



# FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

## 1/93

- |                  |  |          |
|------------------|--|----------|
| Konrad Oelmann   | Anmerkungen zum diagnostischen Vorgehen als bioenergetischer Analytiker in der ärztlich-psychotherapeutischen Praxis | Seite 2  |
| Jacques Berliner | Meine Chronologie der körperlichen Erkundung   | Seite 7  |
| Günter Schubert  | Items zur Bioenergetischen Diagnose und Exploration der Widerstände  | Seite 16 |

---

DEUTSCHER VERBAND FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE E.V.

---

NORDDEUTSCHES INSTITUT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE E.V.

---

INSTITUT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE RHEINLAND E.V.

---

STUTTGARTER GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE E.V.

---

MÜNCHENER GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE E.V.

---

## FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

veröffentlicht Beiträge Bioenergetischer Analytiker(innen), die

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

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

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

Die Autoren und Übersetzer behalten das Copyright an ihren Beiträgen.

Herausgeber:

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

Redaktion:

Axel Böhmer, Auf dem Hirschberg 30, 5300 Bonn 3, Tel. 0228/464142, Fax. 0228/ 478361  
Peter-Andreas Heim, PZ-1 Viktoriahaus, 6800 Mannheim, Tel. 0621/20866  
Birgit Lammersen, Wittgenstein Str. 23, 5000 Köln 41, Tel. 0221/403889  
Ulrich Witscher, Detmolder Str. 31, 4970 Bad Oeynhausen, Tel. 05731/980190

Mitgliedern des DVBA sowie Mitgliedern und Ausbildungskandidaten des NIBA, des IBAR, der SGfBA und der MGBA wird die Zeitschrift kostenlos zugestellt.  
Andere Interessenten können FORUM 1/93 gegen DM 10, – (in Briefmarken) beim DVBA, Auf dem Hirschberg 30, 5300 Bonn 3, beziehen.

## **Diese Zeitschrift...**

... hat ihren Namen geändert. 1991 als NIBA-FORUM ins Leben gerufen, wurde sie durch Beteiligung des Deutschen Verbandes für Bioenergetische Analyse (DVBA), des Instituts für Bioenergetische Analyse Rheinland (IBAR), der Stuttgarter Gesellschaft für Bioenergetische Analyse (SGfBA) und der Münchener Gesellschaft für Bioenergetische Analyse (MGBA) zum FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE in Deutschland. Sie wird zweimal jährlich erscheinen.

FORUM 1/93 enthält praxisnahe Beiträge zur Anfangsphase einer Bioenergetischen Analyse - der Diagnose.

Diagnostisches Vorgehen als Bioenergetischer Analytiker in der ärztlich-psychotherapeutischen Praxis beschreibt Konrad Oelmann.

Das Bioenergetische Körperlesen, wie es zuerst Alexander Lowen praktiziert und gelehrt hat, soll durch einen Beitrag von Frank Hladky dargestellt werden, der zur Zeit übersetzt wird und erst im FORUM 2/93 veröffentlicht werden kann.

Die von Jacques Berliner beschriebene Chronologie der körperlichen Erkundung konzentriert sich auf die Körpersprache und das Erleben der Patienten in ausgesuchten Items.

Von Günter Schubert werden die Befunde solcher Items personenbezogen beschrieben. In Verbindung mit wichtigen Daten des Erstinterviews werden aus ihnen zusammenfassende Diagnosen abgeleitet.

Mit den Beiträgen in FORUM 1/93 wird das wichtige Thema der Bioenergetischen Diagnose angerissen. Weitere Beiträge gerade auch zu diesem Thema sollten folgen. Die erste diagnostische Phase ist eine Phase vieler bewußter, aber auch unbewußter Weichenstellungen.

**Konrad Oelmann**

## **Anmerkungen zum Diagnostischen Vorgehen als bioenergetischer Analytiker in der ärztlich-psychotherapeutischen Praxis**

> Einleitung:

Seit 6 Wochen gehe ich nun mit der spontan zugesagten Bitte des Herausgebers schwanger, doch etwas über mein diagnostisches Vorgehen als bioenergetischer Analytiker in der Praxis zu schreiben. Keine lange Schwangerschaft - jedoch genug Zeit, um mit Gefühlen und Gedanken zum Thema in Kontakt zu kommen und die eigene Praxis des Diagnostizierens zu beobachten.

> Vorwort zur Ortung der eigenen diagnostischen Perspektiven:

Als Arzt wurde ich darauf getrimmt, diagnostischen Spürsinn zu entwickeln. Zuerst muß die Diagnose geklärt sein, dann erst kommen therapeutische Erwägungen in Betracht! Ein Bruch ist ein Bruch, Masern sind Masern, Bläschen auf der Haut können allergisch oder infektiös (z. B. Windpocken) bedingt sein. Was durch Anamnese und Untersuchungsbefund nicht zu klären ist, wird labortechnisch, medizintechnisch unter die Lupe genommen, bis die Diagnose klar ist. Gefühlsmäßig geht es zu wie beim Pilzesammeln: „Steinpilz rein in den Korb und Knollenblätterpilz bleibt draußen.“ Oft wird man fündig, ab und zu nicht (d. h. der Patient ist gesund). So klar, so schulmedizinisch!

Bei seelischen Erkrankungen kommt schlagartig Nebel auf. Steht der Patient als körperlich Kranker klassischerweise doch vor einem Arzt, der ihn nicht subjektiv als Men-

schen sondern erst einmal als potentiellen Träger einer zu verobjektivierenden Krankheit interessiert, so wird bei den seelischen Erkrankungen die Subjektivität des Patienten als erlebender und sich verhaltender Mensch unausschließbar. Es gibt im somatischen Bereich das Wörtchen „normal“, was als Adjektiv zu Körpertemperatur und Blutbild klar und ohne zermürbende Zweifel aussprechbar ist.

Seelisches Erleben und Verhalten ist nur mit Bauchgrimmen als „unnormale“ zu bezeichnen. Selbst im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen gibt es nur wenige Krankheitsbilder, die mit ruhigem Gewissen als diagnostisches Etikett auf einen Menschen angewandt werden können. Die Gründe hierfür sind sowohl menschlich als auch wissenschaftlich.

Im DSM-III-R, der psychiatrischen „Diagnosebibel“, wird nur noch von psychischen Störungen gesprochen. Der Begriff der Krankheit wird als „mit vielen zum Teil hinderlichen bzw. für die Forschung kritischen Konnotationen belegt“ fallen gelassen (DSM-III-R Lit. 1).

Die Methoden der humanistischen Psychologie haben jahrzehntelang auf die unmenschlichen Auswirkungen der psychiatrischen Diagnosen durch die Etikettierung von Menschen hingewiesen. Eine neue Generation von psychiatrischen Lehrbüchern entsteht, in der man liest: „Ein psychisch kranker Mensch ist ein Mensch, der bei der

Lösung seiner Lebensprobleme in eine Sackgasse geraten ist.. “. „Psychiatrie (und Psychotherapie Anmerkung des Verfassers) ist die Begegnung zweier Menschen...“ (Zitate aus, Irren ist menschlich‘ oder, Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie‘, Dörner Plog, Lit. 2).

Die Therapeut-Patientenbeziehung gilt als Begegnung, und das Individuum wird auf seinem jeweiligen familiären soziokulturellen Hintergrund gesehen.

Ich möchte den Konflikt zwischen Diagnose und Menschlichkeit für mich als Figur-Grund-Gestalt beschreiben.

In meinen Therapien steht der Kontakt zum Menschen im Vordergrund.

Im Hintergrund nehme ich dann diagnostische Kategorien wahr, die mein Verständnis für die Person im Vordergrund vertiefen und so die Wege für meinen therapeutischen Zugang erschließen. Die diagnostische Einschätzung ist häufig erst im Verlauf der Behandlung präzisierbar. Sinnvoll ist sie als Hypothese schon zu Beginn der Therapie. Eine spätere Bestätigung bzw. Korrektur verfeinert meine eigenen intuitiv diagnostischen Fähigkeiten und macht die Diskussion mit Kollegen durch sprachliche Ausarbeitung erst möglich.

> Vom Erstkontakt zur Formung diagnostischer Hypothesen:

Meine diagnostischen Hypothesen formen sich in den ersten 5 Behandlungsstunden. Ich gebe eine Übersicht darüber, was in diesen 5 Stunden passiert, wobei die Reihenfolge sich nach dem Geschehen im Erstinterview richtet.

1. Orientierungsstunde bzw. Erstinterview
2. Biographische Anamnese evtl. unter Zuhilfenahme eines Fragebogens.

3. Körperlesen und Körperfotos unter Zuhilfenahme des Körperfragebogens und des Sexualitätsfragebogens.

4. Probekörperarbeiten unter diagnostischem Blickwinkel.

5. Diagnose aus körperpsychotherapeutischer Sicht (tiefenpsychologisch fundiert plus bioenergetisch-analytisch), Entwicklung, Reflexion und Besprechung therapeutischer Perspektiven, Beurteilung der Prognose für den geplanten Therapieprozeß.

Bei jedem dieser fünf Punkte könnte ich nun theoretisch oder durch Berichte aus der Praxis in die Tiefe gehen, möchte mich jedoch im Rahmen dieses Artikels nur auf einige Bemerkungen beschränken.

Im Erstgespräch erfahre ich vom Patienten, welche Beschwerden bzw. Motivationen ihn in meine Praxis führen.

Motiv 1 - Beziehungsschwierigkeiten

Motiv 2 - Störungen des körperlichen Wohlbefindens

Motiv 3 - Störungen des seelischen Wohlbefindens

Motiv 4 - Störungen des sozialen Wohlbefindens (Arbeitsstörungen u. a.)

Motiv 5 - Störungen im Bereich des Sexuallebens

Ich versuche, mich als Resonanzboden für den Patienten zu betrachten; achte darauf, welche Gefühle bei mir im Kontakt zum Patienten in Schwingung geraten. Das Hauptgewicht liegt nicht auf dem Sammeln von Fakten sondern darauf, meine subjektiven Gefühle gegenüber diesem Patienten wahrzunehmen, eine Beziehungsdiagnose zu stellen. Hier hilft mir Picassos Bild ‚Zirkusreiter‘, um einen möglichst umfassenden Eindruck vom Patienten zu erhalten. Ich betrachte den Patienten unter dem Blick-

winkel eines Gespanns von Pferd und Reiter, wobei die Betrachtung des Pferdes eher die körperliche Seite, die triebhafte Seite, die Es-Aspekte der Persönlichkeit oder die frühe Selbstentwicklung beinhaltet, während das Schauen auf den Reiter einer Betrachtung der Realitätsbewältigung, der Ich-Funktionen, der Abwehrmechanismen des Patienten gleichkommt. Wird der Patient quasi permanent von seinen tierischen Anteilen überflutet? Neigt er zu impulsivem Verhalten, kann er seine Gefühle und seine Triebhaftigkeit nicht zähmen? Oder handelt es sich um einen Menschen, der strukturiert, differenziert vielleicht intellektuell und beruflich erfolgreich seine Lebendigkeit nicht mehr spürt? Im Extrem hätten wir einen Jockey ohne Pferd vor uns oder auf der anderen Seite ein Wildpferd, was nie zugeritten wurde.

In der Ausbildung zum bioenergetischen Analytiker werden wir im Körperlesen geschult und verstehen von der Körpersprache im Zusammenhang zur Gesamtpersönlichkeit mehr als die Angehörigen anderer psychotherapeutischer Schulen. Wir können anfangen mit Reichs „segmentärer Anordnung der Panzerung“ und damit diagnostizieren, welche Blockierungen leib-seelisch im Augen-, Mund-, Hals-, Brust-, Zwerchfell-, Bauch- oder Beckensegment vorliegen (ausführliche Informationen hierzu in meinem Buch, Anatomie für Bioenergetische Analytiker<sup>4</sup>, Lit. 3).

Ich achte weiterhin schon von der ersten Stunde an auf Lowens fünf Kontaktstellen zur Realität: Augen, Mund, Hände, Füße, Sexualorgane (siehe Alexander Lowen ‚Bioenergetik‘, Lit. 4).

Bei der Betrachtung der Körperstruktur hilft mir die gesamtenergetische Betrachtung für die Energieverteilung im Körper und ich diagnostiziere das holding inside, holding on, holding up, holding in und holding back der fünf Lowenschen Charakterstrukturen. Die Charakterstruktur-Diagnose wird im Einzelfall aus der Gesamtschau der Kontaktaspekte, Energieflüsse, Haltungsweisen sowie Abwehrmechanismen mehr oder weniger deutlich. Der an Kelly angelehnte Körperfragebogen über Krankheiten, Störungen und Probleme, den alle meine Patienten zum Ausfüllen erhalten, ermöglicht es, dem Patienten und mir Probleme zur Sprache zu bringen, die im unstrukturierten Gespräch nicht angesprochen bzw. nicht erfragt wurden. Für die Körperarbeit bietet er eine orientierende Sicherheit, z. B. erfuhr ich auf diesem Weg von einem Patienten, daß er eine Bandscheibenoperation hinter sich hatte, bei einer anderen durch Ankreuzen eines Nervenzusammenbruchs von ihrem Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus. Auch Suchtprobleme sind über diesen Fragebogen ans Licht gekommen sowie psychosomatische Krankheiten wie ein erhöhter Blutdruck oder eine Anorexia nervosa in der Adoleszenz (Abdruck des Fragebogens im Anhang).

Die von Uli Gudat im katamnestic Erhebungsbogen des Deutschen Verbandes für Bioenergetische Analyse zur Forschungsarbeit vorgelegte multiaxiale klinische Diagnose enthält wohl die differenzierteste und umfassendste diagnostische Einschätzung eines Patienten, die wir als Bioenergetische Analytiker stellen können, und ich wünsche mir, daß im Forschungsprojekt über die Wirksamkeit der bioenergetischen Analyse als ambulanter Psycho-

therapie der therapeutischen Öffentlichkeit schon bald die ersten statistischen Ergebnisse über unsere Arbeit vorgelegt werden können. (Lit. 5., KEB Deutscher Verband für Bioenergetische Analyse', Katamnestischer Erhebungsbogen).

### **Multiaxiale klinische Diagnose:**

- I. Klinische Syndrome: a) \_\_\_\_\_ ICD  
 b) \_\_\_\_\_ ICD  
 c) \_\_\_\_\_ ICD
- II. Persönlichkeitsstörungen und Zustände: \_\_\_\_\_ ICD:
- III. Körperliche Störungen und Zustände: \_\_\_\_\_ ICD:
- IV Psychosoziale Belastungsfaktoren: \_\_\_\_\_ ICD:
- V GAF bei Behandlungsbeginn (1-90): \_\_\_\_\_ Schweregrad (1-6/0): \_\_\_\_ \_  
 (wichtig!)  
 Raum für weitere Angaben nächste Seite unten.

### **Strukturdiagnose nach Lowen:**

Schizoide Anteile	1 nicht merkl.	2 leicht	3 deutlich	4 sehr stark ausgepr.
Orale Anteile	1 nicht merkl.	2 leicht	3 deutlich	4 sehr stark ausgepr.
Psychopathische Anteile	1 nicht merkl.	2 leicht	3 deutlich	4 sehr stark ausgepr.
Masochistische Anteile	1 nicht merkl.	2 leicht	3 deutlich	4 sehr stark ausgepr.
Rigide Anteile	1 nicht merkl.	2 leicht	3 deutlich	4 sehr stark ausgepr.

### **> Probekörperarbeiten**

Zum Schluß möchte ich anmerken, daß ich nicht mit einer Chronologie der körperlichen Erkundung arbeite, wie sie Jacques Berliner in seiner Veröffentlichung, Sexuelle Anamnese und Körperexploration unter diagnostischem Blickwinkel' (Lit 6) vorstellt. Die von mir durchgeführten Probekörperarbeiten stellen immer schon den Einstieg in die psychotherapeutische Arbeit dar, auch wenn ich über bevorzugte erste Interventionen verfüge. So stellen erste grounding-Übungen, Elefant und Bogen eine Möglichkeit dar, den Patienten die Herangehensweise der bioenergetischen The-

rapie zu erläutern und gleichzeitig diagnostisch die Augen offen zu halten.

Erste kathartische Erfahrungen erleben die Patienten bei mir im Schlagen mit dem Tennisschläger, mit der Aufforderung, ihrer Kraft Ausdruck zu verleihen, wobei ich diagnostisch vielfältige Informationen erhalte. Ich sehe, wie der Patient auf dem Boden steht, wie seine Knie, sein Becken, seine Wirbelsäule sich beim Schlagen verhalten. Atmung, Stimme und Augendruck geben weitere Hinweise auf die Person des Patienten schon nach einigen Schlägen mit dem Tennisschläger auf den Schaumstoffblock. Im Gegensatz zu Berli-

ners abstinenter analytischer Blickhaltung liebe ich es dann, im Kontakt mit dem Patienten selber zum Schläger zu greifen, und wir schlagen abwechselnd auf den Block mit einem „ja“ ein, während wir uns z. B. vorstellen, wir würden gemeinsam für den Winter Holz hacken. Eine andere Möglichkeit ist es, in einen eher kämpferischen Kontakt zu kommen, indem eine Partei „ja“ und die andere „nein“ sagt, wobei ich den Patienten wählen lasse, wofür er sich entscheiden möchte.

> Fragebogen: Krankheiten, Störungen, Probleme

Ankreuzungsmöglichkeiten:

kein/keine, leicht, mäßig, schwer sowie Bemerkungen, z. B.: nur in der Kindheit; operiert im Alter von...; zur Zeit ernsthaftes Problem; selten, ab und zu, häufig... etc.

Kurzsichtigkeit/Weitsichtigkeit/Astigmatismus (Hornhautverkrümmung)/andere Augenprobleme/Schwindel/Kopfschmerzen/ Epilepsie/Heuschnupfen/Nebenhöhlenentzündungen/behinderte Nasenatmung/Polyopen (vergrößerte Rachenmandeln)/Infektionen des Ohrs/Schwerhörigkeit (warum)/ Zahnverfall, Karies/Mundprobleme/Tonsillitis (Mandelentzündung)/Heiserkeit/Nackenprobleme(Beschreibung)/Kehlkopfent-

zündungen/Sprachstörungen/Entzündung der oberen Luftwege/Bronchitis/Erkältungen/Herzprobleme (Beschreibung)/Bluthochdruck/niedriger Blutdruck/Emphysem/Magenprobleme/Verdauungsstörungen/ Übelkeit, Appetitlosigkeit/Rückenprobleme (Beschreibung)/Diarrhöe (Durchfall)/Verstopfung/Hämorrhoiden/Infektionen der Genitalien oder der Harnwege (Beschreibung)/andere Probleme in diesem Bereich (Beschreibung)/Hautkrankheiten/Zuckerkrankheit/niedriger Blutzucker/Übergewicht/Untergewicht/Hormon, Drüsenprobleme (Beschreibung)/Arthritis (rheumatische Beschwerden), wo? /Schleimbeutelentzündungen, Sehnenscheidenentzündungen, wo? /Schlaflosigkeit/Müdigkeit/Nervosität/ „Nervenzusammenbruch“ (Beschreibung)/ Gefühle von Unwirklichkeit/ Angstanfälle / Depressionen/Psychosomatische Probleme (Beschreibung)

Abhängigkeiten:

Alkohol/Zigaretten/Drogenkonsum (mündliche Beschreibung im Gespräch)/übermäßiges Essen/andere (Beschreibung)

Zur Zeit in ärztlicher Behandlung: ja / nein. Wenn ja, Name des Arztes.

Andere relevante Informationen.

### Literatur:

1. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-III-R, 1989, Beltz-Verlag, Basel.
2. Dörner-Plog, 1982, Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Psychiatrie-Verlag GmbH, Reburg-Loccum.
3. Oelmann, 1988, Anatomie für Bioenergetische Analytiker, Arbeitsblätter für Bioenergetische Analyse, Bonn, beim Verfasser erhältlich.
4. Lowen, Bioenergetik, 1975, Rowohlt-Taschenbuchverlag, Hamburg.
5. Gudat, Deutscher Verband für Bioenergetische Analyse, Katamnesterischer Erhebungsbogen (interne Information).
6. Berliner, Sexuelle Anamnese und Körperexploration unter diagnostischem Blickwinkel, 1991, Brüssel.

### Anschrift des Verfassers:

Konrad Oelmann, Siegfried-Leopold-Str. 72, 5300 Bonn-Beuel, Tel. 0228/46 55 19

Jacques Berliner

## Meine Chronologie der körperlichen Erkundung

aus: Sexuelle Anamnese und Körperexploration unter diagnostischem Blickwinkel

### Die Ziele der körperlichen Erkundung

... Ich sagte es schon, der objektivierende Blick des Therapeuten sieht Dinge, die der Klient selbst nicht kennt (und die verschiedene Schichten in der individuellen und familiären Geschichte darstellen), die er „bewußt“ versteckt, und andere, die das Ergebnis einer Spaltung im Innern der Persönlichkeit sind.

Ich glaube nicht, daß der Mund lügt, vor allem tut er das nicht systematisch. Es kommt allerdings ziemlich häufig vor, daß der Blick auf den Körper eines Klienten, das Verständnis des Therapeuten bereichert, ergänzt, nuanciert oder manchmal auch komplexer macht. Es geschieht auch, daß der Therapeut Worte hört, die mit dem „Organismus, dem Fleisch und Blut des Klienten unverbunden“ sind.

- Körperliche Erkundung und Identität

Bevor ich näher auf meine Vorgehensweise bei dieser Untersuchung eingehe, würde ich gerne hervorheben, wohin diese Untersuchung nicht führt. Es geht nicht darum, den Klienten, der einen kaum kennt, brutal dazu zu bringen „emotional loszulassen“. Es ist eine beeindruckende, ja fast schon magische Erfahrung, zu wissen, was man jemandem sagen muß, oder wie die Hände auf ihn zu legen, um bei ihm einen intensiven Affekt auszulösen, der seinen ganzen Körper erschüttert. Das ist beeindruckend, es kann eine schlagartige Erleichterung für den Klienten sein, aber das hat auf lange Sicht wenig Sinn und Wirkung.

Es geht im Gegenteil darum, mit Hilfe des Körpers zu ermitteln, wie stark die Widerstände des Klienten sind.

Die Psychoanalytiker reden von psychischen Abwehrmechanismen, die die Widerstände bilden, die die Therapie aufzeigen und herausarbeiten soll, um sie dadurch weniger „prägnant“ zu machen. Unsere Blickweise auf den Körper des Klienten erlaubt uns, „körperliche“ Abwehrmechanismen aufzuzeigen, d. h. Zonen muskulärer Spannungen (die körperlichen Widerstände), fixierte Haltungen, Mimik und spezifische Ausdrücke des Blickes und anderer Körperzonen.

Die körperliche Exploration kann helfen, die Art, die Form und den Ort der verschiedenen verbalen und körperlichen Widerstände zu präzisieren. Die so definierte „Karte“ spielt eine wichtige Rolle bei der diagnostischen Einschätzung des Klienten.

Ich habe kürzlich folgende Hypothese vorgeschlagen:

Bei „strukturierten“ Klienten aktiviert, intensiviert und kristallisiert die körperliche Erkundung die Widerstände.

Bei Klienten mit Identitätsproblemen (insbesondere borderline) zeigt die körperliche Erkundung die Grenzen oder eher noch die Unfähigkeit des Klienten, ein Gefühl zu halten. Das sind die, bei denen nach einigen Sekunden oder Minuten Stehen mit leicht gebeugten Knien ein Zittern am ganzen Körper einsetzt, die anfangen zu weinen (oft ohne ersichtlichen Grund), auf den

Boden fallen, sofort tief regredieren und manchmal den Sinn für die gegenwärtige Realität verlieren.

Was ich jahrelang für die Wirksamkeit der bioenergetischen Technik hielt, enthüllt bei letzteren in Wirklichkeit nur die Schwäche ihrer Abwehrmechanismen und Affektkontrolle; d. h. ihre Unfähigkeit, Affekte auf positive Weise zu verarbeiten, einen gewissen Grad an Anspannung auszuhalten, ohne zusammenzubrechen. Solche Reaktionen bringen mich dazu, an ihrer Fähigkeit zur Affektkontrolle zu arbeiten, indem ich eine „umarmende und schützende“ Beziehung schaffe, also auf jede affektive Entladung, die erfolglos und gefährlich wäre, verzichte.

Diese körperliche Erkundung fährt also fort zu präzisieren, was die mündliche Anamnese zuvor angestrebt hat: Den Charaktertyp des Klienten. Über die von Lowen definierten Typen hinaus geht es vor allem darum, ödipale und präödipale Strukturen zu differenzieren.

### **Die Modalitäten der körperlichen Erkundung**

Es geht hier nicht um eine Standard-Vorgehensweise, dies wäre zu systematisch, sondern um einen Weg, dem ich gewöhnlich folge, um mein Verständnis des Klienten zu vertiefen. Ich lade Sie ein, mir bei dieser Vorgehensweise zu folgen, mit einer gewissen Distanz, die Ihrem eigenen kritischen Urteilsvermögen entspricht.

- Die heikle Sache mit dem „Badeanzug“

Diese körperliche Erkundung findet bei Frauen im Badeanzug, bei Männern in Bade- oder Unterhose statt. Einen Klienten zu

bitten, sich auszuziehen, birgt natürlich eine Spannung, die der Therapeut nicht ignorieren kann und aus der allein schon zahlreiche Lehren gezogen werden können.

Die Praxis der traditionellen Medizin verlangt, daß der Körper des Klienten „desexualisiert“, sozusagen unerotisch ist. Es geschieht ein „kleines Wunder“, das alles sexuelle Verlangen aus der Beziehung entfernt, das im Kontakt zweier Menschen auftritt. Dies gilt im Prinzip ebenso für den Arzt wie für den Patienten. Wenn sexuelle Erregung, Gefühle oder Fantasien bei dem einen oder dem anderen auftreten, müssen sie, damit die klassische medizinische Handlung durchgeführt werden kann, verleugnet werden, was das Ausagieren manchmal gerade begünstigt.

Bestimmte Folgen dieser Haltung zeigen sich in Körpertherapie-Gruppen. Es kommt nicht selten vor, daß ein Mann, der sich in Badehose zeigen soll, damit Körperlesen durchgeführt werden könne, sich völlig auszieht und sogar erstaunt war, daß ich ihn aufforderte, seinen Slip anzubehalten, oder daß sich eine Frau oben ohne zeigte, ohne die erotische Bedeutung dieser Körperpartie zu bemerken.

Es gibt auch sehr lehrreiche gegensätzliche Situationen. So verbringt eine Frau Anfang Vierzig während zweier Diagnostikstunden viel Zeit damit, an ihrem Badeanzug herumzupfen, um ihre Brust oder ihre Schenkel besser zu bedecken (die zweifellos schon ausreichend bedeckt waren). Auf meine Frage am Ende der Sitzung nach dem Sinn dieser (sehr oft) wiederholten Gesten, wird rein rational geantwortet, es handele sich um einen alten Badeanzug, der im Laufe der Zeit eingelaufen wäre und nun ihre „Formen“ in schamloser Weise zeigen würde. Diese Sache mit dem Badeanzug zeigte auf

Anhieb den Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach sexueller Exhibition und der Angst davor bei einer Klientin, die sich später als hysterisch erwies.

Der Badeanzug führt so einen wichtigen Parameter ein zu den vielfältigen affektiven Implikationen, die im übrigen Teil des Erkundungsprozesses sind. Der Badeanzug kann in gleicher Weise den „Voyeurismus“ des Therapeuten wie den „Exhibitionismus“ des Klienten stimulieren. Dadurch können die in der therapeutischen Beziehung notwendigen „sexuellen Grenzen“ von Anfang an besser definiert werden.

### **Meine Chronologie der körperlichen Erkundung**

1.) Außer wenn der Klient dazu nicht in der Lage ist (schwere Depression, hochgradige Psychose), bitte ich ihn zunächst, sich in seiner normalen Haltung aufrecht hinzustellen und fordere ihn auf, dies ein bis zwei Minuten beizubehalten. Ist er sich bewußt, was diese Haltung über ihn in seiner Beziehung zu anderen aussagt?

2.) Anschließend bitte ich ihn, die Knie leicht zu beugen, den Mund zu öffnen und seine Atmung fließen zu lassen. Meine Hinweise sind rein verbal, und ich mache ihm nie selbst die Übungen vor, da eine Imitation sonst unvermeidlich wäre.

Ich bleibe in einem konstanten Abstand zum Klienten sitzen. Er kann mich beobachten oder die Augen schließen (was meist bei Frauen vorkommt). Ich bestehe darauf, daß er mir seine Empfindungen, Gefühle, spontane Assoziationen, Überlegungen etc., die ihm in dieser Position kommen, mitteilt - besonders dann, wenn ihm das, was er erlebt und denkt, ungewöhnlich oder gar

absurd vorkommt. Ich beobachte dabei seine Atmung, seine Reaktion auf die gebeugten Knie, das Auftauchen einer eventuellen „Muskelermüdung“, derentwegen die Beine schmerzen oder vibrieren.

Als nächstes bitte ich ihn, einen Ton beim Ausatmen zu machen. Weil das für viele schwierig ist, ist die Versuchung groß, es vorzumachen; mit allen negativen Konsequenzen, die das mit sich bringt. In der Tat können sich wenige Klienten von Anfang an leicht und problemlos ihrer Stimme bedienen. Ich glaube nicht, daß es sich dabei um ein ausschließlich oder gar im wesentlichen muskuläres Problem des Kehlkopfes handelt, sondern daß eine Zurückhaltung von Verbotenem im Hintergrund steht. Einen Ton machen bedeutet für viele so etwas, wie ein „Existenzrecht“ haben, das Recht zu haben, „die Stimme zu erheben“, was viele offensichtlich nicht haben. Für manche ist der Krach synonym für die Geräusche beim Geschlechtsverkehr, mit aller Scham oder Schande, die sie begleiten.

Wenn die Person trotz meiner verbalen Unterstützung ihrer Versuche, keinen Ton rauskriegt, bestehe ich nicht weiter darauf. Wenn ein Ton kommt, ermuntere ich die Person, ihn leicht zu verstärken, die Augen zu schließen, sich auf den Klang zu konzentrieren und zu versuchen, ihn in Worte zu „übersetzen“. Dies ist für viele wieder eine komplizierte und ungewohnte Aufgabe.

Wenn die Person einen „Inhalt“ zu dem Ton, den sie macht, gefunden hat, bitte ich sie, ihn zu sagen. Meistens kennt sie ihn nicht, manchmal sagt sie: „Ich bin traurig“ oder „Hilfe“ oder „Ich bin beleidigt“ etc.... Es wird also sichtbar, wie der Affekt mit einem Gedankeninhalt verbunden ist, der selbst in Bezug steht zu einer Person der

Vergangenheit oder Gegenwart. Für einige ist es einfach, die Person zu nennen, an die sie sich richten, für andere bleibt diese Person unbekannt. All diese Hinweise dienen dazu, die Übertragungsbeziehung zu erkennen, die gerade entsteht.

Manchmal, wenn ich es für angemessen halte, greife ich auf, was der Klient gesagt hat und gehe ein „Stück gemeinsamen Weges“, um zu sehen, ob es sich um etwas an der Oberfläche handelt, um etwas Defensives oder bereits um ein zentrales Thema. Mein Ziel bleibt, wie ich bereits zu Beginn sagte: Diese Erkundung hat keine vorrangig therapeutische Funktion, auch wenn sich bei der einen oder anderen Situation Affekte und Spannungen entladen und dadurch eine zwar augenblicksbezogene, aber doch wirkliche, wohltuende Katharsis eintritt.

3.) Ich bitte den Klienten dann, sich nach vorne zu beugen (Übung: „der Elefant“), die Finger auf den Boden zu bringen, die Knie beim Einatmen leicht zu beugen und beim Ausatmen zu strecken. Ich habe dies wiederholt beschrieben. Das Ziel dabei ist nicht eine wie auch immer geartete Energie beim Entspannen der Muskeln freizusetzen, sondern einige gestreifte Muskeln zu strecken, bis sie zittern bzw. vibrieren. Das bewirkt teils angenehme, meist aber unangenehme und manchmal erschreckende Empfindungen. Diese können sich nach und nach von den Beinen, über das Becken, den Bauch bis zum Brustkorb etc. ausbreiten. Diese vibrierenden Bewegungen vermindern die emotionale Kontrolle der Person und dadurch auch den Widerstand, seine regressiven Affekte und Gedanken zu äußern. Dies kann unterschiedliche Formen annehmen, die auch in diagnostischer Hinsicht nützlich sind.

- Bei den strukturierten Klienten kann entweder regressives Material auftauchen, oder der Widerstand nimmt zu (die Person spürt nichts).

- Bei den wenig oder nicht strukturierten Klienten kann ein emotionaler Zusammenbruch eintreten.

4.) Es folgt der „Streßbogen“, d. h. die Dehnung der Körpervorderseite. Die Knie sind maximal gebeugt (und bleiben es). Die Fäuste werden in die Lenden gesetzt und drücken das Becken langsam nach vorne, wodurch automatisch (zumindest beim Gesunden) die Schultern nach hinten genommen werden. Dies ist eine Streßposition, die von Personen mit Kreuzschmerzen nicht lange aufrecht erhalten werden kann. In dieser Situation achte ich zunächst auf den Kopf und die Füße.

- Die Füße, um mich von ihrer Verankerung am Boden zu überzeugen. Bei einigen Personen bewirkt die so erzeugte Spannung ein so starkes Vibrieren der Beine, daß die Person (sehr) oft mit den Hacken vom Boden abhebt.

- Der Kopf nimmt spontan eine von zwei Positionen ein: In der einen ist der Kopf nach hinten geworfen. Sie tritt bei Personen auf, die entweder nicht sehen können oder wollen, was sich in diesem Moment unter ihnen abspielt (sie verlieren wortwörtlich den Kopf). Sie sind dann ohne Kontakt mit mir, ihrem Gesprächspartner gegenüber. Bei der anderen Haltung bleibt der Kopf gut senkrecht auf den Schultern sitzen. Ich muß dann den Ausdruck ihres Gesichtes beobachten, dessen vorherrschender Affekt durch diese Streßposition verstärkt wird. Auf diese Weise kann sich Angst, Haß, Wut, völliger Rückzug etc. zeigen, was ich dann diagnostisch in ihre Geschichte „unterzubringen“ versuchen werde.

Ein weiterer interessanter Aspekt dieser Stellung ist die An- oder Abwesenheit einer Symmetrie-Ebene bezüglich der rechten und linken Körperhälfte. Normalerweise (wenn es keinen deutlichen Längenunterschied der Beine gibt), geht die Mittellinie durch Nasenspitze, Kinn, Brustbein und die Mitte des Schambeins. Dies gilt „klassischerweise“ als „gute Struktur“. Eine an mehreren Stellen „gebrochene“ Linie, besonders wenn dies an den Stellen ist, die auch im „Streßbogen“ gebrochen waren, zeigt eine Ich-Schwäche, die bis zu einer Präpsychose oder gar einer Psychose gehen kann. Man redet nicht umsonst von einer „verrückten“ Person. Ich messe diesem Zeichen keine absolute Bedeutung bei (wie übrigens auch bei keinem anderen isolierten Indiz), aber seine Kombination mit anderen Zeichen von Verwirrung, mit einem Blick, der nicht fokussieren kann oder mit einer gespaltenen Lebensweise, kann sehr aufschlußreich sein.

Beim Streßbogen kann man den Klienten auch bitten, am Ende des Ausatmens immer stärkere Töne zu machen. Daraus entsteht eine vibrierende Erschütterung, und man kann dabei beobachten, wie die Person emotional damit fertig wird.

Ich halte es für sinnvoll, nach dieser Übung den „Elefanten“ zu machen, um danach die antagonistischen Muskeln zu strecken.

5.) Anschließend kann es interessant sein - besonders bei strukturierten Personen -, die Beweglichkeit des Beckens zu untersuchen. Es gibt eine Reihe von Bewegungsmöglichkeiten: Von vorne nach hinten, kreisförmig, seitlich etc.... Der Therapeut kann nicht nur die Beckenbeweglichkeit beobachten: Bewegt sich der ganze Körper? Oder nur das Becken? Sind die Bewegungen weitläufig, langsam, ruckartig oder gar brutal -dies besonders bei Männern - wie mit dem Be-

dürfnis, zu „zerstören“? Münden sie in eine vibrierende Bewegung des ganzen Beckens? Inwieweit läßt der Klient die Bewegung zu? Ist die Beweglichkeit nach vorne mit der nach hinten identisch? etc. Aber vor allem ist es wichtig festzustellen, ob diese Übung des Unbewußte des Klienten aktiviert oder nicht.

Deshalb ist es wichtig, daß der Klient die Bewegung mit geschlossenen Augen macht. Einige Klienten haben keine spontanen Assoziationen, weil sie keine Verbindung zu sich selbst haben. (Ihr Körper bewegt sich wie eine Maschine, und diese Beckengymnastik ist ein gutes Mittel, dem Therapeuten ihre Stärke und Kraft, aber nicht das Ausmaß ihrer Integration zu beweisen. ) Andere empfinden deutlich Scham (und manchmal noch sehr viel mehr), die sich in steifen Bewegungen und reduzierter Amplitude ausdrückt: Wichtig sind der Aspekt und die Vorstellungen, die aus diesen Bewegungen erwachsen. Sie zeigen die Fähigkeit der Person, sich gehenzulassen (oder auch nicht) sowie die Verbindung dieser Bewegung mit der einen oder anderen spontanen Assoziation aus dem genitalen Bereich.

Ich betone noch einmal die Notwendigkeit, daß der Therapeut die Übung dem Patienten nicht Vormacht: Letzterer soll niemanden nachmachen sondern seine grundlegende Einstellung zu seiner Genitalität ausdrücken, insbesondere seine Widerstände gegen die Beckenbewegung.

Ich teile nicht mehr die Ansicht von Reich und Lowen, daß diese Bewegungen und Vibrationen „chronische Muskelverspannungen“ lösen; daß sie der Person helfen, „ihre Sexualität zu befreien“. Dagegen liefert mir die Verleugnung der Empfindungen, Affekte und Vorstellungen, die diese

Bewegungen (die vom Klienten oft bewußt und perfekt ausgeführt werden) meistens hervorrufen, wertvolle Hinweise darüber, wie die Person ihre Genitalität lebt.

6.) Die Erkundung des Ausdrucks von Feindseligkeit. Mehr noch als sexuelle Schwierigkeiten wird Feindseligkeit (trotz der Gewalt in unserer Zeit) nur sehr schwer wahrgenommen und ausgedrückt. Ich bitte den Klienten, den Arm auszustrecken, leicht anzuwinkeln und eine Faust zu machen. Er soll sich dann in dieser Haltung (manchmal unter Zuhilfenahme eines Spiegels) betrachten. Erkennt er sich in dieser Haltung? Was empfindet er? Gibt es den Ansatz einer spontanen Bewegung, die diese Pose einleiten könnte? Kommen eventuell Assoziationen zu Erlebtem hoch?

Meistens mobilisiert diese Pose NICHTS. Den Klienten befremdet diese Haltung. Er macht es, um mir eine Freude zu machen oder findet es lächerlich etc. Selbst meine Bitte, den Unterarm absichtlich mitgeschlossener Faust zu bewegen, löst weder Feindschaft noch (was ich für noch wichtiger halte) Angst vor der inneren Feindseligkeit aus. Deshalb glaube ich, daß die starken Ausdrucksbewegungen „absichtlicher“ Wut, wie sie einige Therapeuten vorschlagen, trotz der sie begleitenden Lautstärke nur die darunterliegende Angst kaschieren. Hier endet meistens die erste Sitzung der körperlichen Erkundung.

7.) Während der nächsten Sitzung bitte ich den Klienten, sich auf der Matratze auszustrecken. Ich untersuche dann seine Fähigkeit, mit den Beinen zu treten. Wie gewöhnlich bleiben meine Anweisungen absichtlich vage. So zum Beispiel: „Heben Sie ein Bein und schlagen Sie damit auf die Matratze. Jetzt das gleiche mit dem anderen Bein.

Und jetzt eins nach dem anderen.“

Hier kann man die Fähigkeit zu abwechselnder Bewegung beobachten. Einige verlieren die Koordination der Bewegung sehr schnell. Andere heben das Bein kräftig an und senken es dann sehr vorsichtig auf die Matratze und zeigen so ihre Unfähigkeit zu einer spontan „aggressiven“ Bewegung. Wieder andere sind sparsam, sie heben die Beine nur wenige Zentimeter. Bei manchen greift die Bewegung auf immer weitere Körperteile über, aber der Großteil beschränkt die Bewegung auf die Beine, wobei sich Oberkörper und Nacken versteifen. Einige sind durch die Anstrengung so angespannt, daß sie beinahe aufhören zu atmen. Andere befinden sich in einer Art Belagerungszustand, schlagen stereotyp mit den Beinen und warten darauf, daß ich das Zeichen zum aufhören gebe. Für diese wäre ein spontanes Aufzuhören eine Niederlage, die auf jeden Fall verhindert werden muß. Manche schlagen deshalb 20 Minuten und länger, bis sie den Atem oder sogar das Bewußtsein verlieren!!

Ich erinnere mich an einen Mann um die 40, der mich wegen chronischer Müdigkeit aufsuchte. Sie war so stark, daß er ihretwegen seinen Beruf aufgeben mußte. Selbst zur Erholung, z. B. einem Spaziergang, war er zu müde, und natürlich auch zu jeder sexuellen Aktivität. Die erste Übung, die ich ihm vorschlug war, auf der Stelle zu springen. Er sprang mit solchem Eifer, daß er beinahe auf meinem Arbeitstisch landete; machte aber wie von Sinnen weiter, in alle Richtungen zu springen, so daß er Gefahr lief, sich zu verletzen. Als ich ihn liegend aufforderte, mit den Beinen zu schlagen, stellte er mit Tausend Schlägen den absoluten Rekord auf, den ich je erlebt hatte. Ich als ihn danach nach der Anzahl der Schläge fragte,

antwortete er: „ungefähr hundert Mal! “ Ich mußte mich fragen, wie ein Mann unter solch starker Müdigkeit leiden konnte und gleichzeitig zu derartiger körperlicher Leistung fähig war. Vor die gleiche Frage gestellt, wußte der Klient auch keine Antwort - was der Ausgangspunkt des therapeutischen Prozesses war.

8.) Immer noch auf dem Rücken liegend untersuche ich noch einmal die Beweglichkeit des Beckens, ohne den Streß, den die aufrechte Haltung für einige mit sich bringt. Einige Frauen haben starke Verspannungen in den Adduktoren (die Muskeln, die die Schenkel zusammenziehen). Ihre Entspannung ist oft mit der Angst assoziiert, penetriert zu werden. Einige Männer mit sehr männlichem Auftreten haben die Neigung, bei dieser Übung in der Art weiblicher Empfängnishaltung die Beine zu spreizen. Ob es sich dabei um eine Identifizierung mit der Mutter oder um Kastrationsangst mit passiver Unterordnung unter den Vater handelt; auf jeden Fall zeigt diese spontane Bewegung gleich zu Beginn die zugrundeliegende sexuelle Orientierung, die meist sehr tief versteckt liegt.

Während der Auf- und Abbewegungen des Beckens bevorzugen einige die Abwärtsbewegung, als wollten sie ihr Gesäß in die Matratze stoßen und verdrehen so die Anweisung, das Becken anzuheben. Dieser Impuls kann soweit gehen, daß die Matratze mit dem Gesäß geschlagen wird. Eine genitale Verneinung zu Lasten einer analen Regression oder sadistischen Verhaltensweise kann so direkt beobachtet werden.

9.) Danach - der Klient liegt immer noch - schlage ich vor, den Kopf seitlich hin und her zu bewegen; zunächst langsam, dann soll er den Rhythmus allmählich beschleunigen.

Das Ziel dieser Übung ist es, die Fähigkeit des Betreffenden abzuschätzen, „die Kontrolle“ zu verlieren (oder realistischer: die bewußte Kontrolle etwas zu lockern). Im Gegensatz zu anderen halte ich nichts von dieser fixen Idee einer unvermeidlichen Kontrollabgabe. Aber viele Personen, die „den Kopf nicht richtig auf den Schultern sitzen haben“, haben Schwierigkeiten, den Nacken und Kopf zu bewegen, aus Angst konfus zu werden, den Sinn für die Realität zu verlieren, verrückte Handlungen zu begehen und sogar Vor dem Auftauchen „verrückter“ Gedanken.

Die Beweglichkeit (Amplitude, Stärke und Geschwindigkeit) steht in Beziehung zur „Ichstärke“, besonders wenn der Klient dabei spontane Assoziationen äußert. Ich meine, daß steife Bewegungen, eine schwache Amplitude und ein schnelles Aufgeben der Übung im Gegensatz dazu eine Zerbrechlichkeit des Klienten zeigen, die zu Beginn der Therapie berücksichtigt werden muß: So ein zerbrechliches „Denkorgan“ erfordert zunächst eine vorsichtige, die psychische Integrität des Klienten nicht bedrohende Beziehung.

10.) Anschließend bitte ich den Klienten, der immer noch auf dem Rücken liegt, ohne weitere Anweisungen beide Arme nach oben zu strecken. Auch hier bewirkt seine innere Disposition, entweder dabei Fäuste zu machen oder Hände und Unterarme wie machtlos schlaff zu lassen oder die Arme leicht gekrümmt zu halten wie im Bedürfnis nach körperlicher Nähe, meist zu einer Mutterfigur. Man kann dann den Patienten bitten, den Ausdruck seiner Arme und Hände in Worten auszusprechen. Manche zeigen eine Haltung der Versagung und empfinden nichts (zumindest ist ihnen nichts bewußt). Manchmal erwähnen sie eine Begebenheit

ohne Bezug zu einem Kontaktbedürfnis. Dies kündigt eine lange Übertragungsabhängigkeit an und auch das Risiko des abrupten, unvorhersehbaren Abbruchs der Therapie.

Diese Übungen offenbaren so nicht nur die Vergangenheit des Klienten und seine Gegenwart im Kontakt mit dem Therapeuten, sondern auch seine therapeutische „Zukunft“. Indem sie einige Hauptprobleme im Vorhinein ankündigen, geben sie dem Therapeuten die Möglichkeit, sich darauf einzustellen.

Vor 10 Jahren hatte ich noch ein ganz anderes Verständnis dieser Übung des Ausreichens. Ich dachte damals, daß eine solche Übung, die Tränen, Schluchzen und herzerreißende Appelle an eine unzureichend anwesende Mutter auslöst, eine großartige emotionale Öffnung sein; dem Betreffenden den Zugang zu der „energetischen Ladung“ ermöglicht, die das Ausstrecken der Arme bewirkt. Es war für mich einer der Aspekte, die eine gute Prognose für die Therapie erlaubt. Ich dachte damals, daß diese Übung, wenn man sie in der Therapie wiederholt dem Klienten quasi erlauben würde, sein Mangelgefühl zu „leeren“, indem sie die Hemmung zu „Verlangen“ immer mehr aufhebt.

Heute denke ich, daß die, die nichts empfinden, und die, die leicht und ausufernd weinen, eine verstärkte bzw. eine unzureichende Verteidigung eines schwachen und schlecht strukturierten Ichs zeigen. Sie leiden meist an unzureichender innerer Konsistenz. Ich helfe ihnen nicht, mehr zu weinen, sich illusorisch ihrer Tränen zu entledigen. Ich bringe ihnen eher bei, die Fassung zu bewahren, erwachsener, d. h. im Grunde verbalere Mittel zu finden, sich ihrer „erloschenen“, in kindlicher Form natürlich in ihnen fortbestehenden Vergangenheit bewußt zu werden, die aber in der gegenwärtigen Situation auf erwachsene Art und Weise bewältigt werden muß. Ich habe also gelernt, die Tränen, die einen Mangel an

innerer Struktur anzeigen von denen zu unterscheiden, die auf eine Entwicklung zu mehr Sensibilität hinweisen.

Manchmal ersetze ich das „Ausreichen“ durch die Bitte an den Klienten, die Lippen nach vorne zu strecken, nach etwas oder jemandem vor ihnen. Das mache ich vor allem dann, wenn der Klient sehr verkniffene Lippen hat, damit er sich von seiner normalen Lebenseinstellung, seinem Mangel an Vertrauen, seiner Bitterkeit loslöst. Auch hier versuche ich wieder, falls sich die Bewegung mit einem Affekt oder einem Bild assoziiert, herauszufinden, an wen sie gerichtet sind.

11.) Ich fahre fort mit der Übung zur Augenbewegung, besonders wenn der Blick des Klienten entweder einen starken Affekt ausstrahlt oder völlig ausdruckslos ist - abwesender Blick.

Horizontale, vertikale oder kreisförmige Augenbewegungen können entweder völlig affektlos ausgeführt werden (wenn das die gesamten Erkundungssitzungen charakterisiert), oder es werden zugrundeliegende Affekte, Fantasien und emotionsgeladene Erinnerungen wachgerufen. Oft kommt ein frühes Verfolgungserlebnis durch Vater oder Mutter hoch (in Form eines erschreckenden, allzeit observierenden Blickes, besonders wenn es um Sex oder Liebe etc. geht). Manchmal ist der Blick des Klienten auf der vergeblichen Suche nach einem Elternteil: Dann stellt sich die Leere, das Nichts ein, mit dem daraus resultierenden „Schock“.

12.) Zum Schluß teste ich durch die Übung des Handschlags, wie der Klient an die Therapie herangehen wird, wie sich die therapeutische Allianz und Übertragung wahrscheinlich entwickeln werden

„Ich gebe Ihnen meine Hand und Sie können damit machen, was Sie wollen, außer mir weh zu tun oder mich zu verletzen. Ich selbst mache nichts und überlasse sie Ihnen völlig.“ Das Spektrum der Antworten ist außerger-

wöhnlich, jede steht in Beziehung mit der Charakterstruktur des Klienten. Viele sind von dieser „direkten“ Annäherung überrascht. Nach dem ersten Moment des Erstaunens nehmen sie meine Hand, wägen sie ab, legen (sehr) langsam ihre Handfläche auf meine und warten.

Andere finden dieses Vorgehen unpassend und sagen, nichts damit anfangen zu können. Wieder andere sind zögerlich: Ein Teil in ihnen will die Hand nehmen, während sich ein entgegengesetzter dagegen wehrt und so die starke Ambivalenz des sich entwickelnden Prozesses zeigt.

Einige hängen sich an die Hand, drücken sie gegen ihre Brust oder fuhren sie an die Lippen, und zeigen dadurch ihr intensives Bedürfnis nach Symbiose. Andere offenbaren bei diesem Hautkontakt all ihre Verführungskunst und warnen mich dadurch vor jedem weiteren körperlichen Kontakt in der Therapie, der nichts unschuldiges mehr hätte. Ich denke dabei an die, die jede Beziehung erotisieren, bei denen die Regel der psychoanalytischen Enthaltbarkeit offensichtlich angebracht ist.

### **Der vollständige Artikel ist zu beziehen gegen DM 20, 00 bei:**

Dr. Michael Hepke, Am Haselhof 106, 4400 Münster, Tel. 02536/6387

### **Titel: Sexuelle Anamnese und Körperexploration unter diagnostischem Blickwinkel**

Inhalt:

#### **A. Sexuelle Anamnese**

Einige allgemeine Anmerkungen / Allgemeine Anamnese, Sexuelle Anamnese / Die Fragen / Einige klinische Beispiele: 1. Die Phantasien bei der Selbstbefriedigung; 2. Die Passivität beim Geschlechtsverkehr; 3. Die beim Geschlechtsverkehr bevorzugte Position; 4. Sadomistische Fantasien und Praktiken; 5. Penisneid bei einer Frau; 6. Vorzeitige Ejakulation bei einem jungen Mann / Sexualität und Charakterstruktur: Orale männliche Sexualität; Masochistische weibliche Sexualität; Männliche narzißtische Sexualität; Hysterische weibliche Sexualität

#### **B. Die Körperexploration**

Allgemeine Vorbemerkungen / Der Blick des Therapeuten für körpervermittelte Psychotherapie / Die Bedeutung eines theoretischen Bezugssystems / Muskuläre Verspannungen, körperliche Widerstände / Objektiver Blick, subjektiver und intuitiver Blick / Zwei Beispiele, die die Bedeutung dieser körperlichen Sichtweise zeigen: a) Ein junger impotenter Mann, b) eine junge Nonne mit einem „Teufelsweib“ im Körper / Die Ziele der körperlichen Erkundung / Körperliche Erkundung und Identität / Die Modalitäten der körperlichen Erkundung / Die heikle Sache mit dem „Badeanzug“ / Meine Chronologie der körperlichen Erkundung / Die Berührung... und ihre Risiken

#### **C. Eine neue Definition, die meinen Konzepten und meiner Praxis besser Rechnung trägt: Körpervermittelte Analytische Psychotherapie anstelle von bioenergetischer Analyse**

Suggestion, Trance und magnetisches Wasser bei Mesmer / Ekstatische Trance der afrikanischen Völker / Katharsische Trance in der regressiven Therapie / Muskuläres Gedächtnis (?), psychisches Gedächtnis (?) / Energetische Änderung (?), „Beziehungs“-Änderung (?) in der Therapie / Die Notwendigkeit eines konstanten Rahmens in der Therapie / Die Psychoanalyse als Mutter verschiedener tiefenpsychologischer Therapien / Therapie und Charakterstruktur

#### **D. Was für die Diagnose der Charakterstruktur erforderlich ist**

Das Identitätsniveau / Die körperlichen und Beziehungswiderstände / Die Übertragung: Objekt und Vorzeichen / Die Gegenübertragung / Eine Hypothese über die zentrale Problematik des Klienten. Eine Abschätzung des zentralen charakterlichen Widerstandes / Zwei theoretische Beispiele: a) Die orale Struktur, b) Die schizoide Struktur / Ein klinisches Beispiel: Der Fall Clara

### **Anschrift des Verfassers:**

Jacques Berliner, Rue Berkmans 111, 1060 Brüssel, Tel. 5384166

Übersetzung:

Dr. Michael Hepke, Am Haselhof 106, 4400 Münster, Tel. 02536/6387

**Günter Schubert**

## **Items zur Bioenergetischen Diagnose und Exploration der Widerstände**

Im Frühjahr 1985 lernte ich in einem Workshop mit Jacques Berliner seine „Chronologie der körperlichen Erkundung“ kennen. Sie umfaßte damals einige „Übungen“ mehr, als er 1991 veröffentlicht hat. Ich setze „Übungen“ in Anführungszeichen, weil mir der Begriff in diesem Zusammenhang unzutreffend und irreführend erscheint. Der Patient übt nicht. Er zeigt vielmehr - ihm weitgehend unbewußt- Körperausdruck und Ausdruckshemmungen in standardisierten Aufgabenstellungen, die ich wegen ihres Testcharakters als Items bezeichnen möchte. (Seite 17)

Die Bioenergetische Exploration ist nicht der Anfang des diagnostischen Kontaktes mit dem Klienten. Ich beginne, indem ich den Patienten seine Probleme und seinen Lebensweg schildern lasse. Dabei versuche ich, ihn einführend und auch durch einige konfrontierende Interpretationen zu verstehen. Scheint mir am Ende des Gespräches für den Patienten eine Bioenergetische Analyse mit mir als Therapeuten in Frage zu kommen, und will sich der Patient auf eine diese Therapie vorbereitende Diagnose einlassen, vereinbaren wir drei weitere Stunden, meist im Abstand von einer Woche, zur „Bioenergetischen Diagnose“. Dazu sage ich der Patientin oder dem Patienten: „Ich möchte nicht nur verstehen, was Sie sagen, sondern auch Eindrücke gewinnen, wie Sie sich selbst wahrnehmen, insbesondere auch körperlich, welche Hemmungen und Verspannungen bestehen, und wie sich Ihre Haltung im Leben körperlich ausdrückt.“

In den drei Sitzungen zur Bioenergetischen Diagnose und Exploration der Widerstände gehe ich möglichst systematisch vor. Allerdings weiche ich auch von meinem diagnostischen Leitfaden ab und folge dem Prozeß, wenn es mir besonderen Aufschluß zu geben scheint oder Aufgebrochenes sofort bearbeitet werden muß. Danach kehren wir zum diagnostischen Pfad zurück.

Bei jedem Item frage ich, sofern die Mitteilung nicht von selbst kommt: „Wie haben Sie das erlebt? Welche Körperempfindungen hatten Sie? Gefühle? Phantasien? Gedanken?“

Einige sagen wenig und berichten allenfalls über Körperempfindungen. Immer jedoch lösen einige Items - es sind jeweils unterschiedliche-emotionale und verbale Reaktionen aus, die in Zusammenhang mit meinen Beobachtungen den Widerstand des Patienten, ein Defizit oder einen inneren Konflikt verdeutlichen. Allerdings erlebe ich auch, daß ich mir manchmal „blind“ vorkomme, nicht sehe, nicht verstehe, keinen Zusammenhang erkenne. Auch was der Patient sagt, scheint nichts zu sagen, wirkt belanglos.

Meine Eindrücke notiere ich schon während der Untersuchung, aber nur stichwortartig so, daß die Kommunikation mit dem Patienten nicht gestört wird. Ich notiere konkrete Beobachtungen und markante verbale Äußerungen und stelle in dieser Phase bewußt diagnostische Überlegungen zurück. Ich lasse aber meine Phantasien zu und

## 21 ITEMS ZUR BIOENERGETISCHEN DIAGNOSE UND EXPLORATION DER WIDERSTÄNDE

Ausgangsposition 1-13: Klient und Therapeut stehen sich gegenüber

Ausgangsposition 14-18: Therapeut sitzt auf der rechten Seite des Klienten

Ausgangsposition 19 - 21: Therapeut sitzt hinter dem Klienten

1. Nähern Sie sich bis zu dem Abstand von mir, der gut für Sie ist.
2. Ich gehe langsam um Sie herum und betrachte Sie.
3. Beugen Sie die Knie leicht.
4. Schließen Sie die Augen.
5. Atmen Sie tief.
6. Öffnen Sie den Mund.
7. Machen Sie beim Ausatmen einen Ton und konzentrieren Sie sich auf den Klang Ihrer Stimme.
8. Beugen Sie ein Bein stärker und geben Sie Ihr ganzes Gewicht auf dieses Bein, bis es wehtut. Drücken Sie dann auf natürliche Weise Ihren Schmerz aus.
9. Machen Sie einen Bogen vornüber, so daß die Fingerspitzen den Boden berühren.
10. Setzen Sie die Fäuste an die Hüften und machen Sie einen Bogen rückwärts.
11. Schauen Sie mich an und machen Sie eine Faust.
12. Schlagen Sie mit der Faust (auf den Mattenstapel).
13. Beugen Sie ein Bein, strecken Sie das andere nach hinten und lassen Sie sich - wenn es für Sie zu anstrengend wird - auf die Matratze fallen.
14. Legen Sie sich mit dem Rücken auf die Matratze.
15. Schlagen Sie auf dem Rücken liegend mit den Beinen auf die Matratze.
16. Schlagen Sie mit Armen und Beinen.
17. Winkeln Sie die Beine an. Setzen Sie die Füße auf.
18. Bewegen Sie das Becken.
19. Lassen Sie den Kopf über den Rand der Matratze nach unten hängen.
20. Schließen Sie die Augen. Ich hebe und bewege Ihren Kopf.
21. Sie liegen auf dem Rücken. Strecken Sie Ihre Arme aus.

achte auf meine Gefühle, um so auch die Übertragung des Patienten und meine Gegenübertragung zu bemerken.

In meine Liste zur Bioenergetischen Diagnose und Exploration der Widerstände habe ich zur Zeit 21 Items aufgenommen, die ich in der Regel so auf drei Stunden verteile: Item 1 - 8, Item 9 -13, Item 14 - 21.

Die in der Tabelle verzeichneten Items sind als Aufforderungen an den Patienten formuliert, die ich wörtlich so gebe oder sinngemäß der Situation entsprechend abwandle.

In seiner „Chronologie der körperlichen Erkundung“ hat Berliner die Variationsbreite des Verhaltens pro Item beschrieben. Ich möchte anhand von Protokollen von 5 Patienten auch Zusammenhänge von markanten Befunden erkennbar machen. So gliedert sich jede Fallbeschreibung in

- Befunde aus dem Erstinterview
- Bioenergetische Exploration
- Zusammenfassende Diagnose

Die persönlichen Daten der Klienten sind so verkürzt dargestellt oder verändert, daß die Anonymität gewahrt bleibt.

## **PATIENT A.**

### *Aus dem Erstinterview*

Er habe im Leben alles erreicht, was er sich vorgenommen habe: „Trotzdem überwiegen bisweilen körperliche und seelische Unmutgefühle, denen ich auf den Grund gehen möchte“.

Er schildert seine Mutter als schwach, unselbständig, nicht belastbar. Der Vater sei ruhig und zurückhaltend gewesen und in der Familie, die von der Großmutter mütter-

licherseits dominiert worden sei, fremd gelieben. Diese Großmutter sei hysterisch gewesen, ebenso wie ein Onkel, den er als Kind geliebt, aber als Heranwachsender abgelehnt habe. Als kleiner Junge sei ihm „der böse Peter“ ausgetrieben worden, indem er sich in die Ecke stellen mußte, bis er sich besonnen hatte und der „liebe Peter“ um Verzeihung bitten konnte. Er entwickelte Folgsamkeit als Kontaktbereiter und als Selbstschutz. Er mußte seine spontan aggressiven Impulse unterdrücken, weil es zu gefährlich gewesen sei, Wut und Ärger zu zeigen. Nur freundliche Gefühle waren erlaubt. Verlangen nach Nähe sei durch die Mutter und den Vater befriedigt worden. Am besten aber sei „für sich sein“ gewesen.

Im Gymnasium ein guter Schüler, jedoch isoliert, keine Freunde. Als Jugendlicher habe er ein bis zweimal täglich onaniert, „immer mit Luftanhalten“. Darauf führt er seine späteren Herzrhythmusstörungen zurück. Eine sexuelle Beziehung hatte und habe er allein mit seiner Frau; sein Problem des vorzeitigen Orgasmus habe sich mit der Zeit etwas gelöst. Mit seiner Frau, die er liebe, hat er Kinder.

### *Aus der Bioenergetischen Exploration*

(1): Er wählt einen Abstand, in dem wir uns mit ausgestreckten Armen gerade berühren könnten. Der Blick hält mich auf Distanz.

(2): Als ich langsam um ihn herum gehe, hinter ihm stehen bleibe und die Körperstruktur nach Lowen als „Rigidität über starken masochistischen Anteilen“ einschätze, dreht er sich unvermittelt um: Es sei, weil ich hinter ihm gestanden habe. Er wisse nicht, warum. Nein, er mißtraue mir nicht. Aber er fühlt sich erleichtert, als ich wieder vor ihm stehe.

(3): Aufgefordert, die Knie leicht zu beugen - normalerweise hält er sie im Stehen fest durchgedrückt - fühlt er sich wackelig. Er habe sich seiner dünnen Beine immer geschämt und das durch möglichst weite Hosen verdeckt. Während er davon spricht, blickt er an mir vorbei. Ich fühle eine starke Beklemmung. Es ist jetzt etwas Peinliches zwischen uns.

(4): Der Aufforderung, die Augen zu schließen, folgt er offensichtlich gern. Er sagt, "ich fühle mich wohl dabei, ich fühle meinen Körper stärker, ich spüre Arme und Hände." Durch das geschlossene Fenster dringt ein rasselndes Geräusch vom Nachbarhof. Er erschrickt, läßt aber die Augen geschlossen und sagt: „Das Ohr sucht“. Das kommt mir merkwürdig vor.

(5): Als ich ihn bitte, tief zu atmen, atmet er nur ein wenig, mehr in die Schultern, mit geschlossenem Mund, auch die Augen weiter geschlossen.

(6): Die Aufforderung, „Öffnen Sie den Mund“, überhört er scheinbar, erst auf die wiederholte Bitte öffnet er ihm einen kleinen Spalt und hält dafür - so scheint es mir - die Augen umso fester geschlossen.

(7): Seine flache, kaum merkliche Atmung dient auch dem Widerstand gegen meine Aufforderung: „Machen Sie beim Ausatmen einen Ton und konzentrieren Sie sich dabei auf den Klang der Stimme“. Die Augen weiterhin zu, gibt er ein kurzes, halblautes A von sich.

(8): Immer noch die Augenlider geschlossen, hört er die nächste ihm gestellte Aufgabe: „Beugen Sie ein Bein stärker und geben Sie Ihr ganzes Gewicht auf dieses Bein, bis es weh tut. Drücken Sie dann auf natürliche Weise Ihren Schmerz aus.“ Obwohl es ihn offensichtlich anstrengt, atmet er kaum. Er

preßt die Lippen zusammen, sein Kopf rötet sich. Er hält lange durch, öffnet dann die Augen und stellt sich mit durchgedrückten Knien aufrecht. Nein, Schmerz habe er nicht erlebt. „Es brannte irgendwie.“

Fortsetzung nach einer Woche:

(9): Beim Bogen vornüber (Elefant) fragt er: „Mit durchgedrückten Knien?“ Ich verneine. Entstehende Vibrationen scheint er zu unterdrücken. Er berichtet: „Für den Rücken war es angenehm, aber nicht der Zug in den Beinmuskeln.“ Ein Zittern der Muskeln habe er nicht gespürt. Ich sage, daß ich es gesehen habe. Beim zweiten Versuch will er das Zittern „mal zulassen“. Tatsächlich: Beine und Bauch zittern - und über die Maßen. Das sei ihm sehr unangenehm gewesen, insbesondere das Zittern der Bauchmuskeln. Er wisse nicht, ob das von selber käme, oder ob er das mache. Das beunruhigt ihn.

(10): Im Bogen rückwärts hat er Angst, sich zu verletzen. Er hat das Gefühl, er könne seine Rücken- und Lendenwirbel nicht voll belasten.

(11): Aufgefordert eine Faust zu machen, macht er mit dem weiter nach unten hängen den rechten Arm eine Faust und lacht. Er habe dabei ein angenehmes Gefühl, wie beim „Käbbeln“ mit den Söhnen.

(12): Aufgefordert mit der Faust zu schlagen (auf einen Mattenstapel), schlägt er fest zu, hält aber dabei die Luft an. „Ich halte mich zurück“, sagt er selbst, weiß jedoch nicht, warum.

(13): In der Streßposition atmet er jetzt „absichtlich“ ganz tief, „ich wollte lange durchhalten“. Als es anfängt, weh zu tun, unterdrückt er den Schmerzausdruck. Als es ihm zu anstrengend wird, läßt er sich

nicht auf die Matte fallen, sondern richtet sich auf, nimmt dann aber gern mein Angebot an, sich auf die Matte zu legen und spricht von seinem Angstgefühl soeben. Er fühlte sich „in der Herzgegend überbeansprucht“. Vor 3 Jahren habe er Herzrhythmusstörungen behandeln lassen.

Ich frage, ob er sich vorstellen könne, bei einem wiederholten Versuch sein Schmerz empfinden mit der Stimme auszudrücken. Er habe Hemmungen, das zu tun. Er sei sich nie sicher, ob sein Ausdruck echt sei oder Theater wie bei der Großmutter. „Die hat nur Theater gemacht. Redete in Redensarten. Ich hab das auch an mir. Ein Teil von mir ist so. Ich habe die Erfahrung gemacht, das ist nicht die richtige Art. Es geht nur um Aufmerksamkeit und Anerkennung. Ich habe Angst vor dem unechten Getue.“

(Der Schäferhund der Nachbarin bellt wütend und anhaltend.)

Großmutter habe einen Hund gehabt, immer kurz angebunden an der Kette oder im dunklen Stall: „Das war schlimm.“ - Er steht auf und wiederholt die Streßposition. Jetzt kommt eine sehr starke Bewegung in den Körper. Er „rudert“ mit den Armen, atmet heftig, hält aber den Mund fest verschlossen. Wieder auf der Matte sitzend, berichtet er: „Ich habe mich sehr gefühlt. Auch etwas Wut gehabt auf die Großmutter mit dem Hund.“ Stimme? „Ich habe mich nicht getraut.“ Das Problem? „Nicht echt. Ich könnte mich reinstiegern und das darstellen. Hab das Gefühl, ich sollte das nicht. Hinterher habe ich vielleicht ein schwaches Gefühl. Ich habe immer das gemacht, was ich sollte. Zum Beispiel in der Schule: Immer die Erwartungen der Lehrer erfüllt.“ Ich sage: „Und jetzt soll es nicht so weitergehen, daß Sie meine Erwartungen erfüllen.“ Abrupt steht er auf. Ich frage: „Warum

aufgestanden?“ Er sagt: „Mir schossen die Tränen in die Augen. Das war ein angenehmes Gefühl. Aber ich kann es nicht akzeptieren, wenn andere dabei sind. Ein Mann weint nicht. Weinen ist so etwas wie Selbstbefriedigung. Damit bin ich noch nicht fertig...“

Die dritte Stunde der Bioenergetischen Exploration beginnt mit (14) der Bitte, sich hinzulegen, der er offensichtlich gern nachkommt. Er fühlt sich ruhig, sagt aber, sein Unterleib sei angespannt und meint, der Bauch drücke gegen das Herz. Wenn er loslasse, fange der Bauch an zu zucken. Er möchte sich nicht darauf einlassen.

(15): Mein Aufforderung, mit den Beinen zu schlagen, beantwortet mit großen kraftvollen Bewegungen, die dann in der Stärke plötzlich nachlassen, bis er gleich darauf stoppt. Er habe aufgehört, weil er das Gefühl hatte: „Ich steigere mich da rein. Als ob ich mich verliere darin.“

(16): Das Schlagen mit den Armen und Beinen kann er nicht koordinieren, und er atmet dabei kaum. „Das war blöd“, meint er und möchte einen zweiten Versuch machen. Ich schlage ihm vor, das Tempo zu steigern und zu atmen. Jetzt findet er einen Rhythmus, in welchem Arme und Beine in ihren Bewegungen koordiniert sind. Das gefällt ihm. In der Ruhelage erlebt er dann seine Atmung als tief und entspannt.

(17): Das Liegen mit angewinkelten Beinen und aufgesetzten Füßen empfindet er als angenehm. Er preßt die Knie aneinander. Es wirkt auf mich wie ein Schutz. Nachdem er sich etwas ausgeruht hat, bitte ich ihn (18): das Becken zu bewegen. Er fragt: „Egal wie?“, ist offensichtlich verunsichert und macht dann, nachdem ich gesagt habe: „Egal wie“ sehr große eckige Bewegungen nach

rechts und links, dann nach oben und unten. Letzteres wirkt eher wie ein Schlagen mit dem Gesäß. Am Ende sagt er, als ob er erstaunt sei: „Ich kann mich nach allen Seiten bewegen.“

(19): Zunächst ist ihm die Vorstellung, den Kopf auf dem Rücken liegend über den Rand der Matratze nach unten hängen zu lassen, sehr unangenehm. Als er es dann doch tut, nachdem ich ihm ausdrücklich freigestellt habe, es zu tun oder nicht, ist er erstaunt, wie gut er das kann, ohne daß ihm schwindlig wird oder etwas bricht. Aber er behält die Angst.

(20): Als ich ihm sage: „Schließen Sie die Augen. Ich hebe und bewege Ihren Kopf“, vertraut er seinen Kopf meinen Händen an, wie er später sagt, vollzieht jedoch die erwartete Bewegung mit seiner Eigenbewegung mit. Als ich die Bewegungen weiterhin ruhig, aber immer weniger voraussehbar gestalte, kann er loslassen und seinen Kopf meinen Händen überlassen. Es gehöre schon ein gewisses Vertrauen dazu, sagt er nachher; er habe gedacht, ich lasse den Kopf bestimmt nicht fallen. Ihm sei einge-fallen, wie er mal im Streit mit seinem kleineren Bruder mit dem Kopf gegen den Schrank gestoßen haben: "Ich war 6 damals." Und er macht ein sehr trauriges Gesicht, das mich tief berührt.

(21): Der Aufforderung, mit seinen Armen Verlangen auszudrücken, folgt er mit ausdrucksvoller Bewegung, die mir gespielt erscheint und die er schnell abbricht. Er sagt, er habe Verlangen gespürt, „das sich auf einen Menschen bezog, der zu mir kommen sollte. Ich habe es als zu intim empfunden und aufgehört“.

### *Zusammenfassende Diagnose*

Die Rigidität seiner psychophysischen Struktur dient der Abwehr der von ihm selbst als unecht erlebten hysterischen Züge, die ihrerseits eine Abwehr der verdrängten Sexualität und Aggressivität darstellen. In der Bioenergetischen Analyse mit ihm wird darauf zu achten sein, daß die Auflösung der rigiden Strukturen nicht in hysterischem Ausagieren endet- was ihn gefährlich destabilisieren könnte - sondern vielmehr die zugrundeliegenden verdrängten oder abgespaltenen Erlebnisse und Impulse bewußt werden, zum Ausdruck kommen und integriert werden.

### **PATIENT B.**

#### *Aus dem Erstinterview*

Er hat schon viele Semester studiert, hält sich für völlig verkopft und beklagt seine innere Leere. Statt mit Lust und effektiv zu arbeiten, müsse er sich jedesmal aufraffen, mache dann alles so umständlich und pingelig, daß nicht viel dabei herauskomme, gleichgültig ob er sich etwas praktisches vornehme oder ein Buch für sein Studium lese: dann immer Satz für Satz von vorn bis hinten - aus Angst, etwas wichtiges auszulassen.

Sein Vater habe sich immer bemüht, dem Idealtypus des guten Staatsbürgers gerecht zu werden durch Tugenden wie Sauberkeit, Ordnung und Sparsamkeit. Bestehenden Machtstrukturen habe er sich stets untergeordnet und ihn selbst autoritär erzogen. Die Mutter, 10 Jahre jünger als der Vater, sei emotionaler und geistig beweglicher, aber aufgrund des überheblichen Verhaltens seines Vaters habe er sie lange als ungebildet und übertrieben impulsiv erlebt. Als Junge

habe er versucht, dem Vater zu gefallen und dessen Erwartungen zu erfüllen. Ihm zuliebe sei er Meßdiener und Pfadfinder geworden.

Er habe einige homoerotische Verhältnisse mit Mitschülern gehabt, die allerdings sehr verklemmt und distanziert verlaufen seien. Wenn er allein in seinem Zimmer onanierte, habe er stets Angst gehabt, beobachtet und von Vater oder Mutter überrascht zu werden, was diese auch mehrfach versucht hätten. Er habe passiv auf dem Rücken gelegen, möglichst unbewegt, und überdimensionale Brüste phantasiert. Das sei ihm pervers vorgekommen, er habe Schuldgefühle gehabt und sich schmutzig gefühlt. Mit 16 Jahren habe er völlig betrunken den ersten sexuellen Kontakt mit einem Mädchen gehabt. Er habe sich der Sache nicht entziehen können, Ekel empfunden und dann Angst, sie könne schwanger werden.

Er sei in seiner Schulzeit unfähig gewesen, Konflikte mit seinen Mitschülern handgreiflich auszutragen. Häufig von seinem Vater schmerzhaft geschlagen, habe er eine komplette Hemmung sich zu wehren entwickelt, und das immerwährende Kräfteressen mit Altersgleichen habe ihn angewidert. Er sei Konflikten schon im Vorfeld ausgewichen oder habe versucht, sie verbal zu lösen. So sei es später mit seinem Vater zu scharfen politischen Auseinandersetzungen gekommen. Kaum ein Tag sei vergangen, daß nicht die Fetzen flogen, was ihn im Gegensatz zu seinem Vater nur wenig belastet habe. Nach dem Abitur sei er mit einer Freundin zusammengezogen, um „die Zweisamkeit zu proben. Die Probe aber verlief so, daß wir entmutigt auseinanderzogen... Sex hat uns beiden keinen großen Spaß gemacht, da wir fast immer ängstlich und schuldbewußt daneben standen, wenn es soweit war.“

Er habe sein Studienfach weniger aus Interesse gewählt, sondern um den Diskussionen mit seinem Vater über seine Zukunft aus dem Wege zu gehen. Er erlebte dann eine zunehmende Perspektivlosigkeit im Studium wie auch in seiner Beziehung zu seiner Freundin. Nach einem Telefongespräch mit seinen Eltern, denen er immer versichert habe, wie gut es ihm ginge, sei er in Tränen ausgebrochen und so von Schluchzen geschüttelt worden, daß er glaube, sich nicht mehr beruhigen zu können.

#### *Aus der Bioenergetischen Exploration*

(1): In der Wahl des Abstandes nähert er sich bis auf 2 Armlängen. „N a h e genug, um sicher zu sein“, verspricht er sich. Er steht, die Beine eng aneinander mit durchgedrückten Knien, die Füße gespreizt.

(2): Er steht unbeweglich als ich langsam um ihn herumgehe. Die Körperstruktur (nach Lowen) erscheint mir ausgeprägt masochistisch mit psychopathischen Anteilen. Er berichtet, als ich hinter ihm stehe, von einem Furchtgefühl infolge der Phantasie, daß ich ihn trete oder wüрге. Es verschwindet, wenn ich seitlich von ihm bin und er mich, ohne sich durch eine Kopfbewegung zu verraten, aus dem Augenwinkel beobachten kann. Als ich wieder vor ihm stehe, meint er, ich sähe seine Hilflosigkeit.

(3): Als er die Knie leicht beugt, treten sofort starke Vibrationen auf, die ihn verwundern und die sich zu seinem Erstaunen bis in den Bauchbereich ausbreiten, als er die angespannten Muskeln etwas locker lassen kann.

(4): Das Schließen der Augen empfindet er als unangenehm als er sie wieder öffnet und sieht, daß ich ihn "kontrolliere". Das Unangenehme sei, daß er sich dann selbst kon-

trollieren müsse. Mit dem Schließen der Augen sind die Knie wieder durchgedrückt und der Bauch wieder fest eingezogen.

(5): Sein tieferes Atmen bewirkt nur eine Bewegung in Brust und Schultern. Wenn er so atme, habe er das Empfinden, im Kopf mehr durchblutet zu sein.

(6): Er öffnet den Mund so, daß ich denke: wie beim Zahnarzt. Er hat sich der Prozedur unterworfen. Die Aufforderung (7) einen Ton zu machen, beantwortet er mit einem leisen, kurzen A. Ich muß auf ihn unzufrieden gewirkt haben, denn er sagt, wie um sich zu entschuldigen: „Lauter wäre zu auffällig. Fast obszön.“

Die Aufgabe (8) bewältigt er, wie mir scheint, auf heroische Weise. Er gibt sein ganzes Gewicht auf das gebeugte rechte Bein und hält den heftiger werdenden Schmerz trotz der Aufforderung, ihn auszudrücken, ohne einen Laut mit zusammengepreßten Lippen aus: „Ich werde mir eher das Bein wegbrechen, ehe ich Schmerz ausdrücke. Wenn ich das zugebe, hat der andere gewonnen.“ Wenn der Vater ihn schlug, habe er nie Schmerz geäußert. Das habe ihm eine Art Triumphgefühl gegeben.

In der folgenden Stunde löst (9) der Bogen vornüber, nachdem er die Kniegelenke locker und den Kopf hängenlassen kann, ein heftiges Zittern der Beine aus, das sich wieder bis in die Bauchmuskulatur fortpflanzt, Er hat jetzt das Empfinden, tief bis in den Bauch atmen zu können. Er bleibt relativ lange in dieser Position und fühlt sich, nachdem er sich aufgerichtet hat, gut in den Beinen.

(10): Den Bogen rückwärts empfindet er als angenehm für den Rücken, er hält den Kopf aufrecht, wobei er mich nicht aus den Augen läßt.

(11): Aufgefordert, mich anzuschauen und eine Faust zu machen, hebt er den Arm mit geschlossener Faust, blickt mir zuerst in die Augen, aber danach an mir vorbei, und läßt den Arm hängen, bevor er mich wieder anblickt. Er sagt, er habe sich mir gegenüber aggressiv gefühlt, kurze Zeit ein Gefühl von Stärke und Überlegenheit gehabt, aber das Gefühl „unterdrückt, wie im Leben“. Er sagt, er leide unter aggressiven Phantasien, die er aber lieber nicht beschreiben will.

(12): Als ich sage, „schlagen Sie mit der Faust“, macht er einen Schlag auf den Matenstapel, empfindet dann, wie er sagt und wie sich in seinem Gesicht ausdrückt, Ekel und Peinlichkeit - aber auch Angst, daß es Lust machen könnte.

Item (13) führt zu einer selbstquälerischer Reaktion: Er bleibt in der Streßposition und kämpft gegen die Versuchung aufzugeben und sich fallen zu lassen: „Ich kann es nicht, ich krieg das nicht hin. Eher verkrampe ich mich. Ich kann niemals verlieren. So, als könnte ich das meinem Körper nicht verzeihen.“

In die nächste Sitzung kommt er zu spät und abgehetzt.

(14): Die Aufforderung, sich auf den Rücken zu legen, komme ihm sehr entgegen. Er denkt an die Hektik in seinem Leben, die er stets selbst produziere. Wenn etwas anliege, er irgendwo präsent sein müsse oder auch selbst wolle, zögere er oder vertue er so lange die Zeit mit anderen Dingen, bis ein Druck entstehe. Er wisse, daß Zeit sei, aber er raffte sich nicht auf. So verspäte er sich immer. Er weiß, daß er die Beklemmung auch auskostet. Er renne los mit fliegenden] Atem, diktiert wie von einer Panik, als ob er in einer gefährlichen Situation sei. Dann könne er gedanklich nichts fassen. Ja, ent-

weder produziere er einen Druck, unter den er sich setze, oder er sei träge: „Beides Möglichkeiten, um Gedanken zu vermeiden.“ Früher habe er ein Überlegenheitsgefühl gehabt, weil er klarer denken konnte als die anderen. Jetzt schiebe er die Gedanken weg.

Die Aufforderung (15) mit den Beinen zu schlagen, gefällt ihm. Er hebt beide Beine hoch und läßt sie fallen, etwa 10 mal. Das gebe ihm ein Gefühl von Freiheit und Sichwehren-zu-können. Er wünsche sich ein Gefühl von totaler Befreiung, doch im selben Moment spüre er einen totalen Zwang: Kontrolliere dich, laß dich nicht gehen. Meiner Aufforderung (16) schneller und stärker mit Armen und Beinen zu schlagen, kann er nur kurz in einer sehr kontrollierten Bewegungsweise folgen. Es sei, als dürfe etwas nicht hochkommen, als „müsse ich mich in eine genormte Denkweise zwingen“.

(17): Das Anwinkeln der Beine und Aufsetzen der Füße erlebt er dann als sehr entspannend. Die folgende Aufforderung (18), das Becken zu bewegen, versteht er zunächst nicht. „Wie denn? Seitlich?“ Darauf verwiesen, es zu machen, wie er wolle, bewegt er es zunächst seitlich, dann kreisförmig und zuletzt auf- und ab. Er findet das obszön und peinlich. Und ich sei das Schwein, das ihn dazu gebracht hat.

(19): Den Kopf über den Rand der Matratze nach unten hängen zu lassen, löst die Phantasie aus, „wie ertrunken zu sein mit offenen Augen“. Dann „Fixiert“ er ein Bild an der Wand und erlebt eine „stabile Situation“. Liegen und den Kopf hängenlassen zu können, vermittele ihm ein Gefühl von Geborgenheit.

(20): Das Schließen der Augen, mein Heben und Bewegen seines Kopfes, erlebt er zwie-

spältig: Einerseits sei es angenehm, ein Gefühl von Sehnsucht entstehe - er identifiziere mich dabei mit seiner Mutter - andererseits denke er, daß es mir unangenehm sei, mich ekeln müsse. Dementsprechend überläßt er den Kopf nicht wirklich meinen Händen, sondern bewegt ihn mit. Er kann sich nicht vorstellen, daß es mich nicht ekelt, wenn ich ihn anfasse. Reinlichkeitsrituale habe sein Vater bis zum Exzeß ausgetobt. Er selbst habe heute immer noch Schuldbewußtsein, wenn er esse, ohne sich die Hände zu waschen. Seinen eigenen Körper zu riechen, sei ihm peinlich.

(21): Mit seinen Armen Verlangen auszudrücken, läßt ihn „automatisch an Brüste“ denken. Und er spürt Sehnsucht, als er die Arme ausstreckt. Zieht sie dann aber zurück: „Die sicherste Situation, keine Peinlichkeit aufkommen zu lassen, ist, sich gar nicht zu bewegen.“

### *Zusammenfassende Diagnose*

Deutlich sind masochistische Charakterzüge, wie sie sich auch in der Körperstruktur ausdrücken. Traumatisierende Demütigungen und Verletzungen durch sadistisch autoritäres Verhalten des Vaters mögen dazu geführt haben. Dessen gleichzeitige narzißtische Bewunderung des Sohnes, ließen diesen immer wieder die Anerkennung des Vaters suchen. Dazu mußte der Sohn seine eigene Aggressivität unterdrücken und seine Sexualität verheimlichen. Während er gegenüber dem Vater später intellektuelle Überlegenheit entwickeln konnte, blieb er in der libidinösen Beziehung zur Mutter auf die orale Stufe fixiert.

Ziele der bioenergetischen Analyse sind die allmähliche Auflösung der sexuellen Fixierung bei gleichzeitiger Entwicklung insbe-

sondere des aggressiven Selbstausdrucks. Dazu gehört Erlaubnis und Zutrauen gegenüber eigenen spontanen Impulsen, wobei gleichzeitig die scharfe Selbstkontrolle als überflüssig erlebt werden kann.

#### **PATIENTIN D.**

##### *Aus dem Erstinterview*

Sie klagt über permanente Übelkeit. Es sei ihr zum Kotzen. Und sie fühle sich traurig. Sie erzählt, daß sie auf dem Hochzeitsfoto der Eltern 2 Jahre alt gewesen sei und man ihr später immer erzählt habe, daß sie das nicht wäre, sondern ein Kind aus der Nachbarschaft. Sie erinnert nasse, kalte Höschen, dauernder Blasenreiz, ein hochroter wunder Popo und ständig ein Lätzchen um, weil „ich stark sabbelte“. Sie wächst bei der Oma auf, wo es Tanten gibt, die sie nicht mögen, für die sie aber immer gut genug ist, um im Winter die Betten zu wärmen. Opa hört sie nachts, wenn sie zur Toilette muß und trägt sie über den eisigen Flur. Sie glaubt, daß Opa ihr Freund sei bis er sie furchtbar verprügelt, weil sie keinen Käse essen mochte. Sie meint, sie sei vor Wut violett angelaufen und habe von dem Tag an keinen Käse mehr gegessen. Die Mutter habe versucht, sie zu überlisten, indem sie Käse unter Wurst versteckte. Sie meint, daß die Mutter den Ernst der Lage nicht erkannt habe. Sie hat den Eindruck, die Mutter glaube, man brauche sich nur über jemand lustig zu machen oder jemanden auszutricksen, und alle Probleme seien gelöst. Sie habe sich früh ihrer Mutter überlegen gefühlt und kein Vertrauen zu ihr gehabt, auch weil Mutter sie der Oma überlassen habe. Bei der habe sie ständig Verstopfung gehabt, Rizinusöl trinken müssen und die Oma habe ihr

schimpfend ein Stück Seife in den Po geschoben: „Es brennt, es tut weh, der Schmerz ist mir bis heute bewußt.“ Sie ist lange Bettnässer und ihre Mutter habe sie vor den Brüdern lächerlich gemacht. Auf den Papi hätten sie und die Geschwister sich jeden Abend gefreut: wenn er nach Hause kam, tobten sie mit ihm rum und tranken den Rest Tee aus seiner Thermoskanne. Die Mutter habe sich den ganzen Tag mit Putzen und Aufräumen beschäftigt, sei immer furchtbar genervt gewesen und es habe öfter Schläge mit dem Kochlöffel gegeben. Auf dem Gymnasium sei sie eine gute Schülerin gewesen und habe die meiste Zeit in ihrem kleinen Zimmer unter dem Dach verbracht.

Als sie etwa 12 Jahre war, habe ein Onkel sie „richtig schön“ aufgeklärt: „Er ließ keine Fragen mehr offen und ich fand alles nur noch widerlich.“ In der Pubertät habe ihre Mutter sie richtig gut programmiert, damit sie nicht dieselbe Schande erlebe wie sie.

Mit 16 lernt sie einen Freak kennen, der sehr herrschsüchtig gewesen sei und sie für sich allein haben wollte. Es habe sich eine Art Haßliebe entwickelt. Sie habe sich quälen lassen, aber auch tagelang auf ihn und seinen Telefonanruf gewartet, damit sie ihn nicht verpasse. Die Beziehung dauert über Jahre. Als sie ihn heiratet, sei er zunehmend aggressiver geworden: „Mein Leben entwickelte sich zu einem Horror und einige Male konnte ich nicht ins Büro gehen, weil ich entweder ein blaues Auge hatte oder nervlich am Ende war.“

Durch eine neue Beziehung findet sie die Kraft, die schreckliche Ehe zu beenden: „Ich bin wieder bei mir und mir ist furchtbar schlecht... Mein starkes Harmoniestreben in der neuen Partnerschaft entwickelt sich zunehmend als Gefahr, denn es gibt dem Zusammenleben etwas Unechtes.“

### *Aus der Bioenergetischen Exploration*

(1): Sie nähert sich mir bis zu einem Abstand von einem halben Meter. Auch als ihr das etwas nahe vorkommt, bleibt sie stehen. Sie bemerkt, daß sie ihr Mißtrauen kompensiert. (2): Als ich langsam um sie herumgehe, um sie zu betrachten, verfolgt sie mich mit den Augen. Die Körperstruktur nach Lowen wirkt eher psychopathisch als masochistisch. Als ich hinter ihr stehe, spürt sie ein Messer im Rücken.

(3): Das Beugen der Knie fällt ihr leicht. Es gefällt ihr. „So richtig gut geht es mir beim Reiten und Segeln und ab und zu in der Liebe.“ (4): Als sie die Augen schließt, kribbelt es unangenehm. Sie hat die Vorstellung, „etwas drückt das Gesicht weg.“ Sie öffnet die Augen, um einen größeren „Sicherheitsabstand“ zu nehmen.

(5): Als ich sie bitte, tief zu atmen, versucht sie es, sagt: das bringt nichts, und fühlt sich wie ein Möbelstück. (6): Meine Bitte, den Mund zu öffnen, kommt ihr albern vor. Das sei irgendwie nicht erlaubt. Und wenn sie mit einem Mann zusammen sei, im Bett, „geht der Mund zu“. (7): Meiner Bitte, einen Ton zu machen, folgt sie zunächst mit einem kurzen, dann mit einem langen A. Sie singe gerne, wenn sie ausreite und das Pferd trabt.

(8): Die Aufforderung, ein Bein stärker zu beugen und das ganze Gewicht auf dieses Bein zu geben, bis es wehtut, dann den Schmerz auf natürliche Weise auszudrücken, macht sie „innerlich kalt“ und ruft Übelkeit hervor. Sie belastet trotzdem das Bein sehr stark, unterdrückt aber tapfer ihren Schmerz Ausdruck. Damit konfrontiert sagt sie später: „Bei Zahnweh weine ich“.

In der zweiten Stunde beginnen wir die Bioenergetische Exploration mit dem Bo-

gen vornüber. (9): Sie erlebt das Zittern der Beine als angenehm. Es mache ein wohliges Schauern. (10): Die Bitte, die Fäuste an die Hüften zu setzen und einen Bogen rückwärts zu machen beantwortet sie mit einer extrem nach hinten geneigten Kopfhaltung. Sie vermeidet, das Becken nach vorn zu lassen. (11): Die Aufforderung, mich anzuschauen und eine Faust zu machen, macht sie lachend, unterdrückt aber das Lachen, weil ich ernst bleibe. Sie erinnert sich an ihr Toben mit den Brüdern, wenn die Eltern weg waren. Obwohl Kampfspiele mit den Brüdern gewöhnt, habe sie später nicht kämpfen und sich nicht wehren können. Mutters Satz: „Laß dich von Jungen nicht anfassen“, fällt ihr ein. (12): Beim Schlagen mit der Faust auf den Mattenstapel hält sie die Luft an. Ihr werde übel von der Aggressivität. Sie fühle sich dick und schmutzig. Sie habe dann das Bedürfnis, sich etwas zu kaufen. Die Mutter, die kompakt und dick sei, habe auch einen Kaufzwang. (13): Aufgefordert, sich aus der Anstrengung des gebeugten Beines fallen zu lassen, ruft starken Widerstand hervor: „Ich darf mich nicht von der schwachen Seite zeigen. Sonst bin ich verletztlich. Früher war ich immer tapferer als meine Brüder, weil ich Angst hatte, getröstet zu werden.“

In der dritten diagnostischen Sitzung berichtet sie: das letzte Mal habe sie auf dem Heimweg Blähungen gehabt und zu Hause Durchfall. Auch jetzt, als sie auf dem Rücken liegt (14), habe sie Bauchschmerzen. Sie legt die Beine überkreuz und erinnert sich, daß sie so auch als Kind gelegen habe und versteht das als Ausdruck von Angst. Sie folgt dann gern der Bitte, mit den Beinen zu schlagen. (15): Es macht ihr Spaß, mit kleinen, schnellen Bewegungen zu schlagen. Beschreibt die Bewegung einen große-

ren Radius, fühle sich das mechanisch an, wie die Bewegungen einer Holzpuppe. Das Schlagen mit Armen und Beinen (16) ist ihr nur möglich mit einem kleinen Bewegungsradius in schnellem Rhythmus. Sie kann den linken Arm nicht in den Rhythmus integrieren und spürt links Schmerzen im Nacken. Ihre Bewegungen wirken auf mich wie eine Flucht vor dem Aggressionsausdruck. Die schnellen Bewegungen haben die Übelkeit beseitigt und sie genießt es, (17) mit angewinkelten Beinen und aufgesetzten Füßen liegend sich zu entspannen.

(18): Das Bewegen des Beckens erlebt sie als wiederum als mechanisch. Sie möchte runde, weiche Bewegungen machen. Es ist ihr zu eckig. Beim Reiten könne sie ihr Becken bewegen, aber nicht, wenn ein Mann zuschaut. Auch wenn sie mit ihrem Freund Sex habe, bewege nur er das Becken. (19): Den Kopf über den Rand der Matratze nach unten hängen zu lassen ist kein Problem. Sie kann die Augen schließen und sich entspannen. Als ich (20) ihren Kopf hebe und bewege, will sie erraten, wo es hingeht. Der Mutter habe sie nichts richtig machen können, und dabei habe sie immer alles richtig und gut machen wollen. Sie weiß, daß es sie entspannen würde, loszulassen, aber sie kann es nicht, obwohl sie mir vertrauen möchte. Ihre erste Reaktion auf (21), mit ihren Armen Verlangen auszudrücken, ist „nein“. Sie macht es aber dann mit zögernd erhobenen Armen und sagt: „Wie ein Säugling komme ich mir vor.“ Und: „Haben wollen und bekommen ist zweierlei“.

### *Zusammenfassende Diagnose*

Die Depression mit dem permanenten Auftreten eines Gefühls von Übelkeit besteht auf der Grundlage einer Charakterstruktur mit starken masochistischen Anteilen. Die-

se werden verständlich aus den erinnerter traumatisierenden Torturen zur Steuerung der Verdauung des Kleinkindes, den Reaktionen auf das Einnässen bis ins Schulalter dem Verprügeltwerden infolge von Nahrungsverweigerung. Nach sexuellem Mißbrauch in der reifen Kindheit kam es im Jugendalter zu einer mehr und mehr passiv masochistischen Beziehung zu einem zunehmend sadistischen Freund, die in letzter Verzweigung abgebrochen werden könnte und in die Depression führte. Die permanente Übelkeit wird in diesem Zusammenhang verstanden als Symptom des Zuvielgeschluckt-habens und der Unfähigkeit, Aggression auszudrücken.

In der Bioenergetischen Analyse wird zunächst im Wiedererinnern die unterdrückte Wut freizusetzen sein; in der aktuellen Erlebnisverarbeitung ist die in den sozialen Beziehungen erforderliche selbstbehauptende Aggressivität auszudrücken; auch die körperlichen Blockierungen, die in der Beziehung zum Partner die lustvolle Mobilisierung des Beckens verhindern, sind zu lösen.

### **Patientin E.**

#### *Aus dem Erstinterview*

Sie kommt zur Bioenergetik, weil sie unterdrückte Wut spüre und glaube, sie nur mit Körperarbeit wegzukriegen. Sie hat eine mehrjährige Gesprächstherapie hinter sich. Sie beschreibt ihre Mutter als eine Frau, die mit ihren Depressionen und Schlafstörungen die ganze Familie tyrannisierte. Die Mutter habe ihren Beruf "wegen uns Kindern aufgegeben". Sie beschreibt sich als ein schüchternes Kind, das sich an ihre älteren und jüngeren Geschwister angeklammert habe, sich stets Babypuppen als Ge-

schenk gewünscht und noch mit 15 Jahren die letzte bekommen habe. Die Erziehung habe auf den 10 Geboten basiert. Das bedeutete vor allem: Du darfst den Eltern keine Widerworte geben, nicht einmal Wut zeigen. Wer wütend rumtobte, wurde in den Putzraum gesperrt, bis die Mutter auf die Frage: „Bist du wieder lieb“ ein klägliches „ja“ vernahm. Wenn sie sich mit den Geschwistern nicht vertrug, gab es Schläge mit dem Kochlöffel auf den nackten Po. Und zwar für alle Streitbeteiligten, unabhängig von der Schuldfrage.

Sie und ihre Geschwister hätten Hospitalismusstörungen gehabt: „Wir schaukelten uns nachts in den Schlaf und mein Bruder schlug dabei mit dem Kopf aufs Kissen oder gegen die Wand.“ Wenn sie sich schaukelnd selbst befriedigte, sei das in ihrem Bewußtsein eine Todsünde gewesen und sie betete danach, daß Gott sie morgen ohne Hände aufwachen lassen sollte. Da das nicht eintrat, nahm sie all ihren Mut zusammen und beichtete es der Mutter: „Ich habe es wieder getan.“

Im Vergleich zu ihren Geschwistern beschreibt sie sich als ein stilles und liebes Kind. Schlimm sei gewesen, daß die Mutter launenhaft, von einer Minute auf die andere von der liebevollen Mutti zur Furie werden konnte. In der Schule sei sie als Heulsuse verschrien gewesen, ihre Heulerei sei nicht nur ein Machtmittel, sondern vor allem Traurigkeit gewesen. Mit 13 Jahren wollte sie nicht mehr leben. Ihre Schwäche und Labilität habe die Mutter dazu benutzt, sich an ihr abzureagieren. So mußte sie sich oft mit der Mutter an den Tisch setzen und ihr sagen, was sie gegen sie habe. Aus Angst schwieg sie und ließ sich stattdessen von der Mutter sagen, was diese an ihr nicht mochte. "Mutter war erst zufrieden, wenn ich heul-

te." Sie nahm sich vor, alles zu tun, um nicht zu heulen. Und als sie das schaffte, „hatte ich meine Stärke ihr gegenüber bewiesen. Von dem Tag an zeigte ich ihr gegenüber nur noch schweigende Eiseskälte.“

Die ersten sexuellen Erfahrungen mit einem schüchternen Freund seien sehr schmerzhaft gewesen und auch die Enttäuschung, daß er sie nicht sofort heiraten würde. Das Scheitern weiterer Beziehungen führte sie auf ihre Schuld wegen ihrer Sündhaftigkeit in sexuellen Dingen zurück. Ihre Angst vor der Sexualität ließ sie darauf achten, „nicht zu eng an jemanden zu geraten.“ Gleichzeitig habe sie immer Angst, wieder verlassen zu werden. Sie träume von einem Märchenprinzen, "der mich heiratet und nie verläßt." Sie möchte einen Mann heiraten, der so ist wie ihr Vater, der ihr nur wenig, aber dann positiven Kontakt gegeben habe.

#### *Aus der Bioenergetischen Exploration*

(1): Sie nähert sich bis zu einem Abstand von 2 Metern. Die Arme hängen steif. Die Körperstruktur nach Lowen: oral. Als ich (2) langsam um sie herumgehe und sie betrachte, fühlt sie sich taxiert. Sie erinnert sich an ihre Angst, vergewaltigt zu werden und daß sie sich besonders in der Pubertät nicht als Frau zeigen wollte. Die fest durchgedrückten Knie leicht zu beugen (3) hat sie in einer Bioenergetik-Gruppe „gelernt“, auch die entstehenden Vibrationen „okay“ zu finden. Das Schließen der Augen (4) scheint zu einer starken inneren Bewegung zu führen. Später sagt sie: „Es war einfacher, in den Körper reinzufühlen.“ Sie bedauert, daß sie nicht in den Bauch atmen kann. Nachher sei der Rücken so hart gewesen, „als wenn ich hinfallen könnte“. Auf

gefordert, tief zu atmen (5) schließt sie die Augen erneut. Ihr Atem ist sehr flach und sie kommt sich eingesperrt vor. Die Bitte, den Mund zu öffnen (6), bewirkt zunächst ein noch festeres Schließen des Mundes. Dann öffnet sie ihn einen kleinen Schlitz und fragt, ob sie durch den Mund einatmen soll. Und demonstriert damit, was sie dann selbst kommentiert: sie könne beim Reden nicht den Mund aufmachen. Ein geöffneter Mund sähe blöd aus. Um (7) einen Ton zu machen, schließt sie den Mund. Es wird ein leises „mh“. Es sei ihr schwer gefallen, peinlich gewesen. Sie spürte, daß dabei die Muskeln im Nacken fest wurden, der Kopf werde nach hinten gezogen. Auf Item (8) läßt sie sich ein und verbeißt sich den Schmerz. „Ich kann nicht Schmerz ausdrücken. Ich halte das irgendwie aus.“

Im Abschluß dieser Sitzung findet sie es gut, daß ich soviel mitschreibe. „Ich bin dann wichtig. In der Gesprächstherapie - wenn nicht geschrieben wurde - habe ich soviel Blech erzählt.“

Die folgende Stunde beginnt mit (9), dem Bogen vornüber. Sie läßt sich gut durchhängen. Das Zittern in den Beinen erlebt sie als unangenehm. Sie fühlt sich wackelig im Körper, als könnte jeder sie mit einem kleinen Kick umhauen. Beim Bogen rückwärts (10) bleibt der Rumpf fast und der Kopf völlig aufrecht. Sie hat Angst, nach hinten zu fallen. Als ich ihr sage, eine Faust zu machen und mich anzuschauen (11), tut sie es sogleich. Sie hebt die Faust in Kämpferpose bis in die Augenhöhe und sagt: „Ich fühle mich gut dahinter. Gesichert gegen einen Angriff.“ Die Aufforderung, mit der Faust zu schlagen (12), macht sie verlegen, und sie bringt nur einige leichte Schläge auf die Matte. „Ein Mädchen tut das nicht. Eine Faust hat mit Wut zu tun. Die kann ich durch

„Lachen“ wegdrehen.“ Sie spricht viel, monoton und schnell, und es fällt mir schwer, ihr zuzuhören.

Eine Woche später:

(13): Die Aufforderung, sich aus der Anstrengung auf die Matratze fallen zu lassen, kann sie nicht folgen. Sie sagt: „Ich kann nicht schwach sein, dann fühle ich mich wie ein kleines Kind. Als Kind habe ich gefühlt: ich bin sehr schwach. Jetzt bin ich eisern, was Schmerz angeht.“

(14): Im Liegen auf dem Rücken hat sie das Gefühl, nach hinten wegzukippen. Sie erinnert sich, wie sie früher immer rumgelegen habe.

Zum Schlagen mit den Beinen auf die Matratze (15) will sie wissen, wie sie das machen soll. Ich stelle es ihr frei, und sie schlägt mit ausgestreckten Beinen, fühlt sich dabei wie ein Brett. „Wie marschieren.“ Beim Schlagen mit den Armen und Beinen (16) fällt ihr die Koordination schwer. Sie macht mehrere Versuche und preßt die Lippen zusammen. Als sie sich an das Bild eines Tobsuchtsanfalles bei Kindern erinnert, kann sie kräftig und koordiniert mit den Armen und Beinen schlagen. Zuerst hat sie ein gutes Gefühl, dann spürt sie einen Druck im Bauch. Sie hält die Luft an. Aufgefordert zu atmen, schlägt sie heftig und schnell und hat dann den Wunsch, sich in ihre Bettkiste zu legen und zuzudecken.

Das Anwinkeln der Beine und Aufsetzen der Füße (17) führt zu keiner Entspannung. Beckenbewegungen (18) vermeidet sie, indem sie den ganzen Unterkörper mit den Beinen schaukelnd nach rechts und links bewegt. Den Kopf über den Rand der Matratze nach unten hängen zu lassen (19) empfindet sie als angenehm, aber die Schultern spannen.

Meiner Aufforderung (20): Schließen Sie die Augen, ich hebe und bewege Ihren Kopf - kann sie sich etwas überlassen. „Aber es ist besser, ich Sorge für mich selbst.“ Sie befürchtet, ich könnte loslassen und sie fallen lassen. Und wenn sie sich dann verletze, sei es meine Schuld.

(21): Um mit ihren Armen Verlangen auszudrücken, hebt sie nur die Unterarme. Die Oberarme bleiben auf der Matte. Sie schließt die Augen und fühlt ein Verlangen, in den Arm genommen zu werden.

### *Zusammenfassende Diagnose*

Die Störung der Persönlichkeitsentwicklung ist gegenwärtig gekennzeichnet durch intensive Bemühungen zur Abwehr oraler Bedürftigkeit. Der Grundangst des Verlassenwerdens wird mit einem bewußten Bemühen um Selbständigkeit begegnet. Dem Gefühl hilflos zu sein wird der Wille entgegengesetzt, es allein zu versuchen. Der Selbsthaß aufgrund der negativen Erfahrung, nichts zu bedeuten, ist verbunden mit dem geheimen Bewußtsein, daß „mir alles zusteht“. Der Anspruch, von anderen versorgt zu werden, wird durch hohe persönliche Fürsorgebereitschaft und Tapferkeit kompensiert.

Bioenergetisch zeigt sich entsprechend eine Körperhaltung des Sich-aufrecht-haltens, um sich nicht anzuklammern oder rückwärts zu fallen; eine hohe energetische Ladung zum Kopfbereich hin, die sich auch in einem ausgeprägten Redefluß äußert. Der Unfähigkeit auszugreifen oder aggressiv zu sein, entsprechen die Verspannungen im Schultergürtel und die Schwäche der Extremitäten. In der Bioenergetischen Analyse wird es zunächst um die Entwicklung des

Groundings und des erlebnisgerechten Ausdrucks der Aggressivität gehen, um das bereits in der vorausgehenden Therapie erinnerte Verdrängte und Abgespaltene weiter zu integrieren.

### **PATIENTIN F.**

#### *Aus dem Erstinterview*

Am Telefon war ihre Stimme sanft und unwirklich. Ich gab ihr einen Termin, aber trug ihn nicht ein und vergebe ihn dann noch einmal. Als ich dann mit dem Klienten arbeite, klingelt es mehrfach intensiv. Ich öffne nicht, weil ich glaube, jemand will in unser Büro und vertut sich in der Klingel. Dann höre ich Türen gehen. Endlich ist wieder Ruhe. Als ich nach der Stunde aus dem Therapieraum in unser Büro gehe, sitzt da eine recht gut aussehende, angenehm wirkende Frau, die vorgibt, einen Termin bei mir zu haben. Ich bin verwirrt, doch ihre ätherische Stimme bringt es mir sogleich ins Gedächtnis. Der Termin und ihr Anliegen, bei mir wegen Therapie anzufragen, war total gelöscht. Wie eine ferne Erinnerung kommt mir das Telefongespräch mit ihr vor, das doch erst vor 10 Tagen stattfand. „Ich habe kein Recht, zu sein,“ wird sie später als ihr Problem beschreiben und „so jemanden wie mich dürfte es gar nicht geben.“ Natürlich glaubt sie, sie habe sich mit dem Termin vertan. Aber nun sei sie einmal hier, und wenn ich Zeit hätte... Mein Fehler eingeständnis nimmt sie freundlich verzeihend auf.

Wenn sie spricht, wirkt sie völlig zerbrechlich. 10 Jahre mit einem Alkoholiker gelebt. Sex, um nicht allein zu sein, wegen der Nähe. Nun ist sie allein in eine kleine Wohnung gezogen. Sie hat wieder einen Freund, mit dem sie nichts verbinde außer der sexu-

ellen Beziehung: „Er liebt mich.“ Sie sagt es mit einer Art mädchenhaftem Glück. Ihre Kindheit war traurig. Erst die Vertreibung, dann die Bombenangriffe und die Fremde. Sie hatten Angst, von den Nazi-Bauern ins KZ gebracht zu werden. Die hatten ihnen damit gedroht. Sie erinnert einen Tieffliegerangriff - sie war damals noch nicht in der Schule - den sie mit ihrer Mutter im Straßengraben betend und zitternd überstand. Als sie 6 Jahre alt war, starb ihre Mutter, die wie sie selbst immer soviel Angst hatte in ihrem Leben.

Der Lebensweg der Patientin zeigt mir, wieviel Mut sie dennoch aufgebracht haben muß, um sich eine berufliche Lebensgrundlage zu schaffen. Die Nähe und Geborgenheit, die sie suchte, habe sie nie finden können. Und es gab oft Selbstmordgedanken und auch einen Ausführungsversuch. Aber jetzt habe sie beschlossen, es nicht zu tun.

### *Aus der Bioenergetischen Exploration*

Sie beginnt mit relativ großer räumlicher Distanz. Ich stelle mich der Klientin in etwa 3 Meter Abstand gegenüber und sage: „Nähern Sie sich bis zu dem Abstand von mir, der gut für Sie ist.“ (1) Statt sich zu nähern, vergrößert die Patientin den Abstand und entfernt sich in die äußerste Ecke des großen Raumes. Dort äußert sie Unzufriedenheit im Konflikt mit sich selbst. Sie wolle hier sein und gleichzeitig weglaufen. Warum? Ich könne denken, daß sie eine komische Figur sei. Ich sage, daß ich das nicht denke, sondern ihr Schutzbedürfnis sehe und es beachten will. Um dies zu unterstreichen, mache ich ihr in Abänderung von Item (2) den Vorschlag, „ich gehe jetzt bis zu den Fenstern (das sind etwa 12 Meter) und Sie

kommen aus der Ecke auf den Teppich zurück und sagen dann, wie weit ich mich Ihnen nähern soll.“ Sie ist damit einverstanden und ich gehe langsam zum Fenster. Sie hält mich lange auf größter Distanz, die sie nur ganz langsam verringert, indem sie mich jeweils bittet, einen kleinen Schritt näher zu kommen, bis sie mich zum Schluß (mit immerhin noch 3 Meter Entfernung) zu ihr auf den Teppich treten läßt. Während der von ihr bestimmten Annäherung, besonders in der Anfangsphase, spüre ich in meinem Impuls, sie zu packen und zu schütteln, die grenzüberschreitende Distanzlosigkeit, unter der sie seit ihrer Kindheit litt. Als wir uns in immerhin noch 3 Meter Entfernung auf dem Teppich gegenüberstehen, sagt sie: „Als Sie sich vorhin entfernten, dachte ich, daß ich in meinem Leben nie Zeit hatte, Abschied zu nehmen.“ Ich hatte mit meinem Entfernen unbeabsichtigt ihre schmerzlichen Erfahrungen des Verlassenwerdens berührt. Als ich sie bitte, die Augen zu schließen (4), tut sie es für eine kurze Zeit wie um ihren Kooperationswillen zu dokumentieren. Sie könne es nicht länger, sie habe eine schreckliche Fallangst. Sie habe als Kind auch vor Angst geschrien. Durch Kreischen habe sie sich aber auch gegenüber ihren Brüdern gewehrt.

In der nächsten Sitzung bitte ich sie, im Gegenüberstehen (wir stehen beide auf dem Teppich, aber am äußersten Rand) die Knie leicht zu beugen (3). Die Beine fangen sehr rasch an zu zittern und sie findet das in Ordnung, drückt aber, als ich sie bitte, tief zu atmen (5), die Knie sofort wieder durch. Ihre flache Atmung vertieft sich kaum, die Bauchatmung scheint völlig zu fehlen. Das Öffnen des Mundes (6) falle ihr sehr schwer. Als sie den Mund öffnet, drückt sie sich mit flachen Händen auf die Wangen, wie um

sich zu stabilisieren. Der Ton (7), den sie beim Ausatmen meiner Bitte entsprechend macht, kommt nach meinem Empfinden maniert schüchtern. Und sie versichert, in einem Workshop habe sie schon schreien und lautwerden „gelernt“. Wenn sie eine Faust macht (11), erinnert es sie daran, daß ihre Hände manchmal im Krampf so zusammengezogen sind und fragt sich, was das bedeutet. Will sie etwas festhalten? Hat sie Wut? Aufgefordert, mit der Faust zu schlagen (12) macht sie einige schwache Schläge, schaut mich aber nachher an, als ob sie stolz sein könne.

In der nächsten Sitzung ist sie bereit, die Diagnose weiter mitzumachen, möchte aber vorher aus dem Alltag erzählen. Sie beginnt damit, wie wenig sie sich von ihrer Schwester und ihrem Bruder verstanden fühlt. Dann spricht sie davon, daß ihr Freund bei ihr war, der auch über Nacht blieb, die Nacht sei zärtlich gewesen, sie hätten auch miteinander geschlafen. Am nächsten Tag wollte der Freund weiter bei ihr bleiben, da hat sie noch nachgegeben. Als er dann am nächsten Tag wieder zu ihr wollte, hat sie sich bedrängt gefühlt und abgelehnt, aber wegen ihrer Ablehnung ein schlechtes Gefühl gehabt.

(14): Sie kann nicht lange liegen, sie hat das Gefühl, nach hinten zu kippen. Das Schlagen mit dem Beinen auf dem Rücken liegend (16) kommt ihr kindlich vor und sie macht es nur kurz. Es sei albern. Als ich sie ermuntere, mal albern zu sein, meint sie, Freude könne sie nicht zeigen, nur Leid und Traurigkeit. Das Liegen auf dem Rücken mit angewinkelten Beinen und aufgesetzten Füßen (17) gefällt ihr. Sie sagt, sie spüre dadurch sehr viel Halt. Es vermittele ein Empfinden von Sicherheit und Ruhe. So lasse ich sie länger in dieser Position und

vergesse (18) sie zu bitten, das Becken zu bewegen. Die Vorstellung, den Kopf über den Rand der Matratze nach unten hängen zu lassen (19) macht ihr Angst. Das wäre wie auf dem Schafott liegen. Phantasien, sich die Arme aufzuschneiden und sterben zu müssen, habe sie öfter gehabt. Als Kind habe sie oft die Vorstellung gehabt, wenn ihr Vater mit dem Auto fuhr und sie hinter ihm saß, hatte das Auto seitlich Messer, die die Leute links und rechts durchtrennt und zerschnitten haben.

(20): Ohne die Augen zu schließen kann sie kurz annehmen, daß ich ihren Kopf mit meinen Händen bewege. Dabei zuckt und zittert sie und kommt in sichtliche Erregung, die sie unterdrückt, indem sie sich schnell wieder aufsetzt. Als ich sie dann bitte, auf dem Rücken liegend (21) ihre Arme auszustrecken, lacht sie und sagt, sie weiß, daß sie das nicht kann. Sie sagt mir, sie möchte nicht unglücklich werden in dieser Therapie, weil sie soviel nicht kann. Sie müsse sich jetzt wehren. Sie wolle das Gefühl, ein Schrotthaufen zu sein, nicht mehr. Und sie fürchtet auch, daß ich sie für einen Schrotthaufen halte.

### *Zusammenfassende Diagnose*

Nach Traumatisierungen in der frühen Kindheit hat sich eine Angstneurose entwickelt. Die Erfahrungen, verlassen zu sein, benutzt und abgelehnt zu werden, haben einen starken Selbsthaß mit der Tendenz zur Selbstvernichtung hervorgerufen. Die damit zusammenhängenden Kontaktängste und Not des Rückzugs auf sich selbst sind im Konflikt mit dem weitgehend unterdrückten Bedürfnis nach menschlicher Wärme und Geborgenheit. Dementsprechend zeigt die Körperstruktur typisch schizoide Merkma-

le, ein Sichzusammenhalten bei auffälligen Asymmetrien.

In der Bioenergetischen Analyse ist es für die Patientin wichtig, zunächst zu erfahren, daß sie sich Raum nehmen kann und selbst nicht bedrängt wird. In dem Maße wie ihr Grounding sich verbessert, ihre Atemblockaden sich lösen, müssen in einer für sie sicheren Beziehung zum Therapeuten die Ängste in der Übertragung zum Ausdruck kommen und bearbeitet werden. Dabei wird sie auch erkennen müssen, wie sie durch ihre Schüchternheit auch Macht ausübt. Durch Bearbeitung ihrer Hemmungen im Erleben und Ausdruck ihrer Aggression sind ihre Fähigkeiten der Selbstbehauptung zu erweitern.

### **Übertragung in der diagnostischen Phase**

Die Beispiele zeigten, daß durch die verschiedenen Items auf vielfältige Weise Übertragung gefördert wird. Zwar hat sich in der diagnostischen Phase noch keine überdauernde Übertragungsbeziehung entwickelt. Durch die Items werden Übertragungssituationen - Übertragungsmomente, wie Berliner (1989) sagt - angeregt, die manchmal schlaglichtartig die entstehende Beziehung zum Therapeuten beleuchten und auch Gegenübertragung aktivieren.

Item 2 ist dadurch, daß ich den Patienten "umkreise" und "hinter seinem Rücken" verharre, besonders geeignet, Übertragungsgängste im Patienten auszulösen und seine spezifische Abwehr zu mobilisieren. Eine Variante dieses Items fand ich durch das Verhalten einer Patientin kurz nach Abschluß der diagnostischen Phase. Sie war zu Beginn der Stunde, während ich noch am Schreibtisch sitzend eine Notiz beendete, hinter mir vorbei in den Therapieraum ge-

gangen.

Dort berichtete sie mir dann, sie habe im Vorbeigehen plötzlich die Vorstellung gehabt, daß ein Mörder hinter mich trete. Diese Patientin war eine intelligente, lebenswürdige Dame, jeglicher Aggression abhold. Sie mußte daher für sich selbst die geringste Spur eines mörderischen Impulses weit von sich weisen.

Ich stellte mich mitten in den Raum und bat sie, in den von ihr gewählten Abstand - es waren reichlich zwei Meter - langsam um mich herumzugehen:

Sie umkreist mich Schritt für Schritt langsam, und das mehrmals. Jedesmal, wenn sie vor mir vorbeigeht, sehe ich, wie sie den Blick auf den Boden richtet. Ich frage sie. Sie sei ein Büffel, der das Wasserrad dreht, so wie sie es in Ägypten gesehen habe. Das sei ihr Leben gewesen: die Kinder versorgen, für den egzozentrischen Mann da sein und noch den eigenen beruflichen Interessen gerecht werden. Sie wolle aufhören, sich für die anderen abzuquälen. Was stattdessen?

Ich stelle mich wieder in die Mitte des Raumes. Sie geht etwas schneller als vorher um mich herum und blickt mich an, daß es mir unheimlich wird. Ich merke, daß ich besser durchatmen muß. Ich fühle mich eingekreist. Ja, sagt sie, sie sei ein Raubtier, ein Gepard, der sein Opfer umkreist. Sie beschreibt genüßlich ihre Raubtierphantasie und läßt keinen Zweifel, daß sie mich als ihr Opfer vorstellt.

Sie geht erneut um mich herum. Diesmal sehr langsam, wobei sie mich abschätzend betrachtet. Ich komme mir ihrem Blick ausgeliefert vor und tatsächlich ist die Phantasie, die sie dann berichtet: Sie mustert einen Sklaven, der zum Kauf ansteht.

Die folgenden Stunden knüpfen an diese Erfahrungen an: Wie sie immer Retter ist und Opfer wird. Welch aggressives Potential in ihr "kreist". Welche Macht sie über bestimmte Menschen haben möchte. Um ihre unterdrückte Aggressivität und ohnmächtige Wut zum Ausdruck zu bringen, wurde das Schlagen mit dem Gesäß auf die Matte eines der wichtigsten bioenergetischen Mittel der Befreiung. Und tatsächlich: ihre chronischen Verstopfungen wurden seltener und traten schließlich fast gar nicht mehr auf - und wenn doch, dann wußte sie warum: Sie hatte mal wieder gute Mine zum bösen Spiel gemacht.

Ich habe mich gefragt, ob ich das "um den Therapeuten herumgehen und ihn betrachten" in meine Standardliste der Items zur bioenergetischen Exploration aufnehmen sollte. Ich habe mich entschieden, es nicht zu tun. Es ist mir wegen der Übertragungssituation zu brisant für eine der ersten Sitzungen.

Grundsätzlich möchte ich sagen: In den Sitzungen zur bioenergetischen Diagnose verzichte ich auf Items, wenn ich die Übertragungssituation fürchte. Oder wenn ich vermute, daß der Patient überfordert würde. Oder wenn ein Abschweifen, ein Umweg, wichtige Erkenntnisse verspricht.

#### Literatur:

- Berliner, Jacques: Körperarbeit und Aktivierung der Übertragung. Norddeutsches Institut für Bioenergetische Analyse e. V., 1989  
 Lowen, Alexander: Bioenergetik. Der Körper als Retter der Seele. Bern und München, 1976  
 Lowen, Alexander; Lowen, Leslie: Bioenergetik für jeden. Das vollständige Übungsbuch. München, 1979

#### Anschrift des Verfassers:

Dr. Günter Schubert, Graf-Emundus-Str. 23, 5042 Erftstadt-Friesheim, Tel. 02235/77866

## PUBLIKATIONEN DES NIBA

### > NIBA FORUM

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

### > NIBA FORUM DVBA

1/1992

Thomas Ehrensperger: Psychosomatische Medizin und Bioenergetische Analyse

Axel Böhmer: Bericht zur Einleitung einer Behandlung

Konrad Oelmann: Krankengymnastik und Bioenergetische Analyse - ein Tagungsbericht

Rolf Heinzmann: Überweisungskontexte

Alexander Lowen: Ich, Charakter und Sexualität

Diese Ausgaben des FORUM sind gegen DM 10, 00 in Briefmarken beim DVBA, Auf dem Hirschberg 30, 5300 Bonn 3, Tel. 0228/464142, beziehen.

### > Reihe: Theorie und Praxis der Bioenergetischen Analyse

Band I - Psychoanalytische Theorie und Bioenergetische Analyse

Ulla Sebastian, MAKS Publikationen Münster 1983, zweite Auflage 1985

Band II - Selbstfindung und Bioenergetische Analyse, Beiträge zu frühen Störungen

Ulla Sebastian, Hrg., MAKS Publikationen Münster 1986

Ulla Sebastian: Selbstverlust und Selbstfindung

Jacques Berliner: Bioenergetische Analyse und Borderline-Patienten

Robert A. Lewis: Die psychosomatische Entwicklung des Selbst

Günter Schubert: Definierende Aussagen namhafter Autoren zu Begriff, Genese und Pathologie des Selbst

Die beiden Bände sind zu beziehen beim Norddeutschen Institut für Bioenergetische Analyse e. V. gegen DM 20, 00 je Band.

# BIOENERGETIK

## Lebensenergie freisetzen



Durch Arbeit mit  
dem Körper zu  
seelischer  
Ausgeglichenheit.

Das GU Übungsbuch für Anfänger.

**Richard Hoffmann  
Dr. Ulrich Gudat**

*Auch für Patienten geeignet!*

**GU** GRÄFE  
UND  
UNZER