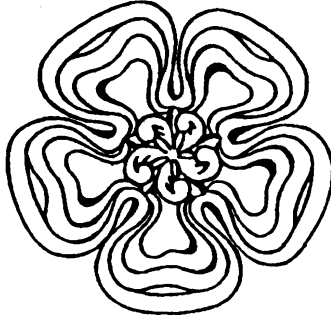


NIBA



DVBA

FORUM

**Norddeutsches Institut für Bioenergetische Analyse e. V.
Deutscher Verband für Bioenergetische Analyse e. V.**

| | | |
|-----------------------|--|----------|
| Thomas Ehrensperger ^ | Psychosomatische Medizin und Bioenergetische Analyse | Seite 1 |
| Axel Böhmer | Bericht zur Einleitung einer Behandlung | Seite 19 |
| Konrad Oelmann | Krankengymnastik und bioenerge- tische Analyse - ein Tagungsbericht | Seite 23 |
| | Das Herz und der Muskelpanzer | Seite 24 |
| Rolf Heinzmann | Überweisungskontexte | Seite 29 |
| Alexander Lowen | Ich, Charakter und Sexualität | Seite 34 |

NIBA-FORUM - DVBA

veröffentlicht Beiträge Bioenergetischer Analytiker(innen), die

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

Die im FORUM veröffentlichten Artikel sind unabhängig von der Lehrmeinung der Verantwortlichen im NIBA.

Besonderes 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.

Mitgliedern und Ausbildungskandidaten des NIBA sowie DVBA-Mitgliedern wird die Zeitschrift kostenlos zugestellt.

Andere Interessenten können FORUM 1/92 gegen DM 10,- (inkl. Versandkosten) beim DVBA, Auf dem Hirschberg 30, 5300 Bonn 3, beziehen.

Herausgeber: Günter Schubert, Graf-Emundus-Str. 23, 5042 Erfstadt
Tel.. 02235/77866, Fax. 02235/690047

Redaktionelle Mitarbeit:

Axel Böhrner, Auf dem Hirschberg 30, 5300 Bonn 3, Tel. 0228/464142, Fax. 0228/478361

Birgit Lammensen, Wittgenstein Str. 23, 5000 Köln 1, Tel. 0221/403889

Heiner Steckel, Am Sodenstich 25, 2819 Thedinghausen, Tel. 04204/7581,
Fax. 04204/1551

Ulrich Witscher, Detmolder Str. 31, 4970 Bad Oeyenhausen, Tel. 05731/980190

Thomas Ehrensperger

Psychosomatische Medizin und Bioenergetische Analyse*

1. Einleitung

Für bioenergetische Therapeuten ist ein solcher Titel ein Pleonasmus. Für den psychosomatisch orientierten Arzt aber meint der Titel, daß bioenergetische Analyse einen wichtigen Beitrag in der psychosomatischen Diagnostik und Therapie leisten kann. Der "primär somatisch tätige Arzt" bemüht sich oft vergebens, die psychoanalytischen Konzepte und Theorien mit seiner an der Anatomie, Physiologie und Biochemie orientierten Denkweise in Einklang zu bringen. Greift er dann zur bioenergetischen Literatur oder / und nimmt an einem bioenergetisch orientierten, erlebnisbezogenen Seminar teil, so hat er wiederum sprachliche, gefühlsmäßige und gedankliche Barrieren zu überwinden. Der Energiebegriff in der Bioenergetik wirkt auf den Somatiker magisch oder esoterisch, sodaß er sich mit dem Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit sehr bald von diesem Ansatz abwendet.

Andererseits haben die Vertreter der bioenergetischen Analyse sich bisher sehr wenig darum bemüht, ihre Konzepte und Hypothesen wissenschaftlich zu untersuchen; ebenso haben sie es versäumt, ihre Theorie mit der Anatomie, Physiologie und Biochemie in Verbindung zu bringen. Eine Ausnahme davon bildet Stanley Keleman in seinem Buch "Emotional Anatomy", in welchem er versucht, sozusagen den Grundstein für eine "subjektive Anatomie" zu

legen. Er zeigt, wie Charakterblockierungen anatomisch und physiologisch zu verstehen seien, die bioenergetischen Charakterstrukturen stellt er in anatomisch nachempfundenen Zeichnungen dar, ein beeindruckender Entwurf einer Integration von Körper und Seele. Vieles bleibt jedoch in diesem Buch hypothetisch, besonders auch, weil Literaturangaben fehlen, somit einzelne Konzepte als mehr oder weniger leere Behauptungen abgetan werden können.

Die psychosomatische Medizin beschäftigt sich vorwiegend mit der psychosomatischen Pathologie, der Entstehung von Krankheiten, und mit dem Erarbeiten von Verständnismodellen für die vielfältigen, psychosomatischen Symptome, welche der Arzt in der Praxis an seinen Patienten beobachtet. Die psychosomatische Diagnostik ist weit fortgeschritten, die psychosomatische Therapie aber erscheint mir noch wenig differenziert. Die Vorherrschaft psychoanalytischer Ansätze wirkt sich negativ aus: "Mir fehlt es im Bauch und nicht im Kopf," hört man Patienten sagen, wenn man sie mit psychodynamischen Hypothesen konfrontieren will.

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Anfang zu machen in der schwierigen Übersetzungsarbeit und darzustellen, wie bioenergetische Konzepte in der psychosomatischen Medizin sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch hilfreich angewendet werden können.

* Aus: **Der Körper in der Psychotherapie** / Dagmar Hoffmann-Axthelm (Hrsg.). Oldenburg: Transform-Verl., 1991

2. Der psychosomatisch Kranke

Ich glaube, daß viele bioenergetische Therapeuten, aber auch andere Psychotherapeuten und Psychiater, sehr wenig mit eigentlich psychosomatisch kranken Patienten arbeiten. In der psychosomatischen Literatur findet man, daß etwas 10% aller psychosomatisch Kranken in der Sprechstunde des Allgemeinarztes oder des Internisten überhaupt bereit sind, einen Fachpsychotherapeuten aufzusuchen. Die anderen 90% sind meistens für eine Therapie nicht motiviert. Einen solchen Kranken zum Psychiater zu schicken, kommt sehr oft für ihn einer Beleidigung gleich, ihn aber abzufüttern mit Medikamenten oder physikalischen Therapien ist wegen des schlechten Therapieerfolges für alle immer eine sehr frustrierende Angelegenheit. So entstehen dann diese Drehtürenpatienten, die gleichsam wie Odysseus von einer therapeutischen Insel zur anderen fahren und merken, daß sie nirgendwo zuhause sind.

Viele dieser Patienten leiden an Gefühllosigkeit dem sogenannten Alexithymiesyndrom (Stefanos), wie es auch genannt wurde; sie haben Mühe, ihre Gefühle wahrzunehmen, geschweige, sie zu zeigen. Wenn sie dann einem alexithymen Arzt gegenüber sitzen, redet sozusagen ein Computer mit dem anderen, und sonst passiert gar nichts. Nur wenn der Arzt seine eigene Emotionalität in Wahrnehmung und Ausdruck zur Verfügung hat, kann er emotionale Resonanzphänomene zwischen sich und dem Patienten wahrnehmen, die ihn dann dazu führen, daß er auch emotional den Patienten verstehen und nachvollziehen kann, was bei ihm passiert. Wirkliche Empathie ist nur möglich, wenn der Arzt sein Weinen, seine Freude, seine Wut, seine Angst und seine Sehnsucht selber kennt spürt und ausdrücken kann.

Je nach Blickpunkt des Untersuchers sind zwischen 30 und 70% aller Patienten in der Praxis des Allgemeinarztes oder des Internisten an psychosomatischen Störungen erkrankt (Keller/Ehrensperger). Ungefähr ein Drittel von ihnen ist ständig auf der Reise von einem Arzt zum anderen, von einem Spezialisten zum nächsten, dauernd auf der Suche nach Erleichterung für ihre körperliche Symptomatik. Sie lassen sich in einer sehr passiven Art untersuchen, durchchecken, operieren und auch behandeln, ohne wirklich zur Ursache ihres Leidens vorzustoßen. Versucht man sie dann trotzdem zu einem Psychotherapeuten zu schicken, so sagen sie dann: "Mein Bauch ist krank, nicht mein Kopf."

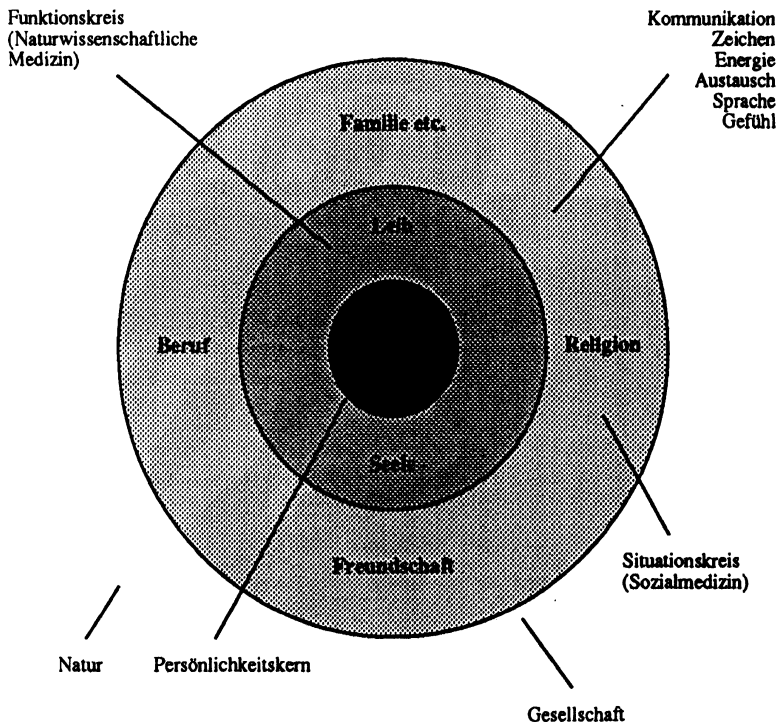
Für die Besserung der Symptomatik bei einem Patienten ist die Befreiung der gehemmten Emotionen unbedingt notwendig. Erst dann, wenn der Patient merkt, wie sein Symptom mit seinen Emotionen verbunden ist, kann er verstehen, weshalb er im jetzigen Zeitpunkt seines Lebens sein Symptom nötig hat, um sein inneres Gleichgewicht noch einigermaßen wahren zu können. Entlang der frei fließenden Emotion können dann auch die Inhalte und Assoziationen dazu bewußt werden, und nur auf diese Weise gelingt es, Verständnis für die Situation des Patienten auf beiden Seiten zu schaffen. Ein solcher ganzheitlicher Ansatz verbindet Konflikt - Emotion - biographische Daten - körperliche Blockierungen - Verständnis für die eigene Lebenssituation.

3. Psychosomatische Verständnismodelle

Viele verschiedene theoretische Konzepte wurden vorgelegt. Vergleichend auf diese einzugehen, wäre einen eigenen, umfassenden

den Artikel wert. Stellvertretend erwähne ich den "Situationskreis" (Abb. 1), beschrieben von Thure von Uexküll, wohl dem wichtigsten Pionier in der Theorie der psychosomatischen Medizin. Sein umfassendes Lehrbuch, welches fast alle Jahre in erweiterter und verbesserter Neuauflage erscheint, ist ein gutes Nachschlagewerk. Die Mitautoren, alles prominente Vertreter der Psychosomatik im deutschsprachigen Gebiet, vertreten ganz verschiedene Ansätze und bearbeiten damit ganz verschiedene Gebiete. Als Beispiel sei nun das Konzept des "Situationskreises" von Uexküll beschrieben.

Abbildung 1:
Somato-psycho-soziale Wirklichkeit



In diesem theoretischen Konzept zeigt sich die spezifische Schwierigkeit des Therapeuten, welcher mit einem psychosomatischen Ansatz arbeitet. Der Ausdruck "Situationskreis" meint, daß die Realität jedes Individuums, seine Ausdrucksbewegungen, die Echos seiner Botschaften, seine Emotionalität und seine Handlungen eine subjektive Welt darstellen, welche nie reproduzierbar ist und auch nie von einem Individuum auf das andere übertragen werden kann. Die Person existiert nicht nur als körperlich-seelischer Organismus, sondern ist auch eingebettet in ihr persönliches Leben, wo sie immer in Kontakt steht mit Botschaften und Echos aus der Umgebung. Mit dem Situationskreis ist die "persönliche Realität" gemeint, ein Ausschnitt, den sich

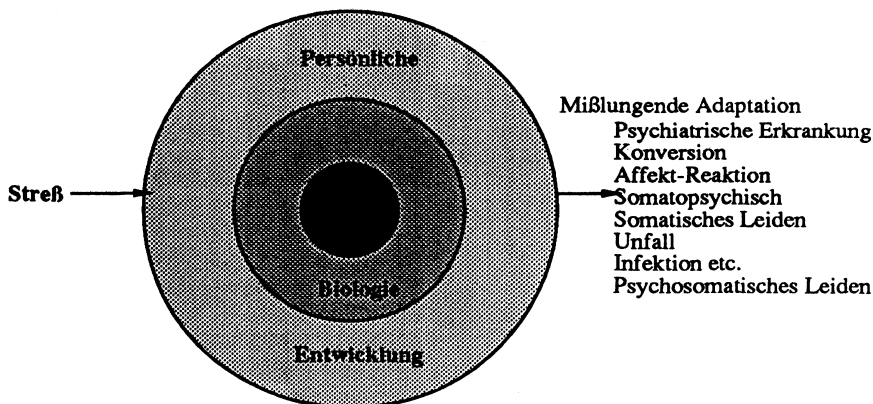
das Individuum durch Vermittlung seiner Sinnesorgane selber schafft. Dem gegenüber steht der "Funktionskreis". Mit diesem Begriff werden mehr die animalischen Funktionen beschrieben, die biologische Natur, die Haltung, etwas zu tun und Reaktionen zu bewirken, die Instinkte und die in der Erbmasse verankerten und vererbten Informationen. Die somatische Medizin beschäftigt sich vorwiegend mit dem Funktionskreis, die biopsychosoziale Medizin jedoch beschäftigt sich mit dem Situationskreis der individuellen Realität oder dem Bild der Realität, welches sich jedes Individuum geschaffen hat

Es ist vor allem von Uexkülls Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, daß, was wir vom Patienten bekommen, Zeichen und Symbole seiner eigenen Welt sind. Therapeutisch tätig zu sein heißt, Zeichen des Patienten zu verstehen, sie zu decodieren und zu interpretieren, aber auch mit eigenen Zeichen und Symbolen zu reagieren, welche wiederum aus unserer eigenen, persönlichen Realität nach außen gelangen. Von Uexküll hat dieses Phänomen auch "die

Arena des menschlichen Wesens" genannt und meint damit folgendes: wenn wir einem Patienten begegnen, begegnet eine Arena einer Person einer anderen Arena, wir tauschen Zeichen aus, welche hoffentlich beiden behilflich sind, ihre eigene Welt zu verstehen, zu klären und einen Ausweg aus Konflikten und Blockierungen aufzeigen. Dies ist meist das unausgesprochene Bedürfnis eines jeden Patienten, wenn er Hilfe bei einem Arzt oder Therapeuten sucht.

In der bioenergetischen Therapie haben wir gelernt, körperliche Blockierungen zu sehen und sie bewußt zu machen, das heißt, wir suchen nach Orten, wo Energie blockiert wird und die Flexibilität körperlich, emotional und geistig dadurch beeinträchtigt wird. In der Psychoanalyse versuchen wir, die Konflikte bewußt zu machen und zu verarbeiten und nur, wenn es wirklich gelingt, den einer Krankheit zugrunde liegenden Konflikt herauszuarbeiten, wird Entfaltung und Wachstum für den Patienten wirklich möglich werden.

Abbildung 2:
Reaktionsmodell der Psychosomatik

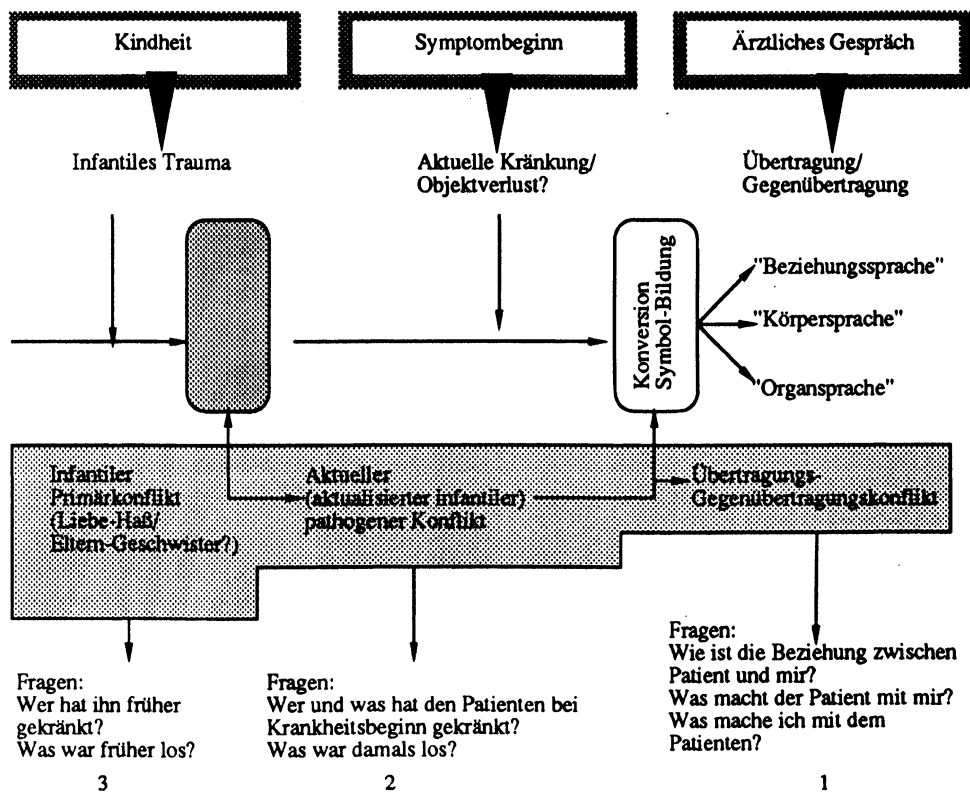


Aus diesem Modell des "Situationskreises" kann auch ein Reaktionsmodell (Abb. 2) der Psychosomatik abgeleitet werden. "Stress" meint damit zusammenfassend alle Einflüsse auf die biopsychosoziale Einheit des Individuums, welche von ihm nicht durch Adaptation verarbeitet werden können. Statt Adaptation und Erhaltung der Gesundheit entsteht Konflikt und Symptomatik. Nach diesem Modell sind eigentlich alle Krankheiten psychosomatisch bedingt, eine Hypothese, welche tatsächlich von sehr vielen Psychosomatikern vertreten wird. Abbildung 3 zeigt schematisch die Begegnung des psychosomatisch Kranken mit dem Arzt. Dabei gilt es, die verschiedenen Ebenen sowohl horizontal wie auch vertikal gleich-

zeitig zu erfassen und in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Die Literatur der psychosomatischen Medizin zeigt in neuerer Zeit ein vermehrtes Interesse am Verständnis der Körpersprache des Patienten. Wie jedoch solche Phänomene zu deuten sind und auf der nichtverbalen Ebene, also auf der körperlichen Ebene zu beantworten sind, darüber bestehen in der neueren, psychosomatischen Forschung und Lehre nur sehr wenig Ansätze. Das Verharren auf der sprachlichen Ebene führt dazu, daß die mehr frühkindlichen, vorsprachlichen Zeichen des Patienten nur sehr rudimentär vom Arzt aufgenommen und beantwortet werden können. Gerade hier hat die

Abb. 3: Das ärztliche Gespräch mit dem psychosomatischen Patienten



bioenergetische Analyse Möglichkeiten aufgezeigt, welche es wert sind, in die Psychosomatik integriert zu werden. Wissen wir doch alle, wie häufig gerade psychosomatisch Kranke "frühe Störungen" mit sich herumtragen, diese verkörpern und in organsprachlichen Symptomen mit der Umgebung kommunizieren.

4. Bioenergetische Verständnismodelle

• Energie

Die bioenergetische Analyse kennt eine Energieform, nämlich die Bioenergie, oder übersetzt, die Lebensenergie. Die Bioenergetik ist das Studium der menschlichen Persönlichkeit unter dem Blickwinkel der energetischen Prozesse des Körpers (Lowen). Was Lebensenergie wirklich ist, darüber gibt es eine Menge von Hypothesen, Hinweisen und mehr oder weniger philosophischen Überlegungen. Wenn wir in der bioenergetischen Analyse von Energiefluß sprechen, meinen wir damit die Gesamtheit der psychophysiologischen Phänomene, welche im oder durch den menschlichen Körper zum Ausdruck kommen. Für den "primär somatisch orientierten Arzt" ist dieser Begriff diffus und nicht rational faßbar.

In der Physiologie und Biochemie kennen wir die energetischen Vorgänge im menschlichen Körper. Eine Zunahme der Durchblutung in einem Organ verbessert dessen Stoffwechsellage und führt zu einem größeren Energieverbrauch. Der Kreislauf ist ein Energietransportsystem, die Atmung der wichtigste Energieproduzent, da Sauerstoff fast für alle physiologischen und biochemischen Vorgänge unabdingbare Voraussetzung ist. Die Energie des Organismus zeigt sich auch in dessen Bewegung und Beweg-

lichkeit, die elektrischen Ströme in den Reizleitungssystemen der zentralen und peripheren Nerven sind energetische Manifestationen. Physiologische Vorgänge von Spannung und Entspannung produzieren innere Wahrnehmungen, welche vom Individuum subjektiv als Gefühle identifiziert werden und sich im Ausdruck als Emotionen (übersetzt: Bewegungen von innen nach außen) darstellen. Ob ein Druck im Bauch in Wut umgesetzt wird oder in Trauer, erlebt der Mensch meist als automatischen Vorgang, und nur durch eine gesteigerte und differenzierte Selbstwahrnehmung gelingt es, diese körperliche Empfindung wahlweise in ein bestimmtes Gefühl umzusetzen. Die Zen-Philosophie kennt den Begriff der Transformation von Gefühlen, das heißt, der geübte Adept kann selber wählen, ob er ein körperliches Empfinden in die eine oder andere Emotion umsetzen kann. Es ist weitgehend Sache der Erziehung und des Verhaltensmusters, und der sich daraus ergebenden Charakterstruktur, ob eine bestimmte von außen an den Organismus herantretende Information zu einer definierten Reaktion führt. Die bisherige Lebenserfahrung entscheidet z. B. darüber, ob eine Kränkung Trauer oder Wut auslöst.

Jedenfalls kann der lebendige Organismus Nahrung, Sauerstoff und Information, von außen an ihn herangebracht, durch Verinnerlichung energetisch umsetzen und entweder im Inneren zurückbehalten oder nach außen als mehr oder weniger adäquate Reaktion ausdrücken.

Bioenergetiker finden untereinander zumeist große Übereinstimmung, wenn sie über energetische Vorgänge beim Klienten oder bei sich selber sprechen. In Kommunikation mit Nichtbionergetikern könnten je-

doch viele Mißverständnisse verhindert werden, wenn über Muskelspannung, Durchblutung, Bewegung und Beweglichkeit sowie über Gefühlsausdruck gesprochen würde. Alle diese energetischen Vorgänge zusammenfassend als Energiefluß zu bezeichnen, verhindert die spezifische und differenzierte Benennung der beobachteten Phänomene.

• **Erdung**

Das Erdungskonzept beschäftigt sich mit der Tatsache, wie gut ein Mensch auf dem Boden der Realität steht. Geerdet sein heißt, mit beiden Füßen auf dem Boden sein, selbständig und eigenständig der Welt zu begegnen, die Dinge zu verstehen (und nicht zu "versitzen"), in seiner Realität, z. B. im Beruf oder in der Familie gut verbunden und eingebettet zu sein. Auf den eigenen Beinen zu stehen heißt auch, beweglich und ohne Verspannungen stehen zu können, das Gleichgewicht zu halten, selbst wenn äußere Einflüsse dies verhindern möchten. Erdung ist eine Funktion des ganzen Menschen, das Erdungskonzept der Bioenergetik ist einer der wichtigsten Pfeiler dieser neuen Therapiemethode. Die Art und Weise, wie sich eine Person erdet, ist für seine Charakterstruktur typisch (auf die bioenergetischen Charakterstrukturen im einzelnen einzugehen, sprengt den Rahmen dieser Arbeit). Im Erdungskonzept der Bioenergetik wird der Umgang mit der Realität und im Kontakt mit dem Gegenüber beschrieben. Es lassen sich deutliche körperliche Phänomene auseinanderhalten, vor allem in den Beinen, Füßen und in den Augen, welche Hinweise geben auf die Qualität der Erdung und des Kontaktes. In den verschiedenen Entwicklungsstadien des Menschen gibt es typische Erdungsmechanismen, z. B. findet Erdung in der frühesten Kindheit über den

Augenkontakt zwischen Mutter und Kind statt, sofern die Mutter in liebevollem Kontakt wirklich da ist und nicht nur instrumental für das Kind zur Verfügung steht. Die einzelnen Charakterstrukturen können weitgehend aus der Art und Weise, wie sich jemand erdet, abgelesen werden, also aus den Beinen, den Füßen und den Augen (persönliche Mitteilung von Ed Svasta).

Die Qualität der Erdung wird meines Erachtens in der psychoanalytischen und psychosomatischen Theorie und Praxis erwähnt, wenn es darum geht, eine Therapieindikation zu stellen. Dabei wird ja bekanntlich beurteilt, wie gut jemand in seiner Realität verankert ist. Dieses Getragensein durch die eigene persönliche, berufliche, familiäre und soziale Realität ist Voraussetzung für die Durchführung einer Kurztherapie.

• **Atmung**

Die Atmung als wichtigster Energiespender für den Organismus entscheidet über den energetischen Zustand desselben. Zunahme der Atmung bewirkt einen höheren Sauerstoffspiegel und einen niederen Kohlendioxidspiegel im Blut. In diesem Zustand nimmt die Erregbarkeit des Organismus bis hin zur Tetanie zu. Dadurch entsteht eine gewisse Gefühlslabilität, parallel dazu reduzieren sich die bewußten Kontrollfunktionen. Latent vorhandene und bisher verdrängte Gefühle strömen ins Bewußtsein und es kann zu eigentlichen Gefühlsdurchbrüchen kommen.

Für die Therapie heißt dies, daß, wenn wir an den chronischen Verspannungen in der Atemmuskulatur arbeiten und dadurch die Atmung tiefer und freier wird, das Gefühlsleben intensiviert und die Sensibilität gesteigert wird. Zunahme der Gefühlsintensi-

tät ist jedoch nur möglich, wenn die Erdung verbessert wird. Deswegen arbeitet der Bioenergetiker immer wieder mit Erdungsübungen, um dem Patienten zu ermöglichen, die Vermehrung seiner Lebensenergie wirklich auch "durchstehen" zu können. Kriterien für eine gelungene Behandlung sind mehr Lebendigkeit, aber auch mehr Flexibilität in allen Lebensbereichen, also körperlich, emotional und geistig.

• Sexualität

Das vierte wichtige Grundprinzip der Bioenergetik ist die Befreiung der gehemmten Sexualität. In Erweiterung der Konzepte von Wilhelm Reich genügt es Lowen nicht, nur den "Orgasmusreflex" wiederherzustellen als rhythmische und pulsierende Bewegung über den ganzen Organismus, sondern der Begriff der sexuellen Befriedigung wird erweitert auf den Begriff der sexuellen Erfüllung. Eine solchermaßen erfüllte Person vermehrt ihre Lebensfreude und damit den Spaß am Alltag. Ziel der Therapie ist somit auch Fähigkeit zur Freude und zum Lebensgenuß. Mit einer Vielzahl von Übungen wird versucht, die Blockierungen der Sexualität meist als muskuläre Verspannungen im Beckenbereich, aber auch im Bereich der Lendenwirbelsäule zu lockern, nachdem die Verspannungen bewußt gemacht wurden. Aber auch das Zwerchfell als querliegende Membran zwischen Becken und Herz kann durch chronische Verspannungen die energetischen Vorgänge, welche vom lustvollen "Epizentrum" des Beckens ausgehen, filtern oder vollständig hemmen.

Die Betonung der Ganzheit in der Psychosomatik wird durch den Begriff der biopsychosozialen Dimension geprägt. Damit wird der Sexualität als Kontaktfunktion in einer

Beziehung Beachtung geschenkt. Es ist der Verdienst von Wilhelm Reich und seinen Schülern und eben auch der Bioenergetiker, daß sie die Blockierung der sexuellen Funktion beim Individuum besonders im Auge haben und auch durch spezifische Übungen versuchen, die Hemmungen und Blockierungen zu lösen. Insbesondere gibt es auch spezifische Interventionen, um Kastrationsängste besser anzugehen. Diese therapeutischen und diagnostischen Ansätze stellen eine wichtige Erweiterung der bisherigen psychosomatischen Theorie und Praxis dar.

5. Verbindung des Situationskreises mit dem bioenergetischen Modell

Wie bereits erwähnt, ist mit dem Funktionskreis nach Uexküll die funktionale Seite des Organismus gemeint, das heißt, die physikalisch-chemische Realität des Menschen. Bioenergetisch betrachtet, handelt es sich dabei um die energetischen Vorgänge im menschlichen Körper: die Spannungsmuster in der Muskulatur, die Durchblungsverhältnisse, die momentane Beweglichkeit, die Fähigkeit zum emotionalen Ausdruck. Energie wird hier verwendet als zusammenfassender Begriff für alle psychophysiologischen Vorgänge im menschlichen Organismus. Wird nun der Mensch in seiner ganzen biopsychosozialen Realität erfaßt, so spricht Uexküll vom Situationskreis, eine Betrachtungsweise, welche für die primär somatisch orientierte Medizin zunächst eine Revolution war die Ablösung des rein symptomorientierten Denkens durch eine prozeßorientierte Erfassung des ganzen Menschen. Für den Bioenergetiker ist dies eine Selbstverständlichkeit, da er gelernt hat, durch das Körperlesen (Bodyreading) den Ausdruck des Men-

schen sowohl momentan in Ruhe wie auch in Bewegung und im Kontakt mit anderen zu lesen. Das Körperlesen ist ein wichtiger Bestandteil der diagnostischen Seite der Bioenergetik. Dadurch, daß der Therapeut seine eigene Intuition übt und schärft, seine Beobachtungen dann auch durch theoretische Strukturen ordnet, gelingt es, am Patienten auch sein "so sein", also seine individuelle Realität, zu lesen und seinen körperlichen Ausdruck als Zeichensprache mit der Umgebung zu entschlüsseln. Emotionalität wird für denjenigen sichtbar, der seine eigene Emotionalität gut kennt. Der Ausdruck der Augen, des Gesichtes, des ganzen Körpers wird sichtbar und damit auch sein Verhalten in der individuellen Realität. Die Bioenergetik pflegt somit eine dynamische und prozeßorientierte Betrachtungsweise. Für den Bioenergetiker ist es sehr wichtig, zu beobachten und mit dem Patienten durchzuarbeiten, wie er die von außen an ihn herangetragenen Informationen gedanklich, aber auch körperlich verarbeitet. Wie wirkt die Beziehung zwischen Therapeut und Klient auf den Klienten in seiner Eigenwahrnehmung: Verspannt er sich im Hals, hört er auf zu atmen, bekommt er Herzklopfen? Alle diese Zeichen sind im therapeutischen Prozeß wichtig, sollen wahrgenommen, ausgedrückt und, wenn möglich, verstanden und interpretiert werden. In diesem Sinne ist der Körper das beste "Barometer", über welches der Mensch verfügt, sofern es ihm gelingt, die Körperinformationen und deren Interpretation zur Schulung, Verfeinerung und Differenzierung der Eigenwahrnehmung zu verstehen.

6. Gemeinsamkeiten der bioenergetischen Analyse mit anderen Körpertherapie- und Psychotherapiesystemen

Mit anderen Therapiesystemen hat Bioenergetik sehr viel gemeinsam. Allen voran steht der Kontakt. Die Art und Weise, wie eine Person Kontakt aufnimmt zur Umgebung und insbesondere zum Therapeuten. Wie ist der Kontakt und was geschieht im Kontakt? Das sind die zwei wichtigsten Fragen. Es handelt sich bei der Bioenergetik also nicht um "Psychogymnastik", sondern um Arbeit mit dem Körper, wobei der Therapeut sehr differenziert und klar den Kontakt beobachtet. Wie verändert sich der Kontakt in einer Übung? Tritt Scham auf, Angst oder Wut? Gemeinsam mit anderen Therapiemethoden ist auch die Arbeit mit dem Widerstand, die Widerstandsanalyse. In der Körperübung wird der Widerstand körperlich sichtbar und für den Patienten spürbar, so daß die Übung ein experimentelles Erleben des Widerstandes auf psycho-physiologischer Ebene darstellt. Übertragung und Gegenübertragung sollen sorgfältig beobachtet werden, die Empathie des Therapeuten mit dem Patienten erfährt durch den Einbezug der Emotionen des Therapeuten einen wichtigen, zusätzlichen Verstärkereffekt. Gemeint ist nicht, daß der Therapeut im Moment seine Emotion in jedem Fall zeigt, sondern primär, daß er diese selber wahrnimmt und vielleicht gegebenenfalls auch mit dem Klienten darüber spricht (Kächele).

Die Vertiefung der Atmung zur Erhöhung des Energiepegels hat viel Ähnlichkeit zum Konzept der Atemtherapie, die Arbeit mit Spannung und Entspannung verbindet Bioenergetik mit der funktionellen Entspannung nach Marianne Fuchs, wobei das theo-

retische Hintergrundgebäude in der Bioenergetik ganz deutlich klarer und differenzierter aufgebaut ist.

Sehr wichtig ist die Körperwahrnehmungsschulung, welche in der Bioenergetik dazu dient, das Instrument des eigenen Körpers und des eigenen Organismus feiner im Alltag zu "gebrauchen". "Du bist dein Körper" (Lowen) fokussiert auf die Tatsache, daß der Therapeut den Patienten dahin führt, daß er auf liebevolle Weise sich selber verkörpert und die eigenen Symptome und körperlichen Zeichen ernst nimmt und im Kontakt damit umzugehen lernt.

7. Integration von Psychosomatik und Bioenergetik am Beispiel einiger typischer, psychosomatischer Störungen

In der allgemeinen-medizinischen. resp. allgemein-internistischen Praxis sieht man relativ selten die klassischen, psychosomatischen Krankheiten wie Colitis ulcerosa, Anorexia nervosa oder Magengeschwüre. Demgegenüber sind ganz banale Krankheiten sehr viel häufiger: rezidivierende Infektionen des Rachens, der Nasennebenhöhlen, des bronchialen Systems, der Blase, funktionelle Herzbeschwerden oder Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, funktionelle Bauchschmerzen wie Colon irritabile oder hypersekretorische Gastritis als Vorstadium des Magengeschwürs, rheumatische Krankheiten wie Gelenkschmerzen oder das neuerdings stark zunehmende Fibrositis-Syndrom (Fibromyalgie-Syndrom), Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, sexuelle Störungen und Kopfschmerzen. Bei der Arbeit mit solcherart gestörten Patienten wurde es mir in den letzten fünfzehn Jahren meiner Arbeit deut-

lich bewußt, wie hilfreich bioenergetische Konzepte zum Verständnis des Patienten und für das therapeutische Procedere waren. Am Beispiel solch banaler Erkrankungen möchte ich die Integration von Bioenergetik und Psychosomatik etwas näher erläutern.

Die folgenden Ausführungen sollen helfen, Symptome mit bioenergetischen Konzepten zu verstehen. Es ist nicht meine Meinung, daß Bioenergetik eine andere Form der Symptomtherapie darstellt. Immer muß die Behandlung des ganzen Menschen im Auge behalten werden. Das Symptom ist nur ein Zeichen und dient dazu, das Gleichgewicht der Person im Moment zu erhalten. Nimmt man dem Klienten durch Therapie das Symptom weg, so kann eine Symptomverschiebung eintreten, welche unter Umständen den Zustand des Klienten noch verschlechtert. Wenn das Symptom zu schnell wegfällt, verschwindet oft damit auch die Therapiemotivation, und Monate oder Jahre später kommt es zum Rückfall oder zum Auftreten einer neuen und schlimmeren Krankheit, nach Verschwinden der funktionellen Herzschmerzen kommt es zum Herzinfarkt, nach Verschwinden der Rückenschmerzen oder der Migräne zur Depression.

• Recidivierende Infekte

Sich dauernd wiederholende Infekte können durch vorbestehende Bedingungen ausgelöst werden: eine Blockierung in der betroffenen Körperregion einerseits oder eine Schwächung des Immunsystems andererseits. Blockierung heißt hier immer, daß eine durch Verspannungen bedingte Verschlechterung der Durchblutung und des Stoffwechsels in der entsprechenden Körperregion vorliegt. Meist versuchen wir in

der Therapie beide Seiten zu beeinflussen: Verspannung und Immunsystem. Bei wiederholten Infekten des Rachens liegt meist eine Blockierung im Halsgebiet und im Nacken vor, im Hals als wichtiger Brücke zwischen Kopf und Körper (Brücke zwischen Denken und Fühlen). Spannungen im Hals können in einer oberflächlichen, mittleren oder tiefen Schicht vorhanden sein, der Hals ist anatomisch ja fast wie eine Zwiebel aufgebaut mit vielen verschiedenen Schichten, die sich gegenseitig durch Druck oder Schwellung beeinträchtigen können. Bei der chronischen Stirn- und Kieferhöhlenentzündung ist meist eine blockierte Trauer ursächlich: wenn die Patienten wieder anfangen zu weinen, verändert sich die Viskosität des schützenden Schleimfilms in den Kieferhöhlen, und dadurch verbessert sich der Selbstreinigungsmechanismus und damit auch die Abwehrfähigkeit der Schleimhaut.

Ähnliche Prinzipien gelten auch bei der Arbeit an chronischen Infekten der Harnwege, hier liegt jedoch oft eine Blockierung in der Sexualität vor, Verspannungen im Bereiche des Dammes und des Beckens reduzieren die natürliche Abwehrbereitschaft der Schleimhäute und erlauben auf diese Art den aufsteigenden Keimen, sich zu vermehren. In diesen Fällen ist es oft notwendig, auch mit dem Patienten darüber zu sprechen, wie er seine Sexualität in seinem Leben integriert hat.

Zur Verbesserung der Immunabwehr kann generell gesagt werden, daß das rechte Hirn stimuliert werden muß. Die Subdominante, rechte Hemisphäre ist überhaupt bei psychosomatischen Patienten meist unterentwickelt. Es ist schon lange bekannt, daß gerade psychosomatisch Kranke Schwierigkeiten haben, in der Entspannung Bilder zu produzieren oder sich gefühlsbetont zu äussern. Die Psychoneuroimmunologie (R. Ader) hat in neuerer Zeit Hinweise dazu geliefert, daß das rechte Hirn über den Hypothalamus die Produktion von T-Lymphozyten und damit die Immunabwehr stimulieren kann. Schulung der Körperwahrnehmung, aber auch künstlerische Betätigung sowie entspannende Musik oder Entspannungsübungen und Meditation können die Aktivität des rechten Gehirnes steigern. Viele Arbeiten zeigen, daß Psychotherapie die Überlebensrate von Krebskranken verlängern kann (E. Schwarz-Ottersbach). Insbesondere ist dies beim Mamma-Karzinom erwiesen. Einerseits verbessert Psychotherapie die Körperwahrnehmung und damit auch das Immunsystem, Bearbeitung von unverarbeiteten Trennungen löst Trennungsschmerz aus, und das dadurch entladene Weinen verbessert wiederum Körperwahrnehmung und damit auch die Antwort des Immunsystems.

• Herz- und Kreislauferkrankungen
Bei Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen finden wir typischerweise Blockierungen im Brustbereich, sichtbar beim Beobachten der Atmung (Lowen). Auf Berührung und Druck wirkt ein solcher Thorax steif und unbeweglich, die Zwischenrippenmuskulatur ist durch chronische Verspannung druckschmerzhaft, ebenso sind oft die Muskeln des Schultergürtels chronisch verspannt. Thorax und Schultern sind vermindert beweglich (in der Nomenklatur der Bioenergetik finden wir oft Zeichen der psychopathischen Charakterstruktur). Im Kontakt haben diese Patienten Schwierigkeiten, Liebe und Zärtlichkeit zu zeigen und weisen auch mangelnden Respekt ihren Partnern gegenüber auf. Mit

beiden Armen auszugreifen und um Hilfe zu bitten, ist ihnen fast unmöglich, und wenn sie das trotzdem versuchen, wird bei einer solchen Übung oft Wut mobilisiert. Liebe kommt vom Herzen, und das Herz öffnen heißt, daß sich zarte Gefühle und liebevolles Verhalten sich selbst und der Umgebung gegenüber im Alltag zeigen. Beschäftigt man sich mit Kurztherapie, so ist es oft hilfreich, bei solchen Patienten den Partner mit einzubeziehen und direkt mit den blockierten Gefühlen zu arbeiten. Wenn sich viel Angst in schneller Herzfrequenz oder in Rhythmusstörungen zeigt, ist es wichtig, mit Erdung zu arbeiten, um das Gefühl der Eigenständigkeit und Selbstunterstützung zu verbessern.

Der erhöhte Blutdruck ist in unserer Gesellschaft der westlichen Länder ein großes Problem geworden. Etwa 15 % der erwachsenen Bevölkerung leidet an dieser Regulationsstörung, welche somit epidemische Ausmaße angenommen hat. Erhöhter Blutdruck ist ja bekanntlich ein wichtiger Risikofaktor bei der Entstehung der coronaren Herzkrankheit (Rozanski et. al.). Der hypertensive Patient hat Schwierigkeiten, mit dem Alltagsstress umzugehen, er kann seine Grenzen nicht erhalten, und er ist unfähig, den Ansprüchen seiner Umgebung an ihn zu begegnen. Wut wird oft zurückgehalten und gibt dem Klienten eine vermeintliche Stabilität. Physiologisch betrachtet sind die Arterien eines solchen Patienten steifer, weil der Druck angestiegen ist. Therapeutisch sollte man versuchen, den ganzen Organismus einer tieferen Entspannung zuzuführen, welche auch im Alltag und nicht nur in der Therapiestunde stattfinden muß. Erst wenn die Entspannung auch in die tiefen Schichten der Persönlichkeit eindringt- und das Gefäß-System gehört zu den alles durch-

dringenden, tieferen Schichten des Organismus - erst dann kann sich auch der Blutdruck senken. In der Übertragung spielen Konflikte der Abhängigkeit und Unabhängigkeit eine wichtige Rolle, das Durcharbeiten der negativen Übertragung mit viel Wut darf vom Therapeuten nicht gescheut werden und stellt an seine eigene Standfestigkeit große Anforderungen (Uexküll).

In seinem Buch "Liebe, Sex und dein Herz" weist Lowen auf diese psychosomatischen Zusammenhänge in differenzierterer Form hin. Zur Illustration möchte ich noch ein Beispiel aus meiner Praxis geben: ein 55-jähriger Italiener wird mir von einem medizinischen Chefarzt eines Bezirksspitals zur psychosomatischen Diagnostik und Therapie konsiliarisch zugewiesen. Der Patient hatte sich nach einem Herzinfarkt nicht mehr erholt und war depressiv geworden. Er konnte nicht mehr arbeiten und litt beständig unter Angina pectoris-Anfällen. Trotz guter medikamentöser Einstellung erlitt er zwei Monate nach dem ersten Ereignis einen zweiten, ganz leichten Reinfarkt. Beim ersten Kontakt erzählte er mir seine Geschichte in monotoner, fast lautloser und gefühlloser Weise. Er wirkte resigniert, leer und bedrückt. Vor allem fiel mir auf, daß er fast nicht atmete, sich so verhielt, als ob der Sauerstoff rationiert wäre. Ich machte ihn darauf aufmerksam, und er meinte, es sei ihm bis jetzt noch nie etwas derartiges aufgefallen. Obwohl nach dem Infarkt ein leichtes Kreislauftraining mit ihm begonnen worden war, hatte er nicht gelernt, in Ruhe auch tiefer zu atmen, seine Angina-pectoris-Anfälle traten dann bezeichnenderweise auch nicht während der körperlichen Anstrengung, sondern meist dann auf, wenn er zuhause in einem Sessel vor dem Fernsehapparat saß.

Bis jetzt ein sehr banales Beispiel, bezeichnend und typisch die Lebensgeschichte und die aktuelle Familiensituation, aber auch die Situation am Arbeitsplatz: überall steht der Patient unter äußerem Druck.

Nachdem ich mit dem mir zuweisenden Kollegen telephonisch gesprochen hatte und ihm erklärt hatte, daß sein Patient offenbar zu wenig atme, nahm dieser Kollege einen ungewöhnlichen, diagnostischen Eingriff am Patienten vor: beim nächsten Kontrollbesuch im Spital punktierte er eine Arterie und untersuchte die Sauerstoffsättigung im Blut. Diese Untersuchung ist sehr aufwendig und wird gewöhnlich nur im Spital gemacht, keinesfalls aber als Routineuntersuchung. Der Kollege rief mich dann ganz erstaunt an und teilte mir mit, daß die Sauerstoffkonzentration im Blut des Patienten an der untersten Grenze liege und er ihm deswegen Atemtherapie verordnet habe.

Bei diesem Einzelfall wurde die bioenergetische Diagnose und Interpretation durch physikalisch-chemische Methoden unterstützt, für den Patienten war es ein Beweis dafür, daß er tatsächlich etwas für seine Atmung tun sollte. Der Patient nahm Schwimmstunden (er hatte vorher noch nicht schwimmen können) und pflegt jetzt diese Tätigkeit ein- bis zweimal pro Woche. Außerdem hat er über den Weg von Atemübungen gelernt, in seinem Alltag den Sauerstoffpegel im Blut zu erhöhen, was die Durchblutung des Herzmuskels verbessert, und seit zwei Jahren ist ein weiterer Infarkt ausgeblieben. Angina pectoris-Anfälle hat er zur Zeit keine mehr, und seine depressive Stimmung hat sich aufgehellt.

Dieses Beispiel zeigt, wie man bioenergetische Prinzipien in einer psychosomatisch orientierten Medizin erfolgreich anwenden

kann, ohne eine tiefgreifende bioenergetische Therapie durchführen zu müssen. Gerade bei der Behandlung der coronaren Herzkrankheit ist Vertiefung der Atmung und Verbesserung der Flexibilität im Brustkorb, Zwerchfell und in den Schultern eine wichtige Voraussetzung für die Heilung des Patienten. Und auch hier gelten die bereits genannten Prinzipien: Wir streben die Vertiefung der Atmung an, dies führt zu einer Erhöhung der Sauerstoffkonzentration im Blut sowie zu einer Erniedrigung des Kohlendioxid-Pegels. Damit nimmt die Erregbarkeit des Organismus zu, die Gefühle fließen leichter und werden bewußter. Wenn die Gefühlsintensität und die Gefühlsstabilität zunimmt, ist es möglich, daß der Patient vorübergehend von außen mehr gestützt werden muß, oder aber er lernt, sich selber besser zu unterstützen.

• Funktionelle Störungen des Verdauungstraktes

In der Praxis des Allgemeinarztes und Internisten sind folgende Klagen häufig: Colon irritabile (schmerzhafte Verspannungen der Dickdarmmuskulatur), Durchfall oder Verstopfung, übermäßige Säureproduktion im Magen, Gallensteine oder Gallenwegstörungen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Hiatushernie (Zwerchfellbruch). Charakterologisch betrachtet sind bei solchen Patienten orale oder/ und masochistische Charakterzüge gehäuft sichtbar. Fast immer findet sich eine Blockierung im Zwerchfell, welche den Energiefluß in longitudinaler Richtung unterbricht. Beim Körperlesen findet sich eine ungenügende Beweglichkeit des Zwerchfells, so daß sich der Bauch beim Einatmen nicht nach außen wölbt, der Zwerchfelldruck in der Atemwelle sich nicht auf den Beckenboden über-

trägt. Gelegentlich zeigen solche Patienten auch eine paradoxe Atmung mit Contrapulsationen, das heißt, beim Einatmen ziehen sie den Bauch ein und beim Ausatmen drücken sie den Bauch heraus. Die Ruheatmung hat eine Frequenz von ca. 20 Atemzügen pro Minute. Wenn sich das Zwerchfell bei jedem Atemzug senkt und hebt entsteht dadurch eine von der Natur her vorgesehene Massagewirkung auf die Eingeweide im Bauchraum. Diese Massagewirkung ist wichtig für die Durchblutung und damit Entspannung der Organe im Bauchraum.

Wenn außerdem noch Verspannungen im Bereiche des Beckengürtels sichtbar werden, besteht eine blockierte Funktion der Sexualität. Arbeit mit Beckenübungen und Bewußtmachung der sexuellen Unterdrückung (oder Kastration) hilft zur Befreiung der sexuellen Energien. Gerade bei sexuellen Störungen ist es wichtig, auf die freie Atmung zu achten. Sofern Zwerchfell und Beckenboden entspannt sind, überträgt sich bei jedem Atemzug die Atembewegung bis auf die Geschlechtsorgane und den After. Diese "Berührung" der Sexualität durch die Atmung wird bei jedem Atemzug spürbar und vermittelt das Gefühl der Verbundenheit von Herz und Sexualität.

• **Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis**

Hier sind die Muskeln und das Skelettsystem involviert. Die entzündlichen Formen wie chronische Polyarthritis machen nur ungefähr 7 % des ganzen rheumatischen Formenkreises aus. 55 % gehören zum sogenannten extraartikulären Rheumatismus, 38 % sind Arthrosen und gehören demzufolge zu den degenerativen Störungen. Der entzündliche Rheumatismus ist eine autoaggressive Immunsystemkrankheit und bedarf deswegen einer Arbeit zur Ver-

besserung des Gleichgewichtes im Immunsystem. Am häufigsten findet sich der sogenannte Weichteilrheumatismus oder das Fibrositissyndrom (Fibromyalgie-Syndrom). Pathogenetisch nimmt man an, daß eine erhöhte chronische Spannung die bindegewebigen Ansätze der Muskeln am Knochen überlastet. Dadurch entsteht ein nichtbakterieller, entzündlicher Prozeß in diesen auf Bewegung oder Druck schmerzempfindlichen Muskelansätzen. Ursächlich dürfte ein chronischer Spannungszustand dieser Störung zugrundeliegen. Ob nun dieser Spannungszustand mehr in der tonischen oder in der phasischen Muskulatur vorliegt, hängt mit der psychodynamischen Krankheitsursache zusammen. Keleman (Emotional Anatomy) gibt eine interessante Hypothese über die Funktion dieser verschiedenen Muskelfasern. Die tonische Muskelfasergruppe ist verantwortlich für die Haltung des Menschen, die phasische für die schnelle Bewegung und die Kraft. Diese Muskelfasern haben ein verschiedenes Ernährungs- und Versorgungssystem, außerdem sehen sie, mikroskopisch betrachtet, verschieden aus. Die tonischen Muskelfasern, auch langsame und rote Fasern genannt (sie enthalten mehr Myoglobin), entspannen sich erst, wenn eine vertrauensvolle Beziehung im Hintergrund da ist.

Keleman nennt dies "Parenting", das heißt, er meint damit den Vorgang, daß tiefes Vertrauen und emotionale Ernährung nötig sind, sofern es gelingen soll, in einer Langzeittherapie den Patienten dahin zu führen, daß er auch diese tiefen Verspannungen loslassen kann. Haltung zu bewahren und trotzdem Hingabe zuzulassen, ist ein wichtiges Anliegen jeder Therapie. Die tonischen Muskelfasern und deren Spannungsmuster repräsentieren unser stabiles Selbst. Entspannung in der phasischen Muskulatur kann vielleicht das falsche Selbst beeinflus-

sen, soll aber nicht verwechselt werden mit emotionaler Restrukturierung der Persönlichkeit, welche nur im Kern und damit im wahren Selbst stattfinden kann.

38 % aller rheumatischen Erkrankungen sind Arthrosen, also degenerative Störungen der Gelenke. Pathophysiologisch werden ursächlich zwei Faktoren in der Literatur erwähnt: Mikrotraumen, das heißt, mechanische Überbelastung durch sich immer wiederholende Erschütterungen über Jahre hinweg und außerdem die Abnahme der Viskosität der Gelenkflüssigkeit, das heißt, die Gelenkflüssigkeit wird dünnflüssiger. Der Gelenkknorpel wird über die Gelenkflüssigkeit ernährt, da die Knorpelzellen nicht am Kreislaufsystem angeschlossen sind. Die Gelenkflüssigkeit wird von den Zellen der Gelenkkapsel ausgeschieden und sorgt für eine Schmierung der Gelenke und damit auch einer Herabsetzung der Reibungskräfte. Arthrosen entstehen, wenn der Gelenkknorpel zu früh abgenutzt wird, was gelegentlich schon bei Dreißigjährigen festzustellen ist.

Die Gelenke sind sozusagen die Scharniere, welche die einzelnen Teile des Körpers Zusammenhalten. Besteht nun bei einer Persönlichkeit die Angst vor dem Auseinanderfallen, was der Bioenergetiker als schizoide Störung bezeichnet, wird die Gegenreaktion des Körpers eine zusätzliche Anspannung der Muskulatur sein, welche die Gelenke Zusammenhalten soll. Chronische Verspannungen in diesen Muskeln bewirken einen Überdruck auf den Knorpel der Gelenke. Außerdem reduzieren diese Muskeln, wenn sie verspannt sind, die Blutzirkulation in der Gelenkkapsel durch mechanischen Druck auf die Gefäße der Gelenkkapsel. So ist erklärbar, daß die ausgeschiedene Gelenkflüssigkeit dünnflüssiger, das heißt, wässriger wird und der Gehalt an

Chondroitinschwefelsäure in der Gelenkflüssigkeit dadurch abnimmt. Diese Chondroitinschwefelsäuremoleküle sind aber für die Ernährung der Knorpelzellen einerseits und für die Viskosität andererseits sehr wichtig.

Für die Therapie ist an erster Stelle die Entspannung der chronisch verspannten Muskulatur wichtig. Außerdem kann auch Chondroitinschwefelsäure in Kapselform in größeren Dosen zugeführt werden, was mindestens die Schmerzen reduziert und möglicherweise auch den lädierten Gelenkknorpel schützt, resp. dessen Regeneration fördert.

In der bioenergetischen Therapie sind die tiefsitzenden Ängste zu bearbeiten, die Konfrontation mit dem Entsetzen und der Todesangst im Inneren. Da die Spannungen vor allem in der tonischen Muskulatur gelockert werden sollen, muß auf die vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten oder zur therapeutischen Gruppe geachtet werden, weil nur dann dieses existentielle Zusammenhalten des Organismus aufgegeben werden kann. Besonders hier sind Erdungsübungen sehr wichtig, damit sich der Patient durch den Boden tragen läßt und sich nicht vermeintlich im eigenen Organismus durch ein übermäßiges Zusammenhalten der einzelnen Körperteile getragen fühlt.

• **Krankheiten der Atemorgane**

Wie schon unter Punkt 4 zur Atmung erwähnt, ist die Sauerstoffversorgung entscheidend für den energetischen Zustand des Organismus. 6 bis 10% aller Patienten in der ärztlichen Allgemeinpraxis leiden am sogenannten Hyperventilationssyndrom (Radvila). Während die akute Hyperventilation mit den typischen Anfällen und Tetaniezeichen kaum je diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten bereitet, han-

delt es sich doch um eine Reaktion auf eine akute Streßsituation, ist die chronische Form wegen ihrer mannigfaltigen Symptomatik oft schwer zu erkennen. Die dabei zu erkennenden Symptome sind allen voran Angstgefühle, Tetaniezeichen, Parästhesien, Muskelverkrampfungen und -Schmerzen sowie Schwindel, Herzklopfen, Thoraxschmerzen und als Leitsymptom Atemnot und nicht die beschleunigte Atmung, wie man vermuten würde. Die Atemnot ist eine subjektive Empfindung, die die Patienten dazu bringt, noch mehr zu atmen und dadurch den Teufelskreis noch zu verstärken. Gesichert ist, daß Hyperventilation mit deutlich erniedrigten PCO_2 -Werten eine typische Streßreaktion darstellt, ähnlich wie erhöhte Pulsfrequenz, und eine vermehrte Ausscheidung von Katecholaminen, Cortison und Wachstumshormonen zur Folge hat.

Interessant ist, daß das Hyperventilationssyndrom oft mit anderen psychophysiologischen Störungen auch im Bereich des Magen-Darmtraktes verbunden sein kann, z. B. dem iritablen Colon (Dickdarmverkrampfungen).

Nach Radvila wird eine bis zu dreißig Minuten dauernde, willkürliche Hyperventilation und die dabei entstehende respiratorische Alkalose nicht von allen Menschen als unangenehm empfunden, sondern sie kann stimulierend und euphorisierend wirken, ähnlich wie suchterzeugende Drogen und Medikamente. In der psychosomatischen Medizin wird das Hyperventilationssyndrom mit beruhigenden Gesprächen, Entspannungsübungen und Medikamenten behandelt.

In der Bioenergetik wird oft mit willkürlich herbeigeführter Hyperventilation gearbeitet. Viele Übungen dienen dazu, die Atmung zu vertiefen, vor allem die Arbeit auf dem Atemschemel. Die Lösung der chronischen Verspannungen in der Atemmuskulatur führt dabei oft zu einer Vertiefung der

Atmung und damit auch zu einer gewissen Gefühlslabilität. Sofern Angst aufsteigt ist Erdung und Kontakt (zum Therapeuten) wichtig. Es ist für den Bioenergetiker eine Selbstverständlichkeit daß er nicht versucht, bei seinem Klienten die Angst zu vermindern, sondern ihn tragfähiger werden zu lassen für seine inhärenten Angstgefühle. Angst ist nicht ein zu beseitigendes Symptom, sondern soll akzeptiert und als lebenserhaltendes Element im Alltag verstanden werden können. Wenn der Bergsteiger Angst hat, seilt er sich an und verhindert dadurch seinen Absturz. Mir machen jene Leute Angst, welche keine Angst haben.

Ein weiteres Beispiel, wie Hyperventilation und Angst Zusammenhängen, zeigt O. Oelz in seinen Untersuchungen über die Wirkungen der Höhe auf den Menschen. Bei der Untersuchung des Höhenlungenödems, einer lebensbedrohlichen Erkrankung als Folge von großen Berghöhen, untersuchte er mit seinen Mitarbeitern auf über 4000 Meter Höhe Patienten mit dem Höhenlungenödem. Dabei stellte sich heraus, daß am Beginn der pathophysiologischen Sequenz der akuten Bergkrankheit die durch Hyperventilation ungenügend kompensierte Hypoxie steht. Demgegenüber sind die Superbergsteiger, welche sogar ohne Sauerstoffgerät den Mount Everest bestiegen haben, in einem Zustand der chronischen Hyperventilation. Auch im Ruhezustand hyperventilieren diese Menschen dauernd und erzeugen dadurch bei sich einen Zustand erhöhter Sauerstoffsättigung im Blut Die damit einhergehende, vermehrte Ängstlichkeit scheinen diese waghalsigen Bergsteiger mit contraphobischem Verhalten zu kompensieren, indem sie dauernd immer wieder Extremlustungen vollbringen.

Ein wichtiges Krankheitsbild ist das Asthma bronchiale oder schwächere Formen der obstruktiven Ventilationsstörung. Wie ich in einer früheren Arbeit gezeigt habe (Eh-

rensperger, 1986) kann bei der Bestimmung der Lungenfunktion mit Hilfe der Spirometrie-Vitalkapazität (die Menge Luft, die nach einer vollständigen Einatmung maximal ausgeblasen werden kann) und Sekundenkapazität (Anteil der Vitalkapazität, der bei maximaler Anstrengung in der ersten Sekunde ausgeblasen werden kann) genau bestimmt werden.

Diese zwei Meßgrößen können eine gewisse Aussage über Spannungen der Atemmuskulatur ergeben. Bei Asthmatikern ist die Sekundenkapazität erniedrigt, wahrscheinlich auch bei Menschen, die in früher Kindheit bereits an Asthma gelitten haben, im Erwachsenenalter aber diesbezüglich keine Beschwerden haben. Durch bioenergetische Arbeit auf dem Atemschemel und durch Lösung der chronischen Verspannungen in der Therapie können sich diese Größen verändern oder sogar normalisieren. Bei Asthmatikern müssen die Lebens-themen von Abhängigkeit, Trennungsangst und gestörter Mutterbeziehung durchgearbeitet werden. Bioenergetisch betrachtet ist das Ausstrecken der Arme nach der Mutter durch das Asthma gehemmt. Sehnsucht nach einer liebevollen Bezugsperson in der frühesten Kindheit wurde immer wieder frustriert und enttäuscht, sodaß eine chronische Anspannung im Schultergürtel, an der äußeren Schicht und eine Anspannung der glatten Bronchialmuskulatur um die Bronchien herum, in einer tieferen Schicht vorhanden sind. Auslöser für den Asthmaanfall sind nicht nur psychische Stressoren, welche die frühkindliche Konfliktsituation reaktivieren, sondern auch Irritation der vorbestehenden, bronchialen Hyperreaktivität (Ramsdale). Wie neuere Studien gezeigt haben, ist eine der Ursachen des Asthmas die sogenannte bronchiale Hyperreaktivität, das heißt, daß asthmatische Atemwege im Vergleich zu normalen Atemwegen erheblich sensibler sind für äußere Stimuli (Chemikalien, Kälte, Staub oder Infektions-

erreger). Daß der Atemtyp die Persönlichkeit mit ihren spezifischen Wahrnehmungsstrukturen und Verhaltensreaktionen repräsentiert, ist inzwischen auch von den Vertretern der Atemtherapie beschrieben worden (M. Borger, K. Jung).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß sowohl Hyperventilation wie auch Hypoventilation verschiedenste psychosomatische Symptome erzeugen kann, allen voran depressive Erscheinungen mit vegetativen Begleitsymptomen. Bei der Hypoventilation kann durch Arbeit an den chronischen Verspannungen an der Atemmuskulatur die Atmung vertieft und die Sauerstoffversorgung verbessert werden, bei der Hyperventilation ist es wichtig, an der Erdung zu arbeiten, damit das Mehr an Energie dieser Patienten nicht in Form von Nervosität und Angstgefühlen negativ aufgenommen wird.

Zusammenfassung:

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Anfang zu machen in der schwierigen Übersetzungsarbeit und darzustellen, wie bioenergetische Konzepte in der psychosomatischen Medizin sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch hilfreich angewendet werden können. Psychosomatische Verständnismodelle sowie bioenergetische Konzepte werden auf ihre Gemeinsamkeit überprüft, und es zeigt sich dabei, daß die Bioenergetik durch ihre Nähe zum menschlichen Körper besonders in der psychosomatischen Therapie hilfreich sein kann. Über den Weg der Körpersprache können präverbale Anteile in der Persönlichkeitsentwicklung direkt berührt und verstanden werden.

Anhand von häufigen und banalen Krankheiten in der Praxis des Allgemeinarztes oder des Internisten werden bioenergetische Verständnismodelle diskutiert und deren therapeutische Anwendung praktisch besprochen. Als Beispiele dazu dienen

Krankheiten wie rezidivierende Infektionen, Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs, des Verdauungstraktes, des rheumatischen Formenkreises und der Atemorgane.

Auch wenn hier der Versuch einer bioenergetischen Pathophysiologie gemacht wird, wird darauf hingewiesen, daß die Behandlung des ganzen Menschen im Auge behalten werden muß.

Das Symptom ist nur ein Zeichen und dient dazu, das Gleichgewicht der Person im Moment zu erhalten.

Wie immer in der Bioenergetik gilt es, die gesunden Anteile der Persönlichkeit zu fördern und erst, wenn der kranke Mensch sein Symptom nicht mehr "nötig" hat, kann dieses wegfallen. Verschwindet das Symptom zu schnell, so ist die Therapiemotivation gefährdet, und eine Symptomverschiebung in Richtung einer bedrohlicheren Krankheit kann erfolgen.

Literatur:

- Ader, R.: Psychoneuroimmunology, Orlando 1981
- Borger, M., Jung, K.: Atemtherapie, in: Der informierte Arzt, Nr. 7/89, 711-715
- Ehrensperger, T.: Bioenergetische Analyse in psychosomatische Medizin - Short term bioenergetic Therapy, in: Proceedings of the 8th International Conference, 25-31, Ysermonde 1986, 413-435
- ders.: Integration von allgemeiner Medizin und Psychotherapie; ein Modell der ganzheitlichen Medizin, Hrsg. Thure von Uexküll, Stuttgart - New York, 1981
- Fuchs, M.: Das leibliche und seelische Unbewußte, die funktionelle Entspannung und das therapeutische Gespräch, in: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, Bd. 33, Heft 3, Mai 1988, 120-129
- Goldenberg, H. D. L.: Das Fibromyalgie-Syndrom, in: Jama Schweiz, Bd. 6, Nr. 10/Okttober 1987, 373-382
- Kächele, H.: Entwicklung und Beziehung in neuem Lichte, in: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik, Band 34, Heft 5, September 1989, 241-249
- Keleman, S.: Emotional Anatomy, Berkeley 1985
- Keller, K.: Psychosomatik. Eine Bestätigung der Allgemeinmedizin, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1975
- Lowen, A.: Bioenergetic, Reinbek 1988
- ders.: Liebe, Sex und dein Herz, München 1989
- Oelz, O.: Von der Wirkung der Höhe auf den Menschen, Ärzte-Forbildungskurs 1988, Davos, Lungensliga d. Kantons Zürich
- ders.: Pathophysiologie, Klinik und Therapie der akuten Bergkrankheit, Symposiumboeck Davos, 1987, 34-39
- ders.: Nifedipine for high altitude pulmonary oedema, reprinted from "The Lancet", November 25, 1989, 1241-1244
- Radvila, A.: Psychophysiologische und psychosomatische Krankheitsbilder, Psychosoziale Medizin 2, 1986, 409-423
- Ramsdale, E. H.: Asymptomatische bronchiale Hyperreaktivität, in: Astham-Serie, Nr. 12, S. 3-9
- Rozanski, A.: Mentalstress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary artery disease, in: The New England Journal of Medicine, Nr. 16, 1988, S. 1005-1011
- Schwarz-Ottersbach, E.: Psychoimmunologie, in: Schweiz. Rundschau Med. 8, 1989, 362-367
- Stephanos, S.: Theorie und Praxis der analytisch-psychosomatischen Therapie, Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, Hrsg. Thure von Uexküll, München 1979, 368-388
- von Uexküll, T.: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, München-Wien-Baltimore 1979

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Thomas Ehrensperger, Wielandplatz 2, CH-4054 Basel

Axel Böhmer: Bericht zur Einleitung einer Behandlung

Die Bioenergetische Analyse hat als Psychotherapiemethode bisher erst wenig Anerkennung seitens der Krankenkassen gefunden. Auf Patientenseite steht dem eine zunehmende Nachfrage an bioenergetischer Therapie entgegen.

Im Augenblick besteht für Diplom-Psychologen, die als "Klinische Psychologen/Psychotherapeuten BDP" im Rahmen einer Regelung zwischen Techniker Krankenkasse und BDP (Berufsverband Deutscher Psychologen) tätig sind, die Möglichkeit, Krankenbehandlungen durchzuführen. Dabei gilt die Methodenfestlegung auf Psychoanalytische- oder Verhaltenstherapie nicht, wie innerhalb der kassenärztlichen Psychotherapie. Es ist vielmehr angestrebt, methodenübergreifende Psychotherapie anzuwenden.

"Methodenübergreifende Therapie im Sinne des "Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten BDP" versteht sich als ein Ansatz, demzufolge die jeweilige Grundorientierung des Psychotherapeuten durch die Einbeziehung anderer Methoden ergänzt wird. Auf diese Weise kann der Psychotherapeut auf die individuellen Probleme des Patienten situationsbezogen besser reagieren und die jeweils effektivste Intervention vornehmen. Durch diesen maßgerechten Therapieansatz kann die psychische Erkrankung gezielter, oft weniger zeitaufwendig und damit auch wirtschaftlicher behandelt werden."

Die Versicherten dieser Kasse können die Behandlungskosten auch für Bioenergetische Analyse erstattet bekommen. Die Behandlung muß dafür vorher von der Kasse genehmigt werden.

Im folgenden möchte ich einen Bericht zur Einleitung einer Behandlung vorstellen. Dieser Bericht geht an einen von der Kasse bestellten Gutachter, der prüft, ob die vorgeschlagene psychotherapeutische Behandlung erstens notwendig, zweitens zweckmäßig und drittens wirtschaftlich ist.

BERICHT ZUR EINLEITUNG EINER BEHANDLUNG:

Es handelt sich um einen 27jährigen, ledigen Medizinstudenten.

1. Daten zu früheren Behandlungen

Der Patient wurde bisher noch nicht psychotherapeutisch behandelt.

2. Geplante Behandlung

Erstantrag am: Juni 91

Behandlungsbeginn am: Mai 91

Durchgeführt wurden bisher: 1 Anamnese Pos. 1, 1 Diagnostik Pos. 4 und 5 Probebehandlungen Pos. 7.

Beantragt werden 50 Sitzungen Position 7, die ein- bis zweimal wöchentlich durchgeführt werden sollen.

3. Basisdaten

3.1 Anlaß der Behandlung und Beschwerden (Symptomatik)

Der Patient kann nicht vor Gruppen sprechen. Er hat dann Angst, er schwitzt, seine

Stimme versagt, er fängt an zu zittern und er fürchtet, ohnmächtig zu werden. Er hat seit Jahren vermieden, in derart ängstigende Situationen zu kommen. Vor einem dreiviertel Jahr hat er aber ein Studium begonnen, wo er dauernd damit konfrontiert ist, vor Gruppen sprechen zu müssen, was er bisher nicht vermag. Er kann sich immer schlechter auf die Arbeit konzentrieren und fürchtet, sein Studium abbrechen zu müssen. Der Patient leidet außerdem unter starken sexuellen Problemen, er hat Schwierigkeiten, eine Erektion zu bekommen bzw. zu halten. Er hat deshalb seit Jahren sexuelle Kontakte vermieden

3.2 Anamnestische Angaben

Der Patient ist als fünfter von sechs Kindern geboren. Er hat fünf Schwestern (+18 J., +15 J., +5 J., +3 J., -3 J.), aufgewachsen ist er in einer westfälischen Großstadt. Dort hat er mit den Eltern und Geschwistern am Stadtrand in einer drei Zimmer Wohnung gewohnt

Die Mutter war bei seiner Geburt 37 Jahre alt. Seine Geburt verlief mit einigen Komplikationen, da die Nabelschnur um seinen Hals gewickelt und er ganz blau war. Er beschreibt die Mutter als arbeitsame, bescheidene Frau. Ihr Verhältnis sei sehr liebevoll gewesen, doch habe er immer unter der Ablehnung von körperlicher Nähe gelitten.

Als der Patient geboren wurde, war der Vater 39 Jahre. Er war stolz auf seinen Sohn. Der Patient beschreibt den Vater als streng und arbeitsam. Er arbeitete als angestellter Dachdecker und sei beruflich immer unterwegs gewesen, oft auch am Wochenende. Zeit lebens hätte er geplant, ein eigenes Haus zu bauen, es aber nie geschafft.

Die beiden ältesten Schwestern seien ausgezogen als er noch klein war. Er habe aber immer noch viel Kontakt zu ihnen, genau wie zu den beiden anderen. Er beschreibt sein Verhältnis zu den Schwestern als gut, einzig die vierte sei immer neidisch auf ihn gewesen. Zu ihr sei das Verhältnis gespannt. Der Patient besuchte keinen Kindergarten und wurde mit sechs Jahren eingeschult. Er war ein mittelmäßig guter Schüler und schloß die Schule mit dem Abitur ab, allerdings mußte er die mündlichen Prüfungen wiederholen. Nach einem Verkehrsunfall hatte er zunehmend Ängste entwickelt, in der Öffentlichkeit zu sprechen, und begonnen, diese Situationen zu vermeiden. Er hatte auch die Abiturprüfung deshalb abgebrochen und nicht an den mündlichen Prüfungen teilgenommen. Ein Jahr später, er hatte zwischendurch gejobbt, stellt er sich der Prüfung erneut und bewältigte sie auch erfolgreich.

Seitdem hat er immer wieder gejobbt, zuletzt als Werbetechniker in einer Agentur. Damit sei er zunehmend unzufriedener gewesen und er hatte sich schließlich doch für einen Studienplatz für Medizin beworben, weil er dachte, daß er inzwischen besser mit seinen Ängsten umgehen könne. Als er vor einem Semester kurzfristig einen Studienplatz bekam, fing er das Studium an. Er ist dort wieder mit Situationen konfrontiert, die ihm Angst machen und fühlt sich allein nicht in der Lage, damit fertig zu werden.

Hinsichtlich seiner psychosexuellen Entwicklung beschreibt er, daß er von Anfang an immer Angst vor Frauen gehabt habe. Mit 15 Jahren habe er sich zum ersten Mal verliebt, sei aber abgewiesen worden. Danach habe er es nie wieder versucht, vielmehr habe er es der Initiative der Frauen überlassen, auf ihn zuzukommen.

Mit 19 Jahren habe er zum ersten Male mit einer Frau geschlafen. Er habe dabei einen Samenerguß gehabt, bevor er mit seinem Glied in die Scheide eindringen konnte. Er habe sich als Versager gefühlt. Auch später habe er immer wieder einen vorzeitigen Samenerguß bekommen, wenn er versuchte, mit einer Frau zu schlafen. Schließlich sei er unfähig geworden, eine Erektion zu bekommen bzw. diese zu halten. Er sei deshalb sehr beschämt und vermeide seit Jahren, Kontakt zu Frauen aufzunehmen. Dabei habe er andauernd sexuelle Phantasien und leide deswegen unter starken Schuldgefühlen.

Der Patient kommt auf Anraten seines Hausarztes zur psychotherapeutischen Behandlung.

3. 3 Diagnostische Befunde

FPI und Gießen-Test ergaben deutliche Hinweise auf eine ausgeprägte Lebensunzufriedenheit. Bioenergetisch finden sich starke Muskelverspannungen im Hals- und Schulterbereich. Sein Becken ist stark nach hinten gezogen, er atmet sehr flach.

3. 4 Diagnose mit Angabe der ICD-Nummer (gem. ICD-Schlüssel. 9. Revision)

Angstneurose ICD 300. 0, Erektionsstörung ICD 302. 7

4. Therapieziele und Behandlungsplan

4. 1 Beschreibung der angestrebten Therapieziele

Der Patient erlebt sich im Elternhaus einer "Übermacht" von Frauen ausgesetzt, wo es galt, alle sexuellen Regungen zu verbergen. Seine Ängste sind auf diesem Hintergrund zu verstehen. Er fürchtet, mit seinen Phantasien entdeckt und beschämt zu werden. Beim Vater fand er keinen Halt hinsichtlich seiner sexuellen Identitätsentwicklung.

Die aktuelle Symptomatik soll auf dem Hintergrund der ungelösten Konflikte mit seinen Eltern bearbeitet werden. Ambivalenz- und Abhängigkeitskonflikte und die verdrängten Aggressionen sollen dabei thematisiert werden, wie auch sein Selbstbild als Mann. Er soll in die Lage kommen, sein Studium durchzuführen und angstfreien Kontakt zu Frauen aufzunehmen.

4. 2 Darstellung der geplanten klinisch-psychologischen Interventionen bzw. Therapiemethoden

Es ist eine methodenübergreifende psychotherapeutische Behandlung mit tiefenpsychologischem Schwerpunkt vorgesehen.

In den bisher durchgeführten Probebehandlungen konnte ein gutes Arbeitsbündnis aufgebaut werden. Er schämt sich sehr wegen seiner Probleme, es gelingt ihm aber schon ansatzweise, diese Gefühle zu verbalisieren und auszudrücken.

Übertragungsgefühle in bezug auf Vertrauen und Konkurrenz sollen bearbeitet werden. Bioenergetische Interventionen sollen ihm helfen, seine körperlichen Spannungen zu explorieren und zu lösen, Vertrauen zu seinem Körper zu entwickeln und ein verlässliches Körperbild aufzubauen. Dabei ist von großer Bedeutung, daß der Patient lernt, seine aggressiven und selbstbehauptenden Impulse wahrzunehmen und auszudrücken.

4.3 Prognostische Einschätzung

Der Patient steht unter einem hohen Leidensdruck und ist, auch auf dem Hintergrund, sein Studium erfolgreich durchführen zu wollen, stark motiviert, den therapeutischen Prozeß voranzutreiben. Er ist intelligent und besitzt eine gute Einsichtsfähigkeit in psychologische Zusammenhänge. Die chronifizierte Symptomatik macht eine längere, aufdeckende Behandlung notwendig.

Psychotherapeutische Behandlung im Rahmen von Krankenbehandlungen sind jeweils im Einzelfall zu begründen. Begründungen ergeben sich aus vorliegenden wissenschaftlichen Forschungen und aus dem "Prinzip der rationalen Begründung der eigenen Praxis" (Westmeyer 1979). Das Letztere wurde beispielhaft dargestellt.

Literatur:

Westmeyer, H.: Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychotherapeutischer Praxis, in Albert, H. und K. Stupf (Hrsg.): Theorie und Erfahrung. Beiträge zur Grundlagenproblematik der Sozialwissenschaft, Stuttgart 1979

Anschrift des Verfassers:

Axel Böhmer, Auf dem Hirschberg 30, 5300 Bonn 3, Tel. 0228/464142, Fax. 0228/478361

Konrad Oelmann

Krankengymnastik und bioenergetische Analyse - ein Tagungsbericht

Ende Oktober 1991 war ich als bioenergetischer Analytiker zu einer Tagung mit dem Titel: "Ganzheitliche Bewegungstherapie- ein neuer Trend in der Therapie Herzkranker?" eingeladen.

An einem Herz-Kreislauf-Zentrum in Bad Krozingen sollte ich einen 30-minütigen Vortrag mit dem Thema "Das Herz und der Muskelpanzer der Bioenergetiker" halten.

Das Programm der 2-tägigen Tagung war außerordentlich reichhaltig, sowohl theoretisch wie auch praktisch; in seiner Vielfältigkeit vorbildlich zusammengestellt.

Den Veranstaltern, der Arbeitsgemeinschaft Herz-Kreislauf im Deutschen Verband für Physiotherapie, Zentralverband der Krankengymnasten ging es darum, über den Tellerrand der modernen kardiologischen Intensivmedizin hinauszuschauen. Nach einem morgendlichen Einstimmungsprogramm durch Obertonsingen und die subjektive Darstellung eines Herzinfarktpatienten, der das Erlebnis seines Herzinfarktes berichtete, folgten 5 Kurzvorträge zum Herzen und zum herzkranken Menschen und zwar aus der Sicht der Sportmedizin, der daseinsanalytischen Psychosomatik, der islamischen Medizin und der anthroposophischen Medizin sowie der bioenergetischen Analyse.

Nach einem Mittagessen folgte ein Rundtischgespräch zum Thema "Merkmale geeigneter Bewegungstherapie". Zwischen

dem "Wegsporteln" psychischer Probleme der Sportmediziner und dem analytischen Aufarbeiten der Depression auf der Couch fühlte ich mich als bioenergetischer Analytiker mit unserem körperpsychotherapeutischen Verfahren erfreulich kompetent, zum Thema Stellung zu nehmen.

Am Sonntag Morgen zogen die etwa 100 Teilnehmer gemeinsam in die Turnhalle, um zum Thema "Bewegung als Mittler von Körper und Geist" verschiedene Möglichkeiten der Körperarbeit kennenzulernen. Zum Thema "Den Muskelpanzer lösen- Übungen aus der Bioenergetik" stellte ich die verschiedenen Möglichkeiten der bioenergetischen Übungsgruppenarbeit skizzenhaft dar. Ich arbeitete zum ersten Mal mit 100 Teilnehmern in einer Turnhalle und leitete Übungen einzeln und in Paaren an.

Im Sonntagmorgen-Programm folgten Paararbeiten mit Shiatzu - Erfahrungen mit Herz- und Rückenkranken, eine Einführung in Tai chi chuan, Bewegungen aus der Ruhe - sowie Eutonie und Kostproben aus der Krankengymnastik mit Herzkranken-Gruppen.

Die insgesamt körperlich natürlich fit wirkenden Krankengymnasten waren sehr aufgeschlossen, was die bioenergetische Analyse angeht. Besonderes Interesse bestand an den Möglichkeiten, mit Emotionen in den Herzgruppen umzugehen; insgesamt für sich selbst als Körperarbeiter das eigene Leib-Seelische-Spektrum zu erweitern.

Für mich zeigte diese Tagung auf, wie vielfältig unsere Möglichkeiten als Bioenergetiker sind, mit dem, was wir in der bioenergetischen Analyse gelernt haben, in die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens unsere Erfahrungen einzubringen. Die 100 anwesenden Krankengymnasten stammten doch allesamt aus kardiologischen Kliniken und arbeiteten ausschließlich mit Herzpatienten.

Da ich in meinem Vortrag "Das Herz und der Muskelpanzer" hauptsächlich mit Overhead-Folien arbeitete, kann ich ihn hier leider nicht wiedergeben, statt dessen eine Zusammenfassung für die Zeitschrift der KRANKENGYMNAST über meinen Vortrag. Der Artikel wird für Bioenergetiker wohl weniger inhaltlich von Interesse sein, ist vielleicht aber als Beispiel wie wir Bioenergetiker in benachbarte Gebiete einbringen können, eine Anregung.

Das Herz und der Muskelpanzer

verfaßt anlässlich der Jahrestagung 1991 des Deutschen Verbandes für Physiotherapie-Zentralverband der Krankengymnasten e. V. - Arbeitsgemeinschaft Herz-Kreislauf -

Thema:

Ganzheitliche Bewegungstherapie - Ein neuer Trend in der Therapie Herzkranker?
26./27. Oktober 1991 in Bad Krozingen

Persönliche Einstimmung

"Mein Herz und mein Muskelpanzer"

Beim Thema "Herz und Muskelpanzer" habe ich mich gefragt, welche eigenen Erlebnisse ich mit dem Muskelpanzer und dem Herzen denn habe und kam spontan auf zwei Ereignisse:

Während meiner Zivildienstzeit als Notarzt des Kölner Rettungshubschraubers, in der ich eine Woche Rettungsdienst machte und dann eine Woche frei hatte, wurde mir im Zusammenhang mit meiner damals stattfindenden Lehranalyse als bioenergetischer Therapeut bewußt, wie stark die schockierenden Ereignisse, mit denen ich als Notarzt

konfrontiert wurde (Unfälle auf der Autobahn - häufig mit mehreren Schwerverletzten, Verbrennungspatienten, internistische Notfälle wie Asthmaanfälle, Herzinfarkte u. v. a. m.) mir in der Arbeitswoche mein Herz verschlossen. Eine emotionale menschliche Einfühlung in das Schicksal der Betroffenen war zum Schutz meines eigenen Seelenheils nur noch begrenzt möglich und das u. a. deswegen, weil die Handlungsfähigkeit eines Notarztes von einem klaren Verstand abhängig ist, der bei zuviel emotionaler Betroffenheit der anstehenden Arbeitsbelastung nicht mehr gewachsen gewesen wäre. So kam ich nach einer Arbeitswoche in meine bioenergetische Einzeltherapiestunde und spürte, wie die ganze Vorderwand meines Brustkorbs einem schildkrötenähnlichen Panzer glich, der mich am freien Durchatmen hinderte und der sich nur langsam im Laufe der Woche wieder lösen konnte. Ich fühlte mich von der Gefahr eines emotionalen Ausbrennens bedroht, hatte Angst davor, zu einer Art Monster zu werden, dem eine natürliche Einfühlung in menschliche Probleme nicht mehr möglich sei.

Die zweite Situation, in der mein Herz unmittelbar und direkt berührt wurde, erlebte ich in einer äußerst kritischen Beziehungssituation, in der ich alleine in einem Restaurant sitzend, erwog, mich von meiner Frau und meiner damals etwa 2-jährigen Tochter zu trennen. Beim Gedanken an die Trennung von beiden hatte ich das Gefühl, daß mir der Atem stockte, mich plagten intensives Stechen und Reißen in der linken Brusthälfte und in Todesängsten befürchtete ich, das Herz würde mir zerspringen.

Dieses intensive Körpersignal machte mir deutlich, daß ich eine geschiedene Ehe und ein Verlassen meiner kleinen Tochter im innersten Kern meines Wesens nur als gebrochener Mensch verkraften könnte.

Wilhelm Reich' s Begriff der Muskelpanzerung und die körperpsychotherapeutische Methode der bioenergetischen Analyse nach A. Lowen

Wilhelm Reich, Arzt und Schüler Sigmund Freud's, arbeitete als Psychoanalytiker mit den körperlichen Reaktionen seiner Patienten im Liegen. Er beschreibt in seinem Buch "Charakteranalyse" (s. Lit. 1.), wie seelische Schmerzzustände sich in körperlichen Verspannungsmustern der Muskulatur niederschlagen können. Die verspannte Muskulatur bezeichnete er als Muskelpanzer und stellte diesen Begriff den seelischen Hemmungen, dem Charakterpanzer der Patienten gegenüber.

Alexander Lowen, ebenfalls Arzt und Schüler von Wilhelm Reich, entwickelte ein System mit den körperlich verspannten Muskeln direkt zu arbeiten, wie es sonst nur im Sport und der Physiotherapie geschieht. Der Psychoanalytiker wurde aus seiner passiv abstinenter Rolle herausgeholt und der

bioenergetische Analytiker arbeitet mit aktiven körperlich-seelischen Haltungen und Übungen, um an die tiefen psycho-physischen Grundmuster heranzukommen, die das Leben der Patienten prägen und deren seelische Hemmungen, Unlustgefühle oder Krankheiten bedingen.

Gesundheit bedeutet in Reich's und Lowen's Sinn Hingabefähigkeit, die sich körperlich in anmutigem Bewegungsfluß, harmonischem Rhythmus einer gelockerten Muskulatur zeigt. Gesunde Menschen verhalten sich den jeweiligen Situationen angepaßt. Je starrer ein Mensch reagiert um so neurotischer ist er. Die Grundmuster der körperlich seelischen Starre wurden von Reich und Lowen als Muskelpanzer und Charakterstrukturen beschrieben (Lit. 2.).

Auch ein gesunder Mensch kann sich muskulär panzern, wenn es nötig ist, sich gegen Angst oder Unlust zu sperren. Hier erfolgt die Panzerung jedoch nicht chronisch, sondern sie kann bei Beseitigung der gefährlichen Situation wieder aufgelöst werden.

Für die Arbeit mit Patienten ist wichtig, daß der gepanzerte Mensch seine Haltung nicht als Panzerung empfindet, d. h. wir empfinden unser Verbogensein als normal; unsere körperliche Realität ist für uns Normalität. Sagen wir einem Gebeugten, er möge sich auf richten, um zu fühlen, wie es ist gerade zu stehen, so erhalten wir zur Antwort "das fühlt sich fremd, falsch an, das fühlt sich überstreckt an". In der körperpsychotherapeutischen Arbeit werden mit der Lösung des Muskelpanzers verdrängte Konflikte bewußt und nach der Durcharbeitung des Problems verändert sich der muskuläre Spannungszustand in Richtung Anmut und Fähigkeit zur Hingabe.

Das Herz - Kontakt zum wahren Selbst

Beim Herzkranken handelt es sich im bioenergetischen Sinne um eine muskuläre Panzerung - eine sogenannte Blockade im Brustkorbsegment des Menschen, egal ob es sich um psychovegetative Herzbeschwerden, eine Koronarsklerose oder einen Herzinfarkt handelt. Zum Brustsegment gehören der Thorax, die Zwischenrippenmuskulatur, die großen Brust- und Rückenmuskeln im thorakalen Segment, aber auch die Arme und die inneren Organe Herz und Lunge. Die Brustpanzerung drückt sich durch chronische Haltung der Einatmung aus, sowie durch flache Atmung. Es entsteht eine Haltung von Stille, Selbstbeherrschung, An-sichhalten, von Hartnäckigkeit, begleitet von einer Charakterhaltung der Unnahbarkeit, des Widerwillens. Hier klingen die Merkmale der typischen Typ A-Persönlichkeit aus der Herzinfarktforschung an (Lit. 3.).

Der Gegensatz zur Brustpanzerung ist eine gefühlswegte Brust, ein Mensch, der sich mit seiner Herzlichkeit hingeben kann. Dies drückt sich sowohl in der Bewegungsfreiheit seiner Arme, in seiner Möglichkeit einerseits bittend auszugreifen, andererseits sich abgrenzend zu distanzieren, aus.

In seinem Buch "Liebe, Sexualität und Dein Herz" beschreibt Alexander Lowen seine Erfahrungen mit herzkranken Patienten und beschreibt die Möglichkeiten der Körperpsychotherapie in der Arbeit mit dieser Patientengruppe. Herzkranken Menschen neigen nicht dazu, sich über ihre seelischen Schwierigkeiten in Behandlung zu begeben. Sie neigen zu einer Verleugnung ihrer emotionalen Schwierigkeiten (Lit. 4.).

Als typische Willensmenschen meistern sie ihre berufliche und private Situation engagiert und ehrgeizig, berühren jedoch nicht ihre tiefen emotionalen Wunden bzw. nehmen wenig Kontakt zu ihrem eigenen inneren Baby auf. Die moderne tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bezeichnet den Kontakt zu den weichen Wurzeln unseres Daseins als einen Kontakt zum wahren gefühlsmäßigen Selbst. In seinem Buch "Der narzisstische Persönlichkeitsstil" von Steven Johnson (Lit. 5.) schreibt dieser, was es bedeutet zum wahren Selbst Kontakt aufzunehmen. In dieser Phase der Therapie kommt der herzkranken Patient mit seinen inneren Gefühlen von Leere, von Panik und Schwäche in Kontakt, die er vorher nie bewußt erlebt hat. Ich denke, in den vielen neuen gegründeten Herzgruppen besteht eine Möglichkeit, wie auch in der Körperpsychotherapie, das eigene Selbst neu zu entdecken und angelegte Fähigkeiten wieder aufzunehmen und zu entwickeln, die jahrelang verschüttet waren. Viele Patienten fangen an, alte Hobbies zu pflegen und neue zu entdecken, nachdem sie einen emotionalen oder körperlichen Zusammenbruch hatten. Sind Herzkranken liebeskrank, dann fangen sie im therapeutischen Prozeß nun an, Kontakt zu ihren eigenen liebevollen Seiten aufzunehmen und das bedeutet nun zuerst einmal, die eigenen vernachlässigten Teile liebevoll anzunehmen.

Praktische Übungen der Körperarbeit

Je nach eigener Vorbildung wird sich der Krankengymnast nach den möglichen Anwendungen von bioenergetisch-analytischen Erkenntnissen in der Klinik oder Praxis der Herzgruppen fragen. Die Möglichkeiten der Körperarbeit in Herzgruppen sind m. E. vielfältig und können individuell nach den

Fähigkeiten der Teilnehmer und der Leitung abgestimmt werden. Ich habe einmal vier verschiedene Aspekte der Körpergruppenarbeit unterschieden und möchte sie hier kurz aufzählen:

1. Übungen zum Fördern des Fühlkontakts und der Empfindungen.

Der Kontakt zum wahren Selbst ist über den Körper durch gymnastische Übungen herstellbar, wenn über die gymnastischen Bewegungen hinaus die Gruppenteilnehmer aufgefordert werden, bewußt zu spüren und zu fühlen, wie sich die Atmung, die Muskulatur, die Haut, der Herzschlag nach einer Bewegungsphase anfühlt. In der Ausbildung der Körpertherapeuten wird auf das Nachspüren, Pausenmachen und die Entwicklung der eigenen Körperbewußtheit großer Wert gelegt, denn in der eigenen Wahrnehmung liegen die Möglichkeiten körperlichen und seelischen Krisen vorzubeugen.

2. Übungen zum Kontaktmachen

Körperübungen in Paaren verbinden Spiel, Freude und Auseinandersetzung in Gemeinschaft mit dem Aufbau eines realistischen Selbstbildes. Wenn Herzinfarkte bei 80 % der Betroffenen Angstzustände und bei 60 % der Betroffenen Depressionen hinterlassen, so kommt es in der Rehabilitation besonders darauf an, wieder mit der Lebensfreude Kontakt aufzunehmen. Fast immer gelingt das mit Leichtigkeit, wenn die Gruppenteilnehmer sich einen von ihnen gewählten Partner aussuchen und dann Partnerübungen machen. Hiermit meine ich sowohl Dehnübungen zu zweit, Kräftemessen, Wettkampfspiele oder gemeinsam Aufgaben lösen.

3. Austausch über die eigenen Gefühle.

Der Kontakt in der Gruppe wird fast immer stark gefördert wenn man die Gruppenteilnehmer auffordert, sich über die eigenen erlebten Gefühle auszutauschen. Da die Hemmschwelle am Anfang groß ist, fast es immer jedoch ein Bedürfnis nach Gesprächen besteht, "verordne" ich diesen Austausch z. B. durch den Vorschlag: "Suchen sie sich einen Partner und unterhalten sie sich 5 Minuten in einer ruhigen Ecke über das Thema "Was hat mir bisher in der Gruppe am besten gefallen, was ist am Schwierigsten für mich?" Dieser Vorschlag ermöglicht einen freien Austausch unter gleichwertigen Partnern ohne daß Selbsterfahrung vor der ganzen Gruppe nötig ist. So werden sowohl die Teilnehmer als auch der Gruppenteilnehmer emotional entlastet.

4. Übungen zum Gefühlsausdruck.

Beim Ausdruck von Freude, Aggressionen, Schmerz, Trauer beginnen wir in die körperpsychotherapeutische Arbeit im engeren Sinne einzusteigen. Hier werden den Teilnehmern eigene Hemmungen und Charakterstile bewußt werden. Der Gruppenleiter muß in der Lage sein, emotionale Reaktionen bei den Teilnehmern aufzufangen bzw. mit ihnen umzugehen. Wenn wir die Gruppenteilnehmer z. B. auffordern würden, ein Bein zu heben und mit dem Wort "Nein" den Fuß auf den Boden zu stampfen, so schaffen wir einerseits eine Möglichkeit unterschwelligem Ärger Luft zu machen, andererseits zu erkennen, daß es möglicherweise gar nicht so leicht ist, ein entschiedenes "Nein" auszudrücken.

Insgesamt bietet die körperpsychotherapeutische oder krankengymnastische Gruppenarbeit einen unübersehbaren Markt der

Möglichkeiten. Das Mobilisieren der eigenen therapeutischen Kreativität und auch das Zeigen der eigenen Unsicherheiten in diesem Bereich ermöglichen im Sinne des "Lernen durch Imitation" den Gruppenteilnehmern, selbst neue Möglichkeiten zu entwickeln.

Zusammenfassung:

Die Hypothese besteht darin, daß herzkranken Menschen sich von ihren Kerngefühlen durch den Abwehrmechanismus der Verleugnung distanzieren. Der entstehende Muskelpanzer und Charakterpanzer kann durch körperpsychotherapeutische Methoden bewußt gemacht und aufgelöst werden. Das therapeutische Ziel hierbei ist, die körperlich seelische Anmut und Hingabefähigkeit der Person wieder zu erreichen. Dies ist durch Kontaktaufnahme zu den eigenen liebevollen Seiten möglich. Für die praktische psychotherapeutische bzw. krankengymnastische Herzgruppenarbeit werden verschiedene Übungsmöglichkeiten zur Förderung des Kontaktes zum wahren Selbst, der Lebensfreude und des zwischenmenschlichen Kontaktes untereinander dargestellt.

Literatur:

1. Reich, Wilhelm, 1981, Charakteranalyse, Fischer Taschenbuchverlag Frankfurt a. M.
2. Lowen, Alexander, 1981, Titel, Körperausdruck und Persönlichkeit, Kösel-Verlag München
3. Freedman, Rosenman, 1975, Der A-Typ und der B-Typ, Rowolt Reinbek b. Hamburg
4. Lowen, Alexander, 1988, Liebe, Sex und dein Herz, Kösel-Verlag München
5. Koehle in Uexküll Th, 1981, Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, Urban und Schwarzenberg München
6. Johnson, 1988, Der narzißtische Persönlichkeitsstil, Edition Humanistische Psychologie Köln.

Anschrift des Verfassers: Konrad Oelmann, Siegfried-Leopold-Str. 72, 5300 Bonn-Beuel, Tel. 0228/465519

Rolf Heinzmann

Überweisungskontexte

Mit diesem Artikel möchte ich auf therapeutische Situationen eingehen, wo das primäre Interesse an seiner Therapie nicht der Klient selbst, sondern ein Angehöriger oder eine Institution hat. D. h., es scheint mehr der Wunsch des Angehörigen (oder der Institution) zu sein, daß der Betroffene sich ändert. Der wiederum zeigt, mehr oder weniger offen, Widerstand gegen dieses Ansinnen. Als Lösung dieses unüberbrückbaren Gegensatzes kann z. B. eine Psychotherapie dienen, womit der Betroffene zum Klienten wird. Dabei erwartet der Angehörige (oder die Institution), daß der Therapeut dem Klienten durch seine Fachkompetenz schon auf die Schliche kommen werde, so daß ihm gar nichts anderes übrig bleibe, als sich zu ändern, und zwar genau in die Richtung, die der Angehörige (oder die Institution) sich wünscht. Umgekehrt geht der Klient mit der festen Absicht in die Therapie, sich nicht auf die Schliche kommen zu lassen, und da auch er seinem Therapeuten Fachkompetenz zuschreibt, muß er besonders klug und wachsam sein. Indem der Therapeut dieses Verhalten als Widerstand (z. B. gegen das Bewußtwerden frühkindlicher Konflikte) interpretiert, verläßt er die neutrale Position und vertritt den Standpunkt des Angehörigen (oder der Institution). Der häusliche Konflikt wird damit teilweise in das Therapiezimmer verlagert. Dies kann für den Angehörigen (oder die Institution) eine vorübergehende Entlastung bedeuten, am Grundmuster selbst wird sich eher wenig ändern, im Gegenteil.

Ich möchte jetzt fortfahren mit einer Fallbeschreibung aus meinen psychotherapeutischen Anfängerjahren. Damals, am Ende meiner Gestalt-Therapie-Fortbildung und zu Beginn meiner Bioenergetik-Fortbildung, fühlte ich mich ganz gut gerüstet für die kommenden therapeutischen Aufgaben, was sich bei meinen Einzelklienten (die notabene alle selbst für ihr Honorar aufkamen) auch bestätigte. Auch für eine andere Aufgabe fühlte ich mich gerüstet: Die psychotherapeutische Mitbetreuung einer Wohngemeinschaft "Psychisch Kranker", zumal ich gerade Erfahrung als Assistenzarzt einer geschlossenen Station einer Psychiatrischen Klinik gesammelt hatte. Voller Elan und Tatkraft ging ich damals in die Gruppensitzungen und dachte, gute Resultate zu erzielen, wenn ich nur engagiert genug an die Arbeit ginge.

Getragen wurde diese Wohngemeinschaft von einem psychosozialen Verein, unter dessen Federführung mehrere solcher Wohngemeinschaften existierten. Jede WG bestand aus 10 Bewohnern, die alle schon mehrere stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken hinter sich hatten. Sie wurden betreut von einer hauptamtlichen Sozialarbeiterin. Die Wohndauer war auf 1-2 Jahre konzipiert.

Zum Konzept gehörte auch eine wöchentliche psychotherapeutische Gruppensitzung mit der(m) Sozialarbeiterin und einem sog. externen Therapeuten, dessen Rolle in einer WG ich innehatte. Die Teilnahme war für die Bewohner Pflicht!

Da ich alle Bewohner körperlich und seelisch als sehr verkrampft empfand, wollte ich mit gutem Beispiel vorangehen und zeigte mich betont aufgelockert, was aber nicht zu dem gewünschten Erfolg führte. Auch die von mir neu eingeführten Atem- und Körperübungen zeigten keine Wirkung, obwohl ich zumindest anfänglich, auch von den Bewohnern, sehr für mein Engagement gelobt wurde. Das verstärkte bei mir nur die Meinung, im Prinzip auf dem rechten Weg zu sein, nur die richtigen Interventionen noch nicht gefunden zu haben. Auch zu den Interaktions-Übungen, die ich in meinem Repertoire hatte, waren die Bewohner nicht in der Lage. Alle Sitzungen verliefen ähnlich trostlos, nichts schien sich zu bewegen. Ich deutete dies als Widerstand und unterzog jeden einzelnen einer genauen Widerstandsanalyse, um noch gezielter intervenieren zu können. Ohne Erfolg. Ich wurde allmählich ärgerlich, die Spannung zwischen mir und den Bewohnern wuchs, und ich begann, Einzelne zu provozieren, nur um endlich eine Reaktion zu bekommen. Hier halte ich mich allerdings total verschätzt, denn diese Technik beherrschten die Bewohner eindeutig besser als ich. Eines Tages war ich so hilflos verzweifelt, daß ich eine Bewohnerin anschie!e!

Im Nachhinein war ich froh über diese meine Reaktion, obwohl ich damals, in der Situation, schockiert war und sehr darunter litt, daß mir so etwas widerfahren konnte. Aber es war klar, daß ich jetzt den Fehler, und zwar einen grundlegenden, bei mir suchen mußte. Mit Hilfe meiner Co-Therapeutin, die mich mit systemischem Gedankengut in Kontakt brachte, habe ich ihn auch gefunden: Ich hatte übersehen, daß die Bewohner gezwungenermaßen an der Therapie teilnahmen. Statt dessen ging ich davon aus,

daß sie aus eigenem Interesse kämen, zwar mit den üblichen Ängsten, aber immerhin freiwillig, und als Begründung genügte mir, daß ich ihre Therapiebedürftigkeit sah.

Ich lernte die Nützlichkeit der Ideen und Konzepte kennen, die die Systemische Therapie unter dem Begriff "Überweisungskontext" subsummiert. Was ist damit gemeint? Mit gestalttherapeutischen Termini definiert sich der Überweisungskontext als Hintergrund zur Figur "Therapie". Zum Hintergrund einer Therapie gehört z. B., welche Personen alle Kenntnis davon haben, daß der Klient sich in Therapie befindet (oder dies plant), und wie sich dies auf die Beziehungen zu diesen Personen auswirkt und umgekehrt. Oder welche Personen (oder Institutionen) an der Überweisung zum Therapeuten beteiligt sind und welche Interessen sie damit verbinden. Die Relevanz dieser Fragen will ich mit zwei Beispielen aus meiner Praxis deutlich machen.

1. Ein Mann bittet mich telefonisch um einen Gesprächstermin zusammen mit seiner Partnerin, weil sie sich beide wegen sexueller Schwierigkeiten einmal beraten lassen wollten. Im Gespräch geben beide dann übereinstimmend an, daß das Problem eigentlich bei ihr allein liege, im Grund genommen sei sie frigide (außer in ganz entspannten Situationen wie Urlaub z. B.). Warum sie dann zusammen kämen, frage ich. Weil man immer mehr von Familientherapie höre und daß es immer besser sei, wenn alle mitkämen, bekomme ich zur Antwort. In diesem Erstinterview zeigt sich dann auch, daß sie ihre sexuellen Schwierigkeiten in Zusammenhang sieht mit ihrer Unzufriedenheit über seinen Einsatz für die Beziehung. Er wiederum bagatellisiert dies und meint, wenn die Beziehung sexuell

befriedigender wäre, könne er sich auch eher vorstellen, ihr zuliebe Dinge im Haushalt zu tun, die er eigentlich für überflüssig halte. Wir haben es hier, nach Watzlawick, mit einer Diskrepanz in der Interpunktion der Ereignisfolgen zu tun (Paul Watzlawick, Janet H. Beavin, Don D. Jackson, Menschliche Kommunikation, Bern, 1969). Die weitere therapeutische Arbeit hätte dann darin bestehen können, dieses Muster noch deutlicher aufzuzeigen, beide zu einem konstruktiven Dialog darüber anzuregen und zu unterstützen, neue Lösungen zu finden. Leider kam es nicht dazu, weil nach einer Bedenkzeit sich das Paar für eine andere Lösung entschieden hatte: Eine klassische Psychoanalyse für sie.

Sexuelle Schwierigkeiten als Resultat von Entwicklungsstörungen in der Kindheit anzusehen, ist dabei nicht grundsätzlich falsch. (Allerdings spricht hier dagegen, daß in entspannten Situationen wie Urlaub die Probleme geringer waren). Umgekehrt spricht hier aber vieles dafür, daß die eingeschlagene Therapie dem Paar auch als Alibi dienen könnte, nicht weiter an der Beziehung zu arbeiten, v. a. wenn der Analytiker der Frau rät, für eine Weile alle intimen Kontakte zu ihrem Partner ruhen zu lassen, zumindest bis ihre Vaterproblematik durchgearbeitet sei. Und der Analytiker ihr in weiser Voraussicht auch noch prophezeit, daß ihr Partner darüber ärgerlich werden würde. Derart kann eine Therapie auch sehr wachstumshemmend wirken.

2. Eine Frau von Mitte 20 leidet an schweren Depressionen, der Hausarzt befürchtet, daß es sich um eine sogenannte endogene Depression handeln könnte, und die Einweisung in eine psychiatrische Klinik steht wie ein Damoklesschwert über der Familie,

bestehend aus der Klientin, ihrem Ehemann und der 5-jährigen Tochter. Sie möchte zu mir in Bioenergetische Analyse, weil sie gehört habe, daß bei so schweren Depressionen harte Körperarbeit am besten helfe. Im Erstgespräch frage ich zufällig, wie die Herfahrt (von auswärts) gewesen sei, und sie teilt mir mit, daß ihr Mann sie mit dem Auto hergefahren habe und unten auf sie warte. Sie habe eine zu große Angst, alleine Auto oder Zug zu fahren. Ich teile ihr mit, daß ich mit ihr nur dann einzeln arbeiten würde, wenn sie den Weg zur Therapie und zurück ganz alleine bewältigte, andernfalls müßte der Mann mit in die Therapie kommen. So geschah es dann auch. In der folgenden Paartherapie wurde folgendes Interaktionsmuster deutlich:

Die ganze Familie leidet unter den Ängsten der Frau und ihrer damit einhergehenden Unselbständigkeit. Der Mann tut alles erdenkliche, damit sie selbständiger wird (was ein klassisches double-bind ist). Manchmal ist er dabei schon nahe an der Grenze seiner Belastbarkeit und erwägt schon ab und zu mal, sich zu trennen. Was für sie einer totalen Katastrophe gleichkäme, weil das u. a. auch die Trennung von ihrer Tochter bedeutete, denn nur er wäre dann in der Lage, sie zu versorgen. Verzweifelt kämpft sie dagegen an und quält sich damit, selbständiger zu werden, was u. a. darin besteht, eine Berufsausbildung abzuschließen, die ihr nicht gefällt und die ihr Mann für sie ausgesucht hatte. Es wird für mich ziemlich schnell deutlich, daß seine Ängste vor dem Verlassen-werden mindestens ebenso groß sind wie die ihren, nur daß er sich dies absolut nicht zugestehen kann. Aus dieser Perspektive könnte man sie als die Gesündere ansehen, weil sie immerhin in Kontakt ist mit ihren Ängsten vor dem Alleinsein. So

sehr die Auswirkungen ihrer Unselbständigkeit auch störend waren, so sehr hatte er auch ein Interesse an der Aufrechterhaltung des Status quo, um sich vor seinen eigenen Ängsten zu schützen. Ohne auf die Therapie im einzelnen einzugehen, an ihrem Ende nach 1 1/2 Jahren mit insgesamt 15 Sitzungen stand die Trennung, die von beiden gleichermaßen befürwortet wurde, weil beide auch einsahen, daß die einzige Gemeinsamkeit außer ihrer Tochter nur noch in ihren Trennungsängsten bestand. Die Tochter wurde der Frau zugesprochen, die alleine weiter in Therapie kam. Sie begann eine neue Berufsausbildung, die ihr Spaß machte, schloß diese auch planmäßig ab und lebt in einer neuen Partnerbeziehung. Der Mann macht eine analoge Entwicklung.

Was wäre wohl passiert, wenn ich den ursprünglichen Auftrag unverändert angenommen und mit ihr alleine bioenergetisch gearbeitet hätte, während der Ehemann unten im Auto oder einer Kneipe auf sie gewartet hätte? Vielleicht wäre das Resultat dasselbe gewesen, doch sind zumindest Zweifel angebracht. Denn damit hätte ich die Überweisungsdefinition des Paares unhinterfragt übernommen: Daß sie alleine das Problem darstelle, und wenn sie sich nur änderte, dann würde sich auch in der Familie alles zum Guten wenden. Mit einer Einzeltherapie hätte ich diesen Glaubenssatz implizit bestätigt und damit eher zur Verfestigung der Interaktionsmuster beigetragen.

Ich möchte Ihnen, liebe Leser, jetzt eine praktische Anregung geben, wie Sie in Ihrem nächsten Erstgespräch den Überweisungskontext stärker berücksichtigen können:

- 1.) Fragen Sie den (die) Klienten danach, wer alles Kenntnis hat von diesem Erstgespräch.
- 2.) Fragen Sie nach den Einstellungen und Erwartungen dieser Mitwisser an dieses Gespräch.
- 3.) Stellen Sie für jeden relevanten Mitwisser einen leeren Stuhl bereit und fordern Sie den (die) Klienten auf, sich abwechselnd auf die einzelnen Stühle zu setzen und sich mit den entsprechenden Personen zu identifizieren. Sie selbst verhalten sich so, als ob Sie tatsächlich eine Familie (oder ein Paar, oder ein Team, wie auch immer) vor sich hätten; das heißt, Sie befragen den (die) Klienten in allen Rollen.
- 4.) Überprüfen Sie, ob die von jedem Stuhl her an die Therapie gerichteten Erwartungen miteinander verträglich sind oder sich widersprechen.
- 5.) Beenden Sie das Psychodrama und sprechen Sie mit dem Klienten über das stattgefundene (Familien-, Paar-, Team)gespräch. Wie würde sich der eben dargestellte Überweisungskontext auf die Therapie auswirken und umgekehrt?

Zum Schluß möchte ich nochmals auf das eingangs zitierte Beispiel eingehen. Was hätte man anders machen können in einer Situation, wo die WG-Bewohner von Außen zu einer Gruppentherapie verpflichtet waren? Ein Möglichkeit wäre, solche Therapieaufträge grundsätzlich abzulehnen. Andererseits finde ich die Idee einer Gruppentherapie für Bewohner einer solchen Einrichtung ganz sinnvoll. Dann aber sollte der Therapeut sich klar machen, wie wichtig eine neutrale Position zwischen den

Bewohnern und dem Verein ist. Das kann er z. B. deutlich machen, indem er mit den Bewohnern über den Überweisungskontext metakommuniziert, d. h. mit den Beteiligten über die Schwierigkeit der Situation spricht und auch Verständnis zeigt, wenn der einzelne unter diesen Umständen nicht an sich arbeiten will. Im Gegenteil, daß solche Vorschriften bei jedem automatisch auch Widerstand hervorrufen, und dadurch die Abneigung gegen Therapie erst entstehen könne. Und daß Widerstand gegen Therapie unter diesen Vorzeichen auch ein Zeichen wachsender Autonomie bedeuten könne. Es versteht sich von selbst, daß der Therapeut auch in solchen Kontexten keine Inhalte aus der Therapie an die Auftraggeber weitergibt, z. B. ob sich der einzelne auch intensiv genug einlassen würde.

Dies widerfuhr mir einmal mit einem Bewährungshelfer, der einen Jugendlichen zu mir brachte, der unter Alkoholeinfluß mehrere Straftaten begangen hatte. Im Gespräch zu dritt wies der Bewährungshelfer darauf hin, daß sein Zögling in der Therapie vor allem seine Aggressivität zu bearbeiten hätte und erkundigte sich regelmäßig per Telefon bei mir, ob schon Fortschritte bei den Aggressionen zu verzeichnen seien. Ich konnte ihm leider nicht klar machen, daß Aggressionen auch mit Selbstbehauptung zu tun haben und daß ich jemanden in ein Dilemma bringe, wenn ich ihn auffordere, aggressiv zu sein.

Literatur:

1. Simon, F. B., Stierlein, H.: Die Sprache der Familientherapie. Stuttgart; Klett-Cotta, 1984
2. Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D.: Menschliche Kommunikation. Bern: Verlag Hans Huber 1985

Anschrift des Verfassers:

Rolf Heinzmann, Kaulbachstr. 63, 6000 Frankfurt 70, Tel. (069) 612984

Alexander Lowen

Ich, Charakter und Sexualität

Schon früh in der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie postulierte Freud die Existenz von zwei gegensätzlichen Trieben: dem Ichtrieb und dem Sexualtrieb. Diese Formulierung machte Sinn, weil diese Triebe den allgemein anerkannten Trieben der Selbsterhaltung der Arterhaltung gegenübergestellt werden können. Der Selbsterhaltungstrieb kann dem Ichtrieb gleichgestellt oder zumindest als Basis zugrundegelegt werden, da das Ich dem eigenen Selbstverständnis bzw. der Individualität gleichgesetzt ist. Und natürlich hat der Trieb zur Arterhaltung sehr viel zu tun mit Sexualität. Freud verwirft später diesen Zusammenhang zwischen Ichtrieb und Sexualtrieb zugunsten einer Theorie, die vom Gegensatz Eros - als Lebenstrieb - und Thanatos - als Todestrieb - ausgeht. Dieser Hypothese habe ich nie zustimmen können, da für mich der Begriff "Trieb" immer mit der Vorstellung von Leben und nicht mit Tod verbunden war. Leser, die meine Bücher kennen, werden sich an mein erstes Buch erinnern "The Physical Dynamics of Character Structure" (später umbenannt in "The Language of The Body"). Darin habe ich zwei Triebe postuliert: der eine Trieb die Sehnsucht nach Nähe oder Eros, der andere Trieb die Aggression. Der erstere ist gekennzeichnet durch eine innere Erregung, der zweite durch eine Erregung des Muskelsystems.

In der modernen Psychologie wird der Begriff "Trieb" nicht mehr gerne verwendet, da nahezu das gesamte Spektrum menschlichen Verhaltens als eine Mischung

von angeborenem Verhalten und erlernten Reaktionen betrachtet wird, und es unmöglich ist, die jeweiligen Anteile quantitativ zu bestimmen. Aber da es nun einmal im Menschen Kräfte gibt, die "Triebe" erzeugen, sollten wir sie uns eingestehen und beim Namen nennen. Ganz eindeutig: der Sexualtrieb und ein Trieb zur Ich-Erhaltung. Die Bioenergetik bringt diese Kräfte mit dem Erregungs- oder Energiefluß im Körper in Verbindung. Der nach unten gerichtete Fluß ist grundsätzlich sexueller Natur, da er immer bestrebt ist, den Menschen mit einem anderen Menschen und mit der Erde zu verbinden. Geht der Fluß nach oben zum Kopf hin, teilt er den Menschen von der Grundlage seines Seins, der Erde, ab und führt somit zu einem Gefühl von Getrenntsein und Individualität. Dieser Erregungs- oder Energiefluß ist pulsierend, das bedeutet, daß die gegenüberliegenden Enden, zwischen denen dieser Fluß sich bewegt, gegensätzliche oder dialektische Beziehung zueinander haben. Das heißt auch, Ichtrieb und Sexualtrieb haben die gleiche Ladung.

Diese Gleichheit der Triebe mag widerlegt werden durch den narzißtischen Charakter, geht doch die Bioenergetik hier davon aus, daß der Aufwärtsfluß stärker als der Abwärtsfluß ist. Aber das trifft nur für die bewußte und an der Oberfläche liegende Ebene der Persönlichkeit zu. Das ist natürlich die Charakterebene, die Ebene des offenkundigen Verhaltens. Auf der unbewußten, tieferen Körperebene muß der Organismus ausgeglichen sein. Und auf dieser Ebene können wir erkennen, daß die beiden Triebe

gleich sind. Bei einem narzißtischen Menschen enthält der Sexualtrieb starke zwanghafte Elemente, die einer unterschwelligen Angst zugrunde liegen und die er zu vermindern sucht. Gleichermaßen ist bei einem narzißtischen Menschen die Betonung des Egos zwanghaft, denn es entspringt einem unterschwelligen Gefühl der Demütigung, Wertlosigkeit und sexuellen Schuld. Bei einem solchen Menschen überdeckt ein übersteigertes Selbstbild ein schwaches Selbstgefühl. Das Selbstgefühl ist eine Erlebnisqualität, wohingegen das Selbstbild durch einen gedanklichen Prozeß zustande kommt. Behandelt man einen Menschen mit narzißtischen Störungen, muß man ihm helfen, ein besseres und stärkeres Selbstgefühl zu entwickeln, indem er seinen Körper spürt und mit seiner Sexualität in Einklang ist.

Sich selbst zu haben, mit sich in Einklang zu sein, setzt die Entwicklung von Selbstwahrnehmung, Selbstausdruck und Selbstbeherrschung voraus.

In der Bioenergetischen Analyse erreichen wir das, indem wir dem Patienten helfen, sich in energetischer oder fühlender Weise mit dem Boden (Grounding), mit seinem Körper und mit seiner Sexualität zu verbinden.

Ich habe diesen Artikel geschrieben, weil ich der Überzeugung bin, daß die meisten Therapeuten und Analytiker dieses Ziel nicht erreichen, weil sie den Zusammenhang zwischen Ich und Sexualität nicht verstehen. Und ich glaube, daß die Ich-Psychologie noch zur Verwirrung beiträgt, wenn sie die Entwicklung des Egos der frühkindlichen oder oralen Lebensphase zuordnet. Ich bezweifle in keiner Weise die Bedeutung

der Traumata in dieser Phase für die sich entwickelnde Persönlichkeit und man kann generell sagen, daß die frühesten Traumata auch die gravierendsten Auswirkungen auf die Entwicklung haben. Aber sehr frühe Traumata, z. B. im ersten Lebensjahr, haben keine unmittelbare Auswirkung auf das Ich, weil sich das in dieser frühen Phase ja noch gar nicht zu einer unabhängigen und bewußten Existenz entwickelt hat und hauptsächlich ein Körperselbst ist. Somit könnten Traumata allenfalls mittelbar auf das Ich wirken, denn dieses wiederum wirkt beständig und direkt auf den Körper. Das Kind entwickelt das Ich als bewußtes Phänomen, d. h. als Bewußtsein für das Selbst, im Alter von 1 1/2 Jahren mit der Entwicklung der Sprache und der Fähigkeit "Nein" zu sagen. Aber es dauert noch ein bis eineinhalb Jahre, bis die Knospe bereit ist, sich zu entfalten. Das Ich wird stärker und stärker und mit etwa 6 Jahren - sofern die Entwicklung normal verläuft - in eine verlässliche psychische Struktur integriert. Diese Entwicklung wird bestimmt durch die aufblühende Sexualität. Das bedeutet, daß das Ich definiert und strukturiert wird durch die Erfahrungen des Kindes in der ödipalen Phase. Alle Vorgänge in dieser entscheidenden Phase werden in hohem Maße von früheren Erfahrungen beeinflusst, aber sie sind nicht die treibenden Kräfte, die das Ich herausbilden.

Dieses Konzept wird verständlicher, wenn wir die Begriffe Demütigung und Schuld - beides Ich-Erscheinungen - genauer untersuchen. Wenn ein Kind von seiner Mutter schlecht behandelt oder abgelehnt wird, erfährt es nicht das Gefühl der Demütigung. Es fühlt Schmerz, Angst, Trauer, Wut, Unsicherheit, aber keine Demütigung. Um

sich gedemütigt zu fühlen, benötigt man ein Bewußtsein für das Selbst, das bei einem Kind - da es sich eben um etwas Bewußtes handelt - noch nicht vorhanden ist. Ohne dieses Ich-Bewußtsein kann man sich nicht gedemütigt fühlen. Alle körperlichen Erscheinungen der Demütigung mögen in einem Kind vorhanden sein, aber es kann sie nicht im psychischen Sinne erfahren. Ähnlich ist es mit dem Gefühl der Schuld. Und das kann nur bedeuten, daß Gefühle von Erniedrigung und Schuld und auch Scham immer mit der körperlichen Erfahrung, mit der Sexualität, verknüpft sind und auch immer auf dieser Ebene verstanden und angegangen werden sollten.

Charakter als Reaktionsmuster für die Anforderungen des täglichen Lebens ist ebenfalls eine Ich-Erscheinung. Diese Reaktionen werden gebildet und aufrechterhalten durch ein Strukturmuster von Muskelverspannungen, in denen sich Verbote und Versagungen elterlicher Autorität widerspiegeln. Die meisten dieser Verspannungen haben ihren Ursprung in traumatischen Erfahrungen in der frühesten Kindheit, also noch vor der ödipalen Phase. Die dadurch entstandenen Hemmungen sind jedoch noch isoliert und lassen erst eine geschlossene Persönlichkeitsstruktur entstehen, wenn das Ich sich soweit entwickelt hat, daß es diese Einschränkungen zu einem einheitlichen Ganzen zusammenfügen kann, welches dann seiner Unterwerfung erst einen Sinn gibt. Ein einfaches Beispiel: Schon sehr früh kann sich bei einem Kind ein Unvermögen zu Weinen entwickeln, wenn es die Erfahrung gemacht hat, daß es durch Weinen Mißfallen und Ablehnung erfährt. Aber wenn der Charakter sich dann formiert hat, bekommt das "Nichtweinen" eine positive

Bedeutung und wird zur Tugend. Du sollst tapfer sein und nicht weinen. Oder: Du sollst stark sein und den Schmerz ertragen. Oder: Ein Mann weint nicht.

Wir haben gesagt, daß Charakter ein Überlebensmechanismus ist. Er ist mehr als das. Durch ihn erhalten die Einschränkungen unserer Motilität und Gefühlsäußerungen einen positiven Selbstwert und unsere neurotischen Struktur eine ähnlich positive Bedeutung. Unser Leben bekommt nicht nur einen Sinn, sondern es formt auch Identität - beides erklärt, warum Patienten sich so sehr dagegen wehren, Charakterstrukturen zu ändern.

Ich glaube, daß die Einschränkungen sich zu einer sinnvollen Charakterstruktur innerhalb der ödipalen Situation formieren. Denn zu diesem Zeitpunkt lernen Kinder die Verhaltensregeln in der sozialen Gemeinschaft, in der Familie. Und grundsätzlich werden diese Regeln in Zusammenhang damit gelernt, wie man mit der Sexualität umgeht. Das Bewußtsein des eigenen sexuellen Wesens und der Sexualität der Erwachsenen ist in diesem Zeitraum der dominierende Aspekt. Wie viele sind durch die Erfahrungen in ihrer Kindheit zu "guten" und passiven Erwachsenen erzogenen worden! Wir gehen davon aus, daß gut sein bedeutet, das zu tun, was von uns erwartet wird. Das ist zwar richtig, aber unvollständig. Es bedeutet ebenfalls, das zu vermeiden, was schlecht ist. Und im Grunde hat "schlecht" immer etwas mit Sex oder sexuellen Handlungen zu tun, wenn auch in reinster Unschuld. "Schlecht" bedeutet immer, sexuelle Gefühle gegenüber dem andersgeschlechtlichen Elternteil zu haben. Das ist nicht gut, weil damit das Kind einerseits in eine Konkurrenzsituation zum gleich-

geschlechtlichen Elternteil gebracht wird, es andererseits das andersgeschlechtliche Elternteil zu einer Reaktion herausfordert, für die es dann wieder beschuldigt und gemühtigt wird.

Wenn diese zugrundeliegende sexuelle Problematik nicht sehr früh in der Therapie angesprochen wird, ist es meiner Meinung nach sehr schwer, wenn nicht unmöglich, Charakterprobleme wirksam zu behandeln. Es gibt verschiedene Begründungen für diese Auffassung. Eine ist zum Beispiel: Wenn man es unterläßt, verstärkt man damit die tiefstzitzende Überzeugung des Patienten, daß Sexualität gefährlich ist. Wenn dann im Laufe der Therapie sexuelle Gefühle aufkommen, entwickelt der Patient ein Schuldgefühl, weil er etwas Schlechtes tut. Wir fühlen uns immer gut, wenn wir an Liebe und Geliebtwerden denken, aber in meinem Buch *LIEBE, SEX UND DEIN HERZ* habe ich dargestellt, daß dies Regression in eine frühkindliche Phase bedeutet und nichts beiträgt für die Entwicklung zu Realität und Reife. Und es trägt auch wenig dazu bei, die starken Muskelverspannungen zu lockern, die den Patienten in seiner neurotischen Struktur gefangen halten, denn es eröffnet keinen Weg zur Entladung. Die Entladung muß nach unten führen, in die Füße und den Boden. Unglücklicherweise kreuzt dieser Weg den Bereich der Sexualität, und das macht ihn für den Patienten zu einem gefährlichen Weg.

In der Bibel steht, daß Gott, als er Adam und Eva des Paradieses verwies, einen Engel mit flammendem Schwert an den Eingang stellte, um ihre Wiederkehr zu verhindern. Wenn wir dieses Gleichnis auf die Wirklichkeit übertragen, bedeutet es, daß die

Menschen sich ausgeschlossen fühlen von der Freude und Fröhlichkeit, die sie mit dem Paradies in Verbindung bringen. Diese Freude entsprang ihrer sexuellen Unschuld und Freiheit. Diese Unschuld haben wir im ödipalen Konflikt verloren, als wir uns unserer Nacktheit schämten, uns für unsere sexuellen Gefühle schuldig fühlten und uns entschlossen "gut" zu sein, nicht zu masturbieren usw. Diese Haltung wird im Körper verfestigt, sie wird der Schlüssel der Persönlichkeit. Für mich ist das die Verspannung, die das Becken vom Rest des Körpers trennt. In unserer Kultur hat jeder etwas von dieser Verspannung in sich. Verspannung ist gleich Angst. Wir trauen uns nicht, diese Schwelle zu überschreiten. Es scheint, als würden wir daran gehindert, uns mit unserer Sexualität zu identifizieren, uns auf das Animalische in uns zu besinnen, die Leidenschaft der Liebe zu spüren, die in unserem Becken ist.

Schon sehr früh kritisierte Reich die Psychoanalytiker für ihre chaotische analytische Arbeit. Es gab keine durchgängige Theorie für die Behandlung und keine Regeln dafür, wann welches Material analysiert werden sollte. Angesichts dieser Tatsache schlug Reich die Einführung seiner Theorie der Charakteranalyse vor. Sein Buch *CHARAKTERANALYSE* wurde von der gesamten psychoanalytischen Gemeinde lebhaft begrüßt, obwohl sich herausstellte, daß nur wenige Analytiker die Charakteranalyse verstanden oder anwenden konnten. Das Problem lag darin, daß der Charakter sich nicht eindeutig zu erkennen gibt durch das, was ein Mensch sagt, sondern dadurch, wie er sich verhält. Also die Augen und nicht die Ohren sind das wichtigste Instrument zum Verständnis des Patienten.

Psychoanalytiker sehen den Patienten zwar, aber sie konzentrieren sich auf das, was er sagt.

Ein zweites Problem der Analytiker war, daß sie nur Charakterzüge sahen und nicht den Gesamtcharakter. Denn Charakter ist nicht die Summe der Charakterzüge eines Menschen, sondern ein kohärentes und bedeutsames Verhaltensmuster zur Unterstützung des Individuums bei der Bewältigung seiner Lebenssituation. Reich ging davon aus, daß es sich schichtweise entwickelt und jede Schicht die Erfahrungen des entsprechenden Zeitraums widerspiegelt. Die jüngsten Erfahrungen bilden somit die äußersten Schichten - ein Amalgam der neuen plus aller vorausgegangenen Erfahrungen.

Die Technik der Charakteranalyse verlangt vom Analytiker, sich zuerst auf die oberste Schicht zu konzentrieren, also darauf, wie der Patient sich dem Analytiker darstellt. Fritz Perls, der bei Reich in Analyse war, nannte dieses Vorgehen eine Konzentration auf das "Hier und Jetzt". Die Analyse dringt dann von der Oberfläche in die tieferen Schichten, vom gegenwärtigen Verhalten in die Vergangenheit. Nach Reich könnte die Analyse früherer Erfahrungen vor der Bearbeitung der Charaktermerkmale in einer Katastrophe enden, denn sie haben keine Beziehung zum gegenwärtigen Verhalten. Ein Patient mag Erkenntnisse aus seiner Vergangenheit gewonnen haben - in der Gegenwart hat sich nichts geändert. Ich glaube, das Versagen der ersten Therapien mit darauf zurückzuführen ist, daß die Bedeutung des Charakters für das Verhalten nicht erkannt wurde. Und meiner Meinung nach ist das auch der Hauptgrund für das Mißlingen jeder Therapie.

Ich habe gesagt, daß der Charakter sinngebend für das Leben des Individuums ist. Das muß nicht immer positiv gemeint sein. Menschen mit relativ wenig neurotischen Anteilen werden charakterlich positiv bewertet. Solche Menschen nennen wir ehrlich, verlässlich, direkt und offen usw. Mit wachsenden neurotischen Anteilen bekommt der Charakter negative Züge. Jemand der boshaft, ehrgeizig, manipulativ, ausnutzend ist, wird von seiner Umwelt negativ beurteilt. Diese negativen Eigenschaften machen ihn nicht liebenswert und somit wird er auch nicht geliebt. Leider ist es aber so, daß diese negativen Charakterzüge ihm zu Reichtum und Ruhm verhelfen können - was er wiederum als Erfolg verbuchen kann. Reich sagt, Charakter ist ich-synton. Wir alle denken, daß unser Charakter gut ist. Schließlich hat er uns geholfen, zu überleben. Nach meiner Erfahrung sind nur sehr wenige Patienten gewillt, ihre neurotische Charakterstruktur zu ändern. Damit einhergehen würde ein Verlust an Identität, der Sinn des Lebens würde geopfert und das Versagen akzeptiert. Selbst wenn sie bereit sind, bestimmte "schlechte" Verhaltensweisen zu ändern - ihr eigentliches Bestreben ist die Art wie sie sind, noch effektiver und erfolgreicher zu machen.

Ein Beispiel: Esther, eine Frau von 55 Jahren, selber analytische Therapeutin, kam zu mir, weil sie erfahren hatte, daß sie an der Epstein-Barr Krankheit litt einem chronisches Müdigkeits-Syndrom. Sie war schon seit vielen Jahren in Therapie und hatte Teile ihres Lebens positiv verändern können. Umso mehr war sie durch die Diagnose geschockt, denn sie bedeutete, daß es Dinge auf einer tieferen Ebene gab, die in den vorherigen Therapien nicht bearbeitet wor-

den waren. Als ihr klar wurde, daß ihre Krankheit etwas mit Energieverlust zu tun haben müßte, kam sie zu mir in der Hoffnung, daß ich ihren Zustand verbessern könnte. Entweder war ihr schlechter Stoffwechsel für den Energieverlust verantwortlich oder ihre große Aktivität oder beides. Da der Stoffwechsel weitgehend von der Atmung bestimmt wird, lag der Verdacht nahe, daß Sie nicht kräftig und frei genug atmete. Das ließ sich aber nur feststellen, wenn man beobachten konnte, wie sie unter Streß atmete, zum Beispiel über dem Atemschemel. Da wurde sehr schnell klar, daß ihre Atmung durch chronische Körperverspannungen stark beeinträchtigt wurde. Chronische Verspannungen dürfen nicht isoliert betrachtet werden.

Diese Patientin hatte starke Verspannungen im Hals, die es ihr erschwerten zu weinen. Die gleichen Verspannungen schränkten ihre Atmung ein. Wenn ich Esther dazu brachte, über ihren Zustand zu weinen, dann half ihr das, tiefer zu atmen und für eine kurze Zeit ihren Energiespiegel zu erhöhen. Ihr Hals verspannte sich aber schnell wieder, ihre Atmung wurde behindert und der Energiespiegel sank. Es hatte also keinen Sinn, immer wieder durch Weinen ihre Atmung zu stimulieren, solange die Blockade nicht in Zusammenhang mit ihrem Charakter verstanden worden war. Andererseits hilft es wenig, die Schwierigkeit zu weinen mit einem frühkindlichen Trauma in Verbindung zu bringen. Selbst wenn man zum Beispiel weiß, daß ihre Unfähigkeit zu weinen durch die Mutter verursacht wurde, die unfähig war, das Weinen des Kindes zu ertragen und darauf mit Ärger reagierte, so erklärt das noch nicht, warum sie jetzt nicht weinen kann. Sie ist kein Kind mehr, das

von der Mutter bedroht wird. Es bringt uns auch nicht weiter, das Problem zwar körperlich, aber auf einer segmentären Basis anzugehen. Muskelverspannungen sind in ihrer Struktur identisch mit psychologischen Strukturen, also dem Charakter, und müssen daher ganzheitlich gesehen werden, also das ganze Individuum mit einbeziehen.

Esthers Lebensgeschichte fügt einen weiteren Baustein bei. Seit sie erwachsen war, kümmerte sie sich um andere Menschen, sie war ein "Helfer". Das war so in ihrer ersten Ehe mit einem Mann, der weitgehend unfähig war, seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Sie sorgte für ihn und für die Familie. Diese Überstrapazierung ihres Ichs erklärt im wesentlichen ihre Müdigkeit. Auch ihr berufliches Leben spiegelt dieses Bedürfnis, anderen zu helfen, wider. Es war so in ihrer Persönlichkeit verankert, daß sie es sich nicht erlauben konnte zusammenzubrechen und zu weinen, ohne ihre Position als "Helfende" zu schwächen. Wir kommen der Sache sehr nahe, wenn wir ihren Charakter so definieren: "die Helfende, die Mitfühlende, die Verstehende".

So gesehen ist Esthers Charakter positiv. Er gab ihrem Leben einen Sinn und verhalf ihr zu einer Identität. Da er aber zu ihrem Tod führen könnte, war er auch neurotisch und negativ. Negativ, weil Esther durch ihre Selbstaufopferung den Leuten, denen sie half, Schuldgefühle verursachen konnte. "Was hab ich nicht alles für Dich getan. Und du bis egoistisch, hilflos und kümmerst Dich nicht." So war ihre Mutter. Esther verhielt sich genau entgegengesetzt und fühlte sich so überlegen. Bei einem neurotischen Charakter muß der Therapeut alle zugrundeliegenden Techniken und Motivation bearbei-

ten, aber meiner Meinung nach reicht das alleine nicht, um die Charakterstruktur zu ändern. Es ist bekannt, daß aus einer Krankheit auch sekundäre Vorteile gezogen werden können, aber ich glaube nicht, daß das ausreicht, die Krankheit zu erklären. Eine so schwerwiegende Krankheit wie das Epstein-Barr-Syndrom macht alle eventuellen Vorteile praktisch bedeutungslos. Ich glaube nicht daran, daß jemand um dieser Vorteile willen krank wird. Ich glaube vielmehr, daß jemand - wenn er schon krank ist - die Vorteile nutzt, die die Krankheit ihm bietet. Das wiederum vermindert die Heilungschancen, denn der Kranke hat sich schon in seine Krankheit ergeben.

Charakter kann man als "zweite" Natur bezeichnen. Das bedeutet, daß der Mensch seine erste Natur, also die Fähigkeit, mit sich selbst in Einklang zu sein, aufgegeben hat und damit seine Freiheit, seine Anmut und seine Freude. Er ist gewissermaßen Teil des Systems geworden - sei es politisch, wirtschaftlich oder kulturell. Man braucht nur Freud *DAS UNBEHAGEN IN DER KULTUR* zu lesen, um diesen einfachen Tatbestand zu verstehen. Diese Auslieferung an ein System ist in den meisten Fällen kein bewußter Vorgang. Er wird dem Kind durch die Macht der Eltern aufgezwungen, gegen die es hilflos ist. Die möglichen sekundären Vorteile sind Anerkennung, ein gewisses Maß an Liebe, Sicherheit, Identität und Zugehörigkeit. Esther ist wie die meisten auf diesen Handel eingegangen. Nicht weil sie es unbedingt wollte - sie mußte. Sie war hilflos. Und wir müssen die Zwänge verstehen, die sie zum Aufgeben gebracht haben.

Charakterprobleme lassen sich nur lösen, wenn wir beide Faktoren in Betracht zie-

hen: sekundäre Gewinne und primäre Verluste - sie halten sich nicht die Waage. Gibt man eins für das andere auf, ist es, als tauscht man sein angestammtes Recht (Geburtsrecht) gegen eine Portion Hafergrütze ein. Ein solcher Handel ist nur verständlich, wenn man erkennt, wie furchterregend die Alternativen sind - Tod oder Wahnsinn. Der Patient ist sich dieser Ängste nicht bewußt, aber wir müssen davon ausgehen, daß sie sich im Unbewußten behaupten. Nur so ist die starke Verklammerung des Charakters mit dem Leben des Menschen zu erklären. Die Angst ist in dem Sinne irrational als es keine von außen kommenden Zwänge im Leben eines Erwachsenen gibt, die sein Leben oder seinen Verstand bedrohen. Die Angst ist jedoch in dem Sinne real, daß innere Zwänge und Gefühle ihn bedrohen: Angst, Schmerz, Wut und sexuelle Gefühle. Sind sie unterdrückt worden, glaubt der Patient, sie nie wieder zulassen zu können - sie sind zu stark, übermächtig, unerträglich. Wird der Schmerz zu groß, möchte man sterben. Werden die sexuellen Gefühle zu mächtig, können sie einen verrückt machen. Aber die Stärke des Ichs bestimmt, wann etwas zuviel ist. Indem der Therapeut das Ich seines Patienten stärkt, hilft er ihm, diese unterdrückten Gefühle ohne Gefahr freizulassen,

Ichstärkung beinhaltet:

- sich seines Körpers und seiner Gefühle verstärkt bewußt zu werden (Selbstgewahrsein)
- seine Gefühle besser ausdrücken zu können (Selbstaussdruck)
- verstärkt bewußte Kontrolle über diesen Gefühlsausdruck gewinnen (Selbstbeherrschung)

Selbstgewahrsein entspringt einem ganzheitlichen Körpergefühl, es bezieht also den gesamten Körper mit ein. Man muß wissen, wo man steht, wie man sich hält und sich der Welt darstellt. Man muß sich der Spannungen in seinem Körper bewußt sein, ganz besonders der Spannungen im unteren Teil des Körpers, die sexuelle Gefühle und Identität beeinflussen. Trotz aller Therapie hatte Esther dieses Selbstgewahrsein nie voll erreicht. Sie kannte den typischen Ausdruck in ihren Augen nicht. "Was willst Du von mir?" - so verstand ich ihn. Sie fühlte nicht, daß die Spannung in ihrem Brustkorb Gradmesser dafür war, in welchem Maße Becken und Beine von ihr abgetrennt waren - ausgelöst durch einen Spannungsring um ihre Taille. Für Esther war es nicht schwer, diese Verspannungen zu erkennen. Im Spiegel sah sie den verwirrten Ausdruck in ihren Augen und den Spannungsring um ihre Taille. Durch tieferes Atmen konnte sie die Enge in ihrer Brust fühlen. Schon früher hatte sie das mit ihrer Unfähigkeit zu Weinen in Verbindung gebracht. Selbstgewahrsein erfordert mehr als ein Bewußtsein für bestimmte Verspannungen, Man muß erkennen, in welcher Weise sie ein charakterbestimmendes Verhaltensmuster bilden.

Für Esther war es nicht schwierig, den Zusammenhang zwischen der Enge in ihrer Kehle und der Verspannung in ihrem Brustkorb zu erkennen. Sie verstand, daß Ursache dieser Verspannung ein überwältigendes Herzweh war, das nicht durch Weinen gelindert werden konnte. Dieser Schmerz kam aus dem Gefühl, daß ihr Vater sie verlassen hatte. Als wir ihre Beziehung zu ihrem Vater genauer untersuchten, stellte sich heraus, daß sie sehr stark an ihm hing und er ihre Zuneigung erwiderte. Der Ver-

lust dieser Beziehung war unmittelbar verantwortlich für diesen Schmerz. In früheren Therapien stand die leidvolle und schwierige Beziehung zu ihrer Mutter im Mittelpunkt. Der Verlust der Mutterliebe hat ihr als Kind sicher schmerzhaft Gefühle verursacht, aber jetzt auf diesem Weg weiter zu forschen, führt zu nichts, weil er nicht mit Sexualität verknüpft ist, der einzigen Möglichkeit zu Entladung und Erfüllung. Bearbeiten wir jedoch die Beziehung zu ihrem Vater, führt uns das zu ihren sexuellen Problemen.

Was in Esthers Beziehung zu dem geliebten Vater war Ursache für diesen überwältigenden Schmerz? Die Antwort darauf finden wir in ihrem Körper, er erzählt die Geschichte ihres Lebens. Er sagt uns, daß Esther ihre sexuelle Gefühle in Bezug auf ihren Vater verleugnen mußte, weil sie ihren Verstand und ihre Sicherheit bedrohten. Ihre Sicherheit war gefährdet, weil sie durch eine Reaktion des Vaters auf ihre sich entwickelnde Sexualität in eine Konkurrenzsituation zur Mutter geriet. Wenn seine Reaktion auf das Kind stärker war als die Gefühle für seine Frau, könnte die Eifersucht der Mutter gefährlich werden. Sie würde sie an dem jungen Mädchen auslassen, sie schlecht und schmutzig nennen, als Hure beschimpfen. Sie würde sich voll Haß und Verachtung von ihrem Mann abwenden. Ihr Vater, sagt Ester, war eher ein passiver Mensch, der sich nie gegen seine Frau behaupten konnte. In dieser Phase des ödipalen Konflikts zog sich der Vater zurück und Esther hat das nie verstehen können. Esthers übermächtiges Herzweh entstand durch den Rückzug des Vaters. Da es die Komplexität der ödipalen Situation nicht verstand, sah das Mädchen keine andere Möglichkeit, als

die sexuellen Gefühlen für ihren Vater zu unterdrücken, um ihn und sich zu schützen. Wir wissen um die Beziehung von Herzschmerz und dem Verlust sexueller Erfüllung. Die Unfähigkeit zu weinen, sich zu wehren, zu schreien deutet auf ein unterschwelliges Schuldgefühl. Esther beschrieb ihre Mutter als eine leidende, depressive, reizbare Frau. Schuldgefühle nötigten sie, der Mutter helfen zu wollen, und aus Mitleid mit dem Vater wollte sie ihm helfen. Aber Esthers Ichstärke war zu diesem Zeitpunkt schon genügend entwickelt, um durch diese Rollen verwirrt zu werden. Wie sehr sie jedoch entschlossen war, dieser Rolle gerecht zu werden, verriet sie durch die ziemlich grimmige Kieferpartie. Die Richtigkeit dieser Interpretation wird unterstützt durch die Tatsache, daß trotz Verleugnung ihrer Sexualität ihr Körper sich ansehnlich feminin entwickelt hat. Das wäre nicht möglich gewesen, wenn sie die entscheidende traumatische Erfahrung in der infantilen Phase gemacht hätte.

Man kann sich nun fragen, was dies alles mit ihrer Krankheit zu tun hat. Die Antwort ist Schuld, eine ungeheure Schuld, die sie zwingt, bis zur Selbstaufgabe die Bedürfnisse anderer über ihre eigenen Bedürfnisse zu stellen. Esther gab zu, daß es für sie ungemein schwer ist, Forderungen zu stellen. Aber sie fühlt sich nicht schuldig. Die Menschen in unserer Zeit scheinen unbelastet von diesem Gefühl zu sein, das sie einem früheren, weniger entwickelten Alter zuordnen - aber ein Gefühl der Schuld kann vorhanden sein, auch wenn man es nicht fühlt. Es dokumentiert sich im Verhalten des Menschen und in den Verspannungen, die ihn von seiner Sexualität trennen. Wenn ich sage, daß Esther ihre Sexualität abgetrennt hat, dann meine ich nicht, daß sie

keine sexuellen Gefühle hatte. Ganz und gar nicht. Sie hatte sich nur nicht mit ihnen identifiziert. Sie konnte sie nicht akzeptieren, weil sie mit ihrem Vater in Verbindung standen. Darum konnte sie ihnen nicht nachgeben und so Entspannung und Erfüllung finden. Esther befand sich als Frau in einem ungeheuren emotionalen Konflikt, der umso größer war, weil er verleugnet wurde. Weil sie nicht fähig war, ja zu ihren Gefühlen zu sagen, war sie auch nicht fähig, nein zu den Forderungen anderer zu sagen. Dieser Kampf verbrauchte ihre Energie und zermürbte sie - und genau das ist der körperliche Zustand bei der Epstein-Barr Viruserkrankung.

Schuld ist das psychologische Bindemittel, das die Charakterstruktur auf der mentalen Ebene intakt hält. Sie wird von dem Gefühl erzeugt, daß irgendetwas verfehlt ist. Ein erhofftes Vergnügen kommt nicht zustande, ein erwartetes Glücksgefühl kommt nicht auf. In solchen Situationen denkt man nur: "Ich habe etwas falsch gemacht. Ich fühle mich nicht gut." Das, was man falsch gemacht hat war, sich gegen das Gefühl zu wehren. Daraus entsteht ein Konflikt, der die guten Gefühle stört. Es kann schon manchmal falsch sein, einem Gefühl zu folgen, aber einfach ein Gefühl zu haben, eine Regung seines Selbst, kann niemals falsch sein.

Wer sich gegen seine Gefühle sperrt, sperrt sich gegen sein Selbst, spaltet seine Persönlichkeit und schafft Probleme. Ob es nun wahrgenommen wird oder nicht, bei einem abgespaltenen Bereich innerhalb der Persönlichkeit kann man sicher sein, daß Schuldgefühle die treibende Kraft sind. Wenn aber Schuld darüber richtet, ob man etwas falsch gemacht hat, bedeutet das, daß

das Ich fähig war, dieses Urteil zu fällen und ich glaube nicht, daß das prä-ödipale Ich dazu in der Lage ist. Schmerz, Unruhe, Unbehagen, sogar Furcht kann ein Kind in der prä-ödipalen Phase empfinden und es kann vielleicht sogar diese Gefühle mit etwas in Verbindung bringen, was es getan hat. Aber zu beurteilen, ob das Gefühl falsch war, das es zu diesem Tun veranlaßt hat, dazu bedarf es einer weitaus höher entwickelten Ichfunktion. Diese Entwicklung setzt erst mit Beginn der ersten sexuellen Wahrnehmung in der ödipalen Phase ein. Wenn diese ersten Wahrnehmungen durch die Eltern in irgendeiner Weise gestört werden, kann es sein, daß das Kind in seiner aufkeimenden Sexualität etwas Unrechtes fühlt. Und das ist der Nährboden für Schuldgefühle, die den Menschen ein Leben lang quälen können.

Schuldgefühle sind auch mit der Sexualität verknüpft, weil die Eltern das bewußte Masturbieren, das bei Kindern in diesem Alter beginnen kann, oft als "schlecht" empfinden. Sie sagen "das ist unrecht", "du sollst nicht mit dir spielen". Die meisten Kinder oder Jugendlichen fühlen sich schuldig, wenn sie masturbieren. Auch bei mir war das so. Aber keiner würde diese Schuldgefühle haben, wenn die Eltern es nicht verurteilt hätten. Als ich meine Patienten nach ihren Erfahrungen dazu befragte, sagten einige: "Meine Eltern sagten, es sei schlecht, aber ich glaubte ihnen nicht, weil ich mich so gut dabei fühlte." Aber man kann sich nicht gut fühlen, wenn man aus Angst seinem Gefühl nicht nachgeben kann. (Das ist näher ausgeführt in meiner Diskussion über Schuld und Scham in "Lust. Der Weg zum kreativen Leben", Kösel 1979)

Schuld als psychologisches Phänomen, als Teil des Überichs, kann nicht mit psychologischen Mitteln allein beseitigt werden, denn als Störung der Sexualfunktion ist sie in physischen Spannungen verankert, die wir nichtbewußt kontrollieren können. Kritisch für die Aufrechterhaltung der Charakterstruktur sind die Verspannungen im Becken und im Genitalbereich. Das Becken gleicht dem Abschlußstein eines Bogens, der den Charakter stützt. Anders als bei den vierfüßigen Säugetieren sitzt und hält sich der Mensch auf seinem Beckenknochen, der wiederum von den beweglichen Beinen getragen wird. In primitiven Stein- oder Tonfiguren, bekannt als Fruchtbarkeitssymbole, wird das sehr anschaulich dargestellt. Eine starre Charakterstruktur findet ihre Entsprechung in einer starren Beckenmuskulatur. Im positiven wie im negativen Sinne würde man ein bewegliches Becken mit einem unverkrampften Menschen in Verbindung bringen. Positiv, also gesund, wenn frei und unabhängig und pathologisch, wenn abgetrennt und nicht in Einklang. Die bioenergetische Analyse bietet spezielle Übungen, um diesen Teil des Körpers zu befreien und zu integrieren.

Die Integration ist erreicht, wenn der Energie- oder Erregungsstrom frei vom Kopf bis zu den Füßen fließen kann. Beim neurotischen Charakter ist diese Integration mehr oder weniger schwach ausgeprägt. Bei Esther stand das rationale, helfende Ich in ihrem Kopf nicht in Beziehung zu dem schmerzhaften Herzweh in ihrer Brust und beide wiederum standen nicht in Beziehung zu ihren sexuellen Gefühlen. Diese fehlende Integration ist gleichzeitig auf der physischen und psychologischen Ebene wirksam. Warum aber bleibt trotz allem der Zustand unverändert oder verschlechtert sich

sogar? Warum tritt keine Heilung ein? Was hindert Esther daran, ihre Sexualität voll anzunehmen? Ich habe die Bedeutung von Schuld auf der einen und sekundären Gewinnen auf der anderen Seite erwähnt, die wir jedoch als Ergebnis und nicht als Ursache ansehen müssen. Wir sind vor die Frage gestellt: Was könnte Esther geschehen, wenn sie ihre Sexualität akzeptiert? Wovor hat sie Angst? Um diese Frage beantworten zu können, müssen wir zur ödipalen Phase zurückkehren.

Esther hat als Kind erkannt, daß ihr sexuelles Verlangen die Zerstörung der liebevollen Beziehung zwischen ihr und ihrem Vater verursacht hat. Man kann sich nun fragen, wie ein sechs Jahre altes Kind das wissen kann. Aber ein kleines Mädchen spürt sehr schnell, daß der Vater sich zurückzieht, wenn es sich ihm sexuell erregt nähert. Der Rückzug des Vaters - den das Kind als Ablehnung empfand - geschah, weil er sich wegen seiner sexuellen Gefühle ihr gegenüber schuldig fühlte. Sie erregten sich gegenseitig. Aber sie konnte nicht verstehen, daß das sein Problem war und nicht ihres. Die Kränkung und den Schmerz, den dieser Rückzug in ihr hervorrief, waren fast unbeschreiblich. Sie wußte doch tief in ihrem Innern, daß er sie noch liebte, aber sie wagte es nicht, sich ihm so wie früher zu nähern, so wie sie es in der prä-ödipalen Phase getan hatte. Esthers Situation war unerträglich. Ihre starke Sehnsucht nach Nähe und Kontakt mit dem Vater, die sie nicht äußern durfte, war eine Qual, die sie fast verrückt werden ließ. Um ihren Verstand zu retten, mußte sie ihre sexuellen Gefühle für den Menschen, den sie zutiefst liebte, verleugnen und gab damit jede Möglichkeit auf, eine erfüllte Liebe zu erfahren. Denn jetzt war sie gespalten; Liebe und Sex waren

keine Einheit mehr.

Für Esther wurde die Gefahr, wahnsinnig zu werden, noch dadurch verstärkt, daß ihre Eltern diesen Verzicht als durchaus vernünftig empfanden und jeden Protest dagegen für unsinnig erklärt hätten. Sie konnte sich nicht dagegen wehren und schreien "Ich halte es nicht länger aus. Ihr treibt mich in den Wahnsinn." Das wäre als Beweis dafür angesehen worden, daß ihr Verhalten nicht normal sei. Um diesen Schrei jedoch zurückzuhalten, mußte sie ihre Kehle zusammenpressen und verstärkte so die schon vorhandenen Verspannungen, die es ihr unmöglich machten, zu weinen.

Esther hatte sich von ihrer Sexualität losgesagt und so nicht nur ihre geistige Gesundheit schützen, sondern auch die Liebe zu ihrem Vater in ihrem Herzen bewahren können. Es war eine unerfüllte Liebe, denn sie durfte keinen körperlichen Ausdruck finden, aber sie nährte die Hoffnung, ja sogar das Versprechen, daß sie eines Tages erwidert würde. Diese Liebe ruht unbewußt tief in ihrem Herzen, verborgen und geschützt durch den unnachgiebigen Brustkorbpanzer. Dieser Panzer verhindert, daß sie den Schmerz über ihren Verlust in seinem vollen Ausmaß erfährt, und das wiederum erhält die Hoffnung lebendig, wieder mit dem Vater vereint zu sein. Diese Hoffnung wird auch gestärkt durch die Rolle, die Esther eingenommen hat: immer da zu sein für ihren Vater und für jeden anderen Mann, zu dem sie eine Beziehung hatte. Sie stellte die Bedürfnisse der Männer über ihre eigenen und wurde so zum Helfer. Als Kind löste sie mit dieser Rolle alle ihre Schwierigkeiten. Sie gewann so die Anerkennung ihres Vaters, zerstreute das Mißtrauen der Mutter und fand einen Sinn für ihr Leben.

Dadurch, daß sie ihre Sehnsucht nach sexueller Erfüllung opferte, würde sie beweisen, daß sie ein besserer Mensch war und somit wert war, geliebt zu werden. Und ihre Schuldgefühle würden gemildert werden.

So genau und vollständig die Analyse von Esthers Charakterstruktur auch scheinen mag, ist sie wenig dazu geeignet ihr Verhaltensmuster zu ändern. Zum einen bleibt ihr nur wenig Energie für diese Veränderung und zum anderen ist sie immer noch darauf konzentriert, ihr Ziel zu erreichen, denn ein Mißerfolg birgt die Gefahr wahnsinnig zu werden, zu sterben oder die Hoffnung auf Liebe zu verlieren. Man kann die Metapher umkehren: "Ich darf nicht zusammenbrechen, sonst werde ich sterben". Aber nicht zu scheitern, nicht zusammenzubrechen, das bedeutet Zerstörung. Zerstörung durch einen Herzinfarkt, durch Krebs oder eben durch ein chronisches Müdigkeitssyndrom. "Zusammenbrechen", dieses Wort erschreckt die Leute. Sie stellen sich einen Nervenzusammenbruch oder einen körperlichen Zusammenbruch vor. Es kann aber noch mehr bedeuten. Wir sagen zum Beispiel, jemand "brach zusammen" und weinte. Was hier zusammenbricht, ist der Panzer -jetzt erst können Schmerz und Traurigkeit zugelassen werden. Dieser Panzer, diese Steifheit, die uns daran hindert, unseren Gefühlen freien Lauf zu lassen, ist Teil des Abwehrsystems des Ich, Teil der Charakterstruktur. Wenn dieser Zusammenbruch im schützenden Rahmen einer Therapie stattfindet, besteht wenig Gefahr. Der Zusammenbruch wird dann zu einem Durchbruch führen. Ohne Zusammenbruch ist die Wahrscheinlichkeit gering, daß positive Gefühle durchbrechen können.

Der Zusammenbruch der Abwehrhaltung

wird immer erlebt als ein "Ich konnte es nicht schaffen", oder einfach "Ich kann nicht" oder "Ich habe es nicht ausgehalten". Er geschieht nicht bewußt oder willentlich. Er muß gegen den Willen geschehen und ist daher nicht das Ergebnis einer bewußten Entscheidung. Die Bioenergetik bietet verschiedene sichere Körpertechniken, die dem Patienten helfen, dieses Stadium des Zusammenbruchs zu erreichen. Ich halte diese Übungen für eine wirksame Therapie für unverzichtbar. Die wichtigsten Übungen sind die Übungen des Fallens. Ich habe Sie in den Büchern *ANGST VOR DEM LEBEN* und *BIOENERGETIK FÜR JEDEN* beschrieben. Auch Atemübungen, wie ich sie in dem Kapitel "Der Wille zu leben und der Wunsch zu sterben" in *LIEBE, SEX UND DEIN HERZ* beschrieben habe, können ein heftiges, verzweifertes Weinen auslösen. Nur wenn der Therapeut weiß, welche Gefühle durch den Panzer abgeschottet werden sollen, kann ein solcher Zusammenbruch sich positiv auswirken. Worauf bezieht sich dieses "Ich kann nicht"? Was kann der Patient nicht mehr aushalten? Meistens bedeutet "Ich kann nicht", daß der Patient Traurigkeit, Wut, Angst oder sexuelle Liebe nicht ableugnen oder beherrschen kann.

Gesundheit, das ist die Integration von Kopf, Herz und Genitalien in einem ganzheitlichen Ausdruck. Jede neurotische Störung spaltet diese Integration und separiert die einzelnen Persönlichkeitsanteile. Es reicht darum nicht aus, die Therapie darauf zu konzentrieren, den Patienten für die Liebe zu öffnen. Wenn vorher nicht die sexuellen Probleme bearbeitet wurden, führt das zur Regression des Patienten auf eine infantile Ebene und arbeitet so dem therapeutischen Ziel entgegen. Natürlich kann man infantile

Erscheinungen wie greifen, saugen oder weinen (in Zusammenhang mit oralen Verspannungen) bearbeiten, aber Ziel der Therapie muß die genitale Befriedigung bleiben, den sie ist für einen Erwachsenen die einzig mögliche Befriedigung. Und damit sind wir wieder in der ödipalen Phase, in der der neurotische Charakter sich strukturierte. Die Charakteranalyse versucht daher, das Verhalten eines Patienten im Hier und Jetzt unter dem Aspekt seiner Erfahrungen in dieser Zeit zu verstehen. An diesem Punkt möchte ich sagen, daß nicht alles, was in der ödipalen Phase geschieht, rein sexueller Natur ist. In sexuellen Beziehungen sind orale Begierde und Frustration sehr stark vermischt. Wenn aber orale Impulse zum Ausdruck kommen, muß die freiwerdende Energie durch geeignete Übungen nach unten ins Becken und die Genitalien gerichtet werden:

Da Übertragung und Gegenübertragung nun einmal Ausdruck unserer Charakterstruktur sind, sollten wir sie auch als Ausdruck des ödipalen Problems betrachten. Geschieht das nicht, kann es in der Therapie leicht zu einem sexuellen Ausagieren kommen. Dieses Ausagieren muß nicht unbedingt konkreter Sex sein, aber oft entsteht zwischen beiden, Patient und Therapeut, eine Atmosphäre der Verführung. Verführung ist ein Versprechen, das nicht erfüllt werden kann und demzufolge nur negative Gefühle hervorbringen kann. Der ödipale Konflikt entsteht durch die Verführung des Kindes durch die Eltern, eine Verführung, die das Kind sexuell erregt und ihm das Gefühl gibt, etwas Besonderes zu sein, es aber gleichzeitig schuldig spricht, wenn es diese Gefühle offen ausdrückt. Verführung ist der Versuch, Macht über andere zu erlangen. Der

Therapeut verführt den Patienten, wenn er zuläßt, daß der Patient glaubt, etwas Besonderes zu sein, weil der Therapeut ein so starkes Interesse daran hat, ihm zu helfen. Glaubt der Patient diesem Versprechen, ist er festgenagelt, denn es wird sich nicht erfüllen: es war nur ein Manöver, um Macht zu gewinnen. Und natürlich wird der Patient seinerseits das gleiche versuchen. Denn jeder, der schon einmal in einer solchen Situation war, kennt das Spiel und wird auch mitspielen. Nur durch sorgfältige Analyse der ödipalen Probleme können solche Fallstricke, die eine Therapie zum Scheitern bringen können, vermieden werden.

Man könnte sich nun fragen, welche Auswirkungen ödipaler Probleme auf eine Therapie haben, wenn Therapeut und Patient dem gleichen Geschlecht angehören. In den meisten Fällen wird sich zwischen den beiden eine starke Konkurrenzsituation entwickeln, derer sie sich nicht bewußt sind. Der Patient kann dem Therapeuten genauso wenig vertrauen, wie er damals dem gleichgeschlechtlichen Elternteil trauen konnte. Wenn man sich mit diesem Problem nicht offen und ehrlich auseinandersetzt, kann diese Situation einen starken und unauflösbaren Widerstand auslösen. Ist der Therapeut zu dieser Auseinandersetzung nicht in der Lage, wird durch das stillschweigende Einverständnis mit dem Patienten, den Konflikt zu verleugnen, ein homosexueller Aspekt in ihre Beziehung gebracht. Nicht mehr die Person des Patienten und seine sexuellen Probleme und deren sorgsame Bearbeitung stehen im Mittelpunkt der Therapie, sondern Liebe. Der Therapeut sagt dem Patienten, daß er ihn liebt und der Patient wiederum liebt den Therapeuten. Grenzen gehen verloren, Gegensätzlichkei-

ten werden vermieden, wenn der Therapeut seine Objektivität verliert.

Es entsetzt mich immer wieder, wie sehr die meisten Therapeuten diesem Problem ausweichen. Es ist ja so einfach, sich auf Verfahrensfragen zu konzentrieren. Ich sage nicht, daß sie nicht wichtig sind. Ich sage aber, daß es ein Fehler ist, die sexuellen Probleme vor den ödipalen zu bearbeiten, und daß dieser Fehler zum Scheitern der Therapie führt.

Meine einzige Erklärung dafür ist, daß zu viele Therapeuten dem Patienten helfen, aber ihn nicht führen wollen. Sie können ihm sicher in vielen Fällen helfen, aber sie können ihn nicht führen, nicht anleiten.

Sie können es nicht, weil sie selbst den Weg zur sexuellen Erfüllung noch nicht gefunden haben - weil ihr Kopf, ihr Herz und ihre Genitalien sich noch nicht zusammengefunden haben zu einem reichen und erfüllten Leben.

Literatur:

- Freud, S.: Das Unbehagen in der Kultur, G. W. Bd. 14
 Lowen, A.: Körperausdruck und Persönlichkeit, München 1981
 Lust. Der Weg zum kreativen Leben, München 1979
 Angst vor dem Leben, München 1981
 Liebe, Sex und dein Herz, München 1989
 Lowen, A. und Lowen, L.: Bioenergetik für jeden, München 1979
 Reich, W.: Charakteranalyse, Köln 1970

Anschrift des Verfassers:

Alexander Lowen, M. D., Puddin Hill Road. New Canaan, CT 06840, USA 203/966-3474

Übersetzung:

Hildegard Bailer. Am Zuckerberg 6, 3000 Köln 1

Original:

erscheint gleichzeitig in: The Journal Of The International Institute For Bioenergetic Analysis, Volume 5 / Number 1 /1992

Das waren die Themen des NIBA-Forum 1/91:

| | |
|------------------|---|
| 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 |

Das waren die Themen des NIBA-Forum 2/91:

| | |
|--|---|
| Heiner Steckel | Gespräch mit Alexander Lowen zu Fragen Bioenergetischer Therapie |
| Ulrich Gudat | Bioenergetische Analyse in de Psychotherapeutischen Praxis |
| Dorothea Kubierschky Rolf Heinzmann | Gruppenregeln |
| Ulrich Sollmann | Körpersprache im/als Dialog |

Niba-Forum 1/91 und NIBA-Forum 2/91 können Sie gegen 10,- DM je Exemplar beim DVBA, Auf dem Hirschberg 30, 5300 Bonn 3, beziehen.

