1. Vorbemerkung

Heilung gelingt durch Integration. Integration erfordert bestimmte Umgebungsbedingungen.

Heilung gelingt durch Abspeicherung des traumatischen Erlebnisses in einem neuen Kontext (auf Englisch „*reframing*“). Der bislang isolierte Traumakomplex wird neu verknüpft mit Sicherheit, Problembewältigung, Selbstwirksamkeit, Ressourcen und positiver Zuwendung. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass der neue Rahmen für die Traumaerinnerung nicht nur imaginativ und kognitiv im narrativen Gedächtnis, sondern auch vegetativ-sensomotorisch im impliziten Gedächtnis etabliert wird. Die bisherige Konditionierung wird deshalb im grünen Zustand bewältigbaren Stresses neu verhandelt.

2. Traumatherapeutische Technik

Techniken der traumabezogenen Körperpsychotherapien oder des EMDR kennen wir aus der neurologischen Rehabilitation. Das überrascht nicht, denn eine Traumafolgestörung ist eine funktionelle und z. T. auch organische Hirnleistungsstörung.

In der Traumatherapie ist mitfühlender Kontakt essentiell, es ist der wichtigste Wirkfaktor überhaupt. Aktive traumatherapeutische Techniken vermitteln dann in diesem Rahmen von mitfühlender Bezogenheit notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen zur Traumaheilung. Ich will hier nur die wichtigsten Techniken nennen, die sich in meiner Praxis als notwendig, zumindest aber als den Heilungsprozess sehr fördernd und beschleunigend erwiesen haben:

- Stabilität und Sicherheit
- Ressourcen aktivieren

- Konfrontation mit unbewältigten oder/und prägenden Erlebnissen
- 5 grundlegende Ebenen (basic) müssen angesprochen werden:

B Bewegungsimpuls (behavior)

A Affekt (affect)

S Körper-Sensation, Körper-Spüren (sensation)

I Imagination, Erinnerungsbild der traumatischen Situation (image)

C Selbstzuschreibung, Cognition

- Doppelfokus/Pendeln zwischen Dysfunktionalem und Ressource
- rhythmische sensorisch-sensomotorische Stimulation
- Arbeiten im Eustress (Stressampel im grünen Bereich); ggf. Übernahme des beeinträchtigten Stressmanagements durch den/die achtsamen Therapeuten/Therapeutin
- Vermeidung von Dissoziation
- Analyse des Charakterpanzers und der sekundären Traumakompensationen, ggf. mit körperbezogenen, charakteranalytischen Techniken der bioenergetischen Analyse, der Feldenkrais-Arbeit, der craniosakralen Osteopathie

(Ausführliche Darstellung in Madert 2007 und www.Madert.de/downloads)

Für viele mag aktive Traumatherapie und Präsenz im mitfühlenden Kontakt scheinbar ein Paradox sein. Ja, Traumatherapie erfordert eine aktive Technik. Das Gehirn wird aktiv stimuliert, der Patient/die Patientin aktiv daran

gehindert, zu dissoziieren, notfalls wird das Stress-Management für den Patienten/die Patientin übernommen. Der traumatische Komplex ebenso wie hilfreiche Ressourcen werden aktiv und geleitet aufgesucht, Verbindungen werden aktiv hergestellt, Vermeiden wird konfrontiert. Niemand setzt sich „freiwillig“ wieder den schrecklichen Gefühlen aus, die die traumatische Situation damals ausmachten. „Freie Assoziation“ mit endlosen Gedanken- oder Gefühlsschleifen um den traumatischen Komplex herum, freie Assoziation zur Bestätigung und Verstärkung der Charakterabwehr, freie Assoziation zur fortdauernden Stabilisierung und Selbstbestätigung des persönlichen Mythos', des dysfunktionalen Selbstkonzeptes, ist nicht nur kontraproduktiv weil sie die biologische Basis der Sollwertverstellung im Stresssystem nicht verändert, sondern birgt sogar die Gefahr der Retraumatisierung durch Abgleiten in einen (ungebremsten) Trauma-State und dem entsprechenden Hochstress ohne Lösung.

Das Paradox löst sich auf, wenn wir die Interventionsebenen betrachten: Der Therapeut/die Therapeutin stellt einen sicheren Raum zur Verfügung, einen Raum für Gehirnaktivierung, Orientierung, Stressmanagement, Kontrolle, Katharsis, insbesondere einen sicheren Kontaktraum, in dem das Trauma unter Niedrigstress „im grünen Bereich“ konfrontiert wird.

In diesem Raum ist der Therapeut/die Therapeutin unterstützend präsent und lässt den Patienten/die Patientin sein, lässt vom Patienten/von der Patientin kommen, was immer kommen mag, lässt insbesondere Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit zu. Es muss nichts „passieren“ oder „erreicht werden“. Ich erinnere mehrere Sitzungen, in denen sich eine lähmende Ratlosigkeit, eine hilflose Ohnmacht, ein auswegloses Überwältigtsein bei mir als Therapeut breit machte. Und der Patient wollte zwar den Kontakt, wollte aber nicht „tiefer“

einsteigen, Anregungen griff er nicht auf, „nichts ging vorwärts“. Mein „Therapeuten-Ich“ wusste: Es lag nicht an meiner therapeutischen Kompetenz, die war nicht einfach verschwunden. Ich tröstete mich damit, dass nicht jede Stunde „gelingen“ muss. Ich wusste, Ohnmacht und Hilflosigkeit gehören zum traumatischen Komplex. Ich habe meine Ohnmacht einfach ausgehalten. Der Patient ging erleichtert, wenn auch ohne „Lösung“. In der nächsten Stunde bedankte er sich für die gute letzte Sitzung. Es habe ihm so viel gegeben, dass er mit diesen Gefühlen von „nichts geht“ nicht allein geblieben sei, sondern bei mir auf Verständnis und Getragen-Werden gestoßen sei.

Dieses „Nichts-geht“ gibt es in der Traumatherapie oft, in vielen therapeutischen Konfrontationssequenzen, die sich über mehrere Minuten hinziehen können. Dann ist immer die Frage: Braucht der Patient/die Patientin mehr Unterstützung in seinem/ihrer Prozess durch Mobilisierung und Gehirnstimulierung, mehr Zugang zu seiner/ihrer Lebendigkeit durch charakteranalytische Arbeit an seinen/ihren Widerständen, mehr Sicherheit gebenden Halt? Oder ist der Patient/die Patientin in Kontakt mit seinem/ihrer Prozess, und es geschieht gerade die Konfrontation mit seiner/ihrer Ohnmacht als einem Teil des traumatischen Komplexes?

Neben direkten Fragen an den Patienten/die Patientin geben den entscheidenden Hinweis letztendlich die Prozessqualität und das Zustandsbild der Befindlichkeit des Patienten/der Patientin, wie er/sie sich in der Simulation im Spiegelneuronensystem des Therapeuten/der Therapeutin abbildet.

3. Was wir von anderen Kulturen lernen können

Ich finde es bemerkenswert, wie viele östliche körperbezogene Meditationstechniken unter anderem Namen in der westlichen Traumatherapie wieder auftauchen. In diesen östlichen Systemen gibt es ein Konzept, das es im Westen so nur noch in der Bioenergetik nach Wilhelm Reich gibt: das Konzept von Lebensenergie *Chi* oder *Prana*. Alle mir bekannten Meditationssysteme sind sich darin einig, dass im meditativen Prozess zuerst eine Reinigung zu erfolgen hat, und zwar in den östlichen Konzepten eine Reinigung der *Energiekanäle*, Nadis oder Meridiane genannt, und eine Reinigung und Aktivierung der *Energiezentren*, Chakren genannt.

Die Reinigung von Traumata geschieht durch konkrete, achtsam begleitete Körperübungen. Achtsamkeit als zentrales Element der Meditation ist heute so „modern“, dass es in der Verhaltenstherapie sogar schon unter dem Label „Mindfulness“ als besondere Therapiemethode vermarktet wird, z. B. in der Dialektisch-Behavioralen Borderline-Therapie (s.u.) oder im MBSR. Traumatherapie ist auch Reinigung von den Blockaden der Schockstarre.

Laut dem Neurobiologen Gerald Hüther sind es primär die eigenen Körpererfahrungen, die das Gehirn während der frühen Phasen der Entwicklung im Mutterleib und in der Säuglingszeit strukturieren. Das Denken spielt dabei noch keine Rolle. Erst mit der Fähigkeit zum symbolischen Denken gewinnen nun auch die Gedanken, Vorstellungen und Überzeugungen des Kindes an strukturierender Kraft. Die Gedanken, Vorstellungen und Überzeugungen sind aber kein Selbstzweck, sondern sie dienen der Stabilisierung dessen, was die Person als ihrer Identität zugehörig betrachtet. Sie dienen der Stabilisierung des Ich-Komplexes: Wenn ich

aufhöre zu denken, löst sich automatisch das auf, was ich bisher an Denkanstrengungen zur Stabilisierung meiner eigenen Identität unternommen habe. Übrig bleiben all jene Anteile der eigenen Identität, die nicht allein durch das Denken gestützt und stabilisiert werden. Das sind all die Erfahrungen, die im Verlauf der bisherigen Entwicklung mit dem eigenen Körper und in der unmittelbaren Beziehung zu anderen Menschen und der äußeren Welt gemacht wurden (Hüther 2002; Hüther et al., 2009).

Es ist immer wieder erstaunlich, wie viel „Ich-freier Raum“ entsteht, wenn die Körperwahrnehmungen einfach nur bemerkt und dann ohne Bewertung stehen gelassen werden. Vor allem die Mikroanalyse der Wahrnehmungen verändert ganze Glaubenssysteme. Aus Schmerz wird Muskelspannung, aus Aufregung Hinweis auf Gefahr ohne äußeren Anlass. Die Großhirnrinde beschäftigt sich mit sich, mit ihren eigenen Bewusstseinszenarien, und das wird in Achtsamkeit erkannt.

4. Empathie als wesentlicher therapeutischer Wirkfaktor

Ein Mensch im chronischen Schockzustand wird sich von seinem Hintergrundempfinden her zutreffend, aber völlig unbewusst, als erstarrt und unlebendig kartieren und davon selbst nichts merken, weil es zu seinem unbewussten phänomenologischen Selbstkonzept gehört. Dieser Status ist für ihn selbstverständlicher Alltagshintergrund seines Seins in der Welt. Davon wird seine grundlegende Befindlichkeit in der Welt bestimmt. So wird er sich verhalten, so wird er dies anderen Menschen nonverbal mitteilen, so werden andere Menschen dies „intuitiv“ mithilfe der Funktion ihrer Spiegelneurone (Bauer, 2005) erfassen. Die zwin-

gend notwendige Beziehungserfahrung für einen Traumatisierten zur Veränderung dieses Konzeptes, ist der leibhaftige spiegelnde Kontakt mit lebendig mitfühlenden Mitmenschen.

Durch empathische Verschränkung zweier Systeme („konsensueller Zustand“ nach Gerhard Roth, 2001) scheint sich im körperlichen Gehaltenwerden das übersteuerte, hypertone System des/der Patienten/Patientin an das entspannte psychophysiologische Muster einer beruhigenden Person anzugleichen. Durch die gegenseitige Einstimmung und Bezogenheit wird das System des Patienten/der Patientin neu „getuned“ und damit Veränderungen des Hintergrundempfindens herbeigeführt (Petzold, 2000a; 2000b, Madert, 2003b). Die bestehenden dysfunktionalen Erregungsbereitschaften werden mit neuen Erfahrungen überschrieben („korrigierende emotionale Erfahrung“ siehe Stauss, 2006). Die Spiegelneurone als neurobiologische Basis wechselseitiger Körperresonanz und Empathie (auf Englisch „shared intersubjective space“) spielen dabei eine zentrale Rolle. Therapeut/Therapeutin wie Patient/Patientin fokussieren auf die Befindlichkeit des Patienten/der Patientin. Die Auflösung des Schockzustandes ist Voraussetzung für die Aufhebung des Spaltungsmechanismus, der Reintegration des dissoziierten Körpererlebens, der Emotionen, Einstellungen und mentalen Repräsentationen.

Das therapeutische Ziel dabei ist in erster Linie ein physiologisches: Auflösung des chronischen Schockzustandes. Der Heilungsprozess beginnt über die „Wahrheit des Körpers“: der Körper kennt den Lösungsweg (Levine, 1998). Er weiß, wie er sich aus der Schockstarre herauswinden muss, um die gebundene Erregung zu entladen.

Empathisches Mitschwingen, mitfühlende Resonanz eines Anderen führt einen traumatisierten Menschen aus der Schockstarre heraus.

Empathie schafft (neben der unbedingt notwendigen äußeren Sicherheit) den Sicherheit vermittelnden Beziehungskontext. Weil so viele traumarelevante Erinnerungsdaten im impliziten prozeduralen Gedächtnis auf der Ebene von Bewegungsmustern und Tuning des Hintergrundempfindens abgespeichert sind, wird bei traumatisierten Menschen Empathie vor allem über Berührung und gemeinsame „spiegelnde“ Bewegung vermittelt (siehe Madert, 2003b).

Der Therapeut/die Therapeutin geht empathisch mit der trauma-getönten Befindlichkeit des Patienten/der Patientin in Resonanz, indem er/sie sich spiegelnd einschwingt auf dieses gemeinsame Aufmerksamkeitsziel (auf Englisch „joint attention“). Dadurch fühlt der Patient/die Patientin sich verstanden.

Dabei geht es nicht um Selbstoffenbarung des Therapeuten/der Therapeutin, sondern um die Bereitschaft des Therapeuten/der Therapeutin, die Resonanz des Patienten/der Patientin in seinem/ihrer eigenen Spiegelneuronsystem bewusst zuzulassen, nicht zu werten. Authentizität oder Aufrichtigkeit im Sinne von Carl Rogers bedeutet hier, nicht in dieser Wahrnehmung aufzugehen, sondern diese Wahrnehmung patientInnengerecht in Worte zu fassen, sodass er/sie sich verstanden fühlt. Gleichzeitig muss der Therapeut/die Therapeutin sein/ihr separates stabiles Ich bewahren. Sich voll einzubringen als Therapeut/Therapeutin bedeutet daher: voll in die Resonanz zu gehen, voll die Simulation zuzulassen und auszuhalten bei gleichzeitigem Bewusstsein: Ich habe vielleicht Ähnliches erlebt und kann das dem Patienten/der Patientin mitteilen, wenn es ihm/ihr hilft und er/sie sich damit angenommen und verstanden fühlt. Ich bleibe aber ich, unabhängig vom Patienten/von der Patientin. Ich brauche ihn/sie nicht. Er/sie darf so lange traumatisiert bleiben wie er/sie das braucht. Das erfor-

dert beim Therapeuten/bei der Therapeutin eine voll intakte linkshirnige Selbstreferenz.

Sämtliche mentalen Operationen beruhen letztendlich auf Erfahrungen, die wir als handelnde körperliche Wesen machen (Bauer, 2005). Der Therapeut /die Therapeutin agiert aber nicht aus konkordanter Gegenübertragung auf den Trauma-State des Patienten/der Patientin, sondern setzt dem seine/ihre eigene Körperlichkeit mit entspannter vagotoner Befindlichkeit entgegen. Damit aktiviert er/sie über Input an die Spiegelneurone des Patienten/der Patientin bei diesem/dieser gleichfalls eine vagotone Gestimmtheit. Das bedeutet gezielte emotionale „Ansteckung“ (auf Englisch „emotional contagion“) des Patienten/der Patientin durch den Therapeuten/die Therapeutin. Dazu muss er/sie natürlich für den Patienten/die Patientin körperlich präsent sein, möglichst sichtbar, hörbar und riechbar, oft auch berührbar, damit das Spiegelneuronsystem des Patienten/der Patientin Input erhält und eine Simulation der Befindlichkeit des Therapeuten/der Therapeutin erstellen kann.

5. Der Therapeut/die Therapeutin als gutes Beziehungsobjekt

In der Therapie traumatischer Störungen braucht der Patient/die Patientin als „Subjekt“ eine *korrigierende emotionale Beziehungserfahrung* über den Umgang des Therapeuten/der Therapeutin mit dem Körper des Patienten/der Patientin. Durch die heilsame Art der Beziehung des Therapeuten/der Therapeutin zu dem im Schock erstarrten Körper des Patienten/der Patientin wird der Therapeut/die Therapeutin zu einem „guten Beziehungsobjekt“ für den notleidenden Körper.

Der Patient/die Patientin erlebt konkret „hautnah am eigenen Leibe“, wie der Therapeut/die

Therapeutin gut mit dem Körper des Patienten/der Patientin umgeht. Diese Erfahrung ist notwendig zum Aufbau einer neuen Qualität von Beziehung des Patienten/der Patientin zu seinem/ihrer eigenen Körper als Basis für ein neues Hintergrundempfinden im Umgang mit anderen Menschen. In der Sprache der Psychoanalyse bedeutet dies eine neue „Objektbeziehungsrepräsentanz“ zu entwickeln.

Joachim Bauer: „Nicht nur, um ein Bild von der Welt zu entwerfen, auch, um sich selbst zu definieren, muss das kindliche Gehirn sich auf abgespeicherte Programme beziehen können, die erlebte Aktions- und Interaktionssequenzen beschreiben“ (Bauer, 2005 S. 65). Spiegelneurone können Handlungssequenzen nur dann einspiegeln, wenn sie von lebenden biologischen Akteuren kommen. Objektive Ereignisse müssen konkret körperlich auf der Ebene von Stammhirn (Basalganglien) und limbischem System stattgefunden haben, nicht symbolisch, damit sie urbildhafte Grundlage für ein Muster abgeben, was dann auch ein Abbild oder eine Repräsentanz gleicher Gestalt auf der von der neuralen Organisation her höheren Großhirnrindenebene finden kann. In der körperorientierten Traumatherapie werden diese „objektiven Ereignisse“ über den Körper und insbesondere über die Hände des Therapeuten/der Therapeutin vermittelt.

6. Der Therapeut/die Therapeutin als „Container“

In der Psychoanalyse gibt es schon lange das (kategorial psychische) Bild des Therapeuten/der Therapeutin als „Container“, der die „unverträglichen“ Emotionen des Patienten/der Patientin in sich hält und „vorverdaut“, womit meist auch gemeint ist, dass der Therapeut/die Therapeutin diesen Emotionen Worte

verleiht, was dem Patienten/der Patientin helfen soll, seinen/ihren Zustand zu „verstehen“, in der Fachsprache ausgedrückt: zu „mentalisieren“, also mental innerpsychisch (auf Großhirnebene) zu verorten.

Unter dem kategorialen Dritte-Person-Aspekt (Wilber, 2001) des Spiegelneuron-Systems geht es tatsächlich darum, dass der Therapeut/die Therapeutin eine Simulation der Befindlichkeit des Patienten/der Patientin in seinem eigenen Spiegelneuronsystem als Ort der neuronal-physischen Erregung zulässt. In der Zwei-Personen-Perspektive des Austausches kann es sinnvoll sein, dem Patienten/der Patientin gegenüber die Wahrnehmung dieser Simulation (Erste-Person-Perspektive) verbal zu benennen, wenn das dem Patienten/der Patientin Orientierung gibt und das Gefühl, verstanden zu werden. Dieses Gefühl entsteht, wenn der Therapeut/die Therapeutin bei sich eine einigermaßen korrekte Simulation vom Zustand des Patienten/der Patientin hat zulassen können. So kommt es zu einer gewissen Gemeinsamkeit im Erleben und Verstehen, mithin also zu einem hinreichend gelungenen Austausch. Der Patient/die Patientin fühlt sich gespiegelt und in diesem Austausch „erkannt“.

Bleiben wir bei dem Bild vom Container. Es ist klar, dass der Therapeut/die Therapeutin als Container nicht mit den in ihm/ihr gehaltenen Inhalten, nämlich der gespiegelten Befindlichkeit des Patienten/der Patientin, verschmelzen darf. Das würde allenfalls zu einer Identitätsdiffusion und zum Mitleiden („Mitleid“) führen. Wem wäre damit geholfen? Das bewusste Therapeuten-Ich muss von der Simulation getrennt bleiben und darf sich nicht mit dem Fremden des Patienten/der Patientin identifizieren. Das gebietet nicht nur der Respekt vor dem Individuum Patient/Patientin, das ist auch therapeutisch enorm wichtig, denn der Therapeut/die Therapeutin muss mit seiner/ihrer Haltung und

Befindlichkeit dem Trauma-State des Patienten/der Patientin eine souveräne, nichtkatastrophale Ressourcenqualität entgegenstellen. Diese wiederum wird vom Spiegelneuronsystem des Patienten/der Patientin erfasst. Es kreiert automatisch eine Simulation der Befindlichkeit des Therapeuten/der Therapeutin. Diese Simulation im Nervensystem des Patienten kreiert ein Diskrepanzerleben zur eigenen Befindlichkeit und ein alternatives Welterleben. Es hat mich schon oft berührt, wie positiv erstaunt und wertschätzend Patienten im Prozess der Traumakonfrontation feststellen: „Sie (der Therapeut) bleiben ja so ruhig! Sie sind ja gar nicht überwältigt! Wie Sie das (mein Trauma) aushalten!“ Solch eine Feststellung wäre nicht möglich, wenn der Patient/die Patientin sich nicht mit seinem/ihrem Spiegelneuronsystem auf die positive Befindlichkeit des Therapeuten/der Therapeutin eingeschwungen hätte, was er/sie nur kann, wenn er/sie einigermaßen präsent ist, also nicht dissoziiert. Diese oftmals völlig neue Information wiederum hilft ihm/ihr, seinem/ihrem Trauma-State etwas entgegen zu stellen. Genau das vermittelt dem Patienten/der Patientin eine Möglichkeit von Sicherheit, Selbstmächtigkeit und Kompetenz, die im Kontrast steht zu seinem/ihrem Trauma-State.

Ich glaube, das, was Patienten/Patientinnen an uns als „authentisch“ erleben, ist genau die Kombination aus der Bereitschaft, uns auf die Simulationsgefühle einzulassen und gleichzeitig mit unserem Therapeuten-Ich eine eigene Person zu bleiben, die die Simulation aushält, oder – psychisch gesprochen – zu Mitgefühl fähig ist.

7. Gegenübertragung

Wie bereits erwähnt, wird ein Schockzustand chronisch durch Empathiemangel der Bezugs-

personen. Dann fehlt eine sichere und Halt gebende Umgebung, die Voraussetzung ist für die Ableitung der im Schock neutralisierten („eingefrorenen“) Erregung, durch z.B. Weinen, Schluchzen, Zittern. Dieser Empathiemangel ist zumindest zum Teil mitbedingt durch eine *typische Gegenübertragungsreaktion* auf einen Menschen im Schockzustand: Der offensichtlich von Schrecken überwältigte Mitmensch rührt an unsere eigenen unverarbeiteten Traumata und aktiviert (triggert) unser eigenes Schock-Reaktionsmuster, das in einer emotionalen Betäubung besteht. Die Induktion eines eigenen Schockzustandes kann man beim Anschauen von Schreckensnachrichten im Fernsehen an sich selbst beobachten. Dabei spielen drei einander aufschaukelnde Wirkmechanismen ineinander:

1. Die schreckliche Situation konfrontiert mich mit einem Problem. Ich werde ange-regt, das Szenario in meiner Vorstellung möglichst perfekt mit möglichst vielen Sinnesqualitäten mental zu erschaffen, was nur über die Projektion meiner Vorstellung in den Körper hinein gelangen wird. „Wie fühlt sich das an“ ist die unmittelbare Reaktion. Nur auf der Basis eines Fühlbildes kann ich eine mentale Vorstellung bilden, aus der heraus ich eine Lösung für die schreckliche Situation kreieren könnte. Zum Handeln entschließen kann ich mich nur, wenn ich ein Körpergefühl habe, zu dem vorgestellten Ausgang der Situation (Damasio, 1997).
2. Beim Beobachten anderer Menschen wird meine empathische Funktion mithilfe der Spiegelneurone aktiviert und ich werde mich unmittelbar „intuitiv“ in die Befindlichkeit des Anderen, hier in seinen Schockzustand, einfühlen, indem mein Körper dessen Haltung und Tonus imitiert. Eigene

unverarbeitete traumatische Komplexe werden getriggert.

3. Nun werde ich „es nicht an mich ran kommen lassen“. Ich werde meine eigene emotionale Reaktion dissoziieren in aktiver Distanzierungsarbeit. Ich werde so „cool“ wie der Mensch im Schockzustand.

Auch Therapeuten zeigen diese Gegenübertra-gungsreaktion, häufig in zwei Formen:

1. **Konkordant** selber in einen **Schockzustand** zu geraten (sekundäre Traumatisierung, auf Englisch „*vicarious traumatization*“):

Ich reagiere selbst mit einer milden Form des Totstellreflexes, halte den Atem an, suche nach „Lösungen“ auf rationaler Ebene, wo eigentlich Aushalten der Erregung, Mitfühlen und Begleiten gefordert sind. Ich verliere meine Lebendigkeit und Lebensenergie, werde vielleicht sogar benommen und „irgendwie völlig daneben“. Die emotionale Einfühlung geht verloren. Das kann mir als Therapeuten/Therapeutin leicht passieren, durch unbewusstes empathisches Einschwingen auf den Schockzustand des Patienten/der Patientin mittels meiner Spiegelneurone oder/und durch die in mir evozierten schrecklichen Vorstellungen und Phantasien. Das bedeutet, dass ich als Therapeut/Therapeutin von der traumatischen Situation genauso überfordert, überwältigt, hilflos gemacht bin, wie der Patient/die Patientin selbst es ist. Ein erstarrter Therapeut/Therapeutin kann aber keine/n Patienten/Patientin verlebendigen.

Wenn ich das bemerken kann, ist dies schon eine große Hilfe, denn dann bin ich schon wieder ein Stück vom eigenen Schockgeschehen distanziert und nicht mehr mit der Simulation identifiziert. Wenn ich mich dann auch noch ein wenig körperlich bewege, bin ich nicht mehr „totenstarr“, sondern habe mich bereits etwas

daraus befreit. D. h. ich erlebe mich mehr als „ich-selbst“. Gegenüber dem Patient/der Patientin kann ich diese Befreiung auch ansprechen und ihm damit Beispiel im Umgang mit dem Schrecken sein.

2. Komplementäre Gegenaggression als die zweite Form:

Die meisten Menschen werden sich in der Begegnung mit einem Menschen im Schock gegen den gleichfalls in ihnen induzierten Schock wehren. Sie wehren sich gegen den Zustand des Unlebendigwerdens, indem sie ihre Flucht- oder Kampfmechanismen aktivieren. Die Hilflosigkeit als wichtigste Emotion im Trauma-State werden sie nicht aushalten können. Dann ist es wie ein Stück Selbstschutz, in einen emotional getönten Gegenangriff zu gehen, denn die Emotion bringt mich wieder ins Leben zurück. Dies ist aber fatal für Patienten/Patientinnen im Schock. Sie erleben das wie eine Zurückweisung und ein nochmaliges Hineingestoßenwerden in das Unverstandensein des Traumas, zumindest als ein Alleingelassenwerden. Es wäre eine Retraumatisierung, zumindest auf der Beziehungsebene.

Bei der **komplementären Gegenaggression** gibt es drei **Unterformen**. Als Therapeut/Therapeutin kann ich

1. **Komplementär** den Schrecken, das Grauen, die Not des Patienten/der Patientin **bagatellisieren**, um nicht selbst überwältigt in einen Schockzustand zu geraten. Das könnte man auch als intellektualisierende Abwehr oder als Ent-Emotionalisierung begreifen. Zugrunde liegt dem eine zumindest emotionale **Dissoziation** bei mir als Therapeuten/Therapeutin, weil ich bereits konkordant in einem Schockzustand bin und dies dissoziativ abwehre.

2. **Komplementär** mich als „Opfer“ des Patienten/der Patientin fühlen, als Reaktion auf den internalisierten „Täter“ im Patienten/in der Patientin.

3. **Komplementär wie ein „Täter“** den Patienten/die Patientin durch Konfrontation und Flooding in ein Wiedererleben des Traumas hineinzuzwingen, um seinen/ihren „Widerstand“ gegen die „Bewältigung“ seiner/ihrer Ängste zu brechen in der wohlmeinenden Absicht, den „Kampfgeist“, die „Empörung“ oder die „Auflehnung“ beim Patienten/bei der Patientin anfeuernd zu unterstützen. Aber genau diese Qualitäten fehlen dem Patienten/der Patientin ja oder sind ihm/ihr durch den Trauma-State nicht verfügbar.

Die Wahrnehmung all dieser *Gegenübertragungsfallen* schult der Therapeut/die Therapeutin in einer körperorientierten Selbsterfahrung, in der er/sie seine/ihre eigenen traumatischen Komplexe kennen und auflösen lernt. Dabei scheint es mir besonders wichtig, dass der Therapeut/die Therapeutin heftigste kathartische Abreaktionen am eigenen Leib ohne Dissoziation durchlebt hat. Nur so kann er/sie Abreaktionen bei seinen/ihren Patienten/Patientinnen angstfrei und im Vertrauen auf das Heilsame des Prozesses zulassen.

Werden die schrecklichen Erlebnisse unserer Patienten/Patientinnen auf allen Ebenen mitgeföhlt, stellt das hohe Anforderungen an unsere Fähigkeit, angesichts der vielen Schrecken selber lebendig-mitfühlend zu bleiben, auch wenn wir unsere eigenen Traumata in der Selbsterfahrung immer wieder bearbeitet haben. Dann können wir über unsere Haltung und unseren Ressourcenzustand als Therapeuten/Therapeutinnen dem Patienten/der Patientin ein Gegenmodell zu seinem/ihrem internalisierten Täterintrojekt (siehe Teilpersönlichkeit

8 unter 1.2.2. im Artikel „Trauma, Spiegelneurone, Selbstreferenz und der achtsame Therapeut“. SFU Forschungsbulletin, Ausgabe 1/2015, S. 38), also eine positive Objektbeziehungserfahrung, zur Internalisierung anbieten.

8. Fallbeispiel

Zur Illustration verwende ich das nachträglich aufgeschriebene Protokoll einer Patientin über eine Serie von traumatherapeutischen Sitzungen. Sie ist wahrscheinlich ein Kuckuckskind und musste schon als Kleinkind von eineinhalb bis vier Jahren durch ihren offiziellen Vater (Putativ-Vater, im folgenden Text mit „A“ bezeichnet) am eigenen Körper massive sexualisierte Gewalt erdulden. Dieser Patientin ist es schon als Kind gelungen, die Introjektion des Täters ein Stück weit abzuwehren und damit eine relativ intakte Ich-Struktur zu entwickeln. Der Kontakt zum Großvater mütterlicherseits als Ressource spielte dabei eine wichtige Rolle. Dadurch ist es ihr jetzt möglich, den Mechanismus der drohenden Introjektion zu erfassen und im Gespräch verbal zu verdeutlichen:

„Im Körper sind Bewegungen spürbar, die ich (noch) nicht zuordnen oder in eine sinnvolle Reihenfolge bringen kann, beispielsweise manchmal eine Empfindung von Balancieren, als würde sich der Boden unter meinen Füßen wie Schollen bewegen, oder die Schmerzen in den Fußsohlen, sodass es den Körper beim Gehen verzieht, wie wenn mich mein Stand schmerzt, oder Schwindel und Übelkeit.“

Durch die Arbeit in den letzten Sitzungen wurde mir klarer, auf welche Weise der Großvater für mich wichtig war. Wenn er mich mitnahm in die Natur, in den Wald, dann spürte ich eine so erstaunliche Klarheit im Kontakt, dass ich denke, dass er nicht nur über die Gewalterfahrungen, sondern auch über meine Herkunft

Bescheid wusste. Wie wichtig diese Klarheit war, die mir Orientierung und Raum gab, auch mich auszudrücken, kann ich immer noch spüren. Dies ist, wie wenn sich eine Art von Ordnung herstellt und eine Erfahrung, dass der Druck, den ich von außen auf mich gerichtet empfand, dieser Druck, wie ich mich an meinem Platz in der Familie zu verhalten hätte und was ich sprechen dürfe, loslässt. Nachdem der Großvater gestorben war (Patientin war dreieinhalb Jahre alt), begann es mich zu verdrehen, weil ich genau diese Klarheit im Kontakt nicht mehr finden und selbst nicht aufrechterhalten konnte.

Ihre (Therapeuten-) Hand an meiner Brustwirbelsäule fühlt sich an wie Schutz, und diejenige am Brustbein, als ob Sie direkt in den Schmerz hineinfassen. Dadurch entsteht zuerst ein den ganzen Körper durchfahrendes Stechen, und dann kann ich beobachten, wie Reflexe ablaufen. Gleichzeitig ist es, als ob diese Hand auch Orientierung gibt und wie eine Art von Beruhigung wirkt, als ob sich alles zu ordnen beginnt.

Ich erinnere Situationen, als A. mich nachts aus dem Schlaf riss. Während ich aufwachte, war ich in einem Versuch, meinen Körper gegen die Schwerkraft zu halten, und A. zog mich währenddessen nackt aus. Aus der tiefen Entspannung des Schlafs heraus, in der noch gar keine Entwicklung von Muskelspannung möglich ist, bin ich überschwemmt von der Wahrnehmung, was bei ihm abläuft. Ich fühle seine Anspannung und sein Aufgeregt-Sein und dies macht mir Angst. Ich fühle seinen Zorn und frage nach der Mama. Ich sage: Ich brauche die Mama! Er antwortet: Die ist bei ihrem Gschpusi (ihrem Geliebten, dem vermutlich leiblichen Vater der Patientin)!

Dann laufen (in der Therapie) zu viele Reaktionen gleichzeitig in mir ab, sodass ich für eine

Weile die Orientierung verliere und nicht mehr weitersprechen kann.

Ich beobachte, wie ich, während in mir Erinnerungsszenen der Gewalterfahrungen ablaufen, immer wieder ganz kurz abschalte, als ob ich das Bewusstsein verliere, wie früher, wenn ich ohnmächtig wurde. Da diese Wechsel zwischen dem Beobachten und Spüren meiner Reaktionen auf die Gewalt und diesem Abschalten in Abständen viel kürzer als innerhalb einer Sekunde ablaufen, kann ich sie überhaupt nicht bewusst steuern oder modulieren.

Vor diesen Erfahrungen (von A. aus dem Schlaf gerissen zu werden) habe ich A. eine Art der Bezogenheit zu mir erlaubt, doch danach habe ich ihn nicht mehr akzeptiert. Ich habe ihn nicht mehr für voll genommen. Ich war mit seinen Emotionen (über das Spiegelneuronensystem) überschwemmt und dies war die Entscheidung, mich davor zu schützen. Ich konnte mich nicht offen auflehnen, denn dies wäre für mich zu gefährlich geworden. Es war daher einfach nur eine innere Entscheidung. Wenn ich mich an seine Worte, ich solle brav sein, still sein und mich fügen, angepasst hätte, und an seine Emotionen, dann hätte ich seines und meines immer weniger auseinander halten können und irgendwann seine Empfindungen für die meinen gehalten. Dies wäre sehr gefährlich geworden für mein Ich. Obwohl ich deswegen ein schlechtes Gewissen hatte, wusste ich, dass dem etwas entgegengesetzt werden muss.

A.s plötzliche extreme Reaktionen, bei denen man nicht fühlen konnte, wie sie sich entwickeln, haben dies erleichtert. Da dieser Mensch in seinen Handlungen und Reaktionen oft so extrem schlecht nachvollziehbar war, ist es mir nicht ganz so schwer gefallen, denn dadurch konnte ich beobachten, wie ich anders bin als er. Die Empathie, die er von mir forderte, hin-

gegen hat genau diese Art der Abgrenzung verhindert.

Wenn ich Ihre (Therapeuten-)Hände an der Brustwirbelsäule und am Brustbein fühle, hört das Abschalten aus Schmerz einfach auf. Ich empfinde dabei: Ich werde im Kontakt gehalten und Sie erreichen mich. Auch wenn ich nun die Schmerzen stärker fühle, scheint mithilfe des durch Ihre Hände fühlbaren Kontakts der automatische Wechsel zwischen An- und Abschalten der gerade ablaufenden schmerzlichen Erinnerung und Erfahrung ausgehebelt, vollständig unterbrochen zu werden und somit funktioniert nun dieses vertraute Reaktionsmuster einfach nicht mehr.

Ich empfinde, dass ich mit meinem Atem mit Ihrer Hand am Brustbein in Kontakt gehe, als würde der Atem zu erzählen beginnen, und es ist, als ob ich in den Kontakt hineinatme. Dabei entsteht eine Empfindung des ganz langsamen Ausweitens, als würde ich beginnen, mich auszudehnen. Dies ist eine Erfahrung von Weite im Kontakt, die mir Raum gibt. Ich empfinde, wie wenn ich mein eigenes Fühlen zurückbekomme und wie wenn ich meinen Körper zurückbekomme, und dies scheint mir so kostbar, dass mir die Tränen in die Augen treten, wie ein Schatz. Durch das Hineinatmen in den Kontakt entsteht eine Körperempfindung des Ausweitens, und gleichzeitig mit der Veränderung des Körpergefühls beginnt das Ich sich auszuweiten. Dann beginne ich zu verstehen, dass ich mich nicht mehr als Objekt von A.s Gefühlen und Handlungen mir gegenüber sehe. Und dann empfinde ich, dass ich mit meinem Ich dem, was ich vom A. übernommen habe, etwas entgegenstelle, dieser Empfindung, als Objekt gesehen zu werden, seiner Verachtung mir gegenüber und der Mutter gegenüber, seinem Zorn darüber, dass ich da bin, weil ich ein Symbol für das Tabuthema bin, an dem er sich auslassen kann.

In der Erfahrung des Ausweitens fühlt es sich an, wie wenn ich den Körper zu mir zurücknehme und mich nicht mehr mit seinen Augen, aus der Perspektive zum Objekt gemacht zu werden, sehe und mich abzugrenzen beginne gegen diese Gewalt, gegen seine Wut und seinen Hass. Dies geschieht, weil der Kontakt zu Ihnen Sicherheit und Raum gibt, wofür ich tiefe Dankbarkeit empfinde. Es ist gut zu erleben, dass Sie aushalten, was ich alles erzähle und fühle. Es hilft mir, dass Sie mich lassen können, wenn ich zu weinen anfangen, bis ich spüren kann, was ich brauche. Dieser Halt und Raum helfen, dass ich wieder genau fühlen und alles erinnern kann.

Es ist eine bestimmte Art der Anstrengung damit verbunden, weil sich das, was ich von A. aufgenommen habe, von meinem Eigenen trennt. Dies tritt auch auf, wenn Sie diese Technik, einen Körperteil von mir zu bewegen, anwenden, was eine erstaunliche Erfahrung bedeutet, nämlich, obwohl ich im Kontakt bin, bei mir bleiben zu können und sogar genau durch den Kontakt zu mir selbst zurückzukommen. Dann benötige ich nicht mehr, mich aus Kontakten zurückzuziehen, um zu mir selbst zu kommen.

Als ich mich aufrichte, ist das Körpergefühl so verändert, dass ich recht lange brauche, mich zu orientieren. Es ist, als hätte ich viel mehr Raum, als ob ich immer noch Raum entwickle und ich mich nicht mehr zur Wehr setzen muss gegen diese Überwältigung durch A.s Emotionen. Es ist eine Empfindung von Weite, als ob die Anpassungsleistung an A., an meine Rolle in der Familienstruktur ganz plötzlich aufgehört hat. Dieses Weiten und Loslösen aus der Anpassung setzt sich immer noch fort, wie wenn ich aus einer ganz engen vorgegebenen Struktur herauskomme. Ein Symbolbild dafür wäre: wie eine Negativ-Form (aus Gips) vor mir, in die ich hineingedrückt war, weil kein anderer Platz,

keine andere Entwicklung erlaubt war in der vorgegebenen Familienstruktur, auch durch A.s Emotionen und Wut auf mein Dasein. Ich fühle mich ein wenig unsicher in dieser neuen Erfahrung der Weite und Freiheit. Es ist, als hätten Sie mich aus dieser Struktur, aus der Anpassung an diese Form, herausgeholt.“

6. Literaturverzeichnis

- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Damasio, A. R. (1997). *Descartes' Irrtum*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Hüther G. (2002). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht.
- Hüther, G. & Bundschu, S. (2009). *TaKeTiNa und die Kunst, sich im Loslassen zu finden*. Connection Spirit 03/09 25. Jg. B6128, S. 46-47.
- Levine, P. (1998). *Trauma-Heilung – Das Erwachen des Tigers*. Essen: Synthesis.
- Madert, K. K. (2003b). *Plädoyer für eine wissenschaftliche Fundierung der Bioenergie: neurobiologische Aspekte am Beispiel Psychotrauma*. Forum der Bioenergetischen Analyse 1/2003, S. 31-49.
- Madert, K. K. (2015). *Trauma, Spiegelneurone, Selbstreferenz und der achtsame Therapeut*. SFU Forschungsbulletin 1/2015, S. 28-42.
doi: [10.15135/15.3.1.28-42](https://doi.org/10.15135/15.3.1.28-42)
- Madert, K. K. (2007). *Trauma und Spiritualität. Neuropsychotherapie und die transpersonale Dimension*. München: Kösel.
- Petzold, H. (2000a). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. In: Integrative Therapie 1/1, S. 104-110. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H. (2000b). *Leibtherapeutische Behandlung von TraumapatientInnen*. Vortrag 25.11.2000 in München.
- Roth, G. (2001). *Denken, Fühlen, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Stauss, K. (2006). *Bonding Psychotherapie*. München: Kösel.
- Wilber, K. (2001). *Integrale Psychologie*. Freiamt: Arbor.

Autor:

Dr. med. Karl-Klaus Madert, geb. 1951, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin, Psychoanalytiker nach C.G. Jung (DGAP), Weiterbilder, Lehr- und Kontrollanalytiker (BLÄK). Lehrtherapeut für Bioenergetische Analyse (BLÄK, DVBA, MGBA). Traumatherapeut (DeGPT) und EMDR-Therapeut (EMDRIA). Feldenkrais®-Bewegungslehrer. Qigong-Lehrer. Zen-Schüler. In psychotherapeutischer Praxis in München niedergelassen. Adresse: Whistlerweg 30, D-81479 München, Germany. www.DrMadert.de.