



FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE

2/93

Jacques Berliner	Sexuelle Anamnese unter diagnostischem Blickwinkel	Seite 1
David Campbell	Über Angst - Stegreifvortrag beim Lehrtherapeutentreffen des NIBA 1993	Seite18
Günter Schubert	GÜNTER HEISTERKAMPs "Heilsame Berührungen" und ALEXANDER LOWENs "Freude"	Seite 24

DEUTSCHER VERBAND FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (DVBA)

NORDDEUTSCHES INSTITUT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (NIBA)

GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (GBA)

INSTITUT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE RHEINLAND (IBAR)

STUTTGARTER GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (SGfBA)

MÜNCHENER GESELLSCHAFT FÜR BIOENERGETISCHE ANALYSE (MGBA)

veröffentlicht Beiträge, die

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

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

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

Die Autoren und Übersetzer behalten das Copyright an ihren Beiträgen.

Herausgeber:

Günter Schubert, Graf-Emundus-Str. 23, 50374 Erfstadt
Tel. 02235/77866, Fax. 02235/690047

Redaktion:

Axel Böhmer, Auf dem Hirschberg 30, 53225 Bonn 3, Tel. 0228/464142, Fax 0228/478361
Peter-Andreas Heim, PZ-1 Viktoriahaus, 68161 Mannheim, Tel. 0621/20866
Dorothea Kubierschky, Adelgundenstr. 11, 80538 München, Tel. 089/295503
Birgit Lammersen, Wittgenstein Str. 23, 50670 Köln 41, Tel. 0221/403889

Mitgliedern des DVBA sowie Mitgliedern und Ausbildungskandidaten des NIBA, der GBA, des IBAR, der SGfBA und der MGBA wird die Zeitschrift kostenlos zugestellt. Andere Interessenten können FORUM 2/93 gegen DM 10, -- (in Briefmarken) beim DVBA, Auf dem Hirschberg 30, 50374 Bonn, beziehen.

Jacques Berliner

Sexuelle Anamnese unter diagnostischem Blickwinkel

> Einige allgemeine Anmerkungen

Im Laufe mehrjähriger Praxis ist mir bewußt geworden, daß die Patienten nicht leichter über die 'tiefen' Anteile ihrer Sexualität reden, als zu Freuds Zeiten. In dieser Hinsicht ist von der „sexuellen Befreiung“ der Nachkriegs- und vor allem der nach 68er-Zeit offensichtlich (noch?) nichts zu bemerken.

Ich weiß nicht, welche Veränderungen kommen werden, erkenne aber, daß die verdrängenden, aber auch die spaltenden Kräfte (von denen Freud seiner Zeit kaum sprach) immer noch lebendig sind. Die Klienten sprechen selten und selten spontan von ihrer Sexualität. Wenn man der Meinung ist, daß vor allem das UNAUSGESPROCHENE pathogen ist, dann muß die Sexualität im Zentrum der Aufmerksamkeit des Therapeuten liegen. Paradox ist dabei, daß die, die uns wegen offensichtlicher sexueller Schwierigkeiten konsultieren, uns zeigen, daß ihr zentrales Problem meist woanders liegt.

Ich verdanke Reich und Lowen mein Interesse am Studium der verschiedenen Sequenzen der sexuellen Beziehung beim Mann und bei der Frau. Selbst wenn ich die Reich'schen Konzepte des Orgasmusreflex und der orgastischen Kraft nicht mehr teile, so hat mir sein Werk: „Die Funktion des Orgasmus“ doch geholfen, eine eigene

Methode der sexuellen Forschung zu entwickeln.

Sie beruht zunächst auf der folgenden Hypothese: Jeder hat eine eigene Charakterstruktur, die einen Kompromiß darstellt zwischen den eigenen Impulsen und den Beziehungen zu den Eltern, wie er sie in seiner Kindheit kennengelernt hat. Dieser, in der Psyche und auch im Körper eingravierte Kompromiß verändert sich nie grundlegend, wenn auch beträchtliche Veränderungen möglich sind, insbesondere ein „Geschmeidig-werden“ (bei den, gehaltenen Personen) oder Strukturierung (bei den allzu, laxen). Dieser Gedankengang soll in dem folgenden Artikel weiter ausgeführt werden.

Diese Struktur zeigt sich durch bestimmte Haltungen in allen Lebenslagen: In einer Krise, bei Spannungen, oder bei auf die Spitze getriebenen Konflikten hängen unsere Reaktionen von unserer Struktur ab: Einige bieten die Stirn, andere fliehen, legen sich schlafen, begehen Suizid, tun so, als sei nichts passiert (leugnen), entwickeln körperliche und/oder psychische Symptome. Ich glaube, daß jeder im Augenblick der Gefahr ein mehr oder weniger starres Muster zeigt, daß also Reaktionen und Haltungen mehr oder weniger stabil sind.

Wenn man diese Meinung akzeptiert, muß man auch zugestehen, daß die gleichen Bedingungen auch das sexuelle Verhalten eines jeden einzelnen beeinflussen. Das heißt, daß die Art und Weise, wie jeder seine Sexualität lebt und praktiziert, unmittelbar von seiner Charakterstruktur abhängt.

Allgemeine Anamnese, sexuelle Anamnese

Wenn die Anamnese, die wir mit jedem Klienten vor der Therapie durchführen, zu einer Diagnose der Charakterstruktur führt, dann muß es auch möglich sein, zu Beginn eine sexuelle Untersuchung durchzuführen, die hilft, die Diagnose zu präzisieren. Diese Untersuchung ist um so nützlicher, da der Klient, der sich darauf einläßt, die Fragen zu beantworten, die Beziehung zwischen seinen Antworten und seinem Wunsch nach Therapie meist nicht kennt. Oft entdeckt er dabei zum ersten mal, mit Erstaunen übrigens, diese Dimension seiner Persönlichkeit.

Mir sind immer wieder Vorwürfe gemacht worden: Verletzen diese genauen Fragen nicht die seelische Intimität des Klienten? Ist das nicht eine Form verkleideten Voyeurismus, der nur dazu führt, den Exhibitionismus des anderen zu stimulieren? Werden sie ihn nicht vertreiben? Kann man nicht warten, bis der Klient im Laufe der mehreren Jahre, die eine Therapie dauert, von sich aus darüber redet? Für andere, Kollegen in der Ausbildung, entsteht die Schwierigkeit, die Antworten des Klienten so zu ordnen, daß sie einen Sinn ergeben, der die zugrundeliegende Problematik erhellt.

Und in der Tat, wozu dienen Fragen denn, wenn man mit den Antworten nicht konstruktiv umgehen kann?

Ich habe bei meinen Klienten oft bemerkt, daß diese Fragen sie überhaupt nicht schockieren, sondern ihnen Sicherheit geben. Ich glaube, daß viele eine diffuse Ahnung davon haben, daß ihr „Leid“ mit ihrer Sexualität in Verbindung steht

Die Feststellung, daß der Therapeut diesen Bereich, frei‘ betritt, gibt ihnen eine gewisse Sicherheit, daß es am Kern nicht vorbei gehen wird, man sich nicht jahrelang im Kreis drehen wird. Für viele ist diese, Freiheit‘ ein Zeichen von Professionalität! Sie gilt als Beweis, daß die zukünftige Arbeitsbeziehung, eine notwendige Voraussetzung zu Beginn einer jeden Therapie, auf etwas „Solidem“ beruht.

Ich muß noch hinzufügen, daß der Klient völlig frei ist (was ihm sehr deutlich gesagt wird), auf die Fragen zu antworten oder es zu unterlassen. Sein einmaliges oder wiederholtes Schweigen wird auch diagnostisch bewertet.

Um welche Fragen geht es nun genau?

Für die Frau: ihre Fähigkeit zu klitoraler und/oder vaginaler Lust (was ich ‚genital‘ nenne, da es mir wirklichkeitsnäher und ‚vollständiger‘ zu sein scheint).

Für den Mann: seine Möglichkeit zu erigieren, die Erektion mehr oder weniger lang aufrecht zu erhalten, seine Ejakulation (insbesondere seine Fähigkeit sie zu regulieren).

Für den Mann und die Frau: Die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, das Ausmaß an Aktivität und/oder Passivität zu Beginn des sexuellen Kontaktes, die Phantasien, die im Verlauf des sexuellen Kontaktes bewußt werden; die Position, die die größte sexuelle Lust bringt, auch wenn sie nicht die häufigste ist; die Formen der Selbstbefriedigung während und/oder zwischen den sexuellen Kontakten (mit den sie begleitenden Phantasien); die Qualität des Orgasmus; das Ausmaß von Entspannung (oder von Anspannung), das ihm folgt. Die Existenz erotischer Träume, ihr Inhalt etc. Erstaunlicherweise brauchen die Klienten kaum mehr als 10 bis 15 Minuten, um all das zu beantworten.

Einige klinische Beispiele:

Ich möchte anhand einiger Beispiele darlegen, wie nützlich diese Fragen für den Therapeuten bei seinem Versuch sein können, den Klienten zu verstehen. Ich werde dazu nur die Teile seiner Geschichte anführen, die für seine sexuellen Antworten bedeutsam sind.

Beispiel Nr. 1:

Die Phantasien bei der Selbstbefriedigung

Eine 45-jährige Frau möchte eine Therapie machen, um „nicht als Idiotin zu sterben“ (was so zu verstehen ist: nicht zu sterben, ohne mindestens ein mal einen genitalen Orgasmus erlebt zu haben).

Vor 25 Jahren hat sie einen „braven“, zärtlichen, aufmerksamen Mann geheiratet, mit dem sie eine zärtliche Beziehung entwickelt hat. Sie haben zwei erwünschte Kinder bekommen. Sie hatte nie einen Orgasmus und auch kein Verlangen danach. Dennoch hat

sie zwanzig Jahre ihrer Ehe von sexuellen Beziehungen geträumt, von großer Liebe etc. Sie läßt den sexuellen Verkehr passiv über sich ergehen, ist innerlich dabei abwesend, wünscht, daß alles schnell vorbei sei. Die Häufigkeit des GV ist schon immer sehr gering gewesen (in den letzten Jahren maximal 10 bis 12 mal pro Jahr).

Als älteste Tochter von vier Kindern berichtet sie, mit dem autoritären Vater eine stürmische Beziehung gehabt zu haben: Vorwürfe, moralisierende Szenen (während derer sie in sich hineinbrummte, bevor sie in ihr Zimmer floh). So kann man verstehen, daß sie sich als Sexualpartner einen Mann wählte, der das Gegenteil ihres Vaters war. Aber warum fehlt ihr jegliche sexuelle Lust und jegliches Verlangen nach seinem Kontakt?

Die Exploration der die Selbstbefriedigung begleitenden Fantasien (sie befriedigt sich übrigens ziemlich selten) zeigt, daß die luststeigernden Bilder folgendermaßen aussehen: es sind Vorstellungen, bei denen ein Mann grenzverletzend in eine Frau eindringt, sie erniedrigt. So schiebt ein Mann etwa seine Hand in den Schlüpfer einer Frau und sucht nach ihrem Geschlecht, zwingt sie gegen ihren Willen, tut ihr Gewalt an. Sicher, es handelt sich dabei nicht um sie selbst: Sie beobachtet die Szene, die einer anderen Frau passiert. Auch der folgende, während der Therapie geträumte Traum, veranschaulicht ebenfalls eine Beziehung, die im wachen Bewußtsein völlig fehlt: Sie träumt, daß ihr Vater ihren Körper, besonders die Brüste, liebkost. Sie spricht dabei von ihrem Übertragungsvater, aber anläßlich eines großen Verlangens, das sich auf ihren wirklichen, gewalttätigen, abwerten-

den Vater richtete. Mit anderen Worten gesagt, und für den Laien ist das oft schwer verständlich: Wut und gegenseitige Gewalttätigkeit war die Art und Weise der beiden, sich zu lieben.

Das hatte sie bei ihrem Mann gesucht. Sie hatte gehofft, daß sie, indem sie zu seinem sexuellen Verlangen nein sagt, die gleiche Reaktion, wie bei ihrem Vater auslösen würde, daß er weder die Arme, noch den Schwanz hängen lassen würde, daß es zu einem „aufregenden Kampf“ kommen würde. Welch eine Enttäuschung zu erleben, daß ihr Mann die sexuelle Zurückweisung akzeptiert, sich freundlich zurückhält und weiterhin zärtlich zu ihr ist (was nicht ganz stimmt, da er es sich angewöhnt hatte, bei passender Gelegenheit ins Bordell zu gehen). Welche Enttäuschung, welch Verrat!

Hier ist also ein Beispiel, bei dem die Fantasien während der Selbstbefriedigung VON ANFANG AN folgendes aufklären: Was sind die lustvollen Beziehungen, die von ihr seit der frühen Kindheit entwickelt worden sind, welche (zunächst strickt geleugneten) Beziehungen wird sie in der Übertragung, also im Rahmen der Therapie entwickeln, mit dem Ziel, diese Lust zu wiederholen, und welche Selbsterkenntnis wird sie im Laufe der Therapie integrieren müssen, um ein sowohl nuancierteres, aber auch wirklichkeitstreuere Bewußtsein ihres Selbst zu entwickeln.

Beispiel. Nr. 2:

Die Passivität beim Geschlechtsverkehr

Ein noch nicht 40-jähriger Mann ersucht um Therapie wegen Absurdität, Sinnlosigkeit seiner Existenz, Fehlen jeglichen Inter-

esses für sich und andere (und bei der gleichen Gelegenheit), Ziellostigkeit seines Lebens. Seit 15 Jahren ist er mit der Frau verheiratet, mit der er den ersten sexuellen Kontakt hatte. Nach einigen Jahren „Treue“ nimmt er sexuelle Beziehungen mit vielen Partnern (50 bis 100 in 10 Jahren) auf. Es handelt sich dabei um sehr kurzzeitige Beziehungen, zwei oder drei Erfahrungen mit der gleichen Person, bis er zu einem anderen Partner wechselt. Solche Beziehungen hat er mit der Schwester seiner Frau, mit der besten Freundin seiner Frau, aber immer so, daß letztere nichts davon weiß. Seit 15 bis 18 Monaten hat er keinen GV mehr mit ihr.

Paradox bei dieser Person, die ja eine recht große Erfahrung entwickelt hat sich mit einer Frau zu treffen, was ein großes Ausmaß an sexueller Aggressivität (in seiner ethymologischen Bedeutung „hingehen zu“, d. h. aktiv sein) nahe legt, sind die Fantasien (was die größtmögliche Lust bringt) und vor allem die Praktiken, über die er berichtet: „Eine Frau an sich lutschen lassen, oder unter einer Frau liegen, ihre Aktivität genießen“.

Das kann man auch ganz gut an seinem Körper sehen: Einerseits hat er eine sehr starke allgemeine Behaarung (typisch männlich), andererseits hat er ein verbreitetes, leicht feminines Becken, was auf Empfängnisbereitschaft hinweist.

Die starke Forderung, daß die Frau ihn sexuell erfreuen soll, wobei er sich auf das „Empfangen“ beschränkt, scheint mir das Ergebnis einer Verschiebung auf das sexuelle Niveau zu sein (lang Zeit träumte er, er sei ein Kind, das eine „Krone“, eine Prinzenkrone trage); eine Verschiebung eines rea-

len Wunsches nach mütterlichem Kontakt (im Sinne Winnicotts). Die „sexuelle Verschiebung“ zeigt sich insbesondere in der Atmosphäre sexueller Schrankenlosigkeit.

Dieses Kontaktbedürfnis kann er zum Teil in seiner Beziehung zu seiner Frau stillen (daher seine Unfähigkeit, sich von ihr zu trennen, obwohl eine sexuelle Beziehung tatsächlich seit mehrerer Jahren fehlt), aber nur zum Teil, und ohne die Möglichkeit, seine „orale Deprivation“ zu erkennen und zu lösen.

Beispiel Nr. 3:

Die beim Geschlechtsverkehr bevorzugte Position

Eine 36-jährige Frau sucht wegen großer Eheprobleme um Rat nach. Sie sagt sie lebe mit einem gewalttätigen Mann zusammen, der ihrer und ihrer Kinder Meinung nach hyperkritisch sei, daß er all die Aufmerksamkeit, mit der sie ihn umgibt, ignoriere, und auch wie sie die Haushaltspflichten versehe und außerdem noch einen Beruf ausübe. Das Paar hat nur noch ganz selten GV, was sie bedauert. Der Ehemann hatte reihenweise Beziehungen mit anderen Frauen. Sie selbst hat schon zwei mal einen Rechtsanwalt aufgesucht, um diesem Höllenleben ein Ende zu bereiten. Im letzten Augenblick hat sie aber immer davor zurückgeschreckt, indem ihr ihre Mutterpflichten stärker bewußt wurden, oder ihre Angst, ohne Geld dazustehen. Bei allem was sie betrifft zeigt sie eine sehr starke Ambiguität, jeder Schritt nach vorne in ihrem Leben wird automatisch mit einem Schritt nach hinten beantwortet.

Das ist übrigens auch auf der Körperebene sichtbar. Während ihr Blick der eines klei-

nen, verzweifelt nach Hilfe suchenden Mädchens ist, das Angst hat, der Autorität zu mißfallen, hat sie einen Körper, bei dem die Schultern und der obere Rücken wie bei einem Mann etwas überentwickelt sind, die Taille kaum sichtbar ist und das Becken zwar nicht so schmal wie bei einem Mann ist aber doch nicht die übliche weibliche Form hat.

Was die Sexualität betrifft, so hat sie zu der Zeit, als ihr Mann untreu wurde, ihrerseits Männer kennengelernt, von denen einer über eine längere Zeit ihr gegenüber sehr freundlich, gefühl- und respektvoll war. Obwohl ihr Liebhaber mit ihr Zusammenleben wollte (seine eigene Frau verlassen wollte), kam sie seinem Wunsch nicht nach. Obwohl sie sich bei ihm wohl fühlte, empfand sie keine orgasmische Lust im Kontakt mit ihm. Denn, und das ist erstaunlich bei dieser so unterwürfigen, sich so nach Frieden im Umgang mit anderen sehnenen Frau, sie erlebt nur dann einen Orgasmus, wenn sie über ihrem Partner ist: wenn (was sie nicht leicht, aber doch erkennt) ihre Position über ihm es ihr durch ihre Bewegung ermöglicht, sich „über dem Geschlecht des Partners oder Ehemanns zu masturbieren“. Natürlich wagt sie es nicht, die obere Position „einzufordern“. Meist akzeptiert sie es, aber ohne orgasmische Lust, unten zu sein.

Ohne auf die Details einzugehen, hatte ich von Anfang an bei dieser, im Auftreten so unterwürfigen Frau, aus der Tatsache, daß sie sich auf den Mann legt, den Eindruck, daß für sie die Lust aus dem Kampf, aus der Rivalität mit dem Mann entsteht (aus Gründen, die die Therapie natürlich aufklären wird). Daß sich das gleiche Duell auf der Übertragungsebene wiederholen wird, aber

auf eine ganz andere Art: d. h. über wiederholte Klagen, daß ich ihrer Meinung nach „unfähig“ bin, ihr wirklich zu helfen. Daß Erfolg oder Mißerfolg der Therapie von meiner Fähigkeit oder Unfähigkeit abhängen wird, mit den unvermeidlichen Konfrontationen so umzugehen, daß es weder einen „Sieger“, noch einen „Unterlegenen“ geben wird.

Im Laufe der Jahre wird diese Klientin (anhand zahlreicher, langsam auftauchender Erinnerungen) erkennen: ihren aufrührerischen Teil, den sie seit der frühen Kindheit hat, daß sie ein kleines Radaumädchen war, oft zurückgestoßen wurde, eine Lügnerin (übrigens mit stiller, lächelnder Zustimmung ihres Vaters), eine aktive Person bei der Arbeit, insbesondere im gewerkschaftlichen Rahmen (aber ohne daß sie ihren Macht-hunger offiziell anerkennt). Sie wird auch in ihrer Beziehung erkennen, daß sie weit davon entfernt ist, nur immer das unglückliche Opfer zu sein, daß die Konfrontationen auch von ihr ausgingen, ohne daß sie immer offen die Verantwortung für den Ausbruch der Feindseligkeiten übernimmt.

Beispiel Nr. 4:

Sodomitische Fantasien und Praktiken

Ein Mann Anfang dreißig möchte eine Therapie machen. Er sagt, daß ihm in seinem Leben die Sicherheit fehle, daß er in allem unentschlossen sei, daß er am liebsten zu etwas gestoßen werde. Körperlich zeigt er einen masochistischen Anteil, ist jammerig, unterwürfig, fragt nach Anweisungen. Seine eintönige Stimme macht mich schläfrig, er hingegen ist es nicht (also schläfrig, da jegliche innere Spannung fehlt).

Verheiratet und Vater zweier Kinder „be-

nützt“ er seine Frau sexuell. Er weiß nicht, ob er sie liebt, warum er mit ihr lebt, oft ist sie ihm gegenüber griesgrämig, nimmt eine strafende Haltung ein. Bei dieser Apathie und Antriebslosigkeit ist es erstaunlich, daß er außereheliche Beziehungen zu drei Frauen unterhält. Heimlich sucht er nebeneinander her drei Frauen in unterschiedlichen Intervallen auf. Die größte Lust bereitet es ihm, seine Frau anal zu penetrieren. Auch wenn er genital in sie eindringt, macht er es (wie bei den sodomitischen Praktiken) um sie zu unterwerfen, sie zu erniedrigen, ihr weh zu tun. Er sagt, er habe vor seinen homosexuellen Tendenzen Angst, die schon einmal zu einem Kontakt mit einem Mann geführt haben, wobei er eher die weibliche Rolle übernommen hat.

Seit früher Kindheit „sehr geliebter“ Sohn seiner Mutter, überfüttert („auch wenn du keinen Hunger hast, iß jetzt trotzdem, das ist dann für den Hunger, der kommen wird“), anal kontrolliert (daher seine Art, die häufig darin besteht, um den Pott herumzugehen, aber sich nicht darauf zu setzen), mußte er, bei der erforderlichen Unterwerfung, um die Mutterliebe zu erhalten, eine Enkopresis entwickeln, also die Unfähigkeit, über das normale Alter hinaus, seine Ausscheidungen zu kontrollieren oder, vulgär gesagt, sich regelmäßig in die Hosen schießen.

Die frühe Kenntnis seiner sodomitischen Fantasien und Praktiken ließ die Entwicklung einer äußerst zweideutigen Übertragung erwarten; einerseits eine völlige Unterwerfung (mit meiner Müdigkeit als Begleitscheinung als Zeichen der Rückkehr zur Indifferenz), andererseits das außerordentliche Bedürfnis mich (symbolisch gesprochen) sodomitisch zu beherrschen oder von

mir sodomitisch beherrscht zu werden.

Beispiel Nr. 5:

Penisneid bei einer Frau

Eine hübsche, schlanke Frau Anfang dreißig, mit einigen männlichen Attitüden (ihre Stimme, brüske Bewegungen, ihr sportlicher Wettkampf mit Männern etc.) will eine Therapie machen, um mehr Einheitlichkeit in ihr Leben zu bringen und bestimmte alte Konflikte mit ihren geschiedenen Eltern zu regeln.

Ihre maskulinen Anteile hinderten sie nicht daran, mit einem Mann in einer stabilen Beziehung zu leben und von ihm mehrere Kinder zu haben.

Was das Sexuelle betrifft, so hatte sie noch nie einen genitalen Orgasmus. Sie kennt nur klitoriale Lust, die sie sich selbst verschafft. Daß ein Mann in sie eindringt, ist eine eher unangenehme Erfahrung, die so schnell wie möglich beendet werden soll. Am häufigsten nimmt sie die obere Position ein; ihr Partner, der an vorzeitiger Ejakulation leidet, hat das am liebsten. Manchmal streichelt sie ihrem Partner, um ihn zu erregen, den Rand des Anus und schiebt schließlich ihren Finger hinein. Das erregt ihn sehr.

Der therapeutische Prozeß wird die folgende Richtung nehmen: von dem Mann nichts zu akzeptieren; das würde für sie eine unerträgliche Unterwerfung bedeuten. Ihrerseits wird sie versuchen, mir mit ihrem imaginären Penis „Lust“ zu verschaffen, indem sie in eine meiner Weichstellen eindringt.

Beispiel Nr. 6:

Vorzeitige Ejakulation bei einem jungen Mann

Ein dreißigjähriger Mann, der mit einer älteren Frau verheiratet ist, möchte wegen vorzeitiger Ejakulation, die er schon immer hatte, einer Therapie machen. Sein heterosexuelles Leben begann etwa mit 14, damals wurde er von einer zehn Jahre älteren Frau „entjungfert“.

Er bevorzugt die untere Position und hat dabei die Fantasie, „seine Frau ins Bett zu tragen“. Durch das einzige, was er nicht kontrollieren kann, seine Ejakulation, kommt er sich erniedrigt vor.

Wie ich weiter oben schon geschrieben habe, wenn das Problem fast oder gänzlich sexueller Art ist, dann liegt das „zentrale Problem“ wo anders. Dieser Mann ist immer „unter Druck“. Die ganze Zeit läuft er: in seinem Privatleben, bei seiner Arbeit, bei der er unabhängig ist, beim Sport und natürlich auch beim auf- und absteigen der Treppen, die zu meiner Praxis führen.

Was wird passieren, wenn ich diesem rastlosen Mann vorschlage, sich auf die Matratze zu legen und nichts zu tun? Was wird bei diesem Mann passieren, der eine permanente Kontrolle über die anderen erreicht hat, wenn ich von ihm verlange, einen analytischen Arbeitsrahmen zu respektieren (regelmäßige Sitzungen, feste Zeiten, Pünktlichkeit, Bezahlung, auch wenn durch seine Arbeit etwas dazwischen kommt etc.)? Er wird Angst bekommen. Angst, zusammen mit einer ganz außerordentlichen Wut, deren „Wellen“ ich in drei Metern Entfernung spüre. Die Wut ist so groß, daß er mehrmals vehement darauf dringt, mit dieser Zeit- und

Geldvergeudung bei mir aufzuhören - so groß ist seine Angst auszuagieren. Ein Traum, in dem eine Wespe versucht, ihm ihr Gift einzuspritzen, zeigt unsere Beziehung sehr deutlich.

Gegen wen dieses ganze Gift? Gegen eine „Mutter, die ihm so egal ist, daß er das Kreuz über ihr gemacht hat (sagt er, ohne zu verstehen, daß man niemanden beerdigen kann, der einem egal ist), für ihr mangelndes Verständnis, das sie seiner Meinung nach stets gezeigt hat, für ihre unvorhersagbaren Launen, für ihre Weigerung, in ihm den kleinen Jungen zu sehen, der sie gebraucht hatte, dafür, daß sie Vater und Kinder im Stich gelassen hatte und zu einem besseren Liebhaber ging etc.

All das kommt bei diesem Mann im Laufe eines Prozesses vom Typ „straffes Seil“ zum Vorschein. Wenn er eine andere sexuelle Beziehung zu seiner Frau haben will, wird er auch akzeptieren müssen - so er den Mut dazu hat - die Gesamtheit seiner Beziehungen zur Frau mit all dem emotionalen Schmerz, der dem zugrundeliegt, zu erfordern.

Sexualität und Charakterstruktur

Da jeder Mensch eine spezifische Charakterstruktur hat (ein zentrales Problem hat, demgegenüber die anderen eher peripher sind), also auch spezifische sexuelle Verhaltensweisen zeigt, kann der Therapeut sie auch untersuchen, bevor er die Therapie aufnimmt, wenn der Begriff Diagnostik für ihn eine Bedeutung hat. Dazu einige Beispiele:

> Orale männliche Sexualität

Der Hautkontakt, die Umarmung, in den Armen zu sein, das zählt für den Mann mehr, als das Eindringen. Die Häufigkeit des Verlangens ist eher gering, am liebsten liegt er unten. Die Fantasien drehen sich mehr um die Brust einer Frau, als um ihr Geschlecht. Die Erektion ist nicht sehr stark und dauert nur kurz, ihr folgt eine schnelle, wenig lustvolle Ejakulation. Da diese Männer Schwierigkeiten haben, sich zu aktivieren, wollen sie lieber angeregt werden: gestreichelt, gelutscht, masturbiert.

> Masochistische weibliche Sexualität

Am Anfang wird der sexuelle Kontakt oft verweigert erst wird nein gesagt, um gezwungen zu werden, um sich unterwerfen zu können. Meist ist die Frau beim Verkehr passiv, mit Fantasien von Unterwerfung, Gewalt Zwang, was bis zum Verlangen nach Sodomisierung etc. gehen kann. Manchmal gibt es große Anstrengungen (wenig Raum für Entspannung, erst kommt das Aufgeben), um zum genitalen Orgasmus zu kommen. Masturbation wird als etwas „sehr schmutziges“ angesehen, etwas, was man nicht macht.

> Männliche narzißtische Sexualität

Der Mann benützt seine Partnerin, um sich persönlich aufzuwerten, um von ihr bewundert zu werden, sich in ihr zu spiegeln. Es gibt keine wirkliche Begegnung mit dem anderen, keine Zärtlichkeit nur die Leistung zählt. Sie fängt mit der Verführung an, die darin besteht den anderen „zu Fall“ zu bringen. Letzten Endes ist sie wichtiger, als der Geschlechtsverkehr selber, der eher angstausslösend sein kann (Angst, nicht auf der Höhe zu sein). Die Erektion soll mög-

lichst lange aufrecht erhalten werden (am deutlichsten ist das, wenn er unter vorzeitiger Ejakulation leidet), die Ejakulation wird von einem kleinen, eher stillen Orgasmus begleitet, (die Frau ist es, die entflammt sein soll). Seine Fantasien drehen sich darum, von Frauen anerkannt und bewundert zu werden, von Männern aber auch, aufgrund seiner passiven homosexuellen Tendenzen (in seinen Träumen, manchmal auch in Wirklichkeit). Regelmäßiger Partnerwechsel ist nötig, sonst läßt das sexuelle Interesse deutlich nach, da es vor allem von der Attraktion des Neuen lebt und dem Verlangen, seine Proben zu bestehen. Außerdem besteht das Verlangen, sich nicht zu binden, d. h. jedes Risiko einer Abhängigkeit von anderen zu vermeiden.

> Hysterische weibliche Sexualität

Der Wunsch zu gefallen, zu verführen, zu provozieren steht im Vordergrund, zusammen mit den Unfähigkeit, einen genitalen Orgasmus zu erleben. Oft liegt Vaginismus vor. Die größte Lust hat masturbatorischen Charakter, mit exhibitionistischen, voyeuristischen, aber auch inzestuösen Fantasien. Manchmal besteht das Verlangen, von dem Partner kraftvoll penetriert zu werden, manchmal liegt eine völlige Abtrennung der Sexualität vor (La belle indifférence von Janet) - ein Zeichen starker Verdrängung.

Die Körperexploration

> Allgemeine Vorbemerkungen

Trotz der Kritik an der Körperarbeit in der klassischen B. A. setze ich mich dafür ein, den Patienten mit seinem „realen Körper“ in der Therapie zu belassen. Das trifft in

noch stärkerem Maße auf die der Therapie vorausgehende, exploratorische Phase zu, die es ermöglicht, eine Diagnose der Charakterstruktur zu erstellen.

Die Diagnose der Charakterstruktur liegt mir am Herzen. Das ist keine „Etikettierbessenheit“, sondern der Versuch, drei Glieder einer Kette miteinander zu verbinden:

Entscheidende Faktoren aus der frühen Kindheit (Etiopathologie).

Die aktuelle Pathologie (körperlich und psychisch).

Die Intervention des Therapeuten, die eine Veränderung ermöglicht.

Die klassischen Therapien, wie die Psychoanalyse, konzentrieren ihre Aufmerksamkeit auf das Wort als das Mittel der Wahl, mit dem der Therapeut seinen Klienten versteht, und dieser wiederum entwickelt in dem Beziehungsrahmen ein immer tieferes Verständnis für sich selbst.

Das Wort ist das Mittel schlechthin, um Kontakt mit einem anderen Erwachsenen herzustellen, aber es erweist sich bei einigen Personen als unzureichend: bei denjenigen, bei denen es von ihrem wirklichen Sein losgelöst ist (aus einer ganzen Anzahl pathologischer Gründe); bei denjenigen, bei denen es nur eine geringe Bedeutung im symbolischen Austausch hat. Diese Personen stellen eine (sehr?) große Anzahl unserer Klienten dar.

Der Blick des Therapeuten für körpervermittelte Psychotherapie

Ich bevorzuge das Sehen UND das Hören. Und wenn ich Sehen sage, so meine ich sowohl den objektiven Blick (der sich ob-

ektiv auf die Dinge außerhalb der Person richtet) als auch den subjektiven, (der unser Inneres sieht, offen die Gefühle registriert, die der andere in uns stimuliert).

Ich habe seit etwa 15 Jahren gelernt, daß man einen Körper 'lesen' könne. Daß es bei einem Klienten möglich sei, seine übliche Haltung zu beobachten, bestimmte spezifische Verspannungen, den Ausdruck seines Blickes, seine Kopfhaltung, die Art und Weise, wie bestimmte Abschnitte seines Körpers ausgebildet sind, seine Stimme (die Fülle, die Farbe) etc. All diese Beobachtungen gestatten es dem Therapeuten, eine Sicht und ein Verständnis über den aktuellen Zustand des Klienten zu entwickeln, und auch einige Hypothesen über des 'Wie' in seiner Vergangenheit zu formulieren.

So spricht etwa ein Mann mit einer Verwachsung im oberen Rücken von einer Last, die er trägt, und der Therapeut wird die dazugehörige familiäre Dynamik erforschen müssen. Eine Frau mit nach vorne gezogenen Schultern weist darauf hin, daß sie ihre Weiblichkeit vor den Augen ihrer Mutter oder ihres Vaters verbergen mußte. Es gibt zahllose Beispiele dafür, wie mit Hilfe des objektivierenden Blickes des Therapeuten Hypothesen formuliert werden können, wie die zentralen affektiven Beziehungen des Klienten und seiner Familie entstanden sind.

Das unterstreicht meinen Glauben an eine Psychogenese, wenn auch nicht so ausschließlich, wie Reich und Lowen sie vertreten. Wir neigen dazu, die Konstitution und die Vererbung zu vergessen, so als würde jedes Bemühen um Veränderung in der Therapie behindert werden, wenn wir ihre Wirksamkeit anerkennen würden. Ich

meinerseits bin davon überzeugt, daß vieles angeboren ist, was wir bei einem Menschen sehen. So gibt es Generationen schlanker oder hagerer Menschen, die nach unserer Theorie kein Urvertrauen haben, sich nach dem Tod sehnen, unter mütterlicher Mißachtung gelitten haben etc.

Es gibt einen Glauben an eine beziehungs-mäßige Pathogenese, die die Gefahr birgt, uns auf einen ebenso falschen Weg zu führen wie der, wonach man allen Müttern von Schizophrenen drei Dekaden lang vorgeworfen hat, durch ihren Haß ihr Kind vernichtet haben zu wollen. Natürlich brauchen wir Überzeugungen und theoretische Hypothesen, aber sie dürfen nicht so konstruiert sein, daß sie uns daran hindern zu hören, was ihnen widerspricht oder sie entwertet.

In der Tat haben wir eine außerordentliche Fähigkeit zur Induktion und Suggestion, die uns dazu drängen kann, daß der Klient unsere und nicht seine Sicht seiner Vergangenheit annimmt (nur oberflächlich, versteht sich). Es ist also zweifellos an der Zeit, den Absolutheitsanspruch von Lowens Theorien/Hypothesen zu verändern und zu nuancieren, selbst wenn ich ihren Wert zum Teil anerkenne.

Die Bedeutung eines theoretischen Bezugssystems

Wenn es unsere Aufgabe ist, dem Klienten nicht zu sehr vorauszuweichen sondern ihm im Gegenteil ermöglichen, seine eigene Wahrheit zu finden, wozu braucht dann ein Therapeut noch einen theoretischen Bezugsrahmen?

Was uns der Klient verbal oder auf anderem Wege mitteilt, können wir nur verstehen, wenn wir es mit einem „normalen“ Modell menschlicher Entwicklung in Beziehung setzen. Systematische Beobachtungen von Kindern und Erwachsenen, ihrer Entwicklung und ihres Verhaltens (im realen Leben, in der Therapie) ermöglichte einigen außergewöhnlichen Menschen (Freud ist einer von ihnen) eine Theorie zu entwickeln, die Fakten und Charakterzüge, die unabhängig voneinander zu sein scheinen, in einen sinnvollen Zusammenhalt stellt.

Diese Theorie dient nur dazu, daß der Therapeut „versteh“, was ihm sein Klient andeutet. Dazu muß sie ausreichen, darf aber nicht zu ausgrenzend oder zu restriktiv sein, daß sie alles von ihr nicht erklärbare Verhalten ausklammert. Die Theorie gibt dem, was wir sehen, einen Sinn, und das wiederum bereichert und verändert sie regelmäßig.

Die Theorie gibt dem Therapeuten auch Orientierung und etwas Sicherheit. Sie schützt ihn davor, sich (allzu) verloren zu fühlen, mit seinem Klienten Schiffbruch zu erleiden.

Auf der Grundlage seiner Theorie entscheidet sich der Therapeut zu schweigen, oder verbal oder auf andere Weise zu intervenieren; denn die spontane Korrektur des Klienten, ganz nach seinem eigenen Belieben während des Diskurses, ist alles andere als konstant und evident. Die Widersprüche, das Unzusammenhängende, die Verleugnung und Anzeichen von Spaltung erfordern in der Regel die verbale Intervention des Therapeuten, um erkannt zu werden.

Aufgrund regelmäßig sich wiederholender beruflicher Erfahrungen betone ich immer wieder die Wahrheit ist die Wahrheit des Klienten, die Therapie die des Klienten. Es ist nämlich unmöglich das zentrale Problem eines Menschen allein durch das „Körperlesen“ zu erkennen, das ja der Therapeut macht.

Der Therapeut entdeckt den Klienten zur gleichen Zeit, wie dieser sich selbst. Wir haben kein monolithisches Wissen, das der Therapie vorausgeht, was wiederum die Kenntnis einer allgemeinen Richtung, eine Orientierung über den Ausgangspunkt nicht ausschließt. Dazu ist ein Blick auf den Körper des Klienten hilfreich.

Muskuläre Verspannungen, körperliche Widerstände

Oft wird geschrieben, daß der Körper „spricht“. Ich denke, daß in der Tat viel Wahres von der Geschichte des Klienten in seiner Haltung und Muskulatur geschrieben sein kann, ohne daß er etwas davon weiß, und daß er etwas erzählt, was von dem abweicht, was sein Körper zeigt, oder daß sein Körper eine Lebensweise zeigt, die der Mund im Augenblick nicht kennt. Ein banales Beispiel dafür ist die Unfähigkeit der meisten Personen (vor der Therapie) den oder die Affekte zu erkennen, die ihre Augen zeigen.

Ist diese Trennung das Ergebnis einer spezifischen Abwehrhaltung (eine unerträgliche Erfahrung wird geleugnet, in ihr Gegenteil verkehrt etc.) oder eines Nichtlernens aufgrund fehlender früherer Beziehungssituationen, in denen die Person hätte lernen können? Zweifellos trifft beides zu.

Ein anderes, genau so häufiges Beispiel betrifft die Schwierigkeit vieler Personen, den zugrundeliegenden Affekt eines Tones zu erkennen und mit Worten zu benennen, den sie beim Ausatmen machen. Nur wenige sind bei der Körperexploration, die ich vor jeder Therapie mache, dazu in der Lage.

Der Körper spricht. Manchmal sagt er mehr als die Worte, manchmal etwas anderes. Ich denke - so wie andere auch -, daß er auf bestimmten Stellen zeigt, wo spezifische Hemmungen einer Person verankert sind.

Aus diesem Grunde bin ich mit der Theorie einverstanden, die bestimmte Verspannungen für einen Kompromiß zwischen einem Impuls und seiner Kontrolle hält, ob es sich nun um Verspannungen in der Kehle, im Kiefer, im Bauch, im Nacken, im Becken etc. handelt. Diese Hypothese scheint mir fruchtbar zu sein.

M. E. ist die Hoffnung aber illusorisch, durch erzwungene Bewegung AN DEN WIDERSTÄNDEN VORBEI zu kommen. Wenn man einer Person den Mund mit Gewalt öffnet, damit sie merken kann, wie verschlossen sie ihn hält, so hilft ihr das nicht, ihn danach offener zu halten. Durch diese Technik kann sie ihren Widerstand kennenlernen, den sie gegen ihren Wunsch zu Beißen entwickelt hat, und vor allem "wen? zu beißen und warum?"

Das gleiche gilt, wenn ich jemanden auffordere, mit den Lippen oder den Armen auszureichen. Seine Fähigkeit (oder Unfähigkeit), diese Bewegung auszuführen, zeigt seine innere Beteiligung (oder eben sein Verleugnen) dabei. Die Hemmung spiegelt vor allem seine Angst vor Enttäuschung, vor Erniedrigung, vor einem erneutem Zurückweisen. Das schafft kaum Motivation,

diese Bewegung spontan auszuführen. Meine Arbeit besteht nicht darin, den Klienten eine Bewegung zu „lehren“, sondern mir seinen Widerstand gegen so eine Bewegung bewußt zu machen, um ihn danach mit ihm durchzuarbeiten.

Ich erinnere mich an eine 63-jährige Klientin, die im Verlaufe absichtlich durchgeführter Beckenbewegungen, zu denen ich sie aufgefordert hatte, meinte: „erst mal neutral“, woraufhin wir beide laut loslachten. Man könnte glauben, daß es da Bremsen (franz. *visses*) gibt (im Becken, die die Bewegung bremsen), wobei sie bemerkte, daß man Bremsen (*visses*) (bei gleicher Aussprache) auch anders schreiben kann: ‚vices‘ (Laster, Unzucht). Diese Bewegung, und vor allem ihre Schwierigkeit sie auszuführen, stellten den Kontakt zu ihrem sexuellen Schamgefühl her. Die Bewegung der verspannten Zonen dient also dazu, den Widerstand erscheinen zu lassen, ihn zu intensivieren, bewußt zu machen, die damit verbundenen Inhalte zu entwickeln und interpretierbar zu machen. Auch dabei wollte ich ihr keine neue Bewegung beibringen (sie auch nicht besser ausüben lassen), denn die kannte sie, angesichts ihres Alters, längst vor mir!!!

Ich spreche vom Körper in ruhender Position und in Bewegung, so wie wir das mit einer Anzahl diagnostischer, explorativer Körperübungen vor der Therapie machen.

Objektiver Blick, subjektiver und intuitiver Blick

Es geht nicht nur darum den Körper von außen zu sehen, also die allgemeine Harmonie oder Disharmonie wahrzunehmen, sei-

ne Ent- oder Anspannung, Anzeichen von Zerstückelung, Asymmetrie, die verschiedenen Verformungen der Wirbelsäule, den harmonischen Übergang (oder gerade sein Fehlen) zwischen den verschiedenen Segmenten (insbesondere wie der Kopf auf dem Körper ruht), wie gut die Atmung ist, die Farbe und Wärme der Haut, eventuelle psychomotorische Schwierigkeiten, die spontanen Bewegungen etc.

Es geht genauso darum ihn von innen zu sehen.

Weil wir Menschen sind und unsere Bedürfnisse kennen, derentwegen wir uns an andere wenden, sind wir alle in der Lage die folgende Fähigkeit zu entwickeln: die Empathie.

Das ist nicht das Einzige, was wir Menschen gemeinsam haben. Aus unseren animalischen Wurzeln, von unseren Brüdern den Wirbeltieren, den Vierfüßlern und zweifellos den Katzen, haben wir das Gespür für die Gefahr gelernt oder beibehalten. Es bringt uns dazu, Abstand zu wahren oder uns anzunähern, knurrend die Zähne zu zeigen, oder zu zeigen, daß wir „spielen“ wollen.

Die Schicksalsschläge unserer Kindheit haben ebenfalls in jedem von uns Empfindungen zurückgelassen, Empfindungen, die bei vielen von sozial angepaßten Verhaltensweisen überdeckt sind, bei anderen, vor allem bei Randgruppen werden sie regelmäßig offengelegt. Dieses „Schwemmland“ zeigt sich durch unser Erkennen und Mitgefühl für die unvermeidlichen Frustrationen, die wir seit unserer Geburt erfahren haben. Dies sind im übrigen Frustrationen, ich muß mich dazu zwingen das zu sagen, die es uns erlaubt haben, zu wachsen und als Erwachsene unseren Platz in der Gesellschaft zu finden.

Diese Frustrationen, also unsere Fantasien, unsere intensiven infantilen Affekte, die ihre Spuren im Gedächtnis behalten haben, können bei bestimmten traumatischen Situationen unseres Lebens wieder an die Oberfläche kommen, und uns, wie an den ersten Tagen, in völlige Ratlosigkeit stürzen.

Oft sind unsere Klienten in solch einem Zustand, wenn sie uns um Hilfe bitten, zumindest die, die dringend Hilfe brauchen. Was wir in ihnen „lesen“, ist nichts anders als ein Spiegel unserer eigenen traumatischen Situationen. Wenn wir sie bei uns wiedererkennen, dann können wir das auch bei ihnen.

Eine Gruppe, die bei einer Person „Körperlesen“ macht, fordere ich regelmäßig auf, sich vorzustellen, diese Person herunterzuschlucken, in ihrem Magen zu halten, und auf die viscerale Reaktion ihres Bauches auf diesen Fremden zu achten. Möchte er ihn erbrechen? brutal über dem Anus ausstoßen? ihn liebevoll umfassen? eine erotisch-verführerische Annäherung machen? ihn ohne zu fragen vernichten? etc. Diese Reaktion des Therapeuten sagt eine ganze Menge darüber, wer dieser Klient „im Inneren“ ist, es sei denn, sie wiederholt sich bei einer großen Anzahl von Klienten. Das Erleben des Therapeuten ist m. E. eine der beiden Säulen, auf die sich jede analytische Therapie stützt. Aber die Gegenübertragung, um sie beim Namen zu nennen, wird als therapeutisches Werkzeug nicht einstimmig anerkannt.

Reich kannte sie nicht, vielleicht starb er, bevor dieser Begriff seine ganze Bedeutung in der Psychotherapie gewonnen hatte. Lowen hat meines Wissens nur zwei An-

merkungen zu den Gefühlen gemacht, die der Therapeut erlebt. Beide laufen auf eine Verdammung hinaus. In „Der Verrat am Körper“ schreibt er S. 262: „Der Begriff „Gegenübertragung“ bezeichnet die Rolle, die der Therapeut im Laufe der Behandlung womöglich unbewußt zu spielen beginnt und die der Patient respektieren sollte... Je ausgeprägter die Gegenübertragung ist, desto stärker behindert sie die Heilung des Patienten.“

Erst kürzlich vertritt er wieder die gleiche Meinung (Bioenergetic Analysis, The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis“, III, Nr. 2, S. 2.): „Ich glaube es ist ein Fehler zu denken, daß man durch seinen Patienten wachsen wird. Wenn du der Therapeut bist, mußt du deinen Patienten etwas bringen und nicht nach etwas in dem Patienten suchen, was dir helfen wird. Das ist ein Mißbrauch der Situation.“ Ich teile dieses „Er oder ich, der Therapeut ODER der Klient“ nicht. Könnte es sich in einer echten therapeutischen Situation nicht um ein Engagement ZWEIER PARTEIEN handeln, zumindest auf affektivem Niveau?

In gleicher Weise erklärte Lowen 1988 bei einer Versammlung professioneller Therapeuten, nach der täglichen achtstündigen Arbeit mit Klienten überhaupt nicht müde zu sein. Er führte das auf den belebenden Aspekt seiner Arbeit zurück. Das stimmt mit meiner beruflichen Erfahrung nicht überein.

Es kommt vor, daß ich meinen Arbeitstag müde, leer, deprimiert, traurig, wütend etc. beende. Dann brauche ich etwas Zeit, mal mehr mal weniger, um diese Gefühle zu „verdauen“ und wieder bereit für mein pri-

vates Leben zu werden.

Mein Zuhören erlaubt dem Klienten also, auf imaginäre Weise in mich einzudringen und dort einige seiner schmerzlichen „schlechten“ Gefühle abzulegen. Man kann eine psychotherapeutische Handlung mit dem Effekt kommunizierender Röhren vergleichen. Der Therapeut muß sich mit diesem Schmerz „laden lassen“, auch wenn es nur für einen Augenblick ist, ohne ihn zu leugnen, oder zu vermeiden, oder ihn auf den Klienten zurückzuwerfen, indem er ihn körperlich mobilisiert, in der Hoffnung, daß er sich so automatisch davon befreit.

Zwei Beispiele, die die Bedeutung dieser körperlichen Sichtweise zeigen:

a) Ein junger impotenter Mann

Ich spreche hier von dem Klienten, der (oh ja) ausschlaggebend war für meine therapeutische Richtungsänderung. Einige Wochen nach meinem Eintritt in eine bioenergetische Gruppe bat er mich wegen sexueller Impotenz um Hilfe. Ich habe diesen „Fall“ in meinem ersten bioenergetischen Artikel 1981 dargestellt.

Ich hatte also diesen Klienten in Behandlung wegen sexueller Impotenz, die seit seiner Hochzeit, d. h. seit 18 Monaten vorlag. Er war schon zu sexueller Penetration fähig gewesen, aber nur bei Frauen mit sexueller Erfahrung, ganz im Gegensatz zu seiner Ehefrau, die in der Hochzeitsnacht noch Jungfrau gewesen war.

Der noch junge Klient wurde von einer starken Sanktion bedroht. Trotz zahlreicher medikamentöser Behandlungen, die bis zur Injektion männlicher Hormone gingen (bei einem Mann unter 30 Jahren!), hatte er seine Frau noch nicht entjungfern können,

weshalb sie ihm drohte, die Ehe annullieren zu lassen und in ihre Heimat zurück zu kehren.

Dieser Mann war einer von denen, die ihrem Therapeuten gewöhnlich graue Haare wachsen lassen. Er beschränkte sich während der Anamnese darauf, auf meine Fragen zu antworten und stellte sich wohl vor, daß sich in ihm eine wunderbare Wandlung vollziehen würde, wenn ich alle Fragen gestellt und er sie wahrheitsgemäß beantwortet haben würde. Diese Klienten mit sog. „operativ-konkretem“ Denken (l'investigation psychosomatique. Marty M'Uzan et David 1963) sind zu freier Assoziation oder Fantasien nicht in der Lage.

Ich schlug diesem jungen Mann also vor, die Bioenergetische Methode auszuprobieren, die ich damals selber kannte. Meine theoretischen Kenntnisse waren mehr als begrenzt, aber ich hatte die Vorstellung, daß Aggressionsübungen dem Klienten helfen könnten, das „Tier“ in sich (wieder-) zu entdecken.

Als sich der Klient eine Woche später, diesmal in Badehose in meinem Büro einfand, war ich sehr überrascht: der Kopf eines kleinen Jungen, das einzige, was ich während der einleitenden verbalen Sitzungen von ihm gesehen hatte, überragte einen mächtigen Körper, den ich unter seinen Kleidern nicht vermutet hätte; ein mächtiger Körper vom Rückgrat über das Becken zu den unteren Extremitäten.

Aber diese Kraft paßte sehr schlecht zu der kleinjungenhaften Unterordnung unter die Anforderungen seiner „Mama“. Er lebte mit seiner Frau in dem Haus seiner Eltern und war da ständig den Meinungsverschiedenheiten (zwischen seiner Frau und seiner

Mutter) darüber ausgesetzt, was eine Frau zu tun und zu lassen habe. So verlangte seine Mutter, empört über die Rauchgewohnheiten ihrer Schwiegertochter, er möge nach dem Essen erst abwaschen, bevor er sich ein oder zwei Zigaretten genehmigen könnte. Das verursachte starke Spannungen zwischen den Ehepartnern. Die Ehefrau legte ihrem Mann nahe (besonders energisch übrigens) seine Mutter zu unterstützen und nicht sie selbst.

Der Anblick seines mächtigen Körpers brachte mich zu der Hypothese, daß eine Verschiebung der energetischen Ladung von oben nach unten notwendig sei; d. h. in das Becken, mit dem Ziel es aufzuladen. Ich verwende hier die Begriffe meines ersten Artikels, Begriffe also, die ich heute nicht mehr benütze.

Ich schlug ihm also eine Körperarbeit vor, die darin bestand, sein Rückgrat zu strecken, mit Armen und Beinen auf die Matratze zu schlagen und sein Becken und Gesäß aggressiv einzusetzen. Ich glaubte damals, daß der schnelle Erfolg (nach 5 Sitzungen schlief er das erste mal mit seiner Frau) auf diese Mobilisation zurückzuführen wäre. Es hatte in der Tat keine Analyse der Übertragung stattgefunden, nur eine verbale Stimulation der Feindschaft, die er für seine Mutter empfand.

Ich bin heute sehr viel weniger überzeugt, was die Ursachen dieser schnellen Entwicklung waren. Ich glaube nicht, daß die Mobilisation selbst die Impotenz des Klienten verändert hat. Im Gegenteil, mir scheint meine Unterstützung für seine wachsende Männlichkeit entscheidend gewesen zu sein; im Gegensatz zu dem passiven und unterwürfigen Verhalten seines Vaters. Ich hatte

ihm in gewisser Weise „die Erlaubnis gegeben, der potente Mann zu sein“, den sein Körper darstellte und den sein Klein-Jungen-Kopf nicht zulassen konnte aus Angst, von der Mutter abgelehnt zu werden. Im übrigen hat er, durch seine konkrete Denkweise zu spontanen Assoziationen und Fantasien nicht in der Lage, zweifellos von der „Schocktechnik“ profitiert, die seine Lähmung über die „motorische“ Schiene gelöst hatte; meiner Meinung nach die einzige, die mir erlaubte ihm direkt zu begegnen.

Es geht hier nicht darum zu bestimmen, was in diesem Fall gewirkt hat (werden wir es jemals wirklich wissen?), sondern zu sehen wie nützlich die objektivierende Sichtweise des Therapeuten ist, indem sie Zeichen von Disharmonie und insbesondere von körperlicher Spaltung erkennt, wodurch sich Interventionsmöglichkeiten eröffnen.

b) Eine junge Nonne mit einem „Teufelsweib“ im Körper

Ein zweites Beispiel, das zeigt, wie wichtig es ist, daß der Therapeut den Körper des Klienten sieht und so leichter zu Arbeitshypothesen kommt, ist der Fall einer 40-jährigen Frau, die seit viereinhalb Jahren ärztliche Praxen aufsuchte wegen einer „Depression“, weshalb sie bereits große Mengen Psychopharmaka genommen hatte, mehrmals zu stationären „Schlafkuren“ eingeliefert wurde und seit langem nicht mehr arbeitete.

Die mündliche Anamnese hatte nichts besonders Aufregendes ans Licht gebracht (zumindest wenn man daran denkt, wie lang und wie gravierend die Beschwerden der Klientin waren). Nur der Beginn ihrer „De-

pression“, der mit dem Beginn des Koronarleidens ihres Vaters zusammenfiel, deutete auf einen möglichen „Kausal-“ Zusammenhang hin. Ansonsten war die Klientin nach ihren Angaben so zufrieden mit ihrem Affekten, sexuellen und beruflichen Leben, daß sie keinen Grund hatte krank zu werden.

Bei unserer zweiten Begegnung, als sie sich auf meine Bitte hin im Badeanzug präsentierte, wunderte ich mich über eine Reihe von Beobachtungen, die mir beim ersten Mal völlig entgangen waren. Diese Frau mit dem gequälten Gesicht, das nur Leid und Elend ausstrahlte, trug einen Badeanzug, der an den Hüften sehr weit ausgeschnitten war und so die langen, wohlgeformten Oberschenkelmuskeln zeigte. Ihr ziemlich muskulöser Körper vermittelte trotz verschiedener Verspannungen und Verdrehungen einen harmonischen Eindruck. Sie ließ sogar eine „erotische“ Seite durchblicken, was in krassem Widerspruch zu der „mater dolorosa“ stand, die sie im bekleideten Zustand darstellte.

Als ich sie bat, stehend ihre Knie leicht zu beugen, um zu sehen, was sich ereignen würde, sah ich erstaunt, wie sich allmählich eine spontan wiegende Bewegung in ihrer unteren Körperhälfte unter voller Beteiligung des Beckens entwickelte, trotz muskulärer Widerstände, um dies zu kontrollieren. Es gab richtige „Salven“ unwillkürliche Wellenbewegungen: Bewegungen eine Frau im Zustand starken sexuellen Verlangens, die das genau so stark zu vertuschen sucht.

Seit über 4 Krankheitsjahren hatte sie es geschafft, den wahren Kern ihrer Pathologie zu verbergen: ihren genitalen Bereich.

Mir kam eine Intuition, die ich ihr mitteilte, um ihre Reaktion zu beobachten: „Sie geben mir den Eindruck, den Kopf einer Nonne zu haben, der auf dem Körper einer Teufelin sitzt.“

Das Ausbleiben einer massiven Verneinung, sagte mir, daß ihr solche Überlegungen nicht fremd waren. Während dieser Sitzung hatte ich eine weitere Intuition, die gut die Art und Weise beleuchtet, wie mein Körperlesen Subjekt und Objekt vermischt. Als ich sie mit einem derart gequälten Gesicht sah, gegen generalisierte Spasmen ringend, an

der Grenze von Trismus und Opistonos, gegen etwas, was sie vor dem Blick und dem Wissen der anderen beschützen müsse, sagte ich ihr, sie müsse ein Geheimnis haben, das sie gegen alle Welt verteidigen müsse.

Kannte sie es vielleicht? Die negative Antwort damals veränderte sich 2 Monate später und offenbarte die „Schande“ ihres Lebens: eine homosexuelle Neigung, die sie sorgsam und unter unglaublichen Anstrengungen vor der Adressatin verborgen gehalten hatte.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Jacques Berliner, Rue Berckmans 111, 1060 Brüssel, Tel. 5384166

Übersetzung:

Dr. Michael Hepke, Am Haselhof 106, 48163 Münster, Tel. 02536/6387

David Campbell

Über Angst - Stegreifvortrag beim Lehrtherapeuten-treffen des NIBA 1993

Als ihr Kinder wart, habt ihr euch da um eure Schuhe Sorgen gemacht?

Ich jedenfalls mußte damals meistens meine Schuhe mit ins Bett nehmen, weil ich Angst haue, sie würden sich einsam fühlen. Als ihr gestern abend euer Meeting hattet, gingen wir die Straße hinunter in die kleine Kneipe, hatten ein Schneider Weißbier und machten uns jede Menge Notizen zu diesem Vortrag. Überflüssigerweise. Es war nur eine meiner Methoden, mit Angst fertig zu werden.

Ich selbst hatte über viele Jahre eine große Kunstfertigkeit entwickelt, nicht zu zeigen, daß ich ängstlich oder erschreckt war. Ich konnte handeln durch diese Art Organisation-kein Problem. Jemand ist am Verbluten - ich komme als Arzt. Ein Baby kommt zur Welt - ich komme. Das Problem bei dieser Art psychischer Organisation bei vielen von uns ist: es tötet dich am Ende. Denn Angst ist tatsächlich Leben. Ich brauchte lange, um das zu entdecken. Wenn du niemals Angst hast, bist du nicht lebendig. Und wenn du absolut keine Angst hast, bist du tot - und die meisten Toten haben keine Angst. Es mag natürlich Ausnahmen geben.

Also, wenn ich in einem Flugzeug war, hatte ich keine Angst. Und während ich eine Menge Geld ausgab und eine Menge Meilen flog, nach Amerika und anderswo hin, um Therapie zu bekommen, wurde mir allmählich bewußt, daß ich eine ängstliche

Person bin. Und dann wurde mir mehr und mehr bewußt, daß ich einer sehr ängstliche Person bin. Und dann wurde mir mehr und mehr und mehr bewußt, daß ich eine total terrorisierte Person bin. Das Gute daran war, daß ich, je mehr ich meine Angst merkte, auch merkte, daß ich andere Menschen brauchte. Ich fing an, Fremde anzusprechen im Flugzeug. Viele von uns finden nach Jahren der Suche Dinge heraus. Die kleinen Kinder wissen es, ohne daß es ihnen jemand sagt. Ich mußte erst herausfinden, daß ich andere Menschen brauche, wenn ich Angst habe; mich besser fühle, wenn ich mit jemandem spreche.

Neulich fand ich ein altes Schulphoto von mir, das zeigte die schreckenerregendste Person, die ich je gesehen habe. Mir wurde bewußt, wie man Angst verbirgt, nämlich, daß man eine Fassade zeigt, die einem die anderen vom Leibe hält. Und dann stellt euch vor, wie es ist, wenn man sich vor den Leuten fürchtet, zu denen man normalerweise um Hilfe laufen würde. Alle Kinder werden anhänglich an die Personen, die sie aufziehen. Genauso ist es bei Tieren. Tiere zeigen Bindungsverhalten auf sehr schöne Weise. Zum Beispiel Schimpansen. Wenn eine Gruppe von Schimpansen von außen angegriffen wird, wenden sich die dominanten Männchen gegen die Weibchen und Kinder und machen eine aggressive Schau: Waaahh!!!! Und dann rücken die Weibchen und die Kinder zu einer engen Gruppe zusammen, und dann können die Männchen

* David Campbell mit June McDonach

sie besser verteidigen. Ich finde das sehr schön.

Ein guter Teil meines Interesses und Wissens über Bindung kam durch Lektüre über Tierverhalten. Wenn man darüber liest, gibt es wenig Moral. So war ich lange bevor ich als Psychologe mit Menschen arbeitete, ein Experte für Katzen und Hunde. Und psychologisch mußte ich dann unterscheiden und schauen, ob Menschen einige der selben Charakteristika hatten.

Die Schimpansengeschichte illustriert, daß Furcht uns zusammenbringt. Das natürliche Verhalten eines sicheren Kindes, wenn es erschreckt wird, ist, sich an die Person zu wenden, an die es gebunden ist. Und diese Person braucht gar nichts zu tun. Es gibt einige schöne Studien über Vierjährige. Man ließ die Kinder spielen, während die Mutter dabei saß. Die Kinder spielten ohne Problem. Dann, als die Mutter nicht im selben Raum war, konnten die Kinder nicht so gut spielen. Es war nur die sichere Basis der Bindung, die es ihnen vorher ermöglicht hatte. Nun, das hört sich sehr gut an, und das nenne ich eine SICHERE BINDUNG.

Viele von uns hier, und viele unserer Klienten, hatten keine sichere Bindung. Sie hatte ein oder zwei andere Arten von Bindung.

Das eine ist eine ÄNGSTLICHE BINDUNG. Das bedeutet, daß man dauernd Angst hat, daß die Beziehungsperson verschwinden wird oder unzuverlässig sein wird oder sich irgendwie erschreckend benehmen wird. Zum Beispiel mit Selbstmord zu drohen, mit Trennung, plötzlich wütend ins Bett zu verschwinden und lange nicht wieder herauszukommen; tatsächlich das Haus zu verlassen oder zu drohen, das Kind ins Gefängnis oder ins Krankenhaus zu brin-

gen. Diese Drohungen und diese Art Verhalten ist für Kinder verstörender als viele Menschen glauben. Und diese Störungen bestehen lebenslänglich, wenn wir nicht Wege finden, sie zu behandeln.

Trennungsangst ist mit das schlimmste, was Kinder erfahren können. Zum Beispiel wurden zu meiner Zeit Kinder im Krankenhaus kaum besucht. Und deshalb gab es im Krankenhaus eine Sammlung sehr depressiver Kinder.

Man sagte, das Kind hat sich eingewöhnt - aber das Kind war akut depressiv geworden. Und hier ist die Bioenergetik gefragt, weil die Depression auch eine körperliche ist. Depression bedeutet: Das Kind hat seine Lebensenergie von der Außenwelt zurückgezogen, hat sich nach Innen zurückgezogen und hat die Hoffnung auf Kontakt mit der Außenwelt aufgegeben. Das ist sehr traurig. Und die Schwestern müssen nicht so sehr mit weinenden Kindern fertig werden, sondern mit depressiven.

Habt ihr den Film gesehen „Ein Zweijähriges im Krankenhaus“? Es war nur eine Trennung von zehn Tagen, und der Film verfolgt das Leben des Kindes weiter, und es zeigt noch etliche Jahre später Spuren dieses kurzen Krankenhausaufenthaltes, bei dem es sogar besucht wurde. Und es war keine größere Operation. Wir diskutierten darüber im Workshop und bemerkten, daß die Eltern fortwährend sagten: „Weine doch nicht!“ Und das ist eine sehr machtvolle Botschaft, um ein sehr wichtiges biologisches Signal zu stoppen. Ein Signal, das Kindern ihren Eltern geben, um ihnen ihre Gefühle zu zeigen, und auch um sie zur Tat aufzustacheln.

Ein weinendes Kind sollte den Eltern Angst machen, denn die Angst, die Eltern fühlen, soll etwas für das Kind tun. Sie ist ein Signal, dem in den Eltern ein entsprechendes Signal antwortet. Ich empfehle euch, die Arbeiten von Stern zu lesen, und die Videountersuchungen, die Babys und Mütter, die beginnen, einen Rhythmus miteinander aufzubauen, beobachten. Und wiederum könnt ihr sehen, wie kreativ Angst ist. Wenn der Rhythmus entgleist, zeigt das Baby Angst. Die Mutter antwortet darauf, und die Situation ändert sich. Ich selbst hatte gelernt, daß Angst mir nichts einbrachte, sondern von meinem Bruder dazu benutzt wurde, mich lächerlich zu machen. „Ah, vor was hast du denn Angst? Warum hast du Angst?“ Und für viele von uns bedeutet Angst zu haben und zu zeigen, daß man Schwäche zugibt, etwas, das man nicht haben sollte. Doch ich meine, gerade das Gegenteil ist wahr. Die Wahrheit ist, daß je mehr wir unsere Angst spüren, umso mehr sind wir im Stande, mit anderen in Beziehung zu treten.

Natürlich können die Dinge in der Kindheit sehr schlecht laufen, in dem Sinn, wenn ein Kind eine Angstbindung hat und sich chronisch ängstlich fühlt, dann erlebt es die Welt als einen sehr unsicheren Ort. Und diese Art Angstbindung kann durch keine wie immer geartete Beruhigung aufgehoben werden und überträgt sich allmählich auf alles mögliche. Wenn man nun an einer Angstbindung leidet, macht man sich vielleicht Sorgen, daß das Auto streikt, oder daß man den Gashahn nicht abgedreht hat; die Besorgnis kann von einem zum anderen wechseln. Eine meiner Sorgen ist, daß ich abends die Klinik nicht abgeschlossen hätte, und ich muß zurückgehen und nachschauen. Natür-

lich hilft es nicht, wenn ich mehrmals zurückgehen muß.

Ich weiß, wenn mir so etwas passiert, daß ich unter einer tiefen Trennungsangst leide, über etwas, mit dem ich mich nicht auseinandersetze. Und hier möchte ich noch mal betonen, daß wir Glück haben, daß wir diese Probleme von einem mehr pragmatischen Punkt aus anpacken können. Denn ich muß etwas Körperarbeit machen, um an diese Angst zu kommen. Ich muß mir von meinem Körper erzählen lassen, vor was ich Angst habe, wo und wann ungefähr. Im letzten Workshop hatte ich Glück, daß ich mit Teilen meiner frühen Ängste wegen des Krankenhauses in Kontakt kommen konnte. Und ich merkte wie. Und das ist lange her. Ich war 18 Monate alt, als ich mich das letzte Mal daran erinnerte.

Und auch das ist eine außergewöhnliche Sache, sowohl erschreckend als auch gut, nämlich daß Traumen, die uns als kleinen Kindern zustoßen, unverändert in unserem Körper bleiben können—das finde ich wirklich außergewöhnlich, daß sie da einfach bleiben. Und daß wir in jedem Alter von den Dingen beeinträchtigt werden, die passierten, als wir so klein waren. Das ist die negative Seite. Die positive ist, daß man tatsächlich diese Erfahrungen heute mit jemandem teilen kann, wie wenn man damals jemand dazu gehabt hätte. Es ist wie wenn man den Therapeuten mitnehmen könnte zurück in die betreffende Situation, und anstatt nur ein verängstigtes Kind zu sein, ganz allein im Krankenhaus, ist man jetzt zu zweit. Das ist wirklich magisch. Ich habe einige Beispiele davon in diesen letzten drei Tagen hier erlebt. An diesem Punkt möchte ich Alice Miller besonderen Tribut zollen, die für mich sehr wichtig war, weil sie

beständig betont hat, wie wichtig das ist, was Kleinkindern zustößt, und daß wir das oft vergessen. Ich habe Jahre gebraucht, um einiges von dem zu verstehen, was mir als Kind zugestoßen ist, weil ich, wie die meisten von uns, meine Kindheit idealisiert hatte. Ich fälschte sie. Ich sah sie aus der Sicht meiner Eltern. Ich akzeptierte diese Sicht. Und solange ich sie akzeptierte, hatte ich keinen Grund, ängstlich zu sein.

Später war ich ganz darauf versessen, eine ängstliche Person zu werden, deshalb mußte ich diesen Blickwinkel loswerden. Wenn man erst einmal drauf kommt, daß es keinen anderen Weg gibt, um Angst zu haben als vor etwas Wirklichem Angst zu haben - man kann nicht einfach wegen nichts Angst haben -, dann kommt die Angst von etwas Wirklichem. Und wenn man dann allmählich darauf kommt, wie es war - zum Beispiel im Krieg - stellt euch das vor - Kanonendonner, Bomben fallen, wir sind terrorisiert, verlassen, wir bluten und es kommt jemand vorbei und sagt: „Ich decke dich jetzt schön zu im Bett, es ist alles in Ordnung, kein Krieg, gar nichts, es ist alles nur deine Phantasie.“ Die Kriegsschauplätze der Kindheit können nicht behandelt werden als ob das völlig normal gewesen wäre, so, wie es jedes Kind haben sollte und sich gewünscht hätte. Diese Verleugnung der Wirklichkeit hat besonders Alice Miller unterstrichen. Auch die neueren Forschungen, die sich mit Langzeitfolgen von einzelnen Erziehungsmethoden beschäftigen, zeigen immer genauer, was Kindern widerfährt.

Es gibt noch andere Aspekte der Erziehung außer Trennungen oder Trennungsdrohungen. Gewalt natürlich und Mißbrauch der verschiedensten Art. Und was man herausgefunden hat bei einer großen Anzahl Kin-

der, die physische Gewalt erlebt haben: daß sie die Angst bewältigt haben, indem sie sich abgetötet haben. Durch Rückzug und Unterdrücken von ängstlichem Verhalten. Denn es ist gefährlich, ängstliches Verhalten zu zeigen. Und wenn man es jemand zeigt, der genau die Person ist, vor der man sich fürchtet, hat man ein ganz großes Problem.

Die Lösung, der Rückzug, sind schizoid oder die narzißtische Persönlichkeit genannt worden. Wenn man dann die Biographie solcher Personen untersucht, findet man fast immer, daß es schrecklich gewalttätige physische Traumen gegeben hat, welche verleugnet wurden, von denen sich die Person zurückziehen mußte. Und daraus entsteht die Art von Personen, die von ihren Gefühlen abgeschnitten sind und eine ziemlich lange Zeit so weitermachen, bis eine größere Hier-und-Jetzt-Katastrophe sie aufsprengt. Im allgemeinen kommen sie in die Behandlung, nachdem eine spezifische Hier-und-Jetzt-Situation sie beeinträchtigt hat. Wenn man dann in der Vergangenheit gräbt, findet man einige absolut entsetzliche Geschichten. Und die Person hat diese unängstliche Persönlichkeit entwickelt, eine Art zu leben entwickelt, das überhaupt keinen Hilferuf zeigt. Das sind die Klienten, die sagen: „Sie gehen auf Urlaub? Gut. Gehen Sie und viel Spaß. Ich brauche sowieso eine Pause.“ Eine totale Bedürfnisverleugnung. Während der Angst-Bindungs-Klient sagen würde: „Sie gehen doch nicht schon wieder in Urlaub? Wirklich? Wie lange? Wohin?“ Das ist ein ganz anderes Verhalten. Und natürlich wissen wir alle, wenn man diesen verrückten Helfer-Beruf ergreift, daß sie die gleiche Bindung zu einem selbst aufbauen, die sie mit ihren

Eltern hatte. Diese zweite Art der Bindung wird BINDUNGS-VERMEIDUNG genannt. Die Überlebensmethode war, die wirkliche Bindung zu vermeiden, obwohl man mit jemandem zusammen ist und tatsächlich gebunden ist.

Wieder ist es wichtig, den Bioenergetischen Aspekt zu betrachten. Man fragt sich: Wie sieht ein Körper aus, der Menschen vermeidet? Wie sieht ein ängstlicher Körper aus? Und was wird passieren, wenn ein vermeidender Körper damit aufhört? Was meistens passiert, wenn wir mit jemand, der vermeidet, tief arbeiten: man kommt an einen sehr chaotischen Platz, wo die Person fühlt, sie würde verrückt. Man erlebt es mit. Es ist wie wenn man die totale Kriegskatastrophe in sich hätte. Und es ist wichtig, dessen gewahr zu sein. Dummerweise ist die einzige Möglichkeit dessen gewahr zu werden, es in sich selbst wahrzunehmen.

Jetzt komme ich noch zu einer anderen Art der Bindung, die den meisten von uns hier zustößt, und das ist die BINDUNGS-UMKEHRUNG. Da gibt es den ängstlichen Elternteil mit einer Angst-Bindung, und der hat Kinder und ist die Bezugsperson. Der Elternteil kehrt die Beziehung um, so daß das Kind in einem sehr frühen Alter zur Mutter oder zum Vater wird. Und unglücklicherweise sind Kinder ziemliche Experten darin, die Ansprüche der ängstlichen Mutter zu erfüllen. Weil sie, wenn sie das nicht könnten, sehr wohl geschlagen werden. Weil ängstliche Mütter sich sehr oft in schlagende Mütter verwandeln. Weil sie die Bindung ins Gegenteil verkehrt haben. Die ängstliche Mutter - sehr ängstlich - wird immer mörderisch in der Gefahr. Sie verwandelt das Kind ihrem Bindungsstil an,

aber die Situation ist instabil, weil das Kind auf Dauer die Bedürfnisse der Mutter nicht erfüllen kann. Und allmählich, wenn das Kind versagt, die Bedürfnisse zu erfüllen, wird die Mutter wahrscheinlich das Kind angreifen. Weil es ihr nun eine Gefahr bedeutet. Und dies ist der grausige Mechanismus, wie es zu gewalttätigem Mißbrauch an Kindern kommt. Diese Art Mißbrauch ist oft explosiv, weil die ängstliche Mutter Angst bekommt und noch mehr Angst und noch mehr Angst und Whaaa - sie explodiert, sie greift das Kind an. Deshalb wird das Kind sehr geschickt darin, mit ängstlichen Müttern umzugehen. Und es kann gut sein, daß es später ein Therapeut wird...

Ein großer Teil von der Angst meiner Mutter bezog sich auf die Gewalttätigkeit von meinem Vater. Mein Vater hatte ein sehr gewalttätiges Temperament und ich hatte ganz genau so viel Angst wie sie. Aber ich tat so, als ob ich keine hätte. Und diese Lebenslüge hat mir viel Kummer gebracht. Wenn ich so getan habe, wie wenn ich keine Angst habe, obwohl ich welche hatte... Man kommt da in Situationen, die oft sehr gefährlich sind. Und ich bin wirklich besorgt über etwas, über das nicht viel gesprochen wird, und das ist auch so eine Angst-Sache: nämlich, es gibt eine Menge guter Reden über Mißbrauch von Klienten durch Therapeuten. Und das ist auch sehr wichtig. Aber andererseits: viele Therapeuten mißbrauchen sich selbst und erlauben Klienten, sie zu mißbrauchen. Deshalb ist es wichtig, daß wir imstande sind, zu sehen, ob wir unsere eigenen Muster wiederholen, ob wir uns zwanghaft um andere Leute kümmern müssen, die sehr gestört sind, sehr furchterregend und sehr schwierig. Und daß wir manchmal unser Kindheitsmuster dadurch

wiederholen, daß wir unsere eigenen Eltern verbessern müssen. Das ist sehr wichtig. Ich bin ein bißchen älter als einige von euch und es hat mich Jahre gekostet, das für mich selbst zu begreifen. Aber es ist tatsächlich sehr wahr.

Hier möchte ich schließen, an diesem Punkt, mit uns persönlich, mit uns als Patienten, mit uns als Klienten, mit uns als uns. Ich

denke, wir als Therapeuten haben großen Respekt für uns selbst und ich denke, wir sind sehr mutig, und sollten das begreifen und uns selbst unterstützen und gut zu unserem Körper sein und für ihn sorgen.

Ich danke euch sehr fürs Zuhören.
Danke.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. David Campbell, Davidson Clinic, Charing Cross Mansions, 12 St. George's Road, Glasgow G3 6UJ, Scotland, Tel. 041 / 332-6371

Übersetzung:

Dorothea Kubierschky, Adelgundenstraße 11, 80358 München, Tel. 089 / 295503

Günter Schubert

GÜNTER HEISTERKAMPs "Heilsame Berührungen" und ALEXANDER LOWENs "Freude"

Bioenergetische Analyse vom Feinsten ist, was Heisterkamp in seinem Buch „Heilsame Berührungen“ als Wirkungsweisen (Kap. 3) und Vorgehensweisen (Kap. 4) leibfundierter analytischer Psychotherapie beschreibt. Ich habe diese Kapitel sehr interessiert mit Freude gelesen und mich erst später geärgert, wie er sich - als zertifizierter Bioenergetischer Analytiker - polemisch abwertend von Lowen distanziert.

Doch zuerst das Positive: Heisterkamp stellt ein klares und differenziertes Konzept einer Körperpsychotherapie vor, die er durch konkrete Behandlungsprotokolle anschaulich, lebendig und lehrreich werden läßt.

Wie Heisterkamp seine therapeutische Konzeption beschreibt, möchte ich mit seiner Zusammenfassung des 3. Kapitels zeigen:

Der Gegenstand einer leibfundierten analytischen Psychotherapie ist die Selbstbewegung des Patienten als umfassende und durchgängige Einheit des Erlebens. Die seelischen und leiblichen Ausdrucksbewegungen werden als integrale und gleichermaßen bedeutsame Momente des Erlebensprozesses aufgefaßt. Psychotherapie wird als Prozeß der Mitbewegung mit der notgeborenen Selbstbehinderung des Patienten verstanden.

Indem leibfundierte Bewegungs- und Handlungspen bereitgestellt werden, erweitert sich die Dimension des Wahrnehmens und Verstehens.

Über die kontinuierliche Beachtung der

leiblichen Ausdrucksbewegungen behält der Therapeut, während er sich von seinem Patienten führen läßt, eine anschauliche Orientierung im komplexen seelischen Geschehen. Die Fixstellen der Selbstbehinderung rücken dabei ins Bild.

Durch seine organismische Mitbewegung gewinnt der Therapeut einen natürlichen Zugang zu den unbewußten Momenten der Selbstbewegung.

Im natürlichen Atemrhythmus und seinen Variationen findet sich eine urtümliche und anschauliche Form des Selbsterlebens, Selbstausdrucks und der Selbstsicherung. Er bildet eine anschauliche Syntax, die das Erleben bedeutungsvoll interpunktiert. Im Rahmen bewegungs- und leiborientierter Probehandlungen werden bereits bekannte Kindheitserinnerungen tiefer erfaßt, weitere und oft noch frühere Schlüsselerlebnisse wiederbelebt und Modellsituationen der Entwicklung in Szene gesetzt.

Der Umgang mit organismischen Sicherungen in einer leibfundierten analytischen Psychotherapie eröffnet eine neue Dimension des Durcharbeitens und der Widerstandsanalyse. Erst wenn der Patient leibhaftig versteht, wie er sich »aktuell« in charakteristischer Weise verkörpert, erst wenn ihm seine individuelle Form des Widerstehens und des Sicherstellens leibhaftig begreifbar wird, gewinnt er neue Bewegungsspielräume, um seine Konfliktspannung neu zu regulieren und sein Bewegungsmuster kreativ umzuwandeln. Indem bewegungs- und leiborientierte

Probehandlungen bereitgestellt werden, lassen sich auch präverbale Erfahrungsniederschläge aus der langen Phase vor-sprachlichen Erlebens, deren Neuaufzeichnung in symbolischer Form frühen organismischen Sicherungen zum Opfer gefallen sind, wieder beleben, sprachlich nacherfassen, nachträglich verstehen und integrieren. So werden die Patienten auf der Ebene der Kommunikation erreicht, bis zu der die aktuellen Störungen als notdürftige und notreife Selbstheilungsversuche zurückreichen.

Wie die leiblichen Ausdrucksbewegungen, so vermittelt auch der leibliche Kontakt eine vereindeutigende und entschlüsselnde Wirkung. In der Berührung bilden sich exemplarische Beziehungsgestalten heraus, die den Therapeuten für Wiederholungen der frühen Manipulation oder der frühen Vernachlässigung in der therapeutischen Beziehung sensibilisieren.

Bei Patienten, deren originäre Selbstbewegung sehr massiv behindert worden ist und deren verkümmerte Ausdrucksbewegungen einen letzten Zugang bilden, kann die stellvertretende Übernahme von Entwicklungs- und Ich-funktionen (annehmen, halten, antworten, ordnen, bestätigen, versorgen) oft nur noch leibhaftig erfolgen. Dann werden körpersymbolische Formen des Annehmens, Verstehens, Begreifens und Behandelns notwendig. Sie erweitern nicht nur das herkömmliche Inventar sprach-symbolischer Formen der Unterstützung, sondern betonen auch in fundierter Weise die Wachstumstendenzen des Patienten.

In einer leibfundierten analytischen Psychotherapie kann der Analytiker auch im täglichen Umgang mit Patienten, die in ihrer Lebendigkeit weitgehend erstorben sind, ein bekömmliches Maß an interaktiver Bezogenheit für sich und den Patienten wahren.

Die freudige Anteilnahme des Therapeuten an der wiedererwachenden Lebendigkeit des Patienten erweist sich als wichtiger Wirkfaktor der Psychotherapie. (S. 123 bis 125)

Heisterkamp ersetzt den in der Bioenergetik üblichen, irreführenden und zu Aktionismus verleitenden Begriff der „Übung“ durch die dem Körperpsychotherapeutischen Geschehen angemessenen Bezeichnung Probehandlung.

Dem entspricht, daß in der vorbereitenden Aufklärung eines Patienten dieser gefragt wird:

... ob er damit einverstanden ist, daß zur Vertiefung des Verstehens seiner Probleme auch Bewegungsspiele und/oder körperliche Berührungen in die psychotherapeutische Arbeit einbezogen werden können. Er wird darüber informiert, daß dieser Einsatz immer erläutert und vorbereitet wird. Ferner kann der Therapeut den Patienten darauf hinweisen, daß selbst vermeintliche Schwierigkeiten bei der Durchführung oder auch die Ablehnung eines solchen Angebotes oft das Verstehen gerade vertiefen und Bewegungs- und Berührungspuben nicht um ihrer selbst Willen, sondern nur als Hilfsmittel für ein vertieftes Erleben und Verstehen herangezogen würden.

Dieses Vorgehen erfordert eine dauernde Erneuerung des Arbeitsbündnisses. (S. 129, 130)

Zu der wichtigen Frage, wann und wie eine körperpsychotherapeutische Intervention, insbesondere eine Berührung des Patienten geschehen darf oder sollte und wann nicht, möchte ich folgende Abschnitte zitieren: Der Anfängerfehler folgt dem Muster: Der Patient gerät in eine ihn schwer belastende Gefühlslage von Trauer, Schmerz, Nieder-

geschlagenheit, Verzweiflung, Verlorenheit, Panik usw. Der Therapeut nimmt diese Belastung wahr, folgt einem spontanen Impuls und setzt sich z. B. neben den Patienten oder legt seine Hand auf dessen Hände oder seine Arme um dessen Schultern oder stellt irgendeinen anderen Körperkontakt her. (S. 132)

Manchmal zeigt die nachfolgende Reaktion des Patienten, daß die Interaktion - ähnlich wie bei spontan anteilnehmenden Gesten von nahen Bezugspersonen - als hilfreich erlebt worden ist, insofern sie den therapeutischen Prozeß weitergebracht hat und nachträglich in ihrer tiefen psychologischen Wirkung verstanden werden kann. Sie führt aber sehr oft... in eine Kollusion mit dem Patienten, insofern das Als-ob der therapeutischen Situation und die Zentrierung um das Verstehen des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens verlorengeht.... Wenn es sich allerdings um ein Gegenübertragungsgeschehen handelt, kann und darf der Therapeut nicht merken, wie er z. B. den tiefen Schmerz des Patienten nicht zuläßt, weil dadurch zu viele eigene und unerledigte Verletzungs- und Verlust-erfahrungen in ihm berührt würden. Masochistisch strukturierte Patienten, die der Fiktion anhängen, nur durch eine persönliche Aufopferung die Zuwendung und Anerkennung anderer zu bekommen, werden auf diese Weise in ihrer unglücklichen Grundhaltung noch bestärkt....

Wenn der Patient massive Trauer oder Wut durchlebt und sich wesentlichen, bisher abgespaltenen Momenten seiner Selbstbewegung überläßt, ist zunächst eine weitere Intervention nicht sinnvoll. Hat der Therapeut jedoch aufgrund seiner Mit-Bewegung mit dem Patienten den Eindruck, daß dieser von seinen Emotionen überwältigt zu werden droht, wird eine formgebende und -

stützende Intervention notwendig. Spürt er dagegen, daß der Patient seine Trauer, seine Wut, seine Freude nur verhalten zulassen kann - er merkt das sicher an der Diskrepanz zwischen der Selbstbewegung des Patienten und seiner eigenen Mit-Bewegung-, sind Hilfestellungen notwendig, die dem Patienten allmählich, am besten in selbstdosierten Zwischenschritten, einen tiefen Zugang zu seinem Selbsterleben ermöglichen.

Diese Überlegungen gelten ebenso für den Umgang mit erotisch-sexuellen Übertragungen. Wenn es sich um die Entwicklung einer reifen Liebe der/s Patientin zum/zurTherapeuten/in handelt, würde eine leibliche Intervention entweder einen Mißbrauch oder ein Vermeiden darstellen. Ganz anders ist: die Lage bei erotisch-sexuellen Übertragungen, die im Dienste frühkindlicher Ichbedürfnisse stehen. Ich erkenne sie schon daran, daß ich - ganz im Gegensatz zum obigen Fall - keine komplementären Reaktionen in der Gegenübertragung spüre, sondern viel mehr elterliche Gefühle wahrnehme. Die bilden dann eine gute Grundlage für leibhaftige Bereitstellungen, in denen die entsprechenden Patienten/innen relativ schnell und deutlich die primären Anliegen erspüren, die sie bisher mit erotisch-sexuellen Mitteln immer wieder vergeblich zu verwirklichen versuchen. Die Quintessenz meiner Überlegungen besteht darin, daß leiborientierte und/oder sprachliche Interventionen nur an ihrer therapeutischen Wirksamkeit, also daran gemessen werden können, ob sie den Heilungsprozeß des Patienten fördern oder hindern. Mit beiden kann man beides bewirken. (S. 133, 134)

Unter der Überschrift „spezielle Behandlungsprinzipien“ beschreibt Heisterkamp den sich im therapeutischen Prozeß Schritt für Schritt wiederholenden Ablauf:

1. Die Selbstbehinderung wird fokussiert
2. Bewegungsbilder deuten sich
3. Bedeutsame Handlungsentwürfe werden in der Phantasie durchgespielt
4. Handlungsproben werden modelliert
5. Der Patient lotet den Spielraum seiner Selbstbewegung aus
6. Der Handlungsdialog wird reflexiv begleitet und abgerundet

Zu 2. zitiere ich:

Wenn der Therapeut Ausdrucksbewegungen und leib- sowie bewegungsnahe Redewendungen des Patienten in entsprechende Deutungsbilder zu bringen lernt, tauchen unter regressiver Perspektive immer wieder die modellhaften Situationen der Kindheit auf, die aus beziehungsanalytischer Sicht die aktuellen Wirkungszusammenhänge zwischen Patient und Therapeut bzw. zwischen Patienten und Umwelt prototypisch auf schlüsseln. Sie erreichen den Patienten in einer »Tiefenschicht« oder auf einer »Regressionsebene«, die jenseits seiner erwachsenen Sprachsymbole liegen. Die Anschauungslogik dieser Bilder, die umfassende Vereinheitlichung einer komplexen Fülle von Momenten, die simultane Erfassung eines sukzessiven Geschehens und dessen exemplarischer Sinngehalt ermöglichen dem Patienten und dem Therapeuten, das komplexe Wirkungsgeschehen nach Grundmustern zu strukturieren:

- wenn Kiefer- und Mundbewegungen Erfahrungen des Gestillt- und Abgestilltwerdens sowie der Umstellung auf feste Nahrung wachrufen und sich dabei die aktuelle Beißhemmung und Trennungsangst wie die verhaltene Wut aufschlüsseln;
- wenn die rhythmischen Schaukelbewegungen von Patienten, die wie das Bild eines hospitalisierten Kindes anmuten, frühe Gefühle der Verlorenheit wiederbeleben

- und derzeitige Sicherungen unmittelbar verständlich werden lassen;*
 - wenn sich im Wegsehen und Hinsehen, im Abwenden und Hinwenden, im Einschlafen und Wachwerden die unerledigten Probleme der Phase der Wiederannäherung reinszenieren. . .
 - wenn sich im Ausreichen und Zurückhalten, im Ausdehnen und Zusammenziehen, im Ausatmen und Einatmen das typische Bezogensein herausbildet;
 - wenn sich in den leiblichen Imaginationen bedeutsame Situationen auf dem Wickeltisch herausgestalten, welche die momentanen Beziehungsstörungen schlagartig einsichtig werden lassen;
 - wenn sich im Zucken der Arme und Beine aggressive und expansive Tendenzen andeuten und ausgestalten wollen;
 - wenn sich der Patient krümmt und windet, als müsse er sich von äußeren und/oder inneren Fesseln befreien;
 - wenn er sich mit seinen Fingern, Händen oder Füßen selber berührt, als würden sich die zärtlichen oder strafenden Gesten der Bezugspersonen nachbilden;
 - wenn er mit verspanntem Nacken den Kopf hebt, als müsse er sich mühsam über Wasser halten oder dem Fall ins Bodenlose entgegenwirken;
 - wenn er seine Knie durchdrückt, um die Unsicherheiten seines eigenen Standpunktes zu kompensieren; usw.
- Bei der Herausstellung von Bewegungsbildern leiten den Therapeuten insbesondere die organismischen Gegenübertragungsreaktionen:
- wenn er merkt, wie sich seine Atmung immer mehr verflacht und er an der Selbst Einschränkung des Patienten unmittelbar teilhat;
 - wenn sich sein Kopfdruck erhöht und er

feststellt, wie er in ein Migränewerk hinein-gezogen werden soll;

- wenn er müde und schläfrig wird;
- wenn sich seine Kehle verschließt und er Würgereize verspürt;
- wenn sich sein Magen verkrampft oder er etwas wie einen Schlag in die Magengegend verspürt;
- wenn sein Herz lauter zu pochen, zu rasen oder zu schmerzen beginnt;
- wenn er sich genital erregt fühlt oder nichts dergleichen spürt, wo es zu erwarten wäre; usw. (S. 149 -151)

Wenn wir Patienten vorschlagen, eine körperliche Erfahrung zu machen und etwas auszuprobieren - also eine Probehandlung anregen-, kommt es nicht selten vor, daß Widerstand geäußert wird. Wer kennt nicht die Gegenübertragungsreaktion: „Habe ich das Falsche vorgeschlagen? Er/sie soll sich nicht so anstellen. Man müßte seinen/ihren Widerstand brechen.“ Heisterkamp bringt Beispiele, wie sinnvoll und produktiv es sein kann, wenn Patienten Probehandlungen nicht durchführen und verändern. Mich hat besonders die folgende Schilderung beeindruckt:

Ich denke hier an einen Patienten mit präverbalen Störungsanteilen, für den das Nichtausführen einer von mir vorgeschlagenen Probehandlung ein wichtiges Weiterkommen bedeutete. Ich hatte den Eindruck, daß es um das Thema »sich fallen lassen« ging und schlug ihm vor, sich einmal rückwärts auf eine Matratze fallen zu lassen. Er schien es zunächst ausprobieren zu wollen. Zu Beginn der Handlung veränderte er jedoch den Ablauf.

Er stellt sich so vor die Matratze, daß er sie mit den Fersen berührt. Darauf angesprochen, versteht er sein Tun als eine Form der Absicherung. Indem er sie »im Zeitlupen-

tempo« aufgibt und zentimeterweise vorrückt, spürt er immer deutlicher seine Angst. Erinnerungen an eine Turnstunde werden wach und an die Verzweigung, den Felgaufschwung nicht gekonnt zu haben. Er hatte ihn unter den Augen des Lehrers immer wieder probiert, sich dabei immer mehr angestrengt, um der Blamage des Scheiterns zu entgehen. Es hatte nichts genutzt, er war letztlich am Ende der Schulstunde frustriert und mit dem Gefühl eigener Unfähigkeit unglücklich zurückgeblieben. Abends im Bett war er den Übungsablauf viele Male durchgegangen und hatte dabei gespürt: In dem verzweifelten Bemühen, es unbedingt schaffen zu müssen, hatte er sich total verkrampft und den Oberkörper an die Reckstange herangezogen. Er ahnte, daß es galt, loszulassen, sich ins Leere zu werfen, sich fallen zu lassen. In der nächsten Turnstunde versuchte er, es ganz heimlich auszuprobieren. Dabei gelang ihm zum ersten Mal der Felgaufschwung. Hier und jetzt bei der Bewegungsprobe unter meinen Augen, wird dem Patienten erstmals klar, daß er sich aus Angst vor der väterlichen Verachtung immer mehr verkrampft hatte und deshalb zunächst wiederholt gescheitert war.

Während er das sagt, guckt er weg. Es wird deutlich, daß er sich noch schämt und befürchtet, wie bei seinem Vater in meinen Augen ebenfalls Verachtung zu sehen. Seine Angst, gedemütigt und lächerlich gemacht zu werden, ist groß. Ihm fallen vernichtende Urteile seines Vaters ein. Er bringt sie so heftig heraus, daß unmittelbar deutlich wird, wie sehr er unter den Entwertungen seines Vaters gelitten hat und mit ihm als Aggressor noch identifiziert ist. Um ihn in seiner tendenziösen Wahrnehmung mit Aspekten der realen Situation zu konfrontieren, schlage ich ihm vor, mir in die Augen zu schauen und zu sagen: »Ich habe Angst,

mich fallen zu lassen. « Dann sagt er in einer originären Wendung: »Ja, ich habe Angst. Ich will mir jetzt nicht wieder Gewalt antun, wie ich es in meinem ganzen bisherigen Leben immer wieder getan habe, wenn ich rücksichtslos meine Angst unterdrückt und mich verkrampft habe. Deswegen will ich das jetzt nicht machen. Ich möchte zu meiner Angst stehen. « Als er das sagt, nehme ich ein mich ganz erfassendes Gefühl der Erleichterung wahr. Auch er spürt ein intensives Strömen in seinem Körper und fühlt sich ebenfalls stark erleichtert und tief beglückt darüber, sein Handeln wieder in die eigene Verantwortung genommen und dabei die Angst vor dem vernichtenden Urteil des Vaters ausgehalten und sich davon befreit zu haben. (S. 157, 158)

Den weiteren Schritt körperpsychotherapeutischer Arbeit nennt Heisterkamp „Modellierung“. Beispiel:

Herr T. spricht stöhnend über seine bevorstehende Hochzeit...

Während ich in meiner Mit-Bewegung spüre, wie mich alle seine Überlegungen unberührt lassen, achte ich bei diesem Thema auf nonverbale Anknüpfungspunkte, die es ermöglichen, ihn auf der Ebene anzusprechen, auf der seine Entwicklung vermutlich blockiert ist und Selbstheilungsversuche ihn bisher nicht entscheidend weitergebracht zu haben scheinen.

Währenddessen sehe ich, wie er sich mit seinem Körper wurmartig windet und die Füße aneinander reibt. Ich hebe hervor, daß es wohl sicherer für ihn sei, wenn er nur mit sich Kontakt halte. Darüber muß er laut lachen: »Mit mir selbst geht alles besser. « Er lacht vielsagend und wir wissen beide, daß damit auch seine sexuellen Schwierigkeiten in Beziehung zu seiner Frau angesprochen sind. Wenn sie etwas von ihm will,

fühlt er sich oft so bedrängt, daß er »ausrasten« könnte. Dabei macht er eine Bewegung mit den Beinen, als ob er mit dem einen Fuß etwas von dem anderen Bein abstreifen wolle. Ich biete ihm an, ob er nicht einmal ausprobieren wolle, sich mit den Füßen abzugrenzen, indem er gegen die Matratze tritt. »Ach nee, nicht richtig, da wird was draus, was nicht richtig paßt. Dann trete ich fest dagegen, aber das ist es nicht. « Ich verstehe, daß es nicht ein heftiges Wegstoßen sein soll. Vielleicht möchte er nur die Grenze im Kontakt spüren? Ja, das stimme. Rücken an Rücken? »Nein, das ist zu nahe! « Ob es passe, wenn ich mich ans Fußende setze und er seine Füße auf meine Oberschenkel stelle. »Ja, genau, das sei passend«, lacht er, »das ist genau richtig, das ist schön. « Ich nehme meine Position ein. Er probiert vorsichtig, erst mit dem einen dann mit dem anderen Fuß, zieht beide Füße wieder zurück und wiederholt dann den Kontakt. Ich erlebe diese Szene wie eine anrührende Symbolisierung der Wiederannäherungsthematik. Dann bleibt er längere Zeit in Körperkontakt zu mir. Er ist sehr bewegt und fängt an zu weinen. »Das ist so lebendig und so warm. Ich kann kommen und gehen. «

Ich fasse seine Füße nicht an. Das könnte ihm schon zu nah sein. Ich bin nicht sicher. Nachher frage ich ihn, und er bestätigt: »Dann hätte ich mich sofort wieder gekrallt gefühlt. « Es hat ihn tief gerührt, selber innige Nähe hersteilen zu können, ohne sich dabei vereinnahmt zu fühlen. Er vermutet, daß es mir nicht lästig gewesen sei, vielleicht sogar gefallen habe. Wenn ich das jedoch bestätigen würde, dann fühlte er sich sofort wieder für meine Stimmung verantwortlich. Das würde ihn belasten und zum Rückzug veranlassen. Während der letzten Phase hat er die ganze Zeit den Fuß an

meinem Oberschenkel gelassen. Nachher kommt er wieder auf seine Hochzeit zu sprechen und auf die entsprechenden Ängste, dann festgelegt und gebunden zu sein. Er wolle und wolle auch nicht. Wie bei dem Experiment, und eigentlich wolle er ja. (S. 160, 161)

Hier anknüpfend möchte ich abschließend aus der zusammenfassenden Beschreibung der Vorgehensweisen leibfundierter analytischer Psychotherapie zitieren:

Wenn der Patient die vorgeschlagene Erprobung in Gedanken durchspielt, wird bereits eine Fülle personenbedeutsamer Phantasien wachgerufen, mit denen das noch vage Deutungsbild in individueller Weise ausgestaltet wird. Die Besprechung dieser Vorstellungen bietet eine weitere Klärung, ob und wie der Patient die imaginierte Szene aktiv umsetzen will und ob dieser Versuch für ihn bekömmlich sein wird.

Wenn die so vorbereitete und durchgearbeitete Probehandlung ausgeführt wird, modelliert sie der Patient ein weiteres Mal im Sinne seines unbewußten Bewegungsgesetzes. Patienten können hier mit großer intuitiver Sicherheit dem Therapeuten die für sie notwendige Rolle im Handlungsdialog zuweisen.

Nachdem die Erprobung beendet ist, schauen sich Patient und Therapeut die eingereichte Szene noch einmal an. Die Ergebnisse der begleitenden Reflexion regen oft Zusammenfassungen an. Die neuen, leiblich fundierten Einsichten werden dabei mit früheren verknüpft. Angedeutete Komplexe können vom Patienten wieder aufgegriffen und weiter bearbeitet werden. (S. 181)

Die von mir ausgewählten Texte konnten nur einen kleinen Einblick in das Ganze

geben. Sehr viel berichtens- und bedenkenswertes mußte unerwähnt bleiben. Dieses Buch bietet nicht nur den Psychoanalytikern eine sehr gute Orientierung, wie professionelle Körperpsychotherapie arbeitet; lesenswert ist das Buch auch für in Ausbildung stehende und für zertifizierte Bioenergetische Analytikerinnen und Analytiker.

Und nun zu dem, was mich an diesem Buch ärgerte:

In wichtigen Punkten seiner Darstellung und Kritik der Bioenergetischen Analyse, die er ja als Insider gut kennt, wird Heisterkamp merkwürdig polemisch. Dabei greift er auf den Leser manipulierende rhetorische Kunstgriffe zurück, indem er zum Beispiel einer Aussage oder einem Begriff einen erweiterten oder veränderten Sinn unterstellt, um dann leichter zurückweisen oder falsche Folgerungen ableiten zu können. So schreibt er u. a. bezogen auf Lowens „Bioenergetik für jeden - das vollständige Übungsbuch“:

Wer die Bioenergetik als Sammlung von Übungen darstellt, zeigt mit seinem gewählten Ordnungsprinzip, daß er nicht gewohnt ist, den aktualgenetischen und interdependenten Verlauf des therapeutischen Wirkungsgeschehens zur Figur seines Auffassens und Behandelns zu machen. (S. 127) Heisterkamp differenziert hier (bewußt?) nicht zwischen Bioenergetik als Körperpsychotherapie (= Bioenergetische Analyse) und Bioenergetik als Körpertherapie (entsprechend Hatha Yoga oder Tai Chi Chuan), wie sie in Lowens und anderen Übungsbüchern dargestellt ist.

Beim näheren Hinsehen habe ich den Eindruck, als suche Heisterkamp Angriffspunkte und baue sich den Popanz auf, den er schlagen kann. So zitiert er auf Seite 15 Reich:

„Der Begriff funktionell identisch, den ich neu einführen mußte, besagt nichts anderes, als daß muskuläre und charakterliche Haltung im seelischen Getriebe (Hervorhebung vom Verfasser, G. H.) dieselbe Funktion haben, einander ersetzen und gegenseitig beeinflusst werden können. Im Grunde sind sie nicht zu trennen, in der Funktion identisch.“

Und fragt auf Seite 24:

Wenn Reich und Lowen auf die einheitliche Funktion von »Seelischem« und »Körperlichem« Hinweisen, wenn psychisches und physisches Erstarren funktionell identisch sind, wenn Muskelrigor und charakterliche Panzerung eine Einheit bilden, dann bleibt die Frage offen, was denn diese Einheit als Ganzes ausmacht. Wovon sind sie Funktion? Was ist das Ganze und was sind die integralen und funktionalen Momente?

Und gibt an der gleichen Stelle die Antwort: *Ich habe auf S. 15 eine Stelle hervorgehoben, weil sie verdeutlicht, was bei Reich und seinen Nachfolgern immer wieder verlorengelassen, nämlich das umfassende Ganze, auf das bezogen »Körperliches« oder »Seelisches« überhaupt identisch sind: nämlich als Funktion, als Teile oder Momente im »seelischen Getriebe«.*

Nachdem der Verlust des umfassenden Ganzen bei Reich konstatiert ist, unterstellt er ein nicht psychisches, rein stoffliches Verständnis auch bei Lowen:

Davon zeugen die Grundbegriffe der Bioenergetik wie »Strömen«, »Blockierung«, »Energie«, »Erregungsfluß«, »Energie Spiegel«, »Energiekreislauf«, »energetische Aufladung«, »energetische Entladung« usw. Sie werden nicht nur nicht daraufhin untersucht, ob sie als Metapher des zu erfassenden Phänomens dem Seelischen adäquat sind, sondern als physikalische Vorgänge

betrachtet und für das seelische Geschehen selbst gehalten. (S. 25)

Indem Heisterkamp annimmt, daß Lowen physikalische Vorgänge für das seelische Geschehen selbst halte und deshalb auch nicht sehen könne, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, folgert er:

Wenn Lowen hervorhebt, daß er sowohl mit »dem« Körper als auch mit »der« Seele arbeite (working with both the body and the mind, 1984a, S. 5), hat er die immer wieder berufene Einheit schon unwiderbringlich in zwei isolierte Elemente zerlegt, die das Andere und das Mehr, was das Ganze ausmacht, durch Zusammenfügen dieser Teile nicht mehr zurückgewinnen kann. (S. 27)

So läßt sich auch leicht Desorientierung vorwerfen, wenn die Sprache eines anschaulichen, für ein breites Publikum geschriebenen Buches mit akademischer Elfe gemessen wird:

Die Desorientierung hinsichtlich des wissenschaftlichen Bezugssystems wird in Aussagen wie der folgenden eklatant: »Ein Aspekt der vom Sauerstoffangefachten Glut unseres Stoffwechsels ist das Feuer der Leidenschaft« (1979, S. 41). Das ist ein schillerndes, poetisch verbrämtes Gemisch aus physiologischen und psychologischen Gesichtspunkten, und jeder einzelne Gesichtspunkt wird in Verbindung mit dem jeweils anderen zu einer vorwissenschaftlichen Aussage, mit der weder der Physiologie noch der Psychologie gedient ist. (S. 26)

Nachdem Heisterkamp glaubt, der Bioenergetischen Analyse auf solche Weise Unklarheit ihrer Gegenstandsbildung und eine daraus resultierende Desorientierung hinsichtlich der Behandlungsmethode vorwerfen zu können, schlußfolgert er locker: *Bei dieser Unsicherheit darüber, was das zu*

Analysierende überhaupt ist, werden Schein-sicherheiten gesucht: Das sind in der Bio-energetik leicht feststellbare muskuläre Verspannungen und Erschlaffungen. So er-liegt Reich der Verführung, durch den di-rekten Zugriff auf die muskulären Haltun-gen die charakteranalytische Therapie ver-kürzen zu wollen. (S. 28)

Wieso Verführung? Wo sind die Erfahrun-gen des Bioenergetischen Analytikers Heisterkamp, wie das Erleben und/oder Lösen musklärer Verspannungen tiefe see-lische Prozesse auslöst und tatsächlich die Therapie verkürzt und nicht nur, wenn da-durch endlos scheinende intellektuali-sierende Abwehrsitzungen vermieden wer-den. Übersieht Heisterkamp, daß Reich von einem Durchbruch ins Gebiet der Affekte spricht?

»Sie bieten nämlich die Möglichkeit, den komplizierten Umweg über die psychischen Gebilde wenn nötig zu vermeiden und direkt von der körperlichen Haltung ins Gebiet der Triebaffekte durchzubrechen.« [1942, 1972, S. 227] (S. 28)

Und sofort oberlehrt Heisterkamp weiter: *Es überrascht dann auch nicht mehr allzu sehr, daß Lowen den primären Fokus (primary focus, 1984, S. 4) seiner Arbeit schließlich doch im Körperlichen sieht. (S. 28)*

Abgesehen davon, wie durch die Verknüp-fung der beiden Zitate eine kausale Bezie-hung nahegelegt wird, die so nicht gegeben ist, ist der Hinweis auf den primären Fokus aus dem Kontext gerissen. Sehen wir, was Lowen geschrieben hat:

So I don't focus a technique or body maneuver on one or another specific segment. My technique has evolved so that I work with the body as a whole by integrating the different maneuvers which aim to mobilize blocked segments. Seeing the

energetic disturbance, understanding the personality, sensing the individual's pain and struggle, and devising body maneuvers to release the tension is the basis for my therapeutic approach.

Having said this, let me emphasize that bioenergetic therapy is not a therapy that deals only with the body, although my primary focus is upon the body. It is a combined approach to personality problems working with both the body and the mind. (Lowen 1984, S. 4)

Dem ungeachtet folgert Heisterkamp:

Ohne einen Blick für das Gesamtgeschehen und hauptsächlich zentriert auf die Verspannungen und Erschlaffungen von Muskeln, gerät das Übertragungs- und ganz besonders das Gegenübertragungsgeschehen weitgehend aus dem Bewußtsein.

So behauptet er wieder mit Bezug auf Reich

»Die Funktion des Orgasmus«:

Dem entspricht bei Lowen eine weitgehen-de Vernachlässigung des Übertragungs-geschehens und eine totale Ausblendung der Gegenübertragung. So ist es eigentlich nur konsequent, daß Lowen 1989 alle inter-nationalen Trainer nach New York bestellte, um sie auf die gemeinsam Grundlage »back to the basics« einzuschwören. In dem von allen anwesenden Trainern Unterzeich-neten und im Rundbrief vom 28. 11. 1989 vom Executive Director des international Institut for Bioenergetic Analysis, Alexander Lowen, an alle Mitglieder verschickten Abschlußkommuniqué heißt es dann kate-gorisch: Der Körper spiele in der Bioener-getischen Analyse die Schlüsselrolle. Auf-fassungen, die die psychotherapeutische Arbeit um das Übertragungs- und Gegen-übertragungsgeschehen zentrieren, werden abgelehnt, da sie die bioenergetische Ana-lyse auf die Psychoanalyse reduzieren wür-

den (!). Die Übertragung - von Gegenübertragung wird schließlich überhaupt nicht mehr gesprochen - wird als ein Aspekt der Charakterstruktur angesehen, der auf einer bloß körperlichen bzw. energetischen Ebene zu behandeln sei. (S. 29)

Ich möchte nun Alexander Lowen zum Thema Übertragung und Gegenübertragung befragen: Er hat in seinem jüngsten Buch „FREUDE - Die Hingabe an den Körper und das Leben“ dazu Antworten gegeben:

Was ist unter Übertragung und Gegenübertragung zu verstehen?

Allgemein gesprochen, bezieht die Übertragung sich darauf, daß der Patient auf den Therapeuten das Bild von Vater oder Mutter projiziert, was seine Reaktion auf den Therapeuten beeinflusst. Die Gegenübertragung ist der gleiche Prozeß von Seiten des Therapeuten, der auf den Patienten Bilder aus seiner Vergangenheit überträgt. Wir wissen, daß der Therapeut von seinen Patienten häufig als Ersatzvater betrachtet wird. In gewisser Hinsicht verhält er sich vielleicht auch wie ein Vater, da er dem Patienten hilft, mit dem Leben besser zurechtzukommen. Er wiederum kann im Patienten einen Sohn oder eine Tochter sehen, die erfahren und denen er durch die Schwierigkeiten des Lebens einen Weg bahnen möchte. Übertragung existiert überall dort, wo der Patient den Therapeuten nicht als den Menschen sieht, der er in Wirklichkeit ist. Und das gleiche gilt umgekehrt für die Gegenübertragung.“ (S. 319)

Welche Bedeutung haben Übertragung und Gegenübertragung für den therapeutischen Prozeß?

Beide Reaktionen stören den therapeutischen Prozeß und verhindern in einigen Fällen die Selbstfindung des Patienten. Da aber in diesem Kulturkreis keiner von uns völlig frei von den neurotischen Auswirkungen seiner Kindheitserfahrungen ist, können wir annehmen, daß es in den meisten therapeutischen Situationen zu einem gewissen Maß an verzerrter Wahrnehmung kommt, die durch dieses Phänomen hervorgerufen wird. Keiner von uns ist unschuldig, und keiner von uns betrachtet die Welt mit den unvoreingenommenen, klaren Augen eines Kindes.“ (S. 319)

Negative und positive Übertragung?

Wenn ein Patient mir gegenüber behauptet, mir zu vertrauen, ohne persönliche Erfahrungen mit mir gemacht zu haben, betrachte ich diese Äußerung als naiv und glaube ihm nicht. Das tiefe Mißtrauen, das alle Patienten haben, ob sie es sich eingestehen oder nicht, ist als negative Übertragung bekannt. Der Patient betrachtet den Therapeuten unbewußt als eine weitere Elternfigur, die ihm sagen wird, was er alles falsch macht und wie er sich ändern müßte, wenn er möchte, daß es ihm gut geht. Und unbewußt wird er auf den Therapeuten das Mißtrauen übertragen, das er als Kind gegen seine Eltern hegte.

Nur selten kommt ein Patient in die Therapie und drückt sein Mißtrauen offen aus. Fast immer wird dies überlagert von der Hoffnung, daß der Therapeut anders sein möge als seine Eltern, daß er den Patienten versteht und unterstützt und ihm die bedingungslose Akzeptanz und Liebe schenkt, die er als Kind so verzweifelt gebraucht und seinem Gefühl nach immer noch braucht. Aber auch das ist eine Übertragung, da er auf den Therapeuten das Bild der guten Mutter oder des guten Vaters projiziert,

deren einziges Interesse drin besteht, ihm zu helfen, die Freude im Leben wiederzufinden. Diese Einstellung zum Therapeuten wird als positive Übertragung bezeichnet. Beide Formen der Übertragung sind beim Patienten ständig präsent, wenn auch die eine oder andere dominiert oder an der Oberfläche zu überwiegen scheint. (S. 321)

Wie wirkt sich der Wunsch des Patienten, verstanden zu werden, auf die Übertragung aus?

Alle Patienten haben das verzweifelte Bedürfnis, erkannt und verstanden zu werden. Wenn ein Patient sich verstanden fühlt, entwickelt sich eine Bindung zwischen Patient und Therapeut, die nur wie eine Rettungsleine vorkommt, wie man sie Ertrinkenden zuwirft. Der Patient geht unter in der Verwirrung, die darauf beruht, daß seine Eltern unfähig waren, ihn als freies, unschuldiges menschliches Wesen zu sehen. Man redete ihm ein, er habe unrecht, sei schuldig, schlecht, feindselig, undankbar und schrieb ihm noch alle möglichen weiteren negativen Eigenschaften zu, als wäre er ein wahres Monster. Und da seine Eltern ihn nicht so akzeptierten, wie er wirklich war, nämlich ein unschuldiges Wesen, mußte er glauben, daß das, was sie sagten, in gewisser Weise stimmte. Wenn ein Kind nicht geliebt wird, fühlt es sich auch nicht liebenswert. Somit ist es auch nicht liebesfähig, das heißt, nicht imstande zu lieben. Dem Patienten in dieser Situation zu sagen, daß er liebenswert sei und alles mit ihm stimme, heißt blind sein für seine Verwirrung, seinen Schmerz und seine Qual. Seinen Zorn nicht zu spüren, der oft in Form einer mörderischen Wut unmittelbar unter der Oberfläche lauert, heißt seinen Kampf um seine Identität und sein Selbst nicht zu begreifen. (S. 324, 325)

Was ist der Weg, die Grundprobleme des Patienten zu erkunden und zu verstehen?

Ich glaube, der einzige Weg, die Probleme des Patienten zu erkennen und zu verstehen, besteht darin, seinen Körper zu studieren. »Der Körper lügt nicht«, lautet ein Grundsatz der bioenergetischen Analyse. Diese Untersuchung können wir bis zu einem gewissen Grad auch dann durchführen, wenn der Patient bekleidet ist. Der Blick der Augen, der Ausdruck des Gesichts, der Klang der Stimme und die Art und Weise, wie er sich bewegt und hält, sagen viel über ihn aus. Aber Menschen benutzen Kleidung auch dazu, sich zu verstecken. Wenn wir die Fähigkeit haben, die Sprache des Körpers zu lesen, können wir dem unverhüllten Körper sehr viel mehr entnehmen. (S. 326)

Aber die Patienten wollen auch über ihre Probleme sprechen?

Natürlich höre ich mir auch an, was sie mir über ihr Leben erzählen, aber selbst während sie über sich und ihre persönliche Geschichte reden, betrachte ich ihren Gesichtsausdruck, ihre Augen, ihre Sitzhaltung und die Art, wie sie sich geben. Und ich achte aufmerksam auf den Klang ihrer Stimme. Manchmal stimmt das, was ein Patient sagt, mit seinem Körperausdruck überein, aber oft stehen seine Worte im Widerspruch dazu. Ein Mensch kann mir zum Beispiel erzählen, daß seine Kindheit glücklich war, aber wenn sein Blick trübe und sein Körper starr und relativ unlebendig ist, widerspricht das seinen Worten. Wenn wir eine glückliche Kindheit hatten, ist unser Körper nicht leblos. Unlebendigkeit ist ein Zeichen dafür, daß ein Mensch viele Gefühle abgeblockt hat, weil es für ihn schmerzlich war, sie zu spüren. Ich zögere selten, den Patienten darauf hinzuweisen, denn ich glaube fest daran, daß nur die Wahrheit uns befreien

kann. Der Körper lügt nicht. Er erzählt die Wahrheit über das Individuum. (S. 328)

Wie ist es mit der Hemmung, sich auszuziehen, die Patienten beim Psychotherapeuten verspüren? Ist das nicht Zeichen von Übertragung?

Einige Menschen, die zu nur kommen, sind seelisch nicht darauf vorbereitet, sich körperlich zu zeigen. Wenn sie den aufrichtigen Wunsch verspüren, sich selbst kennenzulernen, kann ich als Therapeut analytisch mit ihnen arbeiten, denn der Körper gibt, wie wir hier gesehen haben, selbst dann, wenn er bekleidet ist, viele Signale. Ich würde aber in diesem Fall auch analytisch mit dem Problem der Scham oder Angst, sich zu zeigen, arbeiten. Die Abneigung, sich selbst und den eigenen Körper in einer therapeutischen Situation zu zeigen, ist ein Ausdruck von Widerstand und Übertragung, da die Therapie nicht mehr körperliche Entblößung fordert als an einem öffentlichen Strand, wo der Patient sich wohl damit fühlen würde. Deswegen muß diese Abneigung als Mißtrauen gegen den Therapeuten behandelt werden. Leider ist dieses Mißtrauen in einigen Fällen gerechtfertigt, da Therapeuten manchmal nicht frei von Gegenübertragungen sind und den Körper nur unter sexuellen Aspekten betrachten. Andererseits lassen auch Therapeuten, die aufgrund der sexuellen Natur des Körpers Angst haben, ihn eingehend zu betrachten, eine negative Gegenübertragung erkennen. Wenn der Therapeut sich mit seinem eigenen Körper und dessen Empfindungen unwohl fühlt, wird er es bewußt oder unbewußt vermeiden, sich mit dem Körper des Patienten auseinanderzusetzen. Wenn sein eigener Körper rigide ist, tendiert er dazu, die Rigidität im Körper des Patienten zu ignorieren. Ist sein Gesicht verspannt und eine

Maske, wird er auf einen deutlich ähnlichen Gesichtsausdruck des Patienten nicht eingehen. Ist sein eigener Körper nicht im Fluß und ohne Anmut, wird er eine Abneigung dagegen haben, sich auf das gleiche Phänomen beim Patienten zu konzentrieren. Denn wenn es das täte, müßte er sich auch seinen eigenen körperlichen Mängeln ernsthaft stellen. In dem Maße, wie er seine eigenen körperlichen Probleme ignoriert, ist er unweigerlich blind für die seiner Patienten. So zeigt sich die Gegenübertragung, denn sie bedeutet, daß der Therapeut den Patienten auf der Grundlage seiner eigenen Werte betrachtet. (S. 328, 329)

Das Zeigen des Körpers kann in der bioenergetischen Analyse intensive Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen auslösen. Wie ist es beim Ausdruck von Emotionen?

Wenn ein Therapeut glaubt, daß Emotionen kontrolliert werden sollten, wird er diesen Glauben explizit oder implizit auf seine Patienten projizieren. Der flache und kontrollierte Tonfall seiner Stimme vermittelt eine Botschaft, die der Patient nicht ignorieren kann. Ein Therapeut kann auch in das andere Extrem gehen und die Haltung ‚das alles ist möglich‘ projizieren, was natürlich seine Patienten ebenfalls beeinflussen wird. Ich habe von vielen Patienten gehört, daß sie ihre intensiven Gefühle in ihren früheren Therapien nicht ausdrücken konnten, weil der Therapeut damit nicht zurechtkam. Da das gleiche für ihre Kindheit zutraf, waren sie in dem gleichen Dilemma und Konflikt gefangen wie damals. (S. 329)

Also muß auch der Bioenergetische Analytiker seine Gegen Übertragung focussieren? Das Problem der Gegenübertragung bein-

haltet also zwei Aspekte: zum einen die Unfähigkeit, den Patienten so zu sehen, wie er wirklich ist, zum anderen die unbewußte Projektion der Werte des Therapeuten auf den Patienten und die Therapie. Beide beruhen auf demselben Problem des Therapeuten: daß er nämlich durch seinen eigenen persönlichen Hintergrund und seine Erziehung geprägt worden ist, die ihm seine Unschuld nahmen und seine Freiheit zerstörten. Das passiert jedem Menschen in unserer Kultur, und viele von uns reagieren darauf mit dem Versuch, aus ihrer Unterwerfung eine Tugend zu machen. Wir bemühen uns, einen Sinn darin zu finden, daß wir gut und vernünftig sind und anderen verzeihen. Diese positiven Werte verkehren sich zu negativen, wenn wir auf Kosten von uns selbst an ihnen festhalten: wenn unsere Güte im Grund Unterwerfung ist, unsere Vernunft auf der Verleugnung unserer Gefühle beruht und Verzeihen für uns heißt, daß wir unseren Schmerz hinnehmen. Therapeuten sind diesem Prozeß genauso ausgesetzt wie alle anderen Menschen auch und haben damit die gesellschaftliche Sicht übernommen, nach der Kultiviertheit, Wissen und Kontrolle als höhere Werte im Leben gelten. (S. 329, 330)

Welche Gegenübertragungen können aus der Bedürftigkeit eines Patienten entstehen?

Einige Therapeuten reagieren auf die Bedürftigkeit des Patienten, indem sie ihm anbieten, für ihn ‚da‘ zu sein. Mit dieser Haltung zeigt der Therapeut, daß er sich mit der Bedürftigkeit des Patienten identifiziert, weil sie seine eigene Bedürftigkeit weckt. Therapeuten, die bedürftig sind, benutzen ihre Patienten, um ihre eigene innere Leere zu füllen. Das ist Gegenübertragung übelster Art, denn sie führt zu einer Verwick-

lung, bei der der Patient auf den Therapeuten fixiert ist und seine Unabhängigkeit verliert, die so wesentlich für die Entwicklung eines reifen Selbst ist. Oft werden die Rollen in der therapeutischen Beziehung ebenso getauscht wie im Leben des Patienten. Die Bedürftigkeit des Therapeuten spürend, bietet der Patient ihm in der einen oder anderen Form seine Liebe an. Beispiele dafür wären: »Ich werde mich bemühen, es mir besser gehen zu lassen, damit Sie zu Ihrer Arbeit mit mir ein gutes Gefühl haben können«, oder »Ich kann mit der Therapie nicht aufhören, weil Sie sonst verletzt sind.« Wie oft habe ich das von Patienten gehört! Diese Besorgnis um den Therapeuten ist eine Übertragung der Haltung, die der Patient zu seinen Eltern hatte. Dieser Rollentausch ist in der Kindheit sehr verbreitet. Kleine Mädchen werden zu Müttern für ihre Mütter und - noch häufiger - Ehefrauen für ihre Väter. Kleine Kinder sind sehr sensibel für die Gefühle und Bedürfnisse ihrer Eltern. Wenn ein Elternteil depressiv, krank oder unglücklich ist, verspürt das Kind den natürlichen Impuls, dafür zu sorgen, daß es Vater oder Mutter besser geht. Sind die Eltern glücklich, ist auch das Kind glücklich. Das Sorgen für andere kann einem Leben, in dem es keine Freude gibt, Sinn verleihen.

Es klingt paradox: Der bedürftige Patient sorgt für seinen Therapeuten.

Da Therapeuten als Ersatzeltern betrachtet werden, geschieht es sehr leicht, daß ein Patient seine Sorge um die Eltern auf seinen Therapeuten überträgt.

Diese Form von Übertragung stellt eine schwere Behinderung der Therapie dar, weil sie den Patienten davon abhält, sich auf seine eigenen Probleme zu konzentrieren. Tatsächlich ist sie ein Hauptproblem in

der Persönlichkeit des Patienten, denn sie beruht darauf, daß er Schuldgefühle hat, wenn er die Erfüllung seiner eigenen Bedürfnisse verlangt. Die meisten Patienten glauben, sie hätten nicht das Recht zu fordern, was sie haben wollen. Sie haben das Gefühl, sich Liebe, Zuwendung und Respekt verdienen zu müssen. Selbstaussdruck beinhaltet das Recht, die Erfüllung der eigenen Bedürfnisse und Wünsche energisch zu verfolgen. Zu sagen, was man will, und danach zu greifen, ist Zeichen eines gesunden Selbst. (S. 336)

Was ist das richtige Verhalten, wenn der Patient sein Besorgtsein auf den Therapeuten überträgt?

Wenn der Patient seine besorgte Haltung auf den Therapeuten überträgt, ist es sehr wichtig, darauf einzugehen und dieses Verhalten zu analysieren, denn darunter verbirgt sich sehr viel Feindseligkeit und Zorn. In Wirklichkeit ist der Patient um sein Geburtsrecht betrogen worden, nämlich das Recht, sein eigenes Glück zu verfolgen. Seine Schuldgefühle entsprechen direkt dem Ausmaß seines verdrängten Zorns und können daher solange nicht überwunden werden, wie der Zorn nicht gespürt und zum Ausdruck gebracht wird. Das wichtigste Ziel dieses Zorns ist der Therapeut. Jeder Patient empfindet im Zusammenhang mit seinen Übertragungsgefühlen heftigen Zorn gegen den Therapeuten. Und selbst wenn der Patient spürt, daß dieser Zorn ein Übertragungsphänomen ist, muß er verstanden und ausgedrückt werden. (S. 336)

Was ist die Übertragung, wenn Patienten versuchen, dem Therapeuten zu gefallen?

Die meisten Patienten möchten vom Therapeuten geliebt werden, um das Gefühl der Ablehnung zu überwinden, das ihre Eltern

ihnen vermittelt haben. Einige werden sich um diese Liebe bemühen, indem sie, gute Patienten sind, während andere sich aus dem gleichen Grund dem Therapeuten oder der Therapeutin gegenüber vielleicht verführerisch verhalten. Gleichzeitig aber mißtraut der Patient dem Therapeuten, weil kein Patient wirklich glaubt, daß er um seiner selbst willen geliebt wird. Im allgemeinen wird das Mißtrauen zugunsten der positiven Übertragung verleugnet, aber es ist immer da. Nach und nach wird es als Gefühl zutage treten, vom Therapeuten abgelehnt zu werden, wenn man ihm gegenüber irgendwelche negativen Gedanken oder Gefühle zum Ausdruck bringt. Dieses Zurückhalten von negativen Gefühlen, die sich gegen den Therapeuten richten, wirkt wie eine Bremse auf den therapeutischen Prozeß und wird ihn allmählich zum Stillstand bringen. An diesem Punkt können die negativen Gefühle zum Vorschein kommen, und wenn damit angemessen umgegangen wird, kann der Patient einen befreienden Durchbruch haben. Er macht die Erfahrung, nicht abgelehnt zu werden, wenn er sich widersetzt und seine Stimme erhebt. (S. 342)

Und die Folgen des Zurückhaltens von Zorn und Wut?

Wird der Zorn dem Therapeuten gegenüber nicht zum Ausdruck gebracht, kann das ein Grund dafür sein, daß der Patient die Therapie frühzeitig abbricht. Aber wenn er diesen Zorn erst einmal spürt, kann er mit den Versuchen aufhören, dem Therapeuten gefallen und seine Liebe gewinnen zu wollen. Dadurch erst wird die Hingabe an den Körper möglich. (S. 342, 343)

Ist es sinnvoll, einen Patienten, der sich in intensiver negativer Übertragung befindet, zum Aggressionsausdruck zu ermutigen?

Der Ausdruck von negativen Gefühlen ist nur dann sinnvoll, wenn der Patient sich in einer positiven Übertragung befindet, das heißt, die Liebe des Therapeuten zu gewinnen versucht. Einige Patienten sind zu Beginn der Therapie offen mißtrauisch und negativ. Solche Patienten finden an der Therapie oder am Therapeuten ständig etwas auszusetzen. Auch wenn es wichtig ist, daß sie ihre negativen Gedanken offen ausdrücken können, fördert das die Entwicklung von Freude nicht, solange ihre Negativität nicht aufgelöst wird. Sie ist in Wirklichkeit eine weitere Form von Widerstand, unter der sich Abwehr gegen Hingabe und Angst zu lieben verbirgt. (S. 343)

Welche Rolle spielt die Sexualität in der Übertragung und Gegenübertragung?

Wenn der Therapeut sich seiner Männlichkeit nicht sicher ist, wird er auf die Patientin sein Bedürfnis projizieren, als Mann bestätigt zu werden. Vielleicht geht er auf ihre sexuelle Verführung ein, um sie dann dafür zu verdammen, oder er weist sie zurück, so daß sie Scham und Demütigung empfindet. Übertragung und Gegenübertragung sind nicht begrenzt auf unser bewußtes Verhalten. Wenn das bedürftige kleine Mädchen das Bedürfnis des Therapeuten spürt, als Mann bestätigt zu werden, ist ihr verführerisches Verhalten Ausdruck einer positiven Übertragung. Die mißtrauische Patientin wird ihre zornigen und negativen Gefühle auf ihn projizieren, wenn sie seine Schwäche wahrnimmt. Die Gegenübertragung ist eher eine Projektion dessen, was wir sind, als dessen, was wir tun. Der Therapeut muß ein ganzer Mann und die Therapeutin eine ganze Frau sein, sensibel für die sexuellen Nuancen jeder menschlichen Beziehung, um verständnisvoll auf die Probleme des Patienten eingehen zu können. (S. 346, 347)

Wie beeinflusst das ödipale Problem die Übertragung und Gegenübertragung, wenn Therapeut und Patient gleichgeschlechtlich sind?

Meistens kommt es dann zu einem starken Konkurrenzkampf zwischen den beiden Individuen, der nicht zugegeben wird. Der Patient kann dem Therapeuten nicht mehr Vertrauen entgegenbringen als dem gleichgeschlechtlichen Elternteil. Der Widerstand, der in dieser Situation hochkommt, kann enorm sein und läßt sich wahrscheinlich solange nicht auflösen, wie das Problem nicht offen und aufrichtig behandelt wird. Wenn der Therapeut sich diesem Problem nicht stellen kann, wird er im heimlichen Einverständnis mit dem Patienten den Konflikt verneinen, was ihrer Beziehung eine homosexuelle Nuance gibt. Dann verlagert sich die Konzentration in der Therapie vom sorgfältigen Durcharbeiten der Persönlichkeit des Patienten und seiner sexuellen Problematik auf die Themen Liebe und Vertrauen. Der Therapeut spricht davon, daß er dem Patienten zu helfen versucht, während dieser sich wiederum dem Therapeuten zuliebe bemüht, Fortschritte zu machen. Wenn der Therapeut seine Objektivität verliert, werden die Grenzen verwischt und Unterschiede gezeugnet. (S. 317)

Welche Bedeutung haben Übertragung und Gegenübertragung in der Bioenergetischen Analyse?

Wenn ein Patient eine Therapie beginnt, setzt die Übertragung ein. Sie besteht aus den Hoffnungen und Enttäuschungen des Patienten, aus seinem Vertrauen und seinem Mißtrauen, seinem Zorn und seiner Angst. Der Therapeut muß diesen Aspekt der Therapie kennen und verstehen, aber er muß auch wissen, daß sich hinter dem Phänomen der Übertragung oft mächtige und

dämonische Kräfte verbergen, die der analytischen Rationalität nicht zugänglich sind. Was der Patient braucht, ist kein scharfsinniger Analytiker, der ihm zeigt, was er falsch macht, sondern ein warmherziger, klarsichtiger Freund. Ein Freund sein heißt, mit dem Patienten mitfühlen, seinen Schmerz, seine Angst, seine Sehnsucht und seinen Kampf zu spüren. Dieses einfühlsame Empfinden ist die Basis für wahres Verständnis. Wenn der Patient das Gefühl hat, daß der Therapeut ihn versteht, wird er ihn als Begleiter akzeptieren, weil er spürt, daß er ein Freund ist. Vielleicht kann er dem Therapeuten nicht bis zum Ziel der Freude folgen, weil der Schmerz und die Angst zu

groß sind und ihm der Mut versagt, aber er wird sich niemals verraten, betrogen oder im Stich gelassen fühlen, sollte die Therapie fehlschlagen. Übertragungsprobleme werden in der Therapie dann zum unüberwindbaren Hindernis, wenn der Therapeut die Gegenübertragungsprobleme nicht durchgearbeitet hat. Dann hat er sich selbst oder seine eigene Seele noch nicht gefunden, ist von seinem Weg abgekommen und sitzt in einem Öden Land ohne jede Schönheit oder Freude fest. Man kann von einem Therapeuten allerdings nicht erwarten, daß er den Weg ganz bis zu Ende gereist ist.

Literatur:

- Halsterkamp, G. (1993), Heilsame Berührungen: Praxis Leibfundierter analytischer Psychotherapie. Pfeiffer, München
- Lowen, A. (1979), Lust: der Weg zum kreativen Leben. Kösel, München
- Lowen A. (1984), What is Bioenergetic Analysis? Bioenergetic Analysis, Volume 1, Number 1, S. 1-20; dt: (1991), Was ist Bioenergetische Analyse? NIBA FORUM 1, DVBA, Bonn
- Lowen, A. (1989), The Internationa Institut for Bioenergetic Analysis. Rundbrief an alle Institutsmitglieder vom 28. 11. 89
- Reich, W. (1942, 1972), Die Funktion des Orgasmus. Fischer, Frankfurt a. M.

Anschriften der Verfasser:

- Prof. Dr. Günter Heisterkamp, Stolzheide 8, 40883 Ratingen, Tel. 02102 / 68181
- Alexander Lowen, M. D., Puddin Hill Rd. New Canaan, CT 06840, USA, 203/966-3474
- Dr. Günter Schubert, Graf-Emundus-Str. 23, 50374 Erfstadt, Tel. 02235 /77866, Fax 02235/690047

> 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

> FORUM DER BIOENERGETISCHEN ANALYSE**1/1993**

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

Jacques Berliner: Meine Chronologie der körperlichen Erkundung

Günter Schubert: Items zur Bioenergetischen Diagnose und Exploration der Widerstände

Diese Ausgaben des FORUM sind gegen DM 10, 00 in Briefmarken beim DVBA, Auf dem Hirschberg 30, 53225 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, Hrsg., MAKS Publikationen Münster 1986

Ulla Sebastian: Selbstverlust und Selbstfindung

Jacques Berliner: Bioenergetische Analyse und Borderline-Patienten

Robert A. Lewis: Die psychosomatische Entwicklung des Selbst

Robert A. Lewis: Der cephalische Schock - die psychosomatische Grundlage vorzeitiger Ich-Entwicklung

Robert A. Lewis: Der cephalische Schock als somatisches Verbindungsglied zur Persönlichkeit des Falschen Selbst

Robert A. Lewis: Den Kopf dazu bringen, wirklich auf den Schultern zu sitzen - ein erster Schritt, das Falsche Selbst zu erden

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.