



**Psychosomatische Klinik
Bad Neustadt a. d. Saale**
Medizinische Exzellenz aus Tradition



SCHRIFTENREIHE XX

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Vom Körperbild zur Körperbezogenen Psychotherapie

Besuden F., Günther B., Widmer P.

Impressum

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
der RHÖN-KLINIKUM AG

Redaktion: Dr. med. Rudolf J. Knickenberg, Britta Günther, Christine Hoch

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

1.000 - 03.2015

SCHRIFTENREIHE XX

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Vom Körperbild zur Körperbezogenen Psychotherapie

Besuden F., Günther B., Widmer P.

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: RHÖN-KLINIKUM AG · Salzburger Leite 1

97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67-01 · Telefax 09771 65989303

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com



Vorwort	5
<i>Rudolf J. Knickenberg, Dagmar Stelz</i>	
Körperbild und Zeitlichkeit	7
<i>Peter Widmer</i>	
„Ich spür‘ nichts“	27
<i>Britta Günther</i>	
Den Raum für die Körperbezogene Psychotherapie öffnen	27
I. Singulär	27
II. „Ich spür‘ nichts“	35
Körperzeichnungen	40
Körperzeichnungen zum Sprechen bringen	46
Spüren im Liegen	51
Stehen im Kreis	55
Ich – der Raum – die Anderen	58
Spüren im Liegen - Körperräume	62
Spüren im Stehen - Blicke	68
Arbeit an den Beinen	72
Arbeit mit zwei Halbrundhölzern - Stehen	77
Arbeit mit dem Medizinball	80
Angebot mit dem Softball	85
Arbeit mit dem dicken Seil	90
Halbrundholz und Nackenrollen	94
Auf dem Halbrundholz sitzen und liegen	100
Stehen auf einem Halbrundholz	104
Tennisbälle und Kugelsäckchen	108
Führen und geführt werden	113
Mit dem Reifen arbeiten	117
Autorenverzeichnis	121
Schriftenreihen der Klinik	122

Mit diesem Heft unserer Schriftenreihe der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt wollen wir in Fortsetzung der hier in der Klinik seit ihrer Gründung praktizierten Körperpsychotherapie den aktuellen Stand darlegen. Dieser Band beruht auf einer ersten Darstellung der Körpertherapie durch die damaligen Initiatoren: Frau Dr. med. Rosemarie Schütz, Ärztliche Direktorin der Klinik bis 30.06.1988, Dr. med. Franz Bleichner, Chefarzt der Akutabteilung bis 31.12.2012, Herr Dr. Rudolf Maaser, Supervisor und Internes Controlling bis 2012 und Frau Frauke Besuden, externe Supervisorin für Körpertherapie.¹

Wir freuen uns, dass von den damaligen Autoren die Klinik noch immer in ihrer Arbeit von Frau Frauke Besuden weiter begleitet wird, seit einigen Jahren zunehmend unterstützt und mittlerweile weitgehend abgelöst von Britta Günther, Psychoanalytikerin und Supervisorin aus Hamburg, die jetzt die Supervision leitet. Hinzugekommen sind als Supervisoren für den Bereich der Körperwahrnehmung und Ergotherapie Astrid Schach aus Bernkastel-Kues, Christel Schwiegershausen mit Unterweisungen zu Eutonie mit praktischen Übungen sowie Michael Finkenzeller für den Umgang mit der Atmung. So entwickelt sich die Körperpsychotherapie unter Einbeziehung moderner Verfahren aus der konzentrativen Bewegungstherapie, der Eutonie und dem Feldenkraistraining, aber immer weiterhin in unverkennbarer Weise als eigenständige Bad Neustädter Methode weiter. Sehr froh sind wir, dass durch Hildegard Wind, Konzertmeisterin aus Bamberg und Feldenkraistherapeutin, die Verbindung auch zur Körpertherapie von Musikern gelungen ist.

Wie aus den Ausführungen hervorgeht, ist die Körperarbeit mit den Patientinnen und Patienten in die Körperwahrnehmungsschulung, die durch die Abteilung Sport, Spiel und Gestaltung stattfindet und die tiefenpsychologisch orientierte körperbezogene Gruppenpsychotherapie, wie sie durch die psychotherapeutisch tätigen Ärzte der Psychosomatischen Klinik und Psychologen durchgeführt wird, unterteilt. Unser Anliegen ist es, den psychosomatisch Erkrankten Ausdrucksmöglichkeiten und Wahrnehmungsmöglichkeiten ihres Körpers erfahrbar zu machen und damit den Brückenschlag zwischen Körpersymptomatik und emotionalem Erleben nacherlebbar. Ein Zitat von Shakespeare: „Gram, der nicht spricht, presst das beladene Herz, bis es bricht.“ (Shakespeare, Macbeth) verdanken wir Herrn Prof. Dr. Dr. Hermann Lang, Würzburg, der ebenfalls schon seit vielen Jahren als emeritierter Vorstand des Instituts für Psychotherapie und medizinische Psychologie der Universität Würzburg die Klinik über die Theorie-

vermittlung durch das Institut für Psychologie und Psychotherapie Würzburg begleitet. 2007 stellten wir in der Schriftenreihe XI der Psychosomatischen Klinik den Stand der Körperpsychotherapie unter dem Tagungsthema „Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext“ vor. Dieser körperpsychotherapeutische Ansatz ist, nach unserer Überzeugung, für eine psychosomatische Klinik unverzichtbar. Wir sind froh über die jahrzehntelange Erfahrung in diesem Bereich, die unseren Patienten Zugute kommt und freuen uns, mit diesem Band, hilfreiche Anleitungen zur Durchführung und zu damit verbundenen verbalen Interventionen geben zu können.

Der Band ist aus der Praxis entstanden, die Angebote lassen sich nur verwenden, wenn man als Therapeut aus der Praxis kommt. Überflüssig erscheint es eigentlich zu erwähnen, dass dies kein „Kochbuch“ ist, das man hernehmen kann, um damit eine erfolgreiche Therapie zu machen.

Es zeigt aber den weiten Bogen körperpsychotherapeutischer Angebote und bietet aufgrund der sich darin widerspiegelnden langen Erfahrung der beiden Autorinnen für Kliniker immer wieder einen Anlass, sich an besonders gelungenen Interventionen zu erfreuen, sich daraus Anregungen zu holen und die eigenen Fähigkeiten damit zu vervollkommen. Besonders froh sind wir auch um den einführenden Beitrag von Herrn Dr. Peter Widmer², Zürich. Wir durften ihn ebenfalls schon seit 2004 in der Klinik zu seinen sehr umfassenden Vorträgen begrüßen und sind dankbar, dass er uns sein Manuskript zu dem jetzt bei uns gehaltenen Vortrag zu: „Körperbild und Zeitlichkeit“ für diesen Band unserer Schriftenreihe überlassen hat.

Bad Neustadt a. d. Saale, im Januar 2015

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg

Dr. med. Dagmar Stelz

¹ Maaser R., Besuden F., Bleichner F., Schütz R. (1994), *Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie*

² Peter Widmer (Dr. phil.), Psychoanalytiker in Zürich, hat Gastprofessuren an der Universität Kyoto und an der Columbia University New York, Lehraufträge an den Universitäten Zürich und Innsbruck sowie an der Pädagogischen Hochschule Aarau. Publikationen zur lacanianischen Psychoanalyse.

Peter Widmer

Körperbild und Zeitlichkeit

I.

Die Einladung zu diesem Vortrag, für die ich herzlich danke, war mit dem Wunsch von Herrn Dr. Knickenberg verknüpft, über das Körperbild zu sprechen, oder präziser gesagt: wieder über das Körperbild zu sprechen. Tatsächlich zieht sich dieses Thema wie ein roter Faden durch die Vorträge, die ich an diesem Ort, über mehrere Jahre verteilt, gehalten habe. Es nimmt in meinem Forschungsbereich einen zentralen Platz ein, was nur möglich ist, weil es unerschöpflich zu sein scheint, immer wieder neue Seiten offenbart. Ich werde versuchen, dies heute an der Zeitlichkeit zu zeigen, die ja auf den ersten Blick gar nichts mit dem Körperbild zu tun hat.

Zuvor möchte ich in Erinnerung rufen, was bisher vom Körperbild zur Sprache gekommen ist. Der Ausdruck „Körperbild“ ist mehrdeutig, man kann Unterschiedliches darunter verstehen: Die erste Assoziation ist wohl diejenige einer Photo, d.h. eines visuellen Bildes einer Person, oder auch eine Zeichnung, ein Portrait oder eine Darstellung des gesamten Körpers. Bei dieser Assoziation geht man davon aus, dass eine Person eine andere photographiert, zeichnet oder malt, es ist jedoch auch möglich, dass sich die Person selber darstellt. Photos von sich selbst sind ja als sog. selfies berühmt-berüchtigt geworden. Bei diesen visuellen Darstellungen gibt es bereits Verbindungen zur Pathologie, die vor allem bei zeichnerischen Selbstdarstellungen erkennbar werden, wenn sich psychische Störungen darin zeigen, dass die dargestellten Bilder stark abweichen von den Vorstellungen, die sich andere Personen machen würden. Wenn also anorektische Personen ihren Körper als adipös darstellen, dann können Aussenstehende kaum anders als darin etwas Pathologisches, eben ein gestörtes Körperbild zu vermuten.

Nun gibt es auch nicht-visuelle Bilder, was man oft vergisst. Gemeint sind vor allem Klangbilder, während Bilder des Tastsinns doch sehr mit dem Visuellen verbunden sind und Geschmacks- und Geruchsbilder kaum vorkommen. Beim Klangbild fragt man sich, was denn das Bildhafte daran sei. Es ist wohl die empfundene Zusammengehörigkeit von Tönen, die sich zu Klängen und Melodien formieren und erkennbar sind wie visuelle Bilder. Das führt dazu, dass die Klangbilder sich nicht mehr auf die körperliche Form beziehen, die eine Person für das Auge erkennbar macht, sondern auf akustische Äuße-

rungen, die jedoch die Erkennbarkeit einer Person möglich machen. Denken wir daran, dass jede Stimme etwas Unverwechselbares hat, analog zur Unverwechselbarkeit eines visuell wahrgenommenen Körpers.

Worauf es nun in einer ersten Folgerung ankommt, ist die Einsicht, dass das Körperbild in der bisher aufgefassten Weise, visuell oder akustisch, nichts Unmittelbares ist. Selbst eine Photographie wird in Punkte zerlegt, gepixelt, wird durch Farben, Schattierungen, Kontraste, Formatierung, durch die Körnigkeit u.a.m. subjektiviert, zu einem Produkt des Photographen und seiner technischen Ausrüstung, nicht bloss zu einem Abbild des photographierten Körpers. Bei Zeichnungen und Gemälden ist die Subjektivität des Zeichnenden, Malenden, seine Einmaligkeit, sein Stil, noch leichter zu erkennen. Was ich damit sagen möchte: Jedes Körperbild ist nicht nur nichts Unmittelbares, sondern ein Gebilde, das vom Symbolischen, von der Sprache mitgestaltet wird. Das Zustandekommen einer Zeichnung, eines Portraits setzt Vorstellungen und Kenntnisse voraus, die ohne Gedächtnisleistungen nicht möglich wären.

Hier treffen wir auf eine erste Schwierigkeit, wenn wir uns mit dem Körperbild befassen oder gar unsere therapeutische Arbeit darauf beziehen. Das Visuelle erscheint stets als das Einfache, Zuverlässige, weil Fassbare, Überprüfbare. Nicht umsonst gilt das Ideal der Wissenschaftlichkeit der visuellen Darstellbarkeit. Dabei wird leicht vergessen, dass die visuelle Wahrnehmung gespickt ist mit früheren Erfahrungen von Dingen, die benannt worden sind. Die Benennung — etwas Akustisches — und das Sehen — etwas Visuelles — durchmischen sich in der Wahrnehmung, wobei das Akustische schwerer zu fassen ist als das Visuelle, weil es sich unter Umständen gar nicht manifestiert, sondern im Verborgenen bleibt.

Die strukturierende Funktion der Sprache zeigt sich mit zunehmendem Alter des Kindes immer deutlicher. Es vermag sich von den Eindrücken seiner Umwelt zu lösen, es erinnert sich, phantasiert, beginnt mit Möglichkeiten, ja sogar mit Gedanken von Unmöglichem und Irrealem zu spielen. Mit dieser Öffnung geht die aufkommende Frage nach sich selbst einher. Es weiß, hat erfahren, dass das Sichtbare nicht das Ganze ist, dass in ihm etwas Unbekanntes haust, das es nicht fassen und erst recht nicht kontrollieren kann. Damit verändert sich der Bezug zum Körperbild grundlegend. Je nach Stimmung, je nach Situation stellt es sich als Krieger, als kuscheliges Tier, als kläffender Hund, als Eroberer, als Elternteil oder was auch immer dar.

Das Körperbild erfährt noch eine andere Veränderung. Es gilt nicht mehr allein der Selbstdarstellung, des eigenen Bildes von sich selbst, sondern es wird auch möglich, etwas Unanschauliches zu verkörpern. Die Zeichnung eines Reiters auf einem Pferd kann auf tatsächliche oder erwünschte Beherrschung eines Triebes hinweisen. Der Trieb selbst ist unanschaulich, äußert sich als Drängen, will das Kind seiner Herrschaft unterwerfen, so dass es nach Wegen sucht, um mit ihm zurecht zu kommen. Auch hier verschränken sich sprachliche Artikulation und darstellerische Fähigkeiten, der Mund ist ohne Hand ebenso unvermögend wie die Hand ohne den Mund.

Diese elementaren Einsichten genügen bereits für eine fruchtbare therapeutische Arbeit mit der Hand. Es gibt viele Patienten, die nicht von sich sprechen können, bei denen man schnell auf die Idee kommt, ihnen Medikamente zu geben, auch um der entstehenden Langeweile auf Seiten des Therapeuten entgegenzutreten. Eine Prüfung der Situation zeigt jedoch oft, dass ein dritter Weg begangen werden kann, wenn Gespräche aussichtslos und Medikamente auf die Dauer unwirksam sind, bloss an den Symptomen ansetzen. Meine diesbezüglichen Erfahrungen haben zu Erstaunlichem geführt. Selbst psychotischen Patienten gelingt es, Figuren darzustellen, und seien sie auch sehr einfach strukturiert. Es geht ja nicht um Kunstwerke, sondern um die Arbeit am Körperbild, was ich hier unterscheide von der Arbeit, die direkt am Körper ansetzt. Die Einladung, irgend etwas zu zeichnen, zu gestalten, hat etwas Befreiendes, aber man darf nicht darüber hinwegsehen, dass diese Arbeit auch mit einer gewissen Angst verbunden ist und sie deshalb ein Vertrauensverhältnis voraussetzt, eine positive Übertragung. Die Angst gilt dem Unbekannten, den bisher verborgenen Fähigkeiten der Patienten, die sie auf Neuland bringen und ihre Bilder, die sie von sich selbst haben und die sie hüten, obwohl sie sie einschränken, bedrohen. Es ist ja nicht so, dass man stets von Neugier ausgehen kann und schon gar nicht von Neugier auf eigene Erfahrungen, denn mit Entdeckungen von bisher Unbekanntem verändert sich auch die gewohnte Welt, sie wird ungewohnt und es gilt dann, das Ungewohnte bewohnbar zu machen, zu integrieren.

II.

Ich möchte die bisherigen Ausführungen noch etwas konkretisieren, indem ich vom Spiegelstadium spreche, einem Konzept Lacans, das bei Freud fehlt, wohl aber in der Literatur bis weit zurück zu Ovid seine Wurzeln hat.¹

Auch das Spiegelbild ist ein Körperbild; es ist weder eine Photographie, obwohl es sich photographieren lässt, noch eine Zeichnung oder ein Gemälde, obwohl es die Form dazu liefern kann. Gleich vorweg sei gesagt, dass es beim Spiegelbild nicht nur um ein gläsernes Gebilde geht, sondern der Spiegel kann auch eine Wasseroberfläche oder gar die Augen eines Gegenübers sein, ja, man kann sogar andere Menschen als Spiegel der eigenen Person auffassen und dementsprechend spricht man auch vom Spiegeln in der Psychotherapie, womit gemeint ist, Worte zu wiederholen, dem Patienten etwas zurückzugeben, was er selber gesagt hat, vielleicht ohne es deutlich zu bemerken.

Was man auch immer unter dem Spiegel versteht, entscheidend dabei ist die Erfahrung, dass der werdende Mensch sich über den anderen, über den Spiegel erfährt. Das gilt nicht nur für das, was die Augen sehen, sondern auch für die Sprache, die ja ebenfalls als von außen kommend erfahren wird; die Eltern, in erster Linie die Mutter, sind die ersten Agenten der Sprache, die jedem Menschen vorausgeht. Das Primat des Außen vor dem Innen ist sehr bedeutsam für den Menschen. Der Gesichtssinn vermag sich nicht selber zu sehen, wir sehen unser eigenes Gesicht nicht, was wir zuerst wahrnehmen sind das Gesicht und die Gestalt der anderen. Das Spiegelbild zeigt nun die eigene Gestalt des vor dem Spiegel Stehenden, mit der Besonderheit, dass er sich darin zunächst, in einer zweiten Zeit, nicht erkennt, sondern die Gestalt eines anderen zu sehen glaubt. Das ist schon ein Fortschritt, denn in einer ersten Zeit vermag das wahrnehmende Subjekt das Gesehene noch nicht zu vereinheitlichen, es werden einzelne Körperteile wahrgenommen, ohne erkennbaren Zusammenhang.

Beziehen wir diese Vorgänge auf das Kind, so zeigen sie sich im Alter zwischen 6 und 18 Monaten, jedoch ist es auch in schweren Pathologien möglich, dass die Etappen und Erkenntnisse des Spiegelstadiums entweder nicht stattgefunden haben oder wieder verloren gegangen sind.

¹ S. dazu Jacques Lacan, *Das Spiegelstadium als Bildner der Ich-Funktion*; in: *Schriften I*, Walther u. Quadriga, S. 61 - 70. Ovid, *Narcissus und Echo*, in: *Metamorphosen*, Goldmann, München, S. 68 - 72

Gelingt es nun dem wahrnehmenden Subjekt das, was es sieht, als eine einheitliche Gestalt aufzufassen, sind damit noch längst nicht alle Illusionen und Täuschungen überwunden. Zwei weitere Erkenntnisse sind nötig, um den Glauben zu überwinden, sein Gegenüber sei ein lebendiger Mensch und dieser Mensch sei von Seinesgleichen, ein Spielgefährte, der immer da ist, wenn man ihn braucht. Ein reizendes Beispiel der französischen Analytikerin Françoise Dolto veranschaulicht das: Bei eineiigen Zwillingen, die miteinander spielten, war eines Tages das eine Kind erkrankt und im Bett geblieben, während das andere in die Schule ging. Die Mutter war dann sehr überrascht, als sie feststellte, dass das zu Hause gebliebene Kind anscheinend nichts von der Abwesenheit des anderen bemerkte, sondern sich mit seinem Spiegelbild unterhielt, ohne dies als solches zu erkennen.²

Zu den beiden Irrtümern kommt noch die Verliebtheit in das Spiegelbild dazu. Wer schon gesehen hat, wie kleine Kinder, die sich erst kriechend fortbewegen können, sich dem Spiegelbild nähern, um es zu liebkosen oder gar zu küssen, weiß, worauf ich anspiele. Nicht umsonst spricht die Psychoanalyse in diesem Zusammenhang von Narzissmus, wobei man bei der Verwendung dieses Ausdrucks gerne vergisst, dass der Narzissmus dem vermeintlich anderen gilt; nur vom Standpunkt eines Außenbetrachters kann man sagen, der Narzisst sei in den eigenen Körper verliebt; für diesen selbst gilt die Verliebtheit dem Körper eines anderen. Der Terminus kommt übrigens vom römischen Dichter Ovid, der in seinem bereits erwähnten Mythos³ einen Jüngling beschreibt, der sich in sein eigenes Spiegelbild, das er auf einer Wasseroberfläche sieht, verliebt, ohne zu bemerken, dass es sein eigenes Bild ist. Ovid lässt ihn also an der Illusion teilhaben, der andere sei lebendig und nicht er selbst, wie sie kleinen Kindern eigen ist.

Wie bemerkt das Kind seine Irrtümer und wie findet es aus der Verliebtheit heraus? In Ovids Geschichte ist es die Parallelität der Bewegungen, die den Jüngling entdecken lässt, dass es sein Bild ist, das er sieht, was erstaunlicherweise nichts an seiner Verliebtheit ändert, im Gegenteil. Die Unerreichbarkeit, das Unaufhebbare der Distanz zum anderen kann er nicht akzeptieren, er verzehrt sich vor Sehnsucht nach sich selbst, schlägt sich die Brust blutig und stirbt, ohne dass die Nymphe Echo mit ihrer Stimme etwas

² S. dazu Françoise Dolto, *Das unbewusste Bild des Körpers. Quadriga*, S. 138 f.

³ S. Anm. 1

daran zu ändern vermag. — Bei Kindern verläuft der Ausgang des Spiegelstadiums nicht so dramatisch. Durch die Hilfe von anderen, im Zusammenspiel mit seinen Erfahrungen visueller, taktiler Art, gelingt es, das Illusionäre des Spiegelstadiums zu erkennen — dies geschieht vor allem durch die Sprache, durch die Nennung des Eigennamens, durch das Zeigen, dass im Spiegel lediglich ein Bild des Kindes erscheint, nicht es selbst. Wird das Kind fortan beim Namen gerufen, so fühlt es sich angesprochen, so dass man sagen kann, dass das Akustische in hohem Ausmaß das Gefühl für sich selbst strukturiert. Es ist sogar so, dass manche Autoren, zuvorderst Lacan, von einer jubilatorischen Reaktion sprechen,⁴ wenn das Kind das, was es im Spiegel sieht, auf seinen Körper, auf sein Ich diesseits des Spiegels beziehen kann. Andere Autoren, so Dolto, sehen im Spiegelstadium etwas Traumatisches,⁵ da die Erkenntnis des eigenen Ichs das kindliche Subjekt an die Sprache ausliefert, es vereinzelt und es mit der Frage nach sich selbst konfrontiert, die nicht mehr auf visuellem Wege beantwortbar sein wird. Was nach dem Durchqueren dieser Etappen immer noch bleibt, sind die Links-Rechts- und Vorne-Hinten-Vertauschungen, die man auch als Erwachsener bemerkt beim Kämmen, beim Rasieren oder bei der Gesichtspflege.

Die Erfahrungen des Spiegelstadiums haben bedeutsame Auswirkungen auf das Körperbild: Dadurch, dass das Kind von der Macht des Unsichtbaren, von der Sprache, erfährt, die seine visuellen Wahrnehmungen strukturiert, erkennt es sich nicht nur als geteilt in eine bildliche und eine sprachliche Seite, was sich im Französischen durch die Pronomina „moi“ und „je“ besser ausdrücken lässt als im Deutschen, sondern es sieht sich auch gleichsam aufgerufen, durch Aktivität sich zu behaupten. Das Bildliche erweist sich zwar als Trägerin des Konstanten, aber zugleich zeigt es ja nur das, was vom Subjekt visuell erscheint, und die Erfahrung, dass Schein und Sein nicht dasselbe sind, ist wohl eine traumatische Erfahrung, aber eine, die zum Existenziellen gehört. Das Sprechen ist — darin anders als das Bildliche — an das Performative gebunden, und so wird das Kind auf die Bahnen des Sprechens geführt, um sich zu behaupten. Da sind Konflikte unvermeidlich, denn andere wollen auch sprechen, sich zur Geltung bringen.

Die Erfahrung des Geteiltseins bringt auch eine gewisse Aggressivität hervor, die keineswegs auf Biologisches rückführbar ist. Dass man sich selber durch die Erfahrungen des

⁴ J. Lacan, *Das Spiegelstadium* ..., S. 63

⁵ F. Dolto, *Das unbewusste Bild des Körpers*, S. 133, 135

Spiegelstadiums fremd wird, erweist sich als Quelle eines Unbehagens, auch als Anlass zu Kreativität, zu der erst Zugang gefunden wird, wenn das vermeintliche Unglück, nicht eins zu sein mit sich selbst, ein Stück weit akzeptiert ist. Es bleibt dabei, dass das Körperbild nun fraglich geworden ist, wie jedes Bild, das man sich von sich selbst macht, und dass das Performative bedeutsam geworden ist.

Wie sehr die Vorgeschichte des Spiegelstadiums fortwirkt, auch im erwachsenen Alter, zeigt sich darin, dass dieser Hang nach Einheit wohl unüberwindbar ist. Er zeigt sich in der Verliebtheit, in der man an die Komplementarität, an die Ganzheit glaubt, er zeigt sich auch in anderen Diskursen, in denen mit mehr oder weniger Macht durchgesetzt wird, dass andere das machen, was einer anordnet, oder, noch deutlicher: dass die anderen so sind oder so werden, wie einer das möchte. Die Neigung zum Einen und Ganzen zeigt sich auch im Verhältnis zur Natur oder in Religionen, in denen durch Opfer versucht wird, den Gott, an den man glaubt, für sich selbst einzunehmen.

III.

Die Durchquerung des Spiegelstadiums hat nicht nur Folgen für die Entdeckung der unsichtbaren Seiten des Ichs, sondern strukturiert auch die Wahrnehmung ausserhalb des Ichs, in der Philosophie würde man sagen: die Wahrnehmung des Nicht-Ichs. Das lässt sich zunächst an einfachen Beispielen zeigen. Ich sehe hier Tische, die Beine haben, dabei ist „Bein“ eine Bezeichnung, die auf den menschlichen Körper verweist. Wenn ich zum Fenster hinausschaue, kann ich vielleicht einen Berg sehen, der einen Rücken hat. Wenn ich elektronische Geräte benütze, arbeite ich mit einem digitalen System, ob ich es weiß oder nicht, wobei „digital“ auf „Finger“ verweist. Es gibt unzählige solche Anleihen beim Körper, wenn es um Bezeichnungen geht. Man kann selbst von einem Sekretär, einer Sekretärin sagen, er bzw. sie sei die rechte Hand des Chefs. Und was hat nicht alles Füße! Das geht bis zu den Fußnoten, was darauf hinweist, dass auch Texte Körper sind, sogar eine Gesetzessammlung nennt man *corpus juris*. Auch die Nerven werden oft verwendet, wenn es darum geht, irgendwelche Vorgänge zu bezeichnen, die mit Spannung zu tun haben. Ja, man kann sogar davon sprechen, dass eine Stadt, ein Dorf, also Räume, in denen Leute zusammenleben, mit elektrischen Drähten verbunden sind, analog zum Nervensystem der Menschen. Das Schema eines Eisenbahnnetzes erinnert dagegen eher an Blutbahnen, was sich darin zeigt, dass man von Verkehrsadern spricht, oder sogar von Aorta, in denen sich der Verkehr manchmal staut.

Man sieht daraus, dass die Trennung von Innenwelt und Außenwelt problematisch ist, da sich Außen und Innen verschränken, das Innere oft nur im Außen erkennbar ist. Umgekehrt gibt es auch schwer zu erfassende Vorgänge im menschlichen Körper, die dann mit äußeren Vorgängen bezeichnet werden. Gerade wenn es darum geht, psychische Störungen zu bezeichnen, wimmelt es von Ausdrücken wie „nicht alle Tassen im Schrank haben“, „eine Schraube locker haben“, „neben den Schuhen stehen“, „ausgehängt haben“ etc. Und das Hirn gibt nicht nur die Inspiration zum Bauen und Erfinden von Technik, sondern wird umgekehrt wie ein sehr komplizierter Computer verstanden, den man eines Tages perfekt erfassen wird.

Für das Körperbild hat diese gegenseitige Durchdringung von Außen und Innen bedeutsame Konsequenzen. Sie führt dazu, dass Darstellungen, denken wir an Zeichnungen, Gemälde, nicht nur als Dinge für sich selbst aufgefasst werden können, sondern auch als Ausdruck von Subjekten, seien es nun Künstler, Kinder, Geistesranke. In der Kunst ist Gustave Courbet, der Maler, der *L'origine du monde* gemalt hat, ein eindrückliches Beispiel. Seine Darstellungen von Landschaften (s. Bild A), in denen Höhlen eine wesentliche Rolle spielen, lassen an seine Versuche denken, die Weiblichkeit nicht allein in Aktmalereien darzustellen, sondern auch im übertragenen Sinne, was ja auch Sinn macht, denn der weibliche Körper umfasst ja nicht alles, was zum weiblichen Geschlecht gehört, dazu gehört auch das Geheimnisvolle, Nicht-Sagbare, in dem das Begehren nach Orientierung sucht. Noch der späte Freud hat gefragt: „Was will das Weib?“⁶ Wie gesagt, das Körperbild im erweiterten Sinne bleibt nicht auf Visuelles beschränkt, kann auch in Beschreibungen auftauchen. In einem meiner früheren Vorträge erwähnte ich Arno Schmidts Buch *„Sitara und der Weg dorthin“*; darin weist er anhand von Darstellungen, die er den Abenteuerromanen Karl Mays entnimmt, dessen Homosexualität nach, indem er die geheimnisvollen Stellen, die Wasserlöcher und grasbewachsenen Landschaften, die Karl May schildert, auf erogene Körperregionen bezieht, deren Vorkommen einen Hinweis auf die psychische Strukturierung des Autors geben.

Ein anderes bereits erwähntes Beispiel habe ich Freuds Darstellung der Geschichte des „Kleinen Hans“ entnommen.

⁶ Zit. nach E. Jones, *Sigmund Freud, Band 2, Bern und Stuttgart 1962, S. 493*

„Dieses fünfjährige Kind sieht eines Tages, wie aus einer Lokomotive Wasser ausgelassen wird und sagt zu seinem Papa: ‚Schau, die Lokomotive macht Wiwi; wo hat sie denn den Wiwimacher?‘ Später setzt er nachdenklich hinzu: ‚Ein Hund und ein Pferd hat einen Wiwimacher; ein Tisch und ein Sessel nicht.‘“⁷

Freud schildert hier, wie der kleine Junge sein eigenes Körperbild auf äußere Objekte anwendet, es auf diese projiziert. Es dient ihm als Grundlage des Vergleichs. Er erwartet zunächst, dass äußere Objekte gleich gebaut sind wie sein eigener Körper — eine Lokomotive, die Dampf ablassen kann, hat gewiss ein Organ dazu, davon ist er überzeugt. Auf dem Weg seiner Erfahrungen mit der rätselhaften Realität gelangt er zur Unterscheidung von belebten und unbelebten Objekten und vermutet, dass darin das Geheimnis liegen könnte, wer oder was Träger eines Wiwimachers ist.

Die Erfahrung dessen, was gleich und ungleich ist im Vergleich zu ihm, was zum Nicht-Ich gehört, ergibt sich aus der Gegenüberstellung seines Körperbildes mit der Realität und mit dem, was die andern über diese Realität sagen. Solche kindlichen Anthropomorphisierungen sieht man besonders eindrücklich in Kinderzeichnungen; Sonnen werden regelmässig mit Gesichtern ausgestattet, die Fenster der Häuser werden zu Augen. Etwas komplizierter erscheint die Sache, wenn der Eigenname oder Teile von ihm in die gezeichneten Objekte einfließen. Das erkennen wir z.B. in der Giraffe, die der „Kleine Hans“ gezeichnet hat;⁸ sein Geschlechtsname, „Graf“ weist dieselben Buchstaben wie „Giraffe“ auf, wobei im Geschlechtsnamen das Rätsel des Geschlechts, des Geschlechts des Vaters, enthalten ist.

Dass der Eigenname hier mit im Spiel ist, seine Buchstaben vorkommen, ist kein Zufall, denn als Rufname gehört er zum Kern des Psychischen. Zwar ist es nicht zulässig, aus dem Eigennamen Eigenschaften seines Trägers abzuleiten, aber andererseits wächst jeder Mensch mit seinem Eigennamen auf, er strukturiert seine Wahrnehmung mit, was sich im Buchstäblichen zeigen kann, oder in Buchstabenbildern diesseits ihrer Bedeutung. Auch die Initialen spielen oft eine wesentliche Rolle. Ich habe in meinem Buch „Der Eigenname und seine Buchstaben“⁹ viele Beispiele dazu gegeben, auch solche

⁷ S. Freud, *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. In: *Zwei Kinderneurosen*, Stud.Ausg. Bd. VIII, S. 16

⁸ *Ebd.*, S. 19 u. 37

aus eigener Erfahrung. Aus Ihrer Erfahrung können Sie sicher bestätigen, dass es nicht gleichgültig ist, wie ein Patient heißt, für ihn selber nicht und für Sie als behandelnder Therapeut oder behandelnde Therapeutin nicht, ebenso wenig wie es gleichgültig ist, wie Ihr Name lautet.

IV. Gegenspieler des Körperbildes: das Traumatische

Ist denn alles Körperbild, vom Spiegelbildlichen, Visuellen bis zum Akustischen, Unsichtbaren? Das Körperbild hat einen Gegenspieler, der es bedroht, es auflösen, zerstückeln, vernichten will. Das Traumatische scheint ein adäquater Ausdruck dafür zu sein. „Trauma“ kommt aus dem Griechischen, lässt sich übersetzen als Wunde. Etwas wird zerstört, ein Teil oder gar eine Ganzheit.

In der Psychoanalyse wird die Verwendung des Traumas oder des Traumatischen in mehrerer Hinsicht verwendet. Das Spektrum reicht von akzidentellen Einflüssen bis zu existenziellen, strukturell bedingten Gegebenheiten. Freuds diesbezügliche Aussagen belegen diese Behauptung, und dies umso mehr, als der Begründer der Psychoanalyse über die ganze Zeitspanne seines Schaffens sich mit dem Trauma beschäftigte. Die meines Wissens ersten Aussagen finden sich bereits in der 1893 verfassten Arbeit „Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene“, die letzten im „Mann Moses“. Es wäre gewiss interessant, alle die Aussagen Freuds über das Trauma zu sichten und zu kommentieren – ich bin auf 38 Seiten gekommen, um sie zusammenzustellen –, jedoch ist hier nicht der Ort, dies zu tun. Ich begnüge mich damit, ein paar Titel zu nennen, in denen das Trauma eine bedeutsame Rolle spielt; nebst den erwähnten beiden aus der Frühzeit und der Spätzeit sind das seine Arbeiten über Hysterie, d.h. vor allem „Zur Psychotherapie der Hysterie“ (1895), „Zur Ätiologie der Hysterie“ (1896); sodann die „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ (1916/7); „Jenseits des Lustprinzips“ (1920); „Hemmung, Symptom und Angst“ (1926); und die „Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ (1933). Anders gesagt: das Traumatische wird einerseits in der Menschheitsgeschichte situiert, am Beginn der Geschichte, als Freud zufolge der angebliche Urvater von seinen Nachkommen erschlagen worden sei, dann am Mord an Moses und an weiteren Morden, so dass auch König Ödipus unter die Mörder

⁹ P. Widmer, *Der Eigenname und seine Buchstaben*. transcript, Bielefeld

gereiht wurde; andererseits wird das Traumatische in individuellen Geschichten geortet, als Folge eines Versagens, als Reizüberflutung bei Kriegen, Unfällen, Verletzungen. Ein anderes Kriterium der Unterscheidung ist das strukturell bedingte versus das akzidentell bedingte. Heutzutage gibt es eine große Anzahl von Schulen und Richtungen, die sich den Folgen von individuellen und akzidentellen Traumatisierungen annehmen, dabei droht die existenzielle Dimension des Traumas vergessen zu werden.

Es war ein junger Mitarbeiter Freuds mit Namen Otto Rank, eigentlich Otto Rosenfeld, der mit seinem Buch „Das Trauma der Geburt“¹⁰ die existenzielle Seite hervorhob, wobei er betonte, dass es ein Kennzeichen von Neurosen ist, ihm auf besonders intensive Art und Weise verfallen zu sein. Das 1924 erschienene Buch machte Furore unter den Analytikern. Rank begründete seine Ansichten mit Erfahrungen, die er als Analytiker gemacht hatte und weiter machte. Dabei spielte die Übertragung eine entscheidende Rolle, denn nach Ranks Überzeugung ging es darum, den Analysanden gleichsam auf die Welt zu bringen, ihm Regressionen zu ermöglichen, um ihn schließlich für das Leben außerhalb der Analyse tauglich zu machen, um eine Trennung vom Analytiker vollziehen zu können. Das Begehren des Analytikers wird hier spürbar, das darauf ausgerichtet ist, das Inzestuöse zu beenden, die Geburt des Analysanden einzuleiten, seine regressiven Wünsche zu analysieren, um ihn zu befähigen, das Leben mit all seinen bevorstehenden Schwierigkeiten auf sich zu nehmen. So wird in Ranks Sicht der Analytiker zur Hebamme, womit wir bei Sokrates sind, dem Sohn einer Hebamme, der die Philosophie als Maieutik bezeichnete.

Rank schreibt dazu:

„In dieser Technik, in ihrem Ziel der Selbsterkenntnis, in seiner Anschauung, dass die Einsicht zur Tugend führe, und nicht zuletzt in seinem ganzen therapeutischen Wirken darf man ihn (Sokrates) wohl als den Urvater der analytischen Technik bezeichnen, die in Plato ihren würdigen Theoretiker gefunden hatte. Dieser Vergleich erhält eine tiefe Berechtigung, wenn wir uns erinnern, daß Sokrates selbst seine dialektische Therapie des Herausziehens der Gedanken der Hebammenpraxis gleichgestellt hat, wie er es in Nachahmung seiner Mutter, die Hebamme war, übe.“¹¹

¹⁰ O. Rank, *Das Trauma der Geburt*; Psychosozial-Verlag, Salzburg

¹¹ Ebd. Ausdruck aus dem Internet

<https://archive.org/details/DasTraumaDerGeburtUndSeineBedeutungFrDiePsychoanalyse,S.175f>.

Obwohl Rank dieses Konzept mit der sokratischen Maieutik verglich, ist das Trauma der Geburt, der Eintritt ins Leben nicht nur metaphorisch gemeint, sondern umfasst auch die Auswirkungen des tatsächlichen Vorgangs des Austritts aus dem mütterlichen Körper. Hierzu konnte sich Rank auf keinen Geringeren als auf Freud stützen. Dieser hatte nämlich in einer seiner Vorlesungen, 1916 Folgendes gesagt:

„Als wir vor langen Jahren junge Spitalärzte um den Mittagstisch im Wirtshause saßen, erzählte ein Assistent der geburtshilflichen Klinik, was für lustige Geschichten sich bei der letzten Hebammenprüfung zugetragen. Eine Kandidatin wurde gefragt, was es bedeute, wenn sich bei der Geburt Mekonium (Kindspech, Exkremente) im abgehenden Wasser zeige, und sie antwortete prompt: Dass das Kind Angst habe. Sie wurde ausgelacht und war durchgefallen. Aber ich nahm im stillen ihre Partei und begann zu ahnen, dass das arme Weib aus dem Volke unbeirrten Sinnes einen wichtigen Zusammenhang bloßgelegt hatte.“¹²

Nebst der metaphorischen Dimension und dem tatsächlichen, leiblichen Vorgang der Geburt gibt es noch andere Dimensionen, in denen die Rede vom Geburtstrauma Sinn bekommt. Rank denkt dabei an den Zustand des Schlafes, der sich allnächtlich automatisch herstellt und die Auffassung nahelegt, daß auch der normale Mensch das Geburtstrauma nie ganz überwindet, da er ja die Hälfte seiner Lebenszeit in einem dem intrauterinen fast gleichkommenden Zustand verbringt. Das heißt: nicht nur der Austritt aus dem Mutterleib ist traumatisch, angstausslösend, sondern der intrauterine Zustand wird als angenehm, ja paradiesisch vorgestellt, als Inbegriff von Geborgenheit. Diese beiden Pole, der Eintritt in die unbekannte Welt und die Geborgenheit im Mutterleib verstärken sich gegenseitig, lassen den Wunsch entstehen, nicht auf die Welt zu kommen. Unwillkürlich kommt einem der alte Ödipus, Ödipus auf Kolonos in den Sinn, als er sagte: „*με φθναι!*“ — wäre ich doch nicht geboren worden, gäbe es mich nicht!¹³

¹² S. Freud, *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, 25. Vorlesung, *Die Angst*, ST.A. Bd I, S. 384

¹³ *Ödipus auf Kolonos*. In: *Sophokles, Die Tragödien*. Fischer, Frankfurt a.M., V 1275, S. 355

Was traumatisch ist in der Rankschen Sichtweise, ist einerseits die Trennung vom Mutterleib, gleichbedeutend mit dem Verlust der Geborgenheit, andererseits die Anforderungen des Lebens — beide Seiten ergänzen sich gegenseitig, so dass der Hang zum Regressiven, zum Zurück in eine geschützte Sphäre gut nachvollziehbar wird. Dem Vater bzw. dem Analytiker kommt dabei die Bedeutung zu, das Traumatische des Lebens auf sich zu nehmen, nicht den regressiven Weg zu begünstigen.

Man kann gewiss nicht sagen, dass Ranks Gedanken der Psychoanalyse fremd seien. Freud hat das zumindest in einer ersten Zeit auch so gesehen. Er lobte Rank für sein Buch, gab sogar zu erkennen, dass es Neues, Originelles enthalte, was der Psychoanalyse zugute komme. Aber bereits in seiner Arbeit „Hemmung, Symptom und Angst“¹⁴ wurde der Ton anders, das Wohlwollen verwandelte sich in Kritik, eine Distanz wird spürbar. Wie Ranks Biograph, James Lieberman, nachgewiesen hat, war Freud besorgt um den Zusammenhalt der Psychoanalytischen Vereinigung,¹⁵ denn nach Ansicht einiger Kollegen stellte Ranks Buch eine Bedrohung der Psychoanalyse dar, weil er die Vorherrschaft des Ödipuskomplexes und damit das Primat der väterlichen Position in Frage gestellt hatte. Sie argwöhnten, mit der Fokussierung der Übertragung auf das Geburtstrauma gerate der Analytiker in eine mütterliche Position, und generell werde der Einfluss des Vaters, und damit die Auseinandersetzungen mit ihm, zurückgedrängt. Obwohl sich Rank gegen die seiner Ansicht nach ungerechtfertigte Kritik zur Wehr setzte, ließ sich Freud von der Argumentation der Rankschen Gegner zumindest halbwegs überzeugen, was schließlich zum Bruch zwischen beiden führte.

Das Trauma lässt sich also als Gegenspieler des Körperbildes auffassen, als Bedrohung einer Vereinheitlichung, die das Subjekt immer wieder herzustellen sucht, sei es als Suche nach Geborgenheit, als Einssein mit dem anderen, als Vergessen oder Abwehren unliebsamer Wahrheiten, als Wunschbildungen, die Wunden zudecken. „Heile, heile sää-ge, drü Tag Rääge, drüü Tag Schnee, und scho tuet's im Chindli nümme weh“ heisst ein Kindervers, der ausdrückt, dass die Stimme, in Worte und Reime gekleidet, eine besonders heilende Wirkung entfaltet.

¹⁴ S. Freud, *Hemmung, Symptom und Angst*, G. W. XIV, S. 194 ff.

¹⁵ J. Lieberman, *Otto Rank*. Psychosozial-Verlag, Salzburg, S. 263 - 340

Und die Zeit?

Wie steht es nun mit der Zeit, ist sie auf Seiten des Körperbildes oder des Traumatischen zu platzieren? Schauen wir zunächst, was über die Zeit gesagt wird: Zum einen wird ihr ebenfalls heilende Funktionen zugesprochen, was sich am deutlichsten in der Redeweise zeigt, die Zeit heile Wunden. Andererseits gibt es viele Falldarstellungen, in der die Zeit als Langeweile beschrieben wird, oder als ständig zerrinnende Macht, die sich nicht festhalten lässt, den Glauben an Dauerhaftigkeit zerstört.

Vielleicht lässt sich diese Janusköpfigkeit der Zeit so ausdrücken, dass je nach Standpunkt die Zeit als eine angenehme, gute Macht oder als auflösende, zerstückelnde Macht erlebt wird. In bedrückenden Situationen erscheint sie als ausgleichend, die Schwere einer Erfahrung dämpfend, in freudigen, lustvollen Momenten wird sie als abwertend, schlecht erlebt, die dem Wunsch nach Dauer ein Ende macht.

Indessen sind das ziemlich oberflächliche Betrachtungen, wenngleich sie zum Alltag gehören. Schaut man genauer hin oder wirft man einen Blick auf die von Heidegger¹⁶ beeinflusste Philosophie, so erscheint die Zeit als Lebenszeit, die durch den Tod begrenzt wird. Anders gesagt: In der Lebenszeit steckt schon die Begrenztheit, die Endlichkeit, wobei noch dazu kommt, dass diese Grenze gewusst wird, nicht jedoch der Zeitpunkt ihres Eintritts. Da kein lebender Mensch den Tod erfahren hat, kann er in seiner Bedeutung auch nicht gedacht werden, man weiß lediglich, dass er eintreten wird, aber nicht, was nachher kommt — der Tod bleibt eine Frage, von der man nicht sieht, wie sie beantwortet werden kann, ohne sich in Phantasien und Phantastereien zu ergehen.

Für das Körperbild heißt das, dass die Zeit eher auf die Seite des Traumatischen rückt, ja, es lässt sich sogar behaupten, dass die Zeit selbst zu den traumatischen Faktoren des menschlichen Lebens gehört. Sind diese regressiven Phantasien, von denen Rank gesprochen hat, nicht auch Ausdruck einer Neigung, sich in einem zeitlosen Zustand einzurichten, einem Zustand, der sich gar als Paradies vorstellen lässt, wo es weder Konflikte noch eine Teilung in Geschlechter noch die Konfrontation mit der Endlichkeit gibt? Es kommt dazu, dass die Zeit eine unsichtbare Macht ist, eine Eigenschaft, die sie mit der

¹⁶ S. vor allem M. Heidegger, *Sein und Zeit*. Niemeyer, Tübingen

Stimme teilt. Wie ihr anders begegnen als mittels eines Raums, in dessen Rundungen alles Zeitliche, das an Unbefriedigung, Aufklaffen, Verlust erinnert, stillgelegt ist?

Wenn von der Zeit als einer zersetzenden, todbringenden Macht gesprochen wird, so ist dabei die Uhrzeit gemeint, die kosmologisch verankert ist und gemessen werden kann. Es gibt Patienten, die beklagen, dass sie unaufhörlich an das Ticken der Uhr denken müssen, das sie an das Ende aller Dinge mahnt, vor allem aber an das unablässige Näherrücken des Todes. Zeit erscheint dabei als lineare Macht, als messbare Größe, eng mit der Zahl verknüpft, was sich z.B. im Zählzwang zeigt oder in zwanghaften Gedanken an den Tod.¹⁷ Selbst wenn man einräumt, dass solche Gedanken nicht zum Nennwert aufzufassen sind und möglicherweise andere Hintergründe haben, die nicht zur Sprache kommen, etwa die Angst, nicht sterben zu können und deshalb die Zeit gleichsam beschwören zu müssen, nicht stillzustehen, mit dem Bewusstsein vorwärts zu treiben, ist die Linearität immer noch Merkmal einer traumatischen Macht, die keine Farben kennt außer das Grau, das gut zum Grauen passt.

Aber Zeit lässt sich zum Glück nicht auf diese eintönige Macht reduzieren; sie umfasst auch das, was Linguisten Tempusformen nennen,¹⁸ oder was bei Philosophen als Dimensionalität¹⁹ bezeichnet wird. Gemeint ist damit, dass wir in unserem Leben Zeit auch anders erfahren als bloß uhrzeitlich und tickend. Es gibt Zeiten, in denen die Zeit vergessen wird, Augenblicke von Erfüllung, Lust, die Ewigkeit will: man kann dabei von elastischen Zeitformen sprechen. Eine eigentliche Offenbarung erfährt man jedoch, wenn man über den Zusammenhang, das Zusammenwirken von Sprache und Zeit nachdenkt. Dann zeigt sich, dass Zeit in der Sprache anwesend ist, als Zeitwörter, die erlauben, in Vergangenheit und Zukunft auszugreifen, ja sogar Möglichkeiten vorzustellen, Irrreales zu denken. Kurzum: Sprache ist eng mit Fiktion, mit Phantasie verknüpft. Das erfahren wir bei jeder Lektüre, die sich nicht mit der Aufzählung von Tatsächlichem begnügt. Wobei genau betrachtet sogar solche kargen Berichte Zeitlichkeit enthalten, denn sie bringen ja mittels der Buchstaben und Worte Abwesendes zur Anwesenheit, d.h. selbst beschriebene, beobachtbare Ereignisse sind als aufgezeichnete, beschriebene

¹⁷ S. z.B. V. von Gebattel, *Zeitbezogenes Zwangsdenken in der Melancholie*. In: *Prolegomena für eine medizinische Anthropologie*, S. 1 - 18, Springer, 1954

¹⁸ H. Weinrich, *Tempus. Besprochene und erzählte Welt*. C.H. Beck, München

¹⁹ M. Theunissen, *Melancholisches Leiden unter der Herrschaft der Zeit*. In: *Negative Theologie der Zeit*. stw 938

nicht mehr gegenwärtig, werden jedoch vergegenwärtigt. Erst recht geschieht diese Vergegenwärtigung in Phantasien, Erinnerungen, Plänen: Zum einen transzendieren sie die Gegenwart, zum anderen werden sie jedoch durch das Zur-Sprache-Kommen, sei es im Sprechen oder im Schreiben, in die Gegenwart geholt. Es findet also eine Spaltung statt, ohne dass dabei etwas Pathologisches im Spiel wäre — ganz im Gegenteil, die Pathologie beginnt da, wo Zeit diese Aufteilung nicht kennt. Ich kann von der Entstehung der Welt sprechen oder lesen; in dem Moment, wo ich dies tue, wird das längst Vergangene in das Jetzt und Hier eingeholt; ich kann etwas erfinden, ersinnen, was nie Wirklichkeit wird, im Moment des Sprechens ist es anwesend. Man kann deshalb sagen, dass Sprache ganz grundsätzlich Abwesendes anwesend macht.

Sie kennen vielleicht das Kinderspiel, das Freud an seinem 18 Monate alten Enkel beobachtet hat.²⁰ Er lag in seinem Bettchen, warf eine an einem Faden befestigte Fadenspule über den verhängten Bettrand und zog sie wieder heran. War sie weg, stieß er den Laut O aus, zog er sie wieder zu sich, begrüßte er sie mit dem Laut A. Freud war mit dieser Beobachtung dem Wirken der Sprache auf der Spur. Den Laut O interpretierte er als „Fort!“, den Laut A als „Da!“. Entscheidend dabei ist, dass mit diesem „Fort-Da!“ die Spaltung eingeführt wird, von der ich vorher gesprochen habe. War nämlich die Spule fort, war sie für das Kind unsichtbar; wenn es jedoch „fort“ sagte, so wusste es, dass es die Spule noch gab, obwohl es sie nicht mehr sah. Das sprachliche Zeichen O steht also für die Abwesenheit der Spule, die gleichwohl da ist — da in seinem Gedächtnis. Wäre der Enkel ein Jahr jünger gewesen, so hätte er dieses Spiel nicht machen können, weil sein Gedächtnis noch nicht genügend ausgebildet gewesen wäre. Es ermöglicht das Wiedererkennen und die Laute sind dabei Repräsentanten der Dinge, die im Gedächtnis gleichsam eingeschrieben sind.

Bei solch elementaren Spielen bleibt das Gedächtnis nicht stehen. Die fortschreitende Versprachlichung ermöglicht dem Subjekt einen Zuwachs an Vorstellungsvermögen, so dass Voraussetzungen geschaffen werden, um Erzählungen zu hören, Pläne zu schmieden, sich in virtuelle Welten zu begeben.

²⁰ S. Freud, *Jenseits des Lustprinzips*. G.W. XIII, S. 11 - 15

Bei alldem kann man nicht sagen, dass die Auffassung der linearen Zeit primitiv, ungebildet sei. Es steckt ja viel Wissen dahinter, damit man sein Geburtsdatum, seinen Wohnort präzise angeben kann, erst recht wenn man in geologischen Dimensionen denkt, wodurch die eigene Lebenszeit relativiert wird. Die andere Zeit, die dimensionale, ist in gewisser Weise primitiver, da ja für das kleine Kind noch keine Generationen existieren, Jahre, Monate noch unzugängliche Erfahrungsmöglichkeiten sind, das Dasein weitgehend in der Gegenwart aufgeht.

Interessant wird es, wenn diese beiden Zeitformen zusammenspielen, auch in Konflikt miteinander geraten. Das führt zu Auswirkungen bis hin zur Spaltung von Natur- und Geisteswissenschaften. Akzentuieren die einen die messbare Zeit in allen ihren Formen, betonen die anderen die Zeiten, die mit Sprache verknüpft sind. Wobei mit dieser Aussage sogleich eine Berichtigung notwendig ist. Auch die gemessene Zeit gibt es nicht ohne Sprache, denn die Zahlen lassen sich in Worte fassen. Der Unterschied liegt darin,



Bild A

dass diejenigen, die die Dimensionalität der Zeit betonen, sich von der Empirie mehr oder weniger lösen. Zukünftiges, Irreales, Fiktives lässt sich nicht messen, sobald jedoch diese Zeit auf Erinnerungen angewendet wird, beginnen sich die Unterscheidungen zu verwischen, denn auch diese können, was die Zeitdauer dessen, was sie berichten betrifft, überprüft werden, obgleich sich ihre Bedeutung nicht in dieser möglichen Quantifizierung erschöpfen.

Zeit und Körperbild

Mit dem Einbezug der Tempus-Formen – oder der dimensionalen Zeit – wird es möglich, wieder an das Körperbild zu denken, es mit der Zeit zu vermitteln. Hier ist Zeit etwas sehr Anderes als in der Physik. Der Maler Salvador Dali hat versucht, das in einem Bild festzuhalten:⁸

Elastische Uhren auf diesem von Phantasien geformten Bild geben das Merkmal der psychischen Zeit wieder, die sich nicht an die Uhrzeit hält. Auf diese Weise hat Dali ein

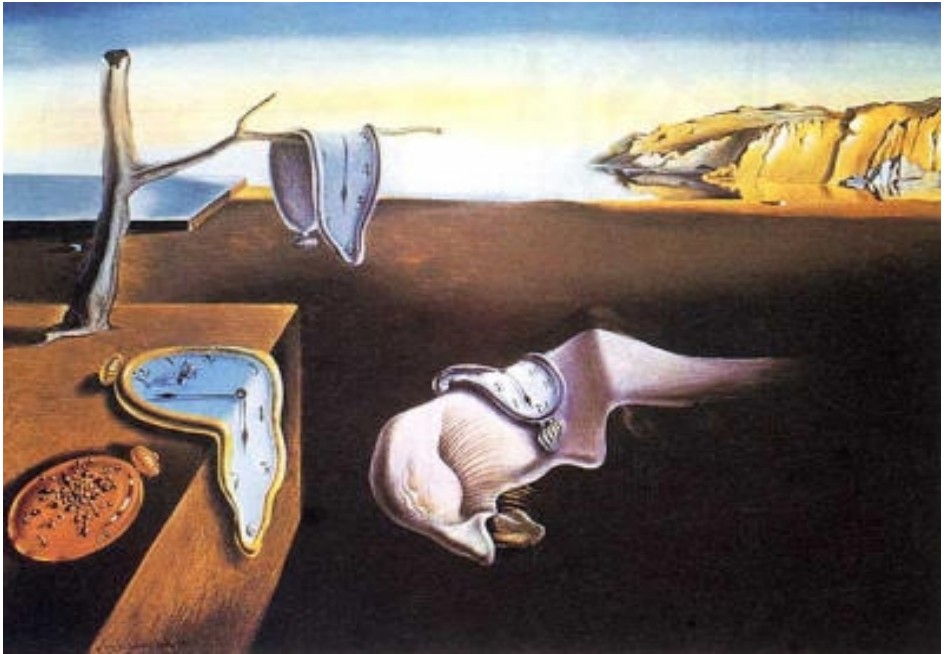


Bild B

Körperbild der psychischen Zeit gemalt; er hat Uhren dazu verwendet, aber nicht um das Zwanghafte der in Sekunden verrinnenden Zeit wiederzugeben, sondern die Unmöglichkeit, die psychische Zeit, besser: die psychischen Zeiten uhrzeitmässig darzustellen.

Nebst den bekannten Phänomenen von Langeweile und Kurzweil, von endlos scheinender Zeit bis zur Zeit, die im Fluge vergeht, ist es auch so, dass die gewöhnlich erfahrene psychische Zeit zwar in physikalischen Einheiten gemessen werden kann, aber keineswegs identisch ist mit ihr. Wir erleben den gewöhnlichen Zeitablauf nicht als ein Staccato von Momenten, sondern als andauerndes Jetzt. Kinder drücken das aus, wenn sie über Zeit nachdenken: Ist es immer Jetzt? Warum wurde der Tag, der gestern war, auch als heute bezeichnet? Wird morgen auch wieder heute sein? usw. Das Jetzt erscheint zeitlos, immerwährend, aber die Reflexion zeigt, dass das scheinbar Immerwährende doch vorbeigeht. Das Gedächtnis weist daraufhin, dass das Vergangene zwar erinnert werden kann, aber als Faktum doch vorbei ist; das Vorstellungsvermögen weist auf Kommendes hin, das zwar schon imaginiert wird, aber doch noch nicht wirklich eingetreten ist. So erfahren wir im Alltag die Zeit als gespalten, als andauerndes Jetzt, das doch bewegt wird, als würde es auf einem Grunde aufsitzen, der erst in der Reflexion erkannt wird, weil er dem einzelnen Menschen nicht äußerlich ist, sondern innerlich. Das Jetzt ist der Grund dafür, dass sich jeder Mensch unsterblich wähnt, obwohl er weiß, dass dies nicht sein kann. Der Tod, das betrifft nur die anderen, denn das Ich wähnt sich gleichursprünglich mit der Welt — bevor es das Ich gab, gab es auch keine Welt, ergo ist es so wenig vergänglich wie die Welt.

Es kommt noch dazu, dass dieses andauernde Ich sich seiner nicht immer bewusst ist, sich oft in den Beschäftigungen vergisst, gleichsam in sie eintaucht. Dabei ist es einerseits auf die unmittelbare Zukunft bezogen, wenn es etwas herstellt, etwas tut, sich bewegt, selbst im Schlaf hat es die Absicht, sich zu erholen; andererseits spielt immer auch das Gedächtnis in die Gegenwart hinein, als Vermögen, etwas zu tun, als Wissen, als Wiederholung von früheren Situationen. Am Sprechen lässt sich dieses doppelte Ausgreifen nach vorwärts und nach rückwärts beobachten: Jeder Satz, jede Aussage steuert auf die im Sprechen oder Schreiben antizipierte Aussage zu; dabei greift das sprechende Ich auf Worte und Regeln zurück, die das Gedächtnis zur Verfügung stellt. Die Phänomenologen sprechen dabei von Protention und Retention.²¹ Man kann dabei

auf die Idee kommen, an Sprechblasen zu denken, die eine Art Körperbild des Sprechens, aber auch der in die Zukunft vorausgreifenden und sich auf die Vergangenheit beziehenden Jetztzeit darstellen.

Schließen wir diese Ausführungen mit der Frage, warum es Leute gibt, die von der dimensionalen Zeit nichts wissen wollen, die z.B. unablässig an das Ticken der Uhrzeit denken müssen oder in einem Zählzwang gefangen sind. Wenn die psychische Zeit, die Art, wie wir im Alltag Zeit erfahren, u.a. die Funktion hat, das Denken an die Vergänglichkeit zu mildern, nicht ständig daran denken zu müssen, dass der Tod mehr oder weniger nahe ist, in jedem Moment eintreten könnte, dann ist es erst recht rätselhaft, warum es solche Menschen gibt, die man unter Melancholikern findet, manchmal auch unter Psychosomatikern, die keinen Zugang haben zur dimensionalen Zeit. Ich bin nicht imstande, hier Antworten zu geben, muss mich mit Vermutungen begnügen und hoffe, dass Sie mit Ihren Erfahrungen vielleicht Wege aufzeigen können, die auch den Behandlungen zugute kommen würden. Eine Vermutung stützt sich auf die Angst, deren Auftreten oder deren Einbruch das Ich möglicherweise dann befürchtet, wenn es sich vom Kleben an der Uhrzeit löst.

Als wäre das etwas Verbotenes, so wie Freude, Phantasie, Tanzen, Lebensfreude vor einer strengen richterlichen Instanz, einem Über-Ich nicht zu rechtfertigen wären. Eine andere Vermutung geht in eine ganz andere Richtung: Das zwanghafte Denken an die Zeit und an den Tod könnte eine Inszenierung sein, um zu verdecken, dass das Ich befürchtet, nicht sterben zu können, tatsächlich unsterblich zu sein, was zwar auf den ersten Blick als verlockend erscheint, auf den zweiten Blick aber alles bedeutungslos, gleichgültig machen würde. Aus diesem Phantasma heraus würde das Ich auf die Idee gebracht, immer an die Zeit zu denken, um gleichsam zu kontrollieren, dass sie auch tatsächlich vergeht. Das würde unbewusst geschehen, d.h. dem Ich wäre sein Denken an die Zeit bewusst, nicht jedoch der wahre Grund dafür.

²¹ S. dazu E. Husserl, *Vorlesungen über das Zeitbewusstsein*. Aus dem Internet <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/5974/pdf/Husserl_Vorlesungen_zur_Phaenomenologie_des_innenen_Zeitbewusstseins.pdf

»Ich spür' nichts«

Den Raum für die Körperbezogene Psychotherapie öffnen

1) Singulär.

Niemals dieselbe Stunde. Und die gleiche immer wieder neu

Sie mache niemals dieselbe Stunde ein zweites Mal, hat Dr. Rudolf Maaser einmal über **die Arbeit von Frauke Besuden** gesagt. Jede ihrer Körperbezogenen Psychotherapie-Stunden sei singulär in ihrem Ablauf, dem Rhythmus, den verwendeten Materialien und den Interventionen.

Was für eine wunderbare Resonanz, habe ich gedacht, aus dem Mund des Kollegen, mit dem Frauke Besuden gemeinsam Konzept und Praxis der Körperbezogenen Psychotherapie in der Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt entwickelt hat. Und: Wie wichtig, daraus keinen Anspruch werden zu lassen für diejenigen, die anfangen, Körperbezogene Psychotherapie anzubieten. Die vielleicht ihre erste, zehnte, dreißigste Körperbezogene Psychotherapie-Stunde mit einer Gruppe von PatientInnen vor sich haben.[\[K1\]](#)

Kommentar 1:

Das bedeutet, in einem Bewegungsraum eine knappe Zeitstunde zu gestalten mit einer Gruppe von bis zu zwanzig PatientInnen. Manche gerade erst angereist, andere vielleicht kurz vor ihrer Rückkehr nach Hause. Wieder andere mittendrin in ihrer

Therapie. Für alle gilt es im Rahmen der Körperbezogenen Psychotherapie einen Raum zu schaffen – der ist ja nicht einfach da, dieser Raum –, in welchem die PatientInnen etwas von sich wahrnehmen können.

Kommentar 2:

Ergänzen wir, was damit häufig an **Angst** mit im Raum ist: Unverändert könnte »unveränderbar« heißen. Weil es schon so lange da ist, das Dürstere, die Schmerzen. Und wieso soll man sich dem aussetzen, da auch noch hinzuspüren? – »Immer dasselbe« ist nicht leicht auszuhalten, für die PatientInnen nicht, und auch nicht für die TherapeutInnen.

»Machen Sie doch nächste Woche **dasselbe Angebot noch einmal**« lautet häufig der Rat Frauke Besudens an junge TherapeutInnen. Darin ist mitzuhören: Kommen Sie weg von der Idee, in den Körperbezogenen Therapiestunden besonders originell sein zu müssen. Damit setzen Sie sich nur selbst unter Druck. Was sich zweifelsohne auf die Patientinnen und Patienten übertragen würde. Die denken dann auch, originell sein zu müssen. Trauen sich womöglich nicht zu sagen, was sie spüren, wenn es *wieder dasselbe*[\[K2\]](#) ist. Mögen dann vielleicht nicht sagen: »Ich spür' immer noch nichts.«

Singulär heißt gerade nicht: immer anders, immer neu.

Jede Stunde Körperbezogene Psychotherapie gibt Raum für das Verhalten, Empfinden, Sprechen der PatientInnen, wie es *heute* ist.

Kommentar 3:

Die Unmittelbarkeit im Hier und Jetzt sei das Wunderbare an der Arbeit der Körperbezogenen Psychotherapie, sagte Frauke Besuden im Juni 2012 anlässlich der Verabschiedung von Dr. Rudolf Maaser. »**Der Patient spürt sich – oder eben nicht – und daran oder damit kann dann gearbeitet werden.**«

Kommentar 4:

Zum Zusammenspiel von Jetzt, Gedächtnis, Vorstellungsvermögen sei auf die Überlegungen Peter Widmers am Ende seines Vortrags zu »Körperbild und Zeitlichkeit« verwiesen.

Kommentar 5:

Die Intensität ihrer Hinwendung zum Geschehen in einer Körperbezogenen Psychotherapie–Stunde gehört für mich zur ganz besonderen Ausstrahlung der Arbeit von Frauke Besuden.

Kommentar 6:

»Körperarbeit, d.h. Arbeiten mit dem Körper oder am Körper ist noch keine Psychotherapie – sondern ein Weg, auf dem das Sprechen und damit ein psychotherapeutischer Prozess ermöglicht werden kann.«
Frauke Besuden, Abschiedsrede für Rudolf Maaser, Juni 2012

Kommentar 7:

Die »Körperarbeit birgt hier eine entscheidende Chance, wenn es gelingt, den **Übergang zum Sprechen** zu schaffen, aber sie kann nicht die eigentliche Angst [vor dem Sprechen] »wegmachen« schreibt Frauke Besuden in ihrem Aufsatz »Der Körper als Sprachrohr der Seele«.

Damit dies wirklich zur Geltung kommt, braucht es eine bestimmte Haltung zu den Stunden: die Haltung, sich dem **Hier und Jetzt**[K3] zuzuwenden.

Einem *Hier und Jetzt*, das sich **zugleich für das Vergangene öffnet**; und damit auch **auf Zukunft** hin. Wie wir hier und heute sind, sind wir als gewordene Wesen; und als sprachliche Wesen sind wir immer schon in mehr als einer Zeit. [K4]

Das heißt für eine **körperpsychotherapeutische Stunde**: Vielleicht melden sich beim Spüren im Liegen die Eindrücke der Stationsrunde von heute früh. Beim Gehen im Raum die Erinnerungen an ein Ereignis, das drei Jahre zurückliegt. Kurz vorm Schluss der Stunde die gemischten Gefühle vorm Paargespräch in der nächsten Woche. Das heißt, es knüpft sich in das Spüren im Hier und Jetzt ein *Gestern* oder *gerade vorhin* oder *morgen*:

»Dann ist das sicher wichtig für Sie.« Und: »Spüren Sie dem nach. Was meldet sich da? Wie spüren Sie das körperlich?«

Auch dies gehört zur Haltung, die mit der Hinwendung zum Hier und Jetzt verbunden ist [K5]: **Interventionen**, die das Gesagte unterstreichen; Rückmeldungen, die dem, was auftaucht, Wert geben. Wenn es in die Vergangenheit ragt oder in die Zukunft, dann ist *das jetzt gerade wichtig für diesen Patienten*. Und es braucht Interventionen, die freundlich einen Arbeitsauftrag an die PatientInnen zurückgeben. Im Grunde immer wieder neu den gleichen: sich zu spüren, sich wahrzunehmen, diese Wahrnehmung ernst zu nehmen.

Das Wahrgenommene ernst zu nehmen, heißt im psychotherapeutischen Prozess[K6]: es zu formulieren, dem Wahrgenommenen Worte zu geben.

Dabei wähle ich nicht irgendwelche Worte. Ich hole das bei mir selbst Wahrgenommene aus dem »irgendwie Gefühlen« heraus, treffe eine Entscheidung, wähle bestimmte Worte, andere nicht – und natürlich ist *Entscheidung treffen*, *Worte wählen* hier nicht als ein bewusster Prozess gemeint.

Die Angst vorm Sprechen hat etwas mit der Notwendigkeit einer unbewussten Wahl zu tun, die mit dem Sprechen verbunden ist. Nicht zu sprechen kann daher auch der Illusion geschuldet sein, einen vermeintlich ureigenen Innenraum schützen zu wollen – um sich so die Erfahrung zu ersparen, im eigenen Sprechen den Einschreibungen der anderen zu begegnen.

Kommentar 8:

Für das **psychoanalytische Setting** formuliert die Schriftstellerin Iris Hanika es so: »Daß etwas bedeutsam ist, merkt der Analysant an seinen körperlichen Reaktionen sowie an den Gefühlen, die es auslöst. Denn **die Analyse funktioniert nicht über den Kopf, sondern über den Körper**. Viele glauben, es sei andersherum«. In: Iris Hanika / Edith Seifert, *Die Wette auf das Unbewußte*

Kommentar 9:

Natürlich gibt es auch andere, edukativ ausgerichtete, körperbezogene Angebote in der Klinik. Aber das sind eben *andere* Angebote.

Kommentar 10:

Ist Patientin X stolz darauf, auf dem Halbrundholz zu stehen, so ist dies spannend, weil sich darin äußert, wie gerade diese Patientin mit dem Angebot, dieses oder jenes mit dem Halbrundholz zu tun, umgeht.

Stolz, Freude, Experimentieren etc. dürfen natürlich sein! Sie sind aber kein Ziel an sich. Für eine andere Patientin kann genau so wichtig sein für sich herauszufinden, dass sie nicht auf dem Halbrundholz stehen kann (oder will).

Kommentar 11:

Oder sich einem »guten Alten« zuwendet, etwas Bewährtem, das zu trainieren oder wiederzugewinnen wäre. Hier gilt ebenso ein entschiedenes Nein.

Dennoch, oder genauer gesagt: gerade deshalb, hat diese Wahl, und das ist der psychoanalytische Einsatz in der Körperbezogenen Psychotherapie, Bedeutung. So wie es nicht egal ist, was sich körperlich spürbar macht – was auf der körperlichen Ebene »gehört« werden möchte – so ist es nicht einerlei, in welchen Worten der Patient / die Patientin sich dazu äußert.

Auch da, wo Sprache als Einkleidung verstanden wird, ist es nicht egal, welches Kleid gewählt wird.

Vom Spüren zum Sprechen[K7] zu kommen, zu einem Sprechen, das für die PatientInnen bedeutsam ist, beschreibt den Weg der Körperbezogenen Psychotherapie. Ein **Sprechen von Bedeutung** ist aber immer eines, das sich körperlich bemerkbar macht. [K8]

Damit sich dieses *Spüren – Wahrnehmen – Aussprechen* entfalten kann, muss es in der Körperbezogenen Psychotherapie Raum dafür geben. Raum, der nicht schon mit anderem gefüllt sein darf, etwa mit den guten Wünschen der TherapeutInnen für die PatientInnen.

Körperbezogene Psychotherapie-Stunden [K9] sind **nicht orientiert auf »das gute Neue«**. Wollen Patientin X keine tolle neue Erfahrung ermöglichen[K10]. Sind nicht darauf ausgerichtet, dass Patient Y etwas Bestimmtes lernt (zu balancieren zum Beispiel, oder wie toll der Kontakt mit anderen sein kann – nein, darum geht es nicht.) Sie dienen auch nicht dazu, dass der Patient sich in irgendetwas übt. [K11] Der Wunsch der TherapeutInnen, dass für die PatientInnen etwas neu, anders, besser sein möge, versperrt im Zweifel in den Stunden der Körperbezogenen Psychotherapie den Raum, den die PatientInnen brauchen, um herausfinden zu können, was bei ihnen selbst gerade los ist.

Vornehmste Aufgabe der TherapeutInnen: diesen Raum herzustellen, ihn zu öffnen, ihn zu halten und freizuhalten. Eben auch von den eigenen Ideen, Wünschen, Einfällen. (Auch hier gibt es also ein Abstinenzgebot.)

Kommentar 12:

Vielleicht hilft sich vorzustellen, dass die Ausrichtung auf ›alles neu‹ oder ›alles anders‹ vermutlich keineswegs besonders originell ist und bei vielen PatientInnen die Zeit vor ihrem Klinikaufenthalt in Form eines verzweifelten Wunsches bestimmt haben mag. Die Entscheidung für eine stationäre Therapie kann dann auch heißen sich einzugestehen, dass vor einem Aufbruch zu Anderem und Neuem so etwas wie eine innere Bestandsaufnahme stehen muss. (Die dann selbst schon Teil eines therapeutischen Prozesses sein kann.)

Kommentar 13:

Hier wird deutlich, warum es so reizvoll erscheint, psychosomatisch erkrankte PatientInnen ausschließlich edukative Therapieverfahren anzubieten: um diese Begegnung mit diesem leeren Raum zu vermeiden.

Kommentar 14:

In: »Der Körper als Sprachrohr der Seele«

Kommentar 15:

Frauke Besuden, Abschiedsrede für Rudolf Maaser, Juni 2012

Kein einfacher Verzicht[K12], denn es sollen ja gleichzeitig Interesse, Empathie, Engagement erhalten bleiben.

Kein einfacher Verzicht aber auch noch aus einem anderem Grund: Viele PatientInnen, die in die Psychosomatische Klinik kommen, können mit diesem Raum, den die Körperbezogene Psychotherapie anbietet, zunächst gar nichts anfangen. [K13]

»Den psychosomatisch kranken Patienten führt nicht ein seelischer Konflikt in die Behandlung, sondern ein körperliches Symptom«, schreibt Frauke Besuden [K14].

Und weiter: »Der psychosomatisch Kranke hat häufig seinen Körper sowohl aus dem Bewusstsein als auch aus seinem Erleben ausgeblendet. Und gleichzeitig überlässt er es seinem Körper, seinen Schmerz kundzutun. Er hat es also nicht nur schwer, die Sprache zur Symbolisierung zu nutzen, er hat es auch schwer, sich seinem Körper, den er ja unbewusst für sich sprechen lässt, zuzuwenden.« [K15]

Eine merkwürdige Stellvertreterschaft also, die mit dem **Paradox eines stummen Sprechens** einhergeht: der Körper ›spricht‹ für das Subjekt, aber er tut dies in einer ungehörten, vielleicht auch, dies gilt es herauszufinden, unhörbaren Weise. Dem stummen Sprechen steht so zunächst einmal ein taubes Hören gegenüber: Der Schmerz psychosomatischer Erkrankungen ist ja häufig sehr heftig und kaum auszuhalten, da gibt es sehr wohl etwas Lautes. Aber der psychosomatische Schmerz bleibt gewissermaßen ohne sonstigen Kontakt, sowohl zum Soma wie zur Seele. Er erscheint stumm, d.h. ohne Bezug, ein Fremdkörper, aber anders gebaut als ein neurotisches Symptom.

Wir begegnen einem Körper mit einem Schmerz, für den sich keine somatische Ursache findet; und einem Subjekt, für den dieser Schmerz ein großes Fragezeichen darstellt, obwohl das vielleicht die falsche Metapher ist: Ein Fragezeichen steht schon für den Beginn eines Sprechens, für einen Faden, der woanders hinweist. Der einen Fortgang der Geschichte versprechen könnte.

Wird an diese Konstellation von Stummheit gerührt, löst dies oft eine Menge an Unbehagen und Ängsten aus. Die Aufforderung, zu spüren und zu sprechen wirkt für viele psychosomatisch erkrankte PatientInnen extrem befremdlich. Über den Schmerz haben sie ja schon gesprochen, und nun? Vielleicht kommt noch ein Wunsch zum Ausdruck, wieder gesund werden zu wollen – worin oft auch der Appell zu hören ist: Klinik, mach' mich wieder gesund. Gesund, funktionstüchtig und heil.

Die Aufforderung, den eigenen Körper zu spüren, etwas von ihm wahrzunehmen – nicht nur den Schmerz, aber zunächst vielleicht auch nur den Schmerz (auch der wird nicht immer gleich sein) – und sich darüber (und darin) mitzuteilen: das rührt an ein doppelt **geknebeltes Sprechen**, dem eigenen Körper und oft auch der eigenen Geschichte gegenüber.

Es braucht also nicht allein einen freien Raum. Damit dieser Raum nicht nur Ärgernis, Zumutung, Anstrengung bedeutet – all das darf und wird er sein, aber möglichst nicht ausschließlich –, damit dieser Raum als einer wirken kann, in dem sich etwas Neues (jetzt also doch, aber anders) entfalten kann, nämlich etwas vom Sein des Patienten (heißt immer auch: vom so sein, wie er gerade ist), braucht es eine gewisse Struktur.

Einen Rahmen.

Etwas im Raum. (Und wenn es Decke, Boden, Wände sind, mit denen die Therapeutin arbeitet).

Linien im *Zeitraum* der Stunde: Die Stimme des Therapeuten, der bestimmte Angebote setzt; und einen angemessenen Raum zum Spüren (keine Ewigkeiten von etlichen Minuten, wo außer dem Wunsch, aus der Situation herauszukommen oder seiner Umsetzung, nämlich zu schlafen, kaum noch etwas spürbar werden kann.)

Die Stunden der Körperbezogenen Psychotherapie haben also eine **Gestalt**. Keine genau festgelegte, aber auch keine beliebige. Eine Gestalt, weil es gilt, einen Rhythmus zu finden, d.h. einen Wechsel aus gesprochenen Angeboten, Raum zum Spüren und Zeit zum Sprechen.

Kommentar 16:

Im Unterschied zu einem von außen kommenden Anderem oder Neuen wäre dies »es ist nicht immer alles gleich« etwas, was allmählich aus der Eigenwahrnehmung des Subjekts entsteht. Aus seinem mit Hilfe der TherapeutInnen wachsenden Mut, sich der Unterschiedlichkeit seiner Empfindungen zu stellen. Ein Mono-Ton ist auch ein Schutz davor.

Kommentar 17:

»Wie« fragt nach Eigenschaften, nach verschiedenen Qualitäten. Wenn PatientInnen einen Medizinball auf dem Bauch liegen haben, und Sie fragen: »Was spüren Sie?« werden Sie häufig Antworten bekommen, die etwas mit der Dinghaftigkeit des Balls zu tun haben, etwa »der Ball ist schwer« oder Substantive, die selbst etwas von Dingen haben: »Schwere« oder »Druck« zum Beispiel. Wenn Sie fragen: »Wie nehmen Sie den Ball wahr?« erweitern Sie den Fokus, und je nach dem, wie der Patient diese Frage hört, wird er vielleicht nicht allein etwas zum Ball (also zum »Außen«) sagen, sondern auch dazu, wie er den Medizinball in dem Moment subjektiv wahrnimmt.

Einen Rhythmus, in dem allmählich, das ist der Einsatz für die Stunden selbst, womöglich noch etwas anderes[K16] als ein lauter stummer Schmerz wahrgenommen werden kann.

Rein äußerlich heißt eine Stunde Körperbezogene Psychotherapie dies: Eine Gruppe von PatientInnen begibt sich zu einer festgesetzten Zeit in einen Bewegungsraum, der an einen Sportraum erinnert (aber um Sport geht es nicht). Alle tragen weiche Fußbekleidung, Gymnastikschuhe oder Socken, die nicht rutschen, um den Boden oder die Matte oder anderes spüren zu können.

Manchmal gibt es ein Etwas, ein Ding, **ein Irgendwas** – Ball, Seil, Keule, Halbrundholz etc.; im Märchen ist es ein Erbse –, das für eine **Spüraufgabe** herangezogen wird. Manchmal gibt es auch nichts, sondern einfach den Raum, vielleicht noch die Matten als Untergrund.

Der anleitende Therapeut bittet die PatientInnen, sich im Raum zu verteilen und dann inne zu halten. Oder er fordert sie auf, durch den Raum zu gehen. Er wird sagen: »Nehmen Sie wahr, wie Sie gehen.« »Oder: Wie Sie im Moment dastehen.« (Das **Wie** hat überhaupt einen besonderen Wert in der Körperbezogenen Psychotherapie. [K17])

Manchmal geht die Therapeutin mit Worten den Körper entlang. Langsam, behutsam, mit genügend großen Pausen fürs Spüren. Das sie auf diese Weise mit ihren Worten und ihrer Stimme unterstützt.

Oft bittet sie, **die Augen zu schließen**. Dies ermöglicht einen anderen Fokus darauf, den eigenen Körper wahrzunehmen. Die Augen zu schließen fällt vielen PatientInnen schwer. Dann wird der Therapeut sie darum bitten, auszusprechen, was gerade schwierig ist. Wo sie die Schwierigkeit im Körper spüren. Er wird versuchen, den PatientInnen Mut zu machen, sich für das, was schwierig und schwer ist, zu interessieren.

Die Therapeutin wird versuchen, auch hier einen **Rhythmus** einzuführen: Das, was so schwer ist, einen Moment zu verlassen. Es nachklingen zu lassen. Dann zu versuchen, noch einmal für zwei oder drei Atemzüge dorthin zurückzukehren.

»Was spüren Sie jetzt?« Vielleicht hört sie: »Mir ist kalt.«
»Ich hab' Schmerzen.« »Bin total entspannt heute.« »Ich bin total wütend, ich weiß überhaupt nicht, was das hier soll.«
Oder auch: »Ich spüre nichts.«

Damit innerhalb des Rahmens einer Körperbezogenen Psychotherapie-Stunde ein Spür- und Wahrnehmungsraum entstehen kann, braucht es jemanden, der sich für das, was bei jedem Einzelnen geschieht, interessiert. [K18] Jemanden, der tatsächlich wissen möchte, wie sich das gerade anfühlt: das Gehen, Stehen, Liegen. Das Stillsein oder Sich-schnell-Bewegen. Wie das ist, wenn es einen Kontakt gibt: mit einem Gegenstand, einem Material. Oder einem Mitpatienten, einer Mitpatientin. Jemanden, der davon etwas hören möchte, und interessiert daran ist, *wie* der Patient / die Patientin sich ausdrückt.

Kommentar 18:

Dass die BezugstherapeutInnen die Körperbezogenen Psychotherapie-Stunden durchführen, ermöglicht die Entstehung eines besonderen Übertragungsraums, eine besondere Übertragungskontinuität.

Es braucht also jemanden, der den konkreten Bewegungsraum der Stunde nicht allein durch seine Haltung und seine Angebote in einen Raum der Körperwahrnehmung verwandelt, sondern gewissermaßen noch einen weiteren Raum hineinsetzt. Einen Raum, in dem das, was an Körperlichkeit erfahrbar ist, in Worte gefasst werden kann. Worte, die nicht etwas dingfest machen sollen, d.h. auf eine Referenz hin festnageln, sondern ihrerseits, wenn möglich, Körper werden von einem gewissen Gewicht: Wortkörper, die für diese eine Patientin (für diesen einen Patienten) etwas bedeuten. Damit das gelingt – Zeit braucht das und ist oft ein langer Weg –, muss es jemanden geben, der bereit ist, das, was von den PatientInnen gesprochen wird, **tatsächlich zu hören**.

Dafür müssen wir **etwas weglassen**, ein allzu schnelles Verstehen nämlich. Das klingt einfach, ist es aber meistens nicht. Weil »etwas zu hören« nicht heißt, »etwas zu verstehen«. Weil wir oft lieber nicht hören – bevor wir etwas hören und wahrnehmen, ohne es (gleich) zu verstehen. Weil wir geübt sind, schnell zu verstehen, Zusammenhänge wahrzunehmen, übergeordnete Kategorien zu bilden – und dabei nur allzu leicht den singulären Ausdruck überhören.

Das Hören zu fokussieren heißt, an dem Satz, der lautet »**Ich fühl' mich total ausgesaugt**«, das Wort, genau genommen: den Signifikanten, »ausgesaugt« wahrzunehmen. »Ich fühl mich total ausgesaugt« ist ja nicht gleichlautend mit »total erledigt« oder »völlig erschossen«, und auch nicht identisch mit »total platt« oder »fertig, einfach total fertig«; und auch mit »total ausgelaugt« nicht, obwohl es beinahe so aussieht.

Und obwohl die, die ausgesaugt, erledigt, erschossen, platt, womöglich auch geplättet oder abgebügelt und fertig und ausgelaugt in die Klinik kommen, alle scheinbar vom Gleichen, von ihrer Erschöpfung nämlich, sprechen. Der Zugang aber zur je besonderen Geschichte dieser Erschöpfung, d.h. der Zugang zu den je auf eigene und nicht austauschbare Weise Erschöpften, wird über die Bahnungen der Wörter laufen, die mit dem Körper in Beziehung stehen; und die häufig als Resonanz auf die körperliche Erfahrung in der Körperbezogenen Psychotherapie auftauchen.

Manchmal ist dies in einer Stunde unüberseh-, unüberhörbar. Mitzuerleben, wie PatientInnen an solche für sie bedeutsamen Verknüpfungen von Körper und Seele, Spüren und Lebensgeschichte kommen – d.h., wie sie sich selbst **mit einem Mal anders hören können** –, ist sehr bewegend. Und dass die TherapeutInnen diese Momente bezeugen, ist ausgesprochen wichtig.

Oft passiert jedoch in einer Körperbezogenen Psychotherapie-Stunde scheinbar nicht viel. Etwas wird als warm oder kalt empfunden. Als bedrückend oder beschützend. Eine rechte Körperseite fühlt sich anders an als eine linke. Bei anderen Patienten ist das überhaupt nicht so. Eine schläft vielleicht ein (lassen Sie sie schlafen: sie sagt womöglich etwas damit); ein anderer empört sich über den Lärm aus dem Boxraum nebenan – wunderbar, dann können Sie mit ihm daran arbeiten, wie er damit umgeht, wenn von außen etwas so Lärmendes auftaucht; er sich vielleicht die Stunde, das Spüren ganz anders gedacht hat. Wie fühlt sich das körperlich an? Wie geht der Patient um mit der Realität hier und jetzt? Und was kann er selbst davon, von seinem Umgang, wahrnehmen?

Das sind dann keine ›Sternstunden‹, aber genauso Stunden, in denen eine wichtige Arbeit passiert. Dass es arbeitet, ist oft erst nachträglich spürbar.

Manchmal allerdings gibt es Stunden, die zu erstarren scheinen in einem einzigen Satz: *Ich spür' nichts*.

II) »Ich spür' nichts«

»Ich spür' nichts«

»Alles normal«

»Wie immer«

»Ich spür' gar nichts.«

Kommentar 19:

Ein solcher Unterschied könnte sich beispielsweise auf der körperlichen Ebene bemerkbar machen (»Mein rechter Arm ist schwerer als mein linker«). Oder auf der Ebene des Fühlens: »Heute geht es mir anders als gestern« – was auch heißen kann: schlechter; aber dann kann mit diesem Unterschied gearbeitet, also nachgefragt werden: »Haben Sie eine Idee, warum das so sein könnte?« Wenn darauf mit nein geantwortet wird: »Dann lassen Sie Ihren Satz noch etwas auf sich wirken, vielleicht fällt Ihnen später etwas dazu ein.«

Kommentar 20:

Diese Monotonie des Ich-spür-nix ist etwas anderes, als wenn eine Patientin immer wieder beim Spüren auf dasselbe (Miss)Empfinden trifft. Dann gibt es ja ein Spüren, eine Äußerung dazu und die Fähigkeit der Patientin, beides auf sich zu beziehen. Mit der Monotonie des »Ich-spür-nichts« ist eine andere Qualität gemeint: als würde ein Patient sich als leblos wahrnehmen und zugleich nicht wahrnehmen, dass er dies tut.

Manchmal scheint alle Empathie, alles Interesse an dem, was einen Patienten umtreibt, ins Leere zu gehen. Vielleicht passt auch besser: gegen eine Wand zu fahren. Gegen immer dieselbe Wand einer Monotonie: »Nix, ich spür nix.«

In diesem Eintönigen scheint sich keine andere Farbe, kein anderer Ton zu zeigen, der wie ein Faden sein könnte, ein erster Unterschied [\[K19\]](#), an dem ein Arbeiten ansetzen kann. [\[K20\]](#)

Da lauert, passend zur Gefahr des Gegen-die-Wand-Fahrens, eine Sackgasse. Wenn wir nicht aufpassen, kann es sein, dass der Patient / die Patientin, die dieses monotone »Ich spür' nichts« von sich gibt, sich plötzlich außerhalb der Körperbezogenen Psychotherapie wiederfindet. Indem es zum Konflikt kommt (ein nachhaltiges Appellieren an den Patienten, dass er doch *irgendetwas* spüren müsse, kann diesen befeuern). Oder indem das Außen-vor-sein einer solchen Patientin stillschweigend akzeptiert wird. (Die läuft dann so mit.) So oder so bliebe das *Nicht-Spüren* unangetastet.

Der Gefahrenpunkt ist also: Dass die Monotonie des wiederholt ausgesprochenen »Ich-spür-nichts« auf den ganzen Patienten übergreift, auf das Bild, das wir uns von ihm machen. Wird »Ich spür' nichts« zum Label für Patientin S., hat die Monotonie gewonnen. Die Patientin wäre zu einer Frau Spürnix, der Patient zu einem Herrn Spürmix geworden. Die Sackgasse auch an ihrer noch offenen vierten Seite verriegelt.

Kommentar 21:

s. dazu den Umgang mit einem leeren Blatt als Ergebnis des Körperzeichnens (in »Körperzeichnungen zum Sprechen bringen«)

Kommentar 22:

Deshalb ist die Arbeit der Abteilung *Sport, Spiel, Gestaltung (SSG)* an der basalen Körperwahrnehmung so wichtig.

Kommentar 23:

Peter Widmer dazu in seinem Vortrag zu »Körperbild und Zeitlichkeit«:
»Die Angst gilt dem Unbekannten, den bisher verborgenen Fähigkeiten der Patienten, die sie auf Neuland bringen und ihre Bilder [...] bedrohen«. Selbstbilder, die die Patienten hüten, so Peter Widmer, obwohl die Bilder die Patienten »einschränken und bedrohen«.

Kommentar 24:

Keiner kann Frau B. schließlich sagen, was mit dem Aufbrechen noch alles in Bewegung kommt.

Damit das nicht passiert, muss der Stellenwert von *Ich spür'* **nichts innerhalb** des therapeutischen Raums bestimmt werden. Die Patientin spürt nichts, kann nichts weiter sagen – im therapeutischen Prozess hat diese Äußerung einen Wert. [K21]

Drei mögliche Varianten:

Patient A. ist neu angereist. Liegt in seiner ersten Körperpsychotherapie-Stunde auf der Matte. Und sagt auf die Frage der Therapeutin, was er spüre: »Nichts.«

Hypothese: Herr A. weiß gar nicht, was Sie als Therapeutin von ihm wollen. Was das sein soll, dieses »Spüren«. (Er hat doch schon gesagt, wo er Schmerzen hat.) Herr A. ist also vermutlich vollkommen ungeübt im Spüren – hier, auf der Ebene der Körperwahrnehmung [K22], gibt es ja tatsächlich etwas zu lernen: Keine bestimmte »richtige« Wahrnehmung, sondern das langsame, angeleitete Erspüren der verschiedenen Partien des eigenen Körpers.

Auch **Patientin B.** sagt, sie spüre nichts. Was ihren Therapeuten stutzig werden lässt: Patientin B. ist schon einige Zeit in der Klinik, und gerade in der vergangenen Woche ist bei ihr in der Therapie sehr viel passiert.

Hypothese: Gerade diese Bewegung, dieses Aufbrechen hat der Patientin Angst gemacht. Ihr »Ich spür' nichts« ist ein **Widerstand** gegen die Veränderung. [K23]

Das kann der Therapeut der Patientin gegebenenfalls auch zurückmelden: »Das was ja auch sehr viel, was da letzte Woche in Bewegung gekommen ist.«

Es kann überaus entlastend sein, wenn der Therapeut mit seiner Haltung deutlich macht, dass er weiß: therapeutische Prozesse verlaufen nicht geradlinig, sondern eher im Wiegenschritt. Und dass *viel in Bewegung* auch viel Angst auslösen kann. [K24] – Auch Frau B. ist also keine Frau Spürnix, vermutlich eher im Gegenteil

Patient C., das wird jetzt nicht sehr verwundern, entspricht vielleicht am ehesten der Vorstellung, die man sich von einem

Kommentar 25:

Die wesentlichen Züge dieses Patienten und seines Umgangs mit einem Spürangebot sind einem Beispiel von Frauke Besuden aus dem Methodik-Kapitel von *Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie* entnommen.

Kommentar 26:

Die Szene in ihrer Prägnanz lautet:
»Die Patienten wurden aufgefordert, [das Sandsäckchen auf dem Bauch] zu spüren und ihre Wahrnehmungen zu berichten. Ein Patient [...] antwortet: ›Ich spüre nichts!‹. Der Therapeut interveniert in Richtung auf diesen Patienten: ›Versuchen Sie genau wahrzunehmen, was Sie fühlen! Was fühlen Sie, Herr ...?‹ Der Patient antwortet wiederum: ›Nichts, es ist ganz normal! Ich fühle nichts!‹ Der Therapeut antwortet wiederum: ›Versuchen Sie zu fühlen! Was fühlen Sie?‹ Er erhält wiederum dieselbe Antwort: ›Ich fühle nichts!‹«

Herrn Spürnix[K25] machen könnte. Bei einem Spürangebot – die PatientInnen liegen auf dem Boden, ein Sandsäckchen auf dem Bauch – antwortet er immer wieder, er spüre und fühle nichts. [K26]

Hypothese: Hier steht *Ich spür' nichts* für eine

Abwehrformation. »Dieses Nicht-Spüren« wäre demnach »die Lebenslösung des Patienten, der auf alle Drucksituationen seines Lebens mit Verleugnung seiner Emotionalität« reagiert, schreibt Frauke Besuden. Interveniere der Therapeut auf dieser Ebene des Spürens weiter – mit seinen Fragen nach Wahrnehmen, Spüren, Fühlen – so trifft er den Patienten zwar »genau an dieser Stelle« seiner ›Lebenslösung‹. Zugleich erlauben diese Fragen dem Patienten aber »schlicht und einfach mit seinem gewohnten [...] Reaktionsmuster« zu antworten. (»Ich spüre nichts!«)

Das Angebot der Körperbezogene Psychotherapie ermöglicht es nun, **aus dieser Sackgasse** heraus einen **anderen Weg** einzuschlagen: Statt weiter nach Wahrnehmen / Spüren / Fühlen im Allgemeinen zu fragen, erlaubt sie, auf das konkrete Sandsäckchen auf dem Bauch hinzulenken, zum **basalen Körpergeschehen**:

»**Wie** nehmen Sie das **Gewicht des Sandsäckchens** wahr?

Ist es ein Punkt? Ist es eine Fläche?«

Auch die Richtung, in die das Gewicht wirkt, kann ins Spiel gebracht werden:

»**Wie** drückt das Gewicht des Sandsäckchens? Drückt es nach innen, in Richtung Magen? Bleibt es außen, auf der Körperoberfläche?«

Die Veränderung: Der Therapeut betont jetzt in seiner Intervention das physikalische Etwas des Spürangebots, hier: das Sandsäckchen, das ein Gewicht hat. Nach wie vor geht's ums Wahrnehmen und Spüren. Aber der Patient muss jetzt scheinbar nicht mehr *sich* spüren, sondern: sich in Beziehung zu dem Sandsäckchen, oder noch ›äußerlicher‹ formuliert: dies Etwas, dies Sandsäckchen, das da draußen ist, auf seinem Bauch. Damit ist das Spüren und Sprechen vermeintlich weniger subjektiv. Und für viele PatientInnen zunächst leichter.

Das durch die Intervention hervorgehobene Element ›wirkliches Sandsäckchen‹ ändert übrigens auch etwas an der Duell-Situation, in die Therapeut und Patient im Gezerre ums Spüren geraten waren – und fügt ein drittes Element ein, dass aus der Sackgasse von ›er oder ich‹ hinausführt.

Drehen wir die **Spür-Nix-Schraube** jedoch noch etwas weiter: Natürlich kann auch beim Erkunden des grundlegenden Körpergeschehens herauskommen, dass der Patient immer noch nichts spürt. Vielleicht formuliert er sogar: »Ein Sandsäckchen ist so leicht, das spür' ich nicht.«

Kommentar 27:

Zur Unterscheidung sprechen wir von **verbalen Interventionen**, wenn die Therapeutin auf das, was PatientInnen sagen, allein mit einer Unterstreichung, einer Nachfrage oder einem Kommentar reagiert, *ohne* dabei einen Vorschlag zu machen, der sich auf den Körper des Patienten oder der Patientin bezieht

Kommentar 28:

Es steht zu vermuten, dass dieser Umgang in der Geschichte des Patienten einmal eine wichtige Schutzfunktion eingenommen hat. Sein Aufenthalt in der Klinik deutet darauf hin, dass das, was einmal eine Hilfe sein sollte – die Abwehrstruktur, das gebildete Symptom – sich als etwas erwiesen hat, das nun zu viel Kraft, Zeit, Leben kostet.

Kommentar 29:

Da wo die Annahme der Alexithymie das strukturelle Defizit einer ›Gefühlsblindheit‹ attestiert und nach neuronalen oder entwicklungspsychologisch bedingten Ursachen forscht, interveniert die Körperbezogene Psychotherapie mit einer anderen Haltung den PatientInnen gegenüber. Statt eine Patientin oder einen Patienten mit dem Label gefühlsblind« zu versehen, fragt sie – und sie fragt ja tatsächlich –, was jeweils in einer Situation zu spüren ist.

Dann ermöglicht die Körperbezogene Psychotherapie ein **körperbezogenes**[\[K27\]](#) **Intervenieren**: Was ist, wenn ein **zweites Sandsäckchen** dazukommt? (Wie ist das für die anderen PatientInnen?) Und was ändert sich, wenn beide Sandsäckchen vom Bauch heruntergenommen werden? Oder möchte der Patient noch **ein drittes** Sandsäckchen ausprobieren? Umso besser: Sie werden sich mit ihm gemeinsam dem Punkt nähern, an dem auch für den Patienten selbst deutlich wird, wie er mit vorhandenem Gewicht, vielleicht auch grundsätzlich mit Berührung umgeht: nämlich, indem er es nicht spürt, das Berührtsein negiert. [\[K28\]](#)

Mit der »**Differenzierung des Körpererlebens**«, so Frauke Besuden, kann eine »Basis für die Selbstklärung des Patienten« geschaffen werden.

In der konkreten Arbeit mit dem einzelnen Patienten kommt es also darauf an, auf verschiedenen Wegen die Grundannahme der Körperbezogenen Psychotherapie, ihren Einspruch gegen die Setzung der Alexithymie, ins Spiel zu bringen: Die Wette, dass es etwas zu spüren, etwas zu sagen gibt. [\[K29\]](#)

Geschmeidigkeit im Umgang mit Abwehrformationen und Widerstandsformen gehört dazu. Die Fähigkeit, Finten zu schlagen, um an anderer Stelle Bewegung zu ermöglichen. Es gehört aber auch dazu, auszuhalten, dass ein psychosomatisches Phänomen ›stumm‹ bleibt. Der wesentliche Unterschied zur Hypothese der Alexithymie bleibt dennoch bestehen: daraus kein stummes Subjekt zu schneiden.

Anders gesagt: Den Patienten nicht mit seinem Symptom oder seinem Trauma in eins zu setzen.

Diese Haltung zieht praktische Notwendigkeiten nach sich: Wenn ein Zugang zum Sprechen nicht einfach da ist oder eine Therapie nicht in Gang kommt, nicht läuft, wieder und wieder stockt, dann heißt das für die TherapeutInnen herausgefordert zu sein, immer wieder neue Situationen erfinden zu müssen, in denen das im Symptom geknebelte Sprechen zugänglich wird. Der Knebel sich zumindest ein Stückchen lockert. Oder sich in der Nachbarschaft des psychosomatischen Phänomens – es berührend, ohne mit ihm in einer kausalen Beziehung zu stehen – ein für das Subjekt bedeutsamer Zusammenhang zeigt. [K30] Bezogen auf die Stunden der Körperbezogenen Psychotherapie: Vielleicht durch ein anderes Angebot.

Dafür sind die Einzelstunden zur Körperbezogenen Psychotherapie gedacht: als ein Material für eine je eigene ›Erfindung‹ dieser Stunden. Mit Vorschlägen für Rhythmen, Anregungen für Interventionen. Zum Ausschuten, Ausschneiden, Umformen. Und, wenn möglich, als Unterstützung für die so notwendigen Finten.

Die Stunden sind in der Reihenfolge ihrer Entstehung wiedergegeben, tragen also auch die Spuren dieses Prozesses. Daran beteiligt zu sein, wie die Stunden von Frauke Besuden auf dem Papier Form angenommen haben – und wie wir hoffen, eine mit genügend Raum, um in der konkreten Arbeit Luft für das Sprechen der PatientInnen und den eigenen Stil jedes Therapeuten und jeder Therapeutin zu lassen –, war für mich selbst noch einmal ein Bildungsprozess.

Ohne das Insistieren Dr. Rudolf Knickenbergs, die Stunden in eine greifbare, lesbare, zugängliche Form zu bringen, gäbe es sie nicht in dieser Weise.

Kommentar 30:

Der Psychiater und Psychoanalytiker Christian Kläui schreibt dazu: »Auch wenn das psychosomatische Phänomen [...] im Realen des Körpers wurzelt und durch eine Metaphorisierung nicht aufgehoben werden kann, so ist es doch nicht einfach nur real, d.h. so, dass gar keine Aussage darüber gemacht werden könnte. Sondern es steht eben in einer Kontiguitätsbeziehung, in einer Beziehung des Angrenzens zu den Vorgängen, die das Subjekt im Symbolischen [...] platzieren. Und wenn es gelingt, diesen Zusammenhang [...] herzustellen, so können sich bestenfalls auch die energetischen Bindungen ändern.«
In: *Wunde Körper – Wunde. Zur Psychoanalyse der Psychosomatik.*



Körperzeichnungen [K1]

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Manchmal wird auch von *Körperbildzeichnungen* gesprochen, was jedoch eigentlich nicht ganz richtig ist: Das *Körperbild* ist ein Begriff, der eine emotionale und mentale Kreation beschreibt, die jeder Mensch sich, vor allem durch die Erfahrungen der ersten Lebensjahre, von seinem Körper erschafft. Dieser lebensnotwendige Bildzusammenhang ist hochkomplex und enthält immer wesentlich unbewusste Anteile – das heißt, dieses Bild kann nie vollständig gewusst, also auch nicht einfach gezeichnet werden.

Doch wenn die PatientInnen ihren Körper zeichnen **und** anfangen, zu ihren Bildern zu sprechen, gibt dies **wertvolle Hinweise** auf ihr **Körpererleben** und ihr **Körperbild**.

Kommentar 2:

Bevor die PatientInnen das Material zum Zeichnen in die Hand bekommen – Brett, Bleistift und Papier; und keinen Radiergummi – ist es sinnvoll, **eine Spüraufgabe** anzubieten, damit die PatientInnen sich ihrem Körper zuallerst *spürend* zuwenden.

Kommentar 3:

Sprechen Sie langsam und geben Sie den PatientInnen für jede Partie des Körpers, auf die Sie die Aufmerksamkeit lenken, **zwei bis drei Atemzüge** Zeit zum Spüren.

An die PatientInnen gerichtet:

Bringen Sie sich bitte vom Gang einen **Hocker** mit [K2] und suchen Sie sich mit Ihrem Hocker einen **Platz im Raum**.

Setzen Sie sich bitte auf Ihren Hocker und **versuchen Sie zu spüren**, wie Sie jetzt im Moment **sitzen**: [K3]

Wie Ihre **Füße** am Boden stehen.
Wie Ihr **Rücken** gerichtet ist.
Wie Sie Ihren **Kopf** tragen.

Dann **schließen** Sie bitte die **Augen** [K4] und versuchen Sie, in sich **hineinzuspüren**:

Vielleicht spüren Sie Ihren **Atem**, Ihren **Herzschlag**.
Vielleicht spüren Sie auch **Beschwerden**.

Können Sie **mit geschlossenen Augen** Ihre **Füße** am Boden spüren?

Das **Becken** auf dem Hocker?
Ihren **Rücken**?
Ihren **Kopf**?

Kommentar 4:

Die **Augen zu schließen und dann zu spüren** ist für viele PatientInnen eine große Herausforderung. Einige werden vermutlich sagen: »Das kann ich nicht.« Es ist sehr wichtig, dass PatientInnen das wahrnehmen und sich trauen, es auszusprechen. Das können Sie den PatientInnen auch sagen – und dann nachfragen: »Wo spüren Sie diese Schwierigkeit?« Und: »Können Sie dort hinspüren und für einen kurzen Moment, einen oder zwei Atemzüge lang, die Augen schließen? – Nehmen Sie dabei genau wahr, was Sie spüren können.«

Kommentar 5:

D.h. die **rechte Hand** geht zum **linken Ellenbogen**, die **linke Hand** zum **rechten**. PatientInnen, die ihre Ellenbogen nicht erreichen können, fassen auf ihre Unterarme. – **Schauen Sie hin**, wie die PatientInnen mit diesem Angebot umgehen: Sich selbst mit den Armen zu halten, kann eine Stütze bedeuten. Durch diese »Umarmung« gibt es aber auch eine zusätzliche Berührung, die für manche PatientInnen nicht einfach ist.

Kommentar 6:

Mit dieser Nachfrage nach der Verknüpfung von Spüren und Sprechen betreten Sie als TherapeutIn das Feld der **Körperbezogenen Psychotherapie**.

Kommentar 7:

Damit Ihre PatientInnen sich diesen **Moment nehmen** können, müssen Sie Ihnen diesen **Moment geben**. Das umfasst nicht nur die Zeit auf Ihrer Uhr bzw. in der Stundenplanung, sondern es bedarf Ihrer **Haltung**, mit der Sie ausdrücken, dass das Wagnis, sich dem eigenen Körper mit all seinen Regungen zuzuwenden, ein wesentlicher Schritt für den Beginn der Therapie darstellt.

Kommentar 8:

... oder **in das Feld oben links**, je nach dem, wie der Bogen strukturiert ist. Erklären Sie, was alles auszufüllen ist.

Dann **öffnen** Sie bitte wieder die Augen und **spüren** Sie Ihrem Körper mit **offenen Augen** nach.

Jetzt **stellen** Sie sich bitte hin.

Nehmen Sie Ihre **Arme** vor Ihren Körper, so dass Sie Ihre **Ellenbogen [K5]** umfassen können.

Schließen Sie die **Augen** wieder und versuchen Sie, Ihren **Körper** in dieser **Haltung** zu spüren.

Können Sie auch **aussprechen**, was Sie **spüren**? [K6]

Die Augen **bleiben möglichst geschlossen**, und Sie lassen die **Arme** jetzt **hängen**.

Nehmen [K7] Sie sich noch **einen Moment** für das **Erspüren** Ihrer **Körperhaltung**, so wie Sie gerade dastehen.

Dann **öffnen** Sie Ihre Augen wieder.

Bewegen Sie sich, **räkeln sich**, und **dehnen** Sie sich **im Stehen**.

Setzen Sie sich wieder auf Ihren **Hocker** – wir kommen jetzt zu den **Zeichnungen**:

Sie bekommen einen **Bogen Papier** und schreiben bitte Ihren **Namen in das Feld oben rechts [K8]**

Kommentar 9:

RechtshänderInnen beginnen also mit **links**, **LinkshänderInnen** mit **rechts**. Warum zwei Zeichnungen? Zum einen gibt das bereits einen ersten Anknüpfungspunkt für einen Sensibilisierungsprozess: Die Zeichnungen werden nicht identisch sein, das Gefühl des Zeichnens vermutlich auch nicht. Zum anderen ist in den Zeichnungen mit der geübteren Hand in der Regel die Abwehrformation des Patienten intakter. Seelische Veränderungen – da, wo etwas aufbricht – zeigen sich daher erfahrungsgemäß eher in den Zeichnungen der ungeübteren Hand.

Kommentar 10:

Hier treten **Fragen** auf wie:

»**Auch den Kopf?**« – »**Den nackten Körper?**« – »**Meinen Körper oder irgendeinen?**« – Die Frageliste ist sicher länger und variiert. Wenn möglich, notieren Sie die Fragen nach der Stunde.

Mögliche Antworten:

»**Es geht um Ihren Körper**, und ich hoffe, der Kopf gehört dazu.« Zur Frage nach **nackt oder bekleidet**: Versuchen Sie, die Frage zunächst einmal im Raum stehen und wirken zu lassen. Wird sie wiederholt, können Sie den PatientInnen sagen, dass sie das selbst entscheiden können.

Es geht nicht nur darum, die Anweisung *Zeichnen Sie Ihren Körper* zu präzisieren. Mit den Fragen der PatientInnen kann auch schon ein wichtiger **Beziehungsaspekt im Verhältnis zum eigenen Körper** angesprochen sein. Das können Sie in der Nachbesprechungszeit aufgreifen und zurückfragen: »Haben Sie manchmal das Gefühl, Ihr Kopf gehöre nicht zu Ihrem Körper?« oder: »Hätten Sie **lieber einen anderen** an Stelle des eigenen Körpers gezeichnet?«

Kommentar 11:

Beobachten Sie, welche PatientInnen ganz schnell bzw. gar nicht fertig werden. Vielleicht **spiegeln** sich darin auch die **Problematiken**, mit denen die PatientInnen in die Klinik kommen?

Dann versuchen Sie

– zunächst mit Ihrer **ungeübteren** Hand – [K9]

Ihren **Körper zu zeichnen**. [K10]

Auf der **Rückseite** des Blattes zeichnen Sie Ihren Körper noch einmal – diesmal mit der **geübteren Hand**.

Sie haben **zehn Minuten** Zeit –

d.h. **insgesamt zehn Minuten für beide Zeichnungen**.

Die **zehn Minuten sind um** und ich möchte Sie jetzt bitten, an dieser Stelle **Ihre Zeichnungen zu beenden**, [K11] wenn Sie es nicht schon getan haben.

Etwa: Sich aufzureiben darin, ein tolles Bild von sich zu erschaffen.
Oder: Sich keine Zeit für sich und für die gestellten Aufgaben nehmen zu können, weil die Angst so groß ist, dem Anspruch von außen nicht genügen zu können.

Kommentar 12:

Sich zu spüren und **Bilder von sich zu zeichnen**, und das zu Beginn des Klinikaufenthaltes: Dabei kann viel Spannung entstehen oder spürbar werden. Daher ist es wichtig, **im Anschluss Raum** dafür zu geben, über das Erlebte – Spüren und Zeichnen – zu sprechen.

Eine **Auswahl** möglicher **Antworten**:

»Ich hab' mich ganz unwohl gefühlt.«
»Ich dachte: Was soll denn das?«
»Ich kann nicht zeichnen, wollte das schnell hinter mich bringen.«
»Ich hätte gern ein Radiergummi gehabt.«
»Ich war ganz verpannt.«
»Dachte, ich bin in der Schule.«
»Hab' immer gern gezeichnet, aber ich hab's heute nicht gut hinbekommen.«
»Mein Rücken hat so weh getan, das hat mich total abgelenkt.«

Viele Antworten drücken aus, wie irritierend die Beschäftigung mit dem eigenen Körper für die PatientInnen ist – und wie irritierend, wenn sich der **Körper beim Zeichnen** ganz **anders zeigt, als gedacht**.

Kommentar 13:

Nicht ausgeschlossen, dass einige PatientInnen sagen: Mir gefällt gar keine Seite. Dann ist das für diese PatientInnen eine wichtige und mutige Äußerung, die Sie auch unterstreichen können: »Ihnen gefällt keine Seite.«

Kommentar 14:

Diese Frage geht sicher am weitesten in den therapeutischen Raum. Es kann also gut sein, dass es gar keine Antworten dazu gibt. Lassen Sie die Frage dennoch einen Moment wirken. In ihr schwingt eine für die Körperbezogene Psychotherapie **wichtige Annahme** mit: Dass es zwischen dem, was der Patient in einer solchen Stunde

Legen sie das **Blatt mit den Zeichnungen** beiseite.

Und **spüren Sie dem nach**, wie Sie sich jetzt fühlen.
Schließen Sie dabei wenn möglich die **Augen**.

Dann öffnen Sie die Augen
und **sprechen Sie aus**, wie es Ihnen jetzt geht.

Wie haben Sie das Zeichnen **erlebt**?

[K12]

Gab es einen **Unterschied** im Erleben
beim Zeichnen mit der **rechten** oder mit der **linken** Hand?

Dann bitte ich Sie, sich noch einmal **Ihren Zeichnungen** zuzuwenden.

Betrachten Sie einen Moment **die beiden Seiten**.

Welche Zeichnung **gefällt Ihnen besser**,
die **vordere** oder die auf der **Rückseite**? [K13]

Möchten Sie noch **etwas anderes** zu Ihren Zeichnungen sagen?

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre **Zeichnungen** Ihnen **etwas sagen** oder **zeigen** können? [K14]

Damit **beende** ich die **Stunde**.



»machen«– seien es Zeichnungen oder Bewegungen, Hemmungen oder Empfindungen und Wörter – und dem Sein des Patienten / der Patientin einen **Zusammenhang** gibt.

Kommentar 15:

Viele PatientInnen fragen nach dem Verbleib ihrer Zeichnungen. Sagen Sie ihnen, dass sie Teil der **PatientInnenakte** werden. Damit sagen Sie auch: Ihre Zeichnungen haben einen **Wert**. Auch wenn heute noch nicht klar ist – klar sein kann –, was die Zeichnungen im Einzelnen ausdrücken wollen.

Kommentar 16:

Dazu gibt es noch einen weiteren Teil: »**Körperzeichnungen zum Sprechen bringen**«.

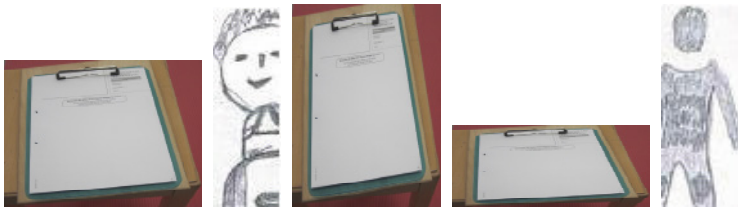
Lassen Sie **nachwirken**, was Sie heute erlebt haben.

Wenn Sie **aus der heutigen Stunde** noch etwas beschäftigt, sprechen Sie es auf Station oder in der nächste **Therapiestunde** an.

Ich möchte Sie bitten, mir jetzt Ihre **Zeichnungen** [K15] und **Brett und Bleistift** zu bringen.

In **anderen Stunden** wird es Gelegenheit geben, wieder **auf Ihre Zeichnungen zu sprechen zu kommen**. [K16]





[K1]

Körperzeichnungen zum Sprechen bringen

Ergänzenden Erläuterungen

Kommentar 1:

Die Zeichnungen sind ausschnitthaft dem Schriftenband XI, *Körper und Psyche im Psychotherapeutischen Kontext* entnommen und finden sich dort im Vortrag von Dr. Rudolf Maaser.

Kommentar 2:

Schritte zur praktischen **Verknüpfungsarbeit** finden Sie ab S. 3 Mitte.

Kommentar 3:

Der Verlauf einer solchen Stunde ist in dem Text »**Körperzeichnungen**« skizziert.

Kommentar 4:

Vielleicht hat ein Patient ein **leeres Blatt** abgegeben. Das ist --- eine Chance! Ein solches leeres Blatt bringt etwas davon zum Ausdruck, wie sehr es den Patienten ängstigt, seinen eigenen Körper zu zeichnen. Unterstreichen Sie dem Patienten gegenüber, dass sie das leere Blatt so auffassen (und wenn er widerspricht: auch gut – dann fängt er ja zu sprechen an!). Sie können ihm auch sagen: »**Das ist ja auch schwierig, etwas von sich zu zeigen.**« Er wird diesen Schritt im Laufe der Zeit jedoch tun müssen – keiner kann ihm diese Arbeit abnehmen –, wenn er etwas von sich verstehen möchte.

Überlegungen für die TherapeutInnen

– zur Arbeit mit den Körperzeichnungen [K2]

Der Ausgangspunkt:

Die *Psychomotorische Diagnostik*[K3] hat stattgefunden. Die PatientInnen haben ihren Körper gezeichnet[K4], einmal mit geübter, einmal mit ungeübter Hand. Jetzt liegen die Blätter mit den Körperzeichnungen vor Ihnen.

Wie können Sie jetzt mit den Körperzeichnungen arbeiten?

Wichtig ist, dass Sie ein Gefühl für den Stellenwert der Zeichnungen bekommen. Was sie leisten können. Und was auch nicht.

Keine Zeichnung ist eindeutig.

In jeder Körperzeichnung drückt sich ein Subjekt aus, mehrdeutig und vielschichtig wie im Sprechen.

Es gibt **keinen Code**, den es zu entziffern gilt. Also auch nirgendwo einen Schlüssel, mit dessen Hilfe Sie die einzelnen Elemente einer Zeichnung oder deren Stil eindeutig dechiffrieren könnten. [K5]

Gerade weil dies so ist, sind die Zeichnungen ein **wertvolles, höchst individuelles Ausdrucksmittel** der einzelnen Patientin / des einzelnen Patienten.



Kommentar 5:

Die Vorstellung, man könnte einzelnen Elementen einer Körperzeichnung eine eindeutige Bedeutung zuweisen, die unabhängig vom jeweiligen Zeichner / der jeweiligen Zeichnerin Geltung hat, entspräche so einem Dechiffierungsschlüssel. Etwa: *Wenn ein Kopf kugelrund gezeichnet ist, heißt das...* Oder: *Wenn eine Hand keine Finger hat, wissen wir unmissverständlich, dass...* Oder: *Wenn jemand schraffiert, heißt das...* In der Psychotherapie, die sich dem Subjekt zuwendet, gibt es jedoch keinen Generalschlüssel. Falls Sie im Verlauf Ihrer Praxis glauben, einen gefunden zu haben – d.h. bestimmte Elemente immer auf ähnliche Weise deuten – schmeißen Sie Ihren Schlüssel weg. Er verhindert, dass Sie immer wieder mit neuer Offenheit hören, sehen, wahrnehmen, was Ihre PatientInnen Ihnen zu sagen haben.

Um dem auf die Spur zu kommen, was sich in jeder Körperzeichnung an Subjektivem ausdrückt, ist es notwendig, dass **der jeweilige Patient / die jeweilige Patientin selbst etwas zu seinem / zu ihrem Bild sagt.**

Wie ist dies zu bewerkstelligen?

Im Idealfall

sind Sie in der **Psychomotorischen Diagnostik** anwesend und erleben mit, wie die Körperzeichnungen entstehen. Dann sehen Sie hin, **wie** Ihre PatientInnen **sich ausdrücken**: Auf dem Blatt **Papier**, aber auch mit dem **Körper** im Raum (wie ist die Haltung? wie der Gesichtsausdruck? wie verändert sich beides während des Zeichnens?).

Und **stellen** Sie Ihren PatientInnen **Fragen**:

»**Was** denken Sie über Ihre **Zeichnungen**?«

»**Was geht in Ihnen vor**, wenn Sie Ihre Zeichnungen **betrachten**?«

»Gibt es etwas daran, was Sie dabei **besonders beschäftigt**?«

Was sich vielleicht noch weiterknüpfen lässt: »Haben Sie eine **Idee**, warum das so sein könnte? Und wenn ja, können Sie diese **Idee schon aussprechen**?«

»Hat etwas an Ihren Zeichnungen Sie **überrascht**?«
etc.

Aus der Verknüpfung von Zeichnung und Sprechen

können Sie auf diese Weise wertvolle **Hinweise** bekommen, in welchem **Verhältnis** ein Patient zu seinem **Körper** steht. Oder wie es ihm ergeht, wenn er sich mit seinem **Körperbild** auseinandersetzt.

In der Regel

wird der **Weg**, PatientInnen zu ihren Körperzeichnungen zu hören, **nicht so gradlinig** verlaufen.

Weil Sie **nicht** bei jeder *Psychomotorischen Diagnostik* dabei sein können. Weil die **ersten Rückmeldungen der PatientInnen** selbst womöglich **zögerlich** und **monoton** ausfallen.



Den eigenen **Körper zu spüren** und zu **zeichnen**, und dann auch noch etwas zu den eigenen **Körperzeichnungen zu sagen**, das ist sehr viel – und für viele gerade angereiste PatientInnen nicht zu leisten.

Sie als TherapeutIn müssen dann **andere Wege** (er)finden, um die **Körperzeichnungen** und das **Sprechen der PatientInnen** miteinander in **Kontakt** zu bringen.

Nehmen Sie wahr, wie Ihre PatientInnen sich ›körperlich‹ äußern:

Wie drücken die PatientInnen sich mit ihrem Körper aus?

Was sagen die PatientInnen über ihren Körper?

Welche körperbezogenen Metaphern verwenden die PatientInnen häufig?

In Kombination mit diesen Wahrnehmungen können Sie anfangen, die **Körperzeichnungen zum Sprechen** zu bringen. Umgekehrt können Ihnen die **Bilder** helfen, die **Äußerungen** der PatientInnen zu **ordnen**: Wenn beispielsweise hervortritt, dass **bestimmte Partien des Körpers** besondere Bedeutung haben. [K6] Oder wenn das Thema der Körpergrenze hervortritt. etc.

Die Verknüpfungsarbeit, schrittweise vorgestellt:

Kommentar 6:

Die müssen nicht unbedingt jene Partien sein, die bereits bei der Aufnahme als schmerzhaft oder schwierig beschrieben wurden.

1) Sehen Sie hin [K7]:

Nehmen Sie wahr, **was Ihnen** an den Bildern **auffällt**.

Nehmen Sie wahr, **woran Ihr Blick hängenbleibt**.

Vielleicht **fehlen** die **Hände** oder die **Füße**.

Vielleicht trägt das **Gesicht** einen bestimmten **Ausdruck**.

Vielleicht fällt die **Beistiftführung** auf.

Vielleicht die **Proportionen des Körpers**.

Die **Lücken** in seiner **Begrenzung**.

Oder gerade umgekehrt deren **Starrheit**.

Kommentar 7:

Bitte denken Sie daran: Es geht *nicht* um eine ausgedehnte Bildanalyse. Für die ist im Klinikalltag auch gar kein Platz. Die Verknappung der Zeit hat hier einen ausgesprochenen Vorteil: Wenn Sie nur einen Moment für jede Zeichnung haben, sind Sie gezwungen, sich auf die **Aspekte** zu konzentrieren, **die Ihnen ins Auge fallen** – ohne, dass Sie diese deuten. Halten Sie sie **ohne Wertung** fest. Womöglich sind es erste wertvolle **Anknüpfungspunkte** für die weitere Arbeit mit dem Patienten / der Patientin.

Betrachten Sie auch das **Verhältnis** der **beiden Seiten der Blätter** zueinander: wie verhält sich der mit **ungeübter** Hand gezeichnete Körper zu jenem, der mit der **geübteren** Hand gezeichnet wurde?



Und wie nehmen Sie das Verhältnis beider Zeichnungen zu dem **Bild** wahr, das der Patient / die Patientin bei Ihnen in den ersten Tagen hinterlassen hat?

Gibt es einen **bestimmten Punkt** in den Zeichnungen, auf den Sie wiederholt schauen? – Dann halten Sie auch den fest.

Und schließlich: Gibt es eine **Frage**, die Sie dem Patienten / der Patientin gern **zu seinen Körperzeichnungen** stellen würden?

2) Notieren Sie in Stichpunkten Ihre Beobachtungen und Ihre Fragen ---

3) --- und behalten Sie beides zunächst für sich!

Seien Sie **sehr behutsam** und **äußerst zurückhaltend mit Äußerungen** zu den **Körperzeichnungen** – Sie wissen nie, welchen empfindlichen Punkt Sie bei den PatientInnen berühren. Und es ist ein großer Unterschied, ob ein Patient selbst eine Bemerkung über seine Bilder macht oder ob diese – selbst wenn sie wortwörtlich identisch scheint – **von außen** kommt.

Bitte denken Sie daran: Wenn von **Körperzeichnungen** die Rede ist, muss das immer **doppelt gehört** werden. Die PatientInnen haben nicht nur Körper gezeichnet, auf ein Blatt Papier. Sie haben selbst **gezeichnete Körper**. Dies trifft gerade auch auf PatientInnen mit psychosomatischen Beschwerden zu, die mit ihren **Körpern ein Leid** ausdrücken – ohne das dafür schon eine ›Übersetzung‹ bereit liegt.

Behutsam etwas zu den Körperzeichnungen zu sagen und zu fragen heißt, dass Sie das, was Sie wahrnehmen, immer mit einem Fragezeichen versehen müssen; Es als eine mögliche Sichtweise kennzeichnen. Um den ›Ball‹ dann wieder an den Patienten zurückzugeben mit der Frage: **Was meinen Sie dazu?**

4) Legen Sie die Zeichnungen jetzt beiseite und **sammeln Sie**, wie sich der jeweilige Patient **in verschiedenen Kontexten körperlich** äußert.



Hier noch einmal **die Fragen** – und die verschiedenen **Kontexte**:

a) Wie drücken die PatientInnen sich mit ihrem Körper aus?

– etwa in der **Körperbezogenen Psychotherapie**.

b) Was sagen die PatientInnen über ihren Körper?

– Im *Erstinterview*? Im *Einzelkontakt*? In der *Verbalen Gruppe*?

Und in den **Rückmeldungen** in der **Körperbezogenen Psychotherapie**.

c) Welche körperbezogenen Metaphern nutzen die PatientInnen häufig?

– Manchmal gibt es gerade in der Nähe eines Symptoms eine immer **wiederkehrende »körperliche«** [\[K8\]](#) Formulierung.

Nutzen Sie auch, was andere KollegInnen von Ihren PatientInnen mitbekommen, gerade in Bezug auf die **Körperwahrnehmung**.

In den Angeboten der **Sport-, Ergo-, Kunsttherapie** zeigen sich die PatientInnen körperlich auf sehr vielfältige Weise – und sie sprechen davon, wie sie sich dabei fühlen und selbst erleben. Welchen Eindrücke haben die KollegInnen in diesen Therapieangeboten von den PatientInnen gewonnen?

Nutzen Sie die Chance, die Ihnen ein **multiprofessioneller Austausch** in der Klinik bietet.

5) Stellen Sie eine Beziehung her

zwischen dem, was Ihnen **an den Zeichnungen aufgefallen ist** und den **Äußerungen der Patientin / des Patienten**

Gibt es **Überkreuzungen**? [\[K9\]](#)

Gibt es **Kontraste**? [\[K10\]](#)

Aus diesem **Beziehungsgeflecht** wird sich vermutlich schon eine **Hypothese** für den Patienten / die Patientin entwickelt haben, mit der Sie die nächste Zeit arbeiten können.

Wann kommen die Körperzeichnungen wieder ins Spiel?

Kommentar 8:

Ein Patient sagt, er fühle sich »wie ausgesaugt«. Dann können Sie dies verallgemeinern und daraus schließen: der Patient ist erschöpft. Sie können aber auch unterstreichen, *wie* der Patient von seiner Erschöpfung spricht – als *ausgesaugt sein*. (Womöglich ist dies auch Stoff für eine Intervention und Sie können fragen: »Wer oder was saugt Sie aus?«)

Kommentar 9:

Ein Beispiel: Eine Patientin sagt, sie musste früh in ihrem Leben **auf eigenen Beinen stehen**. Auf dem einen Bild, das sie von sich zeichnet, sind die Beine stämmig. Auf dem anderen ganz zart, fast schwebend. Das zweite Bild gefällt ihr besser. Obwohl es zugleich die Erkrankung symbolisiert, die sie in die Klinik führte.

Der ambivalente Charakter des Symptoms wird deutlich: Die Zeichnungen sprechen von der Spannung zwischen dem **Anspruch**, auf beiden Beinen zu stehen, und dem **Angst** besetzten **Wunsch**, dies nicht mehr zu können oder zu müssen. Erst im **Zusammenspiel** zwischen der Äußerung der Patientin und beiden Zeichnungen schält sich diese **Deutung** heraus.

Kommentar 10:

Ein zweites Beispiel – der **Kontrast** liegt hier zwischen »**Material**« und dem, was der Patient **von sich selbst wahrnimmt**:

Ein Patient Anfang dreißig hat einen brüderlich-beschützenden Umgang mit seinen jüngeren MitpatientInnen. Einigen Frauen in der Gruppe ist der Umgang zu nah. Der Patient kann nicht verstehen, warum einige Mitpatientinnen das Gefühl haben, er rücke ihnen auf die Pelle. Ein Blick auf seine Körperzeichnungen zeigt,



dass er sich **vom Kopf bis zum Bauchnabel** gezeichnet hat. Für seinen **Unterleib** gibt es **kein Bild**, so wie es für sein **Zu-viel-an-Nähe** den MitpatientInnen gegenüber **kein Gefühl** gibt. An dieser **Leerstelle** kann nur behutsam gearbeitet werden, so lange es vom Patienten aus keinen ›Faden‹ gibt – eine Irritation etwa, ein Stolpern –, der eine Verbindung dazu herstellt.

Kommentar 11:

Bitte schauen Sie erst die Zeichnungen an – und nehmen Sie wahr, was Sie diesmal wahrnehmen. Anschließend können Sie dann in Ihre ›alten‹ Notizen schauen.

Kommentar 12:

Natürlich offenbart sich so nicht immer das ›Hindernis‹. Was sich dem Patienten aber vermittelt, ist eine wesentliche Haltung: Sie interessieren sich für das, was er sagt, zeichnet; was er hervorbringt.

Kommentar 13:

Vorschläge dazu finden sich im Anschluss.

Kommentar 14:

Zwei Minuten mit einem so speziellen ›Spiegelbild‹ vor sich, kann eine lange Zeit sein. Wenn Sie den Eindruck haben, dass PatientInnen große Schwierigkeiten damit haben, sprechen Sie sie an – so, dass alle das mitbekommen. Dann ist das der Einstieg für ein Gespräch zu der Wiederbegegnung mit den Bildern.

Kommentar 15:

Machen Sie den PatientInnen Mut zu dieser Begegnung. Sprechen Sie gegebenenfalls aus, dass Sie wissen, dass ein solches Wiedersehen häufig nicht einfach ist. Viele *Körperbezogene Psychotherapie-Stunden* wirken nach. Gefühle, Gedanken, Bilder, Träume, Erinnerungen, die möglicherweise angestoßen werden, sind dann weiterer Therapie-Stoff.

6) Nehmen Sie die Körperzeichnungen zur Hand, wenn es in der Therapie hapert.

Sie werden überrascht sein, wie oft die Zeichnungen plötzlich einen **neuen Aspekt** zeigen, der Ihnen beim ersten Ansehen entgangen ist.[K11]

Vielleicht können Sie auch mit dem Patienten über die Zeichnungen ins Gespräch kommen. Fragen Sie, ob an den gezeichneten Körpern etwas zu sehen ist, das mit der aktuellen Schwierigkeit, in der Therapie einen Schritt weiter zu gehen, im Zusammenhang stehen könnte. [K12]

7) Nehmen Sie die Zeichnungen mit in eine Körperbezogene Psychotherapie-Stunde.

Bevor Sie die Zeichnungen verteilen, beginnen Sie die Stunde wie auch sonst mit einem **Körperwahrnehmungsangebot**[K13]. Dann verteilen Sie **im zweiten Teil der Stunde die Blätter mit den Körperzeichnungen**: Jeder Patient bekommt sein Bild, jede Patientin ihres.

Geben Sie **ein bis zwei Minuten Zeit**[K14], um die Zeichnungen zu betrachten.

Fragen Sie, **wie es den PatientInnen mit den Zeichnungen geht**. Was sie wahrnehmen. Wie sie sich angesichts der Bilder fühlen.

Gehen Sie behutsam vor: Das **Wiedersehen mit den Körperzeichnungen** aus der Anreiseweche ist für PatientInnen oftmals sehr berührend.

Gerade deshalb ist es aber auch eine sehr **wichtige Begegnung**, die entscheidende **Impulse** für die weitere Therapie setzen kann. [K15]

Hören Sie, was die PatientInnen über ihre Bilder sagen. Hat sich etwas in der **Wahrnehmung der Körper** verändert?

Vielleicht kann sie auch jetzt erst **ausgesprochen** werden.





Spüren im Liegen

Kommentarspalte = für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Wer möchte, kann auch eine Matte dazunehmen.

Kommentar 2:

Damit die Patienten nicht einzeln hinauslaufen und der Beginn der *Körperbezogenen Psychotherapie*-Stunde dadurch ausfranst: Legen Sie vorab Nackenrollen für die Patienten bereit, etwa zehn. Oder bitten Sie die ersten beiden Patienten, die zur KG kommen, ein paar Nackenrollen aus dem Schrank zu holen.

Kommentar 3:

Sprechen Sie langsam und geben Sie dem Patienten für jede Partie seines Körpers, auf die Sie seine Aufmerksamkeit lenken, zwei bis drei Atemzüge Zeit – das ist ein gutes Maß zum Spüren. Nehmen Sie als TherapeutIn dieses Maß im Stillen, ohne es auszusprechen. Wenn die PatientInnen zählen, sind sie leicht vom Spüren abgelenkt.

An die PatientInnen gerichtet:

Breiten Sie Ihre **Decke** [K1] auf dem **Boden** aus.

Legen Sie sich dann auf Ihre Decke und kümmern Sie sich, ob Sie unter dem Kopf eine Unterlage brauchen – **Sie werden etwas länger liegen.** [K2]

Schließen Sie dann die Augen und lassen Sie diese Lage auf sich wirken.

Erspüren Sie die **Auflageflächen** Ihres **Körpers**:

am Kopf, [K3]
am Schultergürtel,
den ganzen Rücken entlang bis zum Becken.

Wo **liegt** der Körper **auf**?
Wo gibt es **Hohlstellen**?

Wo ist der **Beginn der Auflageflächen** an den Beinen spürbar?
Wie spüren Sie die Hohlstellen unter den Knien?

Spüren Sie die Auflageflächen unter den **Waden**.
Und dann die nächsten Hohlstellen unter den **Fußgelenken**.

Und die letzten Auflageflächen unter Ihren beiden **Fersen**.



Versuchen Sie jetzt mit der **Auflagefläche** am Kopf gegen den **Boden** zu drücken.

Nehmen Sie diese Fläche genau wahr.

Spüren Sie die **Auswirkungen des Drucks** auf den **restlichen Körper**.

Jetzt lassen Sie diesen Druck wieder weg und spüren Sie dem nach.

Die **nächste Kontaktstelle** wählen Sie selbst.

Drücken Sie mit dieser Kontaktstelle gegen den Boden.

Und lassen Sie dann los.

Stellen Sie jetzt die **Füße** auf.

Spüren Sie die **Kontaktflächen** an den **Fußsohlen**,
am **Kopf** und an den **Ellenbogen**.

Und drücken Sie alle diese Kontaktflächen gleichzeitig in den Boden.

Achten Sie darauf, dass Ihre **Atmung** sich dieser **Anstrengung** nicht entzieht.

Im Gegenteil: Atmen Sie **dreimal [K4] tief durch**, während Sie weiter den Druck halten.

Dann nehmen Sie den Druck überall wieder raus.

Überlassen Sie dem **Boden** alles Körpergewicht.

Lassen Sie Ihre **Atembewegung** überall hin.

Spüren Sie der **gesamten Auflage** Ihres Körpers nach,
von den Fersen bis zum Kopf. [K5]

Und **sprechen** Sie im Liegen **aus**, wie es Ihnen jetzt damit geht.
[K6]

Kommentar 4:

Hier können Sie das Zählenlassen auf Patientenseite als besonderes Moment einsetzen: um der Anstrengung ein Zeitmaß zu geben.

Kommentar 5:

Geben Sie den PatientInnen genügend Zeit, damit dieses Durchspüren auch wirklich stattfinden kann.

Kommentar 6:

Ganz wichtig: Dass Sie den PatientInnen zwischendurch – und nicht erst in einer Schlussrunde – Raum geben zum Sprechen.



Kommentar 7:

Dies ist die Gegenbewegung zum vorher ausgeübten Druck und zugleich eine andere Intensivierung der Auflageflächen.

Kommentar 8:

Vielleicht gibt es an dieser Stelle sehr **unterschiedliche Antworten** der Patienten. Damit gibt es für den Therapeuten die Möglichkeit zu unterstreichen, wie unterschiedlich – und jeweils individuell wahr und richtig – die Körperempfindungen sein können. Es ist aber auch möglich nachzufragen, in einem zweiten Schritt, ob die unterschiedlichen Erfahrungen dazu anregen, an der einen oder anderen Stelle noch einmal nachzuspüren, wo vorher die Aufmerksamkeit noch nicht gewesen ist. Es geht um die Spannung zwischen Eigenerleben und dem Erleben der Vielfalt und Vielschichtigkeit in der Gruppe.

Kommentar 9:

Dieses Angebot sieht nach so wenig aus, ist aber überraschend anstrengend. Für diejenigen, die nur wahrnehmen, dass sie etwas tun, wenn sie sich dabei anstrengen müssen, ist dies ein Angebot, dass die Verknüpfung von Anstrengung und Wahrnehmung ins Spiel bringt.

Kommentar 10:

Auch hier gilt: Geben Sie zwei bis drei Atemzüge Zeit. Für einige Patienten wird dies lang sein. Lassen Sie sie darüber sprechen, was schwer oder unangenehm ist. Die Arme und Beine dafür dann zwischendurch ablegen lassen.

Kommentar 11:

Möchte eine Patientin / ein Patient über das eben Erlebte sprechen, lassen Sie ihm oder ihr den Raum auch in diesem Ruhemoment. Wenn Sie sehen, dass ein Patient / eine Patientin

Heben Sie **langsam** beide **Arme** vom Boden. [K7]

Erspüren Sie, **wo** Sie bei dieser Bewegung **Veränderungen** an den Auflageflächen bemerken.

Und legen Sie Ihre Arme wieder ab.

Sprechen Sie Ihre **Erfahrung** laut aus. [K8]

Dann heben Sie das **Becken** an, weg vom Kontakt mit dem Boden.

Probieren Sie aus, wie das gehen kann.

Was passiert jetzt mit den **anderen Auflageflächen**?

Dann legen Sie Ihr Becken wieder ab.

Jetzt lösen Sie das **rechte Bein** von Ihrer Decke und bewegen Sie das Bein durch die Luft.

Ganz **langsam**, damit Sie spüren, was **an den verbleibenden Auflageflächen** passiert. [K9]

Jetzt legen Sie das rechte Bein wieder ab.

Und arbeiten Sie jetzt mit dem **linken Bein**.

Und dann mit beiden **Armen und Beinen**. [K10]

Behalten Sie Ihre **Arme und Beine in der Luft** und fangen Sie an, sie gleichzeitig zu **bewegen**.

Und erspüren Sie, wie sich die **Auflagen am Kopf** und **am ganzen Rücken** jetzt anfühlen.

Beenden Sie Ihre Bewegungen, legen Sie **Arme und Beine** ab.

Und bleiben Sie noch einen Moment **ruhend auf dem Rücken** liegen. [K11]



besonders unruhig ist, sprechen Sie ihn oder sie an: »Versuchen Sie auszusprechen, wie es Ihnen gerade geht.«

Kommentar 12:

Auch hier wieder: Jeweils zwei bis drei Atemzüge Zeit geben.

Jetzt drehen Sie sich bitte **auf die rechte Seite**.

Versuchen Sie, die ganze rechte Seite **entlang Ihrer Auflageflächen** zu spüren.

Vielleicht gibt es Stellen, die mehr **drücken** als andere? [K12]

Wo sind die **Hohlstellen**?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich wirklich ablegen können, **sich dem Boden überlassen**?

Kommen Sie dann langsam auf die **andere Seite**.

Und bemerken Sie, wie Sie sich auf dieser Seite ablegen.

Wie ist es jetzt mit den **Hohlstellen**?

Und mit den **Auflageflächen**?

Bevor Sie sich jetzt in eine **Ruhelage** begeben, **räkeln** Sie sich kräftig durch.

Dehnen Sie sich,

und versuchen Sie, mit weit geöffnetem Mund zu **gähnen**.

Kommen Sie dann in Ihre **Liebblings-Ruhelage**.

Und spüren Sie der **Arbeit der letzten halben Stunde** nach. [K13]

Setzen Sie sich bitte auf

und kommen Sie in einem **Kreis** zusammen.

Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? [K14]

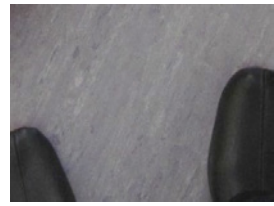
Kommentar 13:

Geben Sie hier **zwei Minuten Zeit**, damit wirklich etwas nachklingen kann. Mit diesem Zeit-Geben unterstreichen Sie auch, dass es Ihnen ernst ist, wenn Sie von Arbeit sprechen. Und dass Sie wissen, wie anstrengend es ist, dem Spüren nachzugehen und dafür Worte zu finden.

Kommentar 14:

Dies ist *eine* mögliche Einleitung für einen Schluss. Sie können auch fragen: »Wie geht es Ihnen jetzt?« Wenn keine Zeit für eine Abschlussrunde ist oder die Zeit erkennbar nicht reicht, um für das Erlebte Worte zu finden: Verweisen Sie auf die *Verbale Gruppe* oder die Sprechstunden. Sie können immer sagen Sie: »**Lassen Sie nachwirken, was Sie heute erlebt haben.**«





Stehen im Kreis

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Die Kreis-Figur, die die PatientInnen gleich zu Beginn der Stunde bilden, wird das prägende Element dieser *Körperbezogenen Psychotherapie*-Stunde sein. Der **Kreis** ermöglicht viele **Variationen** in Bezug auf **Nähe** / **Distanz** bzw. **Sitzen** / **Stehen** / **Liegen**. Dies sind die Variationen, zu denen die Therapeutin / der Therapeut die PatientInnen hinführt – diese Variationen sind **das Material**, an dem der Patient erforschen kann, wie es ihm in der aktuellen KG ergeht: was er empfindet und welche Assoziationen auftauchen.

An die PatientInnen gerichtet:

Stellen Sie sich bitte in einen großen **Kreis**. [K1]

So, dass Sie sich nicht berühren.

Schauen Sie sich um: Was können Sie **sehen**?

Bemerken Sie, wie Sie dastehen
und wie Ihr **Kontakt** zum **Boden** ist.

Kommen Sie jetzt über eine ganz ruhige **Gewichtsverlagerung**
ins **Schwingen**.

Versuchen Sie dabei, den Kontakt **Fußsohle-Boden** gut zu spüren.

Kommen Sie zurück in einen ruhigen **Stand**.

Und versuchen Sie,
durch den ganzen **Körper** hindurch
den **Abstand** zwischen Ihren **Fußsohlen** und Ihrem **Scheitel**
zu spüren.

Jetzt drehen Sie sich um.

Sie stehen jetzt mit dem **Rücken** zur **Kreismitte** –
spüren Sie, was jetzt anders für Sie ist.



Spüren Sie, wie Sie jetzt dastehen.
Wie fühlt sich Ihr **Rücken** an?

Wie ist das »**Kreisgefühl**« jetzt?

Kommentar 2:

Warten Sie die Antworten der PatientInnen ab. Gehen Sie eventuell einmal außen um den Kreis herum. Stellen Sie sich den PatientInnen zur Verfügung: Bekunden Sie durch Ihre Haltung Aufmerksamkeit für die Antworten.

Kommentar 3:

Lassen Sie die PatientInnen nicht die ganze KG über stehen, das ist viel zu anstrengend. Dann wäre für viele PatientInnen nach einer Weile nur noch die Anstrengung des Stehens spürbar. Daher: Bauen sie mindestens an einer Stelle ein, dass die Patienten sich hinsetzen; und dann hinlegen (das kommt gleich).

Kommentar 4:

D.h. ohne Berührung zueinander.

Kommentar 5:

Eine mögliche PatientInnen-Reaktion: »Ich kann die Augen nicht schließen«
Fragen Sie nach: »Was fürchten Sie, könnte passieren?« Häufig kommt als Antwort: »Ich habe Angst, dass mir schwindelig wird.« Versuchen Sie, die PatientInnen zu ermutigen, dennoch die Augen zu schließen. »Und wenn der Schwindel kommt, werden wir uns mit ihm beschäftigen.«
Falls einem Patienten schwindelig wird, bieten Sie an, kurz die Augen zu öffnen – dem nachzuspüren – und noch einmal für einen kleinen Moment zu wagen, die Augen zu schließen. Und wieder zu spüren, was da kommt.

Kommentar 6:

Geben Sie hierfür Zeit – **etwa fünf bis sechs Atemzüge**.

Kommentar 7:

Signalisieren Sie den PatientInnen, dass es wirklich nur um einen kleinen Moment »Bodenarbeit« geht.

Und **sprechen** Sie es **aus**. [K2]

Drehen Sie sich wieder zur **Kreismitte**.

Und **setzen** sich Sie auf den **Boden** [K3]
– mit genügend Abstand zum Nachbarn [K4].

Was ist jetzt **anders** als im **Stehen**?

Schließen Sie bitte die Augen. [K5]

Spüren Sie dem nach, was Sie jetzt **beschäftigt**
und was jetzt **körperlich** für Sie **spürbar** ist. [K6]

Versuchen Sie, die Augen weiter geschlossen zu lassen.
Sprechen Sie dabei **aus**, was Sie gerade **spüren und denken**.

Dann öffnen Sie die Augen wieder.

Legen Sie für einen ganz kurzen Augenblick **auf den Boden**. [K7]

Räkeln und **strecken** Sie sich am Boden.

Spüren Sie der **Anstrengung** nach.

Und **stehen** Sie dann wieder auf.

Nehmen Sie wahr, dass Sie erneut im **Kreis** stehen.

Spüren Sie den **Abstand** zu Ihren **Nachbarn**.

Jetzt versuchen Sie wieder die **Augen zu schließen**.



Und **sprechen** Sie mit geschlossenen Augen aus,
wie es jetzt für Sie ist.

Kommentar 8:

Geben Sie Raum zwischen diesen
Sätzen, jeweils **drei bis vier**
Atemzüge.

Machen Sie jetzt **mit geschlossenen Augen**
einen **Schritt in die Mitte**. [K8]

Was ist jetzt?

Sprechen Sie es aus.

Und versuchen Sie noch einen **Schritt** zu machen.

Kommentar 9:

Warten Sie die Rückmeldungen der
PatientInnen ab. Wenn Sie merken,
dass jetzt niemand etwas sagen
möchte oder kann, gehen Sie nach
einer Weile zum nächsten Schritt über.
Lassen Sie die PatientInnen nicht zu
lange eng in der Kreismitte
zusammenstehen. Für viele ist das
sehr schwer.

Wie ist es jetzt für Sie? [K9]

Stellen Sie sich innerlich darauf ein,
dass Sie gleich mit geschlossenen Augen **zwei Schritte aus dem**
Kreis zurückgehen werden.

Schließen Sie dann die Augen
und gehen Sie jeder **zwei Schritte zurück**.

Spüren Sie gut den **Kontakt** mit dem **Boden**.

Wie ist das mit der **Nähe oder Distanz** zu ihren **Nachbarn**,
links und rechts?

Kommentar 10:

Wenn noch Zeit ist oder Sie variieren
möchten, bieten Sie an, dass sich alle
im Raum einen Platz zum Stehen
suchen, von dem sie glauben, dass die
Nähe / Distanz dort am angenehmsten
ist. Wichtig: Lassen Sie auch hier
aussprechen, wie es den PatientInnen
auf dem gewählten Platz geht; und mit
dem aufgelösten Kreis.

Ist der **Kreis** für Sie noch spürbar? [K10]

Dann **öffnen** Sie bitte die **Augen**.

Hiermit ist die **Stunde beendet**. [K11]

Kommentar 11:

Schließen Sie die Stunde, ohne die
PatientInnen zu einem nochmaligen
Kreis fürs Sharing zusammenzurufen.
Der Kreis war ja das tragende Element
der Stunde.





Ich - der Raum - die Anderen [K1]

Kommentarspalte - für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Hinter der Titelzeile könnte noch geschrieben stehen: »Nähe und Distanz«. Beides, Titel und Hinzufügung, sind als Stichwörter für die TherapeutInnen gedacht. Bitte nicht zu Beginn der KG als »Themen« für die PatientInnen benennen. Es kann sein, dass für die einzelnen ganz andere Themen auftauchen werden. Wenn Sie Stichwörter vorgeben (etwa: »Heute geht es um Nähe und Distanz«), dann engen Sie die Bahn der Empfindungen der PatientInnen und Ihre eigene Wahrnehmung als TherapeutIn von vornherein ein.

Kommentar 2:

Beobachten Sie, wie die PatientInnen mit dem Raumangebot umgehen.

Kommentar 3:

Es geht nicht darum, dass die PatientInnen lernen sollen, unbedingt Blickkontakt aufzunehmen. Vielmehr geht es darum, dass jede/r bei sich selbst wahrnimmt, ob der Kontakt über den Blick gewünscht ist oder nicht. Und wie unterschiedlich das möglicherweise ist, je nach dem, wer einem begegnet.

Kommentar 4:

Dieses In-Worte-Fassen des Erlebten zwischendurch ist wichtig, damit das gerade Erfahrene noch im Gefühl präsent ist. Eine halbe Stunde später, etwa bei einer Abschlussrunde, ist der Auftakt schon weit weg.

An die PatientInnen gerichtet:

Sie werden gleich **durcheinander** durch den **Raum** gehen.

Überlegen Sie sich, **wie** Sie Ihre **Hände** und **Arme** dabei halten möchten:

Vor dem Körper? Hinter dem Körper?

Oder einfach hängen lassen?

Die Arme verschränkt, die Hände gefaltet?

Probieren Sie es aus.

Und **bewegen** Sie sich durch den **Raum**.

Versuchen Sie, die **Freiräume** [K2] zu sehen und zu nutzen.

Bemerken Sie, ob Sie **Blickkontakt** aufnehmen, **oder** ob Sie Blickkontakt eher **vermeiden**. [K3]

Bemerken Sie, ob Sie sich jemandem **anschießen** möchten **oder** ob Sie ihren Weg **allein** gehen.

Dann **halten** Sie bitte **inne**, dort, wo Sie gerade sind.

Finden Sie sich zu **zweit** oder zu **dritt** zusammen, und **tauschen** Sie sich über das eben Erfahrene **aus**. [K4]



Jetzt verteilen Sie sich bitte an die **Wände**.

Jeder sucht sich einen Platz
und **lehnt sich** an die Wand.

Der **Raum** liegt jetzt vor Ihnen.
Versuchen Sie dieses **Raumbild** zu erfassen.
Und schließen Sie dann die Augen.

Kommentar 5:

Lassen Sie den PatientInnen Zeit. Das
Spüren von Wand, Körper, Boden und
Raum – das ist ja sehr viel.

Kommentar 6:

Beobachten Sie, wie die PatientInnen
mit der Wand umgehen: Ist sie eine
Stütze? Eine Orientierungshilfe? Eine
Störung oder Einengung? Stehen die
PatientInnen angelehnt oder mit etwas
Abstand davor?

Spüren Sie gut **hin** [K5]:

die **Wand** – mein **Körper** – der **Boden** unter mir – der **Raum** vor
mir [K6]

Versuchen Sie, die Augen geschlossen zu halten
und **mit geschlossenen Augen darüber zu sprechen**.

Jetzt öffnen Sie die Augen und klären Sie für sich:
Was erlebe ich jetzt – mit offenen Augen – anders?

Sprechen Sie es bitte **aus**.

Stellen Sie sich **vor** – zunächst nur in Gedanken –
dass Sie gleich die Wand **verlassen** werden,
und zwar **mit geschlossenen Augen**.

Nehmen Sie das **Bild** des **Raumes** vorher noch einmal wahr.

Schließen Sie dann **die Augen**
und trauen Sie sich, ein paar **Schritte in den Raum** zu gehen.

Bleiben Sie stehen
und **sprechen Sie** mit geschlossenen Augen laut aus,
was für Sie **schwierig** ist oder auch nicht.

Bemerken Sie, ob Sie weitere Schritte **probieren** möchten,
und wie es Ihnen dabei geht.

Sie können einen **langen Weg** probieren oder **mehrere kurze**.



Kommentar 7:

Weder *Bei-sich-Sein* noch *Auf-den-anderen-achten* ist hier ein Lern-Ziel. Es geht darum, die PatientInnen zu ermutigen, genau wahrzunehmen, wo sie sich jeweils mit ihrer Aufmerksamkeit befinden.

Kommentar 8:

Auch hier gilt: Geben Sie den PatientInnen Zeit – für die vielen Facetten, die mit einer Berührung verbunden sein können: Schreck, Aufregung, Sehnsucht, Unwohlsein, Trauer oder auch ein »das ist mir egal«, um nur einiges zu nennen.

Kommentar 9:

Überlegen Sie als TherapeutIn, ob Sie hier im Sprechen in die Ich-Perspektive wechseln möchten. Manchmal kann das auch als zu nah empfunden werden.

Bemerken Sie, wo Sie mit Ihrer **Aufmerksamkeit** sind:

Bei sich? Bei den **anderen?** [K7]

Wie erleben Sie den **Raum** jetzt?

Wenn es zu einer **Berührung** kommt

– mit einer **Wand** oder mit einer **Person** [K8] –
dann halten Sie bitte kurz inne.

Nehmen Sie sich Zeit, der Berührung **nachzuspüren**.

Wie ist das für Sie?

Und gehen Sie dann Ihren Weg weiter.

Bitte **halten** Sie **inne**, mit geschlossenen Augen.

Spüren Sie **hin**.

Spüren Sie den **Boden** unter den Füßen,
den **Raum** um sich herum.

Wo sind, Ihrem **Empfinden** nach, **die Wände?**

Halten Sie noch einen Moment die Augen geschlossen
und **klären Sie für sich**:

In welchem **Abstand** stehe ich **zur nächsten Wand?** [K9]

Und zu den **anderen** aus meiner Gruppe?

Wie empfinde ich den Abstand zur nächsten **Person?**

Dann **öffnen** Sie die **Augen** und **schauen** Sie sich **um**:

Was **sehe** ich jetzt?

Und wie habe ich es vorher vor meinem **inneren Auge** gesehen?

Dann setzen Sie sich bitte zu **zweit oder** zu **dritt** zusammen.

Und tauschen Sie Ihre **Erfahrungen** aus.



Gehen Sie noch einmal ganz **aufmerksam** durch den **Raum**,
aufmerksam **für sich** und **für die anderen**.
Vor-sichtig und rück-sichts-voll.

Jeder entscheidet seinen **Weg**,
sein **Tempo**,
seine **Bewegungsrichtung**: vorwärts oder rückwärts,
mit **offenen** oder **geschlossenen Augen**.

Probieren Sie es
und **bemerken Sie**, mit welcher **inneren Einstellung** Sie es tun.

Dann halten Sie wieder inne.
Und bleiben Sie noch **einen Moment bei sich**.

Kommentar 10:

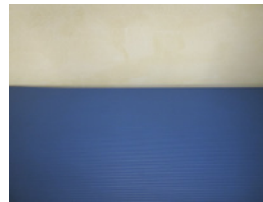
Nehmen Sie zu Beginn der KG
Hocker für diejenigen PatientInnen
mit in den Raum, von denen Sie
wissen, dass sie sich nicht auf den
Boden setzen können.

Wenn Sie das Gefühl haben, dass auch
andere PatientInnen sich nicht gern
auf den Boden setzen, bieten Sie an,
dass sie ihre Decken dazunehmen.
Oder aber Sie fragen ganz zum
Schluss, ob es für jemanden ein
Problem war, einfach so auf dem
Boden zu sitzen. Wichtig ist Ihre
eigene Haltung. Denken Sie daran:
Die Zeit, die in das Holen und
Wegbringen von Matten und Decken
geht, fehlt für das Wahrnehmen,
Spüren, Aussprechen, d.h. sie fehlt
letztlich für das psychotherapeutische
Arbeiten.

Kommen Sie dann zu einem Kreis zusammen. [K10]

Und **sprechen Sie** über Ihre Erfahrungen.





Spüren im Liegen – Körperräume

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Für dieses Angebot brauchen die PatientInnen nur ihre Decken.

Kommentar 2:

Geben auch Sie den PatientInnen Zeit zum Spüren, etwa **fünf bis sechs Atemzüge**, ohne den PatientInnen das zu sagen (sonst gibt es einen Fokus aufs Zählen der Atemzüge). Am besten nehmen Sie als TherapeutIn bei sich selbst Maß.

Kommentar 3:

Berührungen der Kopfhaut mit den Fingern können viel auslösen. Wenn eine Patientin / ein Patient jetzt schon etwas von seinen Empfindungen sagt, ist das wertvoll und wichtig. Entgegenen Sie bitte nicht: »Jetzt nicht« oder »Noch nicht sprechen«. Wenn Sie weiter im Angebot des Spürens bleiben möchten, geben Sie

An die PatientInnen gerichtet:

Breiten Sie Ihre Decken [\[K1\]](#) aus
und **legen** Sie sich auf den **Rücken**.

Stellen Sie bitte **beide Füße** auf,
damit Sie in der Kreuzgegend besser aufliegen,
und **umfassen** Sie Ihren **Kopf großflächig** mit **beiden Händen**:

die **Finger** etwas auseinander
die **kleinen Finger** an den **Schläfen**
die **Daumen** hinter den **Ohren**.

Die **Hände** versuchen jetzt **in den Kopf** hineinzuspüren,
und mit dem **Kopf** spüren Sie zu den **Händen**.

Atmen Sie dabei tief und ruhig
und lassen Sie sich **Zeit zum Spüren**. [\[K2\]](#)

Schließen Sie die Augen
und **spüren Sie in den Kopf** hinein. [\[K3\]](#)

Dann **lösen** Sie ganz behutsam **die Hände** vom Kopf.

Legen Sie Ihre Hände irgendwo ab und spüren Sie dem nach:
dem **Kopf**, dem **Innenraum des Kopfes** und auch Ihren **Händen**.

Die **Beine** können Sie ein Moment **langlegen**.



Spüren bleiben möchten, geben Sie dem Patienten zu verstehen, dass Sie ihn gehört haben – manchmal reicht da schon ein bestätigendes »hm«. Dann können Sie mit dem nächsten Element Ihres Angebots fortfahren.

Kommentar 4:

Zeit geben – dies gilt auch für die nächsten Spür-Momente – , jetzt jeweils etwa drei ruhige Atemzüge lang.

Kommentar 5:

Das Spürangebot dieser Stunde geht vom Kopf über den Schulterbereich, dann zum Becken, zu den Beinen bis zu den Füßen. Erst am Ende der Stunde in einer Runde über das Erlebte zu sprechen, würde Wahrnehmung und Sprechen weit voneinander entfernen. Daher ist es wichtig, bereits im Verlauf der Stunde einen Raum zum Sprechen nah zum Spüren – und zu den Gefühlen, die dabei möglicherweise auftauchen – zu öffnen.

Kommentar 6:

Seien Sie als TherapeutIn neugierig: Was haben die PatientInnen heute für eine Wahrnehmung für den so gespürten Bauchraum? Ist der gefühlte Abstand vielleicht überraschend klein oder groß? Oder rücken in der Wahrnehmung vor allem die Hände in den Fokus? – Nehmen Sie das wahr, ohne dass Sie sich selbst (und damit auch die PatientInnen) unter Druck setzen, das Gespürte sofort verstehen zu wollen. Gerade das Überraschende in der KG führt im weiteren Therapieverlauf oft zu neuen Verknüpfungen.

Kommentar 7:

Dieses Räkeln zwischendurch ist hilfreich gerade für die PatientInnen, für die die Wahrnehmung des eigenen Körpers sehr schwierig und fordernd ist, und die, ohne es zu wollen, leicht in einer »Das muss ich jetzt durchstehen«-Haltung erstarren.

Jetzt **nehmen Sie sich einmal selbst in den Arm:**
die **rechte Hand** umfasst die **linke Schulter**
und die **linke Hand** umfasst die **rechte Schulter**.

Versuchen Sie den Raum Ihres **Schultergürtels** zu erspüren.

Lösen Sie behutsam die Hände und legen Sie Ihre Arme ab.

Breiten Sie Ihre Arme etwas aus,
und Sie legen den **Handrücken** auf den **Boden**.
Wie fühlt sich der **Schulterraum** in dieser Lage an?

Sprechen Sie es aus, was Sie wahrnehmen. [K5]

Die **Füße** bitte wieder aufstellen.

Jetzt schieben Sie eine **Hand** unter ihren **Rücken**,
legen Sie diese Hand **in die Kreuzgegend**.
Und **die andere** auf die **gegenüberliegende Seite** auf den **Bauch**.

Versuchen Sie durch den **Bauch hindurch** von einer **Hand zur anderen** zu spüren.

Wie groß ist der Abstand?
Wie fühlt sich der **Raum zwischen den Händen** an? [K6]

Die Hände langsam wieder lösen und nachspüren.

Dann **strecken Sie sich**,
bewegen Sie Arme und Beine,
drehen Sie sich mal auf die eine, mal auf die andere Seite.[K7]

Kommen Sie dann zurück in die **Rückenlage**,
die Füße wieder aufgestellt.

Jetzt legen Sie **beide Hände an Ihr Becken**, rechts und links:

Das jeweilige **Handgelenk** liegt am **Beckenkamm**
– dem Rand der Beckenschaufel –,
die Fingerspitzen zeigen Richtung Füße.

Und wieder versuchen Sie den **Raum** zu spüren,
der jetzt zwischen Ihren Händen ist, Ihren **Beckenraum**:

Rechts und links **begrenzt** durch Ihre **Handflächen**.

Unten begrenzt durch den **Boden**.

Und an der weichen **Bauchdecke** können Sie vielleicht spüren,
wie sie sich durch die Atembewegung hebt und senkt.

Kommentar 8:

Das ist sehr viel – geben Sie ruhig
etwas mehr Zeit zum Spüren, fünf bis
sechs Atemzüge lang.

Spüren Sie in Ihren **Bauchraum** hinein. [K8]

Die Hände langsam wieder lösen – wie fühlt sich dieser **Raum** jetzt
an, **ohne den Kontakt** mit den Händen?

Kommentar 9:

Geben Sie Raum zum Sprechen,
warten Sie ab, was von den
PatientInnen kommt. Vielleicht
kommt auch »Ich empfinde nichts«:
Auch dies ist eine wichtige Aussagen,
weil sie zeigt, wie der Patient / die
Patientin darauf reagiert, wenn es ums
Erspüren der eigenen Körperräume
geht.

Sprechen Sie aus, was Sie empfinden. [K9]

Dann setzen Sie sich langsam auf
und wenden Sie sich Ihrem **rechten Oberschenkel** zu.

Umfassen Sie Ihren **rechten Oberschenkel** großflächig mit den
Händen.

An unterschiedlichen Stellen.

Und spüren Sie in das **Bein** hinein.

Jetzt **streichen** Sie den ganzen **Oberschenkel aus**
und wenden sich dann dem **rechten Knie** zu:

Legen Sie beide **Hände um das Knie**,
spüren Sie in das Knie hinein. [K10]

Vielleicht haben Sie ein **Bild** von diesem **Gelenk**.

Wenn es schon mal Schmerzen bereitet hat, was hat da weh getan?

Was spüren Sie jetzt, in diesem Moment, von Ihrem **rechten Knie**? [K11]

Die Hände kommen jetzt zum **Unterschenkel**.

Kommentar 10:

Immer wieder Zeit geben zum Spüren.
Atmen Sie als TherapeutIn dreimal
ruhig durch, bevor Sie weitersprechen.

Kommentar 11:

Wenn kein Patient / keine Patientin
etwas sagt, können Sie auch einen
Patienten ansprechen. Vielleicht gibt



es jemanden in der Gruppe, von dem Sie wissen, dass die Knie Probleme bereiten oder jemanden, der mit dem Gefühl da ist, dass ihn die Beine nicht mehr gut tragen. Oder es gibt jemanden, der Ihnen beim Umhersehen auffällt durch die Art und Weise, wie er sich seinem Bein zuwendet. Dann können Sie Frau X oder Herrn Y darauf ansprechen, fragen, ob da etwas schmerzt oder auch feststellen: »Herr Y, Sie sehen sehr entspannt aus mit Ihrem Knie. Wie ist Ihre eigene Wahrnehmung?«

Sie umfassen ihn wieder an unterschiedlichen Stellen. Versuchen Sie dabei, die **Länge und den Raum Ihres Unterschenkels** zu erspüren.

Streichen Sie den Unterschenkel dann aus und enden Sie am **Fußgelenk**.

Legen Sie jetzt Ihre **rechten Fingerkuppen** außen an Ihren rechten **Knöchel**, und die **linken Fingerkuppen** innen.

Schließen Sie Ihre Augen und spüren Sie von einer **Hand zur anderen**, durch das **Gelenk** hindurch.

Dann legen Sie bitte **Ihre Hände um das Gelenk**.

Bewegen Sie behutsam den Fuß. Und spüren Sie im **Fußgelenk** und an den **Händen** diese Bewegung.

Jetzt ist der rechte **Fuß** dran:
Holen Sie ihn etwas zu sich heran,
umfassen Sie ihn mit den **Händen**.
Und versuchen Sie, **in den Fuß hinein zu spüren**.

Legen Sie die Hände immer mal an einen anderen Punkt Ihres rechten Fußes.

Kann ich etwas von dem **Raum meines Fußes erspüren?**

Legen Sie sich bitte einen Moment lang und vergleichen Sie das **Körpergefühl** im **rechten** und im **linken Bein**.

Spüren Sie dem nach und **sprechen Sie im Liegen aus, was Sie jetzt empfinden**. [K12]

Kommentar 12:

Auch hier gilt: Sprechen Sie ruhig auch einzelne PatientInnen an: »Frau X / Herr Y, wie fühlen sich Ihre Beine jetzt an? Was spüren Sie ?« (Vielleicht sind es ja gar nicht die Beine, in denen der Patient / die Patientin etwas spürt.)

Bleiben Sie noch einen Moment mit geschlossenen Augen liegen.
Und versuchen Sie, Ihren **Körper als Raum** zu spüren – von den
Fußsohlen bis zum Scheitel – begrenzt durch die Haut.

Kommentar 13:

Dies wäre eine mögliche Frage, um
eine Schlussrunde zu beginnen.

Wie geht es Ihnen jetzt? [K13]

* * *

Kommentar 14:

Aber wenn Sie den Eindruck haben,
dass die PatientInnen sich noch auf
das Spüren einlassen können, dann
lassen Sie **auch das linke Bein**
»erarbeiten«. Dies können Sie in
umgekehrter Folge vom Fuß
ausgehend tun.

[K14]

Setzen Sie sich langsam auf
und wenden Sie sich Ihrem **linken Fuß** zu. [K15]

Umfassen Sie ihn mit beiden Händen an verschiedenen Stellen.
Spüren Sie in Ihren linken Fuß hinein.

Kommentar 15:

Sie können auch einen Mittelweg
wählen – zwischen »Ende der Stunde«
und »Linkes-Bein-Erarbeiten« – dann
geht es vielleicht nur um den linken
Fuß oder das linke Knie. Es muss
nicht alles symmetrisch sein. Manch-
mal reagieren die PatientInnen gerade
auf eine solche Asymmetrie – es kann
sehr spannend sein, was da an
Reaktionen / Äußerungen kommt.

Wie fühlt sich Ihr **linker Fuß** jetzt im Moment gerade an?
Können Sie etwas von seinem **Raum** wahrnehmen?

Dann legen Sie bitte **Ihre Hände** um Ihr **linkes Fußgelenk**.
Bewegen Sie behutsam den Fuß.

Und spüren Sie im **Fußgelenk** und an den **Händen** diese
Bewegung.

Legen jetzt Ihre **Fingerkuppen** an den **Knöchel**,
die rechten innen, die linken außen.

Schließen Sie Ihre Augen
und spüren Sie **von einer Hand zur anderen**,
durch das **Fußgelenk hindurch**.

Erspüren Sie jetzt mit Ihren Händen den **linken Unterschenkel**.

Wenden Sie sich jetzt Ihrem **linken Knie** zu.
Legen Sie **beide Hände um das Knie**
und spüren Sie in das Knie hinein.

Umfassen Sie jetzt Ihren **linken Oberschenkel**
großflächig mit den Händen.

An unterschiedlichen Stellen.



Und spüren Sie in Ihr linkes Bein hinein.

Legen Sie sich zum Abschluss noch einen Moment lang.

Schließen Sie die Augen und spüren Sie in Ihre **beiden Beine**.
Die Oberschenkel – die Knie – die Unterschenkel – die Fußgelenke
und Füße.

Und **sprechen Sie im Liegen aus, was Sie jetzt wahrnehmen**.

Dann versuchen Sie noch einmal, **Ihren Körper als Raum zu spüren**.

Lassen Sie dieses **Gefühl** noch etwas auf sich **wirken**.

[K16]

Kommentar 16:

Fünf bis sechs Atemzüge lang.

Kommentar 17:

Eine Runde zum Abschluss einer *Körperbezogenen Psychotherapie* ist kein Muss. Wenn Sie immer eine Schlussrunde machen, besteht die Gefahr, dass Ihre PatientInnen sich innerlich darauf einstellen. Anstatt im je besonderen Hier und Jetzt zu spüren, was sie empfinden oder was für Assoziationen ein Angebot hervorruft, sind die PatientInnen dann schon beim ›Was sag ich gleich in der Schlussrunde?‹.

Variieren Sie als TherapeutIn je nach Angebot / Gruppe / Verlauf und machen Sie eine Schlussrunde oder eben auch nicht. Sie können immer darauf verweisen, dass das, **was von der Körperbezogenen Psychotherapie nachwirkt**, Raum hat in der *Verbalen Gruppe* oder im *Einzelgespräch*.

Hiermit ist die **Stunde beendet**. [K17]





Spüren im Stehen – Blicke

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Abstand und Bewegungsfreiheit sind wichtig – greifen Sie ein, wenn Sie sehen, dass jemand zu dicht an einer Wand steht oder an einem Pfeiler. Es muss so viel Raum sein, dass die PatientInnen sich im weiteren Verlauf der Stunde dort, wo sie sich befinden, auf ihre Decken legen können. Das sollten Sie als TherapeutIn im Kopf haben, aber nicht unbedingt aussprechen – dann sind die PatientInnen in Gedanken womöglich schon beim Auf-der-Decke-Liegen.

Kommentar 2:

Geben Sie den PatientInnen jeweils **zwei bis drei Atemzüge** Zeit.

Kommentar 3:

Das Sprechen ist ganz besonders wichtig an dieser Stelle, da es um die Verknüpfung von Körperwahrnehmung und Bild (»im

An die PatientInnen gerichtet:

Lassen Sie Ihre Decken zunächst einmal an den Seiten liegen.

Finden Sie einen **Ort** im Raum zum **Stehen**.

Verteilen Sie sich so im Raum, dass Sie genügend **Abstand** und **Bewegungsfreiheit** haben. [K1]

Spüren Sie hin, wie Sie **dastehen**.

Wie der Kontakt zum Boden sich anfühlt.

Wie Ihre Aufrichtung sich anfühlt.

Jetzt versuchen Sie, die Augen zu schließen und von innen zu erspüren: **Wie stehe ich da?** [K2]

Gibt es so etwas wie einen »**Standpunkt**« **in mir – für mich?**

Öffnen Sie dann die Augen wieder und klären Sie für sich:
Was ist anders mit **offenen Augen?**

Was wird durch den **Blick nach außen** spürbar?
Und was wird durch den **Blick nach innen** spürbar?

Und **sprechen Sie** das bitte laut **aus**. [K3]



Blick der anderen sein«) geht – und das hat auch immer mit dem zu tun, was wir über uns und unseren Platz in der Welt von anderen gehört und aufgenommen haben. Wenn die PatientInnen anfangen darüber zu sprechen, kann etwas davon hörbar werden und wird im weiteren Therapieverlauf bearbeitbar.

Kommentar 4:

Lassen Sie die PatientInnen das aussprechen. Wenn keiner etwas sagt, sprechen Sie einzelne an. (»Frau Y, ist das Stehen anstrengend für Sie?«

»Und Herr Z., wie fühlt sich das Stehen für Sie an? «) Vielleicht kommt dann »Ich halt das schon aus«, oder »Finde ich nicht schwierig« oder »Mir ist langweilig«. Jede Aussage ist wertvoll, weil sie etwas darüber sagt, wie der Patient / die Patientin mit dem So-Dastehen umgeht.

Kommentar 6:

Sich-vom-Boden-tragen-lassen ist keinesfalls so etwas wie ein »Übungs-Ziel« der *Körperbezogenen Psychotherapie*. Es geht vielmehr darum, die PatientInnen für die Spannung und Anstrengung zu sensibilisieren, die sich in ihre Körper eingeschrieben haben. Wenn die PatientInnen sich trauen, diesen unangenehmen Empfindungen nachzugehen, kann es gelingen, dem auf die Spur zu kommen, woher diese kommen bzw. zu welchen Themen sie führen. Eine sehr basale Botschaft der KGs ist dabei von Anfang an, getragen durch das Interesse der TherapeutInnen: »Was Sie spüren, ist wichtig.«

Sie stehen jetzt schon eine Weile.

Wie gehen Sie mit dieser **Anstrengung** um, **wie** wird sie **körperlich spürbar**? [K4]

Dann nehmen Sie sich bitte Ihre **Decken**, breiten Sie sie aus und **legen** Sie sich lang.

Räkeln Sie sich gut durch und finden Sie dann eine **Ruhelage** für sich.

Ist die **Anstrengung vom Stehen** jetzt noch spürbar? Sprechen Sie das im Liegen aus.

Spüren sie dort hin, wo Anstrengung spürbar ist und versuchen Sie jetzt, **alles Körpergewicht dem Boden zu überlassen**, d.h., sich nirgendwo körperlich anzustrengen.

Geht das überhaupt: sich von dem Boden ganz tragen zu lassen? [K6]

Können Sie die **Augen dabei schließen** und **nach innen schauen**?

Jetzt **bewegen** Sie sich auf der Decke durch: alle **Gelenke** wirklich benutzen, sich spannen, sich dehnen.

Und dann **stehen** Sie wieder auf.

Spüren Sie hin, wie Sie jetzt **dastehen**.

Wie ist es mit offenen Augen?

Wie mit geschlossenen Augen?

Schauen Sie sich jetzt um und stellen sich innerlich drauf ein, dass Sie sich **gleich ein Gegenüber suchen** werden.



Machen Sie sich jetzt auf den Weg zu einem **Gegenüber** oder verständigen Sie sich mit **Blicken** oder **Handzeichen**.

Kommentar 7:

Es wird im Folgenden ums *Sehen* und *Angesehen-Werden* gehen. Der Blick des anderen ist aber begehrt und gefürchtet zugleich, daher wird hier die Decke als Haltelinie eingesetzt.

Wenn Sie sich zu **Paaren** gefunden haben, legen Sie **eine Decke zwischen sich**. [K7]

Studieren, **wie Sie jetzt stehen**.

Und schauen Sie hin, wie Sie **das Stehen Ihres Gegenübers sehen**.

Nehmen Sie sich hierfür **drei bis vier Atemzüge** Zeit.

Dann suchen Sie sich **ein neues Gegenüber**.

Spüren Sie hin:

Hat mein Gegenüber – also die Tatsache, **dass ich beobachtet werde** – Einfluss auf mein eigenes **Stehen**?

Versuchen Sie, den Unterschied mit **offenen** und **geschlossenen Augen** zu studieren.

Ist es möglich, dass ich **mich spüre** und gleichzeitig **mein Gegenüber wahrnehme**?

Und welche Auswirkung hat das **auf mein Stehen**?

Sprechen Sie es aus. [K8]

Probieren Sie jetzt noch **zwei bis drei weitere Partner** aus.

Versuchen Sie jeweils beide, **sich gegenseitig mitzuteilen, was Sie dabei empfinden**. [K9]

Kommentar 8:

Geben Sie den PatientInnen Zeit zum Sprechen. Wenn niemand etwas sagt, sprechen Sie einzelne an. »Frau X, wie ist das, von Frau M. angesehen zu werden?« – Es ist wichtig, dass an dieser Stelle gesprochen wird, damit ein anderes Medium – die Stimme – die Dominanz der Blicke durchbricht.

Kommentar 9:

Hier müssen Sie den verschiedenen Paar-Konstellationen genügend Zeit geben zum Spüren und Sprechen. Nehmen Sie wahr, wie die PatientInnen mit der Situation umgehen: Wer sucht wen? Wo gibt es Lachen? Wer traut sich, eine Weile zu spüren? Wo gibt es ein großes Bedürfnis sich mitzuteilen, wo eher weniger Worte?

Bemerken Sie auch, ob es **egal** ist, wer vor Ihnen steht – oder gerade nicht.

Verlassen Sie jetzt bitte Ihr Gegenüber und **gehen Sie allein durch den Raum**, um die Decken herum.



Bleiben Sie immer mal stehen und **spüren Sie hin, wie Sie stehen**, mal mit offenen, mal mit geschlossenen Augen.

Kommen Sie dann zurück auf Ihre Decke und **legen** Sie sich noch einmal gut **ab**.

Versuchen Sie dem **nachzuspüren, was Sie eben erfahren haben**.
[K10]

Kommentar 10:

Geben Sie hier **zwei Minuten** Zeit zum Nachspüren.

Jetzt strecken Sie sich kräftig,
dehnen Sie sich, versuchen Sie zu gähnen und zu stöhnen,
räkeln Sie sich kräftig durch.

Und kommen Sie dann zur **Schlussrunde** zusammen:

Kommentar 11:

Wichtig ist, dass hier wirklich Zeit und Raum zum Sprechen ist: Die PatientInnen haben die Anstrengung des Stehens im Raum erlebt, dann das eigene Schauen und das Angeblickt-Werden mit verschiedenen Mit-PatientInnen. Das ist viel und hat vermutlich verschiedene Ebenen berührt, die nicht immer einfach in Worte zu fassen sind.

Wie ist es Ihnen ergangen? [K11]

Wie geht es Ihnen jetzt am Ende dieser Stunde?

Sie können als TherapeutIn auch etwas von Ihren Beobachtungen einbringen oder Fragen stellen (»Frau E. und Herr S., Sie haben sehr viel gelacht.« oder »Frau W., Sie wollten sich erst an die Seite setzen, dann haben Sie doch mitgemacht. Wie ist es Ihnen dabei ergangen?«)





Arbeit an den Beinen

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Sagen Sie dies den Patienten bereits beim Reinkommen. Ansonsten haben Sie einen doppelten Anfang. (Reinkommen / Begrüßen / Rausgehen / Gegenstände holen / wieder Reinkommen.) Damit verlieren Sie Zeit und Struktur.

Kommentar 2:

Durch das unterschiedliche Material von Nackenrolle und Rundholz unterstützt dieses Angebot die Arbeit an der Differenzierung von Wahrnehmung – eine immens wichtige Voraussetzung, um Psychotherapie machen zu können.

Kommentar 3:

Zwei bis drei Atemzüge lang – Ihre Atemzüge – nicht länger.

An die PatientInnen gerichtet:

Holen Sie sich bitte jeder **ein kleines Halbrundholz** und **eine Nackenrolle**. [K1]

Legen Sie sich dann in der **Rückenlage** auf Ihre **Decke**.

Legen Sie das **Holz** – mit der **runden Seite nach oben** – unter die **rechte Kniekehle** und die **Nackenrolle** unter die **linke**. [K2]

Spüren Sie diese unterschiedlichen **Materialien** und die **Wirkung** auf Ihre **Beine**.

Versuchen Sie, die **Beine** wirklich auf diesem Material **ruhen zu lassen**: Versuchen Sie, die Beine darauf **abzulegen**.

Wie liegt jetzt der **Rücken** auf?

Wo und wie haben Sie die **Arme** abgelegt?

Wie geht es Ihrem **Nacken**? Ihrem **Kopf**?

Und wie spüren Sie den **Kontakt** der **Fersen** auf dem **Boden**?

Gibt es **Unterschiede** zwischen der **rechten** und der **linken Ferse**?

Jetzt nehmen Sie bitte **beide Fersen** vom **Boden weg**.

Spüren Sie die **Spannung** in den **Beinen**.

Und den **Druck** der **Kniekehlen** gegen das **Holz** und gegen die **Nackenrolle**.

Halten Sie die **Beine** einen Moment so. [K3]



Und legen Sie die Beine dann – **ganz langsam** – wieder ab.
So langsam, dass Sie **spüren können**,
wie die Spannung in Ihren Beinen **nachlässt**.

Bitte **wiederholen** Sie diese **Bewegung** ein paarmal:
Fersen vom Boden heben – Halten der Beine – langsames Ablegen.

Es ist schwierig, aber sehr wichtig, dass Sie das wirklich **ganz langsam** und behutsam machen:

Damit Sie den **Wechsel von Spannung** und **Loslassen** wirklich wahrnehmen können. [K4]

Kommentar 4:

Gut möglich, dass einige PatientInnen anfangen zu schimpfen oder sagen, dass sie gern schimpfen würden.
Fragen Sie nach: »Was genau würden Sie gerne sagen?« Und: »Wirklich so leise?« – Vielleicht führt die Wut über die Anstrengung mit dem blöden Holz und der dämlichen Nackenrolle zu ganz anderer existentiellerer Wut. Aber die Verknüpfung muss durch Worte begleitet sein, sonst gibt es nur einen »Wut-Sumpf«.

Kommentar 5:

Auch hier ist es wichtig, dass die PatientInnen sich wirklich langsam hinstellen, da die Tonus-Veränderung vom Liegen zum Stehen berücksichtigt werden muss.

Was passiert da in Ihren **Beinen**?

Nehmen Sie das **Holz** und die **Rolle** unter Ihren Kniekehlen **weg** und kommen Sie ganz langsam und vorsichtig zum **Stehen**. [K5]

Im Stehen **schließen** Sie dann die **Augen**.

Spüren Sie Ihre **Beine**.

Und den **Kontakt** zum **Boden** durch die Decke hindurch.

Treten Sie dann ein wenig auf der Stelle.

Wie ist das Gefühl jetzt in Ihren **Beinen**, in den **Füßen**?
Gibt es **Unterschiede** zwischen **rechts** und **links**?

Und **sprechen** Sie das bitte **aus**.

Legen Sie sich wieder in die **Rückenlage** und probieren Sie Folgendes aus:

Legen Sie das **Holz** unter den **linken Oberschenkel** und die **Rolle** unter den **rechten Oberschenkel**.

Jetzt **drücken** Sie die **Fersen** in den **Boden**. [K6]

Nehmen Sie den **Druck** wieder von den Fersen und spüren Sie dem nach.

Kommentar 6:

Wieder eine heftige Kontraktion – für drei bis vier Atemzüge – aber eine andere als zuvor. Schauen Sie hin, ob das Angebot aufgenommen worden ist



Vielleicht ist die Veränderung – jetzt geht es um die Oberschenkel und darum, die Fersen in den Boden zu drücken, zunächst ging es um die Unterschenkel und das Heben der Fersen – von den Patienten nicht realisiert worden.

Dann wiederholen Sie dies **noch zweimal**:
Druck auf die Fersen – **loslassen**.

Nehmen Sie wahr, **wie** Sie mit dem Druck umgehen,
und **wo** er noch im Körper zu spüren ist.

Nehmen Sie das **Holz** und die **Rolle** wieder weg.

Und überprüfen jetzt,
ob Ihre **Beine** sich **unterschiedlich** anfühlen.

Stehen Sie dann langsam **auf**.
Wenn Sie stehen, schließen Sie wieder die Augen.

Gehen Sie auf Ihrer **Decke** ein paar **Schritte**
– mit geschlossenen Augen –
um die **Beine** im **Gehen** zu erspüren.

Bleiben Sie **stehen**.

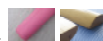
Und **sprechen Sie aus**, was spürbar ist.

Dann **öffnen** Sie wieder **die Augen**
und **gehen Sie** um die Decken herum durch den **Raum**.

Ganz aufmerksam fürs Wahrnehmen
Ihrer **Füße**,
Ihrer **Beine**,
für die **Aufrichtung Ihres Oberkörpers**
und **die Haltung Ihres Kopfes**.

Kommen Sie zurück zu Ihrer **Decke**

Versuchen Sie jetzt, sich mit dem **rechten Fuß auf das Holz zu stellen** – und zwar auf die **flache** Seite des Holzes –
und mit dem **linken Fuß auf die Rolle**.



Kommentar 7:

Beobachten Sie, wie Ihre PatientInnen mit diesem Angebot umgehen: Gibt es Freude daran oder Anstrengung? Angst oder Langeweile? Von Ihrer eigenen Wahrnehmung können Sie gegebenenfalls auch etwas in das Gespräch mit den PatientInnen einfließen lassen.

Kommentar 8:

Geben Sie den Patienten Zeit zum Ausprobieren – aber passen Sie auf, vielleicht gibt es jemanden mit Gleichgewichtsproblemen. Wenn das so ist, bieten Sie diesen PatientInnen Stützen an: die Wand, eine Säule; oder Sie lassen die PatientInnen dieses Stehen zu zweit machen.

Kommentar 9:

Ideal wäre es, wenn Sie diese Arbeit mit dem Holz vorher selbst einmal ausprobiert haben.

Kommentar 10:

Das Holz unterm Becken unterstützt die »gerollte« Haltung. Das Holz entlastet die Lendengegend, vorausgesetzt, die PatientInnen haben

Da gibt es jetzt einen **Höhenunterschied**, mit dem Sie etwas **spielen** können [K7]:

Drücken Sie den **rechten Fuß** in das **Holz**, dann hebt sich der **linke** Fuß von der **Rolle**.

Und umgekehrt:

Drücken Sie mit dem **linken Fuß** in die **Rolle**, und nehmen Sie das **rechte Bein** dabei etwas vom **Holz** weg.

Probieren Sie das ein **paarmal** im Wechsel. [K8]

Gehen Sie jetzt ein paar Schritte auf Ihrer **Decke**, und kümmern Sie sich darum, wie Ihre **Beine** sich anfühlen.

Dann **stellen** Sie sich wieder auf **Holz** und **Rolle**, jetzt **umgekehrt**: die **Rolle** ist **rechts** unterm **Fuß**, das **Holz** ist **links**.

Und bemerken Sie, ob etwas **anders** ist:

Ob sich das **Holz** mit dem »**neuen**« **Fuß** vielleicht anders anfühlt.
Ob der **Höhenunterschied** sich anders darstellt;
Oder ob **alles so** ist wie beim ersten Durchgang.

Beenden Sie diese Arbeit langsam.

Legen Sie sich jetzt in die **Rückenlage**, mit einer Besonderheit:

Legen Sie das **Holz**
– mit der **runden Seite zum Boden** –
quer unter Ihr **Becken**. [K9]

Beugen Sie jetzt Ihre **Beine**
und lassen Sie sie gebeugt über Ihren **Oberkörper** hängen. [K10]

Versuchen Sie, die **Beine** zu **bewegen**.



die Freiheit in der Leiste, die Beine hängenzulassen. Für PatientInnen, die diese Beweglichkeit nicht haben, kann das Angebot schwierig werden. Lassen Sie sie über die Schwierigkeit sprechen. Oder nehmen Sie die PatientInnen, von denen Sie wissen, dass sie in der Beweglichkeit eingeschränkt sind, heraus. Sie können Sie fragen, welche Empfindung die gerollte Haltung auf dem Holz auslöst, die sie bei den anderen sehen. (Erleichterung, davon verschont zu sein? Trauer, das nicht / nicht mehr machen zu können? Verwunderung, dass es einigen so leicht zu fallen scheint? – Da kann vieles kommen.)

[Kommentar 11:](#)
Maximal **zwei Minuten**.

Probieren Sie aus,
was Ihnen in dieser Lage **an Bewegung möglich** ist.

Die **Beine** müssen **nichts tragen**
und können sich **in alle Richtungen frei** bewegen.

Nehmen Sie das **Holz weg**
und bewegen Sie sich kräftig durch.

Räkeln und **strecken** Sie sich,
und versuchen Sie, laut zu gähnen.

Halten Sie inne,
und bleiben Sie jetzt noch einen Moment [\[K11\]](#) in der **Ruhelage**,
die Ihnen gerade am liebsten ist.

Räkeln und dehnen Sie sich noch einmal gut durch.

Und kommen Sie dann **in den Kreis zum Sprechen**.





Arbeit mit zwei Halbrundhölzern – Stehen

Kommentarspalte
= für die TherapeutInnen

Kommentar 1:
Wenn die PatientInnen zur KG kommen, lassen Sie die Hölzer mit in den Raum bringen.

Kommentar 2:
Längs ausgerichtet: Wie Schuhe, die vor einem stehen.

An die PatientInnen gerichtet:

Holen Sie sich **zwei** von den **armlangen Halbrundhölzern**. [K1]

Legen Sie die **beiden Hölzer vor Ihre Füße**[K2]
– mit der **runden Seite** auf den **Boden** –,
so dass Sie nachher draufsteigen können.

Bleiben Sie aber jetzt im Moment noch **vor** den **Hölzern** stehen.

Beschäftigen Sie sich mit dem **sicheren Boden**,
auf dem Sie jetzt noch stehen.

Spüren Sie die **Fläche** Ihrer beiden **Fußsohlen**.
Spüren Sie dorthin, wo Ihre Fußsohlen **Kontakt mit dem Boden**
haben.

Und kommen Sie dann mit Ihrem Körper in ein **behutsames Schwingen**.

Bemerken Sie, wie sich dabei das **Körpergewicht** auf der Fläche Ihrer Fußsohlen verlagert.

Und bemerken Sie, wie Sie in Ihren **Fußgelenken** diese Verlagerung **möglich machen**.

Versuchen Sie, alle anderen Gelenke außen vor zu lassen.

Und probieren Sie **vorsichtige Schwingungen** in **alle Richtungen**:
nach vorn, nach hinten; nach rechts, nach links.



Kommentar 3:
Also kein Beugen im Oberkörper.

Bewegen Sie dabei nicht die Hüftgelenke[K3],
sondern **ausschließlich die Fußgelenke**.

Und kommen Sie wieder zum Stehen.

Jetzt stellen Sie **einen Fuß auf ein Holz**,
der andere bleibt am Boden.

Der **Fuß bewegt das Holz**
– auch hierbei macht wieder das Fußgelenk die Bewegung möglich.

Kommentar 4:
Einer zur Zeit. Das Ausprobieren mit
beiden Füßen kommt in einem nächs-
ten Schritt.

Jetzt der **andere Fuß** [K4]:

Achten Sie darauf, dass Sie gut **Kontakt** aufnehmen mit der
Fläche des Holzes.

Und achten Sie auf die **Bewegungsrichtungen, die das Holz**
zulässt, ohne dass der Fuß abrutscht.

Kommen Sie zurück auf den Boden
und spüren Sie mit beiden Füßen die **Kontaktfläche**
Fußsohle–Boden.

Schließen Sie dann bitte die **Augen**
und spüren Sie dem **Material des Bodens** nach.

Was war anders beim **Kontakt mit dem Rundholz**?
Überprüfen Sie es noch einmal, wenn möglich mit geschlossenen
Augen.

Dann öffnen Sie die Augen.
Und versuchen Sie, **sich auf beide Hölzer zu stellen**.

Wer eine **Stützhilfe** braucht, geht an eine Wand
und stützt sich mit einer Hand an der Wand ab [K5].

Kommentar 5:
Es kann sein, dass einige PatientInnen
vom Ausprobieren mit den kippeligen
Rundhölzern aufgeregt sind und
anfangen miteinander zu reden. Wenn
dies anhält, seien Sie neugierig und
bitten Sie die PatientInnen, laut zu
sagen, was gerade ist.

Wenden Sie sich wirklich dem Holz zu
und **spüren Sie mit den Füßen in das Holz hinein**.



Wenn viele PatientInnen einen Wand-Platz benötigen und es dort drängelig wird, bitten Sie die PatientInnen, sich auf den Hölzern abzuwechseln.

Nehmen Sie wahr, was Sie tun müssen,
wie Sie sich mit Ihrem ganzen **Körper** auf dieses **Holz** einstellen müssen.

Nehmen Sie wahr, **wo Ihr Körper arbeitet**,
vielleicht gerade dort, wo er äußerlich ganz ruhig erscheint.

Wechseln Sie immer mal den **Stand**:
von den **Hölzern** auf den **Boden** – vom Boden auf die Hölzer.

Und wenn es einigermaßen sicher geht,
versuchen Sie es **auch mit geschlossenen Augen**.

Die Hölzer und die geschlossenen Augen machen es Ihnen
möglich, in **Erfahrung** zu bringen, wie Sie – hier und heute – mit
diesen **Verunsicherungen**[\[K6\]](#) umgehen.

Wie **ängstlich** oder **mutig** fühlen Sie sich gerade?
Sind Sie bereit, sich damit zu beschäftigen?

Spüren Sie dem nach – wir werden dann gleich darüber sprechen.
[\[K7\]](#)

Vorher aber noch eine weitere Variante:

Sie verlassen Ihr Holz
und **gehen zu anderen Hölzern**, auf die Sie sich stellen.

Dieser **Wechsel** – vom **Gehen** auf dem **sicheren Boden** zum
Stehen auf den **wackeligen Hölzern** –

Wie geht es Ihnen dabei?

Dann kommen Sie zum **Sprechen** in den **Kreis**.

Was haben Sie **erfahren**?

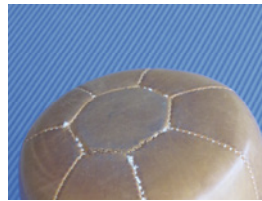
Kommentar 6:

Dies ist **der entscheidende Akzent**
dieses KG-Angebots: sich für die
eigenen Verunsicherungen zu
interessieren, nicht: sie wegmachen zu
wollen.

Kommentar 7:

Es kann aber auch sein, dass
PatientInnen zwischendurch schon
etwas sagen – dann nehmen Sie das
auf –, und laden Sie dann nach einem
Moment wieder dazu ein, sich dem
Holz und der wechselnden Arbeit
damit zuzuwenden.





Arbeit mit dem Medizinball

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Richten Sie die Aufforderung an die PatientInnen, wenn diese zur *Körperbezogenen Psychotherapie*-Stunde kommen.

Kommentar 2:

Geben Sie für das Halten **drei bis vier Atemzüge** Zeit (Ihre eigenen, ohne laut zu zählen).

Kommentar 3:

Es ist wichtig, die PatientInnen nicht zu lange auf dem Boden sitzen zu lassen. Das ist für diejenigen, die nicht so beweglich sind, sehr anstrengend.

An die PatientInnen gerichtet:

Bitte holen Sie sich einen **Medizinball** [K1]
– möglichst einen schon **etwas abgeflachten**
und **keinen ganz schweren**.

Wer eine Stütze unter dem Kopf benötigt,
bringt sich außerdem eine **Nackenrolle** mit.

Breiten Sie Ihre **Decken** aus,
wer möchte, legt sich noch eine **Matte** darunter.

Setzen Sie sich dann mit ihrem **Ball** auf Ihre **Decke**.

Sie haben den Ball ja schon aus dem Schrank geholt
und wissen, **wie schwer er ist**.

Heben Sie ihn jetzt **im Sitzen hoch** – bis **über den Kopf** –
und spüren Sie der **Anstrengung** nach,
die diese Haltung mit dem Ball Ihnen abverlangt. [K2]

Bewegen Sie den **Ball** vorsichtig **rauf** und **runter**,
nach **hinten** und nach **vorn**.

Legen Sie ihn dann wieder ab, auf Ihre Decke,
und **setzen Sie sich auf den Ball** [K3].

Stützen Sie Ihre Unterarme auf den Oberschenkeln ab
und **spüren Sie** in diesem Sitz **der Anstrengung** nach.



Vom Nachspüren der Arbeit, die hinter den PatientInnen liegt – das Hochhalten des Medizinballs –, sollte nicht eine andere Anstrengung ablenken. Daher lassen Sie die PatientInnen hier in das weniger anstrengende Sitzen auf dem Ball wechseln. Eine andere Variante wäre, die PatientInnen aufzufordern, sich hinzulegen. (Aber das Liegen kommt gleich noch ausführlich.)

Kommentar 4:

Diese **Arbeit der Differenzierung** ist sehr wichtig – ein Schritt, um aus einem oft empfundenen Einerlei von Bedrückung oder Schmerz herauszufinden. Statt dessen geht die Arbeit dahin, die Punkte, wo die Anstrengung wahrnehmbar wird, zu lokalisieren. Das Aussprechen unterstreicht dies – und macht die konkrete individuelle Wahrnehmung für die PatientInnen selbst hörbar.

Kommentar 5:

Vermeiden Sie, allzu oft zu fragen, was jetzt anders ist. Diese Formulierung, wird sie immer wieder gebraucht, birgt die Gefahr, die PatientInnen darauf auszurichten, das jetzt etwas anders sein soll. Doch vor der Veränderung steht die oft schwierige und schmerzliche **Wahrnehmung dessen, was jetzt ist.**

Kommentar 6:

Wenn es PatientInnen gibt, denen der Ball vom Bauch rollt, bieten Sie an: »Wenn der Ball wegrollt, stützen Sie ihn rechts und links mit den Händen. Aber heben Sie ihn dabei nicht an, das Gewicht soll auf dem Bauch liegen.«

Wo musste eben **besonders gearbeitet werden**, um in der Sitzhaltung auf dem Boden die Bewegungen mit dem Ball auszuführen?

Wie haben Sie diese **Anstrengung** erlebt?

Wie fühlt sich das jetzt an? [K4]

Bitte **sprechen** Sie das **aus**.

Dann **legen** Sie sich bitte **auf den Rücken**.

Wer eine Kopfstütze braucht, legt diese in den Nacken oder unter den Kopf.

Der **Ball** liegt **griffbereit** neben Ihnen.

Spüren Sie, wie Sie daliegen.

Und gehen Sie zu den **Körperstellen**, die sich eben so **anstrengen** mussten.

Was spüren Sie **jetzt**?

Wie liegt Ihr Kopf?

Wie spüren Sie Ihren Schultergürtel?

Wo war das Sitzen anstrengend?

Wie fühlt sich das jetzt im Liegen an? [K5]

Jetzt nehmen Sie bitte den Ball und legen Sie sich den **Ball auf den Bauch**. [K6]

Probieren Sie aus, ob Sie dafür die **Füße** besser **aufstellen** oder ob Sie die **Beine lang lassen** möchten.

Spüren Sie die Größe der **Auflagefläche des Balls** auf Ihrem **Bauch**.



Kommentar 7:

Diesen Druck des Balls zu spüren, ist für viele PatientInnen sehr schwierig. Vielleicht hält ein Patient das nicht aus und möchte die Situation beenden. Bieten Sie diesem PatientInnen dann eine Variation an: den Ball vom Bauch nehmen, beiseite legen, nachzuspüren, wie es jetzt ist – um den Ball dann, für drei Atemzüge, wieder dort auf den Bauch zu legen, wo er eine besondere Last war. **Hinspüren und aussprechen**, was da zu spüren ist, ob es dazu Gefühle oder Gedanken gibt. – Das ist der Arbeitsweg, den Sie den PatientInnen eröffnen können: sich schrittweise und mit Unterstützung dem zu nähern, was als so bedrückend empfunden wird.

Kommentar 8:

Schauen Sie hin, wie die PatientInnen mit der Aufgabe umgehen. Gibt es Bälle, die nicht bewegt werden? Oder gibt es PatientInnen, die mit Muskeleinsatz den Ball in Bewegung setzen? – Sie könnten dann eine Variation einführen und die PatientInnen auffordern, genau das zu tun: den Ball mit den Muskeln zu bewegen. Dann inne zu halten. Und den Ball wieder der Atembewegung zu überlassen. – Ziel ist es, dass die PatientInnen bemerken, was sie jeweils mit dem Ball tun.

Kommentar 9:

Hier Zeit geben, es gab in der Stunde schon sehr viel zu spüren! – Sollten Klagen kommen, dass der Ball viel zu schwer sei und man da gar nicht mehr atmen könne – anbieten, den Bauch dosiert zu entlasten, in dem die Hände etwas Gewicht abnehmen und dann langsam dem Bauch immer mehr Gewicht zumuten. – Dann fragen Sie nach: »Wie ist es jetzt?«

Kommentar 10:

Ziel ist nicht, dass die Anspannung verschwinden soll (dann wäre eine KG ein Entspannungsangebot und keine *Körperbezogene Psychotherapie*), sondern dass die PatientInnen eine Wahrnehmung für ihren eigenen Umgang mit Anspannung und Anstrengung entwickeln.

Versuchen Sie, das **Gewicht des Balls** durch die **Auflagefläche hindurch** in Ihren **Bauch zu lassen**. [K7]

Bemerken Sie, wie jetzt **Ihre Atembewegung** den Ball hebt und senkt. [K8]

Und **sprechen Sie aus**, was Sie **wahrnehmen**. [K9]

Jetzt **halten Sie den Ball** so über dem Bauch, dass er **keinen Kontakt** zur Bauchdecke hat.

Atmen Sie dreimal tief durch, und legen Sie den **Ball** dann ganz vorsichtig wieder auf den **Bauch**.

Bemerken Sie, **wie** Sie mit diesem **Gewicht** und dem **Druck umgehen**:

Können Sie sich **darauf einlassen** oder haben Sie eher das Gefühl, dass Sie versuchen, dem **aus dem Weg zu gehen**?

Als Sie den Ball eben hochgehalten haben, mussten die Arme und der Schultergürtel arbeiten. Können Sie **diese Anspannung loslassen**, wenn der Ball auf dem Bauch abgelegt ist? Oder bleibt sie bestehen? [K10]

Legen Sie sich jetzt auf **eine Seite**, der **Ball** liegt **vor Ihrem Bauch**, die Beine sind etwas angewinkelt.

Versuchen Sie, **ein Bein auf den Ball** zu legen. Und finden Sie eine Möglichkeit, Ihre Arme abzulegen.

Wie liegen Sie jetzt da? – Spüren Sie dem nach.

Können Sie sich ablegen? Oder nehmen Sie eine **Anspannung mit** in diese Lage hinein?



Kommentar 11:

Sie können in dieser Situation auch einzelne PatientInnen ansprechen, falls niemand etwas sagt, oder wenn Sie gern wissen möchten, wie Frau X oder Herr Y jetzt gerade mit der Last über dem Kopf umgegangen sind.

Kommentar 12:

Beobachten Sie die PatientInnen. Sprechen Sie vielleicht auch einen oder zwei an, bei denen Ihnen etwas auffällt, eine besondere Anspannung oder Entspannung. Fragen Sie nach: »Wie ist es mit den Beinen, Herr X?« – »Sie sehen sehr entspannt aus, Frau Y. Ist das so?« – Es geht nicht darum, dass die PatientInnen sich entspannen sollen, sondern dass sie wahrnehmen, wo Spannung sitzt. – Auch dies können Sie fragen: »Wer empfindet besondere Spannungspunkte in dieser Lage?«

Kommentar 13:

Überlegen Sie, für welche PatientInnen das nicht gehen könnte – aufgrund einer bestehenden Behinderung oder Verletzung etwa. Dann können Sie hinzufügen: »Frau X / Herr Y, Sie stützen sich am besten beim Aufstehen auf dem Ball ab und heben ihn erst hoch, wenn Sie stehen.«

Kommentar 14:

Wichtig: Dass Sie hier Raum zum Sprechen geben.

Kommentar 15:

Schauen Sie hin, ob es den PatientInnen gelingt, den Ball als Herausforderung für ein *Sich-ganz-lang-machen* zu nutzen. Wichtig ist, dass die Anstrengung *beatmet* wird. Wenn Sie das Gefühl haben, dass PatientInnen vor lauter Anstrengung die Luft anhalten, sagen Sie zwischendurch: »Und bitte dabei weiteratmen.«

Und sprechen Sie aus, **was Sie eben erfahren haben**. [K11]

Wer möchte,

kann jetzt die **andere Seite in dieser Lage** probieren. [K12]

Wer das nicht möchte,

bleibt noch einen Moment so liegen und spürt dem nach.

Dann **setzen Sie sich bitte auf**.

Nehmen Sie den **Ball mit beiden Händen**

und versuchen Sie langsam und vorsichtig

– und ohne, dass Sie sich abstützen –

mit dem Ball in den Händen **aufzustehen**. [K13]

Probieren Sie aus, wie das gehen kann.

Sprechen Sie bitte laut aus, was für Sie dabei **schwierig** ist. [K14]

Jetzt legen Sie sich bitte den **Ball** vorsichtig **auf den Kopf**.

Halten Sie ihn **mit beiden Händen** fest.

Gehen Sie langsam **durch den Raum**

und versuchen Sie dabei, den **Abstand** zwischen dem Boden und dem Ball **so groß wie möglich** zu halten. [K15]

Schieben Sie den **Ball mit dem Kopf** in **Richtung Decke**.

Langer Nacken, langer Rücken,

die Schultern bleiben unten,

während die Hände den Ball halten.

Spüren Sie **in sich hinein**

und **schauen** Sie **um sich herum**.

Aus dem Gehen kommen Sie jetzt in einen **Kreis**.



Dann bleiben Sie stehen,
nehmen den **Ball** hoch **über den Kopf**,
machen die **Arme** dabei noch einmal **ganz lang**,
atmen tief durch,
und **legen** den **Ball** vor sich **auf den Boden**.

Setzen Sie sich jetzt **auf den Ball**

und spüren Sie dem so Da-Sitzen nach. [K16]

Kommentar 16:

Geben Sie etwa **drei bis vier**

Atemzüge Zeit zum Nachspüren.

Wie ist es Ihnen in der Stunde ergangen? [K17]

Kommentar 17:

Sollten die PatientInnen bereits
während der Stunde viele
Rückmeldungen gegeben haben,
fragen Sie zum Schluss gezielt nach
dem, was *jetzt* gerade ist. Und falls gar
nicht mehr genug Zeit für eine Runde
sein sollte, schließen Sie hier die
Stunde. Das in der *Körperbezogenen*
Psychotherapie Erfahrene wird
nachwirken und kann an anderer Stelle
zur Sprache kommen.

Wie geht es Ihnen jetzt?





Angebot mit dem Softball

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Um mit Ihren PatientInnen dieses Angebot machen zu können, brauchen Sie einen Bewegungsraum mit genügend freien Wandflächen, an denen alle PatientInnen der Gruppe einen Platz zum Sitzen finden können. D.h. die Bewegungsräume mit Matten, Spiegeln, Klettergerüsten an den Wänden kommen nicht in Frage.

Kommentar 2:

Manche PatientInnen bleiben zu nah mit dem Oberkörper an der Wand und haben deshalb Schwierigkeiten, den Ball mit dem Kopf an der Wand zu halten. Greifen Sie dann kurz ein und bitten Sie Herrn X oder Frau Y mit dem Oberkörper weiter von der Wand abzurücken. Der Ball ist das Maß für den Abstand.

An die PatientInnen gerichtet:

Bitte holen Sie sich jeder einen **Softball** und einen **Hocker**.

Legen Sie dann bitte alles, was an den Wänden liegt – Ihre Decken, Jacken usw. – , in die Mitte des Raumes.

Und setzen Sie sich dann **vor eine Wand**^[K1] **auf Ihren Hocker**, mit möglichst viel Abstand nach rechts und links.

Dann nehmen Sie bitte den **Softball zwischen Ihren Kopf und die Wand**. ^[K2]

Schließen Sie in dieser Haltung die Augen und **spüren** Sie hin zum **Ball**.

Wie spüre ich meinen **Kopf**?

Wie spüre ich den **Ball**?

Was kann ich von der **Wand** wahrnehmen oder ahnen?

Dann öffnen Sie die Augen wieder und versuchen Sie, **mit dem Kopf** den **Ball zu bewegen**.

Machen Sie **langsame Bewegungen**, fürs Spüren braucht man Zeit.

Machen Sie die Bewegungen wirklich **nur** mit dem **Kopf**, nicht mit dem Oberkörper.



Gibt es eine Bewegung, bei der **Ball und Ohr** sich treffen?

Und sagen Sie mir, **wie es Ihnen damit geht**.

Was ist das für eine seltsame Lage, in der Sie sich da befinden?

Jetzt nehmen Sie den Ball etwas tiefer,
etwas unterhalb der Schulterblätter.
Bewegen Sie ihn wieder an der Wand.

Wie nimmt Ihr **Rücken** den Ball wahr?

Wie fühlt sich das an, mit dem weichen Ball an der starren
Wand?[\[K3\]](#)

Beenden Sie dann bitte die Bewegung.
Der Ball bleibt zwischen Rücken und Wand.
Spüren Sie dem in Ruhe nach.

Und bemerken Sie, **was da für Gedanken kommen**.

Schließen Sie dann bitte die Augen – spüren Sie den Ball –
und **spielen Sie** ganz wenig **mit dem Druck** dagegen.

Wie weit kann ich mich **von der Wand wegbewegen**,
ohne dass der Ball herunterrollt?
Und **wie stark** spüre ich den **Druck**,
wenn ich mich etwas **gegen die Wand** lehne?

Versuchen Sie, die Augen geschlossen zu lassen [\[K4\]](#)
und **darüber zu sprechen**, was Sie bei sich wahrnehmen.

Dann **stellen** Sie sich bitte hin.

Schieben Sie die Hocker von der Wand weg in den Raum.
Und **stellen** Sie sich mit dem **Ball im Rücken gegen die Wand**.

Versuchen Sie, den Ball wieder in **Bewegung** zu bringen.

Kommentar 3:

Möglicherweise kommt »Das ist unangenehm«, oder »Als wäre da jemand hinter mir«, oder »Das nervt«. Wenn möglich, nehmen Sie als TherapeutIn jetzt (oder auch später) etwas davon auf. Fragen Sie nach: »Wer könnte das sein, der da hinter Ihnen steht?« oder: »Was nervt da?« Ermuntern Sie Ihre PatientInnen, dieses Schwierige und Unangenehme zu erforschen: »Gehen Sie dem Gedanken einmal nach und in Ihre Genervtheit hinein.«

Kommentar 4:

Wenn Sie merken, dass PatientInnen Schwierigkeiten haben, die Augen zu schließen oder geschlossen zu halten, bieten Sie einen Wechsel an: Erst ein Hinspüren zum Ball mit offenen Augen, dann mit geschlossenen. Was ändert sich? (Für einige ist vielleicht kein Unterschied spürbar, auch das ist dann eine wichtige Wahrnehmung.)



Kommentar 5:

Achten Sie darauf, dass jede/r, dort wo er steht, genügend Bewegungsraum hat.

Kommentar 6:

Nehmen Sie wahr, wie Ihre PatientInnen mit dem Angebot umgehen. Wie bereit sind einige, jetzt auch die Beine mitarbeiten zu lassen? Die Bewegung nach unten ist anstrengend. Wer setzt sich dieser Anstrengung aus? Wie nehmen Sie Ihre PatientInnen dabei wahr?

Kommentar 7:

Beobachten Sie, wie Ihre PatientInnen dastehen. Wie nehmen Sie deren Haltungen wahr, wie den Gesichtsausdruck?

Kommentar 8:

Vielleicht sprechen die PatientInnen darüber, was sie gespürt haben, vielleicht aber auch von etwas Erlebtem: Wenn etwa ein Patient, der ganz gerade gestanden hat, darüber spricht, er habe sich so »schief« gefühlt, dann hat die Körperarbeit womöglich an ein tief sitzendes Erleben – *schief zu sein* – gerührt. *Schief* könnte ein Schlüsselwort für diesen Patienten sein. – Sie können ein Stück mit ihm arbeiten, indem er noch einmal für einen Moment in die Haltung zurückgeht, in der er sich schief gefühlt hat., schief zu sein, aufgetaucht ist. Nicht, um ihn zu korrigieren, sondern um dieser Empfindung / diesem Fund nachzugehen.

Die **Bewegung** kann jetzt, da Sie stehen, **viel größer sein**. [K5]

Sie kann nach **oben** und nach **unten** gehen, nach **rechts** und nach **links**, oder auch im **Kreis**.

Sie haben jetzt ganz viel **Bewegungsfreiheit**.

Bemerken Sie, wie Sie damit umgehen.

Bemerken Sie auch, wo und wie Sie sich **anstrengen**. [K6]

Dann kommen Sie bitte wieder zur **Ruhe**.

Lassen Sie Ihren Ball im Rücken.

Lehnen Sie sich noch einmal an den Ball und lassen Sie sich **vom Ball und von der Wand stützen**.

Wie ist jetzt Ihr **Stand**?

Wie stehen Ihre Füße am Boden?

Wie viel **Gewicht** nimmt die **Wand** Ihnen ab?

Wie viel Gewicht tragen die Füße?

Schließen Sie dann einen Moment **die Augen**

und spüren Sie Ihrer **Atmung** nach. [K7]

Lassen Sie die Augen bitte noch geschlossen

und stellen Sie sich darauf ein,

dass Sie sich **gleich ein wenig nach vorn neigen**,

also die Stütze im Rücken verlassen.

Dann tun sie das,

und lassen Sie den **Ball** hinter sich **fallen**.

Dann öffnen Sie die Augen.

Was haben Sie erfahren? [K8]

* * *



[K9]

Kommentar 9:

Hier können Sie **entscheiden**, ob Sie **bei dem bleiben, was die PatientInnen aussprechen** oder ob Sie noch **ein weiteres Angebot** machen. – Das Folgende wäre sonst auch ein möglicher Auftakt für die nächste *Körperbezogene Psychotherapie*-Stunde.

Kommen Sie jetzt bitte **zu zweit** zusammen, je zwei, mit ähnlicher Körpergröße.

Stellen Sie sich **Rücken an Rücken**, und legen Sie **einen Ball** in die **Mitte der Rücken** zwischen sich.

Nehmen Sie sich Zeit, einen Ort für den Ball zu finden.

Jetzt nehmen Sie sich Zeit zu spüren, was jetzt **anders** ist **als an der Wand**.

Geben Sie **ein wenig Druck** gegen den Ball, und nehmen Sie den Druck jetzt **wieder weg**.

Wie spüren Sie Ihren **Rücken**?

Wie spüren Sie den **Ball**?

Und was kommt bei Ihnen vom **anderen Rücken** an?

Versuchen Sie, darüber zu **sprechen**. [K10]

Kommentar 10:

Für viele PatientInnen ist diese Nähe schwierig. Gucken Sie, was für einen Eindruck Sie haben und sprechen Sie gegebenenfalls auch einzelne PatientInnen an: »Wie geht es Ihnen gerade, Frau M / Herr N.«

Verändern Sie jetzt Ihr Stehen so, dass der **Ball** zwischen Ihnen zu **Boden** fallen kann.

Jeder steht jetzt **für sich**,

ohne Ball, ohne Verbindung zum anderen Rücken.

Aber vielleicht **ahnen** Sie den anderen Rücken noch hinter sich.

[K11]

Spüren Sie dem mit **geschlossenen Augen** nach.

Dann **öffnen** Sie wieder die **Augen**. [K12]

Kommentar 11:

Geben Sie hier **zwei bis drei Atemzüge** Zeit, damit die PatientInnen bei sich selbst wahrnehmen können, wie es ihnen in dem Moment geht – vielleicht ja auch widersprüchlich: erleichtert und verlassen zugleich, beispielsweise.

Kommentar 12:

Zeit: jeweils **zwei bis drei Atemzüge**.

Und **setzen Sie sich** auf den Boden [K13], so, dass wir alle miteinander sprechen können.

Kommentar 13:

PatientInnen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht auf dem Boden sitzen können, nehmen einen der Hocker.

* * *



Kommentar 14:

Auch hier kann **ein mögliches Ende** der Stunde sein. Es gibt aber auch noch viele Variationsmöglichkeiten, um mit den Elementen Ball / Rücken / Bewegung weitere Spürangebote zu entwickeln.

Kommentar 15:

Beobachten Sie, welche PatientInnen den Partner / die Partnerin wechseln, und wie die Verständigung darüber stattgefunden hat. Vielleicht gab es ja auch Ansätze zum Wechseln, die nicht funktioniert haben. Das kann im Abschlussgespräch auch Thema sein.

Kommentar 16:

Geben Sie Zeit zum Spüren und nehmen Sie auf, was bei den PatientInnen zu sehen ist (Wie bewegen sich die Rücken miteinander? Wie reagieren PatientInnen, wenn ein Ball fällt? usw.)

Kommentar 17:

Jede **Selbstwahrnehmung** und jedes Bemühen, **dafür Worte zu finden**, ist wertvoll. Es gibt kein anderes Ziel der *Körperbezogenen Psychotherapie*, das erreicht werden soll, weder ›Nähe aushalten können‹ noch ›Grenzen ziehen‹ oder Ähnliches. Es geht darum, die PatientInnen dabei zu unterstützen, **was sie aussprechen, auch selbst zu hören**.

[K14]

Dann stehen Sie bitte wieder auf und finden Sie sich **erneut zu zweit** zusammen. Es muss nicht derselbe Partner sein wie eben. [K15]

Nehmen Sie den **Ball** wieder **im Rücken zwischen sich**. Jeder versucht jetzt, den **Ball zu bewegen**.

Bleiben Sie aufmerksam und nehmen Sie wahr:

Was mache ich?

Was möchte ich machen?

Was macht der andere Rücken?

Passt das? geht das?

Bewegen wir uns **miteinander** oder **gegeneinander**?

Da passiert jetzt sehr viel, **bemerken Sie, wie es Ihnen in dieser Situation geht**. [K16]

Dann kommen Sie langsam miteinander zum **Stehen**, und spüren Sie dem in der **Ruhe** nach. Schließen Sie dafür jetzt noch einmal für einen Moment die Augen.

Dann öffnen Sie die Augen wieder, **verlassen Sie die Stütze im Rücken**, und lassen Sie den **Ball fallen**.

Was ist jetzt?

Wie ist jetzt der Bezug **zu dem anderen Rücken**? Wie nah oder fern spüre oder vermute ich ihn?

Wie stehen Sie jetzt da?

Sprechen Sie es aus. [K17]





Arbeit mit dem dicken Seil

Kommentarspalte = für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Legen Sie als TherapeutIn das unverknotete Seil zu Beginn der Stunde im Bewegungsraum bereit.

Kommentar 2:

Schon an dieser Stelle können Sie beobachten, wie die PatientInnen mit dem Gegenstand *Seil* und mit der Aufgabe, es zu verknoten, umgehen: Wer verknotet? Wie reagieren die MitpatientInnen? Gibt es Befürchtungen, das Seil könnte nicht halten? – Wenn sich PatientInnen entsprechend äußern, fragen Sie nach, welche Befürchtungen sie haben. Wenn davon etwas ausgesprochen ist, können Sie zwei PatientInnen bitten, den Knoten noch einmal durch Zug zu überprüfen. Wichtiger als dies Überprüfen sind aber die Wörter und Sätze, in denen die Befürchtungen zum Ausdruck kommen.

Kommentar 3:

Die PatientInnen tragen rutschfeste Socken oder Gymnastikschuhe, *keine* festen Turnschuhe. Mit denen wäre nicht genug zu spüren, und sie sollten grundsätzlich nicht in einer KG getragen werden.

Kommentar 4:

Geben Sie hier Zeit zum Sprechen. Oft löst das Seil an den Füßen, wenn es als drückend empfunden wird, viel aus. Der außen spürbare Druck führt womöglich zu dem Druck, mit dem die PatientInnen innerlich zu tun haben.

An die PatientInnen gerichtet:

Verknoten Sie bitte das **Seil** [K1] an den **Enden**, und legen Sie es **als Kreis** in der Raummitte auf den Boden. [K2]

Versuchen Sie, auf dem Seil zu **gehen** [K3], alle in die gleiche Richtung.

Was spüren Ihre **Füße** dabei?

Wo ist der **Druck** am stärksten?

Ist das Gehen auf dem Seil möglich, **ohne** auf das Seil **zu schauen**?

Dann gehen Sie zurück auf den **Boden**.

Spüren Sie dem nach, wie sich der **Kontakt zum Boden** jetzt anfühlt.

Gehen Sie dann durch den Raum.

Wie spüren Sie Ihre **Füße** jetzt?

Sprechen Sie es aus. [K4]



Stellen Sie sich dann **im Kreis außen** an das **Seil**.
Stellen Sie sich darauf ein, dass Sie gleich auf das Seil treten.

Jetzt stellen Sie sich so auf das Seil, dass sich der vordere Fuß – der **Fußballen – auf dem Seil** befindet.

Ihre **Fersen** sind auf dem **Boden**.

Verlagern Sie jetzt das **Körpergewicht**,
sodass das Gewicht einmal auf den **Ballen** ist
– also dort, wo das Seil ist –
und einmal auf den **Fersen**.

Sie können das **Gewicht selbst dosieren**:
Je mehr **Gewicht** Sie auf das Seil geben,
desto stärker wird der **Druck** dort spürbar.

Dann gehen Sie mit dem **Mittelfuß** auf das Seil.

Verlagern Sie wieder das **Gewicht**,
nach vorne, nach hinten;
und auch nach rechts und links.

Kommentar 5:

Es kann sein, dass an irgendeiner
Stelle dieses Spür-Angebots ein
Patient / eine Patientin aussteigt.
Wie gehen Sie als TherapeutIn damit
um?
Wichtig: Interessieren Sie sich dafür,
was da für Herrn P. gerade so schwer
auszuhalten war. Lassen Sie sich das
von dem Patienten schildern,
möglichst genau. (Lässt sich der
Punkt, wo es so weh tat, bestimmen?
Welcher Art von Schmerz war da
spürbar?) Unterstreichen Sie, wie
wichtig es ist, dass Herr P. das
wahrgenommen hat. Fragen Sie in die
Runde: Wie ging es den anderen?

Und in einem dritten Schritt wenden
Sie sich wieder Herrn P. zu. Fragen
Sie ihn, ob er sich zutraut, drei
Atemzüge lang noch einmal
demselben so schwer zu ertragenen
Druck nachzuspüren. – Wir wollen ja
allmählich mit dem Patienten
gemeinsam herausbekommen, **was so
unerträglich drückt und schmerzt**.

Dann gehen Sie mit den **Fersen** auf das **Seil** [K5],
während der **Ballen** auf dem **Boden** ist.

Wieder ist das Gewicht verlagert.
Schauen Sie, was Sie sich an **Druck** zumuten können.

Sprechen Sie aus, was Sie bei sich wahrnehmen.

Treten Sie **in den Kreis**.

Nehmen Sie alle das Seil auf,
und legen Sie es sich an den **Rücken**,
etwa in die Kreuzgegend.

Sie können sich jetzt **etwas anlehnen** an das Seil.



Wie spüren Sie die **Gewichtsverlagerung** an Ihren Beinen?
Wie **stehen** Sie da?

Kommentar 6:

Die Hände sind nicht am Seil.

Bewegen Sie jetzt das **Seil** mit Ihrem **Rücken** [K6]
behutsam **nach links** und **nach rechts**.

Versuchen Sie jetzt, **als Gruppe** am Seil in eine **Schwingung** zu
kommen, langsam und behutsam. [K7]

Bemerken Sie, **wie Sie sich** in dieser Situation **erleben**.

Jetzt halten Sie inne, **schließen Sie die Augen**, und nehmen Sie
wahr, was jetzt ist. [K8]

Öffnen Sie die Augen **und sprechen Sie es aus**.

Jetzt gehen Sie **einen Schritt vorwärts**
und lassen Sie das **Seil hinter sich fallen**.

Halten Sie einen Moment inne,
und nehmen Sie die **Veränderung** wahr. [K9]

Dann treten Sie **von außen** an das **Seil**,
heben Sie es hoch und setzen Sie es unter Spannung.

Spüren Sie dem nach.
Wie erleben Sie sich jetzt?

Bewegen Sie sich nun **als Gruppe mit dem Seil** durch den **Raum**.

Es muss kein Kreis bleiben,
das Seil kann **alle möglichen Formen** annehmen,
das **Tempo** kann **variieren**,
auch die Höhe des Haltens kann sich verändern.

Bemerken Sie die **Variationen**.

Kommentar 7:

Geben Sie den PatientInnen Zeit, bis
alle in dieselbe Richtung schwingen.

Kommentar 8:

Geben Sie **drei bis vier Atemzüge**
Zeit.

Kommentar 9:

Es kann sein, dass einige PatientInnen
dann auch laut aussprechen, wie sie
die Veränderung gerade erlebt haben.



Kommentar 10:

Hier kann es durchaus auch bewegte Reaktionen und Kommentare geben. Dass eine die Stunde bestimmende Form – der Kreis – plötzlich in Bewegung kommt, ist für viele PatientInnen nicht einfach. Ebenso wenig, wenn sie erleben, Teil eines beweglichen, nicht kontrollierbaren Gruppen-Körpers zu sein. Das kann überraschend, aufregend, ängstigend sein. Hören Sie gut hin und nehmen Sie auf, was von den PatientInnen kommt, ohne es gleich einordnen oder deuten zu wollen.

Kommentar 11:

Wenn keine Zeit mehr für ein weiteres Sprechen an dieser Stelle ist, lassen Sie die PatientInnen nicht noch einmal hinsetzen, sondern sagen Sie einfach: »Hiermit ist die Stunde beendet.« Sie können auch hinzufügen: »Was noch nachwirkt, kann gern in der *Verbalen Gruppe* oder im Einzelgespräch angesprochen werden.«

Wie **reagieren** Sie darauf? [K10]

Dann halten Sie inne.

Bemerken Sie, wie es Ihnen jetzt **im Anschluss an die Bewegung** geht.

Setzen Sie sich dort, wo Sie sich gerade befinden, für einen Moment hin. [K11]

Was haben Sie erlebt?





Halbrundholz & Nackenrollen [K1]

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Bitten Sie die PatientInnen, sich gleich beim Ankommen zwei Nackenrollen und ein kleines Halbrundholz aus den Schränken zu holen und mit in den Bewegungsraum zu bringen.

An die PatientInnen gerichtet:

Holen Sie sich bitte eine **Matte** und suchen Sie sich dafür **einen Platz** im Raum.

Außerdem brauchen Sie **zwei Nackenrollen** und ein **kleines Halbrundholz**.

Legen Sie sich bitte auf den **Rücken** – mit einer **Nackenrolle** zwischen Ihren **Schulterblättern**.

Das **Halbrundholz** legen Sie – mit der **runden Seite nach oben** – unter Ihren **Nacken**, so dass Ihr Kopf gestützt wird.

Stellen Sie jetzt bitte die **Füße** auf, und versuchen Sie, Ihr **Gewicht abzugeben**:

auf das **Holz** (in Ihrem Nacken)
auf die **Rolle** (zwischen Ihren Schulterblättern)
und **auf** den **Boden**.

Und finden Sie einen guten **Ort**, um Ihre **Arme abzulegen**.

Kommentar 2:

Es ist wichtig, dass Sie den PatientInnen bereits hier eine Möglichkeit geben, über diese ungewohnte Liegeposition zu

Sprechen Sie aus, was Sie jetzt **wahrnehmen**. [K2]



sprechen. Das Holz im Nacken ist nicht angenehm. Wie nehmen die PatientInnen diesen ›Widerstand‹ wahr? Wichtig: Es geht nicht darum, dass die PatientInnen rückmelden, sie hätten sich ›darauf eingelassen‹. Vielmehr ist wichtig, dass die PatientInnen jeweils individuell wahrnehmen, *was sie spüren* und *welche Emotionen* diese Lage auf dem Boden und mit dem Material jeweils auslöst.

Bewegen Sie Ihren **Kopf** ganz behutsam nach **rechts** und nach **links**.

Und **spüren** Sie hin, was sich bei diesen behutsamen **Bewegungen** **verändert**.

Wo ist jetzt **Druck** spürbar?

Können Sie das **schon sagen**?

Dann nehmen Sie erst das **Holz** weg,
und dann die **Nackenrolle**.

Spüren Sie dem nach:

Was hat das **Material** an Ihrem **Körper** für **Empfindungen** hinterlassen?

Versuchen Sie, den **Auflagestellen**, die jetzt da sind – ohne das Material – **nachzuspüren**.

Bewegen Sie wieder behutsam den **Kopf** nach rechts und links.

Dann lassen Sie die **Beine** in die **Länge** rutschen –,
und versuchen Sie zu erspüren,
ob sich die **Auflageflächen zwischen** den **Schulterblättern**
und **unter** dem Kopf dadurch **verändern**.

Probieren Sie das langsam und behutsam **ein paarmal** hintereinander aus.

Und **sprechen Sie aus**, was Sie wahrnehmen.

Jetzt machen Sie es bitte **umgekehrt**:

Die **Nackenrolle** legen Sie in den **Nacken**,
und das **Holz** legen Sie zwischen Ihre **Schulterblätter**,
wieder mit der **runden Seite** zum Körper.



Die **Beine** stellen Sie bitte **wieder auf**.

Spüren Sie hin:

Wo spüren Sie **Druck**?

Und **wie** spüren Sie den **Druck**? [K3]

Kommentar 3:

Geben Sie genügend Zeit zum Spüren; und geben Sie Zeit für die Beschreibung dessen, was da spürbar wird. Ermutigen Sie Ihre PatientInnen, das, was sie wahrnehmen, möglichst genau zu beschreiben. Das können Sie durch Ihr Interesse fördern: (Der Druck ist stark am Kopf spürbar? – Wo genau? welcher Art? Ist der Druck nur an einer Stelle spürbar? oder breiflächig? – Und wie ist es mit den Füßen, den Beinen? der Auflagefläche der Hüfte?)

Bewegen Sie jetzt Ihre **aufgestellten Beine** sehr behutsam ein wenig **nach rechts** und **nach links**.

Bemerken Sie, wie sich der **Druck**, den das Holz verursacht, dabei **verändert**.

Und **sprechen Sie** aus, was für Sie **spürbar** wird.

Dann nehmen Sie das **Holz** und die **Rolle** vorsichtig weg.

Lassen Sie Ihre **Beine in die Länge** rutschen.

Legen Sie Ihre **Arme** gut **ab**.

Und spüren Sie der gesamten **Auflagefläche** Ihres Körpers nach. [K4]

Kommentar 4:

Auch hier gilt: Geben Sie Zeit zum Spüren. Und wenn jemand etwas zu dem sagen möchte, was er gerade erfahren hat oder spürt, geben Sie auch dem Raum, egal an welcher Stelle der Wunsch zu sprechen auftaucht.

Eine Nackenrolle legen Sie jetzt **quer** unter Ihren **Kopf**, die **zweite Nackenrolle** legen Sie **längs** unter Ihren **Rücken**, zwischen die **Schulterblätter**.

Kommentar 5:

Sich so hinzulegen, wird für einige PatientInnen vermutlich mühsam sein. Helfen Sie ihnen, die Nackenrollen und das Holz richtig hinzulegen. Dafür ist es hilfreich, wenn Sie selbst vorher – vielleicht gemeinsam mit einer Kollegin / einem Kollegen – die Lage des Materials einmal für sich ausprobiert haben.

Und das **Holz** legen Sie bitte quer unter das **Becken**, mit der **runden Seite** nach oben. [K5]

Dann **beugen** Sie Ihre **Beine**,

als wollten Sie sich ein wenig einrollen,

und lassen Sie Ihre Beine **gebeugt** über dem **Bauch** hängen. [K6]

Die **Arme** liegen möglichst **weit weg** vom Körper auf dem Boden. Die **Achselhöhle** soll weit geöffnet sein.

Kommentar 6:

Es kann sein, dass es PatientInnen gibt, die ihre Beine nicht über den

Versuchen Sie, Ihr **Gewicht abzulegen**,



Bauch hängen lassen können: Bieten Sie ihnen an, an eine Wand zu rücken oder an einen Pfeiler, so dass sie die Füße dagegen legen können. Falls dies nicht möglich ist, legen diese PatientInnen das Holz nicht unter Becken, sondern, bei angewinkelten Beinen, unter die Füße.

und spüren Sie dem nach, **was das Material** mit Ihnen **macht**:

Wie wirkt dieser **Druck** in Ihren Körper hinein?
Können Sie der **Atembewegung** Raum geben oder nicht?

Können Sie Ihre **Arme** aus den Schultern **herauslassen** oder haben Sie das Gefühl, sie festzuhalten?

Schieben Sie Ihre **Fingerspitzen** weit weg, aus den Armen heraus.

Das **Holz** nehmen Sie jetzt vorsichtig unter dem Becken **weg** und legen es sich **mit der runden Seite** auf das **Brustbein**.

Sie haben jetzt **eine Nackenrolle** zwischen den **Schulterblättern** und das **Holz** genau **gegenüber** auf dem **Brustbein**.

Versuchen Sie diesen **Abstand** zwischen dem Holz und der Nackenrolle **durch den Brustkorb hindurch** zu **erspüren**. [K7]

Versuchen Sie, in **diesen ganzen Raum dazwischen**, der von den Rippen umgeben ist, **hineinzuspüren**.

Wird das **Holz** durch die **Atembewegung** bewegt? [K8]
Oder **liegt** es **reglos** auf dem Brustbein?

Probieren Sie aus:

Wie ist es mit langgestreckten **Beinen**?

Wie mit **aufgestellten**?

Kommen Sie jetzt langsam **aus der Lage heraus**, legen Sie alle **Gegenstände** einen Moment **zur Seite**, und **spüren** Sie der Arbeit **nach**. [K9]

Jetzt legen Sie sich bitte auf die **rechte Körperseite**.
Legen Sie das **Holz quer** unter Ihren **Kopf**, mit der **glatten Seite** nach oben, zum Kopf hin.

Kommentar 7:

Dies ist für viele PatientInnen ein sehr forderndes Angebot: Es lenkt auf den Innenraum. Manche PatientInnen werden sich an dieser Stelle möglicherweise aufsetzen, weil sie den Druck (den inneren oder den äußeren), der spürbar wird, nicht aushalten. Wenn die PatientInnen dieses Empfinden von *Zu-viel-an-Druck* bemerken, ist das sehr gut! Fragen Sie nach: »Was war eben wo zu spüren?« Wer das Holz auf dem Brustbein nicht aushalten kann, soll es beiseitelegen, nachspüren – und dann fragen Sie: »Können Sie sich vorstellen, das Holz noch einmal für drei Atemzüge auf Ihr Brustbein zu legen? Wir wollen da ja hin: rausbekommen, was da so drückend ist.«

Kommentar 8:

Das Holz darf nicht ans Kinn kommen

Kommentar 9:

Nehmen Sie wahr, wie es den PatientInnen geht: Sind Sie noch bereit für weitere Spürangebote? Vielleicht ist auch schon sehr viel in Bewegung gekommen in der Stunde, **dann schließen Sie hier** und laden zum Abschluss in eine Runde zum Sprechen ein.



Eine **Nackenrolle** legen Sie quer
zwischen die **Rippen** Ihre rechten Seite und den **Boden**.

Die **zweite Nackenrolle** legen Sie quer auf die **Rippen** der **linken Körperseite** – legen Sie Ihren **linken Arm** oben drauf.

Die **Beine** liegen übereinander und sind **angewinkelt**,
so dass die **Oberschenkel vor dem Bauch** liegen.

Versuchen Sie, sich in dieser Lage **abzulegen**,
und spüren Sie in Ihren **Brustraum** hinein.

Die **Atembewegung** geht jetzt gegen die beiden **Nackenrollen**.

Spüren Sie hin:

Wo ist das **Brustbein**?
Und wo ist die **Brustwirbelsäule**,
unter der Sie **vorhin** das **Holz** und die **Nackenrolle** liegen hatten?

Dann legen Sie behutsam **alle** Gegenstände **beiseite**
– das Holz und beide Nackenrollen –,
und legen sich einen Moment **lang** ausgestreckt **auf den Rücken**.

Was **spüren** Sie?

Wie fühlen sich jetzt Ihre beiden **Körperhälften** an? [K10]

Kommentar 10:

Geben Sie hier wieder Zeit zum
Nachspüren. Vielleicht möchte auch
jemand etwas sagen oder Sie haben
den Eindruck, dass Patient X oder
Patientin Y dies gern tun würde: Dann
fragen Sie Ihre PatientIn, wie es ihr
gerade geht.

Dann **legen** Sie sich auf die **linke Körperseite**:

Das **Holz** wieder mit der **flachen Seite** unter den **Kopf**,
die eine **Nackenrolle** quer **zwischen** die **Rippen** und den **Boden**,
die **andere Nackenrolle** gegenüber auf die **Rippen der rechten Seite**, den Arm auf die Rolle.

Die **Beine** sind angewinkelt und liegen vor dem Bauch.

Spüren Sie hin:

Wie liege ich da?

Wo liege ich **auf**?

Wo ist **Druck** spürbar?

Was ist **ähnlich**, was **anders** zu der Seitenlage zuvor?



Bewegen Sie sich langsam **aus der Seitenlage heraus**,
und kommen Sie zurück in die **Rückenlage**.

Wer möchte, legt eine **Nackenrolle** in den Nacken
oder unter dem Kopf.

Eine **Nackenrolle** legen Sie jetzt bitte **längs** auf Ihr **Brustbein**
und das **Holz** quer auf den **Bauch**.

Probieren Sie aus, ob es besser mit der **runden** oder mit der
flachen Seite auf dem Bauch liegt.

Sie liegen jetzt **nicht mehr auf** den Gegenständen,
sondern die **Gegenstände** liegen **auf Ihnen**.

Sind sie überhaupt **spürbar**?

Wie **reagiert** Ihr Körper?

Wie ist Ihre **Atembewegung** jetzt spürbar?

Dann legen Sie **alles beiseite**,
und bewegen Sie sich bitte **kräftig durch**. [K11]

Legen Sie sich noch für einen Moment in eine **Ruhelage**:
in die, die Ihnen jetzt am angenehmsten ist.

Schließen Sie bitte die Augen und **spüren Sie in sich hinein**. [K12]

Dann **setzen** Sie sich bitte langsam **auf**,
rücken Sie Ihre Matten zu einem **Kreis** zusammen.

Wie geht es Ihnen jetzt?

Was haben Sie **erfahren**?

Kommentar 11:

Die PatientInnen haben in dieser
Stunde viel gelegen, daher ist das
Sich-Durchbewegen an dieser Stelle
sehr wichtig. Manche PatientInnen
brauchen dafür Anregung von außen,
etwa: »Bewegen Sie Ihre Arme, Ihre
Beine, nacheinander, dann
gleichzeitig. Drehen Sie sich hin und
her, gähnen Sie – das möchte ich
hören.«

Kommentar 12:

Geben Sie dafür zum Abschluss zwei
Minuten Zeit. Das ist lang, ansonsten
ist ein gutes »Spürmaß«: sechs ruhige
Atemzüge; oder manchmal auch zehn.





Auf dem Halbrundholz sitzen und liegen

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Bitten Sie die PatientInnen bereits beim Ankommen, sich ein langes Halbrundholz zu holen. Legen Sie außerdem ein paar Nackenrollen bereit, diese werden später eventuell gebraucht. Wenn alle da sind und die Tür geschlossen ist, beginnen Sie mit der ersten Satz des Angebots.

Kommentar 2:

Diese Mattenfläche links und rechts vom Holz brauchen die PatientInnen im weiteren Verlauf der Stunde, wenn es darum gehen wird, vom Holz auf den Boden zu gleiten.

Kommentar 3:

Geben Sie den PatientInnen Zeit zum Ausprobieren. Und nehmen Sie wahr, wer wie mit dem Angebot umgeht.

Kommentar 4:

Dies ist ein Angebot, bei dem viel Spannung entsteht. Weisen Sie ruhig noch einmal darauf hin, dass die PatientInnen sich langsam und vorsichtig ausprobieren.

An die PatientInnen gerichtet:

Suchen Sie sich mit Ihrem **Rundholz** [K1] einen Platz im Raum. Dort breiten Sie Ihre **Decke** aus.

Holen Sie sich eine **Matte** und legen Sie diese **auf** Ihre **Decke**.

Dann legen Sie das **Holz quer** auf die **Matte**, so dass **links** und **rechts** vom Holz **möglichst viel Matte** hervorschaut. [K2]

Das Holz liegt mit der **runden Seite** nach unten.

Setzen Sie sich jetzt auf das **Holz**, und probieren Sie aus, **wie** Sie darauf sitzen können.

Erkunden Sie, **was** das Holz möglich macht [K3]:

Sie können sich mit den **Händen am Holz** halten – oder **nicht**.

Sie können die **Füße** auf dem **Boden** lassen – oder **mit** aufs **Holz** nehmen.

Sie können **quer** oder **längs** zum Holz sitzen.

Probieren Sie die **Möglichkeiten** aus. [K4]



Dann legen Sie sich auf den **Rücken**:

Der **Kopf** liegt auf der **Matte**,
ihre **Unterschenkel** liegen auf dem **Holz**,
die **Füße** hängen in der **Luft**,
die **Arme** sind lang auf dem **Boden** abgelegt.

Spüren Sie der **Anstrengung** nach
und versuchen Sie, Ihr **Körpergewicht** wirklich **abzulegen**. [K5]

Spüren Sie die **Auflage der Beine** auf dem **Holz**,
spüren Sie, wie die **Füße** in der Luft **hängen**
und wie die **Arme** lang auf dem **Boden** abgelegt sind.

Streichen Sie sich **mit den Händen** die **Leisten** aus,
die in besonderer Weise gefordert sind.

Spüren Sie hin:

Wie geht es Ihnen in dieser **Lage**?
Was **nehmen** Sie wahr? [K6]

Bevor Sie aus der Lage **herauskommen**,
bewegen Sie Ihre **Beine** und **Arme**:

Nehmen Sie die **Beine** weg **vom Holz**,
bewegen Sie Ihre Beine **Richtung Raumdecke**
und **Richtung Bauch**.

Die **Arme** machen große **Kreise**, beugen sich, strecken sich.

Dann **setzen** Sie sich **behutsam** auf.
Und versuchen Sie nun, sich auf das Holz zu **legen** –
die **Füße bleiben** links und rechts **am Boden**.

Achten Sie darauf, dass Ihr **Kopf** gut auf der **Fläche Platz** hat. [K7]

Kommentar 5:

Geben Sie Zeit zum Erspüren, etwa
zehn Atemzüge lang. Nehmen Sie in
dieser Zeit wahr, wie Ihre PatienInnen
mit dem Angebot umgehen.

Kommentar 6:

Geben Sie hier Raum zum Spüren und
Wahrnehmen – und auch zum
Sprechen, wenn Ihre PatientInnen den
Wunsch danach haben.

Kommentar 7:

Der Kopf sollte nicht an oder auf der
Kante liegen. Wenn er dies tut, bitten
Sie die entsprechenden PatientInnen,
auf dem Holz etwas tiefer zu rutschen.
Wer möchte, nimmt eine Nackenrolle.



Rücken und **Becken** liegen auf dem Holz.

Die **Arme** liegen am Körper.

Falten Sie Ihre **Hände** auf dem Bauch.

Nehmen Sie wahr, wie die **Holzfläche** Sie trägt.

Können Sie sich **auf** der Holzfläche **niederlassen**
oder ist das **schwierig**?

Kommentar 8:

Ermuntern Sie Ihre PatientInnen, das, was schwierig ist, möglichst genau zu erspüren und zu beschreiben. Nicht, um es zum Verschwinden zu bringen, sondern um es zu erforschen.

Kommentar 9:

Nehmen Sie auch hier wahr, wie die einzelnen PatientInnen mit dem Angebot umgehen. Vielleicht ist erkennbar, wer sich auf das Erspüren einlässt und wem es eher um Geschicklichkeit geht.

Sprechen Sie es bitte **aus**. [K8]

Mit den **Füßen** können Sie jetzt das **Holz** leicht in Bewegung bringen, mal nach **rechts**, mal nach **links**. [K9]

Dann halten Sie einen **Moment inne**
und bleiben Sie **ruhig** auf dem Holz **liegen**.

Spüren Sie Ihrem **Atem** nach
und versuchen jetzt, auch Ihre **Füße auf das Holz** zu **stellen**.

Die **Hände** können Sie **rechts** und **links** auf die **Matte** legen
und sich damit **abstützen**, wenn es notwendig ist.

Kommentar 10:

Geben Sie Zeit zum Ausprobieren.
Wenigstens zehn Atemzüge lang.

Nehmen Sie sich Zeit, Ihr **Gleichgewicht** auf dem **Holz** zu finden.
[K10]

Kommentar 11:

Für viele PatientInnen ist es eine große Herausforderung, sich auf das wackelige Holz einzulassen. Es kann sein, dass einige PatientInnen an einer Stelle aussteigen. Wenn Patient W. sich aufsetzt und sagt, das könne er nicht, bieten Sie ihm an, sich auf das Holz zu setzen – oder daneben – und auszusprechen, was gerade schwierig oder bedrohlich ist.

Spüren Sie hin:

Wie geht es Ihnen in dieser Situation,
was empfinden Sie? [K11]

Kommentar 12:

PatientInnen, die beim Punkt *Heruntergleiten* aussteigen, bieten Sie an: »Legen Sie sich neben das Holz

Jetzt versuchen Sie bitte, sich **zu einer Seite** vom Holz
heruntergleiten zu lassen – ganz **langsam** und sehr **behutsam** –
bis Sie auf Ihrer **Matte** ankommen. [K12]

Dort bleiben Sie einen Moment **liegen**.



auf Ihre Matte und die Decke und spüren Sie dem nach, was sich da gerade in Ihnen regt. Dieser innere Aufruhr, den Sie jetzt spüren, ist sicher wichtig für Sie.«

Kommentar 13:

Geben Sie auch hier wieder Zeit zum Nachspüren

Spüren Sie dem nach:
diesem **Weg** vom **Holz** auf die **Matte**,
diesem **Heruntergleiten**, **Herunterfallen**. [K13]

Dann **legen** Sie sich wieder auf das **Holz**.

Und probieren Sie das **Heruntergleiten** noch ein **paarmal** aus – mit Ihrem **Zeitmaß**.

Mal zur **einen**, mal zur **anderen Seite**.

Beenden Sie langsam diese Arbeit.

Nehmen Sie eine **Lage** ein, in der Sie zur **Ruhe** kommen können:
auf dem **Holz**, **neben** dem **Holz** – jeder, wie er mag.

Spüren Sie in sich hinein
und lassen Sie Ihre **Gefühle** und **Gedanken** kommen.

Dann kommen Sie **langsam** in **Bewegung**:
spannen Sie sich, dehnen Sie sich, nehmen Sie sich Zeit zum
Strecken und **Räkeln**.

Dann **setzen** Sie sich **auf Ihr Holz**.

Und **sprechen** Sie darüber, was Sie erlebt haben. [K14]

Kommentar 14:

Ein möglicher Abschluss: »Lassen Sie die Stunde nachwirken. Und wenn Sie über das Erlebte oder was es anrührt, sprechen möchten: tun Sie das in der *Verbalen Gruppe*, im Einzelgespräch oder auch in den Diensten.«





Stehen auf einem Halbrundholz

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Dies können Sie den PatientInnen bereits sagen, wenn diese den Raum betreten.

Kommentar 2:

Die Wand dient während des Angebots als Stütze. Sie als TherapeutIn müssen also vorher im Blick haben, ob in dem Raum, in dem Sie mit der Gruppe arbeiten, genügend Wandfläche zur Verfügung steht.

Kommentar 3:

Bei diesem Angebot können die PatientInnen durch unterschiedliche Kontaktmöglichkeiten mit dem Holz etwas darüber zu erfahren, wie sie mit diesem Gegenstand, den kleinen Veränderungen im Spüren und mit der

An die PatientInnen gerichtet:

Holen Sie sich bitte ein **langes Halbrundholz**^[K1] und suchen Sie sich einen Platz **in der Nähe** einer **Wand** ^[K2].

Ihre Decken brauchen Sie nicht, legen Sie sie bitte in die Mitte des Raums.

Dann **stellen** Sie sich bitte so **vor** das **Holz**, dass das Holz **quer** vor Ihnen liegt.

Setzen Sie jetzt **einen Fuß** auf das Holz und bringen Sie es mit dem Fuß in **Bewegung**.

Verändern Sie die **Position** Ihres **Fußes**:
Mal ist er in der **Mitte**, mal an einem **Ende**,
mal **längs**, mal **quer**.

Spüren Sie hin, ob Ihr **Krafteinsatz** sich verändern muss, wenn Sie die **Position des Fußes** ändern.

Und dann nehmen Sie den **anderen Fuß**.

Und jetzt möchte ich **von Ihnen hören**:
Gibt es da **Unterschiede**, je nachdem welchen Fuß Sie nehmen?
^[K3]



Bewegung des Holzes umgehen.
Damit die PatientInnen diese
Erfahrungen wahr- und ernst nehmen,
ist es hilfreich, etappenweise
nachzufragen und zu bitten, das gerade
eben Empfundene auszusprechen.

Kommentar 4:

Die PatientInnen, denen das zu
wackelig ist, können sich an der Wand
abstützen. Vielleicht müssen Sie Ihren
PatientInnen – oder einzelnen –, das
auch sagen: »Bitte nutzen Sie zunächst
auch die Wand als Stütze.« – Es geht
ja nicht um Geschicklichkeit, sondern
darum zu erspüren, wie sich die
Wackeligkeit jeweils anfühlt, und was
für Gefühle dabei geweckt werden:
Ängstlichkeit oder Wut, Spielfreude
oder Frustration, Genervtsein oder Lust
an der Bewegung – Lassen Sie Ihre
PatientInnen Formulierungen dafür
finden und helfen Sie Ihnen, das
eigene Sprechen zu hören.

Kommentar 5:

Schauen Sie hin, wie ruhig oder
wackelig jede/r steht. Ermuntern Sie
diejenigen, die sicher stehen, dazu, es
einmal vorsichtig ohne Wandstütze zu
probieren – und sich damit auf die
größere Arbeit (= Spannung)
einzulassen.

Kommentar 6:

Geben Sie Zeit zum Ausprobieren –
wenn Sie das Gefühl haben,
PatientInnen »absolvieren« das Auf-
und Absteigen, unterstreichen Sie:
»Gehen Sie langsam vor, und nehmen
Sie so genau wie möglich wahr, was
Sie dabei empfinden.«

Kommentar 7:

Die Reaktion der PatientInnen kann
hier sehr unterschiedlich sein: Einige
sind möglicherweise begeistert vom

Setzen Sie jetzt **einen Fuß** auf das **Holz**
und versuchen Sie, ihn ganz **kurz** zu **belasten**:
als würden Sie **auf eine Stufe** treten.

Dann kommen Sie **gleich wieder zurück** auf den Fuß,
der auf dem **Boden** steht.

Probieren Sie den **anderen Fuß**.

Dann lassen Sie den **ersten Fuß** wieder auf das Holz,
und nehmen Sie sich vor,
ganz langsam Ihr **Gewicht** auf diesen »Holzfuß« zu geben,
so dass der **zweite Fuß nachkommen** kann
und Sie **auf dem Holz** zum **Stehen** kommen. [K4]

Spüren Sie in:

Wo spüren Sie die **Spannung**,
die **notwendig** ist, um auf dem Holz **stehen bleiben** zu können?

Gehen Sie **immer einmal** wieder **runter vom Holz**
und **steigen** Sie dann **wieder auf** –
auch mal mit dem **anderen Bein** zuerst. [K5]

Versuchen Sie herauszufinden, wie Sie mit der **Unsicherheit**,
die das Holz Ihnen aufgibt, **umgehen können**. [K6]

Wie **nehmen** Sie sich **gerade** wahr?
Sprechen Sie es bitte **aus**.

Können Sie vielleicht mit dem Holz **spielen**?
Und ein bisschen **provizieren**, dass es **wackelt**?

Probieren Sie aus: »Wie weit kann ich gehen, ohne abzurutschen?«
[K7]



Spielerischen, vielleicht auch überrascht vom eigenen Wagemut. Andere spüren durch die Wackeligkeit des Holzes vor allem die eigene Spannung und Ängstlichkeit: Unterstreichen Sie mit Ihren Worten, wie wichtig es ist, dass Herr P die Spannung bei sich wahrnimmt; und Frau M ihre Angst. Ermutigen Sie dazu, dort hinzuspüren, wo die Spannung sich bemerkbar macht.

Dann bleiben Sie bitte auf dem Holz stehen und versuchen Sie, **auf dem Holz** zu einem **ruhigen Stand** zu kommen.

Spüren Sie hin, ob Sie die **Wand** als **Stütze** benötigen.

Sie stehen etwas **erhöht** – **wie** ist das **spürbar**?

Spüren Sie Ihre ganze **Größe** bis zum **Scheitel** – mit dem Abstand vom Boden.

Und dann **versuchen** Sie, die **Augen zu schließen**, vorsichtig und langsam.

Was **erleben** Sie jetzt?

Was **ändert** sich für Sie?

Öffnen Sie die Augen – – – und **schließen** Sie sie wieder.

Öffnen Sie dann erneut die Augen und gehen Sie ganz aufmerksam **runter** vom **Holz** auf den Boden.

Spüren Sie den **Boden** unter Ihren Füßen.

Und **schließen** Sie wieder die **Augen**. [K8]

Nehmen Sie sich Zeit, um herauszufinden, was das **jeweils** für ein **Gefühl** ist:

auf dem festen Boden bzw. auf dem wackeligen Holz. [K9]

Kommentar 8:

Wenn Sie sehen, dass ein Patient besonders unsicher ist: Gehen Sie in seine Nähe. Sie können Herrn O auch ansprechen und ihn fragen, wie es ihm geht. Wichtig: Flüstern Sie dabei nicht, sonst steigen die anderen PatientInnen aus. Wenn sie einzelne PatientInnen ansprechen, sprechen Sie immer so, dass alle Sie hören können.

Kommentar 9:

Hier ist es besonders wichtig, dass Sie als TherapeutIn die Ruhe, die die PatientInnen brauchen, durch klares ruhiges Sprechen unterstützen.

Dann **setzen** Sie sich bitte auf das Holz



Kommentar 10:

Wenn die PatientInnen einzelne Situationen aus dem zurückliegenden Angebot schildern, kann es ein Zugang dazu sein, dass die PatientInnen diese Situation noch einmal konkret zeigen.

Kommentar 11:

Das Angebot dieser *Körperbezogenen Psychotherapie*-Stunde war schon sehr reichhaltig – wahrscheinlich braucht es keine weiteren Angebots-Elemente mehr. Wenn Sie jedoch mit dem langen Halbrundholz weiterarbeiten möchten – vielleicht auch in der nächsten KG – können Sie vom Stehen ins Gehen wechseln; bzw. ein Partnerangebot anschließen, bei dem der direkte Blick ins Spiel kommt.

Kommentar 12:

Auch hier ist es wichtig, dass Sie genau hinsehen, wie die PatientInnen sich verhalten – mahnen Sie ruhig noch einmal zur Vorsicht; und erinnern Sie, wenn nötig, an die Wand.

Bleibt nicht mehr genug Zeit, um über das zuletzt Erlebte zu sprechen, weisen Sie darauf hin, dass es nachwirken und dann auch in der *Verbalen Gruppe* zur Sprache kommen kann.

Kommentar 13:

Hier können Sie noch weitere Varianten anschließen:

›Beide **stehen** an einem Ende und schauen sich an‹ / ›Beide **sitzen** an einem Ende und schauen sich an.‹ / Dann kann die erste Variante – ›einer sitzt, einer steht‹ – **noch einmal wiederholt** werden. (Hat sich etwas im Empfinden geändert?)

und lassen Sie uns **über** Ihre **Erfahrungen sprechen**. [K10]

* * * [K11]

Stellen Sie sich in die **Mitte** des **Holzes**
und versuchen Sie, **seitlich** auf dem Holz zu **gehen** –
mal nach rechts, mal nach links.

Und nun versuchen Sie,
auf dem Holz **vorwärts** zu gehen.

Und schließlich:
Wie ist es **rückwärts**? [K12]

* * *

Gehen Sie **zu zweit** zusammen.

Einer setzt sich auf die **eine Seite** des Holzes,
der **andere stellt sich** auf die **gegenüberliegende Seite**,
und Sie **schauen** sich an.

Einer **schaut** nach **oben**, einer **schaut** nach unten.
Was entstehen da für **Empfindungen**?

Sprechen Sie es **aus**.

Und jetzt **wechseln** Sie die **Positionen**. [K13]





Tennisbälle & Kugelsäckchen

Kommentarspalte
= für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Tennisbälle und Kugelsäckchen stellen Sie zu Beginn der Stunde bereit. Bei kleinem Material, das in größerer Menge benötigt wird, ist das einfacher, als wenn die PatientInnen dies selbst holen und dafür mehrfach gehen würden.

An die PatientInnen gerichtet:

Nehmen Sie sich bitte eine **Matte** und suchen Sie sich einen **Platz** im **Raum**.

Sie brauchen heute **vier Tennisbälle** und **zwei Kugelsäckchen**.
[K1]

Legen Sie sich bitte auf Ihre Matte, die Tennisbälle und die Kugelsäckchen in Reichweite.

Stellen Sie bitte Ihre **Füße** auf, und legen Sie unter den **rechten Fuß** **zwei Tennisbälle** und unter den **linken Fuß** **ein Kugelsäckchen**.

Überlassen Sie das **Gewicht** Ihrer **Beine** den Bällen und den Kugeln.

Erspüren Sie mit den **Fußsohlen** die **Unterschiedlichkeit** des Materials.

Jetzt **drücken** Sie mit dem **rechten Fuß** auf die **Tennisbälle** und dann mit dem **linken Fuß** auf die Kugeln.

Kommentar 2:

Etwa fünfmal mit jedem Fuß. – Achten Sie darauf, dass die PatientInnen den Druck langsam

Immer **abwechselnd** [K2] – etwa wie beim Wassertreten.



ausüben, so dass ein Mitspüren möglich wird. Und achten Sie darauf, dass sie wirklich Druck ausüben. Ermutigen Sie gegebenenfalls dazu: »Jetzt geben Sie nacheinander noch einmal ganz langsam so viel Druck wie möglich auf den Ball bzw. auf das Kugelsäckchen.« – Es kann sein, dass einige PatientInnen hier schon den Wunsch haben, auszusprechen wie es sich für sie mit diesem ›Druck-Geben‹ (und Gegen-Druck wahrnehmen) anfühlt.

Kommentar 3:

Geben Sie Zeit zum Spüren, etwa zehn Atemzüge lang.

Kommentar 4:

... und geben Sie Zeit zum Sprechen; auch dafür, dass sich manchmal Worte erst bilden müssen; und es nie einfach ist, vor der Gruppe – und dazu im Liegen – zu sprechen.

Kommentar 5:

Achten Sie darauf, dass die PatientInnen den Ball nicht unter Fußgewölbe legen.

Spüren Sie, **wie unterschiedlich** Ihre **Beine** arbeiten müssen.

Wie reagiert Ihr **Rücken** ?

Dann nehmen Sie die Beine **vom Material** und lassen sie langsam **in die Länge** gleiten.

Spüren hin zu Ihren **Beinen**, und zu Ihren **Füßen** bis in die **Fußsohlen**. [K3]

Und **sprechen Sie** im Liegen aus, was Sie **wahrnehmen**. [K4]

Jetzt **stellen** Sie die **Beine** wieder **auf**, und spüren Sie den **Kontakt** mit der **Matte** unter Ihren **Fußsohlen**.

Wie ist der Kontakt jetzt?

Können Sie noch einen **Unterschied** spüren?

Oder ist er **rechts** und **links** gleich?

Die **Tennisbälle** legen Sie jetzt unter die **linke Fußsohle** und die **Kugelsäckchen** unter die **rechte**.

Ein **Tennisball** liegt jetzt unter dem **Mittelfuß** [K5], der andere unter der **Ferse**.

Spüren Sie das **Gewicht** der **Beine** – links auf den Bällen, rechts auf den Kugeln – **ohne** dass Sie zusätzlich **Druck** ausüben.

Dann beginnen Sie wieder mit dem **Wassertreten**: Versuchen Sie, die **Bälle** und die **Kugeln** kräftig in den Boden zu **drücken**.

Wo spüren Sie überall die **Arbeit**?

In den **Beinen**?

Im **Bauch**? Im **Rücken**?



Wie liegen die **Arme** am **Boden**?
Und **wie** liegt Ihr **Kopf**?

Lassen Sie Ihre Füße noch einen Moment **ohne zusätzlichen Druck** auf den Bällen und den Kugeln.

Und spüren Sie in die **Beine** – in den **Bauch** – den **Rücken**:
Arbeiten Sie dort **noch**?
Oder können Sie die **Spannung** gehen **lassen**?

Atmen Sie tief **durch**.

Lassen Sie dann langsam die **Beine in die Länge** gleiten.
Und **legen** Sie sie **auf der Matte** ab,
ohne Kontakt zu den Bällen und den Säckchen. [K6]

Kommentar 6:

Geben Sie auch hier wieder Zeit zum Spüren, etwa zehn langsame Atemzüge; nehmen Sie Ihre eigenen zum Maß. Und schauen Sie unterdessen, wie Ihre PatientInnen daliegen. Sind die Beine wirklich abgelegt? Bei wem haben Sie das Gefühl, dass er oder sie die Beine immer noch ›hält‹? – Dann bitten Sie, auszusprechen, was gerade da ist, welche Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken.

Kommentar 7:

Die PatientInnen haben länger gelegen, daher ist beides wichtig: Das intensive Strecken und Räkeln, um wieder in Schwung zu kommen; und dass sie sich langsam hinsetzen und -stellen.

Kommentar 8:

Geben Sie auch hier wieder genügend Zeit zum Erspüren der Körperlänge.

Kommentar 9:

Das ist vermutlich für einige PatientInnen nicht einfach. Schauen

Bewegen Sie sich langsam aus der Ruhe **heraus**:
Bewegen Sie die **Beine** und die **Arme**.
Räkeln und **strecken** Sie sich [K7]
und kommen Sie dann langsam zum **Sitzen**.

Und dann zum **Stehen**.

Jetzt stellen Sie sich bitte **mit beiden Füßen** auf den **Boden**,
ohne Decke und ohne Matte.

Spüren Sie **diesen Kontakt**.
Wie fühlt sich der **Boden** jetzt an?

Das **gesamte Körpergewicht** ruht jetzt auf Ihren **Fußsohlen**.
Was ist jetzt **zwischen Scheitel** und **Fußsohle**? [K8]

Kommen Sie dann in ein **behutsames Schwingen**,
indem Sie Ihr **Körpergewicht** vorsichtig in alle **Richtungen**
verlagern.

Bewegen Sie dabei bitte **nur** Ihre **Fußgelenke**. [K9]
Alle anderen Gelenke bleiben in einer Ruheposition.



Sie hin, wer verbale Unterstützung braucht – aber bitte geben Sie diese so, dass alle PatientInnen Sie hören können. Etwa: »Sie brauchen sich beim Schwingen nicht nach vorn zu beugen.« oder: »Es genügt, wenn Sie Ihren Körper ganz wenig nach vorn und hinten verlagern.«

Kommentar 10:

Bieten Sie »wackeligen« PatientInnen an, dies zunächst in der Nähe einer Wand oder Säule zu probieren, so dass sie sich abstützen können.

Spüren Sie den **Verlagerungen** an den **Fußsohlen** nach.

Stellen Sie die **Schwingungen** ein.

Wenn Sie zur Ruhe gekommen sind,
legen Sie **unter jeden Fuß zwei Tennisbälle**. [K10]

Versuchen Sie **auf den Tennisbällen zu stehen**.

Ein **Ball** liegt wieder **unter dem Mittelfuß**,
einer **unter der Ferse**.

Nehmen Sie sich Zeit und versuchen Sie zu **erspüren**:
Was muss ich **tun**, damit ich **stehen kann**?

Wer sich auf den Bällen sicher genug fühlt,
kann versuchen, die **Bälle in Bewegung** zu bringen:

Bewegen Sie den **rechten Fuß** nach **vorn**
und den **linken** nach **hinten** – und **wieder zurück**:
Als hätten Sie Rollschuhe unter den Füßen.

Kommentar 11:

Versuchen Sie, diese Ruhe durch
einen besonders ruhige und klare
Stimme zu unterstützen.

Dann bleiben Sie wieder **ruhig stehen**. [K11]
Spüren Sie dem **nach**.

Die **Füße** geben jetzt **Druck** in den **Boden**,
während der **Scheitel** Richtung **Raumdecke** strebt.

Langsam stellen Sie sich darauf ein,
dass Sie **gleich die Bälle verlassen** werden.
Stellen Sie sich dann auf den **Boden**.

Schließen Sie die **Augen**
und beachten Sie, **wie Sie dastehen**.
Und spüren Sie den **Kontakt** der **Füße** mit dem **Boden**.

Kommen Sie wieder in ein ganz **behutsames Schwingen**.



Versuchen Sie dabei den ganzen **Körper** zu **spüren**,
vom **Scheitel** bis zur **Sohle**.

Spüren Sie in sich **hinein**.

Dann **öffnen** Sie wieder die **Augen**,
und spüren Sie dem eben Erlebten **mit offenen Augen** nach. [K12]

Kommentar 12:

Wenn Sie den Eindruck haben, dass
die Stunde bereits sehr dicht war,
setzen Sie **hier einen Schluss** und
bitten Sie zum Kreis und zum
Sprechen über das Erfahrene.

Jetzt legen Sie bitte **beide Kugelsäckchen** mit etwas Abstand
nebeneinander auf Ihre **Matte**.

Und stellen Sie sich mit **jedem Fuß** auf ein **Kugelsäckchen**.
Wie geht es Ihnen damit?

Gehen Sie dann **von** den **Kugelsäckchen** **herunter**.

Erst ein paar **Schritte** auf Ihrer **Matte**.

Dann ein paar **Schritte** durch den Raum, auf dem **Boden**.

Stellen sich **noch einmal** auf die **Tennisbälle**,
erst mit dem **einen Fuß**, dann mit dem **anderen**
– schließlich noch einmal mit **beiden**.

Versuchen Sie, dabei zwischendurch die **Augen** zu **schließen**.
Wie ist es **mit offenen**, wie **mit geschlossenen Augen**?

Dann **stellen** Sie sich **noch einmal** auf die **Kugelsäckchen**.

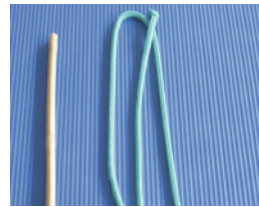
Und **gehen** anschließend noch einmal durch den **Raum**.

Lassen Sie diese **unterschiedlichen Kontakte** an Ihren **Fußsohlen**
auf sich **wirken**.

Dann kommen Sie in einem **Kreis** zusammen

Was haben Sie **erlebt**?





Führen und geführt werden [K1]

Kommentarspalte = für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Wenn irgend möglich, nennen Sie bei diesem Angebot keine Überschrift, kein Thema. Für viele der PatientInnen wird es vermutlich im Verlauf der Stunde um den Umgang mit dem Themenfeld *führen / geführt werden* gehen. Aber vielleicht gibt es auch ganz andere, individuelle Themen, die sich bei einzelnen melden. Dafür sollte der Raum offen bleiben.

Kommentar 2:

Wenn eine ungerade Zahl PatientInnen an der Stunde teilnimmt, bleibt eine/r zunächst draußen und macht dann mit, wenn eine neue Paarbildung dran ist.

Kommentar 3:

Nehmen Sie genügend Bambusstäbe und Seile mit in die Stunde, so dass für jeweils zwei PatientInnen ein Bambusstab und ein Seil vorhanden sind.

Kommentar 4:

Wenn Sie merken, dass einige PatientInnen den Stab sehr fest halten, können Sie einen Tipp geben: »Halten Sie den Stab nicht allzu fest, damit Sie etwas von den Signalen des anderen mitbekommen können.«

Kommentar 5:

Dieses Verbundensein kann bei PatientInnen viel auslösen. Wenn Sie merken, dass Frau D. oder Herr E.

An die PatientInnen gerichtet:

Kommen Sie bitte **zu zweit** [K2] zusammen –
Sie brauchen zusammen einen **Bambusstab**. [K3]

Ihre Decken legen Sie bitte an den Rand.

Dann stellen Sie sich **einander gegenüber**
und nehmen den **Bambusstab** beide mit der **rechten Hand**.

Bewegen Sie den Stab.

Und **spüren** Sie dem nach, **wie** Sie das machen.
Bewegen Sie sich **miteinander** oder eher **gegeneinander**?

Dann **schließen** Sie bitte die **Augen**
und bemerken Sie, was jetzt an Bewegung möglich ist.

Können Sie die **Signale**, die Sie bekommen, **wahrnehmen**?

Haben Sie das Gefühl, dass die **Signale**, die Sie **geben**,
bei Ihrem **Gegenüber** ankommen? [K4]

Dann **öffnen** Sie die Augen.

Und versuchen Sie miteinander durch den **Raum** zu **gehen**
– durch den **Stab verbunden**. [K5]



sehr gefordert sind, können Sie das Angebot auch unterbrechen und die PatientInnen bitten, auszusprechen, was gerade ist. Ermutigen Sie Ihre PatientInnen, dem nachzuspüren, was schwierig ist, und Worte dafür zu finden.

Kommentar 6:

Wer führt und wer sich führen lässt, wer die Signale des anderen aufnimmt und wer ›taub‹ dafür ist – Eigen- und Fremdwahrnehmung gehen dabei häufig weit auseinander. Um dafür sensibel zu werden und diese Diskrepanz wahrnehmen zu können (nicht um sie zu beseitigen), ist immer wieder ein Austausch nötig.

Ist es das ein **Miteinander**?
Übernimmt einer die **Führung**?
Oder führen Sie **abwechselnd**?

Dann halten Sie bitte inne
und **tauschen** Sie sich **mit Ihrem Partner aus**,
wie Sie sich erlebt haben –
jeder **sich selbst** und den **anderen** [K6]

Jetzt **wechseln** Sie bitte die **Partner** – und **auch** die **Hände**:
Fassen Sie beide den **Stab** mit der linken Hand.

Beginnen Sie im **Stehen**:
Probieren Sie mit dem neuen Partner den **Stab** vorsichtig zu
bewegen.

Was können Sie von Ihrem **neuen Gegenüber** erfahren,
und **wie** teilen Sie sich mit?

Schließen Sie jetzt die **Augen** und **spüren** Sie dem **nach**,
dass Sie **durch** den **Stab** miteinander **verbunden** sind.

Öffnen Sie wieder Ihre **Augen**
und **bewegen** Sie sich jetzt **miteinander** durch den **Raum**.

Geben Sie einander **Signale** durch den **Stab** klar, aber behutsam.

Bemerken Sie, wie Ihre **Signale aufgenommen** werden.

Sie können auch das **Tempo variieren**,
zwischendurch auch einmal **stehen bleiben**.

Dann halten Sie **wieder inne**.
Setzen Sie sich einen Moment hin
und **tauschen** Sie sich **aus**. [K7]

Kommentar 7:

Geben Sie wieder ein bis zwei
Minuten Zeit zum Austausch. Es kann
sein, dass die PatientInnen sich relativ



lebhaft unterhalten, dabei vielleicht auch laut lachen – das zeigt häufig, dass die Anspannung vorher im Spüren und in der Nähe zum anderen groß war. Wenn Sie den Eindruck haben, dass die Wellen dabei sehr hoch schlagen, fragen Sie – für alle hörbar – nach, was da beschäftigt und bewegt.

Kommentar 8:

Der Kontakt zum Partner kann nur entstehen, wenn das Seil unter einer gewissen Spannung steht. Wenn Sie sehen, dass einigen Paaren das noch nicht gelingt, entscheiden Sie, einen Zwischenschritt zu machen:
»Lassen Sie das Seil noch einmal zwischen sich baumeln. Sie haben jetzt keinen Bezug zum anderen, sondern nur zum Seil. Dann gehen Sie einen kleinen Schritt auseinander, so dass das Seil parallel zum Boden zwischen Ihnen schwebt.«

Kommentar 9:

Geben Sie immer wieder Zeit zum Spüren, fünf bis sechs langsame Atemzüge sind ein gutes Maß.

Ich möchte Ihr **Gespräch** jetzt **unterbrechen**
und Sie bitten, wieder **aufzustehen**
und den **Stab beiseite** zu legen.

Nehmen Sie jetzt zu zweit ein **Seil**
und legen Sie das Seil **dreifach**,
damit der **Abstand** zwischen Ihnen nicht zu groß wird.

Und fassen Sie jetzt das **Seil jeder an einem Ende**. [K8]

Dann beginnen Sie, das **Seil** zu **bewegen**.

Bemerken Sie, was mit dem **Seil anders** ist als mit dem **Stab**.
Und bemerken Sie, **wie** sich Ihr **Umgang** damit **ändert**.

Probieren Sie jetzt miteinander aus,
wie Sie sich damit **durch den Raum bewegen** können.

Halten Sie bitte wieder **inne**.

Wechseln Sie jetzt die **Hände** und **schließen** Sie die **Augen**.

Spüren Sie die **Spannung** des Seils, **die Sie brauchen**,
um zu Ihrem **Gegenüber** wirklich **Kontakt** aufnehmen zu können.
[K9]

Machen Sie dann mit dem Seil **kleine, behutsame** Bewegungen,
versuchen Sie, die **Augen geschlossen** zu halten.

Dann **öffnen** Sie die **Augen**
und **bewegen** sich wieder durch den **Raum**.

Halten Sie wieder inne und **sprechen Sie sich ab**:
Wer von Ihnen **übernimmt** jetzt **die Führung**?
Wer **lässt** sich **führen**?

Dann **gehen** Sie **gemeinsam los**,



Kommentar 10:

Dies ist herausfordernd, weil die Spannung des Seils aktiv von beiden Seiten hergestellt werden muss, also auch von denjenigen, die geführt werden – die aber gleichzeitig den Führenden ihre Rolle nicht streitig machen sollen. Wenn Sie merken, dass PatientInnen damit vollkommen überfordert sind, unterbrechen Sie. Lassen Sie die PatientInnen beschreiben, was nach ihrer eigenen Wahrnehmung passiert, und wie es ihnen damit geht. Dann lassen Sie mit dem Stab weiterarbeiten oder bieten dies als alternative Möglichkeit an.

wer führt, bestimmt **Tempo** und **Bewegungsrichtung**. [K10]

Die **Augen** bleiben bitte **geöffnet**.

Bleiben Sie dann wieder **stehen** –
und stellen Sie sich auf einen **Wechsel der Rollen** ein:
Wer eben geführt hat, lässt sich jetzt führen,
und umgekehrt.

Wer geführt wird, probiert jetzt die Augen zu schließen.

Die Führenden beginnen langsam und vorsichtig.
Behalten Sie Ihren **Partner >im Blick<**
– nicht nur mit den Augen, auch mit Ihrem **Spürsinn**.

Versuchen Sie zu **bemerken, wie** das miteinander **funktioniert**.

Bleiben Sie wieder **stehen** und **wechseln** Sie die **Rollen**.
Wer geführt wird, versucht die **Augen zu schließen**.

Bemerken Sie, in welcher **Rolle** Sie sich **wohl** oder **unwohl** fühlen.

Halten Sie wieder **inne**,
und lassen Sie das **Seil** einfach **fallen**.

Schließen Sie **beide** die **Augen**
und **spüren** Sie in sich **hinein**.

Wie atmen Sie jetzt?
Wie stehen Sie da?
Wie geht es Ihnen?

Öffnen Sie die **Augen**,
und kommen Sie zu einem **Kreis** zusammen.

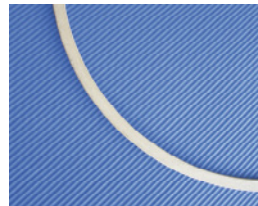
Sprechen Sie es aus, **wie es Ihnen ergangen ist**.
[K11]

Kommentar 11:

Es gibt oft viele Reaktionen auf dieses Angebot, dann kann sicher nur ein Teil in der Abschlussrunde zu Wort kommen. Manche Reaktion wird für die PatientInnen auch erst später spürbar. Verweisen Sie daher auf die *Verbale Gruppe* oder auf die Dienste. Wenn ein Patient / eine Patientin sehr aufgewühlt ist, bieten Sie ihm zeitnah ein zehnmütiges Einzelgespräch an.

Und schließlich:
Zögern Sie nicht, dieses Angebot oder einen Teil davon in der nächsten oder einer der nächsten *Körperbezogenen Psychotherapie-Stunde(n)* erneut zu machen.





Mit dem Reifen arbeiten

Kommentarspalte – für die TherapeutInnen

Kommentar 1:

Bitten Sie die PatientInnen bereits, wenn sie beim Bewegungsraum ankommen, sich einen Reifen aus dem Geräteschrank zu holen.

Kommentar 2:

Geben Sie Zeit zum Spüren, etwa fünf bis sechs ruhige Atemzüge lang; nehmen Sie bitte bei sich selbst im Stillen Maß.

Kommentar 3:

Geben Sie Zeit zum Sprechen, auch dafür, dass möglicherweise zunächst ein Schweigen da ist. Sollte auch nach längerer Zeit niemand etwas sagen, können Sie zum nächsten Punkt übergehen oder Sie unterstreichen: »Es scheint gerade nicht einfach zu sein zu sprechen / zu sagen, was gerade ist.« – Auch hier kann Ihnen natürlich Abwehr entgegenkommen

An die PatientInnen gerichtet:

Ihre **Decken** brauchen Sie **heute nicht**,
legen Sie sie bitte an den Rand.

Dann nehmen Sie den **Reifen**, den Sie sich geholt haben[K1],
bitte **um** Ihren **Körper**.

Halten Sie ihn **mit beiden Händen** etwa in **Hüfthöhe**,
so dass Sie Ihre **Arme lang** hängen lassen können.

Schauen Sie um sich:
in den **Raum**, in die **Gruppe** –,
wie ist das für Sie, hier mit dem Reifen zu stehen? [K2]

Dann legen Sie den **Reifen** bitte auf den **Boden**
und **stellen sich hinein**.

Schauen Sie sich **wieder um** im Raum, in der Gruppe.
Wie ist das jetzt für Sie?

Sprechen Sie es bitte **aus**. [K3]

Dann nehme Sie den **Reifen wieder auf**
und **gehen** mit ihm **durch den Raum**.

(Patient Y: »Ist gar nicht schwierig, wir stehen hier halt in Reifen, was soll daran besonders sein?«). – Auch das ist eine wertvolle Bemerkung, mit der Patient Y deutlich macht, dass er versucht, die durchaus besondere Situation – die konkrete *Körperbezogene Psychotherapie*-Stunde und was sie auslöst – mit einem »nix Besonderes« von sich fernzuhalten.

Kommentar 4:

Hier kann deutlich werden, wie aktiv ein Patient / eine Patientin den Raum nutzt, Freiräume sucht.

Versuchen Sie **jede Berührung** mit anderen Reifen zu **vermeiden**.

Wie erleben Sie den **Raum**, den Sie jetzt **für sich** haben?

Dann halten Sie den **Reifen** bitte **etwas diagonal** – **eine Hand** hält ihn **etwas höher** als die andere – und versuchen Sie, Ihr **Tempo** ein wenig zu **beschleunigen**.

Suchen Sie sich Ihre **Freiräume**, Ihre **Wege** durch die Gruppe. [K4]

Jetzt **bleiben** Sie bitte **stehen**.

Legen Sie die **Reifen** wieder auf den **Boden** und **verlassen** Sie Ihren Reifen.

Gehen Sie **langsam** um die Reifen herum und bemerken Sie, **wie** es Ihnen jetzt dabei geht.

Versuchen Sie so zu gehen, dass Sie **einander nicht berühren**.

Und bleiben Sie dann **wieder stehen**.

Sie **stehen** jetzt da **ohne Reifen**.

Überlegen Sie, **wo Ihr Reifen** ist.

Möchte Sie **dorthin zurück?** oder **gerade nicht?**

Kommen Ihnen **dazu Gedanken?**

Sprechen Sie aus, was in Ihnen vorgeht.

Jetzt **stellen** Sie sich in **irgendeinen Reifen**.

Wie ist es da **jetzt?** [K5]

Kommentar 5:

Schauen Sie sich um, wo die PatientInnen jeweils gelandet sind. Sprechen Sie gegebenenfalls auch einzelne PatientInnen an: »Frau X, Sie



stehen jetzt am anderen Ende des Raumes, wie geht es Ihnen da?« Oder: »Wer ist wieder in seinem Reifen gelandet?« und: »Wer wollte in seinen Reifen, fand den aber schon besetzt?« »Und wie war das für Sie?« – Sie können den PatientInnen auch anbieten, noch einmal an den Ausgangspunkt zurückzukehren, um an diesem konkreten Ort nachzuspüren, welcher Impuls, welcher Wunsch sich da gemeldet hatte.

Kommentar 6:

Hier bitte kein Startsignal geben. Beobachten Sie, was die PatientInnen machen: sich in Bewegung setzen? schnell oder zögerlich? Wer wartet ab?

Kommentar 7:

Körperliche Nähe – Geschwindigkeit – sich entscheiden müssen: Für viele PatientInnen ist das sehr viel. Begrüßen Sie die Bereitschaft der PatientInnen, dort hinzuspüren, wo sie bei sich selbst eine Irritation wahrnehmen.

Kommentar 8:

Lassen Sie die PatientInnen während des Sprechens nicht zu lange zu zweit in einem Reifen stehen, viele können dann gar nichts mehr spüren außer der großen Spannung, die das auslöst. Wenn größerer Redebedarf besteht, bitten Sie alle PatientInnen, sich kurz neben die Reifen zu stellen, bis alle ihre Einfälle oder Empfindungen ausgesprochen haben.

Kommentar 9:

Auch hier ist wichtig, dass die PatientInnen wirklich Zeit zum Spüren bekommen.

Kommentar 10:

Möglicherweise ganz viel – **dann bleiben Sie bei dem, was die PatientInnen bewegt.** Weitere Angebote wären nur kontraproduktiv – und können besser Material für eine weitere KG sein.

Schließen Sie für einen kurzen Moment **die Augen**.

Und stellen Sie sich darauf ein, dass Sie **gleich zu zweit in einem Reifen** stehen werden

Und überlegen Sie, **wie das geschehen kann:**

Warte ich, dass jemand zu mir kommt?

Oder gehe ich schnell zu jemandem hin?

Stelle ich mich **ganz** in den Reifen

oder **nur mit einem Bein**? [K6]

Nehmen Sie wahr, was jetzt eben **geschehen ist**. [K7]

Und **wie es Ihnen damit** geht. [K8]

Einer von Ihnen geht **aus dem Reifen heraus** der andere **setzt sich** jetzt **in** den Reifen.

Wer jetzt **draußen** ist, geht **um die Reifen** herum. und **setzt sich** in einen **leeren** Reifen.

Schauen Sie alle noch einmal **umher**, und **schließen** Sie dann bitte die **Augen**.

Spüren Sie dieser Situation **nach**.

Wohin gehen Ihre **Gedanken**? [K9]

Öffnen Sie Ihre **Augen wieder** und **sprechen** Sie aus, was Sie **bewegt**. [K10]



Stehen Sie bitte wieder **auf**
und kommen Sie **zu zweit** zusammen.

Einer geht **in den Reifen**
und **nimmt** den Reifen wieder mit beiden Händen **auf**.

Der **andere** bleibt **außerhalb**
und **fasst** den Reifen von außen mit beiden Händen **an**.

Wer **außen** am Reifen steht, wird jetzt die **Führung** übernehmen
und in einem **zügigen Tempo** durch den Raum führen.

Dann wechseln Sie die **Führungsrolle**:
Wer **im Reifen** ist, **führt** jetzt
und **zieht** die Person **außerhalb des Reifens** mit

Was passiert da für Sie beide? [K11]

Setzen Sie sich einen Moment **hin**
und **tauschen Sie** sich mit Ihrem **Partner** aus.

Dann tauschen Sie bitte die **Plätze** –
wer **innen** war, **geht nach außen** und **umgekehrt**.

Gehen Sie wieder **zügig** durch den **Raum** –
jetzt **führt**, wer **im Reifen** ist –,
und **nach einer Weile** derjenige, der **außen** ist.

Gehen Sie mit möglichst **hohem Tempo**.

Halten Sie jetzt **inne**.

Dann setzen Sie sich so hin,
dass **jeder jeden** sehen kann
und wir den **Austausch** in der großen **Runde** beginnen können.

Kommentar 11:

Eine **andere Schlussvariante** –
alternativ zu dem bewegten *Führen /*
sich führen lassen: Bitten Sie die
PatientInnen noch einmal – wie zu
Beginn der Stunde – mit dem Reifen
um den Körper durch den Raum zu
gehen. (Wie ist es jetzt?) – Und / oder:
Die PatientInnen setzen sich noch
einmal in den Reifen, schließen die
Augen, spüren nach: Wie erleben sie
sich selbst jetzt, wie die Gruppe?



Autorenverzeichnis

Besuden, Frauke, Psychotherapeutin, Supervisorin, Bremen,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Günther, Britta, Psychoanalytikerin, Supervisorin, Hamburg, Psychosomatische Klinik
Bad Neustadt a. d. Saale

Knickenberg, Rudolf, J., Dr. med., Ärztlicher Direktor Psychosomatische Klinik
Bad Neustadt a. d. Saale

Stelz, Dagmar, Dr. med., Chefärztin Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Widmer, Peter, Dr. phil.
Psychoanalytiker, Universität Zürich

Schriftenreihen der Klinik

- | | | |
|------|------|--|
| 2003 | I | Vorträge zur Fachtagung 12.06.2003
„Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung:
Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung“ |
| 2004 | II | Vorträge zur Fachtagung 21.04.2004 „Return to work“
„Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als Aufgabe der
psychosomatischen Rehabilitation“ |
| 2004 | III | Vorträge zur Fachtagung 19.06.2004
„Musikermmedizin aus psychosomatischer Sicht. Aktuelle neurowissen
schaftliche Erkenntnisse, Prävention und Rehabilitation“ |
| 2004 | IV | Neustädter Fachtagung für Sozialdienstmitarbeiter und Rehabilitations-
berater 12.11.2004 |
| 2005 | V | Forschungsbericht 2005
Anlässlich des 30-jährigen Bestehens der Psychosomatischen Klinik
Bad Neustadt |
| 2005 | VI | 30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt 19.06.2005
„Entwicklungen und Perspektiven in Psychosomatik und Psychotherapie
zwischen Grundlagen und klinischer Umsetzung“ |
| 2005 | VII | Seelsorge und Psychotherapie, 28.10.2005
in Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt |
| 2006 | VIII | Jahrzehntelange Höchstleistung als Musiker 05./06.05.2006,
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie
und Musikermmedizin (DGfMM)
„Rechtzeitige Vorbeugung und wirksame Behandlung somatischer und
psychosomatischer Erkrankungen“ |

-
- | | | |
|------|------|---|
| 2007 | IX | Forschungsbericht 2007 |
| 2007 | X | Seelsorge und Psychotherapie, 01.12.2006
in Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt
„Beichte und Psychotherapie – Vergebung und Veränderung“ |
| 2007 | XI | Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext 11./12.05.,
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische
Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)
„Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang zu psychosomatischen
Erfahrungen“ |
| 2008 | XII | Der Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik 26.10.2007 |
| 2009 | XIII | Vom Lampenfieber zur Auftrittsangst 30./31.05.2008
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie
und Musikermedizin (DGfMM) |
| 2010 | XIV | Seelsorge und Psychotherapie, 17.09.2010
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt
„Verlust und Resilienz – Über den Umgang mit Verlusterfahrungen in
Seelsorge und Psychotherapie“ |
| 2010 | XV | Musizieren lehren und lernen – Licht und Schatten, 11./12.06.2010
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische
Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation (DGfMM) |
| 2011 | XVI | Seelsorge und Psychotherapie, 29.10.2011
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt
„Trauung, Trennung, Treue“ |

- 2012 XVII "Burnout" bei Hochleistungsanforderungen: Musiker und Mediziner
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische
Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation (DGfMM)
- 2013 XVIII Seelsorge und Psychotherapie, 26./27.04.2013
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt
„Erzählte Familiengeschichten in Psychotherapie und Seelsorge
- 2014 XIX Der Musiker und sein Körper. Ein Resonanzraum für Wahrnehmung,
Sinnlichkeit und Erleben. 27./28.06.2014
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische
Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation (DGfMM)
- 2015 XX Vom Körperbild zur Körperbezogenen Psychotherapie
- 2015 XXI Forschungsbericht 2015
Jubiläumsausgabe 40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt