

Beitrag Nr.: 9

Datum: Dezember 2015

Autor/in: Dr. Udo Baer, Dr. Gabriele Frick-Baer

# Thesen zur Leibtherapeutischen Gesundung

*Vorbemerkung:*

*Diese Thesen entstanden auf der Grundlage von ausführlichen Interviews über meine therapeutische Arbeit und dann durch den gemeinsamen und wechselseitigen Prozess des Erfragens, Erzählens, Räsonnierens – und dem Hin und Her des Verschriftlichens auf die Art und Weise, wie es in unserer Zusammenarbeit üblich ist.*

*Insofern ist dieses Papier ein gemeinsames. Wenn im Text ein „Ich“ erscheint, was in den Beispielen der Fall ist, so bin ich damit gemeint.*

*Gabriele Frick-Baer*

## **Einordnung und Absicht**

Die Besonderheiten leibtherapeutischer Arbeit zu Themen der Krankheit und Gesundung sind vor allem über praktische Demonstrationen und Übungen sowie supervisorische Begleitung zu erlernen. Diese Thesen dienen deshalb dazu, solche Erfahrungen zu vertiefen und v.a. theoretisch zu begründen.

Nach unserem Verständnis ist die therapeutische Arbeit zu Krankheits-/Gesundungsthemen eine leibtherapeutische Arbeit zunächst einmal wie jede andere auch. Insofern wird das Folgende vielen bekannt vorkommen. Doch gibt es drei Besonderheiten:

- Der leibtherapeutische Ansatz bedarf vor allem bei lebenseinschränkenden und lebensbedrohlichen Erkrankungen einer besonderen Radikalität, insbesondere was die Arbeit in der Zwischenleiblichkeit und die Anti-Ideologie betrifft.
- Es bedarf eines leibphänomenologischen Verständnisses von Krankheit und Gesundheit, Erkrankungs- und Gesundungsprozessen.
- Hinzu kommen einige praktische Besonderheiten, z. B. in der Nutzung der Sprache und der konzentrierten Verknüpfung von aktuellen Themen mit Lebensthemen und Krankheit/Gesundung.

Diese Ansatz von leibtherapeutischer Gesundheitsarbeit geht weiter als die Konzepte der Interaktiven Gesundheitsgruppen und der Körperbildarbeit, schließt sie aber ein und baut auf ihnen als selbstverständliche Grundlage auf.

### **Von der Gesundheit zur Gesundung**

Betrachten wir in diesem Zusammenhang den Gesundheitsbegriff. Die vielen unterschiedlichen Definitionen von Gesundheit bewegen sich zwischen unhaltbaren Heilsversprechen („Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“, Weltgesundheitsorganisation WHO) und dem bloßen Fernbleiben von Krankheit. Darauf soll und muss hier nicht näher eingegangen werden. Wichtig ist uns, das leibliche Verständnis von Erkrankung um ein leibliches Verständnis von Gesundung zu ergänzen.

Wie „Krankheit“ wird „Gesundheit“ oft als Fetisch benutzt, als ein Objekt, das eingekauft werden kann, dem durch Bearbeitung des Körpers und zielgerichtete Lebensweise zugearbeitet werden kann. Gesundheit klingt oft nach Ergebnis von Arbeit. Es ist ein Objekt, das mit der Währung Arbeit, Ernährung, Medikamente ... erworben wird. Wir „tun etwas“ für „die Gesundheit“, wir leisten etwas dafür – oder sollen das tun, denn wir dürfen nicht vergessen, dass der Gesundheitssektor bei all dem, was darunter firmieren darf, ein Milliardenmarkt ist.

Dabei schwingt immer auch mit, dass wir Schuld sind, wenn wir (ernsthaft) krank werden bzw. sind: „mit Sicherheit“, so haben wir oft die (gesellschaftliche) Überzeugung geschluckt, haben wir etwas verdrängt, falsch gelebt, nicht genug aufgepasst, uns zu sehr gestresst, nicht gut ernährt, nicht genug bewegt, uns zu wenig abgegrenzt ... Krank zu sein bzw. zu werden liegt nach dieser Auffassung oftmals in der Nähe zur Charakterschwäche. Krankheiten, selbst lebensbedrohliche, sind bei diesem Menschenbild ein Ergebnis nicht nur der persönlichen Lebensführung, sondern der Persönlichkeit (s. „Krebspersönlichkeit“).

Unser leibliches Verständnis von Gesundheit ist ein anderes. Wenn wir Menschen uns als gesund *erleben*, dann reden wir kaum von „gesund sein“. Eher benutzen wir Redewendungen wie: „Ich bin glücklich“, „Ich bin zufrieden“, „Mir geht es gut“, „Ich wohne in mir“ ...

Doch das Leben besteht auch aus Verletzungen, Einschränkungen und Mängeln, und wir Menschen werden, um es lapidar auszudrücken, selten gefragt, ob wir sie uns leisten können. Deshalb sind solche glücklichen, zufriedenen, guten und diesem Sinne gesunden Zustände allenfalls Phasen, kürzere oder längere, deswegen ist das Erleben solcher Zustände immer wieder fragil. Es entsteht Leiden. Manches kann bewältigt werden, manches verdinglicht sich in Erkrankungen. Dann stehen Prozesse der Gesundung an. Wir reden von *Gesundung*, weil diese Bezeichnung einen Prozess beschreibt, keinen Zustand und kein Objekt.

### **Phänomene: Trennungen oder „der Schritt beiseite“**

In der therapeutischen Arbeit begegnen wir Krankheiten. Manchmal sind es chronische Erkrankungen, die gravierende Einschränkungen der Lebensmöglichkeiten hervorrufen (Diabetes, Morbus Crohn, Migräne, Nierenerkrankungen, Herzinsuffizienz ...), manchmal akute Phänomene wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Zahnschmerzen ... (die manchmal auch als akut, „einmalig und überraschend“ erlebt werden, bei genauerem Nachfragen aber bereits wiederholt aufgetreten sind, deren Erleben als Chronifizierung aber abgespalten ist).

Dabei steht vieles nebeneinander, begegnen wir deutlichen Trennungen:

- Das Leiden an akuten Erkrankungen wird oft als Leiden benannt, aber gleichzeitig relativiert, oft verniedlicht und abgetan („kenne ich doch“, „muss ich durch“).
- Bei chronischen Erkrankungen wird das Leiden oft gar nicht mehr als Leiden benannt, sondern als selbstverständlichen Teil des Lebens eingeordnet (was es oft ist) und von der aktuellen Befindlichkeit abgetrennt (was ihm oft nicht gerecht wird).
- In der therapeutischen Begegnung stehen die Erkrankungen oft auf der einen Seite, während getrennt davon aktuelle Probleme auf der anderen Seite stehen und benannt werden („das Telefonat gestern mit meiner Mutter ...“, „mein Sohn hat schon wieder ...“).

Diese Trennung können einerseits Ausdruck davon sein, dass die Menschen sich in der Erkrankung eingehaust haben. Die ist selbstverständlicher Teil ihres Lebens und Erlebens geworden. Sie haben sich darauf eingestellt und darin eingerichtet. Vielleicht ist das eine Möglichkeit, mit der Erkrankung zu leben, vielleicht ein Schutz, ein sinnvoller „Schritt beiseite“.

Andererseits kann dies oft auch ein Ausdruck dessen sein, dass die Erkrankung *aus dem Erleben herausgetreten* ist. Sie wird nicht mehr als Teil der eigenen Leibhaftigkeit gespürt, allenfalls als Störung, als Schmerz, als Einschränkung oder Bedrohlichkeit. Das ist immer noch viel, ist aber nicht mehr Alltagserleben. Aus der leiblichen Erfahrung der *Erkrankung* wurde eine *Krankheit* – eine Eigenschaft. Aus dem Prozess der Erkrankung wird ein Zustand der Krankheit. Aus der leiblichen Körpererfahrung ein körperliches Symptom. In dem ursprünglich durchaus sinnvollen „Schritt beiseite“ kann etwas verloren gegangen sein.

Deswegen begegnet uns Therapeut/innen in den meisten Fällen nicht die Erkrankung als Thema für die therapeutische Arbeit, sondern steht neben oder hinter anderen aktuellen Themen, die als wichtiger und vordergründiger eingebracht werden.

Um zu betonen, was wir meinen: Es geht hier nicht um eine Beschreibung dessen, warum oder wie Menschen krank geworden sind, sondern darum, wie Klient/innen uns begegnen.

Und noch eine Anmerkung: Nicht jede aktuelle Erkrankung ruft dazu auf, in den „Urgrund der Leiblichkeit“, wie wir unsere Gesundungsarbeit später nennen werden, hinabzusteigen. Wir meinen, dass eine Grippe einfach eine Grippe sein und bleiben darf und nicht jeder Zahn- oder Kopfschmerz oder was auch immer danach verlangt, auf seinen leiblichen Zusammenhang hin untersucht und leibtherapeutisch bearbeitet werden muss. Manchmal steht schlichtweg an, dass der Mensch in Ruhe gelassen wird, dass man gemeinsam, Klient/in und Therapeut/in, Milde walten lässt. Auch hier orientiert sich „radikale Leiborientierung“ an der subjektiven Befindlichkeit und dem Interesse des/der Klient/in.

### **Phänomene: Schlüsselwörter und kreativer Ausdruck**

Ich arbeite manchmal direkt mit den (erkrankten) Organen als Leibinseln in der Körperbildarbeit, wenn der/die Klient/in dieses Thema in die Therapiestunde ein- bzw. mitbringt. Das ist allerdings eher selten. Meistens beginnt die therapeutische Arbeit mit dem, was der/die Klientin als Antwort auf die Frage: Wie geht es Dir/Ihnen? als Befindlichkeit äußert, oder als Thema, als Fragestellung, als Ereignis einbringt. Ich folge also zunächst einmal konsequent den Spuren meiner Klientinnen, gehe den „Schritt beiseite“ von dem, was ich an Abtrennung vom (existenziellen) Krankheitserleben mitbekomme oder aus früheren therapeutischen Begegnungen weiß, mit.

In der Beschäftigung mit dem, was ist, verwenden die Klient/innen meist Worte und Begriffe, deren Bedeutung über den konkreten Kontext hinaus weist, die also einen Bedeutungsüberhang zeigen. Zum Beispiel:

„Ich habe mich gestern mit Freundinnen getroffen und die haben gesagt: *Du musst dich trennen!*“

„Ich bin es unglaublich *müde*, allem hinterher zu laufen.“ “

„Den ganzen Urlaub war ich so *angestrengt* ...“

Solche Worte greife ich als *Schlüsselwörter* auf. Ich vertraue dabei auf mein „Gehör“, auf die Tonlage, die mich vermuten lässt, dass in ihnen ursprüngliche Leiblichkeit durchschimmert, und frage nach oder schlage vor. Zum Beispiel:

- „Wie klingt das ‚Du-Musst‘ auf einem Instrument?“ Und irgendwann nach vielen Zwischenschritten landen wir bei Bitterkeit und Verzweiflung, die meine Klientin von früher kennt und die bitter aufstößt und ihren Magen krank macht ...
- „Welche Körperhaltung kann Ihre Müdigkeit ausdrücken?“ Der Klient legt sich wie ein Baby zusammengerollt auf eine Matte ... Später fällt ihm ein, dass er schon als Kind oft „lebensmüde“ war, so sehr strengte es ihn an, auf seine „verrückte“ Mutter aufpassen zu müssen ... Und nun leidet er an Morbus Crohn und an ständigen Gedanken an den Tod.
- „Welche Farbe hat die Strenge, die im Angestrengt-Sein steckt?“ Ein grelles Grün, das zur Strenge der strafenden Großmutter führt ...

Ich greife oft Schlüsselsätze auf. Dabei lasse ich mich leiten von dem, was mich irritiert: Sätze, die der/dem Klient/in selbstverständlich zu sein scheinen, weil sie sich in den Menschen eingehaust haben bzw. die Menschen in sie eingehaust sind; Leit- (und Leid-)Sätze, die „alte“ Botschaften vermitteln, die wie Gewissheiten, Wahrheiten daherkommen, die sich unumstößlich anfühlen, anhören ..., und die nach meinem Erleben so kategorisch sind, dass sie keinen Widerspruch dulden (bzw. geduldet haben) – und deshalb meinen Widerspruch herausfordern. Dann „bestehe“ ich auf einer leiblichen und kreativen Überprüfung in der therapeutischen Begegnung.

Fast immer entsteht durch den Ausdruck des Erlebens etwas „Drittes“ neben dem aktuellen Thema und der anfangs beiseite stehenden Erkrankung, entwickelt sich ein Erleben, in dem sich sowohl Aspekte der Erkrankung als auch Erleben des Aktuellen aufheben. Der leibliche „Untergrund“ wird spürbar. Der kreative Ausdruck ist nicht einfach „Ausdruck“, sondern enthält Veränderung und impliziert Dialog. Er ermutigt meine Resonanz und bringt Beziehungspersonen und Beziehungsaspekte ins Spiel.

Wenn zum Beispiel das, was als „giftig“ in einer Beziehung bezeichnet wird und zum Verstummen der Klientin führt, als Klang ertönt, kann ich darauf mit meiner Resonanz reagieren, und damit vielleicht einen Aspekt anbieten, den die Klientin bisher noch nicht als diesem Klang innewohnend erlebt hat: „Diese hohen Töne machen *mich* ganz jibbelig und nervös.“ Die Klientin antwortet: „Ja, das erinnert mich daran, dass meine Mutter ein hochnervöses Nervenbündel war und ist ... Das habe ich noch nie mit meinem Asthma in Verbindung gebracht ...“

### **Radikal?**

Zunächst einmal: Was heißt „radikal“? Das Wort stammt vom lateinischen „radix“, was „Wurzel“ bedeutet. Radikal meint: an die Wurzel gehend. Oft wird unter einer radikalen Haltung verstanden, eng und dogmatisch zu sein und nicht zur Seite zu schauen. Wir meinen das Gegenteil davon. Unsere therapeutische Haltung ist radikal, weil sie die Oberfläche ernst nimmt, sich aber nicht mit deren Phänomenen begnügt. Wir wollen ihnen an die Wurzel folgen. Eine Wurzel besteht meist aus zahlreichen Verästelungen. Wir führen viele dieser Verästelungen – also Erfahrungen im Kontext von Leib, Krankheit und Gesundheit – zusammen und suchen Verbindungen. So fügt sich in der leiblichen Gesundheitsarbeit vieles zusammen:

- aktuelle Themen, die in der Therapie gerade lebendig werden
- lebensgeschichtliche Zusammenhänge
- Schattenbemerkungen und Schattenbewegungen/bisher Ungesehenes, Unerhörtes ...
- Kenntnisse aus therapeutischen Beziehungserfahrungen
- Unmittelbares Beziehungserleben ...

All das zusammen wird zu einem fein verästelten Netzwerk, das sich unmittelbar in der Wurzel verbindend und konzentriert, und als Wurzel sowohl von Erkrankungs- als auch von Gesundheitsprozessen gewürdigt wird.

## Begegnung: Radikale Zwischenleiblichkeit

In diesem Sinne machen wir Therapeut/innen uns in der leibtherapeutischen Gesundheitsarbeit zu Anwälten der Wurzel und nehme dies in den zwischenleiblichen Raum.

Mit Zwischenleiblichkeit bezeichnen wir den erlebten und erlebbaren Raum zwischen zwei Menschen. Zwischenleiblichkeit ist mehr und anderes als das Hin und Her zwischen zwei Menschen, es füllt den Raum zwischen ihnen und schließt sie darin ein. Die Resonanz ist *ein* gespürter und spürbarer Aspekt und Ausdruck der Zwischenleiblichkeit.

Leibtherapeutische Arbeit an der Gesundheit eines Menschen bedarf konsequenter Konzentration darauf, diesen Raum der Zwischenleiblichkeit zu spüren und als spürbaren zu schaffen. Ich bin als Therapeutin Teil der Zwischenleiblichkeit und agiere in ihr.

In der Zwischenleiblichkeit entsteht das, was krank gemacht hat und krank macht. In der Zwischenleiblichkeit entsteht das, was zur Gesundheit beiträgt. Oder anders gesagt: Die Erkrankung, z. B. der Kopfschmerz, ist ein Leibaspekt, der aus der Zwischenleiblichkeit herausgefallen ist oder herausgestoßen wurde. Ich helfe, ihn wieder in die Zwischenleiblichkeit hinein zu holen:

„Wie spüren Sie den Kopfschmerz?“

„Er schlägt: poch – poch – poch ...“

Schlagen Sie ihn, lassen Sie ihn erklingen.

„Poch – poch – poch ...“

„Was hören Sie?“

Achselzucken.

„Mir machen diese Schläge Angst“, bringe ich ein.

Die Klientin beginnt zu weinen: „Ich habe immer Angst gehabt ...“

Ich: „Und wie ist es jetzt mit mir? ... Was geschieht mit Ihnen und Ihrer Angst, wenn Sie mich anschauen? ...“

Der Kopfschmerz mag als eine Reaktion auf ihre Ängste entstanden sein oder Ergebnis chronischer Anspannungen in angstmachender Umgebung. In jedem Fall spielte der leibliche Umraum eine Rolle. Durch die Erfahrung der Zwischenleiblichkeit wird der in den Umraum hinaus greifende und aus dem Umraum nach innen greifende Aspekt der Leiblichkeit lebendig.

Wenn ich die Improvisation am Klavier höre, mit der die Klientin ihr Verlorensein ausdrückt, dann höre ich das Verlorensein und höre auch die tiefen Tönen, die in mir das Bild eines Bodenhaftens entstehen lassen. Und ich teile beides mit. Für diese Widersprüchlichkeit achtsam zu sein, ist essentiell.

Ein Mittel, die Zwischenleiblichkeit radikal zu nutzen, besteht darin, in die Bilder der Klient/innen „einzusteigen“. Wenn eine Klientin zum Beispiel im Zusammenhang mit ihrem Krankheitserleben das Bild einer Stromleitung benutzt, dann biete ich an, die Stromleitung zu sein. Oder ich biete mich als identifizierendes Gegenüber an: „Wenn ich dein schmerzender Bauch/dein revoltierender Darm *bin* und du mich siehst, hörst und wahrnimmst – was spürst du dann?“

Ich bin als Therapeutin das Sprachrohr der Zwischenleiblichkeit, konsequent und radikal. Die Arbeit in und mit der Zwischenleiblichkeit ermöglicht, die Spaltung zwischen Krankheit und Gesundheit, mit denen die Klient/innen kommen, im besten Sinne „aufzuheben“, so dass neues Erleben entstehen kann.

### **Begegnung: Furchtlose Resonanz**

In jeder leibtherapeutischen Arbeit nutzen wir die Resonanz der Therapeut/innen. Dabei teilen wir nicht jede Resonanz mit, sondern entscheiden von einem exzentrischen Standpunkt aus, welche Resonanzen für den Fortgang des therapeutischen Prozesses sinnvoller Weise mitgeteilt

werden sollten. Das ist nicht immer ein Prozess der Überlegung, sondern erfolgt oft auch intuitiv und spontan auf dem Hintergrund der therapeutischen Erfahrungen.

Je gravierender, also langanhaltender und lebeenseinschränkender eine Erkrankung ist, desto hemmungsloser, furchtloser und radikaler bin ich bereit, meine Resonanzen zu teilen. Das ist einerseits notwendig, denn viele Aspekte des Leidens wie der Gesundungsmöglichkeiten sind für die Klient/innen so „fern“, so „unglaublich“, so „weit im Hintergrund“, dass sie zwar in der Zwischenleiblichkeit erscheinen, aber nur oder in erster Linie über meine Resonanz innerhalb der Zwischenleiblichkeit spürbar und verbalisierbar werden.

Darin besteht die Notwendigkeit furchtloser Resonanzäußerungen.

Deren Möglichkeit besteht darin, dass sofort spürbar wird, wenn eine von mir geäußerte Resonanz für die Klientin, den Klienten nicht stimmig ist. *Ich, die Therapeutin, bin so sicher, weil ich nicht sicher sein muss.* Ich kann mich darauf verlassen, dass in der Zwischenleiblichkeit verlässlich deutlich wird, was stimmig ist und was nicht.

Ein Beispiel: Eine Frau spielte am Klavier ihre Anstrengung, ihr Bedrücktsein. Zunächst kam gar kein Ton. Dann begann sie zu spielen, relativ lang. Ich hörte zu, lauschte ihren Klängen und ließ mich von ihnen und ihrer Art zu spielen, berühren. Zuerst ging mir durch den Kopf: Das klingt wie ein Kinderlied. Dann fiel mir ein: Dostojewski, „Krieg und Frieden“. Warum auch immer. Dann: Moment mal ... „Krieg und Frieden“ ist doch von Tolstoi ... Warum Dostojewski? ... Dann sinnierte ich weiter: Dostojewski, das ist doch auch „Schuld und Sühne“.

Als ich der Klientin sagte, dass beim Zuhören in mir innere Bilder und Szenen oder Worte und Sätze entstanden sind und ich ihr meine Einfälle erzählte, meinte sie (zu dem Kinderlied gab es noch eine andere Geschichte, die ich hier jetzt nicht aufgreife): „Ja, so war das bei uns zwischen Vater und Mutter: Krieg und Frieden. Immer wieder, immer im Wechsel. Und es ging um Schuld ...“ Ich traute mich nur, das zu äußern, weil ich darauf vertraute, dass meine Resonanzen zu irgendetwas gut sein würden, sie wahrscheinlich nicht absurd wären. Und wären sie absurd gewesen – das zumindest war und ist meine Sicherheit - wäre nichts Schlimmes passiert. Auch das hätte durch die Reaktion der Klientin den therapeutischen Prozess weiter gebracht.

Zur furchtlosen Resonanz gehört eine Bereitschaft, die eigene Meinung deutlich zu äußern. Wenn alle Aspekte gespürt und gewürdigt worden sind, sage ich manchmal: „Meiner Meinung nach *muss* die Entscheidung im Sinne deiner Gesundheit so aussehen ...“ Dieses „muss“ ist ein anderes als das ideologische, Leid-schaffende Muss. Ich verstehe es als parteilich im Sinne des Gesundungsprozesses. Es bezieht sich auf die Erkenntnis und Meinung in diesem Moment des therapeutischen Prozesses und der therapeutischen Begegnung. Es bezieht sich auf die konkrete Person und Situation und wendet sich meistens gegen vorhandene ideologische Leit-/Leid-Sätze.

Diese Wahrhaftigkeit und Klarheit ist meist der Ausgangspunkt für die therapeutische Weiterarbeit. Es ist nicht „das letzte Wort“. Ob die Meinungsäußerung stimmig ist, darüber entscheidet die Reaktion der Klientin oder des Klienten. Auch ein „Nein, so nicht, aber ...“ – wie still und leise oder deutlich und laut abwehrend auch immer es ausgesprochen sein mag – hilft weiter.

### **Begegnung: Ich bin, was fehlt**

In der radikalen zwischenleiblichen Begegnung wird lebendig, was krank gemacht hat. Darin begegnen wir den Monstern der Entwürdigung und darin begegnen wir immer auch dem, was fehlt: der Leere, dem fehlenden Trost, dem mangelnden Mitgefühl, dem Alleingelassen werden usw.

Ich arbeite dabei viel mit den Primären Leibbewegungen. In dem intensiven Raum der Zwischenleiblichkeit kann man sogar sagen: *Ich bin die Primäre Leibbewegung, ich bin die Spürende Begegnung. Ich bin das Greifen, das Hören usw.*

Für viele Klient/innen ist das eine essentielle Erfahrung.

Oft mussten sie erfahren, dass ihnen kein Mitgefühl entgegen gebracht wurde. Oft konnten sie so auch kein Mitgefühl für sich entwickeln. Ich zeige ihnen nicht nur mein Mitgefühl. Sie erleben es so: *Ich bin das Mitgefühl.*

Und zwar das Mitgefühl für sie jetzt, in dem jetzigen Alter, in der jetzigen Situation *und* auch das Mitgefühl für sie in der Situation, die Auslöser oder Hintergrund für die Erkrankung war, das Mitgefühl für oft mehrere Altersstufen.

Dabei müssen wir Therapeut/innen wissen, dass wir dabei immer auch auf Widerstand treffen können, je nach „Härtegrad“, in den das Mitgefühl der Klientinnen mit sich selbst aufgrund der harten und verhärteten Erfahrungen eingebunkert ist, eingefroren wurde. Im zwischenleiblichen Raum kommen wir dann manchmal nicht um das Erleben herum, mit Misstrauen („Meint mein/e Therapeut/in das wirklich? Oder verhöhnt er/sie mich gerade?“), oder purer Ablehnung („Jetzt wird er/sie aber übertrieben sentimental. Peinlich!“) konfrontiert zu werden. Das Wiederbeleben alter Verletzungen auf Seiten von uns Therapeut/innen – gegen eine Mauer zu rennen, zu empfindlich zu sein, sich eine blutige Nase zu holen, Heulsuse oder Seelchen, Warmduscher zu sein, abgelehnt zu werden usw. – macht nur dann Sinn, wenn man es bewusst in den Dienst der Therapie stellen und einordnen kann.

### **Veränderung: dem Urgrund der Leibhaftigkeit begegnen**

Durch den Ausdruck dessen, was an Leiblichkeit in, unter, mit der Erkrankung schwingt, wird nach und nach spürbar und erlebbar, was wir als „Urgrund der Leibhaftigkeit“ und damit als leiblichen Hintergrund oder Untergrund der Erkrankung bezeichnen. Das sind zumeist nicht einzelne Situationen, sondern fast immer andauernde Erfahrungen der Kränkung.

Der Zugang erfolgt über leibliche Äußerungen, über oft kleinschrittige Annäherungsprozesse. Drei Hinweise auf besonders wichtige Aspekte möchten wir geben:

*Bedeutungswechsel von Worten.* Das Wort „brechen“ kann unterschiedliche Bedeutungen haben. Man kann einen Ast brechen, ein Gespräch abbrechen, sich übergeben usw.. Wenn ich dieses Wort höre und spüre, dass da ein leiblicher Bedeutungsüberhang mitschwingt, biete ich an, dem nachzugehen. Zum Beispiel, indem ich frage: „Wie klingt es, zu brechen?“ Und es entwickelt sich eine Arbeit mit viel Hin und Her, Auf und Ab, Irrwegen und Umwegen. In diesem Prozess tauchen Zusammenbrüche auf und ein Schwangerschaftsabbruch und das „gebrochene Rückgrat“ des Vaters ... Es entfaltet sich ein Panorama des Erlebens, eine Landschaft der Leiblichkeit, die den Urgrund dessen bildet, was sich später in der Erkrankung zeigt.

*Atmosphären.* Durch Achtsamkeit für das eigene Leiden können Menschen oft etwas zu greifen bekommen, was leiblich mit der Erkrankung in Verbindung steht, z. B. indem Ereignisse und Szenen bewusst und sichtbar werden. Doch wenn es nicht gelingt, etwas „zu greifen“, dann spricht das dafür, dass das, was in, unter oder hinter der Erkrankung lebt bzw. gelebt hat, eine Atmosphäre ist. Atmosphären sind emotional geladene Räume, die sich in Handlungen (oder deren Unterlassung) zeigen, die aber mehr sind als Handlungen. Sie prägen den Umraum, die Zwischenleiblichkeiten zwischen den Menschen, in den Familien, zwischen den Generationen. Oft können wir uns den Generationen nur über unsere Resonanzen annähern, die in und aus dem entstandenen zwischenleiblichen Raum entspringen.

Kränkende Atmosphären verdichten und verdinglichen sich oft in Erkrankungen und Krankheiten, denn die ihnen ausgesetzten Menschen, oft Kinder, sind ihnen gegenüber oft besonders wehrlos. Eine Ohrfeigen verteilende Mutter kann das Kind „doof“ finden oder sich über einen beschämenden Vater empören. Doch gegen eine Atmosphäre der sprachlosen Gewalt oder des Todes ist es hilflos, fühlt sich ihm ausgeliefert. Sie sickert in die Leiblichkeit ein und findet dann oft ihren „Ausweg“ in Erkrankungen.

*Bedeutungswechsel in Umwertungen.* Eine Klientin zum Beispiel lebte als Kind in einer Atmosphäre der Kälte. Diese Kälte wurde zu einer Kälte bestimmter Körperbereiche, die sich als Erkrankung äußerte. Als in der therapeutischen Arbeit der Urgrund der körperlich gespürten Kälte spürbar wurde, war es schmerzhaft, dem in all seinen Verästelungen auch transgenerativer Traumaweitergabe nachzugehen. Und gleichzeitig erleichternd. Die Kälte, die sie anfangs und währenddessen als Kälte in Beinen und Unterleib gespürt hatte, erhielt im Laufe des Prozesses eine andere Bedeutung und Bewertung: Sie wurde nun auch zu einer schützenden Hülle.

Solchen Umwertungen kommt eine hohe Bedeutung auf dem Weg zu Gesundheit zu.

*Verbindungen.* Im Abschnitt über Radikalität haben wir dem gängigen Radikalitätsbegriff die Dimension eines sich verästelnden Wurzelwerks hinzugefügt und die Suche nach Verbindungen in diesem Netzwerk von Erfahrungen und Erleben gefordert. Etwas vereinfacht begegnen wir bei den meisten Klient/innen zunächst zwei oder drei unverbunden nebeneinander stehenden Äußerungen:

- Äußerungen über das aktuelle Thema, z. B. dass eine berufliche Entscheidung ansteht,
- Äußerungen über eine aktuelle Befindlichkeit
- Äußerungen über Krankheit, z. B. Bemerkungen über eine chronische Erkrankung.

Unsere therapeutische Orientierung besteht darin, den Urgrund der Leibhaftigkeit zu suchen und darin beide Aspekte miteinander zu verbinden. Unterstützend bei der abschließenden Frage nach anstehenden nächsten Schritten ist fast immer die Frage: „Was sagt dein Herz dazu?“ Doch die Suche nach Verbindung und der Aufhebung des Nebeneinanders in etwas Neuem erforderte vorher darüber hinaus all das, was Inhalt dessen ist, was hier beschrieben wird.

## Veränderung: Verflüssigen

Wenn etwas verfestigt ist, bedarf es des Aufweichens, der Verflüssigung, damit Veränderung möglich ist. Dabei hilft die Frage nach dem Sinn der Härte, der Verhärtung, der Verdinglichung. „Wofür was das damals gut, dass ...?“ „Welchen Sinn hat es gemacht, dass du verstummt bist?“ Viele Klient/innen hadern mit sich, dass sie sich früher nicht retten konnten und dass sie immer noch Verhaltensweisen zeigen, die sie nicht mehr mögen. Hier muss dem nachgegangen werden, welchen Sinn diese Verhaltensweisen ursprünglich gehabt haben. Wir unterstellen, dass sie einen Sinn gehabt haben, dass sie einer Not entsprungen sind, dass sie als eine Reaktion auf eine Verletzung, eine Kränkung, einen Mangel entstanden sind. Wird dies deutlich, dann schwindet die Härte, auch die Härte der Klient/innen gegen sich selbst. Dann wird Festes flüssig, ob auch im buchstäblichen Sinn: Dann können Tränen der Trauer und Erleichterung fließen.

Es hilft, „nach Worten zu haschen“, die Tätigkeiten bezeichnen (können) und nicht nur Zustände. Eine Klientin zum Beispiel erzählt, dass sie wieder unter „Schwindel“ leidet. Ich bitte sie zu beschreiben, wie sie „den Schwindel“ konkret *erlebt*.

Sie beschreibt zunächst, wie schwer es ist, dies zu beschreiben, findet dann aber die Worte, dass sie „so ein flirrendes Gefühl im Kopf“ hat. Ich greife das „Flirren“ auf, weil es als Adjektiv, als Aussage über das Wie, gleichzeitig eine Tätigkeit, ein Was, einen Prozess, ermöglicht, und bitte sie, doch einmal das Flirren auszudrücken, auf dem Klavier „zu flirren“ oder in einer Bewegung. Sie wedelt mit den Händen schnell wellenförmig hin und her. „So flirrt es,“ sagt sie. Dabei flirrt nicht mehr „es“, sondern „sie“ flirrt.

Mir kommt es so vor, als würde sie etwas verscheuchen. Ich sage das: „Mir kommt es vor, als würdest du eine Fliege verscheuchen oder etwas anderes ...“

„Ja, da fällt mir meine Schwester ein, das ist der Druck meiner Schwester ...“

Und schon nähern wir uns einer Situation, sind wir im Handeln, in der Aktivität und im Erleben einer Beziehung. Aus „dem Schwindel“ wurde der Anfang einer erlebten Szene und eines

Beziehungserlebens. Das fest scheinende Krankheitssymptom wurde verflüssigt und damit beginnt Veränderung.

### **Begegnung: Ermutigung zur Tiefe**

Oft schlagen wir Klient/innen vor, dieses oder jenes Experiment zu machen, zum Beispiel sich mit etwas zu identifizieren.

Dann hören wir oft: „Nein, das kann ich nicht.“ Oder: „Das geht nicht, dann löse ich mich auf.“

Diese Reaktion ist verständlich. Denn dem zu begegnen, was wir als „Urgrund der Leibhaftigkeit“ bezeichnet haben, ist schwer. Damals war zum Beispiel die Erfahrung, die Gewalt-Atmosphäre zu erleben, nicht aushaltbar und das hat in die Erkrankung geführt. Heute, in der therapeutischen Situation, dem wieder zu begegnen, ruft erneut das „sichere“ Gefühl, dies nicht aushalten zu können, hervor. Doch damals waren die Klient/innen allein, damals war die Krankheit der einzig mögliche, einsame und ohnmächtige Ausweg aus der Kränkung. Heute ist die Situation anders, heute – und es bietet sich an, diesen Unterschied warmherzig zu verdeutlichen - befinden sie sich in einer Situation der zwischenleiblichen Begegnung, die eine Hülle des Schutzes bietet. Wir respektieren den Widerstand mit seiner wichtigen Funktion, in der Vergangenheit die Identität gerettet zu haben, akzeptieren aber nicht „einfach so“, dass er sich im Laufe der Zeit so verselbständigt hat, dass er sich gegen den/die Klient/in richtet.

In solchen Situationen ermutigen wir deshalb sehr: „Sie schaffen das!“ Oder: „Doch, das kannst du. Ich passe auf dich auf, ich bin dabei.“ Wir müssen oft beharrlich bleiben, dass das Experiment not-wendig ist, um die Not zu wenden. Wir finden, dass Klient/innen ein Anrecht auf Erklärungen haben. Sie müssen nicht mehr, nie mehr *blind* vertrauen. Voraussetzung ist, dass wir es wirklich für wichtig im Sinne der Parteilichkeit für die Gesundungsprozesse des/der Klient/in halten, dass er/sie „es schafft“. Nur dann, und wenn wir sicher sind, dass wir bereit sind, mit auf Spurensuche zu gehen und nicht schon vorher das Ergebnis zu kennen, was der/die Klient/in eigentlich zu tun und zu lassen hätte, haben wir unserer Meinung nach das

Recht, darin unbeirrbar und unbeirrt zu sein und zusammen den Weg durch den Irrgarten der Verästelungen zu gehen.

Manchmal gehen wir, wenn die Zumutungen, die einem vorgeschlagenen Experiment innewohnen, in Überforderungen übergehen, dabei stellvertretend für die Klientin oder den Klienten in die Identifikation. Die Klientinnen können dann von einem sicheren Ort aus auf sich wirken lassen, was sie berührt und wir Therapeut/innen haben die Möglichkeit, das, was wir erlebt haben, den Klientinnen anzubieten. Dabei löst sich meist etwas in der Klientin oder im Klienten. Das Mitgefühl mit mir, mit uns, den Therapeut/innen, die Trauer, der Schmerz o.Ä. erweist sich dabei als leichter und selbstverständlicher zugänglich als das Mitgefühl für sich selbst, die eigene Trauer, der eigene Schmerz.

In dieser Arbeit gibt der intensive zwischenleibliche Raum Halt, ja manchmal Geborgenheit. Wir ermutigen als Therapeut/innen und sind gleichzeitig Sprachrohr des eigenen, oft verstummten oder verloren gegangenen Mutes unserer Klient/innen.

### **Haltung: Ich bin falsch**

Nach unseren Beobachtungen ist das, was die Erkrankung am meisten „am Leben“ hält, die Selbstabwertung. „Ich bin falsch“ – das ist fast immer eine Grundüberzeugung, der wir bei der leibtherapeutischen Arbeit zu Erkrankungs-/Gesundheitsthemen begegnen. Das ertönt in vielen Sätzen, die sich Klient/innen zu eigen gemacht haben, zu eigen machen mussten: „Du bist zu empfindlich.“, „Du bist hypochondrisch.“, „Es ist alles nicht so schlimm.“ ...

Wie erschreckend oft wir das schon gehört haben: „Jetzt will ich mal nicht so laut klagen.“, „Nur nicht gleich hysterisch werden.“ Oder „Ja, mein Vater, der war auch hypochondrisch.“ Und dann kommen in unseren Augen schlimmste Erfahrungen und wenn wir dann nachfragen, „woran merkst Du denn, dass das hypochondrisch ist?“, erhalten wir keine Antwort. Die Haltung zur Krankheit ist zumeist eine abwertende Haltung. Und sie ist eine Haltung nicht nur

zur „Krankheit“, sondern eine Haltung zu sich selbst. „Zu empfindlich“ meint sehr, sehr selten lediglich „zu empfindlich gegenüber Schmerzen“, sondern hat als generelle Aussage über die eigene Person Gültigkeit erlangt. Mit der Abwertung der Krankheit geht die Selbstabwertung einher.

Da Selbstabwertungen ihren Ursprung in Erfahrungen durch die leibliche Umwelt haben, liegt die Wahrscheinlichkeit nahe, dass auch die Abwertung von Krankheitserleben „gelernt“ worden ist.

Diese Selbstabwertung erscheint oft auch als Reaktion auf Vorschläge, die wir Therapeut/innen unterbreiten. Wenn wir z. B. bitten, den Schmerz oder die Unsicherheit oder den Druck musikalisch auszudrücken, dann hören wir oft die Antwort: „Ich kann das nicht.“ Wir bewerten diese Aussage in dem hier interessierenden Zusammenhang von Erkrankung und Gesundheit als Selbstabwertung (und nicht als mehr oder weniger selbstbewusste und vielleicht bedauerliche Feststellung), weil sie auch von den Klient/innen geäußert werden, die sich in anderen Situationen und bei anderen Themen gern auf kreative Experimente eingelassen haben.

Die Haltung zur Krankheit ist oft wichtiger als die Krankheit selbst. „Wichtiger“ im Sinne von: die Krankheit verlängernd. Wenn eine Klientin ihre Magenschmerzen „bekämpft“, dann bekämpft sie ihren Magen und einen Teil ihres Erlebens und Erlebens – und macht ihn dadurch, gänzlich ungewollt, immer schwächer und kränklicher. Wenn ihr in der Therapie deutlich wird, in welchen „Urgründen der Leibhaftigkeit“ der Magen so wurde, wie er nun einmal ist, dann kann ihre Haltung zum Magen, zu den Schmerzen, zur Erkrankung *weicher* werden. Das bedeutet noch nicht gleich einen immerwährenden Frieden, geschweige denn einen gesunden Magen, aber mehr friedliche Haltung, die vielleicht einen freundschaftlicheren Umgang mit ihrem Magen und damit mit sich selbst möglich macht. Dann kann die Klientin vielleicht zu ihrem Magen sagen: „Lieber Magen, ich passe jetzt anders auf uns auf. Ich verspreche dir, auf dich zu hören, wenn du dich äuserst – so gut ich kann. Du tust so viel für mich. Tut mir leid, dass ich dir immer vorgeworfen habe, dass du nicht richtig funktionierst. Dabei hast du all das geschluckt,

was mir unbekömmlich war, hast dich verkrampft, wenn alles Krampf war, hast dich zusammengezogen, wenn kein Platz für mich da war ...“

### **Haltung: radikale Ent-Ideologisierung**

In der abwertenden Haltung zu sich selbst begegnen uns ständig kränkende Ideologien. Darunter verstehen wir Verallgemeinerungen: „immer“ „muss“ „man“, „nie“ darf“ „man“. Solche Sätze sind Leitsätze, die zu Leidsätzen geworden sind. Ihnen wohnt inne, dass man sie nicht vollständig verfolgen kann (Wer kann schon „immer“ „gesund“ leben?), so dass jeder Verstoß eine Selbst-Abwertung (und Selbst-Beschuldigung) zur Folge hat.

Häufige Ideologien, denen wir begegnen und die wir ernst nehmen, also zum Thema machen, sind:

- „Ich muss das allein geregelt bekommen.“ Warum eigentlich? Warum darf man nicht Hilfe annehmen? Unterstützt werden? Dass mal die Not zur Tugend gemacht werden musste – traurig oder grausam genug.
- „Ich darf nicht zu viel lieben.“ Wieso? Wer bestimmt, was „zu viel“ ist? Liebe ist doch in sich maßlos – wer maßt sich an, dafür ein Regelwerk des Maßes zu bestimmen? Darin steckt das Drama des liebenden Menschen, der vielleicht bereits als Kind gelernt hat, dass Lieben „immer einseitig“ ist, und irgendwann das Vertrauen in die Welt verloren hat.
- „Ich muss erwachsen sein.“ Ja, aber warum nicht auch kindlich? Warum nicht auch der kindlichen Sehnsucht, der kindlichen Bedürftigkeit Raum geben? Am Erwachsen-Sein besteht (von unserer Seite aus) kein Zweifel. Sonst wäre eine leibtherapeutische Begegnung und ein bewusster leibtherapeutischer Gesundungsprozess nicht möglich.

- „Ich muss mich nur mehr anstrengen, dann ...“ Vielleicht ist gerade die Strenge in der Anstrengung das, was krank macht?
- „Ich darf keine Schwäche zeigen.“ Vielleicht wurde früher Schwäche ausgenutzt, vielleicht machen das immer noch manche Menschen. Doch nicht alle. Vielleicht ist es wichtiger zu unterscheiden, wem gegenüber man schwach sein darf und wem gegenüber nicht?
- „Entweder-Oder.“ Flüchten oder standhalten, bleiben oder gehen, sich trennen oder aushalten ... Und wenn es einen schier umbringt? Nein, dann vielleicht lieber: Entweder-UND-oder, Sowohl-als-auch. Besser im Sinne des Gesundungsprozesses ausprobieren, wie es ist, Ambivalenzen anzuerkennen, Zwischenschritte der Entscheidungen zu finden und zu akzeptieren ...
- „Wer A sagt, muss auch B sagen.“ Auch dann, wenn es einen Menschen an einen ganz und gar ungesunden Zustand bindet? Wenn es wie ein Fluch der Fremdbestimmung über einem steht? Dann gilt es doch besser, sich davon zu lösen und zu erlösen, um vielleicht ein erträgliches B oder C des Erlebens und Verhaltens zu finden.
- „Ich muss Verantwortung übernehmen!“ Ein guter Satz. Nur meistens ist diese Formulierung in diesem Zusammenhang nur eine Worthölse für die Aufrechterhaltung von Druck gegen sich selbst und der daraus resultierenden Verzweiflung. Was spricht denn dagegen, Verantwortung abzugeben und zu teilen? Auch für erlebte „Schwachstellen“ wie Krankheiten, die man nicht ändern kann.

Als Leibtherapeutin und Leibtherapeut übernehmen wir die Rolle der hier aufgeführten Fragesätze. Nicht mit erhobenem Zeigefinger, weil wir es besser wüsste, sondern als Anwäl/innen und Vermittler/innen heilungsfördernder Sätze, um deren Wirkung wir wissen. Und noch ein Hinweis: Wenn es hier um therapeutische Arbeit mit krankmachenden Quellen von Erkrankungen geht, dann bedeutet das nicht, dass jede Erkrankung in verletzenden und entwürdigenden Erfahrungen ihren Ursprung oder Urgrund hat. Erkrankungen haben multifaktorelle Quellen, sie können körperlich-biologisch, genetisch, sozial oder wie auch immer

beschaffen sein. Die Verengung auf biologische Faktoren durch eine Verengung auf leiblich-soziale Faktoren zu ersetzen, wäre eine neue Ideologie-Variante. Die *Haltung* gegenüber einer Erkrankung ist allerdings in den meisten Fällen Bestandteil einer therapeutischen, also Gesundheits- und Heilungsprozesse fördernden Begleitung .

### **Von der Krankheit zu den leiblichen Quellen des Erkrankens ...**

Wir haben schon erwähnt und wollen es hier noch einmal zusammenhängend verdeutlichen, dass sich in der Bezeichnung „Krankheit“ und im Umgang mit ihr oft manifestiert, dass sich im Kranksein Aspekte des Erlebens aus dem leiblichen Zusammenhang gelöst haben. „Krankheit“ bezeichnet ein Objekt, einen Gegenstand, ein Ding. „Kranksein“ und „Erkrankung“ benennt einen Prozess, ein Befinden. Das ist ein wesentlicher Unterschied.

Unser Verständnis von der „Krankheit“, wie wir ihr in den meisten Klient/innen, die bei uns eine leibtherapeutisch-psychotherapeutische „Behandlung“ wünschen, begegnen, besteht in Folgendem: Aus einem unerträglichen Erleben wurde ein Aspekt des Unerträglichen „weggeschoben“, „abgespalten“ und in einer Krankheit verdinglicht und objektiviert. Die „Krankheit“ erscheint so als ein „Etwas“, das „über einen kommt“, das „mich befällt“, das ich „habe“ und nicht Teil meines Seins ist. (Für die Vergangenheit stimmt das Erleben: Es ist „über einen gekommen“.)

Die leibtherapeutische Arbeit an der Gesundheit ist eine Arbeit an und mit den Lebensthemen. Der therapeutische Prozess besteht darin, über die Zwischenleiblichkeit Verbindung zu dem „Urgrund“, dem Unerträglichen aufzunehmen und diese Abspaltung aufzuheben. Das Verfestigte wird so verflüssigt, das Verdinglichte wird aktiviert und zu einem Prozess, wird, „entdinglicht“, das (scheinbar) Entfernte wird „meinhaftig“.

Dieser Prozess besteht nicht darin, dass die Abspaltung „rückgängig“ (gemacht) wird. Wir bezeichnen das bewusst als „aufheben“. Dieses Wort hat zwei Aspekte: Es enthält die Verneinung („nicht mehr abgespalten“) *und* es beinhaltet, dass etwas Neues entsteht, etwas *auf* ein neues Plateau gehoben wird. Kurz gesagt: Wenn die Entdinglichung gelingt, wird es nicht wie vorher. Das klingt banal, ist aber wichtig für das Selbstverständnis als Therapeutin und für das der Klient/innen. Es kann Erkrankungen geben, die körperliche und auch seelische Folgen haben, die leidbewirkende Nachwirkungen haben. Wie es nach einer therapeutischen Arbeit wird, ist offen. Das Erfolgskriterium ist nicht das Fernbleiben von Symptomen, sondern die Entdinglichung, die andere Haltung, der offene leibliche Prozess, das „Mit-sich-eins-Sein“ usw.

### **Unsere Wirksamkeit als Therapeutin**

Wenn wir uns als Therapeut/innen mit Erkrankungs- und Gesundungsprozessen im beschriebenen Sinn beschäftigen, dann ist unsere Wirksamkeit gleichzeitig „großartig“ und beschränkt. Sie wird von vielen Klient/innen als „großartig“ oder „wundersam“ empfunden, weil sie ein neues Verständnis für sich erlangen, weil Krankheitssymptome oft geringer werden oder manchmal verschwinden, weil ihr Leiden nachlässt und sich neue Lebenswelten und Lebensmöglichkeiten eröffnen.

Wir Menschen haben alle unsere „Achillesfersen“, d.h. in unserem Sprachgebrauch: wir alle haben unsere sensiblen, anfälligen, verletzlichen Leibinseln, wir sind und bleiben anfällig für (bestimmte) Erkrankungen. Wir brauchen andere Menschen. Wir brauchen eine Kultur der Achtsamkeit und Freundschaftlichkeit mit uns selbst und unseren gesundheitlichen Macken, und die Größe, mit und ohne Scham bzw. durch die Scham hindurch andere Menschen um ihren achtsamen und freundschaftlichen Blick auf uns zu bitten. Das gilt für uns Therapeut/innen wie für unsere Klient/innen. Eben für alle Menschen.

Unsere Wirksamkeit als Therapeut/innen wird für uns selbst spürbar, wenn wir mit unserem praktizierten Menschenbild „auf Gegenliebe“ stoßen, weil sich Menschen in ihrem Gesundungsprozess so gut wie (uns) möglich begleitet fühlen. Dazu gehört unsere Grundauffassung, dass sie, die Wirksamkeit, beschränkt ist, weil wir allenfalls *Hebammen der Gesundheit* sind. Wir wirken ausschließlich im Raum der Zwischenleiblichkeit. Wir wirken nicht in dem, was die Klient/innen dann und damit aus ihrem Leben machen. Wir verhelfen ihnen im guten Fall zu neuen Möglichkeiten. Das ist nicht alles und manchmal nicht viel, aber es lohnt sich. Und manchmal passieren Wunder.