

Bioenergetische Selbstfürsorge für Therapeuten

Zwischen Öffnung und Abgrenzung

Vita Heinrich-Clauer

1. Einleitung

Mit unserem Psychotherapeuten-Körper in lebendigem Kontakt zu sein, ist von größter Bedeutung für unsere Gesundheit und für unseren Kontakt zur Realität. Der Versuch, mit Leib und Seele empathisch auf die Klienten zu reagieren, hat Konsequenzen für unsere emotionale Selbstregulation, wenn wir dabei zu sehr rezeptiv, äußerlich bewegungslos und ohne ausreichende innere Abgrenzungsfähigkeit verharren. Wenn wir unseren Patienten 50 Minuten körperorientierte Aufmerksamkeit zu schenken versuchen, so kann dies verglichen werden mit der Arbeit eines Orchestermusikers, der auf die Noten und den Dirigenten achten, dabei gleichzeitig sein Instrument beherrschen sowie für den Rhythmus seiner eigenen Bewegungen achtsam bleiben muss. Wie können wir im Kontakt zu Patienten lebendig bleiben und freudig arbeiten?

Unsere Schwingungsfähigkeit (Resonanz) sowie unsere Abgrenzungsfähigkeit hängen körperlich mit Atmung und Stimme sowie der Motilität der Muskulatur zusammen.

»Menschen deren Körper so rigide und erstarrt ist, dass er kaum oder nur wenig pulsiert, mangelt es an Einfühlungsvermögen. Wenn unser Körper lebendig ist, sind wir auch sensibel für andere und deren Gefühle und empfinden natürlich auch mehr Liebe und Freude« (vgl. Lowen, 1993, S. 388).

Je nachdem, was unsere Patienten mit in die Stunden bringen, können wir unterschiedlich belastet und blockiert werden: Wir können Kampf- und Fluchtimpulse in der Beziehung zu Patienten erleben, aushalten oder ausagieren. Wenn wir mit unermesslichem Leid konfrontiert werden, können wir in Schockstarre verfallen. Wir können uns schämen, unseren Humor verlieren, unsere Herzgefühle einfrieren, verrückte Fantasien entwickeln, uns fürchten, ängstigen, ärgern, den Bezug zu unseren

Liebsten zu Hause und zu unseren Nachbarn verlieren. Selten wird die Wirksamkeit einer Therapiestunde daran gemessen, ob es hinterher auch uns – den Therapeuten – gut ging (und ob gelacht werden durfte).

»Ein Gespräch, um ein anderes Beispiel zu nennen, gehört zu den üblichen Annehmlichkeiten des Lebens, aber nicht jedes Gespräch ist eine Lust. Für den Stotterer ist Reden unangenehm, nicht anders ergeht es seinem Zuhörer. Auch Menschen mit Schwierigkeiten im Gefühlsausdruck sind keine guten Gesprächspartner. Nichts geht einem mehr auf die Nerven als jemand, der eintönig ohne Gefühl spricht. Ein Gespräch genießen wir dann, wenn dabei Gefühle mitgeteilt werden. Gefühle auszudrücken ist für uns normalerweise mit Lust verbunden, und ebenso lustvoll reagieren wir, wenn jemand seine Gefühle äußert. Ähnlich dem Körper ist die Stimme ein Medium, dem Gefühle entströmen, und sowohl für den Redenden als auch für seinen Zuhörer ist dies eine Lust, wenn es unbeschwert und rhythmisch geschieht« (Lowen, 1979, S. 26).

Als Bioenergetische Analytiker gehen wir von der funktionalen Identität von Körper und Psyche aus, sodass die therapeutische Beziehung eine verkörperte Beziehung ist – a priori und unabhängig von den konkret eingesetzten körperlichen Interventionen. Insofern ist unser Therapeuten-Körper – neben der Technik – das Hauptinstrument für den therapeutischen Prozess und demzufolge auch im Hinblick auf die Selbstfürsorge die »Instrumentenpflege« das Wichtigste.

Die wichtigsten empirischen Forschungsergebnisse, die eine solche bioenergetische Perspektive der Selbstfürsorge für Psychotherapeuten begründen, seien vorweg genannt:

2. Neurobiologische körperpsychotherapeutische Perspektiven¹

2.1 Das Gehirn ist Teil des Körpers, der Körper ist das Gehirn

- Empathie ist ein körperliches Geschehen. Die Spiegelneurone lassen sich nicht an- oder ausschalten, sie unterliegen keiner willkürlichen Kontrolle.
- Es gibt ein Gehirn im Darm, das an der Verarbeitung von Emotionen beteiligt ist und sogar schneller arbeitet als die Zentren im Stammhirn (vgl. Gershon, 1998; Siegel, 2011).

¹ Vgl. ausführlicher zur Integration neurobiologischer Konzepte in die Bioenergetische Analyse: Klopstech, 2005; Koemeda-Lutz, 2012.

- Es gibt Neurozellen am Herzen, propriozeptive Zellen unter anderem an Füßen, Händen, im Gesicht. Diese vermitteln uns zusammen mit dem Gleichgewichtsorgan im Ohr Informationen über unseren Stand in der Welt sowie über Knochen, Muskeln, Sehnen und Bänder (vgl. Siegel, 2011).
- Viele spannende Ergebnisse der neuro-immunologischen und neuro-physiologischen Forschung belegen Schritt für Schritt, was wir auf einer klinischen Erfahrungsebene schon lange wussten – dass unser Körper genügend regulative Systeme hat, um sich von Stress zu erholen, wenn wir ihm die Gelegenheit dazu geben (vgl. Ehlert & Känel, 2010; Schubert, 2011).
- Freundlicher Blickkontakt, stimmliche Abstimmung und Berührung im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung bewirken eine Regulierung autonomer Erregung sowie eine Regulation der Schmerztoleranz. Dies geschieht durch Tonisierung des ventralen Vagus und Oxytocin-Ausschüttung (vgl. Porges, 2010; Moberg, 2003).
- Wir wissen seit mehr als zehn Jahren von der Neuroplastizität und Nervenzell-Neubildung im Hippocampus, der Wandlungs- und Lernfähigkeit unseres Gehirns. So sollten wir nicht im Eifer der MRT-Erstellung von »neurologischen Landkarten«, auf denen »Orte« und ihre Verbindungswege dargestellt werden, vergessen, dass es hierbei eher um die Beschreibung neurobiologischer und neurophysiologischer Prozesse geht. Und dass es meist um verringerte Anpassungsfähigkeit, um Fehlregulationen – und nicht um »lebenslängliche« Schäden geht (vgl. van der Kolk, 2010, S. 11).
- Und zum Glück gilt das Prinzip der Neuroplastizität ein Leben lang, und auch für uns Psychotherapeuten. Denn sonst müssten wir auch um unsere Leib-Seele-Einheit fürchten, wenn wir uns ein langes Berufsleben den schmerzlichen, an die Grenze der Überlebensfähigkeit gehenden Erfahrungen unserer Patienten zuwenden, dabei die Aufhellung und Belebung erst nach langer Geduldprobe erfahren – oder manchmal gar nicht.

2.2 Selbstfürsorgliche Aspekte der Bioenergetischen Analyse

- Die Bioenergetische Analyse liefert uns – in der Tradition von *Wilhelm Reich* und *Alexander Lowen* stehend – nunmehr seit 60 Jahren analytisches Verständnis und methodische Anleitungen dafür, im Kontakt mit unserem Therapeuten-Körper – nicht nur mit dem der Patienten! – zu bleiben, ohne uns dabei den Patienten gegenüber zu verschließen. Das klinische Erfahrungswissen kann mittlerweile als durch etliche Ergebnisse der neurobiologischen Forschung bestätigt gesehen werden (s. 2.1).
- Bioenergetische Selbstfürsorge ist wesentlich mehr, als sich in Eigenanalyse oder fallorientierte Supervision zu geben. Es bedeutet »Instrumentenpflege«, sich

- zu beleben, in Schwingung zu halten und stets die Bodenhaftung zu suchen, um einer Depression oder Abspaltung infolge der Arbeitsbelastung vorzubeugen.
- Für unsere eigene Gesundheit ist es wichtig, in der Arbeit mit Patienten eine Gratwanderung zu vollziehen zwischen einerseits emotional-körperlicher Öffnung für das Beziehungsgeschehen (Durchlässigkeit) sowie andererseits der Abgrenzung gegenüber überflutenden und schädigenden Einflüssen im therapeutischen Prozess.
 - Dabei liegt der bioenergetische Fokus auf unserer Fähigkeit zur Erdung (Grounding), unserer Atmung, unserem Energiefluss, sowie unseren Grenzen und der emotionalen Haltekraft (Containment) – vor, während und nach einer Therapiestunde.
 - Das der Bioenergetischen Analyse ureigene Realitätsprinzip des *Grounding* richtet unsere Aufmerksamkeit auf die untere Körperhälfte, die konkrete Bodenhaftung, die Verwurzelung im Hier und Jetzt und führt somit aus einem illusionären Selbstkonzept (Verkennung und Überforderung) heraus. Erdungsübungen regen sensomotorisch, propriozeptiv die Körperwahrnehmung an (vgl. Lowen, 1978; Clauer, 2009; Siegel, 2011). Wir können uns als Therapeuten unseres eigenen Standes und Standpunktes versichern – konkret und im übertragenen Sinne.
 - *Atmung* und *Energiefluss* fördernde Übungen verbessern die Selbstwahrnehmung und die Motilität der Muskulatur, das heißt unsere Gefühlswahrnehmung und Durchlässigkeit werden im Beziehungsgeschehen vertieft. Ebenso wie die emotionale Haltekraft und unsere Abgrenzungsfähigkeit mit der Fähigkeit zur Erdung und tiefen Atmung wachsen können.
 - »Ausdrücklich« betonen wir in der Bioenergetischen Analyse die *Ausdrucksfähigkeit des Körpers und der Stimme*. Spontane Bewegungen – ob angstvoll zitternd oder freudig rhythmisch wiegend – sind unter anderem Ziel der Übungen, wenn wir chronische Verspannungen der Muskulatur zu lösen versuchen. Die expressive Arbeit mit der Stimme ist – im Unterschied zum koordinierten Singen oder leisen Achtsamkeits- und Yogaübungen – eine großartige Erlaubnis für das wahre Selbst. Das schrille Quietschen, tiefe Seufzen, vehemente Schreien, tierische Brüllen, abgrundtiefe Schluchzen, lauthalse Lachen ... bekommt einen Raum und wir massieren mit unserer Stimme uns von innen selbst, tonisieren uns, erleichtern uns von Lasten und erreichen unsere soziale Umgebung mit unseren Emotionen.
 - Indem wir der hinter einer Erschöpfungsdepression versteckten aggressiven Ladung Aufmerksamkeit schenken und eine *Energetisierung von Wut* im sicheren Rahmen ermöglichen, anstatt uns einfach nur über besänftigende, regressive und vermeidende Aktivitäten runter zu regulieren, handeln wir belebend, gehen aus der Resignation heraus und ordnen emotionale Bewegungsmuster neu. Diese

positive Orientierung bzw. Wertschätzung unserer aggressiven Impulse – selbst der von Ressentiments – gibt uns die Möglichkeit, konstruktiv im Kontakt mit uns selbst und anderen zu bleiben. Hier hat die Bioenergetische Analyse eine nicht genug zu schätzende Seite der Selbstfürsorge, die zudem im Einklang steht mit Ergebnissen der Emotionsforschung (s. 3.3).

- Körperkontakt ist heilsam und für Psychotherapeuten unbedingt notwendig! Gerade wenn wir mit Berührung im Kontakt zu Patienten arbeiten, ist es umso notwendiger, dass wir selbst in unserem Privatleben genügend häufig in den Arm genommen werden und uns liebevoll um ein erfülltes Sexualleben kümmern.

3. Berufsrisiken in der Psychotherapie

3.1 Freud und Leid der Empathie

Empathie wird definiert als »Fähigkeit, an den Gefühlen und Gedanken einer anderen Person teilzunehmen« (vgl. Kriz, 1985; Körner, 1998). Neurobiologisch können wir diese nun auch als »Kommunikation von rechter zu rechter Gehirnhälfte« bzw. als »Konversation zweier limbischer Systeme« verstehen (vgl. Lewis, 2004, 2005; Schore, 2003). Die Entdeckung der Spiegelneurone bestätigt uns neurobiologisch in unserer Erfahrung der körperlichen Resonanz (vgl. Bauer, 2005).

Die Beobachtung des Verhaltens einer anderen Person aktiviert automatisch das gleiche motorische Programm in uns, das dem beobachteten Verhalten zugrunde liegt (vgl. Rizzolatti et al., 1999). »Die Übertragung emotionaler Information wird [] in resonierenden Kontexten intensiviert« (Schore, 2005, S. 403).

Es ist ein nicht bewusster, präreflexiver Mechanismus, um implizite Absichten im Verhalten der anderen Person zu entdecken. Es ist kein mentaler Prozess der Identifikation (welcher eher bewusst sein mag). Die Ergebnisse der Neurobiologie lassen somit die Annahme zu, dass Empathie »ein Kontakt der rechten Hemisphäre des Patienten mit der rechten Hemisphäre des Therapeuten« ist (vgl. Schore, 2002, 2003, 2005; Lewis, 2005).

Hier seien einige neurobiologische Forschungsergebnisse (auf MRT basierend) genannt, die äußerst bedeutsam scheinen im Hinblick auf die nicht bewussten, nicht versprachlichten schmerzlichen Einflüsse, die auf einen Psychotherapeuten innerhalb der therapeutischen Beziehung wirken mögen:

- »Liebende teilen den Schmerz« (Zeitungsartikel NOZ vom 21.2.2004)
- Neurologen vom University College in London fanden in einer empirischen Untersuchung heraus, dass bei Paaren ein neurophysiologisch messbarer Hinweis auf die Einfühlung in den Schmerz des Partners zu beobachten ist. Wusste die

Partnerin, dass ihr Partner in diesem Moment einen Elektroschock bekam, so reagierten bei ihr diejenigen Hirnregionen, die emotionale Reaktionen auf Schmerz steuern (z. B. Trauer, Erregung, Schrecken), als würde sie selbst den Schockreiz erhalten haben. Nur die Hirnregion, die körperlichen Schmerz registriert, wurde nur in dem Fall gereizt, in dem sie selbst den elektrischen Reiz erhielt. Die emotionale Verarbeitung beim Partner wurde immer angeregt, selbst wenn das Gesicht in der Studie nicht sichtbar war, sondern nur die Information über Anzeigetafeln übermittelt wurde. Das Wissen und die Vorstellung um den Schmerz des Partners genügt, um selbst in den Hirnregionen aktiviert zu werden, die emotionale Reaktionen auf Schmerz steuern (vgl. Science, Bd. 303, S. 1157).

- Das Gefühl des Widerwillens oder Ekels, das durch Riechen oder Einatmen von etwas Unangenehmen ausgelöst wird, aktiviert die gleichen neuronalen Strukturen (Cingulum Anterior) wie wenn wir das Gesicht einer Person anschauen, die einen angewiderten Gesichtsausdruck hat (vgl. Siegel, 2011).
- Soziale und körperliche Systeme der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung sind verbunden. Kränkungen und verletzte Gefühle werden genauso erlebt wie eine körperliche Empfindung von Schmerz (Bauer, 2011). Ausgeschlossen sein, übersehen werden, abgewertet werden – schmerzt das Herz wie ein Messer (vgl. Siegel, 2011).

Dennoch ist die neurobiologische Forschung in ihren Untersuchungsdesigns derzeit noch weit entfernt von der Art Komplexität, die wir benötigen würden, um den Prozess der unbewussten Interaktion während einer Therapiesitzung zu erklären. Die Spiegelneurone erklären teilweise etwas von diesen Beobachtungen, nicht jedoch die ganze Komplexität des Beziehungsgeschehens (Bauer, 2005). Sensorische Wahrnehmungen, wie zum Beispiel Kälte/Wärme, Schwere/Leichtigkeit, Kontraktion/Ausdehnung usw. geben Anhaltspunkte für das Geschehen in der Interaktion oder im Klienten.

Von der körperlichen Basis unserer Emotionen und Affekte ausgehend, kann man in Anlehnung an *Searles* auch sagen, dass Empathie bedeutet, »die körperlichen Phänomene und Sensationen der Klienten in unserem eigenen Körper zu fühlen« (vgl. Clauer, 2003, S. 97).

Ich könnte darauf vertrauen, dass meine Empathie der Patientin vermittelt, nicht alleine zu sein, dass ihr Unbewusstes daraus etwas für ihre Heilung entwickeln wird, oder?

Als Therapeutin benötige ich Erdung (Realitätskontakt), Abgrenzungsfähigkeit und viel emotionale Haltekraft (Containment) für die den Patienten nicht bewussten, nicht tragbaren Gefühle, aber nicht im Sinne eines unbewegten »Containers«. Eher vergleichbar einem Resonanzkörper mit lebendiger, beweglicher und zu tonisierender Außenhülle/Membran. So betrachtet könnte mein Seufzen und Ausatmen – begleitet



Abbildung 1²

von einem verständnisvollen Blick – bereits die Antwort auf die Schmerzlichkeit einer Erfahrung des Patienten sein, ohne dass ich etwas sage – und die (Aus-)Atmung als Therapeutin wäre eine erste Bewegung, die mir selbst hilft, mich besser zu fühlen. Je größer die Amplitude der Atmung, umso eher ist das volle Spektrum des emotionalen Mitschwingens und lebendiger Ausdruck möglich – aber umso eher spüre ich auch meine Körpergrenzen und Grenzen der Belastung. Auch Bewegung könnte aus der gemeinsamen Depression herausführen.

Die therapeutische Haltung ist von der stetigen Aufmerksamkeit für wechselseitige *verkörperte Beziehungsaussagen (Resonanz)* bestimmt. Mimik, Gestik, Körperhaltung, Augenausdruck, Stimme, Atemrhythmen und Körpertonus von Therapeutin und Patient beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Buti Zaccagnini, 2008).

»Das bedeutet, (1) dass der Psychotherapeut seine eigenen somato-sensorischen Prozesse benutzt, um diejenigen seines Patienten wahrzunehmen; (2) dass der Psychotherapeut psy-

2 Für diese sowie die folgenden Abbildungen in diesem Beitrag: © Vita Heinrich-Clauer, Grafik: Tanja Aranovych, Graz, www.tanjaaranovych.com

chobiologisch mit seinem Patienten abgestimmt ist und so zum interaktiven Regulator der Regulationsstörungen des Patienten wird. Schore bestätigt, dass ein guter Psychotherapeut imstande sein muss, seine Präsenz mit der des Patienten abzustimmen und sich auf die Kommunikation zu zentrieren, die seinem eigenen Körper entspringt. Diese interaktiven Prozesse sind das eigentliche Fundament der Körperpsychotherapien und der Ausbildung der Bioenergetischen Therapeuten, die lernen, sich der Informationen, die sie vom Körper des Patienten und von ihrem eigenen Körper erhalten, bewusst zu sein« (Tonella, 2008b, S. 64).

Unsere eigenen biografisch bedingten Verwundbarkeiten gestalten die Resonanzfähigkeit selektiv und beeinflussen die Auswahl und den Modus unserer Interventionen. Demzufolge ist das Beziehungsangebot der Therapeutin immer auch ein subjektives – kein objektives, allein vom »Fall« oder der gewählten Methodik bestimmtes. Aus der Sicht der intersubjektiven Psychoanalyse weist *Jaenicke* auf diesen Aspekt hin, indem er vom »Grad unserer emotionalen Verfügbarkeit für das jeweilige Individuum« spricht und feststellt:

»Nicht jeder Analytiker wird in der Lage sein, mit den Affekten jedes einzelnen Patienten mitzuschwingen. Tatsächlich beurteilen wir die Analysierbarkeit nicht auf der Basis der Pathologie eines Patienten, sondern vielmehr als intersubjektives Phänomen des >Zueinander-Passens< von Patient und Analytiker« (Jaenicke, 2006, S. 29).

Die Therapeutin hofft, für die nonverbalen Signale eine geschulte, differenzierende, weniger konflikthafte, von Abwehr bestimmte Wahrnehmung gelernt zu haben (Körperkompetenz). Sich selbst zu kennen, könnte bedeuten, das eigene Bindungsmuster (sicher, vermeidend, ambivalent) bzw. die eigenen dominanten charaktertypischen Ängste zu kennen.

Wie werden wir durch unsere depressiven, ärgerlichen, schmerzgeplagten, abwertenden Patienten beeinflusst? Und wie bewältigen wir diese »Infektionen«? Bei Arbeitern, die chemischen oder physikalischen Schadstoffen ausgesetzt sind, ist die Anordnung eines Schutzzuges üblich. Aber wie können wir uns gegen schädliche Einflüsse vonseiten der Patienten schützen, wenn wir gleichzeitig versuchen, so offen wie möglich zu empfinden?

Schon C.G. Jung hat mit seinem Konzept der »Infizierung« eine prozessorientierte Perspektive auf die rechtshemisphärische Resonanz zwischen Patient und Therapeut gehabt (vgl. Jung, 2011, sinngemäß): »Der Therapeut infiziert sich mit dem Leiden des Patienten.« Jung hat mit dieser Annahme nicht explizit auf körperliche Spiegelung und Resonanz abgezielt, aber so etwas wie eine relationale Perspektive der Gegenübertragung zum Ausdruck gebracht.

Die erste Reaktion des Therapeuten mag ein Erschrecken sein über die Symptome des Patienten, ein »Ach Du meine Güte, so dick sollte er in keinem Fall sein!«

– »Diesen Körper möchte ich selbst um Gottes Willen nie im Leben haben!«
 – Entsprechend versteift sich auf dem Bild die Wirbelsäule des Therapeuten, sein Gesicht (Augen, Stirn, Mund) vermittelt, es nicht zu sich nehmen zu wollen. Gleichzeitig hat es ihn über den Kontakt der Hände, das



Abbildung 2

Schauen, Spüren aber bereits erfasst. Der Therapeut gesteht es sich nicht bewusst ein, aber sein Körper erkennt das Gefangensein an. Aus dem Sich wehren gegen die »Infektion« entsteht dann das innere Bild von der Lösung: »Die Selbstheilungsversuche des Therapeuten fördern den Therapieprozess« (sinngemäß: C. G. Jung, 2011).

Er gibt es mit dieser Vision vom schlanken Patienten innerlich an ihn zurück. Und wird sicherlich nach Möglichkeiten suchen, es *nicht* zu verstehen, warum man so dick sein kann. Auf dem Weg zu der befreienden Vision vom dünneren, beweglicheren Patienten wird der Therapeut viele körperliche Initiativen entwickeln müssen, um aus der Infizierung herauszukommen. Die Infizierung als solche kann aber in die Interaktion mit dem Patienten auf der konkret körperlichen Ebene einbezogen werden.

Der körperliche Aspekt der Empathie, das »Mitschwingen« ist also ein wichtiges Instrument im therapeutischen Prozess: Gleichwohl sind wir aufgrund der Intensität des Mitschwingens, der körperlichen



Abbildung 3

Ergriffenheit, in Gefahr, wenn wir diese nicht aktiv und dynamisch als Agens im therapeutischen Prozess nutzen, eine Sekundär-Traumatisierung zu entwickeln.

Die Arbeit mit der verkörperten Gegenübertragung hilft, den Fokus auf unsere (intuitive) körperliche Resonanz (diagnostisch) und den Erhalt dieser lebendigen Resonanz (therapeutisch und im Hinblick auf Selbstfürsorge) während des therapeutischen Prozesses zu richten (vgl. Heinrich, 1997, 2001; Clauer, 2003; Heinrich-Clauer, 2004, 2005).

Dieses Konzept unterscheidet sich von Konzepten, die die Therapeutinnen vorwiegend als »Container« für die Gefühle der Klientinnen sehen, um deren nicht gehaltene, nicht aushaltbare, nicht bewusst wahrgenommenen Gefühle für diese zu »halten«. Wenn dieses Halten zu sehr den Charakter von »Aushalten« bekommt, zu wenig Atmung und Pulsation vorhanden sind, so wirkt sich dies tendenziell gesundheitsschädigend auf Seele und Körper der Therapeutin und natürlich auch schädlich auf den Therapieprozess aus (Heinrich-Clauer, 2005). Unsere Resonanz belebt den therapeutischen Prozess, wenn wir sie zur Verfügung stellen, und sie kann als Katalysator und Motor für neue Bewegungsmuster, Erlebens- und Ausdrucksweisen der Patienten genutzt werden, sodass der Prozess wieder spielerischer und fließender werden kann. Sobald die Patienten aktiviert und belebt sind, haben wir auch eine Chance, uns lebendiger zu fühlen. Die Atmung des Therapeuten ist der zentrale Schlüssel, um sie wahrzunehmen (vgl. Downing, 1996, S. 322f.). Es ist möglich, das im Kontakt Erspürte in beschreibende Worte zu fassen und vorsichtig mitzuteilen oder vielleicht auch nonverbal zu spiegeln.

Ein Patient ohne Bewusstsein seiner Angst und Liebesbedürftigkeit kann allein schon über die körperliche Ausdehnung und Dominanz die Therapeutin zum Luft-Anhalten veranlassen und in Schrecken versetzen. Hier wäre eine Wiederbele-



bung der Therapeutin über eine Mitteilung der Wahrnehmung, die Luft anzuhalten und zu erschrecken, möglich, verbunden mit der Frage an den Patienten, ob er eine solche innere Position aus seiner Geschichte kenne? Wenn es beim Patienten *keine Amnesie* eigener traumatischer Erfahrungen gibt, so werden diese von ihnen oft emoti-

Abbildung 4

onslos oder mit einem Lächeln berichtet, sodass ich als Therapeutin somatische Resonanzphänomene (wie Verlust des Bodenkontaktes, Frieren, Erschrecken, reduzierte Atmung, Übelkeit etc.) erlebe und auf diese Weise Hinweise auf das vergangene emotionale Geschehen erhalte.

3.2 Narzisstische Versuchung

Um gegen die narzisstischen Versuchungen und den Missbrauch einer emotional mächtigen Position gegenüber den Klientinnen gefeit zu sein, sind emotionale Stabilität und innere Unabhängigkeit eine wesentliche Voraussetzung. Aufgrund von eigenen belastenden Lebenssituationen, Kontaktbedürftigkeit und Sehnsucht nach Anerkennung können wir als Therapeuten in Gefahr geraten, die Personengrenzen und Autonomiebedürfnisse unserer Patienten zu verletzen (vgl. Schmidbauer, 1999).

Die meisten psychotherapeutischen Ausbildungen sind »fallorientiert« und vermitteln in erster Linie methodische Kompetenz. Die Gefahr besteht hier darin, dass eine narzisstische Position gefördert wird, indem man sich ausschließlich auf die methodischen Fragen und deren Supervision konzentriert, die körperliche Realität der Therapeuten in ihren Auswirkungen auf den Prozess vernachlässigt wird.

Alexander Lowen hat stets davon gesprochen, dass wir unsere Klienten nicht weiterbringen können, als wir selbst Einsicht in unsere eigene Geschichte gewonnen haben und in der Lösung von eigenen charakterspezifischen Blockierungen gekommen sind: »Es ist eine generelle Regel, dass der Therapeut den Patienten auf dem Weg zu Selbstentdeckung und Erfüllung nicht weiterbringen kann, als er selbst gekommen ist« (Lowen, 1993, S. 8).

Indem wir jedoch Lowens Auftrag übernehmen, Patienten »weiterbringen« zu wollen, liegt darin ja auch schon eine narzisstische Omnipotenz-Fantasie! Die narzisstische Problematik besitzt sicherlich neben der depressiven den größten Einladungscharakter innerhalb einer therapeutischen Beziehung, um im Therapeuten virulent zu werden – bedingt durch das asymmetrische Setting sowie mancher Erwartungshaltung vonseiten der Patienten. So kann der Therapeut möglicherweise mehr von sich erzählen, um Bewunderung zu erhalten, oder stark wirkende körperliche Techniken einsetzen (vgl. Downing, 1996, S. 340f.). Da gibt es viele Möglichkeiten, wobei manche nur sehr schwer zu erkennen sein mögen, und manche sehr offensichtlich sind. Zum Schluss befindet sich die therapeutische Beziehung dann in narzisstischer Kollusion.

Die unbewussten Motive für eine kompensierte narzisstische Position der Therapeuten mögen – wie bei allen anderen Strukturen auch – in der generellen Suche nach Anerkennung, Liebe, Selbstwirksamkeit usw. liegen. Spezielles Motiv ist hier aber auch die Suche nach Bewunderung, Überlegenheit, die Abtretung des eigenen inneren Kleinheits selbst an den Patienten, die Scham über die Menschlichkeit und

Unvollständigkeit, der mangelnde sichere Boden (untere Körperhälfte) und die Betonung des Bildes von sich selbst.

Die Arbeit an der Selbstregulation und Selbstkontrolle des Patienten – mit dem Ziel der Autonomie – bedeutet per se, dass nicht wir es »machen«, sondern auf die Selbstheilungskräfte vertrauen und uns als Begleiter oder Katalysator verstehen. Gerade die narzisstische Verführung, die in einem Konzept des »Machens« enthalten ist, sollte insbesondere bei einem eher direktiven Verfahren wie der Bioenergetischen Analyse als Gefahr erkannt und nicht handlungsleitend sein.

3.3 Psychosomatische Risiken: Unterdrückung von Ärger – Depression – Burnout

Als klassische Burnout-Symptome werden in der diesbezüglichen Literatur genannt (vgl. Fengler, 1994):

- Emotionale Erschöpfung – Depression (niedriges Energieniveau)
- Geringes persönliches Leistungsvermögen (Gefühl der Sinnlosigkeit, Ineffizienz)
- Entpersönlichung und Empathie-Verlust (zynische Haltung gegenüber Patienten)

Folgende Aspekte in der beruflichen und privaten Situation gelten als Burnout fördernd:

- Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung
- Hohe Anforderungen bei geringem Einfluss
- Gefährdete Work Life Balance
- Narzisstische Regulation in Gefahr: großes Bedürfnis nach Anerkennung kombiniert mit geringer Möglichkeit zu Belohnung

Neben der Bezahlung brauchen wir das Gefühl der Selbstwirksamkeit sowie der »Belohnung« durch unsere Arbeit. Bis sich erste Verbesserungen der oft hartnäckigen und heftigen Symptomatik bei Patienten einstellen – oder gar positive Lebensveränderungen – ist dies im Kontext einer psychotherapeutischen Tätigkeit häufig eine Übung in Geduld. Die in der tiefenpsychologischen, bioenergetischen Therapie erforderliche Arbeit mit dem Widerstand, der Negativität in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient, lässt uns gerade in der mittleren Phase einer Langzeitpsychotherapie häufig eher verzweifeln als erfolgreich fühlen.

Somit erfüllt die psychotherapeutische Arbeit per se schon einige der oben genannten Kriterien für Burnout fördernde Kontextbedingungen. Hinzu kommt die »Schweigepflicht« – die Verpflichtung, die Patienten zu schützen und über die Inhalte der Therapie nach außen zu schweigen. Diese Verpflichtung kollidiert teils mit

dem Bedürfnis, im sozialen Umfeld gesehen und anerkannt zu werden. Wir müssen über alle Therapieprozesse und -erfolge schweigen bzw. die Personendaten verfremden.

Das Berufsrisiko unserer Berufsgruppe wurde bislang kaum systematisch erforscht, wird jedoch in der letzten Zeit zunehmend ins Blickfeld genommen (vgl. diverse Artikel und Fortbildungsangebote in Berufszeitschriften der letzten Jahre) und wurde 2005 nach einer Studie zur Lebensqualität von Psychotherapeuten diskutiert. Im Folgenden ein paar Fakten und Schlussfolgerungen der Autoren:

In der Berufsgruppe der Ärzte sind es die Psychiater und Anästhesisten, die die höchste Suizidrate aufweisen. Vergleichsweise hohe Suizidraten sind auch bei den Psychologinnen zu beobachten. Die berufliche Beschäftigung mit Personen, die entwerten, verleugnen, süchtig sind, destruktive Beziehungen führen, das Leben negativ sehen, Symptome von Depression, Hass, Wut, Angst, Perversion zeigen, kann sehr belastend sein und unsere Lebensqualität mindern. Durch grenzgestörte Patienten erleben wir zum Teil eine ständige Infragestellung und Bedrohung unserer Grenzen und Integrität. Die ständige emotionale Überbeanspruchung – aus narzisstischen Motiven heraus – kann krank machen und zu Symptomen der Anspannung, Verspannung, Erschöpfung, Müdigkeit, Schlafstörungen, Burnout, Genussmittel- oder Drogenmissbrauch führen. Die Beziehung zu Partnern, Kindern, Freunden und Verwandten kann leiden, weil die Bereitschaft, sich im Privatleben für die Belange anderer Personen zu öffnen, reduziert wird. Generell können Lebensfreude, Zuversicht, der Spaß gedämpft sein. Neben den depressiven Symptomen können wir aber auch aggressive Gefühle gegenüber unseren Patienten entwickeln: Desinteresse, zynische oder ironische Distanz, Versachlichung des Kontaktes, Feindseligkeit, Ungeduld, Wut, Langeweile. Der Patient wird zum Objekt von Beratung oder Therapie, indem die Technik, die bei diesem »Fall« zum Einsatz kommt, ohne wirkliche Empathie und liebevolle Haltung, rein fachlich überlegt wird. Die unbewussten feindseligen Gegenübertragungsreaktionen können zu einem sadistischen, machtorientierten Umgang mit Patienten führen. Ausgelöst werden können diese sowohl durch die Distanz und Ablehnung der Patienten als auch durch deren anklammerndes, abhängiges und jammerndes Verhalten (vgl. Reimer, Jurkat et al., 2005; Deutsches Ärzteblatt 11/2003; Niedersächsisches Ärzteblatt 7/2003).

Die Empfehlungen für Psychotherapeutinnen, etwas für ihre eigene Gesundheit zu tun, um dem Burnout oder ganz einfach der Freud- und Lustlosigkeit zu entgehen, sind überwiegend auf Aktivitäten und Maßnahmen außerhalb der Therapiestunden gerichtet, zum Beispiel die Anregung zur Eigentherapie, Supervision, Intervision, zum Sport, zu Wellness, zum Yoga, zum Singen, Tanzen, Beten, Meditieren, Urlaub machen etc. (vgl. Fengler, 1994). Diese Trennung in Bewegung vor und nach den Therapiesitzungen, dagegen Stillsitzen während der Sitzungen, gibt es glücklicherweise in der Bioenergetischen Analyse nicht – so wie überhaupt kaum in der Körperpsychotherapie.

Seit Beginn der 50er Jahre ist aus der Psychosomatik-Forschung durch die Arbeiten von *Alexander* bekannt (vgl. Alexander, 1977), dass besonders unterdrückte Impulse der Selbstbehauptung oder unterdrückte feindselige Impulse direkte physiologische Auswirkungen haben und Ursache somatischer Symptombildung sind (vgl. Heinrich, 1986). Seitdem wurde eine Vielzahl derartiger psychosomatischer Zusammenhänge empirisch belegt. Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang die Arbeiten des Emotionsforschers *Traue*, die zeigen, dass die Unterdrückung emotionaler Reaktionen, die Unterlassung von expressivem Verhalten in der Kommunikation bei gleichzeitiger physiologischer Erregung, die das vegetative Nervensystem und das Immunsystem ungünstig beeinflusst, zu psychosomatischen Symptomen führt. Wohingegen der Ausdruck von Ärger, besonders wenn wir ihn gegenüber einer Person zeigen, die diesen Ärger verursacht hat, den Blutdruck senkt und das Immunsystem stärkt (vgl. Traue, 1998; Sonntag, 2003, S. 48ff.). In diesem Zusammenhang stimmen wir als bioenergetische Therapeuten uneingeschränkt zu, wenn es darum geht, den Einsatz unserer aktiven, expressiven und emotional lösenden Interventionen bei Patienten nun empirisch validiert zu sehen, haben wir doch seit Jahrzehnten das klinische Erfahrungswissen – in der Tradition Reichs und Lowens stehend – dass rein verbale Interventionen besonders bei psychosomatischen und depressiven Patienten nicht ausreichen, um die Symptomatik zu reduzieren und die emotionalen Muster zu ändern.

Bisher sind alle diese Erkenntnisse und empirischen Belege auf Patienten bezogen worden. Es ist noch nicht thematisiert worden, dass diese Forschungsergebnisse für uns Therapeuten ebenso gelten. Es ist uns in der Regel weniger bewusst, dass es für die psychotherapeutischen Berufe logischerweise nur bedeuten kann, dass es nicht so gesund ist, auf einem Stuhl zu sitzen und sich entweder mit ständiger Betroffenheit oder aber emotionaler Distanz und Abspaltung (keine der beiden Haltungen ist als Dauerhaltung als gesund anzusehen) relativ bewegungs- und ausdruckslos der Unlust, dem Ärger und dem Leid – der Depression oder latenter Abwertung der Patienten auszusetzen!

4. Hingabe an den Therapeuten-Körper: »Instrumentenpflege«

4.1 Widerstandskraft und Lebendigkeit als körperliches Konzept

»Sich schädlichen Einflüssen zu widersetzen, ist auch eine Frage der Lebenskraft: Den Erschöpften lockt das Schädliche!« (Robert Musil in *Der Mann ohne Eigenschaften*).

Diese Therapeutin hat offenkundig ihre Fähigkeit zur Abgrenzung im Kontakt zu

Patienten, ihr Grounding und ihre Selbstkontrolle verloren. Vielleicht kann sie sich der Informationsflut nicht erwehren – und könnte weniger auf die gesprochenen Worte ihrer Patienten achten, um sich zu erholen? Auch räumlich-zeitliche Abgrenzung scheint notwendig. Solche Entgrenzung und mangelnde Widerstandskraft kann sich in Symptomen zeigen, wie zum Beispiel der Schwierigkeit, die Zeiten einzuhalten; in Müdigkeit und Energiemangel; in dem Gefühl, von den Themen der Patienten überflutet zu werden; indem wir zu Hause über die Geschichten der Patienten nachdenken; oder unsere Patienten kontrollieren den Verlauf der Sitzung.

Entscheidend für unsere Perspektive auf die Selbstfürsorge der Therapeuten ist, dass wir Urlaub benötigen. Die rechtzeitige Ankündigung erleichtert es, uns selbst mit

unserem Erholungsbedürfnis innerhalb einer Beziehung zu vertreten. Rechtzeitige Absprachen bedeuten, unsere Bindung zum Patienten wertzuschätzen. Nur wenn ich die Bindungsqualität einer therapeutischen Beziehung leugne, es eventuell gar nicht als Beziehung, sondern als von der Technik bestimmte Arbeitsbeziehung sehe, komme ich auf die Idee, Trennungen und Abstände zwischen den Sitzungen als nicht relevant zu erachten.

Ein positives Bild von Getrenntsein in der Beziehung (Indi-



Abbildung 6



Abbildung 7

viduation und Separation) sowie von Autonomie (Unabhängigkeit *in* der Beziehung) hilft, unsere Schuldgefühle zu begrenzen. Bioenergetische Übungen für zu Hause (in der Zwischenzeit) können den Patienten als *Übergangsobjekte* gelten und die Beziehung aufrechterhalten.

»Die körperlichen Grundübungen zum Grounding ermöglichen dem Patienten, sich auch unabhängig von der Anwesenheit eines Therapeuten zu entwickeln. Sie knüpfen damit auch entwicklungspsychologisch an die unerschöpfliche Geduld und Freude der Kinder an, psychomotorisch Fortschritte zu machen. Wir finden hier die psychomotorischen Äquivalente der »Wege aus Angst und Symbiose« (Kast 1982)« (vgl. Oelmann, 1996, S. 131f.).

Und weiter:

»Wenn in einer Therapie der symbiotische Sog in der therapeutischen Beziehung besonders groß ist, fördert Anregung von Übungen zu Hause durchaus die autonome Ablösung des Klienten vom Therapeuten. Im Klienten kann sich ein Gefühl entwickeln, wie er unabhängig vom Kontakt zum Therapeuten, auch ohne dessen direkte Anwesenheit, Wachstumsschritte vollziehen kann« (vgl. ebd., S. 135).

Nun bleibt unbedingt noch zu erwähnen, dass es vielleicht für uns Therapeuten ratsam wäre, nicht nur Übungen anzuleiten oder Empfehlungen dazu zu geben, sondern diese Art Übergangsobjekt mit in unsere Freizeit zu nehmen!

In diesem Zusammenhang möchte ich auf Forschungsergebnisse aus der Säuglingsforschung hinweisen, die zeigen, dass Eltern nur 20 bis 30% der Zeit wirklich empathisch oder gut abgestimmt auf den Säugling reagieren. Aber sicher gebundene Kinder haben Eltern, die innerhalb von höchstens zwei Sekunden (vorausgesetzt, sie selbst sind sicher und gut zugewandt) den Kindern Freiheit und Raum geben, die Interaktion sowie sich selbst und die Eltern zu regulieren und die Spannung zu lösen (Tronick, 1989). Diese impliziten, nonverbalen, zwei-Sekunden-dyadischen Regulationssysteme funktionieren während des gesamten Lebenszyklus.

Für die Therapiesituation bedeutet das, dass wir uns eine entspannte Haltung erlauben können, wenn wir darauf vertrauen können, dass wir nicht in 100% der Zeit die gelungenen Interventionen entwickeln müssen, um das Selbstregulationssystem unserer Patienten positiv zu beeinflussen; es reichen auch weniger häufige Phasen zugewandten und abgestimmten Kontakts, um diese in die Lage zu versetzen, sowohl ihre als auch unsere innere Aufregung durch Interaktion wieder in ein Gleichgewicht zu bringen.

Die *Kraft zur Abgrenzung* ist eine Fähigkeit, die sich nicht in erster Linie gegen

andere richtet, sondern für einen selbst da ist: das freudige »Nein« zur Grenzüberschreitung ist eine Aufgabe!

Der erschöpften Therapeutin winkt die Depression, da die Atmung reduziert ist bzw. häufig die Reduzierung der Atmung eine Folge des Versuches ist, nicht so viel zu fühlen und sich vor den Gefühlen der Patienten zu schützen. Auch die Abgrenzungsfähigkeit hängt neben der Wahrnehmung eigener muskulärer Kraft wesentlich von der Fähigkeit zur tiefen Atmung ab. Diese bewirkt, dass der Körper Spannkraft und Tonisierung entwickelt, die Brustwirbelsäule sich in der Einatmung aufrichtet. Dadurch senden wir nonverbal entsprechende Signale, dass wir im Vollbesitz unserer Kraft sind und uns selbst inneren Raum geben. Desto deutlicher zeigen wir unserem Gegenüber nonverbal unseren Personenraum und die Grenze unseres Kontaktes. Die Anderen haben weniger Chance, in uns einzudringen, wenn wir uns selbst gut (mit Atem) füllen. Unsere Stimme zeigt dann während des mit Atem gefüllten Sprechens, dass wir von uns selbst überzeugt sind. Diese Selbstüberzeugtheit wirkt als Kontaktgrenze. Dazu braucht es noch gar keine Auseinandersetzung oder gar Kampf. Manchmal hilft schon ein deutliches Seufzen oder die direkte Aussage, dass es zu viel für uns ist. Die Kontakt-Grenze können wir entwickeln über bioenergetische *Übungen zur Atmung und Stimme* für die tägliche »Hygiene«.

»Die Veränderung beginnt im Therapeuten« (sinngemäß nach Christopher Bollas, 1989).

Sicherlich ist diese Aussage ähnlich gemeint wie diejenige von C. G. Jung – bezogen auf die emotionale und mentale Infizierung und die entsprechenden inneren Selbstheilungsversuche des Therapeuten. Wir haben jedoch in der Bioenergetischen Analyse ein körperliches Verständnis der »Infizierung« und der »Selbstheilungsversuche«: »Die Persönlichkeit eines

Individuums kann sich nicht ändern, solange keine entsprechende Veränderung seiner körperlichen Dynamik stattfindet« (vgl. Lowen, 1993, S. 8).

Das gilt natürlich ebenso für uns Therapeuten. Und unsere besondere Verantwortung besteht vorrangig darin, nur solche Interventionen zur



Abbildung 8

Anwendung bei den Patienten zu bringen, die wir auch selbst erfahren und gelernt haben (vgl. Pechtl, 1980, S. 196). Ich würde ergänzend sagen, nur solche, die wir auch weiterhin selbst bereit sind zu praktizieren.

»So ist es in meinen Augen unverzichtbar, die unterschiedlichen Bereiche des eigenen Körperraumes in Form von emotionaler Schwingungsfähigkeit in Wahrnehmung und Bewegung, emotionalem Ausdrucksvermögen bzw. Blockierung zu kennen« (vgl. Oelmann, 2009, S. 66).

Es ist eine Voraussetzung, dass die Therapeutin mit ihrer Haltung emotional und körperlich glaubhaft machen kann, dass sie die Affekte ihrer Patienten nicht nur aushalten, sondern auch halten kann. Oder aber geerdet, das heißt realistisch genug ist, um im Einzelfall Grenzen zu setzen, wenn es ihr Fassungsvermögen übersteigt. Nur dann hat die therapeutische Beziehung eine erdende Funktion! Sonst hätten wir keinen Anlass, überzeugend körperpsychotherapeutisch Einfluss auf Menschen zu nehmen, die früh oder später in ihrer Entwicklung »gestört« wurden: Patienten, welche die Vernachlässigung ihrer altersspezifischen Bedürfnisse, dauerhafte FehlAbstimmungen im emotionalen Kontakt oder gar ihre psychosomatische Einheit bedrohende traumatische Erfahrungen mit den von ihnen geliebten Personen – in der Regel den Eltern – erlebt haben.

Um die aus dem therapeutischen Kontakt möglicherweise entstehende stellvertretende Wut und Empörung nicht in uns aufzubewahren, können Übungen zum Grounding und expressives Arbeiten mit aggressiven Impulsen uns helfen. Bioenergetische Techniken, wie das Schlagen mit dem Tennisschläger, im Liegen auf die Matratze einzutreten, den Beißring zu nutzen und zu knurren usw. können uns dabei helfen. Über die Lösung der Muskulatur in Bauch, Rücken und Beinen, verbunden mit stimmlichem Ausdruck, nehmen wir Kontakt zu unserer eigenen Emotionalität auf und nehmen unseren Protest ernst, verlebendigen uns wieder.

»Besser ein Rest an Rigidität als Überflutung!« Diese mündliche Feststellung von Stanley Keleman (2008) sehe ich als Hinweis auf die gesund erhaltende Funktion von »rigiden« Vorgehensweisen im therapeutischen Prozess, wie zum Beispiel wiederholte, eher direktive, ritualisierte, auf Sachobjekte bezogene, technische Hilfsmittel nutzende bioenergetische Techniken und Übungen. Sie stellen zumindest einen Schutz für uns Therapeuten im Kontext von emotionaler Überflutungsfahr dar.

Im bioenergetischen Sinne ist mit Rigidität gemeint eine stolze, zurückhaltende, Sexualität und Herz trennende Haltung. Rigide Therapeuten (gemäß Charakterstrukturanalyse nach Lowen) halten sich körperlich und emotional zurück, indem sie die Rückenmuskeln straffen, die Brustwirbelsäule (über-)aufrichten, den Brustkorb festigen, den Nacken stolz verhärten und ihre Becken zurückhalten. Sie lassen die Herzsensibilität für die Patienten nicht zu. Es überwiegt die nüchtern-sachliche, unerotische Haltung anstelle von Herzlichkeit in Belangen von Liebe und Sexualität. Arbeit ist hingegen kein Problem für den rigiden Charakter! Natürlich hat die rigide Charakterstruktur mit der ödipalen Thematik im Hintergrund, auch mehr »Struktur« (Affektkontrolle) als sogenannte

präädipale Charaktere. Insofern kann als positive Seite der rigiden Therapeutin gesehen werden, dass durch den Fokus auf Kooperation und ritualisierte («rigide») Übungen das »empathische Dilemma« (die gemeinsame Betroffenheit und Kollusion darin) in der therapeutischen Begegnung begrenzt werden kann (vgl. 3.1).



Abbildung 9

Darin, dass Arbeit in der Regel kein Problem ist, dafür umso mehr die Herzensbewegung, liegt die Gefahr, wenn wir uns auf rigide Weise im Kontakt zu Patienten verhalten (vgl. Lowen, 1989). Um die rigide Therapeutin aus einer ausschließlichen Technik-Orientierung zu retten, wäre spielerische Aktivität und Öffnung ihres Herzens wichtig!

4.2 Atmung und Bewegung: Aktivität und Produktion von Endorphinen

Was hilft, der Therapeutin zu atmen und im eigenen Rhythmus sicher zu bleiben? Sicherlich nicht das Sitzen, Luft anhalten oder Mitfließen! Sitzen verändert die Stoffwechsellaktivität negativ. Wenn wir uns (moderat) bewegen, befindet sich der Austausch von Sauerstoff im Gleichgewicht. Die Interkostalmuskeln und das Zwerchfell entspannen sich. Und wir atmen besser.

In der Bioenergetischen Analyse beziehen wir uns im Miteinander- und Gegenübersein in wechselnden körperlichen Positionen auf unsere Patienten, das heißt, wir stellen uns interaktiv, kooperativ – und nicht nur aus einer sitzenden Position heraus spiegelnd – zur Verfügung (vgl. Heinrich-Clauer, 2009, S. 36ff.). Auf Dauer kann es nicht so gesund sein, auf einem Stuhl zu sitzen, relativ atem- und bewegungslos den Schmerz der Patienten zu spiegeln und sich deren pathologischen Beziehungsmustern nur auszusetzen. Uns in der Arbeit als Resonanzkörper zu sehen, mit Schwingungsfähigkeit, Durchlässigkeit und Fähigkeit zu lebendigem Ausdruck und Bewegung, sehe ich dagegen als gesünder an (vgl. Heinrich, 1997).

Es ist eine Voraussetzung, dass die Therapeutin mit ihrer Haltung emotional und körperlich glaubhaft machen kann, dass sie die Affekte ihrer Patienten nicht nur aushalten, sondern auch halten kann. Oder aber geerdet, das heißt realistisch genug ist, um im Einzelfall Grenzen zu setzen, wenn es ihr Fassungsvermögen übersteigt. Nur dann hat die therapeutische Beziehung eine erdende Funktion! Es ist für die Gesundheit der Therapeuten förderlich, wenn sie sich selbst – innerhalb der therapeutischen Situation und außerhalb – bewegen mögen.

In der epidemiologischen sportpsychologischen Forschung wird derzeit ein Konstrukt intensiv diskutiert, das sich »Sedantariess« nennt und in einem ersten deutschsprachigen Werk, in dem der aktuelle Stand der internationalen Forschung dargestellt wird, erläutert wird. Die Ergebnisse der Studien zur »Sedantariess« ergeben, dass Personen, die keine Sportaktivität betreiben, aber am Tag nur wenig sitzen, ein geringeres Risiko des vorzeitigen Versterbens tragen als jene Personen, welche zwar moderat körperlich aktiv sind, aber die überwiegende Zeit des Tages stillsitzen.

»Die sitzende Lebensweise erweist sich als signifikanter Risikofaktor vor allem für die Inzidenz von Stoffwechselerkrankungen wie dem Diabetes mellitus Typ 2 und koronaren Erkrankungen. [Und weiter:] »Sedantariess« ist nach den vorliegenden Arbeiten ein gesundheitsriskantes Verhalten, das relativ unabhängig von der körperlichen Inaktivität wirkt« (Fuchs & Schlicht, 2012, S. 7).

Wir genießen in der Bioenergetischen Analyse als Therapeuten den Vorteil des flexiblen Settings. Wie auch in anderen humanistischen und körperpsychotherapeutischen Verfahren können wir uns vielfältig bewegen, während wir mit den Patienten arbeiten.

Zudem gibt es auch den empirischen Hinweis aus Studien mit chronisch Kranken (Arthritis, Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf) zum Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und Wohlbefinden, dass rein motorische Trainingsprogramme signifikant effektiver waren als ausschließliche oder ergänzende motivationale/edukative Programme (vgl. Fuchs & Schlicht, 2012, S. 42).

Dieses Ergebnis zeigt uns unter anderem, dass die Begrenzung der Redezeit in der Therapie, um dann auf die Ebene von Körperwahrnehmung, -ausdruck und Körperkontrolle zu gehen, keine mechanistische, direktive und Kontakt vermeidende Technik sein muss, wie es von manchen analytischen Kritikern gerne hervorgehoben wird, sondern zumindest bei Patienten mit psychosomatischen Störungen das Wohlbefinden und den sensomotorischen Bezug verbessern kann. Das heißt auch für uns Therapeuten kann es von Vorteil sein, die im Körper gespeicherten belastenden Erfahrungen aus der Arbeit mit Patienten schlicht motorisch »wegzuarbeiten« (und nicht verbal-affirmativ oder imaginativ).

Körperliche Aktivität setzt über die wechselnde Kontraktion und Entspannung der Muskulatur in der Bewegung einen Typus von Neurotransmittern im Körper frei, die »Endorphine« genannt werden. Endorphine bewirken angenehme Empfin-

dungen, eine Art natürliches »High-Gefühl«, und können als mildes Analgetikum – schmerzreduzierend im Körper – wirken. Manche körperliche Anstrengungen und Schmerzerfahrungen (z. B. »Runners High« oder Sportarten, wie Klettern, Paragliding, die mit flow-Erlebnissen verbunden sind), können durch die Ausschüttung von Endorphinen ein Glücksempfinden hervorrufen. Diese Wirkung ist inzwischen medizinisch anerkannt, wenn auch individuell höchst unterschiedlich erlebt.

4.3 Stimmlicher Ausdruck

Ein Klischee, das sich hartnäckig hält und aus den Erfahrungen der Kollegen aus den Anfängen der Bioenergetischen Analyse in Deutschland (70/80er Jahre) herrührt, ist das der lautstarken, kathartischen Arbeit mit den Blockierungen des Körpers nach dem Motto »je lauter die Person schreit, je mehr sie schlägt oder auf die Matratze eintritt, desto wirksamer die therapeutische Arbeit«. In den vergangenen 20 Jahren haben sich viele differenziertere und auch leisere Arbeitsweisen entwickelt. Die Bioenergetische Analyse ist kein generell »lautes« Körperpsychotherapieverfahren. Jedoch haben wir stets unsere Aufmerksamkeit für den Stimmklang (die emotionale Färbung), die Melodie (Prosodie), die Lautstärke und die Fähigkeit einer Person, sich in der Umgebung auch glaubhaft bemerkbar zu machen. Die lösende Kraft eines stimmlichen Ausdrucks der Angst, Trauer oder Wut sehen wir als in sich therapeutisch wirksam an – genau wie die Vibration der Muskulatur (das sogenannte Freizittern).

In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Bioenergetische Analyse sehr von anderen rein körpertherapeutischen Verfahren wie Yoga (Ausnahme Lach-Yoga), Tai Chi, Chi Gong, Shiatsu, Osteopathie, Meditation, Focusing etc. oder auch rein verbalen Verfahren, die mit den Prinzipien der Achtsamkeit und Imagination arbeiten. Es gibt meiner Kenntnis nach keine so explizit mit der Stimme arbeitende Psychotherapiemethode; selbst im Psychodrama und in der Gestalttherapie wird der Stimme nicht der gleiche Stellenwert zugestanden.

Die Frage, ob ka- *Abbildung 5*



thartisches Arbeiten oder Halt gebendes und begrenzendes Arbeiten notwendig ist, wird aufgrund der energetischen und emotionalen Ausgangssituation einer Person entschieden. Zudem wird die Halt gebende therapeutische Beziehung und nicht nur die Technik betont (vgl. Klopstsch, 2008).

Eine Bestätigung für die Aktivierung des Körpers und den stimmlichen Ausdruck im Hinblick auf unsere Gesundheit geben die Ergebnisse einer Studie des Frankfurter Institutes für Musikpädagogik, über die 2004 in einem Zeitungsbericht mit dem Titel »Singen fördert das Immunsystem! Musik hören jedoch nicht!« berichtet wurde.

Forscher der Universität Frankfurt haben dafür die Blutwerte (Immunglobulin A und Cortisol) von Sängern eines Laienchors vor und nach den Proben zu Mozarts Requiem gemessen. Die Blutwerte waren nach dem Singen erhöht. Sie gelten als Indikator für Abwehrkräfte. Auch die subjektive Stimmung veränderte sich zum Positiven. Eine Woche später ergab dieselbe Untersuchung, dass das Hören des Requiems die Blutwerte nicht positiv beeinflusste (vgl. NOZ 17.1.04, Bericht über Prof. Hans Günther Bastian vom Frankfurter Institut für Musikpädagogik).

Cortisol – ein Hormon, das unter anderem katabole Stoffwechselwirkungen aufweist und eine dämpfende Wirkung auf das Immunsystem hat –, wird in der Medizin häufig genutzt, um im Körper überschießende Reaktionen zu unterdrücken und Entzündungen zu hemmen. Insofern gilt der erhöhte Cortisol-Wert nach dem Singen als signifikantes Zeichen für die körpereigene Reaktionsbereitschaft zugunsten verbesserter Abwehr. Immunglobulin A (IgA) ist ein Antikörper, der hauptsächlich in den externen Körperflüssigkeiten vorkommt und dort eine bedeutende Abwehrbarriere gegen Krankheitserreger bildet.

4.4 Körperliche Unterstützung und Hautkontakt

Hautkontakt senkt den Blutdruck, fördert den Wechsel vom Adrenalin-System (Kampf-Flucht-Schockstarre »fight-flight-freeze«) zur Ausschüttung des Hormons Oxytocin – dem Hormon der Ruhe und Liebe (vgl. Uvnaes-Moberg, 2003). Wird Berührung in einer sicheren Weise innerhalb einer Beziehung erlebt, fördert dies im Sinne der Neurozeption vermutlich über den Oxytocinmechanismus den »intelligenten« ventralen Vagus (VVC) und zusammen mit Mimik und Affektaustausch prosoziales Verhalten (vgl. Porges, 2010; Clauer, 2013, S. 152f.).

Der Unterschied zwischen der Bioenergetischen Analyse (wie auch anderen Körperpsychotherapien, die mit Beziehung arbeiten) und reinen Körpertherapien, wie zum Beispiel Massage, Physiotherapie, Osteopathie, Yoga etc. liegt meiner Meinung nach darin, dass es abgegrenzte, Beziehung stiftende, rhythmisch abgestimmte Gesten sind oder ein mit Beziehungsbildern verbundener Körperkontakt ist, der über den Vagus andere Reaktionen stimuliert als nur eine mechanische Berührung einer

fremden Person. Diese Spezifität der vertrauensvollen Berührung innerhalb einer vertrauensvollen menschlichen Beziehung wurde bislang in der neurobiologischen, ethologisch orientierten Forschung nicht ausreichend untersucht.

Literatur

- Alexander, F. (1977). *Psychosomatische Medizin*. Berlin: de Gruyter.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Bauer, J. (2007). *Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Bauer, J. (2011). *Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt*. München: Karl Blessing.
- Bollas, Ch. (1989). *Forces of Destiny*. London: Free Association Books.
- Bollas, Ch. (2012). *Der Schatten des Objektes. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buti-Zaccagnini, G. (2008). Affektive Beziehungen und Körperprozesse. In V. Heinrich-Clauer (Hrsg.), *Handbuch Bioenergetische Analyse* (S. 151–160). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Clauer, J. (2003). Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung. Eine Psychotherapie mit Leib und Seele. *Psychotherapie Forum*, 11, 92–100.
- Clauer, J. (2009). Zum Grounding-Konzept der Bioenergetischen Analyse. Neurobiologische und entwicklungspsychologische Grundlagen. *Psychoanalyse & Körper*, Nr. 15, 8(2), 79–102.
- Clauer, J. & Heinrich, V. (1999). Körperpsychotherapeutische Ansätze in der Behandlung traumatisierter Patienten: Körper, Trauma und Seelenlandschaften. Zwischen Berührung und Abstinenz. *Psychotherapie Forum*, 7, 75–93.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Ehrlert, U. & von Känel, R. (Hrsg.). (2010). *Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie*. Berlin: Springer.
- Ehrensperger, Th. (Hrsg.). (1996). *Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept*. Basel: Schwabe.
- Fengler, J. (1994). *Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation*. München: Pfeiffer.
- Fuchs, R. & Schlicht, W. (Hrsg.). (2012). *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität*. Göttingen: Hogrefe.
- Gershon, M. D. (1998). *The second brain*. New York: Harper Collins.
- Heinrich, V. (1986). Die Bewältigung belastender Lebensereignisse und Körperbeschwerden bei Frauen, Universität Osnabrück.
- Heinrich, V. (1997). Körperliche Phänomene der Gegenübertragung. Therapeuten als Resonanzkörper. Welche Saiten kommen in Schwingung? *Forum der Bioenergetischen Analyse*, 1, 32–41.
- Heinrich, V. (2000). Von der Sehnsucht, im eigenen Körper wieder zu Hause zu sein. Möglichkeiten der Körperpsychotherapie in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. Dokumentation der Jahrestagung der Kath. Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater. Suhl.
- Heinrich, V. (2001). Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 9, 62–70.
- Heinrich-Clauer, V. (2004). Freude in der Beratung. Vom Klienten- zum Therapeutenzentrierten Ansatz. *Blickpunkt EFL-Beratung*, 43–58.

- Heinrich-Clauer, V. (2005). Selbstfürsorge für Psychotherapeuten. Eine körperpsychotherapeutische Perspektive zu einem vernachlässigten Thema. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 5(4), 172–181.
- Heinrich-Clauer, V. (Hrsg.) (2008). *Handbuch Bioenergetische Analyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Heinrich-Clauer, V. (2009). Die Rolle der Therapeutin in der Bioenergetischen Analyse: Resonanz, Kooperation und Begreifen. In: Geißler P. & Heinrich-Clauer V. (Hrsg.). *Psychoanalyse & Körper*, Nr. 15, 8(2), 31–55.
- Jaenicke, Ch. (2006). *Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jung, C. G. (2011). *Praxis der Psychotherapie. Gesammelte Werke 16*. Ostfildern: Patmos.
- Keleman, St. (1990). *Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung*. München: Kösel.
- Klopstech, A. (2008). Im Kontext autonomer und interaktiver Selbstregulation: Katharsis im neuen Kleid. In V. Heinrich-Clauer (Hrsg.), *Handbuch Bioenergetische Analyse* (S. 463–488). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Klopstech, A. (2005). Stellen die Neurowissenschaften die Psychotherapie vom Kopf auf die Füße? Neurowissenschaftliche Überlegungen zu klassischen Konzepten der (Körper-)Psychotherapie. *Psychoanalyse & Körper*, Nr. 7, 4(2), 69–108.
- Koemeda, M. (2012). Integrating Brain, Mind and Body: Clinical and Therapeutic Implications of Neuroscience. An Introduction. *Bioenergetic Analysis* 2012 (22), 57–77.
- Körner, J. (1998). Einführung: Über Empathie. *Forum der Psychoanalyse*, 14, 1–17.
- Kriz, J. (1985). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Lewis, R. (2004). Projective Identification Revisited – Listening with the Limbic System. *Bioenergetic Analysis*, 14(1), 57–73
- Lewis, R. (2005). The Anatomy of Empathy. *Bioenergetic Analysis*, 15, 9–31.
- Lowen, A. (1978). *Depression: Unsere Zeitkrankheit, Ursachen und Wege der Heilung*. München: Kösel.
- Lowen, A. (1979). *Lust. Der Weg zum kreativen Leben*. München: Kösel.
- Lowen, A. (1993). *Freude. Die Hingabe an den Körper und das Leben*. München: Kösel.
- Lowen, A. (1996). Erdung. In Th. Ehrensperger (Hrsg.), *Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept* (S. 11–17). Basel: Schwabe.
- Oelmann, K. (1996). Grounding – Identitätsfindung als Bioenergetischer Analytiker. In Th. Ehrensperger (Hrsg.), *Zwischen Himmel und Erde: Beiträge zum Grounding-Konzept* (S. 129–142). Basel: Schwabe.
- Oelmann, G. & Oelmann, K. (2009). Analytische Live-Supervision von Körperpsychotherapie. *Psychoanalyse & Körper*, Nr. 15, 8(2), 57–78.
- Pechtl, W. (1980). Die Therapeutische Beziehung und die Funktion des Therapeuten in der Bioenergetischen Analyse. In H. Petzold (Hrsg.), *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung* (S. 189–210). Paderborn: Junfermann.
- Porges, St. (2010). *Die Polyvagal Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung*. Paderborn: Junfermann.
- Reimer, C. & Jurkat, H. B. (2001). Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten. *Schweizerische Ärztezeitung* 92(32/33), 1733–1738/ *Deutsches Ärzteblatt PP* (11/2003), 511f.
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut*, 2, 107–114.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L. & Gallese, V. (1999). Resonance behaviors and mirror neurons. *Archives Italiennes de Biologie* 137, 85–100.
- Schmidbauer, W. (1999). *Wenn Helfer Fehler machen. Liebe, Missbrauch und Narzissmus*. Reinbek: Rowohlt.

- Schore, A. (2002). Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory and Trauma Research: Implications for Self-Psychology. *Psychoanalytic inquiry*, 22, 433–484.
- Schore, A. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton & Co.
- Schore, A. (2005). Erkenntnisfortschritte in Neuropsychoanalyse, Bindungstheorie und Traumaforschung: Implikationen für die Selbstpsychologie. *Selbstpsychologie* 6, 395–446.
- Schubert, Ch. (Hrsg.). (2011). *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Siegel, D. (2011). Vortrag auf der 23. Internationalen Konferenz für Bioenergetische Analyse, San Diego/CA
- Sonntag, M. (2003). Self-Expression versus Survival. Die grundlegenden Bioenergetischen Konzepte im Lichte der neueren psychobiologischen Erkenntnisse und der Affektforschung. *Forum der Bioenergetischen Analyse* (2/2003), 45–70.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G., Tschacher, W. (Hrsg.). (2006). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Huber.
- Traue, H. (1998). *Emotion und Gesundheit: die psychobiologische Regulation durch Hemmungen*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112–119.
- Uvnäs-Moberg, K. (2003). *The Oxitocin Factor. Tapping the Hormone of Calm, Love and Healing*. Cambridge, MA: Da Capo Press.
- Van der Kolk, B. (2010). Vorwort. In: St. Porges, *Die Polyvagal Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung* (S. 11–18). Paderborn: Junfermann.
- Yalom, I. (1999). *Die Liebe und ihr Henker*. München: Goldmann.
- Yalom, I. (2002). *Der Panamahut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. München: Goldmann.

Die Autorin

Vita Heinrich-Clauer, Dr., Dipl.-Psych., früher Forschung und Lehre an der Universität Osnabrück in Psychologischer Diagnostik, Psychosomatik, Körperdiagnostik sowie Entwicklungspsychologie. Seit 1989 Psychotherapeutin in eigener Praxis, Supervisorin, Dozentin, Autorin. Internationale Trainerin für Bioenergetische Analyse (IIBA Faculty).

Kontakt

Dr. Vita Heinrich-Clauer
Krahnstr. 17
49074 Osnabrück
E-Mail: vita.heinrich-clauer@osnanet.de
Internet: www.vita-heinrich-clauer.de