

# DAS PRIMÄR-ENNEAGRAMM

## Prä- und perinatale Wurzeln des Enneagramms

Dirk Leinweber, EnneaForum 19, Mai 2001, S. 26-30

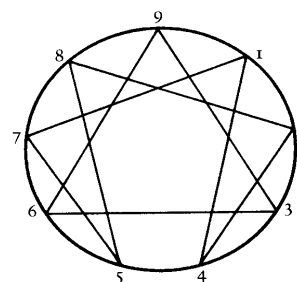


Abb. 1: Das Enneagramm

### Das Enneagramm

In den letzten 30 Jahren gewann eine rätselhafte Typenlehre, das sogenannte Enneagramm, zunehmend an Popularität. Ein Enneagramm ist zunächst eine geometrische Figur mit neun Spitzen (von altgr. „ennea“ = „neun“ und „gramma“ = „Geschriebenes“), die sich aus einem Kreis, zwei „offenen“ Dreiecken und einem regulären Dreieck zusammensetzt (siehe Abb. 1).

Im Westen erschien dieses Symbol zunächst in den Lehren des geheimnisvollen Mystikers *Georg Gurdjieff*, der es als kosmisches Prozessmodell verstand<sup>1</sup>. Das Enneagramm als Typenlehre, die im Westen bekanntere Anwendung, geht auf den Peruaner *Oscar Ichazo* zurück, eine gleichermaßen rätselhafte Persönlichkeit.

Vor gut 30 Jahren griffen die Jesuiten in den USA *Ichazos* Enneagramm auf. Sie erkannten die Stärke des Modells und setzten es in ihrer Exerzitienarbeit ein. In den 80er Jahren erschien dann die erste Veröffentlichung der bisher nur mündlich weitergetragenen Erkenntnisse<sup>2</sup>. So wurde die Theorie einer breiten Öffentlichkeit zugänglich. Heute liegen zahlreiche Buchveröffentlichungen zum Enneagramm vor. Die historischen Wurzeln des Phänomens sind jedoch noch immer weitgehend ungeklärt.

Die beiden Begründer der heutigen Enneagrammtradition, *Gurdjieff* und *Ichazo*, lassen die Quellen ihres Wissens sehr bewusst im Dunkeln, die Frage nach dem „Woher“ beantworten sie nicht eindeutig. Beide offenbaren ihren Angaben zufolge etwas radikal Neues und geben nicht einfach eine alte Tradition weiter. Haben sie vielleicht bloß vom Enneagramm geträumt oder eine Vision gehabt? Und wenn ja, was heißt dann *bloß*?

Das Enneagramm birgt eine tiefe Weisheit, die ihre Gültigkeit über Generationen und Kulturen hinweg bewiesen hat. Ist es womöglich im jungschen Sinne archetypisch? Nach dieser Deutung könnten es *Gurdjieff* und *Ichazo* in ihrem Innern erfahren und daraufhin eine uralte Tradition individuell wiederbelebt haben.

Neuere Studien – insbesondere die Arbeiten des Prä- und Perinatalpsychologen *Terence Dowling* – zeigen, dass die Archetypen als Inhalte des kollektiven Unbewussten in Erfahrungen wurzeln, die alle Menschen zu allen Zeiten und in allen Kulturen teilen<sup>3</sup>. Besonders die vorgeburtliche Zeit, die Geburt selbst und die vorsprachliche Zeit unserer frühen Kindheit, also die vom soziokulturellen Umfeld am wenigsten geprägten Eindrücke des Menschen, bilden solche Erfahrungen. Mit ihnen werden wir uns im Folgenden näher befassen.

### Psychologie der Schwangerschaft und der Geburt

Schon in den Anfängen der Psychoanalyse gab es die Vermutung, dass das Leben im Mutterleib für die spätere Entwicklung von Bedeutung sein könnte. So vermutete *Freud* 1911 in einem Brief

an Jung, dass die Beziehung des ungeborenen Kindes zur Plazenta der Mutter das spätere psychische Leben prägt<sup>4</sup>.

Analytiker wie *Otto Rank*<sup>5</sup>, *Nandor Fodor*<sup>6</sup> und *Francis Mott*<sup>7</sup> haben diese Überlegungen weitergeführt. Ihnen verdanken wir das heutige Wissen um die psychische Bedeutung der vorgeburtlichen Lebenszeit (Pränatalphase) und der Geburt (Perinatalphase).

In den 1950er und 1960er Jahren lieferte der Einsatz von LSD in der Psychotherapie neue Impulse im Bereich der Prä- und Perinatalpsychologie. *Stanislav Grof* in Amerika und *Frank Lake* in England beobachteten das authentische Wiedererleben von Geburtserlebnissen.

*Grof* unterschied dabei vier Reaktionsmuster und korrelierte diese mit den vier Stadien des biologischen Prozesses einer normal verlaufenden Geburt. Sein Konzept der vier „perinatalen Matrizen“ (PM I–IV, siehe Abb. 2) ist bis heute sehr einflussreich<sup>8</sup>.

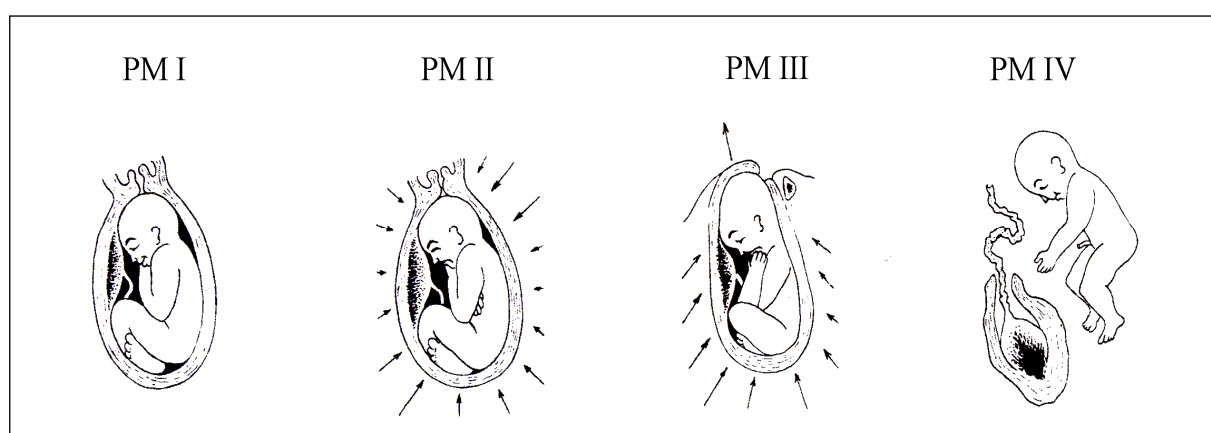


Abb. 2: Stadien des Geburtsvorgangs und perinatale Matrizen nach Grof<sup>6</sup>

*Lake* verzichtete bald auf den Einsatz von LSD und verwendete stattdessen seit 1969 eine spezielle Atemtechnik, die eine sanftere und systematischere Erkundung der Geburtserfahrung ermöglichte. Früh erkannte er die Bedeutung der Stressforschung von *Iwan Pawlow*<sup>9</sup>. *Pawlow* beobachtete, dass sich die Reaktion seiner Hunde auf stetig ansteigenden Stress plötzlich verändern und sogar in das Gegenteil umschlagen konnte – was ab einer bestimmten, individuell verschiedenen Schwelle mit einer irreversiblen psychosomatischen Schädigung einherging.

In Anlehnung an *Pawlow* unterschied *Lake* damit vier Stufen der Stresseinwirkung:

- „**Ideal**“ – schmerzfrei, alle Grundbedürfnisse sind befriedigt.
- „**Coping**“ – die Grundbedürfnisse sind nicht voll befriedigt, das Individuum arrangiert sich jedoch mit der Situation und lernt damit zu leben.
- „**Opposition**“ – Schmerz und Stress sind an der Grenze des Erträglichen, das Individuum zweifelt an seiner Grundfähigkeit, die Situation zu bewältigen und zu überleben.
- „**Transmarginaler Stress**“ – der Stress hat die Grenze (engl.: margin) des psychosomatisch Erträglichen überschritten, das Individuum reagiert paradox. Das führt häufig zu einem komaähnlichen Zustand: Als letzter möglicher Schutz vor dem vernichtenden Schmerz „implodiert“ die Lebensenergie, um jede Empfindung auszuschalten.

Diese vier Stressgrade kombinierte *Lake* mit *Grofs* System der perinatalen Matrizen zu einer Vier-mal-vier-Matrix mit 16 verschiedenen Positionen, die eine sehr feinstufige, individuelle Analyse prä- und perinataler Erlebnisse ermöglicht (siehe Abb. 3)<sup>10</sup>. Dieses Gefüge ist der Vorläufer der Drei-mal-drei-Matrix des Primär-Enneagramms.

The Peri-natal Events which affect Personality Development, their location in Stanislav Grof's Basic Peri-natal Matrices, with the Level of Disruption and Splitting reached in Reacting to various kinds of Pain. C 39

Topographical → Four places where stress response to increasingly severe perinatal stress	A Summary of Statements made by persons ostensibly re-living Intra-uterine and Peri-natal experiences in the course of Primal Integration Work and therapy. Arranged as to where and when they take place, extending Stanislav Grof's four Basic Peri-natal Matrices; and graded as to the response they evoke. See CTA Chart Gr.				
	Umbilical (U) Affected (A) (U) (A)	B.P.M. I	B.P.M. II	B.P.M. III	B.P.M. IV
<b>Level 4</b> <i>The effects of Trans-marginal Stress; goals reversed.</i> The organism turns against itself. Death wishes and self-destruction.	I (4) So overwhelmed by the badness, bitterness or blackness of the feelings coming in via the cord, it desires to die. May struggle to block or 'cut' the cord, 'better without it'. May put the badness into the skin, then 'tears' at it. Total emptiness invaded by destructive archetypal monsters. May survive by detachment, split off from body. In despair at such badness, joins it. Betrays the innocent self, turning against it, killing hope and hostile to life. Feels a horror of the self as contemptible. Seeks darkness, even 'voluptuous death'. Destroys family links, sabotages success.	II (4) Distress at the intense crushing pressure rises until, for some, the terror is so great they long to die to avoid it. They side with its apparently destructive intention. They feel so bad, worthless, guilty, tortured and attacked, they side with the attacker. 'Let the mountains fall on us'. Suicidal impulses, 'crushed to death'. Masochistic, hellish death desired. May project it on to others as torturers. This place and level is associated with so-called endogenous depression, with pains from this place.	III (4) Each of the dangers and life-threatening emergencies and catastrophes of this struggle to get out, eg. crushing, impaction, twisting, tearing (of nerve trunks of brain membranes), asphyxia due to blocks in cord or placental defects, terror of time passing without relief, etc. can become so unendurably bad that death, ie. the success of the deadly force, is deeply desired. Associated later-life syndromes: impulses to suicide by hanging or suffocation in claustrophilic or agitated depressive settings.	IV (4) The failure of those in the new environment to meet the urgent needs for recognition, bonding, a face, hands, voices, warmth, security, food, is far too bad to be endured. Death wishes; to get away from this dread, bodily anguish, mental splitting and social shame of 'unwantedness'. Passionate desire, not to live but to die. De-pair at not being able to go away and die. If there have been earlier 'trans-marginal' experiences of pain to the death-wish level, the courage to bear and cope with delay here is correspondingly less.	
<b>Level 3</b> <i>In total opposition.</i> Splitting off into total opposition. The 'badness' is unbearable. No on-going trust.	I (3) Foetus already with some sense of worth early in 1st trimester, refuses to go with the bad maternal influx, or rejection when mother knows she is pregnant. Fights back. Hostile 'chests' down the umbilical arteries. May claw at the placenta for 'more'. May try to push back the 'badness'. May displace bad umbilical affect into feet or hands, attacking them. Paranoia begins, and feared badness of one's own organs. In a less emotionally stressful 2nd trimester the foetus may oppose the grey, boring dullness of life.	II (3) The freedom and 'justice', competence, autonomy, initiative and skill of the foetus has consisted in its ability, by muscular effort and reflex movements, to get out of bad situations and better its position. This is stopped by the onset of labour. This immobilizing pressure is opposed, actively or passively, according to the constitution. Intense antagonism felt against the crusher. A hatred felt for this 'hell', hot and torturing. Terror of death by implosion. Fear of destructiveness of explosive will to get out.	III (3) The struggle to make forward progress by thrusting aside the opposition totally dominates the will. The obstructions due to maternal 'deficiencies', felt as threats to survival, are actively borne, according to constitutional style. Some in stoical opposition, others in fury, are opposed to the crushing, the relentless return of pressure, twisting, pains, impactions, asphyxia, near drowning, long delays, frustration, panics, fear of dying here. May feel either confident or desperate, just convinced that there is nothing for it but to fight on to the end of the road.	IV (3) Probably arrives in a fighting mood. Back-log of protest commonly issues now in prolonged screaming or crying. Limbs flailing - or struggling to rediscover containing structures. Delay in bonding leads to anxiety which can take-over as panic. Total dedication to ending this bad threatening aloneness. Fights against being pushed to cliff-edge of despair, fall into non-being and fragmentation. Cannot bear unmet needs and fights the deficit characteristic.	
<b>Level 2</b> <i>Bearing and Coping</i> The stress is bearable. Inter-action good-enough The deficit tolerable. Confidence gained by the experience of coping.	I (2) Feels that mother/placenta has given as much as she/it is able to. Foetus feels mother's tiredness, weakness, debility and need and tries to meet those needs, feeling stronger, responsible, a caring 'foetal therapist'. Aware of mother's other family preoccupations. Shares bereavement and comfort. Successful struggles to improve position give confidence. The self can 'go along with' these constructively bearable deficits. 'It' may deeply share the mother's longing for the love of an intimately caring man.	II (2) The intermittent nature of the contractions gives some respite. Pressure is bad but bearable. Experience may be reassuring. Some sense of coming to the end of foetal stage, expecting some 'new thing'. May receive strong maternal reassurance and continued contact and purposiveness. Stressful, but no danger to 'being' or 'well-being'. Achievement of bearing each 'pain' gives self-esteem. Have a sense of being able to bear heavy burdens uncomplainingly.	III (2) Relieved that there is now some sense of direction, the foetus exerts itself, and by pushing with the feet and 'reptation' (snake-like twisting) cooperates in the struggle. Some are passive and let it happen to them without distress. May lose contact with the mother's feelings or be very concerned about hurting her. May 'hold back' to save her or fight on, trusting her to bear it. Part of it may feel good and 'sexually exciting'.	IV (2) Relief at arrival gives a boost to the Level 2 feeling that 'I have coped so far, and will do'. Puts up with discomfort of handling. Waits in characteristic fashion for the successive agenda items to be met; 'Someone has come at last', 'Someone, or 'she has picked me up. Someone is looking at me. Here is food'. Defects in presentation, lateness, cold, roughness, wrong order, loneliness etc, borne with courage.	
<b>Level 1</b> <i>Ideally good.</i> Totally need-satisfying and 'ideal' interactional conditions.	I (1) Some regain a supreme bliss during the first week as a spherical blastocyst. (B.B.) 'God and the universe are in here'. 'It is union with the Ground of being.' A sense of oceanic joy moving in the 2nd trimester. Free. Awareness of being the focus of love, prepared for, wanted. Images of garden paradise. Feeling of light in skin, of shining, soft, vitality. Exchanges of love via the cord. The placenta may be loved as if it were a brother or sister or twin. May feel a loss.	II (1) Some experience this phase of intense 'hugging' pressure as pleasurable, exciting, enhancing, even sexually stimulating. Strong containment feels specially safe. This can represent a good place to go back to. 'No exit' situations can have an attractive fascination. In totally non-traumatic births, this phase is not usually re-lived with any clear detail.	III (1) The experience is, for some reliving the event, not just bearable but positively enjoyable, exciting, orgasmic, pure achievement. For some it feels to have been a solo performance 'Alone I did it'. Others, the most 'loved', keep close emotional contact with the mother working well together in rhythm. A few report sharing with mother a sexual ecstasy of shared joy. It is the active baby, willingly cooperating in a timely birth, that has the most positive recall of the event.	IV (1) The relief and sense of achievement at emerging successfully is followed by a peaceful awareness of the new conditions as different, but kind. Responds to careful handling, to immediate bonding with the mother. Skin to skin held by soft gentle hands. Seeks and finds the face and feels its welcome. 'I am welcome and good'. The breast is ready; feeding starts.	

Abb. 3: „The Peri-natal Events“ – Vier-mal-vier-Matrix von *Frank Lake*<sup>8</sup>

### Drei prä- bzw. perinatale Grunderlebnisse

Die vier perinatalen Matrizen von *Grof* spiegeln den extern beobachtbaren Geburtsverlauf. Aus der Perspektive des Kindes sind jedoch nach heutigen Erkenntnissen während der Zeit im Mutterleib und der Geburt nur drei zentrale psychosomatische Erlebnisse von Bedeutung. Diese Grunderlebnisse können in Selbsterfahrung, therapeutischer Körperarbeit und durch die Analyse von Träumen bzw. als kollektive Erfahrung über Mythen aufgedeckt werden<sup>11</sup>:

1. Das erste Grunderlebnis jedes Menschen ist die Beziehung zur mütterlichen Plazenta – sie und nicht die Mutter oder die Mutterbrust ist unser erstes Liebesobjekt. Diese Beziehung wird real über unser **Herz** und unseren Blutkreislauf erlebt und gesteuert. Sie prägt all unsere späteren Beziehungen.
2. Das zweite Grunderlebnis ist durch den Versuch des Kindes gekennzeichnet, während der Geburt den **Kopf**, insbesondere die Versorgung des Gehirns, zu schützen. Diese Erfahrung

begründet unser Bedürfnis nach Sicherheit, Schutz, Wissen und Orientierung im späteren Leben.

- Das dritte Grunderlebnis für jedes Kind ist die Austreibungsphase. Um geboren zu werden, muss das Kind seine **Bauch-**, Becken- und Beinenergie einsetzen. Der Ausgang dieses Lebenskampfes bestimmt unser Autonomiegefühl, die Fähigkeit, uns zu behaupten, und unsere Grundhaltung zum Leben.

Diese drei psychosomatischen Grunderlebnisse entsprechen den drei Zentren oder Grundenergien der Enneagrammtradition: Herz, Kopf und Bauch.

### Drei Grade der Stresseinwirkung

In der therapeutischen Arbeit bildete sich bald die Erkenntnis heraus, dass es eine Zeit im Mutterleib und Geburt, ein Leben ohne jeglichen Stress nicht gibt. *Lake* selbst begriff seine erste Stressstufe als nicht verwirklichtes „Ideal“. Für die praktische Arbeit und die Weiterentwicklung seiner Konzepte sind somit nur drei Stressgrade relevant (siehe Abb. 4).

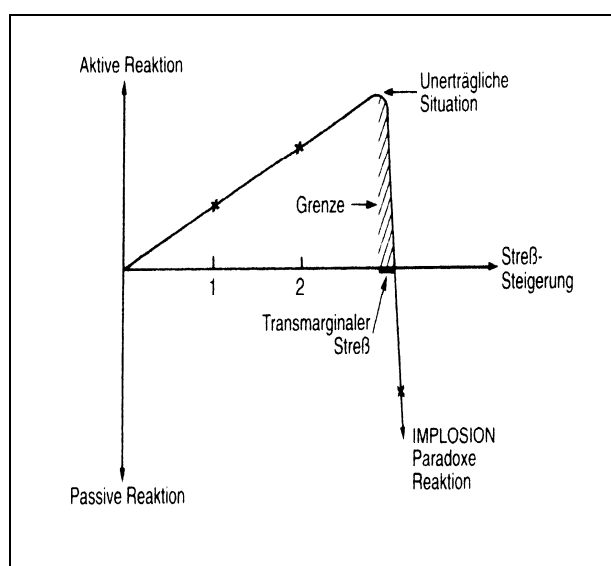


Abb. 4: Transmarginaler Stress (nach Pawlow, Lake, Dowling)

- Auf eine Notsituation reagiert das Kind zunächst mit Selbstvertrauen und einer Verstärkung der Grundenergie, die Grundenergie wird **überentwickelt**. Diese überschüssige Energie wird später von der Umwelt oft als schwierig erlebt.
- Erhöht sich der Stress weiter, kommen beim Kind allmählich Zweifel auf, ob sich sein Grundbedürfnis durch den verstärkten Energieeinsatz befriedigen lässt. So wird die Grundenergie **blockiert**. In späteren Stresssituationen wird der Mensch erneut zweifeln und seine Grundenergie blockieren.
- Ist das Kind „transmarginalen“ Stress ausgesetzt, **implodiert** seine Grundenergie. Diese Traumatisierung verleugnet das Kind jedoch. Es kommt zu einer Spaltung seines Erlebens und seiner tiefenpsychosomatischen Struktur – und damit zu widersprüchlichem (paradoxem) Verhalten. Später vermeidet der Mensch den Kontakt zu allem, was an diese Implosion erinnern könnte.

## Das Primär-Enneagramm

Stress unterschiedlicher Intensität vor und während der Geburt führt also zu einer Deformierung der jeweiligen Grundenergie (Herz, Kopf, Bauch). Je nach Konstitution des Kindes und abhängig von der Intensität und Dauer der Traumatisierung wird die Grundenergie übertrieben, blockiert oder sie implodiert. Daraus ergibt sich die folgende Drei-mal-drei-Matrix des Primär-Enneagramms – mit neun Positionen:

<b>Grundenergie</b>	<b>Herz</b> Plazentare Beziehung	<b>Kopf</b> Kopfschutz im Geburtskanal	<b>Bauch</b> Austreibungsphase der Geburt
<b>übertrieben</b>	<b>II</b>	<b>V</b>	<b>VIII</b>
<b>blockiert</b>	<b>III</b>	<b>VI</b>	<b>IX</b>
<b>implodiert</b>	<b>IV</b>	<b>VII</b>	<b>I</b>

Abb. 5: Matrix des Primär-Enneagramms

Die Matrix spiegelt den realen Prozessverlauf von Schwangerschaft und Geburt wider. Ihre Positionen bilden die tiefenpsychosomatische Essenz der aus der Enneagrammtradition bekannten Charakterfixierungen und führen diese auf unser primäres Erleben während unserer Zeit im Mutterleib und unserer Geburt zurück. Der scheinbare Widerspruch zwischen dem Enneagramm als Prozessmodell (nach *Gurdjieff*) und als Typenlehre (nach *Ichazo*) löst sich auf.

Mit dem Primär-Enneagramm lassen sich also die traditionellen neun Charakterfixierungen und die damit verbundenen psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen vor dem Hintergrund prä- und perinataler Erfahrungen erkunden und verstehen.

## Neun tiefen- und entwicklungspsychologische Wurzeln unserer Persönlichkeit

Im Idealfall ist das Kind im Mutterleib entspannt und offen für die Leben spendende Nahrung



Abb. 6: Strahl der göttlichen Liebe zum ungeborenen Kind (Hildegard von Bingen)

über die Plazenta. Die Mutter ihrerseits ist – wie schon von der Universalgelehrten Hildegard von Bingen dargestellt – in einem Zustand der Empfängnis gegenüber der Familie, die sie trägt und unterstützt. Dieser Fluss des Gebens und Empfangens setzt sich über etliche Stadien fort: bis hin zur Gesellschaft als Ganzes, zum Kosmos, zu Gott ... Nach dieser Vorstellung erfährt die empfangende kindliche Offenheit den Strahl der göttlichen Liebe ungehindert, das Kind erlebt unbegrenzte Fülle (siehe Abb. 6).

Dieses Ideal entspricht jedoch nicht unserer Realität: Krankheiten, Unfälle, Ängste, Unsicherheiten, Sterbefälle in der Familie, Beziehungskrisen und vieles mehr führen zu einer Beeinträchtigung unseres ersten Lebensraums – des Mutterleibs. Hier helfen die einzelnen Enneagrammpositionen bei der Einordnung (Position I wird entsprechend der Matrix als Letztes erläutert):

### Position II: Pränataler Mangel

Jeglicher Stress der Mutter führt auch zu Stress für das Kind im Mutterleib. Sehr schnell kann es zu einer mangelhaften Blutversorgung des heranwachsenden Kindes kommen (mütterlicher Nikotinkonsum führt zu einer extremen Form dieses Mangels). Als Gegenreaktion erhöht das Kind seine Herz tätigkeit und pumpt Blut durch die Nabelschnur-Arterien in die Plazenta. Dies fördert den Blutstrom aus der Plazenta zurück zum Kind. Pränataler Mangel zwingt das Kind

also dazu, sein eigenes Blut, seine Lebensenergie zuerst der Plazenta, seinem ersten Beziehungsobjekt, zu schenken. Es lernt, dass es erst geben muss, um zu bekommen.

Tiefenpsychosomatisch geht es darum, sich das Leben zu verdienen, die eigene Existenz durch Herzleistung zu sichern. Einfach zu entspannen und auf Geschenktes zu warten scheint verkehrt, sogar lebensbedrohlich zu sein. Menschen mit „übertriebener Herzenergie“ leben immer in

Bezug auf ein Gegenüber. Sie scheinen ihr Leben für andere zu leben, meist in einer anstrengenden Symbiose. Durch den pränatalen Mangel werden sie zu gezwungenen Helfern.

### **Position III: Pränatale Vergiftung**

Für viele ungeborene Kinder gibt es lebensbedrohliche Situationen, die sie nicht durch erhöhte Herztätigkeit bewältigen können. Dies ist der Fall, wenn Giftstoffe das Kind über die Plazenta erreichen. Trinkt eine Mutter z. B. zu viel Alkohol, würde eine erhöhte Herztätigkeit des Kindes zu einem Rückfluss von teils vergiftetem Blut führen. Die Plazenta wird so zu einem sehr ambivalenten Gegenüber. Das Kind betreibt eine richtiggehende Nabelschau und lernt seine Herztätigkeit zu drosseln und bei Gefahr mit weniger Blut auszukommen. Ein Versagen dieses Systems könnte tödlich sein. Trotz dieser sorgfältigen Überwachung des Blutflusses kann das Kind eine Vergiftung nicht gänzlich vermeiden und kommt mit einem negativen Körper-Selbstbild zur Welt.

So geprägte Menschen leben immer in der Angst, nochmals „vergiftet“ zu werden, und sind daher in Beziehungen überaus wachsam und misstrauisch. Sie kompensieren ihr negatives Selbstbild durch Verstellung und permanente Anpassung. Sie identifizieren sich – häufig erfolgreich – mit ihrer gekonnten Selbstdarstellung. Leben ist für sie immer Überleben, ein subtiler Kampf mit sich selbst, immer in der Angst, durchschaut zu werden.

### **Position IV: Perinatale Implosion durch die Plazenta**

Stress in der primären Beziehung zur Plazenta kann auch „transmarginal“ werden. Dies führt zu einer „Implosion“ der Herzenergie. Erreicht z. B. unter der Geburt ein Narkosemittel das Kind, hat es kaum eine Chance, bei Bewusstsein zu bleiben und damit seine Autonomie zu bewahren. Der Versuch des Kindes, das Mittel durch erhöhte Herztätigkeit aus seinem Körper zu befördern, führt zu einem verstärkten Rückfluss, ähnlich einem Todesschuss. Der Wille des Kindes, geboren zu werden, versinkt in Ohnmacht und Bewusstlosigkeit. Auch bei einer fest um den Hals geschlungenen Nabelschnur kann sich das Kind nicht in seinem Geburtsprozess behaupten, es muss alle Bauch-Becken-Bein-Energie, jeden Impuls, geboren zu werden, unterdrücken. Die Plazenta, das erste Liebesobjekt, wird nicht nur ambivalent, sondern tödlich-negativ. Die pränatale Erlebniswelt und die Beziehung zur Plazenta gehen zugrunde.

Menschen, die dennoch ins Leben geholt werden, fehlt es an Durchsetzungskraft und der Bereitschaft, sich in der Welt zu behaupten und zu zeigen. Eigeninitiative, Überlegenheit und Aggression werden vermieden, weil sie zu Angst-, Schuld- und Ohnmachtsgefühlen führen. Da sie erlebt haben, dass Anpassung nicht rettet, blicken diese Menschen trotz aller Minderwertigkeits- und Versagensgefühle mit Arroganz und häufig aus einer rebellisch-romantischen Perspektive auf die angepassten Macher dieser Welt. Weil die plazentare Beziehung sie in das Reich des Todes führte, sind Liebesbeziehungen für solche Menschen problematisch: Ihre Spontaneität wird durch Minderwertigkeitsgefühle gehemmt. Sie haben Angst vor Ohnmacht und Autonomieverlust und neigen zu paradoxen Äußerungen und Reaktionen. Ihre Partner haben oft das Gefühl, dass sie nicht richtig präsent sind.

### **Position V: Perinataler Kopfschutz**

Verglichen mit unseren nächsten Verwandten, den Schimpansen, ist die menschliche Geburt kompliziert. Mit dem aufrechten Gang wurde unser Becken enger und fester, gleichzeitig vergrößerte sich unser Gehirn und damit der Schädel. Daher kommen wir Menschen vergleichsweise früh und unreif auf die Welt und dennoch ist die Geburt für viele Kinder eine lange, schmerzhafteste Prozedur.

Das Kind versucht während der Geburt unter allen Umständen seinen Kopf vor Schmerz und sein Gehirn vor Sauerstoffmangel zu schützen. Unter dem Einfluss von Adrenalin wird die Blutversorgung der Extremitäten, der Hände, Füße und Bauchorgane gedrosselt, das Blut aus der Plazenta geht hauptsächlich zu Herz und Gehirn. Solange die Plazenta für ausreichend sauerstoffhaltiges Blut sorgt, ist der Kopf geschützt.

In vielen Menschen bleibt dieser Kopfschutzmechanismus ein Leben lang aktiv, als wäre die Geburt noch nicht vorüber. Diese Menschen leben zurückgezogen, ähnlich wie im Mutterleib. Das Leben wird aus einer geschützten Position heraus betrachtet. Ressourcen werden streng überwacht. Sicherheit, ob häuslich, finanziell, beruflich oder rein theoretisch, ist ein großes Thema. Leben bedeutet Leben im und für den Kopf, der Körper ist bloß Hilfsorgan. Die Folge sind kalte Füße und Hände und kaum Zugang zu Bauchenergien, Instinkten und Emotionen. Der Mensch ist gespalten und exzentrisch (wegen des fehlenden Kontaktes zur eigenen Mitte). Er ist sozial eher isoliert und neigt dazu, seine Kontakte auszubeuten. Um in nahezu jeder Situation zu überleben, entwickelt er raffinierte Strategien, ohne sich jemals selbst in Frage zu stellen oder zu bewegen.

### **Position VI: Perinatales Versagen des Kopfschutzes**

Kann die Plazenta während der Geburt nicht ausreichend sauerstoffhaltiges Blut liefern, beginnt der Kopfschutzmechanismus zu versagen. Der Blutkreislauf zum Kopf gerät ins Wanken und die Gefahr einer dauerhaften Schädigung des Gehirns steigt. Der Mutterleib – die ehemals vertraute Welt – wird zur Bedrohung, das Kind bekommt Angst. Die Situation scheint hoffnungslos. Das Kind fühlt sich in die Enge getrieben, betrogen und von der Plazenta verlassen. Gleichzeitig hat es Schuldgefühle, selbst alles kaputt gemacht zu haben. Bestimmte Geburtsergebnisse wie z. B. eine Frühgeburt, ein vorzeitiger Blasensprung oder eine Geburtseinleitung steigern diese Erfahrung.

Während der Geburt von dieser Angst und diesem Zweifel geprägte Menschen neigen dazu, ein Leben lang Furcht vor sich selbst und der Welt zu haben. Sie sind mutlos, wehleidig, misstrauisch und pessimistisch und können sich nur schwer entspannen. Häufig suchen sie Sicherheit und Anerkennung durch Institutionen und Autoritäten. Sie bleiben zerrissen zwischen ihrem zwanghaften Misstrauen in engeren Beziehungen und ihrer Neigung, sich auf jemand Stärkeres zu stützen, um endlich Schutz und Geborgenheit zu erfahren. Da sie ein schlechtes Selbstbild haben, reagieren sie überempfindlich auf Kritik und Ablehnung, neigen jedoch gleichzeitig dazu, anderen die Schuld für die eigene Misere zu geben.



### **Position VII: Perinatale Implosion durch den Kopf**

Die in Position VI beschriebene Angst vor dem Hirntod kann in perinatale Panik übergehen: Das Kind kann seinen Kopf und sein Gehirn nicht mehr adäquat schützen. Es muss sehr bald Bauch-, Becken- und Beinenergie einsetzen, um sich zu befreien. Feigheit könnte tödlich sein.

Es gibt Situationen, in denen der Geburtsstress nicht nur zu flüchtiger Panik, sondern zu einer psychosomatischen Implosion durch den Kopf führt. Bei einem geplanten Kaiserschnitt oder einer Sturzgeburt z. B. kann das Kind einen solchen Schock erleiden, dass es sich im Leben und in seinem eigenen Körper nicht mehr orientieren kann, zumal diese Ereignisse so massiv und überstürzt eintreten, dass das Kind keine Chance hat, seinen Kopf zu schützen oder Bauchenergien einzusetzen. Es wird plötzlich überwältigt und herausgerissen, sein Wille wird vernichtet. Was geschieht, geschieht.

Menschen, die auf diese Weise auf die Welt geholt werden, sind so verletzt, dass sie ihr Bedürfnis nach Sicherheit und Orientierung verleugnen. Normale Strukturen und Institutionen werden verachtet. Sie suchen ständig neue intensive Erlebnisse, um zu spüren, dass sie doch lebendig sind und ihr Erleben selbst steuern. Um dieses Suchen – das leicht zur Sucht wird – zu ermöglichen, werden jegliche Angst- und Schuldgefühle ausgeblendet. Blindheit für die realen Lebensbedingungen wird durch Idealisierung kompensiert, Willenlosigkeit durch optimistisches Vertrauen in höhere Mächte. Verantwortung wird vermieden. Häufig übernehmen plötzliche Visionen die Regie. Stark ausgeprägt sind zudem die Fähigkeit und das Bedürfnis, an lebensgefährliche körperliche und psychische Grenzen zu gehen, um den eigenen tiefenpsychosomatischen Schock zu ergründen, zu besänftigen und letztlich das Grauen der Implosion zu verleugnen. Das Leben ist ein einziges Bungee-Jumping!

### **Position VIII: Perinatale Wut**

Wenn das Kind nicht abrupt aus seiner pränatalen Welt herausfällt oder herausgeschnitten wird, muss es sich hinausstemmen: Es muss sein Becken öffnen, sich den letzten Kraftstoff von seiner sterbenden Plazenta holen (II) und dann massive Bauch-, Becken- und Beinenergie einsetzen. Unterstützt durch die Wehen, muss es seinen eigenen Kopf – jetzt ohne jegliche Rücksicht – als Rammbock benutzen, um sich seinen Weg durch das Becken der Mutter zu bahnen. Das beste Bild für dieses Ereignis ist ein Boxkampf: Der eigene Kopf darf blutig geschlagen und bis zur Bewusstlosigkeit verletzt werden. Aber alles unter der Gürtellinie muss unversehrt bleiben.

Menschen, die so auf die Welt kommen, haben wesenhaft gesiegt. Sie haben keine Angst, Grenzen zu missachten, um ihre eigene körperliche Lust und ihr Bedürfnis nach Raum zu befriedigen. Sie umgehen „weibliche“ Machtlosigkeit durch „männliche“ Selbstbehauptung und Aggressivität. Ein Zurückhalten eigener Impulse ist undenkbar. In modernen Kulturen ist die Sportarena der geeignetste und fast der einzige Ort für das gesunde Ausleben dieser übertriebenen Bauchenergie. Das ungebremste Instinktleben und die sexuelle Freizügigkeit dieser Menschen werden allgemein nicht akzeptiert.

### **Position IX: Perinatale Erschöpfung**

Wird das Kind nach Einsatz seiner Bauchenergie nicht bald geboren, kommt es langsam, aber sicher zu einer perinatalen Erschöpfung des Kindes. Möglicherweise ist sein Kopf ja zu groß oder das Becken der Mutter zu eng. Oder aber eine um den Hals geschlungene Nabelschnur zieht sich kurz vor der Austreibung durch den starken Bauchenergieeinsatz weiter zu. Vielleicht hält sich das Kind auch aus einem bestimmten Grund in einer ungünstigen Lage, so dass Pressen und Drücken die Geburt nicht voranbringen. Die Folge: Das Kind zweifelt und blockiert seine Impulse, sich durchzusetzen, der Einsatz von Bauchenergie scheint zwecklos oder sogar gefährlich – so fällt es in eine schlappe Gleichgültigkeit.

Erscheint eine normale Geburt bereits nicht mehr möglich, führt eine allgemeine Entspannung häufig dazu, dass das erschöpfte Kind doch noch den richtigen Dreh findet und aus dem Becken herausrutscht.

Menschen, die so geboren werden, zweifeln auch im späteren Leben am Sinn von Kampf und Anstrengung. Jeder Konflikt und jede Herausforderung werden geschickt vermieden. Sie haben Angst vor jeglicher Dynamik im Leben, insbesondere in engeren Beziehungen, und wirken tendenziell dämpfend auf ihr Umfeld.

### **Position I: Perinatale Begegnung mit dem Tod**

Wird das Kind in dieser Erschöpfung nicht aus eigener Kraft geboren, kommt es häufig zu einer Extraktion mit Geburtszange oder Saugglocke. Alle Grenzen des Kindes werden überschritten. Dieses massive Gewalterlebnis kann sein ganzes Leben überschatten. Der Schmerz und Stress des Kindes wird bei solchen Maßnahmen in der Regel „transmarginal“, die Bauchenergie des Kindes implodiert. Jegliche Lebensspannung weicht aus dem Körper. Die Schließmuskulatur des Afters entspannt sich, so dass Kindspech ins Fruchtwasser entweichen kann. Der Überlebensinstinkt des Kindes, sein Wille, ist völlig gebrochen. Es will nicht mehr geboren werden, sondern sterben.

Überlebt das Kind dieses Nahtodereignis, entsteht eine sehr paradoxe tiefenpsychosomatische Struktur: Menschen mit dieser Erfahrung haben große Angst vor ihrer eigenen Wut, weil ihr Versuch, sich während der Geburt durchzusetzen, lebensbedrohlich endete. Jeglicher Instinkt aus dem Bauch wird aus Angst vor Selbstvernichtung verneint, jegliche Spontaneität wird im Keim erstickt. Der Fluss des Lebens wird streng überwacht und zwanghaft kontrolliert. Perfektionismus, strenge Wertmaßstäbe und Regeln schützen vor unvorhergesehenen Ereignissen, die bei diesen Menschen leicht Todesangst hervorrufen können. Autismus stellt die extremste Form dieser Charakterfixierung dar: Menschen mit autistischen Zügen verleugnen ihr Geborensein und versuchen sich in einer pränatalen Welt abzukapseln.

## **Das Enneagramm kommt mit jedem von uns neu auf die Welt**

Jeder, der mit dem Enneagramm vertraut ist, wird in den obigen tiefenpsychosomatischen Skizzen die prä- und perinatalen Wurzeln der bekannten neun Charakterfixierungen entdecken. Wie neuere Untersuchungen<sup>12</sup> zeigen, gibt es Menschen, bei denen das Leben im Mutterleib oder die Geburt so traumatisch war, dass die gesamte Persönlichkeitsentwicklung davon bestimmt ist. Kein späteres Erleben mildert in solchen Fällen die Folgen der Traumatisierung, alle postnatalen Erlebnisse des Kindes werden von seiner Mutterleibs- und Geburtserfahrung überprägt.

Normalerweise formt jedoch nicht *ein* traumatisches prä- oder perinatales Ereignis *allein* unsere erwachsene Persönlichkeit. In der Regel wird ein Mensch durch alle seine Erlebnisse geformt, die wie Zwiebelschalen übereinandergeschichtet sind. Daher verfügen wir über verschiedene Charakterzüge, die die Summe unserer Lebenserfahrung widerspiegeln. Unsere frühesten Erfahrungen bilden jedoch eine Kernstruktur, auf der alle späteren Entwicklungen aufbauen.

Die prä- und perinatale Psychologie und Medizin hat sich mittlerweile die Wurzeln der neun Fixierungen, die Kernmetaphern des Enneagramms, zu eigen gemacht. Damit hat sich das Modell als sehr effektives diagnostisches Werkzeug in der Tiefenpsychosomatik bewährt<sup>13</sup>, nicht nur in der therapeutischen Arbeit mit Erwachsenen, sondern auch bei Säuglingen und Kindern.

Längst sind nicht alle Fragen geklärt, die Verbindung zwischen der Enneagrammtradition und der modernen prä- und perinatalen Psychologie ermöglicht jedoch bereits heute faszinierende neue Einblicke in die Tiefen des menschlichen Seelenlebens.

**Dirk Leinweber**  
Schulstraße 5  
37581 Bad Gandersheim  
[info@dirkleinweber.de](mailto:info@dirkleinweber.de)  
[www.dirkleinweber.de](http://www.dirkleinweber.de)

- 
- <sup>1</sup> **Bennet, J. G. (1974):** *The Enneagram*, Coombe Springs Press, England
- <sup>2</sup> **Beesing, M. et al. (1984):** *The Enneagram – a journey of selfdiscovery*, Dimension Books, New Jersey
- <sup>3</sup> **Dowling, T. W. (1988):** *The Roots of the Collective Unconscious* in L. Janus (Hrsg.), *Pränatale und perinatale Erlebnsvorgänge als Kernelemente des Unbewussten – Befunde und Perspektiven*; Heidelberg: Textstudio Gross
- <sup>4</sup> **McGuire, W. & Sauerländer, W. – Hrsg. (1984):** *S. Freud – C.G. Jung. Briefwechsel*, S. 199, Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt/Main
- <sup>5</sup> **Rank, O. (1924):** *Das Trauma der Geburt*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag Leipzig, Wien
- <sup>6</sup> **Fodor, N. (1949):** *The Search for the Beloved. A Clinical Investigation of the Trauma of Birth and Prenatal Condition*; University Books, New York
- <sup>7</sup> **Mott, F. (1959):** *The Nature of the Self*; Allan Wingate, London  
Francis Mott gliederte – ohne das Enneagramm zu kennen – den Prozess von Schwangerschaft und Geburt in neun psychosomatisch bedeutsame Phasen, die er auf einem Kreis anordnete (Näheres dazu eventuell in einer späteren Ausgabe des EnneaForums).
- <sup>8</sup> **Grof, S. (1983):** *Topographie des Unbewußten. LSD im Dienst der tiefenpsychologischen Forschung*; Klett-Cotta, Stuttgart
- <sup>9</sup> **Pawlow, I. (1929):** *Lectures on Conditioned Reflexes* (Übersetzung von W. H. Gantt); Lawrence Ltd., London
- <sup>10</sup> **Lake, F. (1979):** *Studies in Constricted Confusion*; Clinical Theology Association, Nottingham
- <sup>11</sup> **Dowling, T. W. (1991):** *Pränatale Regression in der Hypnose* in L. Janus (Hrsg.), *Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings* (S. 61–69), Textstudio Gross, Heidelberg
- <sup>12</sup> **Dowling, T. W. (1997):** *Prä- und perinatale Erfahrungen von Menschen mit autistischen Tendenzen* in L. Janus u. S. Haibach (Hrsg.), *Seelisches Erleben vor und während der Geburt* (S. 203–284), Neu-Isenburg: LinguaMed
- <sup>13</sup> Das Primär-Enneagramm wird in Deutschland seit 1984 in Ausbildungs- und Selbsterfahrungsgruppen für Hebammen, Therapeuten und Ärzte von *Terence Dowling* eingesetzt. Hierbei wird es nicht nur zum Verständnis der Grundenergien der Gruppenteilnehmer, sondern vor allem auch als Modell für den gesamten Gruppenprozess verwendet.