

Energetische Qualitäten, körperliche Manifestation und emotionaler Ausdruck bei frühkindlichen Störungen

Dorothea Fuckert

Waldbrunn, Deutschland

Keywords: Energetic basis; Psychosomatic identity; Posttraumatic stress disorder; Sensoric-perceptive split; Nonverbal attunement; Emotional release; Restructuring

Abstract: *Energetic Qualities, Bodily Manifestations, and Emotional Expression in Early Child Disorders.* Disorders of earliest childhood can be viewed as posttraumatic stress-disorders. Each psychich trauma manifests itself physically and energetically at the same time. Traumata in earliest childhood disturb the field and the flow of body-energy in a specific way. There are changes of musculature, connective tissues and movement of bones. The emotional expression is repressed and fixed, e.g. to be seen in a dissociated look and in a disturbed eye-contact. The specific and most serious pathophysiologic result is a sensoric-perceptive split with following developmental disturbance of self-identity, emotionality, personal interactions and reception of the world – the typical pathologic condition in all psychoses, borderline-structures and dissociative disorders. The treatment consists in dissolving the split between perception and sensation, and between brain and body. A rebuilding of unified sensations, integration and further development are necessary. With Wilhelm Reich's systematic, body-oriented and energetic psychotherapy – sometimes combined with craniosacral therapy and somatoemotional release techniques of J. Upledger – early traumata of the pre-, peri- and postnatal periods are reexperienced, if time, patient and therapist are ready for it. On the basis of mother-child-attunement, through touch, body-language, mimic interaction and spontaneous emotional release, these traumata can be worked through and dissolved. A deep and lasting restructuring follows.

Zusammenfassung: Man kann frühkindliche Störungen auch als posttraumatisches Streßsyndrom auffassen. Jedes psychische Trauma manifestiert sich gleichzeitig physisch und energetisch. Frühkindliche Traumata stören das Energiefeld und den Energiefluß auf spezifische Weise. Es kommt zu Veränderungen von Muskulatur, Bindegewebe und Knochenbeweglichkeit. Der emotionale Ausdruck wird eingeschränkt und fixiert, erkennbar z. B. an dissoziiertem Blick und gestörtem Augenkontakt. Die spezifische und schwerwiegendste pathophysiologische Auswirkung ist eine sensorisch-perzeptive Spaltung mit nach-

Vortrag gehalten auf der 8. Arbeitstagung der ISPPM in Heidelberg, 11./12. Mai 1996

Korrespondenzanschrift: Dr. med. Dorothea Fuckert, Ärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Homöopathie, Im Bräunlesrot 20, D-69429 Waldbrunn, Telefon (06274) 5346, Telefax (06274) 5345

folgender Entwicklungsstörung von Ich-Identität, Emotionalität, zwischenmenschlichen Beziehungen und Erfahrung von Welt – typisch für alle Psychosen, Borderline-Strukturen und dissoziativen Störungen. Die Behandlung besteht im Abbau der funktionellen Spaltung zwischen Wahrnehmung und Empfindung, d. h. auch zwischen Kopf und Körper. Aufbau eines einheitlichen Empfindens, Integration und Nachreifung sind notwendig. Mit der systematischen, energetischen Körperpsychotherapie Wilhelm Reichs, kombiniert mit Craniosacralbehandlung und den SomatoEmotional Release Techniken John Upledgers, werden in der Psychotherapie – wenn Zeit, Patient und Therapeut dafür reif sind – frühe Traumata aus Prä- und Peri- und Postnatalperiode wiedererlebt. Auf der Basis des Mutter-Kind-attunement, über Berührung, Körpersprache, mimische Interaktion und spontanen emotionalen Entäußerungen lassen sich diese Traumata verarbeiten und auflösen. Dadurch erfolgt eine tiefe und nachhaltige Restrukturierung.

*

„Was ist das Schwerste von Allem?
Was Dir das Leichteste dünket:
Mit den Augen zu sehen,
Was vor den Augen Dir liegt.“

Goethe

Bezugsrahmen

In dieser Arbeit beziehe mich u.a. auf die Ergebnisse der klinischen Beobachtungen von William G. Sutherland, einem amerikanischen Osteopathen, der zu Anfang dieses Jahrhunderts die craniosacrale Therapie begründet und einige Bücher darüber verfaßt hat. (Sutherland 1962, 1990). Kinder mit den verschiedensten Behinderungen und Entwicklungsverzögerungen können craniosacraltherapeutisch mit gutem Erfolg behandelt werden. Aber auch bei Erwachsenen mit psychosomatischen Funktionsstörungen und frühen Traumata kann man damit viel erreichen. In meiner therapeutischen Arbeit, insbesondere mit früh gestörten Patienten, bin ich grundlegend geprägt von Wilhelm Reich. Reich ging als ehemaliger Freud-Schüler in den 20er Jahren von der Psychoanalyse aus, entwickelte seine Charakteranalyse und fand durch sorgfältige klinische Beobachtungen einen sehr direkten Zugang zur emotionalen, körperlichen und schließlich energetischen Ebene seelischer Störungen. Die Frage, welche Energie hinter den psychischen und physiologischen Phänomenen wirkt, war der rote Faden in Reichs Werk. Aus der charakteranalytischen Vegetotherapie entstand nach der Entdeckung einer biologischen Energie (Orgonenergie) im Organismus die psychiatrische Orgontherapie. (Reich 1987, 1989, 1994)

Energetische Qualitäten

Bei der Betrachtung der energetischen Qualitäten gehe ich mit Reich von der Annahme aus, daß ein Mensch als lebender Organismus nicht nur aus Körper und Seele besteht, sondern daß es eine dritte fundamentalere Ebene gibt, eine biophysikalische Energie, die Körper und Seele zur psychosomatischen Einheit integriert und uns mit der Natur verbindet. Jeder von uns spürt sie als Lebensan-

trieb, -kraft, -feuer, oder auch als Getriebensein. Libido und Sexualität (als Summe aller lustvollen Antriebe), Angst, Aggression und andere Grundgefühle entsprechen bestimmten Bewegungsmustern dieser Lebensenergie. Wir empfinden uns als angenehm oder unangenehm „geladen“; magnetisch angezogen, wir sprechen von Entladung, es kann funken, usw.

Man hatte in den verschiedenen Zeiten und Kulturen Begriffe für Lebensenergie, wie Ki, Prana, Kundalini, Äther, Od, Aura, oder Orgon. Reich zeigte durch seine bioelektrischen Experimente, daß die metaphorische psychische Libido in der Tat eine echte Energie ist, die objektiv gemessen werden kann. (Reich 1982, 1994) Es gibt heute unterschiedliche wissenschaftliche Annäherungen an lebensenergetische Phänomene, wie z. B. von Popp, Sheldrake, Piccardi, Moss, worauf ich hier nicht näher eingehen kann. (Bischof 1995; Sabetti 1985). Der Grund für die sehr erschwerte und nur allmähliche Anerkennung einer materiefreien, aber doch biophysikalischen Energie liegt in einem primitiven kulturellen Spaltungsmechanismus, bei dem Denken, Wahrnehmung und Empfindung wie abgetrennt von dieser Energie sind. Damit schließt sich der Kreis wieder zu meinem eigentlichen Thema.¹

Wir sehen und fühlen die energetische Funktion bei früh gestörten Menschen auf charakteristische Weise verändert, und zwar quantitativ und qualitativ. Ein schizophrenen Patient hat z. B. ein viel zu weites, scheinbar unbegrenztes Energiefeld von etlichen Metern. Die Grenze kann ich nicht genau orten; es scheint unmerklich in die Umgebung einzufließen, ist dünn und schwach. Physiologisch wäre ein kräftiges, kompaktes und gut abgegrenztes Feld von 1–2 Metern. Das Ich dieses Patienten scheint irgendwo im Feld verteilt, so als ob er nicht wirklich in seinem Körper wäre. Eine Borderline-Patientin scheint überhaupt kein Feld zu haben; es ist geschrumpft und zusammengezogen im chronischen Angstzustand. Man spürt sie kaum und übersieht sie fast. Bei einem zyklotyphen Patienten ist in der manischen Phase um Oberkörper und Kopf ein energetisches Zuviel, eine Übererregung. Vom Bauchnabel an abwärts dagegen scheint das Feld wie auszulaufen.

Gemeinsam ist diesen genannten Strukturen, die ich als früh bezeichne, eine gestörte energetische Pulsation im Augen- und oberen Kopfbereich. Hier bereits ist der energetische Fluß zum Körper hin blockiert, als sei der Kopf vom Körper getrennt, oder öfter noch eine Gehirnhälfte von der anderen. Energetisch spielt sich fast alles hier oben ab und es fließt nur unvollständig hinunter. Am unteren Körperende steht für Becken und Beine nicht mehr viel zur Verfügung. Sexualität und Erdung sind daher immer gestört. Auffällig bei allen meinen Patienten mit Borderline-Struktur, insbesondere bei den Frauen, ist ein kindlich und zerbrechlich wirkender, zierlicher Körper.

Die körperliche Manifestation von Traumata

Jedes psychische und physische Trauma, jede psychische Störung manifestiert sich irgendwie auch physisch, da Körper und Seele eine untrennbare Einheit sind. Ein

¹ Der Widerspruch zwischen Materie und Energie wird am Beispiel des Lichtes deutlich, das gleichzeitig Partikel und Welle ist, wobei das Partikel die Materie repräsentiert und die Welle die Energie.

Trauma wirkt auf beide Ebenen gleichzeitig ein und bleibt solange im Körper, bis es seelisch verarbeitet, emotional ausgedrückt und so vom Körper wieder losgelassen wird. Alle Gewebe und Zellen haben ein Gedächtnis. Auch Mikrotraumen vergißt der Organismus nicht, solange sie nicht angemessen verarbeitet werden. Positive Erfahrungen bleiben natürlich auch eingepreßt. Aber es besteht keine Notwendigkeit, sie wieder loszuwerden.

Wir können uns eine bildliche Vorstellung davon machen, wenn wir uns den Embryo oder den Körper eines Neugeborenen z. B. als eine mehrlagige Matratze mittlerer Elastizität vorstellen. Vielleicht ein etwas platter Vergleich, aber mir fiel kein besseres Beispiel ein. Die elastischen, loslassenden und die kollagenen, festhaltenden Strukturen sind in etwa gleich stark. Ein Stein prallt nun von oben auf die Matratze. Dies führt zu einer Eindellung an der Peripherie, die sich nach Entfernung des Steines wieder glätten mag. Aber je weniger elastisch und je labiler die Gewebestruktur, je größer und schwerer der Stein, je länger die Dauer seiner Einwirkung, desto breiter und tiefer wird die Energie des Aufpralles nach innen weitergeleitet. Dort führt sie zu einer Komprimierung, Verfestigung und Verhärtung der innersten Gewebeschichten. Als innerste Manifestationsorte früher und schwerer Traumata betrachten wir die autonomen vegetativen Zentren des Körpers, die großen Plexus in Becken, Bauch, Brust, Hals und und die affektiven Funktionsgebiete an der Schädelbasis. Es handelt sich um die ältesten Teile des zentralen und vegetativen Nervensystems und sie haben wohl die höchste Konzentration an Lebensenergie. Traumata werden dorthin fortgeleitet über Haut, Sinnesorgane, Muskulatur, Knochen, Nervenbahnen, Bindegewebe und Energiebahnen. Vom Bindegewebe weiß man heute schon recht viel über seine nährenden und schützenden, zellverbindenden, leitenden und informationsverarbeitenden Eigenschaften. Man kennt durch die craniosacrale Therapie auch seine festhaltenden bzw. loslassenden und damit seine energetisch-emotionalen Funktionen der Traumaverarbeitung bzw. der Verdrängung. Festhalten von Informationen durch Kollagenisierung und Loslassen mit Hilfe der elastischen Fasern.

Im Laufe der kindlichen Entwicklung kommen noch mehr Traumata hinzu und führen dann zu weiteren Verhärtungen und Verfestigungen in Form von bindegewebigen Faszienzügen, Muskelverspannungen usw. Da die innersten Schichten nicht weiter komprimiert werden können, wie bei der Matratze, betrifft es immer weiter außen liegende Gewebestrukturen nach dem Zwiebelschalen-Muster. Diesen Prozeß nennen wir mit Reich Panzerung oder bioenergetische Blockierung. John Upledger, amerikanischer Osteopath, der die Craniosacraltherapie in den letzten 20 Jahren bekannt gemacht hat, nennt ihn Bildung von Primärpunkten oder von Energiezysten. (Upledger 1987, 1994)

Ein Beispiel für die körperliche Manifestation eines frühen Traumas: ein Kind erlebt eine schwere und komplizierte Geburt mit großer Todesangst; es verspannt sich massiv in seinem Zwerchfell und der Solarplexus wird dadurch so geschädigt, daß das Zwerchfell anhaltend kontrahiert. Dies kann die Grundlage für einen späteren juvenilen Diabetes mellitus bilden. Jedes schwere Trauma wirkt zwangsläufig auf den ganzen Menschen, ruft gewisse Veränderungen im seelischen Bereich hervor und wirkt sich mehr oder weniger auf den Körper aus. Reich unterscheidet sieben Segmente als jeweils kleinste funktionelle Einheiten, mit denen Emotionen ausgedrückt bzw. zurückgehalten werden und der Fluß der Lebens-

energie blockiert wird: das Augensegment, Mundsegment, Halssegment, Brustsegment (incl. Arme), Zwerchfellsegment, Bauchsegment und Beckensegment (incl. Beine). Reich wußte nichts von den sieben Chakras, aber die Übereinstimmung ist verblüffend. (Reich 1987)

Hauptmanifestationsort bei den frühen Traumata der Prä-, Peri- und Postnatalzeit ist aber der obere Kopfbereich; wir bezeichnen ihn als erstes oder okuläres Segment oder einfach als Augensegment. Es umfaßt alle Strukturen von der Nasenwurzel, den oberen Anteil der Wangen, den Schädel mit Kopfhaut und Muskulatur und erstreckt sich bis zum Hinterkopf. Es beinhaltet alle Sinnesorgane außer dem Tastsinn, also Augen, Ohren und Nase, die Gehirnhälften, die Schädelbasis mit so wichtigen Gebilden wie Hypophyse, Zirbeldrüse, Hypothalamus, die *Formatio reticularis* und die *Medulla*. Nach meinem heutigen Wissensstand beziehe ich das cranio-sacrale System mit ein, d. h. Liquorräume, Rückenmark, Wirbelsäule und insbesondere die Hirnhäute als bindegewebige Struktur. Die *Dura Mater* setzt sich um das Rückenmark entlang der Wirbelsäule fort, tritt dann zusammen mit den Nerven als Nervenscheiden aus und führt als Bindegewebe zu allen Geweben, Muskeln und Organen. Sie hat also aufgrund ihrer Funktion Kontakt mit fast allen Zellen des Körpers.

Um es vorwegzunehmen: Panzerungen, Blockierungen oder Energiezysten lassen sich aufweichen. In der unterstützenden therapeutischen Atmosphäre kommen dabei oft spontan die früh erlebten, lange verdrängten Konflikte und Erinnerungen hoch. Der Körper befreit sich durch emotionalen Ausdruck von dem jeweiligen Trauma, oder zumindest von einem Teil davon. Manchmal geschieht dies erst nach der Therapiestunde, Stunden oder Tage später, oder erst nach unendlich vielen Sitzungen harter Arbeit.

Lokalisation und Manifestationsweise frühkindlicher Traumata

Ein frühes körperliches oder seelisches Trauma, sei es prä-, peri- oder postnatal, manifestiert sich meist in erschreckten, erstarrten oder leeren Augen, in gespannter Kopfhaut und Muskulatur, leitet sich fort über Augenmuskeln, *Nervus opticus* und Bindegewebe bis ins Gehirn. Oft kommt es zu bindegewebigen Verhärtungen der *Dura Mater* (harte Hirnhaut), die wir auch Faszienzüge oder Streifasern nennen, und daraus u. U. zu einer lebenslangen Dysfunktion der Schädelbasis mit anatomischer Fehlstellung zwischen Keilbein und Hinterhaupt. Stellt man sich die lebenswichtigen Strukturen wie Hypophyse, Hypothalamus, Epiphyse, Pons, Vierhügelplatte usw. vor, die dort in allernächster Nachbarschaft liegen, werden die Folgen leichter verständlich: aus dem genannten Befund können sich Gehirnfunktionsstörungen und/oder anhaltende Persönlichkeitsveränderungen entwickeln: Kinder mit Entwicklungsverzögerungen oder -störungen, mit fraglicher geistiger Behinderung, psychomotorischen Störungen, mit Autismus oder Dyslexie. Patienten mit Schizophrenie, endogener Depression, Angstzuständen, Identitätsstörungen sowie mit somatischen Dysfunktionen zeigen hier pathologische Befunde.

Die Dysfunktion der Schädelbasis kann, braucht aber nicht – wie man vielleicht denkt – durch eine körperliche Verletzung, etwa mit Verschiebung der Schädelknochen, oder durch Sauerstoffmangel hervorgerufen worden zu sein. Auch ein

seelisches Trauma in der Perinatalzeit kann dahin führen. Reich beschrieb die Schizophrenie bereits Ende der 40er Jahre als psychosomatischen Prozeß, und zwar als funktionelle Kontraktion von Augen und Schädelbasis aufgrund einer schweren perinatalen Frustration des Kindes oder aufgrund einer noch früheren Störung der sensorisch-perzeptiven Koordination. (Reich 1989)

Die Befunde der craniosacralen Autismusforschung John Upledgers der 80er Jahre belegen Reichs Hypothese. Autistische Kinder zeigen neben ihrem psychischen und sozialen Rückzug eine Kompression der Schädelbasis. Sie vermeiden Augenkontakt als ginge es ums Überleben. Durch craniosacrare Behandlung mit sanften Berührungen, Erzeugung von sog. „still points“, Dekompression der Schädelbasis und Freisetzen von festgehaltenen Emotionen besserten sich in kurzer Zeit die autistischen Verhaltensweisen. Upledger beobachtete auch häufig das spontane Nacherleben einer natürlichen Geburt, wenn eine solche nicht möglich gewesen war oder Aspekte davon fehlten.

Entgegen der allgemeinen Meinung sollten auch bei Erwachsenen alle Schädelknochen noch gegeneinander beweglich sein. Bei autistischen Kindern und bei früh gestörten Patienten ist diese Beweglichkeit an bestimmten Stellen spezifisch eingeschränkt. Die Schädelknochen, wie auch die gesamte Wirbelsäule bewegen sich im sog. craniosacralen Rythmus, einem steten Sich-Füllen und Sich-Leeren von etwa sechs- bis zehnmal pro Minute. Nach Sutherland, dem Begründer der craniosacralen Osteopathie, handelt es sich um einen energetischen Eigenpuls des Gehirns, unabhängig von Herzpuls und Atmung. Er ist häufig in Rhythmus und Qualität verzerrt, kann aber therapeutisch korrigiert werden. Mit etwas Übung kann ihn jeder leicht bei sich selbst oder beim anderen tasten, und zwar überall im Körper. Die Craniosacraltherapie ist grundsätzlich eine leicht zu erlernende Methode, im Gegensatz zur körperorientierten Methode Reichs.

Auch die neuere Forschung zur Posttraumatischen Streßstörung (PTSS) belegt gravierende pathophysiologische und pathopsychische Veränderungen. Als häufige Befunde werden beschrieben: Dissoziation, Vermeidungsverhalten, Wiedererleben in Form von Flashbacks, Störungen des Endokriniums, und zwar des Hypophysen-Zirbeldrüsen-Nebennierenrinden-Regelkreises, ein erhöhter Sympathikus-Grundtonus mit genereller Übererregbarkeit und angehobener Ruhe-Schmerzschwelle, verminderte Endorphinausschüttung, erhöhte Katecholamine, Schlafstörungen, Angstzustände, Depressionen, Störung der kognitiven Funktionen, der Identität, der Persönlichkeit und der Emotionalität – mit den entsprechenden Auswirkungen auf den Patienten und seine zwischenmenschlichen Beziehungen. Donald Meichenbaum vom Department of Psychology an der Universität Waterloo, Ontario, Kanada hat sämtliche zur Verfügung stehende Daten in einem dicken wissenschaftlichen Band zusammengetragen. Er berichtet über eine hohe Co-Morbidität von PTSS und depressiven Erkrankungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Störungen, und Suchtkrankheiten. Er sagt, daß die PTSS heute in Psychiatrie und Psychotherapie eine ebenso große Bedeutung hat, wie die Syphilis in der Medizin früher. Die Dunkelziffer liegt sicher noch viel höher, und ich persönlich bin geneigt, alle frühkindlichen Störungen als posttraumatische Streßstörungen zu betrachten. (Meichenbaum 1994)

Zwar wirken sich auch spätere Traumata auf dieses Gebiet aus, führen aber nicht zu solch gravierenden und anhaltenden Veränderungen von physiologischen Funktionen und Gesamtpersönlichkeit wie frühe Traumata. Außerdem lassen sie sich leichter behandeln. Der Schweregrad einer posttraumatischen Streßstörung ist erwiesenermaßen dosis- und zeitpunktabhängig, und das ist auch plausibel: je früher, schwerer und fortgesetzter die traumatischen Einwirkungen, desto gravierender und anhaltender die pathologischen Veränderungen.

Pathophysiologische und pathoanatomische Befunde – emotionaler Ausdruck der sensorisch-perzeptiven Spaltung

Bevorzugte Lokalisation unverarbeiteter Erfahrungen in der frühesten Lebensphase ist also das Augensegment bzw. das cranio-sacrale System. Eine Kontraktion an der Hirnbasis, mit Dissoziation, sensorisch-perzeptiver Spaltung und gestörter Augenfunktion sind pathognomonisch für frühkindliche Störungen, weshalb wir auch von der okulären Entwicklungsphase oder vom okulären Charakter sprechen. (In der oralen Phase sind es dann bevorzugt Mund, Nacken, Oberbauch und Magen; in der analen Phase der Enddarm, die Skelettmuskulatur, usw.) Demnach betrachten wir die ganzheitliche und konsequente Bearbeitung dieses Bereiches als Schlüssel zur Therapie früher Störungen.

Ich möchte dies näher ausführen: Erregung und Emotion beruhen auf der Bewegung von Lebensenergie (Orgon) im Körper; bei Expansion vom Zentrum zur Peripherie, bei Kontraktion von der Peripherie nach innen. Physiologisch folgen diese Expansion und Kontraktion einander in rhythmisch-pulsierender Weise. Integrative Wahrnehmung ist nach Reichs Ergebnissen das subjektive Bewußtsein von dieser Energiebewegung und benötigt somit ein zentrales Nervensystem. Die völlige Integration und Koordination von Sinnesempfindungen, Erregung und subjektiver Wahrnehmung erfordert, daß der Organismus frei von Blockaden ist. Nur auf dieser Grundlage fühlt man sich ganz, kann ein relativ hohes Maß an persönlicher Zufriedenheit erreichen, ist fähig zu befriedigenden Beziehungen und fühlt sich in der Welt grundsätzlich „zu Hause“. Erst dann sind körperliche Energiebewegungen als sanfte, warme und lustvolle Strömungen zu spüren. Dieser Zusammenhang ist eindeutig und kann nicht genug hervorgehoben werden.

Der zentrale pathophysiologische und pathopsychische Mechanismus bei frühen Störungen liegt nun in einer sensorisch-perzeptiven Spaltung, wodurch das Gehirn funktionell, d. h. in Wahrnehmung und Bewußtsein vom Rest des Körpers, d. h. von der Empfindung abgetrennt oder teilweise getrennt wird. Wir konzentrieren uns nicht deshalb so sehr auf diesen Bereich, weil wir den Sitz der Seele im Gehirn orten, sondern weil das frühkindliche Trauma hier eine Kontraktion der Gewebe mit so gravierenden Folgen verursacht. Aus der Streßforschung wissen wir, daß Dissoziation ein regelmäßiger posttraumatischer Befund ist, wobei sie in der traumatischen Situation selbst die Funktion eines überlebensnotwendigen Schutzmechanismus darstellt.

Die Spaltung zwischen Empfindung und Wahrnehmung führt zur Fehlinterpretation der eigenen Emotionen und zu einer unvollständigen Integration der Selbstwahrnehmung in ein einheitliches Ich-Gefühl. Außerdem zu einer ungenauen Wahrnehmung der Umgebung und Unfähigkeit, die Beziehung zwischen

dem Selbst und der Welt richtig zu „sehen“. Ist die sensorisch-perzeptive Spaltung ausgeprägt, treten grobe Realitätsverzerrungen auf bis hin zu Halluzinationen und Psychose. Empfindungen und Ich-Anteile werden nach außen projiziert, entweder in die eigene Aura (z. B. als Hören von bedrohlichen Stimmen, als Sehen von Verfolgern im Raum) oder in andere Menschen hinein (z. B. nur gute oder schlechte Eigenschaften, Omnipotenz oder Wertlosigkeit). Dissoziation und Projektion sind die zentralen Abwehrmechanismen und gründen sich auf die sensorisch-perzeptive Spaltung.

Andere Symptome bei frühen Störungen sehen wir als sekundär zu dieser Aufspaltung, wie z. B. kognitive Einbußen von Aufmerksamkeit und Konzentration, inhaltliche und formale Denkstörungen, Störungen der Sprache usw. Früh gestörte Menschen haben eine bruchstückhafte Identität, fühlen sich von anderen entfremdet, zeigen häufig mangelnde Objektkonstanz und tendieren zu einem Gefühl des Verlorenenseins und der Verwirrung in der Welt. Der zentrale psychologische Konflikt ist ein Kampf um die pure Existenz, d.h. lebensfähig zu bleiben angesichts des angstausslösenden inneren und äußeren Druckes. Wegen der instabilen Integration wird verzweifelt ein Auseinanderfallen befürchtet. Die psychische Dynamik und die sozialen Auswirkungen kennen wir leider nur zu gut.

Besonders tragisch bei primär früh gestörten Patienten ist die doppelte Behinderung: einmal durch die ursprünglich und immer noch bestehende Panzerung des Augensegmentes, zum anderen auch durch die entwicklungsmaßige Defizite und Fixierungen, die sich sekundär davon ableiten. Ähnlich wie ein schadhafte Fundament das ganze Haus gefährdet, ist der früh gestörte Patient in seiner Reifung infolge der mangelnden Integration wie durch eine „Falscheingabe“ von der äußeren Welt geschädigt, selbst wenn er es beruflich und sozial weit bringen sollte.

Das Ausmaß der Integration spiegelt sich im Augenausdruck. Physiologisch sind die Augen offen, sie reagieren auf ihre Umgebung mit Bewegung und angemessenem emotionalem Ausdruck. Sie sind dann tatsächlich der ‚Spiegel der Seele‘. Bei frühen Störungen finden wir eine Unbeweglichkeit der Muskeln um und in den Augen, an der Stirn und am Hinterkopf. Wir sehen oft dunkle Augenringe, die Lider sind häufig zusammengekniffen, der Augenkontakt ist mehr oder weniger gestört. Bei Schizoiden bricht er oft unvermittelt ab, sogar mitten im Gespräch. Bei Schizophrenen ist der Blick leer, oder glasig verschwommen, in den Raum gerichtet, man sucht vergeblich, den Menschen in seinen Augen anzutreffen. Oder der mangelnde Kontakt wird durch ein bohrendes Starren kompensiert. Meist sieht man bei den Psychosen eher eine Abstumpfung im emotionalen Ausdruck, dagegen können Paranoia, chronisches Mißtrauen oder manische Euphorie kaum versteckt werden. Bei Borderline-Patienten sehen wir häufig einen fixen Ausdruck von Angst, Panik, Verzweiflung, Verwirrung oder Haltlosigkeit, hinter der sich alle anderen Emotionen verstecken. Der Ausdruck kann aber auch in kürzester Zeit von einem Gefühl zum andern, z. B. von Angst zu Wut, hinüberwechseln. Patienten mit narzistischen Persönlichkeitsstörungen haben oft einen konstanten Ausdruck von Hochmut, Kälte oder Wut. Das entscheidende an der Störung ist, daß sich der Ausdruck nicht mit anderen Stimmungen oder Ereignissen verändert und daß er unangemessen ist. Sanftheit, Wärme, Freude und Liebesgefühle finden kaum Ausdruck. Es herrscht chronische Anhedonie. Wir erfassen erst allmählich die Beeinträchtigung der Augenfunktion durch den

Panzerungsprozeß. Man sieht und erfährt die Welt grundsätzlich anders mit weichen, beweglichen und ausdrucksvollen Augen. Morton Herskowitz, einer der letzten noch lebenden Schüler Reichs in den USA, schreibt dazu: „Alle Emotionen sollen voll durch die Augen ausgedrückt werden können. Vernichtende Wut, tiefe Traurigkeit, heftige Angst, lebendige Freude, tiefe Sehnsucht – die größeren Emotionen und die entsprechenden Affektausdrücke – Erregung, Verachtung, Mißtrauen, Frage, Flirten, Enttäuschung usw. haben ihre ganz bestimmten Augenausdrucksformen. Der Grad, bis zu dem die Augen unfähig sind, diese Emotionen auszudrücken, zeigt das Ausmaß der Augenpanzerung an.“ (Herskowitz 1996)

Die Ohren sind ebenfalls oft betroffen, mit den verschiedensten Einschränkungen und Verzerrungen des Hörens und In-der-Welt-seins. Allerdings haben die Augen insofern eine Sonderstellung als sie gleichzeitig Sinnes- und Ausdruckorgan sind. Wir alle haben etwas von der emotionalen Funktion unserer Augen eingebüßt, weil wir alle frühe Traumata hatten, Dies bedeutet aber nicht zwangsläufig, daß wir hier unsere Hauptstörung haben. Selbst wenn; das Spektrum zwischen milden und schweren Formen der gestörten okulären Funktion ist sehr breit. Schließlich möchte ich auch die ganz besonderen Fähigkeiten betonen, die Menschen mit dieser Struktur haben: Echtheit und Direktheit, Tiefe, Kreativität und Genialität. Wir stellen die Diagnose frühkindliche Störung, je größer und intensiver die Gruppierung der genannten Symptome und Befunde ist. Je weniger davon vorhanden ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für eine andere Charakterstörung. Wir behandeln aber alle Patienten, gleich welcher Störung, konsequent auch in diesem Bereich, und wir haben während der gesamten Therapie ein großes „Augenmerk“ darauf.

Therapeutische Methode – Grundsätzliche Überlegungen zur Therapie früher Störungen

In der Therapie theoretisieren wir nicht, woher welche psychischen Symptome gekommen sein mögen. Wir analysieren und deuten so wenig wie möglich, sondern halten uns an die beobachtbaren Phänomene. Oft enthüllen sich die tieferen Zusammenhänge erst im Nachhinein, nachdem durch bestimmte therapeutische Vorgehensweisen Veränderungen eingetreten sind. Schon Neugeborene zeigen ganz spezifische körperliche und energetische Störungen, die man therapeutisch angehen kann. Fragliche geistige und andere Behinderungen (psychomotorische, autistische, Lernstörungen) bessern sich durch craniosacrale Behandlung manchmal fast wundersam. Kinder zeigen dann oft enorme Entwicklungssprünge und eine psychische Harmonisierung. Beryl Arbuckle hat faszinierende Arbeit mit Neugeborenen und Kindern geleistet (Arbuckle 1994) Bei Erwachsenen kann eine intensive Behandlung des craniosacralen Systems und Augensegmentes zu positiven strukturellen und symptomatischen Veränderungen führen, im psychischen, physiologischen und sogar im anatomischen Bereich. (Es kommt vor, daß Spangen und Gebisse dann nicht mehr passen) Das ergibt sich aus der Bedeutung dieser Körperregion und des ganzen Craniosacralen Systems.

Alle Patienten – nicht nur die primären Frühstörungen – brauchen eine individuelle, unterschiedlich lange Vorbereitungszeit, bis sich die frühesten Traumata

in aller Deutlichkeit zeigen, um sie dann am besten bearbeiten zu können. Ich will auch nicht verhehlen, daß etliche Patienten nie diesen Moment erreichen (wollen). Dies ist abhängig von einem Mindestmaß an Bereitschaft, Sicherheit und Vertrauen. Zunächst allerdings arbeiten wir uns allmählich, vorsichtig und systematisch von den lebensgeschichtlich letzteren bis zu den frühen und frühesten Traumata im Zwiebelshalen-Muster nach innen.

An dieser Stelle will ich etwas Grundsätzliches zu Körpertherapien und Primärtherapien sagen: es hat keinen großen therapeutischen Wert, frühe Traumata gegen einen harten Körper mit neurotischem Überbau auflösen zu wollen. Die Behandlung würde nur zu einer neurotischen Umsetzung führen. Wir legen deshalb großen Wert auf ein einigermaßen systematisches Vorgehen, weil wir schon erhebliche Schäden gesehen haben, wenn z. B. in Therapien zu früh zu weit in die Tiefe gearbeitet wurde. Zweitens: die Bedeutung des Augensegmentes wird in fast allen Körpertherapien ignoriert. Drittens wird oft auf ‚Teufel komm raus‘ eine Tiefenatmung forciert, die bei frühen Störungen kontraindiziert ist, da sie den Druck im Kopfbereich nur erhöht. So entsteht ein strukturelles und emotionales Chaos. Die Patienten fühlen sich trotz reichlicher „Primärerfahrung“ nicht besser; im Gegenteil, ihr innerer Druck ist noch größer geworden. Tiefenatmung wird erst dann (wieder) notwendig, wenn das Terrain der frühkindlichen Störung mit den entsprechenden Funktionsstörungen im Kopfbereich bereinigt ist. Schließlich können Retraumatisierungen geschehen, wenn solch sensible Lebensphasen in Gruppen mechanisch oder manipulativ behandelt werden. Als Folge muß sich der Organismus erneut und manchmal so stark abpanzern, daß an diese frühen Bereiche nur noch ganz schwer heranzukommen ist. Früh traumatisierte Patienten können nicht vertrauen und der Weg dahin wird durch die eben genannten Fehler noch mehr verbaut. Sie sind nicht zuletzt Ausdruck eines Mangels an Einfühlung und Verantwortung auf therapeutischer Seite.

Der Weg zu den frühesten Traumata im Innersten kann nur langsam und vorsichtig freigelegt werden: von den letztentstandenen, mehr außen liegenden Traumata allmählich nach innen zu den immer früheren Erfahrungen und stets von oben nach unten, also vom Augenausdruck und Kopfbereich in Richtung Becken und Beine. Innerhalb dieser Systematik geben wir allerdings so wenig wie möglich vor, um den emotionalen Prozessen und spontanen Äußerungen größtmöglichen Raum zu geben. Je spontaner und authentischer die Reaktionen, desto größeren therapeutischen Wert haben sie. Viele glauben, Körpertherapie bedeutet, irgendwelche Übungen zu machen oder massiert zu werden. Dies würde allerdings am Eigentlichen vorbeigehen.

Mein Rolle als Therapeut ist sehr unterschiedlich, je nachdem, in welcher Phase der Patient gerade steht und was er demnach braucht. So bin ich mal Teil seines Ichs, mal Spiegel oder leeres Blatt, mal schützend und nährend oder drängend und fordernd, analysierend und reflektierend, aber immer so unterstützend und ermutigend wie es mir möglich ist. Spätestens, wenn wir bei den innersten Schichten angekommen sind, übernehme ich die Rolle der Mutter als Auffangbecken für die Entäußerung präverbaler Traumata – Terror, Schrecken, Panik, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Resignation, Schmerz, Haß und Wut, und schließlich auch Sehnsucht und Liebe. Unser Medium ist dann in großem Maße visueller Kontakt, mimische Interaktion, Körpersprache und Berührung. (Herskowitz 1996)

Das bedeutet, für den Patienten jeden Moment präsent zu sein, weshalb eine Gruppenbehandlung für uns nicht denkbar ist.

Gerade bei autistischen Tendenzen und einer Mißbrauchsgeschichte sollte eine positive Neuerfahrung von Körperkontakt angestrebt werden.² Es geht um die emotionale und energetische Einstimmung zwischen Mutter und Kind, wie sie auch in der Psychoanalyse und in der modernen Säuglingsforschung beschrieben wird. Der Psychoanalytiker Lichtenberg hat einen interessanten Artikel über Parallelen zwischen den Ergebnissen der modernen Säuglingsforschung und klinischen Beobachtungen an Borderline-Patienten und solchen mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung veröffentlicht. Bei frühen Störungen scheint diese Einstimmung mangelhaft gewesen zu sein, sodaß prä- und perinatale Traumata nicht aufgefangen werden konnten. (Lichtenberg 1990) Werden Kinder nach einem Trauma nicht liebevoll gehalten und tröstend gestreichelt, können Spaltungsprozesse entstehen. Wenn wir unseren Patienten mit frühen Traumatisierungen diese lebensnotwendige körperliche Berührung wieder vorenthalten, riskieren wir eine Retraumatisierung und die Gefahr der Entwicklung einer multiplen Persönlichkeit ist nicht auszuschließen.

Wir bemühen uns, auch die innersten verhärteten Strukturen zu erreichen, sie aufzuweichen und so die frühen Traumata emotional aufzulösen. Dazu stehen uns verschiedene Techniken aus unterschiedlichen Methoden zur Verfügung.³ Ich vitalisiere erstarrte Augen durch Bewegung; ich induziere im Patienten Emotionen, indem ich ihn willentlich diesen oder jenen emotionellen Ausdruck imitieren lasse oder ich seinen Ausdruck imitiere. Im Augenkontakt und im emotionalen Ausdruck ermögliche ich es ihm, seine Gespaltenheit direkt auf mich oder auch auf eine Wand zu projizieren, wenn ihm das leichter fällt. Ich ermuntere ihn, das, was er in mir sieht, was er in den Augen und Gesichtern seiner Mitmenschen sieht, oder auch in Träumen und Bildern, zu beschreiben und es im vorgegebenen Rahmen emotional abzureagieren. Gleichzeitig korrigiere ich – falls möglich – seine verzerrte Wahrnehmung, ich entzerre sozusagen die Optik. Der direkte Ausdruck der Negativität ist besonders wichtig und wird logischerweise stets vor den weicheren und positiveren Gefühlen bearbeitet. Ich lasse den Patienten mit den Augen weggehen und wieder in fokussierenden Kontakt kommen, weggehen und wiederkommen, weggehen, wiederkommen. Man kann diese Vorgehensweise

² Mißbrauch und Sexualisierung durch körperliche Berührung von Patienten treten in der Regel nicht auf, wenn Therapeuten charakterlich sauber sind. Sind sie es nicht, kann dies auch ohne Berührung von Patienten mißbräuchliche Folgen haben. In meiner Ausbildung wurde größtes Gewicht auf die Herstellung einer sauberen Haltung gelegt: beste Garantie dafür besteht in der Freilegung des „biologischen Kerns“ des Therapeuten, d. h. in der Aufdeckung, Bearbeitung und Entäußerung aller sekundären, irrationalen, neurotischen Impulse, so umfassend wie nur möglich.

³ Bei einem umschriebenen, erinnerten Trauma z. B. bei Kriegs-Veteranen aus Vietnam mit einer PTSS scheint auch die EDM/R (Eye movement desensitization/restructuring) von Francine Shapiro schon in sehr kurzer Zeit erfolgreich zu sein. Ausgehend von der Beobachtung der schnellen Augenbewegung in der REM-Schlafphase entwickelte sie diese Methode, in der die Augen sehr schnell hin und her bewegt werden. Die Patienten mit PTSS versuchen dabei, konzentriert an das Trauma zu denken, sich der Empfindungen, Emotionen und Gedanken zu erinnern, die sie währenddessen hatten. (Shapiro 1989)

auch als konkreten und direkten Umgang mit der Übertragung betrachten. Es bedeutet meist langwierige und harte Arbeit. Dennoch ist es vorrangiges Ziel, die sensorisch-perzeptive Spaltung aufzuheben und die Integration durch Nacherleben bzw. Nachreifen in einer positiven basalen Beziehung erfahren zu lassen.

Für diesen frühen Lebensbereich ist die averbale Interaktion sozusagen die Muttersprache; verbale Kommunikation und symbolische Repräsentanz dagegen Fremdsprache. Außerdem dient die Wortsprache nur allzuoft als Abwehr und führt weg vom eigentlichen. Ich verstehe, was im Patienten vorgeht, durch vegetative Identifikation, dadurch daß ich mit ihm atme und mit ihm körperlich und emotional fühle, indem ich seinen Ausdruck und seine Haltung nachempfinde. Die wörtliche Bedeutung von „Emotion“ ist Herausbewegung. Sie ist eine körperliche „Ausdrucksbewegung“ mit einer ganz bestimmten Bedeutung.

Reich schrieb folgendes dazu: „Das Lebendige drückt sich in Bewegungen aus, und wir sprechen daher von Ausdrucksbewegung. Die Ausdrucksbewegung ist eine streng zugehörige Eigenschaft des Protoplasmas . . . es funktioniert jenseits aller Wortvorstellungen und -begriffe. Die Wortsprache ist eine biologische Ausdrucksform auf bereits hoher Entwicklungsstufe. Sie ist kein unerläßliches Attribut des Lebendigen, denn dieses funktioniert lange, ehe es eine Sprache und Wortbildung gibt. . . . Wenn auch die Sprache den plasmatischen Emotionszustand unmittelbar wiedergibt, so vermag sie an diesen Zustand selbst nicht heranzukommen. Das Lebendige funktioniert nicht nur vor und jenseits der Wortsprache; es hat überdies seine eigenen Ausdrucksformen der Bewegung, die mit Worten überhaupt nicht zu fassen sind. Jeder musikalische Mensch kennt den Emotionszustand, den große Musik hervorruft. Versucht man diesen in Worte zu fassen, so sträubt sich das musikalische Empfinden. Die Musik ist wortlos und will es bleiben. Sie ist trotzdem ein Bewegungsausdruck des Lebendigen und ruft im Hörer ‚Ausdruck‘ oder ‚Bewegtheit‘ hervor . . . Die Wortsprache funktioniert regelmäßig auch als Abwehr. Sie verdeckt die Ausdruckssprache des biologischen Kerns. In sehr vielen Fällen ist sie so weit entartet, daß die Worte überhaupt nichts ausdrücken und bloß eine dauernde, nichtssagende Betätigung der Hals- und Stimmuskulatur darstellen. In so manchen Therapien wurde die Behandlung ein Opfer dieser krankhaft gewordenen Wortsprache. Deshalb halten wir den Patienten an, sich unter weitgehender Ausschaltung der Wortsprache emotional und biologisch auszudrücken. Derart führt sie ihn in eine Tiefe, vor der er stets flieht. . . . Durch die Enthüllung krankhafter Ausdrucksformen lernen wir die menschliche Störung in einer Tiefe kennen, die den mit der Wortsprache arbeitenden Heilmethoden unzugänglich ist. Dies ist nicht einer Unzulänglichkeit dieser Methoden zuzuschreiben. Sie sind perfekt im eigenen Bereich. Leider liegt die Biopathie (sinngemäß identisch mit der frühen Störung – Anmerk. d. Autors) mit ihrem verzerrten Lebensausdruck außerhalb des Bereiches der Sprache und der Vorstellungen.“ (Reich 1989)

Nichtsdestotrotz ist das reflektierende Gespräch mit dem Patienten unabdingbar zur Integration des therapeutischen Prozesses. Letztendlich geht es bei einem früh Traumatisierten darum, das Urmißtrauen abzubauen, ihn mit sich selbst eins werden und in diese Welt integrieren zu lassen. Es gibt unterschiedliche therapeutische Wege dorthin; einen, mit dem ich selbst gut arbeiten kann, habe ich hier in Kurzform beschrieben.

Hätte man diese Integration erreicht, – und dies steht mit Recht im Konjunktiv – würde sich die weitere Arbeit schließlich am tiefen Plasmasystem, oder anders ausgedrückt am biologischen Kern konzentrieren. Hier geht es nur noch darum, Lebensenergie so frei als möglich fließen zu lassen und Hingabefähigkeit zu entwickeln. In dieser Phase fühlt sich der Patient ganz und in der Welt, kann sich voll in einen emotionalen Kontakt mit sich selbst und einem Gegenüber einlassen. Damit tauchen lustvolle Strömungsempfindungen im Körper und tiefe Lebensfreude auf. Dies ist das eigentliche Ziel unserer Methode, das aber leider nur in Einzelfällen erreicht wird. Es ist sehr fraglich, ob es nach schweren frühkindlichen Traumata jemals zu erreichen ist. Auch ist dieser angestrebte Funktionszustand natürlich nie bleibend, sondern dynamisch veränderbar und abhängig von den verschiedensten inneren und äußeren Bedingungen.

Eigene Erfahrungen als Patientin

Ich möchte zur Veranschaulichung etwas aus meiner eigenen Erfahrung als Patientin berichten. In meiner langjährigen Therapie war ich im eben genannten Sinn recht weit gekommen und hatte viele Traumata meiner frühen Kindheit aufgearbeitet.⁴ Dabei ging ich zusammen mit meinem Therapeuten rückwärts durch alle Phasen meiner kindlichen Entwicklung, habe lang verdrängte Konflikte wiedererlebt, Erinnerungen geweckt und festgehaltene Emotionen freigelassen. Ich habe getreten, gekickt, gestampft, geschlagen, geboxt und gekratzt, habe vor Wut gebrüllt, vor Schmerz geschrien, vor Angst gewimmert, in Sehnsucht die Arme ausgestreckt und vor Kummer und Trauer geschluchzt. Ich habe gehungert, gebissen, gewürgt, gesaugt, geschmatzt und gejauchzt. Mit den Augen habe ich alle erdenklichen menschlichen Gefühle wiedererlebt. Ich erinnere mich, wie mein Therapeut mich einmal, als eine Art diagnostischen Test in mein Laken einschlug und mich abrupt von sich weg stieß. Meine Reaktion war für einen Moment lang totaler Schrecken mit körperlicher Erstarrung. Von daher kann ich gut verstehen, wenn mir Patienten sagen, sie fühlen sich wie tot im Gehirn. Dann entwickelte ich aber solch eine unbändige Wut, daß ich ihm am liebsten an die Kehle und ihm die Augen auskratzen wollte. In dieser Phase hat er mich viel gehalten und gewiegt, und ich bekam Empfindungen und Erinnerungen an einen total geborgenen Zustand im Uterus. Ich träumte von einer in rotem Samt ausgekleideten Höhle, in der ich mich fröhlich bewegte. Ein anderes Mal träumte ich, ein Delfin zu sein, der sich wohlig im Wasser bewegte und eines Tages heraussprang. Es ging mir lange Zeit sehr gut. Dann kam eine Krise, als meine Mutter vor ihrem Tod leider wieder einen üblen Machtkampf mit mir aufnahm, der von den Folgen her ihren Tod noch überdauerte. Dies bedeutete solch eine tiefe Kränkung und Verletzung für mich, daß ich wieder leicht depressiv wurde und eine Magenübersäuerung bekam. Gleichzeitig verlor ich den Kontakt zu meinem guten

⁴ Der Einfachheit wegen habe ich meine Erfahrungen sehr verdichtet dargestellt. In Wirklichkeit machte ich nach einer analytischen Therapie in Deutschland noch zwei Körpertherapien: eine davon als Lehrtherapie; beide Therapeuten waren Schüler Reichs in den 40er und 50er Jahren in den USA. Die intensive Bearbeitung des Augensegmentes und das Wiedererleben frühester Erfahrungen mit den entsprechenden emotionalen Entäußerungen fiel überwiegend in die Zeit meiner Lehrtherapie.

Mutterbild und verteufelte sie. Ich konnte sie mir nur noch als Hexe vorstellen. Zwar glaube ich nicht, eine primäre frühe Störung zu haben, dennoch war dies sicher die Neuauflage einer früheren Spaltung. Ich ging noch einige Stunden zur Orgontherapie und bekam auch Craniosacralbehandlung. Hier erlebte ich etwas erstaunliches: nach den ersten 20 Minuten der ersten Sitzung spürte ich einen wohligh strömenden Fluß von einer Seite meines Gehirns zur anderen und wieder zurück, hinüber und herüber, ganz tief drinnen. Ich würde es heute ungefähr im Bereich des corpus callosum orten. In der Nacht darauf träumte ich, daß meine Mutter vom Himmel herabschwebte, mich liebevoll anschaute und mich mit ihrer ausgestreckten Hand an meiner Hand berührte. In der 5. Sitzung erlebte ich einen Teil meiner Geburt, der mir bis dahin unbekannt war. Mein Körper verdrehte sich ganz von selbst in eine völlig schräge Stellung. Hier total blockiert spürte ich eine Welle von Wut und ein Gedanke stellte sich ein: „Wenn Du jetzt nicht aufmachst, sprengte ich Dich“. Ein Wutmuster in meinem Leben, das mir sicher die positive Fähigkeit gab, schwierige Situationen und Hindernisse zu meistern. Ich erinnerte mich dann, daß meine Mutter mir erzählt hatte, wie sie bewußtlos wurde, als mein Kopf während der Preßwehen durchschnitt. Die Geburt sei bis dahin normal gewesen. Aber die Hebamme sagte ihr eben zu diesem Zeitpunkt, sie solle nicht so laut schreien, was meine Mutter als erhebliche Unterdrückung empfand. Inzwischen habe ich auch eine Ausbildung in Craniosacraltherapie/SomatoEmotional Release gemacht. Dort erlebte ich noch einmal meine ganze Geburt spontan mit den entsprechenden Körperbewegungen, Empfindungen und Emotionen. Die Erleichterung danach war überwältigend. Ich bekam wieder Anschluß an die frühen Liebesgefühle zu meiner Mutter und an den guten Teil von ihr in mir, den ich für einige Zeit verloren hatte. Seit dieser Erfahrung habe ich das sichere Gefühl, daß eine alte Verletzung, die lange Zeit wund geblieben war, endlich heilen konnte.

Schlußbetrachtung

In einer Therapie frühkindlicher Störungen, die auf der verbalen Kommunikationsebene bleibt, mag zwar eine bewußtseinsmäßige Verarbeitung der entsprechenden Traumata stattfinden. Aus eigener Erfahrung mit Nur-Gesprächstherapie und der von mir beschriebenen Körperpsychotherapie kann ich sagen, daß emotionale Verarbeitung und psychische Umstrukturierung in letzterer zwar nicht viel schneller gehen; ich behaupte aber, daß die Veränderungen tiefer und nachhaltiger greifen, und zwar sowohl tiefer in den Körper und in das energetische Plasma hinein, als auch in das emotionale Empfinden, in das Ich-Gefühl und in die Beziehungsstruktur. Vorausgesetzt ist eine Körpertherapie, die mit den körperlichen und seelischen Prozessen sorgsam und systematisch umgeht.

Literatur

- Arbuckle BE (1994) The selected writings of Beryl E. Arbuckle. American Academy of Osteopathy, Indianapolis, USA (Die Bücher von Arbuckle und Sutherland sind zu beziehen bei: Osteopathic Supplies, 70 Belmont Road, Hereford HR2 7JW, England, Telefon 0044-1432-263939, Telefax 0044-1432-344055)
- Bischof M (1995) Biophotonen. Das Licht in unseren Zellen. Zweitausendeins-Verlag, Frankfurt

- Dornes M (1993) *Der kompetente Säugling – Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Fischer, Frankfurt
- Herskowitz M (1996) *Emotionale Panzerung – Einführung in die psychiatrische Orgontherapie*. LIT-Verlag, Münster, Hamburg, London
- Lichtenberg JD (1990) Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. *Psyche* 44:871–901
- Meichenbaum D (1994) *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)* (Zu beziehen bei Dr. Donald Meichenbaum, Dept. of Psychology, Waterloo, Ontario, Canada, N2L3G1. Telefax 001-519-746 8631)
- Reich W (1982) *The Bioelectrical Investigation of Sexuality and Anxiety*. Farrar, Straus & Giroux, New York
- Reich W (1987) *Die Entdeckung des Orgon*. Bd. I. *Die Funktion des Orgasmus*. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Reich W (1989) *Charakteranalyse* (Kap. III./II. *Die Ausdruckssprache des Lebendigen*, IV. *Die Schizophrene Spaltung*) Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Reich W (1994) *Die Entdeckung des Orgon*. II. *Der Krebs*. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Sabetti S (1985) *Lebensenergie. Wesen und Wirken jener Kraft, die unsere körperliche, geistige und seelische Verfassung steuert*. Scherz-Verlag, Bern, München, Wien
- Shapiro F (1989) Eye Movement Desensitization: a New Treatment for Post-Traumatic Stress Disorder, *J. Behavioral Therapy & Exp. Psychiatry* 20(3):211–217
- Stern ND (1990) *Tagebuch eines Babys*. Piper, München, Zürich
- Sutherland WG (1990) *Teachings in the Science of Osteopathy*. Sutherland Cranial Teaching Inc.
- Sutherland AS (1962) *With thinking fingers. The story of W.G. Sutherland*. The Cranial Academy Press
- Upledger JE, Vreedevojd JD (1994) *Lehrbuch der Kraniosakraltherapie*. Haug, Heidelberg
- Upledger JE (1987) *Craniosacral therapy II, Beyond the Dura*. Eastland Press, Washington
- Upledger JE (1990) *SomatoEmotional Release and Beyond*. Upledger Institute Publishing, Palm Beach Gardens