

# FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

DEUTSCHER VERBAND FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (DVBA)

NORDDEUTSCHES INSTITUT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (NIBA)

STUTTGARTER GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (SGfBA)

GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (GBA)

## 1/2006

Jörg Clauer	Die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen in der Bioenergetischen Analyse	5
Heiner Steckel	Dynamisches Grounding – Containment und Selbsta Ausdruck	34
Angelika Schretter	Der Körper, der ich bin. Nachnähren aus körperpsychotherapeutischer Sicht	49
Theo Fehr	(M)BPA – (Mehrdimensionale) Bioenergetische Prozess-Analyse	65
<b>Aus der Praxis:</b>		
Herbert Conze	Das Assessment Center (AC)	82
Ulrich Sollmann	Bioenergetische Analyse in der Politikberatung	95
Karl-Erich Pönitz	Kranksein, Seelsorge und Bioenergetische Charakterstrukturen	108
Moses Steinvorth	Bioenergetik in der Psychoonkologie	128
<b>Zur Diskussion:</b>		
Rainer Mahr	Macht und Ohnmacht der bioenergetischen Bewegung	133
Zur Information:	Literaturempfehlungen und Fortbildungsangebote	139

## FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

---

veröffentlichen Beiträge, die

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

Besonders besteht Interesse an Fallberichten und konzeptionellen Überlegungen aus der therapeutischen Praxis der Bioenergetischen Analyse, an kurzen und prägnanten Schilderungen und Diskussionen von Erfahrungen und Lösungen aus der bioenergetischen Arbeit. Unter der Rubrik „Zur Diskussion“ sind Leserbriefe und Diskussionsbeiträge willkommen! Auch gibt es die Möglichkeit für Buchbesprechungen und Hinweise auf Artikel in anderen Zeitschriften unter „Für Sie gelesen“. 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.

### **Herausgeberin:**

Dr. Vita Heinrich-Clauer  
Krahnstraße 17, 49074 Osnabrück  
Telefon (05 41) 20 23 101, E-Mail: [vita.heinrich-clauer@osnanet.de](mailto:vita.heinrich-clauer@osnanet.de)

### **Redaktion:**

Dr. Jörg Clauer  
Krahnstraße 17, 49074 Osnabrück  
Telefon (05 41) 20 23 100, E-Mail: [vita.heinrich-clauer@osnanet.de](mailto:vita.heinrich-clauer@osnanet.de)

Rolf Großerüschkamp  
Hohner Weg 9, 53913 Swisttal-Morenhoven  
Telefon (0 22 26) 52 95, E-Mail: [r-grossenrueschkamp@gmx.de](mailto:r-grossenrueschkamp@gmx.de)

Angelika Irslinger  
Elebeken 3, 22299 Hamburg  
Telefon (0 40) 46 53 48, E-Mail: [airslinger@aol.com](mailto:airslinger@aol.com)

Rainer Mahr  
Dreieichstraße 29, 63263 Neu-Isenburg  
Telefon (0 61 02) 2 12 74, E-Mail: [mahr@t-online.de](mailto:mahr@t-online.de)

Anja van der Schrieck-Junker  
Waldblick 7, 69181 Leimen-Gauangelloch  
Telefon (0 62 26) 42 97 29, E-Mail: [vanderschrieck@t-online.de](mailto:vanderschrieck@t-online.de)

Dr. Angelika Wenzel  
Sophienstraße 118, 76135 Karlsruhe  
Telefon (07 21) 84 15 14, E-Mail: [wenzel-mentrup@t-online.de](mailto:wenzel-mentrup@t-online.de)

## Vorwort der Herausgeberin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach einem Jahr der Arbeit an den damit verbundenen Aufgaben kann ich nun umso mehr (ein)schätzen, was es bedeutet, so viele unterschiedliche und anspruchsvolle Themen zu einer Zeitschrift zusammenzufassen. Ich möchte – nun am eigenen Körper erfahrend und wissend – die Arbeit von Konrad Oelmann in den vergangenen Jahren hervorheben und mich im Namen aller deutschsprachigen bioenergetisch interessierten KollegInnen nochmals für den großen Einsatz seinerseits bedanken! (Dies ist vielleicht im Vorwort des ersten Heftes zu wenig deutlich geworden.)

Im März 2005 fand in Villigst eine Tagung zum Anlass des 25jährigen Bestehens des NIBA und des 20jährigen Bestehens des DVBA statt. Von den Vorträgen und Workshops dieser Fachtagung gibt es nun eine weitere schriftliche Darstellung von Heiner Steckel, die den WorkshopteilnehmerInnen und auch allen anderen Interessierten eine anregende Zusammenfassung zum Thema „Grounding“ und zu dem ihm eigenen Ansatz bietet. Praktische Arbeit und konzeptionelle Überlegungen sind hier gut verwoben.

Auch die Beiträge von Jörg Clauer und Angelika Schretter sind Ergebnis von Vorträgen – auf der Internationalen Konferenz des IIBA in Boston 2005 und auf der Jahrestagung der Musiktherapeutischen Zentrums in München 2002. Die Beiträge von Jörg Clauer, Th. Fehr und A. Schretter sind weiterführend in der Theoriediskussion und in der wissenschaftlichen Fundierung. Angelika Schretter zeigt, dass gerade die Körperpsychotherapie im Themenbereich „Nachnähren“ über besondere Möglichkeiten verfügt. Theo Fehr trägt unermüdlich zur wissenschaftlichen Beforschung der BA bei, indem er die von ihm entwickelte Bioenergetische Prozessanalyse zum Modell der Big Five und zum Vulnerabilitäts-Stress-Modell in Beziehung setzt. Das Anliegen, aus der Praxis und speziell der nicht-klinischen Praxis der Bioenergetischen Analyse mehr Berichte und Beiträge zu erhalten, hat nun in diesem Heft zu einer Bereicherung geführt. Interessanterweise stützen sich die Kollegen, die in nicht-klinischen Praxisfeldern arbeiten, v. a. auf das bioenergetische Konzept der Charakterstrukturen.

Herbert Conze, Ulrich Sollmann und auch Karl-Erich Pönitz zeigen mit ihrer Arbeit in verschiedenen Feldern, wie das Strukturmodell hilft, menschliches Verhalten zu verstehen und Interventionen der Personalauswahl, des Coaching und der Seelsorge

zu differenzieren. Die Verwendung dieser Strukturen in der Seelsorge scheint einem Bedürfnis nach innerer Strukturierung, Halt, Sicherheit, Grenzen oder aber nach Einordnung und auch Distanzierung entgegenzukommen. Während diese charakterlichen Eigenschaften in der Personalauswahl eher als Leistungsmerkmal und nicht als Merkmal zum Verstehen von Beschwerden und Blockierungen gesehen werden. In der Politiker-Beratung geht es dagegen um die Ausarbeitung eines persönlichen Profils, das möglichst konturiert und markant ausfallen soll. Moses Steinvorth diskutiert in seinem Kurzbeitrag die Ansätze von *Reich/Lowen* im Hinblick auf die Arbeit mit Krebskranken. Sein Fallbeispiel zeigt einen kurzen Ausschnitt einer Begegnung mit einem krebskranken Patienten. Er verzichtet an dieser Stelle darauf, die Komplexität des therapeutischen Prozesses zu beschreiben.

Zeigten die Kongress- und Tagungsbeiträge im vorigen Jahr die Vielfalt und Wirksamkeit der Bioenergetischen Analyse in der Arbeit mit den unterschiedlichsten Fragestellungen, so setzt sich diese Vielfalt auch in diesem Jahr fort:

Die Stuttgarter Gesellschaft für Bioenergetische Analyse (SGfBA) organisiert auch in diesem Jahr wieder Fortbildungen für Kollegen aus anderen Berufsfeldern. Im Juni (13.–17.06.2006) wird in Heidelberg eine Fortbildung zum Thema „Trauma“ mit David Berceli (Bioenergetischer Analytiker und Trauma-Experte aus den USA) vom IIBA angeregt und organisiert. (vgl. Beilage Flyer) – Die Zeitschrift PID „Psychotherapie im Dialog“ widmet die Ausgabe 2/2006 dem Thema „Körper in der Psychotherapie“. Es wird u. a. ein Interview von Arist v. Schlippe/Vita Heinrich-Clauer mit David Berceli zur Traumaarbeit – sowie ein Artikel von mir und Jörg zur Paararbeit in der Bioenergetischen Analyse, der eine konzeptionelle Weiterführung der Arbeit in Villigst darstellt, erscheinen. Außerdem wird es auf der PID Tagung im Juni in Baden-Baden ein Laboratorium zum Thema „Körper und Psychotherapie“ mit Kollegen verschiedener therapeutischer Orientierung (VT, Psychoanalyse, Bioenergetische Analyse) geben – s. auch [www.pid-tagung.de](http://www.pid-tagung.de).

Vorausgesetzt es liegen jeweils genügend Beiträge vor, werden weiterhin ein bis zwei Hefte pro Jahr erscheinen. Redaktionsschluss für den Sommer ist der April, für den Winter der Oktober des jeweiligen Jahres. (Das entspricht fast der Realität!)

Viel Spaß beim Lesen!

Vita Heinrich-Clauer

Jörg Clauer

# Die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen in der Bioenergetischen Analyse<sup>1</sup>

– Vom Verstehen zum Begreifen –

## 1. Einleitung

*Lowen* benennt als Kernstück der Bioenergetischen Analyse die **funktionale Identität von Körper und Psyche**, d. h. jedem seelischen Abwehrvorgang entspricht eine Veränderung des körperlichen Organisationsmusters – und der Körper lügt nicht!

Wir bioenergetischen Analytiker müssten demnach die Experten im Bereich der Behandlung so genannter früher Störungen und insbesondere psychosomatischer Erkrankungen sein! Es gibt aber erstaunlich wenige Artikel oder Bücher in der bioenergetischen Literatur, in denen psychosomatische Krankheitsbilder und ihre Behandlung dargestellt werden (z. B. Büntig 1996, Mahr 1996, Svasta 1984). Alexander Lowen (1970, 1985, 1986, 1991) hat Artikel über Migräne, Morbus Crohn und Krebs geschrieben, die alle seine großartigen intuitiv-diagnostischen Fähigkeiten zeigen, aber wenig behandlingstechnisches Rüstzeug vermitteln. *Ehrensperger* (1991) hat den Versuch einer theoretischen Fundierung der bioenergetischen Sicht auf psychosomatische Erkrankungen gemacht, allerdings ohne das Salz in der Suppe von detaillierteren längeren Behandlungsverläufen.

Als ich als bioenergetisch ausgebildeter Arzt anfang in psychosomatischen Kliniken auf Stationen mit Colitis-ulcerosa- und Morbus-Crohn-Kranken zu arbeiten, fehlte mir Anleitung in bioenergetischen Behandlungsmethoden für solche Patienten. Von da an habe ich meine Art der Behandlung solcher Klienten entwickelt. Vorausschicken will ich eine für mich praktikable Unterteilung:

A. Zur ersten Gruppe rechne ich Patienten mit Colitis ulcerosa, Morbus Crohn und rheumatoider Arthritis. Aus ihren Beziehungen zu frühen Bindungspersonen haben sie v. a. bleibende Störungen und Behinderungen ihres Selbsterlebens

---

<sup>1</sup> Leicht veränderte und erweiterte Fassung eines Vortrages und Workshops gehalten auf der Internationalen Konferenz für Bioenergetische Analyse in Cape Cod / Boston 5/2005. Die Erweiterung betrifft v. a. Verweise auf die in der Zwischenzeit erschienene Arbeit von J. Benjamin 2005, D. N. Stern 2005 sowie Beebe und Lachmann 2004.

mitgenommen, unter anderem ein schwaches Selbstempfinden und Körper-Kern-Selbst. Energetisch erinnern sie oft an *Keleman's* (1985) „collapsed structures“. *Lowen* (1986) schreibt, dass die Erkrankung dieser Patienten mit einer tiefgreifenden körperlich-seelischen Erschöpfung gleichzusetzen ist. Solche Patienten versuchen, um jeden Preis weiter zu funktionieren und ein heiles Bild von sich abzugeben. Eine Entlastung und eine entsprechende Erholung ist daher meist nur schwer zu erreichen.

B. Die zweite Gruppe von Patienten (z. B. mit Hypertonie, Migräne oder Morbus Bechterew) hat mehr Energie und mehr Selbst-Struktur, obwohl es auch bei ihnen deutliche Defizite im Selbstwert und der Selbstentwicklung gibt. Bei ihnen finden sich mehr ödipale sowie Dominanz/Unterwerfungskonflikte. Da sie ihre aggressiven Impulse nur schwer fühlen können, erstarrt ihre Lebendigkeit, wobei ihre nicht ausgedrückte dämonische Seite und Energie im Symptom eingebunden ist (Shapiro 2000). Insgesamt haben diese Patienten eine stabilere Lebensbewältigung. Ich arbeite oft mit spielerischen Übungen in einem spielerischen Setting, um die Erstarrung von Körper und Charakter zu lockern; und mit bioenergetischen Techniken, um den aggressiven Ausdruck zu fördern und in die Beziehung zu integrieren (unter anderem auch mit dem Seil, dem Stock, der Balancierscheibe und dem Beißring).

Es geht mir hier um die Darstellung einer im guten Sinne „psycho-somatischen“, d. h. einer geduldigen, eine lange Zeit benötigenden und oft schwierigen Wachstumsförderung der Organisationsmuster des Selbst. Für die Behandlung der frühgestörten psychosomatischen Patienten ist die körperlich-emotionale Resonanz des Therapeuten mit dem Patienten eine notwendige Voraussetzung. Der Schlüssel dazu ist auch hier die Anwendung und Wahrnehmung der verkörperten Gegenübertragung sowie die psycho-somatische Beziehungsgestaltung (Clauer 2003b, Downing 1996). Diese ermöglicht dem Patienten das eigene Selbst im Kontakt mit dem „Elternkörper“ des Therapeuten in neuer Weise zu erleben und wahrzunehmen. Für die Therapie frühgestörter Patienten muss der Therapeut sich so mit dem Patienten einstimmen, dass die auftretenden Störungen der körperlich-affektiven Abstimmung langsam ausgeglichen und korrigiert werden können. Es ist dabei eine schwierige Balance, als Therapeut einen gewissen Überblick zu behalten, ohne die Illusion zu entwickeln, den Prozess völlig in der Hand haben, steuern und lenken zu können. Dieser Entwicklungs- und Abstimmungsprozess ist wie in der Mutter-Kind-Dyade ein gemeinsamer Entwicklungsprozess, an dem beide Partner ihren Anteil haben [unter Berücksichtigung der therapeutischen Arbeitsgeräte ergibt sich der Blickwinkel einer frühen

Triade, so wie Kind, Mutter und Vater (Fivaz-Depeursinge/ Carboz-Warney 2001)]. Wie die intersubjektive/relationale Psychoanalyse (Orange 1997; Mitchell 2000) und *Ferenczi* (1933) zu Recht betonen, wird es in diesem Prozess unweigerlich zu neuen Unterbrechungen und Brüchen in der Abstimmung kommen. Wenn diese nicht ignoriert und verleugnet werden, beinhalten sie die Chance zu einer heilenden Neugestaltung. Dazu ist es notwendig, dass der Therapeut sich für eine Verstörung seiner Ansicht durch die Sichtweise des Patienten öffnet und so auch dessen Dissoziation teilt. Dann kann es zu einer Veränderung des impliziten Beziehungsgefüges und in der Folge auch des expliziten (also symbolisierten/verbalisierbaren) Beziehungswissens und Wachstums des Selbst kommen. (Leser die v. a. an Bioenergetischen Übungen interessiert sind, sollten zuerst Teil 4 lesen.)

## **2. Kommentierte Fallgeschichte**

### **Eine Anamnese**

Meine Patientin, die ich hier Suzan nenne, kam auf Veranlassung des Hausarztes mit einer jahreszeitabhängigen (sogenannten endogenen) Depression zu mir. Sie hatte phobische Ängste vor Menschenansammlungen, Berührungsängste und sexuelle Interesselosigkeit, obwohl sie sich in ihrer Ehe geborgen und sicher fühlte. Das bevorstehende Ende des Studiums der Systemwissenschaften war von Arbeitsstörungen und Selbstzweifeln begleitet. So wie andere Verwandte der väterlichen Linie hatte sie eine Colitis-ulcerosa. Bruder und Schwester leiden seit der Kindheit an Asthma und Allergien. Bei ihrem ersten Freund im 16. Lebensjahr hatte sie massive Berührungsängste und bei Zärtlichkeiten Heulkrämpfe, beide klebten aber jahrelang aneinander. Bei ihrem zweiten Freund im 24. Lebensjahr fühlte sie sich sofort und erstmals im Leben geborgen. Als dieser einen Monat später tödlich verunglückte, war der Schock umso größer. Da ein stützendes und verständnisvolles Beziehungssystem fehlte, erstarrte sie. Sie stand mitten im Abschluss ihrer ersten wirtschaftswissenschaftlichen Ausbildung und funktionierte umstandslos weiter, ohne trauern zu können. In der Folge kam es zu ersten Colitis-Schüben und einer ersten schweren depressiven Episode.

### **Die Lebensgeschichte**

Die Mutter der Patientin war Krankenschwester. Die Tür des Elternhauses war beständig für hilfsbedürftige fremde Menschen geöffnet. Ein von den katholischen Eltern in den Ferien betreutes älteres Heimkind vergriff sich bekanntermaßen an

Kindern ihres Alters. Einen Schutz durch die Eltern gab es nicht, aber eine massiv vertretene Forderung von ihnen, für andere da zu sein. Über Jahre hinweg wurde Tag und Nacht der Alzheimer kranke Großvater betreut. Bedürftigkeit oder Krankheit der Kinder erlebte die Mutter als Beleidigung. Bis zum heutigen Tag erwartet sie aber eine ausgeprägte Aufmerksamkeit und Fürsorge durch die Patientin. Insgesamt scheint die Mutter ihre Identität darauf aufgebaut zu haben, dass sie ihr eigenes Selbst aufgab und es von der Ersatzfunktion durch andere abhängig machte. Die Patientin musste diesen Mangel der Mutter ausgleichen und blieb so einseitig an die Mutter gebunden. Jeder Autonomieversuch wurde mit einer Verlustandrohung beantwortet. Sowohl für ihre Bindungswünsche wie auch für ihren Protest fehlte der Rahmen einer positiven wechselseitigen Bindung und die förderliche Resonanz der Mutter.

Bevor die Patientin zu mir kam, hatte sie bereits eine ambulante und eine stationäre Therapie gemacht, die sie beide als hilfreich erlebte. Wie als Motto für die Therapie sagte sie: „Ich habe mich nie abgrenzen und wütend werden können.“ Körperlich fielen die dünnen Extremitäten mit flachen, schmalen Füßen auf, die zum Gesamtbild einer flacid-schizoiden Grundstruktur passen. Nach DSM-IV ließ sich neben der schweren Depression und der Colitis-ulcerosa eine Störung der Selbstentwicklung mit narzisstischen, depressiv-anankastischen Persönlichkeitszügen und einer Alexithymie diagnostizieren.

### **Überleben mit psychosomatischer Dissoziation**

Suzan war eine brillante Systemwissenschaftlerin, verstand vieles hervorragend, konnte sich aber nur schwer in der Welt verkörpern. Sie erzählte fast stolz, dass sie früh gelernt habe den gesamten Körper abzuschalten. Sie habe ihm nie getraut und könne ihn auf Stand-by schalten. Sie bestehe dann nur aus Denken und Kopf. Ein Selbstbild von Suzan zeigte in beiden Perspektiven nur einen Kopf. Ihr Selbstbewusstsein hing völlig von ihren Leistungen ab (eine Auswirkung der einseitigen oder fehlenden Resonanz der Mutter/Eltern). An die Kindheit und das von Spott und Ausgrenzungen geprägte Martyrium ihrer Schulzeit hatte sie kaum Erinnerungen. Während der Therapie begann sie die Erinnerungslosigkeit zu bemerken und zu beklagen. Je mehr Beziehung sie zu ihrem Körper aufbaute, je mehr sie in ihrem Körper heimisch wurde, umso mehr Erinnerungen tauchten auf.

Ich lud sie gleich zu Beginn unserer gemeinsamen Arbeit ein, die Balancierscheibe zu nutzen. Diese fördert in spielerischer Weise das Grounding, außerdem die Integration der so wichtigen propriozeptiven Körperwahrnehmung mit dem Gleichgewichtssinn



und der optischen Wahrnehmung (nach einem Buch von Uexküll et al. 1997 ist dies die Grundlage der „Subjektiven Anatomie“). Diese Arbeitsweise ist ein (indirekter) Weg der Veränderung des ‚Cephalen Schocks‘ (s. Lewis, 1976, 1984, 1986)<sup>2</sup>. Die Erfahrung auf der Balancierscheibe war für Suzan anfänglich mit viel Unsicherheit verbunden. Die anschließende Übung, auf dem Boden zu stehen und den Atem durch die Beine in den Boden zu schicken mit der Vorstellung eines Baumes und seiner Verwurzelung machte ihr Angst vor abgrundtiefer Trauer oder einem Nichts, über das sie nicht weiter sprechen wollte. Sie spürte hier wohl die fehlende Wahrnehmung ihres Körpers, die fehlende Verankerung im Körper-Selbst ebenso wie in der Beziehung zu mir und erlebte dies als Leere oder Nichts. Wir konnten dann aber den Kontext ihres Erlebens, nämlich ihre Beziehung zu mir untersuchen. Das führte dazu, dass sie nach mir als Halt greifen konnte. (Im Kontext der Übung erfuhr ihr Baum (der ihrem Selbst entspricht) so einen Halt durch mich wie ein Baum durch einen Pflanzpfahl und konnte nun beginnen sich zu verwurzeln). Suzan empfand nun Freude an dieser Übung und machte sie regelmäßig in ihrem Alltag. Die Übungen auf der Balancierscheibe und anschließend am Boden fördert auch einen Wechsel von Perspektiven. Andere Anregungen zur Körperarbeit, die ich gerne gebe, wie z. B. das „Do-In“<sup>3</sup>, hatte sie trotz meines Nachfragens nicht angenommen.

Ich achte bei solchen selbstunsicheren, bindungsgestörten, psychosomatischen Patienten sehr darauf, dass sie selbst die für sie adäquaten Wege der Selbstentfaltung herausfinden. Zentrales Ziel ist dabei, dass sie im intersubjektiven Austausch basale Selbstfunktionen wie z. B. Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit oder Urheber-schaft als neue oder veränderte Muster ihrer Organisationsprinzipien entfalten können. Im Gegensatz zum vorwiegend verbalen Beziehungsdialo-g der relationalen/intersubjektiven Psychoanalyse (Mitchell 2000, Orange 1997) findet dies hier in einem körperlichen und verbalen Beziehungsdialo-g statt (Clauer 2003b, Downing 1996, Heisterkamp 1993, Lakhoff 1999). Ich nenne dies einen verkörperten Beziehungsdialo-g. Teil dieses Prozesses ist die Erforschung der emotionalen und körper-

---

<sup>2</sup> Die direkte Arbeit im Liegen mit Halten des Kopfes wie Massage von Nacken und Schädelbasis ist erst spät im Therapieverlauf möglich. Liegen bedeutet in der Therapiesituation, sich dem Therapeuten überlassen/anvertrauen. Dies erfordert Vertrauen in die Beziehung und Sicherheit ins eigene Körper-Selbst und die Ich-Funktionen, also eine hinreichende Integration aversiv-aggressiver Affekte und Impulse. Sonst führt die mobilisierte Angst zu aggressivem und/oder passivem Selbstschutz. Bei Suzan rief Liegen im Raum so große Panik hervor, dass sie dieses nicht weiter erforschen wollte.

<sup>3</sup> Das „Do-In“ ist eine umfassende, die Körperwahrnehmung, die innere Struktur des Knochen-gerüsts und das Grounding fördernde Art der Selbstmassage (aus Japan kommend).

lichen Organisationsmuster der Patientin und unserer sich entfaltenden Beziehung (also die Frage, wie organisiert sich die Patientin körperlich und seelisch in ihrem Leben und für uns beide direkt zugänglich zusammen mit mir innerhalb unserer therapeutischen Beziehung).

Weitere förderliche Übungen, insbesondere zur Selbstwahrnehmung und zum Grounding, waren die Arbeit mit dem Stock oder Seil am Boden zur Durcharbeitung und Wahrnehmung der Fußsohle oder das Balancieren auf dem Seil an meiner Hand. Übungen für die Sprunggelenke oder z. B. der Bogen und der Elefant, v. a. bei Ausführung kopfüber gegen die Wand lösten bei Suzan Panik aus. Sie fürchtete wiederum sich aufzulösen oder im Nichts zu versinken.

Während der ersten anderthalb Jahre standen folgende Themen in der Therapie im Vordergrund:

- Prüfungsängste;
- Schwierigkeiten in der Abgrenzung und Selbstbehauptung (gegenüber Freunden und Familienmitgliedern), was von dem Gefühl begleitet war, für andere da sein zu müssen, wenn sie eigentlich selbst andere brauchte, was die Aufgabe ihres Selbst in Beziehungen bedeutete. Solche Isolierung und Selbstverlust führten zum besonderen Hervortreten von Rückmeldungen (Krankheitssymptomen) des Körpers – mit
- Gefühlen existentieller Bedrohung (v. a. während auftretender Krankheitsschübe) und des Verfolgt Werdens (insbesondere in Traumbildern).

### **Erfahrung von Grenzen**

Ein Therapieziel war (neben dem Grounding), der Patientin zur Wahrnehmung und zum Ausdruck eigener Grenzen zu verhelfen, indem ich sie z. B. einlud mit den Händen oder anderen Körperbereichen gegen eine Wand oder Türrahmen zu drücken, später auch gegen mich. Unter Einbeziehung der „Therapiegeräte“ (hier Wand) ergibt sich mit Patient und Therapeut eine Dreiecks-Beziehungsperspektive, welche an die frühe vorsprachliche triangulierende Förderung der Selbstentwicklung beim Baby in Beziehung zu Mutter und Vater erinnert (vgl. Fivaz-Depeursinge/Corboz-Warnery 2001). Auch diese Übungen führten bei Suzan zu Panik, so dass sie zunehmend eine Aversion entwickelte, sich darauf einzulassen. Zugleich fühlte sie sich sehr bedürftig und angewiesen auf meine Unterstützung. Es war wahrnehmbar, dass sie sich unbewusst nicht vorstellen konnte, dass eine Beziehung und die Unterstützung in dieser

erhalten bleiben kann, wenn Grenzen und Abgrenzung zu der Bezugsperson lebendig spürbar sind und gelebt werden. – Nicht das Drücken gegen eine Grenze, sondern sich im Kontakt zu mir zu spüren und zu erspüren, förderte bei Suzan die vor einer Abgrenzung notwendige Wahrnehmung des eigenen Körperselbst! Es brauchte mit ihr eine sehr langsame und geduldige Arbeit, bis sie die Beziehung und Bindung zu mir als sicher genug erlebte, um nun ihre Grenzen und eigenen Impulse aus der eigenen inneren Bewegung heraus erfüllen und wahrnehmen zu können. Diese Erfahrung mache ich auch mit anderen psychosomatischen Patienten. Der Therapeut wird im Sinne eines körperlichen Hilfs-Selbst benötigt, da die kindlichen Erfahrungen (bei Suzan mit der Mutter) nicht das Vertrauen in Halt/Unterstützung und Abgrenzung gefördert haben. Erst nachdem zu mir eine ausreichend sicher erlebte körperliche Beziehung und Bindung aufgebaut war, konnte sie ihren Wahrnehmungsfokus dem eigenen Selbst zuwenden. Vorher war ich (ungewollt) für sie ein bedrohlicher Anderer (wie ihre Mutter oder Klassenkameraden), den sie im Auge behalten musste, um sich schützen zu können.<sup>4</sup> Nun erst begann sie in der Beziehung zu mir als einem für sie immer deutlicher werdenden anderen Subjekt ihr Selbst zu erforschen: wie und wer sie ist, und was sie bewirken kann. – Die Art, die Formen, die Prinzipien der Organisation des eigenen Selbst gemeinsam körperlich und mental zu erforschen, ist erst in einer als ausreichend sicher erlebten (therapeutischen) Beziehung möglich.

### **Die Entwicklung aversiv-aggressiver Gefühle**

Suzan begann nun zu ahnen und dann zu spüren, dass sie bei Familientreffen regelmäßig Gefühle der Enttäuschung runterschluckte und in der Folge depressive Dekompensationen und Colitisschübe entwickelte. Während der Colitisschübe arbeitete ich häufig mit Techniken aus dem Body Enlightenment (s. Clauer 1997, Clauer/Heinrich 1999). Ich legte ihr meine Hand auf den Bauch und leitete sie dabei an, sich das Bild einer warmen, heilenden Sonnenenergie im Bauchraum vorzustellen. Diese Arbeitsweise war für Suzan sehr hilfreich und linderte die Symptomatik. In Krisenzeiten, wenn sie sehr depressiv war, saßen wir außerdem häufig Rücken an Rücken. Ich bekam dabei in meinem Rückenbereich des Zwerchfells Spannungen und schmerzhaft Verspannungen. Da ich mit vielen Patienten Rücken an Rücken sitze, konnte ich mir sicher sein, dass diese Spannungen nicht von meinen eigenen

---

<sup>4</sup> „Entwicklungspsychologisch gesehen, führen mangelnde Akzeptanz, Empathie und Verständigung in der frühen Betreuungssituation dazu, dass das andere Subjekt als Hindernis, als gefürchteter Richter oder als benutzendes Objekt wahrgenommen wird.“ (Maligne Objektrepräsentanz) (Benjamin, 2005)

Körperspannungen herrührten, sondern im Kontakt mit Suzan entstanden und eine verkörperte Gegenübertragungsreaktion darstellten (s. Clauer 2003b, Downing 1996). In den frühen Therapiephasen waren all meine Fragen nach aggressiven Impulsen oder Gefühlen bei Suzan ohne Ergebnis, obwohl es von außen gesehen genug aggressive Strebungen gab. So war z. B. die Erwartung der Patientin an meine regelmäßige Präsenz sehr groß. Sie selbst war aber wie selbstverständlich bereit, die Therapie für ihre Terminwünsche und Verpflichtungen zu unterbrechen und ausfallen zu lassen. Ihre Aggression war aus meiner Perspektive in ihrer selbstverständlichen Art der einseitigen Bemächtigung spürbar.<sup>5</sup> Sie war dies aus der Beziehung zur Mutter gewohnt und konnte es nicht wahrnehmen.

In den ersten anderthalb bis zwei Jahren war meine unterstützende Präsenz mit der stetigen Bereitschaft erforderlich, die oft durch Familienkonflikte entstandenen Spannungen, die Colitisschübe sowie depressiven Dekompensationen zu regulieren!<sup>6</sup> Als Indiz dafür, wie intensiv ich die gemeinsame Interaktion mit Suzan erlebte, reagierte ich oft ähnlich wie bei psychiatrisch-suizidalen Patienten: mit einer körperlichen Reaktion, die mit Luftanhalten verbunden ist, und einer Angst, sie mit einer falschen Bewegung oder einem Fehler meinerseits schädigen zu können. Die gleiche körperliche Reaktion hatte Suzan z. B. die ersten Male auf der Balancier-Scheibe. Später, als ich damit begann, ihr den Kopf zu halten und den Nacken vorsichtig zu massieren, führte dies anfangs zu einer fast schockartigen Reaktion: sie hielt den Atem an, und es brauchte eine lange Zeit, bis sie sich vertrauensvoller überlassen konnte. Beim Kopfhalten habe ich sie immer wieder eingeladen, einen eigenen Ton zu finden. Obwohl sie in ihrer Freizeit im Chor singt, kam erst nach langer Zeit ein vorsichtiger, leiser Ton wie vom Grunde ihrer Seele hervor. Im gleichen Zeitraum begann sie wahrzunehmen, wie eine Spannung vom Nacken bis in den Rücken und zum Kreuz herunterzog. Sie lernte, diese im weiteren Verlauf als mit Aggression verbundene Spannung wahrzunehmen.

---

<sup>5</sup> In der Sprache der Selbstpsychologen ausgedrückt, braucht und gebraucht sie mich hier als Selbstobjekt (Kohut 1971, Milch 2001). Das Selbstobjektbedürfnis, das sie hier innerhalb der Therapie entfaltet, wäre eines der Prinzipien ihrer Selbstorganisation (Stern 1998).

<sup>6</sup> Vor allem in diesen schwer depressiven Phasen und/oder Colitis-Schüben der Patientin war es manches Mal schwer für mich, das Vertrauen und die Zuversicht in den Prozess der Therapie und die Entwicklung von Suzan zu behalten. Für einen Therapeuten wie mich war es eine Herausforderung, den Glauben an die Tragfähigkeit der Beziehung und das Selbstvertrauen in die eigene Arbeit und das eigene Stehvermögen zu behalten. Dies sind oder waren genau die Selbstfunktionen, die Suzan nicht oder in nicht ausreichendem Maße zur Verfügung hatte. Psychoanalytiker neigen dazu, dies unter den Begriff der Gegenübertragung zu subsumieren.

## **Anerkennung verschafft Raum (open-space) für Veränderung**

Im ersten Jahr der Therapie, als die Patientin ärgerlich-aggressive Affekte selbst überhaupt noch nicht wahrnehmen konnte und sich sehr bedürftig und angewiesen fühlte, kam es zu einer einschneidenden Situation. Meine Urlaube waren für Suzan immer sehr unangenehm, da sie sich schutzlos und verlassen in dieser Zeit vorkam. Vor einem solchen Urlaub ging es der Patientin seelisch und körperlich so schlecht, dass sie mich um einen Zusatztermin vor meinem Urlaubsbeginn bat. Ich sah ihre Not und fühlte mich verantwortlich und verpflichtet, sie nicht im Stich zu lassen (wie Suzan es der Mutter gegenüber empfand.) Ich selbst war aufgrund unseres Hausbaues sehr erschöpft und hatte eigentlich keine zeitlichen Ressourcen mehr. Dennoch gab ich ihr einen Termin außerhalb meiner sonstigen Arbeitszeiten – und habe diesen Termin vergessen wahrzunehmen! Für Suzan war mein Nichtkommen extrem belastend, zumal ich ihr aufgrund unseresurlaubes keinen anderen Ausweichtermin anbieten konnte. Ich war unangenehm berührt und beschämt, in welcher Weise ich mich verwickelt hatte. Mittlerweile glaube ich aber, dass dieses Ereignis für die Entwicklung der Patientin sehr entscheidend war. Nach dem Urlaub war ich sehr gespannt in Erwartung ihrer Reaktion. Sie berichtete, dass es für sie „unangenehm“ gewesen sei. Auch auf mein forschendes Nachfragen hin kamen wir darüber nicht weiter ins Gespräch. Es schien erstaunlich, wie wenig sie Gefühle ihrer Enttäuschung und Wut zeigen konnte. Erst ein Jahr später, anlässlich eines erneuten Urlaubes meinerseits, war die therapeutische Vertrauensbasis so weit gewachsen, dass ich beim Ansprechen dieses zurückliegenden Ereignisses von Suzan erfuhr, wie einschneidend es damals für sie gewesen war: Sie hatte überlegt, an diesem Punkt die Therapie abzubrechen. (Ein zuvor ungenutzt verstrichener „Now-Moment“ kehrte hier zurück und war so nicht verloren gegangen; vgl. Stern 1998)

Neben meiner Erschöpfung war es wohl auch eine Gegenübertragungsreaktion: Suzan hatte eine Mutter, die mit großen Ansprüchen sich selbst ständig überforderte. Von der Patientin verlangte sie sehr viel Unterstützung, Präsenz und Mitarbeit bis hin zur Selbstaufgabe. Für Suzans Wünsche und Nöte war die Mutter oft nicht verfügbar und nicht erreichbar. Zumindest erscheint es so, als wenn ich hier im Sinne einer komplementären Gegenübertragung Suzan gegenüber ähnlich wie die Mutter agiert und reagiert habe; zugleich konkordant mit der Patientin (und der Mutter) die unumgängliche eigene Begrenztheit und Grenzziehung nicht offen vertreten habe (für die Begriffe „Übertragung und Gegenübertragung“ schlage ich als Bioenergetiker den Begriff „Resonanzphänomen“ vor; vgl. Heinrich 2001). Es scheint, dass solche Fehlleistungen unvermeidlich zum Therapiegeschehen dazugehören (Orange et al. 1997,

Benjamin 2005). Wenn ich sie nicht aus Beschämung oder Perfektionsdrang verleugne, sondern in die Bearbeitung des Therapiegeschehens einbeziehe, stellen sie eine Chance dar. Wenn die Angst vor eigener Fehlbarkeit groß ist, besteht die Gefahr, solche Fehlleistungen zu verbergen oder in zwanghaftem Bemühen sie zu vermeiden, sich zu verhärten. Vermutlich ist es dann besser, nicht mit solchen Patienten zu arbeiten. Körperpsychotherapeutisch gesehen kann ich die Chance nutzen, wenn ich auch bei manchmal „fehlerhaften“ Reaktionen genügend Vertrauen in mein eigenes Körperselbst und die Beziehung behalte. Suzan half die Anerkennung ihres berechtigten Ärgers, mir zu vertrauen und sich in der Folge mir anzuvertrauen. Wenn die Mutter ihre Unzulänglichkeit anerkannt hätte, hätte Suzan ihre eigenen Wünsche wie auch ihre Begrenztheit als berechtigt ansehen können, anstatt sie mit Scham und Schuldgefühlen zu verbergen und abzuspalten. Dies hätte ihre Selbstentwicklung sehr gefördert.<sup>7</sup>

Nachdem ich mit Suzan diese Vorkommnisse erneut thematisiert hatte und ihre berechnete Enttäuschung und ihren Ärger anerkannt hatte<sup>8</sup>, arbeiteten wir häufiger Rücken an Rücken. In einer der folgenden Stunden hatte sie schon früh den Wunsch dazu geäußert. Beim Sitzen konnte sie aus dem Fenster schauen. Sie erzählte in dieser Stunde von Erfahrungen aus dem Chor, wie verletzend, kränkend und schmerzhaft es war, wenn z. B. der Chorleiter sie übersah. Sie trage solche Erfahrungen lange nach und der andere sei für sie dann Luft, er sei gestorben. Wie oft spürte ich auch in dieser Stunde Schmerzen im Rücken. Statt das unschwer zu erschließende Thema ihres Zornes auf mich psychoanalytisch deutend anzusprechen, begannen wir vorsichtig das körperliche Erleben zu erforschen. Sie spürte ihren Rücken nicht, beschrieb aber im Bereich von Brust und vorderem Körperbereich eine Art Schutzpanzer oder Wand. Durch mein Nachfragen merkte sie, dass sich ihre Aufmerksamkeit außerhalb ihres Körpers und in Phantasien befand, sie war aus dem Körpererleben dissoziiert. Im Verlauf der Stunde tasteten wir uns langsam zu ihrer Wahrnehmung ihres und

---

<sup>7</sup> Nach Ferenczi (1933) ist es unumgänglich, dass der Analytiker zum Schänder des Patienten werden muss und der Patient dies beobachtet und darauf reagiert. Die Wiederholungen und Beteiligung des Analytikers sind unumgänglich. Was den Analytiker vom ursprünglichen Täter unterscheidet, ist seine Bereitschaft, offen und ehrlich zu akzeptieren, was bis dahin geleugnet worden ist und die Verantwortung für die eigenen Schwierigkeiten zu übernehmen, die als Reaktion auf den Patienten entstehenden Gefühle zu tolerieren. (vgl. Benjamin 2005)

<sup>8</sup> „So muss der Therapeut nicht länger auf das dissoziative Erleben der Patientin hin selbst dissoziieren. Mit der Anerkennung seiner Schwächen oder Fehler erlangt der Therapeut seine Selbstregulation wieder und kann so für die Regulation der Gefühle der Patientin zur Verfügung stehen.“ (Benjamin 2005, Resnick-Sannes 2002)

meines Rückens vor. Sie konnte nun mehr und mehr registrieren, dass sie in dem Bereich, in dem ich Schmerzen erlebte, auch etwas diffus Schmerzhaftes und zugleich Kontaktloses empfand.<sup>9</sup> Diese Wahrnehmung steigerte sich und sie begann aus sich heraus, gegen meinen Rücken zu drücken und zu schieben. Bisher hatte solch Drücken gegen einen Widerstand bei ihr Panik hervorgerufen. Nach der Anerkennung ihres Selbst durch mich konnte sie nun den Impulsen ihres Selbst angstfreier folgen. Später am Boden liegend, die Füße an der Wand stehend, fing sie an, mit den Schultern und dem Kopf gegen meine Hände zu schieben. Um mich weg-schieben zu können, musste sie sich selbst und ihre eigenen aggressiven, kraftvollen Impulse wahrnehmen. In ihrer Kindheit hatte die Mutter sich auf grenzüberschreitende Weise ihrer bemächtigt. Nun konnte die Patientin mich nutzen (sich meiner bemächtigen), um an meinem Elternkörper sich selbst mit ihren eigenen Impulsen wiederzufinden. Sie endete in dieser Stunde damit, dass sie mit dem Rücken an der Wand sitzen wollte und mich erstmals am Boden sitzend nicht vor sich, sondern rechts an der Wand neben sich haben wollte. Sie musste mich nicht mehr ängstlich kontrollieren, sondern konnte mit mir als Begleiter in die gleiche Richtung schauen. Sie fand aus einer Dissoziation und Depersonalisation zu ihrer subjektiven Anatomie (Uexküll 1997), ihrem Körperselbst, hin. Wie in einem spielerischen Tanz entfaltete sie innerhalb des verkörperten Beziehungsdialoges ihre Selbstwahrnehmung und ihren Selbsta Ausdruck. Ihr dadurch gestärktes Selbstbewusstsein erlaubte ihr, dass sie mich als „den anderen“ neben sich haben konnte. In der Art und Weise unseres Miteinanders co-konstruierten wir eine neue andere Art von Bezogenheit (vgl. Beebe/Lachmann 2004)

Die hiermit angestoßene Entwicklung war durch den vorangehenden Therapieprozess vorbereitet und lässt sich im Sinne von *D. Stern* als Moment der Begegnung und als Annäherung an einen „Now-Moment“ begreifen:

„Für die Veränderung der Prinzipien der Selbstorganisation haben solche Momente eine zentrale Bedeutung als Grundeinheit subjektiver Veränderung im Bereich des impliziten Beziehungswissens. Die Beziehung, die implizit (also v. a. körperlich-affektiv, Anm. d. Autor) gewusst wurde, hat sich verändert und verändert nun mentale Vorgänge sowie Verhaltensweisen, die sich in diesem neuen Kontext konfigurieren.“ (Stern 1998, S. 979)

---

<sup>9</sup> Die oben beschriebene Verlassenheit durch mich ähnelt wohl nicht nur der Verlassenheit durch die Mutter in der Kindheit, sondern auch derjenigen, die sie durch den Unfall des geliebten Freundes erlitt. Die Kontaktlosigkeit hatte sie jeweils nur mit dissoziativer Gefühllosigkeit und Weiterfunktionieren beantworten und bewältigen können.

Wie bedeutsam der körperpsychotherapeutische Zugang innerhalb des therapeutischen Beziehungsdialoges ist, ergibt sich aus einer anderen Aussage von *Stern*: 90 Prozent unseres Wissens sind prozeduraler und impliziter Natur (*Stern* 2005). Dieses Wissen kann, muss aber nicht in symbolisierter/mentalisierte Form (d. h. explizit) gewusst werden und ist dennoch in uns wirksam (*Stern* 1998). Es gibt keine dialogische Beziehung, die nicht auch körperlich ist – aber es gibt dialogische Beziehungen, die ohne Symbolisierung und ohne Mentalisierung (ohne Worte) und sogar ohne Bewusstheit stattfinden (vgl. Krause, 1983).-[Die obigen Begriffe verwende ich in der von *Stern et al.* (1998) angegebenen Weise: Das explizite (deklarative) Wissen ist bewusst oder leicht bewusst zu machen und in symbolisierter oder verbaler Form repräsentiert. Prozedurales implizites Wissen wird nicht-symbolisch repräsentiert und entzieht sich der fokalen Aufmerksamkeit. Der größere Anteil des prozeduralen Wissens betrifft die Interaktionen zwischen unserem Körper und der unbelebten Welt (z. B. Balancierscheibe). Das Wissen um das Zusammensein mit einer anderen Person wie der Mutter (interpersonale/ intersubjektive Beziehungen) wird als implizites Beziehungswissen bezeichnet.]

### **Neues implizites Beziehungswissen führt zur Veränderung der mentalen Organisationsmuster**

Suzan hatte nun häufiger den Wunsch, sich im Liegen auf das Kopfhalten und die dabei auftauchenden Gefühle einzulassen. Um die Selbstwahrnehmung und insbesondere die Selbstwirksamkeit zu fördern, hatte ich begonnen, Suzan am Anfang der Stunde entscheiden zu lassen, in welcher Weise sie arbeiten möchte: im Sitzen in den Therapiesesseln, im Liegen oder im Sitzen auf dem Boden, gegenüber, nebeneinander, Rücken an Rücken oder an der Wand. Nach mehreren Stunden, in denen ich ihren Kopf hielt, erlebte Suzan während einer Stunde im Schutze des Subjekt-Subjekt Beziehungserlebens in besonders intensiver Weise Trauer und Verlassenheitsgefühle und die Panik vor dem Schmerz des Nichts (oder Nicht-Sein, nicht wahrgenommen und beantwortet sein). Suzan hatte in ihrer Lebensgeschichte Verlassenheit immer wieder sehr schmerzhaft erfahren. Das Ende der Therapie war in dieser Phase bereits Thema geworden. Neu in dieser Stunde war, dass Suzan stärker im Kontakt mit ihrem Körper und dem körperlichen Ausdruck blieb und die Verbindung zu ihrem eigenen Ton nicht verlor. Ihre Selbstwahrnehmung war offensichtlich so angeregt, dass sie in der nächsten Stunde Folgendes mitbrachte:

Nach der Sitzung war sie mit ihrem Fahrrad auf dem Weg zu ihrem Arbeitsplatz an der Uni, als sie erstmals in ihrem Leben eine klare ungedeckelte Wut auf die Mutter



und die Eltern überfiel. Sie konnte diesen Prozess sehr strukturiert beschreiben, er dauerte genau eine Straßenlänge mit dem Fahrrad an. Ihre Trauer und Wut gelten so der Mutter als der ursprünglichen Verursacherin (wie zuvor in der beschriebenen Verlassenheitssituation die Wut gegen mich). (Dies wird von Affektforschern wie Traue [2005] als ein entscheidender Faktor für seelische und körperliche Gesundheit beschrieben.)

Sie spürte jetzt, wie viel sie vermisst hatte, wie viel ihr vorenthalten worden war und wie viel Enttäuschung und Wut es den Eltern gegenüber gab. Sie berichtet, dass sich innerlich in diesen Minuten ihr Verhältnis zu den Eltern verändert hatte. Die Haltungen den Eltern gegenüber, vorsichtig sein, sie nicht verletzen zu dürfen und Rücksicht nehmen zu müssen, waren im Anschluss verschwunden. Sie sagte, ihre gesamte innere Denk- und Erlebensstruktur habe sich mit der Wahrnehmung der wirklichen Gefühle verändert. Damit war ihre innere Struktur und ihre Beziehungsfähigkeit neu gestaltet. Sie beschrieb, wie vorher mit der gedeckelten Trauer und Wut ihre Energie verloren gegangen war. Nun fühlte es sich ganzer und vollständiger an. In der letzten Sitzung hatte sie sich schon innerhalb der Stunde wesentlich präsenter gefühlt und war innerlich da geblieben, also nicht dissoziiert. Dieser Veränderungsprozess ging weiter. Er erforderte natürlich weitere Unterstützung/ ein weiteres Durcharbeiten und mündete in eine zunehmend klarere Abgrenzung gegenüber der Familie.

Mit der entsprechenden Sicherheit im Kontext unseres verkörperten Beziehungsdialo- ges ist das implizite Beziehungswissen von Suzan innerhalb des langen Therapieprozesses verändert und erweitert worden. Dieses neue implizite Beziehungswissen über das Zusammensein mit einer anderen Person scheint dann auf dem Wege zur Uni wie in einem von *Stern* sogenannten „Now-Moment“ vermehrt in das Gewahrsein getreten zu sein und in dem dabei entstehenden Open-Space eine große umwandelnde Kraft in dem symbolisiert repräsentierten Beziehungswissen (dem expliziten Wissen) oder den mentalen organizing-principles entfaltet zu haben. Dies zeigt einmal mehr, wie wirkungsvoll der körperliche und verbale Zugang zu den Mustern der Selbstorganisation und dem impliziten Beziehungswissen ist – und dass Symbolisierungen und Mentalisierungen sekundärer Natur sind, aber gleichwohl ungemein bedeutsam. Nun war Suzan in ihrem Körper selbst verankert, in sich heimisch geworden und konnte als dieses neue Selbst die Welt begreifen. Dieser Prozess, von einem kontrollierenden Verstehen der Welt hin zu einem Begreifen der Welt aus einer sicheren Verankerung im Körper-Selbst, ist der Grund für den Untertitel dieses Artikels, auch wenn der normale kindliche Entwicklungsprozess genau andersherum abläuft.

## Träume als Feedback-System

Suzan brachte häufig Träume mit in die Therapie, die wir versuchten, gemeinsam zu ergründen. Im Nachhinein erscheinen die Träume wie ein kontinuierliches Spiegeln oder Rückmeldungen ihrerseits darüber, wie sie die Beziehung zu mir erlebte. Anfangs herrschten Gefühle der existentiellen Bedrohung und Verfolgung in ihren Träumen vor. So sollte sie z. B. auf einer Krankenstation mit Spritzen umgebracht werden. Mit der zunehmenden Sicherheit innerhalb der therapeutischen Beziehung ließ die Bedrohung in ihren Träumen nach. Später tauchten zwei Männer (ihr Ehemann und ihr Therapeut) auf, die sich mit ihr in neue Welten begaben, z. B. durch einen Wasserstrudel in eine Schlucht hinein. Diese Schlucht war erstmals in ihren inneren Bildern nicht bodenlos, sondern hatte einen sichtbaren Grund (ein Ausdruck der zunehmenden Wahrnehmung und Verwurzelung in ihrem Körper-Selbst). Als sie über dem Abgrund hing, konnte sie sich selbst befreien (zunehmende Selbstwirksamkeit). Diese Traumbilder spiegelten wieder, wie sich ihr Selbsterleben in der Beziehung zu mir verändert hatte, nachdem ich ihren berechtigten Ärger auf mich anerkannt hatte. Die Träume boten immer wieder die Möglichkeit, die Veränderungen im impliziten Beziehungswissen teilweise zu einem expliziten verbalen zu machen.

Am Anfang ihrer Therapie hatte sie die Welt kontrollieren, als Systemwissenschaftlerin distanziert verstehen und so handhaben können. Dieser Zustand ist in einem Gedicht von *Robert Gernhardt* (2001) eingefangen. Das Gedicht heißt: „Noch einmal – mein Körper“:

Mein Körper rät mir: Ruh dich aus!  
 Ich sage: Mach ich, altes Haus!  
 Denk aber: Ach, der sieht's ja nicht!  
 Und schreibe heimlich dies Gedicht.  
 Da sagt mein Körper: Na, na, na!  
 Mein guter Freund, was tun wir da?  
 Ach gar nichts! sag ich aufgeschreckt,  
 und denk: Wie hat er das entdeckt?  
 Die Frage scheint recht schlicht zu sein,  
 doch ihre Schlichtheit ist nur Schein.  
 Sie lässt mir seither keine Ruh:  
 wie weiß *mein* Körper, was *ich* tu?

Gegen Ende der Therapie, als sie im körperlichen und seelischen Kontakt mit mir eine vertraute Sicherheit entwickelt hatte, träumte sie von einer Welt, die sie anfassen und begreifen konnte. Die Materialien in der Welt ihres Traumes waren essbar, und es gab Brücken über eine Schlucht in eine zweite Welt. Diese war mit aggressiven

Bildern und mit Bäumen<sup>10</sup> belebt – und sie war für sie attraktiv. Der Zugang über die Brücken war durch die essbaren Materialien verstellt (ihr Verdauungstrakt spielte eine bedeutende Rolle für den Zugang zur Aggression). Zugleich gab es eine erhöhte Stelle, von der aus beide Welten zu überblicken waren. Der Wunsch, ihre beiden neuen inneren Welten zu verbinden, und unser wiederholtes Ringen um den Zugang und die Integration ihrer so lange und zutiefst gefürchteten aggressiven Affekte und Bilder (oder Objektwelten) ist in diesen Träumen eingefangen. Es zeigt auch, dass sie ihr Ringen um die Integration ihrer Selbstanteile auch nach Ende der Therapie selbstständig weiterführen kann und wird. Ein Katamnesetermin hat dies bestätigt. Die Colitis-Veränderungen waren bei einer nachuntersuchenden Darmspiegelung zum Erstaunen des Gastroenterologen nicht mehr nachweisbar. Depressive Dekompensationen traten in der letzten Winterperiode so gut wie nicht mehr auf. Von der Beziehungsmöglichkeit zu meinem „Elternkörper“ sowie unserer gemeinsamen Suche nach der Entfaltung ihrer originären Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit gingen so schließlich entscheidende Wachstums- und Entwicklungsprozesse aus.

### 3. Theoretische Überlegungen zu Psychosomatischen Erkrankungen

#### Antworten auf Descartes Dissoziation

Die beschriebene Fallgeschichte nutze ich nun, um einige Grundlagen der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen darzustellen. Seit Descartes war das Denken der westlichen Zivilisation und insbesondere der westlichen Medizin durch eine Leib-Seele-Dichotomie geprägt. Wie tief verwurzelt diese Spaltung ist und auch unsere Geschichte der Psychotherapie geprägt hat, zeigt die Geschichte der Psychoanalyse mit den Ausschlüssen der körperpsychotherapeutischen Pioniere wie z. B. *Reich* und *Ferenczi*. *Freuds* Ansätze einer körperlich/energetischen Sichtweise wurden (von ihm selbst) nicht weiter aufgegriffen. Dafür haben Abstinenzprinzip, Spiegelmetapher und Neutralitätsprinzip einer monadischen Sichtweise umso mehr eine distanzierte Betrachtungsweise gefördert. Als exemplarischen Beleg möchte ich aus *Freuds* Grundlagenwerk ‚Das Ich und das Es‘ zitieren: „Das Ich ist v. a. ein Körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer körperlichen

---

<sup>10</sup> Aggressive Bilder aus der Beziehung mit mir und der Baum (aus der Erfahrung mit der Balancierscheibe) stehen hier wohl auch für die Therapie, die sie als ihre zweite Lebenswelt erfahren hat.

Oberfläche.“<sup>11</sup> Diese Beschreibung *Freuds* wirkt nahezu visionär, wenn wir heutige Forschungs- und Denkrichtungen betrachten:

1. Säuglingsforscher wie D. N. Stern (1985) haben gezeigt, dass Wahrnehmung und Empfinden des Selbst sich um ein zuerst entwickelndes Körper-Kern-Selbst herum aufbauen. Die Möglichkeiten und der Rhythmus der Abstimmungen mit den Pflegepersonen führen dann zu den intersubjektiven Erfahrungen des Babys. Erst die letzte und höchste Stufe in der Selbstentwicklungspyramide sind die mental-bildlichen und sprachlichen Entwicklungen („mental projections“, wie Freud gesagt hat, „explizites Beziehungswissen“ wie wir heute sagen).
2. Für die Abstimmung (attunement) von Säugling und Bezugsperson (Mutter) sind neben dem körperlichen Kontakt und sicheren Halt der Gesichtssinn (Auge) und die Mimik die entscheidende Bezugsgröße. Körperliche Wahrnehmung und insbesondere die mimische Synchronisation mit unserem Gegenüber erfolgen auch im Erwachsenenleben in Sekundenbruchteilen (vgl. Krause 1983) und können sekundär (hoffentlich erleichtert durch eine bioenergetisch-analytische Ausbildung) bildlich/mental/sprachlich strukturiert werden und zum Ausdruck kommen. Diese ständig ablaufende Abstimmung in der Beziehung und eine Übersetzungsarbeit vom impliziten Wissen in den Bereich des explizit zugänglichen Wissens kann das sensorisch Wahrgenommene also bewusst machen, wobei die Bewusstwerdung (auch in der Therapie) nicht notwendigerweise geschehen muss (Stern 1998, 2005). „Es ist jedoch eine notwendige Voraussetzung für die (therapeutische) Bezogenheit, dass das implizite Wissen kontinuierlich verarbeitet wird. Die Deutung (d. h. auch die Bewusstwerdung) hingegen ist ein akzentuiertes Ereignis.“ (Stern 1998, S. 1002) Auf dem IARPP-Kongress in Rom 2005 taxiert *Stern* das prozedurale Wissen (das Wissen um Interaktionen zwischen unserem eigenen Körper und der unbelebten Welt sowie unser impliziten Wissen (d. h. unser unsymbolisiertes Wissen über »das Zusammensein mit« einer anderen Person) auf 90 Prozent (Stern 2005).
3. *Sterns* Arbeiten und viele von *Lowens* Erfahrungen werden durch das Buch von *Lakhoff & Johnson* (Philosophy in the flesh, 1999) untermauert. Sie setzen sich in ihren philosophischen und linguistischen Betrachtungen damit auseinander, wie

---

<sup>11</sup> “I. E. The ego is ultimately derived from bodily sensations, chiefly from those springing from the surface of the body. It may thus be regarded as a mental projection of the surface of the body, besides, as we have seen above, representing the superficies of the mental apparatus.” (Freud, Studienausgabe, Bd. III, S. 294)

menschliche Erfahrung entlang körperlich-sinnlicher Schemata organisiert wird (die impliziten organizing principles) und wie dies bei den grundlegenden Bildern und Metaphern auch für die Sprachbildung gilt. Der Untertitel ihres Buches: ‚The embodied mind and its challenge to western thought‘ enthält die herausfordernde Kernaussage ihres Werkes.

4. Neurobiologische Untersuchungen (z. B. Allan N. Schore 2003) zeigen, dass das grundlegende menschliche Bindungsverhalten (das implizite Beziehungswissen) unsymbolisiert rechtshirig und im limbischen System niedergelegt wird. Das rechte Hirn ist besonders in den ersten drei Lebensjahren bedeutend und in den ersten drei Lebensmonaten dominierend. Die ersten drei Lebensmonate korrespondieren mit den Phasen des auftauchenden und des Körper-Kern-Selbst nach D. N. Stern (1985). Das rechte Hirn ist primär mit dem limbischen System sowie dem autonomen Nervensystem (Sympathicus und Parasympathicus) verbunden und an der Regulation der Körperhomöostase ebenso wie der Affektregulation beteiligt. Die frühen Erfahrungen bleiben in den Strukturen des rechten Hirns und besonders des limbischen Systems als prozedurales und implizites Gedächtnis erhalten. Diese frühen Beziehungs- und Bindungserfahrungen bestimmen unsere unbewussten körperlichen Resonanzmöglichkeiten (die Empathie und die verkörperte Gegenübertragung, s. Clauer 2003 b, Downing 1996) mit unserem Gegenüber ein Leben lang. Solche Resonanzprozesse lassen sich als unbewusste Kommunikation von rechtem Hirn zu rechtem Hirn betrachten (Resnick-Sannes 2002).

### **Eine Distanzkultur fördert Dissoziation**

Unsere grundlegenden Erfahrungen dieser Welt (prozedurales Wissen und implizites Beziehungswissen) sind also primär körperliche Erfahrungen. Die körperlich-emotionalen Haltungs- und Organisationsmuster (die Prinzipien unserer Selbstorganisation, die organizing principles), mit denen wir unbewusst gelernt haben, uns in der von uns erfahrenen Welt und v. a. unserer Beziehungswelt zu organisieren, werden in der Entwicklung zunehmend mentalisiert. In diesem Zusammenhang möchte ich zwei Erfahrungsbereiche der Patientin erwähnen, die an Erfahrungen aus meiner Kindheit anknüpfen. Zum einen ist dies die von mir so genannte „westliche Distanzkultur“ (Clauer 1997, 2003a). Säuglinge und Babys wachsen z. B. in Kinderwagen, Laufgitter und Ähnlichem körperlich distanziert von den primären Bezugspersonen auf.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> „Körperlich distanziert wachsen auch die Patienten in einer psychoanalytischen Therapie auf.“

Daneben wurden zumindest in Deutschland lange Zeit Regeln wie das rechtshändige Schreiben streng antrainiert. [Die weitere Entfaltung der rechtshirnigen Entwicklung kann so behindert werden, linkshirnige Prozesse werden betont. Vor allem wird wohl die Verknüpfung von rechts- und linkshirnigen Verarbeitungsweisen behindert (Schore 2003). Da Dissoziation eine Bewegung von der rechten hin zur linken Gehirnhälfte sein soll (vgl. Benjamin 2005), müssen wir annehmen, dass durch solche Erfahrungen die Bereitschaft zu dissoziieren gefördert wird, oder die psychosomatische Fragmentierung des Selbst, die bedeutet, dass der eigene Körper und die Psyche so empfunden werden, als hätten sie sich unwiderruflich voneinander getrennt (vgl. Orange et. al. 1997) ]. Suzan und andere Patienten haben diese (pädagogische) Disziplinierung wie eine Hirnwäsche erlebt. Ich halte dies für einen Teilaspekt der Distanzierung sowie der Unterdrückung der bewussten und unbewussten körperlich-emotionalen Entfaltung unseres Selbst. Unsere westliche Zivilisation scheint ein großes Interesse daran zu haben, die Spaltung von Körper und Geist, die Macht von Wissen und Wort über eine körperlich-emotionale Beziehungskultur aufrechtzuerhalten. Die Psychoanalyse könnte mit der von ihr lange Zeit erwünschten Dominanz des Sekundär- über den Primärprozess und der Betonung der formulierbaren Symbolisierung ihren Anteil daran haben. Die Integration rechts- und linkshirniger Verarbeitungsprozesse wird z. B. durch ein Training mit der Balancierscheibe gefördert. Untersuchungen an Golf- und Basketballspielern haben gezeigt, dass diese nach einem Training auf der Balancierscheibe besser treffen (Klöpsch 2005). *Ehrensperger* (1991) betont, dass bei psychosomatischen Patienten die gefühlsbetonten Äußerungen ebenso wie die subdominante rechte Hirnhälfte unterentwickelt sind. Durch eine Anregung der rechten Hirnhälfte wird über den Hypothalamus die Produktion von T-Lymphozyten und damit die Immunabwehr stimuliert. Meiner Erfahrung nach korrespondiert dies mit der Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Grenzen und ebenso mit der Fähigkeit, sich innerhalb einer Beziehung abgrenzen, nein sagen zu können, ohne die Bindung zu verlieren. Ein gestärktes Körper-Selbst führt so zu einer wesentlichen Stärkung der Ich-Funktionen. Für viele Patienten ist es hilfreich, den Bereich den Brustbeines mit den Fingern zu beklopfen und so zu stimulieren und dies mit Sätzen wie „Ich zuerst“ zu verbinden. Auch dies fördert das Gefühl von Selbstbewusstsein und Abgrenzung (vielleicht inkl. einer Stimulierung der Immunabwehr?).

## Der verkörperte Beziehungsdialog heilt die Fragmentierung

Als menschliches Erbe bringt der Säugling Fähigkeiten für und die Notwendigkeit zu Bindungen mit. Die Matrix dieser relationalen Bezogenheit wird von Säugling und Betreuungsperson gemeinsam hergestellt. Mit seinem unausgereiften limbischen System braucht der Säugling dabei die emotional-körperliche Unterstützung der Mutter. Mit ihrer Empathie hilft sie, seine Erregungszustände ebenso wie das körperliche Gleichgewicht zu regulieren. Die Ausreifung der komplexen Hirnstrukturen ist von dieser Regulierung abhängig. In den sich entwickelnden Hirnstrukturen, deren funktionalen Verbindungen und synaptischen Verschaltungen wird die Art und Weise dieser Erfahrungen niedergelegt. Der Säugling lernt z. B., welche Formen der liebevollen Annäherung seiner Mutter willkommen sind und welchen sie auszuweichen versucht (s. Lyons-Roth 1991). Solche frühen Bindungserfahrungen werden v. a. im limbischen System und rechtshirnig gespeichert (als Teil des impliziten Gedächtnisses (Resnick-Sannes 2002, Schore 2003)). Wir erleben sie später als die dem jeweiligen Menschen innewohnenden Prinzipien der Selbstorganisation (organizing principles, wie z. B. der Bindungsmuster).

So wie Säugling und Betreuungspersonen ein relationales oder dialogisches Beziehungssystem bilden, gilt dies für jede spätere Beziehung, besonders für die von Klient und Therapeut.<sup>13</sup> Die körperliche Selbstwahrnehmung und das Körpererleben einer Person ist von dem interpersonalen Kontext geprägt, in dem dieses stattfindet. Die persönlichen Beziehungserfahrungen (von Klient und Therapeut) gestalten gemeinsam einen Beziehungsrahmen, in dem die organisierenden Prinzipien (körperlich, emotional und mental) sich entfalten, aufrechterhalten oder transformiert werden. Dabei hoffen wir mit dem Patienten, dass der Therapeut lebendiger, mit mehr Erfahrung ausgestattet ist und flexibler reagieren kann. Ein erfahrener Therapeut kann mit den bei sich selbst gefühlten körperlich-emotionalen Reaktionen auf den Klienten (d. h. mit seinen empathischen Reaktionen aus seiner verkörperten Gegenübertragung, s. Clauer 2003 b) als ein besonders wichtiger Beziehungspartner die dysfunktionalen inneren Zustände des Klienten auszugleichen und zu regulieren

---

<sup>13</sup> Von diesem dialogischen Prinzip hat bereits Martin Buber (2002) gesprochen: „Es gibt kein Ich an sich, sondern nur das Ich des Grundwortes Ich-Du und das Ich des Grundwortes Ich-Es. [...] Wer ein Grundwort spricht tritt in das Wort ein und steht darin. [...] Wer du spricht, hat kein Etwas (Es), hat nichts. Aber er steht in der Beziehung.“ Buber spricht hier als das Grundwesen des Menschen seine dialogische Ich-Du-Bezogenheit an. Dissoziation ist auch ein Nicht-mehr-Stehen im Grundwort Ich-Du. Wer vom Ich-Du getrennt wird, dissoziiert auch vom Körper. Wer vom eigenen Körper dissoziiert ist, ist auch vom Ich-Du, von der Ich-Du-Erfahrung, dem Ich-Du-Grundwort dissoziiert.

helfen – sowohl mit körperlichen als auch sprachlichen Interventionen. Es ist der „Elternkörper“ des Therapeuten (wie ich es nenne), der das primäre Instrument für diese psychobiologische Abstimmung darstellt.

Die zusätzlichen somatosensorischen Erfahrungen wie im oben beschriebenen Fallbeispiel bieten somit bessere Möglichkeiten als eine rein verbale Therapie, um sich sicher in der Beziehung und Bindung zu einer anderen Person fühlen zu können. Für die Behandlung psychosomatischer Patienten werde ich im dritten Teil weitere Übungsmöglichkeiten aufführen. Solche wiederholten körperlich-emotionalen sicheren Beziehungserfahrungen führen über einen langen Zeitraum hin zu Veränderungen der neuronalen Organisation von rechtem Gehirn und limbischem System. Das bisherige „metastabile“ System der Selbstorganisation des Patienten beginnt sich wie in dem beschriebenen Fall zu verändern. Damit kommt es in den therapeutischen Beziehungen zu Veränderungen in der Beziehungsabstimmung (attunement) und zu Brüchen in dieser Abstimmung. Dies erfordert dann eine neue, veränderte Beziehungsabstimmung körperlich, emotional und mental. Dies findet wie im Fallbeispiel in Momenten der Begegnung statt. Momente einer gelungenen Neuabstimmung werden von *Stern et al* (1998) als „Now-Moments“ bezeichnet. Entsprechend den systemischen Modellen der Chaostheorie findet der „qualitative“ Umschlag von den innerhalb der Beziehung quantitativ angesammelten neuen Erfahrungen in diesen Momenten statt. Ich glaube mittlerweile, dass der Rhythmus von Brüchen in der Beziehungsabstimmung und anschließenden Neuabstimmungen menschliche Wachstums- und Entwicklungsprozesse nicht nur begleitet, sondern im Kern ausmacht. Solche Now-Moments können nicht geplant werden, sondern ereignen sich wie bei der Verschiebung tektonischer Kontinentalplatten als Erdbeben innerhalb der Beziehung. Im positiven Falle werden vergangene Erfahrungen und implizite Strukturen der Organisation des Selbst in heilender Weise neu organisiert. Die dann veränderten körperlich-emotionalen Beziehungsmodi (also Muster der Beziehungsgestaltung) führen auch zu einer Veränderung in der Art und Weise des „Zusammenseins mit dem anderen“ (Stern 1998, Mitchell 2000). Im Fallbeispiel wird der Ausdruck von Ärger innerhalb der Beziehung möglich. Dabei wird empathisches Versagen der Vergangenheit nicht korrigiert oder Defizite kompensiert, vielmehr wird in der Beziehung Neues geschaffen, welches die intersubjektive Welt der therapeutischen Beziehungsdynade verändert. (vgl. Stern et.al 1998) Dies führt, wie die Patientin sehr klar beschreibt (in: auf dem Fahrrad zur Uni), in dem auf den Now-Moment folgenden Open-Space auch zu einer Veränderung der mentalen Organisationsstruktur des Selbst. Mit diesen neuen körperlichen, emotionalen und mentalen Strukturen ihrer



Selbstorganisation kann die Patientin ihren zukünftigen Lebensereignissen in neuer und anderer Weise gegenüber treten, z. B. den Eltern Grenzen setzen. Der grundlegende Veränderungsprozess vollzieht sich in der gemeinsamen, meist von beiden ungewussten impliziten therapeutischen Beziehungswelt (vgl. Resnick-Sannes 2002, Schore 2003, Stern et.al 1998).

Die bioenergetische Analyse bietet dem psychosomatischen Klienten somit die Unterbrechung alter Fehlabbildungen und die Möglichkeit zu körperlich-emotionaler Neuabstimmung mit dem Therapeuten.<sup>14</sup> So können (meist für beide Partner unbewusst) rechtshirnig und im limbischen System Umstrukturierungen erfolgen. Dies ist allerdings ein langsamer und lange Zeit benötigender Prozess, in welchem der Klient eine neue Erfahrung seines Körpers und seines Selbst machen kann. Ich gebrauche hierfür gerne den Begriff: „basic construction of an embodied self“.<sup>15</sup>

#### **4. Zusätzliche Übungen und Techniken in der Behandlung psychosomatischer Patienten**

Die Fallgeschichte zeigt, dass ich die Wirksamkeit Bioenergetischer Übungen in der Einzeltherapie immer im Kontext der therapeutischen Beziehung sehe. In der körperlichen und mentalen Beziehung wird eine Spur gelegt, die zur Entfaltung des Selbst der Klientin führen kann. Wesentliche Techniken sind allgemein bekannt oder anderweitig beschrieben (Clauer 1997). Die meisten Übungen mache ich v. a. bei „frühgestörten“ Patienten mit diesem zusammen. Die sowieso immer vorhandene Beziehungsdynamik ist dann mehr im Fokus der Aufmerksamkeit, die Subjekt-Subjekt Erfahrung wird betont und gefördert. Die Fallgeschichte zeigt auch, dass Verbalisieren oder die Entwicklung des expliziten Beziehungswissen bedeutsam ist, damit eine ganzheitliche integrierte Selbstentwicklung gefördert wird. Im folgenden Abschnitt beschreibe ich eine zusätzliche Auswahl von Übungen, die ich in der Behandlung von psychosomatischen und traumatisierten Patienten anwende.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Nicht anders als in der Psychoanalyse setzt dies voraus, dass der Therapeut im Beziehungsdiallog mit der Patientin seine Verantwortung für die unvermeidlichen Momente seiner eigenen Dissoziation, seiner Konflikte oder Schwierigkeiten im Umgang mit schmerzlichen Aspekten des eigenen Selbst übernehmen kann und auch übernimmt (vgl. Benjamin, S. 427, 2005).

<sup>15</sup> Nach einer Anregung von Guy Tonella, persönliche Mitteilung.

<sup>16</sup> Vieles von dem folgenden Material wurde auf der internationalen Konferenz für Bioenergetische Analyse in Cape Cod 2005 präsentiert.

## **Der Gebrauch der Balancierscheibe**

Vielen Patienten biete ich nach einer Phase der Orientierung im Raum und in der Beziehung zu mir den Gebrauch der Balancierscheibe an. Für fast alle Patienten ist dies eine neue und herausfordernde Erfahrung. Gleichzeitig bekomme ich eine Menge Informationen darüber, wie die Person mit verunsichernden Herausforderungen umgeht, außerdem darüber wie viel Grounding und Gleichgewichtsgefühl sie hat (d. h. im eigenen Körper beheimatet ist). Außerdem stehe ich so dicht neben der Balancierscheibe, dass der Patient nach mir ausgreifen kann. Ich erhalte so einen direkten Eindruck davon, ob und wie er mich in seiner unsicheren Position körperlich und emotional als Hilfe nutzen kann. Viele psychosomatische, traumatisierte und persönlichkeitsgestörte Patienten haben Schwierigkeiten damit. Wenn der Patient die Scheibe verlässt, leite ich ihn an, auf dem Boden stehend die feinen Bewegungen im Körper wahrzunehmen (ähnlich wie ein Segler, der an Land geht) und den Stand am Boden zu spüren. Viele Klienten berichten, dass sie ihre Füße flacher am Boden fühlen und stabiler stehen mit dem Gefühl tiefer in den Boden einzusinken, kürzere Beine zu haben und insgesamt vitaler zu sein. Sowohl auf der Scheibe wie hinterher am Boden lässt sich natürlich die Atmung untersuchen. Manche hören wie im Schock auf zu atmen. Wenn sie diese Übung häufiger machen, können Klienten Vertrauen in ihren Körper und ihren Stand in der Welt gewinnen, ebenso wie auch in die Beziehung zu mir. Die Übungen auf der Balancierscheibe und anschließend am Boden bedeuten auch eine Arbeit mit und ein Erleben des Wechsels von Perspektiven.

Wenn die Klienten von der Scheibe herunterkommen, lasse ich sie häufig zusätzlich mit der Vorstellung und dem Gefühl experimentieren, dass sie mit dem Ausatmen einen Strom von Energie durch den Bauch, die Beine und die Füße in den Boden schicken. Dann leite ich sie an, mit dem Energiestrom die Wurzeln eines Baumes in den Boden zu schicken und zu einem Baum zu werden. „Trauma-Therapeuten“ nutzen diese Bilder auch, aber ohne die Verbindung mit der Körpererfahrung. Die Bearbeitung von Schwierigkeiten, die Klienten in jedem Bereich dieser Übungsabfolge haben können, fördert deren weitere Entwicklung. Dies heißt auch, die Bedeutung der Anleitung durch den Therapeuten zu untersuchen.

## **Der Nutzen der Balancierscheibe für einen Bechterew-Patienten**

Ein Klient mit einer Bambusstab-Wirbelsäule (M. Bechterew) und einer starren schizoid-narzistischen Charakterstruktur begann die Scheibe nach einer anfänglichen Phase von Angst zu lieben. Über einen langen Zeitraum hat er jede Therapiesitzung

auf der Scheibe stehend begonnen. Er entwickelte völlig neue Möglichkeiten, die Scheibe zu nutzen. Zum Beispiel sprang er auf der Scheibe stehend durch den Raum, ging in die Hocke, stand auf einem Bein und balancierte mit geschlossenen Augen. Diese Übung wurde zu einer Art Modellszene (vgl. Lichtenberg 1996). In ihr eroberte er sich im Kontext der Begegnung mit mir sein Vertrauen ins Leben, seine Lebendigkeit und den Mut, neue Dinge zu wagen, zurück. Das Thema von Kontrolle und Kontrollverlust kam auf, ebenso die Erinnerungen an die Gewalt seines Vaters und seiner Mutter, wenn ich hinter ihm hinter der Scheibe stand.

Er erzählte oft, wie gerne er in seinem Garten arbeitete. Bei der Übung entwickelte er die Vorstellung, eine Weide zu sein. Er konnte sich aber lange Zeit nicht vorstellen, dass die Weide am Kopf Äste, Zweige und Blätter austreiben könnte. Auf der Körperebene war der Energiefluss in die Arme im Bereich der Schultern blockiert. Eine ähnliche Blockierung des Energieflusses in Kopf und Gehirn fand sich im Bereich von Kiefer, Augen und Schädelbasis (Cephaler Schock). Nach längerer Arbeit (z. B. mit dem Beißring für den Kiefer oder mit dem Seil an der Schädelbasis und ebenso an unserer Interaktion, in der er mich als ihn herzlos dominierenden Chef/Vater fürchtete) trieb er als Baum im nächsten Frühjahr Zweige und Blätter aus dem Weidenstamm aus. Dies ging einher mit einer wachsenden Lebendigkeit und Flexibilität seines Körpers und in seinem Leben. Unter Verwendung expliziter Symbole (das Bild der Weide) fand hier eine Entwicklungsförderung auf impliziter Ebene statt.

### **Arbeitsmöglichkeiten mit dem Seil**

In meiner Arbeit mit den Verspannungen von Kiefer, Augen und Schädelbasis bin ich durch die Arbeiten von Bob Lewis (1976, 1984, 1996) beeinflusst. Das bedeutet auch, direkt mit meinen Händen an diesen Blockierungen zu arbeiten. Wenn Sie sich nun vorstellen, mit einer Bambusstabwirbelsäule zu arbeiten, können Sie nachvollziehen, dass mir öfter die Daumen, Finger und Hände müde wurden. Die Arbeitsweise mit dem Seil, die ich hier beschreibe, ist eine andere Möglichkeit, um mit der Schädelbasis zu arbeiten. Ich nutze dazu ein Seil in meiner Praxis, wie Sie es aus Turnhallen kennen, um daran zur Decke hochzuklettern (ca. 3,3 cm im Durchmesser). Der Klient liegt auf einer Matratze, (oft nach Treten im Liegen). Er legt sich dann das Seil in seinen Nacken. Der Therapeut steht hinter ihm und hebt das Seil an, so dass der Kopf des Patienten sich einige Zentimeter über der Matratze befindet. Der Therapeut lässt dabei seine Arme möglichst in einer ausgestreckt hängenden Haltung. Dann ist der Klient eingeladen, selbst seinen Nacken zu bearbeiten, indem er mit dem Kopf das Seil herunterzieht. Der Therapeut hält diesen Zug und kann den Prozess zusätz-

lich unterstützen, indem er abwechselnd das Seil links und rechts leicht anhebt und auf der Gegenseite etwas senkt. Dies führt zu einer sanften hin und herrollenden Bewegung des Kopfes. Der Patient kann zusätzlich mit dem Kiefer und seiner Stimme arbeiten oder er kann die Arbeit mit dem Beißring dazunehmen. Wichtig ist, den Klienten zu bitten, die Augen zu öffnen und den Therapeuten anzusehen. Diese Aufmerksamkeit für den Beziehungskontext, ist eine wesentliche Erweiterung und gleichzeitig Energetisierung/ Intensivierung der therapeutischen Arbeit. Der Patient kann die Intensität von z. B. auftretender Angst kontrollieren, indem er das Seil mit seinen Händen kontrolliert. Diese Übung kann die Spannungen im Nacken und Kiefer lösen und den Energiefluss im gesamten Körper anregen.

### **Das Seil in der Arbeit mit Gruppen**

Das Seil eignet sich sehr gut, eine neue Gruppe zusammenzubringen. Es hilft, Vertrauen in die Gruppe und den Therapeuten zu entwickeln und das Gefühl des Aufeinanderangewiesenseins zu spüren. Ich benutze dazu ein Seil wie oben mit dem gleichen Durchmesser (3,3 cm) und einer Länge von 16 bis 18 Meter. Die Seilenden verknüpfe ich vor den Augen der Gruppe sicher mit einem Seglerknoten (dem Achterknoten). Die ganze Gruppe geht dann in den Kreis des am Boden liegenden Seiles. Wir heben das Seil an, so dass es jeweils im Kreuzbereich zu liegen kommt. Nun lehnen sich alle zurück, so dass das Seil durch das Gewicht der Gruppenmitglieder gespannt wird und es diese so tragen kann. Die Teilnehmer werden eingeladen ihr Gewicht sowohl an das Seil wie auch über die Beine in den Boden abzugeben. Der Prozess, auszuatmen, loszulassen und das eigene Gewicht dem Seil und dem Boden anzuvertrauen verbindet sich mit der Erfahrung, von der Gruppe gehalten zu werden. Wenn die Gruppe spielerisch und mutig genug ist, bekommt jeder Teilnehmer das Gefühl, seinen Platz und seine Bedeutung für die Balance der Gruppe zu haben. Dies bedeutet eine Einstimmung auf den Beziehungskontext der Gruppe.

### **Grounding mit dem Seil**

Anschließend arbeite ich gerne mit der nachfolgenden Übung weiter. Wir gehen mit den Füßen auf das quer vor uns am Boden liegende Seil. Zuerst versuchen wir das Seil mit den Zehen zu greifen (sanft erspürend oder fester), so wie Affen Zweige mit den Füßen greifen (oder sich am Fell der Mutter festhalten). Dabei kann die Vorstellung hilfreich sein, einen Zweig (oder andere Person) mit den Zehen fest zu umklammern und zusätzlich Worte zu benutzen wie: „Ich werde dich schon kriegen!“ Man kann hier anschließend gut das Rollen der Zehen am Boden integrieren, um

diese weiter zu beleben. Als nächstes gehen wir mit dem Fußgewölbe über das Seil – langsam vor und zurück. An den Stellen, wo es weh tut, können wir etwas länger verweilen und außerdem die Stimme nutzen. So entsteht ein Gespür für die Fußsohle ähnlich wie beim Barfuß gehen im Sand. In unserem phylogenetischen Erbe war der erste und wichtigste Halt der des Affen am Fell seiner Mutter (so wie hier mit dem Fußgewölbe am Boden). Nach diesen Übungen fühlen die meisten Klienten ihre Füße stabiler auf dem Boden und sich mehr unterstützt (so wie eine Mutter den Säugling im Rücken, Nacken und Kopf unterstützt). Die Entwicklung zu mehr Vertrauen und Grounding im eigenen Körper und in die Beziehung zum Therapeuten fördere ich weiter dadurch, dass ich den Patienten an meiner Hand auf dem Seil balancieren lasse (so wie kleine Kinder an der Hand des Vaters z. B. auf einer Mauer gehen). Wie bei den anderen Übungen kommt es vor, dass Patienten Angst entwickeln und ihren Atem wie im Schock anhalten. Mit der Zeit werden sie oft spielerischer finden Freude an der Übung und können vielleicht mit dem Therapeuten zusammen lachen.

Anstelle des Seiles nutze ich auch einen Stock (wie die meisten ihn im Atemschemel haben), um die Fußsohle und das Fußgewölbe durchzuarbeiten. Mit dem Stock ist diese Arbeit intensiver und oft schmerzhafter und geht tiefer, betont aber weniger gut das Erspüren des Fußgewölbes. Der Stock ist v. a. in der Arbeit mit traumatisierten Patienten hilfreich. Wenn diese mit mir traumatische Erinnerungen bearbeiten und noch einmal betrachten, hilft ihnen der schmerzhafte Kontakt mit dem Stock dazu, mit ihren Füßen, ihrem Körper und dem Boden und auf diese Weise der Realität des Hier und Jetzt in Verbindung zu bleiben, anstatt aus ihrem Körper herauszugehen (zu dissoziieren).

### **Der Nutzen des Beißringes**

Ich verwende einen Hundebeißring von etwa 9 bis 10 Zentimetern Durchmesser aus Gummi. Diese intensiven Übungen stammen nicht aus der Arbeit mit Suzan. Einen Beißring habe ich erstmals dem oben erwähnten M. Bechterew Patienten gegeben, für die Arbeit an seinen starken Kieferspannungen. Solche Verspannungen im Bereich des Masseter-Muskels finden sich auch bei Patienten mit Zähneknirschen und/oder Tinnitus. Neben der manchmal vom Zahnarzt verordneten nächtlichen Beißschiene, schlage ich den Gebrauch des Beißringes vor. Der Klient beißt dazu (leicht) mit den Backenzähnen (niemals mit den Schneidezähnen!) auf den Ring, bewegt den Kiefer leicht hin und her und kann zur gleichen Zeit Geräusche machen. [Reiter wissen in der Regel, dass ihr Pferd den Hals und Rücken streckt, sich entspannt und seine Bewegungen koordinierter und integrierter werden, wenn es auf dem Zaumzeug zu

kauen beginnt.] Wie bei der Arbeit mit der Balancierscheibe geht es zuerst um ein Erforschen der Art und Weise des Umganges mit dieser Übung, den körperlichen Reaktionen und den Gefühlen, die dabei in der Beziehung zum Therapeuten entstehen. Die Art der Beziehung und ihrer „Entwicklungsstufe“ variiert dabei deutlich. Zusätzlich kann es hilfreich sein, mit den Beinen zu treten und/oder wie oben beschrieben, dass der Therapeut mit dem Seil den Kopf des Patienten leicht anhebt. Während der Klient auf dem Ring beißt kann der Therapeut auch die Masseter-Muskulatur massieren. Bei großer Wut versuchen manche Klienten den Ring zu zerbeißen. Auch den Versuch, ihn durch Ziehen mit beiden Händen zu zerreißen, habe ich erlebt. Bei kräftigem Zusammendrücken des Ringes mit einer Hand entwickeln Klienten auch den Impuls, mit dem Ring zuzustechen.

Sehr intensiv und fordernd ist es, mit dem Beißring im Stehen zu arbeiten. Dazu beißt der Klient mit seinen Backenzähnen fest auf den Beißring und stellt sich in eine gut gegroundete Position. Der Therapeut hält den Beißring mit drei Fingern einer Hand fest. Dann beginnt der Klient an dem Ring mit dem Kopf zu ziehen, den Kopf hin und herzuschütteln und gleichzeitig zu knurren. Dabei ist es wichtig, einander anzusehen, der Klient kann die Augen weit öffnen. Die ganze Übung erinnert an einen spielenden Hund, der an einem Stock zieht, den sein Herrchen festhält. Dies ist eine gute Übung, um ein gegroundetes sicheres Gefühl von Ärger, Wettstreit oder freudigem Spiel in einer Beziehung entstehen zu lassen. Sie kann zu einem Energiefluss durch den gesamten Körper verhelfen, in einer gut verwurzelten stehenden Position und im Kontakt mit einem Gegenüber. Heftige Impulse zu beißen und zu zerstören können auf diese Weise wahrgenommen und in einer spielerischen Weise so integriert werden, dass es für beide Partner sicher ist. Die meisten Klienten, mit denen ich arbeite, mögen die Arbeit mit dem Beißring lieber als die vergleichbare mit einem Handtuch. Bei der Arbeit mit dem Beißring und Treten im Liegen auf einer Matratze entwickeln Patienten oft Gefühle von Widerstand, Selbstbehauptung, Trotz oder Ähnlichem. Dann ist es möglich, Sätze zu nutzen wie: „Ich werde ihn/es dir niemals (her)geben!“ oder „Das werde ich niemals für dich tun!“

## Literatur:

- Beebe B, Lachmann F M (2004) Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Klett-Cotta, Stuttgart
- Buber M (2002,9.Aufl.) Das dialogische Prinzip. Gütersloher Verl., Gütersloh [1. Aufl.(1954) Die Schriften über das dialogische Prinzip.]
- Benjamin J (2005) Das moralische Dritte als Ausweg aus der Täter-Opfer Beziehung: Wirkung, Initiative und Verantwortung in der Psychoanalyse. In: Springer A, Gerlach A, Schlösser A-M(Hrsg.) Macht und Ohnmacht. Psychosozial-Verlag, Gießen 417-439
- Büntig W (1996) Verwurzelung (Grounding): ein zentrales Thema in der psychotherapeutischen Arbeit mit Krebskranken. In: Ehrensberger T (Hrsg.) Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding- Konzept. Schwabe, Basel 111-128
- Clauer J (1997) Imagination und Körperpsychotherapie. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hrsg.) Imagination in der Psychotherapie. Hans Huber, Bern
- Clauer J (2003a) Some Developmental Aspects of Body and Identity: Analytic Imaginary Body Psychotherapy. *Europ J Bioenergetic Anal Psych* 1: 16-31
- Clauer J (2003b) Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung: Eine Psychotherapie mit Leib und Seele. *Psychother Forum* 11: 92-100
- Clauer J, Heinrich V (1999) Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. Zwischen Berührung und Abstinenz. *Psychother Forum* 7: 75-93
- Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München
- Ehrensberger T (1991) Psychosomatische Medizin und Bioenergetische Analyse. In: Hoffmann-Axthelm A (Hrsg.)Der Körper in der Psychotherapie. Transform, Oldenburg 156-178
- Ferenczi S (1933) The confusion of tongues: The passion of adults and their influence on the sexual and character development of children. *Int. Z. Psychoanalyse* 19: 5-15
- Fivaz-Depeusinge E, Corboz-Warnery A (2001) Das primäre Dreieck. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- Freud S (1927) The ego and the Id. London; Dt. Originalausgabe : Das Ich und das Es.(1923) Zit. nach Studienausgabe Bd. III,S. 294
- Gernhardt R (2001) Noch einmal: Mein Körper. F.A.Z. 24.11.2001
- Heinrich V (2001) Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie. *Psychother Forum* 9: 62-70
- Heisterkamp G (1993) Heilsame Berührungen: Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Keleman S (1985) Emotional Anatomy. The Structure of Experience. Center Press, Berkley
- Klöpsch P (2005) Murphys Gesetz. *Cavallo* 5/2005: 44-47

- Kohut H (1971) *The Analysis of the Self*. Intern. Univ. Press, New York. Dt. (1976) *Narzissmus*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Krause R (1983) Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. *Psyche* 37: 1016-1043
- Lakoff G, Johnson M (1999) *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. Basic Books, New York
- Lewis R (1976) „The Psychosomatic Basis of Premature Ego Development.“ *Energy and Character* 7
- Lewis R (1984) „Cephalic Shock as a Somatic Link to the False Self Personality“ *Comprehensive Psychother* 4
- Lewis R (1986) Getting the Head to Really Sit on One's Shoulders—A First Step in Grounding the False Self. *Bioenergetic Analysis* 2: 56-77
- Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J (1996) „The Clinical Exchange. Techniques derived from Self and Motivational Systems“. Analytic Press, Hillsdale; Dt.(2000) *Zehn Prinzipien psychoanalytischer Behandlungstechnik*. Pfeiffer, München
- Lowen A (1985) A case of migraine. *Bioenergetic Analysis* 1: 117-124
- Lowen A (1986) A psychosomatic illness. *Bioenergetic Analysis* 2: 1-11
- Lowen A (1991) Einige Gedanken über Krebs. In: Hoffmann-Axthelm A (Hrsg.) *Der Körper in der Psychotherapie*. Transform, Oldenburg 10-35
- Lowen A, Pierrakos J (1970) A case of Bronco-genic Cancer. *Energy and Character* 1
- Lyons-Ruth K (1999) Two-person unconscious: intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanal Inq* 19: 576-617
- Mahr R (1991) Migräne und Bioenergetik. In: Hoffmann-Axthelm A (Hrsg.) *Der Körper in der Psychotherapie*. Transform, Oldenburg 179-185
- Milch W (2001) *Lehrbuch der Selbstpsychologie*. Kohlhammer, Stuttgart
- Mitchell S (2000) *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. Analytic Press, Hillsdale; Dt.(2003) *Bindung und Beziehung*. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Orange D, Atwood G, Stolorow R (1997) *Working Intersubjectively. Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Analytic Press, Hillsdale; Dt.(2001) *Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Brandes und Apsel, Frankfurt a. M.
- Resnick-Sannes H (2002) Psychobiology of affects: Implications for a somatic psychotherapy. *Bioenergetic Analysis* 13: 111-122
- Schore A (2003) *Affect dysregulation and disorders of the self*. W.W. Norton, New York
- Shapiro B (2000) Will Iceberg sink Titanic? *Bioenergetic Analysis* 11: 33-42



Stern D N (1985) The Interpersonal World of the Infant. Basic Books, New York

Stern D N (2005) Interpersonal origins of the representational world. Presentation on the IARPP-Conference: Unconscious experience: relational perspectives. Rom, June 2005-09-24

Stern D N et. al. (1998) Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The >something more< than interpretation. Int J Psychoanal 79: 903-921 ; Dt.(2002) Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das >Etwas-Mehr< als Deutung. Psyche-Z Psychoanal 56: 974-1006

Svasta E (1984) A psychosomatic case vignette. Bioenergetic Analysis 1 :103-105

Traue H (2005) Psychobiologisch-emotionale Regulation/ Emotionale Hemmung und Gesundheitsrisiko. Vortrag auf dem Symposium >Körper, Emotion, Beziehung< von NIBA und DVBA in Villigst, März 2005

Uexküll T v, Fuchs M, Müller-Braunschweig H, Johnen R (Hrsg.)(1997)Subjektive Anatomie(2.Aufl.). Schattauer, Stuttgart

### **Kontaktadresse:**

Dr. Jörg Clauer, Krahnstr. 17, D-49074 Osnabrück, Tel./Fax: +49/+541/2023100,  
E-Mail: vita.heinrich-clauer@osnanet.de

**Heiner Steckel**

## **Dynamisches Grounding – Containment und Selbstausdruck**

### **Praktische Erfahrung in Bioenergetischer Übungskultur --- mit Hinweisen zu deren Bedeutung im therapeutischen Prozess**

Mein Beitrag bezieht sich auf den gleichnamigen Workshop, den ich im März 2005 auf der Tagung zum 25-jährigen Geburtstag des NIBA in Villigst durchgeführt habe. In diesem Workshop ging es v. a. auch um praktische Erfahrungen mit bioenergetischen Übungen, denen ich einige grundsätzliche Ausführungen voranstellte.

Wenn ich über bioenergetische Übungen – eine bioenergetische Übungskultur und die Integration von Übungen in den therapeutischen Prozess – spreche, dann tue ich dies auf dem Hintergrund meiner eigenen Übungskultur, die ihren Anfang in der Beschäftigung mit östlichen Bewegungsmeditationen wie z. B. dem T'ai Chi Chuan nahm. Diese Grundlagen bestimmen mein Verständnis von und meine Haltung zu bioenergetischem Üben mehr und mehr – was mir gerade dann deutlich wird, wenn ich den ‚verführerischen Aspekten des Machens‘ in der Körper-Ausdrucks-Arbeit begegne.

#### **„Schwerkraft ist die Wurzel aller Anmut“ (Laotse)**

... und dies auch im therapeutischen Prozess

... wäre ein ebenso passender Titel für diesen Workshop wie auch den Artikel gewesen.

Auf einer Tagung muss notwendigerweise die sprachliche Vermittlung im Vordergrund stehen, die natürlich auch im therapeutischen Prozess ihren wichtigen Platz hat. Kann etwas wirklich ins erwachsene Erleben und Handeln integriert werden, was nicht auch seinen sprachlichen Ausdruck findet? Dennoch stellt es eben auch eine große Versuchung dar, mehr über den Körper mit all seinen Gefühlen zu sprechen, statt ihn selbst direkt und unmittelbar zur „Sprache“ und damit in seiner „Seinsqualität“ zum Ausdruck kommen zu lassen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> „Worte sind Gefäße, die wir mit Erlebnissen füllen, doch diese quellen über das Gefäß hinaus. Worte weisen auf Erleben hin, sie sind nicht mit diesem identisch. In dem Augenblick, in dem ich ein Erleben vollständig in Gedanken und Worte umsetze, verflüchtigt es sich; es verdorrt, ist tot, wird zum bloßen Gedanken. Daher ist Sein nicht mit Worten beschreibbar und nur durch

Im therapeutischen Kontext wie auch in Übungsgruppen ermutige ich Menschen zum direkten Erleben und unmittelbarem Ausdruck des Organismus. Dies stellt für mich ein Kernelement der Bioenergetischen Analyse dar, was sich immer wieder als sehr geeignet erweist, um sowohl die organismische Vitalität wie auch die hiermit eng verbundene emotionale Regulationsfähigkeit zu fördern. Daran möchte ich auch hier erinnern und möchte dazu anregen, diese Grundbestandteile unserer Methode zu pflegen und weiter zu entwickeln.

In Zeiten zunehmender Funktionalisierung (auch pädagogisch-therapeutischer Prozesse) scheint sowohl die **Langsamkeit** organismischer Entwicklungsprozesse als auch die **Explosivität** und Durchschlagskraft des Organismus zur Disposition zu stehen. Für das Erste gibt es nicht genug Zeit, und das Zweite macht Angst. Beides stellt reines Funktionieren infrage und konfrontiert uns mit dem Spannungsfeld der jeweils eigenen Natur und Umgebungs-Kultur, in der wir uns zu bewegen gelernt haben.

In den jeweils persönlich notwendigen Anpassungsprozessen ist „die **Schutzburg** des Kindes meist zum **Gefängnis** des Erwachsenen geworden“ (Lowen im persönlichen Gespräch mit dem Autor). Eine treffendere Zusammenfassung dieses Prozesses, als in dieser Bemerkung habe ich kaum gefunden.<sup>2</sup>

Und so versteht die Bioenergetik eben auch leibhaftes Lernen als eine Möglichkeit, Blockierungen sowohl in ihrer hemmenden wie sichernden Funktion zu verstehen. Denn erst so kann Hemmung von Sicherung neu unterschieden werden.

Es ist ein offenes Geheimnis, dass ich unter den Bioenergetikern der sog. „energetischen Fraktion“ zugerechnet werde und mich dazu auch immer offen bekannt habe. Ich muss allerdings zugeben, dass ich nie wirklich verstanden habe, wie ‚energetische Arbeit‘ und ‚Beziehungsarbeit‘ etwas Gegensätzliches sein kann oder sich ausschließen soll.

---

gemeinsames Erleben kommunikel. In der Existenzweise des Habens herrscht das tote Wort, in der des Seins die lebendige Erfahrung, für die es keinen Ausdruck gibt.“ (Fromm, 1984, S. 89)

<sup>2</sup> „So zeigt der Leib, personal verstanden, in seiner Haltung, im Relief seiner Spannung und Gelöstheit und in der Rhythmik seines Atems und seiner Bewegung immer untrüglich die Station an, an die der Mensch auf dem Weg zum Personwerden gelangt ist. Er zeigt an, wie und wo er sich in seinem Ich festgesetzt und an die Welt verloren oder seinem Wesen geöffnet und in lebendiger Bewegung geblieben ist.“ (Dürckheim 1983, S. 25)

Wir arbeiten an charakteristischen Haltungen die, in ihrer körper-seelischen Einheit, im Wesentlichen fixiertes – gefrorenes – Beziehungsgeschehen und -erleben beinhalten.

Einmal verkörpert, bestimmt dies u. a. Wahrnehmung – Wahrnehmungsverarbeitung – Ausdrucksverhalten und wirkt somit immens Beziehung stiftend und -regulierend.

Nun will ich hier nicht zudecken oder vorschnell ausgleichen, was sich in der Praxis durchaus unterschiedlich darstellen kann. Ich möchte vielmehr dazu anregen jeweils zu erkunden, was mit energetischer und Beziehungsarbeit gemeint ist und gemacht wird, statt mit ideologisch geladenen Begriffen zu operieren.

Als zwei Perspektiven kann ich sie wohl in den jeweiligen Praxisaugenblicken sehen, in denen ich mich manches Mal hier für die eine und dort für die andere entscheide – und so zu meinen Interventionen komme. Wenn ich z. B. eine bestimmte Übung nahe lege und sehr wohl mitbekomme, dass diese widerwillig, beflissen unterwürfig etc. ausgeführt wird. Warte ich dann ab, ob und wie sich dies im Übungsvollzug selbst auswirken wird, oder arbeite ich direkt mit der sich inszenierenden Beziehungsdynamik (indem ich sie z. B. benenne)?

Für mich geht es hier nicht um ein Entweder-Oder sondern um eine Vordergrund-Hintergrund Entscheidung. Meinem Thema folgend fokussiere ich hier die Körperarbeit, die meines Erachtens das zentrale und auch unterscheidende ‚therapeutische Agens‘ der Bioenergetischen Analyse und somit den ‚Vordergrund‘ darstellt.

In Anlehnung an *Rank* sehe ich den Organismus, in seiner Körper-Seele-Geist-Einheit betrachtet, als Stoffwechselorgan, das sich in stetem Austausch mit seiner Umgebung befindet. So gesehen verstehe ich jede Form und Funktion (des Körpers) sowohl als energetischen Niederschlag von Beziehungsgeschehen wie auch in ihrer immer wieder Beziehung stiftenden Art (vgl. Rank 1994).

In der therapeutischen Praxis folge ich meiner Überzeugung kontinuierlich auf der energetischen Ebene – und dies beinhaltet für mich auch direkt am und mit dem Körper – zu arbeiten.

Nahezu unabhängig von der zugrunde liegenden Problematik, allerdings entsprechend modifiziert bzw. moduliert wird die Arbeit am Grounding, die Öffnung der Atmung, die Belebung des Energieflusses und die Ermutigung zum körperlichen Selbst-Ausdruck zu Erlebniskonstanten, eingebettet in den ‚haltenden Rahmen‘ und

„sichernden Raum“ des therapeutischen Settings – und hier wesentlich der therapeutischen Beziehung.

„Tatsächlich erhöht man die Toleranzschwelle für Erregung und Lust. Um das zu erreichen, muss das Ich ganz sicher im Körper verankert sein, sich mit ihm identifizieren und die Angst vor den unwillkürlichen Reaktionen des Körpers verlieren.“ (Lowen 2000, S. 15)

So werden **Erdung, Energie und Kontaktgrenzen** erlebbare, wesentliche Bausteine. Eine grundlegende Annahme dieser Arbeit, die ich auch immer wieder bestätigt finde ist, dass der Energiefluss selbst eine integrierende Funktion hat, so er geerdet ist.

„Im weitesten Sinne zielt die **Erdung** eines Menschen darauf, ihm zu helfen, sich mehr mit seiner **animalischen Natur** zu identifizieren.“ (Lowen 2000 S. 20)

Was heißt dies praktisch und für die bioenergetische Körperarbeit?

Geerdet zu sein bedeutet zunächst einmal, sich in gutem, wachem Kontakt mit dem Boden zu befinden, die Füße am Boden zu spüren. Dies ist durchaus kein rein mechanischer sondern ein sehr energetischer Prozess, der sowohl die Fähigkeit ‚innerlich der Schwerkraft zu folgen‘ verlangt, wie sie auch erschließt. Mit *Dürckheim's* Worten geht es darum, „sich in sich selbst niederzulassen. In seinem Groundingkonzept hat *Lowen* selbst sich mehrfach auf Dürckheim Verständnis der »Erdmitte des Menschen« im »Hara« bezogen.“ (u. a Lowen 1993, S.334)<sup>3</sup>

In unserer Praxis wurde Erdung allerdings oftmals entweder zu passiv oder eben zu willentlich – mechanistisch verstanden und entsprechend geübt<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Das Wort »Mitte« bezieht sich also auf eine Verfassung der Person als Ganzes, jenseits der Unterscheidung von Körper und Seele, hat aber auch seinen leiblichen Ausdruck. Mit Bezug auf den Leib als Verwirklichungsmedium der Person lehrt die Erfahrung, dass der Mensch dann in der rechten Mitte ist, dass heißt im Lot, im Gleichgewicht, wenn er seinen Schwerpunkt im Bauch-Becken-Raum findet. Nur wenn er gelassen hier verwurzelt ist, sind die beiden Haltungen, in denen er die Mitte verfehlt, eliminiert. die Verspannung und die Aufgelöstheit. (Dürckheim 1981, S. 12 ) Die hervorragende Bedeutung von Hara für die Therapie im engeren Sinn gründet darin, dass es die eingefleischten Spannungen aufhebt, ohne den Menschen in eine Auflösung zu treiben. (Dürckheim 1981, S. 38)

<sup>4</sup> Ohne Fühlung mit dem Wesen läuft alle Übung in die Irre und mündet in der Sackgasse einer Selbstdisziplin, die um weltlich verstandener „Gesundheit und Tugend“ willen die Wesenswahrheit verdrängt.(Dürckheim 1983, S. 27)

So wird ein ‚lebendiges Verwurzeltein‘ leicht verwechselt mit ‚Durchstehen u. Aushalten‘ und eine missverstandene ‚Hingabe‘ (an das Lebendige) wird leicht als ein ‚haltloses Sich-Weggeben‘ vollzogen und rückt damit in die Nähe des Selbstverlusts, um den es nun beileibe nicht geht..

Wie leicht wird der Körper gerade auch in den Übungen (als Objekt) benutzt statt gelebt. Hier möchte ich als Bioenergetiker Kontrolle (des Lebendigen) unterscheiden von ‚Teilhabe am Lebendigen‘ – um die es für mich im bioenergetischen Grounding geht.

Mit dem Ausdruck ‚dynamisches Grounding‘ versuche ich sprachlich einzufangen, was sich in der Dialektik von Halten und Lassen und der Pulsation von aggressiver Kontaktaufnahme an der Peripherie des Körpers und belebtem und belebenden Geschehen-lassen vollzieht,

Im dynamischen Grounding wird der Boden aktiv (und im ursprünglichen Sinne des Wortes auch aggressiv) erschlossen.

„Gespanntheit und Gelöstheit sind zwei Seiten jedes lebendigen Ganzen.....Was wir lernen und immer wieder üben müssen, ist eine Gelöstheit, die nicht auflöst, sondern im Gegenteil wesensmäßige Spannung und neue Formwerdung auslöst.“ (Dürckheim 1983, S. 13)

Der praktischen Seite, die ich so benenne liegt eine Erweiterung des Grounding-Verständnisses und der körperlichen Übungspraxis zugrunde, die *Lowen* selbst im hohen Alter (vor ein paar Jahren) einführte.<sup>5</sup>

Wobei die Rhythmisierung der Bewegung selbst schon zweierlei beinhaltet und zwar zugleich Grenzsetzung und Entgrenzung, als dem Rhythmus innewohnende Bewegungs- und Erlebnisqualitäten.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> “I developed an exercise to activate this dynamic in my work with my patients. In this exercise, the feet are parallel and placed 8 to 10 inches apart, the patient bends over, places his hands on his feet or around the ankles and rocks using the muscles of the sole of the feet. The patient breathes out as he rocks forward, and breathes in as he rocks back. At the same time the patient is encouraged to press down as he rocks and make sound. The strength of the exercise depends on how well the patient breathes, and the exercise will deepen the breathing as it is done. The exercise may be done 10 to 15 minutes.”

<sup>6</sup> Hinweis hierauf bei Delakova, 1991, S. 15.

In der Therapie geht es darum, mittels des dynamischen Groundings, eingebunden in die therapeutische Beziehung, einen ausreichend sicheren Rahmen zu gestalten. Ermutigung und Anregung sich seinen Raum immer wieder lebendig zu erschließen ist Teil des Prozesses.

Energetisch verstanden vollzieht sich dies u. a. durch die Belebung der aggressiven Funktionen und der damit verbundenen Erfahrung der eigenen Kontakt- und Raumgrenzen. Diese sind wiederum eine Voraussetzung für den Selbst-Halt, den wir Containment nennen.

Auf der Ebene der Körperarbeit kann es dann auf der Grundlage des dynamischen Grounding darum gehen, durch die Anregung einer freieren Atmung und allgemeinen Vitalisierung, Energie zu mobilisieren, um Kontakt zu den unwillkürlichen Bewegungen des Körpers zu ermöglichen – und wahrzunehmen, wie sich diese ‚gebärden‘. In erster Linie der therapeutische Raum – aber auch die Übungspraxis zuhause – kann dann einen Rahmen darstellen, um aus den unwillkürlichen Bewegungen und deren ersten Gebärde-Ahnungen auch zu möglichen emotionalen Ausdrucksbewegungen vorzudringen.

Man könnte einen solchen Prozess auch als „freie Assoziation des Organismus“ bezeichnen. Ich vertraue heute mehr und mehr meiner Erfahrung, dass sich die primären Lebensimpulse von Innen selbst ihren Weg suchen, wenn sie in der Therapie ermutigende Bedingungen vorfinden. Hier scheint es auch so etwas wie das „control-mastery-Modell“<sup>7</sup> zu geben, auf das *Dornes* im Hinblick auf den psychoanalytischen Prozess hinweist.

---

<sup>7</sup> In diesem Zusammenhang finde ich das „control-mastery Modell“ des psychoanalytischen Prozesses sehr interessant, auf das Dornes(1993) hinweist „das control-mastery Modell“ postuliert:

1. Der Patient hat beträchtliche Kontrolle über die Bewusstwerdung seiner unbew. Konflikte.
2. Sein stärkstes unbew. Motiv ist nicht die Suche nach infantiler Triebbefriedigung, sondern das Bestreben, seine Probleme zu lösen.
3. Diese bew. und unbew. Problemlösungsabsicht veranlasst ihn, konfliktreiches Material zu präsentieren. Dahinter steht die Hoffnung, es besser als bisher zu machen, weil der Analytiker anders damit umgeht als die Personen der Vergangenheit. Die Darstellung des unbew. Konflikts erfolgt damit in der unbew. Absicht, den Analytiker zu testen, ob er einen sicheren Rahmen für die Problemlösung bereitstellt. Der Grund für die Wiederholung ist weniger ein triebhafter Wiederholungszwang mit dem Ziel infantiler Befriedigung als ein Bedürfnis nach Bewältigung.
4. Die volle Darstellung des Konflikts ist nicht das Resultat einer vom Patienten unkontrollierbaren Intensivierung von Konflikt und Abwehr durch das Behandlungssetting, sondern das Ergebnis seines unbew. Urteils, dass der Analytiker den Test bestanden hat und einen sicheren Rahmen für die Neubearbeitung alter Probleme vorhanden ist.
5. Die Neutralität des Analytikers hat in diesem Modell nicht die Funktion, Impulse und Wünsche zu intensivieren und so den Bewußtwerdungsdruck zu verstärken. Sie soll vielmehr die unbew.

Der Rahmen muss hier sicher genug sein, um Erschütterungen zu riskieren. Dieser ‚ausreichend sichere Rahmen‘ kann durchaus auch notwendige kognitive Haltestrukturen, Erklärungsmodelle meines ‚Soseins‘ beinhalten.

Auch die Ausbruchsversuche unseres Organismus aus der Starre der charakteristischen Umklammerungen sind wertvolle Selbstheilungsversuche, auch wenn sie nicht gleich ‚gelingen, u. a. weil unverstanden und entsprechend Angst auslösend zurückgepiffen.

In Anlehnung an *Eberwein (1990)* läge das ‚therapeutisch Wirksame ›dynamische Moment‹ zwischen Panzerung und Überflutung – in einer neu zu gewinnenden Selbstregulationsmöglichkeit – oder wie Reich einmal gesagt haben soll, zwischen Krebsentstehung und Kriminalität.“

In diesem Prozess helfe ich

a) überflutend empfundene unwillkürliche Ausdrucksbewegungen z. B. durch Voluntarisierung einzugrenzen (Patient: ich mache es noch einmal bewusst und extra)

und

b) bereits im Keim’ erstickte und zurückgehaltene Bewegungen einzuladen und zu fördern. Auch hier kann Voluntarisierung – diesmal zur Anbahnung eines freieren und verbundeneren Ausdrucks – eingesetzt werden (Patient: ich mache es erst einmal extra und willkürlich und lasse meinen Organismus die Möglichkeit kennen lernen und erproben).

So werde ich in der dialogischen Körperarbeit auch zum ‚kanalisierenden Empfänger‘ der Autodynamik des Patienten. Ich rege z. B. haltend strukturierende Elemente, sowie Ausdruck strukturierende Elemente (wie das gezielte – manchmal auch gezählte ‚Schlagen auf den Klotz‘) an. Verbunden mit der Ermutigung zum körperlichen Ausdruck zurückgehaltener emotionaler Impulse (auch als Probehandeln verstanden) – ermittelt der Therapeut auch zusammen mit dem Patienten Form und Ausmaß (die verträglichen Dosierungen) organismischer Ausdrucksbewegungen.

- 
6. Befürchtung des Patienten, der Analytiker werde sich wie seine Eltern benehmen, widerlegen. Die Aufgabe des Analytikers ist es nicht, wie im alten Modell, etwas zu verhindern, was der Patient usw. anstrebt (Triebbefriedigung), sondern zu unterstützen, was er unbewußt beabsichtigt – die Suche nach der Lösung seiner Probleme. Der Patient kommt also nicht nur mit einem bewussten, sondern auch mit einem usw. Problemlösungswunsch. (Dornes 1993, S. 243)



„Der Klient braucht einen Menschen, der die Dialektik von Entwicklungswünschen und angstvollen Widerständen aufnehmen kann.“ (Eberwein 1990, S. 50)

*Sonntag* weist in diesem Zusammenhang auf *Ciampi (1982)* hin, für den der Körper das eigentliche „Organ der Affekte“ darstellt: „Unter ‚Affekte‘ versteht die Affektlogik, globale psychophysische Zustände mitsamt ihren expressiven, psychomotorischen, hormonalen und neurophysiologischen Komponenten.“ (Sonntag 2004)

In Übereinstimmung mit *Sonntag* erscheint mir besonders interessant, welche zentrale Bedeutung *Ciampi* den sog. „negativen Gefühlen“ gibt. Sie seien im Sinne der Revierverteidigung nicht nur lebensnotwendig, sondern sie dienen auch der Wahrung und der Festigung der psychischen und sozialen Identität, was man geradezu als Grundvoraussetzung für Hingabe verstehen kann.

Ist die relativ umgebungsunabhängige Hingabe der Katze nicht immer wieder eindrücklich – und genauso ihre Fähigkeit blitzschnell ihre Krallen aus den Samtpfoten zu fahren und diese zu benutzen. – Ein Bild, das ich gerne benutze, um den Zusammenhang von verfügbarer Aggression, Hingabebereitschaft und Sicherheit zu verdeutlichen.

*Ciampi* betont, dass die Operatorwirkungen der Affekte das Denken nur dann tief greifend beeinflussen können, wenn dabei starke Emotionen offen zu Tage treten. Mittlere affektive Befindlichkeit dagegen habe keinen Einfluss auf die automatisierten Denkabläufe. Der affektiven Entspannung spricht er eine „neuroleptische“ Wirkung zu. Interessant ist auch, dass er die Affekte als Energieträger ansieht. (nach Sonntag 2004)

Da nach *Traue (1998)* wissenschaftlich nachweisbar die Hemmung emotionalen Selbstausdrucks mit einer erhöhten physiologischen, endokrinen oder immunologischen Aktivität oder Reagibilität einhergeht, hält auch er die Befreiung ursprünglich unterdrückter Handlungsimpulse für einen wichtigen Schritt in der Therapie.

*Buhl* spricht in Anlehnung an Reich von einer „abnehmenden vegetativen Reaktionsbereitschaft des Organismus“. Wenn diese Durchbrüche nicht mehr stattfinden können, kommt es zu Resignation, einer Art „energetische Schrumpfung. Die Energie im Körperinneren stirbt mehr und mehr ab, bis das Leben erlischt wie bei der Krebserkrankung.“ (Buhl 2000, S.35)

Ich weise in diesem Zusammenhang auch auf den ausgezeichneten Beitrag *Klopstechs* zur Bedeutung von Katharsis im Therapieprozess hin (Klopstech 2005).

Nach *Lowen* beinhaltet die bioenergetische Körperarbeit immer Arbeit an Ich-Stärkung, wenn sie drei Elemente ausbalanciert:

- Selbstgewahrsein = sich seiner Gefühle und seines Körpers verstärkt bewusst zu sein
- Selbsta Ausdruck = seine Gefühle zum Ausdruck bringen
- Selbstbeherrschung = bewusste Kontrolle über seinen Gefühlsausdruck erlangen

Ist die direkte Körperarbeit so integrierter Bestandteil des therapeutischen Prozesses, hat es sich als besonders sinnvoll erwiesen, wenn die Übungen zusätzlich in ‚Übungsgruppen‘ Therapie begleitend eingesetzt werden bzw. als ‚Hausaufgaben-Verschreibung‘ regelmäßig zuhause ausgeführte Übungen die Therapie unterstützen.<sup>8</sup>

Die hier vorgestellten Übungs-Bausteine sind für mich wertvolle methodische Elemente in diesem Kontext. Sie sind in ihm erprobt, teilweise auch entwickelt bzw. modifiziert worden.<sup>9</sup>

Was eine meiner ersten Bewegungslehrerinnen aufgrund ihrer täglichen Übungspraxis von sich sagte, würde ich jedem von uns wünschen:

„Jeden Morgen finde ich mich aufs Neue überwältigt, lebendig zu sein.“ (Delakova, 1984, S.74)

## Übungen

### Dynamisches Grounding –

...und die animalische Qualität der **Katze**

Zuerst in der aufrechten und anschließend auch in der vornüber gebeugten Haltung<sup>10</sup> – Füße etwa hüftbreit parallel gestellt, wiegen wir uns in den Fußsohlen vor und zurück

---

<sup>8</sup> Dr. Sonntag vom Lindenhofspital in Bern berichtet, wie positiv sich seine ‚ärztliche Verordnung‘, spezifische bioenergetische Übungen täglich im dort vorhandenen Übungsraum auszuführen, auf Therapieprozesse auswirkt und oft dazu führt, dass er recht schnell die Medikation herab- bzw. aussetzen kann. (Dr.med.Michael Sonntag im persönlichen Gespräch)

<sup>9</sup> „Self-Respect is a body concept, not a psychological one. It is based on the individual’s capacity to regulate him or herself according to his/her body or organismic states, desires and feelings, and not only good feelings in the body but all of the body’s feeling states. Self-respect means to be in touch with one’s deeper feelings and body states and to allow one’s life to be guided by them. The capacity for self-respect is a function of the body’s capacity for aliveness, motility, and a relatively unimpeded flow of energy.“(Helfaer, 2005, p. 4)

<sup>10</sup> Hinweise auf bioenergetische Grundübungen in Lowen, 2000.

ohne sie vom Boden zu lösen. Unser Körpergewicht wandert so im steten Wechsel von der Ferse bis zu den Fußballen und zurück. Wir verfolgen die Gewichtsverlagerung durch die Fußsohlen und stellen in der Bewegung einen aktiven Kontakt zum Boden her. In der wiegenden Bewegung betonen wir nun jeweils den Kontakt der vorderen Fußballen und geben hier in Verbindung mit dem Ausatmen etwas Nachdruck im Kontakt mit dem Boden. Dies kann auch mit einem hörbaren Ausatmen bzw. einem Ton verbunden werden. Sich immer wieder einstellenden Gedanken erlauben wir in den Wurzeln der Fußsohle zu ruhen.

Die anschließende **Aufrichtung** erfolgt aus dem betonten, nachdrücklichen Kontakt der Füße zum Boden – die Wirbelsäule rollt sich aus diesem verwurzelnden Kontakt nach unten in die aufrechte Position aus. So wird die **Entfaltung in die eigene Größe** aus der dynamischen Verbindung mit dem Boden gespeist, gestaltet und erlebt.

Dies kann mehrmals wiederholt werden. Wir erleben uns in **Übergängen**.

In der aufrechten Haltung beginnen wir den Kopf zu senken, was zu einer leichten Aufdehnung der Halswirbelsäule führt – diese Aufdehnung dient als Einladung für eine vertiefte Atmung, d. h., die **Dehnung** wird zum **Atemraum** und entsprechend in Anspruch genommen. Mit dem nächsten Ausatmen lassen wir der Schwerkraft folgend ein paar Zentimeter weiter los. Nun gestaltet sich dieser Übergang in einer unablässigen Folge von ‚sich lassen im Ausatmen‘ und ‚sich wieder finden im Einatmen‘.

Entsprechend gestalten wir die Rückkehr aus der vornüber gebeugten Position in die aufrechte Haltung, wobei wir jetzt jeweils in die Ausatmung hinein den Druck der Füße gegen den Boden leicht verstärken und uns ein paar Zentimeter aufrichten. Dann finden wir uns wieder einatmend in der, ein Stück weiter oben entstehenden, Aufdehnung der Wirbelsäule und so fort.

Wir entdecken und nutzen den Boden für die Aufrichtung und die Atmung in ihrer ‚aufsteigenden Kraft‘.

Nun ist es an der Zeit in der aufrechten Position die oberen Extremitäten und Kontaktorgane zur Welt zu beleben. Oft hat sich dies schon in Ansätzen eingestellt. Dann sehe ich z. B. Schultern, Arme und Hände die sich bewegen und eine neue Position und Funktion suchen – ich sehe Köpfe und Halswirbelsäulen, die sich recken – getragen und gleichzeitig angeregt durch den neu und lebendig erschlossenen Boden.

Ich rege an, diesen subtilen Bewegungsimpulsen zu folgen und betone gleichzeitig von Zeit zu Zeit den wachen Kontakt zum Boden. Ich lade Arme – Hände – Augen – Mund und das gesamte Gesicht ein aufzuwachen und sich erkundend und ausdrückend an die Welt zu wenden.

### Die Katze hat **Samtpfoten und Krallen**

Die Peripherie des Körpers wird weiter belebt – z. B. durch raumgreifende und Räume etablierende Bewegungen – Ausdehnungen – es geht darum in ausgreifenden Bewegungen der Gliedmassen seine Grenzen zu erspüren und nach außen zu verdeutlichen.

Die mobilisierte Ladung wird an der Körperperipherie erfahren und in ihrer abgrenzenden wie angrenzenden Qualität erschlossen.

Jede **Dehnung** erschließt Innen- wie Außenräume; wobei der Außenraum v. a. über die Mobilisierung der entsprechenden Muskulatur und Ausdehnungsbewegung – der Innenraum hingegen v. a. über die Atmung erschlossen wird. Beides gehört zusammen und wird von mir bei entsprechenden Übungen angesprochen.

Dehnen heißt gegensätzliche Bewegungsrichtungen integrieren:

Ich verstärke den Druck des rechten Fußes gegen den Boden und gleichzeitig drücke ich die gegen die Decke ausgerichtet Handfläche der rechten Hand – bei ausgestrecktem rechtem Arm nach Oben. Die Gelenke bleiben ganz leicht gebeugt – sie meiden eine Überstreckung. So nehme ich den Außenraum gemäß der Länge und Ausdehnung meiner Gliedmaßen in Anspruch und den entstehenden erweiterten Innenraum durch meine entsprechend vertiefte Atmung. Wir dehnen uns in unterschiedliche Richtungen – nach oben, zu den Seiten, nach vorne und nach hinten. Wir verbinden die Verwurzelung nach unten (Grounding) mit der Ausdehnung in den Raum.

Die **Kontaktorgane**: Füße – Hände – Augen – werden benutzt und belebt wobei gleichzeitig das Becken als energetisches Zentrum in seiner Schwingungsmöglichkeit lebendig erhalten bleibt – v. a. durch eine Vitalisierung des unteren Rückens. Die Lendenwirbel nenne ich gerne die „Sturmhaken“ des Körpers, die „aufpassen, dass es nicht zu stürmisch zugeht“ (in Anlehnung an die Fensterläden sichernden Haken). Allein diese Bemerkung führt oft schon zur Bewegung.

Die **aggressive Funktionen** an der Körperperipherie werden erkundet. Wir schließen und öffnen sanft die Hände, spüren die Finger und „fahren an den Fingerspitzen die Krallen aus“ um mit animalischen Drohgebärden zu experimentieren.

Mit der Zunge erkunden wir die Mundhöhle, erreichen die Zähne und „zeigen die Zähne“.

Wir öffnen die Augen und erkunden entsprechende Ausdrucksmöglichkeiten.

Wir schließen und öffnen sanft die Hände, spüren die Finger und strecken die Arme verlangend aus. Mit der Zunge erkunden wir wieder die Mundhöhle, erreichen die Lippen und lassen sie ‚ausgreifen‘ (wie beim küssen oder saugen).

Wir beschäftigen uns mit den Augen – ‚schauen heraus‘ und ‚lassen uns beeindrucken‘ – entdecken unsere Augen in ihrer Ausdrucks- und Aufnahmequalität.

Schließlich erschließen und beleben wir die Selbst haltende, Selbst begreifende, Struktur gebende Funktion der Hände. Den eigenen Leib erfassend greifen wir zu (z. B. den eigenen Schädel) ... dann im Übergang von der vornüber gebeugten Haltung in die Aufrichtung umgreifen wir Handbreit für Handbreit unsere Beine. In der aufrechten Position klopfen, halten und reiben wir unterschiedliche Teil des Körpers. (sensorische Stimulation der Körpergrenze)

### **Übungserfahrung in Paaren**

(Im therapeutischen Setting auch als Anregung eines bioenergetisch – ‚tonischen Dialogs‘<sup>11</sup> zwischen Therapeut und Patient dienlich):

Gegenüberstehend Hände gegen Hände (mit Handwurzelkontakt!) werden zunächst zwei energetische Möglichkeiten ausprobiert:

- a) Auswärtsbewegung der Hände mit dem Ausatmen
- b) Auswärtsbewegung der Hände mit dem Einatmen


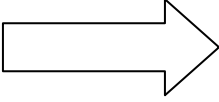

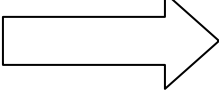
Zuerst als Übung für sich allein (Vis a Vis mit einem Abstand von ca. 50cm zu den Händen des Gegenübers und dann auch in der Begegnung der Handflächen miteinander.

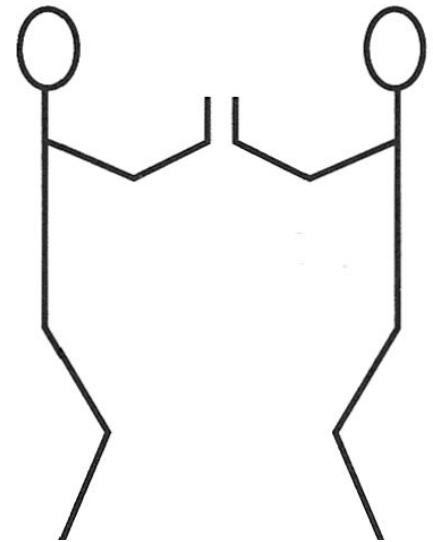
---

<sup>11</sup> In Anlehnung an Esser (2000).

a) gegeneinander drücken im Einatmen (sich aneinander finden) und

b) gegeneinander drücken im Ausatmen

	
	<p>Einatmen mit der Auswärtsbewegung = sich finden – Ladung aufbauen – Struktur bilden.....</p>
	
	<p>Ausatmen mit der Auswärtsbewegung = sich ausdrücken – entladen – »Struktur« auflösen – sich geben.....</p>



### Rücken gegen Rücken

Hierbei kann ich z. B. beiden Partnern sagen: „Nutze den Kontakt zum anderen Rücken, um so ein Gefühl für deinen Rücken zu bekommen.“

(Als Therapeut sage ich dies zu meinem Patienten)

*Frank Hladky* benutzte diese settings sehr gerne und kommentiert sie in einem Artikel:

„Sie müssen spüren, dass da jemand ist, der nicht übergriffig ist – der nichts Verletzendes tut. Die Patienten sollten zuerst ihre Handgelenke, Arme und Rücken spüren. Dann stehe ich mit ausgestreckten Armen, angewinkelten Handgelenken und aufgestellt –

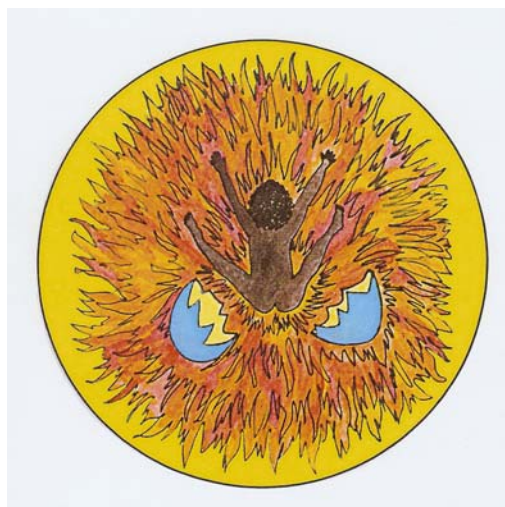
angebotenen Handflächen gegenüber. Dann können sie ihre Grenzen bilden und gleichzeitig Kontakt mit mir haben. Sie können ihren Raum haben und fühlen, dass eine andere Person da ist, aber ohne Übergriffigkeit.“(Hladky 1993, S.33)

Bei der Vorbereitung einer körperorientierten Fortbildung für den Verband der Heilpädagogen habe ich mich mehr mit der Psychomotorik nach *Aucouturier* beschäftigt und viel Anregendes gefunden, dass ich besser nicht ausdrücken könnte und was auch meinem Verständnis bioenergetischer Körperarbeit mit Erwachsenen entspricht:

„Aber nicht nur der Ausdruck seiner Geschichte ist wichtig für das Kind. Es hat im psychomotorischen Raum die Möglichkeit, seinen Körper auf neue und andere Weise zu erleben. Damit das Kind ein ganzheitliches Körperempfinden entwickeln kann, damit es seinen Körper positiv besetzen und alle Körperteile integrieren kann, werden ihm Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote im Raum zur Verfügung gestellt. Dabei geht es nicht nur um seine Beweglichkeit und Sinnlichkeit, auch die fixierten Emotionen lösen sich. Emotion ist Bewegung – Bewegung ist Emotion. Eine tonisch-emotionale Reifung ermöglicht den Zugang zu mentalen Repräsentationen. Die motorischen, affektiven und kognitiven Prozesse, alle Komponenten der Persönlichkeit werden unterstützt.“ (Esser, 2000 S.40)

„Im Mittelpunkt der psychomotorischen Betrachtungen steht der Körper; der Körper in seinem unmittelbaren, authentischen und vielgestaltigen Ausdruck, der Körper in seiner Sinnhaftigkeit, der Körper in seiner Bezogenheit zur Umwelt. Psychomotorische Praxis bedeutet, dem Kind über den Körper – seiner primären Zugangsweise zur Welt – zu begegnen und seine vordringlichen Beweg-Gründe verstehen zu suchen. Nicht der Körper, der ‚funktioniert‘, ist Ziel der psychomotorischen Intervention, sondern der Körper, den das Kind fühlt, in dem es sich – im besten Fall – wohl fühlt, über den es seine Persönlichkeit entfalten kann.“ (Esser, 2000 S.84)

Ich setze den Schlusspunkt ohne viele Worte mit einem Bild, das mir eine Patientin zum Abschluss der Therapie schenkte.



**Literatur:**

- Buhl, Heike (2000) : Lebensenergie Medizin. Ulrich Leutner Verlag: Rieden am Forggensee
- Ciampi Luc (1982): Affektlogik. Klett Cotta: Stuttgart
- Ciampi Luc (1998): Die affektiven Grundlagen des Denkens – Kommunikation und Psychotherapie aus Sicht der fraktalen Affektlogik. in Gefühle und Systeme. Edited by R.Welter-Enderlin, B.Hildenbrand. Heidelberg, Carl Auer-Systeme Verlag,, S. 77-100
- Delakova, Katya (1984): Beweglichkeit. Kösel : München
- Delakova, Katya (1991): Das Geheimnis der Katze. Brandes & Apsel: Frankfurt
- Dornes, Martin (1993) : Der kompetente Säugling. Fischer: Frankfurt
- Dürckheim, Karlfried Graf (1981) : Übung des Leibes. Lurz: München
- Dürckheim, Karlfried Graf (1983) : Der Alltag als Übung. Hans Huber: Bern
- Eberwein, Werner (1990) : Impulse von Innen. Transform Verlag: Oldenburg
- Esser, Marion (2000): Beweg-Gründe, Psychomotorik nach Bernard Aucouturier. Ernst Reinhardt: München
- Fromm, Erich (1984): Haben oder Sein. dtv,: München
- Helfaer, Phil (1998) : Sex and Self-Respect. Praeger Westport
- Helfaer, Phil (2005): Shame in the light of sex and self-respect. unpublished paper
- Klopstech, Angela (2005): Catharsis and Self-Regulation revisited: Scientific and Clinical Considerations. In: Bioenergetic Analysis 2005 (15),101 – 132
- Hladky, Frank (1993): Reconnecting with the body: Bioenergetic treatment for abuse. in: Bioenergetic Analysis, Vol. 5, No. 2, 30-36
- Lowen, Alexander (1993) : Freude. Kösel: München
- Lowen, Alexander (2000) : Bioenergetik Für Jeden. P.Kirchheim: München
- Lowen, Alexander (2003): The vibrant body. Remarks addressed to the biennial conference of the International Institute for Bioenergetic Analysis, October 2003
- Lowen, Alexander (2004): Honoring the Body – One’s Home is One’s Body. Bioenergetic Press: Alachua
- Rank, Ansgar & Dietlinde (1994): Schau auf deinen Körper und Fühle wer du bist. Kreuz: Stuttgart
- Saeger, Arnim & Ali Peters (1980): Bioenergetics Back to Back. in: Cassius, Joseph: Horizons in Bioenergetics. Promethean: Memphis
- Schiepek, Günter (2004): Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer: Stuttgart
- Sonntag, Michael (2004): Self expression vs. survival. Vortrag am NIBA Studientag
- Traue, Harald (1998): Emotion und Gesundheit. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg

**Kontaktadresse:**

Heiner Steckel, Am Sodenstich 25, D-27321 Thedinghausen, E-Mail: [heiner.steckel@t-online.de](mailto:heiner.steckel@t-online.de)



**Angelika Schretter**

**Der Körper, der ich bin.**

**Nachnähren aus körperpsychotherapeutischer Sicht**

**(Vortrag auf der Jahrestagung des Musiktherapeutischen Zentrums München 2002)**

Das Thema könnte auch heißen: Die Konstitution des Selbst als körperlicher Prozess.

Ich möchte in diesem Artikel die Frage des therapeutischen Nachnährens aus der Sicht der Körperpsychotherapie darstellen und diese in den Kontext der Affektlogik *Luc Ciompi's*, der Neurobiologie und der Säuglingsforschung stellen. Der Blickwinkel, aus dem ich das Thema behandeln möchte, wird also schwerpunktmäßig – ganz in der Reich'schen Tradition stehend – ein organismischer sein.

Die psycho-somatischen Zusammenhänge, welche die Körperpsychotherapie zu erfassen versucht, und die wir heute besser denn je begreifen können, sind hochkomplex. Und wir stehen, da wir erst langsam wissenschaftlich anerkannte Erkenntnisse zur Verfügung haben, eigentlich erst am Anfang mit unseren Aussagen. Dieses Elaborat kann also nichts weiter sein als eine Zusammenschau von verschiedenen theoretischen Aspekten einer noch zu entwickelnden Theorie der Körperpsychotherapie. Nichtsdestotrotz hoffe ich, dass ich einige Aspekte und Impulse zum Nachdenken vermitteln kann.

## **1. Der Begriff des Nachnährens**

Der Prozess und der Begriff des Nachnährens impliziert mehr als nur das Nachholen von Geborgenheit, Sicherheit und Angenommensein. Er beinhaltet auch das Zulassen nicht gelebter Affekte und die damit korrespondierenden Bewegungsimpulse wie Ausgreifen, Strampeln, Schlagen, Schreien – im Grunde den Ausdruck von Emotionen schlechthin. Auch die Reaktion auf solche emotionalen Äußerungen als neue Erfahrungsdimension gehört dazu.

Auf diesen Grundannahmen baut meine Argumentation auf. Ich werde zunächst versuchen, einen körperpsychotherapeutischen Begriff von Nachnähren zu formulieren.

Aus genereller psychotherapeutischer Perspektive gesehen beinhaltet der Prozess des Nachnährens:

- das Erleben einer Beziehung, welche Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit vermittelt – aber auch: Beschützen, Stimulieren, Unterstützen, Trösten usw.
- Bedürfnisse erfüllen, Defizite nachholen
- eine korrigierende emotionale Erfahrung machen – und damit
- Aufbau eines neuen Verhaltensmusters (Transformation).

Aus körperpsychotherapeutischer Sicht bedeutet er:

- Stimulieren einer affekt-motorischen Reaktion, also Unterstützen des emotional-körperlichen Ausdrucks von bislang unterdrückten – oder gar nicht entwickelten affektiv-motorischen Impulsen – und damit das Auflösen von körperlichen Blockaden.
- Bewusstes Auslösen regressiver Zustände mittels körpertherapeutischer Interventionen.<sup>1</sup>
- Herstellung einer neuen Beziehungserfahrung durch empathische, akzeptierende Beantwortung bislang verbotener, blockierter Affekte, was ggf. auch körperliche Berührung (Umarmung, Halten) mit einschließt.

Nährende therapeutische Qualifikationen wie Verstehen, Wahrnehmen, Akzeptieren, Empathie, aber auch: Trösten, Unterstützen, Halt geben sind unabdingbare Parameter einer erfolgreichen Therapie – einer verbalen wie körperorientierten Therapie. Aber die Körper-Psychotherapie kann noch einen Schritt weiter gehen. Sie kann die kognitiv vermittelten Inhalte körperlich erfahrbar machen – ich würde sogar soweit gehen zu sagen: mit Leben füllen (vgl. Lewis 2005).

---

<sup>1</sup> Wenn wir in der bioenergetischen Arbeit mittels verschiedener Techniken Regression induzieren, dann geht es dabei v. a. um das Wahrnehmen und den Ausdruck tief sitzender Gefühle. Der Prozess des Nachnährens impliziert nicht nur, sondern setzt notwendig voraus, dass der Patient regrediert – und dies wiederum setzt die Erfahrung einer schützenden, akzeptierenden Beziehung voraus. Dies ist auch in der Körpertherapie keine Frage. Der kritische, viel diskutierte Punkt der Körperpsychotherapie liegt in der körpertherapeutischen, direktiven Intervention. Die Körperpsychotherapie versucht, mit bestimmten Interventionen ganz bewusst regressive Reaktionen auszulösen. Und hier wird immer wieder die Frage gestellt: ist solchermaßen direktives Vorgehen angebracht, sinnvoll? (Vgl. hierzu Klopstech 2005)

## 2. Wie kann Nachnähren in der Körperpsychotherapie geschehen?

Nachnähren im Sinne einer essentiellen – d. h. korrigierenden emotionalen – Beziehungserfahrung kann heißen:

- Nachholen eines nicht befriedigten körperlichen Bedürfnisses nach berührt werden, gestreichelt werden, umarmt werden, getröstet werden, gehalten werden oder auch Halt im Sinne von Unterstützung bekommen.
- Freisetzen eines unterdrückten oder blockierten Affektes.<sup>2</sup>
- Freisetzen eines blockierten motorischen Impulses wie Greifen, Strampeln, Arme ausstrecken, aber auch Schreien
- Nachholen einer früher vermissten Erfahrung des Unterstütztwerdens, oder Erlaubnisbekommens

Die Körperpsychotherapie bietet dazu Interventionen an, die

- a) stützenden, erlaubenden Charakter haben, wie z. B. Rückenstütze geben, Kopfhalten, Hände des Gegenübers weg drücken (sich Raum verschaffen)
- b) aktiven und/oder direktiven Charakter haben, z. B. körperliche Stress-Übungen oder Interaktionsübungen, aber auch spezifische Massagetechniken, wie sie insbesondere die Biodynamik anwendet oder Eva Reichs Schmetterlingsmassage für Babies (vgl. Wendelstadt 2003)
- c) integrativen und damit Sicherheit gebenden Charakter haben, wie z. B. Erdungsübungen.

Die Frage, die in diesem Zusammenhang interessiert ist: Wann ist eine körpertherapeutische Intervention mit welchen Mitteln sinnvoll und Erfolg versprechend – und wann nicht? Wenn man den Begriff des Nachnährens so definiert, wie ich das eben getan habe, nämlich als Freisetzen von blockierten oder nicht entwickelten affekt-motorischen Impulsen, dann ist Nachnähren im Grunde nicht nur auf die ersten zwei Lebensjahre beschränkt, sondern kann auf die gesamte Zeit der kindlichen Entwicklung bezogen werden: Affekte und Impulse können auf jeder Entwicklungsstufe

---

<sup>2</sup> Es wäre im Grunde noch weiter nach dem Unterschied zwischen unterdrücktem und blockiertem Affekt zu fragen. Diese Frage kann aber neurobiologisch noch nicht beantwortet werden, würde daher zu weit führen. Vorläufig müssen wir uns mit folgender Definition begnügen: wir verwenden den Begriff „blockierter Impuls“ synonym für einen Impuls, der nicht zum Ausdruck kommen kann. Im Folgenden werde ich daher nur pauschal von „Blockierungen“ sprechen, wohl wissend, dass eine Differenzierung bei genauer Betrachtung nötig wäre.

blockiert werden. Das heißt, wir müssen gemäß den kindlichen Entwicklungsstufen noch weiter ausdifferenzieren. Denn: Haltgeben ist nicht gleich Haltgeben. In der Körperpsychotherapie kennen wir verschiedene Formen von Kontakt- und Haltgeben. Die diesbezüglichen Interventionen müssen jener kindlichen Entwicklungsstufe angepasst werden, in der die Blockade entstanden ist. Denn, was z. B. an Kontakt für einen Einjährigen existentiell notwendig ist, ist unter Umständen für eine Dreijährige absolut dysfunktional. Was an Haltgeben für ein zweijähriges Kind noch notwendig ist, würde von einem vierjährigen Kind als Eingrenzung und Beschneidung erfahren werden. Unter körperpsychotherapeutischen Gesichtspunkten, wie oben definiert, kann sogar das Unterstützen von Aggressionsäußerungen als Nachnähren gefasst werden. Und gerade dies sollte nicht aus den Augen verloren werden in der Arbeit mit blockierten Affekten. Stark schizoide Patienten z. B. können durchaus offensiv und aggressiv wirken, aber der motorische Aggressionsausdruck ist häufig blockiert, was darauf hinweist, dass die Aggression nicht integriert, abgespalten ist. Gerade, wenn es um die Freisetzung von Angst oder Trauer geht, darf in einem zweiten Schritt die Freisetzung von Aggression nicht fehlen. Es ist der Affekt, der letztendlich die Kraft freisetzt.

Nachnähren, phänomenologisch gesehen, bedeutet also auf der Körperebene:

- verschiedenste Formen von Kontaktgeben, Haltgeben
- Unterstützung und Erlaubnisgeben für affekt-motorische Entladung
- Integration dieser gelebten Impulse durch Akzeptanz (Beziehungsebene) einerseits und
- Integration dieser neuen Erfahrung auf der physiologischen Ebene andererseits, d. h. Neuregulationen im vegetativen und Bewegungssystem

Und damit definiere ich Nachnähren auch als die Chance zur **Generierung nicht entwickelter Kompetenzen**.

### **3. Die körpertherapeutische Konzeption der Reichianischen Schulen**

In den gegenwärtigen Psychotherapieansätzen wurde die Psyche bislang als spezifische Einheit, als vom Körper fast unabhängig existierende Realität behandelt – viel weniger greifbar als unsere inneren Organe, wie Leber, Herz oder Nieren. Diese Trennung von Psychischem und Somatischem hat über lange Zeit hinweg auch das Denken in der Schulmedizin bestimmt, was nicht zuletzt in der Abwertung der psy-

chosomatischen Medizin ihren Ausdruck fand. Es gab also über lange Zeit hinweg organische Beschwerden einerseits und psychische Störungen andererseits. Die theoretische Integration, die Wieder-Verbindung von Körper und Seele wird nun durch die Ergebnisse der Neurobiologie wieder interessant – und scheint damit „legitim“ zu werden.

Damit gelangt auch die Körperpsychotherapie und der Ansatz von *Wilhelm Reich* wieder ins Blickfeld. *Reich's* Interesse galt der Beschreibung psychischer Prozesse mittels physiologischer und naturwissenschaftlicher Kategorien. Ich möchte mich hier auf zwei *wesentliche Aspekte seines Theoriegebäudes* beschränken:

- a) das zentrale Anliegen seines Lebenswerkes, seelisches Geschehen als körperliche Prozesse nachzuweisen
- b) der Stellenwert der Affektarbeit im psychophysischen Heilungsgeschehen

Zu a)

*Reich* hatte schon 1930 von einer „funktionalen Einheit“ von psychischen und somatischen Prozessen gesprochen. Diese Annahme wird heute auf phänomenale Weise von der Neurobiologie wissenschaftlich untermauert. Er kam aufgrund seiner empirischen Forschungen zu dem Schluss, dass psychische Prozesse sich wesentlich im vegetativen Nervensystem abspielen. Er nahm damals schon an, dass psychisches Erleben etwas mit Sinneseindrücken zu tun haben müsste – und Sinneseindrücke im Grunde Empfindungen seien, die im vegetativen Nervensystem sozusagen „verarbeitet“ würden. Er beobachtete vegetative Strömungen im Körpergewebe – und begriff diese schließlich als **das** Prinzip aller Lebensvorgänge schlechthin. Diese somatischen Pulsationsbewegungen (Expansion und Kontraktion) fasste er als Ausdruck von seelischen Prozessen auf. Entsprechend definierte er Gesundheit als ungestörten Pulsationsverlauf – und Krankheit als blockierte Pulsationsbewegung. *Reich* sprach im Übrigen damals schon von „erworbenem vegetativem Verhalten“. Und das wird mittlerweile auch von der Neurobiologie so gesehen (vgl. Ciompi 1999). Die Neurobiologie und die Säuglingsforschung haben mittlerweile hinreichend erklärt, dass eine enge Verbindung besteht zwischen Wahrnehmung und sensomotorischer Aktion/Reaktion (vgl. Dornes 1995).

Zu b)

Die meisten reichianisch begründeten Körpertherapien (Vgl. Core Energetics, Biodynamik, Biosynthesis, Craniosacral Therapie etc.)arbeiten schwerpunktmäßig mit der Freisetzung von affektmotorischen Impulsen (also nicht nur von Affekten, son-

dem v. a. Impulsen, was aber, wie wir noch sehen werden, unabdingbar miteinander verknüpft ist).

*Freud* schon hatte die Auffassung vertreten, dass diejenigen Affekte, die keine Abfuhr bekommen konnten, „eingeklemmt“ im Unterbewusstsein weiter wirkten. *Wilhelm Reich* hat diesen Aspekt weiterverfolgt – und davon gesprochen, dass diese „blockierten Affekte“ sich in Form von Spannungen im vegetativen und motorischen System niederschlagen würden. Somit waren bereits für *Reich*, und noch mehr für *Alexander Lowen*, Affektausdruck und Impuls unmittelbar miteinander verbunden (vgl. Lowen 1976, 1993).

Anders ausgedrückt: **Impulsblockierung und unterdrückte Emotionen sind funktional identisch, manifestieren sich immer in körperlichen Spannungen.** Das Freisetzen und das Lösen körperlichen Spannungen waren ein Hauptfokus des Reichschen, aber auch des Lowenschen Ansatzes.

Wir gehen in der Körperpsychotherapie immer davon aus – und das lässt sich mittlerweile erhärten –, dass alle Erfahrung sich in körperlichen Haltungs- und Bewegungsmustern niederschlägt bzw. gespeichert ist. Damit sind auch emotionale Erfahrungen darin „gespeichert“. Diese können mittels körpertherapeutischer Interventionen aktiviert werden. Wir arbeiten z. B. auf einen organismischen Zustand hin, in dem der Körper selbständig Bewegungsimpulse herstellt – und diese münden in den meisten Fällen in der Freisetzung einer emotionalen Reaktion. Das Loslassen der körperlichen Spannung bedeutet gleichzeitig ein Freisetzen blockierter körperlicher Impulse. Nachnähren im Sinne von „Freisetzen“ bedeutet dann, einen bestimmten Impuls **wieder herzustellen** – z. B. das Ausgreifen nach der Mutter.

Diese noch in den vergangenen 50 Jahren weitgehend spekulativ postulierten Zusammenhänge werden nun durch die Arbeit von *Luc Ciompi* und der Neurobiologie im Ansatz bestätigt. Die Neurobiologie hat mittlerweile erkannt, dass alles, was wir geistiges und seelisches Erleben nennen, ein beständiger kommunikativer Austausch zwischen Gehirn und anderen körperlichen Organen, insbesondere den Muskeln, ist. Sie gibt uns mittlerweile wenigstens ansatzweise die Chance, das zu erklären, was wir in der Bioenergetischen Analyse seit mehr als 50 Jahren eigentlich tun.

#### 4. Theoretische Begründung durch die Affektlogik und die Neurobiologie

*Luc Ciompi's* Verdienst ist es, in einem sehr umfangreichen Werk die Ergebnisse der Neurobiologie sehr schlüssig in einen theoretischen Bezugsrahmen gesetzt zu haben. Seine zentrale Argumentation ist, dass Fühlen und Denken, oder Affekte und Logik, wie er sagt, „in sämtlichen psychischen Prozessen zusammenwirken“. Die menschliche Psyche ist daher für ihn eine „komplexe Hierarchie von Systemen von FDV Programmen“, von Fühl-Denk-Verhaltensprogrammen. Diese Programme bilden sich im Verlaufe des kindlichen Entwicklungsprozesses in der Interaktion mit seinen Bezugspersonen aus. Er geht davon aus, dass basale, angeborene sensomotorische Schemata existieren, die sich dann im Verlaufe der kindlichen Interaktion immer weiter ausdifferenzieren. Das heißt, sie verfestigen sich, werden verinnerlicht, aber dennoch **durch** menschliches Handeln **in** der Interaktion lebenslang auch umgebaut (Ciompi bezieht sich hier auf Piaget, vgl. aaO. S. 115 ff)

Erst innerhalb des kindlichen Sozialisationsprozesses kommt es also zur Ausdifferenzierung von Wahrnehmung und von Funktionen. Dabei spielen die Affekte eine ganz zentrale Rolle. Affekte werden definiert als „psychophysische Zustände“ und als Oberbegriff für: Gefühle, Stimmung, aber auch neuronale und neurohormonale Prozesse. Anders gesagt: jeder Affekt, jedes Gefühl ist psychosomatisch. Affekte sind demnach die integrierenden Elemente der „FDV-Programme“ schlechthin. Affekte haben „überlebenswichtige, organisatorische und integrative Wirkungen auf alle kognitiven Leistungen“. Das heißt

- Affekte energetisieren alles Denken,
- Affekte focussieren unsere Aufmerksamkeit
- Affekte selektieren, was im Gehirn gespeichert wird.

Letzteres wird „Gating“-Effekt genannt und ist neurophysiologisch mittlerweile nachgewiesen.

Affekte sind sog. „Fundamentalbotschaften“, d. h. sind wesentlich wichtiger als die verbalen Botschaften. Was affektiv abläuft, wird zur grundlegenden Matrix der Interaktion zwischen Menschen. Das bedeutet auch, dass ohne eine gemeinsame Grundstimmung kein gemeinsames Handeln möglich ist. Wenn ich also z. B. missgelaunt bin, dann ist das ein ausgesprochen schlechter Moment, mit mir Probleme zu besprechen. Jedes Denken, ich zitiere, „entwickelt sich entlang affektspezifischer Schienen“

(= Dispositionen, Matrizen), woraus sich dann erst unsere Interpretationen der jeweiligen Situation entwickeln: ich habe Angst weil ..., ich bin wütend weil ... Insofern also haben Affekte „organisatorische und integrierende Funktionen“: sie gehen der Interpretation **voraus** – und sind gleichzeitig unmittelbar mit körperlichen Reaktionen verknüpft. *Ciampi* spricht hier von „lernendem Verhalten“, so wie Reich schon vom „Lernen des vegetativen Systems“ gesprochen hat.

### **Was bedeutet das für das Thema Nachnähren?**

Affekte bestimmen, ob eine Kommunikation gelingt, Affekte bestimmen, ob wir uns auf eine Interaktion überhaupt einlassen bzw. in welcher Form wir uns einlassen und Affekte bestimmen **wie** wir unser Gegenüber wahrnehmen bzw. **wie** wir darauf reagieren. Das wissen wir spätestens auch aus der Double-Bind Theorie, den sog. Doppelbotschaften: wenn verbaler und emotionaler Teil einer Botschaft nicht kongruent sind, dann **reagieren** wir als Gegenüber in der Regel auf den emotionalen Teil der Botschaft. „Gefühle sitzen im Körper“ (*Ciampi*) – Gefühle und Stimmungen teilen sich nonverbal mit über Gestik, Mimik, Körperhaltung und werden zunächst weitgehend unbewusst vom Gegenüber aufgenommen. Es kommt also wesentlich darauf an, ob wir uns aufeinander einstimmen können – oder eben nicht, ob und in welcher Form Kommunikation zustande kommt. Das weiß man in der Verkaufspsychologie schon lange, hier werden die Trainings ganz gezielt darauf ausgerichtet, sich auf das Gegenüber einzustellen, sich gefühlsmäßig auf den anderen einzustimmen (ähnlich auch im NLP (Pacing) oder dem neuen Therapieansatz Idiolektik).

## **5. Erkenntnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung**

Mit der Affektlogik habe ich versucht aufzuzeigen, wie sich neurobiologisch Wahrnehmung und Funktionen beim Kleinkind im Laufe des Sozialisationsprozesses ausdifferenzieren. Differenzierung ist somit das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses. Die Säuglingsforschung hat hier wesentliche weiterführende Erkenntnisse beigetragen (vgl. Dornes 1995). Im Laufe des Prozesses der Entstehung der inneren Repräsentanzen werden vom Kind von außen kommende Eindrücke hinsichtlich typischer Merkmale und Abläufe zusammengefasst. Das heißt, es wird eine Art Prototyp gebildet, auf den dann alle weitere Erfahrung bezogen werden kann: Die gegenwärtige Erfahrung wird durch die Brille der vergangenen gesehen.



Sowohl in der Affektlogik als auch in der Säuglingsforschung werden fünf Grundgefühlszustände unterschieden, nämlich:

1. Interesse/Neugierde (ab 1. Tag)
2. Freude (1. Woche)
3. Wut, Ärger
4. Trauer (ca. 2. Monat)
5. Angst (ca. 3. Monat)

Diese basalen Affekte existieren beim Säugling also bereits ab dem 3.-4. Lebensmonat, und zwar in der o. g. Reihenfolge.

Der körperliche Ausdruck dieser Affekte wird bei *Dornes* sehr schön beschrieben:

- Der Gesichtsausdruck der *Traurigkeit* ist begleitet von Apathie, Zurückgezogenheit und motorischer Verlangsamung. Diese Zeichen sind immer dann besonders ausgeprägt, wenn der Trauerausdruck im Gesicht ebenfalls da ist.
- Der Gesichtsausdruck der *Furcht* ist begleitet von Blickabwenden, Körperabwenden und Orientierung zur Mutter. Er tritt bevorzugt auf, wenn der Untersuchungsleiter sich dem Kind zuwendet.
- Der Gesichtsausdruck des *Ärgers* taucht gelegentlich zusammen mit dem der Furcht auf. Die den Ärger begleitenden Verhaltensweisen unterscheiden sich aber von denen, die die Furcht begleiten. Es sind vor allem schlagähnliche Bewegungen der Arme und eine Versteifung der Nackenmuskulatur und des Oberkörpers.
- Lächeln gibt es nur selten, v. a. in vertrauten Spielsituationen. Es hat eher reflektorische und flüchtige Qualität und entsprechendes kann man vom korrespondierenden Gefühl der *Freude* vermuten.
- *Interesse/Neugier* werden am häufigsten beobachtet, wenn der Untersuchungsleiter abwesend ist und Hiatt sich dem Kind vorsichtig nähert, es auf den Arm nimmt und ihm ein Spielzeug zeigt. Der Neugierausdruck im Gesicht ist begleitet von einer Vitalisierung der Körperbewegungen, die zusammengesunkene Haltung verschwindet, und das Kind ‚dehnt‘ sich in Richtung des Spielzeugs. (vgl. Dornes 1995, S.143)

Ferner habe ich bereits erwähnt, dass Ciompi von einem angeborenen Grundschema spricht, das dann, je nach Interaktionskontext in Laufe der Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes ausdifferenziert wird. Verhaltensmuster bilden sich also im Laufe

der Entwicklung in der Interaktion des Kindes mit der Bezugsperson heraus. Und die ersten Verhaltensmuster des Säuglings sind im Grunde Bewegungsmuster. „Die Bewegungsmuster“ nach *Lölliger*

„entwickeln sich von grundlegenden, intrauterinen Pulsationen über die affektmotorischen Muster der Kommunikation von Hungergefühl, Kontakt- und Schutzbedürfnissen etc. – kurz über die Kommunikation der elementaren Grundbedürfnisse, von Nähe und Distanzanliegen, von Bindungs- und Trennungsimpulsen – hin zu Sprache. Während diesem rhythmischen Austausch von affektbegleiteten Körpersignalen zwischen Mutter und Kind entwickeln und differenzieren sich auch die Bewegungen der Skelett- und der Organmuskeln.“ (Lölliger 2001, S.87).

Wir haben hier einen schon fast lückenlosen Nachweis, wie wir über Körperarbeit an basale Bewegungsmuster – und damit auch an grundlegende FDV- Programme (s.o.) kommen können. Wie können wir nun einen Zusammenhang herstellen zwischen Bewegungs-Impulsen des Säuglings und den zum Programm gewordenen Verhaltensmustern des Erwachsenen? Die in der frühen Kindheit entwickelten Interaktionsmuster verfestigen sich immer mehr und bilden so lebenslang wirksame Haltungs- und Verhaltensmuster. In der Bioenergetischen Analyse sprechen wir dann von den **Charakterstrukturen** – körperlichen Haltungs- und Spannungsmustern –, denen ganz bestimmte psychische Merkmale korrespondieren. Es ist also von entscheidender Bedeutung, **wie** die Eltern, bzw. die primären Bezugspersonen, die Interaktion steuern, wie die Mutter reagiert, aber auch agiert, welche Signale sie sendet, kurz, wie Eltern und Kind sich aufeinander einspielen in der Interaktion. Langzeituntersuchungen mit denselben Kindern im Kindergarten und in der Schule haben darüber hinaus ziemlich eindeutig bestätigt, dass die Qualität der frühkindlichen Interaktionen deutliche Auswirkungen auf Sprachverhalten und Konzentration, ebenso auf soziale Fähigkeiten wie Integrationsfähigkeit und Kooperation hat (vgl. Grossmann/Grossmann 1994). Die Säuglingsforschung hat erwiesen, dass Beziehung organismisch gesehen, ein wechselseitiger Prozess muskulär-motorischen Ausdrucksgeschehens ist – mit Sicherheit noch mehr, aber auf jeden Fall dieses. Anders gesagt: Muskulär-emotionale Muster sind sowohl der körperliche Ausdruck als auch die somatische Grundlage der Mutter-Kind-Beziehung. Die Säuglingsforschung zeigt, dass bis ins Alter von 1½ Jahren die Mutter-Kind-Beziehung vorwiegend als affektmotorische Interaktion stattfindet. Das verwundert auch nicht, da sich erst ab diesem Zeitpunkt eine verständliche Sprache entwickelt. Wenn wir also in der Körperarbeit direkt am Ausdruck der Affekte ansetzen, dann setzen wir damit an ganz basalen organismischen Grundregulationen an – und erreichen Bewegungsmuster, Emotionen und kognitive Schemata gleichermaßen.

## Was sagt uns dies alles nun in puncto Nachnähren?

Wir sehen klar, dass die Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind ein reziproker Prozess ist. Wir wissen ferner, dass das Kind seine Affektäußerung unterbindet, wenn die Bezugsperson nicht adäquat reagiert. Das heißt, um mit der Affektlogik zu sprechen: neuromuskuläre Bewegungsmuster entwickeln – oder verändern – sich dahingehend, dass bestimmte natürliche emotionale und körperliche Impulse nicht mehr ausgedrückt werden. Die Bindungsforschung bestätigt dies z. B. bei den sicher bzw. unsicher gebundenen Kindern: (vgl. Schwerdt in Grossmann/Grossmann 1994). Die sicher gebundenen Kinder reagieren sofort mit Schreien, wenn die Mutter den Raum verlässt, die unsicher gebundenen nehmen es teilweise lange Zeit schweigend hin. Hier setzen wir körpertherapeutisch an, indem wir z. B. durch körperliches Haltgeben eine andere Beziehungserfahrung ermöglichen; aber auch, indem wir den unsicher gebundenen Kindern die Erlaubnis geben, ihre gebundenen Affekte und Impulse (z. B. Arme ausstrecken) freizusetzen – und damit im Sinne Ciompi's die FDV-Programme verändern. Denn, diese Programme sind veränderbar, wie *Jackie Shiff* (1980) zeigt, wie die Körperarbeit seit langem zeigen kann, und wie auch folgendes Beispiel der kleinen Jenny zeigt. Das *Beispiel der kleinen Jenny*, das ich bei *Martin Dornes* gefunden habe, belegt sehr deutlich, dass Nachnähren im Sinne von Veränderung innerer neurophysiologischer Strukturen grundsätzlich möglich ist.

Ein 3 ½ Monate altes Baby kam wegen offensichtlicher Misshandlung in die Klinik zur Untersuchung. Es wurde für drei Wochen in eine Pflegefamilie überstellt. Das bedeutete auch eine abrupte orale Entwöhnung. Während das Kind, bevor es zur Pflegemutter kam, zwar deutliche Anzeichen von Irritation zeigte, v. a. männlichen Erwachsenen gegenüber (nervöse Reaktionen, Schreien), machte es aber andererseits auch einen geselligen und fröhlichen Eindruck. Nach drei Wochen – die Pflegemutter kümmerte sich offenbar weniger um das Kind als die leibliche Mutter – zeigte das Kind deutliche Symptome einer Depression: lethargisch, körperlich zusammengesunken, desinteressiert, Blickkontakt vermeidend usw. Das Kind kommt daraufhin nochmals zu einer anderen Pflegemutter, diesmal einer emotional deutlich zugänglicheren Frau. Man möchte meinen, aufgrund dieser massiven Traumatisierung, die das Kind in den ersten vier Lebensmonaten erlebt hat (Misshandlung und ständiger Wechsel der Bezugspersonen) wären die Weichen für eine zumindest depressive Grundstruktur vorgezeichnet gewesen. Die weitere Beobachtung des Kindes zeigte jedoch etwas anderes:

„In den ersten Tagen ist Jenny noch schwierig, nervös, blick vermeidend und lächelt wenig, erholt sich aber in den folgenden Tagen beträchtlich. sie isst gut, erbricht nicht

mehr und nimmt auch feste Nahrung zu sich. Sie lächelt häufiger und vokalisiert zufrieden mit ihrer Pflegemutter. Ihre Stimmung bessert sich auffallend.“ (Dornes 1995 S. 143)

Nach weiteren drei Wochen ist die Depression wieder verschwunden, allerdings dauert die Blickvermeidung und leichte Irritierbarkeit noch an. Auch der Kontakt zur leiblichen Mutter ist schwierig geworden. Was die Gesichtsmimik betrifft, zeigt sich nur noch Ärger als „negativer“ Affekt. Mit acht Monaten kehrt das Kind zur leiblichen Mutter zurück – die Wiederannäherung mit der Mutter wie auch die neue Mutter-Kind-Beziehung wird als ausgesprochen positiv geschildert. Mit Ausnahme einer etwas geringen Frustrationstoleranz und gelegentlichen Temperamentsausbrüchen zeigt das Kind keine Symptome mehr:

„Sollten sich diese Ergebnisse verallgemeinern lassen, wofür einiges spricht, so muss man Säuglingen ein erhebliches Erholungspotential zutrauen, mit dem sie Folgen früherer Traumatisierungen überwinden bzw. mildern können, vorausgesetzt, die aktuellen Umstände und Objektbeziehungen sind entsprechend günstig.“ (Dornes 1995, S.144)

Auf unser körperpsychotherapeutisches Setting übertragen könnte man weiter schlussfolgern: und vorausgesetzt, der Patient erlebt eine tragende therapeutische Beziehung, welche ihm die Korrektur seiner affekt-kognitiven Schemata ermöglicht.

Am Beispiel der kleinen Jenny können wir sehen, dass Nachnähren nicht nur das Nachholen nicht erfüllter Bedürfnisse ist, sondern eine grundlegende Veränderung neurologischer Dispositionen bedeutet – möglicherweise eine grundlegende Korrektur des inneren Grundrhythmus (vgl. Lölliger 2001). Wie das geschieht, kann die Körperpsychotherapie bislang nicht nachweisen – es gibt noch eine Menge offener Fragen. Aber einiges spricht dafür, dass die Neuregulierung mittels organischer Pulsationsbewegungen geschieht, also mittels dem, was Reich als plasmatische Pulsationsbewegungen bezeichnet hat.

Wenn wir diese in der Körperarbeit erreicht haben – jene feinen, über den ganzen Körper sich ausbreitenden Vibrationen – dann zeigen unsere Erfahrungswerte, dass eine Selbstregulation in dem Sinne eingesetzt hat, dass innerlich etwas Neues am Entstehen ist. Der Klient fühlt und verhält sich plötzlich anders, er ist selbstsicherer, offensiver, lebendiger geworden, seine Sinneswahrnehmung intensiviert sich meist, ohne dass er bewusst etwas dazu beigesteuert hätte.

Je störungsfreier die vitale Selbstregulationsfunktion des Organismus wieder hergestellt werden kann, umso mehr kann sich das Naturgesetz aller Lebendigkeit wieder entfalten: Expansion und Wachstum. Dieser Prozess ist aber auch einbeständiger

Auseinandersetzungprozess mit der Umwelt. Je lebendiger ein Mensch daher ist, umso neugieriger und intensiver wird er seine Auseinandersetzung mit der Umwelt führen, umso lebendiger wird sein Beziehungsleben sein.

In der Körperpsychotherapie sprechen wir an und reaktivieren wir daher genau jene beiden Ebenen, die bei der kindlichen Entwicklung affekt- kognitiver Muster entscheidend waren:

- einerseits die Ebene der Interaktion als solches – mit der Umwelt, mit der Bezugsperson, mit der TherapeutIn und
- andererseits der sensorisch vermittelte Kontakt zu sich selbst, zum eigenen Körpergeschehen.

In der Interaktion konstituieren, rekonstituieren und verändern sich die Fühl-Denk-Verhaltensprogramme, sagen Affektlogik und Säuglingsforschung übereinstimmend. Die Körpertherapie bietet uns hierzu ein großes Spektrum von Interventionsmöglichkeiten, angefangen bei Massagetechniken über körperliche Stresspositionen bis hin zu psychodramatischen Übungen. Es geht in der Körperpsychotherapie darum, den Klienten dahingehend zu unterstützen, dass sein Organismus neue „Selbstbewegungen“ (vgl. Löllinger, 2001) entwickeln kann, d. h. Blockierungen zu überwinden indem neue Bewegungen zugelassen werden – Bewegungen, die ihn letztendlich energiereicher, kraftvoller machen und letztendlich kompetenter in der Bewältigung seines Alltags machen – das wäre die Transformation.

Die Körperpsychotherapie setzt unmittelbar an den affekt-motorischen Impulsen und Programmen an. Und da die Affekte grundlegende organisierende Funktionen in unseren FDV-Programmen haben, setzen wir an ganz basalen Mechanismen unserer körperlich-seelischen Existenz an. *Ciampi* selbst hat in einem Pilotprojekt in der Schweiz („Soteria“) herausgefunden, dass die mit Körpertherapie behandelten schizophrenen Patienten 3-5 mal weniger Neuroleptika benötigten als eine Vergleichsgruppe – aber dennoch „mindestens gleichwertige, wenn nicht. bessere Ergebnisse“ erzielt wurden (vgl. Ciampi 1999)

**Was bietet die Körperpsychotherapie an Möglichkeiten, die über die verbale Psychotherapie hinausgehen? Wann ist die körpertherapeutische Intervention des Haltens und Kontaktgebens eine Hilfe – eine Hilfe letztendlich zur Selbstregulation des Körpers?**

Körperpsychotherapie bietet die Möglichkeit

1. am Affektausdruck direkt anzusetzen – und damit unmittelbar an den häufig unbewusst gewordenen FDV-Programmen
2. einen Affekt freizusetzen, der für eine kraftvolle, offensive Lebensbewältigung sehr wesentlich ist: den Ausdruck der natürlichen Aggression; ein blockierter oder „fehlgesteuerter“ Aggressionsausdruck (z. B. unkontrollierte Impulse) ist in allen Störungen festzustellen – Aggressionsmobilisierung daher als Expansion – gemäß dem Pulsationsprinzip als Gegenbewegung zu den kontraktiven Gefühlszuständen wie Trauer oder Angst
3. Schließlich bietet die Körperarbeit gerade bei den Störungen, die auf präverbaler Ebene angesiedelt sind, wunderbare Möglichkeiten, mittels nonverbaler Interventionstechniken diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen.

Ob es hier zum Gewöhnungseffekt, zum Verwöhnen kommt, ist nach meiner Erfahrung zum einen eine Frage der therapeutischen Beziehung, zum anderen aber auch eine Frage, ob die Gegenbewegung, die aggressive Komponente als Bewältigungsstrategie ebenfalls zum Ausdruck kommen darf, wie dies z. B. beim Freisetzen oraler Aggression (Beißen) der Fall ist.

Abschließend noch eine weiterführende Überlegung. Die Ergebnisse der Säuglingsforschung katapultieren uns in eine neue Dimension der therapeutischen Arbeit. Wir haben es heute mit anderen Störungen zu tun als zu Freuds und Reichs Zeiten. Wir haben es weniger mit Repression denn mit fehlendem Halt, Kontakt und Orientierung zu tun. Weniger mit Kontaktabbruch denn mit Kontaktarmut und diffusen Reaktionen, weniger mit Deprivation denn mit falscher Fürsorge usw. Daraus resultieren andere therapeutische Foci. Die Säuglingsforschung gibt uns hierzu wertvolle Hinweise. Ihre Ergebnisse zeigen auf beeindruckend differenzierte Weise die sensiblen Zonen der Eltern-Kind-Kommunikation – und deren jeweilige Konsequenzen. Wir sind gehalten, diese Ergebnisse in therapeutische Konzepte aufzunehmen, d. h. insbesondere den Parametern: Wahrnehmung, Verstandenwerden und Akzeptanz ihren Stellenwert zu geben – auf der emotionalen Schwingungsebene – und daher auch auf der Körperebene. Das impliziert u. a. auch die verstärkte Verwendung körpertherapeutischer Diagnoseinstrumente. Und schließlich: bei allen notwendigen Diskus-

sionen um therapeutische Strategien, um Sinn und Unsinn des Einsatzes bestimmter Techniken sollten wir nicht vergessen, was letztendlich die treibende – schulenübergreifend – Kraft einer jeden erfolgreichen Therapie ist: die Liebe; die Liebe des Therapeuten, die wirksam wird in seinem Einfühlungsvermögen und zum Ausdruck kommt im souveränen Handhaben der eigenen Übertragungen und der Bereitschaft, auch schwierige Phasen mit dem Klienten durchzustehen. Um es mit *Wilhelm Reich* abzuschließen: „diese herzerwärmende, kontinuierliche Erfahrung von Liebe, Kontakt....ist das zuverlässige Band, das jede natürlich wachsende Beziehung begleitet.“ (Reich 1971, S. 8)

**Literatur:**

- Ciampi, L. (1999) Die emotionalen Grundlagen des Denkens, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen
- Damasio, A. (1997) Descartes' Irrtum, List Verlag: München
- Downing, G. (2000) Körper und Wort in der Psychotherapie, 2. Auflage, Kösel: München
- Dornes, M. (1995) Der kompetente Säugling, Fischer TB Verlag: Frankfurt a.M.
- Grossmann/Grossmann (1994) Video Band Babyjahre, Schicksalsjahre, Universität Regensburg
- Hilton, R. (1999) The Passion and the Person: Reich meets Winnicott, in: Bioenergetic Analysis, Vol. 10, No. 2, 1-16
- Hülshoff, Th. (1999) Emotionen, UTB Reinhardt Verlag: München/Basel
- Karen, R. (1998) Becoming Attached, Oxford University Press: New York
- Klopstech, A. (2005) Catharsis and Self-Regulation revisited: Scientific and Clinical Considerations, Bioenergetic Analysis Vol. 15, 101-131
- Lewis, R. (2005) The Anatomy of Empathy, Bioenergetic Analysis Vol. 15, 9-31
- Lowen, A. (1976): Bioenergetics, Penguin Books: London
- Lowen, A. (1993) From Reich to the Present, in: Bioenergetic Analysis, Vol. 5, No. 2, 3-8
- Lölliger, P. (2001) Gelingen und Misslingen von Therapie aus körpertherapeutischer Sicht, In: Forum der Bioenergetischen Analyse 1/2001, 81-98
- Marlock, G. (Hrsg.) (1993) Weder Körper noch Geist, Oldenburg
- Reich, W. (1971) Charakteranalyse, Kiepenheuer & Witsch: Köln/Berlin
- Reich, W. (1984) Äther, Gott und Teufel, Nexus Verlag: Frankfurt a.M.
- Reich, W. (1971) Christismord, Olten Verlag: Freiburg
- Schiff, J. (1980) Alle meine Kinder, Kösel: München
- Schretter, A. (1997) Reichs Vision des „befreiten Menschen“ in: Forum der Bioenergetischen Analyse 1/1997, 76-82
- Schretter, A. (1998) Zum Ansatz der Bioenergetischen Analyse, Vortragsmanuskript EABP Kongress Berlin
- Schretter, A. (2003) Wie die Kindheitserfahrung ihren körperlichen Ausdruck findet, in: Zukunftshandbuch KiTas, Allianz für Kindheit, Walhalla Verlag: Regensburg/Berlin
- Wassermann, C. (2002) Die Macht der Emotionen, Primus Verlag: Darmstadt
- Warnke, U. (1997) Gehirnmagie, Popular Academic Verlags-Gesellschaft: Saarbrücken
- Wendelstadt, S. (2003) The importance of Bioenergetic contact in the mother-infant relationship for prevention of pathology and promotion of health, in: The European Journal of Bioenergetic Analysis and Psychotherapy Vol. 1 Nr. 1, 46-53
- Zeitschrift Geist und Gehirn, 1/2002 und 2/2002

**Kontaktadresse:**

Angelika Schretter, Armanpergstr. 2, D-81545 München



**Theo Fehr**

## **(M)BPA – (Mehrdimensionale) Bioenergetische Prozess-Analyse**

### **Die Mehrdimensionale Bioenergetische Prozess-Analyse als Ansatz zur Integration der Bioenergetischen Analyse mit dem Konzept der Big Five und Millon's Diathese-Stress-Modell**

Die BPA ist bislang das erste und bisher einzige wissenschaftlich fundierte Fragebogenverfahren für Körpertherapeuten zur raschen Einschätzung des psychodynamischen Typs sensu LOWEN / KURTZ bei Erwachsenen. Sie bietet durch ein bioenergetisches Profil die Möglichkeit einer raschen und objektiven Einschätzung des bioenergetischen Typs und Zustandes und ist damit ein ideales Werkzeug zur Kontrolle der Fortschritte körpertherapeutischer Arbeit als auch zur Vorabfeststellung der bioenergetischen Konstitution.

Die BPA ist anwendbar bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 60 Jahren. Die BPA erfasst außerdem die fünf Grunddimensionen der Persönlichkeit, die „Big Five“. Die fünf grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen der Big Five stellen das heutzutage weltweit interkulturell gültige und weithin akzeptierte Modell der Persönlichkeitspsychologie zur Beschreibung der Persönlichkeit dar.

Die Durchführungsdauer der BPA beträgt ca. 15 Minuten, die Auswertung ca. 5 Minuten, mit Profil ca. 10 Minuten.

### **Aufbau**

Die Bioenergetische Prozess-Analyse existiert inzwischen 10 Jahre. Sie wurde in klinisch-psychologischen Praxen über die Jahre (1994 bis 1998) in mehreren Schritten an einer Patientenstichprobe von 157 Probanden mithilfe Konsistenzanalyse, Faktorenanalyse und Clusteranalyse entwickelt. In diesem Jahr (2005) erfolgte ein Update an einer erweiterten Stichprobe von 283 ProbandInnen mit neuen zusätzlichen Skalen, genaueren Skalenkennwerten und neuen Transformationstabellen. Es wird Anwendern auf Anfrage kostenfrei zugeschickt. Die BPA ist v. a. auf die Erfordernisse der praktischen bioenergetischen Tätigkeit ausgerichtet.

Das ökonomische Verfahren erfaßt mit 86 Fragen 10 Skalenwerte. Sieben Skalen ermöglichen eine objektive Messung der *psychodynamisch-bioenergetischen Charak-*

*terstrukturen*: Schizoidität, Oralität, Psychopathie, Masochismus, Rigidität, phallische und hysterische Disposition.

Darüber hinaus werden die *fünf Grunddimensionen der Persönlichkeit nach dem Fünf-Faktoren-Modell* – die *Big Five* – erfasst: Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit, Offenheit für Erfahrung (Beweglichkeit), Gewissenhaftigkeit. Die Skalen enthalten zwischen zehn und zwanzig Fragen. Die heute allgemein anerkannte Modell der fünf grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen im Detail:

Die „Big Five“	
Neurotizismus	emotionale Stabilität versus emotionale Labilität („Emotionalität“)
Extraversion	Extraversion versus Introversion
Offenheit für Erfahrungen	Geistige Beweglichkeit, Bildungsehrgeiz, Geltungsdrang versus Konservatismus, Traditionalismus, Beharrlichkeit, Unbeweglichkeit,
Verträglichkeit	Verträglichkeit, Konformität, Nachgiebigkeit versus Unabhängigkeit, Antagonismus, Widerspruchsgeist
Gewissenhaftigkeit	Gewissenhaftigkeit, Pedanterie, Zuverlässigkeit versus Nachlässigkeit, Unzuverlässigkeit, Impulsivität

Die fünf grundlegenden Dimensionen der Persönlichkeit

## Gütekriterien

Zuverlässigkeit, Reliabilität, Validität: Die Skalen-Konsistenzen nach CRONBACH bewegen sich zwischen  $r = .68$  und  $.87$ . Die Validität wurde anhand der Korrelationen der Skalen sämtlicher Probanden mit den separat für alle erhobenen FPI-Werten (Freiburger Persönlichkeitsinventar), der Symptom-Check-List SCL-90-R (neu hinzugekommen) und unabhängigen Ratings untersucht und in der Handanweisung ausführlich besprochen. Darüber hinaus wurden Testprofile für die wichtigsten derzeit verfügbaren klinisch-psychologischen Symptomgruppen (Depressive, Schlaflose, Essgestörte, Angst-, Panik und phobische Patienten etc.) erhoben und im Handbuch dargestellt.

*Normen*: Es liegen Normen für eine Stichprobe von 283 ProbandInnen vor.

Im Testsatz ist zusätzlich eine Broschüre für Patienten enthalten, die in leicht verständlicher, plastischer Form das individuelle Ergebnisprofil erklärt und interpretiert,

die Zusammenhänge zwischen Kindheit, Persönlichkeitsstruktur und akuter Problematik verdeutlicht und dem Therapeuten eine erweiterte Basis für Interventionen bietet. Im Anhang der Handanweisung wird eine Darstellung der Zusammenhänge in der Praxis häufig vorkommender Beschwerden (Angst, Panik, Depression etc.) zu spezifischen BPA-Profilen (Persönlichkeitsstrukturen) gegeben.

Der Testsatz enthält alles, was Sie zur Durchführung benötigen: Ein umfangreiches *Handbuch* mit genauer Beschreibung der bioenergetischen Typen, eingehenden *Erläuterungen zur Testkonstruktion* und den *statistischen Daten*, Zahlenmaterial, *Patientenprofile (Beschwerdenprofile)*, Tabellen, *Fragebögen*, *Auswertungsschablonen*, *Profilblätter* und eine ausführliche und leicht verständlich geschriebene, plastisch formulierte 20-seitige *Broschüre* für KlientInnen zur Interpretation des Ergebnisses (hoher – niedriger Wert) jeder Skala.

Das Verfahren wurde im internationalen Testverlag SWETS & ZEITLINGER im Mai 1998 veröffentlicht und ist derzeit von Harcourt Test Services ([www.harcourt.de](http://www.harcourt.de)) zu beziehen.

## Details

Die Skalen der mehrdimensionalen bioenergetischen Persönlichkeits-Analyse MBPA:

Skala	Skalen	Skalen	Stage	Alter	Faktor
	„Big Five“-Faktoren <i>kursiv</i>	„Big Five“-Faktoren <i>kursiv</i>			
1	Neurotizismus	Emotionale Stabilität			
2	schizoid	kompensiert schizoid			
3	oral	kompensiert oral	Sensory attachment	1. Lj.	1
4	Machtlosigkeit, Ohnmacht	psychopathisch			
5	masochistisch	Geltungsdrang, Ehrgeiz,			
	<i>Konservatismus, Zähigkeit</i>	Beweglichkeit, <i>Offenheit Für</i>			
6	Nachlässigkeit, Unzuverlässigkeit	<i>Erfahrung</i> Gewissenhaftigkeit, Pedanterie	Sensorimotor -autonomy	2. / 3. Lj.	3
7	Introversion	Extraversion			
8	Verträglichkeit, Altruismus	<i>Antagonismus</i> , Rigidität			
9	Toleranz	Aggressive Rivalität (phallisch)	Intracortical- initiative		
10	Emotionale Zurückhaltung	Dramatik (hysterisch)		4.- 6. Lj.	2

## Die Skalen der (M)BPA Mehrdimensionalen Bioenergetischen Prozess-Analyse

Die Faktorenanalyse der 10 Skalen führte zu drei Faktoren 2. Ordnung und zeigt den engen Zusammenhang von *Neurotizismus*, *schizoider* und *oralen* Struktur – in zweiter Linie *psychopathischer* und *masochistischer* Struktur – mit Faktor 1. *Psychopathische* und *masochistische* Struktur und *Gewissenhaftigkeit* sind vorwiegend Faktor 3 zuzuordnen und *Extraversion*, *Antagonismus (Rigidität)*, *phallische* und *hysterische* Struktur Faktor 2. Das Interessante daran ist, dass die Beziehungsstruktur der 10 Skalen die traditionelle psychodynamische Auffassung *dreier grundlegender Entwicklungsphasen innerhalb der Kindheit* bestätigt.

Die Faktorenstruktur weist bei näherem Hinsehen eine gute Entsprechung mit den drei grundlegenden Entwicklungsstadien der Kindheit im Diathese (Vulnerabilitäts)-Stress-Modell von MILLON (1981) auf. Millon, der 1994 das auf DSM IV abgestellte Clinical Multiaxial Inventory-III veröffentlichte, unterscheidet unter Betonung der Wichtigkeit früher kindlicher – v. a. zwischenmenschlicher – Erfahrungen grob drei neuropsychologische Entwicklungsstufen, die er mit Ergebnissen der neuropsychophysiologischen Erforschung der Kleinkindentwicklung begründet:

Dessen Diathese-Stress-Modell fand durch die Faktorenanalysen eine Bestätigung. MILLON (1981) unterscheidet unter Betonung der Wichtigkeit früher kindlicher – v. a. zwischenmenschlicher – Erfahrungen grob drei neuropsychologische Entwicklungsstufen, die er mit Ergebnissen der neuropsychophysiologischen Erforschung der Kleinkindentwicklung begründet:

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

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

Die „intracortical-initiative“ stage des Alters von 4 Jahren bis zur Adoleszenz ist die Zeit gesteigerten Zuwachses an höheren kortikalen Hirnfunktionen. Unterforderungen in dieser Phase können die Entwicklung eigener Lebensziele behindern und zu einem Mangel an Disziplin oder gesteigerter Impulsivität führen. Überforderung oder zuviel gewähren-Lassen schränken die Entwicklung von Spontaneität, Flexibilität und Kreati-

vität ein und begünstigen ein eher rigides, selbst-beschränkendes Persönlichkeitsmuster.

Von den Faktoren 2. Ordnung würde Faktor 1 dementsprechend den durch das *sensory-attachment stage* hervorgerufenen Anteil an Varianz, Faktor 2 den durch das *intracortical-initiative stage* hervorgerufenen Anteil und Faktor 3 den durch das *sensorimotor-autonomy stage* bedingten Varianzanteil erklären. Eine jedem dieser Faktoren entsprechende Skala könnte demnach hypothetisch Traumatisierungen in jeweils einer dieser Phasen erfassen. Daher haben wir im BPA-Update 2005 unter anderem recht zuverlässige Skalen zur generellen Einschätzung des traumatischen Schwerpunktes hinsichtlich der Entwicklungsphasen zur Verfügung gestellt.

Das Verfahren kann helfen, innerhalb gewisser Grenzen die Entwicklungsphase einzuschätzen, innerhalb der eine bestimmte Traumatisierung erfolgte, die eine spätere Symptomatik oder ein „Fehlverhalten“ zur Folge hatte oder den jeweils aktuellen Bezug einer umschriebenen Symptomatik zu der entsprechenden Entwicklungsphase herzustellen. Die Erfahrung mit dem Verfahren zeigt über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren eine relativ große Konstanz der Werte von KlientInnen auch unter Bedingungen der Psychotherapie.

## Skalen

### Die Skalen der ersten – frühkindlichen – Entwicklungsphase

Diese Skalen sind hypothetisch der Erfassung von psychischen Einflüssen während der ersten Entwicklungsphase von sechs bis maximal 12 Lebensmonaten zugeordnet. Sie beinhaltet die generalisierte Skala „Schein-Belastbarkeit“ und die differenzierenden bioenergetischen Skalen für Schizoidität (hier umgepolt: „Schein-Integration“) und Oralität (umgepolt: hier „Schein-Selbständigkeit“, gleichbedeutend mit „kompensiert oral“).

*Skala 1: Neurotizismus / Emotionalität versus Stabilität; Belastbarkeit und Abwehrstärke – subjektive Unzulänglichkeit und Insuffizienz*

hoher Wert:

Negation der Angst vor dem Alleinsein; Negation des Gefühls der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere; selten in niedergedrückter oder unglücklicher Stimmung; Negation von körperlichen Engegefühl; fühlt sich dem Leben recht gut gewachsen;

keine Sorgen; keine Zweifel an der Richtigkeit der Lebensführung, Neigung zur Beschönigung eigener Schwächen.

Es besteht ein Bezug zum psychopathischen Charakter. Die Erfahrung zeigt, dass diese Patienten nur wenig in Kontakt mit ihrem Gefühlskern stehen, dass sie sich nur begrenzt auf emotionale Intimität einlassen und stattdessen emotional nach außen auf die Menschen ihrer nächsten Umgebung nur begrenzt gefühlsmäßig zugänglich, oft wie isoliert oder abgeschirmt wirken. Die Probanden selbst geben sich recht belastbar und widerstandsfähig und fühlen sich über weite Strecken auch so. Sie vermitteln oft in forcierter Weise ein Bild von Selbständigkeit und Unabhängigkeit. Bei aller positiven Selbstschilderung sind die trotz dissimulativer Tendenz immer noch zahlreich vorhandenen Symptome nicht zu übersehen.

niedriger Wert:

Patienten schildern Gefühle der Angst vor dem Alleinsein, Gefühle der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere, des Niedergedrückt- und Unglücklich-Seins, sie sind besorgt, fühlen sich deplaziert und unerwünscht, leiden unter Engegefühl oder raschem Herzschlag, hegen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Lebensführung.

Die Patienten mit niedrigen Werten leiden intensiv. Es handelt sich meist um unselbständige, abhängige, stark nach Geborgenheit strebende Menschen, die sich alleine recht verloren und hilflos vorkommen und „nicht wissen, wo der richtige Platz für sie im Leben ist“. Es besteht ein Bezug zum oralen und in zweiter Linie zum schizoiden Charakter.

Die Skala erlaubt, die *subjektive Organisation der Wahrnehmung von (den Umgang mit) emotionalen Störungen* zu erfassen: Es dominiert eher die Wahrnehmung der Störung oder die Abwehr dieser Wahrnehmung.

*Skala 2: Integration – Isolation, Desintegration (schizoid)*

hoher Wert:

Scheinintegration, „Robustheit“, Realkontakt; Negation von Gefühlen der Unerwünschtheit, des deplaziert-Seins; Negation von Sorgen; Negation von Gefühlen der Ablehnung in Bezug auf die eigene Person; Negation der Trennung zwischen Denken und Fühlen; Negation von Schwierigkeiten, den Körper zu fühlen; Negation von Schwierigkeiten, dem Herzen zu folgen; selbstüberzeugte Lebensführung; Negation von Niedergedrücktheit und Deprimiertheit;

Im Zusammenhang mit vorhandenen Beschwerden ist davon auszugehen, dass das Ausmaß der Negation der Items eine in dieser Stärke nicht gegebene (daher „Schein“-) Integration indiziert, die eine teilweise Kompensation bzw. Verdrängung der durch die Items angesprochenen Erlebnisbereiche nahe legt. Dies ermöglicht den Patienten einen stabil, effektiv und belastbar scheinenden Realkontakt. Es besteht ein Bezug zum psychopathischen Charakter. Anstelle der Sensibilität / Empfindsamkeit des schizoiden Poles tritt bei der „Schein-Integration“ eine eher forciert zur Schau getragene Robustheit – mitunter als betonter „Realitätsbezug“ – zutage.

niedriger Wert:

Kommt sich unerwünscht, deplaziert vor; macht sich Sorgen; fühlt sich abgelehnt, unwillkommen; Trennung zwischen Denken und Fühlen; Schwierigkeiten, den Körper zu fühlen; kalte Hände und Füße; Schwierigkeiten, dem Herzen zu folgen; Gefühl falscher Lebensführung; Niedergedrücktheit und Deprimiertheit, Alpträume, Angstzustände in Kindheit oder Jugend.

Es handelt sich im allgemeinen um sehr sensible, empfindsame schizoide Patienten, die zu einem großen Teil keinen richtigen Kontakt zu ihren Gefühlen oder zum Körper finden, unter ihrer – auch sozialen – Isolation leiden und wenig Zugang zu ihren Konflikten haben. Sie haben mitunter fremdartige Erlebnisse oder fühlen sich überhaupt fremd oder unpassend, ganz selten brechen auch unkalkulierbare Aggressionen durch.

*Skala 3: Selbständigkeit, („kompensiert oral“) – Abhängigkeit (oral)*

hoher Wert:

Negation von oralen Merkmalen wie Angst, Angst vor dem Alleinsein; Negation der Angst, verlassen zu werden; Negieren von Gefühlen der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere; Negation niedergedrückter, unglücklicher Gefühle und/oder leichter Ermüdung; fühlt sich den Schwierigkeiten des Lebens gewachsen; jammert nicht; keine Gefühle des abgelehnt-Werdens, ausgeschlossen-Seins oder unwillkommen-Seins; Schein-Selbständigkeit („kompensiert oral“).

Dementsprechend ist anzunehmen, dass die Negation der in dieser Skala gegebenen Items bei den Patienten mit sehr hohen Werten ihre Situation nicht ganz zutreffend oder vollständig schildert. Die durch die Items angesprochenen Erfahrungen dürften in dem inneren Erleben der Probanden eine wichtigere Rolle spielen, als sie zuzugeben bereit sind. Sehnsucht nach Geborgenheit, Gefühle der Hilflosigkeit, der Angst

vor dem Alleinsein spielen hier in ihrer abgewehrten, geleugneten oder verdrängten Form eine Rolle. Diese Probanden vermitteln nach außen den Eindruck von betonter Selbständigkeit und Unabhängigkeit. Es besteht ein Bezug zum psychopathischen Charakter.

niedriger Wert:

Angst; Angst vor dem Alleinsein; Angst, verlassen zu werden; Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere; niedergedrückt, unglücklich; leichtes Ermüden; sich den Schwierigkeiten des Lebens nicht gewachsen fühlen; Jammern; Gefühle des abgelehnt-Werdens, ausgeschlossen-Seins oder unwillkommen-Seins.

Es handelt sich im allgemeinen um ängstliche, abhängige, unselbständige Probanden, die sich nach Geborgenheit sehnen, an Partner anklammern, schlecht allein sein können, einen hilflosen und ungeschützten Eindruck vermitteln und ihre Besserung oder Hilfe von außen erwarten und fordern.

### **Skalen der zweiten Entwicklungsphase: ca. 2. bis ca. 4. Lebensjahr**

Die drei Skalen „Dominanz“ (bioenergetisch: „psychopathisch“), „Geltungsstreben“ (bioenergetisch: „masochistisch“, umgepolt) und „Gewissenhaftigkeit“ versuchen zu erfassen, wieweit in der kindlichen Phase während etwa des zweiten und dritten Lebensjahres, die der „Ich-Entdeckung“ und der Abgrenzung eigener Bedürfnisse gegenüber den Erfordernissen der Umwelt dient, eine Balance zwischen der eigenen „Macht“ (Eigenmachtgefühl) und der durch die Eltern erfahrenen Macht hergestellt werden konnte, auf deren Basis sich ein angemessenes Selbstwertgefühl entwickeln konnte.

#### *Skala 4: Dominanz und Macht (psychopathisch) – Ohnmacht, Hilflosigkeit*

hoher Wert:

übernimmt gerne die Führung; hält sich für vertrauenswürdig; kann gut allein sein; führt einmal angefangene Projekte zu Ende; unnachgiebig und nachdrücklich; überzeugt von der Richtigkeit der eigenen Lebensführung; wach; rasche Aktionen und Reaktionen; konzentrationsfähig; Meinungsführer; handelnd nach eigenem Ermessen ohne Schuldgefühle.

Diese Probanden sind bemüht, „alles im Griff“ und „alles unter Kontrolle“ zu haben und andere zu dominieren; meist verdrängen (Drogen !) / kompensieren sie mehr



oder weniger erfolgreich Erlebnisse der Machtlosigkeit und Hilflosigkeit, durch die sie sich latent bedroht fühlen.

niedriger Wert:

eher zögerlich als schnell, nachgiebig, Meinungs- und andere Führerschaft vermeidend; ablenkbar; fühlt sich nicht gut mit Verantwortung; Angst, die Initiative zu ergreifen und selbständig Entscheidungen zu fällen. Patienten mit niedrigen Werten fühlen sich ohnmächtig und hilflos, ausgeliefert, unselbständig, ungeschützt; es gelingt ihnen kaum, negative innere Emotionen auszublenden oder äußeren Konflikten standzuhalten, sie sind leicht verunsichert, haben das Gefühl, die Dinge „nicht im Griff“ oder „unter Kontrolle“ zu haben.

Wenn in der Phase beginnenden Ich-Erlebens die Erfüllung der Bedürfnisse des Kindes durch die Eltern (aus kindlichem Erleben) manipulativ oder mithilfe von Druck – also durch Machtmissbrauch – umgangen wird, kann das Kind sich machtlos fühlen und/oder lernen, zu „gegen-“manipulieren, indem es Schwächen der Eltern benutzt. Es kommt mitunter zu einem – offenen oder verdeckten – Machtkampf. Stärkere Ausschläge zu einer Seite auf der Achse dieser Skala kennzeichnen eine derartige Interaktion zwischen den elterlichen Bezugspersonen und dem Kind und deren wahrscheinliches Resultat.

*Skala 5: Geltungsdrang, Leistungsanspruch – Minderwertigkeits-/Unterlegenheitsgefühl (masochistisch)*

hoher Wert:

Die Patienten negieren Unterlegenheit, Verlegenheit, Minderwertigkeit im Sozialkontakt; sie geben an, dass sie sich nie herumgeschubst, fremdbestimmt oder schlecht fühlen; sie negieren Schuldgefühle, ordnen sich nicht unter, schmeicheln sich nicht ein oder passen sich nicht an. Sie negieren, jemals Opferrollen zu spielen, brechen einmal Begonnenes nicht ab, schieben selten auf; sie handeln rasch und ungeduldig, verfügen über ein recht gutes Körperbild von sich selbst und beschreiben ihren Körperbau als eher proportioniert.

Es handelt sich um Probanden, die folgendes Bild nach außen vermitteln: Streben nach Anerkennung; ehrgeizig, ambitioniert; Geltungsdrang; hoher Leistungsanspruch; positives Körperbild von sich selbst; entschlossen und aktionsbereit; zielstrebig und rasch agierend.

Angesichts der symptomatisch registrierten und zugleich dissimulierten Beschwerden ist anzunehmen, dass diese Patienten versuchen, durch eine stark geltungsorientierte Einstellung bzw. Verhalten latente Minderwertigkeitsgefühle abzuwehren / zu kompensieren. Diese Menschen vermitteln den äußeren Eindruck von Leistungsanspruch, Ambition, Selbstüberzeugtheit, teilweise auch Überlegenheit. Sie handeln zielstrebig, gerichtet; ihre Aktionen machen den Eindruck, als wollten sie hohen Ansprüchen genügen oder als ginge es darum, permanent sich selbst oder sich anderen gegenüber zu beweisen. Offensichtlich spielt die Bestätigung des eigenen Wertes – auch gegenüber anderen – für diese Patienten eine sehr wichtige Rolle. Sie haben mit Selbstzweifeln und Minderwertigkeitsgefühlen zu tun, wenn ihre Leistungen ein Mindestmaß von Akkuratheit unterschreiten. Es finden sich in dieser Gruppe viele „Perfektionisten“. Es besteht ein Bezug zum psychopathischen Charakter.

niedriger Wert:

Die Patienten fühlen sich im Sozialkontakt unterlegen, verlegen, minderwertig, schlecht, zudem oft herumgeschubst und fremdbestimmt; Schuld- und Schamgefühle; sie ordnen sich unter, schmeicheln sich ein, passen sich an, geben nach; sie haben oft die Opferrolle; einmal Begonnenes wird leicht abgebrochen, vieles wird aufgeschoben; ihre Aktionen und Reaktionen sind eher bedächtig, langsam, geduldig, schleppend; sie haben ein negatives Körperbild von sich; sie neigen zur Belebtheit.

Diese Patienten leiden unter erheblichen Minderwertigkeitsgefühlen, inneren Zweifeln und Schuldgefühlen; sie geben sich anspruchslos und sind jederzeit um Anpassung und Unterordnung bemüht, zeigen jedoch eine enorm starke latente trotzig und beharrliche passive Abwehr, die sie bei genügend äußerem Druck offenbaren; sie neigen dazu, die „Rolle des unschuldigen Opfers“ zu übernehmen; es gelingt ihnen aufgrund ihrer mangelnden Steuerungsfähigkeit (Essstörungen!) nur schwer, Initiative zu ergreifen und zielstrebig oder gerichtet zu handeln. Stattdessen verharren sie oft in einem ziel- und planlosen „wie gelähmten“ Zustand, unter dem sie erheblich leiden.

Die Skala erfasst die subjektive Organisation von (den Umgang mit) mangelndem Selbstwertgefühl. Im einen Fall dient als Lösung das Muster „Passivität und Widerstand“, im anderen „handelnder Ehrgeiz und Geltungsdrang“. Stärkere Ausschläge zu einer Seite dieser Skala lassen vermuten, dass das Kind in der Interaktion mit den elterlichen Bezugspersonen die Erfahrung machte, dass es in seinem Wert nicht respektiert und seine Intimgrenzen nicht gewahrt wurden. Stattdessen machte es vielleicht die Erfahrung, dass sein Eigenwille oder seine Macht gebrochen werden sollte

(masochistisch) oder dass es viel tun musste, um seine Geltung nach außen zu demonstrieren (Geltungsdrang). Die Erfahrung der eigenen Ohnmacht im ersten Falle prädestiniert zu späterer Affinität zu Opferrollen.

*Skala 6: Gewissenhaftigkeit, Pedanterie – Nachlässigkeit, Unzuverlässigkeit*

hoher Wert:

hält sich für sehr vertrauenswürdig, zuverlässig und verantwortungsbewusst; einmal angefangene Projekte werden zu Ende geführt; kann sich gut konzentrieren; Ablehnung von Risiko; keine Zweifel an der Richtigkeit der eigenen Lebensführung; Ablehnung von Heldentum; Ablehnung von Handlungen, die andere verletzen könnten.

Diese Patienten sind gewissenhaft, zuverlässig; ihr Thema ist meist zielstrebig gerichtetes effektives Handeln; bei sehr hohem Wert, v. a. bei zugleich auffallend hohem Wert in der Skala „Geltungsdrang“ auch pedantisch, perfektionistisch oder zwanghaft (ordentlich). Diese Probanden neigen zu Gewissensbissen und Schuldgefühlen, falls sie etwas nicht gut genug machen. Ihre Leistungsgüte steht teilweise im Dienste der Kompensation eines latenten Minderwertigkeitsgefühls.

niedriger Wert:

Negation der unter „hoher Wert“ zitierten Items; nachlässig, bei extrem niedrigen Werten unzuverlässig.

Die Patienten nehmen es nicht so genau, „lassen mal fünf gerade sein“, sind bei extrem niedrigen Werten mitunter schludrig und schlampig. Die meisten leiden unter einer mangelnden Steuerungsfähigkeit, lassen sich gehen, müssen sich sehr anstrengen, um sich „zusammenzureißen“; einige neigen zu Unpünktlichkeit, anderen fällt es schwer, Maß zu halten (z. B. Ernährung: Süßigkeiten, Alkohol).

Die Skala hat einen Bezug zum psychopathischen Charakter und gibt empirisch Auskunft über die spezifische Kompensation bzw. Abwehr einer meist überdurchschnittlich starken Bindung an die bzw. Abhängigkeit von der Mutter. Die sehr gewissenhaften Patienten reagierten auf den angedrohten Liebesentzug (meist) der Mutter durch übereifriges Wohlverhalten, bei den „unzuverlässigen“ kam es häufig in relativ früher Kindheit zu einem traumatischen Bruch oder einer Unterbrechung der Beziehung, mit dem Ergebnis, dass die „Zuverlässigkeit“ des Kontaktes oder der Zuwendung seitens der Mutter infrage gestellt war.

Im ersten Fall entstand beim Kind der subjektive Eindruck, dass die Liebe der Mutter tatsächlich von dem Wohlverhalten des Kindes abhinge. Das Kind bemüht sich, dem gerecht zu werden und muss dafür seine Bedürfnisse zurückdrängen. In der Regel entwickelt es dabei sowohl ein Gefühl, irgendwie verraten worden zu sein, als auch unbewusst angestauten Ärger oder Wut. Infolge der Angst vor dem drohenden Liebesverlust und dem Unwissen, ob wirklich „etwas mit ihm und seinen Gefühlen falsch“ sei, entwickelt das Kind – sozusagen als reaktiven Eigenschutz vor den genannten verdrängten Affekten – Schuldgefühle und Gewissenskrupel gegenüber den elterlichen Bezugspersonen. Im zweiten Fall erfährt das Kind die Mutter als unberechenbar oder unzuverlässig in der Zuwendung und kann sich nicht sicher sein, ob es wirklich geliebt wird. Es scheint dann keinen Zweck mehr zu haben, „noch irgendwas dafür zu tun“. Das Kind wird unzuverlässig.

### **Skalen der dritten Entwicklungsphase: ca. 4. bis ca. 6. Lebensjahr (und später)**

In der sich weiter ausdifferenzierenden Entwicklung geht es nun stärker darum, wie sich das heranwachsende Kind als soziales Wesen im Kreis der Familie, der Spielgruppe und der Schule erfährt. Anerkannt und geachtet zu werden sind hier die wichtigen Erfahrungen. Es ist die Frage, was das Kind dafür tun muss oder nicht zu tun braucht, welche „Rolle“ es spielt, welchen „Status“ es erhält.

Eine stärkere Abweichung zu einer Seite indiziert, dass die betreffende Person Probleme hat, im Sozialkontakt zu „begegnen“, in der persönlichen Begegnung standzuhalten, präsent zu sein. Toleranz, Nachgiebigkeit und ängstliche Zurückhaltung einerseits oder reaktive Affektivität, übersteigertes Bemühen oder oberflächliche rasche Kontaktnahme und erhöhte Kontaktfrequenz andererseits können beide Anzeichen von Schwierigkeiten sein, anderen persönlich zu begegnen, sich auf den anderen „richtig einzulassen“.

*Skala 7: Kontakt- und Kommunikationsfreudigkeit – Soziale Angst, Zurückhaltung (im Sozialkontakt)*

hoher Wert:

oberflächliches, spontanes, impulsives, rasches (auch verbal), ungeduldiges – manchmal auch kränkendes – Verhalten im Sozialkontakt; kontakt- und konfrontationsfreudig; unnachgiebig; (Meinungs-)Führerschaft.

Es handelt sich um äußerungs- und kontaktfreudige Menschen mit überdurchschnittlicher – und eher oberflächlicher – Kommunikationsfreudigkeit, die zugleich selber bei weitem nicht so zugänglich für andere sind, wie ihre Kontaktfreudigkeit auf den ersten Blick vermuten lassen möchte.

Die Kommunikationsdefizite zeigen sich in der Schwierigkeit, sich persönlichen Konflikten im Sozialbezug zu stellen; sie neigen dazu, die Problemseiten interpersonaler Beziehungen zu verharmlosen oder auszublenden und akuten Konflikten auszuweichen bzw. die Auseinandersetzung bzgl. anstehender Probleme zu vermeiden, da es ihnen schwer fällt, sich zu offenbaren.

niedriger Wert:

Ablehnung verletzender, impulsiver, spontaner Verhaltensweisen; Ablehnung von führenden Rollen; schließt nur langsam Freundschaft; geduldig, bedächtig, langsam; empfindsam, nachgiebig.

Diese Patienten verhalten sich außerordentlich zurückhaltend, still, selbstgenügsam und ängstlich im Sozialkontakt. In Gruppen reden sie normalerweise nicht, und wenn sie gefragt werden, nur wenig. Sie vermeiden Kontakte und gehen ihnen aus dem Weg. Sie ziehen einzelne, dann intime und vertraute Kontakte vor.

Die Ergebnisse dieser Skala spiegeln regelmäßig – jedoch nicht immer ! – die seitens des Kindes subjektiv erlebte Stärke oder Schwäche des gleichgeschlechtlichen Elternteils im sozialkommunikativen Bereich wider. Beispielsweise eine tatsächliche Schwäche des Vaters oder ein wenig präsenter, weil viel beschäftigter, eventuell auch ein kranker oder ein „scheinstarker“ Vater, der veritert von seiner Frau vielleicht unbemerkt gesteuert oder stark beeinflusst wird – diese verschiedenen Ausgangssituationen und andere denkbare können dazu beitragen, dass ein Junge gemäß dem Beispiel des Vaters im Sozialkontakt zurückhaltend und ängstlich werden kann. Wie natürlich auch umgekehrt die Offenheit für Kontakte und Aktivität seitens der Bezugsperson eine förderliche, stimulierende Wirkung auf das Kind ausübt.

*Skala 8: Antagonismus, Rigidität, Reaktivität – Konformität, Altruismus, Nachgiebigkeit*

hoher Wert:

Rigidität: aggressiv-verletzendes Verhalten; wenig Geduld; fährt rasch aus der Haut; Denken in „Schuld und Vergeltung“; rachsüchtig; konkurrierend; schadenfroh; nei-

disch; muss in jedem Falle siegen; droht, um einzuschüchtern; kränkt andere und fühlt sich selbst leicht gekränkt; risikofreudig.

niedriger Wert:

Die Probanden vermeiden Konkurrenz und Vergleich mit anderen; entziehen sich der Bewertung; gehen kein Risiko ein; stecken lieber zurück; vermeiden Streit um jeden Preis; vermeiden, sich zu exponieren; wollen nicht Stellung beziehen;

Empirisch handelt es sich um Patienten, die eher still und meist bereit sind, zurückzustecken. Sie tun sich schwer damit, ihre Wünsche oder Anliegen zu äußern, neigen insbesondere, wenn sie verletzt werden, dazu, die Dinge „in sich hineinzufressen“. Sie haben Probleme damit, ihre Interessen gegen tatsächliche oder vermutete (antizipierte) Widerstände nach außen durchzusetzen.

Probanden mit extremen – hohen oder niedrigen – Werten vermeiden Intimität in der Begegnung. Probanden mit niedrigen Werten vermeiden, Stellung zu beziehen, bleiben unfestgelegt, „ortlos und schwimmend“, nicht festlegbar im Kontaktverhalten, während Probanden mit hohen Werten reaktives (aggressiv-verletzendes) Verhalten benutzen, um sich „nicht richtig einlassen zu müssen“. Letztere lieben das Kräfte-messen und wollen dabei um jeden Preis die Oberhand behalten.

Probanden mit hohen Werten entsprechen recht zuverlässig dem von LOWEN als „rigide“ bezeichneten bioenergetischen Typ, der durch Panzerung im Brust- und Herzbereich gekennzeichnet wird. Wir empfehlen, die Beurteilung über „Rigidität“ im bioenergetischen Sinne vorwiegend anhand dieser Skala zu treffen, da sie sich dafür als zuverlässiger herausgestellt hat als die beiden Subskalen „Rivalität“ und „Dramatik“, die jedoch zur weiteren Charakterisierung der Subtypen Hinweise liefern können.

Die Skala erfasst einige Mechanismen, die bei der *Vermeidung von Intimkontakt* vorherrschen: Im einen Fall wird Intimkontakt umgangen durch Vermeidung von persönlicher Stellungnahme, zum anderen durch übertrieben reaktives Kontaktverhalten. Anders als vielleicht zu erwarten, ergibt die Faktorenanalyse nicht die Polarität „rigide“ versus „nicht rigide“ (= fähig zu Intimkontakt), sondern eher „rigide“ versus „willfährig“ oder „rigide“ versus „altruistisch“.

*Skala 9: Aggressive Rivalität (phallisch) – Toleranz, Nachgiebigkeit, Geduld, Erregbarkeit, Intoleranz, Aggressivität – Toleranz, Nachgiebigkeit, Geduld*

hoher Wert:

unnachgiebig; ungeduldig; ärgert und erregt sich leicht; wird leicht aus der Ruhe gebracht; rasche Bewegungen; schnelles Sprechen; wirkt mitunter arrogant; muss die Oberhand behalten.

Mit dieser Skala wird lediglich ein – allerdings wichtiger – Teil der Charakteristik des phallischen Typs, und zwar hauptsächlich die aggressiv-verletzende und herausfordernde, rivalisierend-dominante, ungeduldig-erregbare Art erfaßt. Nach praktischer Erfahrung werden Probanden mit hohen Werten meist eine starke phallische Komponente zeigen. Die leistungsorientierte, ehrgeizige phallische Komponente („Leistung für Aufmerksamkeit und Zuwendung“) findet sich entsprechend der Faktorenanalyse zudem unter den Skalen „Gewissenhaftigkeit“ (hoher Wert) und „Geltungsstreben“ (hoher Wert).

niedriger Wert:

nachgiebig; geduldig; ziemlich ruhig und nicht leicht zu erregen; eher langsam, bedächtig; wenig Neigung, sich mit anderen zu messen (rivalisieren) oder zu vergleichen.

Die Probanden haben Schwierigkeiten mit der Rolle des Siegers, des Besten („Alpha-Rolle“). Es kennzeichnet sie eine verträglich-selbstlose-nachgiebige subalterne Umgangsform, Ablehnung von reaktiv-aggressiven Umgangsstilen und von Wettbewerb, Kräftemessen und Konfrontation.

*Skala 10: Dramatischer, übertriebener Gefühlsausdruck (hysterisch) – emotionale Zurückhaltung*

hoher Wert:

insgesamt übertriebene körperliche und emotionale Reaktionen; Denken in „Schuld und Vergeltung“; launenhaft; kann rachsüchtig sein; schadenfroh; leicht verlegen; Neigung zu starken körperlichen Reaktionen und starker körperlicher Mitbeteiligung bei Emotionen.

Das Seelenleben und das Verhalten dieser Patienten ist emotional übertrieben, schauspielernd, Aufmerksamkeit heischend und dramatisch. Diese Patienten neigen zu

übersteigerten gefühlsmäßigen Reaktionen, deren Aufruhr sich auch im vegetativen Körpergeschehen (beeindruckende, jedoch meist medizinisch unbedenkliche Symptombilder wie panikartige Hyperventilationskrisen, Schweißausbrüche, Herz- und Kreislaufsensationen etc.) stark widerspiegelt.

niedriger Wert:

Negation der Items mit den oben beschriebenen Inhalten; Ausdruckshemmung; Zurückhaltung von emotionalem Spontanausdruck; nüchtern; sachlich; trocken; rational; realistisch; unpersönlich; prosaisch.

Wir finden eine Drosselung und Zurückhaltung des seelischen Ausdrucksgeschehens; Nüchternheit und Sachlichkeit dienen als Regulative gegenüber der Schwierigkeit, sich emotional auszudrücken, mitzuteilen und Stimmungen / Affekte nach außen zu zeigen oder im Körper deutlicher wahrzunehmen.

**Kontaktadresse:**

Institute of Personality Psychology and Meditation

Dipl.-Psych. Theo Fehr, BDP

Psychological Psychotherapist

Erftweg 6, D-46487 Wesel

+49/+281/70741

[kontakt@i-p-p-m.de](mailto:kontakt@i-p-p-m.de)

[www.i-p-p-m.de](http://www.i-p-p-m.de)

[www.tm-independent.de](http://www.tm-independent.de)

[www.big-five.biz](http://www.big-five.biz)



## Profilblatt

## Bioenergetische Prozess - Analyse

PROZENT	4	7	12	17	20	17	12	7	4	
STANDARDWERT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	STANINE

54%

<b>Subjektive Unzulänglichkeit</b>										
Insuffizienz	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Schein - Belastbarkeit</b> Abwehrstärke
<b>Isolation</b> (schizoid)	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Schein - Integration</b> kompensiert schizoid
<b>Abhängigkeit</b> (oral)	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Schein - Selbständigkeit</b> kompensiert oral

<b>Machtlosigkeit</b>										
Hilflosigkeit	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Dominanz</b> (psychopathisch)
<b>Unterlegenheit</b> (masochistisch)	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Geltungsdrang</b> Ehrgeiz
<b>Nachlässigkeit</b> Unzuverlässigkeit	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Gewissenhaftigkeit</b> Pedanterie

<b>Soziale Angst</b>										
Zurückhaltung	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Kontaktfreudigkeit</b> kommunikativ
<b>Altruismus</b>										
Konformität	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Antagonismus, Rigidität</b> Reaktivität
<b>Toleranz</b>										
Nachgiebigkeit	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Aggressive Rivalität</b> Erregbarkeit
<b>Emotionale Zurückhaltung</b>										
Nüchternheit	+	+	+	+	-	+	+	+	+	<b>Dramatik</b> Übertriebenheit

Name: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Datum: 1. Test: \_\_\_\_\_

2. Test: \_\_\_\_\_

# Aus der Praxis

**Herbert Conze**

## Das Assessment Center (AC)

### Die Bioenergetische Analyse als Hintergrund für ein betriebliches Instrument der Personalauswahl

#### 1. Einführung

In meinem betriebswirtschaftlichen Studium hatte ich Gelegenheit, mich mit einer damals (1975) in Deutschland neuartigen Methode der Potenzialermittlung und Personalauswahl, dem Assessment Center, zu befassen. Die Erkenntnisse waren für mich Weichen stellend, das Wissen, das ich mir aneignen konnte, bestimmt noch heute meinen beruflichen Alltag als Berater bei Personalauswahlprozessen. Es folgte eine Abkehr von der „trockenen“ BWL, ich schloss ein Studium der Erziehungswissenschaften an, war schon im Job, der mich schnell mit der Durchführung von Assessment Centers in Verbindung brachte. Dann kam die Ausbildung in Bioenergetischer Analyse. Ich war eher ein „artfremder“ Ausbildungskandidat, der nun versuchte, sein neues Spezial- und „Körperwissen“ auf die Prozesse in den Auswahlverfahren zu übertragen.

Von diesen Bemühungen der Integration handelt dieser Aufsatz, der aufzeigt, wie die Basisannahmen der Bioenergetischen Analyse Weg weisend sind in einer anderen Disziplin und Berufswelt, in der Psychotherapeutisches oftmals als unbrauchbar und kontraproduktiv abgelehnt wird.

#### 1.1 Ausgangssituation in den Unternehmen

Neuausrichtungen einer Unternehmung sind in Zeiten wirtschaftlicher Rezession und gleichzeitiger Globalisierung der Märkte an der Tagesordnung. Sie gehen einher mit starken Veränderungen in der internen Organisation und hinterlassen Auswirkungen auf die Aktivitäten der Personalentwicklung mit veränderter Personalauswahl, Beurteilung und neuen Weiterbildungsaktivitäten. An dieser Stelle wenden sich Unternehmen häufig an externe Berater und fragen nach psychodiagnostischen Instrumenten und psychologischen Ansätzen bei der Entwicklung von Konzepten für Personal-

entwicklung, Personalauswahl und Weiterbildung. Dies kann ein konkreter Anlass zur Durchführung eines ACs sein.

## 1.2 Assessment Center-Begriff

Das Assessment Center ist ein Gruppenauswahlverfahren. Es besteht aus einer Reihe von Einzel- und Gruppenübungen, in denen Führungsverhalten und Führungspotenzial beobachtet und ausgewertet werden. Die verschiedenen Übungen werden so zusammengestellt, dass Eignungen erkennbar werden, die sich vorher festgelegten Anforderungsmerkmalen zuordnen lassen. Damit ist das Assessment Center ein systematisches Verfahren zur Erfassung von Führungsverhalten bzw. -defiziten. Es wird von mehreren Beobachtern gleichzeitig für mehrere Teilnehmer angewandt.

Wichtige methodische Prinzipien beim Einsatz mehrerer Beobachter sind

- der Ausgleich „systematischer Fehler“,
- die systematische „Rotation“ der Beobachter zwischen Übung und Kandidat und
- das „4- Augen- Prinzip“, d. h. Beobachtungen werden immer von zwei oder mehreren Beobachtern gleichzeitig gemacht und abgestimmt.

„Ein Assessment Center besteht aus einer standardisierten Bewertung von Verhalten basierend auf mehreren Informationsquellen. Mehrere trainierte Beobachter und mehrere Verfahren werden eingesetzt. Das Verhalten wird zu einem Teil mit Hilfe von speziell entwickelten situativen Verfahren in Form von Simulationen bewertet. Diese Bewertungen werden von den Beobachtern bei einer Abschlusskonferenz zusammen gefasst, indem Verhaltensbeobachtungen vorgetragen und diskutiert werden und die Beobachter zu einem gemeinsamen Entschluss bezüglich der Bewertungen der Dimensionen und aller vorgenommenen Gesamtbewertungen kommen.“ (Scholz, 1994, S.5)

Diese Definition steht im Unterschied zur üblichen Diagnostik in der therapeutischen 2- Personen- Situation. Während in der Therapie Blockierungen und Auslassungen angesprochen werden, um die Relevanz für das therapeutische Vorgehen zu prüfen, dienen die Beobachtungen im AC der Bewertung und Beurteilung eines spezifischen Verhaltens, das ein Unternehmen in einer bestimmten Position erwartet. Damit dienen die Beobachtungen mehr dazu, ein erwartetes Leistungsniveau zu erforschen und auch rückzumelden als Beschwerden und Blockierungen zu verstehen.

## 2 Anforderungsmerkmale

### 2.1 Erhebung des Anforderungsprofils

Grundlage für die Durchführung eines Assessment Centers ist ein mit dem Auftraggeber abgestimmtes Anforderungsprofil. Die Erstellung geschieht in drei Schritten:

- 1.) Das Anforderungsprofil spiegelt die auf der Zielstelle erwartete Führungsqualifikation, die zunächst genau beschrieben wird.
- 2.) Diese Qualifikation wird in mehreren Anforderungskategorien abgebildet.
- 3.) Diese Kategorien werden in konkret beobachtbaren Beschreibungen einzelner Tätigkeiten/ Verhaltensweisen operationalisiert.

Die Beschreibungen dienen während des Auswahlverfahrens als „Meßplatte“.

Anforderungen werden in Standard- ACs durch Begriffe festgelegt, die den Bioenergetischen Charakterstrukturen nicht entsprechen, nicht der gewohnten Reihenfolge folgen und nicht im Sinne Bioenergetisch analytischer Diagnostik vollständig sind:

- Teamfähigkeit,
- Fähigkeit zum strukturierten Handeln, Organisationsfähigkeit,
- Präsentationsfähigkeit,
- Fähigkeit zu mündlicher und schriftlicher Kommunikation,
- Konfliktfähigkeit,
- Führungsfähigkeit.

Die häufige Verwendung des Wortes „Fähigkeit“ legt nahe, dass Erfolgsfaktoren dieser Art als kennzeichnend für erfolgreiches Managementverhalten angesehen werden, das man auch erwerben kann, wenn es nicht ausreichend vorhanden sind.

Die Praxis der Erhebung von Anforderungsprofilen lässt sich gewöhnlich wie folgt beschreiben: Die Berater verbringen einige Tage in den Unternehmen, führen Interviews, wenden viel Zeit auf, um die Erkenntnisse zusammen zu schreiben und dann vor den Auftraggebern zu präsentieren. Dabei werden immer wieder dieselben oder sehr ähnliche Merkmale erhoben: Denn in praktisch allen Unternehmen ist es wichtig, Konflikte konkret anzusprechen, Teams so zu leiten, dass kreative Ansätze gefördert werden, offen Feedback zur Leistung von Mitarbeitern zu geben und so fort. Die

so erhobenen Anforderungsprofile ähneln sich daher fast immer, die aufwendige Erhebung dient eigentlich mehr dem Zweck, den Auftraggeber mit der Vorgehensweise zu identifizieren.

Speziell das methodische Prinzip, Vorgesetzte nach Führungsmerkmalen zu befragen, führt zu „erwünschten“ Antworten – sprich einer Überbetonung von Leistungsmerkmalen –, die Führungskräfte rein Effektivitäts- und sachorientiert beschreiben. Unberücksichtigt bleiben dabei „weiche“ Faktoren wie Klima, Atmosphäre, Offenheit und Vertrauen u.ä., die im Sinne von Managementkriterien schwerer zu quantifizieren sind, aber dennoch oft über Erfolg und Scheitern von Führungskräften wie Mitarbeitern bestimmen. Hingegen finden sich diese Kriterien deutlich in der bioenergetisch analytischen Diagnostik als Beschreibung von Kontakt, speziell Blickkontakt, Realitätskontakt, Echtheit, Kongruenz u.ä.

## 2.2 Anforderungsprofil und Charakterstrukturen nach A. Lowen

Es liegt nahe, ein analytisch begründetes Konzept (im Sinne der Bioenergetischen Analyse) und die ohnehin bekannten Inhalte vorzugeben, damit eine verbindliche Struktur zu schaffen und gleichzeitig viel Zeit und Geld für immer wieder ähnliche Ergebnisse einzusparen. Für die konkrete Veränderung auf die Bedürfnisse eines Unternehmens bleibt genug Spielraum, die Inhalte anzupassen und anders zu gewichten.

Interessante Beschreibungen von Charakterstrukturen liefern Kommunikationspsychologen wie *Schulz von Thun* und speziell *Collignon*, der in seinen Grundlagen der Prozesskommunikation den Emphatiker, den Logiker, den Rebell, den Beharrer, den Macher und den Träumer beschreibt. Das Bioenergetische Charaktermodell ermöglicht zudem, den analytischen Hintergrund der lebensgeschichtlichen Entwicklung in die Bewertung von Verhaltensweisen einzubeziehen.

Bei dem *Charakter-Modell von Lowen* ergibt sich für den ausgebildeten Bioenergetiker ein ausreichender Fundus, um daraus ein Modell für Anforderungen an Führungskräfte zu erarbeiten, die Benennungen sind aber aufgrund der psychotherapeutischen Anwendung Defizit-orientiert und bei den laienhaften Verantwortlichen in den Unternehmen eher Angst besetzt; die Verwendung würde zu Ablehnung führen. Eine positive Veränderung der Begrifflichkeit gibt *Sollmann*, der in seinem Ansatz die Beratung von Managern fokussiert. Die Zielgruppe folgt ihm sicher leichter, wenn er die pathologischen Benennungen in Potenziale verwandelt. Bei der Personalauswahl gibt es einen weiteren Focus, der dem *Sollmanns* in der Intention

nahe ist: Es sollen ja mögliche Konflikte im zukünftigen Job vorhergesehen werden, um darauf vorbereitet zu sein, und man möchte die Potenziale kennen, die den zukünftigen Stelleninhaber vor anderen auszeichnet.

Im folgenden die Benennungen von Lowen und Sollmann in der Gegenüberstellung:

### Charakterstrukturen der Bioenergetischen Analyse

Nach Alexander Lowen	Nach Ulrich Sollmann	Beispiele für typische Anforderungen im AC
Der Schizoide	Der Analytiker,	der Sachverhalte in der Tiefe analysiert und Querverbindungen herstellt
Der Orale	Der Kommunikative,	der, dem der Zusammenhalt wichtig ist, so das Team führt und zum Ergebnis kommt.
Der Psychopath	Der Macher,	der Aufgaben seiner Mitarbeiter strukturiert und konzeptionell und zielorientiert voran geht.
Der Masochist	Der Verlässliche,	der die Bedürfnisse von Mitarbeitern sieht, darauf eingeht und dem gemäß führt.
Der Rigide	Der Erfolgreiche,	der seine Entwicklung, die seiner Mitarbeiter und die Aufgabenerledigung integriert.

Was macht den Schizoiden zum **Analytiker**?

**Grundmuster** des Schizoiden: Fühlt sich abgelehnt, hat sich in sich zurück gezogen, in den Körper, in den Kopf.

**Teampotenzial:** Durchdenkt Probleme gründlich, beachtet auch Aspekte, die anderen verborgen bleiben, bringt Ideen ein, die die anderen in Erstaunen versetzen und die Gruppe weiter und zu einem besseren Ergebnis bringen.

**Führungspotenzial:** Führt durch Argumente, kann „in die Zukunft sehen“, sehr einfühlsam, stellt Zusammenhänge her, die anderen verborgen sind.

**Mögliche Konflikte,** die im AC deutlich werden: Wie kommt er und wie bleibt er mit einzelnen und der Gruppe in Kontakt? Nehmen die anderen seine Ideen wahr, ernst und führen sie sie weiter? Kann er sich durchsetzen?

Was macht den Oralen zum **Kommunikativen**?

**Grundmuster** des Oralen: Fühlt sich hilflos, nicht unterstützt, sucht Halt und Verbindung zu anderen, will nicht verlassen werden.

**Teampotenzial:** Bemüht sich darum, gehört zu werden, redet daher viel mit den anderen, kommuniziert viel. Produziert dabei viele Ideen, teilt sich ständig mit.

**Führungspotenzial:** Führt durch Kommunikation. Findet es gut, wenn alle miteinander reden, fördert damit den Zusammenhalt der Gruppe.

**Mögliche Konflikte**, die im AC deutlich werden: Redet er nur oder transportiert er auch Ergebnisse, kommt er zum Ergebnis, sorgt er für Ergebnisse? Unterstützt er den Prozess, um zum Ziel zu kommen? Bringt er seine Arbeit in der vorgegebenen Zeit zu Ende? Nimmt er genug Einfluss?

Was macht den Psychopathen zum **Macher**?

**Grundmuster** des Psychopathen: Er ist gezwungen oder verführt, den Willen der Mutter zu erfüllen, will sich nicht mehr unterwerfen müssen.

**Teampotenzial:** Durchdenkt Probleme gründlich, kann sich gut in andere hinein versetzen und sein Anliegen so vorbringen, dass er von allen akzeptiert wird. Damit werden seine Beiträge wichtig für das Team.

**Führungspotenzial:** Hält sich aufrecht und damit auch das Anliegen der Arbeitsgruppe, geht voran, wird akzeptiert, die anderen folgen. Die Führungsposition wächst ihm „automatisch“ zu.

**Mögliche Konflikte**, die im AC deutlich werden: Sind seine Argumente manipulativ? Arrangiert er die Arbeit so, dass die anderen für ihn (und nicht für die Belange des Unternehmens) arbeiten, und durchschauen sie ihn, sehen ihn als Wichtigtuer, der andere ausnutzt?

Was macht den Masochisten zum **Verlässlichen**?

**Grundmuster** des Masochisten: Er ist gezwungen, die Bedürfnisse zu haben, die seine Mutter als angemessen sieht, muss sich unterwerfen, ist damit ständiger Erniedrigung ausgesetzt, voller Angst und Scham, hält sich körperlich und im Ausdruck zurück.

**Teampotenzial:** Er sieht automatisch, was getan werden muss, ist in seiner Wahrnehmung stets bei den anderen und „liest“ deren Bedürfnisse von den Lippen ab. Arbeitet damit stark Ergebnis orientiert und im Sinne der Arbeitsgruppe.

**Führungspotenzial:** Macht ständig deutlich, was noch getan werden muss, springt selbst ein, hilft seinen Mitarbeitern, die Dinge richtig anzugehen, ist tolerant gegenüber Fehlern und Fehlverhalten, hat viel Verständnis.

**Mögliche Konflikte,** die im AC deutlich werden: Er verliert sich mit seinen eigenen Bedürfnissen, macht sich zum Sklaven der Ergebnisse und der anderen, überlastet sich damit hoffungslos, kann auch nicht strategisch „über den Tellerrand sehen“, bleibt gefangen in der Aufgabenebene, da es immer etwas zu tun gibt. Boykottiert unterschwellig.

Was macht den Rigiden zum **Erfolgreichen**?

**Grundmuster** des Rigiden: Er ist enttäuscht in der Zuwendung durch den anders geschlechtlichen Elternteil, will nicht wieder durch Ablehnung verletzt werden, hält sich daher mit seinen weichen Gefühlen gegenüber anderen zurück.

**Teampotenzial:** Er sieht klar, was das Ziel ist, kennt die strategischen Zusammenhänge, ist schon früh auf der sachlichen Ebene so gefördert worden, das Ergebnisse zu erreichen und erfolgreich zu sein, für ihn etwas Normales sind.

**Führungspotenzial:** Ziele zu erreichen, Ergebnisse zu ermöglichen, andere so anzuleiten, dass ein effektives Zusammenspiel ohne Reibung und mit eindeutigen Ergebnissen erreicht wird, ist für ihn der Normalfall und selbstverständlich.

**Mögliche Konflikte,** die im AC deutlich werden: Seine Ansprüche sind zu hoch, er kann nicht sehen, wo andere schwach sind, und anders integriert werden müssen. Er kann auch nicht sehen, dass Langsamere auf andere Weise zu guten Ergebnissen kommen und ist ihnen gegenüber ungerecht, kann sich in ihm fremde Charaktere nicht einfühlend und zeigt wenig Toleranz und wenig persönliche Offenheit.

Bei der Anwendung der Strukturen aus der Bioenergetischen Analyse ergeben sich folgende Inhalte und Oberbegriffe, die in der betrieblichen Praxis als relevant angesehen werden:

### 2.2.1 Kontakt

Kategorie 1 prüft, wie der Kandidat mit seinem Gesprächspartner Kontakt aufnimmt, in Kontakt bleibt, den Kontakt wechselt oder unterbricht..

### 2.2.2 Teamorientierung

Kategorie 2 prüft, wie der Kandidat kommuniziert, ein Team führt, mit Konflikten im Team umgeht und konkret an Lösungen mit anderen arbeitet.



### **2.2.3 Führungskompetenz, strategische Kompetenz, Zielorientierung**

In dieser Kategorie wird festgestellt, wie der Kandidat in der Rolle der Führungskraft agiert, Ziele in Maßnahmen umsetzt und Mitarbeiter führt.

### **2.2.4 Aufgabenerledigung, Mitarbeiterorientierung**

In Kategorie 4 werden Aspekte von Zuverlässigkeit und Interesse an den Bedürfnissen anderer sowie die Fähigkeit, Aufgaben zu zergliedern und erfolgreich zu Ende zu bringen, untersucht.

### **2.2.5 Lernfähigkeit und Entwicklungsfähigkeit**

Kategorie 5 soll die Potenziale zu Lernfähigkeit und Veränderungsbereitschaft aufzeigen; außerdem, inwieweit der Kandidat eigene Stärken und Schwächen reflektiert und damit selbst zu neuen Lösungen kommt.

## **3 Übungen im Assessment Center**

Auf der Grundlage dieses Anforderungsprofils werden Einzel- und Gruppenübungen erstellt. Die Übungen im Assessment Center lassen sich wie folgt charakterisieren:

- Interview – 1 Beobachter spricht mit 1 Kandidaten, ein 2. Beobachter beobachtet, achtet speziell auf Kontakt und Körperausdruck.
- Gruppendiskussion – Kandidat agiert mit anderen Kandidaten, keine Intervention der Beobachter; diese achten besonders auf Realitäts- und Ergebnisbezug der Redebeiträge.
- Schriftliche Einzelübungen, z. B. Postkorb, Fallstudien – Kandidat arbeitet in Einzelarbeit ohne Anwesenheit der Beobachter. Auswertung berücksichtigt, wie konkret Ergebnisse erarbeitet werden, und wie die Rolle der Führungskraft in der Darstellung ausgefüllt wird.
- Zweier-Gesprächssituationen, Konfliktlösungsgespräch, Mitarbeitergespräch, Kundengespräch – Kandidat erfüllt eine Rollenvorgabe gegenüber einem Beobachter, 2. Beobachter beobachtet besonders, wie er strukturiert, sein Ziel verfolgt, andere einbindet und ein Ergebnis erreicht.
- Einzelpräsentationen – Kandidat erfüllt eine Rollenvorgabe gegenüber einer Gruppe von Beobachtern, die darauf achten, wie er strukturiert, sein Ziel verfolgt, die Beobachter anspricht und bei seinem Ergebnis bleibt.

- Feedbackgespräch – Beobachter konfrontieren den Kandidaten mit seinen tatsächlichen Verhaltensweisen und Ergebnissen, erzeugen eine reale Konfliktsituation, in der der Kandidat authentisch reagieren muss.

Die persönlichen Leistungen der Teilnehmer werden in diesen Übungen beobachtet, zwischen den Beobachtern abgestimmt und dokumentiert. Wenn alle Ergebnisse vorliegen, werden sie anhand des im Anforderungsprofil festgelegten Standards bewertet. Dadurch entsteht eine realitätsnahe Bewertung von Führungskräften und Nachwuchskräften, die die unternehmensspezifischen Anforderungen berücksichtigt.

#### **4 Training der Beobachter**

Das Training der Beobachter konzentriert sich auf den Beobachtungsprozess und die (abstinente) Rolle, die die Beobachter während des Assessment Centers einnehmen. Typische Beobachterfehler werden thematisiert, deren Vermeidung geübt. Die Funktion der Körperwahrnehmung speziell in Kontakt- und Feedbackübung wird anhand von Beispielen besprochen, zutreffende und nicht zutreffende Formulierungen von Körperausdruck differenziert und entsprechend eingeübt. Damit vergeht ein ganzer Arbeitstag, den die Unternehmen für diese Vorbereitung zugestehen. Keinen Raum gibt es für die differenzierte Betrachtung geschweige denn Einübung der Wahrnehmung von Körperausdruck in Anlehnung an Lowen's Charakterstrukturen. Der bioenergetisch ausgebildete Moderator des Verfahrens ist gewöhnlich der Einzige, der Beobachtungen hinterfragt und Körperwahrnehmungen der (Laien-) Beobachter entsprechend interpretiert und in die Gesamtbeurteilung einbringt.

#### **5 Teilnehmerverhalten und Ergebnisse**

Im Laufe eines Assessment Centers entsteht eine Sammlung verschiedener Aspekte des Teilnehmerverhaltens, die am Ende eine Gesamtaussage über den einzelnen Kandidaten zulassen. Folgt das Teilnehmerverhalten den üblicherweise bekannten Verhaltensschemata, so fällt die Entscheidung im Sinne von „geeignet – ungeeignet“ oder „förderungswürdig – nicht förderungswürdig“ leicht. Was aber geschieht,

- wenn Verhaltensweisen beobachtet werden, die auf den ersten Blick unlogisch erscheinen,
- die nicht zueinander passen,
- die anders sind als der Kandidat ansonsten in der Realität bekannt ist,

- für die es (auf den ersten Blick) keine Entsprechung im Anforderungsprofil gibt?

### 5.1 Exkurs: Das Johari- Fenster in der Personalentwicklung

Bei der Entwicklung eines Assessment Centers liegt ein besonderes Augenmerk auf bestimmten Verhaltensweisen, für die die Betriebswirtschaftslehre kein Modell hat, sondern für die Besonderheiten des persönlichen Verhaltens den Begriff der „black box“ verwendet, die sie nicht zu ihrem Erkenntnisgegenstand macht. Es bleibt der Bereich der klinischen Psychologie, der sich zuständig erklärt, in der betrieblichen Praxis aber nicht Fuß gefasst hat. Ein Erklärungsmodell aus der Erziehungswissenschaft für das Dilemma liefert das Johari- Fenster:

	mir bekannt	mir nicht bekannt
anderen bekannt	1	2
anderen nicht bekannt	3	4

Dieses Modell wurde von den Psychologen *Joe Luft* und *Harry Ingham* (Luft, 1977) entwickelt. Es gibt ein Muster wieder, das normalerweise der Erläuterung gruppendynamischer Selbsterfahrungsseminare dient. Es beschreibt folgende Quadranten:

#### **Mir bekannt / anderen bekannt**

Dieser Quadrant ist für eine genauere Betrachtung unerheblich, da offensichtlich nichts Neues ermittelt wird.

#### **Mir nicht bekannt / anderen bekannt**

Dieser Quadrant ist für den Teilnehmer interessant, da er etwas über seine Eigenheiten erfahren kann, die nicht in seinem bewussten Erleben liegen. Das geschieht im AC im Feedback. Für das AC sind diese Ergebnisse interessant, da sie über die Erkenntnisse aus einfachen Vorstellungsgesprächen bereits hinausgehen.

### **Mir bekannt / anderen nicht bekannt**

Dieser Quadrant ist für Teilnehmer und Beobachter interessant, weil er entweder verschwiegen werden kann oder aber dazu dient, Erklärungen über das Verhalten eines Probanden aus dessen Sicht zu liefern.

### **Mir nicht bekannt / anderen nicht bekannt**

Diese Koordinate wird üblicherweise vernachlässigt, da offensichtlich kein Zugang zu neuen Informationen besteht (s. black box). Sie ist aber sicherlich die Quelle für Fehlbeurteilungen und verdient mehr Beachtung; hier ergeben sich mit dem Hintergrund der Bioenergetischen Analyse zusätzliche Aspekte, die diesem Ansatz anderen Konzepten gegenüber zu besseren Ergebnissen verhilft.

Das Johari-Fenster ist auch geeignet, um die Komplexität von Beurteilungs- und Personalauswahlprozessen zu erläutern. Es ist deutlich, dass etwa die Hälfte aller möglichen Informationen über eine Person normalerweise nicht zur Verfügung stehen. Der dritte Quadrant steht nicht zur Verfügung, weil darin Informationen liegen, die nur dem Bewerber zur Verfügung stehen. Wenn er sie nicht preisgeben will, bleiben sie den Beobachtern unbekannt. Der vierte Quadrant steht ebenfalls nicht zur Verfügung, weil er weder den Beobachtern noch dem Kandidaten zur Verfügung steht.

In der Praxis kennt jeder die Auswirkungen dieses Phänomens („Echtheit und Kongruenz“). Bewerber können sich in den kurzen Sequenzen des Bewerbungsvorgangs zuverlässiger, ehrlicher, freundlicher... darstellen, als sie es in Wirklichkeit sind. Selbst in sehr umfangreichen Simulationen und Übungsabfolgen werden bestimmte Eigenschaften und Eigenheiten nicht evident.

## **5.2 Intuitive Entscheidungen**

Die Lösung besteht in der betrieblichen Beurteilungssituation darin, eine nachvollziehbare Verbindung zwischen „Verstand“ und „Intuition“ herzustellen, damit „Entscheidungen aus dem Bauch“ besser überprüfbar werden. Da die Entscheidungen so gut wie immer von Führungskräften des Unternehmens und damit von diagnostischen Laien getroffen werden, müssen Ungewissheiten im Vorfeld „abgefedert“ werden. Dazu ist eine angemessene Beobachterschulung erforderlich,

- damit die Beobachter im Assessment Center die Struktur und den Aufbau des Anforderungsprofils verstanden haben und genau wissen, welche Anforderungen auf der Zielstelle existieren.

- Die Beobachter sollten eigenen Aufwand an Selbsterfahrung betrieben haben, damit sie zumindest über die ersten drei Johari- Quadranten ihrer eigenen Persönlichkeit Bescheid wissen.
- Die durchgeführten Übungen sollten direkt und realistisch aus dem Aufgaben- gebiet der Zielstelle stammen.

### 5.3 Schlussbetrachtung

Es bleibt ein Punkt, mit dem ich noch einmal auf den vierten Quadranten des Johari-Fensters zurückkomme. Es ist sicherlich wahr, dass uns im menschlichen Verhalten einige Aspekte immer verborgen bleiben werden. Wie erkenne ich an einer verbalen Äußerung, ob das bewusste oder unbewusste spricht (conscious vs. unconscious)? Wie erkennt ein Beobachter, dass das, was er hört, Dinge in ihm anspricht, die mehr mit ihm zu tun haben als mit dem Probanden (transference vs. counter transference)? Hier wird das Know- How aus dem Erfahrungshintergrund der Bioenergetischen Analyse hilfreich, der sich auf frühe Entwicklungsstörungen bezieht, Störungen, die in der Zeit nach der Geburt angesiedelt sind und dem bewussten sprachlichen Zugang nicht zur Verfügung stehen. Hier geht es um die Separierung/ Abspaltung des Bewusstseins von den Gefühlen. Allerdings werden diese Hintergründe im betrieblichen Kontext eher oberflächlich behandelt, so dass es an dieser Stelle großen Nachholbedarf und Spielraum für methodische Verbesserungen gibt. Die Frage lautet:

Welches menschliche Verhalten sehen wir in Auswahlprozessen, wenn es zu Blockierungen zwischen seelischem Erleben und bewusstem Erleben gekommen ist? Wie variiert die Überzeugungskraft einer Person mit ihrer non- verbalen Haltung, mit Gestik, Mimik, Bewegung, Stimme und Tonfall? Darauf kennen wir einige Antworten, die uns die Therapieerfahrung gibt. In den Unternehmen sind sie aber vermischt mit Spekulationen; denn in der Anspannung eines Auswahlverfahrens steht es nicht zu erwarten, dass die Teilnehmer aufgeschlossen antworten, wie ein Bioenergetischer Analytiker das in seinen Workshops gewohnt ist. Für die betriebliche Praxis heißt das, dass wir es mit Phänomenen zu tun haben, über die es keine verbale Verständigung gibt, und die sich der realen Überprüfbarkeit entziehen.

Eine kleine Überraschung bleibt uns also erhalten.  
Zum Glück – wie im richtigen Leben!

## Literatur

- Bass, M. (1954): The Leaderless group discussion as a leadership evaluation instrument, in situational performance tests, in: *Personnel Psychology*, 7, S. 470- 477
- Bray, D.W. (1964): The management progress study, in: *American Psychologist*, 19, S. 419- 420
- Bray, D.W., Campbell, R.J., Grant, D.L. (1974): *Formative years in business: A long term AT & T study of managerial lives*, New York
- Clauer, J. (2003): Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung, *Psychotherapieforum* 11, S. 92-100
- Collignon, G. (1998): *Wie sag' ich's am besten*, Sieber Dialog. Jengen
- Fehr, T. (1998): Die persönlichkeitspsychologische Fundierung Bioenergetischer Typen, *Forum der BA*, S. 1- 19
- Heinrich, V. (1997): Körperliche Phänomene der Gegenübertragung, *Therapeuten als Resonanzkörper*, *Forum der BA*, 1, S. 32- 41
- Heinrich, V. (2001): Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie, *Psychotherapieforum* 9, S. 62- 70
- Jeserich, W. (1981): *Mitarbeiter auswählen und fördern, Assessment Center- Verfahren*, Handbuch der Weiterbildung für die Praxis in Wirtschaft und Verwaltung, München
- Lewis, R. (1996): *Bioenergetic Analysis and my voyage to self- discovery*, *Bioenergetic Analysis*, Vol. 7/ Number 1/ Fall
- Lienert, G.A. (1969): *Testaufbau und Testanalyse*, Weinheim, Berlin, Basel
- Lowen, A. (1988): *Bioenergetik*, Reinbek
- Luft, J. (1977): *Einführung in die Gruppendynamik*, Stuttgart
- Meyer, H.H. (1970): The validity of the in- basket test as a measure of managerial performance in: *Personnel Psychology*, S. 297- 307
- Michel, L. (1983): *Allgemeine Grundlagen psychometrischer Tests*, In: *Handbuch der Psychologie*, Bd. 6, *Psychologische Diagnostik*, Göttingen, 1964, S. 19- 70
- Neubauer, R. (1980): *Die Assessment Center Technik aus: Handbuch der Angewandten Psychologie*, Bd. 1 Hrsg., v. R. Neubauer L. v. Rosenstiel, München
- Resneck- Sannes, H. (2002): *Psychobiology of affects*, in *Bioenergetic Analysis*, 13, 111-122
- Scholz, G. (1994): *Das Assessment Center: Konstruktvalidität und Dynamisierung*, Göttingen
- Schulz von Thun F. (2004): *Miteinander reden 2* rororo
- Sollmann, U. (1999): *Management by Körper*, Rowohlt Taschenbuch- Verlag, Reinbek bei Hamburg

## Kontaktadresse:

Herbert Conze, Umlandstr. 15, D-51503 Rösrath, E-Mail [hc@bioenergetischeanalyse.de](mailto:hc@bioenergetischeanalyse.de),  
[www.selecta-kg.de](http://www.selecta-kg.de), [www.bioenergetischeanalyse.de](http://www.bioenergetischeanalyse.de)

**Ulrich Sollmann**

## **Bioenergetische Analyse in der Politikberatung**

### **Themenhorizont**

Konzepte der Bioenergetischen Analyse (BA) werden seit vielen Jahren in unterschiedlichen nicht-therapeutischen Feldern angewandt: Sport, Gesunderhaltung, Beratung von Führungskräften, Schwangerschaftsvorbereitung u. a. In meiner Praxis von Politikberatung stütze ich mich im Wesentlichen auf folgende Konzepte der BA:

- Konzepte der **Charakterstrukturen** als Grundlage zur Analyse des Zusammenspiels von nonverbaler Wirkung, Persönlichkeit und Handlungsmustern.
- Entwicklung von **Stresskompetenz**.
- **Sensibilisierung für körperbezogene Zugänge und für eine entsprechende handlungsorientierte Praxis.** Sensibilisierung meint einerseits Gespür und bewusste Wahrnehmung von körperlichen Prozessen und dem entsprechenden Zusammenspiel von Körpersprache, nonverbaler Wirkung, Charakterstruktur und Handlungsmustern andererseits. Dies wird dann auf das berufliche Rollenhandeln und den politischen Kontext bezogen.
- **Kommunikationsstrategisches Vorgehen auf der Grundlage nonverbaler, körperbezogener Prozesse.** Basis hierfür ist besagtes Zusammenspiel (siehe oben), aus dem sich Handlungsoptionen ableiten lassen, die abgeglichen werden müssen mit den politischen Zielen der Partei, des Wahlkampfes usw. Vereinfacht gesagt, meint dies: Der Politiker mit seiner Individualität, seinen spezifischen Handlungsmustern muss mit den politischen Zielen der Partei, dem Bedarf der jeweiligen Situation/des Kontexts korrespondieren. Geprüft wird, worin die gemeinsame Schnittmenge besteht, so dass Person, Politik und Partei sich deutlicher entsprechen, oder es muss geprüft werden, wie der jeweilige Politiker auf seine Art mit seinen persönlichen Zugängen und Handlungsoptionen den Interessen seiner Partei am ehesten gerecht werden kann. Hier ein Beispiel: Beim Coaching eines Spitzenkandidaten im Landtagswahlkampf gab es einerseits die klare Vorgabe der Partei „den Gegenkandidaten an die Wand zu nageln“, um zu siegen. Andererseits wurde durch das Coaching deutlich, dass der Spitzenkandidat aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur und seines Handlungsmusters dieses nicht einlösen konnte (Struktur: Analytiker und Erfolgreicher Typus). Aufgabe war es nun, zusammen mit den Spitzenkandidaten, aber auch der Partei, die Unterschied-

lichkeit von Rollen- und Verhaltensmustern herauszuarbeiten, um gleichzeitig eine gemeinsame Verhaltensstrategie zu entwickeln, in der beide Seiten miteinander korrespondieren, aber in ihrer Unterschiedlichkeit nicht aufgehoben werden. Anschließend ging es darum, im Coaching den Spitzenkandidaten diesbezüglich für die unterschiedlichen Handlungsfelder zu unterstützen (Wahlkampf, Medienkontakt, TV-Duell usw.). Gleichzeitig musste die Partei (enge Wahlkampf-Steuerungsgruppe) dies kommunikationsstrategisch entwickeln, um dies in die jeweiligen Aktionen des Wahlkampfs zu integrieren.

- **Vitalisierung von Kommunikationsprozessen und Beratungs-Setting.** Diese Vitalisierung wird gespeist durch die personenbezogene Herangehensweise, die körperbezogene Perspektive, die Entscheidung für die Personifizierung in der Politik. Alles wird getragen durch eine vertiefte Energetisierung durch den Körperbezug, sowie die gerade hierdurch bedingte sich stärker entwickelnde Überzeugungskraft/„Leidenschaft“ in der Selbst-Präsentation des jeweiligen Politikers. Je mehr dies gelingt, desto eher können Wahlkampfteam und Partei (sowie andere politische Handlungsfelder) „infiziert“ werden.

Grundsätzlich lassen sich folgende **Erfahrungen** verdichten:

- Die Klienten/Kunden begreifen unmittelbarer, plastischer und persönlich involvierter ihre Themen, die Analysen und Handlungsempfehlungen im Beratungs-/Coachingprozess.
- Man kommt schneller auf den Punkt, da der körperbezogene Zugang eine vertiefte Anschlussfähigkeit erzeugt.
- Hinzu kommt ein deutliches, engagiert geäußertes Interesse im jeweiligen (Medien-) Kontext am körperbezogenen Zugang. Konkret heißt das: die Neugier steigt. Die erhöhte Akzeptanz von Analyseergebnissen führt zur Bereitschaft, mehr davon zu erfahren bzw. den körperbezogenen Zugang verstärkt zu operationalisieren und zu nutzen.

## **Mediale Inszenierung und BA**

Seit 1995 habe ich das Konzept der medialen Inszenierung von öffentlichen Personen, insbesondere PolitikerInnen entwickelt. In diesem Konzept geht es um die Ermittlung, Beschreibung und Analyse der Art und Weise, wie öffentliche Personen in den Medien und durch die Medien abgebildet sowie inszeniert werden. Meine Aufgabe sehe ich darin, Analysen über das Zusammenspiel von nonverbaler Wir-



kung/Körpersprache, Persönlichkeit und Handlungsmuster hinsichtlich der jeweiligen öffentlichen Person zu erstellen. In der Regel beziehe ich mich dabei auf die Abbildung der entsprechenden Personen in den unterschiedlichen Medien (Print, TV, Hörfunk und Internet). Ich kenne die Personen, die ich analysiere nicht bzw. kenne sie nur aus der Distanz der Erwachsenenbeobachtung im öffentlichen Raum (sprich Parteitage, öffentliche Veranstaltungen u. a.).

Ich erstelle diese Analysen als Auftragsarbeit für einzelne Medien (Interview, Geschichte im Printbereich, TV-Portrait). Ich stütze mich, wie bereits erwähnt, auf die Konzepte der BA, um besagtes Zusammenspiel zu ermitteln, aber auch um die jeweiligen Personen den Medienkonsumenten bildhaft, d. h. körperbezogen vorzustellen. Die Medien favorisieren den Zugang, weil die Aussagen sprachlich komprimiert, fokussiert und anschlussfähig sind, weil sie darüber hinaus durch das Bildmaterial bzw. die Beschreibungen von „Körperlichkeit“ und Verhaltensmustern neues, vertieftes Medieninteresse wecken.

## **Erwachsenenbeobachtung**

Die Konzepte der BA, insbesondere das Konzept des Körperlesens/der Charakterstruktur, sind im therapeutischen Setting und für dieses entwickelt worden. Mein erster Schritt bestand daher darin, Terminologie, Analyseergebnisse und Zuschreibungen so zu formulieren, dass sie dem Kern der BA-Konzepte entsprechen, gleichzeitig eindeutig nicht-pathologisierend wirken. Klienten/Kunden, aber auch Medien, reagieren sehr sensibel und „hellhörig, sprich abwertend“ auf einen Defizit-Zugang zum Geschehen bzw. zu den handelnden Personen. Konzepte und Praxisberichte, die mit einer Defizit-Terminologie arbeiten, werden nicht akzeptiert, sondern kritisiert und abgewertet.

Ich habe daher in der Literatur seit einigen Jahren analog zu der Charakter-Terminologie von Lowen **positiv gesetzte Begriffe** entwickelt: Der **Analytiker**, der **Kommunikative**, der **Macher**, der **Verlässliche**, der **Erfolgreiche**. Diese Terminologie ist für jedermann verständlich insoweit, als jeder ohne eine weitere Erklärung ein spontanes Bild im Sinne eines Selbstverständnisses hinsichtlich der Denk-, Fühl- und Handlungsmuster entwickeln kann. Gerade hierdurch ist eine Anschlussfähigkeit möglich, die eine Voraussetzung ist, um überhaupt weiter arbeiten zu können bzw. den Kunden/den Politiker zu erreichen. Im Laufe der weiteren Arbeit dann (in der Literatur habe ich das dann im Einzelnen ausgeführt) lernt der Politiker sich und seine Denk-, Fühl-, Handlungsmuster näher kennen. Er erlebt sich, unterstützt durch

Körper-Übungen in der jeweiligen Struktur bzw. erkennt sich wieder, wenn wir gestützt durch eine Video-Analyse den Prozess im Einzelnen nacharbeiten.

Entsprechend der Säuglingsbeobachtung habe ich das **Konzept der Erwachsenenbeobachtung** entwickelt, um einerseits eine differenzierte Analyse erstellen, um andererseits hieraus operative Konsequenzen für den Beratungs-/Coachingprozess ziehen zu können. Operative Konsequenzen können folgende sein:

- Ausführliche körperbezogene Verhaltensanalyse sowie Bewusstmachung der eigenen Persönlichkeitsstruktur auf dem Hintergrund des Zusammenspiels von Körpersprache, nonverbaler Wirkung, Persönlichkeits- und Handlungsmustern
- Übungen vor der Kamera und Video-Analyse
- Analyse der medialen Inszenierung des Politikers mit dem Ziel der Ermittlung von Medien-Bildern, spezifischen Zuschreibungen, sowie Gespräch über die Erlebensdimension auf Seiten des Politikers
- Feedback bezogen auf die Analyse der medialen Inszenierung des jeweiligen Politikers, der Videomitschnitte durch bestimmte Vertrauenspersonen im Wahlkampfteam (z. B. Pressesprecher, persönlicher Referent, Wahlkampfleiter u. a.)
- Stressübungen, Selbst-Präsentation unter hoher Belastung vor der Kamera und anschließende Analyse des typischen Stress-Verhaltens und szenisches Anspielen von alternativen Situationen sowie „neuen“ Verhaltens (Körperausdruck, Mimik, Gestik und Rhetorik)
- Übertragung der Analyseergebnisse sowie Erfahrungen aus dem Video-Coaching auf die unterschiedlichen relevanten Verhaltensebenen: Führungsverhalten, Stresskompetenz, Verkörperung von Macht u. a.
- Gegebenenfalls Ermittlung der Denk-, Fühl-, Handlungsmuster des Kontrahenten und Ermittlung von Stärken, Schwächen, Ressourcen u. a.
- Gegenüberstellung der (körperbezogenen) Erfahrung der eigenen Person und deren Handlungsmuster einerseits und der Zielsetzung sowie kommunikationsstrategischen Ausrichtung im Wahlkampf andererseits.

Bei der Erwachsenenbeobachtung stütze ich mich auf folgende Konzepte/**Denkmodelle**:

- Bioenergetische Analyse
- Bewegungsanalyse

- Affektforschung
- Stress-Modell
- Systemtheoretischer Ansatz
- Mediale Inszenierung

**Körpersprache** in der Praxis der Erwachsenenbeobachtung, um nur einige wichtige zu nennen, umfasst folgende Bereiche:

- Erster Eindruck
- Körperausdruck als Reaktion, Interaktion und Kommunikation
- Phänomene von Körperausdruck, Mimik, Gestik usw.
- Ermittlung von Stimmigkeiten, Dissonanzen usw.
- „Besondere Auffälligkeiten“, Indikatoren, Besonderheiten
- Typisierungen, Mustererkennen,
- Übereinstimmung bzw. Differenz zwischen Wort/Inhalt/Körpersprache/Stimme
- Relevanz von Kontext/Rolle

Ich orientiere mich bei der Erwachsenenbeobachtung im politischen Bereich – geht es doch da gerade um die **Verkörperung von Macht** in der nonverbalen Kommunikation –, an der Vermittlung der eigenen Dominanz des Politikers durch die Art und Weise, wie er Aufmerksamkeit erregt und erzwingt. Dies geschieht im praktischen politischen Geschehen, aber vielfach auch auf der Bühne der Medienöffentlichkeit. Insoweit berührt die Erwachsenenbeobachtung in der Politik die Personifizierung der Politik. Im Verlauf des letzten Jahrhunderts gab es eine Entwicklung und unterschiedliche Gewichtung von Personifizierung und Politik. Meines Erachtens lassen sich 5 zentrale Entwicklungsschritte festhalten, sie werden jeweils symbolisiert durch international bekannte Politiker:

- Peron: Person als Mythos (Ikonografie)
- Reagan: Politik als Unterhaltung
- Blair: Politik als persönliches Gesicht
- Haider: Inszenierung des politischen Milieus
- Schröder: Politische Person durch Medienpräsenz

Erwachsenenbeobachtung als Beobachtung von erwachsenen Menschen im nicht-pathologischen Feld, muss meines Erachtens folgenden **Affektmodi** (Krause) entsprechen:

- Motorische Handlungstendenzen
- Physiologische Reaktionen
- Ausdrucksgeschehen/Ausdrucksverhalten
- Körperliches Erleben
- Semantik
- Szene zwischen sich und anderen

Insoweit geht es darum, situativ zusammengehörige Gefühle, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen zu ermitteln und zu analysieren, die sich im Gedächtnis zu funktionellen Einheiten im Sinne von integrierten Fühl-, Denk- und verkörperten Verhaltensprogrammen verbinden und in Verhalten und Struktur sichtbar werden.

Ich stütze mich in der Erwachsenenbeobachtung einerseits auf den realen Kontakt mit den Politikern und auf die mediale Inszenierung/Abbildung des Politikers im öffentlichen Raum andererseits. Das **Prozedere der Erwachsenenbeobachtung** über die Medienanalyse verläuft in der Regel in folgenden Schritten:

- beliebiger Beginn / phänomenologischer Ansatz
- relative Unschärfe in der Beobachtung
- periphere Wahrnehmung (Gestalt)
- (hinein-)fühlende Wahrnehmung
- Irritationen / Wiederholungen / Brüche usw.
- Beobachtung und Kontext
- Interaktion der Person mit anderen
- Bewusstsein: Situation ist immer Stress
- erster Eindruck und „zweiter“ Eindruck
- für eine Zeit nur durch eine Brille schauen (Betonung einer Perspektive)
- Suche nach funktionellen Entsprechungen
- Rückkopplung mit anderen Ebenen

- Prozess von Bedeutung / Differenz
- Zusammenspiel von Intuition („Experte“) und anderen (körpersprachlichen) Perspektiven
- Teilidentifikation der Medien (mit jeweils einer Dimension der Persönlichkeit der öffentlichen Person)
- hermeneutisch-zirkuläre Sinnfindung
- „innerer“ Dialog und „äußerer“ Dialog mit Partner / Journalist
- wer greift was später auf / wie ist die Reaktion in den Medien nach Portraitierung

## **Arbeitsfelder in der Politikberatung**

Während ich anfangs Analysen der medialen Inszenierung von PolitikerInnen sozusagen auf Distanz erstellt und diese in den Medien präsentiert habe, bin ich inzwischen im eigentlichen Bereich der Politikberatung tätig:

- Interviews mit Politikern, die ich analysiert habe zu meinen Analysen und Auswertung dieser Interviews.
- Konfrontation von Politikern mit meinen Analysen live im Fernsehen
- Gezieltes Coaching von Spitzenpolitikern bspw. zur Vorbereitung auf eine Landtagswahl oder auf eine bestimmte Funktion innerhalb der Partei
- Abstimmung von Coaching eines Politikers mit der Kommunikation/den Praxis-konzepten einer Partei
- Entwicklung kommunikationsstrategischer Perspektiven/Konzepte für eine Partei im Wahlkampf
- Entwicklung und Umsetzung eines Internet-Projekts im Wahlkampf ([www.charismakurve.de](http://www.charismakurve.de))

Grundsätzlich stütze ich mich in der praktischen Arbeit mit den Politikern auf meine Konzepte der Erwachsenenbeobachtung und der medialen Inszenierung. Hieraus ergeben sich verschiedene Zugänge zu den Stärken, Schwächen, Ressourcen und Besonderheiten der jeweiligen Personen. Es gilt dann diese zu entwickeln, zu unterstützen und persönlich so zu integrieren, daß sie zum bewussten Teil der eigenen politischen Praxis und dem eigenen Rollenhandeln werden. Wichtig ist dabei Stim-

migkeit i. U. z. einer aufgesetzten Form von Authentizität-Inszenierung, sprich „gutes Benehmen“, im Sinne eines als-ob-Verhaltens.

Da politisches Handeln sich oftmals im Raum starker Belastung abspielt, ist es wichtig darauf zu schauen, wie die PolitikerInnen unter Stress, unter hoher Belastung ziel führend reagieren. Die Entwicklung einer kontextbezogenen Stresskompetenz ist schließlich ein weiterer zentraler Fokus meiner Arbeit.

Der personenbezogene Zugang steht und fällt mit der engen Abstimmung mit der Partei, dem Wahlkampf, den Rollenanforderungen usw. Es gilt diese situativ mit einzubeziehen.

### **Internet-Projekt zur Bundestagswahl**

Im Internetprojekt [www.charismakurve.de](http://www.charismakurve.de) habe ich versucht, das Thema „Öffentliche Wirkung“ zu differenzieren, operationalisierbar für Bewertung zu machen und zu schauen in wie weit sich diesbezügliche (Medien-)Themen entwickeln. Das Projekt wird ab Anfang 2006 im Internet ausgewertet. Gleichzeitig fungierte das Projekt aber auch im Sinne einer Partei übergreifenden politischen Kampagne. Hat es doch gerade durch die Entwicklung spezifischer Themen selbst einen Einfluss auf die Meinungsbildung im Wahlkampf ausgeübt.

Das Projekt bleibt im Internet für Interessierte sichtbar. Unter dem Menüpunkt Archiv kann die Entwicklung der Befragung über die letzten acht Wochen vor der Wahl verfolgt werden. Unter dem Menüpunkt News findet man die komprimierte Auswertung der jeweiligen Wochenergebnisse, aber auch begleitende, kommentierende, vertiefende Artikel, Interviews, Berichte usw.

### **Politiker und ihre öffentliche Wirkung**

Der Bundestagswahlkampf 2005 war als Richtungs- und Personenwahlkampf ausgerichtet. Erfolg sollte die Partei haben, deren Kandidat v. a. persönlich überzeugend und medienwirksam in Erscheinung tritt. Das Zusammenspiel von sachlich-politischer Kompetenz und persönlicher Authentizität sowie Überzeugungskraft sollte das Charisma des jeweilig eigenen Kandidaten/der Kandidatin stützen.

Es geht also um Körpersprache, nonverbale Wirkung, Persönlichkeit und öffentliche Wirkung in der Politik. Politik braucht ein Gesicht, nämlich das Gesicht des Politikers, der diese Macht verkörpert. Politik ist immer vermittelte, wahrgenommene und

medial inszenierte Politik. Je differenzierter, plastischer und nachhaltiger Politik in den Medien abgebildet ist, desto eher haben Politiker, die besagte Politik verkörpern, eine Chance zu einem „anfassbaren, sichtbaren Politiker“ zu werden. Dieser sitzt dann, so könnte man meinen, schließlich neben dem Medienkonsumenten, sprich dem potentiellen Wähler, auf der Couch im Wohnzimmer vorm Fernseher. Beide sind sich auf eine seltsame Art und Weise vertraut, ohne sich jemals gesehen zu haben. Der Medienkonsument ist dabei der Überzeugung „Klar, den Politiker kenn ich doch“. Politik gewinnt über die Inszenierung durch die Medien, sowie die persönliche Inszenierung der jeweiligen Politiker in den Medien an Glaubwürdigkeit und Authentizität. Politik wandelt sich zur gefühlten, erlebten Politik und politische Entscheidungen wirken wie Entscheidungen für oder gegen Personen.

Kompetenz gewinnen PolitikerInnen dadurch, daß sie die Klaviatur des Zusammenspiels von nonverbaler Wirkung, Körpersprache, Persönlichkeit und Verhaltensmustern beherrschen. Sie lernen die Kunst: „ich selbst zu sein“ (als Persönlichkeit), „anders zu sein“ (im Rollenverhalten unterscheidbar) und „öffentlich zu sein“ (Öffentlichkeitskompetenz). Sie beherrschen ihren Job. Sie wagen es, öffentlich sensibel, aber auch öffentlich direkt und verantwortlich zu führen. Sie sind mediensicher und vertraut auf der Bühne der Öffentlichkeit. Durch ihren „Lead“ überzeugen sie, indem sie eine Richtung vorgeben und sich als Person so inszenieren (zur Wirkung bringen), daß sie Sicherheit in unsicheren Prozessen vorleben. Sie haben es gelernt, Spannungen in der Schwebelage zu halten und gleichzeitig den Mut wichtige Entscheidungen zu treffen. Auch wenn diese Entscheidungen nicht immer auf Gegenliebe stoßen. Je sensibler und bewußter diese Politiker und Manager sich sowohl ihrer Verhaltensmuster, als auch im Kern ihrer Persönlichkeit bewußt sind, desto anschlussfähiger sind sie im jeweiligen Kontext.

Dabei wirken sie weniger durch einen antrainierten, spezifischen Verhaltens-Code, der eher die Qualität von „gutem Benehmen“ hat. Statt dessen überzeugen sie als Typus durch ihre persönliche Haltung, ihren individuellen Habitus. Je glaubwürdiger, d. h. in sich stimmiger der jeweilige Typus sich darstellt bzw. wahrgenommen wird, desto höher ist die persönliche Wirkfähigkeit im öffentlichen Feld der Politik.

[www.charismakurve.de](http://www.charismakurve.de) bot ebenfalls die Möglichkeit, Schröder und Merkel virtuell-direkt Rückmeldung über ihre Ausstrahlung und Öffentlichkeitskompetenz zu geben.

Die Bewertung der öffentlichen Wirkung von Schröder und Merkel im Wahlkampf basierte auf wöchentlich jeweils neu ins Netz gestellten Fotos. Diese entstammten dem Foto-Pool einer großen Nachrichtenagentur (ddp). Somit wurde der Zugriff auf

die jeweils für die Öffentlichkeit verfügbaren bildhaften typischen Abbildungen der beiden Politiker ermöglicht.

Meine Analyse der Handlungsmuster von Schröder und Merkel basiert auf den BA-Konzepten auf. Schröder verkörpert eher die Muster des Kommunikativen und des Machers, Merkel die Muster der Kommunikativen und der Verlässlichen. Ich habe hierdurch angeregt jeweils 10 Fotos ausgewählt und diese ohne Kommentierung an die Fachjury geschickt. Die Fachjury kannte meine Analysen und Kategorien nicht. Insoweit war es natürlich interessant zu schauen, wie die Auswahl der Jury meine Analysen eher bestärkte oder aber nicht. Diese setzte sich aus namhaften Fotografen zusammen, die v. a. in Berlin im Politik-Kontext tätig sind. Die Jury wählte schließlich die Fotos aus, die zur Bewertung ins Netz kamen. Die dann im Netz präsentierten Fotos entsprachen der medialen Präsenz, d. h. worauf legten die Medien Wert um Schröder und Merkel bildhaft zu kommunizieren. In die Auswahl der Fotos floss meine auf BA-Konzepten beruhende Analyse ein, sowie die fachspezifische Kompetenz der Fotografenjury. Eine erste grobe Bewertung des Projekts zeigt, daß der bildhafte, körperbezogene Zugang zu den Personen Schröder und Merkel klar goutiert wurde. Ferner war die Unterscheidung in: Öffentliche Wirkung als Person und als Träger von Macht von wesentlicher Bedeutung, um zu einer differenzierten Einschätzung zu kommen. Diese Unterscheidung wurde in der Regel in den Medien nicht getroffen. Aussagen über die öffentliche Wirkung bleiben daher eher „schwammig“, nicht aussagekräftig.

Die hohe Beteiligung beim Internetprojekt (insgesamt mehr als 80000 Zugriffe innerhalb von 8 Wochen) zeigt, daß ein deutlich großes Interesse an dieser Perspektive/Zugang besteht. Somit indirekt natürlich auch an den zugrunde gelegten BA-Konzepte. Ohne diese wäre das Projekt nämlich nicht realisierbar gewesen.

Schließlich lässt sich eindeutig zeigen, welche Aspekte/Bewertungsergebnisse in den Medien aufgegriffen wurden und sich zu eigenständigen Themen entwickeln. Dies kann zu der Überlegung / Verifizierung führen, BA-Konzepte erfüllen in dem vorliegenden Praxisfeld nicht nur eine Analysefunktion sondern auch eine Handlungs stiftende, Prozess anregende Funktion.

Last but not least haben die User des Internetprojekts zeitnäher und personenbezogen klarere Aussagen über den Faktor „Personifizierung von Schröder und Merkel“ gemacht als es die Medien mit jeweils einer zeitlichen Verzögerung getan haben.



## Schlussfolgerungen

Meine Erfahrungen im Bereich mediale Inszenierung von PolitikerInnen und Politikberatung zeigen, daß:

- BA-Konzepte hilfreich sind, da sie zum Mittel der Analyse, kommunikationsstrategischen Planung und des operativen Handelns werden.
- Daher scheint es sinnvoll zu sein, Rolle und Funktion der BA konkreter und differenzierter auf den nicht-therapeutischen Bereich zu beziehen.
- Es gibt eine klare Akzeptanz bei den Medien, bis hin zur nachhaltigen Neugier. Einerseits werde ich als Experte angesprochen, um mich zu dem Thema Personifizierung in der Politik zu melden, andererseits hat sich gerade im Zusammenhang des Internetprojekts [www.charismakurve.de](http://www.charismakurve.de) gezeigt, daß Aspekte, Aussagen sowie Analyseergebnisse von anderen Medien aufgegriffen wurden und thematisch zu Themen verdichtet wurden
- Ein solches Interesse wächst auch bei Politikern und Parteien. Inzwischen gibt es Anschlussaufträge. Dies ist das beste Zeichen für die Akzeptanz der zugrunde gelegten Konzepte, somit auch der BA-Konzepte
- Der körperbezogene Zugang hilft (Medien-)Themen zu generieren und zu entwickeln, so daß sie vom Kontext sprich von der Gesellschaft für wichtig befunden werden.
- Die Erfahrungen könnten dazu ermutigen, BA-Konzepte auf andere nicht-therapeutische Bereiche zu übertragen und anzuwenden.

**Literatur:**

- 1987** „Grenzen der Belastbarkeit, Begründung, Planung und Durchführung eines bioenergetischen Trainings für Profifußballer“, in: „Leistungssport“, 4/87, Seite 54 ff.
- 1989** „Gymnastik für die Seele – Bioenergetik als Streßbewältigung“, Sendereihe in „Echo-West“ vom 31.07. – 05.08.1989, WDR
- 1990** „Die bürokratische Angst vor dem Körper. Bioenergetische Streßbewältigung in der Verwaltung – Eine Prozeßanalyse“, in: „Themenzentrierte Interaktion“, 2/1990, Seite 84 ff.
- 1991** „Bioenergetik: Gymnastik für die Seele“, in: „Weiterbildung 3/91“ Seite 24 ff.  
 „Streßkompetenz: im Einklang mit dem Streßprofil“, in: „Weiterbildung 5-6/91“ Seite 2 ff.
- 1992** „Körper- Sinne-Schule. Hat die Schule noch alle Sinne beisammen“, in: Pädagogik 12/1992, S.32ff
- 1994** „Bioenergetiktraining – Ein ganzheitliches Trainingsmodell“, in: „Leistungssport“ 2/94, Seite 48 ff.
- 1994** „Körper-Lernen in der Gruppe – Ein Weg zur Meditation“, in: „Gestaltpädagogik in der Schule“, Hamburg 1994, Seite 107 ff.
- 1997** „Management by Körper – Körpersprache, Bioenergetik, Stressbewältigung“, Orell Füssli Verlag, Zürich,
- 1997** „Das Energiegeheimnis“, in: Fit for Fun 11/1997, S. 180 ff.
- 1998:** „Mediale Inszenierung von Gefühlen“, in: Energie & Charakter, 28. Jahrgang, Heft 17/98, S. 82 – 97.
- 1998** „Persönlichkeitsentwicklung – Engagement für das Ganze“, in: Der Karriereberater 5/1998, WWP Verlag, 21. Jg., Niederkassel, S. 123-142
- 1998** „Persönliche Leistung als schöpferisches Werk (Personal Mastery)“, in: Der Karriereberater 10/1998, WWP Verlag, 21. Jg., Niederkassel, S. 155 ff
- 1999:** „Schaulauf der Mächtigen – Was uns die Körpersprache der Politiker verrät“, Knauer, München.
- 1999:** „Kohl wird zurückschlagen“ (<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,57713,00.html>)
- 2000:** „Das Drama der CDU – Die Fernseh-Bilder und das Bild der Angela Merkel“, Der Tagespiegel, 21.1.2000
- 2001:** „Scham und (Selbst-) Bemächtigung im öffentlichen Raum oder: Der medial inszenierte Körper“, in: „Bewegung und Bedeutung“, S. 133 ff., Claus Richter Verlag, Köln
- 2002:** „Körpersprache beim TV-Duell“ – „Bulldogge und Königspudel“ (<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,211016,00.html>)
- 2002:** „Knapp lebendig – Schröder und Stoiber im 2. TV-Duell“ (<http://www.politik-digital.de/edemocracy/wahlkampf/bundestagswahl2002/knapplebendig.shtml>)

**2003:** „Freie Sicht auf das Verborgene? Oder: Medien sollen krank machen“, in: „Körperbilder“ von Peter Geissler (Hrsg.), Sammelband zum 3. Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“, S. 211 ff., Psychosozial Verlag

**2004:** „Die Körpersprache von Condolezza Rice“ (<http://www.spiegel.de/politik/ausland/0,1518,300247,00.html>)

**2004:** „Unternehmen brauchen ein Gesicht“ (<http://www.manager-magazin.de/koepfe/artikel/0,2828,296183,00.html>)

**2004:** C. Schmalholz und Ulrich Sollmann, „Der peinliche Chef“, in: Manager Magazin 5/2004, S. 180 ff.

**2004:** „Der Ok-Test“, Mai 2004, ([www.manager-magazin.de/link/sollmann/](http://www.manager-magazin.de/link/sollmann/))

**2005:** „Mehr Ironie bitte“ (<http://www.politik-digital.de/edemocracy/wahlkampf/bundestagswahl05/InterviewmitUlrichSollmann050901.shtml>)

**2005:** „Ja, ich will!“ (<http://www.manager-magazin.de/unternehmen/artikel/0,2828,370020,00.html>)

**2005:** „Frau Merkel ist eine Politikerin der zweiten Reihe“ (<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,373076,00.html>)

**2005:** „Personalisierung/Personifizierung“, in: „Handlexikon Public Affairs“, Marco Althaus (Hrsg.) Seite 136-139 Lit-Verlag Münster 2005

Weitere aktuelle Texte und Analysen unter [www.sollmann-online.de](http://www.sollmann-online.de)

## **Kontakt:**

E-Mail: [sollmann.ulrich@cityweb.de](mailto:sollmann.ulrich@cityweb.de)

**Karl-Erich Pönitz**

## **Kranksein, Seelsorge und Bioenergetische Charakterstrukturen**

### **Vorbemerkungen**

Diese Ausführungen entstanden 2004/5 im Kontext eines Fortbildungskurses in „Körperorientierter Seelsorge“ am Seelsorgeinstitut der EKD (Evangelische Kirche in Deutschland) in Bethel. Dort hat die Geschäftsführerin dieses Instituts, Dr. Irmhild Liebau, das Konzept für einen Seelsorgekurs entwickelt, in welchem Pfarramtliche aus den Tätigkeitsfeldern Gemeinde, Krankenhaus, Strafvollzug usw. sich der Körperebene ihrer Arbeit verstärkt bewusst werden und sie in die Reflexion ihres Tuns mit ein beziehen können. I. Liebau ist nicht nur Pfarrerin sondern auch CBT und darauf ausgerichtet, die Bioenergetische Analyse in der Seelsorge und Seelsorgeausbildung einbinden zu können. Bei der Verwirklichung ihres Konzeptes wurde sie von Harald Stolzke und mir unterstützt (wir sind ehemalige Ausbildungskollegen der GBA Gruppe 8, Bispingen 1994-99).

Der nach diesem Konzept von uns durchgeführte Kurs erstreckte sich über anderthalb Jahre. Im Abstand von vier bis sechs Monaten kamen die TeilnehmerInnen viermal eine Woche lang zusammen, um über „Ressourcen und Lebensenergie“, „Aggression und Depression“ und „Krankheit, Tod und Trauer“ zu arbeiten. Neben vielen „Selbsterfahrungsanteilen“ und Körperübungen hatten die Teilnehmenden in Rollenspielen und „Supervision live“ Gelegenheit, Fälle aus ihrer eigenen Praxis zu den oben genannten Themen einzubringen. Sie erprobten dabei ihre Kontaktfähigkeit und nahmen wahr, was das Beziehungsgeschehen körperlich auslöst – bei ihrem Gegenüber und bei ihnen selbst.

Unsere Erfahrungen mit dem ersten Kurs dieser Art waren beeindruckend positiv. Sowohl den Kursleitern als auch den Teilnehmenden ist die Kombination von Körperarbeit, Theorie, Praxis und Reflexion oft wie eine Offenbarung vorgekommen. Manche allein auf der verbalen Ebene verhandelten Probleme erledigten sich wie von selbst, andere traten verstärkt auf. Z. B.: „Warum war ich so erschöpft nach diesem Gespräch? Warum fielen mir fast die Augen zu?“ oder: „Warum guckte mich jener Patient unverändert eiskalt an, obwohl ich mir die größte Mühe gab, mit ihm in Kontakt zu kommen?“

## Zur Bedeutung des Charakterstrukturmodells nach Lowen und Dietrich

Fragen dieser Art zogen unweigerlich Fragen nach dem zugrunde liegenden Menschen- und Persönlichkeitsbild nach sich. Die Verunsicherungen, die sich zwangsläufig aus einer solch tiefgehenden und konfrontativen „Arbeit“ ergeben, verlangen verstärkt nach Strukturierung und theoretischer Fundierung. Wir waren darauf vorbereitet. In der ersten Woche haben wir ausführlich auch „Theorie“ angeboten und dabei das der Bioenergetischen Analyse ursprünglich zugrunde liegende Persönlichkeitsmodell der „Charakterstrukturen“ dargestellt und diskutiert – ausgehend von *Alexander Lowens* Konzeption und den daraus folgenden Erweiterungen *Reinhold Dietrichs* (vgl Lowen 1988; Dietrich 2004).

Das Modell der Charakterstrukturen stieß auf starke Resonanz bei den SeelsorgerInnen und erwies sich als plausibel und praktikabel- sowohl für die Einordnung eigener persönlicher Problematik als auch der beruflichen. Es bot Halt und Orientierung in verwirrenden Situationen und barg oft den Schlüssel für auffällig-befremdliches Verhalten- sowohl bei den „Geistlichen“ selbst – als auch im Hinblick auf die Menschen, mit denen sie es zu tun hatten.

Mich verwunderte diese positive Resonanz nicht. Nach übereinstimmendem Echo konnten wir das „Charaktermodell“ glaubwürdig überbringen, – wohl auch deshalb, weil ich damit seit vielen Jahren erfolgreich arbeite. Meine eigene pastorale Entwicklung ist nicht denkbar ohne die Verstehenshilfen jenes Modells. Für die Bewältigung meiner Identitätskrisen als Pfarrer habe ich auch aus anderen psychologisch-psychotherapeutischen Bereichen viel Unverzichtbares erfahren – aus Gesprächstherapie, Psychoanalyse, Transaktionsanalyse, Gestalttherapie, Psychodrama usw. Den stärksten Eindruck aber hinterließ in mir die Bioenergetik- und dann im Rahmen meiner bioenergetischen Therapie (und später Ausbildung) das „Charaktermodell“.

U. a. faszinierte mich an diesem Modell der Versuch einer Typologie, in der nicht nur „Geist“ und „Seele“, sondern auch der „Leib“ in seiner Beziehung zu den ersten beiden Genannten mit berücksichtigt wurde. Mögen die Ergebnisse *Lowens* heute an manchen Stellen erweiterungs- und überholungsbedürftig sein, – das Unternehmen, seelische Tendenzen auch im Körper und in Körperhaltungen aufzuspüren, erwies sich für mich in meiner 18-jährigen Tätigkeit in der Krankenhausseelsorge als hilfreich. Sowohl in der „Fremdwahrnehmung“ von Patienten und Mitarbeiterschaft als auch erst recht in der „Selbstwahrnehmung“ zeigten sich die Beobachtungen *Lowens* als ein zuverlässiger „Kompass“. An den Beispielen des folgenden Referats, meine

Erfahrungen als Klinikseelsorger und Pastoraler Supervisor berücksichtigend, soll das stichprobenartig deutlich werden.

Als Zugang zu Chancen und Tücken von pastoraler Identität scheint mir das Charaktermodell auch gut geeignet zu sein. Ich hoffe, das in einem späteren Beitrag ausführlicher darstellen zu können. Hier sei nur angemerkt, was sich an Spannungen und Widersprüchen schon durch einen flüchtigen Blick auf jenes Modell und die in ihm aufgezeigten Tendenzen für „Geistliche“ zeigt. Von Pfarrern wird Rationalität und die Fähigkeit zur Distanz erwartet. Sie sind Amtsträger und sollen Abstand halten können („Schizoidie“ – Denkorientierung). Pfarrer sollen aber auch (viel!) Nähe ausdrücken können, Anteilnahme zeigen und Wärme aufbringen („Oralität“ – Bedürfnisorientierung). Sie sollen kompetent leiten und führen – fast immer, ohne dazu ausgebildet zu sein („Psychopathie“ – Kontrollorientierung). Sie sollen belastbar sein, viel „ertragen“ können und doch immer souverän und gelöst wirken („Masochismus“ – Belastungsorientierung). Sie sollen viel leisten – und möglichst nie versagen, aber Menschen, die versagt haben, Vergebung zusprechen. („Rigidität“ – Leistungsorientierung). Schon die (ansatzweise) Bewusstmachung dieses komplexen, z. T. in sich widerstreitenden, Erwartungshorizontes hat etwas Erhellendes!

### **Kurseinheit: Seelsorgerlicher Umgang mit Kranken und Charakterstrukturen**

Die nachfolgenden Gedanken zu „Kranksein, Seelsorge, Charakterstrukturen“ wurden als „Theorieeinheit“ in der vierten Woche den Kursteilnehmern vorgetragen. In ihnen wird der Versuch gemacht, einen spezifischen Zweig der Seelsorge, nämlich den seelsorgerlichen Umgang mit Kranken zu den „Charakterstrukturen“ in Beziehung zu setzen. Eine Veröffentlichung im „Forum der Bioenergetischen Analyse“ bot ich aus zwei Gründen an:

- a) Einmal, weil ich es für notwendig halte, dass nicht nur der gesunde, sondern auch der kranke Mensch in den Blickfeld der Bioenergetik gerät. Und sei es erst nur über eine bioenergetisch beeinflusste Seelsorge. Wenn ich recht sehe, ist die bioenergetische Dimension von physischer Erkrankung oder Beeinträchtigung selten thematisiert worden, geschweige denn in der Verbindung zu den „Charakterstrukturen“. So behandelt *R. Dietrich* in seinem „Labyrinth der fünf Charakterstrukturen“ letztere in Verbindung mit Beziehung, Beruf, Geld, Sexualität, Glaube und Liebe. Aber weder hier noch in seinem sonst hervorragenden, 803 Seiten starken Werk „Analytische Bioenergetik – Das Persönlichkeitsmodell der 5 Charakterstrukturen“ aus dem Jahre 2004 gibt es ein Kapitel oder Abschnitte über „Cha-

rakterstrukturen und (physische) Krankheit“. Dabei gehört das Krankwerden (sowie das Altern und Sterben) fundamental zum „bios“. Und die Charaktermuster und eingeschliffenen Verhaltensweisen dieses „bios“ haben Einfluss auf die Begegnung mit und die Bewältigung von Krankheit. Dass es in einem solchen Pilotprojekt wie unserem Betheler Kurs nur um Ansätze und erste Schritte in Erfahrung und Erkenntnis auf einem solch schwer zu durchdringendem Gebiet handeln kann, versteht sich von selbst.

- b) Zum andern suche ich den Schulterschluss zur bioenergetisch arbeitenden therapeutischen „Szene“. Als Seelsorger befinde ich mich in einem anderen Umfeld als dem der Therapie. Das „Setting“ der Seelsorge ist ein anderes – v. a. im Krankenhaus. Man trifft den Patienten häufig nicht öfter als einmal. Störungen sind vorprogrammiert. Ein Bettnachbar hört mit usw. Hier kann an Interventionen und Prozessen nicht ablaufen, was im beschützten Rahmen eines Therapieraumes möglich ist. Am Krankenbett kommt Bioenergetik vornehmlich in kleiner und kleinster Münze vor, was, wie ich zu zeigen hoffe, seinen eigenen Wert für Menschen hat. Auch für die seelsorgerlichen Tätigen selbst, die sich oft unter komplizierten Bedingungen immer wieder neu „erden“ müssen. Vielleicht wirkt es auf die Leser ermutigend und erfreulich, festzustellen, dass man sich mit der Bioenergetik nicht in einem therapeutischen Ghetto befindet, sondern dass es auch Ausstrahlung auf und Auswirkung in andere Bereiche helfender Berufe gibt.

Die Grundelemente der „Charakterstrukturen“ selbst werden nicht noch einmal dargestellt, da sie den Kursteilnehmern aus der ersten Kurswoche bekannt waren und weil sie in den Werken von *A. Lowen* und *R. Dietrich* gut nachlesbar sind.

## 1. Was ist Krankheit?

Krankheit ist eine Krise.

Was ist eine Krise?

Eine Krise ist ein Erdbeben.

Der Untergrund wackelt.

Das Fundament schwankt.

Welches Fundament?

Die Gesundheit!

Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Gesundheit ist das Fundament, auf dem wir existieren, – sie ist nicht das ganze Haus unseres Lebens, wohl aber dessen Grundlage.

Seelisch aktiviert Krankheit die drei „schwierigen“ Grundgefühle:

Angst – „Was soll aus mir werden?“

Ärger – „Was fällt dem da oben ein?“

Trauer- „Scheiden tut weh.“

Dem Krankheitsverlauf parallel entwickelt sich ein seelischer Prozess.

Die erstmalig von *Elisabeth Kübler-Ross* beobachteten Elemente von ausgesprochenen Sterbeprozessen finden sich auch hier: Leugnung – Aggression – Verhandlung – Depression (Trauer) – Ergebung (Zustimmung).

Bioenergetisch behindert die Lebensbedrohung den Energiefluss, indem sie die alten Angst-Muster (Charakterstrukturen) verstärkt. Und sie fördert den Energiefluss, indem sie die alten Muster hinterfragt, diese als teilweise unzureichend entlarvt, sie manchmal durchbricht und schließlich zu neuen Bewältigungsmöglichkeiten anreizt.

Eine aus der Bioenergetik gewonnene Grunderkenntnis sagt, dass der Energie fließt, wenn neuer Halt gefunden wird (Erdung).

## **2. Aufgabe der Seelsorge**

Ein „Ersatzfundament“ bieten!

Die Erdung verbessern!

(„Dein Fundament wankt, meins gegenwärtig nicht. Ich stehe fest und gebe dir Halt.“)

Wie ?

Indem Seelsorger/in sich Körperausdruck und Persönlichkeit des Kranken stellt.

Wahrnehmend

Aufnehmend

Einordnend

Würdigend

Klärend

Konfrontierend

Bioenergetisch heißt das:

Durch den gebotenen Halt wird dem Energiefluss des Kranken der entsprechende Raum eröffnet.

Die Gefühle müssen nicht mehr unterdrückt werden, sondern dürfen sein.



Sie dürfen, aber sie müssen nicht länger „eingefroren“ werden. Sie dürfen auch auftauen (Schizoidie)

Sie müssen nicht „überschwemmen“, sondern sie dürfen auch „eingedeicht“ werden (Oralität).

Sie müssen nicht um jeden Preis unten gehalten werden, sondern dürfen nach oben (Psychopathie).

Sie müssen nicht selbstquälerisch bleiben, sondern dürfen sich konstruktiv verwandeln (Masochismus).

Sie müssen nicht zurückgehalten werden, sondern dürfen auch anvertraut werden (Rigidität).

Auch „negative“ Gefühle bekommen ihr Recht.

Der Druck darf raus, der Atem darf fließen, und neuer Boden „unter den Füßen“ darf erlebt werden.

### **3. Charakterstrukturen und Kranksein**

Krankheit verfestigt zunächst die Charakterstrukturen in ihren Schwächen und in ihren Stärken, was sich auch im Verhalten gegenüber den Seelsorgenden auswirkt.

#### **Schizoidie**

Schwäche: Die Lösung von den Gefühlen behindert einen realitätsgerechten Umgang mit der Krankheit. Die Folgen sind: hartnäckiges Leugnen von Beeinträchtigungen, Widerstand gegen notwendig werdende Veränderungen, Prozessverweigerung, Gefahr des Zusammenbruchs. An schizoide Charakterzüge lässt sich denken, wenn das Nicht-wahr-haben-Wollen grotesk wird- eine Krebskranke z. B. im prae-finalen Stadium unbedingt auf der Teilnahme an einem Jubiläum besteht.

Stärke: Das Sich-vom-Leiden-Lösen kann in begrenztem Maße die Erledigung noch zu leistender Arbeit ermöglichen. Hier fällt mir ein Beispiel aus der Geschichte ein:

Der 52-jährige König Friedrich Wilhelm I. von Preußen sieht sich im Jahre 1740 dem Tode nahe. Er ist trotzdem imstande, eine Zeit lang weiter zu regieren. Während er im Rollstuhl sitzt und seine Beine absterben, konstatiert er scheinbar ungerührt: „Bis hierhin bin ich schon tot.“

## **Oralität**

Schwäche: Durch den Krankheitszustand wird das Bedürfnis nach Halt verstärkt. Besucher am Krankenbett fühlen sich festgehalten und dürfen nicht weggehen. Die Gespräche werden ausgedehnt, – auch wenn eigentlich nichts mehr zu sagen ist.

Stärke: Durch ihre Mund –Orientiertheit haben „Orale“ die Möglichkeit, „viel“ zu sprechen und dadurch sich selbst, bzw. ihre Not auszudrücken. Kommen sie in Kontakt mit ihrem Grundgefühl der Verlassenheit, kann ihnen gerade der mit Regression einhergehende Zustand von Krankheit die Gelegenheit bieten, sich noch einmal mit ihrem Verlassenheitsgefühl auseinander zu setzen.

## **Psychopathie**

Schwäche: „Negative“ Gefühle können schlecht angesprochen werden. Sie bleiben „unten“ und werden dort angestaut. Krankheit wird als Niederlage erlebt. Deshalb gibt es keine Lösung für das endgültige „Aus“, – es sei denn ein „theatralisches“ wie das dem sterbenden Kaiser Augustus nachgesagte: „Plaudite, amici, comoedia finita est.“ („Spendet Beifall, Freunde, das Theaterstück ist zu Ende.“)

Stärke: Da wo Aussicht auf Besserung besteht, kommt die im „Psychopathen“ wohnende Energie, „oben“ zu bleiben, zum Tragen und kann die Genesung befördern.

## **Masochismus**

Schwäche: Die „negativen“ Gefühle dominieren. „Masochistischen“ Kranken fällt es schwer, aus dem „Klagen“ herauszukommen, mögliche Verbesserungen anzustreben und über Abhilfe Freude zu zeigen.

Stärke: Die „negativen“ Gefühle können angesprochen werden. Es besteht eine lange Bekanntschaft mit dem Leiden, und dementsprechend ist man im Ertragen von Schicksalsschlägen geübt.

## **Rigidität**

Schwäche: Durch die mit Krankheit einhergehende Bedrohung wird die Scheu von „Rigiden“, sich ihren Gefühlen zu öffnen, verstärkt. Dies wiederum führt zu einer Fixierung der Fassade. Das in der Krankheit auftauchende Bedürfnis nach liebevollem Zuspruch und Trost mobilisiert alte Ängste vor der Hingabe an das Herz.

Stärke: Im Unterschied zu „schizoiden“ Kranken sind die „rigiden“ realitätsgerechter und können sich scheinbar problemlos auf die notwendigen Maßnahmen von Behandlung einlassen. Sie verfügen mitunter über beeindruckende Strategien, auch mit bedrohlichen Situationen umzugehen und fertig zu werden.

#### **4. Charakterstrukturen und Krankenseelsorger-Sein**

Die Begegnung mit kranken Menschen mobilisiert auch in Seelsorgern die Abwehrmechanismen ihrer eigenen Charakterstrukturen.

##### **Schizoidie**

**„Denken statt fühlen!“**

Schwäche: Es besteht eine Sperre, sich auf die (negativen und positiven) Gefühle des Kranken einzulassen. Emotionen, falls geäußert, werden ignoriert (auch Signale und Symptome).

Stärke: Der Kopf bleibt „oben“. Wo Wissen und Information, Übersicht und Struktur gefragt sind, ist die theoretische und intellektuelle Fundierung von „schizoiden“ Geistlichen willkommen und hilfreich.

##### **Oralität – „Fühlen statt Denken!“**

Schwäche: Das eigene Bedürfnis nach Nähe, Halt und Intimität macht manipulierbar, kann zur emotionalen „Ausbeutung“ führen und es entsteht. Verwicklungsgefahr. Irritierend wirken auf „orale“ Seelsorger distanzierte Patienten, die wenig oder gar keine Anteilnahme wollen.

Stärke: Einfühlsamkeit ist grundsätzlich gegeben und oft in hohem Maße vorhanden. „Orale“ Geistliche neigen dazu, von sich auf andere zu schließen und verfügen oft über viel emotionales Verstehen.

##### **Psychopathie – „Oben statt unten!“**

Schwäche: Es herrscht ein Mangel an Fähigkeit, Gefühle von „unten“ zuzulassen und damit angemessen umzugehen. Ängste und Frustrationen der Kranken werden übergangen, überspielt, bagatellisiert oder dramatisiert. –Hierhin gehört auch der ewig gute Laune und Optimismus ausstrahlende Krankenhauspastor, der allerdings auch

die Stärke hat, Kranke, die das brauchen, aufzumuntern – z. B. durch Witze. „Psychopathisch“ geprägte Geistliche verfügen oft über inszenatorische Begabung. Diese hat ihren Wert dort, wo nicht Auseinandersetzung und Thematisierung von Krankheit gefragt, sondern Ablenkung geboten ist.

### **Masochismus – „Unten statt oben“**

Eine Schwäche ist die ausschließliche Konzentration auf die Leid- und Schattenseiten des Krankseins. Es muss dem Patienten schlecht gehen. Bestreitet dieser, dass es ihm schlecht geht oder schränkt er es ein, ist man irritiert und neigt zur falschen Deutung eines „Widerstandes.“

Eine große Stärke ist die Fähigkeit, sich auf „untere Ebenen“ begeben und Klagen aushalten können. Damit einher geht die hoch zu schätzende Geduld und Belastbarkeit in der Begleitung.

### **Rigidität – „Helfen statt lieben!“**

Die Schwäche besteht darin, dass trotz äußerlich perfekter Gesprächsführung keine echte (authentische) Herzlichkeit im Kontakt mit dem Kranken entsteht und warme Gefühle nicht überkommen.

Die Stärke besteht in der Fähigkeit zur Strukturierung des Seelsorgekontaktes. „Rigide“ Seelsorger halten Abstand, behalten die Übersicht im Gespräch und kommen damit auch dem Kontakt-Sicherheitsbedürfnis der Kranken entgegen.

„Schizoide“ Seelsorger „können“ es vergleichsweise „gut“ sowohl mit „schizoid“ als auch mit „rigide“ gepolten Kranken,  
 „orale“ mit „oral“ oder „masochistisch“ geprägten,  
 „psychopathische“ mit „oralen“ und „masochistisch“ strukturierten,  
 „masochistische“ v. a. mit „Psychopathen“  
 und „rigide“ grundsätzlich (ohne Herzenskontakt) mit allen.

## 5. Was brauchen Kranke in ihren jeweiligen Strukturen?

a) These: Der „Schizoide“ fürchtet nichts so sehr wie Nähe und verlangt zugleich nach nichts so sehr wie nach ihr.

Im Krankheitsfall verstärken sich sowohl die Furcht als auch die Sehnsucht. Für die Seelsorge ergibt sich hier oft ein Balanceakt. Eröffnet Seelsorge zuviel Nähe, stößt sie auf Ablehnung und Abweisung, zeigt sie sich aber selbst distanziert, erweckt sie Misstrauen.

Entscheidend ist, dass die Seelsorgenden die Mechanismen und Reaktionsweisen des Schizoiden **verstehen** und einzuordnen wissen.

**Beispiel** – allerdings aus einer „indirekten“ Seelsorge: (Dieses und die folgenden Beispiele sind selbstverständlich anonymisiert und verschlüsselt)

*Eine entfernte Verwandte von mir verstand neulich überhaupt nicht, warum ihr lebensbedrohlich erkrankter, wesentlich älterer Freund nicht von seinem bald bevorstehenden Ende sprechen konnte. Er redete stattdessen nur von den nächsten gemeinsamen Reiseplänen. Obwohl ihr seine Distanziertheit auch früher schon nicht fremd war, reagierte sie im Gespräch mit mir regelrecht empört auf ihren Freund und hatte nicht wenig Lust, den Kontakt zu ihm einzuschränken oder abubrechen. Ich kannte diesen Freund. Immer schon war er mir als jemand erschienen, der ziemlich losgelöst von Gefühlen existierte. Er war jemand, mit dem auch ich „eigentlich“ keinen „richtigen“ Kontakt kriegte, weil er weder Gutes noch Böses an sich heran zulassen schien. Sein Gesicht wirkte maskenhaft und zeigte kaum Mimik. Ich wies jene Verwandte darauf hin, dass das Verhalten ihres Freundes nach meiner Einschätzung charakterlich-strukturell bedingt sei. Sie könne meiner Ansicht nach nicht erwarten, dass ihr Freund, nachdem er sein Leben lang emotional Distanz zur Realität gehalten hätte, sich nun seiner kritischen Lage adaequat zu stellen imstande sei. Es wäre nun die beste Hilfe in der Begegnung, ihn auch mit dieser Abwehr anzunehmen, zu akzeptieren und ... zu lieben. Die Verwandte konnte zu meiner großen Freude mit meinem Beitrag etwas anfangen. Sie hat ihren Freund weiterhin regelmäßig besucht, konnte ihn auch mit seinen irrealen Zukunftsvorstellungen annehmen und diese stehen lassen und kurz vor seinem Anfang November d. Jahres eingetretenen Tod noch eine bisher nie gekannte Nähe zu ihm und von ihm erleben.*

Die Chance nicht nur der Angehörigen, sondern auch der Seelsorge mit „schizoiden“ Kranken liegt darin, das „Verquere“, welches in der Krise oft besonders grotesk

zutage kommt, auszuhalten und im Kontakt mit diesem Menschen zu **bleiben**. Manchmal passiert es, dass sich ein solcher Mensch in dieser Lage zum aller ersten Mal in seinem Leben wirklich und echt geliebt fühlt und ....sein „schizoides“ Misstrauen fahren lässt.

Was **Berührung** des „schizoiden“ Kranken angeht, ist natürlich Zurückhaltung geboten, andererseits ist sie dort, wo die Barrieren sinken und das Vertrauen wächst, besonders hilfreich.

**Bioenergetische Perspektive** für den Kranken: **Vorsichtige** Wahrnehmungsübungen wären zu probieren, z. B.: „Was sagen Sie zu diesem Zimmer hier?“, „Wie schmeckt Ihnen das Essen?“ usw.

### **Voraussetzungen auf Seiten der Seelsorgerin/des Seelsorgers:**

(Vorher, nachher und wenn möglich, auch schon mal während des Kontaktes) Intensiver **Bodenkontakt**. Bioenergetisches Erden. Lösung von Muskelverspannungen in den Füßen und Beinen. Wiederholt tiefes Atmen

Flexibilisierung der **Gelenke**

**Augenausdruck überprüfen.** Augenübungen.

Bewusstmachung der **eigenen** schizoiden Anteile, d. h. der eigenen realitätsverleugnenden Tendenzen und der eigenen „verqueren“ oder „verrückten“ Verhaltensmuster.

Besonders wichtig: Humor! Lachen über sich selbst und den eigenen trickreichen Umgang mit unangenehmer Realität. Lächeln vorm Einschlafen hilft!

**b) These: Der „Orale“ fürchtet nichts so sehr wie *Begrenzung* und sehnt sich gleichzeitig nach nichts so sehr wie nach ihr.**

Begrenzung ist eine der Voraussetzungen, die er braucht, um letztlich den Halt finden, den er so sehr begehrt.

Das lässt sich besonders auch wieder im Krankheitsfall zeigen – und an der seelsorgerlichen Begegnung mit Kranken.

**Beispiel:**

*Eine Supervisandin (Krankenhauspfarrerin) investiert viel Kraft in ihren Kontakt mit den Kranken. Sie ist mittags, wenn ihre Zeit auf den Stationen vorbei ist, so erschöpft, dass ihr die anstehende Hausarbeit und ihre Kinder, die mit Erlebnissen angefüllt aus der Schule kommen, eine fast unerträgliche Last sind.*

*Sie berichtet von einer Patientin, deren Verhalten sie nicht begreift. Diese hätte einen starken Drang, sich mitzuteilen offenbart und praktisch „ohne Punkt und Komma“ geredet. Als Seelsorgerin habe sie sich dieser Patientin und ihren schweren Problemen hingebungsvoll gewidmet, sie sei bereitwillig auf ihre Themen eingegangen, aber als sie schließlich gegangen wäre, hätte die Patientin noch genauso traurig und hoffnungslos in ihrem Bett gelegen wie am Anfang. Dabei hätte sie als Krankenhaus-seelsorgerin den Eindruck gehabt, die Patientin möge sie und hätte ihren Besuch sehr begrüßt.*

*Ich frage meine Supervisandin, wie lange sie bei der Kranken gesessen habe. Sie antwortet: „Zwei Stunden!“ Als ich sie daraufhin „groß“ angucke, versteht sie bald selber, was sie tut. Sie überfordert sich selbst, indem sie so lange – zwei Stunden – zuhört. Und sie bleibt der Patientin schuldig, was diese dringend braucht: nicht nur Aufnahme des Gehörten durch die Seelsorgerin, sondern auch Bündelung des Gesagten, akzentuierte Strukturierung des Kontaktes und rechtzeitige Beendigung des Kontaktes für diesen Vormittag. So könnte sie jedenfalls erfahren, dass ihre so grenzenlos und unendlich erscheinenden Bedürfnisse und Probleme dort, wo sie auf den Punkt gebracht werden, wenn auch nicht mit einem Male lösbar, so doch zu überblicken und ansatzweise zu „händeln“ sind.*

*Jene Krankenhauspfarrerin macht inzwischen viel kürzere Besuche, strukturiert sie deutlicher, ist mit ihrer Arbeit zufriedener und wesentlich weniger erschöpft.*

Die Chance der Seelsorge im Umgang mit „Oralität“ liegt darin, Begrenzungen zuzumuten, ohne mit den üblichen Abbrüchen oder Überversorgungen zu reagieren. Die entschiedene und zugleich taktvolle Abgrenzung eröffnet die Möglichkeit für „orale“ Kranke, neue, positive Erfahrungen mit Ablösung zu machen. Nur im Rahmen einer klaren Struktur der Kontakte besteht Aussicht, an das tiefer liegende Leid des Oralen heranzukommen und es anzuerkennen.

Auf **Berührungswünsche** ist durchaus einzugehen, – um sie taktvoll zu begrenzen. („Ich möchte jetzt Ihre Hand loslassen, – wie ist das für Sie, wenn ich das tue?“)

**Bioenergetische Perspektive** für den Kranken: ihn behutsam auf seine eigenen Kräfte hinweisen und ihn so bald wie seinem Zustand angemessen wieder auf „seine Füße“ stellen!

### **Voraussetzungen auf Seiten der Seelsorger:**

Alles, was für „Schizoidie“ gilt, ist auch hier angesagt, da „Oralität“ u. a. schizoide Wurzeln hat – nicht nur abrupte Entwöhnung, sondern auch Überversorgung und Verwöhnung sind schließlich Zurückweisungen der wahren Bedürfnisse.

Darüber hinaus: Übungen für den **Mund-, Kiefer-, Nacken-, Schulter- und Arm-Bereich** („Ausgreifen!“), d. h.:

nehmen und verzichten, festhalten und loslassen, anlehnen und alleine stehen üben, sich die eigenen oralen Anteile und Verhaltensweisen bewusst machen.

**c) These: Der „Psychopath“ fürchtet nichts so sehr, wie nach unten zu fallen, und sehnt sich gleichzeitig nach nichts so sehr wie danach, sich vertrauensvoll fallen lassen zu können.**

Für psychopathisch strukturierte Menschen ist Krankheit einerseits besonders schwierig, weil sie von vorneherein Schwäche und Ohnmacht assoziiert. Das sind Zustände, in denen sich der „Psychopath“ ursprünglich als ausgeliefert und missbraucht erlebt hat. Auf der anderen Seite bietet Krankheit oft auch die Gelegenheit, narzisstische Bedürfnisse zu befriedigen, d. h. sich in den Mittelpunkt zu stellen und Macht über andere Menschen auszuüben – z. B. über die Angehörigen, das Pflegepersonal und auch über die Seelsorger/innen. Dementsprechend sind unter den sog. „schwierigen Patienten“ auch und gerade „Psychopathen“ zu finden.

Entscheidend für die Seelsorge ist, dass sie die oft schwer erträgliche Egozentrik und die daraus für andere entstehenden Rollenzuweisungen, auch von ihrer leidvollen Seite zu sehen imstande ist – ohne sich den Machtansprüchen zu beugen.

**Beispiel** aus meiner Zeit als Krankenhauspfarrer:

*Auf der Urologie liegt ein älterer Herr, der beim Personal ziemlich verhasst ist. Er sei arrogant und überheblich. Die Schwestern gingen nicht gerne in sein Zimmer, da er sie ständig belehre und zurechtwies. Als ich mich bei ihm vorstelle, zeigt er sich sehr erfreut. Mein eigener erster Eindruck ist absolut positiv. Allerdings fallen mir*



*seine Augen auf. Sie blicken so durchdringend, als könnte ihnen nichts entgehen und haben etwas „Zwingendes“. Der Patient entpuppt sich als ehemaliger Universitätsprofessor mit dem Fach „Literaturwissenschaften“. Da mich dieses Fach selbst sehr interessiert, kriegen wir schnell Kontakt. Ich gehe mehrfach hin. Die Begegnungen mit ihm sind für mich selbst anregend. Der Professor ist jedes Mal begeistert, wenn ich komme, hält nicht mit Schmeicheleien mir gegenüber zurück und ich kann die Klagen des Personals über ihn gar nicht mehr einordnen. Bis ich eines Tages selbst unter Druck gerate. Der Professor erwartet, dass der „so gute“ Kontakt zwischen uns selbstverständlich auch nach seiner Entlassung weiter besteht. Mein Gefühl ist, er sucht in mir einen Freund.*

*Nun ist es für mich damals eine feste Regel, mich in meinem Beruf auf Krankenhauskontakte zu beschränken und sie wirklich nur in absoluten Ausnahmefällen auf „zu Hause“ zu erweitern. In diesem Fall „schaffe“ ich es nicht, mich abzugrenzen. Ich gehe auf die Wünsche jenes Professors ein und unterhalte jahrelang, d. h. bis zu seinem 3 Jahre später eingetretenen Tod einen Kontakt zu ihm, der einerseits viel Bereicherndes behält, andererseits aber eine Quelle des Ärgernisses für mich bleibt. Ich kriege z. B. genaue Anweisungen von ihm, wann und wie oft wir uns zu treffen haben, und ich kann mich oft nur mit Mühe und mit diplomatischen Tricks seiner Dominanz entwinden. Echte freundschaftliche Gefühle habe ich für ihn nie aufbringen können.*

*Heute ist mir klar, dass ich diesem Patienten etwas Wesentliches schuldig geblieben bin. Nach meinem heutigen Stand zu urteilen, braucht dieser Patient nicht die willig-unwillige Erfüllung seiner Ansprüche und Wünsche. So schafft er sich keine Freundschaften, sondern gewinnt höchstens Vasallen. Was er braucht, ist einen respektvoll würdigenden Umgang mit seiner Erwartung an mich, der gleichzeitig klar bei der Ablehnung bleibt: „Ich werde Ihren Wunsch nicht erfüllen können. Als Krankenhauspfarrer beschränke ich mich auf die Kontakte hier im Haus. Und ich möchte die Menschen, mit denen ich es hier zu tun habe, gleich behandeln. Aber ich höre in dem, was Sie sagen etwas, was mich sehr berührt und etwas, dem ich mit hohem Respekt begegne: einen Wunsch nach Freundschaft und näherer Beziehung. Auch wenn ich Ihren Wunsch selbst nicht erfülle, bin ich doch ihm gegenüber nicht ohne „Antenne“ und würde gerne weiter mit ihnen darüber reden.“*

*Ich bin mir ziemlich sicher, dass jener Professor auf eine solche Antwort von mir damals eingegangen wäre und wir auf einer ganz anderen Ebene, nämlich auf der Ebene seines Lebensthemas weiter gesprochen hätten.*

Die Chance der Seelsorge im Umgang mit Psychopathie besteht in der Entscheidung, sich weder zu unterwerfen noch einfach den Kontakt abubrechen, sondern einen Blick zu haben für das tief sitzende Misstrauen des „Psychopathen“ und seine darunter liegende Angst, Scham und Einsamkeit. Wo er damit weder zurückgewiesen noch manipuliert, sondern wahr und ernst und aufgenommen wird, können am ehesten Ängste sich in Vertrauen verwandeln und die (selbst-) zerstörerischen Strategien abgebaut werden.

**Berührung** ist beim „Psychopathen“ mitunter erwünscht, wenn er der „Führende“ ist. Die Frage ist, wie weit Seelsorgerin oder Seelsorger sich einer solch „geführten“ Berührung aussetzen will. Berührung von anderen erträgt der „Psychopath“ erst, wenn er im Kontakt mit seiner leidvollen Seite steht.

**Bioenergetische Perspektive:** Vermutlich will der „Psychopath“ so bald wie möglich aus dem Bett aufstehen und das Krankenhaus verlassen (es sei denn, das Bett bietet ihm eine Macht-Demonstrations-Bühne!). Ermutigung zur passiven Seite des Liegen-Bleibens, bis er sich angemessen erholt hat, ist angesagt!

#### **Voraussetzungen auf Seiten der Seelsorger:**

Viele gute eigene Erfahrungen damit, „am **Boden**“ zu sein. Bioenergetische Bodenübungen wie „**fallen**“ und liegen, zu Boden gehen und aufstehen.

#### **d) These: Der „Masochist“ fürchtet nichts so sehr wie *Autonomie* und sehnt sich zugleich nach nichts so sehr wie nach ihr.**

Für den „Masochisten“ besteht die Gefahr, in der Krankheit ein „gefundenes Fressen“ zu sehen, das ihm seine negative Weltsicht bestätigt. Da er nicht daran glaubt, dass er selbst wirksam etwas zum Guten wenden kann, bestärken ihn gesundheitliche Beeinträchtigungen in seinem Pessimismus.

Als Krankenhauspatient wird ihm sein angepasstes Verhalten auf der einen Seite manche positive Resonanz eintragen, auf der anderen Seite wird es ihn angreifbar machen. Da sein Aggressionspotential blockiert ist, wird er sich schlecht wehren und wird er schlecht „für sich selber sorgen“ können – z. B. im Fall einer unsachgemäßen Behandlung.

„Masochistische“ Patienten versuchen oft indirekt ihre Aggressionen los zu werden und erblicken auch und gerade in der Seelsorge ein geeignetes Instrument und Ventil,

um sich Entlastung zu verschaffen. Dies ist für die Seelsorge (wie auch für das Personal überhaupt!) nicht angenehm.

Aber das kann nicht der einzige Grund sein, sich diesem Ausweg zu verweigern. Hilfreich für den Kranken kann es nur sein, auch dies Verhalten zu verstehen und Angebote zu machen, bei deren Annahme er seine eigenen Ressourcen und Selbstverantwortungskräfte entdeckt und mobilisiert.

### **Beispiel:**

*Eine Krankenhausseelsorgerin, die erst vor einigen Monaten ihren Dienst aufgenommen hat, berichtet mir in der Supervision von einer Patientin, die sie sehr beschäftigt. Die Patientin habe sich lang und ausgiebig bei ihr über das Krankenhaus beschwert, viele „Gravamina“ benannt und sich besonders über einen bestimmten Arzt beklagt, der sie ganz offensichtlich „falsch“ behandelt habe. Diese Patientin habe sie als Krankenhausseelsorgerin gebeten, mal mit dem Arzt reden und ihm „Bescheid sagen“.*

*Meine Supervisandin gesteht, dass sie von den Schilderungen der Patientin beeindruckt sei und innerlich auf ihrer Seite stünde. Einige der Missstände, die jene Patientin benannte, hätte sie selber schon registriert. Aber der Wunsch, sie solle mit dem Arzt reden, habe sie in innere Konflikte gebracht. Sie wolle der Patientin zwar gerne helfen, aber etwas Unbestimmtes in ihr warne sie, diesem Wunsch nachzukommen. Körperlich habe sie nichts Auffälliges an ihr wahrnehmen können, aber ihre Stimme hätte einen klagenden Ton verraten. Sie habe sich einer Entscheidung nur dadurch entziehen können, dass Angehörige ins Zimmer getreten wären, um einen Besuch zu machen. Wie solle sie als Krankenhausseelsorgerin beim nächsten Kontakt reagieren?*

*Schon während der Schilderung wird der Kollegin klarer, warum hier etwas nicht stimmt. Sie fragt sich nun: Warum spricht die Patientin nicht selbst mit dem Arzt? Aber sie antwortet sofort: Würde sie die Patientin dann nicht im Stich lassen und überfordern? Ich schlage vor: „Wie wäre, wenn Sie in der Tat eine Mittlerfunktion übernähmen, aber der Patientin folgendes sagten: Ich möchte diese Aufgabe so nicht übernehmen. Ich finde, dass es Ihre Sache ist, mit dem Arzt selbst zu sprechen. Aber wenn Sie das wollen und Sie mich darum bitten, bin ich bereit dabei zu sein – vorausgesetzt allerdings auch, dass der Arzt damit einverstanden ist.“*

*Die Kollegin kann sich diesem Vorschlag anschließen, fühlt sich gestärkt und geht so gewappnet erneut zu dieser Patientin. Erstaunlicherweise aber ist die Klage über den Arzt überhaupt kein Thema mehr. Stattdessen werden andere Beschwerden benannt, auf die meine Supervisandin nun aber vorsichtig und mit konstruktiven Vorschlägen reagiert.*

„Masochisten“ fühlen es oft instinktiv, wenn sie mit ihren indirekten Manövern nicht durchkommen, und schalten dann um. Die Angst davor, selbst „Farbe zu bekennen“, muss für die Seelsorge einfühlbar sein, gewürdigt und verstanden werden. Manchmal ist unerschrockene Konfrontation angesagt, damit sich die blockierte destruktive Aggression in konstruktive verwandeln und sich Autonomie, „aufrechter Gang“ und Selbstverantwortung entwickeln kann.

**Berührung** ist für den Masochisten mit Geschlagen-Werden oder der Furcht davor oder auch dem Wunsch danach behaftet. Deshalb ist Zurückhaltung geboten!

**Bioenergetische Perspektive:** Wenn es dem Kranken besser geht, ihn ermutigen, vom Liegen ins Stehen zu wechseln und auf die eigenen Füße zu kommen.

#### **Voraussetzungen auf Seiten des Seelsorgers/der Seelsorgerin:**

Sich die eigenen Aggressions-Hemmungen und -Ausdrucksmöglichkeiten bewusst machen.

**Bioenergetisch:** selbst gut geerdeten, aufrechten Stand einnehmen – und „aufrechten Gang“ „üben“! Vom Liegen ins Stehen kommen. Seine Arme gebrauchen. Sog. „Aggressions-Übungen“: auf den Würfel schlagen, „Bein schlagen“ (auf der Matratze), aus der Hüfte heraus treten.

Mit dem Rücken auf Rolle und/oder Atemschemel! Beckenübungen. Gesäß zusammenkneifen und loslassen.

#### **e) These: Der „Rigide“ fürchtet nichts so sehr wie *Herzenswärme* und sehnt sich nach nicht so sehr wie nach ihr.**

Der „Rigide“ wird mit Krankheit in der Regel relativ eindrucksvoll „fertig“ – wie er mit nahezu allem fertig wird, was ihm im Leben an Herausforderungen begegnet. Seine Perfektion und Souveränität darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch in ihm ein starkes Bedürfnis nach Wärme und Liebe wohnt, – ein Bedürfnis, das er

mitunter dann an sich heran lässt, wenn die Seelsorge auch mit der Stärke der Distanziertheit positiv umgehen kann und nicht „auf Nähe machen“ muss.

### **Beispiel:**

*Eine ältere Dame, die ich vor vielen Jahren im Klinikum besuche. Sie gehört zur Prominenz einer nahe gelegenen Großstadt. Ihr Name ist mir vorher schon geläufig. Ihre Familie gilt als besonders wohlhabend. Das Gespräch mit ihr beginnt stockend. Ich meine eine ziemlich deutliche Reserve gegenüber Pfarrern zu verspüren. Von Anfang an gibt es kaum Blickkontakt zwischen uns- ihre Augen weichen mir aus. Die Atmosphäre wird besser, als ich nicht lange beim Thema „Krankheiten“ verweile, sondern das Gespräch auf andere, allgemeine Themen lenke. Die Kranke zeigt sich als sehr versiert und interessiert in Fragen der Politik, Wirtschaft und Finanzen. Es ergeben sich eine Menge Anknüpfungspunkte zu Diskussionen, in denen wir nicht immer, aber oft einer Meinung sind. Sie fragt auch kurz nach meiner Tätigkeit, – aber ich spüre sofort: meine Antwort braucht nicht allzu ausführlich zu sein.*

*Bei einigen weiteren Besuchen gestaltet sich die Szene ähnlich. In einem Gespräche fällt einmal eine Äußerung von ihr, dass sie von „Psychokram“ nichts halte. Ich kann das so als ihre Meinung respektieren, wie sie es sagt, mache aber auch deutlich, dass ich selbst da ganz anders denke und selber „psychologisch“ engagiert sei. Sie lässt das so stehen. Ich werde freundlich, höflich und etwas reserviert behandelt. Nach meinen Besuchen bin ich im Großen und Ganzen sicher, mich gut vertreten zu haben, bin aber unklar, was die Patientin davon gehabt hat.*

*Im Nachhinein bin ich sehr froh, sie nie danach gefragt zu haben. Indirekt wurde mir später deutlich, wie angebracht es war, auf die Distanz eingegangen zu sein und sie ausgehalten zu haben. Sie muss mich wertgeschätzt haben aufgrund meiner Besuche, denn eines Tages – 10 Monate nach ihrer Entlassung – stirbt ihr Mann, und sie bittet mich, obwohl ich nicht zuständig bin, um die Beerdigung. Für mich ist das eine hohe Ehre, die mir nicht nur schmeichelt, sondern mich auch in meinem bisherigen Vorgehen bestätigt. Mir gelingt es einigermaßen, sowohl bei den Kontakten vorher und nachher als auch in meiner Beerdigungsansprache nüchtern und sachlich zu bleiben und gehe von der Annahme aus, dass sie und ihre Angehörigen genau das brauchen („Nur nicht auf die Tränendrüsen drücken!“)*

*Als ich mich nach der Beerdigungsnachfeier von ihr verabschiede, hätte ich gerne ein Lob von ihr gehört. Aber sie bedankt sich nur kurz und formell und entlässt mich.*

*Ich bin etwas frustriert über diese Reaktion angesichts der vielen Mühe, die ich mir mit meiner Ansprache gegeben habe. Aber einige Wochen später ruft sie mich an und bittet mich, mal vorbei zukommen. Eine Anstandsfrist einhaltend geh ich hin ....und sie überreicht mir eine in dieser Höhe völlig unerwartete Spende für meine Arbeit im Krankenhaus! Aufgrund meiner bisherigen Erfahrungen mit ihr bin ich mit meinen Dankbarkeitsbekundungen zurückhaltend. Aber in diesem Gespräch ist ihre Trauer und Betroffenheit erstmalig direkt spürbar und ihre Tränen vermag sie nicht mehr zurückzuhalten. Viel Vertrauen von ihr zu mir habe ich bei anderen späteren Anlässen erlebt.*

**Berührung** von „Rigiden“ ist oft erst nach einer ganz langen Anlauf-Zeit des Warm-Werdens möglich und angemessen.

**Bioenergetische Perspektive:** lernen, sich „Gutes tun“ zu lassen, – **nehmen** lernen.

**Voraussetzungen auf Seiten der Seelsorger:**

Zugang zur eigenen „Herzlichkeit“ bei gleichzeitiger Fähigkeit, „Kälte“ aushalten zu können und sich nicht von ihr irritieren zu lassen.

**Bioenergetisch:** Arbeit mit Rolle oder Atemschemel an den „Ringen“ um Brust, Rücken und Herz.

**Schlussbemerkung**

(Erneute) „Warnung“ – auch und gerade an die Seelsorge: Charakterstrukturen begegnen uns seltener „rein“ verwirklicht als in den unterschiedlichsten Mischformen. Sie dürfen nicht als „Etikette“ dienen und noch weniger dürfen sie wie „Dogmen“ behandelt werden. Sie sind jederzeit als solche hinterfragbar und können nur unter dieser Voraussetzung Orientierungshilfen sein für neue, fruchtbare zwischenmenschliche Begegnungen.

**Literatur (Auswahl):**

Dietrich R. (1999) Das Labyrinth der fünf Charakterstrukturen, Elixhausen

Dietrich R. (2004) Analytische Bioenergetik, Das Persönlichkeitsmodell der 5 Charakterstrukturen, Elixhausen

Heinrich V. (1997) Körperliche Phänomene der Gegenübertragung – Therapeuten als Resonanzkörper, „Forum der Bioenergetischen Analyse“, 1/97, S.32 ff.

Klessmann M./ Liebau I. (1997) Leiblichkeit ist das Ende der Werke Gottes, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Liebau I. (2003) Körperpsychotherapeutische Elemente als Ausdrucksformenganzheitlicher Seelsorge, „Wege zum Menschen“, Monatszeitschrift für Seelsorge und Beratung, helfendes und soziales Handeln, Heft 7, Göttingen

Liebau I. (2003) Bioenergetische Analyse und Seelsorge, „Forum der Bioenergetischen Analyse“ Heft 2003, S.3,ff

Lowen A. (2002) Bioenergetik – Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper, 22.Auflage, rowohlt: Hamburg

Lowen A. (1988) Körperausdruck und Persönlichkeit, Kösel: München

Lowen A./Lowen L. (2003) Bioenergetik für jeden, Das vollständige Übungshandbuch, 13. Auflage, Peter Kirchheim: München

Riemann F. (1976) Grundformen de Angst, 9.Auflage, München

Tasche J./Weber R. (2002) Braucht die Bioenergetische Analyse ein neues Paradigma?, „Forum der Bioenergetischen Analyse“ 1/2002, S.5 ff.

**Kontaktadresse:**

Karl-Erich Pönitz, Paracelsusstr. 6, D-42549 Velbert, Tel./Fax: +49/+2051/20 79 62,  
E-Mail: karl-erich.poenitz@gmx.de

**Moses Steinvorth**

## **Bioenergetik in der Psychoonkologie**

Seit fast 20 Jahren arbeite ich jetzt psychotherapeutisch mit krebserkrankten Menschen. Meine bioenergetische Ausbildung hat mir dabei immer wieder geholfen. Ich möchte deshalb schildern, warum ich die Bioenergetik für einen wertvollen therapeutischen Ansatz in der Psychoonkologie halte.

Wir verdanken *Wilhelm Reich* wichtige Hinweise auf psychosomatische und bioenergetische *Zusammenhänge zwischen Krebserkrankung und stiller Resignation* eines Menschen. Er schrieb:

“Resignation ohne offenen oder geheimen Protest gegen die Versagung der Lebensfreude muss also als eine der wesentlichsten Grundlagen der Schrumpfungsbipathie angesehen werden. Die biopathische Schrumpfung wäre demnach eine Fortsetzung chronischer charakterlicher Resignation im Bereiche der Zellplasmalfunktion“ (vgl. Reich 1994, S.223-4).

Psychotherapeutisch gesehen bedeutet das: Lust, Lebensfreude, Bewegung, Expansion, Kontakt und allgemein „Lebendigkeit“ können bei der Krebserkrankung einen machtvollen Heilfaktor darstellen. Dafür bietet die Bioenergetische Analyse dem Therapeuten ein reichhaltiges Repertoire an therapeutischen Konzepten und Techniken und stellt daher einen therapeutischen Ansatz dar, der in der Psychoonkologie mehr Beachtung verdienen sollte.

„Bewegung“ wird ja als Heilfaktor in der Psychoonkologie seit Jahren ohne Ende diskutiert und immer neu angepriesen (erst kürzlich fand ich in einer Medizin-Zeitschrift die große Überschrift: „Regelmäßiges Sporteln hilft gegen Mammakarzinom“). Hier hätte die Bioenergetische Analyse mit ihren Perspektiven eine Menge beizutragen, z. B. über die *Bedeutung der Lust bei der Bewegung* oder über die *Bedeutung unwillkürlicher Bewegungen*, die m. E. gerade bei der Aufarbeitung von traumatischen Erfahrungen eine große Rolle spielen. (Und man sollte nicht vergessen: Krebs ist ein Trauma!)

**Beispiel:** Da liegt ein junger Mann auf meiner Couch mit einem Glioblastom – einem sehr schnell wachsenden Hirntumor. Seine Überlebenschancen sind sehr schlecht. Ich lasse ihn mit den Beinen auf die Couch schlagen und dabei ausrufen „Ich will leben“. Der junge Mann bringt diesen Satz kaum über seine Lippen: er kommt wie geflüstert, während der Beinschlag durchaus kräftig wirkt. Am Ende dieser Übung ist der junge Mann tief erschüttert: er hat gerade sein Studium erfolgreich beendet und seine erste



Stelle angetreten, er liebt seinen Beruf und seinen kleinen Sohn. Er war bis jetzt davon überzeugt, dass er wirklich am Leben hängt. In der Übung hat er deutlich gespürt, dass das nicht stimmt und dass er sich bisher etwas vorgemacht hat.

Ein Jahr später lebt dieser junge Mann immer noch (er hat inzwischen zwei schwere Hirnoperationen überstanden) und er sagt zu mir: „Ich habe in diesem Jahr gelernt, mein Leben zu lieben.“

Meines Wissens ist die Bioenergetische Analyse die einzige Therapie-Form, die mit dem Konstrukt „*Lebendigkeit*“ arbeitet. Dieses Konstrukt vermittelt zwischen „Krankheit“ und „Gesundheit“, es ist im Grunde ein psycho-biologisches Konzept. Die Medizin kennt in ihrer Pathologie-Orientierung kein Konzept von „Lebendigkeit“ und auch der traditionellen Psychotherapie ist dieses Konzept fremd. Der bioenergetische Ansatz mit seiner Nähe zur Biologie hat hier also etwas Besonderes zu bieten, das für krebserkrankte Menschen sehr nützlich und wertvoll sein kann.

*Reich* hat den Krebs einmal als „Lusthunger“ bezeichnet, eine interessante bioenergetische Sichtweise, wenn man „Lust“ nicht nur als „sexuelle Lust“ missversteht. Mit seiner Betonung der Lebensfreude befindet sich Reich übrigens schon in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts in erstaunlicher Nähe zu dem psychoonkologischen Konzept eines der erfahrensten und erfolgreichsten Psychoonkologen der Welt:

*Lawrence Leshan* entwickelte in den 70er Jahren ein Konzept, in dem er „Lebensfreude“ und „Selbstverwirklichung“ in den Mittelpunkt seiner therapeutischen Arbeit mit Krebspatienten rückte – und er war damit außerordentlich erfolgreich. In einem Interview mit der Zeitschrift „Psychologie Heute“ im Jahre 1992 sagte *Leshan*:

„Wenn es ein Wort, einen Begriff gibt, der als wichtigste Kraft für das Immunsystem wirkt, dann ist das Enthusiasmus, Begeisterung. Das heißt, sich nach dem Aufwachen morgens auf den Tag freuen, sich Ziele setzen, kreativ und aktiv sein, etwas mit anderen unternehmen wollen. Die therapeutische Arbeit besteht darin, mit dem Patienten zusammen diese Lebenslust, Lebensfreude zu entwickeln – auch angesichts der schweren Erkrankung.“

Die moderne psychoimmunologische Forschung gibt *Leshan* Recht, denn eine chronisch negative Gefühlsbilanz kann das Immunsystem geradezu lähmen, während positive Gefühle dem Immunsystem wieder neuen Schwung vermitteln. „Lebensfreude“ ist also tatsächlich immunwirksam.

Ich finde es auch heute noch wegweisend und durchaus ernst zu nehmen, wenn *Reich* den Krebs als eine biologische Grundstörung zu begreifen versucht. (Die moderne

Chrono-Biologie tut nichts anderes und kommt zu interessanten Ergebnissen, z. B. dem Ergebnis, dass Frauen, die eine Brustkrebs-OP durchmachen müssen, ein nur etwa halb so großes Rezidiv-Risiko haben, wenn sie in der zweiten Hälfte ihrer Periode operiert werden statt in der ersten Hälfte). *Reich* hat uns auch sehr dezidiert auf die Möglichkeit der „abgespaltenen Energie“ (z. B. der sexuellen Energie als Auslöser für eine Krebserkrankung) aufmerksam gemacht. Und auch wenn er in mancher Hinsicht ein Fanatiker war und über den Krebs Aussagen gemacht hat, die kein vernünftiger Mensch ernst nehmen kann, so bin ich doch der Ansicht, dass *Reich* ein wichtiger *Wegbereiter eines ganzheitlichen Verständnisses vom Krebs-Geschehen* ist und ihm Unrecht getan wird, wenn seine Veröffentlichungen zum Thema „Krebs“ in Bausch und Bogen abgetan und als fanatischer Unfug verurteilt werden.

Der wichtigste Grund liegt für mich in einem *energetischen Verständnis des Krebs-Geschehens*: „Krebs“ stellt sich für mich energetisch dar als „abgespaltene“ Energie, d. h. eine Energie, die nicht mehr dem Gesamt-Organismus dient, die dem Organismus entfremdet ist und sich destruktiv gegen ihn wendet. Wir können das so verstehen, dass diese Energie durch ihre Desintegration *destruktiv wird*. Das bedeutet, wenn es uns gelingt, diese Energie zu re-integrieren, dann verliert sie wahrscheinlich ihren destruktiven Charakter und kann wieder im Sinne des Gesamt-Organismus „resozialisiert“ werden.

Wenn diese Grundannahme stimmt, dann kommt es sehr auf die Qualität dieser Energie an und die kann sehr verschieden sein, je nachdem, was der betreffende Mensch in seinem Leben abgespalten hat. Es wäre dumm und fahrlässig, immer davon auszugehen, dass es sich um sexuelle Energie handelt (Ich hoffe, die heutigen Bioenergetiker machen diesen Fehler nicht mehr). Die Kunst des psychoonkologischen Therapeuten würde dann darin bestehen, mit dem Klienten gemeinsam herauszufinden, welche Energien er im Laufe des Lebens abgespalten hat und ihm zu helfen, diese Energien zu re-integrieren.

Ich persönlich habe häufig bei meinen Patienten den Eindruck, dass die Krebs-Energie all die Kräfte repräsentiert, die das „wahre Selbst“ des Patienten einst zurückgewiesen haben und all den archaischen Schmerz, die Wut und die Trauer über diese Zurückweisung. Für mich ist der Krebs also häufig der Ausdruck einer Selbst-Pathologie im Sinne *Heinz Kohuts*, von dessen therapeutischer Grundhaltung ich sehr viel für die Arbeit mit krebserkrankten Menschen gelernt habe. Ich würde aber nie behaupten wollen, dass diese Sicht der Dinge bei *allen* krebserkrankten Menschen zutrifft. Vielmehr bin ich nach wie vor der Überzeugung, dass die spezifische Art der

abgespaltenen Energie bei jedem einzelnen Krebspatienten mit ihm zusammen herausgefunden werden muss und möchte davor warnen, sich voreilig auf irgendeine Hypothese fest zu legen.

Wenn man die Krebserkrankung als abgespaltene Energie betrachtet, die vom Organismus re-integriert werden muss, um wieder „heil“ zu werden, dann folgt daraus für mich auch, dass man „Krebs“ nicht „bekämpfen“ und „besiegen“ kann. Denn Energie kann nicht „vernichtet“ sondern nur verwandelt, nur „transformiert“ werden.

Auch hier könnte die Bioenergetik einen wichtigen Beitrag leisten für eine andere Kultur im Umgang mit dieser Energie, denn die öffentliche Diskussion ist immer noch durchsetzt von einem ausgesprochen kriegerischen Vokabular mit europäischen „Feldzügen“ gegen den Krebs usw. und die Medizin möchte den Krebs immer noch „vernichten“.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal *Wilhelm Reich* zitieren, der in meinen Augen manchmal ein Visionär war, auch in Bezug auf den Krebs. Er schrieb 1940:

„Es ist uns immer angenehm, eine Krankheit scharf vom Gesunden abzugrenzen, den spezifischen Erreger oder die spezifische Ursache zu finden. Wir fühlen uns dann sicherer, denn es gibt demzufolge Organismen, die davon frei sind. Aber diese Auffassung ist falsch, und sie verhindert wichtige Einsichten in das Wesen der Immunität, d. h. der natürlichen Abwehrfunktionen des lebenden Organismus, seiner orgonotischen Potenz. Es ist nicht richtig, dass es seelisch Gesunde hier und seelisch Kranke dort gibt. Und es ist nicht richtig, dass es ‚Krebskranke‘ hier und ‚Krebsfreie‘ dort gibt. Jeder ‚Gesunde‘ hat in der Tiefe seine katatonen Mechanismen und seine T-Bazillen. Die Grenze ist unscharf, und die Frage verschiebt sich von spezifischen ‚Ursachen‘ und spezifischen Erregern der Krankheiten zur orgonotischen Abwehrfunktion gegen Krankheiten. Wir müssen erst die Gesundheit begreifen, ehe wir Krankheiten zu heilen versuchen.“ (vgl. Reich 1940, S.287)

**Literatur:**

Kohut, H. (1981) Die Heilung des Selbst, Suhrkamp: Frankfurt

Leshan, L. (1993) Diagnose Krebs: Wendepunkt und Neubeginn. Kösel: Stuttgart

Leshan, L. (1992) Interview in PSYCHOLOGIE HEUTE 6/1992.

Steinvorth M.G. (1999) Im Körper zu Hause, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Steinvorth M.G. (2003) Psychoonkologie in freier Praxis, Deutscher Psychologen Verlag: Bonn

Steinvorth M.G. (2004) Die Krebsreise, CD: Krebs – eine Reise ins Unbekannte. Syringa: Wien

Reich, W. (1994) Der Krebs. Kiepenheuer & Witsch: Köln

**Kontaktadresse:**

Moses Günter Steinvorth, Anichstr. 34, A-6020 Innsbruck, Tel.: +43/+512/571224,

E-Mail: [info@steinvorth.at](mailto:info@steinvorth.at)

## Zur Diskussion

**Rainer Mahr**

### **Macht und Ohnmacht in der bioenergetischen Bewegung**

**Überlegungen zu: Ulrich Sollmann, „Wir sind unser eigener Klient“ oder in der/als Organisation. (Forum der Bioenergetischen Analyse 1/2005)**

Von Organisationsentwicklung verstehe ich so viel, dass ich von der lebenserhaltenden Bedeutung weiß, welche die Berücksichtigung von Gruppenprozessen in Organisationen hat. Um diese Entwicklung zu fördern, ist eine gute Analyse der Organisation auf verschiedenen Ebenen unerlässlich. Andererseits weiß ich von Organisationsentwicklung zu wenig, um nun zu wissen, wie ich Ulrich Sollmanns Appell „packen wir’s an“ umsetzen soll.

Selbst die Ereignisse in der Zeit nach Lowens Rückzug scheine ich anders wahrgenommen zu haben oder anders zu bewerten.

#### **1. Der Veränderungsprozess im IIBA**

Das Machtvakuum, das nach Lowens Rückzug entstanden sein soll, ist mir als sehr kreativer und spannender Prozess in Erinnerung:

Die Ausgangslage war doch die, dass die Faculty, die Versammlung der internationalen Trainer mit Lowen an der Spitze das einzige Entscheidungsgremium des IIBA war. Die Mitglieder hatten weder Plattform noch Stimmrecht, um ihre Vorstellungen einzubringen oder durchzusetzen. Auch die nationalen Gesellschaften hatten in den Strukturen des IIBA keinen Ort – und haben ihn bis heute nicht. Ihre einzige Aufgabe aus der strukturellen Sicht des IIBA besteht darin, Trainings für die internationalen Trainer zu organisieren und Trainees zu finden. Wenn es damals ein Machtvakuum gab, dann vielleicht innerhalb der Faculty mit der Frage, wer nach Lowen Präsident des IIBA werden soll. Die Macht selbst hatte aber nach wie vor ausschließlich die Faculty. Und es gab keine andere Struktur, die das verändern konnte.

In dieser Situation haben einige Kolleginnen und Kollegen (Angelika Schretter, Vivian Guze, Eliana Rodrigues, Luise Fréchette, Ed Stiel) die Initiative ergriffen und

ein Konzept entwickelt für eine alternative Struktur des IIBA. Ziel war die Schaffung einer demokratisch organisierten Gesellschaft von Einzelmitgliedern. Dabei sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass Initiativen an der Basis über die Zusammenarbeit in verschiedenen themenbezogenen Komitees das Leben und die Entwicklung des IIBA mitgestalten können. Der Entwurf dieser Statuten wurde allen Mitgliedern und den Gesellschaften zur Diskussion zugeschickt, um zusätzliche Anregungen zu erhalten. Nur relativ wenige Mitglieder und Gesellschaften haben sich an diesem Prozess beteiligt, ihre Macht an einer wichtigen Weichenstellung der Entwicklung des IIBA, aus welchen Gründen auch immer, nicht genutzt.

Dieses überarbeitete Statut wurde dann der Faculty vorgelegt, dem Machtträger des IIBA. Ohne ihre Zustimmung war keine einzige Veränderung möglich, und jede Veränderung bedeutete einen Machtverlust der Faculty. Auf dem IIBA-Kongress in Arles 1998 kam es dann zu einer Kontroverse zwischen den anwesenden Mitgliedern und Vertretern der Faculty – wohl die spannendsten Stunden, die ich im IIBA erlebt habe. Zwei Stunden lang haben die Teilnehmer in einer offenen Diskussion die ablehnende Haltung der Faculty attackiert mit Forderungen, Demokratie jetzt und ganz zu wagen. Die anwesenden Trainer auf dem Podium haben zugehört, sich zu einer Beratung zurückgezogen und am nächsten Tag einen Kompromiss präsentiert, der wesentliche Anliegen der Mitglieder und der Faculty miteinander verbunden hat. Natürlich hat dieser Kompromiss den Mitgliedern nicht alle Wünsche erfüllt. Aber die Faculty hat viel von ihrer Macht an die Mitglieder abgegeben. Für mich war das ein bedeutendes Ereignis und ein wichtiger Schritt des IIBA zu einem demokratisch organisierten Mitgliederverband.

## **2. Das Kernproblem der IIBA-Struktur**

Schon vor diesem Prozess war es nach dem Ausscheiden von Lowen schwierig gewesen, die Gesellschaft ehrenamtlich und weltweit zu führen. Die E-Mail – Kommunikation war erst im Aufbau begriffen, die telefonische Kommunikation über Kontinente hinweg sehr teuer. Dies sollte mit einem professionellen Mitarbeiter verbessert werden. Außerdem sollte der Versuch gemacht werden, mit Sponsoring die finanzielle Situation des IIBA auf eine solidere Basis zu stellen. Ich weiß, dass vielen Verantwortlichen das Risiko einer solchen Entscheidung sehr bewusst war. Es war der Versuch, alles auf eine Karte zu setzen, um das IIBA nicht nur am Leben zu halten, sondern auch eine expandierende und öffentliche Entwicklung einzuleiten. Dass dieser Versuch gescheitert ist, ist hinlänglich bekannt, aber nicht nur am Ver-

sagen einiger Personen festzumachen. Es hat sich nämlich gezeigt, dass eine demokratische Struktur auf internationaler Ebene mit den geringen Mitteln dieser Gesellschaft nicht funktionieren kann. Die Treffen der Delegierten kosten den größten Teil des Budgets, müssen auf ein Minimum reduziert werden, was die Kommunikation und die Kontrolle der Arbeitsabläufe erschwert. Wenn die Delegierten sich immer wieder veranlasst sehen, ihre Flugkosten privat zu finanzieren, ist eine Gesellschaft zu schwach, ihre Aufgaben und Ziele zu realisieren. Die Struktur und die finanzielle Situation der Gesellschaft verhindert, dass die Mitglieder ihre demokratisch legitimierte Macht wahrnehmen können. Dieses Problem konnte das IIBA trotz der vielfältigen Bemühungen, es lebendig zu erhalten, bis heute nicht lösen. Eine Verbesserung der finanziellen Situation durch deutliche Beitragserhöhung ist nicht möglich, ohne einen erneuten dramatischen Mitgliederschwund zu provozieren. So bleibt eigentlich nur eine erneute Veränderung der Strukturen des IIBA mit veränderter Ziel- und Aufgabenstellung: Z.B: könnte das IIBA zu einer Föderation von kontinentalen Föderationen werden, in denen die lokalen Gesellschaften repräsentiert sind. Das IIBA bekommt die Aufgabe der Kommunikation und Koordination zwischen den Föderationen. Alle andern Aktivitäten werden auf die unteren, basisnäheren Ebenen verlagert. Das führt zu einer Machtverschiebung nach unten zu den Mitgliedern, welche die BA in ihrem Umfeld repräsentieren und die Aktivitäten den realen gesellschaftlichen Bedingungen anpassen könnten – und das mit wesentlich weniger Mitteln.

Die derzeitige Leitung des IIBA, Board of Trustees und Excecutive Committee scheinen lebendig und realistisch genug zu sein, diese Situation zu sehen. Sie haben einen neuen Restrukturierungsprozess initiiert, der das Ziel zu haben scheint, die bioenergetische Bewegung mit funktionsfähigeren Strukturen auszustatten, auch wenn dies mit Machtverlust und Machtverschiebung einhergeht.

### **3. In Strukturen leben**

In diesem Zusammenhang taucht die alte Frage auf, welchen Einfluss die einzelnen Mitglieder auf die Gestaltung von Organisationsstrukturen haben können. Auch in früheren Jahren haben Mitglieder ihre Kritik formuliert, Forderungen gestellt, waren von ihrem Misserfolg enttäuscht, haben resigniert. Dieses Scheitern war oft mit einem Phänomen begleitet, das man in sozialpsychologischen Strukturen immer wieder antrifft, in denen die Vorstellung vorherrscht, dass alle anstehenden Fragen einer Institution im ausführlichen Diskurs aller Beteiligten gelöst werden können. Die

einzelne Meinung zählt und nicht die Frage, wer sie mit welcher Macht vorträgt. Diese Vorstellung hat zwar etwas sehr Menschliches und Demokratisches, widerspricht aber meist den realen Möglichkeiten. Die Ziele einer politischen Partei kann ich z. B. nur mitgestalten, wenn ich ihr beitrete. Nur dann kann ich meine Ideen zur Diskussion stellen, sie zur Abstimmung bringen, mich durchsetzen oder scheitern. Außerhalb dieser Struktur kann ich zwar auch Meinungen äußern, einen realistischen Einfluss auf die Willensbildung habe ich aber nicht.

So gab es Zeiten, in denen die Europäische Föderation der Bioenergetik bitter geklagt hat, vom IIBA nicht ausreichend beachtet zu werden. Aber diese EFBA-P gibt es in der Struktur des IIBA bis heute nicht. Man kann sich zwar nett miteinander unterhalten, aber im demokratischen Meinungsbildungsprozess hat die EFBA-P keine Stimme. Da hilft kein Klagen sondern nur der Versuch, die Strukturen so zu verändern, dass dieser Einfluss möglich wird. Das wiederum kann nur gelingen, wenn die bestehenden Strukturen akzeptiert und genutzt werden. Da das IIBA aus Einzelmitgliedern besteht, die ihre Vertreter in das Board of Trustees, das Entscheidungsgremium des IIBA, wählen, müssen diese Vertreter für die gewünschten Ziele gewonnen werden. In der Vergangenheit gab es aber wenig Neigung, diese Vertreter wirklich zu akzeptieren, zu fordern und zu nutzen, aus welchen Gründen auch immer. Man hat sich lieber mit dem Präsidenten selbst gestritten, als über die Trustees seine Wünsche und Forderungen zur Abstimmung in die Entscheidungsgremien einzubringen. Dies gilt natürlich nicht nur für die EFBA-P, sondern auch für die lokalen Gesellschaften, die nicht Mitglieder des IIBA oder der EFBA-P sind, oder für Bioenergetiker, die jede Organisationsform ablehnen. Ohne Mitgliedschaft kann ich in einer demokratischen Struktur keinen Einfluss bekommen.

#### **4. Das bioenergetische Konzept selbst ist der *Klotz am Bein***

Die Krise der Bioenergetischen Analyse lässt sich natürlich nur unzureichend mit ihren Strukturproblemen beschreiben. Viel entscheidender erscheint mir die ‚Sinnkrise‘, in die unser Therapieverfahren seit Ende der 80er Jahre geraten ist. Sie ist nicht nur in Deutschland zu beobachten und deshalb mit dem Psychotherapeutengesetz nur unvollständig erklärt. Auch heute kann man noch auf Kolleginnen und Kollegen treffen, die stolz bekennen, dass sie es endlich gewagt haben, die Bezeichnung ‚Bioenergetischer Analytiker‘ von der Visitenkarte zu streichen – ein weiterer mutiger Schritt ihrer Identitätsentwicklung. Auf der anderen Seite reagieren Menschen, die mit diesem Verfahren unbefangen in Kontakt kommen, sehr positiv,



erleben es für sich als sehr hilfreich. Sie schätzen das, was die professionellen Vertreter ablehnen oder beschämt verstecken. – Ein merkwürdiges Phänomen.

Erklärt wird es mit einem unterentwickelten theoretischen Konzept, mit therapeutischen Praktiken, die sich als wenig hilfreich oder gar problematisch herausgestellt haben. Natürlich muss jedes therapeutische Konzept weiterentwickelt und auch korrigiert werden. Und Lowen hat diesen Prozess nicht besonders gefördert. In der kritischen Diskussion der Bioenergetik zeigt sich aber immer wieder, dass sich auf Erfahrungen bezogen wird, die in den Trainings und in Lehrtherapien oder Supervisionen gemacht werden, es aber wenig Bezugnahme auf die geschriebenen Texte von Lowen selbst gibt. So gibt es z. B. Artikel zur Revision der bioenergetischen Theorie, die ohne eine einzige Literaturangabe von Lowens Schriften auskommen, oder in denen das Wort Bioenergetik nicht ein einziges Mal auftaucht. D. h. es haben sich ‚Meinungen‘ über das bioenergetische Konzept entwickelt, die immer wiederholt und weitergegeben, aber nicht überprüft werden. Das ist nicht ein spezifisch bioenergetisches Phänomen. Überall – in der Wissenschaft und in der Politik wird mit solchen Meinungen oder Mythen gearbeitet. Wenn sie dann zur Basis für wichtige Entscheidungen werden, sind Fehlentwicklungen unausweichlich. Würden wir uns in der Diskussion um die bioenergetischen Konzepte mehr auf die geschriebenen Konzepte beziehen, mehr Reich und Lowen studieren, wäre ihre Weiterentwicklung wesentlich effektiver. Wir würden merken, dass Manches schon Bestandteil dieser Konzepte ist, und wir müssten unsere bioenergetische Geschichte und Sichtweise nicht verschämt verleugnen.

Natürlich haben Reich und Lowen nicht schon alles über körperpsychotherapeutische Prozesse gewusst. Die unterschiedlichen Bemühungen, Ideen und Arbeitsweisen anderer Therapieschulen zu integrieren, sind sinnvoll und notwendig. Wenn aber am Ende dieser Entwicklung die Bioenergetische Analyse nur noch die Summe verschiedener therapeutischer Verfahren ist, wer soll sich dafür noch ernsthaft interessieren? Dann widmet man sich doch am Besten gleich der jeweiligen Methode im Original. Diese Integration muss über eine Auseinandersetzung und Weiterentwicklung der bioenergetischen Konzeption selbst führen, ihr eigenes Profil muss erhalten und geschärft werden. Gerade die derzeitigen Entwicklungen in anderen Wissenschaften wie Neurobiologie, Entwicklungspsychologie, Neuropsychoimmunologie, anderen Methoden der Körperarbeit bieten ausreichend Material dafür, viele bioenergetische Hypothesen solider zu begründen und zu entwickeln.

„Packen wir es an!“

## **5. Die Bioenergetische Analyse – eine Provokation**

Doch dann gibt es noch ein Kernproblem, welches das „Anpacken“ so schwer macht und auch mit Strukturveränderungen nicht gelöst werden kann: Wir alle stehen in einer langen spezifischen geistesgeschichtlichen Tradition, haben Menschenbilder und Vorstellungen von Seele und Geist in uns verinnerlicht und gelernt, sie mit Sprache und Hören, mit geistigen Prozessen zu verstehen und zu beeinflussen. Als Bioenergetiker wollen wir uns aber v. a. auf das verlassen, was wir im Körper, in der Bewegung sehen und erleben, sollen glauben, dass der Atem den Kanal zu tiefen Schichten unseres Seelenlebens freisetzt. Diese körperliche Sichtweise psychischer Prozesse ist unserer Kultur wesensfremd. Immer wieder neigen wir deshalb dazu, in die alten Sichtweisen und Verhaltensweisen zu verfallen, umso leichter, wenn unsere Klienten nicht gleich einen Zugang zu unserer Arbeit finden, und das gesellschaftliche Umfeld unsere Denkungsart nicht honoriert. So scheint es z. B. zwar allgemein akzeptiert zu sein, dass Seele Körper und Geist eine funktionelle Einheit bilden, aber bei intensiveren Diskussionen, wenn die Möglichkeit aufscheint, das Seelische und Geistige könnte ‚nur‘ ein Produkt körperlicher Prozesse sein, dann entsteht oft Nervosität und Ablehnung. Das könnte den Menschen doch zu sehr dem Tierischen ähneln lassen. Der Vorstellung vom Menschen als die Krone der Schöpfung mit seiner geistigen und kulturellen Ausgestaltung droht Gefahr.

Die Bioenergetische Analyse – und die Körperpsychotherapie insgesamt– scheint auch heute noch eine geistes- und kulturgeschichtliche Provokation darstellen zu können, die sich der Mainstream aus verständlichem Grund auf Distanz hält. Schon Freud scheint das sehr deutlich gesehen zu haben in seinem ersten Kommentar zu Reichs Buch „Charakterstrukturen“, in dem er meint, dass die Kultur absolute Priorität haben muss vor der Natur.

Trotzdem bleibt die Frage, ob ‚mehr Natur‘ uns nicht lebendiger werden lassen kann? Viele Erfahrungen mit der Körperarbeit, auch mit der Bioenergetischen Analyse, bestärken uns in dieser Annahme. Dann bleibt uns nur, die provozierende Wirkung auszuhalten und mit dem bioenergetischen Konzept standzuhalten. – Dann ist es aber auch nur folgerichtig, wenn wir trotz verbesserter Organisationsstrukturen und verstärkter PR-Arbeit nicht zu einer Massenorganisation werden.

### **Kontaktadresse**

Rainer Mahr, Dreieichstr. 29, 63263 Neu-Isenburg, Telefon (0 61 02) 2 12 74,  
E-Mail: mahr@t-online.de

## Zur Information

### Wirksamkeitsstudien und Anwendungsfelder der Bioenergetischen Analyse (zusammengestellt von Rainer Mahr)

#### 1. Gruppenstudien

**Amstutz, B.** (1992). *Wissenschaftliche Pilotstudie über körperbezogene Psychotherapieformen*. Interne Publikation der SGBAT.

**Bertschi, H.** (2003). *Retrospektive Evaluationsstudie der Wirksamkeit Bioenergetischer Analyse und Therapie*. Lizentiatsarbeit Universität Basel.

**Bell, Pamela J. Dr.** (2004) *Analysis of Alpha and Sensory Motor Reponse Brainwave Changes. Before and after Bioenergetic Exercise and Bioenergetic Analysis* in: The European Journal of Bioenergetic Analysis and Psychotherapy, Volume 2, Number 1, December 2004, pp. 127- 147

**Fehr, Theo** (1998) *Die persönlichkeitspsychologische Fundierung Bioenergetischer Typen*. In: Forum der Bioenergetischen Analyse, 1998, S. 1 – 19

**Fehr, Theo** (1998) *Bioenergetische Prozess-Analyse. Screening-Verfahren zur Persönlichkeitsstruktur*. Swets & Zeitlinger. 1998

**Fehr, Theo** (2005), *Differentielle Untersuchung antagonistischer Effekte von Bioenergetik sensu Lowen und Advaita-Meditation in der Psychotherapie*. In: Forum der Bioenergetischen Analyse, 2005/1, S. 31-55

**Gudat, U.** (1997). *Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie. Anwendungsbereiche und Wirkungen*. Psychotherapie Forum 5, 28 – 37.

**Heise M & Heinrich-Clauer** (2004) *Traumabelastung und Körperbild*. In: Forum der Bioenergetischen Analyse, 1/2004 S. 3-22

**Koemeda-Lutz, M.,Kaschke, M.,Revenstorf, D.,Scherrmann, T.,Weiss, H. und Soeder, U.** (2003). *Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien. Eine Multicenter-Studie in Deutschland und der Schweiz*. Psychotherapie Forum 11, 70 – 79.

**Ventling, C.D. und Gerhard, U.** (2000). *Zur Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien und Stabilität des Therapieresultats. Eine retrospektive Untersuchung.* Psychotherapeut 45, 230 – 236.

## **2. Einzelfallbeschreibungen / Prozessverläufe (Auswahl)**

### **2.1. Bioenergetische Therapie bei PatientInnen mit verschiedenen Störungsbildern**

**Berman, M.H.** (1998). *Trauma and Recovery.* Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis 9 (1), 19 – 30.

**Eckberg, M.** (1999). *Case Study of a Survivor of Political Torture.* Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis 10 (1), 53 – 71.

**Gomes, M.G.** (2000). *Isabelle's Therapeutic Process.* Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis 11 (2), 91 – 109.

**Hoffmann-Axthelm, D.** (1992). *Der Stein auf der Brust oder: Athena aus dem Haupte des Zeus.* In: Hoffmann-Axthelm, D. (Hrsg.) *Verführung in Kindheit und Psychotherapie. Körper und Seele, Band 3.* Transform-Verlag, Oldenburg, S. 137 – 156.

**Kirsch, S.** (1994). „*Ich kann nicht glauben, dass mir das jemals geschehen ist.*“ *Das Erkennen und Durcharbeiten unaufgelöster Schock-Zustände.* In: Hoffmann-Axthelm, D. (Hrsg.) *Schock und Berührung. Körper und Seele, Band 4.* Transform-Verlag, Oldenburg, S. 60 – 96.

**Klopstech, A.** (1994). *Das Trauma sexuellen Missbrauchs: Wo Berührung misshandelt hat und wie Berührung heilen kann.* In: Hoffmann-Axthelm, D. (Hrsg.) *Schock und Berührung. Körper und Seele, Band 4.* Transform-Verlag, Oldenburg, S. 97 – 111.

**Klopstech, A.** (1993). *Sexual Abuse: The Body Remembers Even When the Mind Does Not.* Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis 5 (2), 36 – 44.

**Koemeda-Lutz, M.** (2000). *Mit dem Kopf durch die Wand. Ein Fallbericht.* Intra 42, 36 – 43.

**Laschinsky, D.** (1998). *Working with Sexually Abused People: How to Discover and Deal with these Clients.* Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis 9 (1), 71 – 82.

**Lewis, R.** (2000). *Trauma and the Body.* Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis 11 (2), 61 – 75.

**Lewis, R.** (1998). *The Trauma of Cephalic Shock. Clinical Case Study in Which a Portuguese Man-of-War Faces the Jaws of Death and Thereby Reclaims His Bodily Self (his heart and soul).* Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis 9 (1), 1 – 18.

**Lewis, R.** (1994) *Cephaler Schock – verstanden als Verlust des Gleichgewichts.* In: Hoffmann-Axthelm, D. (Hrsg.) Schock und Berührung. Körper und Seele, Band 4. Transform-Verlag, Oldenburg, S. 28 – 45.

**Mahr, R.** (1991). *Migräne und Bioenergetik.* In: Hoffmann-Axthelm, D. (Hrsg.) Der Körper in der Psychotherapie. Körper und Seele, Band 2. Transform-Verlag, Oldenburg, S. 179 – 185.

**Mayo, L.** (1988/90). *The Abused Child Grows Up and Walks Into Our Office.* Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis 3 (2), 90 – 105.

**Steinmann, H.** (2002). *Bioenergetische Methoden und Techniken.* In: Koemeda-Lutz, M. (Hrsg.) Körperpsychotherapie – Bioenergetische Konzepte im Wandel. Körper und Seele Sonderband. Schwabe-Verlag, Basel, S. 289 – 315.

**Ventling, C.D.** (2004). *Health-threatening Bulimia nervosa and a Promising New Treatment Approach.* The USA Body Psychotherapy Journal 3 (2), 82 – 100.

## **2.2. Bioenergetische Therapie bei chronisch kranken PatientInnen**

**Audetat, M.C.** (2002). *Accompanying Patients to the End of Life. Effects on the Body of the Psychotherapist.* In: Ventling, C.D. (Ed.) Body Psychotherapy in Progressive and Chronic Disorders. Karger, Basel, S. 145 – 154.

**Büntig, W.E.** (2002). *Learning from Cancer Patients*. In: Ventling, C.D. (Ed.) *Body Psychotherapy in Progressive and Chronic Disorders*. Karger, Basel, S. 121 – 144.

**Hofer-Moser, O.** (2002). *The Existential Spiritual Dimension in the Therapy of a Cancer Patient*. In: Ventling, C.D. (Ed.) *Body Psychotherapy in Progressive and Chronic Disorders*. Karger, Basel, S. 83 – 107.

**Mahr, R.** (2002). *Bioenergetic Therapy of a HIV-Positive Client. Throwing the Therapist Off Balance*. In: Ventling, C.D. (Ed.) *Body Psychotherapy in Progressive and Chronic Disorders*. Karger, Basel, S. 71 – 82.

**Ventling, C.D.** (2002). *Confronting Multiple Sclerosis. A challenge for the Bioenergetic Therapist*. In: Ventling, C.D. (Ed.) *Body Psychotherapy in Progressive and Chronic Disorders*. Karger, Basel, S. 14 – 34.

**Ventling, C.D.** (2002). *Atypical Terminal Cancer. A Case Report*. In: Ventling, C.D. (Ed.) *Body Psychotherapy in Progressive and Chronic Disorders*. Karger, Basel, S. 108 – 120.

### **2.3. Bioenergetische Therapie mit Kindern**

**Halsen, A.W.** (1992). *Bioenergetic Work with Children: Experiences in a Child Psychiatric Unit*. *Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis* 5 (1), 30 – 44.

**Mahr, R.** (2001). *Traumatized Children: A Challenge for the Bioenergetic Therapist*. In: Ventling, C.D. (Ed.) *Childhood Psychotherapy – a Bioenergetic Approach*. Karger, Basel, S. 70 – 82.

**Robert-Ouvray, S.B.** (2001). *Douglas, or the Paralyzing Effect of Sensory Overstimulation*. In: Ventling, C.D. (Ed.) *Childhood Psychotherapy – a Bioenergetic Approach*. Karger, Basel, S. 53 – 69.

**Schroeter, V.** (2001). *Improving Bonding using Bioenergetics and Sensory Assessments: A Clinical Case Report*. In: Ventling, C.D. (Ed.) *Childhood Psychotherapy – a Bioenergetic Approach*. Karger, Basel, S. 19 – 22.

**Wills, T.** (2001). *The Blue Ball Intervention: Integrating Bioenergetics into a Children's Acute Care Psychiatric Unit*. In: Ventling, C.D. (Ed.) *Childhood Psychotherapy – a Bioenergetic Approach*. Karger, Basel, S. 32 – 40.

## Fortbildungsangebote der Stuttgarter Gesellschaft für Bioenergetische Analyse im Jahr 2006

### 1. Geschlechtsrollenidentität und sexuelle Orientierung

Verschiedene Konzepte zur Geschlechtsrollenidentität und sexuellen Orientierung in Reflexion und Weiterentwicklung. Ihre Bedeutung für den psychotherapeutischen Prozess, für die Arbeit mit der Bioenergetischen Analyse

13.–15.01.2006

Thomas Heinrich

### 2. Bioenergetische Selbsterfahrung. Einführung in die Bioenergetische Analyse.

Selbstverständnis und Arbeitsweise der Bioenergetischen Analyse.

Darstellung und Reflexion wichtiger Begriffe der BA: Energie, Blockierung, Selbstregulation, Beziehung, Störung, Heilung

10.–12.02.2006

Rainer Mahr

### 3. Erdung

Das bioenergetische Erdungskonzept (Grounding-Konzept) in Theorie und Praxis.

- 1) Mit beiden Füßen auf dem Boden (der Realität) stehen.
- 2) Im eigenen Körper verwurzelt sein.
- 3) Stabilisierung durch bioenergetische Erdungsarbeit.

10.–12.03.2006

Angelika Wenzel

### 4. Prä- und perinatale Themen

Entstehung von pränatalen Verletzungen und Geburtstraumen sowie deren Bioenergetische Aufarbeitung

28.–30.04.2006

Wera Fauser

### 5. Physiologische Aspekte in der Psychotherapie

Die Wirkung psychischer Prozesse auf das physiologische Geschehen im Körper: auf Atmung, Muskeltonus, vegetatives Nervensystem, usw.

Die Wirkung physiologischer Veränderungen auf psychisches Geschehen

23.–25.06.2006

Rainer Mahr

### 6. Körperlesen. Psychodiagnostik über den Körper.

Körperliche Abwehrmechanismen erkennen: muskuläre Verspannungen, fixierte Haltungen, Mimik, Augenausdruck, Bewegungsmuster. Körperliche Explorationen zur diagnostischen Einschätzung des Klienten und als Basis für körperbezogene Interventionen.

15.–17.09.2006

Karl-Heinz Schubert

## **7. Körperkontakt und Beziehung in der BA**

Die beiden Ebenen der Bioenergetischen Analyse: 1. Körperarbeit, 2. Einsicht in die Psychodynamik und in das Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen.

Die Wechselwirkungen zwischen körperlichen Interventionen und Beziehungsgeschehen.

13.–15.10.2006

Karl-Heinz Schubert

## **8. Vom Wort zur Körper-Psychotherapie**

Emotionen und Körperwahrnehmung als „Werkzeuge“ und Zugangsmöglichkeiten in einer körperorientierten Psychotherapie

8.–10.12.2006

Anja van der Schriek-Junker

## **6. Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“**

### **Traumatherapie zwischen Körper-, imaginativer und Beziehungsarbeit**

Mit Vorträgen und Workshops von L. Reddemann, U. Sachsse, M. Hirsch, H.-J. Wirth, R. Hochauf, R. Plassmann, T. Reinert, J. M. Scharff, U. Streeck, K. Ottomeyer, W. Milch u. a.

22. bis 24. September 2006

DDr. Peter Geißler, Dr. Otto Hofer-Moser

AKP (Arbeitskreis für analytische körperbezogene Psychotherapie)

Tel./Fax: +43/+1/798 5157, E-Mail: geissler.p@aon.at; www.a-k-p.at

### **Korrektur zum FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE 1/2005**

In Rainer Mahrs Beitrag „Ein Energiekonzept in der Bioenergetischen Analyse“ heißt es auf Seite 21 Scompi statt Ciompi. Auf Seite 29 sollte Produkt statt Summe stehen.

### **Interessante Internetseiten**

Auf folgende Web-Sites möchte ich hinweisen:

[www.dvba.de](http://www.dvba.de) (Deutscher Verband für Bioenergetische Analyse): Therapeutenlisten, Anzeige des Forum der Bioenergetischen Analyse (Inhaltsangaben zu erschienenen Ausgaben)

[www.bioenergetic-therapy.com](http://www.bioenergetic-therapy.com) (Internationales Institut für Bioenergetische Analyse)

[www.bioenergeticanalysis.net](http://www.bioenergeticanalysis.net) (European Federation of Bioenergetic Analysis and Psychotherapy)

[www.bioenergetic-journal.net](http://www.bioenergetic-journal.net) (European Journal of Bioenergetic Analysis and Psychotherapy)

[www.bioenergetic-analysis-bibliography.com](http://www.bioenergetic-analysis-bibliography.com): mehrsprachige Zusammenstellung der veröffentlichten Bücher und Artikel zur Bioenergetischen Analyse

[www.zist.de](http://www.zist.de) Zentrum für persönliche und berufliche Fortbildung in potentialorientierter Selbsterfahrung und Psychotherapie (Wolf Büntig): Veranstaltungen, Katalog von Hörkassetten (u. a. auch Bioenergetik / Alexander Lowen, Stanley Keleman)



# **FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE**

## **1/1991**

Alexander Lowen: Was ist Bioenergetische Analyse?

Jacques Berliner: Grounding, Rooting, Enracinement

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

Ulrich Sollmann: Die unvollendete Gruppe

## **2/1991**

Heiner Steckel: Gespräch mit Alexander Lowen zu Fragen Bioenergetischer Therapie

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

Rolf Heinzmann: Gruppenregeln

Ulrich Sollmann: Körpersprache im/als Dialog

## **1/1992**

Thomas Ehrensperger: Psychosomatische Medizin und Bioenergetische Analyse

Axel Böhmer: Bericht zur Einleitung einer Behandlung

Konrat Oelmann: Krankengymnastik und Bioenergetische Analyse – ein Tagungsbericht

Rolf Heinzmann: Überweisungskontexte

Alexander Lowen: Ich, Charakter und Sexualität

## **1/1993**

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

Jacques Berliner: Meine Chronologie der körperlichen Erkundung

Günter Schubert: Items zur Bioenergetischen Diagnose und Exploration der Widerstände

## **2/1993**

Jacques Berliner: Sexuelle Anamnese unter diagnostischem Blickwinkel

David Campbell: Über Angst – Stegreifvortrag beim Lehrtherapeutentreffen des NIBA 1993

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

## **1/1994**

Michael Hepke: Traums-Körper-Arbeit

Ulrich Gudat: Die Wirksamkeit der Bioenergetischen Analyse als ambulante Psychotherapie – Zwischenbericht zum Forschungsprojekt des DVBA –

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

# FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

## 2/1994

Peter Geißler: Narzißmus und Bioenergetische Analyse

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

Rainer Mahr: Körperkontakt in der Bioenergetischen Analyse

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

David Campbell: Scham – Vortrag beim Lehrtherapeutentreffen des NIBA 1994

Ulrich Sollmann: Scham und Schuld

*Buchbesprechungen*

## 1/1995

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

Peter Geißler: Körperinventionen und Bezeichnung

Michael Hepke: Entwicklungspsychologische Argumente für eine körpervermittelte Psychotherapie

Rainer Mahr: Energie und Identität

Ulrich Sollmann: Im narzistischen Minenfeld – Körpertherapie zwischen Beziehung und Körperarbeit

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

*Buchbesprechungen*

## 1/1996

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

Klaus Madert: Identität und Wirbelsäule

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

Ursula Schubert: Das Bild der Mutter in der Psychoanalyse – Mutterübertragungskonstellationen und ihre „Fallen“

Gerti Graf: Sinnfragen

## **FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE**

### **2/1996**

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

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

Michael Dothagen: Männerorgasmus, Mythen und Wirklichkeit

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

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

Rolf Heinzmann: Systemische Gestalttherapie

Ulrich Gudat: Forschungsprojekt des DVBA

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

### **1/1997**

Jens Tasche: Von der Schwierigkeit, eine Tonleiter zu singen

Ursula Schubert: Zum Konzept der Gegenübertragung

Vita Heinrich: Körperliche Phänomene der Gegenübertragung, Therapeuten als Resonanzkörper

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

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

Klaus Madert: Wie ich Psychoanalyse und Reichs Charakteranalyse verbinde

Rainer Mahr: Das Konzept der Orgonenergie von Wilhelm Reich

Angelika Schretter: Reichs Vision des befreiten Menschen

Jens Tasche / Reinhard Weber: Narzismus und Bioenergetische Analyse

### **1/1998**

Theo Georg Fehr: Die persönlichkeitspsychologische Fundierung Bioenergetischer Typen

Armin Krüger: Denunziation. Eine Buchbesprechung mit persönlichem Erlebnishintergrund / Energie oder Beziehung / Selbstpsychologie und analytische Körperpsychotherapie

Jens Tasche. Borderlinepersönlichkeitsstörungen – ein strukturelles Problem aus bioenergetischer Sicht

Reinhard Weber: Borderline-Persönlichkeitsstörungen – ein strukturelles Problem aus klinisch-psychiatrischer Sicht

Ulrich Sollmann: Rezension zur körperpsychotherapeutischen Literatur / Management by Körper

Cäsar Schwieger: Charakter als Überlebensstrategie

# FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

## 1/2000

Rainer Mahr: Die unterschiedlichen Quellen der Bioenergetischen Analyse

Christiane Müller: EMDR, Körperpsychotherapie und Psychoanalyse: Gemeinsamkeit und Unterschiede. Neugier an der Vielfalt therapeutischer Möglichkeiten

Robert C. Ware: Gebrauch der Lüste / Befreiung des Eros, Erotisierte und „zölibatäre“ Gegenübertragungen

Robert M. Hilton: Eine Begegnung zwischen Wilhelm Reich und Donald Winnicott – Passion und Person

Svenia Wirtz: Basis für Rundflüge – Die Zukunftswerkstätten der GBA

## 1/2001

Katharina Klees: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bioenergetischen Analyse

Roland Heinzl: Die Angst des Gruppenleiters vor der Gruppe

Ralf Vogt: Zur körpertherapeutischen Regressionsförderung mit Übergangs-Übertragungs-Objekten

Peter Lölliger: Gelingen und Misslingen von Psychotherapien aus körperpsychotherapeutischer Sicht

## 2/2001

Ulla Sebastian: Von der Bioenergetischen zur Holographischen Analyse – Über die Kraft innerer Energiebilder

Bernd Voigt / Sabine Trautmann-Voigt: Körper-Ausdruck – M(m)acht – Sprache

Günter Heisterkamp: Buchbesprechung: Tilman Moser: Berührung auf der Couch. Formen der analytischen Körperpsychotherapie

Ralf Vogt: Fallvignetten zur Arbeit mit Übergangs-Übertragungs-Objekten

## 1/2002

Jens Tasche / Reinhard Weber: Braucht die Bioenergetische Analyse ein neues Paradigma?

Monika Koch: Aufbruch zu neuen Ufern in der Bioenergetischen Analyse?

Brigitte Passloer: Qigong Yangsheng

Angelika Schretter: Buchbesprechung: Christa Ventling (Ed.): Childhood Psychotherapy – A Bioenergetic Approach

Maria Holl: Buchbesprechung: Tinnitus lindern

# **FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE**

## **1/2003**

Ulrich Sollmann: Writing on the Body oder: zur deutschsprachigen Literatur der bioenergetischen Analyse

Karl-Klaus Madert: Plädoyer für eine wissenschaftliche Fundierung der Bioenergie: neurobiologische Aspekte am Beispiel Psychodrama

Vita Heinrich: Fallvignette zur Trauma-Therapie – Beispiel: Klientin Johanna

Michael Nissen: Zwei ist eine einsame Zahl

## **2/2003**

Irmhild Liebau: Bioenergetische Analyse und Seelsorge

Konrad Oelmann: Energie-Affekt-Beziehung. Bioenergetische Analyse heute – oder: Von hemmender Angst zu haltendem Vertrauen

Andreas Wehowsky: Körperpsychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Aspekte einer traditionsreichen Beziehung

Michael Sonntag: Self-Expression versus Survival

Ulrich Sollmann: Ergänzung zu „Writing on the Body“

Konrad Oelmann: Buchbesprechung: Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse

## **1/2004**

Matthias Heise / Vita Heinrich-Clauer: Traumabelastung und Körperbild

Jens Tasche: Körper, Bindung und Abwehr

Karl-Klaus Madert: Plädoyer für eine wissenschaftliche Fundierung der Bioenergie II: Energiearchetyp und Quantenphysik

Konrad Oelmann: Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse über Primäraffekte und ihre Bedeutung für die bioenergetische Analyse

## **1/2005**

Gisela Worm: Körperdialoge mit sich selbst und dem anderen – zum Unterschied einer Perspektive

Rainer Mahr: Ein Energiekonzept in der Bioenergetischen Analyse

Theo Fehr: Differentielle Untersuchung antagonistischer Effekte von Bioenergetik sensu LOWEN und Advaita – Meditation in der Psychotherapie

Ulla Sebastian: Workshop: Der Körper als Resonanzfeld

Für Sie gelesen: von Rainer Mahr

Jörg Clauer / Vita Heinrich-Clauer: Bioenergetische Duos – Arbeit mit Paaren

Ulrich Sollmann: Kongressbericht über die 18. Internationale Konferenz des IIBA

Zur Diskussion: von Ulrich Sollmann

## **FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE**

Mitgliedern des DVBA sowie Mitgliedern und Ausbildungskandidaten des NIBA, der GBA, der SGfBA und der MGBA wird die Zeitschrift kostenlos zugestellt.

Andere Interessenten können FORUM 1/2005 gegen Rechnung 8,00 € bei der Herausgeberin beziehen.

Die Foren 1/1992 bis 1/1993 können gegen Rechnung 6,00 € und die Foren 1/1994 bis 1/2005 gegen Rechnung 8,00 € ebenfalls bei der Herausgeberin bezogen werden.