

FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

NORDDEUTSCHES INSTITUT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (NIBA)

GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (GBA)

INSTITUT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE RHEINLAND (IBAR)

STUTTGARTER GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (SGfBA)

MÜNCHENER GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (MGBA)

DEUTSCHER VERBAND FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (DVBA)

1998

Theo Georg Fehr	Die persönlichkeitspsychologische Fundierung Bioenergetischer Typen	Seite 1
Armin Krüger	Denunziation. Eine Buchbesprechung mit persönlichem Erlebnishintergrund	Seite 20
	Energie oder Beziehung	Seite 25
	Selbstpsychologie und analytische Körper- psychotherapie	Seite 36
Jens Tasche	Boderlinepersönlichkeitsstörungen - ein strukturelles Problem aus bioenergetischer Sicht	Seite 52
Reinhard Weber	Borderline-Persönlichkeitsstörung - ein strukturelles Problem aus klinisch-psychiatrischer Sicht	Seite 63
Ulrich Sollmann	Rezension zur körperpsychotherapeutischen Literatur	Seite 82
	Management by Körper	Seite 85
Cäsar Schwieger	Charakter als Überlebensstrategie	Seite 86

FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

veröffentlicht Beiträge, die

- dem kollegialen Erfahrungsaustausch dienen
- das bioenergetisch-analytische Verständnis vertiefen
- strittige theoretische und praktische Aspekte der Arbeit diskutieren
- Verbindungen zu Nachbardisziplinen herstellen

Besonders besteht Interesse an Fallberichten und konzeptionellen Überlegungen aus der therapeutischen Praxis der Bioenergetischen Analyse, an kurzen und prägnanten Schilderungen und Diskussionen von Erfahrungen, Problemen und Lösungen aus der bioenergetischen Arbeit.

Wer als Autor oder Übersetzer zur Mitarbeit am FORUM bereit ist oder Kritik und Anregungen zum Inhalt oder zur Gestaltung hat, ist willkommen.

Die Autoren und Übersetzer behalten das Copyright an ihren Beiträgen.

Herausgeber:

Günter Schubert

Redaktion:

Hildegard Bailer, Schillingstraße 1, 50670 Köln, Tel. 0221/731273, Fax 0221/7327507

Axel Böhmer, Reifenbergstr. 27, 53227 Bonn, Tel./Fax. 0228/9702882

Günter Schubert, Graf-Emundus-Str. 23, 50374 Erftstadt, Tel. 02235/77866,

Fax. 02235/690047

Mitgliedern des DVBA sowie Mitgliedern und Ausbildungskandidaten des NIBA, der GBA, des IBAR, der SGfBA und der MGBA wird die Zeitschrift kostenlos zugestellt. Andere Interessenten können FORUM 1/98 gegen Rechnung DM 15,00 plus 7 % MWST beim Herausgeber beziehen.

ISSN 0946-8846

Theo Georg Fehr: Die persönlichkeitspsychologische Fundierung bioenergetischer Typen

Die Situation

Lowen's Fassung bioenergetischer Strukturtypen - „schizoid“, „oral“, „psychopathisch“, „masochistisch“, „rigid“ („phallisch“, „hysterisch“) - haben eine Schlüsselfunktion für das Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung und sind Matrix therapeutischen Verstehens und Intervenierens bioenergetisch ausgerichteter Therapeuten. Sie ermöglichen eine energetische Sichtweise seelischen Geschehens im Körper mit Energieflüssen oder Blockaden in bestimmten „Segmenten“ des Körpers und gestatten es, Verbindungen zu traumasensitiven Phasen der Kindheit zu ziehen, den Körper als Schauplatz seelischen Geschehens zu betrachten und zu behandeln, sie beschreiben typbedingte erhöhte Wahrscheinlichkeiten für problematische Verhaltensweisen auf der Ebene der Umweltbeziehung. Sie erfassen Zusammenhänge im Kind-Eltern-Bezug, erlauben Rückschlüsse auf die elterlichen Persönlichkeiten und auf die Beziehung der Eltern zueinander als auch zum Kind.

Es erstaunt, daß im bioenergetischen Lager bisher wenig unternommen wurde, dieses grundlegende typologische Modell auf Querverbindungen zur Persönlichkeitspsychologie und Übereinstimmungen mit deren Persönlichkeitsmodellen zu untersuchen und sich von dort eventuell Bestätigung oder Anregung zur Auseinandersetzung zu holen. Beide Disziplinen scheinen bisher nur wenig Notiz voneinander genommen zu haben.

Die „Big Five“

Persönlichkeitspsychologie war schon immer darauf aus, diejenigen „grundlegenden Dimensionen“ der Persönlichkeit herauszufinden und zu messen, die ausreichen sollten, die individuellen Unterschiede von Personen möglichst vollständig zu erklären. Da war zum einen das Konzept zweier hauptsächlicher Persönlichkeitsdimensionen, das sich in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts entwickelte. Es begann mit zwei von Cyril Burt (1927) gefundenen hauptsächlichen Temperament-Faktoren, die man heute als Neurotizismus und Extraversion bezeichnen würde. Diese Linie wurde vor allem von dem englischen Forscher Eysenck (1960) konsequent weiterentwickelt, der diesen beiden nach 1970 noch die Dimension Psychotizismus hinzufügte. Eysenck behauptete, daß lediglich diesen drei Faktoren aufgrund ihrer Fundierung in Mechanismen des Verhaltenslernens und in Hirnfunktionen genügend Zuverlässigkeit und allgemeine Bedeutung zugesprochen werden könnte.

Zum anderen begann mit der Entwicklung multivariater statistischer Verfahren eine weitere Entdeckungsreise ins Reich der Persönlichkeit, insbesondere, nachdem zunehmend elektronische Rechner den außergewöhnlich hohen Rechenaufwand übernehmen konnten. Hier war es vor allem Cattell, der den lexikalischen Ansatz begründete. Dieser war eine Weiterentwicklung der Sedimentationshypothese von Ludwig Klages, die davon ausgeht, daß alle Aspekte persönlicher Unterschiede, die irgendwie bedeutsam, interessant oder nützlich sind oder waren, ihren Eingang in die Sprache gefunden haben. Mit der Wichtigkeit einer solchen individuellen Differenz zwischen Personen stieg auch die Wahrscheinlichkeit dafür, daß sie ein gesondertes Wort hervorbrachte. Folglich sollte die Sammlung der Begriffe eines Sprachraumes, mit denen individuelle Unterschiede beschrieben werden können, den Bereich der relevanten individuellen Differenzen abdecken. Von dieser Annahme aus entwickelte sich der psycho-lexikalische Ansatz.

Die mathematischen Möglichkeiten, Zusammenhänge und Gemeinsamkeiten zwischen den Ausprägungen verschiedener Merkmale - z.B. Persönlichkeitszüge - ihrer Richtung und Stärke nach relativ genau zu bestimmen, entwickelten sich in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts rasch weiter. Die Faktorenanalyse ermöglichte zudem bei mehr als zwei und einer noch größeren Anzahl von Merkmalen („Variablen“), zwischen denen ein schwer entwirrbares Wechselspiel von stärkeren und schwächeren Zusammenhängen - „Korrelationen“ - besteht, mit Hilfe mathematischer Prozeduren die Unterschiede einer Menge von miteinander korrelierenden Variablen auf das Zusammenwirken einiger weniger - möglichst unabhängiger - Faktoren zu reduzieren.

Allport und Odbert erstellten 1936 eine Liste von 18.000 Adjektiven aus Webster's New International Dictionary. Aus dieser Liste wurden diejenigen Adjektive gefiltert, die sich zur Beschreibung stabiler und konsistenter individueller Persönlichkeitszüge eigneten. Sie kamen auf 4.504 Begriffe. Cattell reduzierte diese Liste nun mit Hilfe statistischer Verfahren auf 171 Gegensatzpaare. Mithilfe aufwendiger korrelationsstatistischer und faktorenanalytischer Verfahren kam er auf sechzehn seiner Meinung nach unabhängige grundlegende Persönlichkeitsfaktoren. Der von ihm entwickelte Fragebogen, der berühmt gewordene „16PF“ (16 personality factors), diente dazu, diese meßtechnisch zu erfassen. Wenig später entdeckte man, daß auch diese 16 Faktoren noch miteinander korrelierten. Das bedeutete, daß es möglich sein mußte, ihre Anzahl noch weiter zu reduzieren.

Wo steht die persönlichkeitspsychologische Forschung heute ?

Die amerikanischen Forscher Paul Costa und Robert McCrae konnten in den achtziger Jahren als erste überzeugend nachweisen, daß es - unabhängig von den untersuchten Probandenstichproben, von den Beobachtern, von den Fragebogeninstrumenten, von den Methoden der Faktorenanalyse und vom Kulturraum - fünf robuste Faktoren (plus Intelligenz) als stabile Grunddimensionen der Persönlichkeit gibt, mit denen erfassbare Differenzen zwischen Individuen hinreichend erklärt werden können. Diese fünf Faktoren können

dabei sowohl in Adjektivlisten identifiziert werden, als auch in multidimensional aufgebauten Persönlichkeitsfragebögen. Sie fanden sich gleichermaßen in Selbst- wie in Fremdbeschreibungen von Personen durch Bekannte und Familienangehörige. Diskussionen werden derzeit noch geführt um die endgültige Namengebung und exakte begriffliche Identifikation, da je nach Perspektive unterschiedliche Etikettierungen möglich sind.

Die fünf Faktoren sind:

Neurotizismus.....	emotionale Labilität versus emotionale Stabilität
Extraversion.....	Extraversion versus Introversion
Gewissenhaftigkeit.....	Gewissenhaftigkeit versus Nachlässigkeit, Impulsivität
Verträglichkeit.....	Umgänglichkeit, Passivität, Fügsamkeit versus Unabhängigkeit, Antagonismus, Widerspruchsgeist
Offenheit für Erfahrungen.....	Bildung, Idealismus, unkonventionell versus Konvention, Konservatismus, Zähigkeit

Eine Reihe von Studien - z. B. Livesley (1996), Torgersen (1996), Andresen (1996) - beschäftigt sich bereits mit der Nutzung des Fünf-Faktoren-Modells für die Erforschung klinischer Störungsbilder. Es ist auch eine verstärkte Hinwendung zu Fragen der Vererbung von Persönlichkeitsstruktur und Persönlichkeitsstörungen - z.B. Jang (1996) - zu beobachten. In einer gemeinsamen Studie jüngsten Datums der Universität Bielefeld, die noch nicht abgeschlossen ist, konnte Angleitner (1997) an Selbst- und Fremdbeschreibung von über 2.200 Zwillingen nachweisen, was bereits andere internationale Studien über adoptierte Kinder und getrennt aufwachsende Zwillinge gezeigt hatten: Daß genetische Unterschiede für die Persönlichkeitsentwicklung - und zwar bezogen auf alle fünf Faktoren - von zentraler Bedeutung sind und daß Umwelt und Erziehungsverhalten der Eltern sich als unbedeutend für die Ausgestaltung von Persönlichkeitsmerkmalen erweisen. Sollte sich dies in Zukunft bestätigen, dürfte das eine mittlere Revolution in der Arbeit vieler Therapeuten begründen, da der routinemäßige Bezug zu kindheitlichen Erfahrungen eine völlig andere Gewichtung erfahren würde.

Auch in anderen Bereichen wie der Erforschung politischer Einstellungen - z.B. van Hiel und Mervielde (1996) -, in der Streßforschung - z. B. Klis und Kossewska (1996), Slane und Kim (1996), Amelang (1996) -, im Schul- und Erziehungsbereich sowie im Management findet das fünf-Faktoren-Modell zunehmende Anwendung.

Für bioenergetisch orientierte Therapeuten stellt sich die Frage, ob für die bioenergetische Typologie irgendwelche Bezüge zu diesen persönlichkeitspsychologischen Grunddimensionen hergestellt werden können. Denn wenn dies nicht der Fall ist, würde sich hinsichtlich der Begründbarkeit der Charaktertypen ein gewisser Erklärungsnotstand ergeben jenseits eines Konstruktes, auf das sich eine Gruppe von Therapeuten intern geeinigt hat und das keinerlei Anspruch auf Allgemeinverbindlichkeit oder klinische Relevanz erhebt.

Selbstbeschreibung der Klientinnen als Einstieg in die charakteranalytische Auseinandersetzung

Angeregt durch den spielerischen Selbsttest in R. Bäurles Buch über die Körpertypen stellten wir in unserer Praxis mehrere Fragen zu einem Fragebogen zusammen, den wir von unseren Klientinnen beantworten ließen. Unser Ziel war, aufgrund einer Selbstbeschreibung der Klientinnen durch einfaches Ankreuzen von „stimmt“ oder „stimmt nicht“ zu einer Reihe von Fragen eine Grobinformation über die Charakterstruktur zu erhalten. Da das Ankreuzen auf der Grundlage einer Selbsteinschätzung erfolgt, könnte dies eine Aussage über den Klientinnen selbst erlebnismäßig zugängliche Strukturanteile ermöglichen. Würde aus den Antworten ein typologisches Profil erstellt, so wäre damit ein erster Einstieg in die Auseinandersetzung mit der Charakterstruktur geben. Von dort könnten dann Querverbindungen zu kindheitlichen Prägungen, körperlichen Strukturmerkmalen und derzeitigen oder wiederholt im Leben auftretenden typischen Problemen oder Krisen gezogen werden.

Unsere erste Fragebogenversion zielte auf die 5 Charakterstrukturen - „schizoid“, „oral“, „psychopathisch“, „masochistisch“, „rigid“. Es zeigte sich bei der Analyse der Korrelationen, daß eine größere Anzahl als typisch geltender Items unbrauchbar waren, da sie wider Erwarten auf anderen als den erwarteten Typen luden:

So korrelierte zum Beispiel das auf „masochistisch“ abzielende Item „Ab und zu jammere ich schon mal“ am höchsten mit der Skala „schizoid“ und mit keiner der übrigen Skalen. - Das Item „Es fällt mir oft schwer, meinem Herzen zu folgen“, ursprünglich für „rigid“ vorgesehen, wies den stärksten Zusammenhang mit der „schizoid“-Skala und weiter keine nennenswerten Zusammenhänge zu anderen Skalen auf.

In anderen Fällen wiesen Items signifikante Zusammenhänge mit mehr als einer Skala auf:

Das zur Erfassung der Oralität vorgesehene Item „Ich glaube, ich brauche mehr Zärtlichkeit als andere“ korrelierte mit der schizoiden Skala etwa gleich hoch wie mit der oralen. Das „psychopathische“ Item „Ich habe schon öfter gemerkt, daß ich eine charmante Ausstrahlung habe“, hatte eine negative Korrelation mit der masochistischen Skala und eine gleich hohe positive mit der rigiden.

Oft war bei einem Item überhaupt keine signifikante Korrelation mit irgendeiner Skala festzustellen:

Das auf „Psychopathie“ zielende Item „Insgeheim wäre ich gerne ein Held“ korrelierte mit keiner der Skalen. Das zur Erfassung der „Rigidität“ gedachte Item „Ich habe öfter das Gefühl, etwas tun zu müssen, um geliebt zu werden“ wies keinerlei Zusammenhänge mit irgendeiner typologischen Skala auf.

Bei Fragen, in denen eine Alternative aus jeweils 5 typologischen Antwortmöglichkeiten gewählt werden sollte, waren die Zusammenhänge noch weniger übereinstimmend.

In der Regel wiesen eine bis drei der gegebenen Antwortalternativen keinen Zusammenhang mit irgendeiner der Skalen und die verbleibenden zu einem großen Teil mit anderen als den beabsichtigten Skalen auf. Insgesamt wurden von 120 geprüften Zusammenhängen (24 Fragen x 5 Alternativen) nur 22 als eindeutig und signifikant in der erwarteten Richtung bestätigt.

Die Untersuchungen des Antwortverhaltens der Patienten zeigten uns auch, daß die in Selbstwahrnehmung und Selbstbild vorhandenen bewußten und unbewußten Erwünschtheits- und Vermeidungstendenzen die Selbsteinschätzung systematisch und typspezifisch beeinflussen. Dadurch sind Abweichungen in der Selbstbeschreibung der Probanden im Vergleich zu den Fremdeinschätzungen durch den Therapeuten gegeben, die in der Fragebogenkonstruktion berücksichtigt werden müssen. Da die hier zu erfassenden bioenergetisch relevanten Charakterstrukturen par excellence Affinitäten zu Abwehrmechanismen haben, war im Laufe der Konstruktion eine kontinuierliche klinisch-empirische Validierung der vorläufigen charaktertypischen Skalen im Verlauf der schrittweise erfolgenden Skalenentwicklung notwendig. Dies war nur dadurch möglich, daß alle Klientinnen sich in längerfristiger Psychotherapie befanden und dadurch ein ständiger wechselseitiger feedback-Prozeß zwischen den Profilen, die sich aus den Ankreuzungen ergaben und dem therapeutischen Prozeß (Körperstruktur, Problematik, Symptom, Art der frühen Traumatisierung) gegeben war.

Es wurde als nächstes eine Fragebogenform angestrebt, die auf Mehrfach-Ankreuzungen (multiple choice) verzichtete und sich mit der einfachen „stimmt-stimmt nicht“- Antwortalternative begnügte. Die nächste Version verwendete Fragen, die sich als brauchbar erwiesen hatten, formulierte Fragen um und fügte eine Reihe weiterer Fragen hinzu. Diese Form enthielt 144 Fragen und wurde zunächst von etwa 60 Klientinnen bearbeitet. Alle diese Klientinnen waren in Einzel- und Gruppentherapie, hatten zudem das Freiburger Persönlichkeitsinventar ausgefüllt, es bestand eine zusätzliche Erfassung von 23 wichtigen klinischen Symptomen (von Angst, Panik, Depression, Partnerproblemen bis hin zu Tinnitus, Kopfschmerzen, rheumatischen Beschwerden, Drogenkonsum) und eine individuelle Einschätzung der Körperstruktur aus der Therapie.

In dieser Version entdeckten wir - eigentlich mehr durch Zufall - durch reliabilitätsanalytische Verfahren mit einem „Überhang“ von Variablen, die nicht zuverlässig oder sinnvoll den bisherigen bioenergetischen Skalen zuzuordnen waren und „übriggeblieben“ waren, eine Skala hoher Reliabilität, die sich nach Betrachtung der typischen markierenden Fragen als Skala zur Erfassung von „Gewissenhaftigkeit, Pedanterie“ versus „Nachlässigkeit, Unzuverlässigkeit“ herausstellte. Klientinnen, die sehr hohe Werte am „gewissenhaften“ Pol aufwiesen, zeigten eine gewisse Zwanghaftigkeit, der Gegenpol „Unzuverlässigkeit“ äußerte sich in der Therapie beispielsweise regelmäßig durch Nicht-Einhalten von Terminen, zu spät Kommen etc.

Mit korrelationsstatistischen und reliabilitätsanalytischen Methoden konstruierten wir dann die nächste Version mit 99 Fragen, die dann insgesamt 157 Klientinnen gegeben wurde. Von diesen lagen dieselben Zusatzinformationen vor wie bei der Vorversion. Nun erst wurde auch versucht, zusätzlich zur rigiden Skala separate Skalen für die „phallische“ und die „hysterische“ Struktur zu generieren. Auf dieser Stufe schließlich setzten wir komplexere statistische Verfahren wie Faktorenanalyse und Clusteranalyse ein und gelangten letztendlich nach Aussondern weiterer wenig zuverlässiger Items nach knapp drei Jahren zu einem Inventar von 86 Fragen.

Dieses Inventar - die bioenergetische Prozess-Analyse BPA (1997) - bildet mit akzeptabler Zuverlässigkeit und Validität - als Momentaufnahme - in einem Profil die dem Selbsterleben zugängliche aktuelle bioenergetische Charakterstruktur ab und erfaßt gleichzeitig die persönlichkeitspsychologischen Grunddimensionen der „Big Five“.

Die bioenergetischen Charakterstrukturen im Licht der „Big Five“

Bei der Analyse der letzten Version hielten wir von den möglichen unterschiedlichen Faktorenlösungen nach Prüfung der psychologischen Plausibilität eine Lösung mit fünf Faktoren für die brauchbarste. Bei näherem Hinsehen sahen wir, daß die gefundenen Faktoren die „Big Five“ mehr oder weniger zutreffend charakterisieren. Dazu muß gesagt werden, daß in den ersten beiden Jahren der Testkonstruktion unser alleiniges und erklärtes Ziel war, ein Fragebogeninventar zu konstruieren, das auch nach wissenschaftlichen Kriterien bioenergetische Charakterstrukturen in der Selbstbeschreibung zuverlässig und valide erfassen sollte. Mit persönlichkeitspsychologischen Aspekten hatten wir zu dem Zeitpunkt eigentlich nichts im Sinn. Mehr durch Zufall begannen wir einen Vergleich unserer Ergebnisse mit den neueren persönlichkeitspsychologischen Konstrukten, wobei uns dann erst die Übereinstimmungen auffielen. Anhand der Items mit den höchsten Ladungen in unserer Faktorenanalyse konnten wir diese etwa folgendermaßen charakterisieren, die Nomenklatur der „five robust factors“ ist dabei jeweils in Klammern mit aufgeführt:

- Faktor 1: BEL Scheinbare Belastbarkeit und Abwehrstärke versus subjektive Unzulänglichkeit und Insuffizienz („emotional stability - neuroticism“)
- Faktor 2: ANT Antagonistisch - reaktives versus altruistisch-tolerantes (selbstloses, nachgiebiges und zurückhaltendes) Sozialverhalten („antagonism - agreeableness“)
- Faktor 3: GEW (zwanghafte) Gewissenhaftigkeit, Pedanterie versus Nachlässigkeit, Unzuverlässigkeit („conscientiousness - undirectedness“)
- Faktor 4: KoFr Kontakt- und Kommunikationsfreudigkeit versus soziale Angst, Zurückhaltung und Hemmung („extraversion - introversion“)

Faktor 5: GEL Geltungsdrang, Ehrgeiz, Leistungsanspruch versus Unterlegenheits- und Minderwertigkeitsgefühl („openness“; „Offenheit für Erfahrung versus konventionell, traditionell, konservativ, konformistisch; emotional gedämpft reagierend“)

Wir waren mit dem Ziel angetreten, einen Fragenkatalog zur Erstellung eines charakteranalytischen Profils zu den bioenergetischen Typen zu generieren und langten bei einem Iteminventar an, das faktorenanalytisch auch die „Big Five“ widerspiegelte.

Die bisherigen charakteranalytischen Skalen konnten dabei den einzelnen Faktoren zugeordnet werden. Faktor 1 enthält vorwiegend Oralität, in zweiter Linie auch Schizoidität an seinem negativen Pol sowie Psychopathie an seinem positiven. Faktor 2 enthält Lowen's Rigidität („phallisch“ und „hysterisch“) an seinem negativen Pol, bei Faktor 5 ist der masochistische Typus am negativen und der psychopathische stärker als bei Faktor 1 am positiven Pol vertreten. Faktor 5 wurde der Konstruktion der masochistischen Skala - „Geltungsdrang“ versus „Unterlegenheit“ - zugrundegelegt.

Die Clusteranalyse ließ zwar vermuten, daß Schizoidität in unserer Stichprobe (Patientinnen in psychotherapeutischen Praxen) nicht klar von Oralität zu trennen war, da die entsprechenden Fragen ziemlich gemischt - allerdings passend in einem gemeinsamen größeren Cluster zusammen mit masochistischen Fragen - zu finden waren. Später durchgeführte multiple Faktorenanalysen erwiesen aber die deutliche Differenzierbarkeit der schizoiden von den oralen Items. Die psychopathischen Fragen waren in der Clusteranalyse perfekt in einem weiteren Subcluster organisiert, die rigiden Fragen - phallisch und hysterisch - fanden sich ebenfalls gehäuft dicht beieinander.

Wegen der allgemeinen Bedeutung und des zunehmenden Interesses bezüglich der „Big Five“ beschlossen wir, zusätzlich zu den charakteranalytisch ausgerichteten bioenergetischen Skalen die zuverlässigeren faktorenanalytisch gefundenen fünf Skalen mit in das Profil zu integrieren. Wir gingen von der Interkorrelationsmatrix der nun insgesamt 10 Skalen aus.

Schlüssel:

„Schein-Integration“	„schizoid“ (negativ gepolt)
„Schein-Selbständigkeit“	„oral“ (negativ gepolt)
„Dominanz“	„psychopathisch“
„Geltungsdrang“	„masochistisch“ (negativ gepolt)
„Rivalität“	„phallisch“
„Dramatik“	„hysterisch“

	S-BEL	ANT	GEW	KoFr	S-Int	S-Selb	Dom	Gel	Riv
Schein-Belastbarkeit, emotionale Stabilität									
Antagonismus, Rigidität	-22								
Gewissenhaftigkeit	22	-38							
Kontaktfreudigkeit, Extraversion	28	39	02						
Schein-Integration	76	-19	37	29					
Schein-Selbständigkeit	91	-19	31	29	65				
Dominanz	57	06	62	65	52	-58			
Geltungsdrang	52	-02	43	43	58	49	65		
Rivalität	-18	66	-12	-52	-11	-17	-25	-12	
Dramatik	-57	72	-41	03	-40	-51	-28	-33	-46

Interkorrelationen der vier faktoriellen und der sechs bioenergetischen Skalen

Die auffallende Korrelation von schizoider und oraler Skala (beide umgepolt: „Schein-Integration“ und „Schein-Selbständigkeit“) zeigt, daß beide Typen eng zusammen gesehen werden müssen. Die Fragen beider Skalen laden in der Faktorenanalyse vor allem auf Faktor 1. Unerwartet hoch geriet die Korrelation zwischen der „Dominanz“- und der „Geltungsdrang“-Skala (Skala Dominanz: „psychopathisch“ und Skala Geltungsdrang: -negativ gepolt -,„masochistisch“). Sie ergibt sich psychologisch größtenteils aus dem Antagonismus der Kontrolliertheit (hohe Selbststeuerung und Dominanz, Druck, Machtausübung oder Manipulation) des Psychopathen, der seinen Druck nach außen bringt, im Gegensatz zum masochistischen Typ, der Druck introjiziert und durch mangelnde Selbststeuerung (beharrliche Nachlässigkeit) und äußerliche Subalternität bei innerer Verweigerung gekennzeichnet ist.

Ein echter Unterschied zwischen dem Pol Dominanz („psychopathisch“) und dem Pol Geltungsdrang („Ehrgeiz“) ist fraglich. Die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den Fragenbeantwortungen (Korrelationen) läßt an eine Mittlerfunktion der Psychopathie-Skala zwischen Neurotizismus, Schizoidität und Oralität (Skalen Schein-Belastbarkeit, Schein-Integration und Schein-Selbständigkeit) einerseits und Gewissenhaftigkeit, Masochismus und Kontaktfreudigkeit (Skalen Gewissenhaftigkeit, Geltungsdrang und Kontaktfreudigkeit) andererseits denken.

Dies wäre aus mehreren Gründen plausibel. Erstens spricht dafür die perfekte Zusammengehörigkeit des psychopathischen Fragenbündels in der Clusteranalyse. Zweitens steht ja auch im bioenergetisch-charakteranalytischen Konstrukt der psychopathische Charakter entwicklungsmäßig zwischen dem oralen und dem masochistischen Charakter. Drittens werden die typisch psychopathischen Züge wie Machtausübung, Kontrolle und Dominanz bisher bioenergetisch bereits als Abwehr (Vermeiden, Leugnen, Verdrängen) gegen eine tiefe orale Prägung aufgefaßt, sind aber auch als Versuch zu interpretieren, dem drohenden inneren Ohnmachtgefühl ein verstärktes (verzweifertes) Bemühen um Macht und Geltung im Sinne eines mitunter verbissenen Ehrgeizes - dann wäre zusätzlich die Skala Gewissenhaftigkeit beteiligt - entgegenzusetzen. Ein gewisses Ausmaß von „Psychopathie“ im Sinne eines selbstbewußten nach außen-Tretens wäre schließlich der entwicklungsmäßige Vorläufer späterer Kontaktfreudigkeit (Extraversion).

Weiter deuten die Korrelationen mit der durch das Freiburger Persönlichkeitsinventar erfaßten Depressivität in diese Richtung: Oralität, Schizoidität und Masochismus weisen wie zu erwarten positive Korrelationen mit Depressivität auf, Psychopathie negative. Allerdings hat die Depressivität in unserer Untersuchung eine andere Bedeutungsverteilung als bei Lowen. Legt man die Selbstbeschreibung aus dem FPI zugrunde, weisen Schizoide etwa gleichviele und gleichstarke depressive Symptome auf wie Orale, lassen sich also auch hier charakteranalytisch nicht eindeutig trennen. Lowen sah Depressivität vor allem als typisch für den oralen Charakter an (1988) und meinte, der Masochist leide nicht an echter Depression. In der Tat sind die Korrelationen zwischen der GEL-Skala und Depressivität etwas geringer, erreichen jedoch immer noch mittlere Größe.

	S-BEL	S-Int	S-Selb	Dom	Gel	Gew	KoFr	Ant	Riv
Schein-Belastbarkeit									
Schein-Integration	76								
Schein-Selbständigkeit	91	65							
Dominanz	57	52	58						
Geltungsdrang	52	58	49	65					
Gewissenhaftigkeit	33	37	31	62	43				
Kontaktfreudigkeit	28	29	29	65	43	02			
Antagonismus	-22	-19	-19	06	-02	-38	39		
Rivalität	-18	-11	-17	25	12	-12	52	66	
Dramatik	-57	-40	-51	-28	-33	-41	03	73	46

Interkorrelationen der phasenspezifisch geordneten Skalen

Eine Faktorenanalyse der Interkorrelationsmatrix - statistisch wegen der Doppelauswertung einiger Fragen für verschiedene Skalen nicht korrekt - führt zu drei hauptsächlichen Faktoren als vom Fragebogen gesamt erfaßten Grunddimensionen. Der erste Faktor wird markiert durch die Skalen „Schein-Belastbarkeit“ („emotionale Stabilität“), „Schein-Integration“ (negativ: „schizoid“) und „Schein-Selbständigkeit“ (= kompensiert oral, negativ: „oral“), der zweite durch die Skalen „Antagonismus“ („Rigidität“), „Rivalität“ („phallisch“), „Kontaktfreudigkeit“ und „Dramatik“ („hysterisch“) und schließlich der dritte durch die Skalen „Geltungsdrang“ (negativ: „masochistisch“), „Gewissenhaftigkeit“ und „Dominanz“ („psychopathisch“). Es bietet sich an, diese Faktoren als Ausdruck dreier hypothetischer Traumatisierungsphasen in der Kindheit aufzufassen.

Entwicklungsphasen in der Kindheit

Ätiologisch betrachtet entstehen die Konfliktstrukturen jeder Persönlichkeit innerhalb einer bestimmten Phase der Kindheit. Wie anfangs ausführlicher geschildert, werden schizoide und orale Traumatisierungen nach allgemeinem Konsens (s. FRANK, R. und FRANK, R., 1977) etwa in den ersten sechs bis neun Lebensmonaten begründet, die psychopathische in der ersten Hälfte des zweiten Lebensjahres, die masochistische im zweiten und dritten, die rigide (phallische und hysterische) vom vierten bis etwa sechsten Lebensjahr und später. Wenn man die Nähe der von uns errechneten Faktorenstruktur der ersten Faktorenanalyse mit fünf extrahierten Faktoren zum five-factor-Modell betrachtet und den Bezug zu den bioenergetischen Typen herstellt, so kann hypothetisch spekuliert werden, daß extreme Werte in Faktor 1 vor allem frühkindliche (schizoide, orale) Traumatisierung erfaßt, in den Faktoren 5, 3 traumatische Prägungen innerhalb des zweiten bis dritten (psychopathisch, masochistisch) und schließlich die Faktoren 2 und 4 solche zwischen viertem bis etwa

sechstem Lebensjahr - eventuell auch später - (rigide, also phallische und hysterische Prägung) erfassen. Vielleicht wird in Zukunft eine Brücke zwischen bioenergetisch begründeten Charaktertypen und faktorenanalytisch (persönlichkeitspsychologisch) begründeten Persönlichkeitsdimensionen geschlagen.

Bei zusätzlicher Berücksichtigung der Faktorenanalyse der Interkorrelationsmatrix kann der Zusammenhang zwischen den Skalen, den drei extrahierten Super-Faktoren und den Entwicklungs- und Traumatisierungsphasen hypothetisch etwa gemäß folgendem Schema dargestellt werden.

Skalen		Skalen	Thema	Alter	Faktor
„Big Five“-Faktoren <i>kursiv</i>		„Big Five“-Faktoren <i>kursiv</i>			
subj. Unzulänglichkeit Insuffizienz <i>Neurotizismus</i>		Schein-Belastbarkeit <i>Emotionale Stabilität</i>	psychophysiologische	1. Lj.	1
Isolation (schizoid)	↔	Schein-Integration	Integration		
Abhängigkeit (oral).		Schein-Selbständigkeit			
Machtlosigkeit, Ohnmacht		Dominanz (psychopathisch)			
Unterlegenheit (masochistisch) <i>Konservatismus (Zähigkeit)</i>	↔	Geltungsdrang, Ehrgeiz <i>Offenheit für Erfahrung</i>	das „Ich“ und seine Abgrenzung	2.-3. Lj.	3
<i>Nachlässigkeit, Unzuverlässigkeit</i>		<i>Gewissenhaftigkeit, Pedanterie</i>			
Soziale Zurückhaltung <i>Introversion</i>		Kontaktfreudigkeit <i>Extraversion</i>			
<i>Verträglichkeit, Altruismus</i>	↔	<i>Antagonismus, Rigidität</i>	soziale „Rolle“	4.-6. Lj.	2
Toleranz		Aggressive Rivalität (phallisch)	soziale Anerkennung		
Emotionale Zurückhaltung		Dramatik (hysterisch)			

Die Skalen der Bioenergetischen Prozess-Analyse (BPA), Bezüge zu den Faktoren der Interkorrelationsmatrix und den hypothetischen hauptsächlichen Entwicklungsphasen

Während sich die Polungen der ersten sechs Skalen eindeutig aus den Interkorrelationen ergeben, kann man bei den Ausrichtungen der letzten vier Skalen in Relation zu den sechs ersten geteilter Meinung sein. Besonders bei der hysterischen Skala „Dramatik“, in zweiter Linie auch bei den beiden Skalen „Rivalität“ und „Antagonismus“ wäre eine alternative (umgekehrte) Ausrichtung denkbar.

Wir vermuten, daß das Verfahren ungefähre Aussagen über die subjektive Bewältigung dreier hypothetischer Entwicklungsphasen und über damit verbundene typische Traumatisierungsmuster zu treffen erlaubt. Traumatische Abweichungen in der frühkindlichen Phase finden ihren Ausdruck in den Skalen Insuffizienz / Schein-Belastbarkeit, Isolation / Schein-Integration, Abhängigkeit / Schein-Selbständigkeit. Abweichungen in der zweiten Phase schlagen sich in den Skalen Hilflosigkeit / Dominanz, Nachlässigkeit / pedantische Gewissenhaftigkeit, Unterlegenheit / Geltungsdrang nieder. Unbewältigte Erfahrungen während der dritten Phase wiederum bringen sich in den Skalen Toleranz / Aggressive Rivalität, Emotionale Zurückhaltung/ Dramatik, Altruismus / Antagonismus und Soziale Angst / Kontaktfreudigkeit zum Ausdruck.

Die Erfahrungen mit hospitalisierten Kindern demonstrierten die psychophysiologische Relevanz „primärer“ emotionaler Integriertheit und Geborgenheit (vorwiegend im Umgang mit der Mutter) als positive Faktoren hinsichtlich der Entwicklung psychophysiologischer Stabilität und Flexibilität während der ersten frühkindlichen Phase. Hauptthema der zweiten Phase ist die Erfahrung des „Ich“ und seiner Abgrenzung nach außen, wobei das „Außen“ im wesentlichen den unmittelbaren familiären Umkreis (vor allem die Eltern, insbesondere die Mutter) bezeichnet. Diese Phase wurde psychoanalytisch auch als „anale“ Phase („Trotzphase“) bezeichnet. Die Art der elterlichen Zuwendung spielt eine entscheidende Rolle (gewährend-überwältigend) in der Frage, wie das heranwachsende Kind seine Ichhaftigkeit, seinen Wert und seine Eigenmacht erfährt und welche Möglichkeiten der Abgrenzung ihm zugestanden werden.

In der dritten Entwicklungsphase des Kindes schließlich geht es um die Erfahrung seiner selbst als soziales Wesen, um geschlechtliche Identität, um das Ausmaß an Anerkennung, das dem Kind subjektiv durch den näheren und weiteren Umkreis bezogen auf seine persönliche Eigenart zuteil wird und um die Dinge, die es meint, dafür tun zu müssen. Hier spielen Mechanismen eine Rolle, die dem Erringen der Aufmerksamkeit im Sinne der Anerkennung und des Respektierens dienen. Etwas für die Zuwendung der Eltern „tun zu müssen“ im Sinne von Leistung (phallisch) oder emotionaler Übertriebenheit (hysterisch) ist hier ausschlaggebend. Das Kind macht die Erfahrung einer „Rolle“, die es spielt, die Erfahrung seines sozialen Status und dessen, wieweit es in seinen persönlichen Belangen „ernst“ genommen wird.

Wir sehen in diesem Modell auch eine Affinität zu Millon's Vulnerabilitäts-Streß-Modell. Millon (1981) unterscheidet unter Betonung der Wichtigkeit früher kindlicher - vor allem zwischenmenschlicher - Erfahrungen grob drei neuropsychologische Entwicklungsstufen, die er mit Ergebnissen der neuropsychophysiologischen Erforschung der Kleinkindentwicklung begründet:

Die *sensory-attachment stage* zwischen Geburt und etwa 18. Lebensmonat. Hier geht es um eine ungestörte Kind-Eltern-Beziehung mit einer Ausgewogenheit zwischen Über- und Unterstimulation und der Gefahr der Begründung von Unausgewogenheiten im Bereich der interpersonellen Abhängigkeit und Unabhängigkeit.

Die *sensorimotor-autonomy stage* etwa zwischen 12. Lebensmonat und dem 6. Lebensjahr ist gekennzeichnet durch Lernübergänge von der grobmotorischen zur feinmotorischen Regulation. Unterforderungen und zu wenig Anregung führen hier zu unzureichendem Neugierverhalten und mangelnder seelisch-körperlicher Beweglichkeit mit der Folge erhöhter Selbstunsicherheit, Passivität und Unterwürfigkeit. Überforderungen, übermäßiges Gewährenlassen steigern die Neigung zu übersteigter Selbstrepräsentation (Narzißmus) und sozialer Unangepaßtheit.

Die *intracortical-initiative stage* des Alters von 4 Jahren bis zur Adoleszenz ist die Zeit gesteigerten Zuwachses an höheren kortikalen Hirnfunktionen. Unterforderungen in dieser Phase können die Entwicklung eigener Lebensziele behindern und zu einem Mangel an Disziplin oder gesteigerter Impulsivität führen. Überforderung oder zuviel Gewährenlassen schränken die Entwicklung von Spontaneität, Flexibilität und Kreativität ein und begünstigen ein eher rigides, selbstbeschränkendes Persönlichkeitsmuster.

Das Verfahren kann helfen, innerhalb gewisser Grenzen die Entwicklungsphase einzuschätzen, innerhalb der eine bestimmte Traumatisierung erfolgte, die eine spätere Symptomatik oder ein „Fehlverhalten“ zur Folge hatte oder den jeweils aktuellen Bezug einer umschriebenen Symptomatik zu der entsprechenden Entwicklungsphase herzustellen. Die konkrete Erfahrung mit dem Verfahren zeigt über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren eine relativ große Konstanz des Verlaufsprofils von Klientinnen über alle Skalen hinweg und unter Psychotherapie eine unterschiedliche Veränderlichkeit der Skalenwerte. Wahrscheinlich spiegelt sich hier die unterschiedliche Stabilität von Charaktermerkmalen unter Psychotherapie wider.

Wir vermuten entsprechend den Korrelationen auch einen - bezogen auf das oben dargestellte Diagramm - vertikalen Zusammenhang. Die Korrelationen verleiten ja dazu, gewisse Zusammenhänge entwicklungsgesetzlich zu interpretieren. Es wäre entsprechend den Interkorrelationen plausibel, daß beispielsweise Insuffizienzgefühle, Abhängigkeit oder Isolation in der ersten Phase Machtlosigkeit, Nachlässigkeit oder Unterlegenheit in der zweiten begünstigen. In ähnlicher Weise begünstigen subjektiv übertriebene Abwehr oder kompensierter Mangel an Geborgenheit („Schein-Selbständigkeit“) in der ersten Entwicklungsphase die Mechanismen des Leugnens und Vermeidens („Dominanz“, psychopathische Persönlichkeit) oder etwa übersteigerten Geltungsdrang während der zweiten Phase.

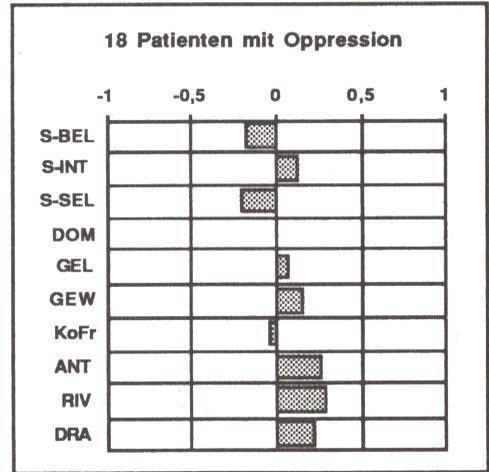
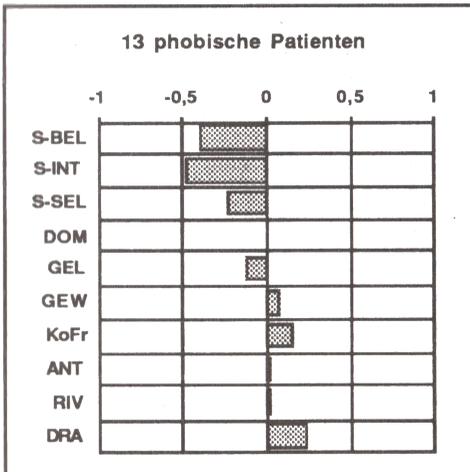
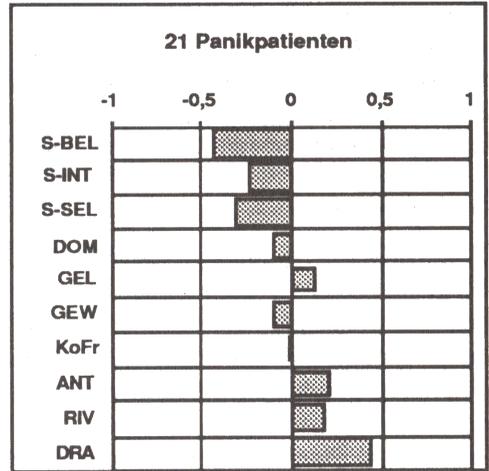
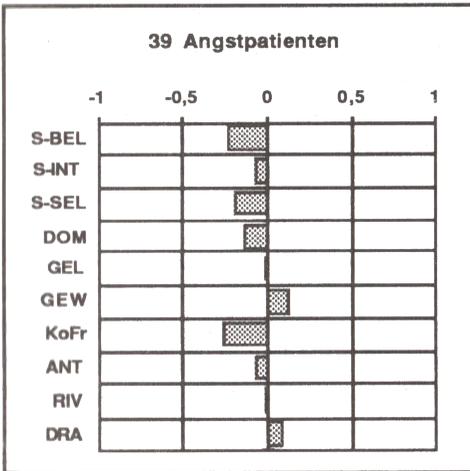
Eine „orale“ Prägung (niedriger Wert in der Skala „Abhängigkeit / Schein-Selbständigkeit“) in der ersten Phase erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer „hysterischen“ Struktur (erhöhter Wert in der Skala „Dramatik“) in der dritten Entwicklungsphase. Umgekehrt liegt einer hysterischen Struktur mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine orale Traumatisierung zugrunde. In der Tat wurde ähnliches in der Behandlung des Themas Hysterie in jüngerer Zeit postuliert. Kernberg (1991) beschreibt bei der histrionischen Störung hysterischer Patientinnen Regression als Abwehrmaßnahme gegen das tiefere sich-Einlassen. Diese Patienten sind durchaus zu stabilem und emotional-warmem Kontakt und zu einer Bindung fähig. Nur bei der sexuellen Beziehung kommt es zur Regression auf eine frühere Stufe, zur „klammernden Abhängigkeit“. Nach Meinung Kernbergs bezieht sich die Beschreibung der histrionischen Persönlichkeit im DSM-III-R vor allem auf die infantile Persönlichkeit, sie entspricht dem „hysterisch-regressiven Pol des hysterisch-infantilen Spektrums“. Oft sind traumatische Verlustereignisse in der Kindheit vorhanden. Chodoff (1982) glaubt an eine frühe orale Störung der Mutter-Tochter-Interaktion. Nach Wölk (1992) beinhalten hysterische Störungen oft orale und narzißtische Fixierungen und können bei Ichstarken Menschen dann unter belastenden kritischen Lebensereignissen ausbrechen. Nach Eysenck (1982) sind Hysteriker in den Dimensionen „Extraversion-Introversion“ und „Neurotizismus“ als extravertiert und neurotisch zu beschreiben. Auch das enorm gesteigerte Bedürfnis des Hysterikers nach Beachtung und Zuwendung verweist auf die orale Phase.

Mit der phasenspezifischen Gruppierung ergibt sich einmal die Möglichkeit einer differenzierten Betrachtung der einzelnen Werte der zehn Skalen, außerdem ist auf den ersten Blick zu erkennen, wenn alle Skalen einer Entwicklungsphase übereinstimmend eine stärkere gleichgerichtete Abweichung zeigen. In diesem Falle kann mit einer größeren Sicherheit auf ein phasenspezifisches Problem geschlossen werden. Dies führt über eine rein bioenergetische Sichtweise hinaus, erleichtert aber nach unserer Erfahrung die Übersicht über die Zusammenhänge und die Auswertungs- und Interpretationssicherheit. Darüber hinaus berücksichtigt diese Vorgehensweise im Gegensatz zur im allgemeinen vorwiegenden Konstruktbezogenheit psychoanalytischer oder bioenergetischer Ordnungssysteme die in unserer Stichprobe vorliegenden statistischen Gegebenheiten (Zusammenhänge).

Für unser theoretisches Verständnis befruchtend ist ebenfalls die Beschäftigung mit den „Profilen“ der Symptomgruppen, wie wir an einem Beispiel verdeutlichen möchten.

Skala	niedriger Wert	hoher Wert
S-BEL	subjektive Unzulänglichkeit, Insuffizienz, NEUROTIZISMUS	Schein-Belastbarkeit, Abwehrstärke EMOTIONALE STABILITÄT
S-INT	Isolation (schizoid)	(Schein-) Integration kompensiert schizoid
S-SEL	Abhängigkeit (oral)	(Schein-) Selbständigkeit (kompensiert oral)
DOM	Macht- und Hilflosigkeit, Ohnmacht	Dominanz (psychopathisch)
GEL	Unterlegenheit (masochistisch) KONSERVATISMUS, ZÄHIGKEIT	Geltungsdrang, Ehrgeiz OFFENHEIT FÜR ERFAHRUNGEN
GEW	NACHLÄSSIGKEIT, Impulsivität	GEWISSENHAFTIGKEIT, Pedanterie
KoFr	Soziale Angst, Zurückhaltung INTROVERSION	Kontaktffeurigkeit, kommunikativ EXTRAVERSION
ANT	Altruismus-Nachgiebigkeit, Toleranz VERTRÄGLICHKEIT	Rigidität, Reaktivität, Unabhängigkeit ANTAGONISMUS
RIV	Toleranz, Nachgiebigkeit	Aggressive Rivalität (phallisch)
DRA	Emotionale Zurückhaltung, Nüchternheit	Dramatik, Übertriebenheit (hysterisch)

Skalenübersicht der Bioenergetischen Prozess-Analyse; Klassifikation nach dem Fünf-Faktoren-Modell in Versalien



Die Profilmittelwerte verschiedener Symptomgruppen

So sehen wir die deutlichsten Abweichungen bei Angstpatientinnen in den Skalen „subjektive Unzulänglichkeit, Insuffizienz“ („S-BEL“, Neurotizismus) und „soziale Angst, Zurückhaltung“ („KoFr“, negativer Pol: Introversion). Dabei ist der orale (abhängige, „S-SEL“) Anteil der übergeordneten Neurotizismus-Skala stärker ausgeprägt als der schizoide („S-INT“).

Ganz anders bei Panikpatientinnen: Hier finden wir stärkere neurotische („S-BEL“) - dementsprechend auch stärkere schizoide und orale - und hysterische („DRA“ für Dramatik) Komponenten. Bei phobischen Patientinnen überwiegt der schizoide Wert (Skala „S-INT“, Pol: „Isolation, schizoid“) alles andere, immerhin sind auffallendere Abweichungen auch in

Richtung „oral“ (Skala „S-SEL“) und „hysterisch“ (Skala „DRA“) zu sehen. Bei Patientinnen mit oppressiven Beschwerden - wie Druck auf die Brust, Beklemmungsgefühle im Brustbereich oder bei der Atmung - wiederum fallen die gleichsinnigen Erhöhungen im Bereich der antagonistischen Hauptskala („ANT“) und ihrer phallischen („RIV“) und hysterischen („DRA“) Subskalen auf, daneben die orale Vorprägung („S-SEL“).

Neue Aspekte

Natürlich hat diese Herangehensweise an das charakteranalytische Konstrukt Konsequenzen. Die erste Konsequenz ist, daß es denknotwendig außer den bisher meist im Blickpunkt stehenden fünf oder sechs Strukturtypen (schizoid, oral, psychopathisch, masochistisch, rigid - phallisch, hysterisch) offensichtlich auch deren spezifische Gegenpole geben muß. Bis vor einigen Jahren behandelten wir die Typologie vermutlich wie die meisten anderen auch: Wenn jemand starke masochistische Züge zeigte, war er eben masochistisch geprägt, wenn nicht, dann lag keine solche Prägung vor. Unsere Untersuchung legt nahe, daß es jeweils zwei Möglichkeiten gibt, wie sich - beispielsweise bezogen auf die masochistische GEL-Achse - ein unausgewogenes Selbstwertgefühl später zeigen kann: Entweder durch ein masochistisch geprägtes Minderwertigkeitsthema, Opferrolle usw. oder durch die kompensatorische Form überhöhten Geltungsstrebens (Ehrgeiz, Bildungswut usw.).

Ähnliches ließ sich bei den anderen Achsen zeigen: Wir fanden zum Beispiel, daß bei Patienten mit auffallend hohen schizoiden Anteilen häufig eine Gegenregulation zu beobachten war, die diesen das Gepräge betont „realistischer“ und solchermaßen „integrierter“ Persönlichkeiten verlieh - wohinter sich allerdings eine große Angst und Sensibilität versteckte. Ähnlich, wie es in den letzten Jahren auch für die „Big Five“ durch Costa und McCrae (1996) geschieht - das Herausarbeiten der psychologischen Gegenpole, der „low poles“ -, begannen wir für jeden Gegenpol die charakteristische Struktur herauszuarbeiten, eine noch lange nicht abgeschlossene Arbeit. Zumindest ein „Gegentyp“ hat sich ja in der Bioenergetik bereits eingebürgert: der kompensiert Orale.

Ein weiterer wichtiger Aspekt zeigte sich uns in der Validitätsanalyse. Uns fiel auf, daß für die meisten Skalen galt, daß extremere Abweichungen zu egal welcher Seite psychologisch eher als negativ einzustufen waren. Am Beispiel „Schein-Belastbarkeit“ (daher der Name): Bei den betont „belastbaren“ Patienten gab es entweder auffallende körperliche Symptome oder die Partner hatten Symptome. Uns fiel auf, daß Merkmalsausprägungen, die in der Persönlichkeitsforschung als gemeinhin „psychologisch positiv“ bewertet werden, bei näherem Hinsehen durchaus nicht so positiv aussehen.

Bei Probanden mit niedrigen Werten in Schein-Belastbarkeit („neurotisch“) fanden wir hohe Anteile von Patienten mit: Depressionen (91 %); Angst/Panik/Phobie/Oppression (52%); vegetativen Störungen (52%); Schlafstörungen (52%); Unruhe (41%); psychosomatischer Symptomatik (14%); im FPI beschreiben sich die Patienten vor allem als depressiv, psychosomatisch gestört (nervös), empfindlich, gehemmt, gestrebt, irritierbar, im weiteren ungesellig (zurückhaltend), emotional labil, wenig lebenszufrieden. Im Antwortverhalten sind diese Patienten offen im Eingeständnis ihrer Schwächen.

Aber auch bei Probanden mit hohen Werten in Schein-Belastbarkeit („emotional stabil“) fanden wir hohe (wenn auch etwas geringere als bei Probanden mit niedrigen Werten) Anteile von Patienten mit: Depression (42%); Angst/Panik/Phobie/Oppression und vegetative Störung (beide je 25%); Schlafstörungen (17%); Unruhe (13%); hoher Anteil von körperlich „großen“ Probanden (25%); im FPI beschreiben sich die Patienten dennoch als sehr selbstsicher und selbstvertrauend, als sehr psychosomatisch stabil (wenig nervös), als ziemlich streßfrei und gelassen, daneben als ruhig, tolerant, emotional stabil, gesellig, ungehemmt, selbstbeherrscht und einigermaßen robust. Im Antwortverhalten sind diese Probanden jedoch eher verschlossen.

Da sich dies im Prinzip für die anderen Skalen bestätigte, führte uns das dazu, mittlere und ausbalancierte Ausprägungen generell als eher günstig und extremere Werte als eher ungünstig anzusehen, wobei es natürlich eine Rolle spielt, in welche Richtung die Abweichung weist. Der masochistische Pol der GEL-Skala scheint auf den ersten Blick mehr Probleme (Mißerfolg) im Leben zu produzieren als sein ehrgeiziger, bildungsorientierter und geltungssüchtiger Gegenpol, der im Leben meist deutlich mehr erreicht. Der erste Typ taucht ja in unserer Arbeit deutlich häufiger auf. Damit ist nicht unbedingt bewiesen, daß die alternative Einstellung nun unbedingt psychologisch soviel gesünder ist.

Eine weitere Konsequenz aus der Anwendung der persönlichkeitspsychologischen Perspektive ist die Erkenntnis, daß die Bedeutung der beiden Faktoren Gewissenhaftigkeit und Extraversion in der bioenergetischen Analyse bisher vernachlässigt wurde. Zwar hat Lowen der Zwanghaftigkeit im Rahmen des phallischen Charakters - in Verbindung mit Gallenproblemen und Kopfschmerzen - einen Platz zugewiesen. Dies kann allerdings angesichts der Eigenständigkeit dieses Faktors in der heutigen Persönlichkeitsforschung nicht befriedigen. Die von uns erfaßten 22 Kopfschmerzpatientinnen zeigen beispielsweise vor allem Abweichungen in Richtung Introversion (sozialer Rückzug, Kontaktfreudigkeit negativ), Altruismus (Verträglichkeit, rigid negativ) und emotionaler Zurückhaltung (Dramatik, hysterisch negativ).

Zusammenfassung

Nach einem kurzen Abriss der Geschichte und des Vorgehens persönlichkeitspsychologischer Forschung werden die seit Mitte der sechziger Jahre von den meisten Forschern angenommenen fünf hauptsächlichen Grunddimensionen - die „Big Five“ - der Persönlichkeit porträtiert: Neurotizismus, Extraversion, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit, Offenheit für Erfahrungen.

Die auf die Erfassung der bioenergetischen (psychodynamischen) Charakterstrukturen - schizoid, oral, psychopathisch, masochistisch, rigid (phallisch, hysterisch) - zielende Konstruktion eines Fragebogens bildete überraschenderweise die „Big Five“ ebenfalls ab. Dadurch wird es möglich, charakteranalytische Perspektiven vor dem Hintergrund persönlichkeitspsychologischer Modelle zu diskutieren und eine Brücke zwischen diesen beiden bisher getrennten Bereichen zu schlagen.

Nach Darstellung typischer Probleme bei der Fragebogenkonstruktion wird der Zuwachs an Information diskutiert, der durch die statistisch erfaßten Zusammenhänge zwischen den Selbsteinschätzungen von Klientinnen über die charakteranalytischen Typen möglich wird. Die Ergebnisse der Untersuchungen legen die Schlußfolgerung nahe, daß wir zu jedem „klassischen“ Charaktertyp notwendigerweise einen polaren „Gegentyp“ denken müssen, wie es bei „oral“ - „kompensiert oral“ bereits üblich ist. Es erfolgt erste begriffliche Klassifikation der Gegentypen.

Die Matrix der Zusammenhänge zwischen den Typen läßt sich faktorenanalytisch zu drei Entwicklungsphasen zusammenfassen, deren erste den schizoiden und den oralen, die zweite den psychopathischen und den masochistischen und die dritte den rigiden (phallischen und hysterischen) Typ enthält. Diese drei Phasen finden ihre Entsprechung in dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Millon, das für das Verständnis der Entstehung psychischer Krankheiten bei Diagnostikern heute eine herausragende Rolle spielt.

Die Skalen der endgültigen Fassung der Bioenergetischen Prozeß-Analyse erlauben die Erfassung der „Big Five“ der Persönlichkeitspsychologie und der bioenergetischen Typen der psychodynamischen Sichtweise gleichermaßen. Die Möglichkeiten weitergehender und tieferer psychodynamischer Analysen von Symptomen werden an der differentiellen Darstellung der charakteranalytischen BPA-Symptomprofile von Angst-, Panik-, phobischen und oppressiven Patienten veranschaulicht.

Das Verfahren ist im Herbst 1998 im internationalen Testverlag SWETS & ZEITLINGER erschienen und kann über den Autor bezogen werden: Theo Fehr, Erftweg 6, 46487 Wesel, 0281-70741, E-mail: t.fehr@cityweb.de

Literatur:

- Amelang, M.** Personality, stress and illness: Facts and fiction in the prediction of cancer and coronary heart disease. Abstract. European Association of Personality Psychology 1996
- Andresen, B.** Towards a comprehensive and unifying model of basic personality dimensions and personality disorder tendencies. Abstract. European Association of Personality Psychology 1996
- Angleitner, A.** Erste Ergebnisse der Bielefelder Zwillingstudie. Pressemitteilung, Universität Bielefeld 1997
- Burt, C.** Henderson Trust Lectures, No. 7. 1927
- Chodoff, P.** The hysterical personality disorder: A psychotherapeutic approach. In A. Roy (Hrsgb.), Hysteria. Wiley 1982
- Costa, P.T., R.R. McCrae.** Explications of NEO-PI-R facet scales. Abstract. European Association of Personality Psychology 1996
- Eysenck, H.J.** The structure of Human Personality. Methuen 1960
- Eysenck, H.J.** A psychological theory of hysteria. In A. Roy (Hrsgb.), Hysteria. Wiley 1982
- Fehr, T.** Bioenergetische Prozess-Analyse; Screening-Verfahren zur Persönlichkeitsstruktur. Swets & Zeitlinger 1998

- Frank, R. und R. Frank. Zur Rolle des Körpers in der bioenergetischen Analyse. In: H. Petzold (Hrsgb.) Die neuen Körpertherapien. Junfermann 1977
- Jang, K.L.. The Five-Factor-Model of personality and personality disorder: Evidence for a common genetic aetiology. Abstract. European Association of Personality Psychology 1996
- Kernberg, O.F. Schwere Persönlichkeitsstörungen-Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Klett-Cotta 1991
- Klis, M.J., J. Kossewska. Burnout Syndrome and dimensions of personality in teachers. Abstract. European Association of Personality Psychology 1996
- Livesley, W.J., Structure of personality and personality disorders. Abstract. European Association of Personality Psychology 1996
- Lowen, A. Körperausdruck und Persönlichkeit. Kösel 1988
- Millon, T., Disorders of Personality: DSM-III, Axis II. Wiley 1981
- Riemann, R., Angleitner, A., Borkenau, P.. Anlage- und Umwelteinflüsse auf Persönlichkeitsmerkmale: Verhaltensbeobachtungen an zusammen aufgewachsenen Zwillingspaaren. 4. Arbeitstagung Differentielle Psychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik, Bamberg, 30.10. - 1.11.97
- Slane, S., J. Kim. Personality, coping style and exposure to stress: Framework and effectiveness. Abstract. European Association of Personality Psychology 1996
- Torgersen, S.. The genetics of personality disorders and "The Big Five". Abstract. European Association of Personality Psychology 1996
- Van Hiel, A., I. Mervielde. The Big Five Personality factors and political beliefs: A test in a student and a non-student sample. Abstract. European Association of Personality Psychology 1996 Wölk, W. Vergangenheit und Zukunft des Hysteriekonzepts. Nervenarzt, 63, 149-156, 1992

Anschrift des Verfassers:

Theo G. Fehr, Erftweg 6, 46487 Wesel, Tel. 0281-70741

Arnim Krüger
Zum Buch von Günter Jerouschek, Inge MarBolek, Hedwig Röckelein
(Hrsg.) über
Denunziation
Historische, juristische und psychologische Aspekte
edition diskord, Tübingen, 1997, 302 S.

Der Titel springt ins Auge, hat doch die Implosion des „real existierenden Sozialismus“ in der ehemaligen DDR dieses Thema - manchmal möchte man fast meinen - zum Hauptausinandersetzungspunkt mit eben dieser DDR werden lassen (vgl. z. B.: Lahann: Genosse Judas; Behnke / Fuchs: Zersetzung der Seele; Spiegel Spezial: Stasi-Akte „Verräter“). Ein nahezu 17 Millionen-Volk könnte die Hände in Unschuld waschen, hätte es da nicht die IM's gegeben. Na gut, der eine Erich (H.) mit seinem Politbüro war auch schuld und die entlastete Volksseele jubelt, wenn der letzte und dümmste der Mohikaner, der ewig grinsende Egon (K.), zu wenigsten 6 1/2 Jahren verknackt wird (Egon, Trost zu Dir nach Moabit, es gibt Revision, Haftverschonung, Freigänger etc., die Freiheit ist näher als Deine Richter denken.). Und es gibt den anderen schuldigen Übeltäter Erich (M.), ja jener mit „Ich liebe Euch alle!“ und mit seiner Stasi. „Ich liebe Euch alle“ sitzt jetzt in einem DDR-Plattenneubau und wartet, daß ihm seine „kümmerlichen Ersparnisse aus DDR-Zeiten“ doch noch ausgezahlt werden.

Es ist den Herausgebern des Buches und den Organisatoren des Symposions „Denunziation: Zur Psychologie justizförmiger Anschuldigungsstrategien im historischen Vergleich“ (Halle, 28.2.- 1.3.96) zu danken, daß sie nicht der Versuchung erlegen sind, dieses Thema nur am „DDR-Unrechtsstaat“ abzuwickeln. Bekanntlich ist es eine beliebte Strategie der neuen nationalen Rechten, die DDR zu verteufeln und das „3. Reich“ relativ ungeschoren zu lassen. Wir wissen, die BRD und die DDR sind „Ergebnisse“ des NS-Regimes, folglich fängt die jüngste Geschichte der Denunziation in Deutschland nicht in der DDR, sondern im Nationalsozialismus an. Eine Merkwürdigkeit des Buches sei bereits hier erwähnt, mehrere Artikel beschäftigen sich mit dem Thema „Denunziation“ in der ehemaligen DDR und im NS-Staat. Nur ein (!) Artikel setzt sich mit juristischen Teilaspekten der Denunziation in der BRD auseinander (Horst Luther: Denunziationen als soziales und strafrechtliches Problem in Deutschland in den Jahren 1945-1990, S. 258 ff.). Man kann sich trösten, zu „DDR-Zeiten“ gab es auch keine öffentliche, kritische, geschweige denn wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Stasi. Oder vielleicht kann man gar nicht das Thema „Denunziation“ mit dem BND in Verbindung bringen? Kennen Sie persönlich jemand vom

BND? Zu „DDR-Zeiten“ wußte man wenigstens sicher, wenn sich 10 Leute in einer Gruppe trafen, dann war mindestens einer davon IM.

Wenn „Denunziation“ schon kein Thema der Jetzt-Zeit ist, dann wollen die Herausgeber es aber doch als ein „interdisziplinäres Forschungsfeld“ (S. 9 ff.) begreifen. Das Rezept dazu lautet: Man lade ein reichliches Dutzend Historiker, Rechtshistoriker und Psychoanalytiker ein, lasse jeden einen Vortrag zum Thema aus seiner Sicht halten und fertig ist die Interdisziplinarität. Es tut mir leid, aber für so dumm lasse ich mich nicht verkaufen. Ich habe damals als junger ostdeutscher Psychologe meine Hausaufgaben auch bei „bürgerlichen“ Wissenschaftswissenschaftlern gemacht, z.B. bei A. Weinberg, dem langjährigen Direktor des Oak Ridge National Laboratory, der 1970 zur interdisziplinären Forschungsweise schrieb: „Die Behauptung, die ich meinen Überlegungen über wissenschaftliche Werte zugrundegelegt habe, ist die, daß wir die Gesamtheit eines wissenschaftlichen Gebietes nicht nach Kriterien bewerten können, *die allein aus diesem Bereich heraus entstehen* (Hervorhebung, A.K.). Wir erkennen vielmehr, daß wir ein Vorhaben, über das wir ein Werturteil abgeben wollen, von einem allgemeineren Gesichtspunkt betrachten müssen, als ihn sein eigener Bereich ermöglicht. D. h., daß ich ein neues ethisches Prinzip für die Wissenschaft aufgestellt habe: Sie muß nicht allein die Wahrheit, *sie muß auch Beziehungen suchen* (Hervorhebung, A.K.). Der Wert der Chemie als ganzes kann kaum von den Chemikern allein beurteilt werden. Sie müssen die Biologen fragen, die die Ergebnisse der Strukturchemie benötigen, um die genetischen Mechanismen der Zelle zu verstehen; und sie müssen die Physiker fragen, die die magnetische Kernresonanz nicht nutzen können, wenn sie nicht wissen, wie die chemische Umgebung die Einzelheiten der magnetischen Kernresonanz-Signale beeinflussen; und sie müssen die Reaktortechnologen fragen, die die Chemie des Protactiniums benötigen, um ein kontinuierliches Reinigungssystem für einen Thoriumbrüter entwerfen zu können. Und so ist es mit der Gesamtheit der Wissenschaft.“ (vgl. A. Weinberg: Probleme der Großforschung, Frankfurt a. M., S. 203). Wenn dies auch sicherlich ein interdisziplinäres Ideal beschreibt, im vorliegenden Buch bezieht sich kein Historiker auf einen Psychoanalytiker und kein Psychoanalytiker bezieht sich auf einen Historiker. Schade, die angestrebte und vorgegaukelte Interdisziplinarität kann der Leser nur selbst für sich beim Lesen des Buches hersteilen.

Endlich, nach diesen kritischen Aspekten, die das Buch betreffen, kann man zu den zu würdigenden Facetten des Buches kommen. Hier beschreiben Fachleute, jeweils in ihrer Wissenschaftsdisziplin tief in das Thema eindringend, das Phänomen „Denunziation“, das in der christlichen Tradition des Abendlandes bereits in der Bibel fixiert ist: „Wenn aber dein Bruder sündigt, so gehe hin, überführe ihn zwischen dir und ihm allein. Wenn er auf dich hört, so hast du einen Bruder gewonnen. Wenn er aber nicht hört, so nimm noch einen oder zwei mit dir, damit aus zweier oder dreier Zeugen Mund jede Sache bestätigt werde. Wenn er aber nicht auf dich hören wird, so sage es der Gemeinde; wenn er aber auch auf die Gemeinde nicht hören wird, so sei er dir wie der Heide und der Zöllner.“ (Matthäus

XVIII, 15, zit. nach: Lothar Kolmer: Die *denunciatio canonica* als Instrument im Kampf um den rechten Glauben, S. 39 f.).

Als Psychologe und analytischer Psychotherapeut möchte ich nicht die Arbeiten der Historiker und Rechtshistoriker in diesem Buch werten, aber sie sind äußerst spannend zu lesen. Es geht aus ihnen eindeutig hervor, daß *Denunziation immer eingebunden in ein soziales/gesellschaftliches System ist, von dem der Denunziant den Auftrag (!) zur Denunziation bekommt*. Es ist also nicht so, wie es bei der oberflächlichen Lektüre der Artikel von Erdmuthe Fikentscher, Heinz Hennig, Hans-Joachim Maaz und Irmhild Kohte-Meyer in diesem Buch erscheinen mag, daß der Denunziant *per se* neurotisch gestört als Person ist. Zunächst bestimmt die jeweilige Gesellschaft mit ihren Normen und Wertvorstellungen die Denunziation. Die neurotische Störung einer Person wird m.E. erst an der Stelle evident, wo sie den Auftrag zur Denunziation annimmt. Vielleicht hätte diese Seite in den psychoanalytischen Beiträgen noch stärker herausgearbeitet werden können. So entsinne ich mich, als ich während meiner Armeezeit zum IM geworben werden sollte, daß der Werbeoffizier der Stasi mir drohte, wenn ich nicht einwilligen würde, dann würde man zu verhindern wissen, daß ich Psychologie studieren könnte. Ich kam aus einem „sozialistisch überzeugten Elternhaus“ und war selbst mit den Idealen des Kommunismus positiv identifiziert. Was hätte mich also hindern sollen, IM zu werden? Es war eine ganz einfache und wie ich meine gesunde innere Stimme, die mir sagte: „Kumpels scheidt man nicht an.“ Dieser natürliche Satz in mir ließ mich damals mein Psychologiestudium riskieren. Ich hatte große Angst. Mit Erleichterung und Genugtuung stellte ich damals fest, daß der „allmächtige Arm“ der Stasi in dieser DDR doch nicht von Warnemünde bis Jena reicht. Ich studierte Psychologie. Was wäre gewesen, wenn ich an dieser Stelle ein Stück psychisch „kränker“ reagiert hätte, was ich ja auch in mir trug, wie es in späteren Partnerschaftsproblemen offenkundig wurde?

Der Denunziant zeichnet sich also durch die neurotisch motivierte Auftragsannahme der Denunziation aus. I. S. dieser Auftragsan- bzw. -übernahme läßt sich dann auch der Artikel von H.-J. Maaz „Das verhängnisvolle Zusammenspiel intrapsychischer, interpersoneller und gesellschaftlicher Dynamik - am Beispiel der Denunziation in der DDR“ (S. 241 ff.) mit Gewinn studieren. Sehr differenziert zeichnet er die verschiedenen Typen von Denunzianten nach: die Karrieretäter, die Bedürftigkeitstäter, die Opfertäter (Verfehlungstäter) und die Gehorsams-, Überzeugungs-, Rachedtäter.

Heinz Hennig mit seinem Artikel „Ohnmacht, Macht und Rivalität - Zur Psychodynamik der Denunziation“ (S. 224 ff.) arbeitet vor allem die *narzißtische Dimension* des Denunzierens heraus. Wenn wir davon ausgehen, daß wir in einem „Zeitalter des Narzißmus“ (Lasch) leben, dann kommt in seiner Arbeit sehr deutlich die Verschränkung gesellschaftlich bedingter und individuell erworbener narzißtischer Psychopathologie zum Ausdruck, die zu Denunziantentum führt. Daß ihm dabei Scham und Schuld in der Beschreibung als intrapsychische Befindlichkeiten durcheinander geraten (S. 234), ist ihm nachzusehen, dürfte aber eigentlich einem gestandenen Tiefenpsychologen wie ihm nicht passieren.

In ihrem Artikel „Denunzierung - eine psychoanalytische Sicht auf individuelle und kollektive psychische Geschehnisse“ (S. 279 ff.) versucht Irmhild Kohte-Meyer, eine *Definition der Denunziation* zu geben: „In einer Denunzierung gelingt die individuelle Regulierung und Lösung von sehr komplexen Situationen. Durch vernichtende Über-Ich-Angst lebt das Ich in der paranoiden Position in starker Bedrängnis, sucht für sich Entlastung und vollzieht den Akt der Denunzierung zur eigenen Absicherung. Und es können in dieser inneren Situation zudem ganz individuelle psychische Konflikte mit anderen Menschen auftauchen und beunruhigen. Dies können narzißtische Kränkungen sein, heftige Affekte und Triebwünsche, die Besitz oder Sexualität betreffen. Der Wunsch nach Triebbefriedigung oder nach Wiederherstellung des narzißtischen Gleichgewichtes wird mobilisiert.“ (S. 291). Dem ist fachlich nicht zu widersprechen, aber es deutet sich bereits in dieser Definition ein psychoanalytisches „Fachchinesisch“ an, was sich durch ihre gesamte Arbeit zieht. Das ist zu bedauern, bestätigt sich doch so scheinbar ein Vorurteil gegenüber der Psychoanalyse, daß sie durch ihre „Geheimsprache“ sich in eine Position der Welt- und Politikfeme bringt. Wie anders, wie direkter, verständlicher, politischer und sozial engagierter waren da noch die Arbeiten von Reich, Marcuse und Fromm!

Persönlich hat mir sehr der Artikel der Russin Irina Scherbakowa „Die Denunziation im Gedächtnis und in den Archivdokumenten“ (S. 168 ff.) gefallen. Sie ist Germanistin und Historikerin, arbeitet als Übersetzerin und Publizistin, u.a. hat sie eine Anthologie mit DDR-Autorinnen herausgegeben. Sie hat nicht die trockene Wissenschaftsattitüde, sondern beschreibt sehr menschlich und verständnisvoll die Irrwege und das Leid, die in der ehemaligen SU durch Denunziation entstanden sind.

Was fehlt in diesem Buch? Ich denke, man hätte noch mehr dem „Schicksal“ von Denunzianten nachgehen können. Stimmen solche Sätze wirklich, wie: „Das Volk liebt den Verrat, doch nicht den Verräter.“ oder „Der größte Lump im ganzen Land - das ist und bleibt der Denunziant.“? Was ist z.B. aus IM's und OibE's (Offiziere im besonderen Einsatz) nach der „Wende“ geworden? Die Beschreibung „Seilschaften“ verniedlicht geradezu das konsequente Machtstreben dieser Leute, wie sie es linear und nahtlos von der ehemaligen DDR in die neue BRD implantieren konnten. Ich denke z.B. an DDR-Professoren, die OibE's waren und jetzt in den Vorständen von irgendwelchen Banken sitzen.

Was fehlt noch? Es fehlt eine Seite der Denunziation, die ich *Verleugnung des eigenen Selbst und der Beziehung zu anderen* nennen würde. Während meines Psychologiestudiums war ich Kommilitone der Tochter des damals bekanntesten DDR-Systemkritikers und ich war auch Kommilitone eines heute bekannten Bürgerrechtlers, Schriftstellers und Psychologen. Als dieser damals verhaftet wurde, versuchte ich, jene Kommilitonin aufzusuchen, um ihr meine Betroffenheit über den für mich unbegreiflichen Vorgang mitzuteilen. Das Haus, in dem sich ihre Studentenwohnung befand, war bereits weiträumig von der Stasi umstellt, so daß ich dieser direkt in die Arme lief. Ich wurde sofort verhaftet, wie es damals

hieß: „Zur Klärung eines Sachverhaltes“. Man verhörte mich mehrere Stunden, bis weit nach Mitternacht. Ich war damals gerade junger Vater geworden und hatte Angst um meine Familie und um mich. Der Stasi-Vernehmer versuchte, das Verhör auf den Punkt zu fokussieren, ob ich mit der o.g. Kommilitonin und dem Kommilitonen *befreundet* sei. Tatsächlich war ich beiden freundschaftlich verbunden. „Den Braten riechend“, *leugnete* ich meine freundschaftliche Beziehung zu ihnen und verkündete dem Stasi-Menschen, daß ich „nur“ aus meiner „Verantwortung“ heraus als FDJ-Mitglied jene Kommilitonin besuchen wollte, um ihr zu sagen, was ich als „FDJ‘ler“ für eine („staatsnahe“) Meinung zu der „Geschichte“ mit dem Kommilitonen hätte. Was war passiert? Ich hatte meine Beziehungen und damit mich selbst verleugnet. Im denunziatorischen Sinne geschadet habe ich beiden nicht, *aber mich hatte ich verleugnet* („Der Hahn wird nicht krähen, bis du mich dreimal habest verleugnet...“).

Ich fasse zusammen: ein wichtiges und lesenswertes Buch zum Thema „Denunziation“ - ein Kaleidoskop menschlich denunziatorischen Verhaltens. Und dennoch, die Geschichte der Denunziation, die so alt ist wie die bewußte Geschichte der Menschheit, wird gerade erst begonnen zu schreiben. Hier ist den Autoren zu danken.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Arnim Krüger, Rodenbergstraße 29, D-10439 Berlin, Tel./Fax: 030 - 444 1706

Arnim Krüger: Energie oder Beziehung*

Ursprünglich hatten *Axel Böhmer* und ich uns auf einen längeren Titel meines Vortrages geeinigt. Aber offensichtlich erfüllen bereits diese beiden unredundanten Wörter ihre Signalwirkung. Jeder Bioenergetiker, jeder Körperpsychotherapeut weiß scheinbar sofort, daß mit diesen beiden Begriffen eine jeweils spezifische therapeutische Haltung bzw. Herangehensweise in der Körperpsychotherapie gemeint ist. Ja, es handelt sich um psychotherapeutische Paradigmen.

Das „Oder“ impliziert auch zwei widerstreitende Lager, um nicht zu sagen „zwei gegnerische Lager“: die „Energetiker“ auf der einen und die „Tiefenfummler“² auf der anderen Seite. Auf alle Fälle haben wir es mit einem „Minenfeld“ zu tun, wie *Ulrich Sollmann*³ es formuliert hat, wenn es um Körperpsychotherapie zwischen Energie- und Beziehungsarbeit geht. Einige Kolleginnen und Kollegen sollen angeblich bei diesem Thema „das Klappmesser der kollegialen Rivalität in der Hosentasche“ bereithalten.

Mein persönlicher Werdegang als Körperpsychotherapeut hat mich mal in das eine und mal in das andere Lager verschlagen. Mitte der 80er Jahre begann meine Begegnung mit der Körperpsychotherapie. Für uns aus der ehemaligen DDR war Körpertherapie eine fast magisch besetzte Art des Therapierens. Endlich gab es eine Über-Ich-Erlaubnis zu schreien, zu heulen, zu schlagen, sprich, uns kathartisch abzureagieren und auszuagieren. Entsprechend idealisierten wir unsere Workshop-Leiter wie *Eva Reich*, *David Boadeila*, *Volker Knapp-Diederichs* u. a. Diese kamen damals über die Grenze und leisteten „für'n Appel und 'n Ei“ Pionierarbeit im Osten.

Gruppendynamisch, also beziehungsorientiert gesehen, liefen diese Workshop-Gruppen chaotisch. „Abstinenz“ zwischen Leitern und Teilnehmern war ein Fremdwort, das ging bis in den sexuellen Bereich. Aus der Möglichkeit des kathartischen Ausdrucks wurde eine Gruppennorm. Mächtigergurus begannen sich zu entwickeln, die man aus heutiger Sicht nur unter psychiatrischen Kategorien sehen kann. Es wurde körpertherapeutisch experimentiert und agiert „was das Zeug hielt“. Wenn jemand z.B. nach einem Re-Birthing in eine siebenwöchige Depression fiel, weil ihn der Leiter und die Gruppe nicht ausreichend genug empfangen und halten konnten, er also schlichtweg retraumatisiert wurde, dann schien das „keiner Rede wert“ zu sein.

* Vortrag, gehalten auf dem 3. Studententag des Norddeutschen Instituts für Bioenergetische Analyse e. V. am 7.3.98 in Bisingen

² Diese „freundlich“-abwertende Bezeichnung hörte ich mal von einem Bioenergetiker über einen anderen mir bekannten bioenergetischen Kollegen, der sich eher um beziehungsorientiertes Arbeiten bemüht

³ vgl: *Sollmann, U., Im narzißtischen Minenfeld - Körpertherapie zwischen Beziehung und Körperarbeit*, in: *Forum der Bioenergetischen Analyse* 1/95, S. 53 ff. .Erfstadt: Günter Schubert

Ich ahnte damals nur die Grenzen und Gefahren dieser wilden körpertherapeutischen Workshop-Kultur und entschloß mich, sozusagen eher den Gegenpol betretend, Ausbildungen und therapeutische Selbsterfahrung in drei beziehungsorientierten Verfahren zu absolvieren. Es waren die Psychodynamische Einzeltherapie⁴, die Intendierte Dynamische Gruppenpsychotherapie⁵ und die körperorientierte Dynamische Gruppenpsychotherapie⁶ - drei tiefenpsychologisch fundierte Methoden, die als quasi psychoanalytisch orientierte Methoden sich in der DDR entwickelt hatten und diese auch überlebt haben.⁷

Von 1987 bis 1991, ich war damals leitender Psychologe zuerst auf einer psychosomatischen Abteilung einer somatisch orientierten Klinik und dann in einer rein psychotherapeutischen Klinik, versuchte ich eine Synthese zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Körpertherapie.⁸ Bei diesem Syntheseversuch merkte ich wiederum Grenzen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. (Diese Grenzen kann ich eher erst heute genauer von meinem Standpunkt als Psychoanalytiker ausmachen.) Solche Grenzen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sind:⁹

- Begrenzung der Bearbeitung des psychopathologischen Spektrums eines Patienten, Fokussierung und planerische Aktivität seitens des Therapeuten in Hinsicht auf ein zu bestimmendes „Therapieziel“, Formulierung eines Fokus als psychodynamische Minimalhypothese, vorrangige Bearbeitung nur von Widerstand und Übertragung, Steuerung der Übertragung durch eine „korrektive emotionale Erfahrung“.
- Vorrangig werden im „Hier-und-Jetzt“ zutagetretende Konfliktkerne angesprochen.
- Realitätsnähe durch vis-à-vis - Position, bei eingeschränkter Regression.

Ich ahnte damals noch nicht, wie wichtig das therapeutische Arbeiten mit dem *gesamten Beziehungskosmos* des Patienten ist, daß es neben dem „Hier-und-Jetzt“ auch ein „Dort-und-Damals“ gibt. Zu wenig Erfahrung hatte ich auch mit dem wohl wichtigsten Arbeitsinstrument des analytisch orientierten Psychotherapeuten - der Gegenübertragung. Meine therapeutische Grundhaltung hatte damals noch wenig mit einem wirklichen *Verstehenwollen* des Patienten zu tun. Traum- und Regressionsanalyse konnte ich nicht ausreichend

⁴ vgl.: Maaz, H.-J., (Hrsg.), (1997) Psychodynamische Einzeltherapie. Lengerich: Pabst Science Publishers

⁵ vgl.: Froese, M., u. Seidler, Ch., (1993) Das Unbewußte in der Intendierten Dynamischen Gruppenpsychotherapie, in: Psychologische Beiträge 4/93, S. 350 ff. Lengerich: Wolfgang Pabst

⁶ vgl.: Maaz, H.-J., (1990) Zum Konzept der körperorientierten dynamischen Gruppenpsychotherapie in: Wiss. Zeitschrift d. HUB, Reihe Med., H. 1. Berlin

⁷ vgl.: Maaz, H.-J. u.a. (Hrsg.), (1997) Analytische Psychotherapie im multimodalen Ansatz Zur Entwicklung der Psychoanalyse in Ostdeutschland. Lengerich: Pabst Science Publishers

⁸ vgl.: Krüger, A., (1993) Psychosomatischer Konflikt und integrative Gruppenpsychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen (speziell bei Asthma bronchiale), in: F. Baumgärtel u.a. (Hrsg.), Klinische Psychologie im Spiegel der Praxis, S. 85 ff. Bonn: Dt. Psychologen Verlag vgl.: Krüger, A., (1994) Identität im Spannungsfeld von „Höher, weiter, schneller“ und dem Lebenkönnen von Angst, Lust und Wut - Psychotherapeutische Aspekte, in: Energie & Charakter, Bd. 9, S. 27 ff. Berlin: Bernhard Maul

⁹ vgl.: Grunert, M., (1997) Die psychodynamische Einzeltherapie: ein analytisches Kurztherapieverfahren?, in H.-J. Maaz (Hrsg.), (1997) ..., S. 76 ff.

handhaben. Überhaupt hatte mir die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Körpertherapie wenig Rüstzeug mitgegeben, was tatsächlich ein regressiver Prozeß ist. Eine kathartische Entladung hielt ich damals bereits für Regression.

Eine psychoanalytische Weiterbildung war für mich zu jener Zeit noch suspekt, ich hatte auch die landläufigen Vorurteile gegenüber der Psychoanalyse, als Körpertherapeut (!) allemal. Außerdem glaube ich, mit meinem noch zu DDR-Zeiten erworbenen körpertherapeutischen Workshop-Wissen eine gewisse „Minderwertigkeit“ als Körperpsychotherapeut aufzuweisen. Die Lösung therapeutischer Probleme zwischen Körper- bzw. Energiearbeit auf der einen und Beziehungsarbeit auf der anderen Seite sah ich so noch nicht in einer psychoanalytischen Weiterbildung, sondern in einer fundierten Körpertherapieausbildung. Ich wollte Körpertherapie „von der Pike auf“ lernen und entschloß mich für eine Ausbildung in Bioenergetischer Analyse in München, die ich 1996 abschloß. Meine Hoffnung war, mit besserem körpertherapeutischen „Handwerkzeug“ vielleicht eher bei der Lösung auftretender psychotherapeutischer Probleme voranzukommen.

Ernüchterung und Entidealisierung der Bioenergetischen Analyse folgten. *Heiner Jächter*¹⁰ hat in einer kleinen Befragung von Kolleginnen und Kollegen versucht, die sich mit ihm in der Ausbildung zum Bioenergetischen Analytiker befanden, die kritikwürdigen Punkte der Ausbildung zusammenzufassen und herauszufiltern. Ich kann mich seiner Einschätzung in weiten Teilen anschließen. Konsens besteht vor allem darin:

Die Ausbildung ließ keine wirkliche Auseinandersetzung mit elterlicher Autorität zu. Gruppendynamisch gesehen blieben die Trainer zu unhinterfragt. Beziehungsmäßiges Arbeiten konnte so in der Ausbildung nicht bereits hinreichend erfahren und gelernt werden.

- Die Aufhellung der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik spielte sowohl in den Ausbildungsworkshops als auch in den Lehrtherapien eine nur untergeordnete Rolle.
- Die geübte Praxis der Life-Supervision ist mehr als nur anfragbar. Mir persönlich ist kein BA-Supervisor bekannt, der die entstehende Dynamik der Triade übertragungs-, gegenübertragungsmäßig gebührend ins Blickfeld der Supervision rücken wollte oder konnte.

Dissens habe ich mit Jächter's Befragung vor allem bei der quantitativen Frage der Supervision. 50 oder 60 h Supervision sind nicht zu viel, sondern zu wenig, bezogen auf mindestens ein oder zwei zu erfassende und zu supervidierende therapeutische Prozesse. Die Erfassung eines gesamten therapeutischen Prozesses durch einen Supervisor könnte dem Ausbildungsteilnehmer und Supervisanden therapeutisches Prozeßverständnis vermitteln, das für therapeutisches Arbeiten unablässig ist.

¹⁰ vgl.: Jächter, H., *Befragung einer Teilnehmergruppe zu Inhalt und Organisation der Fortbildung zum Bioenergetischen Analytiker*, in: *Forum der Bioenergetischen Analyse 1/96*, S. 22 ff. Erfstadt: Günter Schubert

Die Defizite der Bioenergetischen Analyse spürend, entschloß ich mich zu einer psychoanalytischen Weiterbildung, die ich 1997 abschloß. In den Ausbildungsanalysen, die Patienten bei mir absolvierten, lagen diese zwar couchähnlich auf der Matte, aber ich durfte sie nicht anfassen oder sonstige körpertherapeutische Aktivitäten intendieren. Durch die auferlegte körpertherapeutische Abstinenz schärfte sich mein Blick, mein Gefühl und meine Phantasie für körpertherapeutische Interventionsmöglichkeiten um so mehr. Ich kriegte ziemlich deutlich mit, wo wir als Körpertherapeuten die Möglichkeiten der Sprache und der sprachlichen Beziehungsgestaltung nicht voll ausschöpfen und zu voreilig auf die Körperebene gehen. Und ich kriegte aber auch mit, wann die Symbolisierungsfähigkeit über Worte sich erschöpft und der Körper sich über eine Empfindung, ein Gefühl oder einen Ausdruck „zu Wort meldet“, was dann allerdings in den Grenzen des Settings der klassischen Psychoanalyse nicht bearbeitbar ist.

Dieses in der psychoanalytischen Arbeit erfahrene Defizit führte mich wieder zurück zu energetischen Fragen. Mit Respekt und Neugier begann ich, mich für die Auffassung und Arbeit der „Energetiker“ zu interessieren. So besuchte ich u.a. Workshops bei *Heiner Steckel*, bei dem ich lernen konnte, was energetisches Arbeiten am und mit dem Körper letztlich bedeutet und wie diese Arbeit zu „handhaben“ ist.

Wie ist heute mein psychotherapeutisches Selbstverständnis? Ich sehe mich weder als „reiner“ Psychoanalytiker noch als „reiner“ Bioenergetiker. Wenn es eine Annäherung über einen Begriff gibt, dann trifft wohl „analytischer Körperpsychotherapeut“ am ehesten zu. In der Fachliteratur ist das Verständnis der analytischen Körperpsychotherapie dargestellt durch solche Autoren wie: *George Downing*, *Peter Geißler*, *Stephen Johnson*, *Hans-Joachim Maaz*, *Tilmann Moser*, *Jack Lee Rosenberg* u.a.¹¹

Leider hat die analytische Körperpsychotherapie ein sehr gebrochenes Verhältnis zum Energiekonzept. *Downing* entwickelt eine recht kritische Einstellung zu Reichs Energiemodell.¹² Auch *Geißler* sieht folgende Hauptkritikpunkte am Energiekonzept der bioenergetischen Analyse:

1. Das Beziehungsgeschehen in der Therapie wird nicht ausreichend konzeptualisiert bzw. therapeutisch aufgegriffen.
2. Der Therapieansatz der Bioenergetischen Analyse ist ein ‚selbstbezogener‘ Ansatz. Die Förderung regressiver Gefühlsdurchbrüche macht noch lange nicht konflikt- und beziehungsfähig.

¹¹vgl.: *Downing, G., (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel*
 vgl.: *Geißler, P., (1997) Analytische Körperpsychotherapie. Wien: Facultas Universitätsverlag*
 vgl.: *Johnson, S., (1994) Character styles. New York: W. W. Norton* vgl.: *Maaz, H.J., (1990) ...*
 vgl.: *Moser, T., (1989) Körpertherapeutische Phantasien. Frankfurt a. M.: Suhrkamp*
 vgl. *Rosenberg, J. L., (1996) Körper. Selbst & Seele. Paderborn: Junfermann*

¹²vgl.: *Downing, G., (1996) S. 366 ff.*

3. Bioenergetik-Gruppen sind stark leiterzentriert, sie arbeiten mit einer Idealisierung des Gruppenleiters, der z. T. zum Guru hochstilisiert wird bzw. dies teils bewußt, teils unbewußt zuläßt, manches Mal sogar fördert. Die Analyse der dadurch entstehenden Machtstrukturen gehört nicht zum Repertoire des durchschnittlich ausgebildeten Bioenergetikers.
4. Das energetische Modell der Bioenergetischen Analyse ist trotz bestimmter psychologischer Bezugnahmen, kein tiefenpsychologisches, maximal jedoch ein einpersonenpsychologisches. Einpersonen-psychologische Betrachtungen haben sich aber mittlerweile als überholt erwiesen.
5. Die konkrete und die metaphorische Bedeutung des Energiebegriffs werden verwechselt und vermischt. Hinter dem Energiebegriff versteckt sich die Beziehung, die dadurch wenig oder nicht klar thematisiert werden kann.¹³

Soweit zum Rundumschlag *Geißlers*. Seine Kritikpunkte 1. bis 3. haben erstmal gar nichts mit dem Energiekonzept der Bioenergetischen Analyse zu tun, sie lassen sich auf viele andere Psychotherapiemethoden auch beziehen. Die Kritikpunkte 4. und 5. sind da schon interessanter, mit ihnen muß man sich auseinandersetzen. Solche Kritikaussagen sind in der Regel *Konklusionen*, also Schlußfolgerungen. Aber zu Konklusionen kommt man erst, wenn man von *Prämissen*, also von Voraussetzungen ausgeht. Die Prämisse nun, die zu den o.g. kritischen Konklusionen führt, ist genau jenes vertrackte Wortgebilde der Überschrift: „Energie oder Beziehung“.

Stillschweigend hat sich in diesem Jahrhundert der Psychotherapie die *Disjunktion* „Oder“ zwischen Energie und Beziehung eingeschlichen. Alle Psychotherapeuten, egal ob körpertherapeutischer oder psychoanalytischer Provenienz, scheinen das „Oder“ zu akzeptieren, doch jeder meint das Seine. Was wird gemeint? Mir scheint dieses „Oder“ ist als *Kontravalenz*, als Gegenwertigkeit, gemeint. Als Kontravalenz bedeutet es: Entweder Energie oder Beziehung bzw. entweder Beziehung oder Energie. Für beide eingangs erwähnten Lager ist diese Aussage „wahr Die „Energetiker“ können sagen, das Energiekonzept ist in Wirklichkeit das wahre Konzept, und meinen (un-) ausgesprochen, daß das „Nur“- Beziehungskonzept falsch sei. Damit hat die disjunktive Prämisse „Energie oder Beziehung“ für sie das Wahre. Die „Tiefenfummler“ können sagen, das Beziehungskonzept ist in Wirklichkeit das wahre Konzept, und meinen ausgesprochen, daß das unwissenschaftliche Energiekonzept falsch sei. Damit hat auch für sie die Aussage „Energie oder Beziehung“ das Wahre.

Beide Lager können sich so im Besitz der Wahrheit wähnen und miteinander streiten, wer denn nun die Wahrheit besäße. „Und wenn sie nicht gestorben sind, dann...“ streiten sie noch immer.

¹³ Geißler, P., (1997) S. 25 f.

Aus heutiger Perspektive gesehen halte ich die Frage bzw. Prämisse „Energie oder Beziehung“ für falsch, für un-, ja für kontraproduktiv. Psychotherapiehistorisch betrachtet war es notwendig, diese Frage zu stellen. *Freud*, der in seinen früheren Jahren sehr von energetischen Vorstellungen angetan war, arbeitete das Energiekonzept nur bis zum Libidobegriff aus.¹⁴ *Freuds* Arbeitsschwerpunkt verlagerte sich aber dann auf das die Psychoanalyse prägende Beziehungskonzept. Vor allem *Reich* nahm die Arbeit des frühen *Freud* auf und versuchte, das Energiekonzept in den wissenschaftlichen Möglichkeiten seiner Zeit weiterzuentwickeln. Über tragische Verwicklungen, die auch mit der Beziehung *Freud - Reich* zu tun haben, wurde spätestens im August 1934 mit dem Vortrag von *Reich* „Psychischer Kontakt und vegetative Strömung“, gehalten auf dem 13. Internationalen Psychoanalysekongreß in Luzern, die historische Disjunktion „Energie oder Beziehung“ geboren.¹⁵ Eine Disjunktion, an der sich im wahrsten Sinne des Wortes fortan die Geister scheiden sollten - nämlich, ob man Reichianer oder Freudianer war.

Warum ist die Disjunktion „Energie oder Beziehung“ historisch überholt? In den 70er Jahren hat sich eine Forschungsrichtung der psychoanalytischen Kleinkindbeobachter entwickelt, die wir heute moderne Säuglingsforschung nennen. Erschreckte Psychoanalytiker begriffen bereits 1981, daß die moderne neonatologische Forschung zu einer „Erschütterung der Grundfesten der Psychoanalyse“ führt.¹⁶ Der lang andauernde Glaube an den autistischen, narzißtischen, inkompetenten, passiven und trieb- und bedürfnismäßig stimulierten Säugling, der nur döst, trinkt und schläft, mußte zu Grabe getragen werden. Die moderne Säuglingsforschung geht statt dessen davon aus, „daß schon der Säugling ein aktives, kompetentes, kontaktsuchendes Interaktion stimulierendes Wesen ist, dem von Geburt an die Dispositionen hierfür zur Verfügung stehen.“¹⁷

Manchmal erscheint es mir fast, als hätte die Körperpsychotherapie im Allgemeinen und die Bioenergetische Analyse im Besonderen die moderne Säuglingsforschung verschlafen. Mir sind nur wenige Arbeiten von Körperpsychotherapeuten bekannt, die sich mit den Konsequenzen der modernen Säuglingsforschung für die Körperpsychotherapie auseinandersetzen. *Margit Koemeda-Lutz* hat eine wichtige Arbeit verfaßt: „Emotionen als Beweggrund: Bausteine zu einer bioenergetischen Affekttheorie“.¹⁸

¹⁴ 1933 erklärt Freud gegenüber dem amerikanischen Psychiater Joseph Wortis: „Die Analyse ist nicht alles. Es gibt andere Faktoren, die dynamischen Faktoren, die wir Libido nennen - die Triebkraft hinter jeder Neurose. Die Psychoanalyse kann auf sie keinen Einfluß nehmen, weil sie eine organische Grundlage hat... Wir können damit rechnen, daß der organische Teil in Zukunft einmal aufgedeckt werden wird. Solange die organischen Faktoren unzugänglich bleiben, läßt die Psychoanalyse noch viel zu wünschen übrig.“ Puner, H., (1947) *Freud His Life and Mind*. New York:... übersetzt von: R.Mahr: Zum Konzept der Orgonenergie von Wilhelm Reich, in: *Forum der Bioenergetischen Analyse* 1/97, S. 69. Erfstadt: Günter Schubert

¹⁵ vgl Reich, W., (1989) *Charakteranalyse*, S. 389 ff. Köln: Kiepenheuer & Witsch

¹⁶ vgl.: Emde, R. N., (1981) *Changing models of infancy and the nature of early development: Remodeling the foundation*. *J. Am. Ps. Ass.* 29:179 - 21

¹⁷ Mertens, W., (1990) *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Bd. I, S. 112. Stuttgart: Kohlhammer

¹⁸ vgl: Koemeda-Lutz, M., in T. P. Ehrensperger (Hrsg.), (1996) *Zwischen Himmel und Erde*, S. 143 ff. Basel: Schwabe & Co.

Auch *Tilmann Moser* hat mit einer kurzen Arbeit „Über Säuglings- und Kleinkindforschung und Körperpsychotherapie“ auf die Thematik verwiesen.¹⁹

Aus meiner Sicht hat *Daniel Stern* mit seiner Annahme der RIG's (Representations of Interactions that have been Generalized) den Weg für ein neues Verständnis von Gefühlsprozessen geebnet.²⁰ Säuglinge sind in der Lage, Konsistenzen (also wie etwas oder jemand beschaffen ist) und Invarianzen (also ob etwas oder jemand das- oder derselbe bleibt, trotz bestimmter Änderungen in der Form) zu erkennen und aus ihren Wahrnehmungen prototypische Repräsentationen zu abstrahieren. Ein Säugling erkennt z.B. sowohl seine Mutter, wenn sie mit Lockenwicklern und Kittelschürze hektisch in der Küche hantiert, als auch, wenn sie strahlend mit Hut und im Sonntagnachmittag-Ausgehkostüm sich der Welt zeigt. Die RIG's beinhalten Gefühlsqualitäten, Wahrnehmungsaspekte (taktile, kinästhetische, visuelle etc.) und Bewegungsabläufe (bestimmte wiederkehrende Innervationsmuster der Skelettmuskulatur). Und hier liegt eine erste Erkenntnis der modernen Säuglingsforschung

die RIG's sind körperlich gebunden. Werden RIG's destabilisiert oder gar traumatisiert bzw. können nicht zur gesunden Ausbildung kommen, zeitigt das pathologische Wirkung auf körperlicher Ebene, oder, um es mit *Stern* psychologisch auszudrücken, das „Kern-Selbst wird beschädigt.“²¹ Gleichzeitig findet sich hier die Erklärung, daß im ontogenetischen Sinne das Selbst vor allem ein Körperselbst ist.²²

Zur Illustration einer pathologischen RIG-Bildung zitiere ich aus einer Beschreibung einer gefilmten Mutter-Kind-Interaktion von einer nicht „ausreichend guten“ Mutter, die ihr sechs Wochen altes Baby füttert:²³

„Die ... Mutter ... brauchte drei Stunden, um ihr Kind zu füttern. Sie erklärte dem Interviewer, daß jedes Füttern etwa drei Stunden dauere und daß es eine ziemliche Last für sie sei. Mit ihrem sechs Wochen alten Kind bedeutete dies mindestens 15 Stunden Füttern pro Tag. Im Film sah das Kind sehr hungrig aus. Es wollte die Flasche haben. In diesem Filmabschnitt erlaubte die Mutter ihrem Kind genau 80 Sekunden zu saugen, niemals mehr als drei zusammenhängende Sekunden. Während der gleichen Periode rüttelte sie es 3000 mal. (Obwohl sie ihr bestes tat, konnte diese Mutter einfach nicht länger als nur einige Sekunden stillhalten. Sie bot ihrem Kind den Nippel (Flaschen-nuckel, A.K.) an und dieses nahm ihn mit Enthusiasmus, allerdings nur, um ihn eine oder zwei Sekunden später durch eine Bewegung, die der Mutter nicht bewußt zu sein schien, wieder zu verlieren. Das Kind spannte nun seinen Körper an und schrie. Daraufhin versuchte die Mutter sofort, es auf die unterschiedlichsten Arten zu schütteln. Sie

¹⁹ vgl.: Moser, T., in: (1996) *Der Erlöser der Mutter auf dem Weg zu sich selbst*, S. 129 ff. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch

²⁰ vgl.: Stern, D. N., (1996) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*, S. 143 ff. . Stuttgart: Klett-Cotta

²¹ vgl.: Stern, D. N., (1996)...., S. 145

²² vgl.: Krüger, A., (1997) *Essentials der analytischen Körperpsychotherapie - Zur Methode und Technik* in: H.-J. Maaz u.a. (Hrsg.), (1997), S. 80 f.

²³ vgl.: Brody, S., & Axelrod, S., (1962) *Anxiety and Ego Fonnation*, in: *Early Infancy (Film)*

tätschelte planlos seinen Rücken und wippte es hoch und nieder, während sie es verwirrt anschaute. Es schien, als wollte sie es dazu bringen, mit dem Schreien aufzuhören, bevor es die Flasche wiederbekommen sollte, *offensichtlich völlig uneinsichtig gegenüber der Tatsache, daß es schrie, weil es hungrig war* (Hervorhebung, A.K.). Nach mehreren Momenten dieses angespannten Wippens und Tätscheln verspannten sich Kopf, Nacken und Arme des Kindes in einer Schreckposition, und seine Augen spiegelten einen Schock wider. An diesem Punkte atmete es nicht mehr und schrie nicht mehr. Da es nun ruhig war, legte es seine Mutter zurück und bot ihm die Flasche an. Nach ein paar Sekunden wiederholte sich die Sequenz.“²⁴

Die meisten erwachsenen Zuschauer dieser gefilmten Interaktionen verspürten Schmerzen im Bauch, bis hin zu Übelkeit und Schwindel. Stellt man sich diesen gefilmten Säugling als späteren Psychotherapiepatienten vor, so ist zu vermuten, daß diese *körperlichen Gegenübertragungen* auch in der Therapie auftauchen würden.

Martin Dornes nimmt das Konzept der RIG's auf und bezeichnet die körperliche Wirkungsform der RIG's als sensorischen Affekt.

Der *sensorische Affekt* „ist sprachlos, archaisch, und operiert unterhalb der symbolischen Ebene.“ Er „wird von präverbalen und präsymbolischen Erfahrungen gespeist, die der symbolischen Umschrift entgangen sind. Sie drängen zu Wiederholungshandlungen, weil sie anders nicht erinnert werden können ... *Der unbewältigte sensorische Affekt, nicht der Todestrieb, ist die biologische Wurzel des Wiederholungszwanges.*“²⁵

Hier liegt eine *zweite* entscheidende Erkenntnis der modernen Säuglingsforschung - der bewältigte oder unbewältigte sensorische Affekt ist *nicht sprachlich gebunden*, er ist der Symbolisierung entzogen. Weil - hier liegt eine *dritte* entscheidende Erkenntnis der modernen Säuglingsforschung - die Symbolisierungsfähigkeit im psychopathologischen Sinne erst ca. nach 1 1/2 Lebensjahren einsetzt. „Symbolisierungsfähigkeit im psychopathologischen Sinne“ meint, erst nach 1 1/2 Jahren ist das Kind fähig, kompensatorische Phantasien zu entwickeln, die die frustrierende Realität umformen, um sich so entsprechend „einzurichten“, z.B. destruktiv, fragmentiert, paranoid, depressiv oder, oder ...

Bisher nahm die Psychoanalyse solche kompensatorische Phantasien auch vor dem 1 1/2 Lebensjahr an und glaubte, sie über die Sprache, also narrativ, bearbeiten zu können. Jetzt wissen wir, die Sprache versagt dort, weil es da „nur“ sensorische Affekte gibt, die der Sprache nicht zugänglich sind. Will man den unbewältigten sensorischen Affekt durcharbeiten, dann ist die Stringenz körpertherapeutischen Arbeitens mehr als gegeben, sie ist unbedingt erforderlich.

Im Vorhandensein sensorischer Affekte, die körperlich-energetisch gebunden und über Beziehung entstanden sind, löst sich das scheinbare Problem von „Energie oder Beziehung“.

²⁴ zit. nach: Lewis, R., (1994) Cephaler Schock - verstanden als Verlust des Gleichgewichts, in: D. Hoffmann-Axthelm (Hrsg.), *Schock und Berührung*, S. 30. Oldenburg: Transfor

²⁵ Dornes, M., (1995) *Der kompetente Säugling*, S. 192. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch

Im sensorischen Affekt verkörpert sich die *Gleichzeitigkeit von Energie und Beziehung*.²⁶ Wir können auch von einer *Dualität von Energie und Beziehung* sprechen.

Sind damit alle Probleme der disjunktiven Fragestellung „Energie oder Beziehung“ geklärt? Nein die Ergebnisse der modernen Säuglingsforschung implizieren sowohl für die Psychoanalyse als auch für die Körperpsychotherapie die Gretchenfrage, *wann* ist es sinnvoll und notwendig, körperlich-energetisch zu arbeiten, und *wann* „reicht“ es und ist es sinnvoll, narrativ zu arbeiten. Die disjunktive Fragestellung „Energie oder Beziehung“ wandelt sich also zu der *konjunktiven Fragestellung „Körper und Wort“* in der Psychotherapie.

Mit dieser Fragestellung kommen wir, klinisch gesehen, in den Bereich der *Indikation* für körperlich-energetisches und/oder narratives Arbeiten. Stark vergrößert kann man sagen, narratives Arbeiten hat dort überall einen Sinn, wo das psychopathologische Spektrum eines Patienten über kompensatorische Phantasien bewegt wird und es nur bedingt mit sensorischen Affekten verknüpft ist. Das können Neurosen ödipaler Provenienz, aber auch narzißtische Störungen sein, für die die Existenz von Sprache notwendig ist - z.B. muß für ein falsches *Selbstbild* eine sprachliche Benennung vorhanden sein.

Die Psychoanalyse mit ihren verschiedenen Ausrichtungen wie der Ich-Psychologie, den Objektbeziehungs-Theorien, der Selbstpsychologie, der Triebtheorie etc. sind in der narrativen Behandlungstechnik am weitesten fortgeschritten. Der Körperpsychotherapeut, der im Sinne der konjunktiven Fragestellung „Körper und Wort“ auch dem Wort in der Psychotherapie entsprechendes Gewicht zumißt, sollte m.E. vor allem von der Psychoanalyse lernen. Die Analyse von Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Regression und Traum gibt die Grundlegung für die Arbeit mit dem Wort.

Wann ist *zwingend*, körperlich-energetisch zu arbeiten? Auch hier wieder - eine grobe Annäherung. Sensorische Affekte hören nach 1 1/2 Jahren nicht auf zu existieren. Sie bestehen über das 1 1/2. Lebensjahr fort und wirken *parallel*²⁷ und / oder *verschränkt* (i.S. auch von „oszillierend“) zu Symbolisierungen bzw. zur Symbolisierungsfähigkeit. Es kommen auch immer wieder sensorische Affekte nach dem 1 1/2. Lebensjahr in Form von „*prozeduralem Wissen*“²⁸ dazu (z.B. automatisierte Handlungsabläufe wie nach dem Erlernen von z.B. Fahrrad- oder Autofahren) Diese Parallelität und/oder Verschränkung nutzend ist es dann sinnvoll, körperlich-energetisch zu arbeiten, wenn der Patient oder der Therapeut *mit der Sprache am Körper, am unbewältigten sensorischen Affekt des Patienten angedockt* hat. Als Körpertherapeuten kennen wir solche Situationen *des narrativen Andockens am unbewältigten sensorischen Affekt*, der Patient sagt z.B.: „Wenn ich über meine Angst spreche, dann merke ich einen Druck auf der Brust.“ Mit diesem „Druck auf der Brust“ könnten wir dann körperlich-energetisch Weiterarbeiten. Dazu aber ein ausführlicheres

²⁶ vgl. Krüger, A., (1997) ..., S. 85 f.

²⁷ Die „Parallelitätshypothese“ wird von Dornes (1995, S. 179) bezüglich des Primär- und Sekundärprozeßhaften eingeführt. M.E. gilt sie auch für das Verhältnis von sensorischem Affekt und Symbolisierungsfähigkeit.

²⁸ vgl. Dornes, M., (1997) Die frühe Kindheit, S. 290 ff. Frankfurt a. M.: FischerTaschenbuch

Beispiel, daß das *narrative Annähern an den unbewältigten sensorischen Affekt* noch anschaulicher macht.

„Ein neunzehnjähriger junger Mann hatte drei Monate zuvor einen psychotischen Zusammenbruch erlitten; seine Freundin hatte ihn verlassen, und dies war letztlich der Auslöser gewesen. Er sah selbst, daß die Trennung das Schlüsselereignis darstellte. Er konnte über seine Enttäuschung und sein Verlustgefühl sprechen, aber nur auf einer recht intellektuellen Ebene. Obwohl er um den Verlust seiner Freundin ganz offensichtlich nach wie vor trauerte, hatte er noch nie geweint oder den Schmerz und die Freuden der Beziehung zu ihr noch einmal durchlebt. Er zeigte in bezug auf das Ereignis keinerlei Gefühle. Er sprach sogar über den letzten Abend, an dem er sie gesehen hatte, bevor sie ihm schließlich in einem Brief mitteilte, daß es aus sei. Sie schmustete auf dem Rücksitz eines Autos und das Mädchen saß auf seinem Schoß. Man (der Therapeut, A.K.) stellte ihm viele Fragen, um seine Gefühle für sie hervorzulocken: ‚Was ist am letzten Abend passiert?‘, ‚Haben Sie mit ihr geschlafen oder nur geredet?‘ (allgemeine Fragen); ‚Haben Sie eine Veränderung an ihr bemerkt?‘, ‚War sie beim Küssen bei der Sache?‘ (Fragen zum intersubjektiven Bereich); ‚Welches Gefühl hatten Sie, als Sie sie küßten?‘ (eine Frage zum Bereich der Kern-Bezogenheit). Alle diese Fragen konnten seinen Affekt nicht freisetzen, die nächste jedoch zielte noch tiefer in sein Empfinden eines Kern-Selbst: ‚Wie war das für Sie, ihr ganzes Gewicht auf Ihrem Schoß zu fühlen?‘. Diese Frage rief ihm den Affekt zurück, und er weinte zum ersten Mal seit drei Monaten.“²⁹

Das narrative Andocken am unbewältigten sensorischen Affekt bzw. am „beschädigten“ Kern-Selbst wird hier deutlich sichtbar. Für *Stern* ist mit dem Hervorbringen des Affektes in diesem Fallbeispiel quasi erfolgreich therapeutisch gearbeitet worden. Das narrativ erzielte Ergebnis hält er bereits für das therapeutisch erreichbare Ergebnis (hier wird sichtbar, daß *Stern* kein Körperpsychotherapeut ist). Aus körpertherapeutischer Sicht würde aber mit dem Auslösen dieses Affektes erst die körperlich-energetische Arbeit ermöglicht bzw. beginnen können. Das Spüren des Gewichtes der Freundin im Schoß des jungen Mannes hat offensichtlich bei ihm einen alten Schmerz ausgelöst, der körperlich gebunden ist. Es ließe sich z.B. phantasieren, daß es sich um eine Form der „Beckenangst“ (das zurückgezogene, zurückgehaltene, zurückgekippte Becken) handelt, jene Form der Angst, die das Verbot, genital zu sein, beinhaltet (auch i.S. früherer Formen der Sexualität: anal, urethral). Auch ließe sich phantasieren, daß das Becken und Gesäß eine Art körperlicher Kompensationsraum ist, weil in anderen körperlichen Regionen (z.B. im Brustkorb) das Empfinden und Erleben von Gefühlen noch bedrohlicher ist als im Becken. So kann z.B. die Gesäßmuskulatur kontrahieren, um die Weichheit und Verletzlichkeit der Vorderseite des Oberkörpers nicht spüren zu müssen. Der unbewältigte sensorische Affekt muß körperlich-energetisch durchgearbeitet werden. In der Regel kann dies durch eine Freisetzung der Energieblockade entlang der vertikalen Körperachse erfolgen. (Dies erfordert auch techni-

²⁹ Stern, D. N., (1996)...., S. 365 f

sches Wissen über körpertherapeutische Arbeit; „Händchenhalten“ genügt da nicht. Der hier beschriebene Weg ginge also von der Sprache zum Körper und nicht, wie es in der Körpertherapie-Workshopkultur häufig praktiziert wird, vom Körper zur Sprache, indem bioenergetische Übungen angeboten werden, die dann vom Teilnehmer sprachlich reflektiert werden sollen.

Psychoanalytisch ausgedrückt docken wir am *unreflektierten Unbewußten* (auch genannt: prozedurales Unbewußtes, prozedurales Wissen) an, das körperlich gebunden ist. Das unreflektierte Unbewußte hatte in der Geschichte des Patienten keine *Resonanz*³⁰, deshalb blieb es unbewußt. Die sprachliche Resonanz zwischen Therapeut und Patient kommt in der Therapie beim unreflektierten Unbewußten an ihre Grenze. Zur Bewußtwerdung des unreflektierten Unbewußten bedarf der Patient zwingend der *körperlichen Resonanz* zwischen Therapeut und Patient. Die körperliche Resonanz bewegt sich im Bereich der *körperlichen Übertragung und Gegenübertragung*. Voraussetzung wiederum für die Arbeit mit körperlicher Übertragung und Gegenübertragung ist die *Körperwahrnehmung* des Patienten *und* des Therapeuten und wie sie sich beide gegenseitig in ihrer Körperlichkeit wahrnehmen.³¹

Letztlich hat die körperlich-energetische Arbeit natürlich bei den sogenannten *frühen Störungen* ihren tiefen Sinn. *Die frühe Störung besteht*, bildlich gesprochen, *aus einem „Pool“ unbewältigter sensorischer Affekte*. Aber gerade auch bei der Arbeit mit der frühen Störung muß m.E. die Annäherung an sie über die Sprache erfolgen. Frühgestörte bedürfen des narrativen Verstandenwerdens und der narrativen Sicherheit, bevor die Reifung ihres beschädigten Kern-Selbst auf der körperlich-energetischen Ebene erfolgen kann.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Arnim Krüger, Rodenbergstraße 29, D-10439 Berlin, Tel./Fax: 030 - 444 1706

³⁰ vgl.: Boadella, D., (1994) *Übertragung, Resonanz und Störung*, In: *Energie & Charakter*, H. 10, S. 154 ff. Berlin: Bernhard Maul

³¹ vgl.: Krüger, A., (1997) *Körperwahrnehmung in der psychodynamischen Einzeltherapie*, in: H.-J. Maaz (Hrsg.), (1997)...., S. 91 ff.

Arnim Krüger: Selbstpsychologie und analytische Körper- psychotherapie

Wie könnte das Ende einer geglückten analytischen Körperpsychotherapie bei einem Patienten mit einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung aussehen? In der Literatur bin ich dazu bei *Hermann Hesses* „Narziss und Goldmund“ fündig geworden. Stellen Sie sich Narziss als einen Patienten, als ein Selbst vor und Goldmund als ein menschliches Gegenüber, als ein Objekt. Am Sterbelager Goldmunds kommt es zu der folgenden und bewegenden Szene zwischen Narziss und Goldmund:

„Goldmund“, flüsterte ihm der Freund ins Ohr, „verzeih, daß ich es dir nicht früher habe sagen können. Ich hätte es dir sagen sollen, als ich damals in deinem Gefängnis aufsuchte, in der Bischofsresidenz, oder als ich deine ersten Figuren zu sehen bekam, oder irgendeinmal. Laß es mich dir heute sagen, wie sehr ich dich liebe, wieviel du mir immer gewesen bist, wie reich du mein Leben gemacht hast. Es wird dir nicht sehr viel bedeuten. Du bist an Liebe gewöhnt, sie ist für dich nichts Seltenes, du bist von so vielen Frauen geliebt und verwöhnt worden. Für mich ist es anders. Mein Leben ist arm an Liebe gewesen, es hat mir am Besten gefehlt. Unser Abt Daniel sagte mir einst, daß er mich für hochmütig halte, wahrscheinlich hat er recht gehabt. Ich bin nicht ungerecht gegen die Menschen, ich gebe mir Mühe, gerecht und geduldig mit ihnen zu sein, aber geliebt habe ich sie nie. Von zwei Gelehrten im Kloster ist der Gelehrtere mir lieber, nie habe ich etwa einen schwachen Gelehrten trotz seiner Schwäche liebgeliebt. Wenn ich trotzdem weiß, was Liebe ist, so ist es deinetwegen. Dich habe ich lieben können, dich allein unter den Menschen. Du kannst nicht erlassen, was das bedeutet. Es bedeutet den Quell in einer Wüste, den blühenden Baum in einer Wildnis. Dir allein danke ich es, daß mein Herz nicht verdorrt ist, daß eine Stelle in mir blieb, die von der Gnade erreicht werden kann.“

Goldmund lächelte froh und etwas verlegen.¹

Nach einem langen Leben kann Narziss seine psychische Zwangsjacke von Idealisierung und Grandiosität auf der einen Seite und Abwertung auf der anderen Seite ablegen. Eine Zwangsjacke, die zugleich sein Wahrnehmungs- und Erlebensmuster von sich selbst und von anderen war. Sich selbst und andere mit Fehlern, Schwächen, Ecken und Kanten lieben zu können, kommt in den Horizont seiner Beziehungsfähigkeit.

Viele Wege führen nach Rom. Was die Narzißmustherapie betrifft, kennen wir als wesentlichste psychoanalytische Ansätze den objektbeziehungstheoretischen und ich-psychologischen Ansatz von *Otto F. Kernberg*² und den selbstpsychologischen Ansatz von *Heinz*

¹ Hesse, H., (1957) *Narziss und Goldmund*. Berlin: Aufbau-Verlag, S. 320

² Kernberg, O.F., (1992) *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta; (1995) *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

*Kohut*³. In der Körperpsychotherapie ist vor allem *Stephen M. Johnson*⁴ zu nennen, der unter gewissen pragmatischen Gesichtspunkten eine Synthese zwischen der Reichianischen Charakteranalyse⁵, der Objektbeziehungstheorie, der Ich- und Selbstpsychologie versucht. Differenziertere psychoanalytische Fundierungen einer körperorientierten Narzißmustherapie stehen aber eigentlich noch aus. Eine Ausnahme bildet vielleicht *George Downing*⁶, der eine Grundlegung der Körperpsychotherapie von einem objektbeziehungstheoretischen Standpunkt aus entwickelt.

In dem vorliegenden Artikel wird versucht, einen kleinen Beitrag zu leisten, um die Lücke zwischen Selbstpsychologie und körperorientierter Narzißmustherapie zu schließen. Dies ist vor allem in dem Sinne gemeint, daß es um eine psychoanalytische Applikation selbstpsychologischer Grundannahmen bezogen auf eine körperorientierte Narzißmustherapie geht. Die Notwendigkeit gerade selbstpsychologische Grundannahmen für eine körperorientierte Narzißmustherapie zu nutzen, ergibt sich aus der berühmten Freudschen Feststellung, daß das „Ich vor allem ein körperliches“⁷ sei. Mit gleichem Fug und Recht, ohne in einen voreiligen Analogieschluß zu fallen, läßt sich konstatieren: Das Selbst ist vor allem ein Körper-Selbst (was weiter unten noch näher beschrieben wird). Der gegenwärtige Stand der modernen psychoanalytischen Säuglings- und Kleinkindforschung⁸ läßt eine solche Aussage als gerechtfertigt erscheinen.

I. Zu einigen Essentials der Selbstpsychologie

Offensichtlich gehen Initialimpulse für die Psychotherapieentwicklung, wenn sie von Männern betrieben wird, von Patientinnen aus. Für die klassische Psychoanalyse könnte das „Frl. Anna O ...“, alias Bertha Pappenheim sein, deren Krankengeschichte, von *Freud* gedrängt, *Josef Breuer*⁹ aufschrieb. *Heinz Kohut* hatte auch seine „Anna O.“, nur daß sie „Miss F.“ hieß:

„Kohut hatte ihr die herkömmlichen Interpretationen zu ihrer Regression von ödipalen Übertragungsgefühlen mehrmals, ohne Erfolg, angeboten. Miss F. beklagte sich, daß er ihre Analyse immer mehr ruiniere. Sie wollte, daß er stillschweigend zuhöre, und nach

³ Kohut, H., (1995) Narzißmus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, (1996) Die Heilung des Selbst. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

⁴ Johnson, S. M., (1988) Der narzißtische Persönlichkeitsstil. Köln: Edition Humanistische Psychologie

⁵ Reich, W., (1989) Charakteranalyse. Köln: Kiepenheuer & Witsch 6 Downing, G., (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel

⁶ Downing, G., (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel

⁷ Freud, S., (1994) Das Ich und das Es, in: Studienausgabe Bd. III. Frankfurt a. M.: S. Fischer, S. 294

⁸ vgl. Dornes, M., (1995) Der kompetente Säugling. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch; (1997a) Die frühe Kindheit. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch

⁹ Breuer, J., Beobachtung I. Frl. Anna O ... in: Breuer, J., Freud, S., (1996) Studien über Hysterie. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch

einiger Zeit, ungefähr in der Mitte der Stunde, ihr eine Zusammenfassung von all dem, was sie sagte, anbieten sollte, nicht mehr und nicht weniger. Teilte Kohut ihr auch etwas von seinen eigenen Ideen mit, wurde sie wütend und meinte, daß er ihre Analyse verpatze.

Als Miss F. diese Klagen nochmals vehement, eindringlich und mit starkem Verlangen aussprach, hörte nun Kohut zum ersten Mal, daß Miss F. vielleicht Wünsche und Bedürfnisse mitteilte, die nicht regressives Ausweichen vor dem Ödipus-Komplex, sondern echte, phasen-spezifische, nie befriedigte Nöte ihrer Kindheit darstellten. Das Gesamtbild sah nun aus, als ob Miss F. wollte, daß ihre eigenen Gefühle und Gedanken akzeptiert, bekräftigt und geltend gemacht würden; das heißt, sie hatte das Bedürfnis, diese Gefühle und Gedanken von dem Analytiker widergespiegelt zu bekommen und dafür kämpfte sie. Ihr Verhalten in der Analyse war kein Widerstand gegenüber dem Auftauchen ihrer ödipalen Wünsche, sondern das Wiederbeleben von Bedürfnissen, deren Befriedigung in der Kindheit die unentbehrliche ‚psychische Nahrung‘ für ihre normale Entwicklung hätten sein sollen.“¹⁰

Dieser „unentbehrlichen psychischen Nahrung“ liegen nach *Kohut (1971)**¹¹ drei Grundbedürfnisse zu Grunde:

1. Bedürfnis nach Spiegelung

- der jeweils gegebene emotionale, körperliche und soziale Entwicklungsstand eines Kindes bedarf als Erfahrung der einfühlsamen, einfühlerischen Reaktionen eines wichtigen, stützenden Objekts (bzw. Person). Die relative Befriedigung dieses Bedürfnisses ist wichtig für die Entwicklung und Entfaltung des Selbstwertgefühls, des Selbstrespekts und der Selbstbehauptung eines Menschen.

2. Bedürfnis nach Idealisierung

- der jeweils gegebene emotionale, körperliche und soziale Entwicklungsstand eines Kindes bedarf als Erfahrung der beruhigenden und beschützenden Reaktionen eines wichtigen, stützenden Objekts (bzw. Person), die relative Befriedigung dieses Bedürfnisses ist wichtig für die Entwicklung und Entfaltung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und der Fähigkeit des angemessenen Umgangs mit aggressiver und libidinöser Erregung eines Menschen.

Und er fügt (1984)¹² hinzu:

3. Bedürfnis nach Gleichheit und Zugehörigkeit (Alter Ego, Zwilling)

- der jeweils gegebene emotionale, körperliche und soziale Entwicklungsstand eines Kindes bedarf als Erfahrung der gemeinsamen Aktivitäten mit einem wichtigen, stützenden Objekt (bzw. Person), um sich gleich und zugehörig fühlen zu können. Die relative Befriedigung dieses Bedürfnisses ist wichtig für die Entwicklung und Entfaltung von *Gemeinschaftsgefühl* und *Stolz* eines Menschen.

¹⁰ Ornstein, P. H.? Die Entwicklung der Selbstpsychologie, in: Wolf E. S., u.a., (1989) Selbstpsychologie. München: Internationale Psychoanalyse

¹¹ vgl. Kohut, H., (1995) Narzißmus ...

¹² vgl. Kohut, H., (1987) Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt a. M. Suhrkamp

Definition:

Die Objektrepräsentanz, die das Erleben eines Mitmenschen als jene wichtige, stützende Person/Objekt beinhaltet, ist ein *Selbstobjekt*. In diesem Sinne sind die drei o. g. Bedürfnisse *Selbstobjektbedürfnisse*. Jene wichtige, stützende Person hat ihre Wichtigkeit bezogen auf die Stützung des *Selbst* eines Kindes, eines Menschen.

Das *Selbst* ist eine *strukturierte Organisation solcher Erfahrungen*, die dem Kind, dem Menschen *einen Sinn von sich selbst* verleihen.¹³

Im Sinne des psychoanalytischen Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepts hat *Kohut* (1984)¹⁴ drei *Selbstobjektübertragungen* eruiert:

1. Spiegelübertragung - der geschädigte Pol (vor allem der des grandiosen Selbst) initiiert, bestätigende und billigende Reaktionen des Selbstobjekts (z.B. des Therapeuten) zu bekommen. Die Gegenübertragung des Therapeuten ist dabei oft, daß man sich auf „Dauer wie ausgelöscht, als nicht im Raum existent vorkommt oder sich müde fühlt“.¹⁵

2. Idealisierende Übertragung - der geschädigte Pol (vor allem der der idealisierten Eltern-Imagines) initiiert, ein Selbstobjekt (z.B. den Therapeuten) zu bekommen, das seine Idealisierung annimmt. Die Gegenübertragung des Therapeuten ist dabei oft, daß „man das Bedürfnis bei sich verspürt, idealisierende Bemerkungen des Patienten abzuwehren und herunterzuspielen. Tut man das, so bricht man die Selbst-Selbstobjekt-Verbindung und entzieht dem Patienten das gegebenenfalls nötige ‚holding environment‘“.¹⁶

3. Zwillings- oder Alter-Ego-Übertragung - der geschädigte Zwischenbereich bzw. Spannungsbogen zwischen den beiden o.g. Polen (bestehend aus: Talenten, Fähigkeiten, Fertigkeiten etc.) initiiert, ein Selbstobjekt zu bekommen, das für die Erfahrung essentieller Ähnlichkeit zur Verfügung steht. Die Gegenübertragung des Therapeuten ist dabei oft ein stillschweigendes Mitgehen.¹⁷

Wurden die drei o.g. Selbstobjektbedürfnisse in der Entwicklung eines Kindes nur mangelnd befriedigt, kommt es nach *Kohut* zu einer *Entwicklungsarretierung auf archaischem Niveau*. D.h., es handelt sich dann um *Verschmelzungsbedürfnisse*¹⁸, indem eine Befriedigung durch völliges Einssein mit dem spiegelnden und/oder idealisierten Selbstobjekt angestrebt wird.

¹³ vgl. Wolf, E. S., Das Selbst in der Psychoanalyse: Grundsätzliche Aspekte, in: Wolf, E. S., u. a., (1989) *Selbstpsychologie* ..., S. 7

¹⁴ vgl. Kohut, H., (1987) *Wie heilt die Psychoanalyse?* ...

¹⁵ Jaenicke, Chr., (o. J.) *Anmerkungen zur klinischen Bedeutung der Empathie in der Selbstpsychologie*. Berlin: unveröffentlichtes Manuskript, S. 5

¹⁶ ebenda, S. 5 f

¹⁷ vgl. ebenda, S. 6

¹⁸ vgl. Milch, W. E., Hartmann, H.-P., (1996) *Zum gegenwärtigen Stand der psychoanalytischen Selbstpsychologie*, in: *Psychotherapeut* 41 . Berlin: Springer, S. 5

Deshalb postuliert die Selbstpsychologie eine narzißtische Entwicklungslinie vom virtuellen¹⁹ über das archaische und schließlich zum reifen Selbst. Die Heilung zum reifen Narzißmus erfolgt in der Therapie vor allem durch einführendes Verstehen und Erklären des Therapeuten. Dabei besteht die Chance, daß die Selbstobjektfunktion des Therapeuten sich bei dem Patienten strukturbildend *umwandelt, verinnerlicht*.

Dieses zentrale Therapeutenverhalten wird in der Selbstpsychologie Empathie genannt. Empathie meint nicht Sympathie, Mitgefühl, Intuition oder Zuwendung bzw. die unmittelbare Befriedigung der dahinter verborgenen Bedürftigkeiten des Patienten. Empathie ist eine *bestimmte Art und Weise der Beobachtung, „sich selbst in einen anderen hineinzusetzen und die Welt aus dessen innerem Bezugsrahmen wahrzunehmen und zu interpretieren“*.²⁰ Im Sinne Kohuts ist Empathie „*stellvertretende Introspektion*“, d.h., der Therapeut übernimmt stellvertretend für den Patienten dessen Introspektion.

Dieser Vorgang besteht aus einem Wechselspiel²¹, in dem die Wahrnehmung des Therapeuten mal auf die eigene innere Welt (Introspektion Gegenübertragung), mal auf die innere Welt des Patienten (stellvertretende Introspektion Übertragung) gerichtet ist. Die empathische Einsicht in die Selbstwertregulation des Patienten und in die damit einhergehenden Gefühlslage des Patienten beinhaltet vier sich stets wiederholende therapeutische Schritte:

Erstens, man versucht, den Patienten aus der Sichtweise seiner Welt zu verstehen;

zweitens, man versucht, analoge Situationen im eigenen Erlebensbereich nachzuempfinden oder, wenn diese Situationen einem fremd sind, sich in sie hineinzuphantasieren;

drittens, man versucht, das Nachempfundene dem Patienten darzustellen und der Patient kann es bestätigen, daß er richtig verstanden wurde.

Spätestens beim dritten Schritt kann es unvermeidlich zum *Empathieversagen* des Therapeuten kommen. Dieses Empathieversagen bzw. diese *Unterbrechung der Selbstobjekt-Übertragung* geschieht deshalb „unvermeidlich, da der Therapeut zwangsläufig daran ‚scheitern‘ muß, ein totales, vollkommenes, einfühlsames Ineins-Sein mit dem Patienten aufrechtzuerhalten.“²² „Unterbrechungen der Selbstobjektübertragung bewirken eine zeitweilige

¹⁹ „Mit dem virtuellen Selbst sind die Vorstellungen oder inneren Bilder der Eltern über ihr noch ungeborenes oder gerade geborenes Kind gemeint, mit denen sie dem Neugeborenen begegnen und damit seine angeborenen Potentiale ansprechen oder nicht.“⁴⁴ Hartmann, H.-P., (1997) Narzißtische Persönlichkeitsstörungen, in: Psychotherapeut 42. Berlin: Springer, S. 73

²⁰ Wolf, E. S., (1988) Treating the self, zit. nach: Milch, W. E., Haitmann, H.-P., Zum gegenwärtigen Stand ..., S. 3

²¹ vgl Jaenicke, Chr., S. 2

²² Wolf E. S., (1989) Anmerkungen zum therapeutischen Prozeß in der Psychoanalyse, in: Wolf, E. S., u. a. S. 117

Regression auf frühere, archaischere Beziehungsmodi, die dann unter Umständen durch abwehrbedingt verzerrte, übertriebene Ansprüche an den Therapeuten oder durch abwehrbedingtes auf Distanz gehen, durch Rückzug und manchmal auch durch Agieren gekennzeichnet sind.²³ Deshalb ist ein vierter therapeutischer Schritt wichtig, der selbstpsychologisches Vorgehen erst „rund“ macht und es von anderen therapeutischen Vorgehensweisen unterscheidet:

Viertens, man versucht, *die Selbstobjektübertragung durch treffende Deutung des Empathieversagens wieder herzustellen* (fälschlicherweise²⁴ wird dies oft vereinfachend in der Fachliteratur und in psychoanalytischen Kollegenkreisen als „Fehler zugeben durch den Therapeuten“ bezeichnet.).

Die Unterbrechung und Wiederherstellung der Selbstobjektübertragung sind vermutlich *die wichtigsten das reife Selbst generierenden psychodynamischen Prozesse* in einer selbstpsychologischen Narzißmustertherapie. Die unvermeidlich stattfindende un-empathische Reaktion des Analytikers verletzt den Patienten. „Das Durcharbeiten dieser Verletzung restauriert die Kohäsion der Übertragung und des Selbst, und trägt dabei auch zu der Rekonstruktion der kindlichen Verletzungen bei. Gleichzeitig, in einer beinahe unmerklichen Stille, baut die transformierende Verinnerlichung dieser Erlebnisse mehr psychische Strukturen auf und trägt dadurch offensichtlich zur erhöhten inneren Regulation bei.“²⁵

Zusammenfassend noch einige Bemerkungen zur therapeutischen „Technik“²⁶ bei selbstpsychologischem Vorgehen:

1. Verhalten des Therapeuten am Anfang der Behandlung - Interpretation des Widerstands gegen Selbstobjektübertragungen im Hier-und-Jetzt; dann Förderung der Selbstobjektübertragung (Spiegel- und vor allem idealisierende Übertragung).
2. Generelles Verhalten des Therapeuten - eher empathisch an der Selbstwertregulation des Patienten orientiert, Verständnisdeutungen der Selbstwertregulation haben Vorrang vor Abwehrdeutungen; Symptom wird als Selbstheilungsversuch verstanden; narzißtische Wut wird als Reaktion auf das Empathieversagen des Therapeuten verstanden; der Therapeut anerkennt sein Empathieversagen und arbeitet es mit dem Patienten durch.
3. Umgang mit Übertragungsdeutungen bzw. mit der Übertragungsneurose - erfolgt in Abhängigkeit von der Gegenübertragungsbeziehung eher später als früher im therapeutischen Prozeß.²⁷

²³ ebenda S. 118

²⁴ auch bei Hartmann, H.-P., (1997) S. 81

²⁵ Ornstein, P. H., (1989) S. 40 f

²⁶ vgl. Hartmann, H.-P., (1997) S. 81

²⁷ vgl. Kernberg, O. F., (1995)...., S. 348 f.

II. Körperpsychotherapeutische Applikationen selbstpsychologischer Grundannahmen

Spätestens mit *T. J. Jacobs*²⁸ läßt sich den Aussagen „*Das Ich ist vor allem ein körperliches*“ und „*Das Selbst ist vor allem ein Körper-Selbst*“ das Postulat hinzufügen: *Empathie ist vor allem Körper-Empathie (Body-Empathie)*. Im Sinne des besprochenen Empathiebegriffes kann Body-Empathie nur heißen, daß der Therapeut innerhalb der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik sich selbst und den Patienten körperlich emotional wahrnimmt. *Körperwahrnehmung wird in der analytischen Körperpsychotherapie so zu einem zentralen Arbeitselement*. Körperwahrnehmung in der Behandlungssituation und im therapeutischen Prozeß der analytischen Körperpsychotherapie zu reflektieren, macht primär nur Sinn, wenn man sie zentral eingebettet in das komplexe Geschehen von Übertragung und Gegenübertragung erlebt und begreift. Auf der einen Seite lassen die Körperlichkeit des Patienten *und* die Körperlichkeit des Therapeuten bestimmte Übertragungsgefühle und -reaktionen beim Patienten selbst entstehen. Auf der anderen Seite lassen die Körperlichkeit des Therapeuten *und* die Körperlichkeit des Patienten bestimmte Gegenübertragungsgefühle und -reaktionen beim Therapeuten selbst entstehen.²⁹ *Die Körperwahrnehmung des Patienten und des Therapeuten bzw. das Einbeziehen der Körperlichkeit beider in den therapeutischen Prozeß eröffnet eine weitere Dimension des Durcharbeiten im analytischen Kontext von „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“*

Die empathische Rückkopplung durch den Therapeuten kann den Patienten auf drei verschiedenen Ebenen seiner unbewußten oder bewußten, seiner wahrgenommenen oder nicht wahrgenommenen Körperlichkeit erreichen: *erstens, auf der Ebene der Empfindung, zweitens, auf der Ebene des Gefühls, drittens, auf der Ebene des Ausdrucks*. Befindet sich der Patient nur auf der Empfindungsebene hat er meist kein Gespür und keine Benennung für das Gefühl, geschweige, daß er das Gefühl ausdrücken kann. Spürt der Patient das Gefühl bereits, heißt es noch nicht, daß er es auch zum Ausdruck bringen kann. Aber wiederum ein Patient, der in einen gefühlsmäßigen Ausdruck kommen kann, muß noch lange nicht dieses Gefühl auch spüren und empfinden. Vor allem hysterische und narzißtische Patienten sind „gut“ im Ausdruck, aber spüren und empfinden dabei oft nicht wirklich. Gerade narzißtische Therapeuten halten dies dann für „bare Münze“.

²⁸ Jacobs, T.J., (1973) *Posture, gesture, and movement in the analyst: cues to interpretation an countertransference*. J. Am. Psa. Ass. Vol 21 Issue 1, 1973

²⁹ vgl. Krüger, A., (1997a) *Körperwahrnehmung in der psychodynamischen Einzeltherapie*, in Maaz (Hrsg.), H.-J., *Psychodynamische Einzeltherapie* Lengerich: Pabst Science Publishers (im Druck)

³⁰ vgl. Freud, S., (1994) *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*, in: *Studienausgabe Ergänzungsband*. Frankfurt a. M.: S. Fischer, S. 205 ff.

Um die Richtigkeit der Gegenübertragung zu überprüfen, konfrontiert man u.U. den Patienten vor, während oder nach der Rückkopplung mit seinem vom Therapeuten wahrgenommenen Empfindungsverhalten: „Sie ballten eben die Faust, was spürten Sie dabei?“. Oft hört man dann die Antwort: „Habe ich gar nicht gemerkt - gespürt auch nichts dabei“. In diesem Fall hat der Patient also weder auf der Empfindungs- noch auf der Gefühlsebene Kontakt zu seinem Affekt. Die *Konfrontation des Patienten mit seinem Empfindungsverhalten* ist generell ein wichtiges Mittel, um den therapeutischen Prozeß „zu nähren“, die Übertragung des Patienten findet eine körperlich-emotionale Anreicherung und die Gegenübertragung des Therapeuten wird genauer, inhaltvoller und damit unterstützender für den Patienten. D.h., die Konfrontation des Patienten mit seinem Empfindungsverhalten ist ein sinnvolles Arbeitsinstrument, auch ohne nun gleich die beschriebene Rückkopplung im Auge zu haben.

Der Vorgang der *paradoxen Kommunikation*, wie P. Watzlawick³¹ ihn als widersprüchliches Mitteilen auf der Beziehungs- und Inhaltsebene beschreibt, den gibt es natürlich auch, wenn die Körperlichkeit des Patienten und des Therapeuten miteinander nonverbal kommunizieren. D.h., oft wird mit verschiedenen Signalen gleichzeitig Widersprüchliches auf der Empfindungs-, Gefühls- oder Ausdrucksebene mitgeteilt, z.B.: der Patient, der mit sehr wohlgesetzten Worten und sehr leiser Stimme, die scheinbar überhaupt nicht aggressiv klingen soll, seine doch vorhandene Wut (nicht) kommuniziert. Typische Gegenübertragungsreaktionen bei paradox kommunizierter Körperlichkeit sind Verwirrung, Gereiztheit, Orientierungsunsicherheit oder wertende Urteile wie: Er täuscht, betrügt, führt an der Nase herum, führt mich hinter Licht, will mich hereinlegen, irreführen.³² Mit D. Stern³³ können wir das *paradoxe Stimulierung* nennen. Er meinte damit u.a. die Zuwendung eines Interaktionspartners zu einem anderen bei gleichzeitigem Vermeiden eines vollen Kontaktes, eine klare Abwendung wird aber auch vermieden. Und natürlich kann der Patient den Therapeuten, aber auch der Therapeut den Patienten paradox stimulieren.

Paradox kommunizierte Körperlichkeit, also der paradoxe Umgang mit einer körperlichen Empfindung, Gefühl oder Ausdruck hat seinen Ursprung in der Charakterneurose (Umgang mit der gestörten Objektbeziehung) eines Patienten (oder Therapeuten), nicht in der Beziehungs- und/oder Übertragungsneurose (gestörte Objektbeziehung) des Patienten (oder Therapeuten).

Situativ ausgedrückte Körperlichkeit, z.B. ein Seufzen, das Ballen einer Faust etc., ist meist die Verkörperung einer *aktuell übertragenen Objektbeziehung*. In deutlicher Unterscheidung dazu ist paradox kommunizierte Körperlichkeit bzw. charakterneurotische Körperlichkeit eine *habituelle Verkörperung*, z.B.: die leise, Wut unterdrückende Stimme, der aufgeblähte Oberkörper, die flache Atmung, die ständig durchgedrückten Knie, der steife Nacken etc.

³¹ vgl. Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D., (1969) *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber

³² vgl. Herdieckerhoff, G., (1985) *Körpersprache in der psychoanalytischen Behandlungssituation*, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, H. 2, S. 137. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

³³ vgl. Stern, D., (1979) *Mutter und Kind*. Stuttgart

Habituelle Körperlichkeit entsteht auf Grund früher mangelnder Objektbeziehung und früher aufdringlicher Objektbeziehungen. „In dem einen Falle dient es der Objektersetzung, im anderen Falle der Objektabwehr.“³⁴ Ausführlich und neuartig produktiv ist die mögliche und gestörte habituelle Körperlichkeit eines Menschen beschrieben im Buch von *Stanley Keleman*: Verkörperte Gefühle, Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen.³⁵

Wie sollte ein Therapeut mit der habituellen Körperlichkeit eines Patienten umgehen, wie sollte er sie ansprechen? Abgesehen davon, daß er sie natürlich erst einmal wahrnehmen muß, gilt als *therapeutische Grundregel*, daß nur über einen aktuellen Beziehungsaspekt die habituelle Körperlichkeit ansprechbar ist.³⁶ In der Regel reagieren die Patienten positiv darauf sie fühlen sich ganzheitlich gesehen, spüren Interesse und Einfühlung.

„Body-Empathie“ ist für den orthodoxen Analytiker kein Fremdwort.³⁷ Ja, pikanterweise ist ein Psychoanalytiker, der differenziert mit der Körperwahrnehmung arbeitet, mehr Körperpsychotherapeut als ein Körpertherapeut, der seinem Patienten „nur“ aktionistisch irgendwelche Körperübungen vorschlägt, an denen dieser sich dann „abarbeiten“ kann und es nicht in der Einbettung von Übertragung und Gegenübertragung verstanden wird. Problematischer für einen Analytiker ist eher die Aussage: „Das Selbst ist vor allem ein Körper-Selbst“. Für Körperpsychotherapeuten gehört sie dagegen zum (manchmal unhinterfragten) Selbstverständnis ihrer Arbeit.³⁸ Phänomenalistisch scheint die Richtigkeit dieses Satzes in den modernen, vor allem reichianisch orientierten Körpertherapiemethoden ausgiebig begründet worden zu sein.³⁹ Folgerichtig mündete das z. B. in der Bio-Energetik in eine *Lehre von den Charakterstrukturen*⁴⁰, in der der körperlich-muskuläre Ausdruck im Erscheinungsbild eines Menschen als „Spiegel“ seines psychischen Innenlebens begriffen wird, bis hin zu dem Reduktionismus: „Du bist Dein Körper!“ oder „Der Körper lügt nie!“. Beim Verbleiben im Phänomenalistischen des Zusammenhangs von Psyche und Körper konnte in den reichianischen Körpertherapien keine klare Vorstellungen vom pathologischen Narzißmus auf der einen Seite und von einem reifen Selbst auf der anderen Seite entwickelt werden. Pathologischer Narzißmus wurde vor allem der psychopathischen Charakterstruktur zugeordnet.⁴¹

³⁴ vgl. Herdieckerhoff, G., (1986) *Therapeutischer Umgang mit habitueller Körpersprache*, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, H. 2, S. 193 . Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

³⁵ vgl. Keleman, St., (1992) *Verkörperte Gefühle* . München: Kösel-Verlag

³⁶ vgl. Herdieckerhoff, (1985) S. 148

³⁷ vgl. Mertens, W., (1990) *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Bd. 2, S. 83 f. . Stuttgart: W. Kohlhammer

³⁸ vgl. Krüger, A., (1997b) *Essentials der analytischen Körperpsychotherapie - Zur Methode und Technik*, S. 86 f, in Maaz (Hrsg.), H.-J., u. a, *Analytische Psychotherapie im multimodalen Ansatz*. Lengerich: Pabst Science Publishers

³⁹ vgl. z. B. Lowen, A., (1986) *Narzißmus* . München: Goldmann

⁴⁰ Gemeint ist die schizoide, orale, psychopathische, masochistische und rigide Charakterstruktur, vgl. Dietrich, R., (1990) *Analytische Bioenergetik*. Salzburg: Eigenverlag

⁴¹ vgl. Lowen, A., (1986) ..., S. 33 ff

Auch die Metapher, daß die Charakterstruktur lediglich die „Rüstung“ sei und der Narzißt als „Ritter“ sich innerhalb der Rüstung befänden⁴², war dann eher eine Hilfskonstruktion.

Erst die moderne psychoanalytische Säuglings- und Kleinkindforschung brachte da „Licht in's Dunkle“. Ihre prominentesten Vertreter sind wohl gegenwärtig *Joseph Lichtenberg*⁴³, *Daniel Stern*⁴⁴ und in Deutschland *Martin Dornes*⁴⁵. *Dornes (1998)* führt aus, wo die anthropologische Bedeutung der modernen Säuglingsforschung für ein neues Verständnis der frühen Entwicklung eines Kindes und damit auch der „frühen Störung“ liegt:

„Wir können ... lernen, warum die Triebtheorie als eine Theorie, die die hedonistische Tönung, das heißt die Befriedigung oder Nichtbefriedigung (körpernaher) Bedürfnisse in den Vordergrund stellt, unzureichend und einseitig ist.

Der Mensch ist das (vielleicht) einzige Lebewesen, das nicht nur die Befriedigung seiner Bedürfnisse anstrebt, sondern außerdem noch deren Anerkennung. Dieser Kampf um oder die Suche nach Anerkennung spielt sich in der Interaktion ab...“. Der Säugling „will nicht einfach nur spielen oder mit der Mutter kommunizieren, sondern er will, daß sie sein Spiel- und Kommunikationsbedürfnis sieht und sagt: Ja. ich sehe, daß du spielen und dich mit mir unterhalten willst, und ich akzeptiere die Art und Weise, in der du dieses Bedürfnis zum Ausdruck bringst.“

Dieses Bedürfnis nach Anerkennung von Bedürfnissen existiert vermutlich nicht nur in der Spielinteraktion, sondern in *jeder interpersonellen Situation* (Hervorhebung, A.K.), zum Beispiel auch in der Fütterungsinteraktion ... Der Säugling fragt gewissermaßen ...:

„Ist es richtig, und kannst du akzeptieren, daß ich als der und der existiere und meine Bedürfnisse auf diese oder jene Art zum Ausdruck bringe?“

.... *Dornes* grundlegende These läßt sich in einem Satz zusammenfassen: Brecht hat unrecht, wenn er eine seiner Figuren sagen läßt: „Erst kommt das Fressen, dann die Moral.“ Der Säugling stellt vielmehr ... schon beim Fressen die Moralfrage. Er fragt zugleich mit der Nahrungsaufnahme: „Ist es richtig und erkennst du an, daß ich so fresse, wie ich es tue?“ Wenn er sehr ausgehungert ist, tritt dieser Aspekt der Anerkennung in den Hintergrund. Aber er ist immer da, und heute, in den Zeiten und Gegenden materiellen Überflusses deutlicher denn je.“⁴⁶

⁴² vgl. Geißler, P., (1994) Narzißmus und Bioenergetische Analyse, in: Forum der Bioenergetischen Analyse 2/94, S. 4. Erfstadt

⁴³ vgl. z. B. Lichtenberg, J., (19) Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin: ...; (1997) Modellszenen und Motivationssysteme, unveröffentlichter Vortrag auf dem 3. Bonner Symposium zur angewandten Körperpsychotherapie. Bonn: DITAT e.V. (04.10.97)

⁴⁴ vgl. z. B. Stern, D., (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: (1997) Protonarrative Hüllen und Vitalitätsaffekte als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen: „Looking at the process of change in psychotherapy“. unveröffentlichter Vortrag auf dem 3. Bonner Symposium zur angewandten Körperpsychotherapie. Bonn: DITAT e.V. (01.10.97)

⁴⁵ vgl. Dornes, M., (1995) (1997a), (1997b) Gibt es ein Unbewußtes ohne unbewußte Phantasie?, unveröffentlichter Vortrag auf dem 3. Bonner Symposium zur angewandten Körperpsychotherapie. Bonn: DITAT e.V. (03.10.97); (1998) Zur Genese der Intersubjektivität beim Säugling, in: Wiese, J., Joraschky, P. (Hrsg.). Psychoanalyse und Körper, Psychoanalytische Blätter, Bd. 7. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

⁴⁶ Dornes, M., (1998), S. 141 ff.

An dieser Stelle wird es nun notwendig, Thesen der modernen Säuglingsforschung, selbstpsychologisches Denken und körperpsychotherapeutisches Selbstverständnis zusammenzuführen. *Kohut* schrieb bereits 1977:

„Vom Standpunkt der Psychologie des Selbst aus gesehen wollen wir... behaupten, daß das Kind von Anfang an sein Bedürfnis nach einem nahrungsspendenden Selbstobjekt geltend macht - wie unklar das Selbstobjekt auch immer wahrgenommen werden mag. (In mehr verhaltenspsychologischen Begriffen könnten wir sagen, daß das Kind *empathisch moduliertes Geben von Nahrung braucht* (Hervorhebung, A.K.), nicht bloß die Nahrung selbst.) Wenn dieses Bedürfnis unbefriedigt bleibt (in einem traumatischen Ausmaß), dann fällt die umfassendere psychologische Konstellation - die freudvolle Erfahrung, ein heiles Selbst zu sein, auf das angemessen reagiert wird - auseinander, und das Kind zieht sich auf ein Fragment der größeren Erfahrungseinheit zurück, d. h. auf lustsuchende orale Stimulierung (auf die erogene Zone) oder, klinisch ausgedrückt, auf depressives Essen... Und es ist das zunehmende Bewußtsein der depressiv-desintegrativen Reaktion auf das unempathische Selbstobjekt-Milieu ..., das zur Basis wird, von der aus eine erneute Bewegung in Richtung auf psychologische Gesundheit in Gang kommen kann.“⁴⁷

Und hier beginnt *Kohut* zu irren. Auf der Höhe seiner Zeit glaubte er, wie alle Psychoanalytiker damals und noch viele heute, daß die psychopathologische Verarbeitung der Frustration, die auf unangemessene elterliche Responsivität folgt, ihren phantasmagorischen Niederschlag fände. D. h., daß das Kind mittels kompensatorischer Phantasien die frustrierende Realität umformen und sich darin entsprechend „einrichten“ würde, z. B. depressiv etc. Es bedürfte dann „nur“ der „zunehmenden Bewußtwerdung“ darüber, um psychisch zu gesunden. Da Phantasien letztlich an Sprache gebunden sind, glaubte *Kohut*, daß der Defekt selbst (auf der frühen Stufe des *archaischen Selbst*) die psychopathologische Reaktion (phantasmagorischer Niederschlag) auf das unempathische Selbstobjekt-Milieu sei und man dann mittels empathischer Sprachkommunikation in der Therapeut-Patient-Beziehung die psychische Gesundung bewirken könne. Die Voraussetzung für dieses Vorgehen ist das *Vorhandensein eines sprachsymbolischen Bedeutungsraumes* (oder dessen Vorform) bzw. das *Vorhandensein der Symbolisierungsfähigkeit* (oder deren Vorform) des Kindes (bzw. späteren Patienten). Nun wissen wir aber mit der modernen Säuglingsforschung, daß das Kind bis zum Alter von ca. eineinhalb Jahren das nicht kennt: Phantasien, die die Realität umformen.⁴⁸

Hat *Kohut* deshalb unrecht, stimmt das ganze selbstpsychologische Verständnis nicht? Nein, die moderne Säuglingsforschung bestätigt nahezu mit der Aufdeckung des *Bedürfnisses nach der Anerkennung von Bedürfnissen und Gefühlen im intersubjektiven Raum* die von *Kohut* eruierten *Selbstobjektbedürfnisse*. Nur, die *Entwicklungsgeschichte der Selbstobjekt-*

⁴⁷ Kohut H., (1996) ...S. 80 f

⁴⁸ vgl. Moser, T., (1996) Über Säuglings- und Kleinkinderforschung und Körperpsychotherapie, S. 132. in: Der Erlöser der Mutter auf dem Weg zu sich selbst. Frankfurt a. M., Suhrkamp

bedürfnisse und damit des *Selbst* ist offensichtlich anders, als *Kohut* es annahm. Der Niederschlag der Befriedigung oder der Frustration von Selbstobjektbedürfnissen muß beim Kleinkind vor dem bzw. bis zum Alter von eineinhalb Jahren anders sein als nach dem Alter von eineinhalb Jahren. Im Kanon mit anderen psychoanalytischen Richtungen (Triebtheorie, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie etc.), die dem sprachsymbolischen Bedeutungsraum universelles Gewicht zumessen, geht die Selbstpsychologie richtig in der Annahme, daß der „Defekt im Selbst“ über *Nachreifung* mittels empathischer Sprachkommunikation im relativen Sinne korrigierbar ist - aber (!), wie wir jetzt wissen, trifft das primär nur für die intersubjektiven Erfahrungen zu, die ein Kind, ein Mensch nach dem ca. anderthalbten Lebensjahr macht.

Wenn es, relativ gesehen, keinen phantasmagorischen Niederschlag von intersubjektiven Erfahrungen vor dem anderthalbten Lebensjahr gibt, wo und wie erfolgt dann der Niederschlag der Befriedigung oder Frustration von Selbstobjektbedürfnissen? Die Antwort liegt auf der Hand und ist zunächst schnell und einfach gegeben: im Körper bzw. als körperlicher Niederschlag. Aber es ist schwierig, etwas sprachlich genau zu fassen, was eigentlich ein nicht-sprachliches Geschehen ist (obwohl die Eltern dabei auch sprechen und das Kind ebenfalls Laute und Vorsprachliches in unterschiedlicher intensionaler und internaler Qualität von sich gibt)? Dornes versucht, sich dem sprachlich anzunähern:

„Frühe Interaktionsepisoden (und deren Niederschlag, A.K.) bestehen aus Wahrnehmungs-Affekt-Handlungsmustern, in denen der Affekt eine bedeutsame Stellung hat, allerdings nicht als symbolisierter, sondern als sensorischer...“

Der *sensorische Affekt* „ist sprachlos, archaisch und operiert unterhalb der symbolischen Ebene.“ Er „wird von präverbalen und präsymbolischen Erfahrungen gespeist, die der symbolischen Umschrift entgangen sind. Sie drängen zu Wiederholungshandlungen, weil sie anders nicht erinnert werden können ... *Der unbewältigte sensorische Affekt, nicht der Todestrieb, ist die biologische Wurzel des Wiederholungszwanges.*“⁴⁹

Der unbewältigte sensorische Affekt, anders als der unbewältigte „phantasmagorische“ Affekt, kann nicht sprachlich bearbeitet werden, er muß körperlich bearbeitet werden. Genauso wie man von der Gleichzeitigkeit sensorischer und phantasmagorischer Affekte (nach dem anderthalbten Lebensjahr) ausgehen kann, ist behandlungstechnisch die Notwendigkeit der Parallelität körperlicher und sprachlicher Interventionen evident. Hier liegt der Anspruch und die Aufgabe einer analytischen Körperpsychotherapie.

Natürlich ist der Begriff „sensorischer Affekt“ selbst wieder nur ein Konstrukt, *Stern* spricht von „*Vitalitätsaffekten*“⁵⁰, *Dornes* fügt 1997 die Begriffe „*prozedurales Unbewußtes*“ und „*prozedurales Wissen*“ hinzu.⁵¹

⁴⁹ *Dornes, M., (1995) ...*, S. 191 f.

⁵⁰ vgl. *Stern, D., (1997) ...*

⁵¹ vgl. *Dornes, M., (1997b)...*

Ich meine, daß man in der Tradition von Reich⁵² und (!) Freud⁵³ das beschriebene Konstrukt als *Energiematrix* bezeichnen müßte. Analog zu der Gleichzeitigkeit von sensorischen und phantasmagorischen Affekten ließe sich dann die *Gleichzeitigkeit von Energie und Beziehung* postulieren.

Dieses Postulat meint, daß ein Mensch immer zugleich ein in Beziehung seiender und ein mit Energie geladener Mensch ist. Das In-Beziehung-sein beinhaltet die inneren und äußeren Objektrepräsentanzen. Die Energieladung in den Energiematrixen beinhaltet die Lebens- oder Gefühlsenergie. Der Schwerpunkt analytischer Körperpsychotherapie liegt im Was, Wie, Woher und Warum dieser Gleichzeitigkeit von (blockierter) Energie und (gestörter) Beziehung: *Der neurotische Konflikt als blockierte Energie und gestörte Beziehung, der sich in der Übertragungsneurose spätestens und erneut wiederholt, wird über Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten auf der Körper- und Beziehungsebene bearbeitet, was Gefühls- und Energiearbeit einschließt.*

Analytische Psychotherapie dagegen in ihrem eigenen Selbstverständnis definiert sich vorrangig als „Arbeit in und auf der Beziehungsebene“. D.h., der Energieaspekt findet nur bedingt Eingang in das psychoanalytische bzw. psychotherapeutische Handeln.

An dieser Stelle ist es sinnvoll, einen phänomenologischen Unterscheidungsversuch zu versuchen, der mögliche körpertherapeutische Arbeitsweisen unterscheidet und damit auch der analytischen Körperpsychotherapie einen entsprechenden Platz zukommen läßt. Vier Arbeitsfelder scheinen existent⁵⁴:

⁵² „Als Reich in seiner Kopenhagener Zeit mit massiven körperlichen Schockreaktionen eines Patienten konfrontiert wurde, begann er, sich verstärkt mit physiologischen Ausdrucksformen der Angst zu beschäftigen. Dazu übernahm er das Konzept über vegetative Strömungen im Körpergewebe von Friedrich Kraus. Nach diesem Konzept kommt es in der Gewebsflüssigkeit des Körpers zu osmotischen Bewegungen, die das bioelektrische Potential der Zellen verändern können. Es gibt hier nicht nur die elektrische Aufladung, sondern auch die Tendenz, die Ladung auszugleichen, es kommt zu Strömungen innerhalb des Gewebes. Alle Lebensvorgänge müssen ausschließlich auf diese elektrolytischen Prozesse im Gewebe zurückgeführt werden.“, Mahr, R., (1997) Das Konzept der Orgonenergie von Wilhelm Reich, in: Forum der Bioenergetischen Analyse 1/97, S. 69. Erfstadt

⁵³ 1933 erklärt Freud gegenüber dem amerikanischen Psychiater Joseph Wortis: „Die Analyse ist nicht alles. Es gibt andere Faktoren, die dynamischen Faktoren, die wir Libido nennen - die Triebkraft hinter jeder Neurose. Die Psychoanalyse kann auf sie keinen Einfluß nehmen, weil sie eine organische Grundlage hat... Wir können damit rechnen, daß der organische Teil in Zukunft einmal aufgedeckt werden wird. Solange die organischen Faktoren unzugänglich bleiben, läßt die Psychoanalyse noch viel zu wünschen übrig.“, Puner, H., (1947) Freud. His Life and Mind. New York: ...; übersetzt von: R. Mahr. vgl. Fußnote⁵³

⁵⁴ vgl. Krüger, A., (1995) Buchbesprechung zu P. Geißler, (1994) Psychoanalyse und Bioenergetische Analyse. Frankfurt a. M.: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften; in: Energie & Charakter, H. 1. S. 207 .

1. Arbeiten „am und mit dem Körper“⁵⁵ unter primärer Einbeziehung des Beziehungsaspektes;
2. Arbeiten mit dem „Körper als Vermittler“⁵⁶ unter primärer Einbeziehung des Beziehungsaspektes;
3. Arbeiten „am und mit dem Körper“ unter primärer Einbeziehung des Energieaspektes;
4. Arbeiten mit dem "Körper als Vermittler" unter primärer Einbeziehung des Energieaspektes.

Die analytische Körperpsychotherapie muß sich m.E. in diesen vier Möglichkeiten erst noch finden. Das kann durchaus ein „Sowohl-als-auch“ bedeuten. Ich meine, der Körper ist nicht nur Vermittler, der Körper ist u.a. auch Es, um es psychoanalytisch auszudrücken. Demnach hätte sich die analytische Körperpsychotherapie vor allem im 1. Arbeitsfeld zu bewegen, aber auch das 2. und 3. Arbeitsfeld werden durch die analytische Körperpsychotherapie tangiert. T. Moser⁵⁷ mit seinem körperpsychotherapeutischen Verständnis würde ich z.B. nur im 2. Arbeitsfeld ausmachen. Wenn ich D. Boadellas⁵⁸ Biosynthese richtig verstanden habe, dann wäre er im 4. Arbeitsfeld zu finden.

Die neoreichianischen Körpertherapien (A. Lowen⁵⁹, G. Boyesen⁶⁰, J. Pierrakos⁶¹) sind m.E. im 3. Arbeitsfeld zu lokalisieren.

Wenn der Schwerpunkt der analytischen Körperpsychotherapie also im Arbeiten am und mit dem Körper unter primärer Einbeziehung des Beziehungsaspektes liegt, dann ist evident, daß die analytische Körperpsychotherapie das relativ unflexible Setting der analytischen Psychotherapie verlassen muß. Die analytische Körperpsychotherapie wählt variabel und dynamisch das Setting nach den Regressionsbedürfnissen, -erfordernissen und nach der „not-wendigen“ Tiefe der Regression des Patienten. D.h., die Therapie kann im Sitzen, Liegen oder Stehen stattfinden, in der Bewegung oder im Berühren⁶² etc.

Das Thema des auch körperlich-energetischen Durcharbeitens von Konflikten, Störungen und Defiziten ist alt in der Geschichte der Psychoanalyse. Auf dem X. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß 1927 forderte z.B. *Sándor Ferenczi*:

⁵⁵ Meint die Bedeutung des Körpers in seiner unmittelbaren Energieladung in den Energiematrizen, i.S.v. Fließen der Energie, Sich-vermitteln der Energie, Sich-austauschen von Energie etc.

⁵⁶ Meint die Bedeutung des Körpers in der Übertragung und Gegenübertragung.

⁵⁷ vgl Moser, T., (1994) Video-Lehrfilme „Symbiose, Halt und Abgrenzung“ und „Vaterkörper, Geburt und Symbolbildung“. Freiburg i. Br.

⁵⁸ vgl.: Boadella, D., (1988) Biosynthese-Therapie. Grundlagen einer neuen Körperpsychotherapie Oldenburg: Transform

⁵⁹ vgl.: Lowen, A., (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München: Kösel

⁶⁰ vgl.: Boyesen, G., (1987) Über den Körper die Seele heilen. Biodynamische Psychologie und Psychotherapie. Eine Einführung. München: Kösel

⁶¹ vgl.: Pierrakos, J., (1987) Core-Energetik. Zentrum Deiner Lebenskraft. Essen: Synthesis

⁶² vgl.: Heisterkamp, G., (1993) Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. München: J. Pfeiffer

„Eine tiefgreifende Analyse der Persönlichkeit kann natürlich auch vor... (körperlichen, A.K.) Eigenheiten nicht halt machen; wir müssen den Patienten schließlich förmlich einen Spiegel Vorhalten, damit sie sich der Besonderheit ihres Benehmens, ja ihres körperlichen Aussehens erstmalig bewußt werden. Nur wer, wie ich, es erlebt hat, daß selbst analytisch geheilte Menschen wegen ihrer Gesichtsbildung, Körperhaltung, ihrer Bewegungen, ihrer Unarten usw. nach wie vor von aller Welt heimlich belächelt werden, ohne daß sie selbst eine Ahnung von ihren Eigenheiten hätten, wird es für eine grausame, aber unvermeidliche Aufgabe einer radikalen Analyse ansehen, diese sozusagen öffentlichen Geheimnisse auch jedem bewußt werden zu lassen, den sie am nächsten angehen. Der Analytiker muß bekanntlich immer taktvoll sein, wohl am taktvollsten aber in der Behandlung dieses Teiles der Selbsterkenntnis. Ich habe mir zum Grundsatz gemacht, sie dem Kranken niemals unvermittelt vorzuhalten; bei Fortführung der Analyse muß es früher oder später dazu kommen, daß der Patient dieser Dinge mit unserer Hilfe gewahr wird.“⁶³

III. Zusammenfassung und Ausblick

Versteht man *Ferenczis* Aussage quasi als Projektion des Analytikers auf die Bedürfnisse der Patienten, dann geht es nicht darum, daß der Analytiker den Patienten ihre Körperlichkeit spiegeln „muß“, sondern daß Patienten dessen bedürftig sind, ihre Körperlichkeit durch den Therapeuten gespiegelt zu bekommen. D.h., im Sinne der Kohutschen Selbstobjektbedürfnisse und der modernen neonatologischen Forschung läßt sich ein genuines *Bedürfnis nach körperlicher Spiegelung* annehmen. Die Arbeit an und mit diesem Bedürfnis geschieht in der analytischen Körperpsychotherapie über *Körperwahrnehmung* (Body-Empathie).

Wir haben es hier also mit der *körperlichen Dimension der Selbstobjektbedürfnisse* zu tun. So gibt es auch ein *Bedürfnis nach körperlicher Idealisierung* und ein *Bedürfnis nach körperlicher Gleichheit und Zugehörigkeit*. Die Arbeit an und mit diesen Bedürfnissen geschieht in der analytischen Körperpsychotherapie über *Arbeiten am und mit dem Körper unter primärer Einbeziehung des Beziehungsaspektes*. Es mag als ungeliebte Wahrheit erscheinen, aber zu einem z.B. verfetteten oder gebrechlichen Therapeuten kann ein Patient nur schwerlich eine körperlich idealisierende Übertragung entwickeln, die aber für den therapeutischen Prozeß der Reifung des Selbst im Sinne von Idealisierung und Entidealisierung ein unabdingbarer Bestandteil ist. Eine ähnliche Problematik kennen wir auch von Patienten, die z.B. extrem alte Eltern hatten, wo dann notwendige (körperliche) Identifikationsprozesse nicht stattfinden konnten. Auch sind gemeinsame körperliche Aktivitäten zwischen

⁶³ Ferenczi, S., (1982) Das Problem der Beendigung der Analysen, in: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. II, S. 231. Frankfurt a.M.: Fischers Taschenbuch

Therapeut und Patient ein wichtiger Erlebnisraum für den Patienten.⁶⁴ In der körperlichen Eltern-Kind-Interaktion, z.B. als Streicheln, Balgen, Rumtoben etc., kennen wir die lebensspendende Wichtigkeit dieser Interaktionen, nur im therapeutischen Raum fühlt man sich genötigt, derartige Interaktionen als „Agieren des Analytikers“ zu denunzieren.⁶⁵ Dabei wissen wir, daß der reale Kontakt zum „Mutterkörper“ und zum „Vaterkörper“⁶⁶ Stabilisierungsfunktion für die Entwicklung eines reifen Selbst hat und es der therapeutischen Bearbeitung bedarf, wenn dieser Kontakt konflikthaft, defizitär oder gar traumatisch war.

Halten wir fest, es gibt Selbstobjektbedürfnisse, deren Befriedigung oder Frustration phantasmagorischen Niederschlag haben und die therapeutische Bearbeitung dessen narrativ erfolgen kann oder muß. Und es gibt die körperliche Dimension der Selbstobjektbedürfnisse, deren Befriedigung oder Frustration sensorischen bzw. energetischen Niederschlag haben und die Bearbeitung dessen körperpsychotherapeutisch geschehen kann oder zwingend müßte. Im realen therapeutischen Prozeß einer analytischen Körperpsychotherapie wird sich dabei immer die Frage nach der Aufteilung von narrativen und körperpsychotherapeutischen Anteilen stellen. Die (therapieprozeßgeleitete) Gewichtung (Zeitpunkt, Modus, Intensität etc.) zwischen körperpsychotherapeutischer und verbal-analytischer Intervention ist eine Aufgabe an die Behandlungstechnik innerhalb der analytischen Körperpsychotherapie. Dies ist eher als ein Ausblick und als eine noch zu lösende Aufgabe der analytischen Körperpsychotherapie zu verstehen.

Zurück zu „Narziss und Goldmund“. „Ja...“, werden Sie fragen, „der in seinem pathologischen Narzißmus geheilte Narziss begegnet doch Goldmund auch nur narrativ.“ Wenn Sie die Frage so stellen, haben Sie zwei wichtige Sätze übersehen. Narziss *flüstert* seinem Freund die Worte *ins Ohr* und Goldmund *lächelt froh und etwas verlegen* ... Wie kann die liebende Verbundenheit zwischen zwei Menschen einen schöneren *körperlichen* Ausdruck finden!

Anschrift des Verfassers:

Dr. Arnim Krüger, Rodenbergstraße 29, D-10439 Berlin, Tel./Fax: 030 - 444 1706

⁶⁴ Dies kann auf sehr subtile Art und Weise geschehen. So erinnere ich mich zweier kleiner Episoden aus meiner Lehranalyse (mit „klassischem Setting“). Einmal bemerkte ich nach der Begrüßung meines Lehranalytikers, daß auf dem ledernen Jeansetikett am hinteren Bund seiner Hose die gleiche Konfektionsgröße verzeichnet war wie ich sie trage, jedenfalls glaubte ich, die gleichen Nummern wahrzunehmen. Dies löste in mir ein gutes Gefühl der Verbundenheit mit ihm aus, da offensichtlich unsere (äußere) Körperlichkeit im Becken- und Beinbereich ganz ähnlich ist. Natürlich mögen bei einem triebtheoretisch geschulten Psychoanalytiker, wenn er diese Episode durchphantasiert, noch andere, mehr sexuell getönte Bilder entstehen. Ein anderes Mal - ich hatte mich auf der Couch mit einem schwierigen Thema aus der Beziehung zu meinem Sohn beschäftigt und es kam eine „Lösung“ in Sicht - klopfte er mir bei der Verabschiedung mit einem leichten Handschlag auf den Oberarm, offenbar anerkennend und dabei selbst bewegt. Ich fühlte mich da nicht nur verstanden, sondern auch körperlich aufgehoben.

⁶⁵ vgl. Mertens, W, (1991) Körperkontakt - Agieren des Analytikers?, in: Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd. 3, S. 171 ff. Stuttgart: W. Kohlhammer

⁶⁶ vgl. Moser, T., (1994) ...

Jens Tasche: Borderlinepersönlichkeitsstörungen - ein strukturelles Problem aus bioenergetischer Sicht

Einleitung

Mit der Charakteranalyse liegt der Bioenergetik ein Strukturmodell zur Erklärung von Persönlichkeitsstörungen zugrunde, das wenig zum Verständnis von Borderlinepathologien beiträgt. Die bioenergetische Charakteranalyse beschreibt u.a. die Entstehung der Pathologie, typische Verhaltensmuster, Körperausdruck und den Umgang mit Energie und Affekten. Verhalten, Körperausdruck und die Organisation der Energie beschreiben dabei aus bioenergetischer Sicht Facetten einer komplexen organismischen Abwehr, mit deren Hilfe sich die oder der Betroffene vor unangenehmen Erleben schützt. Die verschiedenen Aspekte der Abwehr schützen dabei vor einer bewußten emotionalen Wiederbelebung negativer, in der Vergangenheit gemachter Erfahrungen und auch vor einer Wiederholung dieser negativen Erfahrungen in der Gegenwart. Ein Mensch mit einer rigiden Charakterpathologie etwa versucht, den Schmerz der ödipalen Zurückweisung aus dem Bewußtsein fernzuhalten und organisiert gleichzeitig sein Leben so, daß er sich vor Gefahr der Ablehnung und des Verlustes, wie sie nun einmal mit einer tiefen Liebeserfahrung verbunden ist, schützen kann. Der Preis für einen solchen Schutzmechanismus besteht allgemein in einer Reduzierung der Erlebnisfähigkeit und berührt alle Lebensbereiche, aus bioenergetischer Sicht aber besonders den Bereich sexuellen Erlebens.

Jeder therapeutischen Arbeit liegt das Verständnis zugrunde, daß die persönlichkeits-typischen Schutzmaßnahmen letztlich mehr Probleme schaffen als sie lösen. Die therapeutische Arbeit in der bioenergetischen Analyse besteht darin, die vorhandenen Affekt- und Bewußtseinssperren, die die Unterdrückung der unangenehmen Erfahrung garantieren, vorrangig durch die Anwendung bioenergetischer Techniken zu überwinden. In dieser Bewegung kommt es zu einer emotionalen Wiederbelebung vergangener Erfahrung. Damit wird die Aneignung eines Stücks Lebensgeschichte initiiert. Der Erfolg dieser Arbeit ist von der sog. Aufarbeitungsphase abhängig. In dieser Phase werden die zuvor in der Körperarbeit gemachten Erfahrungen durchdacht, und in einer Selbstreflexion wird der Unterdrückungs- oder Abspaltungsprozeß zurückgenommen. Das heißt, der Rigide erlebt den Schmerz des gebrochenen Herzens, kann die lebensgeschichtlichen Situationen einordnen und verstehen und kommt durch das Nachdenken über sich Selbst zu der Erkenntnis, daß die Einschränkungen, die sich aus der Vermeidung des Schmerzes ergeben, die Abspaltung des Wunsches nach einer erfüllten Liebesbeziehung nicht länger rechtfertigen. Das bisher verdrängte Verlangen wird also integriert und die damit verbundenen Gefahren werden als unvermeid-

bar und zu einer lebendigen Entwicklung dazugehörig angenommen (siehe hierzu auch Jürgen Habermas, 1991, S. 262-300).

Ein solcher Entwicklungsprozeß mit Hilfe der bioenergetischen Methode ist bei Charakterpathologien möglich, weil:

- die **Einschränkung der Erlebnisfähigkeit** vorrangig in muskulären Spannungen organisiert ist (Affektverdrängung);
- bei Charakterpathologien ein **kohärentes Selbst** existiert, das die in den bioenergetischen Prozessen gemachten Erfahrungen in das Selbstbild integrieren kann.

Bei einer **Borderline-Persönlichkeitsorganisation** treffen beide Punkte so nicht zu, weil:

- die **komplexe organismische Abwehr** nicht vorrangig in muskulären Spannungen organisiert ist und
- **kein ausreichend kohärentes Selbst** existiert, das in der Lage wäre, die in den bioenergetischen Prozessen gemachten Erfahrungen in das Selbstbild zu integrieren.

Das Strukturmodell Charakteranalyse ist deshalb eine wenig geeignete Grundlage zum Verständnis und zur Behandlung von Borderlinestörungen. Differenziert beschrieben und erklärt werden diese Störungen in der Psychoanalyse mit Hilfe von Modellen des Ichs, des Selbst und der Objektbeziehungen. Auf eine Kenntnis dieser Modelle kann m.E. auch in der BA im Interesse der Klienten nicht verzichtet werden.

Im Rahmen dieses Vortrages möchte ich mich aber auf die Beschreibung weniger in meinen bioenergetischen Therapien auftretender Abwehrprozesse beschränken, die m.E. für Strukturstörungen typisch sind, ohne daß es sich dabei jedes Mal um eine voll ausgebildete Borderlinestörung handeln muß. Darüber hinaus möchte ich noch kurz ein Modell zur Behandlung von Strukturstörungen in der BA skizzieren.

Organismische Abwehrbewegung bei Strukturstörungen

Obwohl die Abwehr bei Borderlinestörungen nicht vorrangig in muskulären Spannungen organisiert ist, werden natürlich auch hier unangenehme Empfindungen durch Muskelblockaden verdrängt. Die Mobilisierung dieser Gefühle bzw. der angemessene Umgang mit diesen Gefühlen ist aber bei diesem Personenkreis erschwert. Sogenannte primitive Abwehrmechanismen, z.B. omnipotente Kontrolle, Spaltung, primitive Idealisierung etc., korrespondieren auf der Körperebene sehr viel stärker mit instabilen Abwehrmustern, wie etwa bestimmten feinen Bewegungsmustern (z.B. Bewegungen der Augen oder der Augenlider), die die Objektgerichtetheit der Gefühle verhindern oder situativen Muskelanspannungen

(z.B. Anspannungen der Halsmuskulatur), die das Aufsteigen eines Impulses verhindern, als mit chronischen Muskelverspannungen.

Das normale technische Vorgehen in der bioenergetischen Analyse ist auch aufgrund der körperbezogenen Abwehrmuster bei Borderlinestörungen wenig effektiv. Da kein ausreichend kohärentes Selbst vorhanden ist, das die Gefühlsbewegungen ertragen kann, werden die bioenergetisch initiierten Prozesse zumeist auf einer unbewußten Ebene als erhebliche Gefahr für die Identität bewertet und müssen abgewehrt bzw. unter Kontrolle gebracht werden.

Bezogen auf ein Standardverfahren der BA, nämlich energetische Aufladung, kathartische Entladung, Aufarbeitung, habe ich bei Strukturstörungen u.a. folgende Phänomene beobachtet.

Omnipotente Kontrolle aller Körperprozesse

Trotz ausreichender Information über Sinn und Zweck der Körperprozesse und einer intellektuellen Einsicht kann der Klient die autonomen Körperbewegungen nicht zulassen. Die Angst vor Autonomieverlust ist so groß, daß der gesamte Körper vollständig unter Kontrolle gehalten werden muß.

Abspaltung reiner Bewegungsprozesse

Der Klient gibt die Kontrolle über seinen Körper partiell auf und ermöglicht damit z.B. vibrierende Bewegungen des Körpers. Gleichzeitig spaltet er diese Bewegung von seinem sonstigen Erleben ab. Eine tiefere Gefühlsbewegung wird dadurch verhindert, daß die Bewegung bzw. der Körper der bioenergetischen Arbeit zur Verfügung gestellt wird, der bioenergetische Prozeß also nicht wirklich erlebt wird.

Als-ob-Gefühlsbewegungen

Insbesondere in Gruppen erlebe ich immer wieder, daß ausgedrückte Gefühlsprozesse nicht wirklich erlebt, sondern nur imitiert werden. Der Wunsch, zur Gruppe dazuzugehören und/oder die Erwartungen des Therapeuten erfüllen zu wollen, führt bei einigen Klienten dazu, Körper- und Gefühlsbewegungen mehr oder minder täuschend echt darzustellen, ohne sie empfinden zu können.

Agierende Gefühlsbewegungen

Die Angst vor Kontrollverlust wird als hysterische Angst ausagiert. Da es die Angst vor einem psychisch-physisch fundierten Gefühlserleben ist, verbindet sich der Prozeß weder mit einer kathartischen Befreiung, noch kann die gemachte Erfahrung integriert werden (solange sie nicht als Angst vor der Angst identifiziert ist).

Abgespaltene Gefühlsbewegungen

Der Klient nimmt, initiiert durch den bioenergetischen Prozeß, Kontakt zu seinen Gefühlen auf, spaltet dieses Erleben jedoch von seinem sonstigen Selbstverständnis ab. Er erlebt vielleicht eine kathartische Reinigung, der Prozeß bleibt aber auf die Situation beschränkt. Die gemachte Erfahrung wird nicht reflektiert und nicht integriert.

Die Kommunikation von Gefühlen bei Borderlinestörungen

Trotz der oben dargestellten Abwehrbewegungen erleben Klienten mit Struktur- bzw. Borderlinestörungen natürlich Gefühle und vermitteln diese im Rahmen eines kommunikativen Prozesses. Aus der Perspektive der psychoanalytischen Säuglingsforschung unterscheidet Dornes (Dornes, Martin, 1997, S. 73 - 79) drei kommunikative „Absichten“ bei der Vermittlung von Gefühlen.

1. Reine Expression

Das momentane Befinden wird - etwa durch einen Schmerzensschrei - ausgedrückt, ohne daß damit irgendeine weitere, auf den Kommunikationspartner ausgerichtete Absicht verbunden wäre. So kann etwa Trauer als Reaktion auf eine angekündigte Trennung als reine Expression kommuniziert werden.

2. Intentionale Expression

Die Gefühle werden mit der Absicht kommuniziert, den Kommunikationspartner zu einer bestimmten Handlung zu bewegen. Dies wäre etwa der Fall, wenn die Trauer auf die angekündigte Trennung mit Hilfe von nonverbalen Botschaften unter dem Aspekt, „du kannst mich nicht verlassen, ich halte es nicht aus“, kommuniziert wird.

3. Die intentionale Kommunikation

Die Gefühle werden mitgeteilt, um mit dem Gesprächspartner in eine Kommunikation über die erlebten Gefühle einzutreten. Die Trauer über die angekündigte Trennung wird mitgeteilt, um zu vermitteln, wieviel einem der Partner bedeutet und welche Empfindungen mit dem Verlust verbunden sind.

Klienten mit Strukturdefiziten haben Schwierigkeiten, ein stabiles Selbstbild, das die verschiedenen Facetten der Persönlichkeit integriert, aufrecht zu erhalten. Die Fähigkeit sich Selbst und den Kommunikationspartner in der Komplexivität von negativen und positiven Anteilen wahrzunehmen, sich als Gesamtheit zu dieser Gesamtheit in Beziehung zu setzen und die Beziehung auch im Falle einer räumlichen Trennung zu bewahren, werden durch strukturelle Defizite stark eingeschränkt. In der Folge kommunizieren Klienten mit Borderlinepathologien ihre Gefühle überwiegend auf einem intentional expressiven Niveau.

Beispiel:

Eine Klientin vermittelt, daß ihr Leben zu Ende wäre, wenn es ihr nicht mehr gelänge, Männer zu verführen. Die Klientin kommuniziert das Problem nun eben nicht mit dem Ziel, vom Therapeuten eine Hilfestellung beim Durcharbeiten dieser Lebenseinstellung zu erfahren, sondern vielmehr um eine magische Erlösung von dem Problem zu erhalten. In diesem Fall soll sich der (idealisierte) Therapeut verführen lassen, um so das bedrohte Selbstbewußtsein der Klientin wieder herzustellen. Die Enttäuschung darüber, daß der Therapeut nicht beabsichtigt, die Wünsche der Klientin zu erfüllen, kann aufgrund des fehlenden seelischen Binnenraums nicht wirklich verarbeitet werden. Wut und Haß über die erlebte Zurückweisung sind die Folge.

Die Klientin befindet sich in einer schwierigen Lage. Sie braucht die Hilfe des Therapeuten hier und jetzt, um die narzißtische Katastrophe (nämlich den Verlust der Macht über Männer) abzuwenden, gleichzeitig sieht sie sich einem Therapeuten ausgesetzt, der diese Hilfe verweigert und durch diese Verweigerung Affektstürme in der Klientin auslöst, die gerade sie mit ihrer unreifen Struktur nicht ertragen kann. Gerade die Affektstürme machen nun aber die Verbindung zum Therapeuten immer wichtiger, um sich nicht völlig im Strudel von Selbstunsicherheit und Hilflosigkeit zu verlieren. Klient und Therapeut haben nun gemeinsam das Drama inszeniert, das die Klientin unbedingt vermeiden wollte.

Diese Skizze einer Arbeit mit einer Borderlineklientin ist sicherlich stark vereinfacht. Therapeut und Klient sind aber immer wieder aufgefordert, einen Ausweg aus Beziehungssituationen zu finden, die sich wesentlich aus der Art ergeben, in der die Gefühle kommuniziert werden. Nicht immer (wie in diesem Fall) gibt es einen Ausweg und nicht immer ist der gefundene Ausweg für die weitere Therapie wirklich hilfreich. So habe ich in meiner praktischen Arbeit aus Hilflosigkeit bzw. Unkenntnis an den verschiedensten „Lösungsmustern“ mitgewirkt, die das strukturelle Problem der Klienten unangetastet ließen und an der Erfolglosigkeit der Therapien erheblichen Anteil hatten.

Zu diesen „Lösungsmustern“ gehört etwa die „Nichtauflösung“ der Spaltung zwischen Affekt und Person. Um mich nicht persönlich von den massiven negativen Affekten betroffen zu fühlen, habe ich Klienten erlaubt, ihren Haß „objektlos“ auf dem Würfel bzw. den Matratzen auszudrücken. Die Möglichkeit, daß die Wut mir galt (d.h. vom Klienten auch nicht als Übertragungswut wahrgenommen werden kann), wurde dabei weder von mir noch vom Klienten thematisiert.

Häufig haben Klienten dabei eine gewisse Entlastung erlebt und sich zumindest für eine gewisse Zeit besser gefühlt, eine Arbeit an den strukturellen Problemen war damit aber nicht verbunden.

Ein weiterer „Lösungsversuch“ bestand darin, dem Wunsch des Klienten nach omnipotenter Kontrolle der Situation so weit wie möglich zu folgen, um so dem Klienten ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln und die Belastungen, die durch die negativen Affekte entstehen, zu vermeiden.

Auch in diesem Fall waren bei manchen Klienten durchaus positive Wirkungen zu beobachten. So haben Klienten dieses Vorgehen als Möglichkeit zum positiven Auftanken erlebt und die Form der Unterstützung als Basis für wesentliche Veränderungen in ihrem Leben genutzt.

Ich habe auch bei manchen Klienten das Wechselspiel zwischen „guter Therapeut“ und „böser Therapeut“ lange und geduldig und verständnisvoll ertragen. Während ja bei Charakterpathologien die vom Klienten angestrebte Beziehungskonstellation relativ stabil ist (so besteht etwa bei der oralen Struktur die angestrebte Konstellation aus den Rollen „bedürftiges Kind“ und „mütterlich, fürsorglicher Therapeut“) und es deshalb in der Therapie vergleichsweise einfach ist, diesem sozialen Abwehrmechanismus bzw. dieser Rollenzuweisung entgegenzuwirken, wechseln die Konstellationen bei Borderlinepathologien sehr rasch. Grundsätzlich wird dabei der Therapeut für den Wechsel der Beziehungssituation verantwortlich gemacht. Die mangelnde Fähigkeit des Klienten, die Beziehung zum Therapeuten so zu gestalten, daß sie die unvermeidbaren Belastungen, wie etwa geringfügige Verspätung des Stundenbeginns, Urlaub oder Abwesenheit des Therapeuten; tolerieren kann, führt zu kurzfristigen und heftigen Stimmungswechseln. Auch hier erlebt der Klient eine gewisse Entlastung. Schließlich drückt er ja endlich einmal die aus seiner Sicht mehr als berechtigte Wut aus, ohne daß die Gefahr des Beziehungsabbruchs besteht. Die eigentlichen Schwierigkeiten, die mit Begriffen wie Mangel an Objekt Konstanz, fehlender Impulskontrolle und Spaltung von Objekt- und Selbstrepräsentanzen ausgedrückt werden kann, bleiben dabei unbearbeitet.

Zu den auch in der bioenergetischen Arbeit mit Borderlinestörungen auftretenden Phänomenen gehört natürlich auch die projektive Identifizierung.

Kernberg beschreibt projektive Identifizierung so:

„Das Subjekt projiziert unerträgliche intrapsychische Erlebnisse auf ein Objekt, verbleibt in Einfühlung mit dem, was er projiziert hat, versucht, im ständigen Bemühen das Erlebnis abzuwehren, das Objekt zu kontrollieren und bringt das Objekt in einer echten Interaktion unbewußt dazu, das auf ihn Projizierte tatsächlich zu erleben“ (Kernberg 1989, zitiert nach Dulz/Schneider, S. 38). Mit anderen Worten: Der Therapeut nimmt in sich Gefühle (z.B. Haß) wahr, die nicht ihm, sondern dem Klienten gehören, und erlebt einen Klienten, der (z.B. durch Anpassung oder ein sehr devotes Verhalten) alles dafür tut, daß der Therapeut diesen Haß nicht ausdrückt.

Dieser Prozeß, der auf den ersten Blick höchst spekulativ wirkt (wie kann man Gefühle in einen anderen Menschen hineinprojizieren?), wird verständlicher, wenn man die körper-sprachliche Ebene miteinbezieht. Die „unerträglichen intrapsychischen Erlebnisse“ werden keinesfalls projiziert, sondern etwa mittels Gesichtsausdruck, Tonmodulation und komplexen Körpersprache auf einer weitgehend nicht bewußten Ebene interaktionell vermittelt (Dornes, Martin 1997, S. 52). Dornes nennt zwei Beispiele, die ein solches Geschehen illustrieren:

- a) Der auf der Couch liegende Patient schweigt. Nach einer Weile breitet sich im Analytiker Angst aus. Der Analytiker stellt fest, daß er kurz, gepreßt und angespannt atmet. Darüber hinaus spürt er feuchte Hände. Eine Beobachtung der Körperprozesse des Klienten ergibt nun, daß der Analytiker, ohne es zu merken, den Atemrhythmus des Klienten übernommen hat (Dornes, Martin 1997, S. 71).

Der unbewußte Versuch des Therapeuten, eine Verbindung zu seinem Klienten herzustellen, hat ihn (ebenfalls unbewußt) dazu gebracht, dessen Atemmuster zu übernehmen. Mit der Imitation des Atemmusters vermitteln sich dem Analytiker aber ebenfalls die vom Klienten mühsam unterdrückten Gefühle.

- b) „Ein Patient, der vom Vater ständig verachtet wurde, reproduziert beim Erzählen einschlägiger Episoden die väterliche Verachtung, indem er den Therapeuten, ohne daß es beide zunächst merken, häufig verachtungsvoll anblickt, so daß dieser sich so verachtet fühlt, wie der Patient es als Kind getan hat“ (Dornes, Martin 1997, S. 72).

Natürlich erlebt der Patient auch in der unaufgelösten projektiven Identifizierung eine gewisse Entlastung, da er ja eine für ihn unerträgliche Situation zunächst gelöst hat. Aber auch hier setzt eine tiefere Bearbeitung ein Erkennen des Eingebundenseins des Therapeuten in den Abwehrprozeß des Klienten voraus.

Behandlung von Borderlinestörungen in der bioenergetischen Therapie

Wie kann nun die Behandlung einer Borderlinestörung im bioenergetischen Setting aussehen?

Während in der bioenergetischen Literatur zumeist eine sanfte, stützende und vorsichtige Arbeit bei Borderlinepathologien vorgeschlagen wird, habe ich von meinem Therapeuten und Lehrer Dr. Leonard Hochmann in den letzten Jahren ein Vorgehen gelernt, das methodisch stärker an den von Objektbeziehungsanalytikern wie Kernberg oder Masterson entwickelten Konzepten orientiert ist. Für die Beschreibung eines solchen Vorgehens nutze ich deshalb auch die bei Kernberg (Kernberg, Otto 1993) dargestellte Abfolge der Behandlung, nämlich Klärung, Konfrontation und Deutung.

Klärung

Beispiel:

Ein männlicher Klient blockiert fast jede vorgeschlagene Körperarbeit durch die geäußerte Befürchtung, ich könnte die so geschaffene Situation für sexuelle Übergriffe ausnutzen.

Das bioenergetische Standardvorgehen, jedenfalls jenes, das ich in meiner Ausbildung gelernt habe, würde in einer solchen Situation darauf abzielen, die Befürchtungen ernst zu nehmen und das Setting so weit verändern, daß sich der Klient mit seinem Therapeuten sicherfühlen kann und die geäußerte Angst die Körperarbeit also nicht mehr behindert. Dies könnte z.B. bedeuten, daß der Therapeut einen größeren räumlichen Abstand als üblich wahrt, nur Übungen im Stehen anbietet oder den Klienten auffordert, die Augen offen zu halten, um die Handlungen des Therapeuten beobachten zu können.

Ein **Klärungsprozeß** würde dagegen zunächst bedeuten, daß der Therapeut für sich die Übertragungs- und Gegenübertragungssituation klärt, z.B. wie verführerisch verhält sich der Klient und welche emotionalen Reaktionen ruft er beim Therapeuten hervor. Im nächsten Schritt wäre vielleicht die Frage traumatischer Erfahrungen zu klären, das heißt, hat der Klient aus der Kenntnis seiner Lebensgeschichte heraus Anlaß für solche Vermutungen. Da keine traumatischen Erlebnisse erinnert wurden und das Verhalten des Klienten von mir absolut präädipal empfunden wurde, lag die Vermutung nahe, daß der Klient die Situation nicht aus Angst vor mir, sondern aus Angst vor seinen Wünschen nach Nähe unter Kontrolle bringen wollte.

Konfrontation

Die Konfrontation bestand nun in der Frage, wie er, der Klient, auf die Idee kommt, für mich so ungeheuer attraktiv zu sein, daß ich jede Kontrolle über mich verlieren und über ihn herfallen würde, sobald sich nur die Gelegenheit dazu ergeben würde.

Konfrontation ist etwas anderes als Provokation. Im Unterschied zur Deutung geht die Konfrontation auch nicht in die Tiefe, sondern verbleibt auf der Oberfläche. Die Mitteilungen des Klienten werden auf Widersprüche hin untersucht. Im Anschluß daran wird der Klient auf diese Widersprüche, etwa die Differenz zwischen der gemachten Aussage und der Tonmodulation zweier sich gegenseitig ausschließender Behauptungen oder, wie in diesem Fall, auf das Spannungsverhältnis zwischen der geäußerten Befürchtung und dem durchschnittlich zu erwartenden Verhalten einer anderen Person aufmerksam gemacht. Üblicherweise fallen Bioenergetiktherapeuten, einmal ganz abgesehen von der sexuellen Orientierung, nicht gierig über ihre Klienten her und vergewaltigen diese.

Klienten mit einer Borderlinepathologie ist das Recht, zu wissen, verweigert worden. Nicht selten waren sie gezwungen, das „Nichtreale“ als familiäre Wirklichkeit zu akzeptieren und für wahr zu halten. Die daraus resultierenden Strukturdefizite zeigen sich u.a. auch in einer Unfähigkeit, über sich und andere nachzudenken.

Verbale Konfrontationstechniken fordern den Borderlineklienten auf, den Therapeuten auch als eigenständige Person mit eigenen Absichten und Haltungen zu sehen. Der Klient muß sich auf diese Weise mit der Tatsache auseinandersetzen, daß der Therapeut eben keine Erweiterung seiner Selbst ist, sondern ein unabhängiger Mensch, der in seinem Verhalten zwar kalkulierbar, nicht aber kontrollierbar ist.

Konfrontation läßt den Klienten in einen Spiegel schauen, der die Realität präziser wiedergibt als der Klient diese üblicherweise wahrnimmt. Sie fordert zum Nachdenken auf und strebt eine Kommunikation zweier getrennter, voneinander abgegrenzter Individuen an.

Deutung

Bei dem erlebnis- und erfahrungsorientierten Geschehen der bioenergetischen Analyse ist der Deutungsprozeß auch in der Arbeit mit Borderlinestörungen weitgehend in das Beziehungsgeschehen integriert. Dulz/Schneider weisen darauf hin, daß vorrangig solche Deutungen vorgenommen werden sollten, die den Realitätsbezug der Klienten verbessern (Dulz, B./Schneider, A. 1997, S. 71). Dieser Realitätsbezug läßt sich wohl am besten dadurch verbessern, daß der Klient die unter der OPD-Achse Struktur beschriebenen Fähigkeiten entwickelt (Arbeitskreis OPD, 1996, S. 69). Zum Ende des Vortrages möchte ich deshalb mögliche Ziele der Arbeit auf der Körper- und Beziehungsebene noch einmal zusammenfassend darstellen:

ZIELE BIOENERGETISCHER ARBEIT BEI STRUKTURSTÖRUNGEN

1. Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung

Körperebene: Authentizitätserfahrung (Introspektion)

Beziehungsebene: Subjekt-/ Objektdifferenzierung

2. Fähigkeit zur Selbststeuerung

Körperebene: Affektmobilisierung, grounding, containment

Beziehungsebene: Auflösung von Realitätsverzerrungen, Identitätsreifung

3. Fähigkeit zur Abwehr

Körperebene: Bewußtmachung und Auflösung der instabilen Körperabwehrprozesse

Beziehungsebene: Bewußtmachung und Auflösung primitiver Abwehrmechanismen

4. Fähigkeit zur Objektwahrnehmung

Körperebene: objektbezogene Gefühlsbelebung

Beziehungsebene: Objektrepräsentation

5. Fähigkeit zur Kommunikation

Körperebene: objektgebundene Affektmobilisierung

Beziehungsebene: Spiegelung, intentionale Kommunikation

6. Fähigkeit zur Bindung

Körperebene: Körperkontakt, Mobilisierung der Beziehungswünsche

Beziehungsebene: Objektinternalisierung, Identitätsreifung

Literatur:

Arbeitskreis OPD (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik.

Dornes, Martin (1997): Frühe Kindheit.

Dulz, Birger/Schneider, Angela (1997): Borderlinestörungen, Theorie und Therapie.

Habermas, Jürgen (1991): Erkenntnis und Interesse.

Helfaer, Philip (1988): The Hated Child: An Aspect of Borderline Personality, in : Bioenergetic Analysis, Vol. 3.

Kernberg, Otto (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus.

Kernberg, Otto (1993): Psychodynamische Therapie bei Borderline Patienten..

Kriz, Jürgen (1994): Grundkonzepte der Psychotherapie.

Lowen, Alexander (1988): Bio-Energetik.

Ders. (1983): Narzißmus.

Anschrift des Verfassers:

Jens Tasche, Fasanenstraße 48, 10719 Berlin, Tel. 030-8821747

Reinhard Weber:

Borderline-Persönlichkeitsstörung - ein strukturelles Problem aus klinisch-psychiatrischer Sicht

I. Einleitung

Der Borderline-Begriff begleitet mich seit gut 10 Jahren. 1988 begann ich die Ausbildung zum bioenergetischen Analytiker, ein Jahr später die zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Beide Ausbildungen verliefen also zeitlich parallel. Als Bioenergetiker habe ich lange nicht verstanden, was oder wer Borderline ist und wie man bioenergetisch damit arbeitet. Das änderte sich erst nach Abschluß meiner BA-Ausbildung und durch die Zusammenarbeit mit meinem Freund und Kollegen Jens Tasche.

Mein Verständnis von Borderline-Störungen entwickelte sich so zunächst im Rahmen meiner psychiatrischen Ausbildung und bekam dadurch eine Dimension von Krankheit. In der psychiatrischen Klinik begegnete ich Menschen, die versuchten, sich das Leben zu nehmen, die sich z.T. massiv verletzten, die unter Verlusten der Impulskontrolle litten, was im Umgang mit Aggression und Gewalt, Essen, Drogeneinnahme und Sexualität deutlich wurde. Ich sah Menschen, die kurze psychotische Episoden durchlebten und unter Depressionen und Ängsten litten. Sie erhielten psychiatrische Diagnosen gemäß ICD, waren z.T. mit Gerichtsbeschluß auf geschlossenen Stationen untergebracht und erhielten gelegentlich gegen ihren Willen Medikamente oder Psychotherapie.

II. Geschichte des Borderline-Begriffs

Der Borderline-Begriff tauchte als Borderland erstmals in einem Artikel von Hughes (1884) auf, also bevor Bleuler (1908) den Begriff Schizophrenie benutzte und (1916) die sogenannte psychopathische Persönlichkeit beschrieb. Er entwickelte sich dann in zwei völlig verschiedenen Richtungen. In den klassischen psychiatrischen Schulen Europas wird er von Bleuler über Schneider, Huber bis hin zu Tölle bis heute für einen Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose benutzt. In Amerika hingegen entwickelte er sich unter dem Einfluß von Wilhelm Reich (1925) und insbesondere Otto Kernberg (1967 und 1978) als ein psychoanalytisches Konzept. Kernbergs Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung respektive Borderline-Persönlichkeitsorganisation war es zu verdanken, daß dieses psychoanalytische Konzept Eingang in die psychiatrischen Klassifikationen (damals DSM III und ICD-9) fand trotz der Konvention, psychiatrische Klassifikationssysteme ausschließlich deskriptiv anzulegen, also ätiologische, pathogenetische oder gar psychodynamische Überlegungen und Theorien bewußt auszuschließen.

III. Die deskriptive Ebene

In der aktuellen DSM IV (1996) wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung wie folgt beschrieben:

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Diagnostische Kriterien

Ein durchgängiges Muster von Instabilität im Bereich der Stimmung, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

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

Es handelt sich hierbei um ein typisches Beispiel psychiatrischen Klassifizierens und Diagnostizierens. Eine bestimmte Anzahl deskriptiver Symptome oder Verhaltensweisen muß vorliegen, um von einem bestimmten Syndrom oder einer bestimmten Störung sprechen zu können.

Psychiatrische Klassifikationssysteme sind ausschließlich deskriptiv angelegt, d.h. sie beschreiben Symptome und Verhalten und schließen ätiologische, pathogenetische und psychodynamische Überlegungen und Theorien aus. Kernberg weist nun aber darauf hin, daß der Symptomkatalog der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) so umfangreich und die Kombinationen so vielfältig und fluktuierend sind, daß eine Diagnostik auf der Symptomebene nicht ausreicht, allenfalls ein diagnostisches Verdachtsmoment darstellt. Es existieren keine spezifischen Einzelsymptome. Kernberg fordert, zur Erstellung der Diagnose BPS neben der deskriptiven Ebene der Symptome vor allem eine strukturelle Ebene zu betrachten, die die spezifischen Abwehrmechanismen, Ich-strukturelle-Merkmale und die Gegenübertragung berücksichtigt.

Auf der deskriptiven Ebene (siehe dazu auch Rhode-Dachser, 1979 und Dulz, Schneider, 1995) finden sich

- * *chronische, frei flottierende Angst*, also eine diffuse Angst vor nichts Bestimmten, die Patienten eingestehen können, wenn sie sich sicher und nicht bedroht fühlen oder aber verleugnen, wenn sie befürchten müssen, daß sie ihnen als Schwäche ausgelegt wird.
- * *multiple Phobien*, hier kommen sämtliche bekannten Phobien vor, besonders aber solche, die den eigenen Körper betreffen.
- * *Zwangssymptome*, die sich in konkreten Zwangshandlungen zeigen oder als Zwangsgedanken mit paranoiden und/oder hypochondrischen Inhalten. Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung ist meist nur kurz gestört.
- * *Konversionssymptome* können an Körperhalluzinationen grenzen, sind dann häufig verbunden mit bizarren Bewegungsabläufen. Es besteht ein häufiger Wechsel der Konversionssymptomatik, so können z.B. Kopfschmerzen plötzlich in Übelkeit mit Erbrechen übergehen. Die Konversionssymptome und die Wechsel sind häufig verbunden mit körperlichen Beschwerden von Mitpatienten.
- * *dissoziative Reaktionen* können von hysterischen Dämmerzuständen über gravierende Bewußtseinsstörungen, die meist anschließend nicht erinnerlich sind, bis hin zu multiplen Persönlichkeitszuständen reichen.
- * *Depressionen*: entgegen anderen Formen depressiven Verhaltens fehlen hier häufig klagende Selbstvorwürfe oder Schuldzuweisungen gegen sich selbst, vielmehr sind sie häufig mit Wut gegen sich selbst verbunden, die dann z.B. ihren Ausdruck in massiven

Selbstverstümmelungen findet oder auch als depressive Leere. Diese Patienten fordern Hilfe, die sie aber nicht annehmen können, sondern entwerten müssen. Dies führt früher oder später zum Nachlassen der Hilfsbereitschaft, was wiederum den Patienten ihre Annahme bestätigt, daß ihnen sowieso niemand helfen wird.

- * *Störung der Sexualität* (siehe dazu: Strukturelle Ebene)
- * *psychosomatische Symptome*: hier finden sich alle bekannten und unbekannt, d.h. von Anatomie und Physiologie losgelösten Symptome, die ebenfalls rasch untereinander wechseln können.
- * *psychotische Symptome* sind meist sehr kurz (sogenannte Minipsychosen), wobei die Patienten meist zur Realitätsprüfung bereit sind: "Es ist schon komisch mit den Stimmen!" Oft finden sich Auslösesituationen in Beziehungskonflikten zu Mitarbeitern oder Mitgliedern von Familien. In sogenannten optischen Halluzinationen können Bilder blutigen Inhalts Hinweise auf erlittene Traumatisierungen sein.
- * *Verluste der Impulskontrolle* betrifft die Sexualität wie das Essen, die Einnahme von Drogen, spielsüchtiges Verhalten und Selbstbeschädigungen, insbesondere aber auch aggressive Übergriffe auf andere Menschen.
- * *Störung des Sozialverhaltens* reicht von delinquentem Verhalten bis hin zur sogenannten antisozialen Persönlichkeitsstörung.
- * *Drogenmißbrauch* einschließlich dem von Medikamenten dient eher zur Vermeidung von diffuser Angst und innerer Leere, also der Vermeidung eines unangenehmen Gefühls, nicht dem Erzeugen angenehmer Gefühle.
- * *Suicidales Verhalten und Selbstbeschädigung*: wie bereits in der Einleitung dargestellt, bestimmen suizidale Äußerungen und selbstbeschädigende Handlungen häufig den klinischen Alltag solcher Patienten.

Nach meiner Erfahrung kann selbstbeschädigendes Verhalten aus mindestens vier verschiedenen Perspektiven betrachtet und begriffen werden:

1. Im Sinne von Selbstvergewisserung: "Ich blute, ich habe Schmerz, also lebe ich."
2. Im Sinne von Spannungsabfuhr, denn häufig bringt schon die Planung weiterer z.B. Unterarmschnitte eine gewisse Entlastung, die Durchführung kann dann noch unter Umständen über Stunden oder gar Tage aufgeschoben werden.
3. Im Sinne von Selbstbestrafung und Schuld.
4. Als Appell an eine Beziehung.

Bei einem Teil der Patienten werden Selbstverletzungen im Zustand der Anästhesie durchgeführt, es besteht also zum Verletzungszeitpunkt kein Schmerzempfinden.

Auf der deskriptiven Ebene findet sich also ein großes psychopathologisches Sammelbeken. Es besteht eine erhebliche Fluktuation zwischen den einzelnen Symptom- bzw. Störungsgruppen. In Abhängigkeit von der Schwere der Symptome werden Menschen mit Depression, psychotischen Symptomen, Verlust der Impulskontrolle, Suicidalität und Selbstbeschädigung häufiger psychiatrisch-stationär behandlungsbedürftig, andere mit vorwiegend "neurotischen Symptomen" werden unter Umständen in einer bioenergetischen Praxis vorstellig.

IV. Die strukturelle Ebene

Psychiatrische Klassifikationssysteme stellen letztlich Ordnungssysteme von Symptomen bzw. Verhalten dar. Im Laufe meiner beruflichen Entwicklung begann ich, mich kritisch mit dem psychiatrischen Krankheitsbegriff auseinanderzusetzen. Auf meiner Suche nach neuen, genetisch orientierten Ordnungssystemen, die auch therapeutische Implikationen beinhalten, stieß ich auf das OPD-Strukturmodell (OPD, 1996). Die OPD stellt einen meines Erachtens aussichtsreichen Versuch dar, psychodynamisches Diagnostizieren zu operationalisieren.

Das erste Manual des Arbeitskreises OPD wurde 1996 vorgelegt. Es enthält 5 Achsen, die eine mehrdimensionale Erfassung ermöglichen: 4 psychodynamische Achsen werden durch eine deskriptive Achse ergänzt.

- Achse I: Beschreibt die Beschwerdesymptomatik des *Krankheitserlebens* und die *Behandlungsvoraussetzungen* beim Patienten. Der Akzent liegt nicht so sehr auf dem Krankheitsverhalten als auf der subjektiven Einschätzung von Symptomen und der Betonung des Beschwerdecharakters.
- Achse II: *Beziehung* stellt ein Kategoriensystem beobachtungsnaher Verhaltensweisen dar, wobei dieses sowohl „die Formulierung des vom Patienten erlebten habituellen Beziehungsverhaltens durch den Untersucher, als auch die Mitteilung des Untersuchers, wie er das Beziehungsverhalten des Patienten und seine eigene Reaktion darauf erlebt“ (OPD, 1996, S. 43), einbezieht.
- Achse III: Versucht, die Bedeutung der *Konflikte* zu operationalisieren. Es geht sowohl um lebensbestimmende verinnerlichte Konflikte als auch um aktuelle, äußerlich determinierte, konflikthafte Situationen.
- Achse IV: Bildet als *Strukturachse* die Qualitäten oder Insuffizienzen psychischer Strukturelemente ab. Auf vier operationalisierten Integrationsniveaus wird eine deskriptive Einschätzung von Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehrverhalten, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung vorgenommen.

Achse V: Die Achse V der OPD erlaubt eine etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik im Rahmen der ICD 10 (Resch, 1998, S. 378).

Mentzos (1992) weist darauf hin, daß es dem Begriff Struktur in den letzten Jahren ähnlich ging wie beispielsweise dem Begriff Narzißmus: Beide wurden aufgrund sorgloser Verwendung in verschiedenen Kontexten so vieldeutig und diffus, daß man Bedenken hat, sie überhaupt noch zu benutzen. Allein in der Psychoanalyse wird der Begriff Struktur in mindestens vier Bedeutungen gebraucht, nämlich

1. im topographischen Strukturmodell von Freud, der die Strukturverhältnisse der seelischen Persönlichkeit als Zusammenspiel von Es, Ich und Über-Ich beschreibt.
2. in der Bedeutung von Charakterstruktur.
3. als Neurosenstruktur, wie im neurosenpsychologischen Konzept von Schultz-Henke (1991) und
4. als Struktur des Ich, des Selbst und der Beziehungen.

Struktur wird in der OPD im letztgenanntem Sinne benutzt.

„Struktur des Ich, des Selbst, der Beziehungen: In der modernen Differenzierung psychoanalytischer Konzepte wurden Begriffe wie «das Ich», «das Selbst», «die Objektbeziehungen» zunehmend unter strukturellen Gesichtspunkten betrachtet; dabei geht es vor allem um die Entwicklungspsychologie dieser Strukturen, d.h. um Prozesse der zunehmenden Differenzierung und Integration des Selbst in seinen Beziehungen zu den Objekten (...). Die Vorstellungen sind in jüngerer Zeit in zunehmendem Maße durch die Fortschritte der Säuglings- und Kleinkindbeobachtungen beeinflusst worden (...).

Sie betonen die angeborene objektsuchende Aktivität des Säuglings und seine früh entwickelte Kompetenz, den betreuenden Erwachsenen in soziale Interaktionen einzubinden. In diesen lustvollen Interaktionsspielen sind auch die Vorgänge der körperlichen Versorgung der Ernährung einbezogen, welche die klassische Theorie (im Sinne der Oralität bzw. der frühen libidinösen Beziehung) in den Vordergrund gestellt hatte.

In diesen frühen Entwicklungsabschnitten beginnt sich das Ich zu organisieren, das sich interessiert, handlungsbereit und emotional auf das Nicht-Ich, d.h. die Welt der Objekte, ausrichtet (...). Zugleich beginnt hier die Entwicklung der Struktur des Selbst, welche dann abgeschlossen ist, wenn das Ich sich selbst zum Objekt nehmen und sich damit reflexiv auf sich selbst beziehen kann. Die damit verknüpfte Eröffnung eines seelischen Binnenraums und die beginnende begrifflich-symbolische Repräsentation der Erfahrungswelt läßt sich etwa ab dem 18. Lebensmonat beobachten. In der ständigen Beziehung zur Objektwelt differenziert sich einerseits die steuernde, organisierende Funktion des Ich, ferner entstehen Bilder des Selbst und der wichtigen Objekte (die Selbstrepräsentanzen und die Objektrepräsentanzen).

Die Objekte werden als vom Selbst getrennt erlebt, wiedererkannt, affektiv besetzt und verinnerlicht. Die von den wichtigen Objekten erfahrenen emotionalen Einstellungen und insbesondere die affektiv besetzten Interaktionen zwischen Kind und Bezugsperson färben nicht nur deren Bild und die Einstellungen zu ihr, sondern auch das Bild des Selbst, sowie den Selbstwert. Die Struktur des Selbst und die Struktur der Objektbeziehungen reifen also in intensiver Verflechtung. Das Selbst gewinnt zunehmend an Kohärenz, Abgegrenztheit und Fähigkeit der Selbstorganisation. Damit einhergehend festigt sich die Objektbindung an die Sicherheit gebenden Anderen. Die Sicherheit der Objektbindung begünstigt wiederum die Entwicklung der Selbstautonomie, welche in weiteren Schritten dazu führt, daß das erstarkte Selbst sich von den Objekten zu lösen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen beginnt. Am Ende der Entwicklung steht ein autonomes Selbst, das ein Gefühl von Identität ausgebildet hat und das sein Selbstbild und seinen Selbstwert sowie seine Steuerungs- und Handlungsfähigkeit immer wieder regulieren kann.“ (OPD, 1996, S. 66 f.)

Die OPD versteht unter dem Selbst „die reflexive psychische Struktur: Das Ich nimmt sich selbst zum Objekt der Wahrnehmung und wird dadurch zum Selbst (Selbstbild). Das Selbst bewertet sich und fühlt sich von anderen bewertet (Selbstwert). Das Selbst erlebt sich als konstant und kohärent (Identität). Das Selbst integriert alle psychischen Funktionen und Dispositionen zu einem Ganzen, es steuert sich selbst und organisiert die Beziehung zum Anderen“ (OPD 1996, S. 67). Vergleiche dazu Lowen: „Das Kind wird mit einem Selbst geboren, welches ein biologisches, kein psychologisches Phänomen ist.....Man kann das Selbst also als den Gefühlsaspekt des Körpers definieren.....Das Selbst ist kein geistiges, sondern ein körperliches Phänomen“ (Lowen, 1983, S. 41).

Nach der OPD läßt sich die Struktur des Selbst in sechs beobachtbaren Dimensionen abbilden:

1. Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
2. Die Fähigkeit zur Selbststeuerung
3. Die Fähigkeit zur Abwehr
4. Die Fähigkeit zur Objektwahrnehmung
5. Die Fähigkeit zur Kommunikation
6. Die Fähigkeit zur Bindung

Ich möchte nun anhand dieser sechs Dimensionen versuchen zu verdeutlichen, warum man die Symptome der BPS als ein Problem von Strukturdefizit und struktureller Vulnerabilität sehen kann und weshalb diese strukturelle Sichtweise für mich als klinischer Psychiater wichtig ist.

Die **Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung** ist die Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren (Selbstreflexion) und dadurch ein Selbstbild zu gewinnen (was voraussetzt, sicher zwischen Selbst und Objekten differenzieren zu können); die Fähigkeit, das Selbstbild hinsichtlich seiner psychosexuellen und sozialen Aspekte kohärent und über die Zeit konstant zu halten (Identität); die Fähigkeit, innerseelische Vorgänge, vor allem deren affektive Seite, differenzieren zu können (Introspektion).

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben enorme Schwierigkeiten zu beschreiben, was an ihnen besonderes ist, was sie von anderen Menschen unterscheidet und einmalig macht (also mit der integrierten Beschreibung des Selbst im Sinne von Otto Kernberg).

Das Selbstbild ist instabil, Lebensziele, Berufswünsche, Erwartungen an Partner und Freunde sind ebenso unscharf oder häufig wechselnd wie beispielsweise politische und kulturelle Wertvorstellungen. Die Fähigkeit zur Außenbeobachtung und Affektdistanzierung (im Sinne einer therapeutischen Ich-Spaltung) ist erheblich eingeschränkt. Die Sexualität dieser Menschen ist dadurch gekennzeichnet, daß oft eigene stabile Wünsche an Sexualität mit dem Partner nicht vorhanden sind, vielmehr werden die nicht selten sadomasochistisch getönten Wünsche der Partner erfüllt. Die Sexualität dient der Abwehr von Einsamkeit, Leere, Langeweile, Depression, der Abfuhr von Spannung und der Sicherung der Beziehung. Intimität und Nähe zwischen zwei Individuen wird vermieden bzw. ist nicht möglich.

Die **Fähigkeit zur Selbststeuerung** ist die Fähigkeit, sich selbst zu organisieren, so daß das Selbst als Urheber kompetenten Handelns erlebt werden kann; die Fähigkeit, mit seinen Bedürfnissen und Affekten steuernd und integrierend umzugehen, Belastungen auszuhalten und Gleichgewichte wiederherzustellen. Von besonderer Bedeutung ist die Fähigkeit, das Selbstwertgefühl auf realitätsgerechtem Niveau zu errichten und seine Schwankungen regulieren zu können.

Die letztgenannte Fähigkeit ist massiv eingeschränkt, es herrscht eine große Kränkbarkeit vor, minimale kritische Äußerungen anderer Menschen werden als vernichtende Kritik an der ganzen Person erlebt. Eine Äußerung, wie beispielsweise: „Du siehst heute aber blaß aus!“ wird als globale Kritik und Entwertung erlebt. Omnipotenzphantasien dienen der Aufrechterhaltung der (Pseudo-) Autonomie sowie der Abwehr der Angst vor Abhängigkeit, also einer Angst, verlassen und gekränkt zu werden.

Dies führt unter Umständen zu fatalen Auswirkungen für die Therapie im Sinne eines Abbruchs („Ich schaffe es jetzt allein.“) sowie unrealen Einschätzungen von sozialen Situationen, Beziehungen usw. In Abgrenzung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt die narzißtische Persönlichkeitsstörung eher ein durchgängiges Muster von Großartigkeit und reagiert auf Kritik eher mit Wut oder Scham, aber nicht vorrangig mit Selbstentwertung. Die mangelnde Fähigkeit, mit Affekten und Bedürfnissen steuernd und integrierend umzugehen, zeigt sich in impulsivem, nur schwer steuerbarem Verhalten in den verschiedensten Bereichen: Essen, Drogeneinnahme, Sexualität, Spielsucht, Wut und Gewalttätigkeit sowie

Selbstbeschädigung und suicidale Handlungen. Der Wunsch, mit dem Partner Sex zu haben, ist bei Nichterfüllung gekennzeichnet durch die mangelnde Toleranz, Bedürfnisse aufzuschieben, Spannungen auszuhalten. Die Ablehnung dieses Wunsches wird als massive Kränkung, Ablehnung erlebt, mangels ausreichender Subjekt/Objektdifferenzierung ist es ausgeschlossen, daß der Partner andere Bedürfnisse hat.

Die Suicidrate bei BPS liegt laut Dulz und Schneider (1997) bei diagnostizierten Borderline-Störungen bei knapp 10%, bei chronischen Selbstverletzern sogar um 15%. In diesem Sinne handelt es sich also um eine lebensgefährliche Störung.

Das ständige „Agieren“ dieser Patienten mit suicidalen Absichten und Selbstverletzungen, die immerwährende Auseinandersetzung mit der Frage nach Schwere und Ernsthaftigkeit der Suicidalität und das Jonglieren mit Übergeben von Verantwortung an diese Patienten (im Sinne von Freiwilligkeit des stationären Aufenthaltes, Therapiemotivation etc.) und das Abnehmen derselben (im Sinne von gerichtlicher Unterbringung, Fixierung, Zwangsmedikation) machen die Arbeit unter stationären Bedingungen sehr schwer und die Therapeuten ausgesprochen anfällig für Gegenübertragungsgefühle. Störungen und Verlust der Impulskontrolle sind im stationären Setting neben der Selbstbeschädigung am schwersten auszuhalten, wenn sie sich als fremdaggressive, gewalttätige Durchbrüche gegen Mitpatienten oder Mitarbeiter des therapeutischen Teams richten. Vergleichsweise leicht sind daneben Drogenmißbrauch, Freßanfälle und impulshafte Sexualität auszuhalten. Die Instabilität im affektiven Bereich ist augenfällig: Depression, maniformes Verhalten, Reizbarkeit, Angst, Wut, Leere und Langeweile können sich in ständigem und häufigem Wechsel, unter Umständen in Minuten bis Stunden, zeigen.

Die **Fähigkeit zur Abwehr** ist die Fähigkeit, sich bestimmter Mittel („Abwehrmechanismen“) zu bedienen, um sich das seelische Gleichgewicht in inneren und äußeren Belastungs- und Konfliktsituationen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen.

Diese Fähigkeit überschneidet sich stark mit der Fähigkeit zur Selbststeuerung und der der Objektwahrnehmung. Es finden sich gehäuft Abwehrmechanismen auf sogenanntem niedrigen Niveau, vor allen Dingen die der projektiven Identifizierung und der Spaltung. In der OPD werden die Borderline-typischen Abwehrmechanismen folgendermaßen definiert:

Spaltung: Das Selbst und äußere Objekte werden nicht ambivalent, mit guten und schlechten Merkmalen, erlebt, sondern einseitig als nur gut oder nur böse, wobei die Zuordnung zum „Gut/Böse-Schema“ von Person zu Person hin- und herwechseln kann und auch bei der gleichen Person zeitlich rasch wechseln kann. Widersprüchliche, oft in Bezug auf dieselbe Person geäußerte Gefühle (wie Idealisierung und Entwertung) stehen unverbunden nebeneinander, das Wissen um diese Widersprüchlichkeit löst nicht die zugehörigen Affekte bzw. eine Konfliktspannung aus und führt nicht zu einer Korrektur der völligen Umkehrung aller bisher geäußerten Gefühle oder Vorstellungen.

Projektive Identifizierung: Projektion und Identifizierung finden sich hier verknüpft. Das Subjekt erlebt abgespaltene Selbstanteile beim Anderen wieder; anders als bei der Projektion kann damit jedoch keine Distanz vom anderen geschaffen werden. Vielmehr wirkt der Andere, der die - bedrohlichen - Selbstanteile „enthält“ seinerseits bedrohlich, er muß daher ständig überwacht, kontrolliert usw. werden. In dieser Bedrohlichkeit „rechtfertigt“ er gegen ihn gerichtete Aggressivität. Projektive Identifizierung entspricht einer unvollständigen Projektion, vom Standpunkt der Selbst-Objekt-Differenzierung aus gesehen. Der Untersucher bemerkt, daß er vom Patienten in einer Szenerie nach einem „Täter-Opfer-Schema“ einbezogen worden ist, in dem er stellvertretend für den Patienten dessen inakzeptable Impulse ausdrückt und dafür vom Patienten kontrolliert und gefürchtet wird. Der Untersucher fühlt sich immer wieder veranlaßt, gegen seinen Willen in ein bestimmtes, ihm sonst fremdes Rollenmuster zu geraten.

(OPD 1996)

Die **Fähigkeit zur Objektwahrnehmung** ist die Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Realität zu unterscheiden und infolgedessen die äußeren Objekte als ganzheitliche Personen, mit eigenen Absichten und Rechten und mit ihren Widersprüchen wahrzunehmen und sich ihnen empathisch nähern zu können.

Diese Fähigkeit ist, wie bereits oben dargestellt, eng mit der Fähigkeit zur Abwehr verbunden. Die eingeschränkte Fähigkeit zur Objektwahrnehmung wird dadurch deutlich, daß andere Menschen idealisiert oder entwertet werden, sie werden nicht als Menschen mit Stärken und Schwächen wahrgenommen, also nur in schwarz oder weiß, ohne Grautöne. Die Bitte, etwas über die wichtigsten Menschen im Leben zu erzählen und diese zu beschreiben (integrierte Beschreibung eines signifikanten Anderen im Sinne Otto Kernbergs) stößt zumeist auf Ratlosigkeit. Die eingeschränkte Fähigkeit zur Objektwahrnehmung wird unterhalten durch die Abwehrmechanismen der Spaltung, der primitiven Idealisierung und der projektiven Identifizierung. Therapeuten wie Teammitglieder sind entweder nur gut oder nur böse. Wenn diese Objektwahrnehmungen stabil sind, führen sie häufig zu Spaltungen im Team. Nicht selten finden sich aber auch schnelle Wechsel zwischen „nur gut“ und „nur böse“ bezogen auf die einzelne Person. Stationäre Teams erleben sich in Beziehung zum Patienten zerstritten, gespalten (Helfer gegen Entlasser), in ihrer Hilfsbereitschaft zurückgewiesen, gekränkt oder in privatem Kontakt. Einige Teammitglieder werfen den Patienten vor, zu simulieren, nicht richtig krank zu sein, faul zu sein und keine Therapie zu wollen.

Mittels primitiver Idealisierung werden Eltern und Therapeuten mit Idealen, Phantasie- und Wunschbildern versehen: Sie erfüllen alle Wünsche, können alles, sind immer verfügbar, auch nachts privat am Telefon. Da solche Erwartungen zwangsläufig früher oder später enttäuscht werden, folgt prompt die Entwertung. Die projektive Identifizierung betrifft vor allem aggressive Anteile. Diese werden in den Anderen projiziert und müssen dort mangels ausreichender Subjekt-Objekt-Differenzierung um so mehr gefürchtet, unter Umständen sogar angegriffen werden.

Ein anderer Aspekt der Identifizierung ist, daß nach meiner Erfahrung solche Patienten häufig Ärzte, Psychologen, Krankenpfleger werden wollen. Der Abwehrmechanismus der Verleugnung bedingt, daß bekannte und eigentlich nicht zu leugnende Tatbestände regelrecht „ausgeblendet“ werden, zeitweilig nicht abrufbar sind. Das Integrieren früherer Erfahrungen mit aktuellen Situationen ist unmöglich. Die eingeschränkte Fähigkeit zur Objektwahrnehmung führt im Verbund mit den erwähnten Abwehrmechanismen, insbesondere der projektiven Identifizierung, zu den bekannten Problemen der Gegenübertragung, die Therapeuten mit solchen Menschen haben. Wut und Enttäuschung treten in Form von Forderung nach Entlassung oder Abbruch der Therapie zutage, bestenfalls abgewertet in Form von Gleichgültigkeit. Krisen der beruflichen Kompetenz und Identität sind ebenso bekannt wie heftige Grenzüberschreitungen, Zulassen von privaten Kontakten.

Die **Fähigkeit zur Kommunikation** ist die Fähigkeit, sich emotional auf andere auszurichten, sich ihnen anzunähern, sich ihnen mitzuteilen und die affektiven Signale der anderen zu verstehen.

Ich habe im klinischen Alltag überwiegend durchschnittlich bis hochintelligente Patienten erlebt, die meist sehr redegewandt, ohne jegliche affektive Beteiligung schrecklichste Ereignisse berichteten, ein Phänomen, was auch als emotionale Anästhesie bezeichnet wird. Auffällig auch die Unfähigkeit, über einen Affekt zu sprechen. Nach Steimer-Krause (1996) entsteht etwa im Alter von 9 Monaten das sogenannte social referencing: „Konfrontiert man in diesem Alter ein Kind mit einer zwiespältigen Situation, z.B. mit einem Spielzeug, das sowohl Interesse als auch Vorsicht auslöst, so blickt das Kind zunächst zur Mutter, um zu sehen, wie sie reagiert. Lächelt sie, so wird das Kind sich dem Spielzeug nähern, zeigt sie Furcht, wird es sich zurückziehen. Es richtet sich also in seiner Antwort nach dem mütterlichen Affekt und betrachtet ihn als Information über etwas drittes (das Spielzeug), auf das sich beide beziehen. Steimer-Krause beschreibt, daß Psychotiker- oder Borderlinepatienten - vermutlich aufgrund bestimmter Beziehungserfahrungen in der Kindheit - diese Fähigkeit nicht haben. Sie beziehen jeden gezeigten Affekt auf sich selbst, nicht aber auf ein drittes. Sie verstehen nicht, daß der Affekt des Gesprächspartners sich nicht auf sie, sondern z.B. auf das Wetter oder einen anderen gemeinsamen Gesprächsgegenstand beziehen kann. Dadurch sind sie von Affekten unmittelbar „betroffen“, was ihre Fähigkeit, darüber zu kommunizieren, einschränkt. Es fehlt ihnen der Abstand zum Affekt des anderen, der es ihnen erst ermöglichen würde, seine Mitteilungen als Mitteilungen über etwas zu verstehen. Stattdessen fühlen sie sich direkt beeinflusst, weil sie z.B. eine abfällige Äußerung über das Wetter auf sich selbst beziehen“ (Steimer-Krause, 1996, zitiert bei Dornes 1997).

Die **Fähigkeit zur Bindung** ist die Fähigkeit, innere Repräsentanzen des Gegenübers zu errichten (Objektinternalisierung) und langfristig affektiv zu besetzen (Objekt Konstanz); die Fähigkeit, zwischen Bindung und Lösung wechseln zu können (Fähigkeit zu Abschied und Trauer); die Fähigkeit, zum Schutz der Bindung Regeln für die Interaktion mit wichtigen anderen zu entwickeln.

Zu dieser strukturellen Dimension fiel mir im klinischen Alltag auf, daß in den Liebesbeziehungen borderlinepersönlichkeitsgestörter Menschen ebenfalls das „Alles-oder-nichts-Prinzip“ herrscht: Verschmelzung oder Trennung, Individualität wird als zu bedrohlich erlebt. Nach Trennungen werden diese entweder nicht realisiert und akzeptiert oder nach dem Motto: „Aus dem Auge, aus dem Sinn!“ wird der Beziehung, den Gefühlen sowie Erinnerungsstücken wie Fotos, Geschenke etc., inhaltlich und affektiv die Bedeutung für die verfllossene Beziehung entzogen oder beispielsweise Geschenke, Erinnerungsfotos usw. werden vollständig vernichtet.

V. Genese der BPS

Die Mehrzahl der psychoanalytisch orientierten Autoren geht stillschweigend oder explizit von einer frühen und tiefgreifenden Störung der Mutter-Kind-Beziehung aus, aufgrund derer ein verlässliches Fundament für die Ich-Entwicklung und die Differenzierung von Selbst und Objekt fehlt.

Winnicott (1974) ist der Auffassung, daß in den ersten Lebensjahren dem Kind eine haltende, stützende und schützende Umgebung gefehlt hat.

Masterson (1972) hält frühe Trennungserfahrungen, die den Charakter unmittelbarer Todesgefahr hatten, bedeutsam für die Entstehung. Das Kind klammerte sich infolgedessen an und verzichtete auf die Entwicklung von Autonomie.

Chessick (1977) ist der Auffassung, die Mütter der zukünftigen Borderline-Patienten verleugnen eigene Ängste, z.B. auch die vor dem Verlassenwerden durch das Kind, und fordern von diesem fast grausam, daß es sich ihren Erwartungen gemäß entwickeln solle. Dulz/Schneider warnen jedoch vor einer Neuauflage der schizophrenen Mutter.

Die genetischen Theorien der psychoanalytisch orientierten Autoren Kernberg (1967), Searles (1958), Mahler (1975) und Wolberg (1973) stimmen in folgenden wesentlichen Punkten überein:

- * der entscheidende Lebensabschnitt ist das späte 2. und das 3. Lebensjahr
- * das Kind nimmt die Mutter bereits deutlich als von ihm getrenntes Objekt wahr
- * Autonomiebestrebungen erreichen ihren ersten Höhepunkt
- * diese Autonomiebestrebungen werden von einem Elternteil (meist der Mutter) aktiv verwehrt, weil
- * sie das Kind als narzißtische Erweiterung ihres eigenen Selbst (miß-) braucht
- * von dem Kind nicht zu bewältigende Kränkungen und Enttäuschungen hindern es an der Weiterentwicklung

- * von Bedeutung ist besonders die phasenspezifische Kränkung der Beschneidung der Autonomie, also der Erfahrung, als eigenständiges Individuum mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen nicht existieren zu können oder zu dürfen, so daß
- * die eigenen Bedürfnisse eine zerstörerische Qualität für das Selbst und die Objekte erlangen.

Margret Mahler (1975) ist explizit der Auffassung, daß nach der symbiotischen Phase in den ersten fünf Lebensmonaten, etwa vom 5. bis 18. Lebensmonat, die Trennung von Selbst und Objekt erfolgt: zunächst aber in viele gute und böse Teil-Selbste und Teil-Objekte. Ab dem 18. Lebensmonat sollte dann die Integration zu einheitlichen Selbst- und Objektrepräsentanzen erfolgen, die aber im Falle der sich entwickelnden Borderline-Persönlichkeitsstörung durch den Abwehrmechanismus der Spaltung verhindert wird. Dieser frühen analytischen Entwicklungspsychologie wird von seiten der Säuglingsforscher und Dornes (1992, 1997) zunehmend widersprochen.

Bei Kernberg, Mahler und andere Autoren finden sich keine konkreten Hinweise auf die Bedeutung von Mißbrauch und Mißhandlung in der Genese. Diese Hinweise häufen sich erst seit etwa 1990. Zunehmend wird jetzt davon ausgegangen, daß Mißbrauch und Mißhandlung auf dem Boden unzureichender Pflege und Bemutterung sowie schwierigster familiärer und sozialer Bedingungen die Entwicklung der oben genannten Abwehrmechanismen begünstige. Gravierende Erfahrungen von Frustration, Aggression und Enttäuschung halten nach dieser Auffassung die Spaltung in gute und böse Objekt- und Selbstrepräsentanzen aufrecht, was sich in der Polarisierung: Idealisierung vs. Entwertung zeige. Tatsächlich erlebte Ohnmacht begünstige die Entwicklung von Omnipotenzgefühlen sowie das Bedürfnis nach Macht und Kontrolle, Mißbrauch und Gewalt begünstigen außerdem dissoziative Reaktionen.

Wie bereits oben angedeutet, wurde der Auffassung von den Säuglingsforschern insofern widersprochen, als nach deren Auffassung schon im 1. Lebenshalbjahr deutliche Hinweise für ein einheitliches Selbstempfinden und eine einheitliche Objektwahrnehmung zu beobachten sind. Vielmehr sind sie der Meinung, daß die ganzheitliche Wahrnehmung des Kleinkindes aufgrund zu großer affektiver Belastungen oder weil die Mutter nicht in der Lage ist, langdauernde ungemilderte Spannungsstände zu modulieren, zusammenbricht. Dulz/Schneider (1997) weisen darauf hin, daß „leichtere“ Formen der BPS beispielsweise auf dem Boden psychischer Mißhandlungen (wie Kränkung, Demütigung) und narzißtischen Mißbrauchs sich entwickeln könnten. Nach deren Auffassung dürfte auch der Zeitpunkt der Mißhandlung Ausprägung und Grad der Störung erheblich mitbedingen. Fremde und eigene Untersuchungen der Autoren weisen darauf hin, daß die Gerichtetheit der Aggression (also Selbst- oder Fremdaggression) weniger vom Geschlecht als von der Form der Traumatisierung abhängig ist: sexueller Mißbrauch würde eher zu selbstaggressivem, körperliche Mißhandlung eher zu fremdaggressivem Verhalten führen.

VI. Borderline-Störungen im Kindesalter

Die Frage, ob es Borderline-Störungen im Kindesalter gibt, wird in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie eher am Rande und ohne großes Engagement diskutiert. Die Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ wird von deutschen Kinder- und Jugendpsychiatern wohl eher selten benutzt.

Das gründet sich zum einen auf die in der Einleitung beschriebene unterschiedliche Entwicklung des Begriffs in der amerikanischen und europäischen Psychiatrie. Zum anderen fordern die psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM und ICD, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erst nach Abschluß der Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz zu benutzen.

In den USA findet im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Auseinandersetzung mit dieser Störung seit über 40 Jahren statt. Amerikanische Kinder- und Jugendpsychiater zögern nicht, im Alter von 8 Jahren den Begriff Persönlichkeitsstörung zu benutzen. Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff Persönlichkeitsentwicklungsstörung bevorzugt. Hier findet sich demzufolge auch in der Literatur wenig Auseinandersetzung mit Borderline-Störungen im Kindesalter.

Eine große Ausnahme stellen zwei Publikationen von Diepold (1992,1995) dar. Diepold hat eine Anregung von Shapiro (1990) aufgenommen, der vorschlug, eine große Gruppe ernster, nicht-psychotischer Störungen bei Kindern zu sammeln, zu systematisieren und erst dann die Brauchbarkeit des sich daraus ergebenden Konstruktes zu prüfen. Frau Diepold führte eine schriftliche Befragung von 100 analytischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und 40 Kinder- und Jugendpsychiatern durch, die Angaben zu insgesamt N = 191 Patienten machten. Sie ordnete die Einschätzungen, Falldarstellungen etc. dieser Therapeuten in folgende vier Bereiche:

1. Soziale Lebenssituation von Borderline-Kindern
2. Traumata in den ersten Lebensjahren
3. Symptomatik
4. Psychodynamik

Die soziale Lebenssituation von Borderline-Kindern ist geprägt von Trennungen. Die Vorgeschichte dieser Kinder beinhaltet schwierigste familiäre Lebensbedingungen, häufigen Streit der Eltern, schwere Erkrankungen oder Tod eines Elternteils, gehäuft körperliche Mißhandlung. Nur ein Drittel der beschriebenen Kinder lebte zum Untersuchungszeitpunkt noch bei beiden leiblichen Eltern, ein Viertel der Kinder war fremduntergebracht. Es fanden sich überdurchschnittlich viele Einzelkinder, was auf einen Mangel an protektiven Faktoren, die auch im Kleinkindalter Geschwister darstellen, zurückgeführt wird, ferner traten auffällig viele psychische Erkrankungen in der Eltern- und Großelterngeneration auf.

Traumata in den ersten Lebensjahren bestehen bei über 80% der Kinder in Form von massivem Streit in der Familie, Trennungen sowie schweren Krankheiten der Eltern. Über 50% der Kinder litten im Kleinkindalter selbst unter schweren körperlichen Krankheiten oder anderen Behinderungen, waren also überdurchschnittlich häufig mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen konfrontiert.

Die **Symptomatik** dieser Kinder ist vielfältig und stark fluktuierend: neben heftigen Aggressionen, die diese Kinder schwer steuerbar und sozial kaum integrierbar machen, finden sich Kontaktstörungen, multiple Ängste, Schulschwierigkeiten, Autoaggression, Depression sowie funktionelle Störungen wie Enuresis, gestörter Motorik, Eßstörungen, Schlaf- und Sprachstörungen.

In der **Psychodynamik** dieser Kinder fehlen stabile Abwehrkonfigurationen, die diskrepante Entwicklung dieser Kinder äußert sich vor allen Dingen in Fluktuationen des Funktionsniveaus des Ich. In Belastungssituationen rutschen diese Kinder auf niedrige Entwicklungsniveaus und zeigen häufig merkwürdiges, kleinkindhaftes Verhalten.

Die eingeschränkte **Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung** zeigt sich in den großen Schwierigkeiten dieser Kinder, Aggressivität und Impulsivität zu kontrollieren, Angst und Panik werden umgesetzt in aggressiv gefärbte Aktionen und Kontrollverluste. Die z.T. gravierende Selbstwertstörung, die sich durch innere Desorganisation und fehlende Kohäsion zeigt, wird bedingt durch den Mangel an guten inneren Objekten (Objekt Konstanz). Mit beeinflusst ist auch die **Fähigkeit zur Bindung**: im Falle von Trennungen (Dienstschluß einer Bezugsbetreuerin) wird mangels Objekt Konstanz die Angst übermächtig. Es fanden sich infolgedessen gehäuft ängstlich-anklammernde Bindungen zu Bezugspersonen.

Zur Überprüfung der Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Kindern“ benutzt Diepold acht Kriterien:

1. Heredität und affektive Erkrankungen
2. Krankheiten und Schmerz
3. Frühe Entwicklung
4. Art und Ausmaß der Angst
5. Selbstbeschädigung
6. Abwehrkonfiguration
7. Objektbeziehungen
8. Gegenübertragung

VII. Therapie

Es gibt meines Wissens über alle psychiatrischen, vor allen Dingen aber psychotherapeutischen Schulen hinweg Einigkeit darüber, daß die Behandlung einer Persönlichkeitsstörung einer langfristigen psychotherapeutischen Behandlung bedarf, die nicht notwendigerweise, und wenn, dann nur kurzfristig, eines stationären Settings bedarf. Eine kurzfristige stationäre Aufnahme im Sinne einer Krisenintervention kann erforderlich sein, um Suizidalität und Depression, Anzahl und Schwere der Selbstverletzungen oder des Suchtverhaltens zu vermindern. Nun stellt sich aber gerade die Entlassung nach Krisenintervention und Einleitung oder Weiterführung einer ambulanten Psychotherapie als großes Problem dar: BPS-Patienten erzwingen geradezu durch ihr Verhalten respektive ihre Symptome häufig und wiederholt stationäre Aufnahmen, oft verbunden mit gerichtlicher Unterbringung, zeigen sich aber bezüglich der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung als uneinsichtig. Nicht selten entstehen aus derartigen Konstellationen mehrmonatige Aufenthalte, deren Ziele möglichst genau formuliert werden sollten. In meiner Arbeit hatte sich bewährt, schriftliche Behandlungsverträge, mit welchen Mitteln, über welche Zeit, welches Ziel erreicht werden soll, zu formulieren.

Im Vordergrund steht hierbei das Bestreben, die Verantwortung für Aufenthalt und Therapie immer wieder so schnell wie möglich dem Patienten zu übergeben, im Falle von schweren Selbstverletzungen oder besorgniserregender Suizidalität aber auch nicht zu zögern, dem Patienten die Verantwortung dafür abzunehmen. Es ist immer eine Gradwanderung, dieser Umgang mit der sogenannten Suizidalität: immer wieder muß erneut abgewogen werden, ob der Schutz des Patienten oder seine Selbstverantwortung im Vordergrund stehen soll. Aus den genannten Gründen sind langfristige gerichtliche Unterbringungen kontraindiziert, oftmals gelingt es aber nicht, den verantwortlichen Richtern das Erfordernis einer nur dreitägigen Unterbringung zu vermitteln. In dem o.g. Behandlungsvertrag sollte detailliert formuliert werden, ob es sich um eine Krisenintervention zur Minderung von Suizidalität und Selbstverletzung oder um einen längeren psychotherapeutischen Aufenthalt zur Veränderung der Persönlichkeitsstruktur handelt, ob und wann Medikamente eingesetzt werden; andere Ziele wie Bewältigung aktueller Konflikte und Belastungen, Kontaktaufnahme mit Arbeitsamt und Sozialamt usw. sollten gegebenenfalls nicht fehlen. Es empfiehlt sich ferner, explizit die Bedingungen zu formulieren, die für eine Entlassung erfüllt sein müssen.

BPS-Patienten gehören auf psychiatrischen Stationen zu den am wenigsten gern gesehenen Patienten, weil sie gesünder wirken als klassische Psychosen und weil die Schwere des Störungsbildes häufig verkannt wird. Wie bereits oben dargestellt, sind Streit und Spaltung im Team häufig: die Polarisierung Helfer vs. Entlasser erfordert unbedingt fallbezogene Teamsupervisionen. Strukturell gestörte Patienten brauchen viel äußere Struktur: klare transparente Wenn-dann-Absprachen, Regeln, Grenzen, Zuständigkeiten. Regeln müssen klar formuliert sein, aber unter Umständen variabel gehandhabt werden. Es muß klar sein,

daß Gewalt gegen Teammitglieder die sofortige Entlassung, oder wenn diese nicht möglich, Verlegung auf eine andere Station nach sich zieht. Die Sicherheit der Teammitglieder darf nicht hinter der Sicherheit der Patienten zurückstehen. Es empfiehlt sich unbedingt eine personelle Konstanz bei Therapeuten und Bezugsbetreuern und Transparenz, wer worüber entscheidet.

Zusammenfassend muß also mit dem Patienten erarbeitet werden und ihm klar sein, unter welchen Bedingungen Therapeuten und Team dem Patienten Schutz und Halt als Grundlage einer therapeutischen Arbeit gewähren können und unter welchen Bedingungen nicht.

In psychiatrischen Kliniken tätige Ärzte und Psychologen sind bislang nicht selten ohne psychotherapeutische Zusatzqualifikation. Das wird sich glücklicherweise in Zukunft dank veränderter Ausbildungsrichtlinien (zumindest für Ärzte) verändern. Es gibt sehr differenzierte störungsspezifische psychoanalytische Behandlungsansätze (vergleiche hierzu insbesondere Kernberg, 1993), besonders überzeugend finde ich persönlich das auf verhaltenstherapeutischem Boden gewachsene Konzept von Linehan (1996): Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Welcher psychotherapeutischen Schule man auch immer nahe steht: verhaltenstherapeutische Elemente sind im stationären Rahmen meines Erachtens unverzichtbar, denn wenn wir suicidales und selbstverletzendes Verhalten (womit auch immer) negativ verstärken, arbeiten wir bereits verhaltenstherapeutisch.

Analytisch orientierten Therapeuten wird empfohlen, allenfalls bei weit fortgeschrittener Therapie aufdeckend und deutend zu arbeiten. Für eine Deutung wie etwa: "Das sie sich jetzt selbst verletzen, hat damit zu tun, daß sie als Kind verletzt wurden!" muß erst ausreichend Struktur, d.h. Fähigkeit zur Integration dieser Deutung entwickelt werden. Es wird ferner dringend empfohlen, zu viel Regression zu vermeiden durch übermäßiges Verwöhnen, zu viel und zu lange Sitzungen oder Angebote, ständig verfügbar zu sein. Die Sitzungen sollten sich auf aktuelle Themen (wie Beziehungsproblematik, Sicherung des Arbeitsplatzes usw.) konzentrieren und auf weniger konflikthafte Bereiche von Persönlichkeit und Erleben. Die Sitzungen selbst sollten hochstrukturiert sein mit zeitlich definiertem Rahmen, lange Pausen sollten ebenso verhindert werden wie Assoziieren, unter Umständen müssen von seiten des Therapeuten Themen vorgegeben werden. Der therapeutische Prozeß sollte - wenn immer möglich - bündnisorientiert sein ohne ggf. massive Konfrontationen ausschließen.

Ich denke an eine Patientin, in deren Gesicht und Kontaktverhalten zumeist das Anwachsen eines Spannungszustandes deutlich wurde, der dann in Selbstverletzungen mündete. Auf Befragen konnte die Patientin äußern, daß es wohl das Günstigste sei, sie dann schnell zu fixieren. Wir folgten der Empfehlung, die Fixierung führte zur sofortigen Entspannung, so daß wir die Patientin wenige Minuten später auf ihren Wunsch hin wieder defixieren konnten. Sie erklärte stets im Anschluß schriftlich ihr Einverständnis mit der Fixierung. Die Patientin hatte also selbst eine Problemlösung vorgeschlagen und damit ihrer Tendenz zur Selbstentwertung Kompetenz entgegengesetzt.

Konfrontation ist immer wieder erforderlich, notfalls auch massiv, mit vom Patienten hartnäckig verleugneten gedanklichen Inhalten oder realen Gefahren. Spaltungstendenzen sollte sofort und unverzüglich entgegengewirkt werden, indem wir das Wut-Böse-Schema attackieren, uns also als lebendige Person zeigen, dazu gehört auch, dem Patienten in angemessener Form (Gegenübertragungs-) Gefühle mitzuteilen, auch Ärger und Hilflosigkeit.

Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt eine enge Verzahnung von Therapie und Pädagogik dar. Dank der Auseinandersetzung mit der OPD habe ich Pädagogik als essentiellen Bestandteil von Therapie begriffen. Ich glaube, daß wir strukturelle Reifung bewirken, wenn wir viel äußere Struktur vorgeben (Regeln, Regelverstöße, Freizeitgestaltung usw.). Stationäres Setting und Regelwerk, Ausschöpfen der Ressourcen auf seiten der Patienten und deren Familien helfen im Verbund mit Techniken der Verhaltensmodifikation, die **Fähigkeit zur Selbststeuerung** zu verbessern. Spiegeltechniken und Konfrontation mit der Realität verbessern die Fähigkeit zur **Selbstwahrnehmung**. Das Korrigieren von wahnhaften Inhalten, unsere lebendige Präsenz als Therapeuten und das Arbeiten mit und Kommunizieren über Gefühle vergrößern die **Fähigkeit zu Objektwahrnehmung und Kommunikation**.

Literaturverzeichnis:

- Arbeitskreis OPD (1996): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik
 Bleuler, E. (1908): Die Prognose der Dementia praecox
 Bleuler, E. (1916): Lehrbuch der Psychiatrie
 Chessik, R. (1977): Intensive psychotherapy of the borderline patient
 Diepold, B. (1992): Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter
 Diepold, B. (1995): Borderline Entwicklungsstörungen bei Kinder - Zur Theorie und Behandlung
 Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Herausgeber) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10)
 Dornes, M. (1992): Der kompetente Säugling
 Dornes, M. (1997): Die frühe Kindheit
 Dulz, B., Schneider, A. (1995): Borderline-Störungen
 Hughes, C.H. (1884): Borderland psychiatric records - pro-dromal symptoms of psychical impairment
 Kernberg, O. (1967): Borderline personality organisation
 Kernberg, O. (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus
 Kernberg, O. (1993): Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten
 Linehan, M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung
 Lowen, A. (1983): Narzißmus
 Mahler, M. (1975): Die psychische Geburt des Menschen
 Masterson, J. (1972): Treatment of the borderline adolescent
 Mentzos, S. (1992): Neurotische Konfliktverarbeitung
 Reich, W. (1925): Der triebhafte Charakter
 Resch, F., Schulte-Markwort, M., Bürgin, D. (1998): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugend

- Rhode-Dachser, Ch. (1979): Das Borderline-Syndrom
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (1996): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV
- Shapiro, T.H. (1990): Resolved: Borderline personality exists in children under twelve
- Schultz-Hencke, H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie
- Steimer-Krause, E. (1996): Übertragung, Affekt und Beziehung. Theorie und Analyse nonverbaler Interaktionen schizophrener Patienten
- Winnicott, D.W. (1965, 1984): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt

Anschrift des Verfassers:

Reinhard Weber, Holunderwinkel 8, 16816 Neuruppin, Tel. 03391-3307

Ulrich Sollmann: Rezension zur körperpsychotherapeutischen Literatur

Inzwischen gibt es eine große Anzahl von körperpsychotherapeutischen Aufsätzen, Artikeln und Büchern. Zum einen sind die Werke schwer zugänglich, da viele der Artikel und Aufsätze in kleinen Fachorganen publiziert werden oder in Fachzeitschriften, die zunächst mit der Körperpsychotherapie nichts zu tun haben. Zum anderen ist die körperpsychotherapeutische Literatur inzwischen so zahlreich vorhanden, daß „man gar nicht mehr durchblickt“.

Eine Bibliographie und ein Archiv für Körperpsychotherapie schaffen wieder den nötigen Durchblick bzw. vereinfachen die Suche.

Dr. habil. Ulfried Geuter hat eine **Bibliographie der deutschsprachigen Literatur zur Körperpsychotherapie** erstellt. Diese Zusammenstellung erfolgte im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie und ist im Mai 1998 bei Simon + Leutner erschienen. Also topaktuell!

Diese Bibliographie versucht die deutschsprachige Literatur des gesamten Feldes der Körperpsychotherapie zu erschließen. Unter Körperpsychotherapie werden dabei Ansätze innerhalb der Psychotherapie verstanden, die sich in ihrem Denken und in ihrer Behandlungsmethodik auf Psyche und Körper zugleich beziehen. Unberücksichtigt bleiben Körpermethoden wie Eutonie, Alexander-Technik, Rolfing, Atemarbeit usw., die sich nicht als Psychotherapie definieren. Auch wenn der Einsatz dieser Methoden psychotherapeutisch wirksam sein kann. Die Bibliographie beschränkt sich auf Beiträge zur Theorie und Methodik der Körperpsychotherapie als einer der Grundorientierungen der Psychotherapie. Im ersten Abschnitt werden historische Texte zur Begründung körperbezogener psychotherapeutischer Ansätze vorgestellt, Abschnitt 2 listet Überblicksdarstellungen und Sammelwerke auf, während Abschnitt 3 allgemeinere Abhandlungen zur Körperpsychotherapie verzeichnet.

Die Verbindung von Körperpsychotherapie und Psychoanalyse wird in dem gesonderten Abschnitt 4 erfaßt. Die eher analytische Richtung in der Körperpsychotherapie wird im Abschnitt 5 dargestellt. Die neo-reichianische Richtung in Abschnitt 6. Die bewegungs- und erlebnisorientierten Verfahren im 7. Abschnitt werden ergänzt durch die Texte zur Tanztherapie im 8. Abschnitt.

Berührungspunkte zwischen Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie und Körperpsychotherapie finden sich in den Abschnitten 9 bis 11.

Spezifische Aspekte von Körperpsychotherapie und Entwicklungspsychologie/Säuglingsforschung werden in Abschnitt 12 und die Beziehung von Körperpsychotherapie und Sexualität in Abschnitt 13 erfaßt.

Sehr interessant und hilfreich für die Suche nach speziellen Arbeiten ist der 14. Abschnitt, in dem spezifische Störungen, Erkrankungen und Problemgruppen erfaßt sind, wie: Angst, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Asthma, forensische Klienten usw..

Die Anwendung von Körperpsychotherapie in Psychosomatik (Abschnitt 15) und Psychiatrie (Abschnitt 16) wird in Extraabschnitten erfaßt.

Abschließend werden im 17. Abschnitt die empirischen Forschungen zur Relevanz und Wirkung körperpsychotherapeutischer Behandlungen erfaßt.

Der Autor, ein körperpsychotherapeutischer Kollege, hat äußerst gründlich recherchiert. Die Auflistung von Arbeiten unter spezifischen Aspekten wird den Praktikern unter uns von großer Hilfe sein. Die genaue Angabe der jeweiligen Texte hilft, die Texte schnell zu finden.

Herr Geuter hat die komplette Literaturliste der deutschsprachigen Literatur zur bioenergetischen Analyse, die der DVBA erstellt hat, komplett übernommen und eingearbeitet. Er ist natürlich für Hinweise und Ergänzungen zur Bibliographie für eine spätere Neuauflage dankbar, zumal das eine oder andere Werk noch nicht erfaßt ist:

Dr. Ulfried Geuter, Martin-Luther-Str. 78, 10825 Berlin, Fax: 030/7812256

Bioenergetics go Internet!

So, als hätten sich Dr. Ulfried Geuter und Dipl.-Psych. Peter Freudl abgesprochen, passen die beiden Initiativen und ergänzen sich. Die Arbeiten, die in der Bibliographie von Dr. Geuter erfaßt sind, werden im **Archiv für Körperpsychotherapie im Internet** angeboten. Das Archiv für Körperpsychotherapie versteht sich als zeitgenössische computerunterstützte Literaturdatenbank und Mediathek. Das Archiv enthält eine umfangreiche Sammlung zeitgenössischer Materialien zur Körperpsychotherapie: Bücher, Zeitschriftenartikel, Monographien, Broschüren, Videos und Tonkassetten, die sich mit Körperpsychotherapie im weitesten Sinne beschäftigen. Der Schwerpunkt des Archivs liegt auf Materialien der Körperpsychotherapie in der Tradition von Wilhelm Reich. Die Texte sind im Computerprogramm gespeichert und über eine detaillierte Suchabfrage aufgrund von einzelnen Stichworten auffindbar. Es besteht auch die Möglichkeit, Stichworte zu kombinieren. Eine vollständige Liste der über 600 Stichwörter findet man auf den Internet-Seiten des Archivs über: „<http://home.t-online.de/home/Peter.Freudl>. Literaturlisten können auf Wunsch zusammengestellt werden. Sie können auch als kommentierte Liste erbeten werden. Ebenso gibt es einen Kopierservice.

Archiv für Körperpsychotherapie, Holunderstr. 1, 25337 Elmshorn
Fon und Fax: (+49) (0)4121 78473
e-Mail Adresse: Peter.Freudl@t-online.de
Internet: <http://home.t-online.de/home/Peter.Freudl>

Ebenso wie Herr Dr. Geuter ist Peter Freudl natürlich an Hinweisen und Ergänzungen sehr interessiert. Die Literaturliste des DVBA zur deutschsprachigen Literatur der bioenergetischen Analyse ist komplett im Archiv enthalten und kann weltweit abgefragt werden.

Die beiden Initiativen von Geuter und Freudl dienen m.E. als Fachlektüre, als praktisch-therapeutische Hilfe, aber auch im Sinne der Reputation in der wissenschaftlichen Welt.

Ulrich Sollmann: Management by Körper, Orell Fussli, 1997

Alle klagen über die rasante gesellschaftliche Entwicklung, über die hohe Komplexität und über Stress - alles Phänomene, die zu bewältigen sind - man muß nur wissen wie!

Bioenergetik hilft, das Zusammenspiel von Körper-Erleben und Fühlen, Körper-Ausdruck und Handeln zu begreifen. Das persönliche Stressprofil und die Art und Weise, mit Belastungen umzugehen, sagen viel über das Innere des Menschen aus. Wo die stressproduzierenden Faktoren liegen, wie auf diese einzuwirken ist, zeigt der Autor an praktischen Trainingsmodellen und mit Anleitungen zum konkreten Handeln.

Kapitel 1 Gymnastik für die Seele

... das Ganze pflegen!
Management der «ortlosen Welt»
Anleitung zur Verunsicherung
Völlig fertig
Was ist Bioenergetik?
Auf der Bühne des inneren Theaters
Es gibt keine Sicherheiten
Lachen ist das beste Programm

Kapitel 4 Körperausdruck und Persönlichkeit

Erregung der Ich-Identität
Person werden, sozial werden
Lebendiges Leben
Der Körper und das Ich
Hierarchie der Gefühle
Innerer Konflikt
Bewußtsein menschlicher Rechte

Kapitel 2 Bioenergetik

Bioenergetische Leitlinien für die Praxis
Übung und Selbsteinschätzung
Immer wieder wichtig ist:
Bioenergetisches Warming-up
Übung und Stress
Beginn der praktischen Arbeit
Bioenergetik und Grounding
Kreisläufe und Wirkungszusammenhänge
Übungssequenzen
Übungen, Übungen, Übungen
Bewegungsarten

Kapitel 5

Körpersprache

Der Analytiker (Der Einsame)
Der Kommunikative
Der Macher
Der Verlässliche
Der Erfolgreiche (Der Selbstbewußte)
Empfehlungen für die Übungen
Persönlichkeitsmodell
- Körper
- Erleben
- Belastung/Stress
- Handeln
- Führungsverhalten

Kapitel 4 Stressgeschehen

Das Leben auf der Überholspur
Stress macht ...
Das Stressgeschehen
Energie und Persönlichkeit
Killergedanken wider die Natur
«Akkord ist Mord»
Wieder gesund werden

Kapitel 6

Körper-Management

Körper und Kontext
Der Körper und die «lernende Organisation»
Der Mensch auf der Zeitachse

Cäsar H.-J. Schwieger: Charakter als Überlebensstrategie, Kösel 1998

Leseproben aus Kapitel 1 und 2:

Die klassischen Psychotherapien, auch die körperorientierten, haben sich aus der Medizin entwickelt bzw. sind von Medizinern konzipiert worden. Da die Begründer der verschiedenen Therapierichtungen fast ausschließlich Ärzte waren, ist ihre Denkweise ohnehin eine medizinische. Aus diesem Grund neigen sie dazu, auch seelische Phänomene unter rein medizinischen Gesichtspunkten zu betrachten, das heißt psychische Probleme werden primär als pathologische Symptome gesehen, die dann durch therapeutische Interventionen zu eliminieren sind - ähnlich wie bei einem infektiösen Blinddarm, den man lokalisiert und dann herausoperiert.

Die körperorientierten Schulen, einschließlich der Bioenergetik, haben diese pathologische Blickrichtung adaptiert. (S. 9)

Erst in jüngster Zeit zeigt sich bei einigen Autoren eine zaghafte Bereitschaft, die verschiedenen Charakterstrukturen nicht ausschließlich klinisch zu betrachten. Da in der Literatur zur Charakteranalyse - sowohl bei Reich als auch bei den nachfolgenden Neoreichianern - bezüglich der Eigenschaften nur Pathogenes aufgeführt ist, war es notwendig, in einer anderen, das heißt neuen Sichtweise, die verschiedenen Charakterstrukturen auch auf ihre positiven Eigenschaften hin zu untersuchen, diese zu sammeln und zuzuordnen.

Schließlich ist die Herausbildung einer Charakterstruktur nicht ausschließlich pathologisch, sondern vor allem lebenserhaltend, sie ist Ausdruck eines Überlebenskonzepts, welches in einer bestimmten Entwicklungsphase und Familiensituation die ökonomischste und dabei auch kreativste Form der Konfliktbewältigung darstellte.

Dieses «Survivalprogramm der Charakterstrukturen» birgt für jeden einen individuellen Schatz an Lebenshilfe, den es in der Therapie zu heben gilt. Nicht das Verteufeln der negativen Charakteranteile, sondern das Bestärken der positiven Ressourcen ist dann die Grundidee einer Heilung der Seele.

Die vom Klienten in seinem Überlebenstraining gewonnenen positiven Erkenntnisse kann man zielgerichtet therapeutisch einsetzen, um gleichzeitig - vor allem durch Anerkennung der Leistung der positiven Anteile der Charakterstruktur und ihren aktiven Einsatz - Erfolgserlebnisse zu schaffen, die zur Problemüberwindung im Hier und Jetzt notwendig sind. (S. 11)

Immer wieder berichten mir Klienten, die sich in Fachbüchern, aber auch in populärwissenschaftlichen Abhandlungen über ihre Charakterstruktur schlau machen wollten, dass sie sich von der Menge der erschreckenden Symptome wie erschlagen fühlten, vor allem, da dem Negativen nicht Aufbauendes oder Tröstliches entgegenstand. (S. 12)

Wenn sich durch die Entpathologisierung des Klienten neue Möglichkeiten im Beziehungsgeflecht Klient-Therapeut ergeben, kann sich dadurch das hierarchische Gefälle beträchtlich mindern. Auch die Nähe-Distanz-Problematik relativiert sich, und es stellt sich eine neue Qualität der gegenseitigen Akzeptanz ein.

Dies sind wichtige Voraussetzungen für jede Therapie, doch für die körperorientierten Psychotherapien sind sie unabdingbar, da es in der Körperarbeit unerlässlich ist, mit direkten und indirekten Berührungen zu arbeiten.

Mit Berührung ist hier nicht nur der wahrhafte körperliche Kontakt zwischen Klienten und Therapeuten gemeint, sondern jegliche Beziehungsaufnahme im therapeutischen Geschehen; das Unterstützen der Knie oder das Halten des Kopfes ebenso wie ein verstehender Blick oder eine ermunternde Geste. Jede Charakterstruktur hat ihre eigenen Defizite und daraus folgende Bedürfnisse, die zwar vom Klienten unbewusst wahrgenommen werden, aber aus Angst vor Nichterfüllung und der daraus resultierenden Frustrationsvermeidung kompensatorisch umgelenkt werden. Diese «Umleitungen» können dann positiv im therapeutischen Prozess genutzt werden, weil sie den Zugang zu verschütteten Ängsten ermöglichen. (S. 13)

Jede Charakterstruktur hat eine ihre eigene Überlebensstrategie entwickelt, die man unter zwei Aspekten betrachten kann: Negativ gesehen dient sie allenfalls der Angstbindung und sichert so das Überleben, positiv stellt sie eine Mitgift dar, die der Lebensbewältigung mannigfaltige Impulse verschafft. Diese Impulse sollten bewusst als Verstärker in den Therapieprozess mit eingebaut werden.

Ziel einer jeden Therapie ist schließlich der freie Fluss der Lebensenergien, das heißt die Wiederherstellung der geistigen, seelischen und körperlichen Gesundheit, wozu es der Impulse zur Selbstheilung bedarf. Diese Selbstheilung kann aber nur dann vonstatten gehen, wenn bei der individuellen Selbstbeobachtung genügend positive Persönlichkeitsmerkmale zutage treten.

Neben der eigenen Akzeptanz steht immer die durch andere, und wenn diese, beispielsweise von den Eltern, schon in frühesten Jahren versagt wurde, konnte sich nur schwerlich eine eigene aufbauen. So erhält die Beurteilung des Klienten durch den Therapeuten ein besonderes Gewicht, da dieser durch die Gegenübertragung das frühe Trauma verstärken oder kompensieren kann. Absolute Ehrlichkeit ist angebracht, da gerade bei dieser zwischenmenschlichen Beurteilung die Klienten über seherische Fähigkeiten zu verfügen scheinen und jedes Beschönigen als Lüge entlarven.

So kann und darf es nicht Aufgabe des Therapeuten sein, Zweckoptimismus zu verbreiten, was über kurz oder lang zwangsläufig wegen des zu erwartenden Misserfolges zu tiefer Resignation führt. Die Qualitäten des Klienten sollten vielmehr gemeinsam ausgelotet und offen gelegt werden; dabei sollte der Therapeut sie fördern, nicht fordern.

Ein Klient kann nur wachsen, wenn er für das, was er ist, geschätzt wird, und Schätzenswertes findet sich schließlich bei jedem. Nur so kann in der Therapie das Urtrauma bearbeitet werden, bei dem das Kind nicht um seiner selbst willen geliebt wurde, sondern für seine Verbiegungen. Diese positive Betrachtungsweise des anderen, aber auch seiner selbst, müssen im Denkmodell des Therapeuten, in seinem therapeutischen wie auch alltäglichen Handeln verankert sein, da sie, falls nur als therapeutisches Kalkül eingesetzt, garantiert fehlschlagen werden.

Ich glaube, hier bewahrheitet sich die Feststellung, dass jeder Therapeut nur so weit mit seinen Klienten in der Therapie kommt, wie er selber in seiner eigenen gegangen ist. Ist er gesehen worden, kann er wertfrei urteilen, sind seine Qualitäten hinreichend beachtet worden, kann er neidlos würdigen, war Anerkennung selbstverständlich, kann er selber vorbehaltlos akzeptieren. (S. 15 und 16)

Inhaltsverzeichnis:

Wider die pathologische Sichtweise der Psychotherapie

Heilung durch Akzeptanz und Berührung

Entwicklung der Bioenergetischen Analyse

Chancen und Grenzen der Bioenergetischen Analyse

Mißbräuchliche Anwendung der Bioenergetik

Charakterstrukturen in der Bioenergetischen Analyse

- Ätiologie der Charakterstrukturen - Typologischer Vergleich der Charakterstrukturen - Grenzen der Schematisierung

Kreativer Mut der Verzweiflung - Die schizoide Charakterstruktur

Positive Eigenschaften - Körperlicher Ausdruck - Therapeutisches Vorgehen - Phantasiewelt als Realitätsmaßstab/Fallbeispiel zur Schizoidität

Not lehrt Denken - Die orale Charakterstruktur

Positive Eigenschaften - Körperlicher Ausdruck - Therapeutisches Vorgehen - Geistige Höhenflüge aus seelischer Bedürftigkeit/Fallbeispiele zur Oralität

Unter der Bürde der Verantwortung - Die masochistische Charakterstruktur
 Positive Eigenschaften - Körperlicher Ausdruck - Therapeutisches Vorgehen - Was lang
 gärt, wird endlich Wut/Fallbeispiele zur masochistischen Struktur

Durch Selbstverleugnung zur Spitzenleistung - Die rigide Charakterstruktur
 Positive Eigenschaften - Körperlicher Ausdruck - Therapeutisches Vorgehen - Selbst-
 kontrolle aus Angst vor Hingabe/Fallbeispiel zur Rigidität

Lebenslüge als Karriereleiter - Die psychopathische Charakterstruktur
 Positive Eigenschaften - Körperlicher Ausdruck - Therapeutisches Vorgehen - Imagepflege
 auf Kosten von Sein/Fallbeispiel zur psychopathischen Struktur

Eigenständigkeit der psychopathischen Struktur
 Positive Aspekte der oral-rigiden Struktur - Positive Aspekte der masochistisch-rigiden
 Struktur

Mischstrukturen

Schizoid-oral - Schizoid-masochistisch - Schizoid-rigide - Oral-masochistisch - Oral-
 rigide - Masochistisch-rigide

Arbeiten am Charakterpanzer Bioenergetische Körperarbeit

Bioenergetische Übungen

Anschrift des Autors:

**Cäsar H.-J. Schwieger, Große Brunnenstraße 57, 22763 Hamburg, Tel. 040-397014, Fax. 040-
 3908432**

FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

1/1991

Alexander Lowen: Was ist Bioenergetische Analyse?

Jacques Berliner: Grounding, Rooting, Enracinement

Günter Schubert: Spannungszustände: Übertragung, Grounding und Containment in der Arbeit mit dem Atemschemel

Ulrich Sollmann: Die unvollendete Gruppe

2/1991

Heiner Steckel: Gespräch mit Alexander Lowen zu Fragen Bioenergetischer Therapie

Ulrich Gudat, Dorothea Kubierschky: Bioenergetische Analyse in der Psychotherapeutischen Praxis

Rolf Heinzmann: Gruppenregeln

Ulrich Sollmann: Körpersprache im/als Dialog

1/1992

Thomas Ehrensperger: Psychosomatische Medizin und Bioenergetische Analyse

Axel Böhmer: Bericht zur Einleitung einer Behandlung

Konrad Oelmann: Krankengymnastik und Bioenergetische Analyse - ein Tagungsbericht

Rolf Heinzmann: Überweisungskontexte

Alexander Lowen: Ich, Charakter und Sexualität

1/1993

Konrad Oelmann: Anmerkungen zum diagnostischen Vorgehen als Bioenergetischer Analytiker in der ärztlich-psychotherapeutischen Praxis

Jacques Berliner: Meine Chronologie der körperlichen Erkundung

Günter Schubert: Items zur Bioenergetischen Diagnose und Exploration der Widerstände

2/1993

Jacques Berliner: Sexuelle Anamnese unter diagnostischem Blickwinkel

David Campbell: Über Angst - Stegreifvortrag beim Lehrtherapeuten treffen des NIBA 1993

Günter Schubert: Günter Heisterkamps „Heilsame Berührungen“ und Alexander Lowens „Freude“

1/1994

Michael Hepke: Traum-Körper-Arbeit

Ulrich Gudat: Die Wirksamkeit der Bioenergetischen Analyse als ambulanter Psychotherapie - Zwischenbericht zum Forschungsprojekt des DVBA -

Bennett Shapiro: Die Charakterstruktur lockern - Therapeutisches Arbeiten mit dem Widerstand, der Auflehnung und der Hingabe des Klienten -

FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

2/1994

Peter Geißler: Narzißmus und Bioenergetische Analyse

Bennett Shapiro: Die Spaltung von Zärtlichkeit und Angriffslust in der Sexualität heilen

Rainer Mahr: Körperkontakt in der Bioenergetischen Analyse

Lyn Mayo: Die Behandlung von sexuellem Mißbrauch kann gefährlich für Deine Gesundheit sein

David Campbell: Scham - Vortrag beim Lehrtherapeutentreffen des NIBA 1994

Ullrich Sollmann: Scham und Schuld

Buchbesprechungen

1/1995

Frank Hladky: Von der Bedeutung, zu Beginn der Arbeit mit einem Patienten das „Thema“ zu finden

Peter Geißler: Körperinterventionen und Beziehung

Michael Hepke: Entwicklungspsychologische Argumente für eine körpervermittelte Psychotherapie

Rainer Mahr: Energie und Identität

Ullrich Sollmann: Im narzißtischen Minenfeld - Körpertherapie zwischen Beziehung und Körperarbeit

Gisela Kloth: Frauen unter der Bioenergetik - Prinzessin, Aschenputtel, Hyänen und der vollständige Orgasmus

Buchbesprechungen

1/1996

Ulla Sebastian: Vom Reiter/von der Reiterin zum Zentauer - die Heilung der Spaltung zwischen Körper, Geist und Seele. Fortschritte in der Identitätsentwicklung -

Klaus Madert: Identität und Wirbelsäule

Heiner Jächter: Befragung einer Teilnehmergruppe zu Inhalt und Organisation der Fortbildung zum Bioenergetischen Analytiker

Ursula Schubert: Das Bild der Mutter in der Psychoanalyse - Mutterübertragungskontellationen und ihre „Fällen“

Gerti Graf: Sinnfragen

2/1996

Angela Klopstech: Das Trauma sexuellen Mißbrauchs: Wo Berührung mißhandelt und wie Berührung heilen kann

Robert Lewis: Vom Orgasmusreflex zur Fähigkeit sexueller Intimität über die erotische Übertragung: „Adoration“ und Grenzen in der Bioenergetischen Analyse

Michael Dothagen: Männerorgasmus, Mythen und Wirklichkeit

FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

Theodor D. Petzold: Sexualität - Auf dem Weg von der Triebabfuhr zur selbstbewußten und spannenden Kommunikation

Gustl Marlock: Reich, die Humanistische Psychologie und das New Age

Rolf Heinzmann: Systemische Gestalttherapie

Ulrich Gudat: Forschungsprojekt des DVBA

Heiner Steckel: Zu „Sexappeal“ von Ansgar und Dietlinde Rank

1/1997

Jens Tasche: Von der Schwierigkeit, eine Tonleiter zu singen

Ursula Schubert: Zum Konzept der Gegenübertragung

Vita Heinrich: Körperliche Phänomene der Gegenübertragung, Therapeuten als Resonanzkörper

Irmhild Liebau: Leiblichkeit und Geschlecht - aus bioenergetischer und theologischer Sicht

Ulla Sebastian: Leidenssucht oder Kultivierung der Freude - Anmerkungen zum therapeutischen Prozeß

Klaus Madert: Wie ich Psychoanalyse und Reichs Charakteranalyse verbinde

Rainer Mahr: Das Konzept der Orgonenergie von Wilhelm Reich

Angelika Schretter: Reichs Vision des befreiten Menschen

Jens Tasche und Reinhard Weber: Narzißmus und Bioenergetische Analyse

Die Foren 1/91 bis 2/93 können gegen Rechnung DM 10,00 plus 7 % MWSt und die Foren 1/94 bis 1/98 gegen Rechnung DM 15,00 plus 7 % MWSt bezogen werden bei:

Günter Schubert, Graf-Emundus-Str. 23, 50374 Erfstadt

Tel. 02235/77866, Fax 02235/690047