ZfPFI

Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie

9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

Körperlichkeit und Mentalisieren in der psychotherapeutischen Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen

Physicality and mentalization in psychotherapeutic work with complexly traumatized people

Maria Teresa Diez Grieser[1]

[1] Zürich

Kurzzusammenfassung

Im folgenden Artikel wird die Körperlichkeit als Basis für gelingendes Mentalisieren in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen beschrieben. Eine sorgfältige Einbeziehung des körperlichen Ausdrucksverhaltens der Patient*innen und der zwischenleiblichen[1] Phänomene ermöglicht es, rätselhafte Zustände und bizarre Verhaltensweisen von traumatisierten Menschen besser nachzuvollziehen und passende Interaktionen zu gestalten. Das verkörperte Mentalisieren der Psychotherapeut*innen und das gemeinsame Mentalisieren des körperlichen Erlebens der Patient*innen erleichtern den Beziehungsaufbau und die Förderung von Vertrauen im Hier und Jetzt der psychotherapeutischen Situation. Auf dieser Basis kann die aufgrund traumatischer Erfahrungen nicht genügend entwickelte und/oder blockierte Mentalisierungsfähigkeit der Betroffenen gefördert werden. Darauf aufbauend können schließlich Narrative entwickelt werden, die Transformationsprozesse ermöglichen.

[1] Neben dem biologischen Körper als einer physiologischen Einheit wird der Körper auch als erlebte, beseelte Entität betrachtet, die in Anlehnung an Merleau-Ponty (1962) als „leiblich“ und „zwischenleiblich“ bezeichnet wird.

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

Die hier vorgestellte psychodynamisch-mentalisierungsorientierte Traumatherapie fokussiert auf den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer sicheren Beziehung, um Mentalisieren zu ermöglichen. Fallvignetten illustrieren die Interaktionsgestaltung und das Vorgehen unter Berücksichtigung der körperlichen Perspektive.

Abstract

The following article describes corporeality as the basis for successful mentalizing in psychotherapeutic work with traumatized people. A careful inclusion of the patients' bodily expressive behavior and intercorporeal phenomena makes it possible to better comprehend enigmatic states and bizarre behaviors of traumatized people and to develop appropriate interactions. The embodied mentalizing of the psychotherapist and the shared mentalizing of the patient's bodily experience facilitate relationship building and the fostering of trust in the here and now of the psychotherapeutic situation. Against this background the mentalizing ability of the affected persons, which is not sufficiently developed and/or blocked due to traumatic experiences, can be fostered. Based on this narratives can finally be developed that enable transformation processes. The psychodynamic-mentalization-oriented trauma therapy presented here focuses on building and maintaining a safe relationship to enable mentalizing. Case vignettes illustrate the interaction process and the approach, considering the bodily perspective.

Schlüsselwörter

Mentalisieren – Körper – Leiblichkeit – Traumatisierungen

keywords

Mentalizing – Body – Corporeality – Traumatization

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

1 *Einleitung*

Bevor theoretische Überlegungen vorgestellt werden, sollen zunächst anhand einer kurzen Eingangsszene aus dem Erstkontakt mit einer Frau, die in der frühen Kindheit schwer traumatisiert wurde, körperliche Ausdrucksmomente und Gegenübertragungsgefühle beschrieben werden. Diese und ähnliche Erfahrungen mit komplex traumatisierten Patient*innen haben die Autorin nach passenden Konzepten und klinischen Vorgehensweisen suchen lassen. Der Stand dieses Suchprozesses soll im Sinne von "work in progress“ im vorliegenden Artikel dargestellt werden.

Eingangsszene mit Frau A.

Die Patientin betritt leicht nach vorne gebeugt und auf den Zehenspitzen gehend – wie eine Marionette, denke ich – den Therapieraum. Sie setzt sich auf den Sessel mir gegenüber und rückt mit diesem nach hinten. Ihr Blick ist unstet, und sie wirkt verängstigt. Ich spüre eine starke körperliche Anspannung und habe Angst, mich zu bewegen und sie dadurch zu erschrecken. Mit leiser Stimme frage ich sie, was der Grund für ihr Kommen sei. Sie antwortet so leise, dass ich mich sehr konzentrieren muss, um ihre Worte zu verstehen. Ich traue mich aber nicht, Sie zu bitten, lauter zu sprechen. Ich meine zu verstehen, dass sie erzählt, dass sie Angst habe, ihre kleine Tochter zu misshandeln. Während sie weiter mit monotoner Stimme und starrem Gesicht berichtet, dass sie von ihren Eltern als kleines Mädchen psychisch und körperlich schwer misshandelt worden sei, spüre ich ein intensives Stechen in meinem Oberbauch. Ich nehme wahr, dass ich sehr verkrampft in meinem Sessel sitze, und nehme eine natürlichere Körperhaltung ein. In dieser Sequenz breche ich den Blickkontakt zur Patientin ab. Als ich aufschaue, sieht sie mich mit einem hämischen Lächeln an. Ich fühle mich wie in einem Spinnennetz gefangen. Sie starrt mich an, und ich wage kaum zu atmen. Es wird für mich spürbar, dass sie die Kontrolle im Raum übernommen hat und ich zunächst diesen Zustand aushalten muss. Ich beginne (ohne es bewusst zu registrieren) mit dem Fuß zu wippen, was sie sofort wahrnimmt. Sie schaut mich verängstigt an und sagt mit lauter Stimme, ich solle bitte sofort damit aufhören. Ich nehme in dem Augenblick ihre intensive Angst deutlich wahr und denke, dass es für sie sehr bedrohlich sein muss, sich mit mir als fremder Person an diesem fremden Ort zu befinden. Ich rücke wortlos mit meinem Sessel weiter weg und wende mich seitlich ab, so dass wir nicht mehr einander gegenübersitzen. Ich frage sie, ob es so besser sei, und sie nickt.

Für die lange psychotherapeutische Arbeit mit Frau A. waren über Jahre Szenen charakteristisch, in denen die Patientin nicht in der Lage war, verbal zu kommunizieren. Nachfragen und Klarstellungen meinerseits erlebte sie teilweise als Angriffe, was dann dazu führte, dass sie die Therapiestunde abbrach. Meistens jedoch waren meine Worte für Frau A. bedeutungslos und erreichten sie nicht. So lernte ich dank dieser seelisch verletzten, liebenswerten jungen Frau, mehr und mehr auf meinen Körper, auf ihren körperlichen Ausdruck und auf das, was sich zwischen uns atmosphärisch und zwischenleiblich entwickelte, zu achten. Diese Fokussierung auf den Aufbau eines „Übergangsraumes“

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

(Winnicott, 1989) durch die Nutzung des zwischenleiblichen Geschehens, um die Patientin und ihre Befindlichkeit mentalisieren zu können und um unsere Interaktion zu gestalten, wurde zu einem wichtigen Eintrittstor in die Welt meiner Patientin und ermöglichte nach und nach einen therapeutischen Prozess.

Das Schweigen trat bis zum Schluss der Behandlung immer wieder auf, und ich musste die unterschiedlichen Bedeutungen lernen und nach passenden Interaktionsangeboten suchen. In diesem Zusammenhang waren die Überlegungen des amerikanischen Psychoanalytikers Salman Akhtar zur psychoanalytischen Therapie als „listening cure" und seine Aufzählung verschiedener Formen des Schweigens seitens unserer Patient*innen hilfreich (Akhtar, 2013, S. 25ff.). Aus meiner Sicht sind bei traumatisierten Patient*innen zwei der sieben von Akhtar beschriebenen Formen des Schweigens bzw. der Stille wichtig: die „nicht-mentalisierte Stille" („unmentalised silence", S. 27) und das „absolute Schweigen/die Todesstille"(„blank silence", S.35).

Bei der *nicht-mentalisierten* Stille sind die Patient*innen aufgrund ihrer Mentalisierungsstörung nicht in der Lage, Gefühle oder Gedanken in Worte zu fassen. Sie sind in den Abgründen der Wortlosigkeit gefangen (S. 28) und sind deshalb darauf angewiesen, dass die Psychotherapeut*innen ihnen ihr eigenes Mentalisieren zur Verfügung stellen und sie aktiv unterstützen (Diez Grieser, 2022). Dabei spielt die offene und neugierige Haltung der Psychotherapeut*innen gegenüber Innenwelten, die Modellcharakter haben kann, eine wichtige Rolle.

Beim *absoluten Schweigen* unterscheidet Akhtar zwischen einer benignen und einer malignen Form. Bei der malignen Form weist er darauf hin, dass eine völlige Abwesenheit von Geistesaktivität vorzuliegen scheint: „no verbally encoded thoughts, no visual images, no affective currents" (S. 35). Diese Form begegnet uns immer wieder bei schwer traumatisierten Menschen, die angesichts der Empfindungen, Affekte und Bilder des Horrors, den sie erlebt haben, vollständig zu verstummen scheinen. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen hat mich gelehrt, dass die Fähigkeit der Psychotherapeut*innen, in solchen Momenten in diese unheimlichen inneren Welten einzusteigen und nicht zu schnell mit Interventionen zu reagieren, die Erfahrung des Alleinseins im traumatischen Geschehen bei den Patient*innen lindern kann und sich so Sicherheitsgefühle und (epistemisches) Vertrauen entwickeln können.

Eine weitere zentrale Überlegung zum Thema des Schweigens unserer Patient*innen stammt von Winnicott (1984), der beschreibt, dass das Nicht-Kommunizieren eine Form sein kann, das wahre Selbst zu schützen, das in der belastenden Beziehungsumwelt nicht gezeigt werden konnte.

So berichtete beispielsweise eine junge Patientin, die von der psychisch kranken Mutter während ihrer Kindheit körperlich misshandelt wurde, dass sie früh lernen musste, nicht zu zeigen, wenn ihr etwas Freude machte oder gefiel, weil die Mutter dies jeweils sofort zerstörte, und sie wegen Nichtigkeiten bestrafte. Dies sei besonders schlimm gewesen, als sie im Alter von ca. vier Jahren eine Puppe

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

geschenkt bekommen habe, welche sie sehr geliebt und welche die Mutter sofort weggeworfen habe. Sie habe von diesem Tag an deshalb in Anwesenheit anderer Menschen nie mehr Interesse oder Freude gezeigt. Deshalb hätten sie alle als desinteressiert und undankbar erlebt. Wenn sie sicher gewesen sei, dass niemand sie sehen oder hören konnte, dann habe sie mit ihren Spielsachen sprechen und lachen können.

In der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Patientin war es dann auch lange Zeit so, dass eigene positive Gefühle oder Gefühle der Therapeutin als bedrohlich erlebt und vermieden werden mussten. So führte beispielsweise ein Kompliment, das die Therapeutin der Patientin wegen eines Kleides machte, zum vorübergehenden Rückzug und Verstummen der Patientin.

2 *Mentalisieren*

Mentalisieren meint die menschliche Fähigkeit, eigenes und das Verhalten anderer als durch intentionale mentale Zustände bedingt zu verstehen. Diese Fähigkeit entwickelt sich im Laufe der frühen Kindheit abhängig von der Qualität der Beziehungserfahrungen und ermöglicht es, sich selbst und andere zu verstehen und sich in sozialen Beziehungen zu orientieren. Basale Prozesse, denen das Mentalisieren zugrunde liegen, sind die Wahrnehmung und Regulation von Affekten bei sich selbst sowie das Erkennen und Berücksichtigen der affektiven Zustände anderer Menschen. Schließlich und als dritte Ebene bedeutet erfolgreiches Mentalisieren, dass zwischen eigenen Affekten, Gedanken und Motiven und jenen der anderen differenziert werden kann und gleichzeitig Verknüpfungen zwischen ihnen hergestellt werden können (Diez Grieser, 2022).

Das Mentalisieren kann weiter entlang von vier unterschiedlichen Dimensionen mit jeweils zwei Polen beschrieben werden: *Selbst – andere, affektiv – kognitiv, innere Welt – äußere Welt und explizit – implizit*. Die letzte Dimension ist dabei von besonderer Relevanz:

> The most fundamental dimension to mentalizing is the spectrum between automatic (or implicit) and controlled (or explicit) mentalizing. Controlled mentalizing reflects a serial and relatively slow process, which is typically *verbal and demands reflection*, attention, awareness, intention, and effort. The opposite pole of this dimension, automatic mentalizing, involves much *faster processing, tends to be less reflexive*, and requires little or no attention, intention, awareness, or effort (Bateman & Fonagy, 2019, S. 8).[2]

[2] Die grundlegendste Dimension des Mentalisierens ist das Spektrum zwischen automatischem (oder implizitem) und kontrolliertem (oder explizitem) Mentalisieren. Kontrolliertes Mentalisieren spiegelt einen seriellen und relativ langsamen Prozess wider, der typischerweise verbal abläuft und Reflexion, Aufmerksamkeit, Bewusstsein, Absicht und Anstrengung erfordert. Der entgegengesetzte Pol dieser Dimension, das automatische

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

Das implizite Mentalisieren äußert sich in sozialen Interaktionen über körperliches Ausdrucksverhalten wie Mimik, Atmung, Stimme und Gestik. Emotionale Abstimmungsprozesse und gegenseitiges Verständnis zwischen Menschen basieren auf solchen körperlichen Zeichen. Das körperliche Ausdrucksverhalten kann verbalisiert, d. h. explizit gemacht oder auch nonverbal beantwortet werden. Dabei ist es die Perspektive des verkörperten Mentalisierens, Befindlichkeiten und Motive anderer Menschen nicht als rein mentales Geschehen, sondern als einen Teil erworbener interaktioneller Erfahrungsmuster, die uns in den sozialen Austauschprozessen leiten, körperlich wahrzunehmen und reflektieren zu können, um mit diesen zu arbeiten (Schultz-Venrath, 2021).

Die mentalisierungsorientierte Haltung und die entsprechende Interaktionsgestaltung, die durch Neugierde, emotionale Resonanz und Transparenz gekennzeichnet sind, tragen in der psychotherapeutischen Arbeit mit komplex traumatisierten Patient*innen zum Aufbau von Sicherheit und Vertrauen entscheidend bei. Die Erfahrung der Patient*innen, als Subjekte mit ihren verschiedenen Anteilen (Opfer- und Täter*innen-Anteilen) von einem wertschätzenden, resonanten Gegenüber mentalisiert zu werden, ist das Fundament für therapeutische Prozesse.

Die Mentalisierungstheorie und klinische Praxis haben sich im letzten Jahrzehnt mehr und mehr von der Psychoanalyse entfernt und sich verstärkt auf manualisierte, kognitive und störungsorientierte Weiterentwicklungen der eigenen Konzepte gestützt. Fonagy (2022) selbst bedauert diese Entwicklung und meint, dieser Prozess der Ablösung, der Abgrenzung von der eigenen Herkunft, stelle – ähnlich wie in der Adoleszenz – zwar einen wichtigen Schritt zur Erlangung der eigenen Identität dar, könne jedoch auch einen negativen Effekt auf die Weiterentwicklung haben. Er weist weiter darauf hin, dass durch diese „Skotomisierung“ gegenüber psychoanalytischen Konzepten auch ein wichtiger Teil an Inspiration verloren gehe (S. 1).

Aus meiner Sicht ist eine der Entwicklungen innerhalb der Psychoanalyse bzw. psychodynamischen Psychotherapie, die sowohl konzeptuell als auch therapeutisch neue Perspektiven eröffnet und innovative Momente aufweist, diejenige, die sich mit der Anschlussfähigkeit der Theorien der Verkörperung und mit dem Phänomen der Zwischenleiblichkeit und dem Leibgedächtnis beschäftigt (Broschmann & Fuchs, 2020). Wichtige Wegbereiter für diese Entwicklung ist eine Gruppe von Psychoanalytiker*innen, die bereits vor mehr als einem Jahrzehnt sich mit der Integration von Psychoanalyse und Körperpsychotherapie differenziert auseinandergesetzt hat (Geißler & Heisterkamp, 2007). Diese Ansätze erweitern die psychodynamische Psychotherapie um den (zwischen-)körperlichen Aspekt und ermöglichen eine feinere Unterscheidung der impliziten Phänomene interaktiver Prozesse. Wenn wir mit Patient*innen arbeiten, bei denen wesentliches Material in körperlichen Dysfunktionen verschlüsselt ist, müssen wir mehr über die Weise lernen, wie diese Ebene zu uns spricht und wie wir auf diese

Mentalisieren, beinhaltet eine viel schnellere Verarbeitung, ist tendenziell weniger reflexiv und erfordert wenig oder gar keine Aufmerksamkeit, Absicht, Bewusstsein oder Anstrengung (übersetzt d. MT. DG.)

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

Botschaft hören können. Lemma bemerkt: „Der Patient kommuniziert durch seinen Körper und die Analytikerin empfängt diese Kommunikation in ihrem Körper“ (Lemma, 2015, S. 15). Leikert betont in seinem Beitrag zu „Psychoanalyse und Körperlichkeit“ (2022, S. 13 ff.) sowohl theoretisch als auch bezüglich des analytischen Arbeitens, wie wichtig es sei, Leibliches aktiv anzusprechen, und wie die Stimme der Analytiker*innen das Körperselbst der Patient*innen berühren könne, ohne dass eine faktische reale Berührung nötig sei.

3 *Traumatisierung*

In diesem Artikel sind komplexe Traumatisierungen und deren Folgen im Fokus. Die überwältigende Angst, der Mangel an emotionaler Präsenz in der frühen Kindheit, der Schmerz und die Scham, die mit traumatisierenden Erfahrungen einhergehen, schreiben sich immer im Körper ein (Van der Kolk, 2014). Bei frühen Traumatisierungen beeinflussen diese Reaktionsmuster die weitere Gesamtentwicklung maßgeblich: In der Folge werden die Entwicklungskräfte zwischen Traumareaktionen und traumakompensatorischen Schemata „zerrieben“. Aber auch bei Traumatisierungen in späteren Entwicklungsphasen ist das Erlebte häufig in einer abgekapselten Form wirksam und beeinflusst das gesamte (Er-)Leben des betroffenen Menschen.

Es gibt verschiedene Definitionen für Traumatisierung, auf deren Aufzählung und Wiedergabe an dieser Stelle verzichtet werden soll und die andernorts ausführlich beschrieben sind (Seidler et al., 2019). Dieser Arbeit liegt eine psychodynamisch orientierte Betrachtungsweise zugrunde, die zum einen davon ausgeht, dass potenziell traumatisierende Erfahrungen je nach Entwicklungsstand und Persönlichkeit der betroffenen Person zu unterschiedlichen Prozessen und damit einhergehenden Traumafolgestörungen führen können (Burchartz, 2019). Zum anderen wird die innere Situation als ein Geschehen verstanden, das durch „die Erfahrung der Überwältigung und eines Überschusses an Gewalt, Angst und Erregung, die seelisch nicht zu binden sind“ (Bohleber, 2000, S. 828), charakterisiert ist. Der affektive Kern des psychischen Traumas ist dabei eine panische, das Ich auflösende, Vernichtungsangst. Diese ist mental nicht repräsentierbar, was die Wirkung des Traumatischen auf negative Weise verdoppelt (Levine, 2021). Tustin (1989) beschreibt, dass die nicht zu bewältigende Traumatisierung psy-chisch entstrukturierend oder strukturell deformierend wirke. Bei frühesten Traumatisierungen produziere sie strukturelle Löcher in der sich bildenden Ich-Struktur. Deshalb bewege sich das Subjekt in einem Zwischenraum zwischen Sein und Nicht-Sein in einer panischen Angst vor dem Verlust des psychischen Existenzgefühls und des körperlichen Zusammenhalts.

In der psychotherapeutischen Situation ist die Sprache bei der Überbrückung von solchen Selbstzuständen häufig nicht genügend hilfreich. Die Arbeit in der dissoziativen Kluft, in den traumatischen inneren Landschaften unserer Patient*innen, erfordert mehr als verbal gestützte Beschreibungen der Landschaften. Es muss bei den Psychotherapeut*innen ein Bewusstsein dafür entstehen, wie es sich

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

tatsächlich im Körper anfühlt, sowohl bei sich als auch für die Patient*innen, wenn sie zusammen, metaphorisch ausgedrückt, ausrutschen und fallen und einander auffangen, während sie in dieser Kluft arbeiten.

Die folgende kurze Fallvignette illustriert einen Teil der beschriebenen Prozesse bei einem jungen Mann, der in der Kindheit durch sexuelle Übergriffe traumatisiert wurde.

Herr F., ein 30-jähriger Mann, berichtet, wie er immer wieder – in besonders intensiver Form während des Lockdowns aufgrund von Corona – in Zustände gerät, in denen er sich nicht mehr spürt und das Gefühl hat, dass andere durch ihn hindurchsehen können. Dies führe zu Panikattacken, die ihn noch weiter von der Realität entfernten.

In unserer dritten Sitzung, während er von fortgesetzten sexuellen Misshandlungen in der Kindheit berichtet, kommt es zur Dissoziation, und er sitzt erstarrt mit schreckgeweiteten Augen im Sessel, ohne weitersprechen zu können. Der Schrecken breitet sich im Raum aus. Für einen kurzen Moment erfasst er auch mich, und es fällt mir schwer zu sprechen. Ich sage dies dem Patienten und bekräftige, dass wir im Praxisraum sind und er hier in Sicherheit ist. Ich ermuntere ihn, sich zu bewegen, und er steht auf und berührt die Wand mit seiner Hand. Er berichtet, dass Berührung ihm helfe, in die Realität zurückzukommen. Er sei sehr „touchy“ und brauche das Berühren und Berührtwerden durch andere Menschen, um zu fühlen, dass er existiert. Deshalb seien die ganzen pandemiebedingten Abstands- und sozialen Verhaltensregeln für ihn besonders belastend, und der Lockdown und die damit einhergehende Einsamkeit seien kaum auszuhalten. Er sei froh, dass er für die Therapiestunde zu mir kommen könne und diese nicht online stattfinden müsse. Wir vereinbaren, dass ich ihn das nächste Mal, wenn er „abdriftet“ (wie er den Zustand nennt), sachte an der Schulter antippen soll.

Im weiteren Verlauf ist für Herrn F. der reale therapeutische Raum eine Art Hülle, die ihn zusammenhält. Zwischen den Stunden imaginiert er, er säße auf dem Sessel und betrachtete die Stuckatur an der Decke. Er nimmt alte Zeitschriften aus dem Wartezimmer mit und schaut sie zu Hause an, was ihm ebenfalls das Gefühl zu existieren, zu sein, gebe. Herr F. stellt in den Sitzungen viele Fragen (zu sexueller Gewalt, Traumatisierungen, der Wirkung der Psychotherapie etc.) und möchte zu vielen Themen (Pandemie, psychische Belastungen, Migrationserfahrungen etc.) meine Meinung wissen. Er erlebe meine Worte wie ein Netz, das sich um ihn lege und ihn zwischen den Stunden vor dem Zerfallen rette, meint er, als wir seine Sehnsucht nach Worten miteinander besprechen.

Im Laufe der weiteren Sitzungen werden die Worte und Metaphern, die ich Herrn F. anbiete, wenn sie etwas abbilden können, was er spürt, aber nicht in Sprache bringen kann, zu berührenden Worten, die es ihm nach und nach ermöglichen, diese „Worthüllen“ als eine Art „schützende Haut“ (Anzieu, 1991), die ihn umgibt, zu erleben und zu nutzen.

Eine unbedingte Voraussetzung für die Bearbeitung der traumatisch bedingten Körperempfindungen, Bilder und Interaktionszyklen ist der Aufbau eines sicheren Gefühls in der Beziehung zu den

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

Psychotherapeut*innen (Diez Grieser, 2022). Auf dieser Basis können die leiblichen Momente ebenso systematisch wie die mentalen berücksichtigt und inszenierende und körperorientierte Vorgehensweisen eingesetzt werden, um die psychische Innenwelt der Patient*innen erfahrbar werden zu lassen (Geißler & Heisterkamp, 2013). In diesem Zusammenhang spricht Heisterkamp von „Handlungsproben", die den Psychotherapeut*innen einfallen und die dazu führen können, dass diese es „dem Patienten ermöglichen können, sein Seelisches vertieft zu reflektieren und basal zu behandeln" (ebd., S.11). Im obigen Fall stellt die aktive Berührung der Schulter des Patienten durch die Therapeutin eine solche Handlungsprobe dar, die eine weitere Bearbeitung des Erlebensprozesses des Patienten ermöglicht hat.

Die spezifische Bearbeitung der traumatischen Erfahrung und das dazugehörende Bedeutungsgefüge bzw. Narrativ können dann auf verschiedenen Ebenen angegangen werden (Wittmann, 2020). Aus einer mentalisierungsorientierten Perspektive wären mögliche Eintrittstore mit den einzelnen Patient*innen sorgfältig zu besprechen und anzugehen. Dabei ist eine bifokale Aufmerksamkeit nötig, die sowohl die Sicherheit im Hier und Jetzt als auch die bedrohlichen Inhalte und die damit verbundenen Empfindungen im Blick hat. Die mentalisierungsbasierte Definition von Traumatisierung ergänzt die Beschreibungen traumatischer Prozesse, indem sie betont, dass belastende Erfahrungen insbesondere dann einen traumatischen Wert aufweisen können, wenn sie mit der Erfahrung des Alleinseins verbunden sind. Der Austausch mit einem anderen Menschen kann Belastungen deutlich abpuffern, weil so eine soziale Referenzierung möglich ist, die eine angsteinflößende und sonst überwältigende Erfahrung rahmen kann. Der psychodynamisch-mentalisierungsorientierte traumatherapeutische Ansatz legt deshalb den Schwerpunkt auf die Beziehung und eine sorgfältige Interaktionsgestaltung sowie den Aufbau von epistemischem Vertrauen, damit traumatisierte Menschen mit ihren bedrohlichen inneren Welten nicht allein sind, sondern die Erfahrung machen können, dass andere hilfreich und unterstützend sind.

Zusammenfassend können für die psychodynamisch-mentalisierungsorientierte Traumatherapie folgende Prinzipien genannt werden (Diez Grieser, 2022):

- eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen,
- gemeinsames Definieren der Therapieziele und des passenden Settings und Vorgehens,
- Selbstverstehen auch durch Psychoedukation fördern (Traumatisierungen, Mentalisieren),
- Unterstützung bei der Bewältigung von Ängsten und Dissoziationen,
- Gefühle in Bezug auf die Traumatisierungen validieren und normalisieren,
- Verbesserung der Affektwahrnehmung und -regulation,
- traumatische Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf die Person in kleinen Schritten mentalisieren,

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

- Beziehungen zu anderen ansprechen,
- Traumanarrative erarbeiten.

4 *Die Perspektive des Körpers in der psychodynamisch-mentalisierungsorientierten Traumatherapie*

Die verstärkte Einbeziehung des Körpers in die Theoriebildung und in die klinische Praxis bedeutet, dass wir davon ausgehen, dass das Erleben von anderen für uns nicht per se ein Geschehen in einer unzugänglichen Innenwelt ist, die wir ausschließlich mental erschließen müssen, wie dies von einigen mentalisierungsorientierten Autor*innen stark betont wird. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass Menschen als soziale Wesen bereits auf einer „zwischenleiblichen Ebene des unmittelbaren Ausdrucksverstehens miteinander verbunden“ (Broschmann & Fuchs, 2020, S. 465) sind. Dies bedeutet: Bevor wir uns Gedanken über die anderen und deren Motive machen, besteht über den Austausch von Blicken, über Mimik sowie über die Intonation und Prosodie der Sprache eine unmittelbare verkörperte Resonanz, die eine „vorsprachliche, präreflexive Form der Empathie“ darstellt (ebd.). Vor diesem Hintergrund finden Mentalisierungsprozesse durch die Fähigkeit statt, sich und andere in Bezug auf innere Vorgänge zu verstehen und diese mit Wahrnehmungen im eigenen Körper mit jenen des Gegenübers zu verbinden (Schultz-Venrath, 2021).

Bereits in den 1990er Jahren hat Trevarthen (1998) zeigen können, dass verkörperte Intersubjektivität bereits in den ersten Lebensmonaten feststellbar ist. Dies bedeutet aber, dass Menschen von Anfang an immer schon miteinander verbunden sind. Stern (1998) beschreibt, dass das Kind früh ein „implizites Beziehungswissen“ in Form von „schemes of being-with“ aufbaut, die als eine Art von Gespür im Umgang mit anderen Menschen beschrieben werden können (Broschmann & Fuchs, 2020, S. 463).

Beebe und ihre Arbeitsgruppe (1998) untersuchten mit einem Mikrointeraktionsansatz die Abstimmungsprozesse und Reparaturprozesse bei Missverständnissen oder Fehlabstimmungen zwischen primären Bezugspersonen und Säuglingen und konnten zeigen, dass diese von der zwischenkörperlich-resonanten Kommunikation abhängen.

Trotzdem sind auch heute noch viele der intersubjektiven Theorien auf die soziale Kognition als ein rein mentales Repräsentationsgeschehen fokussiert, so auch die Mentalisierungstheorie. Es ist jedoch vielmehr davon auszugehen, dass soziale Austauschprozesse in der konkreten Situation der Interaktion zwischen zwei Subjekten entstehen. Der Interaktionsprozess umfasst dabei mehrere Komponenten: körperliche Resonanz, Affektabstimmung, gestische Koordination, mimischen und stimmlichen Ausdruck und anderes. Im Alltag und selbstverständlich auch in der therapeutischen Situation müssen wir in einer sozialen Interaktion nicht primär darüber reflektieren, was der Ausdruck des anderen wohl meinen mag, sondern wir nehmen im Ausdrucksverhalten des anderen seine Motive und Gefühle

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

sofort wahr und beziehen sein Verhalten auf den Kontext (Gallager, 2008; Merleau-Ponty, 1962, S. 215 ff.). Es interagieren nicht zwei psychische Innenräume, sondern es sind lebendige Körper, die miteinander in einen zwischenleiblichen Austausch kommen, weil unsere Wahrnehmung der oder des anderen zunächst stets eine propriozeptive Komponente, d.h. die Eigenwahrnehmung im Raum beinhaltet, die deren bzw. dessen Körper mit dem eigenen Körper verbindet.

Tronick (2007) beschreibt Interaktion als etwas, was zwischen affektiven Passungen und Nicht-Abstimmungen oszilliert, die schnell repariert werden, was zu einer erneuten Passung führt. Dabei ist die Erfahrung der Reparatur für das Kind zentral und später für unsere Patient*innen ein Schlüsselprozess, der epistemisches Vertrauen fördert, Selbstwirksamkeit stärkt und die Beziehungsfähigkeit steigert. Für die therapeutische Arbeit haben diese Überlegungen, die aus den Befunden der Säuglingsforschung stammen, wichtige Implikationen. Sie bedeuten, dass über solche zwischenkörperlichen Prozesse ein Verständnis für den anderen auch dann entstehen kann, wenn dieser kaum über verbale Fähigkeiten verfügt.

Die klinische Erfahrung sowie einige Forschungsergebnisse zeigen, dass die Fähigkeit zu mentalisieren bei Menschen mit Beziehungstraumatisierungen entweder nicht adäquat entwickelt werden konnte oder aufgrund der affektiven Überwältigung durch die traumatischen Erfahrungen in der Gegenwart kurz- oder längerfristig zusammenbricht. Aufgrund der traumabedingten neurobiologischen Veränderungen mentalisieren komplex traumatisierte Patient*innen meist implizit und nur punktuell bewusst und kontrolliert (explizites Mentalisieren). Des Weiteren ist hinlänglich bekannt, dass das Traumatische immer auch körperlich ist: Zum einen führen die traumatischen Erfahrungen immer zu Stress und zu verschiedenen körperlichen Reaktionen, zum Zweiten schreiben sich das Erlebte und die damit einhergehenden affektiven Zustände körperlich ein (Van der Kolk, 2014). Deshalb wird dieses Erleben von den traumatisierten Patient*innen meist über Körpersymptome und Inszenierungen mitgeteilt, ohne dass es Erinnerungen oder ein Narrativ dazu gäbe.

Das Auftauchen von traumaassoziierten Körperempfindungen, Bildern und Reinszenierungen in der Psychotherapie geht mit einem komplexen Beziehungsgeschehen einher, welches selten explizit wahrgenommen und kaum verbalisiert werden kann. Psychotherapeutisch mit komplex traumatisierten Menschen zu arbeiten, bedeutet deshalb, als Fachperson im eigenen körperlichen Erleben immer wieder mit Körperempfindungen und Zuständen konfrontiert zu sein, die zwischenkörperlich von den Patient*innen vermittelt werden und für die es zunächst keine Bilder oder Worte gibt. Das verkörperte Mentalisieren seitens der Psychotherapeut*innen kann zu einem expliziten Mentalisieren führen, häufig jedoch wird das Wahrgenommene zunächst vor allem nonverbal beantwortet. Dies geschieht meistens zunächst aufgrund eines achtsamen Mitschwingens mit dem Erleben der Patient*innen und einem Gewahr werden des eigenen Erlebens in der Gegenübertragung, aus dem sich Inszenie-rungen oder „Berührungs- und Handlungsproben“ ergeben können (Geißler & Heisterkamp, 2013). Der Körper der Psychotherapeutin bzw. des Therapeuten kann in diesem Zusammenhang plötzlich – als Resonanz

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

auf ein unaussprechliches Trauma – durch Somatisierung selbst zu sprechen anfangen (siehe auch die Eingangsszene mit Frau A.).

5 *Mentalisieren des Körpers*

Wenn die Mentalisierungstheorie den psychischen Binnenraum im Fokus hat und den Körper nur ungenügend berücksichtigt, stellt sich die Frage, wie dieser konzeptuell mitgedacht werden und in den therapeutischen Interventionen seinen Platz finden kann.

Der Einbeziehung der Gegenübertragung, die sich immer „körperlich" manifestiert und auf implizites, verkörpertes Wissen bezieht, ist im Prozess des Mentalisierens des Körpers der Dreh- und Angelpunkt. Die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut stehen „vor der Aufgabe, die vorsymbolischen sensorischen Manifestationen, die den psychischen Phänomenen vorausgehen, in ihrem Körper zu containen" (Lombardi, 2022, S. 65). In einem zweiten Schritt geht es darum, die körperliche Ebene differenziert wahrzunehmen und aufzugreifen. In einem weiteren Schritt können Gegenübertragungen benannt werden. Dabei ist es jedoch sehr wichtig, dass diese durch vorgängige klare Differenzierungen zwischen Therapeut*in und Patient*in eingeleitet werden und das Erleben klar aus der Perspektive der Therapeutin/des Therapeuten formuliert wird. Beispielsweise könnte formuliert werden: „Ich merke, dass ich Angst bekomme, wenn ich höre, was Sie im Geheimen alles machen. Wie geht es Ihnen jetzt damit, wo Sie es mir erzählen?". Das Offenbaren von Gegenübertragungsgefühlen oder eigenem Erleben seitens der Psychotherapeut*innen wird in der psychoanalytischen Psychotherapie kontrovers diskutiert. Gysling (2009) zeichnet in ihrem Buch „Die analytische Antwort" die spannende Geschichte der Gegenübertragung nach und zeigt u.a. auf, wie schon früh – insbesondere bei traumatisierten Menschen - die emotionalen Reaktionen der Behandelnden ein wichtiges Moment dargestellt haben.

Gegenübertragungen haben in der mentalisierungsorientierten psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen eine herausragende Bedeutung, da sie es eher ermöglichen, nachzuvollziehen, in welchem Modus die Patient*innen sich befinden und welche Form der Interaktionsgestaltung hilfreich sein könnte (Diez Grieser, 2022, S. 178).

Ein weiteres wichtiges Eintrittstor in die Welt der Patient*innen stellt das Sprechen über den Körper dar, was beispielsweise von Volz-Boers (2022) in Form eines „psychoanalytischen Körpergesprächs" differenziert ausgearbeitet wird (S. 169). Hierbei geht es darum, aktiver auf die körperlichen Aspekte und Dimensionen des therapeutischen Geschehens zu fokussieren und sowohl bei unseren Patient*innen als auch bei uns selbst auf Körperempfindungen zu achten und explizit darüber zu sprechen bzw. nachzudenken, was mentale Räume entstehen lassen kann. Im Rahmen des therapeutischen Prozesses und in Abhängigkeit vom Mentalisierungsniveau der Patient*innen können Metaphern helfen, traumatische Erfahrungen zu mentalisieren und Traumanarrative zu entwickeln. Dabei geht es darum, ein affektiv relevantes Narrativ über die Bedeutung der traumatischen Erfahrungen zu gewinnen. Das

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

gemeinsame Erarbeiten als Prozess ist für die Patient*innen besonders wichtig, da sie sich so nicht allein mit ihrer eigenen Psyche beschäftigen müssen, die sie oft als Gefahrenzone erleben und meiden wollen. Bei der Entwicklung des Narrativs unterstützen die Therapeut*innen die Patient*innen durch fokussiertes Fragen insbesondere in Bezug auf die auftauchenden oder fehlenden Affekte (Diez Grieser, 2022, S.180ff.).

Einen wichtigen Beitrag zur Integration des Körpers in der Mentalisierungstheorie leistete Ulrich Schultz-Venrath (2021) mit seinem Buch *Mentalisieren des Körpers*. Er bereichert die Behandlungsprinzipien und Interventionsansätze, indem er die Erkenntnisse der (französischen) Psychosomatik und der psychodynamischen Psychotherapie mit neurobiologischen Erkenntnissen verknüpft.

6 *Therapeutische Ebenen zur Förderung von Mentalisieren*

In Anlehnung an die Metapher des Hausbaus als Kernstück der mentalisierungsorientierten Psychotherapie (Diez Grieser & Müller, 2018; Diez Grieser, 2022 – siehe Abbildung 1 – sind folgende therapeutische Ebenen für die Förderung der Beziehung und des Mentalisierens zu berücksichtigen:

1. Fundament und Keller – „Sicherheitsgefühl, Vertrauen und Aufmerksamkeitsregulation“: Der Therapieraum als „sicherer Ort“ und die Erfahrung von Sicherheit in der Beziehung zur Psychotherapeutin als resonantem, vertrauens- und glaubwürdigem Gegenüber werden ermöglicht; Differenzierung zwischen Subjekt und Objekt; Spiegelung.
2. Parterre – „Affekte“: Die Affekte werden schrittweise wahrgenommen und anerkannt (empathisches Validieren), identifiziert, unterschieden und benannt. Im Verlauf der Therapie werden Vorboten/Vorgeschichten von Affekten rekonstruiert.
3. Erster Stock – „Mentalisieren im engeren Sinn“ wird möglich. Das Erkennen der subjektiven Bedeutung eigener und fremder Affektzustände ermöglicht es zu verstehen, dass und welche Gedanken und Gefühle in einem selbst und im anderen wichtig sind; außerdem die Art und Weise zu erfassen, wie in einem selbst und im anderen diese mentalen Prozesse ablaufen.
4. Dachgeschoss – „Selbst- und Beziehungsregulation“: Fragen nach tieferen Bedeutungen und biographischen Zusammenhängen stehen im Vordergrund. Die Fähigkeit zu mentalisieren, die sich im Laufe der Behandlung entwickelt oder gefestigt hat, ermöglicht nun die gemeinsame Reflexion und das Erarbeiten eines biographischen Narrativs. Die zuvor abgespaltenen oder unterdrückten traumatischen Erfahrungen können gemeinsam reflektiert und in die Lebensgeschichte integriert werden.

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

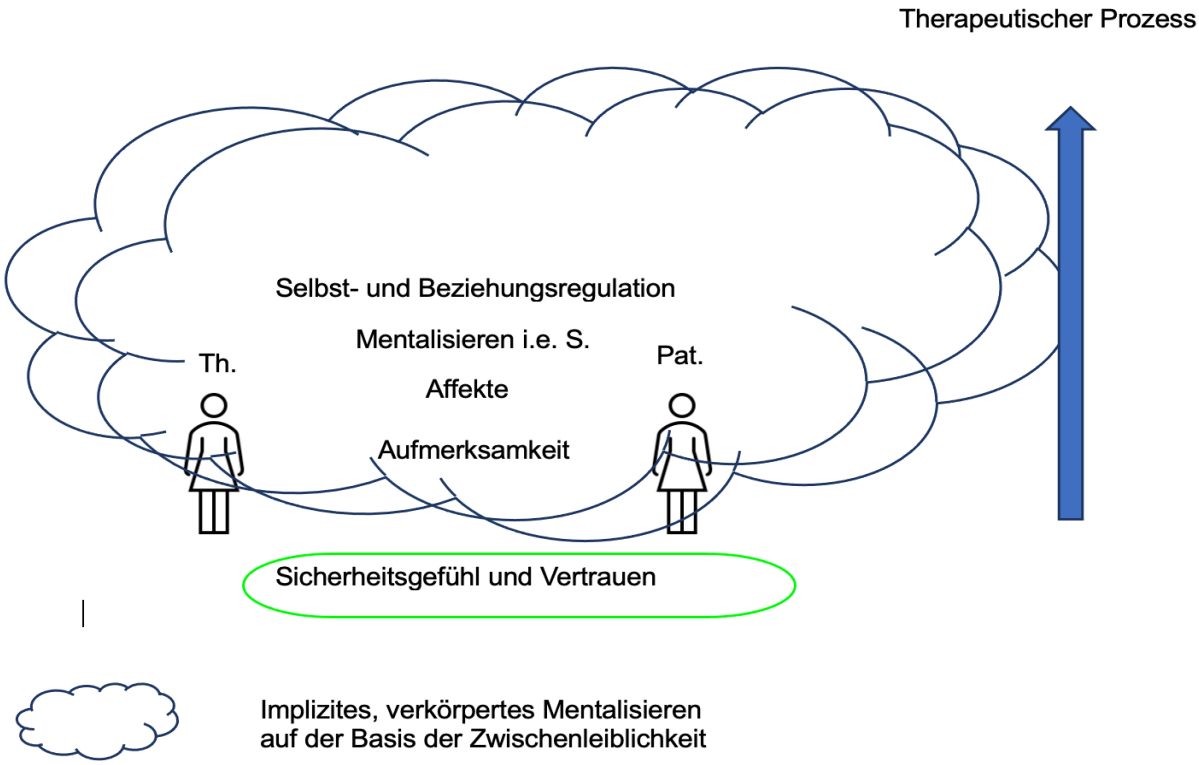

Abbildung 1: Ebenen der Förderung des Mentalisierens im therapeutischen Prozess – Die Wolken stellen das Zwischenleibliche dar.

Von besonderer Bedeutung ist die körperliche Dimension, die im Zentrum dieses Artikels steht: Es entstehen zwischen den Körpern, d. h. zwischenleiblich, automatisch Gefühle und Gedanken (Gallese, 2009), die das Material für die Entwicklung des Sicherheitsgefühls und des Vertrauens sind. Diese bilden sich bei den Patient*innen aufgrund von Synchronisationen und Resonanz seitens der Psychotherapeut*innen. Das Erleben von Sicherheitsgefühlen in der Beziehung zu den Psychotherapeut*innen fördert die Fähigkeit, von anderen zu lernen bzw. Hilfestellungen anzunehmen. Auf diese Art können epistemisches Misstrauen und die übermäßige Wachsamkeit der Patient*innen, die sie aufgrund belastender Erfahrungen entwickelt haben, ab- und epistemisches Vertrauen aufgebaut werden. Die Patient*innen sind dann eher in der Lage, Informationen der Therapeut*innen als für sie relevant und nützlich zu betrachten und aufzunehmen.

Komplex traumatisierte Menschen, die in ihrer Kindheit und häufig über die weitere Lebensspanne belastende Erfahrungen gemacht haben, brauchen in Psychotherapien häufig lange, bis sie sich sicher fühlen können. Die Offenheit und Bereitschaft der Psychotherapeut*innen, sich auf diese Menschen einzulassen und ihnen so viel Kontrolle wie möglich über die Situation zu geben, damit sie sich sicher fühlen können, ist entscheidend. Wesentlich ist ebenfalls die Bereitschaft der Psychotherapeut*innen,

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

sich zu zeigen bzw. eigene Fehler transparent zu machen und zu besprechen sowie Brüche im Beziehungsgeschehen zu „reparieren".

Die folgende kurze Fallvignette soll diesen Aspekt illustrieren:

O., ein schwer traumatisierter junger Mann, „überfiel" die Therapeutin bereits nach wenigen Sitzungen mit der Bitte um ein Interview mit ihr. Es handelte sich um eine dringende und nicht aufschiebbare Aufgabe für die Schule.

Die Psychotherapeutin reagierte zunächst irritiert und stellte einige Regeln auf, die O. akzeptierte: Sie wollte sicherstellen, dass der junge Mann verstand, dass sie je nach Art der Frage die Antwort verweigern konnte. Während des Interviews stellte O. einige persönliche biografische Fragen, die die Psychotherapeutin zunächst nicht beantworten mochte (z. B. Was ist Ihre schönste Kindheitserinnerung?).

Sie hatte jedoch bald das Gefühl, dass sie einige Dinge preisgeben sollte, um O. Sicherheit vermitteln zu können. Sie erzählte ihm einige Episoden aus ihrer Kindheit, die er mit Interesse in seinem Notizbuch notierte. Am Ende der Sitzung ging er entspannt und zufrieden aus dem Therapieraum, während die Psychotherapeutin beschämt zurückblieb. Sie fühlte sich unprofessionell und dachte, dass sie niemandem über das Geschehene berichten könne. Schließlich glaubte sie zu verstehen, dass ein wichtiger Austauschprozess (samt Rollentausch) stattgefunden habe. Dies spiegelte sich unter anderem darin wider, dass sich die Mimik und Körpersprache des jungen Mannes – im Gegensatz zu früheren Sitzungen – veränderte: Er wirkte entspannt und zufrieden.

In der nächsten Stunde fragte die Psychotherapeutin O., ob er bereit sei, gemeinsam über die letzte Stunde nachzudenken, um zu verstehen, was geschehen war. Er lächelte und bejahte, und die Psychotherapeutin erzählte ihm, wie es für sie gewesen war, was sie gefühlt und gedacht hatte und weshalb. Sie versuchte, ihre Selbstreflexion mit O. zu teilen. Dieser wirkte sehr interessiert und fragte hie und da nach, was sie empfunden habe. O. und die Therapeutin verweilten eine ganze Weile beim Thema „Scham", und der junge Mann wollte wissen, was die Therapeutin als Fachperson über Scham denke. Er ergänzte die kurzen Erklärungen der Therapeutin durch seine eigenen Erfahrungen und Gedanken. Dies erlebe er als befreiend, meinte er. In der folgenden Stunde konnte er über seine psychosomatischen Symptome und seine Scham wegen dieser Symptome sprechen.

Die Psychotherapeutin interpretierte die Offenheit des Patienten in der Sitzung als Zeichen dafür, dass der therapeutische Raum nach diesem Gespräch zu einem Ort geworden war, an dem sich der junge Mann mit seiner Geschichte sicher und verstanden fühlen und die Erfahrung machen konnte, dass es eine Person gab, die sich wirklich bemühte, ihn zu verstehen. In diesem Zusammenhang war die Bereitschaft der Therapeutin wichtig, ihre eigenen Gedanken, Vorstellungen und Normen mit dem Jugendlichen zu teilen und sein Bedürfnis nach Identifikation zu erkennen (Diez Grieser 2016). Dem Patienten die Kontrolle so weit wie möglich zu überlassen, kann für diesen mit der Erfahrung verbunden sein, vom anderen akzeptiert zu werden. Diese Art von Verständnis und Herangehensweise ist Folge

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

einer mentalisierenden Haltung, für die der Aufbau von epistemischem Vertrauen und das Sicherheitsgefühl der Patient*innen größte Wichtigkeit hat (Diez Grieser, 2022).

7 *Abschließende Bemerkungen*

Wenn wir unsere körperliche und zwischenkörperliche Resonanz wahrnehmen und einbeziehen, wird die Innenwelt anderer Menschen zugänglicher und nachvollziehbarer. Die „Zwischenleiblichkeit" beeinflusst unsere sozialen Beziehungen, bevor wir uns Gedanken über unser Gegenüber machen, d. h. zu mentalisieren versuchen. Um in Kontakt mit dieser Dimension des Erlebens des anderen zu kommen und damit letztlich eine bessere wechselseitige Kommunikation zu erreichen, ist das Beachten der Gestik, Mimik oder der Stimmlage sehr wichtig. Diese Perspektive ermöglicht es Therapeut*innen, ihre Übertragungs-/Gegenübertragungsreaktionen besser wahrzunehmen und zu verstehen. Weiter bedeutet es aber v. a., dass im therapeutischen Prozess den nonverbalen Verhaltensweisen mindestens ein genauso großer Stellenwert gegeben werden muss wie dem Inhalt des Gesagten.

Die körperliche und zwischenleibliche Dimension ist in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen von besonderer Bedeutung, da viele das Erlebte körperlich-szenisch in die Beziehung einbringen und häufig die Worte für das Erlebte fehlen. Die psychodynamisch-mentalisierungsorientierte Traumatherapie (PMOTT) integriert die körperliche und zwischenleibliche Ebene, um traumatisierte Menschen möglichst passend begleiten und behandeln zu können.

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

Literatur

Akhtar, Salman (2013). *Psychoanalytic listening: Methods, limits, and innovations*. London: Karnac.

Bateman, Anthony W. & Fonagy, Peter (Hrsg.) (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2. Auflage). New York: American Psychiatric Association Publishing.

Beebe, B. & Lachmann, F.M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self- and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology 15*(4), S. 480–516.

Bohleber, Werner (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal*, 54, S. 797–839.

Broschmann, Daniel & Fuchs, Thomas (2020). Zwischenleiblichkeit in der psychodynamischen Psychotherapie. Ansatz zu einem verkörperten Verständnis von Intersubjektivität. *Forum der Psychoanalyse 36*(4), S. 459–477, https://doi.org/10.1007/s00451-019-00350-z.

Burchartz, Arne (2019). *Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. Psychodynamisch verstehen und behandeln*. Stuttgart: Kohlhammer.

Diez Grieser, Maria Teresa (2016). Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Trauma – Z Psychotraumatol 14*(2), S. 40–50.

Diez Grieser, Maria Teresa (2022). *Mentalisieren bei Traumatisierungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Diez Grieser, Maria Teresa & Müller, Roland (2018). *Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen.* Stuttgart: Klett-Cotta (3. Aufl. 2021).

Fonagy, Peter (2022). MBT and Psychoanalysis. Manuskript zum Input beim 6. MBT-Kongress (online) zum Thema »Mentalizing from inside out«, 3./4.2.2022.

Gallager, Shaun (2008). Direct perception in the intersubjective context. *Consciousness and Cognition,* 17, S. 535–543.

Gallese, Vittorio (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis of social identification. *Psychoanalytic Dialogues 19*(5), S. 519–536, doi: 10.1080/10481880903231910.

Geißler, Peter, & Heisterkamp, Günter (Hrsg.) (2007). Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie – Ein Lehrbuch. Berlin: Springer.

Geißler, Peter & Heisterkamp, Günter (Hrsg.) (2013). Einführung in die analytische Körperpsychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Gysling, Andrea (2009). Die analytische Antwort. Eine Geschichte der Gegenübertragung in Form von Autorenportraits. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Leikert, Sebastian (2022). Einleitung. Psychoanalyse und Körperlichkeit – Geschichte einer Berührungsscheu. In S. Leikert (Hrsg.), *Das körperliche Unbewusste in der psychoanalytischen Behandlungstechni*k (S. 7–17). Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

Lemma, Alessandra (2015). *Minding the body. The Body in psychoanalysis and beyond*. London: Routledge.

Levine, Howard B. (2021). Trauma, process and representation. *International Journal of Psychoanalysis 102*(4), S. 794–807; doi: 10.1080/00207578.2020.1841923.

Lombardi, Riccardo (2022). Die Körper-Psyche-Dissoziation und die Übertragung auf den Körper. In S. Leikert (Hrsg.*), Das körperliche Unbewusste in der psychoanalytischen Behandlungstechnik* (S. 49–73). Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

Merleau-Ponty, Maurice (1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.

Schultz-Venrath, Ulrich (2021). *Mentalisieren des Körpers*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Seidler, Günter H., Freyberger, Harald J., Glaesmer, Heide & Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.) (2019). *Handbuch der Psychotraumatologie*. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stern, Daniel (1998). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Trevarthen, Colwyn (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In S. Bråten (Hrsg), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. (S. 15–46). Cambridge: Cambridge University Press.

Tronick, Edward (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children.* London: W. W. Norton & Co.

Tustin, Frances (1989*). Autistische Zustände bei Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Van der Kolk, Bessel (2014). *The body keeps the score. Mind, brain and body in the transformation of trauma*. London: Penguin Books. Dt.: *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: Probst 2015.

Volz-Boers, Ursula (2022). »Mein Körper läuft neben mir her wie ein Ding, das ich nicht brauche« – Körperempfindungen in Aufbau und Organisation mentaler Struktur. In S. Leikert (Hrsg.), *Das körperliche Unbewusste in der psychoanalytischen Behandlungstechnik*. (S. 139–173). Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

Winnicott, Donald W. (1984). *The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development*. London: Routledge.

Winnicott, Donald W. (1989). *Playing and reality***.** London: Routledge.

Wittmann, Lutz (2020): *Trauma. Psychodynamik – Therapie – Empirie*. Stuttgart: Kohlhammer.

ZfPFI
Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie
9. Jahrgang/Nummer 2, Dezember 2022
ISSN 2313-4267
DOI 10.15136/2022.9.2.90-108

Autorin

Dr.in phil. Maria Teresa Diez Grieser
Gartenhofstraße 1
8004 Zürich
Tel: +41 (0) 44 291 47 59
E-Mail: info@diez-grieser.ch

Maria Teresa Diez Grieser Psychologin und Psychoanalytische Psychotherapeutin EFPP, Supervisorin, Dozentin an verschiedenen Fachhochschulen und Universitäten und am Psychoanalytischen Seminar Zürich. Nach verschiedenen Anstellungen in Institutionen als Psychotherapeutin und Forscherin arbeitet sie als niedergelassene Psychotherapeutin in eigener Praxis und als Leitende Psychologin des Forschungsbereiches in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten St. Gallen. Inhaltliche Schwerpunkte sind Entwicklungspsychologie, Psychotraumatologie und Mentalisieren.