

Aggression integrieren - Selbstverantwortung üben: Anwendung in der forensischen Psychiatrie¹

Bei der Anwendung in der forensisch-psychiatrischen Klinik treffen wir auf Menschen, die unter dem Einfluss einer psychischen Erkrankung eine schwerwiegende Straftat begangen haben, für die sie nur eingeschränkt oder gar nicht schuldig sind. Das bedeutet, dass sie durch die Erkrankung zur Tatzeit das Unrecht der Tat nicht einsehen oder ihre Handlungsimpulse nicht genügend steuern konnten. Sie gelten also als nicht genügend fähig dazu, die Verantwortung für sich selbst, die Tat, ihre Folgen und deren künftige Verhinderung zu übernehmen. Diese Verantwortungsfähigkeit soll im Verlauf der grundsätzlich zeitoffenen Unterbringung in der Maßregelvollzugsklinik hergestellt werden. Dazu stehen die Patient*innen so lange wie nötig unter Freiheitsentzug.

In diesem Gesamtrahmen führen wir körperorientierte Gruppen getrennt für Männer und für Frauen durch. Die Gruppensitzungen werden prinzipiell doppelt geleitet. Alle Teilnehmer*innen absolvieren zunächst eine Serie von 3-5 Einzelsitzungen als beiderseitigen Eignungstest um noch unbetroffen von Gruppendynamiken herauszufinden, ob man methodisch und persönlich fruchtbar miteinander arbeiten kann. Unabhängig von den Gruppen sind auch für manche Patient*innen der Klinik Einzelsitzungen zur fokussierten Bearbeitung bestimmter Themen oder zur Flankierung von einzeltherapeutischen Prozessen möglich.

Zielgruppe für diese Art von Körperarbeit sind vorwiegend persönlichkeitsgestörte Patienten. Die Ziele der Gruppenarbeit liegen in einer vertieften Wahrnehmung in Bezug auf innere und äußere Spannungen, Bedürfnisse und Frustrationen, dem Einüben eines adäquateren Ausdrucks, Rückmeldungen zu Interaktionsstilen und Handlungsmöglichkeiten für Konfliktlösungen sowie in der Verbesserung der Fähigkeit zur Selbststeuerung. Übergeordnete Ziele sind die Entwicklung von mehr gegenseitiger Akzeptanz, Empathie und Mitgefühl.

In den Gruppen werden mit Körper- und Bewegungsübungen Themen erschlossen, wie: Körperselbstwahrnehmung, innere Achtsamkeit, Wahrnehmung innerer Stimmungen und aggressiver Impulse. In dialogischen Konfrontationen werden Erfahrungen von konstruktiver Konfliktreue ermöglicht, in Aufstellungen findet die Bearbeitung von Konfliktszenen aus dem Alltag statt. Die Übungen werden zur Konfrontation mit konflikthafter Stoffen eingesetzt und es werden

¹ Gekürzte und überarbeitete Fassung von: Kronenberger, M., Scheskat, T. (2014). Aggression integrieren - Selbstverantwortung üben, Körperpsychotherapiegruppe in der Forensik. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 2014-2. Bielefeld: Pabst Science Publishers.

Ausdrucksmöglichkeiten für verschiedene Stimmungslagen erprobt. Als Grundprinzip wird die Notwendigkeit und die Freiheit zur Selbstregulation vermittelt und in den Übungen in verschiedener Weise angeregt. Durch Rückmeldungen in der Gruppe entsteht ein Zugehörigkeitserleben, das mehr Bereitschaft zu gegenseitigem Vertrauen auf Verlässlichkeit und Diskretion öffnet. Dabei müssen Widersprüche der Gruppenatmosphäre zum Alltag der einengenden Lebensstrukturen im Maßregelvollzugssystem überbrückt bzw. ausgehalten werden.

Die Übungsmethodik wird im Übrigen auch für in der Klinik tätige therapeutische Mitarbeiter*innen auf der Supervisionsebene eingesetzt, worauf ich im anschließenden Kapitel eingehen werde.

Ausrichtung und Struktur der Gruppen

Die Gruppensitzungen finden alle 2 Wochen für 2 Stunden in einem Gruppenraum der Klinik statt. Sie folgen in der Regel einem strukturierten, ritualisierten Schema, wobei jederzeit Abwandlungen möglich sind. Die Patient*innen sind teilweise begleitend in einer Einzeltherapie, sie verfügen über eine Intelligenz mindestens im unteren Normbereich und sind grundsätzlich in einem Mindestmaß introspektionsfähig.

Meist starten wir mit Musik nach Wünschen der Teilnehmenden und werfen uns gegenseitig einen Schaumstoffball zu, wobei alle kreuz und quer durch den Raum gehen. Was zunächst belanglos oder gar albern anmuten kann, erschließt sich den Teilnehmenden schnell als eine zwanglose Art, sich im Wortsinne *den Ball zuzuspielen*, ohne Worte Kontakt aufzunehmen, sich wechselseitig aufeinander zu beziehen, insgesamt auf eine spielerische Art in eine Körperwahrnehmung zu kommen. Und nicht zuletzt bildet sich in der Art, den Ball wandern zu lassen und auch dabei durcheinander zu laufen, die aktuelle Stimmung der Anwesenden ab. Dann wird der Ball zur Seite gelegt, die Teilnehmer werden aufgefordert, eigene Körperimpulse wahrzunehmen, ganz bei sich zu bleiben und in kleinen Körperexperimenten Haltungen, Körperpositionen oder auch Lockerungen zu finden, die dem eigenen Empfinden am besten entsprechen. Danach folgt eine stille Phase, bei der die äußeren Bewegungen eingestellt werden und in einer meditativen Haltung eine Konzentration auf den eigenen Atem, die eigenen Empfindungen und Gedanken stattfindet. Anschließend werden mitgebrachte Erlebnisse, aktuelle Themen und Gefühle im Kreis ausgetauscht. Daraus entwickeln sich in der Regel Themenfokussierungen aus geschilderten Alltagskonflikten, die den weiteren Verlauf der Sitzung prägen, was auch die Auswahl der dann passenden Übungsstrukturen bestimmt. Teilweise bereits in den Einzelvorbereitungen und immer wieder im Gruppenrahmen werden die Übungssettings der dialogischen Konfrontation (Stehen, Stoßen, Schlagen, Ringen)

eingeführt und wiederholt. Daraus ergibt sich für die Teilnehmenden einen Art Werkzeugkasten aus bekannten und geübten „Tools“, die sie auch für unerwartete neue Übungsformen offen sein lassen. Nicht selten erfinden sie solche selbst.

Die „Autobahnauffahrt“

Grundsätzlich absolviert jede*r Einzelne zunächst ein ausführliches Erstgespräch mit Erläuterung des Übungskonzeptes von unserer Seite, mit der Darlegung der Eigenmotivation des Teilnehmers zum Thema Aggression und einer gemeinsamen Abwägung der Chancen, von der Gruppe zu profitieren. Daran schließt sich eine praktische Einführungsphase an, die aus bis zu fünf einstündigen Einzelterminen mit zwei Leitenden im Gruppenübungsraum besteht. Hier lernt die Kandidat*in die Methode, die Grundprinzipien und uns als Leiter*innen mit unserem Anleitungsstil kennen, und dies unbelastet von der Dynamik einer Gruppe oder irgendwelcher Vorbehalte gegenüber anderen Teilnehmern. Die Erfahrung im anfänglichen Pilotlauf des Gruppenkonzeptes hatte gezeigt, dass der reale oder auch nur vorgestellte Stress, der aus dem sozialen Prozess mit Mitteilnehmern entstand, schnell die Aufnahmebereitschaft von persönlichkeitsgestörten Menschen für die eigentlichen Inhalte der Gruppe von Anfang an überlagern und damit quasi „verkleben“ kann.

Die individuellen Einführungsstunden wirken ähnlich wie die Auffahrt und Einfädungsspur auf die Autobahn. Es gibt dadurch einen „Prozesspuffer“, durch den jede*r erst einmal abseits der Gruppenfahrbahn den eigenen Schwung holt und sich auf Touren bringt, um sich dann auf Augenhöhe ins laufende Geschäft einzufädeln. In dieser Phase lernt die Kandidat*in, was dialogische Aufstellungen sind, wie man sich dabei selbst explorieren kann, was konstruktive von destruktiver Aggression unterscheidet und wie man das im übenden Kontakt mit Erfahrung füllen kann. Meist weckt dies Neugier und Lust auf mehr Anregung dazu, die eigene Aggression zu „entgiften“, um sich wieder unbefangener ins Leben bringen zu können. Schließlich entscheidet die Interessent*in, ob sie diesen Prozess in einer Gruppe mit anderen fortsetzen möchte, die in derselben Weise vorbereitet wurden. Dann kann sie freigeben, dass ihr Name den anderen Teilnehmer*innen genannt wird, so dass jede*r für sich prüft, ob sie mit dem neuen Kandidaten zusammenarbeiten kann. Hin und wieder ergibt sich hier durch ungelöste Konflikte in anderen Klinikbezügen ein unüberbrückbarer Graben und es muss (einstweilen) bei der Einführung bleiben. Meist werden aber die Bewerbenden willkommen geheißen – ist doch jedem bewusst, dass sich hier jemand über mehrere Wochen der bekannten „Einweihungsprozedur“ ausgesetzt und damit als beständig und verlässlich bewährt hat. Misstrauensprobleme sind damit entweder vorab schon ausgeräumt oder es besteht die Bereitschaft, solche in der Gruppe zu thematisieren. Nun kann der Interessent seinerseits die Namen der Gruppenmitglieder erfahren und entscheiden, ob er mit diesen vertrauensvoll

zusammenarbeiten kann. Mit diesem Gesamtvorlauf kommt man also mit einem gewissen „Prüfsiegel“ in die Gruppe. Man fädelt sich wie mit einer „TÜV“-Plakette für Vertrauenswürdigkeit in die Gruppe ein – und kann durch das Vortraining gleich kompetent mitmischen. Die körperlichen Dialoge machen diese Prozesse deutlich leichter und gewissermaßen gängiger.

Fokus Aggression

Das körperorientierte Therapieangebot mit dem Fokus Aggression anzubieten, hat in der forensischen Klinik noch eine spezielle Bedeutung. Mit einem allgemeinen „Label Körpererfahrung“ nämlich lassen sich nur mühsam Interessent*innen für eine körpertherapeutische Gruppenarbeit gewinnen, vermittelt es doch nur vage, was der Gewinn daraus sein könnte. Was hingegen Maßregelvollzugspatienten sofort einleuchten kann, ist, dass es lohnt, sich mit den vergifteten Anteilen der eigenen Aggression zu beschäftigen. Schließlich hat das ihn oder sie in den Maßregelvollzug gebracht. Dabei stellt es eine lockende Verheißung dar, dass Aggression nicht nur als etwas angesehen werden muss, das einem Ärger, Schuld und Freiheitsentzug einbringt, sondern entsprechend aufbereitet auch gespürt, gezeigt und akzeptiert werden kann. Diese Verlockung wirkt selbst dann weiter, wenn dem Interessenten gesagt wird, dass die Inhalte der Gruppe strikt vertraulich bleiben und somit auch keine „Erfolgsmeldungen“ an die Behandelnden für Lockerungsentscheidungen erfolgen werden. Einzig und allein die möglicherweise veränderte Ausstrahlung eines Absolventen als kompetenter in seinem Kontakt- und Konfliktverhalten wird hier Wirkung entfalten. Vielleicht bleibt als einziger Gewinn nur ein veränderter innerer Zustand, mit dem sich das Leben im Freiheitsentzug besser gestalten lässt. Umso überraschender und auch erfreulicher ist es für uns Leitende, wenn Teilnehmer trotz der fehlenden „Zertifikatsdividende“ eine offensichtliche Bindung an die Gruppe und Bereitschaft zu kontinuierlicher Teilnahme entwickeln.

Selbstregulation und Respekt

Die Gruppen funktionieren nicht als verordnete Pflichttherapie, die Teilnahme erfolgt aus eigenem Entschluss und eigenem Motiv. Das schließt nicht aus, dass sie einer Patientin oder einem Patienten von den zuständigen Behandler*innen nahegelegt werden, man kann aber nicht von diesen bei uns angemeldet werden. Die Patient*innen müssen selbst zum unverbindlichen Erstgespräch kommen und uns überzeugen, dass sie aus eigenem Motiv heraus teilnehmen wollen und sei es, dass sie sich die Gründe ihrer Behandler zu eigen gemacht haben – aber eben tatsächlich zu *eigen*. Entsprechend ist das Prinzip der Selbstregulation und der ständig neuen Eigenentscheidung grundlegend für die Körperarbeit mit Aggression.

Bei der Arbeit mit Menschen in der speziellen Situation der forensisch-psychiatrischen Unterbringung hat sich folgender Aspekt von Selbstregulation und Respekt als besonders wichtig gezeigt. „Sie wollen ja wirklich was für uns...!“ Dieser Satz entfuhr während einer Übungssequenz unvermittelt einem Teilnehmer, der sonst häufig subjektive Leidenthemen ansprach, bei denen es um all das ging, was das Maßregelvollzugssystem immerzu von den Patienten wolle. Dazu hatte er auch hörbar einen Schutzwall aus Zynismen um sich errichtet. Nun war nichts groß Anderes passiert, als dass die Anleitungssequenzen immer wieder auf die Selbstwahrnehmung, die Neuentscheidung für den nächsten Schritt, die Wahrung eigener Zumutbarkeitsgrenzen etc. abzielten.

Offensichtlich ging es um sein Empfinden, Respekt zu erleben. Daraus ließe sich folgern: wenn ein Mensch einem anderen Menschen signalisiert, dass er dessen Eigenregulation wahrnimmt und anerkennt, erlebt er dies in der Qualität als Respekt. Die Haltung des Respekts vor der Eigenregulation eines anderen Menschen wiederum wird als Empathie erlebt und wird zur auffordernden Einladung, sich selbst als eigenregulierend wahrzunehmen. Sich damit an- und ernst zu nehmen, läuft auf Selbstrespekt hinaus. Dieser Vorgang wiederum stimuliert Vertrauen und die Bereitschaft, sich für Andere verlässlich zu machen. Dies drückt sich wesentlich darin aus, dass bisher die Vereinbarung der absoluten Diskretion über Gruppeninhalte und allein darüber, wer überhaupt an der Gruppe teilnimmt, von allen eingehalten wird. Es hat den Anschein, dass es für die Teilnehmer eine wesentliche Motivation bildet, sich in diesem Feld des selbstverständlichen Respekts aufzuhalten, das weitgehend ohne Appelle an moralische Regeln auskommt.

Zum Vorgehen

Das beschriebene Gruppenprojekt ist nicht theoriegeleitet entstanden, sondern hat sich in einem Werkstattprozess schrittweise entwickelt. Unser Ansatz integriert körperpsychotherapeutische, kampfsporliche, meditative, tiefenpsychologische, traumatherapeutische und systemische Sichtweisen.

Dabei spielt die Verzahnung der körperorientierten Ebene mit der sprachlichen Reflexion und vor allem mit der Beziehungsebene eine wichtige Rolle. Auf der Körper- und Handlungsebene lernen die Gruppenteilnehmer*innen ein Feld kennen, in dem sie im direkten wie im übertragenen Sinne entdecken können „frei zu atmen“. Wie wir in der Warm-up-Sequenz, in der man sich „den Ball zuspielt“, gleich zu Anfang deutlich machen, sollen die Teilnehmer sicher sein können, dass bei allem Ernst in den Einzelthemen jederzeit ein spielerisches, d.h. experimentelles Klima herrscht. Dies schafft – nach einiger Zeit und je nach individuellem Vermögen – eine relative Unbefangenheit im Umgang mit Körperlichkeit, Handlungsenergie, Kontakt und damit mit den Beziehungen in der

Gruppe. Es entsteht ein soziales Klima, das von gewalttätig-einschüchterndem und missbrauchend-entwertendem Verletzen frei bleibt bzw. in dem es sofort bearbeitet werden kann. Derlei therapeutische Angebote sind essenzielle Erlebnisräume und Erfahrungsiseln für die Maßregelpatient*innen. Im Alltag erleben die Patient*innen viele Situationen, in denen sie - von mitgebrachten selbst- und fremdschädigenden Mustern geleitet - therapeutisch Aufgebautes untereinander teilweise wieder einreißen. Wie sehr sie darunter leiden, erfahren wir in den Austauschrunden. Meist werden andere Patient*innen oder das therapeutische Personal als Verursacher von missglückten Interaktionen angeprangert. In dialogischen Konfrontationsaufstellungen lassen sich Teile dieser Konfliktthemen abbilden und in Bewegung bringen, wobei dann auch eigene Anteile offensichtlich werden können.

Praxisbeispiel: Ein Teilnehmer, Herr P. berichtet im Austauschkreis zum wiederholten Mal davon, wie wütend ihn eine Zurückweisung durch seine Stationstherapeutin gemacht hat, zu der er zuvor eine vertrauensvolle Öffnung vollzogen hatte. Als ein anderer Teilnehmer später unabhängig davon positive Gefühle zur selben Therapeutin äußert, erfasst ihn eine starke Unruhe. Er steht plötzlich auf, geht im Raum hin und her – es tue ihm leid, aber er könne nicht mehr stillsitzen. Schließlich platzt es aus ihm heraus, dass er stinkwütend auf sie sei, unendlich enttäuscht, er könnte sie, wenn sie jetzt im Raum wäre glatt „sonst was...“ Der Redekreis ist damit eindeutig so stark gestört, dass es sich mehr anbietet, mit dieser Dynamik zu arbeiten, statt sie einzugrenzen. Alle stehen auf, der Schaumstoffklotz wird in die Mitte geholt. Interessanterweise schnappt sich ein anderer Gruppenteilnehmer die beiden Holzstöcke unaufgefordert und stellt sie vor die Tür des Gruppenraumes auf den Flur. Dies fällt zunächst gar nicht weiter auf, da es jetzt ohnehin nicht angezeigt wäre, sie einzusetzen. Aber er hatte genau den richtigen Instinkt, nämlich die Stöcke in einen sicheren Abstand zu versetzen, bevor Herr P. möglicherweise nicht genügend kontrolliert damit hätte umgehen können. Dies bildet ab, wie sensibel die Gruppe zu diesem Zeitpunkt mit dem Instrumentarium umzugehen geübt hat.

Herr P. stellt sich dem Leiter auf der anderen Seite des Klotzes gegenüber, er zittert regelrecht am ganzen Körper, schwitzt und starrt ihn an. Er beschrieb zuvor schon ähnliche Erregungszustände, sie hatten ihn nicht nur zum Einweisungsdelikt geführt, sondern bringen ihn noch immer in Schwierigkeiten, wenn er andere bedroht. Vor diesem Hintergrund ist Herr P. aktuell auch wieder im höher gesicherten Teil der Klinik untergebracht. Die Teilnahme an der Gruppe kann davon unabhängig aber weitergehen. Da er das Übungswerkzeug Schlagklotz gut kennt, kann er sich auch im jetzigen Erregungszustand sofort darauf einlassen. Die dialogische Konfrontation beginnt in dieser Akutdynamik nicht mit Schlägen,

sondern damit, sich gegenseitig an den Händen zu greifen. Herr P. soll die Kraft seiner Wut als erstes in das Zugreifen auf die Hände des Leiters leiten. Der Wahrnehmungsfokus liegt jetzt auf der Energie des Zupackens. Es ist immer noch die Energie der Wut, aber sie wird jetzt nicht zum Zerstören, sondern zum Aufbau und Verstärken des Berührungskontaktes verwendet. In den Augen von Herrn P. ist neben der immensen Wut auch Erleichterung darüber zu sehen, mit dieser Wut in einem nicht schädigenden Kontakt präsent und annehmbar sein zu können. Es eröffnet die therapeutische Möglichkeit, gezielt eine Aufstellung für den Emotions- und Energiezustand des Patienten zu schaffen. Dabei stellt auch der Körperkontakt über die Hände zum Leiter keinerlei Tabuverletzung dar, sondern ist für alle erkennbar Teil der Struktur. Im gleichzeitigen Kontakt über die Hände und das Anblicken, sowie über das Rekapitulieren des Bodenkontaktes mit den Füßen lässt die vibrierende Anspannung von Herrn P. etwas nach. Er ist nun ausreichend geerdet. D.h., im Wortsinne spürt er wieder den Boden unter den Füßen und im übertragenen Sinne erdet er sich über Berührung und Blickkontakt in der Begegnung. Er wird und fühlt sich gesehen, ergriffen, gehalten. Sobald dies für den Leiter seinerseits im Hand- und im Blickkontakt mit Herrn P. unmittelbar wahrnehmbar und nun genug Impulskontrolle vorhanden ist, kann im nächsten Schritt der Wut Ausdruck im Schlagen mit den Fäusten verliehen werden. Dialog bedeutet hier, dass Herr P. mit beiden Fäusten so kräftig auf den Klotz vor sich haut, wie es der Energie in seiner Wut entspricht. Der Leiter gegenüber greift dies in sich in Resonanz zu ihm auf und spiegelt diese Energie mit seinem eigenen Schlag, wobei von beiden auch der Ausdruck über die Stimme einbezogen wird. Der Schlagabtausch geht solange, bis beide das Gefühl haben, dass die Angelegenheit nun energetisch betrachtet klar genug „auf dem Tisch“ ist.

Dabei bleiben beide die ganze Zeit im Blickkontakt miteinander. Nach einer rituellen Geste der Verabschiedung, hier mit einem Abklatschen der Hände, zeigt sich Herr P. freudig erleichtert, Hassgefühle spürt er nicht mehr. Er beginnt nun, von seinen eigenen Anteilen an der schwierigen Konstellation zur Stationstherapeutin zu sprechen. Er habe sich wohl zu naiv für sie geöffnet und er spüre eine Verzweiflung darüber, dass derartige Enttäuschungen immer wieder eine solch destruktive Wut in ihm erzeugen. Er bekommt von anderen Teilnehmern vielfältige Rückmeldungen zu deren eigenen Erfahrungen mit mörderischer Wut, aber auch Feedback zu der Problematik seiner „kurzen Lunte“. In dieser Feedbackrunde zeigt sich Herr P. betroffen darüber, wie sich in seiner Dynamik die Brutalität seines gewalttätigen und unberechenbaren Vaters abbildet.

In dem geschilderten Beispiel diente das Übungswerkzeug zur Bearbeitung einer im Gespräch aufgetauchten Problematik. Umgekehrt können die aggressionsbezogenen Übungs-„Tools“ Ansatzpunkte schaffen, um auf erlittene wie

auf zugefügte Verletzungen zu stoßen und damit zu arbeiten. Deshalb werden sie immer wieder neu eingebracht und geübt.

Verkörperung und Containment

Zwei zentrale Aspekte des körperpsychotherapeutischen Vorgehens stellen in dieser Gruppenarbeit die *Verkörperung* und das *Containment* dar.

Ein Grundparadigma der Körperpsychotherapie (KPT) ist, dass sich psychische Inhalte auf der Körperebene widerspiegeln bzw. das Seelische mit dem Körper- und Energiezustand und dem daraus entstehenden Körperausdruck funktional identisch ist². Dadurch wird das Seelische nicht nur über den Körper abgebildet, sondern ist umgekehrt auch über körperbezogene Interventionen unmittelbar berührbar. Gebräuchlich ist auch der Begriff „Leib“ für den lebenden und beseelten Körper, oder es wird vom *Leib-Seele-System* gesprochen. Im Praxisbeispiel oben bildete sich die gesamte Enttäuschungswut des Patienten in seinem Körperzustand ab und konnte darüber beeinflusst werden, dass dieser Zustand

- sich nicht nur ereignete, sondern auch ausdrücklich ereignen *durfte*,
- in eine vorbereitete Begegnungsform gebracht werden konnte,
- über die *Fokussierung der Energieebene* buchstäblich anfassbar und veränderbar war. Daran war der Patient seinerseits mit seiner Selbstwahrnehmung und seinen inneren Steuerungsentscheidungen voll und ganz beteiligt. Er handelte und traf Entscheidungen im Rahmen eines dialogischen Austausches.

Ein weiteres zentrales Prinzip der KPT für Interventionen und für Zustandsbeschreibungen ist aus dem Konzept des „Containment“ entstanden. Es geht auf den Psychoanalytiker Wilfred Bion zurück (Auchter, 2004, S. ...).

Der Begriff wird in der KPT in zwei Bedeutungen verwendet. Entsprechend der ersten (wie es auf Bion zurückgeht) bildet der therapeutische Leiter mit seinem eigenen Leib-Seele-System einen „Container“ für die nicht integrierten Selbstanteile des Patienten. Der Therapeut tut dies dadurch, dass er sich mit seinen inneren Resonanzen auf die Emotionen des Probanden einlässt, was dieser wiederum als gesehen, gehört und mitgeföhlt zu werden erlebt. Damit ist er nicht mehr allein mit den Regungen, die sonst im Alltag entweder von anderen zurückgewiesen oder als Überwältigung erlebt werden können, was man von daher als „Vergiftung“ von Beziehungen kennzeichnen kann. Es braucht also den Therapeuten als Dialogpartner, der vorübergehend bereit ist, diesen vergifteten

² siehe auch neuere Ansätze wie den des „Embodiment“ (Storch, M. et al.,2010) und die Philosophie des „Embodied Mind“ in der Neurowissenschaft (Geuter, U., 2013)

Inhalt in sich aufzubewahren, also „zu containen“. Von da aus kann der Therapeut seine innere Resonanz als Ausgangspunkt für entgiftete Interventionsmöglichkeiten nutzen.

In einer zweiten Bedeutung bezeichnet Containment die Fähigkeit des Patienten, eine Emotionen selbst zu „beinhalten“ und zu tragen. Auch hierbei wird die körperlich fühlbare energetische Ladung des Gefühlszustandes fokussiert, um den Körper als Gefäß und lebendigen Verarbeitungsorganismus bewusst zu machen. Dies hat idealerweise den Zustand zum Entwicklungsziel, in dem er keinen äußeren Hilfsbehälter mehr für nichtintegrierte Seeleninhalte braucht. Es wird dadurch möglich, dass der Betroffene sich mit seinen Emotionen (und den damit verbundenen Einstellungen und Reaktionsweisen) verstanden fühlt und sich somit auch als Person *verstehbar* erlebt. Dabei hilft die Sichtweise, dass ein Mensch Emotionen eigentlich nicht als gesondertes Phänomen erlebt, sondern er erlebt sich selbst als Ganzheit und damit als in einem Gesamtzustand. Die Reaktionen anderer werden dann zu Bewertungen seiner ganzen Person. Wenn ich mit meiner mörderischen Wut (immer wieder) andere erschrecke, dann heißt das letztlich: „Ich bin schrecklich!“

Ein gelungenes Containment bedeutet, den Zusammenhang zwischen eigenen Gefühlen, ihren Auslösern, dem dadurch erzeugten Energie- und Körperzustand, sowie den Wirkungen auf Andere und deren Reaktionen in seiner Gesamtdynamik aushalten und in sich tragen zu können. Dies lernen Menschen als Kleinkinder durch die haltgebende Resonanz der Hauptbeziehungspersonen. Dort wo diese Resonanz fehlt oder das Haltgebende in ablehnender und strafender Resonanz verweigert wird, fehlt dann auch das innere Containment für Inhalt und Ladung von Emotionen. Ein Mensch wächst dann haltlos auf und agiert haltlos, er gerät „außer Rand und Band“. Somit stellen Settings der KPT über die Körperebene spezielle Möglichkeiten des „Nach-Containens“ her.

Zum erweiterten Aggressionsbegriff

Ich habe im Verlauf des Buches verschiedentlich beschrieben, warum es sich für die Körperarbeit mit Aggression lohnt, den Aggressionsbegriff nicht zwingend negativ zu betrachten, sondern ihm wertneutral zu begegnen. Es stellt für die psychiatrischen Patienten*innen mit ihren Delikthintergründen eine besondere paradoxe Anregung dar, nicht von Aggression als einer nur bösen Kraft zu sprechen, die grundsätzlich feindselig und zerstörerisch ist. Sie lernen über die erweiterte Bedeutung die Vorstellung einer konstruktiven Aggression kennen. Innerpsychisch leiden sie auch unter der Abspaltung von aggressiven Anteilen ihres Selbst. Diese sind gerade für diejenigen forensische Patient*innen mit hohen Scham- und Schuldhürden belegt, die nicht positiv mit ihren Delikten identifiziert

sind, was auch nur auf wenige zutrifft. Leider verhindert das reine Eindämmen von Aggression viele Gewalthandlungen nicht, was in der therapeutischen Arbeit für eine erweiterte Begriffsdefinition spricht. Wo wir uns eine Gewissenskontrolle durch verinnerlichte moralische Werte von Rücksicht, Gemeinsinn und Empathie wünschen, findet in der Realität oft eine moralisierende Einschüchterung und Beschämung wegen unbotmäßigen Verhaltens statt. Dabei entstehen Verdrängungen und Abspaltungen von Impulsen, die ein hohes Maß an psychischer Energie kosten und die Gefahr von unbewusstem und unkontrolliertem Ausagieren beinhalten. Wenn wir uns hingegen Aggression als die legitime Grundkraft zur Selbstbehauptung und zum Erreichen von Zielen vorstellen, ergibt sich eine neue Chance der Be- und Verarbeitung destruktiver Impulse. Dies ist den Patient*innen gut vermittelbar. Destruktives Ausagieren dieser Grundkraft lässt sich für sie als deren Vergiftung begreifen. Die Entgiftung der Grundkraft besteht dann daraus, deren legitimen Kern aus den verletzenden und zur Delinquenz führenden Impulsen herauszufiltern. Über die Arbeit mit der Aggressions-Energie, die subjektiv erlebbar sowohl in mörderischer Aggression, als auch in freudvoller Lebendigkeit stecken kann, sind innere Wandlungsprozesse anstoßbar. Die Patient*innen ahnen hier eine Chance, ihre Resozialisierung nicht nur als eine Art besseren „Gezähmtwerdens“ durch Eingrenzungen zu erleben. Sie werden vielmehr in ihrer Selbststeuerung unterstützt, sich nach selbst erkannten, akzeptierten und somit in ihr Selbstbild integrierten neuen Werten auszurichten.

Joachim Bauer (2011) trägt hierzu eine konstruktive Aggressionsauffassung bei. Auch für ihn wird niemand aggressiv oder böse geboren, sondern jeder hat seine »Schmerzgrenze«, ab der er oder sie zum Angriff übergeht. Dies hängt dann sehr von den individuellen, familiär und (sub-)kulturell geprägten Fähigkeiten ab, Bedürfnisse und Emotionen zu regulieren.

»Die Fähigkeit, aggressive Gefühle zu regulieren, ist daher ein zentrales Lernziel jeder Psychotherapie. Der Heilprozess besteht jedoch nicht primär darin, jede aggressive Gestimmtheit des Patienten zu einer Entladung zu bringen. Die primäre therapeutische Aufgabe – jedenfalls bei den meisten derzeitigen Patienten – besteht zunächst darin, die verlorengegangene Sehnsucht nach liebevollen Beziehungen wiederzubeleben. Therapeutische Ermutigungen, Aggressivität zu kommunizieren, haben keinen Sinn (sie sind sogar schädlich), solange Patienten vom Erleben ihrer primären, auf Liebe und Zugehörigkeit gerichteten Motivation abgeschnitten sind« (ebd., S. 221).

Diese Voraussetzung lässt sich in unserer Arbeit durch den dialogischen Aufbau in kooperativ angelegten Begegnungen erfüllen. Dabei müssen wir ergänzen, dass unsere dialogischen Konfrontationen nicht spezifisch für Therapien mit psychisch kranken Menschen, sondern generell zur Selbsterforschung des eigenen Aggressionspotenzials entwickelt wurden. So lässt sich mit normal gesunden bzw. in durchschnittlichem Maß schlecht balancierten Teilnehmern unschädlich und

fruchtbar mit dem Aggressionsausdruck arbeiten. Das heißt im Umkehrschluss, dass bei der Anwendung in Therapien die Rückverbindung zu den primären Motiven umso gründlicher erarbeitet werden muss, je schwerwiegender die psychische Erkrankung ist. Dabei kann dann in manchen Prozessen gerade der Ausdruck aggressiver Gefühle wie Hass oder Wut den Zugang zu primären Sehnsüchten öffnen. Dies ist dann kein quasi entleerender oder kathartischer Effekt, sondern es folgt der Spur der Entgiftung. In unserem Verständnis ist Aggression dadurch auch Antrieb, Brücke und Code zugleich für das »Eigentliche« – nach Bauer: Liebe und Zugehörigkeit.

Nähe und Distanz aus Leitungssicht

Es liegt in der Natur der körperpsychotherapeutischen Arbeitshaltung, dass man als Therapeut*in auch relativ dichten Körperkontakt zum Patienten zulässt. Wer damit nicht vertraut ist, oder solchen Kontakt sogar ablehnt, mag dabei Befremden empfinden - insbesondere vielleicht bei der Vorstellung von potentiell verletzungsträchtigen Übungen oder intensiven Körperindrücken (Schweiß, Speichel, Geruch etc.). Vorbehalte und Bedenken diesbezüglich werden u.U. nochmals dadurch gesteigert, dass es sich bei den Gruppenteilnehmer*innen um forensisch-psychiatrische Patient*innen handelt. Nun arbeitet letztlich kein*e Therapeut*in genauso wie ein*e andere*r – auch innerhalb derselben Therapieschule nicht. Es sollte bei jede*m eine mehr oder minder bewusste Selbstregulation in Bezug auf Nähe und Distanz zu den Therapienehmenden stattfinden, die zur passenden Balancierung des Kontaktes dient.

Das für alle dabei gleich maßgebende Paradigma misst sich an der Nützlichkeit und Verträglichkeit für alle Beteiligten. So ist auch bei unserem körperlich z.T. nahen Vorgehen maßgebend, in wie weit es dem Verlauf der Gesamtbehandlung dienlich ist. Wenn Körperkontakt eine zu große Vertraulichkeit und somit Illusionen über die therapeutische Beziehung hin zu einer „Kumpelhaftigkeit“ einlädt, wirkt er schädlich. Wenn der Patient sich in scheinbarer Vertraulichkeit angefasst fühlt, wirkt dies insbesondere dann übergreifend, wenn es implizit ein Macht- und Verfügungsgefälle transportiert. Weiterhin kann der Körperkontakt bei falschem Timing oder falscher Intensität bedrohlich oder sogar retraumatisierend wirken. All diesen Aspekten ist für die adäquate Regulierung von Nähe und Distanz mit dem Einsatz entsprechender Achtsamkeit Rechnung zu tragen.

Körperpsychotherapeutisch Tätige müssen darauf hin geschult sein, auch bei intensivem Körperkontakt eine adäquate Beziehungsbalance regulieren zu können. Hierzu dient auch, wie zuvor geschildert, den Gruppenteilnehmern eine Einführung in die spezielle „Kontaktkultur“ der Gruppe zu geben, die von den Regeln im sonstigen Klinikalltag abweicht.

Die zentrale Rolle spielt aber das therapeutische Grundgesetz der achtsamen Selbstregulation – auch für die Therapierenden. Im Kontakt bedeutet dies, Körperberührungen immer durch die explizite Erlaubnis des Berührten zu legitimieren und die Akzeptanz dafür zu gewährleisten, sich aus Berührungskontakten jederzeit zurückziehen zu dürfen. Dennoch sind auch die Fehler und real geschehenden Übergriffigkeiten von beiden Seiten wertvoll. Sie stellen einvernehmlich akzeptierte Anlässe dazu dar, vergiftete Kontaktgestaltungsmuster zu problematisieren. Auf der Basis dieser Grundprinzipien bietet der Einsatz von Nähe und Körperkontakt spezielle Möglichkeiten, wenn dies auf authentische Weise der Persönlichkeit des Therapeuten oder der Therapeutin entspricht. Wer hier seine eigenen Begrenzungen nicht kennt oder nicht ausreichend achtet, schädigt sich nicht nur potenziell selbst, sondern gefährdet auch den therapeutischen Gewinn für die Patient*innen, die eine mangelnde Selbstfürsorge auf Seiten der Therapeut*in als Kontaktvergiftung erleben können.

Vertrauen, Ohnmacht und Selbstfürsorge

In unserer Leitung der Gruppe bauen wir auf eine Grundhaltung, die auf Vertrauen, Beziehung und auf Ressourcenorientierung setzt. Bei den meisten Patienten im Maßregelvollzug sind mehr oder weniger klar diagnostizierbare Traumatisierungen zu finden, die sie in ihrer Grundhaltung zur Welt misstrauisch sein lassen. Vor diesem Hintergrund haben wir Grundsätze aus der Traumatherapie konzeptuell mit einbezogen. So liegt ein Hauptziel in der Arbeit mit traumatisierten Patienten darin, ihnen die Kontrolle über sich selbst zurückzugeben bzw. sie diese selbst finden zu lassen. Da der Kontrollverlust und die Erfahrung von Ohnmacht fester Bestandteil des Traumas sind, ja ursächlich zur Traumatisierung geführt haben, ist Fremdkontrolle wenig geeignet, hier Heilung anzuregen. Im Einklang mit Traumatherapien, wie sie die Ansätze von Reddemann (2007) und Sachsse (2002) beschreiben, setzen wir auf Ich-Stärkung und Selbstkontrolle der Patienten als wirksame Faktoren. So postuliert Reddemann dass es wichtig sei, dass diese Menschen immer das Gefühl behalten, die Kontrolle zu haben (S.41). Sachsse ist der Ansicht, dass traumatisierte bzw. borderlinegestörte Menschen erst dann mit Regeln umgehen können, wenn sie gelernt haben, sich selbst und ihrem Gegenüber zu vertrauen (S.100).

Unsere Form der Gruppentherapie enthält auch Aspekte eines Selbstfürsorgetrainings. Viele unserer Patienten haben sexuelle Übergriffe, körperliche Gewalt und frühkindliche emotionale Vernachlässigung erlebt. Diese Erfahrungen stören die Beziehung zu ihrem eigenen Körper erheblich. Sie sind oft nicht in der Lage dazu, ein gutes Körperselbstbild aufzubauen und die guten Seiten des eigenen Körpers genießen zu können. Es fehlt ihnen damit eine wichtige Ressource für die Entwicklung ihrer Persönlichkeit und auch für die Herausbildung

einer positiven Identität. Die Störung des Körperbildes im Zusammenhang mit Traumatisierung ist inzwischen vielfach empirisch belegt (Sachsse 2004, S. 100).

Im Folgenden möchte ich darauf eingehen, wie die Erfahrungsfelder der Patient*innen, bzw. Klient*innen in mit denen der therapeutisch Helfenden verwoben sein können und welchen Beitrag wir hier mit der Körperarbeit leisten können.

Psychohygiene und Resilienzstärkung in der Supervision für helfend Tätige

Die integrative Aggressionsarbeit wird von uns in der Klinik für Mitarbeiter*innen angewendet, die im Patientenkontakt stehen. Sie wird einzeln oder in Gruppen von Kolleg*innen genutzt, die z.B. Übergriffen durch Patient*innen ausgesetzt waren, als Berufsanfänger*innen ihre Selbstbehauptung stärken oder allgemein die Körpererfahrungsebene für sich nutzen wollen. Wir sehen diesen Ansatz auch für andere helfende Berufe als übertragbar an. Von daher stehen die Bezeichnungen Patient*in und Klient*in gleichbedeutend für diejenigen, auf die sich die professionelle Hilfe der Helfenden richtet.

Der Alltag vieler helfender Berufsgruppen ist - neben vielen befriedigenden und sinnvollen Momenten - im Allgemeinen geprägt durch Probleme und Ärgernisse wie Personalmangel, reale oder gefühlte Unterbezahlung, reale oder empfundene Fehler von Vorgesetzten usw.. Die Stressbelastung bildet sich ab in Krankenständen, angespanntem Umgangston zwischen Kollegen*innen, Teamkonflikten, gestressten Vorgesetzten, Schlafstörungen, Alpträumen, Versagensgefühlen, vorzeitigen Berentungen. Manche Helfende neigen dazu, entweder Alles als eigene Fehler, als die Schuld der Anderen oder der Verhältnisse zu sehen. Menschen in helfenden Berufen fehlt oft der Raum, um zu erspüren, wo ihre Ressourcen und Widerstandskräfte liegen – und wie sie diese erschließen und einsetzen können.

Darum bieten wir im klinikinternen Fortbildungsprogramm regelmäßig Gruppentermine zur Stärkung der eigenen Psychohygiene und Stressresilienz mit Supervisionscharakter an. In der körperorientierten Workshop-Atmosphäre lernen die Kolleg*innen, mit Hilfe der dialogischen Konfrontationsaufstellungen ihre Aktions- und Reaktionsmuster besser zu erkennen. Sie stellen sich eigenen Ängsten, Schamgefühlen und andere Handlungsbarrieren, die im Alltagskontakt mit den meist schwer beziehungsgestörten Patienten, aber auch in den Teams zu

negativen Effekten führen können. Solche zeigen sich als Eskalationen in Konflikten oder in übertriebener Zurückhaltung im Kontakt. Gerade das Zurückstecken eigener legitimer Interessen kann krank machen, wenn etwa das Zurückweisen von unangemessenen Wünschen oder von grenzverletzendem Agieren nicht gelingt. Dies ereignet sich nicht nur im Spannungsfeld zwischen therapeutischem Personal und Patient*innen, sondern kann auch in interkollegialen Auseinandersetzungen um die Arbeitsorganisation hineinspielen. An diesen Spannungsfeldern setzt die Arbeit an der eigenen Psychohygiene durch Stärkung der Widerstandskräfte gegen Stress und zur Positionierung von Standpunkten an.

Die forensisch-psychiatrische Klinik stellt ein besonders verdichtetes Erfahrungsfeld dafür dar, dass alle Beteiligten ständig von vergifteten und vergiftenden Aggressionsdynamiken umgeben und durchdrungen sind. Die Patient*innen bringen traumatische Hintergründe in allen denkbaren Graden mit: Traumata, welche die Patient*innen selbst erlitten und solche, die sie anderen zugefügt haben. Trotz hoher Sicherheitsstandards ereignen sich traumatisierende Handlungen auch innerhalb der Klinik, wenn manche Mitarbeiter*innen oder Mitpatient*innen Opfer erneuter Übergriffe werden, die neue Traumata hinterlassen oder alte wiederbeleben.

Diese Verdichtung von Aggressions-Dynamiken weist ein beträchtliches *Vergiftungspotenzial* auf. Daher müssen wir um so mehr nach den *Entgiftungschancen* Ausschau halten. Hierbei hilft uns die bewusste Einbeziehung der eigenen Körperlichkeit, mit der wir in einem offenen Austausch über das, was als vergiftend erlebt wird, zu einer gegenseitigen Bestärkung finden können. So gesehen machen uns die Extreme innerhalb des forensisch-psychiatrischen Klinikfeldes besonders aufmerksam für unsere psychohygienischen Erfordernisse, die im Wesentlichen keine anderen sind als in anderen helfenden Berufsfeldern.

In der integrativen Aggressionsarbeit bringen die Teilnehmenden ein, wo sie mit ihren Handlungsmöglichkeiten an eine Grenze stoßen und machen diese zum Dreh- und Angelpunkt der Themenbearbeitung. Das Thema wird unter dem Aspekt betrachtet, ob und wie es einen „Energie-Knoten“ enthält, an dem es zu stocken scheint, d.h., wo es nicht so recht weitergeht oder zum Ziel führt. Dabei ist offen, ob sich das in der betreffenden Arbeitsbeziehung verorten lässt oder, ob es auf ein privates Konfliktthema verweist, dessen Auswirkungen in das Arbeitsfeld hineinragen.

In den supervisionsähnlichen Einzel- und Gruppensettings bilden wir eine Brücke zwischen arbeitsbezogenen und persönlich-privaten Themen. Im Unterschied und in Ergänzung zur klassischen Supervision, die vorwiegend auf verbaler Ebene

arbeitet, beziehen wir die Körperebene explizit ein. Hier wird der Selbsterfahrungsaspekt als Zugang genutzt. Entsprechend richtet sich das Angebot an Interessent*innen, die dafür offen sind, dies als Ressource zu nutzen.

Resilienz

Mit dem Begriff der *Resilienz* können wir die inneren Schutzkräfte benennen, die wir im Umgang mit den oft schweren Belastungen unserer Klient*innen benötigen. Allgemein wird mit Resilienz die Widerstandskraft gegen Stress im Sinne von Überlastung bezeichnet. Das kann Menschen, lebende Systeme insgesamt, soziale Systeme, technische Systeme oder Materialien betreffen. Für all diese Bereiche gibt es je eigene Begriffsdefinitionen. In der Materialwissenschaft meint Resilienz die Haltbarkeit eines Materials bis zu der Grenze seiner Belastbarkeit. Das bringt es gut auf den Punkt, worum es in der psychologischen Bedeutung auch bei uns Menschen geht: um unsere körperliche und seelische Widerstandskraft, die uns in die Lage versetzt, Stress verschiedenster Art solange auszuhalten, bis wir eine Lösung für das Problem gefunden haben oder es auf eine Art hinnehmen können, bei der wir nicht ernsthaft erkranken oder gar sterben.

Ein Kollege gab mir den Hinweis, dass in der Arbeit mit Menschen der Begriff der *Elastizität* als Merkmal der Resilienz besser passen würde, als das der Widerstandskraft. Denn bei der Art von Stress, die im Umgang mit schweren psychischen Störungen entsteht, geht es ja um die Gestaltung von Kontakt und Beziehung und nicht primär um die Abwehr feindlicher Angriffe. Also zielen wir auf Resilienz nicht als Abwehr, sondern als die Fähigkeit, gerade in Grenzsituationen unserer Arbeit elastisch, d.h. fest und flexibel zugleich bleiben zu können.

Resilienz benötigt in unserer erweiterten Definition eine gesunde Aggressionsfähigkeit. Mit ihrer Hilfe können wir unsere eigene Handlungskraft und damit das Empfinden von Selbstwirksamkeit stärken.

Ohnmacht

Ohnmacht ist für Helfende ein schwer erträgliches Gefühl. Statt Ohnmacht nur passiv zu ertragen, kann die Körperarbeit den Zugang zu einer aktiven Bewältigung herstellen, wenn

1. wir nach allem Menschenermessen über keine wirksamen Mittel mehr verfügen um ein Problem mit einer Patient*in zu lösen, diesen Zustand der Machtlosigkeit aber nicht akzeptieren können. Dann droht Stress durch Selbstüberforderung. Bei der Bearbeitung geht es hier auf der Körper- und auf mentaler Ebene einerseits um Durchatmen und Loslassen und andererseits darum, sich von inneren und äußeren Antreibern abzugrenzen und gegenseitig in der Akzeptanz des Unabänderlichen zu bestärken. Hier

können Atem- /Entspannungsübungen und die Dialogformen des Anlehns helfen. Gegen innere Antreiber oder uneinlösbare Forderungen von Kolleg*innen helfen hingegen eher die konfrontativen Aufstellungen. Insbesondere das *Ringens mit dem inneren Dämon* hat sich dafür bewährt, einen inneren Antreiber im Außen anfassbar zu machen und sich mit und gegen diesen gleichzeitig zur erlösenden Haltung des Akzeptierens durchzuringen.

2. wir uns dadurch gekränkt fühlen, dass uns eine Patient*in quasi ausbremst und in Ohnmacht versetzt, z.B. weil sie unser Interventionsangebot ablehnt bzw. nicht verwerten kann. Hier ist in der Regel eine untergründige Wut im Spiel und es hilft, mit dieser in den Schlagdialog zu gehen, um herauszufinden, was ihre Quelle und was das eigentliche Ziel der Wut ist. Nicht selten melden sich hier ungelöste Konflikte aus dem familiären Bereich, die sich auf die Patientenbeziehung übertragen können.
3. wir durch einen gewalttätigen, bedrohlichen oder erniedrigenden Übergriff von Seiten einer Patient*in unseres Grundsicherheits- oder Würdegefühls beraubt werden. Nach Übergriffen von Patientenseite hat sich die Kombination von situationsklärenden und ressourcenstärkenden Gesprächen mit ergänzender Körperarbeit bewährt. Hier geht es um Wut, Angst und das Gefühl von Lähmung. In Konfrontations- und Anlehnungsaufstellungen kann individuell an der Spannung zwischen der Wut über die zunächst verlorene Sicherheit und dem gestiegenen Bedürfnis nach haltgebender Nähe gearbeitet werden. Auch hier können biographische und familiäre Beziehungskonstellationen aufscheinen, die Gedanken des Zweifels und Gefühle der Verzweiflung zusätzlich aufladen. Gleichzeitig können sie Hinweise für wichtige erreichbare Ressourcen liefern, um aus dem akuten Ohnmachtsgefühl wieder herauszufinden. Meistens stellt hier der Schlagdialog eine Brücke zwischen verzweifelter Wut und dem Wiedererlangen des Selbstwirksamkeitsempfindens dar.

Kapitulation vor Widersprüchen

Es kann passieren, dass wir uns vermeintlich, aber irrtümlich, am Ende unseres Lateins und unser Kompetenz fühlen, weil wir die Lösung für ein Problem nicht finden können, obwohl sie möglich erscheint. Hier kann die Kapitulation vor grundsätzlichen Widersprüchen im Spiel sein, die uns wie eine diffuse Wolke einhüllen und unsere Resilienz untergründig angreifen.

In der forensischen Klinik erleben wir ein äußerst widerspruchsgeladenes Konfliktfeld zwischen den schrecklichen Tatverläufen der Patient*innen und deren oft nicht minder schrecklichen eigenen Opfererfahrungen. Zusätzlich leiden sie

meist unter Verlassenheit, Vernachlässigung, Heimatverlust oder Beschämungen, die zum Verlust von Würde und Ehre und zu sozialer Ausgrenzung führen. Wir geraten dann u.U. in einen schwer zu lösenden Widerspruch. Einerseits brauchen wir eine gesunde Abgrenzung zu einem Menschen, der für uns Auslöser von vielerlei unangenehmen Gefühlen ist. Andererseits kann Abgrenzung gerade nicht das Mittel der Wahl sein, wenn wir ihm umgekehrt näher kommen wollen, um unseren Hilfsauftrag zu erfüllen. Wie gut gelingt es uns, mit unserer inneren Resonanz zu Menschen elastisch genug umzugehen, wenn diese massive Traumatisierungen durch körperliche Gewalt, sexuellen Missbrauch oder Kriegseinwirkungen mitbringen und gleichzeitig ausgeübt haben?

Therapeutisch Tätige kennen das Gefühl, dass es einen förmlich überschwemmt, was einem an erlittenem und weitergereichtem Leid in Gestalt eines traumatisierten Klienten entgegentritt. Es kann leichter fallen, diese Empfindungen gar nicht erst bewusst zuzulassen. Wir grenzen uns dann u.U. innerlich und auch äußerlich in unguter Weise zu früh und zu harsch ab und verwechseln es damit, „professionell“ mit dem beladenen Menschen umzugehen. Dann haben wir die Elastizität in unserer Resilienz verloren bzw. wir haben sie selbst sabotiert.

Übertragung und Projektive Identifikation

Bei der Überwindung dieser Selbstsabotage der eigenen Resilienz-Elastizität hilft es, sich die Dynamik der Übertragung und Gegenübertragung bewusst zu machen. In der Tiefenpsychologie spricht man von Übertragung, wenn z.B. eine Patientin eine Figur aus ihrem Leben unbewusst im Therapeuten gespiegelt sieht und deswegen wütend auf ihn wird oder die Therapie abbricht, weil sie sich von einer kritischen Äußerung gekränkt fühlt. Die Gefühle, die das wiederum in den Therapierenden auslöst, nennt man Gegenübertragung. In den Behandlungsteams haben alle Berufsgruppen - nicht nur die Psychotherapeut*innen - mit dieser Dynamik zu tun.

In der Körperpsychotherapie betrachten wir Gegenübertragungen auch auf der Körperebene. Leitfragen sind beispielsweise: Was löst mein Gegenüber in mir aus? Warum fühle ich mich z.B. immer wieder bedrückt, wenn ein bestimmter Mensch den Raum betritt, obwohl ich mich grade noch anders gefühlt habe? Wo spüre ich die Bedrückung genau im Körper? Diese Dynamik von Gegenübertragung ereignet sich ständig in allen Begegnungen, die wir haben, sie sind aber meist nicht von so großer Bedeutung, als dass wir uns darüber eingehender Gedanken machen müssten. Aus der therapeutischen oder sozialpädagogischen Berufsrolle heraus, wenn wir einer psychisch belasteten Klient*in begegnen, und besonders wenn wir bei jemandem von Traumatisierungen ausgehen müssen, hat diese Dynamik hingegen schnell eine wichtige Bedeutung. Und hier setzt auch das Erfordernis an, sich um die eigene Resilienz und Stressbalance zu kümmern.

Dies ist um so mehr der Fall, wenn sich das ereignet, was in der analytischen Therapie *projektive Identifikation* genannt wird: Damit ist gemeint, dass wir uns in unserem Verhalten und im Habitus ungewollt in der Rolle wiederfinden, die z.B. ein Klient auf uns überträgt. So können wir uns tatsächlich ärgerlich und ablehnend ihm gegenüber fühlen und reagieren, obwohl das eigentlich nicht unserer eigenen Einstellung zu ihm entspricht. Wir agieren dann auf Grund der vom Klienten in uns hineininduzierten Erwartung so, wie die Person, die er in uns verkennend sieht, d.h., wie die Person, die sie auf uns projiziert hat. Das kann beispielsweise die Reaktion auf extremes Misstrauen des Klienten sein. Dann fühle ich immer wieder Schuldgefühle, wenn ich ihm begegne, und wundere mich, dass ich das Gefühl nicht loswerde, ihm massiv etwas schuldig zu sein, dabei aber ganz genau spüre, dass ich diese Schuld niemals abtragen könnte. Ich fühle mich emotional wie in der Falle und kann vielleicht kaum noch wahrnehmen, über welche Stärken und Ressourcen dieser Mensch dennoch verfügt.

Übertragung als Ressource

Was immer ein traumatisierter Mensch in mir an Schrecken, Misstrauen oder gar an Gewaltphantasien quasi deponiert, kann mich zunächst stimmungsmäßig nach unten ziehen und auch zu einer rigiden Abwehr provozieren. Ich kann mich aber darin üben, diese Gefühle in mir wie in einem Behälter wahrzunehmen, in dem ein energiegeladener Prozess stattfindet – getreu dem Containment-Prinzip (wie im vorigen Kapitel beschrieben). Dann kann ich vielleicht trotz sehr unangenehmer Gefühle, mit denen ich mich u.U. sogar mir selbst gegenüber fremd fühle, etwas Wichtiges würdigen: nämlich dass dieser Übertragungsprozess sehr wahrscheinlich eine wichtige Rolle zum Selbstschutz meines Schützlings darstellt. Was ich im Moment noch als Ausdruck einer Krankheit, Störung etc. in seiner dysfunktionalen Wirkung fokussiere, stellt möglicherweise auf einer anderen Ebene bereits eine Bewältigung dar, oder mindestens den Beginn davon. Wenn ich entscheiden kann, mir dies doch nicht vom Leib zu halten, sondern zulasse, mit der traumatisierten Person in Kontakt und in Beziehung zu treten, dann öffnen sich Chancen. Diese können wir in besonderer Weise nutzen, wenn wir es bewusst zulassen, uns auch körperlich vom Trauma oder auch von der Schuld der Klient*in „angefasst“ zu fühlen. Vielleicht merken wir dies zunächst nur in Form des oben genannten „Energieknotens“.

Mit den Methoden aus der KPT können wir an diesem Punkt die Körperebene nutzen. Dann fragen wir z.B. nicht nur, wie es der Kolleg*in mit dem geschilderten Problem geht, sondern auch, wo im Körper sie es konkret spürt, wie es ihr geht – woran sie sinnlich die Gefühlsbewertung ableitet, z.B. niedergeschlagen, angstvoll, oder ratlos zu sein. Die Energieknotenpunkte dafür sind z.B. Verspannungen im Nacken, Herzklopfen, Schweißausbrüche oder Kraftlosigkeit in bestimmten

Körperzonen u.v.m.. Von da aus können wir dann aus der „Toolbox“ der Aggressions-Dialog-Arbeit eine Interventionsform nutzen, um aus einem Ohnmachts- oder Schwächezustand herauszufinden und ihre Energie wieder nach vorne richten zu können.

Fazit

In der Gruppen- und Einzelarbeit für das therapeutische Personal nutzen wir die Möglichkeit, körperlich die Energie in Konfliktdynamiken und auch im Übertragungsgeschehen spüren zu können. Dann können wir der Energie mit Hilfe der dialogischen Konfrontationsformen und weiterer körperorientierter Settings eine neue Richtung geben bzw. sie (wieder) in Bewegung bringen. Wir ermuntern die Kolleg*innen dazu, das Erleben im Klinikalltag in seiner Wechselbeziehung mit privaten Beziehungen im geschützten Raum der „Körpersupervision“ zu thematisieren. Das bedeutet, sich der eigenen Körperenergie und damit seiner Vitalität wieder zu bemächtigen – ein (Re-) Empowerment, das ihnen hilft, sich am eigenen Schopf aus der Ohnmacht zu ziehen.