190).

Das bedingungslose Sich-Annehmen ‚so wie ich bin‘ kann über den Atem gelingen und ist der erste Schritt zur Ganzwerdung, eben zum Selbst und damit zur seelischen Heilung.

Im Detail streben Kemmann/Huber auf der seelischen Ebene im Atem langfristig folgende Ergebnisse an:

- *Eine verbesserte Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit*
- *Die Entwicklung von Begegnungs-, Kontakt- und Liebesfähigkeit*
- *Selbst-Verständnis und Selbstvertrauen*
- *Die Entwicklung von Eigenverantwortung und Handlungsfähigkeit*
- *Reflexionsfähigkeit und die Fähigkeit zur Umsetzung leib-seelischer und geistiger Erfahrungen im eigenen Arbeits- und Lebensalltag*
- *Die Entwicklung von Mut, Lebensfreude und Kreativität zur eigenen Lebensgestaltung. (1999, S. 64).*

Es wird hier nicht von Symptomarbeit oder ähnlichem gesprochen weil angenommen wird,

[...] dass die Symptome eines Menschen verschwinden oder doch in den Hintergrund treten können, wenn es gelingt, den Atem in seinem ursprünglichen Rhythmus zu erfahren und zuzulassen und den ... eutonischen Zustand [Idealspannung] des Körpers zu erreichen... Gesundung bedeutet in diesem Fall sowohl Akzeptanz und Integration des IST-Zustandes als auch Wachstum, Veränderung und Neuschöpfung. (1999, ebenda)

Die beiden Autorinnen vertreten eher die pädagogische Arbeitsweise, betrachten den Atem an-sich schon als heilmachend und verzichten auf direktes Eingehen auf und Umgehen mit Symptomatik.

In der pädagogischen Arbeitsweise würde in der Therapie die Frage an den Patienten gestellt werden „wer bist du?“ während die psychotherapeutische Frage lauten müsste „wer bist du und wie bist du zu dem/der, der du bist geworden?“

Um letztere Frage zu beantworten, muss die Biografie des Patienten aufgearbeitet werden. Dafür ist die Beziehung zwischen Patient und Therapeut sehr wichtig, da ersterer nicht nur Vertrauen in die therapeutische Situation aufbringen und sich einlassen sondern sich im Verlauf der Sitzungen seinem Konflikt stellen soll. Die Kernfrage dazu lautet: „was ist der Grund, dass du, Patient gerade dieses Symptom oder diese Beziehungsproblematik etc. ausdrückst?“. Vor allem mit dem Nähern des Kernproblems, des Konflikts stellen sich Übertragungen und Widerstände ein. Als Körperpsychotherapeutin stelle ich mich in diesem Setting in der Übertragungssituation bewusst zur Verfügung, übernehme Rollen und Statthalterfunktionen um den Patienten an seine Gefühle und Emotionen des früher Erlebten heranzuführen zu können. Diese – bisher meist ungelebten Gefühle - sind im Gegensatz zur rein

pädagogischen Atemarbeit geradezu erwünscht damit seelische ‚Altlasten‘ sichtbar werden und gezielt aufgearbeitet werden können.

In einer psychosomatischen Klinik mit Patienten, die höchst vielfältige Ausprägungen von Somatisierung haben, genügt die Fokussierung auf den Atem oftmals nicht. Der Atem ist in der AKPT zwar natürlich auch „*bewirkendes und verbindendes Medium*“ (Maas, 2012, S.3), also der Wirkfaktor zur Heilwerdung schlechthin, Menschen mit frühen Störungen und niedrigem Strukturniveau jedoch müssen beispielsweise über die Arbeit am Objektbezug erst einmal dahingebacht werden, dass der Atem wirken kann. Wir sprechen dabei von ‚Nachreifung des Ichs‘.

Ist das gelungen und der Patient hat ein höheres Strukturniveau mit beginnender Ich-Kraft erreicht, dann habe ich als Therapeutin im Wesentlichen zwei unterschiedliche Arbeitsmöglichkeiten, um an und mit dem Atem des Patienten zu arbeiten: nämlich den bequem bekleidet Liegenden mittels massageähnlicher Griffe anzufassen oder ihm Atemübungen anzubieten, welche er einzeln auf dem Hocker sitzend, im Stehen oder in der Bewegung übt.

Die Bedeutung des Arbeitssettings, also liegender oder sitzender/stehender Patient, ist evident in der Atem- und Körperpsychotherapie, entscheidet sie doch darüber, ob der Mensch regrediert, weil er liegt und

„[...] in frühere, kindliche Haltungen [zurückgeht]. Der sitzende Behandler und der liegende Klient stellen ein Gefälle her, das sehr schnell Bilder hervorruft wie die haltende, bergende, gütige, wärmende und lebensspendende Mutter oder der Vater und das noch bedürftige, ausgelieferte Kind.“ (Bischof, 2003, S.2).

Im Gegenteil dazu bedeutet das beiderseitige Sitzen oder Stehen von Klient und Therapeut – außer beim Narzissten im Minderwert - ein Arbeiten auf Augenhöhe im ‚Erwachsenenmodus‘. Somit könnte ein Therapiethema das Erwachsenwerden oder Reifen des Klienten sein, welches sich im Verlassen der Liege und im inneren Wachsen zum freien Sitzen oder Stehen ausdrückt.

So fließen Wahrnehmungen des Patienten oder - in der Gegenübertragung - des Therapeuten in die Beziehung ein, die außerdem nach den vier Bewusstseinsfunktionen (Bischof, 2010, S.1) eingeordnet werden können:

- Fühlen (z.B. Gefühle, Emotionen),
- Denken (analysieren, kombinieren etc.),
- Empfinden (sämtliche Körperwahrnehmungen) und
- Intuieren (Impulse, Bilder, Träume usw.).

In der körperpsychotherapeutischen Begegnung gilt es nun herauszufinden, auf welcher der Wahrnehmungsebenen der Patient abgeholt werden kann und welche – als Gegenpol gewissermaßen – entwickelt werden könnte(n). Dieses ins Wort zu fassen ist dafür unverzichtbar. Die Patienten werden immer wieder angeleitet, zu beschreiben, was gerade ist, wie sie empfinden, denken, fühlen etc., um Unbewusstes in Augenschein zu nehmen. Das ist vor allem in Gruppenstunden eine Herausforderung für sie, wie ich in Fallbeispielen noch darstellen werde.

Daneben arbeite ich als Atemkörperpsychotherapeutin sowohl mit den psychotherapeutischen Werkzeugen Diagnostik, Therapiekonzepten und Indikationen als auch

mit Interventionen wie würdigen, spiegeln und konfrontieren, um nur einige zu nennen.

Atem- und Körperpsychotherapie ist somit ein komplexes Beschäftigungsfeld: einerseits bedeutet für mich, am und mit dem Atem zu arbeiten, das bestehende Atemmuster, also den Atemrhythmus aufzunehmen und mit Hilfe von Atemübungen oder im Liegesetting zu verbessern hinsichtlich – sehr grob bezeichnet – beispielsweise mehr Raumeinnahme im Einatem also mehr Schwingen der Körperwände nach außen, mehr Fließen im Ausatem (das Schmalwerden oder Zurückschwingen der Körperwände nach innen) und/oder mehr Ruhe in der Atempause. Dieses nennen wir das ‚Arbeiten in die Kraft‘ weil über (Atembewegungs-) Raum Kraft im Ein- wie im Ausatem entsteht, welche zum Wohlbefinden führt.

Andererseits gibt es konfrontative Momente, nämlich dann, wenn der Patient mit seiner inneren oder äußeren Haltung zum Beispiel gespiegelt und ihm damit sein Verhalten gegenübergestellt wird. In der direkten Berührung heißt das, mit Druck oder Gewicht zu arbeiten um eine Forderung oder Struktur aufzubauen, einer Frage an den Leib des Patienten Nachdruck im doppelten Sinne zu verleihen oder eine Grenze zu setzen. Gleichzeitig muss diese Wahrnehmung verbal begleitet werden, warum beispielsweise sich der Tonus beim Liegenden an dieser Stelle zurückzieht, sein Körper ein „nein“ ausdrückt etc. Damit können ‚Aha-Effekte‘ bei den Patienten entstehen, weil Neues sich nicht nur kommentarlos entwickelt, sondern die Wortfindung benötigt, um in die Ebene des Bewusstseins transportiert werden zu können.

4.2.2. Atem- und Körperpsychotherapie beim Zusammentreffen mit anderen komplementären Therapien

Patienten fragen oft, was ich da mache wenn ich sie anfasse, denn sie fühlen sich dann „*ganz anderes angefasst als sonst*“. Ich vermute, es ist das tiefe ‚Meinen‘ des inneren Wesens, mit welchem die behandelnden Hände im Atem, in der Atembewegung und im Atemrhythmus Kontakt aufnehmen wollen. Kann der Liegende z.B. auf Druck mit einem aufblühenden Einatem antworten, zeigt das ein gewisses Selbstverständnis und ICH-Stärke, da sich sonst die Atembewegung zurückziehen würde. Ich als Therapeutin fühle mich in diesem Moment dem Liegenden ganz nahe. Hier sind die Empfindungen, Gefühle etc. der Gegenübertragung fast zum Greifen nah. Mit minimalen Variationen des Drucks der Hände kann ich dann die Behandlung verändern. Im Fachjargon sprechen wir hier vom ‚Atemgespräch‘ mit einem Thema, das der Patient mitbringt oder welches sich im Behandlungssetting entwickelt.

Von verschiedenen Patienten hörte ich in diesem Zusammenhang Sätze wie

„*Die Stunden bei Ihnen sind mir hier [Anm.: in der Klinik] das Wichtigste*“,
(Patientin, 56 Jahre).

„*Alles können sie mir hier streichen, aber nicht die Atemstunden bei Ihnen*“,
(Patientin, 52 Jahre).

„Auch wenn ich immer noch nicht weiß, was Sie da machen, geht es mir jedes Mal so gut hinterher – unbeschreiblich“ (Patient, 57 Jahre).

„Die Atembehandlungen bringen mir am allermeisten“ (Patient, 46 Jahre und Patientin 62 Jahre).

„Gerade sagte meine Tischnachbarin zu mir als ich zur Atemstunde aufbrach, lässt du dich jetzt wieder glücklich machen?“ (Patient, 60 Jahre).

Usw.

Warum ist das wohl so?

4.2.2.1. Indirekte Funktionalität

Ein Grund liegt sicherlich in der Abwesenheit von direkter Funktionalität. In vielen anderen klinischen Therapien steht das ‚Funktionieren‘ an oberster Stelle. Es soll schließlich etwas verbessert werden. Die Patienten bringen ihre Symptome in die Klinik und dann arbeiten alle Abteilungen genau daran. Viele Patienten begeben sich, ähnlich eines Autos, zur Reparatur. Die Schwachstellen werden begutachtet, es gibt Berichte, Diagnosen, Arztbriefe und Gutachten und das Symptom wird fokussiert und in Angriff genommen, bearbeitet.

Atemtherapie funktioniert ganzheitlicher. Erstens sollen sich die Menschen in ihrem Leib wie ‚zu Hause‘ fühlen, wobei die meisten von ihnen dies erst lernen müssen. Zweitens wollen wir sie ‚im Atem‘ erreichen, das heißt zum Beispiel für den Liegenden, dass ich ihn so anfassen muss, dass seine Atembewegung sich nicht zurückzieht sondern, im Gegenteil, er sich mit seiner Aufmerksamkeit und seiner leiblich-seelisch-geistigen Anwesenheit unter die Hände des Therapeuten sammeln und dort bleiben kann. Oder, im freien Arbeiten auf Hocker, im Stand oder in der Bewegung, Übungsmodi zu erarbeiten, in welchen sich die Kraft des Patienten darstellt oder entwickeln kann oder, konfrontativer, Schwäche, Kleinheit, Minderwertigkeit, aber auch Wut etc., also die ganze Palette der Gefühle, zeigen darf.

Atemtherapie ‚funktioniert‘ sehr oft über die Arbeit an gesunden Anteilen. Für den Patienten gelingen Fortschritte hinsichtlich seiner (Persönlichkeits-)Reifung besonders leicht, wenn scheinbar gut im Fluss präsente Körperbereiche noch verbessert, verstärkt werden, um andere als schwach bewertete, sich im Schatten befindliche, auszugleichen bzw. zu integrieren. Mit diesem Erlebnis stehen die Patienten oft aus dem Liegesetting auf und fühlen sich unbeschreibbar wohl und glücklich, da sie sich in diesen Momenten nicht bewerteten sondern einfach annehmen konnten.

Damit komme ich zum nächsten Punkt: der Vorbereitung der Patienten durch andere Körperarbeiten.

4.2.2.2. Vorbereitung im körperlichen Erleben

Der Atem steht normalerweise nicht bewusst im Zentrum des Interesses des Patienten. Die Atembewegung, ohne sie zu beeinflussen zu beobachten, muss man lernen. Dieses wiederum geht nur über Körperwahrnehmung, also das Lernen, sich leiblich zu erleben.

Mit ihrer Ankunft in der Klinik werden die Patienten fast schon automatisch in die verschiedenen Bereiche der Physiotherapie geschickt. Wie bereits unter 4.1. erläutert gibt es davon einige. Menschen, die vorher kaum oder nicht mit ihrem Körper bewusst in Kontakt getreten sind, lassen sich nach Verordnung beispielsweise massieren, Fußreflexzonenbehandlungen oder Krankengymnastik gefallen. Allerdings bemerken auch sie Unterschiede.

Ein Beispiel aus der Physiotherapie: *„komisch, bei der Massage habe ich mich schon wohlgefühlt, konnte aber nicht so loslassen wie hier, dabei hat Ihr Kollege, der Herr X. mich doch feste geknetet“*.

Offenbar wurde die Peripherie „feste geknetet“, aber ohne den Menschen in seinem Inneren – mit C.G. Jung ausgedrückt – dem SELBST zu erreichen. Die äußere Hülle eines Menschen zu berühren klingt nach ‚Kratzen an der PERSONA‘, also der offiziellen nach außen gerichteten Seite und verändert möglicherweise etwas in dieser Schicht, eher selten dringen diese Veränderungen nach innen durch.

An dieser Stelle erlaube ich mir einzufügen, dass ich nicht gegen Massagen bin – im Gegenteil. Sie sind überaus hilfreich, vor allem neuangekommenen Patienten in einem ersten Schritt eine Erfahrung mit ihrem Körper zu vermitteln.

Davon profitiert die Atemtherapie erheblich.

Ein weiteres Beispiel für gelungene Vorbereitung, Körpertherapien schneller und tiefer erleben zu können und damit den leib-seelischen Horizont zu erweitern sind die Körperwahrnehmungsgruppenstunden. Hier lernen die Patienten – manche zum ersten Mal - ihren Körper als beseelten Leib mit Bedürfnissen, Vorlieben und Abneigungen wahrzunehmen. Einen großen Schritt zum Körper-ICH zu machen heißt für sie: mit einfachsten Bewegungen zu arbeiten, Gegenständen Bedeutung hinsichtlich sich selbst beizumessen und in der Gruppendynamik das ‚Außen‘ in Form der Reaktionen der Mitpatienten neu zu erleben.

4.2.2.3. Vorbereitung im seelischen Erleben

Mit der Aufzählung der meisten Therapieformen habe ich schon am Anfang dieses Kapitels beschrieben, was zur Verordnung für die Patienten gehört. Mit der Gesprächs-Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting werden die Patienten vier bis fünf Mal wöchentlich aufgefordert, über sich und ihre eigene Biografie zu sprechen. Auch und besonders mit Hilfe der Mitpatienten ergeben sich in den Gruppensitzungen gruppendynamische Verläufe, welche oft auch hartgesottene ‚Therapie-Verweigerer‘ knacken und ihnen zu denken geben. Zudem sitzen die Patienten, welche dem gleichen Psychotherapeuten zugewiesen wurden, zusammen an einem gemeinsamen Tisch im Speisesaal, womit das Zusammengehörigkeitsgefühl verstärkt und die Gesprächsthematik im Alltäglichen erweitert wird.

Dergleichen gilt für das kreative Gestalten: auch hier wird einzeln und in Gruppen gearbeitet. Die Gruppenaufteilung nach Psychologe und Psychologin bleibt erhalten, der Gruppenleiter/die –leiterin sind in der Gruppenarbeit dabei und unterstützen die Kreativtherapeuten.

Die Erfahrungen, die die Patienten in diesen Sitzungen machen beeinflussen ihr Verhalten in ihrer Atimeinzelstunde sehr. Auch wenn neue Patienten noch nicht wissen (können), was sie erwartet geschweige denn wie Atemarbeit wirken kann, so

sind sie doch grundsätzlich bereit, diese für sie neue Therapieform auf sich wirken zu lassen und, durch das therapeutische Nachfragen angeregt, mitzuarbeiten.

4.2.2.4. Wirkung der AKPT auf andere Therapien

In der Atemarbeit kann nicht nur ich von der Vorbereitung der Patienten durch andere Behandlungs- und Therapieformen berichten, sondern auch vice versa: die anderen von der Therapie mit dem Atem. Besonders in psychotherapeutischen Verfahren wie auch dem kreativen Gestalten gibt es eindrucksvolle Beispiele wie sich Patienten direkt nach einer atemtherapeutischen Sitzung von einer anderen Seite gezeigt haben. Hier wirkt sich das Klinik-Setting besonders vorteilhaft aus, kann der sich im Atem öffnende Mensch manchmal seine neu entdeckte Seite sofort bei den Therapeutenkollegen und -Kolleginnen darstellen und ausprobieren.

Ich möchte an dieser Stelle abschließend noch eine Ärztin zitieren, die, große Wertschätzung für die Arbeit mit dem Atem hegend, am Rande einer Teamsitzung meinte:

Ihr Atemtherapeutinnen kommt ganz anders an die Patienten heran. Manchmal denke ich, wenn wir mit einem Patienten nicht weiter kommen: wir haben alle den gleichen Schlüssel. Und der passt nicht. Ihr habt offenbar einen anderen und könnt anders an die Seele des Patienten ran. (Dr. Waldmann, 2010)

4.2.3. Zusammenfassung

Die Atemarbeit gehört in dieser Klinik zu den sogenannten ‚Magnet-Therapien‘. Damit ist gemeint, dass in Patientenumfragen die Atemtherapie, vor allem die Einzelsitzungen betreffend, ganz oben in der Präferenzskala der Patienten rangiert. Patienten, die zum ersten Mal Atemtherapie in ihrem Terminplan stehen haben, hörten oft schon über Mitpatienten von dieser Körperarbeit und kommen mit freudiger Erwartung in die Sitzung. Andere, die schon einmal im Stillachhaus waren und Atemtherapie hatten, äußern direkt bei ihrer Aufnahme den Wunsch nach dieser Behandlungsform.

„Ich habe gleich Frau Doktor M. gesagt, dass ich unbedingt wieder in die Atemtherapie wollte...“ Frau H., 2011.

Durch die in den vorherigen Kapiteln aufgeführten Vorbereitungen der Patienten in vielfältiger Weise fällt es den meisten sehr leicht, sich auf die Liege zu legen und anfassen zu lassen, was sie nicht müssten, weil ich – nach der Arbeitsmethodik der Atem- und Körperpsychotherapie – sie nach ihren Impulsen, Empfindungen, oder Gefühlen etc. frage. Die meisten sehen allerdings die – bequeme - Liege und wünschen sich sofort, sich hinzulegen zu dürfen. Somit bin ich auf meine Gegenübertragung angewiesen zu bemerken, wenn dieser Wunsch nicht stimmig ist oder sonst etwas ‚im Raum‘, also zwischen dem Patienten und mir steht.

Beispielhaft ist mir eine Patientin, Frau D., pensionierte Lehrerin, im Gedächtnis geblieben, welche versehentlich in ihrer ersten Klinikwoche in meiner Atemstunde landete. Sie legte sich, die Liege erblickend prompt hin. Als ich sie noch einmal

fragte, ob Angefasst-werden für sie wirklich in Ordnung ist, richtete sie sich auf und sagte spontan:

„Nein, es ist eigentlich nicht in Ordnung! Überall hier muss ich mich anfassen lassen und ich finde das sehr unangenehm.“ (Frau D., 2010)

Mit ihrer Empörung wurde die Patientin umgehend aus der Atemtherapie ausgelistet. Nach sechs Wochen Klinikaufenthalt mit diversen Körperbehandlungen und -kontakten wollte sie es doch noch einmal versuchen und war beeindruckt von der Wirkung der Atembehandlung im Liegen, die sie nun sehr gut annehmen konnte. Frau D. war dann ein Jahr später wieder im Stillachhaus und wollte von sich aus sofort und unbedingt auch Atembehandlungen bekommen. Als ich sie darauf ansprach und feststellte, wie sich ihre Einstellung gewandelt habe antwortete sie mir:

„Ja, damals war ich ja auch noch verklemmt und wusste noch nicht, wie toll das ist, dieses Berühren.“ (Frau D. 2011).

Hier hat sich ihr ‚Körper-Ich‘ ein Stück weit entwickelt, allerdings noch mit der Bewertung der anfänglichen Problematik, sich nicht einlassen zu können.

Um den Patienten eine gewisse Eingewöhnungszeit in der Klinik zu lassen und vor allem um die Atem-Warteliste nicht zu verlängern, werden Atimeinzelstunden daher frühestens in der zweiten Woche ihres Aufenthalts verordnet.

4.3. Bezugnahme auf das Arbeiten mit männlichen Patienten

Den Stellenwert der Atem- und Körperpsychotherapie im klinischen Alltag habe ich in den vorherigen Kapiteln von verschiedenen Seiten beleuchtet. Nun werde ich versuchen, einen Bezug zu den männlichen Patienten herzustellen. Dazu habe ich insbesondere ein Interview mit Herrn Dr. Udo Schmiechen, dem Chefarzt der Privatklinik Stillachhaus benutzt.

4.3.1. Lebenssituation der Patienten bei ihrer Ankunft in der Klinik

Eine gesundheitliche oder Lebens-Krise ist für die meisten Patienten Anlass, sich in eine psychosomatische Klinik empfehlen zu lassen. Voraussetzung, um überhaupt eine Krankenkassenzusage für einen Klinikaufenthalt zu bekommen, ist eine ambulante Behandlung bei einem Arzt oder Psychotherapeuten mit Kassenzulassung. Die Patienten werden in verschiedene Schweregrade eingeordnet:

1. Die akute Krise ist zu schwerwiegend und kann mit dem Hausarzt oder Psychotherapeuten zu Hause nicht genügend bearbeitet werden **oder**
2. der Mensch braucht einen geschützten Raum, um sofort Abstand von seiner gegenwärtigen Lebenssituation zu gewinnen **oder**
3. es gibt schon länger eine Krise bzw. die Krise wurde chronisch und erfordert – wie unter Punkt 1 – ein intensives Setting **oder**
4. der Mensch benötigt eine sogenannte fraktionierte Therapie aufgrund einer sehr langen Leidenszeit. Das bedeutet, es wird eine temporäre stationäre Behandlung empfohlen, abwechselnd mit ambulanten weiteren Therapien zu Hause.

Im Gespräch mit Dr. Schmiechen konnte ich auch aus seiner Sicht von geschlechtsspezifischen Unterschieden erfahren hinsichtlich der Gründe, warum Menschen in eine psychosomatische Klinik gehen. Während bei den Männern der nachlassende Erfolg im Beruf Auslöser Nummer eins für eine – mindestens – depressive Episode ist, ist es bei den Frauen die Zeit des Erwachsenwerdens der Kinder. Gleich hinter den beruflichen Problemen rangieren bei den Männern die Auseinandersetzungen mit dem Alter, bei den Frauen dagegen diverse Gründe als Krisenauslöser.

Das als ‚erfolgloser‘ wahrgenommene Leben, sei es aus gesundheitlichen oder altersimmanenten Gründen, führt viele Männer offenbar in die Minderwertigkeit und ins Chaos bisher nicht wahrgenommener Gefühle. Ebenso scheint sich bei vielen Frauen eine Wahrnehmung der – überspitzt formuliert – Nutzlosigkeit in den Vordergrund zu drängen. Sinnkrisen setzen damit Männern wie Frauen zu und führen, unbeachtet und seelisch unbearbeitet, bekanntermaßen oft zu Somatisierungen in mannigfaltiger Form.

4.3.2. Auseinandersetzung der Patienten mit ihrem Klinikalltag

Sind die Patienten aufgenommen, mit den Räumlichkeiten und der Struktur der Klinik vertraut gemacht und ihren Ärzten und Psychotherapeuten zugeordnet worden, setzt der Klinikalltag ein.

Viele Männer zeigen sich zunächst emotional zurückhaltender als die meisten Frauen. Im dritten Kapitel habe ich deutlich zu machen versucht, wie und warum Männer so werden wie sie sind und diese Unterschiede im Vergleich zu den Frauen finden natürlich auch ihren Ausdruck im Klinikleben. Für viele - vor allem ältere - Männer ist es anfangs eine große Forderung, sich emotional zu öffnen.

Dieses ist jedoch nur die halbe Wahrheit. In den psychotherapeutischen Gruppen Biografien der Mitpatienten zu hören, ist für viele fast noch schwerer auszuhalten. Auf mein Nachfragen, wie es ‚meinem‘ Patienten in der Gruppe geht, höre ich Aussagen wie:

„Manche Leute erzählen da so schreckliche Sachen, dass ich am liebsten rausgehen möchte.“ (Patient, 45 Jahre).

„Ein Patient hat so eine schlimme Kindheit gehabt, wenn ich da mit meinen Problemchen ankomme mache ich mich doch nur lächerlich.“ (Patient, 52 Jahre).

„Sie wissen ja, dass ich so eine beschissene Kindheit hatte. Ich will die anderen damit in Ruhe lassen.“ (Patient, 59 Jahre).

„Manchen ist das ganz wichtig, dort etwas zu sagen. Ich kann da nichts erzählen. Das betrifft doch sowieso nur mich selber und hat mit den anderen nichts zu tun.“ (Patient, 51 Jahre).

„Ich weiß nicht, was die da von mir hören wollen.“ (Patient, 42 Jahre)

„Ich weiß nicht, was ich da sagen soll.“ (verschiedene Patienten verschiedenen Alters etc.)

Chefarzt Dr. Schmiechen erlebt männliche Patienten anfangs *„kritischer* [als weibliche Patienten], *dafür aber am Ende ihrer Klinikphase umso dankbarer.“* (2012)

Das „Gefälle“ (Schmiechen, 2012) der emotionalen Zugänglichkeit ist bei Männern größer als bei Frauen und entsprechend ist ihre Entwicklung auch oft eindrucksvoller.

4.3.3. Umkehr zur Gesundheit

Aus meiner Sicht als Körperpsychotherapeutin gibt es im Atem bei Männern wie Frauen deutlich sichtbar eine Umkehr zur Gesundheit. Dies ist dann der Fall, wenn verschiedene ‚Trial-Error‘-Erlebnisse im Verlauf mehrerer Atemsitzungen zu einem Atemmuster mit Persönlichkeitscharakter geführt haben. An dieser Stelle meine ich eine Reifung im Atem- und Körpergeschehen. Auch hier verweise ich zu den Fallstudien. In einer davon werde ich mich noch eingehender damit beschäftigen.

In der Klinik dagegen findet sich folgende Faustregel für die seelische Entwicklung und Reifung der Patienten:

- Erkennen (des Konflikts)
- Benennen (des Themas)
- Durcharbeiten (im therapeutischen Prozess)
- Verändern (Anwendung und Integration der Erfahrungen). Das Sich-Verändern soll allerdings bereits wieder zu Hause stattfinden. Hier eignet sich die ‚Laborsituation‘ in der Klinik immerhin als Übungsfeld.

Dahinter steckt die Überzeugung und Erfahrung, dass nicht Gesundheit der Patienten das unbedingte Ziel sein muss, sondern innere Berührung. Der Patient darf gerne irritiert, nachdenklich, eben grundsätzlich an- und aufgeregt sein, damit geraten alte innere Verkrustungen in innerer und äußerer Haltung in Bewegung. Dazu meint Dr. Schmiechen:

„Wenn hier [aus seiner Sprechstunde] einer aus dem Gespräch zufrieden rausgeht, habe ich etwas falsch gemacht.“ (2012)

Verunsicherung in strukturiertem Rahmen ist also willkommener Nährboden für Veränderung.

Und wann sind Patienten berührt? Nach Dr. Schmiechens Erfahrung entsteht ein Prozess bereits mit dem Herausnehmen der Patienten aus ihrer Belastungssituation. Hier gibt es die erste Berührung durch Entlastung. Danach geht es darum, Schuldgefühle abzubauen, oder den Menschen generell zu stabilisieren.

4.3.4. Verabschiedung

Wie im vorigen Abschnitt aufgeführt, können die Patienten nicht als geheilt entlassen werden. Zwei Gründe spielen dabei vor allem eine Rolle:

1. Eine Klinik spiegelt nicht die Normalität wider. Dieser Umstand ist wohlbekannt und erwünscht. Gerade weil die heimischen Störfelder außen-vor bleiben, haben die Patienten besondere Chancen, unbehelligt von zu Hause, in einen seelischen Prozess einzutauchen.
2. Umgekehrt soll den Patienten bewusst gemacht werden, dass sie ihre Veränderung zu Hause vollbringen müssen. Sie verlassen den geschützten

klinischen Raum und begeben sich, angereichert mit neuen Erkenntnissen und Erfahrungen über sich selbst, nach Hause in ihr altes Umfeld.

Die Klinik hilft den Patienten, zu Hause ambulant ihren Reifeprozess fortführen zu können. Im Vorfeld ihrer Entlassung werden, falls nötig, Kontakte zu Therapeuten oder Ärzten hergestellt. Dann zeigt sich, ob es dem Patienten

„gelungen ist, berührt worden zu sein, sonst haben wir einen temporären Kreisverkehr und der Patient darf in Absprache mit seinem ambulanten Therapeuten und gegebener Motivation zur Therapie wiederkommen.“
(Schmiechen, 2012).

5. Anwendung der Atem- und Körperpsychotherapie im Gruppen- und Einzelsetting unter besonderer Bezugnahme auf männliche Patienten

Eine psychosomatische Klinik ist ein komplexes Gebilde. Darin zu arbeiten heißt, eine Therapie von vielen anderen zu vertreten, ständig im Austausch mit anderen therapeutischen und medizinischen Abteilungen zu sein und Kompromisse zu schließen. Anfangs fühlte ich mich mit meiner Arbeit als kleines Rädchen im Getriebe. Das hat sich dahingehend geändert, als ich diese Form von Atemarbeit in Kombination mit Körperpsychotherapie besser abgrenzen kann von anderen Arbeiten und – vor allem – diese Therapieform sich innerhalb der Klinik großen Respekt bei Patienten und Kollegen erworben hat.

War die Atemtherapie zu ihrem Beginn in der Klinik vor 12 Jahren eine Randerscheinung mit maximal drei Behandlungen pro Patient, ganz gleich wie lange die Aufenthaltsdauer war, so ist sie heute ganz selbstverständlich therapiebegleitend. Die verordnenden Psychologen geraten manchmal in heftigen Disput wenn es darum geht, möglichst viele ihrer Patienten in den Einzelstunden unterzubringen weil es oft eine Warteliste gibt.

Atem-Gruppenstunden sind ein anderes Thema. Patienten lieben Einzelstunden sehr, aber sich in einer Gruppenstunde mit sich zu beschäftigen oder sich sogar zu Wahrnehmungen vor anderen Mitpatienten äußern zu sollen, scheuen viele. Vor allem Männer sind sehr kritisch in Bezug auf Körperarbeiten und bereit, bei erster Gelegenheit zu ihrem zuständigen Arzt zu gehen, um sich von der Atemarbeit befreien zu lassen. Für viele ist der Einstieg in die Arbeit am und mit dem Atem auch deshalb schwierig, weil sich kaum ein Patient etwas darunter vorstellen kann. So gibt es Missverständnisse nach dem Motto: ‚ich kann doch atmen – ich weiß eigentlich nicht, warum ich hier bin‘. Inhomogene Gruppen mit Patientinnen und Patienten in ganz unterschiedlichen Körperbewusstseinsstufen verhindern oftmals gemeinsames Arbeiten. Und nicht zu vergessen: die Leute kommen nicht freiwillig in die Atemgruppen sondern auf Verordnung, sie befinden sich meist in einem krisenähnlichen Seelen-Zustand und die Bandbreite geht von Patienten mit frühen Störungen über Depressive mittleren Schweregrades bis zu yoga- und

körperarbeiterfährenen Menschen. Das Arbeiten mit Patientengruppen ist also oft knifflig und kompromisslastig. Entsprechend hoch ist die Fluktuationsquote – man könnte auch sagen ‚Fluchtquote‘ weil viele Menschen individueller behandelt werden wollen und/oder Mühe haben, sich in diese Form der Körperarbeit einzulassen. So sind die meisten Patienten nur ein- bis zweimal in der Atemgruppe und danach entweder sofort im Ateameinzel oder in anderen Gruppen.

Um für diese Arbeit speziell mit Männern Atemerfahrungen zu sammeln, habe ich angeregt, eine Atemgruppe nach Geschlechtern zu teilen. Zur besseren Vergleichbarkeit arbeite ich seitdem in der Männer- als auch Frauenatemgruppe mit fast dem gleichen Übungsangebot. Der erste Effekt: weniger Fluktuation.

5.1. Gruppenarbeit

5.1.1. Der erste Eindruck

Der Eindruck in den erstmalig getrennten Gruppen war Neugier seitens der Patienten und mir. Im Haus hatte es sich schnell herumgesprochen, dass es ein neues Projekt wegen meiner Diplomarbeit gab, und die Patientinnen und Patienten schienen in genauso froher Erwartung zu sein wie ich.

Die erste unspektakulär kleine Männergruppe mit vier Patienten hatte als einzigen auffallenden Unterschied meine Erklärungen: Frauen brauchten weniger davon, sondern machten einfach die Übungen – Männer dagegen fragten nach, gaben sich dann aber mit meiner Erklärung, warum wir jetzt diese Übung machen und was das bewirken kann, sofort zufrieden.

Das Thema Partnerübung ist bei manchen Männern ein Besonderes: in dieser Stunde kündigte ich das Rückengespräch an und erklärte das Arbeitssetting so: *„Jeder sucht sich einen Partner, setzt sich zu ihm Rücken an Rücken und nimmt erst einmal Kontakt dem Partnerrücken auf.“*

Ich sah mich um und erhielt – Schweigen.

„Offenbar habe ich mich nicht klar genug ausgedrückt“, dachte ich, und erklärte die Übung nochmals. Wieder Schweigen.

„Haben Sie die Übung verstanden? Ich erkläre sie Ihnen gerne noch einmal.“, fragte ich die anwesenden Patienten.

Daraufhin nahmen zwei Patienten Blickkontakt miteinander auf, nickten sich wortlos zu, einer von beiden schlurftte mit seinem Hocker wortlos auf den anderen zu und sie setzten sich – immer noch kommentarlos – rückseitig aneinander.

Dieses Verhalten ist undenkbar bei einer Frauengruppe - selbst unter depressiven Patientinnen: bei der Ankündigung einer Partnerarbeit habe ich noch nie erlebt, dass zu Anfang Stille herrscht. Die Partnerinnen begrüßen sich sofort verbal, fragen, wer wie sitzen möchte, wie das mit dem Anfassen noch mal war und so weiter.

Immerhin war bei den Männern das Eis gebrochen, da die anderen beiden auch gleich mitmachten, und so verliefen die weiteren Übungen ohne Stockungen. Es ist, im Gegenteil, grundsätzlich festzuhalten: je zurückhaltender die Patienten sich

anfangs zeigen, umso mehr ‚tauen‘ sie in Partnerarbeiten auf – so auch hier - und sind ansprechbar auf ihre Wahrnehmungen.

5.1.2. Die zweite Stunde - der zweite Eindruck

Lernfähig aus der ersten Männer-Atemgruppenstunde, gab ich öfter und deutlichere Erklärungen zu den einzelnen Übungen ab.

Die fünf Patienten waren, bis auf einen 30 jährigen alle zwischen 50 und 60 Jahre alt, ließen sich gut in die Übungen ein und ich erlebte zum ersten Mal eine Dichtheit, damit ist das innige Arbeiten und Einlassen in die Übungen gemeint, wie sie selten in gemischten Gruppen entsteht. Die Intensität verstärkte sich noch, als sich alle Teilnehmer zu ihren Übungserfahrungen äußerten. Mehr noch, ein Patient fragte nach dem Rückenausklatschen:

„Geht das auch anders?“

„Was schlagen Sie vor?“

„Vielleicht mit den Fingerkuppen?“

„Probieren wir's gleich aus“, schlug ich vor, „und wenn jemand noch eine andere Idee hat, können wir das auch gleich testen.“

Tatsächlich hatten die Teilnehmer Lust, zu experimentieren und waren eine Weile sehr beschäftigt. Ich habe sie zunächst ungestört ausprobieren lassen, weil ich ihr Interesse sehr wertvoll fand und sie unbewusst in einen Prozess des Spürens und des Mit-sich-und-dem-Gegenüber-Arbeitens eingetreten waren. Erst nachdem sie fertig waren, habe ich sie nach der Wirkung gefragt.

„Ziemlich unterschiedlich. Das mit den Fingerkuppen war irgendwie gar nichts.“

„... ich fand es etwas merkwürdig.“ Ergänzte ein anderer.

„Können Sie das beschreiben?“ fragte ich beide.

An dieser Stelle wird es für die Patienten – auch für diese Gruppe - meistens schwierig. „Angenehm“ oder „Unangenehm“ ist meist noch möglich, genauere Differenzierung jedoch vorerst ausgeschlossen, da der Zugang zu ihrem Körper noch nicht erfolgt und unbewusst ist. Leider sind sie die wenigsten lange und oft genug in der Atemgruppe, um diese Spezifizierung zu erlernen.

Nun aber zurück zur letzten Patientenäußerung.

„Hm, dieses Fingerkuppenklopfen ist irgendwie eklig.“ Der letzte Patient sagte es nachdenklich und die anderen horchten sichtlich interessiert auf.

Ich fragte noch einmal nach: „Wie meinen Sie das: ‚eklig‘?“

„Keine Ahnung. Irgendwie komisch halt.“ Da kam es mir so vor, als hätte der Patient seiner Meinung nach schon genug gesagt und zog sich sichtbar zurück.

Diese Reaktion auf ein Nachfragen von mir – das Sich-Zurückziehen nach einer Äußerung - erlebe ich häufig und meist dann, wenn jemand aus dem tiefsten Inneren etwas von sich preisgegeben hat. Vermutlich verspürt derjenige Scham, und dieses Gefühl beendet umgehend den emotionalen Kontakt mit der Gruppe für den Moment.

Um weitere Unterschiede wahrnehmen zu können, bot ich den Patienten nach diesen Behandlungsvarianten noch das Rückengespräch an.

In dieser Stunde war, wie so oft, ein 56 jähriger Patient mit starken Rückenschmerzen, der zunächst Bedenken äußerte, auf dem Hocker Platz nehmen zu können. Patienten mit diesen Symptomen sind meist sehr dankbare Atemgruppenteilnehmer, aus mehreren Gründen: zum einen wird in der Atemstunde nicht an ihrem Symptom gearbeitet, andererseits werden sie auch nicht ‚in Watte‘ gepackt. Schmerzbereiche werden nicht ausgeblendet, sondern, ganz im Gegenteil ins Spüren, Fühlen, Denken und Intuieren, also in die vier Jung'schen Wahrnehmungsfunktionen integriert. Zu beobachten ist – meist während des Rückengesprächs - nach dem vorsichtigen Herantasten an die schmerzende Körperstelle, eine intensive Auseinandersetzung mit sich während der Übung, schließlich Entspannung der Mimik bis zu einem Aufleuchten im Gesicht und manchmal spontane Äußerungen wie heute:

„Wissen Sie, ich habe Probleme im Rücken, aber diese Übung konnte ich heute machen.“

Ich fragte ihn sofort: *„Und wie geht es Ihnen jetzt?“*

„Besser als am Anfang der Stunde.“

„Können Sie Ihr Gefühl beschreiben, oder was das mit Ihnen macht?“

Kurzes Zögern des Patienten, da er offensichtlich nicht gewöhnt war, Körperteile mit Gefühlen oder ähnlichem zu verbinden. Um ihm zu helfen, bot ich ihm Qualitätsbeschreibungen an:

„War es erleichternd oder ist Ihr Rücken beweglich geworden, vielleicht auch weicher oder fester.“ Damit sah ich auch die anderen an.

„Naja, es war zuerst belebend und die Wärme des Kontakts mit meinem Partner fand ich angenehm, und ich fühle sie immer noch. Und jetzt sind meine Schmerzen weg.“

‚Wärme‘ ist das Erste, was die Patienten wahrnehmen können. Viele zögern jedoch, das auszusprechen, weil, wie ich von einigen erfahren habe, *„da noch etwas anderes [zu spüren] war“*, für welches sie keine Worte fanden.

Das ist der Einstieg in tiefere Schichten in der Begegnung mit sich selbst.

5.1.3. Die dritte Stunde

Die folgende Stunde war der Durchbruch für das ‚Männeratmen‘. Diese Gruppe war mit neun Teilnehmern deutlich größer, als die ersten beiden und nun konnte Gruppendynamik entstehen. Interessant bei Männeratemgruppen ist überhaupt, dass die Gruppe möglichst groß sein muss, damit die Einzelnen sich leichter öffnen. Das klingt prekär, aber Männern machen größere Gruppen – vorausgesetzt sie sind unter ihresgleichen - nichts aus und es gibt einen Nachahmungseffekt, der das Spürenlernen erleichtert.

In dieser Gruppenstunde habe ich zum ersten Mal eine Auseinandersetzung im besten Sinne der Teilnehmer mit sich in der Atemarbeit und mit den anderen kennengelernt.

Es war eine Stunde mit Schwerpunkt auf der ganzheitlichen dreiteiligen, sogenannten ‚kosmischen‘, Übung nach Ilse Middendorf. Thema war, nach der zentrierend gearbeiteten Dreiteile-Übung, gegen Ende der Stunde die Arbeit mit einem Gegenüber und ohne.

Ein Patient, 30 Jahre alt, sagte spontan: *„Ich fühle mich besser, wenn jemand in meiner Nähe ist.“*

Ich wiederholte diese Feststellung, beobachtete Kopfschütteln bei einigen älteren Männern und reichte dieses als Frage weiter: „*Wie ist das für die anderen?*“ Sofort meldete sich einer zu Wort: „*Also ich finde das gar nicht. Ich möchte lieber für mich sein.*“ Ein anderer nickte beifällig und als ich ihn ansah, sagte er leise: „*Ich auch.*“

Daraufhin musste ich nur in die Runde blicken und jeder der Teilnehmer erzählte von seinen Eindrücken. Es war ein Bereit- und Zur-Verfügung-Stellen von eigenen Wahrnehmungen. Die Unsicherheit der Patienten war im Raum spürbar, aber ich versuchte, mit meinen Kommentaren möglichst alle zu ermutigen sich zu äußern, ihnen Raum zu geben und ihre Rückmeldungen aufzunehmen.

Für mich als Gruppenleiterin kommt es in solchen Situationen darauf an, den einzelnen, der quasi gegen den Gruppenkonsens aussagt, nicht nur zu würdigen, sondern auch zu stärken. Dieses ist ein Balanceakt, da ich kein Gefühl des Benachteiligt-Seins bei den Anderen wecken möchte, ich aber gleichzeitig Beschämung in der Gegenübertragung bei dem Patienten mit der Einzelaussage wahrnahm gerade weil er von mir als Gruppenleiterin unterstützt wurde. Sie alle haben gelernt, bewertet zu werden, und die Frage nach ‚richtig‘ und ‚falsch‘ steht immer wieder im Raum. Oft fragen die Gruppenteilnehmer auch, ob ihre Wahrnehmungen denn richtig sind und ob sie eine Übung verstanden haben. In solchen Momenten erläutere ich die Möglichkeiten der Extreme anhand der Atemübungen. In diesem Fall, mit der dreiteiligen Arbeit, versuchte ich ihnen zu erklären, „*dass es sowohl um das allumfassende Verbundensein mit dem Außen gehen kann, als auch um das zentrierende Element ‚ich für mich allein‘. Es ist immer höchst individuell.*“

Darauf reagierten die Patienten mit nachdenklichem Schweigen. Einige fühlten sich sichtlich bestätigt. Bei anderen bin ich mir, wie so oft, nicht sicher, was sie mit meinen Erklärungen ‚machen‘.

5.1.4. Grundsätzliches

Im Anfangsabschnitt dieses Kapitels habe ich von Kompromissen geschrieben. Diese betreffen auch die Arbeit in den Atemgruppen grundsätzlich, weil es leider in der Klinikrealität nicht möglich ist, die Patienten über einen längeren Zeitraum zu begleiten. So habe ich mich auf bestimmte Schwerpunkte und Ziele festgelegt, die ich innerhalb einer Stunde anpeile.

Die Patienten sollen:

1. ihre Atembewegung spüren, (körperliches Erleben und Empfinden),
2. in den Atemübungen das eigene Maß entdecken bzw. die Größe der Bewegung, die ihnen im Moment entspricht, (leiblich-seelisches Erleben in Eigenverantwortung),
3. den eigenen Außen-Raum erforschen und dabei ihre leiblich-seelischen Grenzen und/oder ihre Freiheit erfahren, (leiblich-seelisches Erleben),
4. Unterschiede wahrnehmen: wie ging es mir vor der Übung – wie geht es mir jetzt? (vor allem seelisches/emotionales Erleben),

5. versuchen, diese ihre Wahrnehmungen zu verbalisieren (Transfer ins Bewusstsein – Denkebene).

Gelingen alle Programmpunkte innerhalb einer Gruppensitzung, war sie höchst intensiv und sehr wahrscheinlich mit einigen Leuten besetzt, die schon Körperarbeit erfahren haben und andere mitreißen oder zu den wenigen Patienten gehören, die ‚Fans‘ der Atemgruppe sind, die sie gut für sich nutzen können und gerne während ihres gesamten Aufenthalts in der Klinik die Gruppe besuchen.

Unter allen Punkten ist mir die Eigenverantwortung der Patienten am Wichtigsten. Bei den meisten Übungen biete ich Ihnen an, sie so zu verändern, dass sie machbar sind. Das heißt, dass zum Beispiel Schmerzpatienten ihre Bewegungen sehr klein ausführen sollen, fast alles ist erlaubt, was dienlich ist, die angebotene Atemübung irgendwie ‚hinzukriegen‘ und für sich etwas ‚mitzunehmen‘.

Der Innenraum ist erfahrungsgemäß im Gruppensetting in der Kürze der Zeit schwieriges Thema, so dass ich schwerpunktmäßig am Außen in der Konfrontation arbeite. Viele Patienten sind erschöpft und über ihre körperlichen und seelisch-geistigen Grenzen gelaufen oder selbige sind von außen verletzt worden, sonst wären sie nicht hier. So ist es meiner Ansicht nach unverzichtbar, in geschütztem Rahmen die eigenen Grenzen erfahrbar zu machen. Nur dann können sie überhaupt eingenommen und verteidigt werden. Die Arbeit mit einem Gegenüber, also Partnerübungen, können deshalb auch die meisten ‚Aha-Effekte‘, aber auch Sprengstoff liefern.

5.1.5. Besondere Übungen

- Partnerübung mit Arm bewegen und bewegen lassen

Beispiel dafür ist das Bewegen-lassen des eigenen Armes in einer Partnerübung. Diese Arbeit ist nur am Ende einer Stunde möglich, wenn die Teilnehmer gut gesammelt und bei sich ‚angekommen‘ sind. Anderenfalls ist es schwierig, den eigenen Arm loszulassen, sich einem Partner anzuvertrauen **und** Empfindungen, Gefühle, Impulse etc. wahrzunehmen und wiederzugeben.

Zunächst frage ich bewusst allgemein: „*Wie war das denn für Sie, Ihre Arme bewegt zu bekommen, beziehungsweise einen fremden Arm zu bewegen?*“

Meistens erhalte ich folgende Antwort: „*Mein Partner hat gar nicht loslassen können.*“ Oder „*Sein linker/rechter Arm ließ sich ganz gut bewegen, aber mit der anderen Seite ging es nicht so gut.*“

Die Menschen neigen dazu, zunächst den Lichtschein auf den anderen zu werfen, ehe sie von sich erzählen.

Ich frage dann: „*Wie war es denn für Sie selber?*“ und ernte zunächst Stille.

Meistens trifft die Frage genau den wunden Punkt des Patienten, der sich im Außen verausgabte und dabei sein eigenes Inneres übergeht. Stets kommen, nach einigem Nachdenken, Wahrnehmungen ‚auf den Tisch‘ und führen meistens dazu, dass auch die anderen Gruppenteilnehmer sich outen. Vor allem für den Partner, der sich möglicherweise vorgeführt fühlte, ist es erleichternd zu wissen, dass nicht er als der andere beurteilt, sondern die eigenen Erfahrungen benannt werden sollen.

- Impulsarbeit mit Ton im Kreis

Ein anderes Beispiel ist die Arbeit mit Tönen und Impulsen. Während der Stunde arbeiten wir unter anderem mit Stampfen und Impulssilben wie ‚HE‘, ‚HA‘, ‚HO‘, ‚TA‘, ‚TO‘ usw., um am Ende eine ‚HE-Runde‘, wie ich sie nenne, anzubieten. Dazu stellen wir uns im engen Kreis auf und geben eine Silbe – meist ist es ‚HE‘ - plus Impulsbewegung wie Stampfen oder mit dem Ellbogen nach außen schnellen, reihum weiter. In dieser Arbeit ist die Geschlechtertrennung besonders von Vorteil, weil die männliche Kraft, wenn sie einmal losgelassen, manche Frau an erlebte Gewalt erinnert und sie überfordert aus der Gruppe aussteigt. Selbstverständlich sind solche Erfahrungen auch bei Männern vorhanden, sie können untereinander jedoch meist besser damit umgehen und ziehen sich bereits zu Beginn der Übung zurück.

Bereits nach ein bis zwei Runden kommt bei den Teilnehmern eine fröhliche bis ausgelassene Stimmung auf. Das Spiel mit Impuls und Stimme lockt die unverstellte Anbindung an das Selbst und lässt Kraft im Atem über die Silben entstehen.

„Wie geht es Ihnen?“ frage ich dann.

„Gut“, „Sehr gut“ sagen sie, oder strahlen mich als Antwort an.

„Wie kommt es, dass Sie so fröhlich sind?“ frage ich weiter.

Diese Frage ist meistens der Stimmungskiller: die vorherige gute Stimmung kühlt umgehend ab, die Patienten, eben noch aufgerichtet, sinken merklich in sich zusammen, werden stiller und nachdenklich. Durch meine Frage habe ich sie in ihrem Unbewussten berührt und sie fühlen sich, so vermute ich, erappt.

In der letzten Stunde gab mir einer von ihnen jedoch eine überraschende Antwort:

„Das macht der Ausatem, der hat Kraft, wie Sie gesagt haben.“

„Ja, das macht einfach Spaß...“, „... ist lustig.“ ergänzten andere.

Ich erweiterte die Übung dann dahingehend, als dass ich Authentizität einforderte.

„Wir machen das Gleiche nochmal, nur jetzt versuchen Sie, den Impuls so weiterzugeben, wie Sie es empfinden, wonach Ihnen ist. Sie brauchen also nicht die Ausführung Ihres Nachbarn zu beantworten, sondern probieren Ihre eigene Form aus.“

Damit kommen die Patienten zunächst ins Grübeln.

„Spontaneität will wohl überlegt sein“ warf ich dazwischen und sie lachten wieder.

Um diese Spontaneität zu entwickeln, gab ich in immer kürzeren Abständen Silbe und Impuls weiter, bis das Chaos unvermeidlich war.

Plötzlich vergessen die Männer ihre Hemmungen, gehen auf Tuchfühlung oder in Scheingefechte zueinander und entwickeln das Spiel mit anderen Geräuschen oder Bewegungen weiter. Durch Lachen und Bewegung entwickelt sich eine besondere Form von Echtheit, wie sie fröhliche Kinder kennzeichnet.

Alle, die mitmachten verließen ihre Atemstunde in froher Stimmung, zwei Patienten bedankten sich persönlich.

- Den persönlichen Außenraum aus der Mitte finden

Oft frage ich in die Runde nach Wünschen für die folgende Atemstunde: anregend oder ruhig zum Beispiel. Die meisten beantworten die Frage mit Zusammensacken ihres Oberkörpers oder verbal mit: „lieber ruhig“. Nur wenige möchten eine

Atemstunde mit anregenden Übungen. Diese lasse ich dann zwischendurch einfließen. Das folgende Beispiel fand in einer der letzten Männeratemstunden statt, in welcher ich eine meiner Standardübungen angeboten habe: das Erarbeiten der eigenen Grenze aus der Mitte heraus.

Zwei Drittel der Stunde sind Vorbereitung zum Aufbau des Sitzes oder Stands von unten nach oben. Nun streichen wir die Mitte des Rumpfes aus und legen die Hände auf die Bauchdecke oder seitlich an die letzten Rippenbögen, um die Atembewegung zu spüren. Dann lassen wir eine Hand auf der Bauchdecke oder einem Ort des Rumpfes an welchem wir diese Hand gut lassen können. Mit der anderen Hand tauchen wir in die Umgebung ein und ertasten sie. Dabei versuche ich, die Übung mit Bildern zu unterstützen indem ich sage:

„Stellen Sie sich vor, sie hätten Fühler an Ihren Fingerkuppen oder Ihre Hände sind Antennen, die ihre Umgebung erforschen wollen.“ Und weiter: *„Wie weit möchten die Hände oder Finger nach außen gehen? Und was ist Ihr ganz persönlicher Raum?“*

Immer ist beeindruckend, zu sehen, wie rasch vor allem die Männer in das Forschen eintauchen und, mit sich und ihrer nächsten Umgebung eins geworden, ihren ganz persönlichen Raum erfahren. Die noch unsicheren jedoch authentischen Fühl-Bewegungen ins Außen berühren mich stets aufs Neue. Schließlich drehen wir die Bewegungs- und Spürarbeit der Arme und Hände um, um rechts mit links vergleichen zu können.

„Wie war das für Sie?“ frage ich anschließend.

Zunächst ist Schweigen. Alle sind noch sehr ‚in sich‘ oder mit dem gerade Erlebten beschäftigt. Ich lasse ihnen Zeit und meinen Blick schweifen.

Dann beginnt einer zu antworten: *„Ich wollte gar nicht weit weg. Das hat mich überrascht.“*

„Ich habe zuerst ganz große Bewegungen gemacht, wollte ganz raus. Dann bin ich immer kleiner geworden und das war gut so.“

„Ja, ich hab‘ auch gedacht, ich muss ganz viel Raum haben, aber den brauch‘ ich gar nicht.“

„Ich hab’s genossen, mir so viel Raum zu nehmen wie möglich, das war sehr angenehm.“

„Meine Lunge hat jetzt ganz viel Platz und das Atmen fällt mir viel leichter.“

„Ich habe erst gar nichts gespürt, aber jetzt fühle ich mich so leicht, kann das sein?“

Etc. Alle Teilnehmer haben ihre Erfahrungen preisgegeben.

Dann frage ich sie, was das Erlebte für Ihr Leben bedeutet und: *„Kennen Sie das von sich? Diese Größe des Raumes?“*

Noch nachdenklicheres Schweigen.

„Es ist schwierig, sich einfach so auszubreiten“

„Hier kann ich das ja machen, aber zu Hause oder in der Arbeit krieg ich’s, glaube ich, nicht hin.“

„Ich war erst erschrocken, wie wenig Platz ich habe [in dieser Übung]. Aber scheinbar brauche ich nicht mehr.“

Usw.

Es entwickelte sich ein intensiver Austausch von Erfahrungen plus Möglichkeiten, sich den eigenen individuellen Raum zu schaffen und nicht auf Kosten der anderen.

Wie schon erwähnt, den Teilnehmern fällt es noch schwer, Innen- und Außenraum zu trennen. Sie **sind** der Außenraum, ob groß oder schrumpfend, und haben (noch) keine andere Perspektive. Natürlich könnten sie, anstatt ihren äußeren Bereich zu füllen, auch den Innenraum wahrnehmen. Diese Idee hatte allerdings bisher noch niemand, weil Innenraum vermutlich eher in der Widerstandsarbeit erfahren werden kann als in diesem Zusammenhang mit dem Außen.

5.1.6. Zusammenfassung

Gruppenstunden sind immer speziell, weil es sehr auf die Zusammensetzung der Teilnehmer ankommt. In einer Klinik sind sie auch meistens Durchlaufstationen, die Patienten bleiben selten länger als drei Mal, wenn überhaupt. Dennoch kann intensives Arbeiten gelingen, wenn mindestens zwei Teilnehmer pro Gruppe sich einlassen und Feedbacks geben.

Seit ich mit Männern und Frauen getrennt arbeite, lassen sich beide Geschlechter leichter ein und vor allem bei den Männern nehme ich wahr, dass sie sich schneller öffnen und in verbalen Kontakt mit mir und den anderen Mitgliedern der Gruppe treten. Die Fluktuation ist ebenfalls weniger geworden.

Die Themen Gefühle und Emotionen sind generell schwierig, wohl auch, weil die Männer nur kurz in der Atemgruppe sind. Nach der Verabschiedung, wenn einige Mitpatienten den Raum bereits verlassen haben, kommt der eine und andere Patient zu mir und outet sich. Ein Patient, 55 Jahre alt, erzählte mir vor ein paar Wochen, *„Ich wurde gerade sehr traurig. Ist das normal? – Ich wollte das nicht in der Gruppe sagen.“*

In Frauengruppen sind die Teilnehmerinnen eher bereit, ihr Innerstes in der Gruppe preiszugeben. Männer wollen ihre Maske des starken Mannes behalten und ziehen sich zurück, wenn ich sie in der Gruppe deutlich auf ihre Gefühle anspreche.

Die Not dieses Patienten spürte ich sofort und um ihn in seinem Körper-ICH anzusprechen und zu stabilisieren fragte ich ihn, wo er seine Trauer denn wahrnahm. Da zeigte er auf seinen Herzraum und legte spontan eine Hand dort hin, was ihn zu beruhigen schien.

5.2. Die Einzelarbeit

Wie schon am Anfang dieses Kapitels beschrieben habe, ist die Atemeinzelarbeit zwar therapiebegleitend, da die Patienten jedoch meist nur zwischen sechs und acht Wochen Klinikaufenthalt bezahlt bekommen, spielen sich die atemkörperpsychotherapeutischen Sitzungen in diesem Zeitrahmen ab.

5.2.1. Herr A. - Depression mit 10.000 Volt

Herr A., 55 Jahre, verheiratet, Personalchef mit vielen Kollegen, fiel mir zunächst in der Männeratemgruppe auf. Gleich zu Beginn verabschiedete er sich auf die Toilette und kam erst nach ungefähr zehn Minuten wieder. Sichtlich fahrig und lustlos, murmelte er etwas von *„Ich muss mich kurz hinlegen, dann geht's gleich wieder.“*

Sprach's und legte sich auf den Mattenwagen im Gruppenraum hinter mich, mit Blick auf die anderen Mitpatienten. Ich erklärte ihm, dass mich das irritiere und er sich gerne draußen ausruhen könne, aber das wollte er nicht. Mit „*Ach, ich glaube es geht schon wieder*“ setzte er sich auf seinen Hocker.

Die Gruppenstunde verlief für ihn schwierig: ohne sich einlassen zu können, saß er mehr oder weniger seine Zeit ab und verschwand sofort nach Beendigung.

1. Sitzung

Eine Woche später stürmte er wie unter Strom stehend in meinen Behandlungsraum. Er ließ sich auf die Behandlungsliege fallen und als Erstes hörte ich von ihm: „*Meinetwegen können wir ruhig zehn Minuten früher aufhören ...ich sag's auch nicht weiter.*“

„*Warum wollen Sie denn früher gehen?*“ fragte ich ihn.

„*Ich muss noch in den Ort runter... was besorgen. Es ist kein Problem für mich, wenn wir früher aufhören, wirklich. Es bleibt auch unter uns.*“

Als ich versuchte, zu ergründen, was der wirkliche Grund für seine, für mich offensichtlichen, Vorbehalte war, wollte er mich in eine Diskussion verwickeln über die Frage, ob er zehn oder fünf Minuten früher gehen kann. Ich entschloss mich daher zu einer konfrontativen Maßnahme:

„*Wissen Sie was, Herr A., Sie können meinerwegen in fünf Minuten gehen, wenn Sie möchten, ich habe kein Problem damit.*“

Er richtete sich auf und starrte mich an. „*So hab' ich's auch nicht gemeint, ich weiß nur nicht, was Sie hier machen. Bitte sagen Sie's mir. Sie haben da so eine schöne Liege. Soll ich mich hinlegen?*“ Plötzlich hatte ich seine Aufmerksamkeit.

Innerlich musste ich schmunzeln. Sein kindliches Verhalten war zu offensichtlich. Er befand sich auch ohne Liegesetting in Regression.

„*Wollen Sie sich jetzt überhaupt hinlegen?*“ fragte ich.

Er runzelte die Stirn und hob die Schultern. „*Eigentlich nicht. Aber was machen wir dann?*“

Ich bot ihm an, im Zimmer herum zu laufen. Wie erwartet sprang er umgehend auf und rannte fast. Seine Verspannungen verstärkten sich so, dass er nach Luft rang. Er kam mir vor wie ein Motor, der durchdreht.

„*Anstrengend?*“ fragte ich.

„*Ja, was kann man da machen?*“ keuchte er.

Ich zeigte ihm Gehen mit großen mitnehmenden Armbewegungen, als ob ich Stöcke in den Händen halte. Herr A. setzte dieses große Ausschreiten sofort um. Ich nahm den Atem dazu.

„*Jetzt gehen Sie immer noch mit großen Schritten und tun so, als ob Sie mit jedem Schritt Luft mit Ihren Händen vor sich herschieben. Das machen Sie im Ausatem.*“

Ich führte vor, was ich meinte und der Patient machte gleich mit.

„*Mache ich das so richtig? Sie können's mir sagen, wirklich.*“

„*Wie fühlen Sie sich denn dabei?*“

„*Besser. Das geht gleich besser. Ich krieg mehr Luft.*“

Endlich hatte er tatsächlich ‚Dampf abgelassen‘ und wollte sich nun gerne hinlegen. Weil ich mir nicht sicher war, jemanden mit frühkindlicher Störung vor mir zu haben, leitete ich ihn zunächst zu einer Atemübung im Liegen mit aufgestellten Beinen nur

an und berührte ihn nicht. Zunächst ging es darum, Druck an den Fußsohlen zu spüren, später kam der Atem dazu. Mit dem Einatem sollte der Patient Druck geben und im Ausatem loslassen, dann vice versa. Herr A. war überrascht.

„Ich spür‘ was. Das gibt’s doch nicht. Ich werd‘ ruhiger, schauen Sie nur. Ich merk’s schon, ich werd‘ ruhiger.“

Schließlich entschloss ich mich, einen Versuch zu wagen und ihn anzufassen. Ich begann bei den Füßen, machte mich gläsern und beschrieb, was ich tue und als nächstes tun würde. Nähe und Distanz waren für ihn dabei kein Problem. Er verhielt sich adäquat zum Verlauf der Behandlung. Der Patient war spürsam und konnte sich sogar für kurze Momente in die Atemruhe einlassen.

Fünf Minuten vor Ende der Behandlung fiel ihm sein Anliegen vom Anfang wieder ein.

„Jetzt möchte ich doch die ganze Zeit bleiben. Kann ich die ganze Stunde haben?“ Ich erklärte ihm, dass wir sowieso gleich das Ende der Stunde haben, was ihn beeindruckte so lange ausgehalten zu haben. *„Ich fühl mich richtig ruhig – ich komme wieder. Ich würd’s Ihnen sagen wenn’s anders wär.“*

2. Sitzung

Zur zweiten Sitzung kam Herr A. 20 Minuten zu spät. Er entschuldigte sich mit einer für mich nicht ganz glaubwürdigen Ausrede, auf die ich nicht einging.

Da er wieder unter Druck war, ließ ich ihn dieses Mal, um mehr Platz zu haben, vor meinem Zimmer im Treppenhaus seine Runden drehen – in ähnlichem Verlauf wie in der ersten Sitzung.

Nach zirka zehn Minuten wollte er auf die Liege, konnte sich auf die Atembehandlung einlassen und genoss die Berührungen.

3. Sitzung

Der Patient war dieses Mal pünktlich und wirkte sehr kleinlaut. Nachdenklich setzte er sich auf die Liege.

„Heute Nacht ging es mir sehr schlecht. Ich hatte plötzlich Herzrasen und Schweißausbruch. Jetzt sagte man mir, dass es eine Panikattacke war. Und es war schon die zweite.“

Ich spürte seine Verzweiflung und fragte ihn, was er jetzt gebrauchen könnte.

„Ich glaub‘ ich möchte‘ mich hinlegen und zudecken.“

Während der Behandlung fielen mir heute besonders seine aufgestellten überblähten Rippenbögen auf. Fast der ganze Brustkorb war gepanzert und unbeweglich bis zu den Schlüsselbeinen. Hier war keine Bewegung möglich. Empfindsam war aber der Schulterbereich. Dort konnte er ein wenig loslassen, der feste Brustkorb verhinderte allerdings ein Lassen nach unten in Richtung Becken.

Einem Impuls folgend, legte ich dem Patienten in Bauchlage eine Hand zwischen die Schulterblätter, die andere seitlich an die Rippen und fragte ihn nach seinen Empfindungen und Gefühlen.

„Das ist beruhigend und beschützend. Ja, ich fühle mich geschützt, und das ist schön.“

Bewusst bot ich ihm meine Hände als Stellvertretung für die „gute Mutter“ an, mit deren Hilfe sein kindlicher Anteil Geborgenheit erfahren konnte. Atembewegung ist hier noch nicht möglich, aber Herr A. kann die Berührungen mit Gefühlen verknüpfen.

4. Sitzung

In der letzten Sitzung erzählte mir Herr A. ziemlich desillusioniert von seiner Diagnose.

„Ich bin depressiv. Ich hab's ned geglaubt, aber es stimmt.“

Da ich wusste, dass er bald abreisen würde, fragte ich ihn, wie es zu Hause weitergeht.

„Ja, ich kann so ned arbeiten. Und ich komm nochmal wieder.“

Wir begannen wieder im Stehen, dieses Mal mit leichteren Bewegungsübungen wie Federn und Gehen auf der Stelle. Herr A. kommt immer schneller in den Ruhemodus, in dem er sich hinlegen kann. Dann ist eine Behandlung im Liegesetting möglich. Im Bauchraum ist ein kleinwenig Atembewegung spürbar allerdings sehr untertonisiert. Ich konfrontiere den Patienten mit meinen Wahrnehmungen und bitte ihn, sich selbst die Bauchdecke auszustreichen.

„Da wird's auch warm, aber nicht so schön wie bei Ihnen.“

Mit dieser Äußerung zeigt er wieder seine Sehnsucht, gehalten und beschützt zu werden. Hier scheint er eine symbiotische Nachreifung zu benötigen, welche an anderen Körperstellen wie zum Beispiel den Schultern nicht nötig ist.

Nun will Herr A. meine Meinung wissen. Ich teile ihm zusammengefasst mit, was ich sehe:

„Ich sehe, dass Ihr Brustkorb sehr gehalten ist und damit ist es schwierig für Sie, dort beweglich zu sein. Gleichzeitig spüre ich im Bauchraum ein zartes Pflänzchen Atembewegung. Da können wir andocken und es hätscheln damit es sich entwickeln kann.“

Der Patient hört mir aufmerksam zu.

„Das haben Sie gut gesagt, Sie wissen, was Sie tun, genauso fühle ich mich, wie gepanzert. Ich möchte, wenn ich nächstes Jahr wieder komme, mit Ihnen weiterarbeiten.“

Fazit:

Eine der Ressourcen von Herrn A. ist Vertrauen. In vielerlei Hinsicht zeigt er kindliches Verhalten, das sich im nachreifungsbedürftigen Bauchraum manifestiert. Aufgrund der raschen Fortschritte mit Hilfe seines Vertrauens in die Atembehandlungsmethodik konnte er sich gut einlassen und entsprechende Fortschritte erzielen – hier zeigt sich auch die Wirkung diverser klinischer Behandlungen, welche die Patienten von verschiedenen Seiten ansprechen. Der nächste Klinikaufenthalt des Patienten könnte eine entscheidende Wende herbeiführen, vorausgesetzt der Patient ist bereit, aufdeckend zu arbeiten. Sein teilweise unreifes Verhalten birgt die Gefahr, entsprechende Widerstände, wie sie sich in seinem Zu-spät-kommen und seiner anfänglichen Verhandlungsfreude an kürzeren Stunden spiegeln, aufzubauen. Zudem vermute ich im Brustkorb eingeschlossene Gefühle, welche, einmal freigesetzt,

dem Patienten zusetzen werden. Möglicherweise helfen ihm seine gute Spür- und Wahrnehmungsfähigkeit beim Nachreifungsprozess in Kombination mit seiner Willensstärke, etwas in seinem Leben verändern zu wollen.

5.2.2. Herr B. – traumatische Kindheit

Herr B. arbeitet beim Zoll, ist 59 Jahre alt, verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder. In die Klinik kam er mit der Diagnose ‚posttraumatische Belastungsstörungen‘.

1. Sitzung

Als er zum ersten Mal in meinen Behandlungsraum kommt, setzt er sich sofort auf die Liege. Trotz seines massigen kraftstrotzenden Körperbaus bei mittlerer Größe wirkt er dabei auf mich etwas verloren. Ich frage, wie immer, wie es ihm geht, und er schaut mich an und sagt: *„Sie kennen ja meine Geschichte“* und als ich verneinte und ihm erklärte, dass ich grundsätzlich den Patienten in der ersten Stunde ihren Raum lasse, ohne voreingenommen zu sein, wirkt er überrascht. *„Dann erzähle ich Ihnen eben jetzt kurz mein Leben“*.

Er wurde mit 8 Jahren von seiner Mutter *„ins Heim“* gebracht und blieb bis zu seinem 16. Lebensjahr dort. Nach einem Jahr kam seine zwei Jahre ältere Schwester nach. Das Heim war *„schlimmer als die Hölle“* für ihn und seine Geschwister – zwei Brüder wurden ebenfalls einige Jahre später dorthin gebracht. Er erlebte Gewalt in jeglicher Form, sexueller Missbrauch und Vergewaltigungen waren fast an der Tagesordnung, die Kinder hatten keinerlei geschützte Räume und wenn die staatliche Aufsicht – stets angekündigt – zur Kontrolle vorbeikam, wurden die Kinder und Jugendlichen schon Tage vorher so eingeschüchtert, dass keiner von ihnen es wagte, irgendetwas preiszugeben. Diese Erfahrungen haben ihn selbst gewalttätig gemacht.

„Keiner hat mir jemals wieder etwas tun dürfen... Ich hab‘ alles gemacht, von Boxen über Karate... die hätt‘ ich platt gemacht, wenn die mir oder meiner Familie was angetan hätten.“

Ich frage ihn nach seinen Ressourcen: *„Wie haben Sie denn ihr Leben hingekriegt mit Beruf und so?“*

Er funkelt mich an: *„Ich wollte da raus, raus, nur raus und weg. Ich habe alles gemacht nur um einen Beruf zu haben, sonst wäre ich da nicht raus gekommen. Ich wollte es schaffen und ich habe es geschafft.“* Seine Stimme wird lauter. Ich spüre, wie seine Vergangenheit jetzt im Raum steht wenn er von seiner älteren Schwester erzählt, die Suizid begangen hat *„... weil sie es nicht mehr ausgehalten hat“*. Auch einer der Brüder hat sich das Leben genommen. Jetzt frage ich ihn, wie er sein Leben führt und er wird leiser: *„Wissen Sie, ich war schon vor einem halben Jahr hier, da konnte ich noch nicht darüber reden, wie ich es jetzt bei Ihnen tue... Ich hab‘ ne ganz tolle Frau und meine Kinder sind mir das Wichtigste auf der Welt. Wenn denen jemand was täte... ich würd‘ ihn umbringen.“*

Mir wird klar, dass Herr B. ständig von seinen Gefühlen umgeben ist und diese ausgesprochenen Drohungen ihm Halt verschaffen, damit sich das Geschehene nicht wiederholt. Zudem hatte er früher *„den Kopf an die Wand geschlagen, wenn ich es nicht mehr ausgehalten hab‘. Ich hab‘ mir immer gesagt ‚die kriegen mich nicht*

klein‘ eher mach‘ ich die alle!“ Bis letztes Jahr hatte er es geschafft, seinen Beruf ohne längere Pause ausüben zu können. Zunehmendes Alter mit nachlassender Spannkraft sprich: Tonus und die körperlichen Schmerzen und Verletzungen aus den Gewaltexzessen in Kindheit und Jugend, welche ihn veranlassten, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, verlangten nun die Auseinandersetzung mit seiner Vergangenheit. Ich führe unser Gespräch zur Körperarbeit und frage ihn, warum er wohl die Atemtherapie verordnet bekommen hat.

„Das frage ich mich auch. Ich kann doch atmen.“ Ich erkläre ihm kurz, in welcher Form wir arbeiten könnten, da lässt er mich nicht mehr ausreden, sondern legt sich auf die Liege und will sich unbedingt anfassen lassen.

„Ist das wirklich in Ordnung für Sie, dass ich Sie berühre oder soll ich mich zunächst weiter entfernt hinsetzen?“ frage ich ihn.

„Das ist okay, weil Sie eine Frau sind. Zu einem Mann würde ich mich nicht hinlegen.“

Ich entscheide mich, aufgrund seiner schweren Traumatisierungen, für das Arbeiten mit ‚gläsernen Kopf‘, kündige sämtliche Handlungen an und beschreibe sie.

Sehr spürsam und wachsam beobachtet er, wie ich an den Beinen beginne. Ich bitte ihn, seine Bauchdecke selbst auszustreichen und das findet er angenehm. Eine Verbindung von seinen Fußsohlen aus, die ich mit meinen Handflächen berühre, zu seinen Händen auf der Bauchdecke herzustellen, gelingt ihm sofort.

„Cool“, bemerkt er spontan. Wir halten die Verbindung noch einen kurzen Moment, dann spürt er nach und ist überrascht, dass *„da noch was ist“*.

Gegen Ende fragt er mich, *„was soll das Ganze eigentlich?“*

„Wir suchen nach Ressourcen, also da, wo Sie gerne berührt werden wollen. Vermutlich geht es aber darum, dass Sie mir sagen, wo Sie nicht angefasst werden wollen.“

„Das soll ich Ihnen sagen? Das hab‘ ich ja noch nie machen müssen.“

„Genau darum geht es. Sie sollen das lernen.“

Er ist sichtlich irritiert, möchte aber bis zur nächsten Stunde darüber nachdenken.

2. Sitzung

Es gab eine Terminverschiebung auf 19.00 Uhr, welche den Patienten ärgerte.

„Wird das jetzt die Regel?“ Er lässt sich wieder auf die Liege fallen, sitzt da und sinkt umgehend in sich zusammen. Ich nehme enorme Aggression und Trauer wahr und spiegele ihm das.

„Ja, das macht mich wütend. Mir geht’s heute nicht gut und ich möchte am liebsten im Zimmer bleiben.“

„Wie ging es Ihnen denn letztes Mal nach unserer Stunde?“

Er überlegt. *„Eigentlich gut, aber wissen Sie, meine Geschichte verfolgt mich dauernd und das macht mich ganz nervös.“*

„Wollen wir heute mal im Sitzen arbeiten?“

„Mir egal, machen Sie, was Sie wollen.“

„Ich will, dass Sie entscheiden!“ fordere ich ihn auf.

„Na gut, machen wir was im Sitzen.“

Wir sitzen auf Hockern und beginnen mit Flummis die Fußsohlen zu berühren, was ihn bald beruhigt. Steine mit den Händen zu drücken macht ihn ebenfalls ruhiger. Ich

beschäftige ihn, fordere seine Aufmerksamkeit für die Gegenstände ein. Plötzlich geschieht etwas mit ihm, er wirkt kindlich, versonnen bewegt er die Steine in seinen Händen. Er kommt ins Reden, erzählt Details aus seiner schlimmen Kindheit, davon, dass er heute noch nur bei eingeschaltetem Licht schlafen kann, und schließlich lässt seine starke Übererregung nach. Bevor die Trauer zu viel Raum einnimmt, die er, wie ich vermute, noch nicht annehmen kann, biete ich ihm größere Bewegungen an und wechsle das Körper-Thema indem er sich in einer Zwischensequenz an die Wand stellt, sie anfasst.

Zurück auf den Hockern bewegen wir die Wirbelsäule in kreisenden Bewegungen. Das wundert ihn. So eine Bewegung kennt er von seinen vielen Kampfsportarten nicht. Mit dem größeren Ausatem, der sich nach dem Kreisen jeweils einstellt, leite ich ihn an, sich auf die Sitzknochen niederzulassen, was ihm – für ihn ebenfalls überraschend – sofort gelingt.

Er willigt ein, die Flummis und Steine auszuleihen und in Notfällen zu benutzen. Mit den Objekten ist dem Patienten eine Begegnung mit seinem Selbst im Jungianischen Sinne gelungen. Er hat damit seine Wahrnehmungen strukturieren können und eine Art ‚Handwerkszeug‘ zum Üben und zur Selbsthilfe bei akuten Emotionen mitgenommen.

3. Sitzung

Herr B. kommt in nachdenklicher Stimmung. Er philosophiert über sein Leben und die Wahrscheinlichkeit, nie alles hinter sich lassen zu können. Ich frage ihn nach seiner Arbeit und er gerät ins Schwärmen.

„Meine Arbeit ist mir außer meiner Familie das Wichtigste. Die wollten mich schon mal frühpensionieren, ha'm mich wieder zurückgeholt. Ha. Und jetzt werden sie mich bis zu meiner Pensionierung nicht mehr los.“ Dann beschreibt er seine Tätigkeit.

„Ich suche die bösen Buben und schicke sie zu denen, die sie bestrafen...“

Mir fällt seine Befriedigung auf, für Recht und Ordnung zu sorgen, gleichzeitig mit seinem Jagdtrieb fette Beute zu machen und konfrontiere ihn mit meinen Eindrücken. Er grinst. *„Da können Sie Recht haben. Es befriedigt mich tatsächlich und meine Kollegen sind sehr nett.“*

Schließlich will er sich wieder hinlegen und wir arbeiten an der Distanzeinstellung mit dem Ergebnis: ich sitze ungefähr einen Meter von seinen Füßen entfernt am Fußende der Liege. Hier spürt er „Sicherheit“ und glaubt, Vertrauen aufbauen zu können. Ich spreche die ganze Zeit, damit er genau orten kann, wo ich mich befinde und dass ich mich nicht von meinem Platz wegbewege. Dann lässt er sich auf intensive Körperspür- und Atemarbeit mit teilweise angeleitetem Atem ein, was zu folgendem Ergebnis führt:

- **Beine** sind „Wut und böse“. Er will da nicht hinspüren, weil *„ich sonst sowas mache, was ich früher dann gemacht habe.“* Er erklärt mir nicht was. Ich nehme an, mit dem Kopf gegen die Wand zu schlagen.
- **Brustkorb** beinhaltet Erinnerung an Schläge und großes Unwohlsein
- **Bauchraum** kann Ressource durch Beobachtung der Atempause als totale Ruhe- und Glücksmomente sein, aber auch Verzweiflung auslösen mit der

Erinnerung daran, wie ihn seine ältere Schwester im Heim nach dem Geschlagen-werden am Bauch streichelnd getröstet hat.

Es zeigt sich, dass Ressourcen zu suchen problematisch ist. Alle Körperregionen sind direkt oder indirekt an traumatischen Erlebnissen beteiligt gewesen oder darauf programmiert. Selbst in Ruhemomenten kann klassischerweise die Stimmung kippen und desaströs werden. Herr B. wird dann entweder verzweifelt, will die unerträgliche Spannung mit Gegenspannung im Körper ausgleichen oder er wird wütend und aggressiv.

Wir erfahren beide: es gibt nur ein Arbeiten in kurzen Sequenzen. Auch wenn der Patient sich einlässt, muss er sich im Wohlfühlmoment unterbrechen, um ein Kippen ins Trauma zu verhindern.

4. Sitzung

Wir probieren verschiedene Arbeitsweisen aus. Heute wollte der Patient nicht mit harten Gegenständen arbeiten sondern mal „*anders*“. Ich bot ihm ähnlich wie in der zweiten Stunde die klassische Hockerarbeit am bewusst zugelassenen Atem an, wohl wissend, möglicherweise Gefühle auszulösen.

Nach der Distanzeinstellung war Dehnen heute seine Lieblingsübung - in vielen Variationen. Über das Zurücklassen zum Knochigen – harte ‚Gegenstände‘ durch die Hintertür gearbeitet – hatte er keine Mühe und kam, für seine Verhältnisse, ins Wohlbefinden.

Dennoch gibt es immer Momente der Zeitreise in die Vergangenheit. Jede Übung ist ein Wagnis und ein Balanceakt. Ich spüre in der Gegenübertragung seine Zerrissenheit und Lust auf Selbstzerstörung. Dieses ihm zu spiegeln macht keinen Sinn und so konzentriere ich mich auf neue Wege des Wahrnehmens, um von den alten ausgetretenen Mustern abzuschweifen. Es ist schwierig. Der Patient unterbricht sich immer wieder selbst, vergleicht mit seiner erlebten Gewalt, kann Ruhe nur schwer annehmen und aushalten schon gar nicht, obwohl er sich nichts sehnlicher wünscht. Selbst in Bewegung kommen die Erinnerungen wie mir scheint immer schneller ‚hoch‘.

5. Sitzung

So ist es für mich keine große Überraschung, dass er die nächste Sitzung ausfallen lässt. Ich beziehe diese Reaktion nicht nur auf meine Arbeit, weil ich weiß, dass viele andere Behandlungsformen auch auf Herrn B. einwirken und er mir davon in den vergangenen Sitzungen erzählt hat.

6. Sitzung

Müde tritt Herr B. in diese, seine letzte Atemstunde. Seine Müdigkeit erklärt er damit, dass er, trotz Licht in seinem Zimmer, nach dem Aufwachen mitten in der Nacht, wieder einmal nicht weiterschlafen konnte. Die Gedanken ließen ihn nicht in Ruhe: „*es war wieder mal soweit*“. Nachdem er inzwischen gerne malt, entschloss er sich, ins Atelier zu gehen - „*bevor ich wieder an die Wand renne, das wollte ich*“.

nicht“ - und ein wenig an einem Bild weiter zu malen. Es war halb zwei Uhr als er zurück in sein Zimmer wollte, aber bemerkte, sich eingeschlossen zu haben.

„Mir fiel die Telefonnummer der Nachtschwester nicht mehr ein ... ich wollte sowieso niemanden stören... und nachdem ich schon einmal da war, habe ich gleich noch ein paar Bilder gemalt. Meine Kinder haben nämlich schon Bilder bei mir bestellt.“

Bis in der Früh um halb sechs stellte er fünf weitere Bilder fertig, wurde entdeckt und konnte endlich zurück ins Haupthaus in sein Zimmer. Er schilderte mir sein Erlebnis teils beschämt und teils stolz auf seinen gelungenen Streich.

„Das finde ich toll, dass Sie sich zu helfen wussten.“ lobte ich ihn.

„Das hat Herr L. [sein Psychotherapeut] auch gesagt. Warum findet ihr alle das gut? Ich find's blöd, dass mir das passiert ist. Das war wieder typisch für mich.“

„Was wäre denn Ihre Alternative gewesen?“

„Ja - keine Ahnung. Ich wusste nicht so richtig, was ich tat.“

„Ich denke, Sie haben das Richtige getan. Was ist für Sie daran verwerflich?“

Schon als ich ausgesprochen hatte, wurde mir klar, dass er sich beschämen **muss**, denn das ist sein Muster aus der Kindheit und kennzeichnet seine Strukturschwäche. Seine Reaktion prompt: *„Dass ich mich da einsperre, das ist typisch für mich, das kann nur mir passieren.“*

Um den Patienten von seinem Selbsterniedrigungstrip abzulenken und um ein neues Wahrnehmungsprogramm zu starten schlug ich vor, heute bei schönstem Herbstwetter raus zu gehen und dort zu arbeiten. Herr B. willigte sofort ein und wir gingen forschen Schrittes mit schwingenden Armen mehrmals um die Anlagen herum. Währenddessen erzählte er mir von seinem gegenwärtigen Leben, konnte sogar Abstecher ins Vergangene machen, ohne ins Gefühl zu kommen. Zwischendurch blieb ich stehen, um ihm wegen seiner schlaffen und müden Körperspannung Widerstandsarbeiten zu zeigen und Ton und Stimme aufzubauen. Anschließend nahmen wir im Sturmschritt und fließendem Ausatem wieder Tempo auf. Herr B.'s Laune stieg deutlich an und er bemerkte, dass es ihm jetzt besser geht. *„Ich weiß bloß noch nicht, was das mit dem atmen zu tun haben soll.“*

Meine Hypothese ist folgende: er braucht dieses Abwerten noch, da er sonst sein Wohlbefinden nicht aushalten kann.

Fazit:

Dem Patienten ist klar, dass er noch weit von einer Heilung entfernt ist und das lässt ihn oft verzweifeln. Gleichzeitig scheint er unbewusst zu ahnen, dass er sich selbst im Weg steht, wenn er sein Schild „*beschissene Kindheit*“ allzu groß ‚aufklappt‘ und vor sich her trägt. Die besondere Schwere seiner Geschichte scheinen mir vor allem die Selbstmorde in der Familie zu sein. Wenn er diese Themen einbrachte, wirkte besonders viel Energie auf mich. Diese Tragödien wiegen mindestens gleich schwer wie seine eigenen Kränkungen und Traumata. Er kann (noch) nicht unterscheiden zwischen Schuld und Unschuld, Innen und Außen, scheint noch in seiner Kinderrolle gefangen.

Auch dieser Patient wird – „gerne“, wie er sagt - wiederkommen. Er fühlt sich im Stillachhaus „sicher“ und „vertraut den Therapeuten“. Darauf lassen sich vielleicht doch einmal Ressourcen aufbauen.

6. Zusammenfassung

Benehmen sich Männer anders in der Gruppe wenn sie unter sich sind? Geraten sie weniger in Widerstand? Und wie ist das mit dem Atem im Allgemeinen und im Besonderen im Einzelsetting: gibt es Unterschiede zwischen Mann und Frau? Gibt es einen ‚männlichen‘ und einen ‚weiblichen‘ Atem?

Die Antwort auf die erste Frage ist ein klares: JA. Ja, Männer geben sich anders untereinander. Sie sind dann offener, verspielter, hinterfragen noch mehr und verlangen Erklärungen, sind mutiger in ihren Äußerungen, sehen sich offensichtlich in ‚ihrer‘ Gruppe nicht mehr in Konkurrenz zu den Frauen, sind andererseits in den Partnerübungen schwerfälliger und etwas gehemmter (vielleicht daher die Konkurrenz?), genauso wie in den Übungen, welche ihre Kraft zum Vorschein bringen sollten. Ich mutmaße, dass es auch mit mir als Frau zu tun hat. Ein Mann als Gruppen(an-)leiter dient seinen Geschlechtsgenossen vermutlich eher zum Vorbild als eine Frau. Dennoch war ein deutlicher Unterschied vor allem zu den gemischten Gruppen bemerkbar: besonders in größeren Gruppen ab zirka acht Teilnehmern lassen sich **alle** Männer zu Feedbacks hinreißen und bewirken damit einen intensiven Erfahrungsaustausch. Männer scheinen große (Männer-)Gruppen zu lieben, womit Baumeister Recht haben könnte: Männer sind – in der Urform – Krieger, Mannschaftssportler, Organisatoren, Netzwerker etc. „*Große Systeme*“ (Baumeister, 2012, S.135) liegen ihnen und daher ist die Kultur auch männlich geprägt. Demzufolge ergibt sich die Antwort auf die zweite Frage aus der ersten: wenn sie sich innerhalb ihrer Gruppe wohl(er) fühlen, müssen sie nicht so viele Widerstände entwickeln und nehmen neue unbekannte Übungsformen, beispielsweise mit dem Atem, leichter an. Gleich in Männer- wie Frauengruppen ist die Spürfähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ihre Fähigkeit oder Unfähigkeit zu Hingabe und Achtsamkeit und ihre Verwunderung, wenn sie eine neue Erfahrung erleben.

Und der Atem selbst? Meines Erachtens gibt es hier keinen Unterschied zwischen Mann und Frau im Atem, weder in der Atembewegung noch im Atemrhythmus. Zumindest habe ich ein derartiges Phänomen bis jetzt nicht wahrnehmen können. Der Atem als solcher ist so ein wunderbares neutrales und doch zutiefst persönliches Medium, welches geschlechtliche Antagonismen ausschließt - wohl aber scheint es eine **unterschiedliche Umgangsweise** mit dem Atem zu geben. Von Männern ist oft zu hören:

„Ich fühle mich freier, weil die Lunge durch diese Bewegung mehr Platz bekommt“ oder „wenn ich diese Bewegung mache, passiert das... und wenn ich das tue, passiert etwas anderes.“ und so weiter.

Ich unterstelle hier, dass Kausalität und Funktionalität, wie sie hier herauszuhören ist, für viele Männer Halt und Orientierung bietet. Frauen geben derartige Rückmeldungen kaum ab. So suchen und finden Männer und Frauen sich im Atem auf eher verschiedenen Wegen. Hat jeder für sich dann seinen „*Atem-der-ich-bin*“ (Bischof, 2006) gefunden, treffen sie sich wieder - im gereiften Miteinander!

7. Autorenerklärung

„Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich diese Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe 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.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Diplomarbeit öffentlich einsehbar ist und der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung steht.“

Ort, Datum

8. Literaturverzeichnis

Bischof, S. (2003a). *Arbeitspapier Narzissmus. Über die Arbeit mit narzisstischen Störungen in der Atem- und körpertherapeutischen Praxis.* Version vom 17.10.2003. Gefunden am 03.11.2012 in <http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/narzissmus.pdf>.

Bischof, S. (2003b). *Gedanken und Erfahrungen zur Übertragung und Gegenübertragung in der Atem- und Leibtherapie.* Version vom 18.06.2003. Gefunden am 03.11.2012 in <http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/uebertragungafainfo.pdf>.

Bischof, S. (2006). *Entwicklungsprozesse in der Atemtherapie.* SBAM Atem-Impulse 2/2006. Gefunden am 03.11.2012 in <http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/sbamentwicklungsprozesse06.pdf>.

Bischof, S. (2012). *Der Mensch im Feld des Atems.* Arbeitspapier, Version vom 19.02.04, überarbeitet am 11.03.2012. Gefunden am 03.11.2012 in http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/dermenschimfelddesatems.pdf.

Brizendine, L. (2011). *Das männliche Gehirn. Warum Männer anders sind als Frauen.* München: Wilhelm Goldmann Verlag.

Brizendine, L. (2007). *Das weibliche Gehirn. Warum Frauen anders sind als Männer.* Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.

Fischer, K. & Kemmann-Huber E. (1999). *Der bewusste zugelassene Atem. Theorie und Praxis der Atemlehre.* München: Urban & Fischer.

Grönemeyer, H. (1986). *Männer.* Songtext aus der LP 4630 Bochum. Gefunden am 01.11.2012 in <http://www.letzte-version.de/Songbuch/4630-bochum/maenner/>.

Hüther, G. (2009). *Männer. Das schwache Geschlecht und sein Gehirn.* Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht GmbH & Co.KG.

Maas, B. (2012). *AKPT Therapietheorie.* Zusammenfassung vom 15.07.2012. Gefunden am 4.11.2012 in http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/therapietherorieakpt.pdf

Mahler, M., Pine, F., Bergman, A. (2008). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation.* Fischer Verlag

Neumann, E. (1963). *Das Kind. Struktur und Dynamik der werdenden Persönlichkeit.* Zürich: Rhein-Verlag AG.

Prokopetz, J. (1986). „Sind Sie Single“. Songtext. Gefunden am 28.10.2012 in <http://www.justsomelyrics.com/2419586/Joessie-Prokopetz-Sind-Sie-Single-Lyrics>.

Schmiechen, U. (2012). Interview am 19.10.2012 zum Diplomarbeitsthema „Der berührte Mann. AKPT mit Männern in einer psychosomatischen Klinik“ über

männliche Patienten im Stillachhaus insbesondere ihre Therapiesituation und ihr Verhalten.

Stein, M. (2011). *C.G.Jungs Landkarte der Seele*. 2000 Patmos Verlag der Schwabenverlag AG.

Vincent, N. (2009). *Mein Jahr als Mann*. München: Knaur Verlag.

9. Anhang:

Lebensphasen eines Mannes nach L. Brizendine (2011)		Veränderungen d. Realitätswahrnehmung
Nur bei Männern, nicht bei Frauen	Spezif. Männl. Veränderungen des Gehirns	
Wichtige Hormonumstellung	Y-Chromosom	
Embryonalentwicklung	Gehirnentwicklung beginnt acht Wochen nach der Befruchtung; Testosteron <i>maskulinisiert</i> das männliche Gehirn und <i>defeminisiert</i> es anschließend zusammen mit AMH.	Wachstum u. Maskulinisierung d. Gehirnschaltkreise für sexuelle Bestrebungen, Forscherdrang u. lebhaftere Muskelbewegungen
Kindheit	Weitere AMH-Produktion; niedriger Testosteronspiegel während der "jugendlichen Pause"	Hauptinteresse: Siegen, Bewegung, Jagd nach Objekten, wilde Spiele mit Jungen, aber nicht mit Mädchen
Pubertät	Zwanzigfacher Anstieg des Testosteronspiegels, steigender Vasopressin-Spiegel; AMH-Spiegel niedrig	Interesse an Revierverteidigung, sozialen Interaktionen, Körperteilen der Mädchen; sexuelle Phantasien, Masturbation, Hierarchiebewusstsein; spätes Einschleichen u. Aufwachen; Distanz zu Eltern, Autorität wird infrage gestellt.
Geschlechtsreifer, allein-stehender Mann	Ständig hoher Testosteronspiegel aktiviert Schaltkreise f. Sexualität, Partnerwahl, Schutz, Hierarchie u. Revierbewusstsein	Starke Bestrebungen, Sexualpartnerinnen zu finden; Konzentration auf Arbeit, Geld u. berufliches Fortkommen
Vater	Während d. Schwangerschaft der Partnerin u. nach Entbindung steigt der Prolactin-Spiegel; d. Testosteronspiegel sinkt.	Hauptinteressen: Schutz von Mutter und Kind, Verdienen des Lebensunterhalts, Finanzierung d. Familie; hört Babys besser schreiben als Nichtväter
Mittleres Erwachsenenalter	Ganz allmählicher Rückgang des Testosteronspiegels	Hauptinteressen: Großziehen d. Kinder, Sicherung von Macht u. berufl. Stellung; geringeres Interesse an "Sex sofort"
Wechseljahre des Mannes (Andopause)	Allmählicher Rückgang d. Testosteronspiegels; dieser ist mit achtzig Jahren nur noch halb so hoch wie mit zwanzig.	Hauptinteressen: Gesundheit, Verbesserung von Lebensqualität, Ehe, Sexualleben; Enkel, Regelung d. Nachlasses; stärkste Annäherung an d. hormonellen Verhältnisse bei Frauen: oxytocinbedingte stärkere Aufgeschlossenheit f. Zuneigung u. Gefühle, geringere testos.bed. Aggress.

L. Brizendine, 2011