Trauma, Spiegelneurone, Selbstreferenz und der achtsame Therapeut

© Karl-Klaus Madert Febr. 2014

veröffentlicht in: Forschungsbulletin der Sigmund-Freud-Universität Sfu.ac.at
Nr.1 (2015) 28-42; Nr.2 (2015) 6-18; SFU Forschungsbulletin SFU Research Bulletin 5/1 (2017), S. 37-48
Ergänzungen 12.9.2026

Zusammenfassung

Empathie ist neben Techniken gegen Dissoziation einer der zentralsten Wirkfaktoren in der Traumatherapie. So wie der aktivierte Traumazustand des Patienten /der Patientin eine Resonanz findet im Spiegelneuronsystem des Therapeuten/der Therapeutin, so spiegelt sich die Lebendigkeit des Therapeuten/der Therapeutin im System des Patienten/der Patientin und kann von diesen als Ressourcenzustand in das körperliche Selbstkonzept eingebaut werden. Um die Traumazustand-Simulation in seinem/ihrem Spiegelneuronsystem aushalten zu können, muß der Therapeut/die Therapeutin über eine klare und stabile Selbstreferenz verfügen. Mitleid ohne Selbstreferenz belastet die Gesundheit des Therapeuten/der Therapeutin. Achtsame körperorientierte Meditationstechniken sind hilfreich zum Aufbau und zur Stabilisierung einer belastbaren Selbstreferenz.

Schlüsselbegriffe

Trauma, Spiegelneurone, Täterintrojekt, Empathie, Mitgefühl, Mitleid, Selbstreferenz, Meditation, Achtsamkeit

Summary

Empathy is a crucial agent in trauma therapy besides anti dissociation techniques. As the activated trauma state of the patient resonates in the mirror neuron system of the therapist the liveliness of the therapist is mirrored by the patient and can be embodied as a resource state. To stand the simulation of trauma within himself the therapist has to have a clear and strong self reference. Compassion without self reference is detrimental to the therapist's health. Mindful body oriented meditation techniques may help to cultivate and stabilize a strong self reference state.

Key words

trauma, mirror neuron, perpetrator introject, empathy, compassion, self reference, meditation, mindfulness.

Inhaltsübersicht:

1. Trauma, Spiegelneurone und Täterintrojekte

Vorbemerkung

Fragestellung

1.1. Trauma, neurobiologisch gesehen

1.1.1. Was macht ein Trauma aus?

1.1.2. Vernachlässigungstraumata und Schocktraumata

1.1.3. Traumabewältigung und Traumafolgestörung

1.2. Spiegelneuron-System und Selbstreferenz unter Extremstreß

1.2.1. Beziehungsverlust

1.2.2. Das Entstehen eines Täterintrojekts

2. Traumatherapie, Spiegelneurone und die heilsame Beziehung

Die Heilung

2.1. Traumatherapeutische Technik

2.2. Was wir von anderen Kulturen lernen können

2.3. Empathie als wesentlicher therapeutischer Wirkfaktor

2.4. Der Therapeut als gutes Beziehungsobjekt

2.5. Der Therapeut /die Therapeutin als „Container“

2.6. Gegenübertragung

Fallbeispiel

3. Spiegelneurone und die Entwicklung von Selbstreferenz mittels Achtsamkeit

Die Achtsamkeit des Therapeuten in der Traumatherapie

3.1. Das Ich

3.2.1. Achtsamkeit als Funktionszustand

3.2.2. Achtsamkeitstraining und Meditation

3.2.3. Achtsamkeit als Mittel zur Stärkung von Selbstreferenz

3.3.1. Training von Achtsamkeit am Beispiel *Zen*

3.3.2. Aufrichtung

3.3.3. Embodiment von aufrechter Haltung

3.3.4. Rückbezug zur Therapie

4. Ergebnis und Diskussion

Literatur

Trauma, Spiegelneurone und Täterintrojekte

Vorbemerkung

Über Spiegelneurone und Empathie gibt es bereits umfangreiche Forschungen und Veröffentlichungen (z. B. Bauer, 2005; Rizzolati et al., 2008). Allgemein stellen Bruce et al. (2010) fest, daß Achtsamkeitspraxis ein Mittel sein kann, Psychotherapeuten zu trainieren. Auch Dan Siegel (2007; 2014) untersucht die Wirkung von Achtsamkeitstraining auf Hirnstruktur und Funktion. Allerdings habe ich bei meiner Literaturrecherche zu Trauma, Spiegelneurone, Selbstreferenz, Meditation und Therapie in Lord S A (2013) lediglich einen einzigen Artikel gefunden, der sich mit der Wirkung einer „comeditation/ meditative dialogue process“ auf den „sacred space“ und den „sense of just being“ der therapeutischen Situation befaßt. Spiegelneurone sind da zwar erwähnt, aber nicht weiter in Beziehung gesetzt zum therapeutischen Wirkprozeß und auch nicht zur Selbstfürsorge des Therapeuten. Die spezielle Dynamik der Selbstreferenz bei Traumafolgestörungen habe ich nirgends behandelt gefunden.

Fragestellung

Unter Extremstreß werden Gefühle und Haltungen des Täters Teil des Selbstkonzeptes des Opfers. Die Selbstreferenz wird verzerrt. Dabei spielen neurobiologisch vorgegebene Mechanismen des Spiegelneuronsystems eine zentrale Rolle. Weil in der Traumatherapie solche Täterintrojekte im Übertragungsgeschehen aktiviert werden, wird die Empathiefähigkeit des Therapeuten/der Therapeutin besonders gefordert. Ich will untersuchen, wie diese unterstützt und verbessert werden kann. Dazu beginne ich mit einem Überblick über die neurobiologischen Mechanismen und ihre Auswirkungen auf das Beziehungsgeschehen. (ausführlich in Madert, 2007).

1.1. Trauma, neurobiologisch gesehen

Bei einem traumatischen Ereignis sind alle sinnvollen Handlungsmöglichkeiten ausgeschöpft. Der Streß wird durch fehlende Problemlösungsmöglichkeiten unbewältigbar. Unsere bisherigen Bewältigungsmöglichkeiten greifen nicht mehr. Das

Informationsverarbeitungssystem ist überfordert. Deshalb kommt es zu **unbewältigbarem** Streß. Es ist nicht der akute Streß alleine, der eine Störung in Gang setzt. Der Weg hinaus aus dieser Überforderung, aus diesem extremen Streßzustand, der Streßabbau mißlingt. Der Informationsverarbeitungsprozeß wird dadurch dauerhaft dysfunktional. Es eröffnet Heilungsmöglichkeiten, wenn wir diesen Prozeß verstehen.

Jeden von uns treffen – oft mehrfach im Leben – schwer belastende Erlebnisse. Sowohl Ereignisse mit körperlicher Verletzung als auch solche, die „nur" psychisch auf das innere Erleben wirken, können zu unbewältigbarem Streß führen. Dabei ist die Problemlösungskapazität überfordert. Der Organismus wird so massiv emotional-affektiv erregt, daß die Affekttoleranz überschritten wird und es zu einem überwältigenden Erleben von Angst und Panik kommt. Sinnvolles und konstruktives Handeln ist nicht mehr möglich (Huber 2005). Was als unbewältigbar erlebt wird, ist eine sehr individuelle komplexe Gestalt, zusammengesetzt aus

- der physikalischen oder oft auch nur psychischen Einwirkung (Impact) auf den Organismus, z.B. eine körperliche Verletzung oder vorweggenommene Verletzung (Bedrohung),
- die Bewertung dieser Einwirkung,
- die jeweils individuelle Reaktionsbereitschaft,
- die Vorerfahrungen mit schwierigen Situationen (z. B. frühere Traumata) und
- die objektiven wie subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten.

1.1.1. Was macht ein Trauma aus?

In einer traumatischen Situation sind alle sinnvollen Handlungsmöglichkeiten ausgeschöpft. Das verursacht Streß, und zwar sehr viel Streß. Durch die damit einhergehende Überstimulierung (auf Englisch „*sensory overload"*) kommt es zu Phänomenen, die wie eine Notabschaltung wirken. Der Organismus friert in Schreck und Schock ein. Betäubung (auf Englisch „*numbing*") und Erstarrung (auf Englisch „*freeze")* gehört zu einem Funktionszustand unseres Gehirns, der es vor überwältigender Überladung mit Reizen schützt, die wir nicht mehr verarbeiten können. Denn wir müssen uns gleichzeitig fokussieren auf alles, was für das Überleben wichtig ist (ausführliche Darstellung in Madert, 2007).
Eine Patientin beschrieb das so: „Ich funktionierte manchmal wie in Trance, führte Befehle aus wie ein Automat. Meine Gefühle waren bis zur Betäubung abgestumpft. Gleichzeitig aber

richtete ich meine ganze Aufmerksamkeit auf die dauernd drohenden Gefahren. Bis zum Äußersten wachsam und angespannt paßte ich auf, daß mir nichts passierte."

Das einheitliche Erleben zerfällt aufgrund einer **Hirnfunktionsstörung** in mehr oder weniger viele Bruchstücke (Fragmentation, Dissoziation)**:**

Die **primäre Dissoziation** geschieht auf der neurophysiologischen Ebene sensomotorischer und neuroendokrinologischer Muster. Im Schock sind einzelne Hirnregionen so fokussiert mit „Überlebensarbeit" beschäftigt, daß andere Teile des Gehirns mit Blut und Sauerstoff unterversorgt werden. Das dürften vornehmlich die Hirnregionen sein, die mit Gefühl und der Schaffung von Körperrepräsentanz zu tun haben. Das bedeutet: Die materielle Basis der so genannten „Binding-Funktion" der Großhirnrinde ist beeinträchtigt, welche aus verschiedenen Sinnesmodalitäten und Mentalisierungsfähigkeiten ein einheitliches Erleben der Situation kreiert. Das Gehirn bringt kein kohärentes Ich-Erleben mehr zustande. Dieses bleibt vielmehr primär dissoziiert in viele Facetten oder Wahrnehmungsmodalitäten. Das Gehirn ist mit der Schaffung einer ganzheitlichen Erlebensgestalt überfordert.

Ein Patient berichtete dazu: „Ich erstarrte im innersten Schrecken. Mein letzter Gedanke war: jetzt bin ich tot. Es war einfach alles weg. Es hat nichts mehr existiert. Ich weiß jetzt, was ein Schockzustand bedeutet: handlungsunfähig still halten, erstarrt, betäubt." Eine andere Patientin erlebte sich „aus der Welt gefallen", andere Patienten wie „aus der Umlaufbahn geschossen", „exkommuniziert", als „Alien".

Für die subjektiv erlebende Psyche bedeutet primäre Dissoziation, daß im Schockzustand die materielle Basis der Psyche als emotionales und kognitives Wahrnehmungsorgan (Ich-Perspektive) dysfunktional ist. Das Ich als Verarbeitungsorgan von Erlebnissen ist von seiner neurophysiologischen Basis her funktionsgestört, kann also weder ein Erlebnis verarbeiten und in das Selbstbild integrieren noch verdrängen. Raum- und Zeiterleben sind gestört. Das bis dahin kohärente Raum-Zeit-Erleben zerbricht „wie eine Christbaumkugel", in der sich das Ich bisher „gespiegelt" hat. Das Ich-Gefühl wird unwirklich wie bei einem Albtraum. Körpergefühle und Emotionen werden nicht mehr gespürt oder der traumatischen Situation nicht mehr zugeordnet.

Das Trauma wird gleichwohl als Erinnerung **körperlich** im Basalgangliensystem **gespeichert,** und zwar in der basolateralen Amygdala und im mesolimbischen System (Roth & Stüber, 2014, S. 372) Diese Speicherung erfolgt in Form einer bestimmten habituellen Körperhaltung, die mehr oder weniger Reminiszenzen an die Schreckstarre des Totstellreflexes beinhaltet (Mosetter et al. 2005). Vor allem Verletzungen und Gewalt werden wie mit einem Stempel tief eingeprägt in Körperhaltung, Bewegungssystem und vegetativ-

emotionaler Gestimmtheit. Das verleiht diesen Menschen oft den unpersönlichen, emotions- und seelenlosen, irrealen, bisweilen transzendenten Anschein. Solche Inhalte des **impliziten Gedächtnisses** sind unbewußt und einem sprachlichen Diskurs nicht zugänglich. Es kommt gar nicht erst zu einer sekundären mentalen Repräsentation des „Einfrierens“ im Schock, die verdrängt werden könnte. Die veränderte Befindlichkeit eines Traumatisierten offenbart sich allenfalls einem mitfühlenden Beobachter über das Spiegelneuronsystem.

Primäre Dissoziation ist also in diesem Stadium keine höhere aktive Abwehrleistung, sondern Funktionsverlust. Bei sehr frühen Traumata, z.B. einem Geburtstrauma, ist noch nicht einmal ein Ich vorhanden, welches verdrängen kann, d.h. es werden noch keine psychischen Inhalte im strengen Sinne von mentalen Bildern, Kognitionen oder sprachlich Beschreibbarem gebildet. In den ersten eineinhalb bis zwei Lebensjahren wirkt das Trauma gleichwohl ein, wird auch gespeichert, aber nur im impliziten somatischen Gedächtnis, nicht im expliziten psychischen Gedächtnis, weil diese Art von Psyche zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht existierte und sich wegen der Funktionsstörung noch dazu gar nicht richtig sich ausbilden konnte.

Wird später durch Auslöser ein Traumazustand (auf Englisch **„**trauma-state“) getriggert, gerät das Gehirn in einen ähnlichen dysfunktionalen Zustand. Die Hirnrinde wird wiederum so schlecht durchblutet, daß die Funktion des Großhirns, das bewußte Erleben, beeinträchtigt wird. Zumindest für Patienten in einem getriggerten trauma-state läßt sich diese Unterversorgung im fMRT nachweisen (ausführlich in Markowitsch et al. 1998, 2003; Kapfhammer 2002).

Bei der **sekundären Dissoziation** handelt es sich um eine Abwehrleistung. Die Aufmerksamkeit wird von dem Erleben des Traumas und den damit verknüpften realen Körpersensationen und Gefühlen weg verschoben in besser aushaltbare, aber eingeschränkte Bereiche der Wahrnehmung. Das Bewußtsein flüchtet in einen anderen „Bewußtseinsraum“ (auf Englisch **„***spacing-out“*), „träumt“, „beamt“ sich weg, ins „Nirwana“, wie es Patienten und Patientinnen ausdrücken. Das sind Rettungsversuche vor unaushaltbaren Trauma-assoziierten Emotionen und Körpergefühlen.

Ein extremes Beispiel dafür sind die außer-körperlichen Erfahrungen (auf Englisch **„***out-of-body-experiences“*) im Zusammenhang mit Nahtoderfahrungen, also dem Extrem an traumatischer Situation. hat in seinem Buch „Der Ego-Tunnel“ (2009) sehr eindrücklich beschrieben, wie sich das „phänomenologische Selbstkonzept“, also das identitätsgebende Bewußtseinsbild vom eigenen Körper vom konkreten Körpererleben abspaltet, unter der

Decke schwebt und aus der sicheren Entfernung zuschaut, was mit dem „materiellen“ Körper geschieht.

1.1.2. Vernachlässigungstraumata und Schocktraumata

Wir unterscheiden Traumata durch Vernachlässigung und Traumata durch ein schockierendes Erlebnis, also Vernachlässigungstraumata und Schocktraumata. Es handelt sich um die beiden Pole einer Ergänzungsreihe. Auch Vernachlässigung kann bis zur Lebensbedrohung gehen:
Eine Patientin wurde als unerwünschtes Kind im Krieg von der überforderten Mutter in der Hitze des Sommers den Mücken überlassen, im Winter in der Kälte stehengelassen, im kalten Badewasser blau gefroren**.** In der 182. Sitzung beschreibt sie: „Meine linke Körperseite verkrampft sich vor mörderischer Wut auf sie. Lieber mache ich mich fast halbtot und sterbe, als daß ich mir eingestehe, daß ich ihre Zuwendung brauche“. Hier wird die grauenhafte Angst und Panik des einsamen Kindes vor der namenlosen Leere und dem drohenden Tod spürbar. Die Wut dieser Patientin ist der hilflose Rest an Überlebenskampf. Dieses hilflose Kind hätte sich in einem sinnlosen Kampf um Zuwendung erschöpft, wenn es nicht die Notabschaltung des depressiven Kollaps und der Erstarrung gegeben hätte.
Peter Levine schreibt dazu: „Wenn ein Mensch allein in einem kalten Raum zurückgelassen wird, so ist das für ein Baby mit ziemlicher Sicherheit katastrophal, für ein Krabbelkind beängstigend, für ein Grundschulkind belastend und für einen unbelasteten Jugendlichen oder Erwachsenen nur etwas unangenehm“ (Levine, 1998, S. 43) Das Ausmaß an Streß und damit die Wahrscheinlichkeit für eine Traumatisierung hat vor allem mit der Reife des Gehirns, den Bewältigungsmöglichkeiten und dem Grad des Ausgeliefertseins zu tun.
Trauma hat immer mit der existentiellen Bedrohung zu tun, daß es kein Ich mehr gibt durch physische oder/und psychische Auslöschung. In einer traumatischen Situation ist die mögliche Auslöschung des Ich so präsent, daß es kein Ausweichen mehr gibt vor der drohenden Auslöschung des Ich. Das physische Individuum, das „Tier in uns“ hat Möglichkeiten, auf die Bedrohung mit Notfallmaßnahmen zu reagieren. Diese sind weitgehend phylogenetisch vorgegeben, auf der unteren limbischen Ebene (Roth & Stüber, 2014, S. 371), oft bezeichnet als die Ebene des „Reptiliengehirns“. Wir haben die meisten davon mit allen höheren Tieren gemein, z. B. Kampf-Flucht-Impulse mit Aktivierung der Streßachse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse HPA), Totstellreflex, Schock-Reaktion, Notabschaltung über den dorsalen Vagus. Der Organismus kollabiert oder friert im Schreck und Schock ein. All das dient dem Überleben dieses einmaligen Lebewesens, im Fall des Menschen dem Überleben des individuellen Ichs.

Trauma verändert die Rückkopplungsschleife des Streßregulationssystems, von dem die HPA-Achse ein wichtiger Teil ist. Es gehört zu den normalen Funktionen der stressbedingten Cortisolausschüttung, die schnelle Stressreaktion (CRF, Katecholamine, vegetatives Nervensystem) zu drosseln und vor einem Überschießen zu bewahren. Bei einer PTBS weist das Stress-System erhebliche Veränderungen auf. Bei einer erhöhten Konzentration von cortisol releasing factor CRF ist zugleich der Cortisolspiegel in Urin und Plasma verringert. Die morgendliche Cortisolfreisetzung ist verringert, ebenso wie die Cortisolantwort bei der Konfrontation mit Stress (Roth & Stüber, 2014, S. 271). Ist die Cortisolfreisetzung aber aufgrund früherer traumatischer Erfahrungen verringert, so kann das Cortisol diese Aufgabe nicht wahrnehmen und es kommt zu einem Überschießen der schnellen Stressantwort. Aufgrund dieser verlängerten physiologischen Erregung ist das Risiko für die Entwicklung einer PTBS erhöht (Yehuda et al. 2010).

Ebenso wie depressive Erkrankungen wird die Entwicklung einer PTBS mit einer verringerten Neurogenese in Verbindung gebracht. Einer traumabedingten Cortisol-Unterfunktion geht gewöhnlich eine Periode der Überfunktion voraus. Mißbrauch und Vernachlässigung während der Kindheit führen beispielsweise zu einer Cortisol-Überfunktion. Wird der Extremstreß-Zustand nicht zeitnah aufgelöst, d. h. das „Hyperarousal“ (fortdauernde Überaktivierung, ständiger Aktivierungszustand)) nicht heruntergefahren, kommt es zur Zerstörung von Glukokortikoid –Rezeptoren im Hypothalamus. (Bering et al., 2005; Gehde et al 1998; Kapfhammer, 2002; ausführliche Darstellung in Madert, 2007).Nach Trickett et al. (2010) entsteht mit der Zeit eine Cortisol-Unterfunktion. Psychisch scheint dies mit einer Resignation des Kindes zusammenzuhängen: Das Kind gibt seinen Widerstand auf. Späterer chronischer Stress führt ebenfalls zunächst zu einem überschießenden Cortisolanstieg. Im Zustand der Erschöpfung schlägt das in eine Cortisol-Unterfunktion um (Roth & Stüber, 2014, S. 272).

Eine Überfunktion der Amygdala sowohl unter Ruhebedingungen wie auch als Antwort auf traumabezogene Reize scheint mitverantwortlich für erhöhte Ängstlichkeit sowie die Beständigkeit und Intensität traumatischer Erinnerungen. Die limbischen Hirnrindenbereiche des ventromedialen präfrontalen Cortex sind generell vermindert aktiv. (Roth & Stüber, 2014, S. 270). Der Organismus befindet sich in einem ständigen Arousal-Zustand, nimmt dies aber als „normal“ wahr, weil sich das Hintergrundsempfinden (Damasio, 1997), die körperliche Referenz für das phänomenale Selbstkonzept (Metzinger 2009) entsprechend verändert hat.

Ein klassisches Beispiel hierzu aus der Bindungsforschung sind die unsicher gebundenen Kinder im „strange-situation-test“ nach Mary Ainsworth (Ainsworth in Strauss et al. 2002). In diesem Experiment verläßt die Mutter ihr etwa einjähriges spielendes Kind für kurze Zeit und

geht aus dem Raum. Gesunde, sicher gebundene Kinder protestieren, weinen, schreien nach der Mama und versuchen so aktiv, den Kontakt zur Mutter aufrecht zu erhalten. Unsicher vermeidend gebundene Kinder verhalten sich „pflegeleicht“ und „normal“: sie spielen weiter vor sich hin, scheinbar mehr oder weniger ungerührt. Kehrt die Mutter zurück, tun sie so, als sei nichts gewesen. Mißt man aber physiologische Stressparameter dieser Kinder, so zeigen diese einen hohen Stresspegel an (Spangler et al., 1993; Ahnert et al., 2004; Luijk et al., 2010; Center on the Developing Child at Harvard University, 2012). Das System dieser Kinder ist also im Hochstreß, auch wenn sie sich vordergründig nicht so verhalten und ihnen die Trennung scheinbar nichts ausmacht. Trotzdem haben sich das Hintergrundempfinden und die unbewußten Reaktionsbereitschaften verändert, z. B. im Bindungsverhalten in Richtung einer Pseudoautonomie: „Ich brauche niemanden!“.

Weil das Arousal hoch bleibt, sucht sich die deutende Psyche oft wie ein „Gefahrenradar“ in der Alltagsumgebung „gute Gründe“, warum Mißtrauen und erhöhte Wachsamkeit gerechtfertigt sind. Das Ergebnis sind Phobien oder Vermeidungsverhalten. Oder die bewußte Psyche dissoziiert und ignoriert mögliche Gefahren.

Die traumatische Kondition ist also primär eine somatische und neuropsychologische Streßreaktion, die manchmal bis zur Ohnmacht führen kann. Die psychische Erlebensseite ist gleichfalls die der **Ohnmacht,** Ohnmacht als Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Kontrollverlust. Die Selbstwirksamkeit und damit Sicherheit, Orientierung und Kompetenz in der Lebensbewältigung geht verloren.

1.1.3. Traumabewältigung und Traumafolgestörung

Ein schockierendes Erlebnis wird erst durch emotionale Vernachlässigung zum Trauma, denn dann bleibt die Aktivierung hoch und wird nicht gegengesteuert. Durch Ruhe und Sicherheit nach dem Extremstreß dagegen wird die emotionale Sofortreaktion von Panik und Schock aufgelöst, die Erregung kathartisch entladen und die Erlebnisgestalt in die Gesamtpersönlichkeit und das Selbstkonzept integriert. Eine Patientin dazu: „Was mich gerettet hat, war Mitgefühl, Mitgefühl von anderen, Mitgefühl mit mir selbst.“

Ich zitiere eine andere Patientin: „Ich habe es dann der Mutter erzählt, sie hat total bescheuert reagiert: ‚Mach schon, das ist jetzt nicht so schlimm! Das passiert halt mal! Als Frau muß man das schlucken‘. Der Körper sagt aber: So geht’s nicht! Ich hätte jemanden gebraucht, der mich in den Arm nimmt und es mir erklärt.“

Erst durch dieses Fehlen bleibt die primäre Dissoziation unaufgelöst und die Übererregung, die Betäubung und die Erstarrung werden in einem verbal unzugänglichen neuronalen

Netzwerk dauerhaft gespeichert. Es entsteht ein chronischer Traumakomplex. Nun kann durch klassisch konditionierte Schlüsselreize der ursprüngliche Traumazustand getriggert werden. Reize, die an die ursprüngliche traumatische Situation erinnern, lösen dieselben „Notfallmaßnahmen“ aus. Ein solcher **Traumazustand** samt emotionaler Überaktivierung (auf Englisch *„hyperarousal“)* wird vom Traumatisierten erlebt, als sei er **jetzt unmittelbar** wieder in der traumatischen Situation.

Eine chronische Traumafolgestörung hat ihren eigenen Verlauf:
Bei nicht wenigen Traumatisierten bleibt die Dissoziation in der Persönlichkeits- und Interaktionsstruktur verankert, z. B. in einer **Borderline-Persönlichkeitsorganisation.** Dann gibt es nicht mehr das eine „Ich“ mit konsistentem Verhalten, das einen anderen Menschen konstant als einheitliches Gegenüber wahrnimmt. Es kommt zu **chaotisch-desorganisiertem** Beziehungsverhalten.
Meistens aber versucht die traumatisierte Persönlichkeit, ein Trauma zu **kompensieren.**
Der Traumakomplex aus abgespaltenen Erinnerungsbruchstücken, Übererregung, Schockstarre und Betäubung wird zusammengehalten mit Hilfe eines Überbaus aus starrer Körperhaltung, Vermeidungsverhalten und defensiven Ansichten über die Gefährlichkeit der Welt.
Krampfhaft anklammernd hält die Persona **fest** an Beziehungen und materiellen Gütern, die vermeintlich Sicherheit bieten. Oder es werden aus Angst Beziehungen **vermieden** oder diese bleiben emotional oberflächlich. Ich bevorzuge für die Beschreibung der Traumakompensation den körperpsychotherapeutischen Begriff des **Charakterpanzers** von Wilhelm Reich (Reich, 1933). Viele Patienten fühlen sich nämlich wie Ritter im Schutzpanzer. Charakterpanzer, Kontrolle bedeutet: Bewußtseinsenge, Bewußtseinsfokussierung auf Bedrohung und Überleben. Patienten-Zitat: „Ich wurde dann plötzlich ganz ruhig, ich verspürte keine Angst mehr, überhaupt kein Gefühl. Ich war auf alles gefaßt und gegen alles gewappnet, hatte mir wie Siegfried in den Nibelungen eine Haut zugelegt, aus der ich nicht mehr herauskam. Mich konnte nichts mehr verletzen, nur auf den Verstand konnte ich mich noch verlassen.“ Und weiter: „Mir fiel auf, daß alle, die dieses gnadenlose Morden, diese Vergewaltigungen und Plünderungen erlebt hatten, zwar ihre Geschichte erzählten, über das ‚Schreckliche‘ jedoch legte sich Schweigen. Vielleicht fürchteten sie wie ich immer noch einen Dammbruch, der die Überlebenskonstruktionen hinweg reißen könnte. Immer mußte ja auch ich aufpassen, daß meine Erinnerungen nicht zu intensiv wieder erwachten, so daß ich die Kontrolle über sie behielt.“

Eine andere Patientin berichtete: „Die Leute sind wie Zombies durch Münchens Straßen gelaufen, völlig weggetreten. Millionen Traumatisierter in Deutschland nach dem Krieg. All die erstarrten Eltern. Die ganzen vernachlässigten Kinder können da nicht hinschauen. Es ist der Wahnsinn, wenn man das so an sich ranläßt! Aber da waren ja auch andere, die nicht erstarrt sind. Es gibt auch immer diese andere Kraft. Das Helle. Vielleicht kann da was heilen."

1.2. Spiegelneuron-System und Selbstreferenz unter Extremstreß

1.2.1. Beziehungsverlust

Viele Traumen werden durch andere Menschen verursacht, beispielsweise durch Mißbrauch, Mißhandlung, Folter, Vergewaltigung oder durch tätliche Angriffe. Das kann bis zur angedrohten Auslöschung gehen. Huber bezeichnet dies als „Annihilationsdrohung" (2005). Solch ein Erleben anderer Menschen führt zu einer tiefen **Erschütterung des Urvertrauens** und zu einer **tief greifenden negativen Beziehungserfahrung**. Diese negative Beziehungserfahrung wird internalisiert. Die Beziehungsqualität und Bezogenheit zu anderen Menschen wird in Richtung Bedrohung, Mißtrauen und Abgetrennt-Sein verändert.

Gewalt, vor allem sexualisierte Gewalt, bedeutet: Durchbrechen der Subjekt-Objekt-Schranke. Die Folge ist eine **Übersensibilität.** Eine Patientin formulierte es so: „permanent Antennen ausfahren, permanent sich in das Bewußtsein der anderen rein fühlen und vorweg nehmen, ob was passiert. Das bedeutet: extreme Öffnung. Die führt zu einem Zusammenbruch."

Empathie und Vertrauen lassen sich nur verstehen, wenn man konkrete körperliche Beziehungserfahrungen mit einbezieht.

Um das zu verstehen, braucht es einen Ausflug in die Welt der **Spiegelneurone**, auch „Dalai-Lama-Neurone" genannt (Rizzolati et. al., 1999; Clauer, 2003, Bauer, 2005; Gallese, 2012).

Das Gehirn repräsentiert die eigene Person durch Programme für Handlungssequenzen, für Körperempfindungen und für emotionale Gefühle. Überall, wo Programme für Handlungssequenzen und dazugehörige Empfindungen gespeichert sind, gibt es Spiegelneurone. Sie feuern, wenn wir selbst eine Handlung ausführen. Dieselben Spiegelneurone feuern aber auch, wenn wir beobachten, wie ein anderer Mensch dieselbe Handlung vollzieht. Sie feuern, wenn wir die mit einer bestimmten Situation verbundenen körperlichen Empfindungen spüren. Sie feuern auch, wenn wir miterleben, daß sich jemand anders in einer entsprechenden Situation befindet. Sie feuern, wenn wir Emotionen wie Freude oder Angst fühlen, aber auch, wenn wir einen Menschen mit solchen Gefühlen

wahrnehmen (Bauer, 2005). Von der wahrgenommenen Handlung wird eine interne Kopie in Echtzeit erstellt, so, als ob der Beobachter selbst die Handlung vollzöge. Es ist wie ein innerer Handlungssimulator, der die Handlung aber nicht tatsächlich vollziehen muß. Die Herstellung der Kopie erfolgt automatisch, intuitiv, oft subliminal, und ist der willentlichen Unterdrückung nicht zugänglich. Die Beobachtung einer Handlung, die ein anderer Mensch ausführt, aktiviert oder etabliert vielleicht erst im Beobachter genau das neuronale Programm, daß er braucht, um die beobachtete Handlung selbst ausführen zu können, dazu außerdem die entsprechenden Empfindungen und Gefühle (spontane innere Simulation, Lernen am Modell). Geräusche, die typisch sind für eine bestimmte Handlung, ja sogar das Sprechen über die Handlung, haben den gleichen Effekt der Aktivierung der Spiegelneuron-Komplexe. Spiegelneurone reagieren selbst dann mit Resonanz, wenn das, worauf sie reagieren, nicht bewußt wahrgenommen wird oder unter der Wahrnehmungsschwelle bleibt (subliminal stimulierte Simulation).

Spiegelneurone bilden die neurologische Basis dafür, intuitive Vorstellungen über die Gefühle und Absichten anderer Menschen zu bilden. Verschiedene neuronale Netzwerke tragen zu dem Bild bei, das sich im Gehirn von einer anderen und der eigenen Person bildet. Moderne bildgebende Verfahren zeigen dann Aktivität in der unteren prämotorischen Hirnrinde (Handlungsabsichten), der unteren parietalen Hirnrinde (Körperempfindungen und körperliches Ich-Gefühl), der Insula (Kartierung von Körperzuständen), Amygdala (Angstgefühl) und dem Gyrus cinguli (Lebensgrundgefühl, emotionales Ich-Gefühl) (Lamm et al., 2010). Zusammen werden in diesen Zentren Repräsentanzen von anderen Personen und vom eigenen Selbst geschaffen (Bauer, 2005). Auch in dem Hirnareal, das für die Sprachproduktion zuständig ist, gibt es Spiegelneurone des handlungssteuernden prämotorischen Systems. Sprache hat ihre Wurzeln in Handlungen und Handlungsmöglichkeiten samt den dazugehörenden sensorischen Erfahrungen ihrer biologischen Akteure (ebd.).

Wie referiert, ist die Großhirnrinde von Menschen in einem Trauma-State, also im Hochstreß, teilweise deutlich schlechter durchblutet, vor allem linkshirnig, so daß es u. a. zu Sprachausfällen kommt. Eine Unterscheidung im Spiegelneuronsystem von Ich-Selbst gegenüber empathischer Simulation erfordert einen gut durchbluteten Kortex. Entsprechend bricht diese Unterscheidungsfähigkeit wegen neuronaler Dysfunktion unter Hochstreß zusammen. Die Befindlichkeit der Anderen wird ungefiltert und ohne Distanz handlungsleitend für Menschen unter Hochstreß. Beispiel: Massenpanik und Massenflucht bei Brand, Bombenanschlägen oder Unglücksfällen.

Die Wahrnehmungen der Emotionen und Gefühle eines anderen Menschen ergeben sich aus einer Rekonstruktion der körpersprachlichen Zeichen, die er aussendet, vermittels des eigenen Systems der Spiegelneurone, das wir mit anderen Menschen gemein haben. Vorstellungen über das, was im Anderen vor sich geht, sind damit die Grundlage für die Fähigkeit, eine „theory of mind“ zu bilden. Das System der Spiegelneuronen stellt nämlich ein **archetypisches überindividuelles neuronales Format** dar, durch das ein **gemeinsamer zwischenmenschlicher Bedeutungsraum** erzeugt wird (ebd.).
Dieses überindividuelle neuronale Format des Spiegelneuron-Systems bildet die intuitive Basis für das Gefühl einer – im Großen und Ganzen – berechenbaren, vorhersagbaren Welt, für ein Gefühl von Urvertrauen und Verstandenwerden.
Ausschluß aus diesem sozialen Verstehensraum wirkt wie Exkommunikation und kann krank machen bis hin zum Tod durch Verfluchen („Voodoo-Tod“) (Bokpe, 2002; Schmid, 2000).

1.2.2. Das Entstehen eines Täterintrojekts

Ein Opfer von Gewalt durch einen Mitmenschen verzweifelt an seiner Unfähigkeit, sich dem Täter gegenüber als verletzliches, fühlendes menschliches Wesen darzustellen. Der Täter handelt, als sei das Opfer kein sozial bezogenes Mitwesen, sondern eine leblose Sache. Oder er zieht sadistische Lust aus der Macht über das Opfer und seine Qual. Der Täter geht nicht vermittels seiner Spiegelneurone in empathische Körperresonanz. Ein Täter ist empathisch leer. Eine wesentliche menschliche Eigenschaft fehlt ihm. Er teilt nicht die intuitive Basis mitmenschlichen Verstehens mit seinem Opfer.
Dieses Fehlen ist insbesondere für ein Kind so unfaßbar, so jenseits all seiner Beziehungsmuster, so zutiefst erschreckend, verunsichernd und lähmend, daß diese Leere gefüllt werden muß, damit es als soziales Wesen weiterleben kann. Das Opfer identifiziert sich mit dem Aggressor und seiner Weltsicht. Dies führt – psychoanalytisch gesprochen – zu einer Implantation eines negativen Selbstobjektes in Form eines **Täterintrojekts**. Damit ist gemeint, daß das Opfer „intuitiv“ unreflektiert und unbewußt Haltungen, Einstellungen, Intentionen, Kognitionen des Täters über das Opfer und die traumatische Situation vermittels empathischer Einfühlung übernimmt. Das Opfer läßt sich „anstecken“ von der emotionalen Gestimmtheit des Täters (auf Englisch „*emotional contagion*“). Im Opfer entsteht über die Funktion seiner Spiegelneurone vorbewußt und oft gänzlich unbewußt ein gefühltes „Abbild“ im eigenen Körper von dem, wie der Täter sich bewegt, was ihn bewegt, was er fühlt, was seine Absichten, seine Handlungsintentionen in den nächsten Momenten sein dürften. Damit erfaßt das Opfer „intuitiv“ die Richtung der Handlungsgestalt, in die sich die gefährliche

Situation entwickeln könnte. Wegen der hohen emotionalen Erregung wird das Täterintrojekt in den Netzwerkstrukturen des Spiegelneuronsystems als überlebenswichtig gespeichert.

Eine kurze Vignette über drei Behandlungsstunden gibt dazu ein Beispiel:
Ich berichte über eine jetzt etwa Fünfzigjährige mit zwanghaftem, extrem geräuschempfindlichem, jähzornigem, gegenüber den zwei Brüdern gewalttätigen Vater. Dieser Vater war mit 17 Jahren im Krieg, verhungerte fast in der Gefangenschaft und litt unter Alpträumen. Er starb nach einem Jahr grausamen Leidens an stinkendem Kieferkrebs, als die Patientin 16 Jahre alt war. Die Ehe der Patientin, daraus zwei Töchter, zerbrach nach dem Krebstod der Schwiegermutter. In zwei Jahren Scheidungskrieg kam es zu vielen heftigen verbalen Angriffen, Lügen, Unterstellungen und Verleumdungen durch den Mann und den Schwiegervater und vier Gerichtsprozessen um Unterhalt und Auto: „ein schrecklicher Nervenkrieg!“.
Die 220. Sitzung beginnt die Patientin mit einem Traum: „Streit mit der jüngeren Tochter. Es ging um ihren Vater, meinem Ex-Ehemann: wie schlimm das damals für mich war mit ihm. Ich machte das Bild der Tochter von ihrem Vater kaputt. Ich schrie meine Wut raus, die Wut war besänftigt. Ich entschuldigte mich, dass ich so geschrieen hatte.“ Einfälle der Patientin dazu: „Da ist was internalisiert vom Ex-Ehemann. Auch ich habe ein Stück Last abgekriegt.“
Die Patientin geht imaginativ in die Rolle ihres Ex-Ehemanns: „schrecklich, diese Last!“ Aus der Rolle ausgestiegen: „traurig, der Mann tut mir leid. Die Kinder wollen ihm helfen, können nicht, eiern so rum ... ich wollte auch meinem Vater helfen, habe rumgeeiert, wollte ihm was abnehmen, seine Kriegstraumen, die Erstarrung, seinen Krebs, als ich 16 Jahre war.“
Die Patientin holt imaginativ die Sechszehnjährige aus dem Krankenzimmer des Vaters raus mit den Worten zu dieser Jugendlichen: „Ich sehe dein Leid und dein Schicksal“. Zu ihren Kindern sagt sie: „es gibt Dunkles, Schlimmes, Krieg, Krankheit, Gewalt. Das ist Realität!“
Und zum Vater und zum Ex-Ehemann sagt sie: „Ich konnte dir nicht helfen. Es ist dein Stress, den ich genommen habe, aus Liebe! Ich kann mich nicht ganz ablösen, ich kann das Elend nicht sehen und da ganz hilflos sein“
Die Patientin kommentiert: „Wenn der Vater, wenn der Ex-Ehemann diese destruktive schwarze Energie ganz für sich hat, zerstört sie auch: der Vater bekam Krebs. Ist das der Ausdruck dieser Energie? Und der Ex-Mann zerstört sich auch: er raucht, trinkt, hat Gelenksentzündungen durch eine Autoimmunkrankheit. Durch die Gewalt, die die mir angetan haben, die Schläge des Vaters, die Gewalt des Ex-Ehemanns durch Worte, durch Gerichtsprozesse, ist deren Wut in mich rein. Wohin damit? Das Destruktive löst immer wieder neue destruktive Wut aus. Die Kinder waren denen egal. Wenn ich ein Stück der destruktiven Wut des Vaters, des Ex-Ehemannes auf mich nehme, wird sie vielleicht gedämpft und ist es nicht so gefährlich für mich und meine Kinder“.
Dieser Komplex wird mit EMDR (Shapiro, 1999) prozessiert. Dabei ändert sich für die Patientin: „das Gefühl, als ob diese Wut ein bißchen nach vorne geht und ich das nicht ganz bin... ein ursprüngliches Körpergefühl entsteht.“ Die Patientin sieht sich nun bei ihren Kindern: „Das berührt mein Herz. Ich sehe, dass das lebendig ist. Es ist schön, dass ich Kinder habe, die anders sind: lebendig.“
Nach dieser Sitzung ging es der Patientin erst einmal „total gut“. Die Bauchbeschwerden waren fast weg. Dann aber hat sie am nächsten Tag „alles genervt“, weil die Tochter einen Neurodermitis-Schub bekam und „völlig mit den Nerven durch war“. Weil das auf eine

Aktivierung des traumatischen Komplexes hindeutet, wird therapeutisch auf die Stress-Situation mit ihrem Ex-Ehemann vor Gericht fokussiert (subjektiver Belastungsgrad 80%) und mit EMDR prozessiert. Sehr schnell sagt die Patientin: „Das ist das erste Mal, dass ich verstehe, was ein Täterintrojekt ist. Dass ich das spiegele, diese schwarze Energie. Das andere, was ich bin, ist ja nicht weg. Hinter der schwarzen Energie spüre ich noch was anderes, was Ruhiges, Helles, Sicheres, Trauriges. Vorher war es, als ob das Schwarze mich ausfüllt. “
Die Patientin schaut wieder als Erwachsene auf dieses 16-jährige Mädchen und redet mit ihm imaginativ: „Das war richtig, das zu nehmen, um die Gewalt von damals einschätzen zu können und auch, um nicht alleine zu sein. Man geht in diese Energie rein, wenn man den Menschen (dem Vater, dem Ex-Ehemann) nahe sein will. Du brauchst jetzt nicht mehr zu spiegeln! Das ist vorbei! Vater ist tot, der Ex ist weg. Die Bedrohung ist zu Ende. Du kannst den Bedrohtheitszustand verlassen. Der Bedrohtheitszustand ist ja auch ein Schutz: zurückhauen oder dichtmachen, erstarren. Flucht war nicht möglich. Naïvität wäre auch gefährlich. Denn wenn ich die Möglichkeit nicht habe, die Destruktivität zu spüren, kann ich die Gefahr nicht einschätzen, wenn es nötig ist. Nur ins Jetzt gehört es nicht hin... Gut, dass zu spüren. Dann kann ich es anschauen und verarbeiten, dass es den richtigen Platz bekommt und mich nicht mehr so überfällt.“
Du brauchst jetzt nicht mehr zu spiegeln! Das ist vorbei! Vater ist tot, der Ex ist weg. Die Bedrohung ist zu Ende. Du kannst den Bedrohtheitszustand verlassen. Der Bedrohtheitszustand ist ja auch ein Schutz: zurückhauen oder dichtmachen, erstarren. Flucht war nicht möglich. Naïvität wäre auch gefährlich. Dann wenn ich die Möglichkeit nicht habe, die Destruktivität zu spüren, kann ich die Gefahr nicht einschätzen, wenn es nötig ist. Nur ins Jetzt gehört es nicht hin... Gut, dass zu spüren. Dann kann ich es anschauen und verarbeiten, dass es den richtigen Platz bekommt und mich nicht mehr so überfällt.“
Zu Beginn der nächsten Sitzung ging es oberflächlich erst einmal um das Gefühl, zuhause „keinen Platz zu haben“ und um das Recht auf ein eigenes Zimmer. Schnell wird das Bedrohtheitsgefühl dahinter deutlich und der Modus aus der Kindheit: „Abhauen auf mein Zimmer“. Darauf fokussierend taucht die Atmosphäre bei Tisch im der Herkunftsfamilie auf, als der Vater den älteren Bruder anschrie und die Patientin als Kind erstarrte. Der ältere Bruder fiel zusammen, der jüngere Bruder trommelte nervös mit den Knöcheln, die Mutter heulte. Diesmal kann die Patientin imaginativ dem Vater sagen: „Hör auf!“ und zu den Anderen: „Das ist der Krieg. Alle Väter aus dem Krieg sind so. Der Krieg ist vorbei!“ zu dem sechzehnjährigen Persönlichkeitsanteil sagt sie: „Du musst nicht mehr abhauen!“. In der Imagination schauen die Eltern die (erwachsen stehende) Patientin an wie hilflose Kinder, die aus der Erstarrung aufwachen und weinen, als hätten sich alle an den Händen gefasst wie: „Es tut uns leid, der Krieg, all das ganze Leid. Der Krieg hat uns kaputt gemacht.“. Das entlastet die Kinder.
Zu der Sechzehnjährigen sagt die Patientin imaginativ: „Du brauchst keine Angst zu haben. Du darfst sagen, wenn einer blöd und gemein ist. Hier ist Platz für alle. Das ist ganz in Ordnung, wenn du sagst: hör auf! Und wenn der Vater nicht aufhört, ist er falsch!“.

Das Spiegelneuronsystem hat für alle sozial lebenden höheren Tiere eine enorme Bedeutung, gestattet es doch ein „Wissen“ über das, was in den anderen Gruppenmitgliedern vermutlich vor sich geht. Es ermöglicht Abstimmung, Gruppenzusammenhalt und Lernen voneinander.

Auf den ersten Blick überrascht es, daß es so etwas wie ein Täterintrojekt geben soll. Es ist nicht nur Nebenwirkung eines überforderten Spiegelneuronsystems, das nicht länger zwischen Simulation und Selbst unterscheiden kann. Es hat eine Überlebensfunktion, die bei genauerem

Hinsehen offensichtlich wird: Je paßgenauer sich das Opfer in die Absichten des Täters – meist unbewußt - einfühlt, um so größer die Chance für das Opfer, durch angepaßtes Handeln die gefährliche Situation zu entschärfen und am Leben zu bleiben, und sei es durch völlige Unterwerfung unter die Vorstellungen des Täters. Diese Unterwerfung wird erleichtert, wenn das Opfer seinen geschundenen Körper nicht mehr als Ich-Selbst erlebt, sondern wie eine fremde Person, der etwas geschieht. Das ist Teil des Zusammenbruchs der Selbstreferenz unter Extremstress. Diesen Mechanismus des „Ich-Verlustes“, als „Stockholm-Syndrom“ bekannt geworden, findet man häufig bei sexualisierter Gewalt, Geiselnahme und Folter. Die Unterwerfung funktioniert besonders erfolgreich, wenn das bewußte Ich des Opfers mangels Selbstreferenz mit den Absichten und Ansichten des Täters in Einklang geht und dann meint: „Ich habe es ja selbst so gewollt!“. Das Opfer gibt dann Teile seiner Identität ganz auf, als Folge des „Ich-Verlustes“. Das kann dann wirken wie ein „Mord an der (individuellen) Seele“, als „Seelenmord“ (Wirtz. 1989).

Menschen, die eine schwere Gewalterfahrung mit Zerstörung der eigenen Integrität und des Selbstwertgefühls erlitten haben, erleben oft **intuitive** Impulse, sich umbringen zu müssen. Gewalterfahrung scheint unbewußt ein Handlungsprogramm zu aktivieren, das – im Sinne des Spiegelneuronsystems – den vollständigen Ablauf einer begonnenen Sequenz darstellt. Das Spiegelneuronsystem möchte intuitiv das „zu Ende“ führen, was in der erlittenen Erfahrung selbst nicht bis zum endgültigen Ende vollzogen wurde: die Zerstörung der Person durch den Gewalttäter bis zum Selbstmord (Bauer. 2005).

Dazu ein Beispiel aus der Lebensgeschichte einer Patientin:

Elke wurde, ebenso wie ihr um ein Jahr älterer Bruder, im Schulkindalter von der Mutter häufig mit dem Teppichklopfer auf den nackten Hintern geschlagen, mit solcher Unbarmherzigkeit und solcher Unverhältnismäßigkeit wegen kleinster „Vergehen“, daß Elke sich eine abstrus anmutende, gleichwohl archetypisch vorgegebene Erklärungsphantasie aneignete: Sie identifizierte sich mit einer Drohne aus einem Sciencefiction-Roman, in dem sich eine Königin einen Hofstaat von Drohnen hält, die sie mit Hilfe von unter die Haut implantierten Nanosonden gefügig hält wie Roboter und mit ihnen machen kann, was sie will. In ihrer Beziehungsfähigkeit war Elke durch ein masochistisches Unterwerfungsverhalten schwer beeinträchtigt. Verstärkt wurde dies durch eine Vergewaltigung durch zwei Männer im Alter von zwölf Jahren. Elke schildert: „Einer hielt mir den Mund zu. Ich erstickte fast wegen meiner Polypen. Die zwei waren gestreßt, haben Panik geschoben. Deren Panik habe ich übernommen. So panisch bin ich heute. Innerlich bin ich mit den Vergewaltigern einen Deal eingegangen: ich lasse mit mir machen, was ihr wollt, solange ihr mich am Leben laßt! Damals ist die kleine Elke gestorben. Ich habe meine Seele verkauft, damit die Seele im Körper bleibt.“ Tatsächlich hatte Elke Selbstmordimpulse.

Für die Beziehungsfähigkeit nach dem Trauma kann ein Täterintrojekt verheerende Folgen haben: die traumatisierende Beziehungserfahrung wird durch minimale einfühlende

Imitationen von Körperhaltung und Bewegungsimpulsen des Täters vom Opfer im eigenen Körper auf Körperebene gespiegelt, psychoanalytisch gesprochen „introjiziert“, d.h. der Körper erinnert sich unter Streß an diese Muster, die psychische Zuordnung wird wegen der emotionalen Betäubung im Schock aber entweder nicht aufgebaut oder ohne Emotionsgehalt dissoziiert abgespeichert. Der immer wieder reaktivierte körperliche Zustand des Traumas sucht sich dann sekundär „Erklärungen“, was zu phobischen Störungen führen kann bis hin zur Projektion des (unbewußten) internalisierten Täter-Opfer-Beziehungsmuster auf banale Alltagsbeziehungen. Ohne es zu merken verhalten sich Opfer dann ebenso distanziert, gefühlskalt und manchmal grausam wie ihre Täter damals ihnen gegenüber.
Vor allem bei anbehandelten Traumapatienten findet man oft, daß das Trauma zu einem Teil der persönlichen Identität wird. Sie definieren sich als traumatisiert, als Opfer z. B. sexualisierter Gewalt. Die damit einhergehende Angewohnheit des Fokussierens auf die eigenen Defizite, für die das Trauma verantwortlich gemacht wird, verstärkt das traumabestimmte Grundlebensgefühl, triggert vielleicht sogar immer wieder traumatisches Erleben und retraumatisiert fortwährend bis hin zum Einschleifen der entsprechenden neuronalen Verschaltungen.

Die neurobiologische Grundlage für die Bildung eines Täterintrojekts ist relativ komplex, läßt sich aber gut erfassen, wenn man sich vorstellt, daß bei einem Trauma durch einen anderen Menschen acht „Teilpersonen“ beteiligt sind:

1. der physische Körper des **Opfers**, dem Gewalt geschieht, oft mit körperlicher Verletzung
2. Körperwahrnehmungen, Impulse, Handlungsabsichten (Kampf, Flucht, Totstellen) des **Opfers**, welche in der **rechten** Gehirnhälfte in Form von Erinnerungsspuren auch im System der Spiegelneurone eine globale „Körperkarte“ zu der Gewalttat erstellen
3. Eine ebensolche „Körperkarte“, jedoch in der **linken** Gehirnhälfte des **Opfers**, welche mit dem Selbstbild verbunden wird: “Das erlebe **ich**“
4. eine vermittels der Spiegelneuronenfunktion erstellte „Karte“ **im Opfer** über das, was aus der Einfühlung in den Täter das Opfer vermutet, daß der **Täter beabsichtigt** und fühlt: „Was hat er/sie vor? Was will er/sie von mir?“
5. der physische Körper des **Täters**, der Gewalt ausübt bis hin zur physischen Verletzung
6. Körperwahrnehmungen, Impulse, Handlungsabsichten, sensomotorische Abbilder der Aktionen des Täters inklusive seiner Motive, Wiederholungsmuster und seinem Ausagieren von früher selbst Erlebtem im **Täter**

7. bewußte Wahrnehmung und Erinnerung des **Täters** von dem, was er tut und beabsichtigt: „Das tue ich und habe ich vor“
8. die mittels der Spiegelneuronfunktion erfolgende **Einfühlung des Täters** in das Opfer. „Wie fühlt es sich für mein Opfer an, was ich mit ihm mache? Was richte ich in meinem Opfer an?“

Das Opfer verzweifelt daran, daß es mit seiner Befindlichkeit keine empathische Resonanz bei dem mitfühlenden Teil des Täters (Teilperson 8) findet. Oder diese Resonanz wird vom Täter so pervers und sadistisch verdreht oder mißbraucht, daß sich das Opfer darin als Mitmensch nicht gewürdigt erlebt.

Höchst bemerkenswert finde ich die Vorstellung, daß es im Opfer zwei „Teilpersonen“ gäbe, auf die beiden Hirnhälften verteilt, die für die Eigenwahrnehmung zuständig sind (Teilperson 2 und 3). Neurobiologisch gesehen bauen beide „Teilpersonen“ auf der Leistung der Spiegelneurone auf. Daß es aber eine Trennung gibt, hat John Decety (Decety et al., 2003) herausgefunden: Nur wenn das **Ich-Selbst als handelnde Person** (Teilperson 3) eine Handlung plant, beabsichtigt und dann vielleicht auch durchführt, werden diese Absichten oder Handlungen der eigenen Person zugeschrieben. Dann werden die Spiegelneuron-Netzwerke der **linken Hemisphäre aktiv**. An dieser Aktivierung erkennt das Ich-Bewußtsein, daß es sich jetzt um das Ich-Selbst handelt. Der eigene Körper wird zwar (auch) rechtshirnig wahrgenommen, die Zuordnung dieser Wahrnehmung zum Selbst „das bin **ich**, der da handelt, das ist **mein** Körper“ erfolgt aber **linkshirnig**. Vorstellungen und Empfindungen von **anderen Personen** und typisch menschlichen Situationen haben ihre Repräsentation dagegen in der **rechten** Gehirnhälfte. Sie scheint ein Speicher für die allgemeine Repräsentation von Menschen zu sein, auch vom eigenen Körper als von „außen“ betrachtet (Teilperson 2). Fällt die **rechte** untere parietale Hirnrinde aus, können keine körperbezogenen Vorstellungen mehr aufgebaut werden (Bauer, 2005).

Hier entsprechen sich neurobiologische Befunde bei Traumaopfern und deren Selbsterleben: Wenn eine Situation nicht mehr vorhersehbar ist und so fremd, daß uns keine Intuition mehr weiterhilft, kommt es zu einer heftigen neurobiologischen Streßreaktion mit einem massiven Gefühl der Angst. Angst, Anspannung und Streß kann die Signalrate der Spiegelneurone massiv reduzieren (Loren et al. 2015). Diese Hemmung des Spiegelneuronsystems dürfte eine Erklärung dafür sein, daß intuitive Reaktionen bei starker Belastung und Panik ausgesprochen irrational ausfallen und die Lage oft noch schlimmer machen (Bauer, 2005). Möglicherweise erklärt diese Hemmung auch die gestörte Körperwahrnehmung (Teilperson 2).

In der Erinnerung an das traumatische Ereignis wird das **Sprachzentrum** (Broca-Zentrum) im **linken** Temporallappen minderversorgt (Rauch et al., 1996). Die Versprachlichung des Erlebten ist beeinträchtigt. Das Sprachzentrum ist wiederum mit einer Vielzahl von Spiegelneuronen bestückt. Das Denken über sich selbst und die Zuordnung des Erlebten zu sich selbst (Teilperson 3) ist bei Traumatisierten mehr oder weniger gestört. Klinisch imponiert dies als Dissoziation. Teilperson 2 und 3 sind nicht mehr verbunden. Hier zeigt sich ein weiteres Mal die Störung der Binding-Funktion, welche einzelne Wahrnehmungsqualitäten zu einer einzigen einheitlichen Gestalt verbindet. Es kommt zu einer Identitätsstörung (Depersonalisation). Bis zum Vollbild der Depersonalisation gibt es viele Übergänge, von einem Unwohlsein und Fremdheitsgefühl mit dem eigenen Körper über die Unfähigkeit, Körpersensationen zu deuten und sich selbst zuzuordnen bis zu ausgeschalteter Eigenwahrnehmung: Taubheit, Schmerzunempfindlichkeit, Losgelöstheit, Schweben, Erdungsverlust. Eine Extremform von Dissoziation, die von Traumatisierten aber häufig berichtet wird, sind die „Out-of-body-experiences“: Der eigene Körper wird gedoppelt (Teilperson 2 und 3) und Teilperson 2 als fremd und Nicht-Selbst erlebt, wie von außen betrachtet, ohne den inneren Bezug des „Das-bin-Ich“ (Teilperson 3). In diesem Fall wird das Auseinanderfallen der Identifikation, die Dissoziation des phänomenalen Selbstkonzeptes von dem tatsächlichen propriozeptiven Input besonders deutlich. Da „Out-of-body-experiences“ bei entsprechend disponierten Personen auch in modifizierten Bewußtseinszuständen spontan, ohne offensichtlichen Traumahintergrund, auftreten können (Metzinger 2009), scheint es sich bei dieser Dissoziationsform um eine phylogenetisch vorgegebene Selbsterlebensweise zu handeln, die wahrscheinlich auf der Organisation des Spiegelneuronsystems fußt. Das Fatale an dieser Dissoziation im Falle einer Hochstreß-Situation ist, daß vom Opfer auch die Kopie der Befindlichkeit des Täters nicht mehr zugeordnet werden kann. Teilperson 2, 3 und 4 verschwimmen. Die Kopie des Täters in der eigenen Befindlichkeit wird als eigenständiger neuronaler Komplex organisiert und gespeichert. Wird ein Traumastate getriggert, handelt und fühlt der Komplex im Opfer wie ein Teil der eigenen Persönlichkeit des Opfers, wirkt eben als Täterintrojekt.

Traumatherapie, Spiegelneurone und die heilsame Beziehung

2. Heilung

Heilung gelingt durch Integration. Integration erfordert bestimmte Umgebungsbedingungen.

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

2.1. Traumatherapeutische Technik

Techniken der traumabezogenen Körperpsychotherapien oder des EMDR (Shapiro, 1999) kennen wir aus der neurologischen Rehabilitation. Das überrascht nicht, denn eine Traumafolgestörung ist eine funktionelle und z. T. auch organische Hirnleistungsstörung.

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

- Stabilität und Sicherheit
- Ressourcen aktivieren
- Konfrontation mit unbewältigten oder/und prägenden Erlebnissen
- 5 grundlegende Ebenen **basic** müssen angesprochen werden:
  B Bewegungsimpuls (behavior)
  A Affekt (affect)
  S Körper-**Sensation,** Körper-**Spüren** (sensation)
  I Imagination Erinnerungsbild der traumatischen Situation (image)
  C Selbstzuschreibung, **Cognition**
- Doppelfokus/Pendeln zwischen Dysfunktionalem und Ressource
- rhythmische sensorisch–sensomotorische Stimulation
- Arbeiten im Eustress (Streßampel im grüner Bereich); ggf. Übernahme des beeinträchtigten Streßmanagements durch den achtsamen Therapeuten
- Vermeidung von Dissoziation

- Analyse des Charakerpanzers und der sekundären Traumakompensationen, ggf. mit körperbezogenen charakteranalytischen Techniken der Bioenergetischen Analyse, der Feldenkrais-Arbeit, der craniosakralen Osteopathie
- Analyse des sekundären Krankheitsgewinns und der Identifikation mit einem Opferstatus

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

Für Viele mag aktive Traumatherapie und Präsenz im mitfühlenden Kontakt scheinbar ein Paradox sein. Ja, Traumatherapie erfordert eine aktive Technik. Das Gehirn wird aktiv stimuliert, der Patient aktiv daran gehindert, zu dissoziieren, notfalls wird das Streß-Management für den Patienten übernommen. Der traumatische Komplex ebenso wie hilfreiche Ressourcen werden aktiv und geleitet aufgesucht, Verbindungen werden aktiv hergestellt, Vermeiden wird konfrontiert. Niemand setzt sich „freiwillig“ wieder den schrecklichen Gefühlen aus, die die traumatische Situation damals ausmachten. „Freie Assoziation“ mit endlosen Gedanken- oder Gefühlsschleifen um den traumatischen Komplex herum, freie Assoziation zur Bestätigung und Verstärkung der Charakterabwehr, freie Assoziation zur fortdauernden Stabilisierung und Selbstbestätigung des persönlichen Mythos (C. G. Jung in Jaffé, 1961), des dysfunktionalen Selbstkonzeptes ist nicht nur kontraproduktiv, weil sie die biologische Basis der Sollwertverstellung im Streßsystem nicht verändert, sondern birgt sogar die Gefahr der Retraumatisierung durch Abgleiten in einen (ungebremsten) Trauma-State und dem entsprechenden Hochstreß ohne Lösung.
Das Paradox löst sich auf, wenn wir die Interventionsebenen betrachten: Der Therapeut/die Therapeutin stellt einen sicheren Raum zur Verfügung, einen Raum für Gehirnaktivierung, Orientierung, Streßmanagement, Kontrolle, Katharsis, insbesondere einen sicheren Kontaktraum, in dem das Trauma unter Niedrigstreß „im grünen Bereich“ konfrontiert wird.
In diesem Raum ist der Therapeut/die Therapeutin unterstützend präsent und läßt den Patienten/die Patientin sein, läßt vom Patienten/von der Patientin kommen, was immer kommen mag, läßt insbesondere Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit zu. Innerhalb dieses vom Therapeuten gegebenen „Containers“ muß nichts „passieren“ oder „erreicht werden“. Ich erinnere mehrere Sitzungen, in denen sich eine lähmende Ratlosigkeit, eine hilflose Ohnmacht, ein auswegloses Überwätigtsein bei mir als Therapeut breit machte. Und der Patient wollte zwar den Kontakt, wollte aber nicht „tiefer“ einsteigen, Anregungen griff er nicht auf, „nichts ging vorwärts“. Mein „Therapeuten-Ich“ wußte: Es lag nicht an meiner therapeutischen Kompetenz, die war nicht einfach verschwunden. Ich tröstete mich damit, daß

nicht jede Stunde „gelingen“ muß. Ich wußte, Ohnmacht und Hilflosigkeit gehören zum traumatischen Komplex. Ich habe meine Ohnmacht einfach ausgehalten. Der Patient ging erleichtert, wenn auch ohne „Lösung“. In der nächsten Stunde bedankte er sich für die gute letzte Sitzung. Es habe ihm so viel gegeben, daß er mit diesen Gefühlen von „nichts geht“ nicht allein geblieben sei, sondern bei mir auf Verständnis und Getragen-Werden gestoßen sei.
Dieses „Nichts-geht“ gibt es in der Traumatherapie oft, in vielen therapeutischen Konfrontationssequenzen, die sich über mehrere Minuten hinziehen können. Dann ist immer die Frage: Braucht der Patient/die Patientin mehr Unterstützung in seinem Prozeß durch Mobilisierung und Gehirnstimulierung, mehr Zugang zu seiner Lebendigkeit durch charakteranalytische Arbeit an seinen Widerständen, mehr Sicherheit gebenden Halt? Oder ist der Patient/die Patientin in Kontakt mit seinem/ihrem Prozeß, und es geschieht gerade die Konfrontation mit seiner Ohnmacht als einem Teil des traumatischen Komplexes?
Neben direkten Fragen an den Patienten/die Patientin geben den entscheidenden Hinweis letztendlich die Prozeßqualität und das Zustandsbild der Befindlichkeit des Patienten/der Patientin, wie sie sich in der Simulation im Spiegelneuronsystem des Therapeuten/der Therapeutin abbildet.

2.2. Was wir von anderen Kulturen lernen können

Ich finde es bemerkenswert, wie viele östliche körperbezogene Meditationstechniken unter anderem Namen in der westlichen Traumatherapie wieder auftauchen. In diesen östlichen Systemen gibt es ein Konzept, das es im Westen so nur noch in der Bioenergetik nach Wilhelm Reich gibt: das Konzept von Lebensenergie **Chi** oder **Prana**. Alle mir bekannten Meditationssysteme sind sich darin einig, daß im meditativen Prozeß zuerst eine Reinigung zu erfolgen hat, und zwar in den östlichen Konzepten eine Reinigung der **Energiekanäle**, Nadis oder Meridiane genannt, eine Reinigung und Aktivierung der **Energiezentren**, Chakren genannt.
Die Reinigung von Traumen geschieht durch konkrete, achtsam begleitete Körperübungen. Auch Traumatherapie ist Reinigung von den Blockaden der Schockstarre. Achtsamkeit als zentrales Element der Meditation ist heute so „modern“, daß es in der Verhaltenstherapie sogar schon unter dem Label „Mindfulness“ als besondere Therapiemethode vermarktet wird, z. B. in der Dialektisch-Behavioralen Borderline-Therapie (s.u.) oder im MBSR (Mindfullness based stress reduction).
Laut dem Neurobiologen Gerald Hüther sind es primär die eigenen Körpererfahrungen, die das Gehirn während der frühen Phasen der Entwicklung im Mutterleib und in der

Säuglingszeit strukturieren. Das Denken spielt dabei noch keine Rolle. Erst mit der Fähigkeit zum symbolischen Denken gewinnen nun auch die Gedanken, Vorstellungen und Überzeugungen des Kindes an strukturierender Kraft. Die Gedanken, Vorstellungen und Überzeugungen sind aber kein Selbstzweck, sondern sie dienen der Stabilisierung dessen, was die Person als ihrer Identität zugehörig betrachtet. Sie dienen der Stabilisierung des Ich-Komplexes: Wenn ich aufhöre zu denken, löst sich automatisch das auf, was ich bisher an Denkanstrengungen zur Stabilisierung meiner Vorstellungen zu meiner eigenen Identität unternommen habe. Übrig bleiben all jene Anteile der eigenen Identität, die nicht allein durch das Denken gestützt und stabilisiert werden. Das sind all die Erfahrungen, die im Verlauf der bisherigen Entwicklung mit dem eigenen Körper und in der unmittelbaren Beziehung zu anderen Menschen und der äußeren Welt gemacht wurden (Hüther 2002; Hüther et al., 2009).
Es ist immer wieder erstaunlich, wie viel „Ich-freier Raum“ entsteht, wenn die Körperwahrnehmungen einfach nur bemerkt und dann ohne Bewertung stehen gelassen werden. Vor allem die Mikroanalyse der Wahrnehmungen verändert ganze Glaubenssysteme. Aus Schmerz wird Muskelspannung, aus Aufregung Hinweis auf Gefahr ohne äußeren Anlaß. Die Großhirnrinde beschäftigt sich mit sich, mit ihren eigenen Bewußtseinsszenarien, und das wird in Achtsamkeit erkannt.

2.3. Empathie als wesentlicher therapeutischer Wirkfaktor

Ein Mensch im chronischen Schockzustand wird sich von seinem Hintergrundempfinden her zutreffend, aber völlig unbewußt, als erstarrt und unlebendig kartieren und davon selbst nichts merken, weil es zu seinem unbewußten phänomenologischen Selbstkonzept gehört. Dieser Status ist für ihn selbstverständlicher Alltagshintergrund seines Seins in der Welt. Davon wird seine grundlegende Befindlichkeit in der Welt bestimmt. So wird er sich verhalten, so wird er dies anderen Menschen nonverbal mitteilen, so werden andere Menschen dies „intuitiv“ vermittels der Simulationsfunktion ihrer Spiegelneurone (Bauer, 2005) erfassen. Die zwingend notwendige Beziehungserfahrung für einen Traumatisierten zur Veränderung dieses Konzeptes ist der leibhaftige spiegelnde Kontakt mit lebendig mitfühlenden Mitmenschen.
Durch empathische Verschränkung zweier Systeme („konsensueller Zustand“ nach Gerhard Roth, 2001) scheint sich im körperlichen Gehaltenwerden das übersteuerte, hypertone System des Patienten an das entspannte psychophysiologische Muster einer beruhigenden Person anzugleichen. Durch die gegenseitige Einstimmung und Bezogenheit wird das System des Patienten/der Patientin neu „getuned“ und damit Veränderungen des Hintergrundempfindens herbeigeführt (Petzold, 2000a; 2000b, Madert, 2003b). Die bestehenden dysfunktionalen

Erregungsbereitschaften werden mit neuen Erfahrungen überschrieben („korrigierende emotionale Erfahrung“ siehe Stauss, 2006). Die Spiegelneurone als neurobiologische Basis wechselseitiger Körperresonanz und Empathie (auf Englisch „*shared intersubjective space*“) spielen dabei eine zentrale Rolle. Therapeut/Therapeutin wie Patient/Patientin fokussieren auf die Befindlichkeit des Patienten/der Patientin. Die Auflösung des Schockzustandes ist Voraussetzung für die Aufhebung des Spaltungsmechanismus, der Reintegration des dissoziierten Körpererlebens, der Emotionen, Einstellungen und mentalen Repräsentationen.
Das therapeutische Ziel dabei ist in erster Linie ein physiologisches: Auflösung des chronischen Schockzustandes. Der Heilungsprozeß beginnt über die „Wahrheit des Körpers“: der Körper kennt den Lösungsweg (Levine, 1998). Er weiß, wie er sich aus der Schockstarre herauswinden muß, um die gebundene Erregung zu entladen.
Empathisches Mitschwingen, mitfühlende Resonanz eines Anderen führt einen traumatisierten Menschen aus der Schockstarre heraus. Empathie schafft (neben der unbedingt notwendigen äußeren Sicherheit) den Sicherheit vermittelnden Beziehungskontext. Weil so viele traumarelevante Erinnerungsdaten im impliziten prozeduralen Gedächtnis auf der Ebene von Bewegungsmustern und Tuning des Hintergrundsempfindens abgespeichert sind, wird bei traumatisierten Menschen Empathie vor allem über Berührung und gemeinsame „spiegelnde“ Bewegung vermittelt (siehe Madert, 2003b).
Auf der hormonellen Ebene spielt in der Verankerung dieser Erfahrungen des Verstandenwerdens das Oxytocin-System eine zentrale Rolle. Oxytocin wird durch liebevolle Berührung, aber auch liebevollen Augenkontakt und beruhigenden, „tröstenden“ Stimmklang ausgeschüttet. Oxytocin wird oft als das „Bindungshormon“ bezeichnet. Oxytocin fördert prosoziales Verhalten, Bezogenheit, Einfühlungsvermögen, Vertrauen und über das Erkennen emotionaler Hinweise die Empathie (Roth & Stueber, 2014, S. 125). Bereits bei Säuglingen löst hohe mütterliche Fürsorge eine erhöhte Oxytocinfunktion aus, ebenso wie eine verminderte mütterliche Fürsorge die Funktionsweise des Oxytocinsystems langfristig verringert (Winslow et al., 2003). Bei positiv erleben sozialen Kontakten wird Oxytocin in den Hirnliquor abgegeben und wirkt auf diesem Weg auf die Oxytocinrezeptoren von Amygdala, anteriorem cingulärem Cortex, Basalganglien, Substantia nigra und basalem Vorderhirn. Oxytocin-produzierende Zellen des Hypothalamus erreichen mit ihren Fortsätzen aber auch direkt limbische Areale und beeinflussen so Emotion und Verhalten (Knobloch et al, 2012). Oxytocin hemmt das Stress-System und aktiviert den Parasympathikus. Oxytocin- und Serotonin-Freisetzung verstärken sich gegenseitig. Serotonin beeinflusst eine Vielzahl von psychischen Funktionen, unter anderem Furcht, Angst, Gedächtnis, Schlaf und

Stressmodulation. Panik und Erhöhung impulsiv-aggressiven Verhaltens geht mit Serotoninmangel einher. Bindungsprozesse werden durch Oxytocin und Vasopressin verstärkt. Dabei vermittelt Vasopressin eher die Konsolidierung dieser Gedächtnisprozesse. Sämtliche mentalen Operationen und Gedächtnisinhalte beruhen letztendlich auf Erfahrungen, die wir als **handelnde körperliche Wesen** machen (Bauer, 2005). Vor allem in der Bearbeitung präverbaler Traumen ist eine Stimulierung des Bindungssystems durch **handelnde** sensomotorische Stimulation von ausschlaggebender Bedeutung.

Wenn der Therapeut /die Therapeutin empathisch mit der Trauma-getönten Befindlichkeit des Patienten /der Patientin in Resonanz geht, indem er/sie sich spiegelnd einschwingt auf dieses gemeinsame Aufmerksamkeitsziel (auf Englisch „*joint attention*"), fühlt der Patient /die Patientin sich aufgehoben. Dessen/deren Oxytocin-System wird stimuliert. Der Stress sinkt. Dabei geht es um die Bereitschaft des Therapeuten /der Therapeutin, die Resonanz der Trauma-getönten Befindlichkeit des Patienten /der Patientin in seinem/ihrem eigenen Spiegelneuronsystem bewußt zuzulassen und nicht zu werten. Es geht nicht um Selbstoffenbarung des Therapeuten /der Therapeutin. Sondern Authentizität oder Aufrichtigkeit (nach Carl Rogers) bedeutet hier, nicht in der trauma-getönten Wahrnehmung aufzugehen, sondern diese Wahrnehmung patientengerecht in Worte zu fassen, so daß er/sie sich verstanden fühlt. Gleichzeitig muß der Therapeut /die Therapeutin sein/ihr separates stabiles Ich bewahren. Sich voll einzubringen als Therapeut /Therapeutin bedeutet daher: voll in die Resonanz zu gehen, voll die Simulation zuzulassen und auszuhalten bei gleichzeitigem Bewußtsein: Ich habe vielleicht Ähnliches erlebt und kann das dem Patienten /der Patientin mitteilen, wenn es ihm/ihr hilft und er/sie sich damit angenommen und verstanden fühlt. Ich bleibe aber ich, unabhängig vom Patienten /von der Patientin. Ich brauche ihn/sie nicht. Er/sie darf so lange traumatisiert bleiben wie er/sie das „braucht", solange er/sie noch keinen Weg zu einer anderen Erlebnisweise gefunden hat. Das erfordert beim Therapeuten /bei der Therapeutin eine voll intakte linkshirnige Selbstreferenz.

Von daher agiert der Therapeut /die Therapeutin nicht aus konkordanter Gegenübertragung auf den Trauma-State des Patienten /der Patientin, sondern setzt dem seine/ihre eigene Körperlichkeit mit entspannter vagotoner Befindlichkeit entgegen. Damit aktiviert er/sie über **Input an die Spiegelneurone des Patienten** dessen Bindungssystem und vermittelt vagotone, Oxytocin-dominierte Gestimmtheit. Das bedeutet gezielte emotionale „Ansteckung" (auf Englisch „*emotional contagion"*) nun des Patienten /der Patientin durch den Therapeuten /die Therapeutin. Dazu muß er/sie natürlich für den Patienten /die Patientin körperlich präsent sein, möglichst sichtbar, hörbar und riechbar, oft auch berührbar, damit das möglicherweise

im Schock betäubte Spiegelneuronsystem des Patienten /der Patientin Input erhält und eine Simulation der Befindlichkeit des Therapeuten /der Therapeutin erstellen kann.

2.4. Der Therapeut als gutes Beziehungsobjekt

In der Therapie traumatischer Störungen braucht der Patient /die Patientin als „Subjekt“ eine **korrigierende emotionale Beziehungserfahrung** über den Umgang des Therapeuten /der Therapeutin mit dem Körper des Patienten /der Patientin. Oft wurde der Körper des Patienten durch andere Menschen verletzt. Durch die heilsame Art der Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin zu dem im Schock erstarrten Körper des Patienten /der Patientin wird der Therapeut /die Therapeutin dagegen zu einem „Guten Beziehungsobjekt“ für den Not leidenden Körper. Viele Patienten haben nie erlebt, wie es ist achtsam berührt zu werden. Der Patient /die Patientin erlebt konkret „hautnah am eigenen Leibe“, wie der Therapeut /die Therapeutin gut mit dem Körper des Patienten /der Patientin umgeht. Diese Erfahrung ist notwendig zum Aufbau einer neuen Qualität von Beziehung des Patienten /der Patientin zu seinem/ihrem eigenen Körper als Basis für ein neues Hintergrundempfinden im Umgang mit anderen Menschen. In der Sprache der Psychoanalyse bedeutet dies eine neue „Objektbeziehungsrepräsentanz“ zu entwickeln.

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

Zur Illustration verwende ich das nachträglich aufgeschriebene Protokoll einer Patientin über eine Serie von traumatherapeutischen Sitzungen. Sie ist wahrscheinlich ein Kuckuckskind und mußte schon als Kleinkind von eineinhalb bis vier Jahren durch ihren offiziellen Vater (Putativ-Vater, im folgenden Text mit „A“ bezeichnet) am eigenen Körper massive sexualisierte Gewalt erdulden. Dieser Patientin ist es schon als Kind gelungen, die

Introjektion des Täters ein Stück weit abzuwehren und damit eine relativ intakte Ich-Struktur zu entwickeln. Der Kontakt zum Großvater mütterlicherseits als Ressource spielte dabei eine wichtige Rolle. Dadurch ist es ihr jetzt möglich, den Mechanismus der drohenden Introjektion zu erfassen und im Gespräch verbal zu verdeutlichen:

„Im Körper sind Bewegungen spürbar, die ich (noch) nicht zuordnen oder in eine sinnvolle Reihenfolge bringen kann, beispielsweise manchmal eine Empfindung von Balancieren, als würde sich der Boden unter meinen Füßen wie Schollen bewegen, oder die Schmerzen in den Fußsohlen, so daß es den Körper beim Gehen verzieht, wie wenn mich mein Stand schmerzt, oder Schwindel und Übelkeit.
Durch die Arbeit in den letzten Sitzungen wurde mir klarer, auf welche Weise der Großvater für mich wichtig war. Wenn er mich mitnahm in die Natur, in den Wald, dann spürte ich eine so erstaunliche Klarheit im Kontakt, daß ich denke, daß er nicht nur über die Gewalterfahrungen, sondern auch über meine Herkunft Bescheid wußte. Wie wichtig diese Klarheit war, die mir Orientierung und Raum gab, auch mich auszudrücken, kann ich immer noch spüren. Dies ist, wie wenn sich eine Art von Ordnung herstellt und eine Erfahrung, daß der Druck, den ich von außen auf mich gerichtet empfand, dieser Druck, wie ich mich an meinem Platz in der Familie zu verhalten hätte und was ich sprechen dürfe, losläßt. Nachdem der Großvater gestorben war (Patientin war dreieinhalb Jahre alt), begann es mich zu verdrehen, weil ich genau diese Klarheit im Kontakt nicht mehr finden und selbst nicht aufrechterhalten konnte.
Ihre (Therapeuten-) Hand an meiner Brustwirbelsäule fühlt sich an wie Schutz, und diejenige am Brustbein, als ob Sie direkt in den Schmerz hineinfassen. Dadurch entsteht zuerst ein den ganzen Körper durchfahrendes Stechen, und dann kann ich beobachten, wie Reflexe ablaufen. Gleichzeitig ist es, als ob diese Hand auch Orientierung gibt und wie eine Art von Beruhigung wirkt, als ob sich alles zu ordnen beginnt.
Ich erinnere Situationen, als A. mich nachts aus dem Schlaf riß. Während ich aufwachte, war ich in einem Versuch, meinen Körper gegen die Schwerkraft zu halten, und A. zog mich währenddessen nackt aus. Aus der tiefen Entspannung des Schlafs heraus, in der noch gar keine Entwicklung von Muskelspannung möglich ist, bin ich überschwemmt von der Wahrnehmung, was bei ihm abläuft. Ich fühle seine Anspannung und sein Aufgeregt-Sein und dies macht mir Angst. Ich fühle seinen Zorn und frage nach der Mama. Ich sage: Ich brauche die Mama! Er antwortet: Die ist bei ihrem Gschpusi (ihrem Geliebten, dem vermutlichen leiblichen Vater der Patientin)!
Dann laufen (in der Therapie) zu viele Reaktionen gleichzeitig in mir ab, so daß ich für eine Weile die Orientierung verliere und nicht mehr weitersprechen kann.
Ich beobachte, wie ich, während in mir Erinnerungsszenen der Gewalterfahrungen ablaufen, immer wieder ganz kurz abschalten, als ob ich das Bewußtsein verliere, wie früher, wenn ich ohnmächtig wurde. Da diese Wechsel zwischen dem Beobachten und Spüren meiner Reaktionen auf die Gewalt und diesem Abschalten in Abständen viel kürzer als innerhalb einer Sekunde ablaufen, kann ich sie überhaupt nicht bewußt steuern oder modulieren.
Vor diesen Erfahrungen (von A. aus dem Schlaf gerissen zu werden) habe ich A. eine Art der Bezogenheit zu mir erlaubt, doch danach habe ich ihn nicht mehr akzeptiert. Ich habe ihn nicht mehr für voll genommen. Ich war mit seinen Emotionen (über das Spiegelneuronsystem) überschwemmt und dies war die Entscheidung, mich davor zu schützen. Ich konnte mich nicht offen auflehnen, denn dies wäre für mich zu gefährlich geworden. Es war daher einfach nur eine innere Entscheidung. Wenn ich mich an seine Worte, ich solle brav sein, still sein und mich fügen, angepaßt hätte, und an seine Emotionen, dann hätte ich seines und meines immer weniger auseinander halten können und irgendwann seine

Empfindungen für die meinen gehalten. Dies wäre sehr gefährlich geworden für mein Ich. Obwohl ich deswegen ein schlechtes Gewissen hatte, wußte ich, daß dem etwas entgegengesetzt werden muß.
A.'s plötzliche extreme Reaktionen, bei denen man nicht fühlen konnte, wie sie sich entwickeln, haben dies erleichtert. Da dieser Mensch in seinen Handlungen und Reaktionen oft so extrem schlecht nachvollziehbar war, ist es mir nicht ganz so schwer gefallen, denn dadurch konnte ich beobachten, wie ich anders bin als er. Die Empathie, die er von mir forderte, hingegen hat genau diese Art der Abgrenzung verhindert.
Wenn ich Ihre (Therapeuten-)Hände an der Brustwirbelsäule und am Brustbein fühle, hört das Abschalten aus Schmerz einfach auf. Ich empfinde dabei: Ich werde im Kontakt gehalten und Sie erreichen mich. Auch wenn ich nun die Schmerzen stärker fühle, scheint mit Hilfe des durch Ihre Hände fühlbaren Kontakts der automatische Wechsel zwischen An- und Abschalten der gerade ablaufenden schmerzlichen Erinnerung und Erfahrung ausgehebelt, vollständig unterbrochen zu werden und somit funktioniert nun dieses vertraute Reaktionsmuster einfach nicht mehr.
Ich empfinde, daß ich mit meinem Atem mit Ihrer Hand am Brustbein in Kontakt gehe, als würde der Atem zu erzählen beginnen, und es ist, als ob ich in den Kontakt hineinatme. Dabei entsteht eine Empfindung des ganz langsamen Ausweitens, als würde ich beginnen, mich auszudehnen. Dies ist eine Erfahrung von Weite im Kontakt, die mir Raum gibt. Ich empfinde, wie wenn ich mein eigenes Fühlen zurückbekomme und wie wenn ich meinen Körper zurückbekomme, und dies scheint mir so kostbar, daß mir die Tränen in die Augen treten, wie ein Schatz. Durch das Hineinatmen in den Kontakt entsteht eine Körperempfindung des Ausweitens, und gleichzeitig mit der Veränderung des Körpergefühls beginnt das Ich sich auszuweiten. Dann beginne ich zu verstehen, daß ich mich nicht mehr als Objekt von A.'s Gefühlen und Handlungen mir gegenüber sehe. Und dann empfinde ich, daß ich mit meinem Ich dem, was ich vom A. übernommen habe, etwas entgegenstelle, dieser Empfindung, als Objekt gesehen zu werden, seiner Verachtung mir gegenüber und der Mutter gegenüber, seinem Zorn darüber, daß ich da bin, weil ich ein Symbol für das Tabuthema bin, an dem er sich auslassen kann.
In der Erfahrung des Ausweitens fühlt es sich an, wie wenn ich den Körper zu mir zurücknehme und mich nicht mehr mit seinen Augen, aus der Perspektive zum Objekt gemacht zu werden, sehe und mich abzugrenzen beginne gegen diese Gewalt, gegen seine Wut und seinen Hass. Dies geschieht, weil der Kontakt zu Ihnen Sicherheit und Raum gibt, wofür ich tiefe Dankbarkeit empfinde. Es ist gut zu erleben, daß Sie aushalten, was ich alles erzähle und fühle. Es hilft mir, daß Sie mich lassen können, wenn ich zu weinen anfange, bis ich spüren kann, was ich brauche. Dieser Halt und Raum helfen, daß ich wieder genau fühlen und alles erinnern kann.
Es ist eine bestimmte Art der Anstrengung damit verbunden, weil sich das, was ich von A. aufgenommen habe, von meinem Eigenen trennt. Dies tritt auch auf, wenn Sie diese Technik, einen Körperteil von mir zu bewegen, anwenden, was eine erstaunliche Erfahrung bedeutet, nämlich, obwohl ich im Kontakt bin, bei mir bleiben zu können und sogar genau durch den Kontakt zu mir selbst zurückzukommen. Dann benötige ich nicht mehr, mich aus Kontakten zurückzuziehen, um zu mir selbst zu kommen.
Als ich mich aufrichte, ist das Körpergefühl so verändert, daß ich recht lange brauche, mich zu orientieren. Es ist, als hätte ich viel mehr Raum, als ob ich immer noch Raum entwickle und ich mich nicht mehr zur Wehr setzen muß gegen diese Überwältigung durch A.'s Emotionen. Es ist eine Empfindung von Weite, als ob die Anpassungsleistung an den A., an meine Rolle in der Familienstruktur ganz plötzlich aufgehört hat. Dieses Weiten und Loslösen aus der Anpassung setzt sich immer noch fort, wie wenn ich aus einer ganz engen vorgegebenen Struktur herauskomme. Ein Symbolbild dafür wäre: wie eine Negativ-Form (aus Gips) vor mir, in die ich hineingedrückt war, weil kein anderer Platz, keine andere

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

2.5. Der Therapeut /die Therapeutin als „Container“

In der Psychoanalyse gibt es schon lange das (kategorial psychische) Bild des Therapeuten /der Therapeutin als „Container“, der die „unverträglichen“ Emotionen des Patienten in sich hält und „vorverdaut“, womit meist auch gemeint ist, daß der Therapeut /die Therapeutin diesen Emotionen Worte verleiht, was dem Patienten /der Patientin helfen soll, seinen/ihren Zustand zu „verstehen“, in der Fachsprache ausgedrückt: zu „mentalisieren“, also mental innerpsychisch zu verorten. Neurobiologisch ist das eine Großhirnrindenfunktionsebene.

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

Bleiben wir bei dem Bild vom Container. Es ist klar, daß der Therapeut /die Therapeutin als Container nicht mit den in ihm/ihr gehaltenen Inhalten, nämlich der gespiegelten Befindlichkeit des Patienten /der Patientin, verschmelzen darf. Das würde allenfalls zu einer Identitätsdiffusion und zum Mitleiden („Mitleid“) führen. Wem wäre damit geholfen? Das bewußte Therapeuten-Ich muß von der Simulation getrennt bleiben und darf sich nicht mit dem Fremden des Patienten /der Patientin identifizieren. Das gebietet nicht nur der Respekt vor dem Individuum Patient /Patientin. Das ist auch therapeutisch enorm wichtig, denn der Therapeut /die Therapeutin muß mit seiner Haltung und Befindlichkeit dem Trauma-State des Patienten/der Patientin eine souveräne, nichtkatastrophale Ressourcenqualität entgegenstellen. Diese wiederum wird vom Spiegelneuronsystem des Patienten /der Patientin erfaßt. Es kreiert automatisch eine Simulation der Befindlichkeit des Therapeuten /der Therapeutin. Diese Simulation im Nervensystem des Patienten kreiert ein Diskrepanzerleben zur eigenen

Befindlichkeit und ein alternatives Welterleben. Es hat mich schon oft berührt, wie positiv erstaunt und wertschätzend Patienten im Prozeß der Traumakonfrontation feststellen: „Sie (der Therapeut) bleiben ja so ruhig! Sie sind ja gar nicht überwältigt! Wie Sie das (mein Trauma) aushalten!“ Solch eine Feststellung wäre nicht möglich, wenn der Patient/die Patientin sich nicht mit seinem Spiegelneuronsystem auf die positive Befindlichkeit des Therapeuten eingeschwungen hätte, was er/sie nur kann, wenn er/sie einigermaßen präsent ist, also nicht dissoziiert. Diese oftmals völlig neue Information wiederum hilft ihm/ihr, seinem/ihrem Trauma-State etwas entgegen zu stellen. Genau das vermittelt dem Patienten /der Patientin eine Möglichkeit von Sicherheit, Selbstmächtigkeit und Kompetenz, die im Kontrast steht zu seinem Trauma-State.
Ich glaube, das, was Patienten/Patientinnen an uns als „authentisch“ erleben, ist genau die Kombination aus der Bereitschaft, uns auf die Simulationsgefühle einzulassen und gleichzeitig mit unserem Therapeuten-Ich eine eigene Person zu bleiben, die die Simulation aushält, oder – psychisch gesprochen – zu Mitgefühl fähig ist.

2.6. Gegenübertragung

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

1. Die schreckliche Situation konfrontiert mich mit einem Problem. Ich werde angeregt, das Szenario in meiner Vorstellung möglichst perfekt mit möglichst vielen Sinnesqualitäten mental zu erschaffen, was nur über die Projektion meiner Vorstellung in den Körper hinein gelingen wird. „Wie fühlt sich das an“ ist die unmittelbare Reaktion. Nur auf der Basis eines Fühlbildes kann ich eine mentale Vorstellung bilden, aus der heraus ich mich für eine Lösung für die schreckliche Situation kreieren könnte. Zum Handeln entschließen kann ich mich nur, wenn ich ein Körpergefühl habe zu dem vorgestellten Ausgang der Situation (Damasio 1997).

2. Beim Beobachten anderer Menschen wird meine empathische Funktion vermittels der Spiegelneurone aktiviert und ich werde mich unmittelbar „intuitiv“ in die Befindlichkeit des Anderen, hier in seinen Schockzustand, einfühlen, indem mein Körper dessen Haltung und Tonus imitiert. Eigene unverarbeitete traumatische Komplexe werden getriggert.
3. Nun werde ich „es nicht an mich ran kommen lassen“. Ich werde meine eigene emotionale Reaktion dissoziieren in aktiver Distanzierungsarbeit. Ich werde so „cool“ wie der Mensch im Schockzustand.

Auch Therapeuten zeigen diese Gegenübertragungsreaktion, häufig in zwei Formen:

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

Ich reagiere selbst mit einer milden Form des Totstellreflexes, halte den Atem an, suche nach „Lösungen“ auf rationaler Ebene, wo eigentlich Aushalten der Erregung, Mitfühlen und Begleiten gefordert sind. Ich verliere meine Lebendigkeit und Lebensenergie, werde vielleicht sogar benommen und „irgendwie völlig daneben“. Die emotionale Einfühlung geht verloren. Das kann mir als Therapeuten /Therapeutin leicht passieren durch unbewußtes empathisches Einschwingen auf den Schockzustand des Patienten/der Patientin vermittels meiner Spiegelneurone oder/und durch die in mir evozierten schrecklichen Vorstellungen und Phantasien. Ich identifiziere mich mit dem Opfer, wie es sich mir in der Simulation darstellt.

- Entweder bin ich ich als Therapeut /Therapeutin von der traumatischen Situation genauso überfordert, überwältigt, hilflos gemacht wie der Patient /die Patientin selbst es ist. Ein erstarrter Therapeut /Therapeutin kann aber keinen Patienten /Patientin verlebendigen.
- Oder ich klage den Täter an, was eine subtilere Form der Opferidentifizierung ist. Stellvertretend für das Opfer aktiviere ich Aggressionen gegen den Täter, verlebendige mich dadurch ein Stück, verstärke damit aber fatalerweise eine Opferhaltung im Opfer. Die Charakterabwehr bildet eine „Opferidentität“ heraus, die sich in passiven Anklagen tatsächlicher und potentieller Täter erschöpft.

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

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

2. K**omplementäre Gegenaggression** als die zweite Form**.**

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

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

1. **Komplementär** den Schrecken, das Grauen, die Not des Patienten /der Patientin **bagatellisieren**, um nicht selbst überwältigt in einen Schockzustand zu geraten. Das könnte man auch als intellektualisierende Abwehr oder als Abwehr durch Neutralität und Ent-Emotionalisierung begreifen. Zugrunde liegt dem eine zumindest emotionale **Dissoziation** bei mir als Therapeuten /Therapeutin, weil ich bereits konkordant in einem Schockzustand bin und von daher zum Teil primär dissoziiert bin, zum Teil dies sekundär dissoziierend abwehre.
2. **Komplementär** mich als **„Opfer“ des Patienten /der Patientin** fühlen als Reaktion auf den internalisierten „Täter“ im Patienten/in der Patientin. Das kann so weit gehen, daß ich den Patienten/die Patientin **abwerte** (blaming the victim) oder dem Opfer sogar Mitschuld zuschreibe, also den Täter schone, weil ich das Monströse der Tat nicht aushalte und ebenso wie der Täter verleugne oder abspalte, wie zerstörerisch und böse seine Tat ist, nicht nur für das Opfer, auch für seine eigene mitfühlende Menschlichkeit.
3. **Komplementär wie ein „Täter“** den Patienten /die Patientin durch Konfrontation und Flooding in ein Wiedererleben des Traumas hineinzuzwingen, um seinen/ihren „Widerstand“ gegen die „Bewältigung“ seiner/ihrer Ängste zu brechen in der wohlmeinenden Absicht, den „Kampfgeist“, die „Empörung“ oder die „Aufleh-

nung“ beim Patienten/bei der Patientin anfeuernd zu unterstützen. Aber genau diese Qualitäten fehlen dem Patienten/der Patientin ja oder sind ihm/ihr durch den Trauma-State nicht verfügbar.

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

Werden die schrecklichen Erlebnisse unserer Patienten /Patientinnen auf allen Ebenen mitgefühlt, stellt das hohe Anforderungen an unsere Fähigkeit, angesichts der vielen Schrecken selber lebendig-mitfühlend zu bleiben, auch wenn wir unsere eigenen Traumata in der Selbsterfahrung immer wieder bearbeitet haben. Dann können wir über unsere Haltung und unsere Ressourcenzustand als Therapeuten /Therapeutinnen dem Patienten /der Patientin ein Gegenmodell zu seinem/ihrem internalisierten Täterintrojekt (siehe Teilpersönlichkeit 8 unter 1.2.2.), also eine positive Objektbeziehungserfahrung, zur Internalisierung anbieten. Das erfordert eine stabile Selbstreferenz.

Spiegelneurone und die Entwicklung von Selbstreferenz mittels Achtsamkeit

3. Die Achtsamkeit des Therapeuten in der Traumatherapie

Die Essenz der Traumatherapie ist mitfühlender Kontakt. Was heilt, ist ein Mensch, der dem Traumatisierten mit Wohlwollen, Respekt, Annahme, freundlicher Aufmerksamkeit, Verbundenheit in der Not und gleichzeitig Präsenz begegnet. Das ist das Gegenteil von Dissoziation.

Sozialer Streß blockiert die mitfühlende „Gefühlsansteckung“ (Loren et al. 2015). Das bedeutet: die Empathie des Therapeuten/der Therapeutin wird reduziert, wenn er/sie beim Konfrontieren eines Traumas selbst unter sozialen Streß gerät, weil er/sie sich durch die Patienten, genauer gesagt die Traumastates der Patienten, bedroht fühlt.

Wie kann der Traumatherapeut/die Traumatherapeutin die Fähigkeit zu mitfühlendem Kontakt entwickeln und unter dem Streß der Traumakonfrontation aufrecht erhalten? Denn jede Traumakonfrontation provoziert im Patienten/ in der Patientin einen (hoffentlich milden)

Traumastate, der wiederum eine Traumastate-Simulation im Spiegelneuronsytem des Therapeuten/der Therapeutin induziert. Wie kann der Therapeut/die Therapeutin Mitgefühl in seinen Ego-Funktionszustand als Traumatherapeut/ Traumatherapeutin integrieren? Er/Sie kann es im Funktionszustand „achtsame Haltung".

3.1. Das Ich

Wer kein Ich hat, ist krank.
Wer nur ein Ich hat, ist arm dran.
Wer ein Ich hat und dazu Mitgefühl, ist weniger arm.

Ein funktionales Alltags-Ich mit Sub-Funktionszuständen je nach Anforderungsprofil ist Kennzeichen von Gesundheit. Die Person verfügt – jungianisch gesprochen – über eine Persona mit verschiedenen flexibel einsetzbaren Funktionszuständen. Alltagskommunikation dient immer auch der gegenseitigen Versicherung des „Ego", dem wechselseitigen Austausch von Selbstdefinitionen, oder, um es mit C.G. Jung (Jaffé, A. (1961/1987, S. 10) auszudrücken, der wechselseitigen Bestätigung des jeweiligen persönlichen Mythos.
Traumatische Situationen konfrontieren mit der existentiellen Möglichkeit der Auslöschung des Ich durch Tod oder Zersplitterung (Dissoziation) der einheitlichen Erlebnisgestalt, des phänomenologischen Selbstkonzeptes. Dieses „daß es kein (funktionsfähiges) Ich mehr gibt" haben viele Patienten/Patientinnen schon erlebt, aber nicht hinreichend verarbeitet, sonst bräuchte es keine Traumatherapie. Auch wir Therapeuten/Therapeutinnen werden mit der Möglichkeit, „daß es kein Ich mehr gibt", konfrontiert, und zwar nicht nur als fernes Gedankenexperiment, sondern durch die Simulation der Befindlichkeit des Patienten /der Patientin vermittels unseres Spiegelneuronsystems unmittelbar emotional und körperlich mit der vollen Wucht aller Bedrohtheitsgefühle. Das gilt natürlich um so mehr und in um so schärferem Maße, wenn bei uns als Therapeuten/Therapeutinnen eigene unverarbeitete Traumata getriggert werden könnten.
In der Traumatherapie geht es erst einmal um die Wiederherstellung und Stabilisierung eines funktionalen Alltags-Ich im Gegensatz zu den oft vorherrschenden dysfunktionalen Trauma-States. Auch vom Traumatherapeuten/von der Traumatherapeutin ist ein funktionierendes Therapeuten-Ich gefragt. Muß dieses an eine transpersonale „Matrix", Kraftquelle, Lebendigkeitsquelle, Urgrund oder Wesensnatur bewußt „angeschlossen" sein? In östlichen Medizinsystemen gibt es implizit die Vorstellung eines gesunden Zustandes mit frei fließender „Energie" *Chi* (aus der traditionellen chinesischen Medizin TCM) oder *Prana* (aus dem

Ayurveda), was die Information über Gesundheit und die selbst gesteuerte Aufrecherhaltung eines gesunden „Energieflusses“ impliziert (siehe Informationsmedizin DrMadert.de). Nimmt man als Verstehenshintergrund das Modell des theoretische Physikers und Carl Friedrich v. Weizäcker-Schülers Thomas Görnitz und seiner Frau Brigitte (2002), so sind wir als lebendige Wesen immer „angeschlossen“ an einen nichträumlichen, nichtzeitlichen Quanteninformationsprozeß, der unsere persönliche materielle „Form“ (Erscheinungs- und Erlebensform) von einer teils individuellen, teils archetypischen (nichtmateriellen) Informationsmatrix her steuert, solange wir lebendig sind (ausführlich dazu Madert 2004a, b und 2007). Im Trauma-State ist der Möglichkeitsraum dieser Steuerung jedoch extrem eingeschränkt auf „Überleben!“. Deshalb ist es so wichtig, daß wir als Therapeut/Therapeutin in der Selbsterfahrung den eigenen Trauma-States begegnet sind und mit Unterstützung des Lehrtherapeuten/der Lehrtherapeutin die Katharsis der ungelebten Emotionen zugelassen haben. Dann sind wir in Kontakt gekommen mit der eigenen Lebendigkeit und haben aus dieser Lebendigkeit heraus einen alternativen Ressourcen-State kreiert. Mit anderen Worten: wir haben einen stabilen gesunden organismischen Gesamtzustand mit entsprechendem psychischem phänomenologischem Selbstkonzept entwickelt, der eigenen und fremden gespiegelten Trauma-States standhält.

Nun ist aber ein Selbstkonzept ein Prozeß von Körperwahrnehmung und repräsentiert daher auch die Qualität des momentanen umgebungsabhängigen Funktionszustandes. Welcher Funktionszustand ist unser „gesunder“ Funktionszustand, in dem wir uns lebendig, sicher und kreativ fühlen? In welchem Zustand sind wir weit offen für den Lebendigkeitsquell oder die Wesensnatur unseres individuellen Quanteninformationsprozesses, der sich in uns materialisieren, d. h. Form annehmen will? Können wir von da heraus kreativ und produktiv heilend tätig werden?

Meine Ausführungen über das Spiegelneuronsystem haben gezeigt: Dazu gehört eine stabile Selbstreferenz, die dem Gefühl der Hilflosigkeit und Auslöschung standhält. Wir brauchen ein andauerndes Training im Umgang mit der drohenden Ich-Auslöschung.

3.2.1. Achtsamkeit als Funktionszustand

In der Traumatherapie hat sich das phänomenologisch basierte Modell des Denkens und Konzeptualisierens in Ich-Funktionszuständen (ego-states) eingebürgert und als sehr hilfreich erwiesen. Wird ein Traumazustand getriggert, befindet sich diese Person, wie bereits beschrieben, in einem für eine Traumafolgestörung typischen Zustand: Übererregung, Hyperarousal, Schock, Lähmung, Hilflosigkeit, Panik und Dissoziation.

Dagegen hat ein Ressourcenzustand die für Heilung notwendigen Qualitäten von Stabilität und Sicherheit. Ich nenne diesen Funktionszustand des „Therapeuten-Ich“ die „achtsame Haltung“. Achtsamkeit beginnt mit der willensmäßigen Ausrichtung der Wahrnehmung auf das Spüren des eigenen Körpers, auf das eigene Denken und Konzeptualisieren.
Neben dem Fokus auf meiner Befindlichkeit „So bin ich“ wird der Funktionszustand „achtsame Haltung“ erweitert um den Fokus der Gegenübertragung:

- was ich denke über diesen Patienten/diese Patientin, der da mir gegenüber sitzt in all der Komplexität seiner/ihrer verbalen und nonverbalen Mitteilungen inklusive meiner Phantasien über sein/ihr Erleben damals und gerade jetzt, wenn er/sie bei mir ist (Dritte-Person-Perspektive oder „objektive“ Beobachter-Perspektive)?

und

- die Simulation der Befindlichkeit des Patienten durch mein Spiegelneuronsystem inklusive aller meiner dadurch ausgelösten Gefühle und Phantasien (das/der Fremde in mir)

und

- der gemeinsame Beziehungsraum, der beim Patienten/bei der Patientin Erlebens- und Lösungsräume öffnet und bei mir einen intuitiven Zugang zu dem, was der Patient /die Patientin an „Informationen“ braucht zu seiner/ihrer Heilung. Das können verbale Mitteilungen, die ein Verständnis oder Reframing seines/ihres Erlebens anbieten, sein, das können „Informationen“ und Reize an sein/ihr psychophysisches System sein, die ihm/ihr körperlich, emotional und atmosphärisch Sicherheit und Zugang zu seinen/ihrer Ressourcen und seiner/ihrer Lebendigkeit eröffnen („Selbstheilungskräfte“, „Archetypischer Heiler“).

Der Funktionszustand „achtsame Haltung“ ist gekennzeichnet durch folgende Aspekte:

- auf der neurovegetativen Ebene: im EEG bei der gegenstandslosen Zen-Meditation hoher Alpha-Anteil, z. T. mit Theta, bei der tibetischen Mitgefühl-Meditation (*Metta*) mit konzentrierter, imaginativ fordernder Denkarbeit hoher Gamma-Anteil, immer aber hohes Ausmaß an Synchronisierung, im fMRT hoher Aktivierungsgrad des präfrontalen Kortex (Singer et al. 2008, S. 60 ff.);
- auf der Ebene des Selbstkonzeptes: Bemühen um achtsame Beobachtung von Wahrnehmungs- und Denkprozessen aus einer „Du-Perspektive“ heraus (Zeugenbewußtsein)

- auf der Haltungsebene: aufrechter Sitz, aufrechter Gang, Ausrichtung in der Körperlängsachse (vertikales Grounding) und Orientierung im Raum (horizontales Grounding)
- auf der Beziehungsebene: Ausrichtung auf die interaktionellen und Selbstkonzept-bezogenen Bewußtseinsphänomene.

3.2.2. Achtsamkeitstraining und Meditation

Achtsamkeit spielt in allen mystischen Traditionen eine herausragende Rolle. Mystik steht weltweit auf zwei Säulen: Klarheit und Mitgefühl (*boddhicitta*). Je nach Tradition wird mal mehr die Entwicklung von Klarheit betont, z. B. im *ZEN*, mal mehr die Entwicklung von Mitgefühl geübt in der Meditation zur liebenden Güte (*Metta*-Meditation). Alle mystischen Traditionen und Übungswege zielen auf spirituelle oder transpersonale Erfahrungen jenseits der Persona und jenseits des Schattens, jenseits des Alltags-Ich und jenseits des persönlichen Unbewußten, jenseits des phänomenologischen Selbstkonzeptes, mit dem wir normalerweise identifiziert sind, also jenseits des „Ego“. Das „Ego“ soll „transzendiert“ werden. Das Mittel dazu ist Meditation.

Attersee (2014, S. 7) definiert Meditation im Kontext des Vajrayana-Buddhismus als: „ein(en) disziplinierten geistigen Prozeß, durch den die Person die Vertrautheit mit einem ausgewählten Objekt kultiviert; […] ein […] äußeres […] oder aber inneres Objekt wie der eigene Geist oder die eigene persönliche Identität. Nach den *Sutras* gibt es zwei Hauptarten der Meditation: eine, die die Fähigkeit der Stabilität und Einsgerichtetheit des Geistes betont, und eine andere, die die Analyse und Unterscheidungsvermögen betont. Die erste Art der Meditation ist Versenkung, und sie führt zu einer Qualität der mentalen Verankerung und Ruhe, die **Ruhiges Verweilen** genannt wird, während Letztere, **Durchdringende Einsicht** genannt, zu einer tieferen Einsicht in die grundlegende Natur des ausgewählten Objekts führt.“

In der Buddhistischen Perspektive von Achtsamkeit wird der Begriff *smrti* je nach Konnotation als Achtsamkeit, Gewahrsein oder Erinnerung übersetzt. Vor allem *smrti* als sich entwickelndes Gewahrsein der eigenen Befindlichkeit, der subtilen Zusammenhänge zwischen Handlungsimpuls, durchgeführter Handlung und resultierenden Effekten wird als das Ergebnis langen Übens angesehen (ebd.,). Über dieses Gewahrsein erwirbt sich der Meditierende eine Grundhaltung von Nicht-Schaden und Mitgefühl. Die Laiendefinition des Alltagsbegriffs Achtsamkeit meint dagegen Aufmerksamkeitslenkung, sich nicht ablenken

lassen, sondern konzentrieren auf das, was man im Augenblick tut. Das ist aber nur der Einstieg in ein Achtsamkeitstraining.

Auch in unserem Zusammenhang ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, daß man nur durch viel Übung ein achtsamer Therapeut /Therapeutin wird. Ein paar Wochenendkurse reichen da sicher nicht. Es ist eine Lebensaufgabe. Die in der Traumatherapie geforderte Achtsamkeit als Haltung wird für das „Therapeuten-Ich“, wenn nicht sogar für die ganze Person, für das gesamte Leben, zur „zweiten Natur“ und damit zu einer Grundhaltung, soll sie denn wirksam werden.

Die „frei schwebende Aufmerksamkeit“ des Psychoanalytikers/der Psychoanalytikerin verwirklicht einige Aspekte dieser achtsamen Haltung, wie sie im Buddhismus und der christlichen Mystik geübt wird. Essentiell für den Analytiker/die Analytikerin und Traumatherapeuten/ Traumatherapeutin sind die nichtwertende Haltung, das grundsätzliche liebende Annehmen, das Mitgefühl und die Abstinenz von selbstsüchtigen Erwartungen an den Patienten (z. B. Therapieerfolg, Macht, Bewunderung, Wichtigkeit, Sozialkontakt, sexuell-erotische Stimulation).

3.2.3. Achtsamkeit als Mittel zur Stärkung von Selbstreferenz

Wozu Achtsamkeit in der Traumatherapie?

Allgemein stellen Bruce et al. fest, dass Achtsamkeitspraxis ein Mittel sein kann, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen zu trainieren, sich besser auf ihre Patienten/Patientinnen zu beziehen: „We posit that mindfulness is a means of self-attunement that increases ones ability to attune to others (in this case, patients) and that this interpersonal attunement ultimately helps patients achieve greater self-attunement that, in turn, fosters decreased symptom severity, greater well-being, and better interpersonal relationships.” (2010, S. 83).

Achtsamkeit baut Stabilität des phänomenalen Selbstkonzeptes auf.

Meines Wissens gibt es bisher nur eine einzige Studie, die sich mit der Wirkung von Meditation auf die Entwicklung von Selbstreferenz beschäftigt. Mit einer Fragebogenuntersuchung zur Wirksamkeit eines „graduellen kognitiven Trainings“ (ein gestuftes meditatives Training zur Entwicklung von Selbstbezug über eine Haltung von Introspektion) konnte Anders Attersee (2014) nicht nur die bekannten Meditationswirkungen der Entspannung durch Induktion eines vagotonen Zustandes und die Abnahme chronischen Stresses replizieren. Es gab auch starke Hinweise auf eine Verbesserung der Selbstreferenz und eine Entwicklung selbstbezogener Achtsamkeit.

Das phänomenale Selbstkonzept ist bei den meisten Menschen zu weiten Teilen (90%? 99%?) geprägt von den internalisierten Objektbeziehungsrepräsentanzen und nur zu einem geringen Teil von einer Erfahrung von „now-moments“, wie sie Daniel Stern beschrieben hat (Stern 1992).

Entwicklungspsychologen wie Winnicott, Stern und Sander haben bei ihren Beobachtungen der Mutter-Baby-Interaktionen Phasen erkannt, die relativ frei waren von äußeren Stimuli und Kontaktbedürfnissen, dabei getragen von sicherer Bindung. Es entsteht „ein „offener Raum“ zwischen Mutter und Kind, ein Explorationsraum zur selbständigen Erweiterung der Erfahrungswelt [...] In diesem offenen Raum oder Spielraum, der frei ist vom Druck, auf Signale oder Botschaften der Mutter reagieren zu müssen, kann das Baby (in Sicherheit K.M.) „ sein eigenes personales Leben entdecken“, weil es entspannt ist [...] Genau in diesem offenen Beziehungsraum kann das Baby in Kontakt mit seinem Innenraum treten und das (sinnhafte K.M.) Gefühl von Selbsttätigkeit und Urheberschaft eigener Handlungsimpulse erleben, sowohl auf sensomotorischer als auch auf affektiver Ebene [...] Es kann das, weil es gelassen wird, im doppelten Sinn des Wortes“ (Vieregge, 2003 S. 46).

3.3.1. Training von Achtsamkeit am Beispiel *Zen*

In der christlichen Tradition der Mystik von der notwendigen Einkehr (Johannes Tauler nach Lassalle 1987, S. 49) gesprochen. Durch Wesensschau soll das Wesen des Menschen „geschaut“ werden, soll dem eigenen Wesen auf den Grund gegangen werden. Das geschieht durch die Abwendung von allen Phantasien und Vorstellungen, ja von den bisherigen Denkinhalten und Denkweisen in der „Schau“ der meditativen Versenkung. Nach Johannes vom Kreuz (a.a.O. S. 50) spricht von der Reinigung des Gedächtnisses. Dadurch, dass der Geist nicht lange im Spekulieren über die Dinge verweilt und nichts annimmt, was mit den Sinnen oder im Geiste schaubar wäre, kann er den Ort der „Ruhe und des Alleinseins“ erreichen (a.a.O. S. 53).

Wir lenken unsere Aufmerksamkeit, zum Beispiel über Atembeobachtung oder Beobachtung der Aufrichtung. Im Fokus unserer Aufmerksamkeit steht erst Hinwendung zum Selbst im Sinne von Selbstreferenz, dann Aufmerksamkeitsentleerung und Bewusstseinsklärung, verstanden als Öffnung für Möglichkeitsräume und intuitive Einfälle: da steigt etwas bottom-up auf aus dem Urgrund des lebendigen Selbst durch die dicken, Körperhaltung und Charakterhaltung gewordenen Schichten von Illusionen und unterscheidenden Gedanken. Oder – wem es besser gefällt – da fällt etwas ein aus dem unbewussten lebendigen Persönlichkeitskern oder Kern-Selbst.

Der christliche Meditationslehrer und Zen-Meister Hugo Enomiya-Lassalle beschreibt die Meditationskraft, die hilft, den inneren Frieden zu bewahren (a.a.O. S. 53). Durch die innere Sammlung werde das diskursive Denken durch das intuitive Denken ergänzt und durch die innere Sammlung das seelische Gleichgewicht gestärkt. Dadurch würde allmählich die Tätigkeit auf der Rückseite unseres Geistes in unsere Hand gebracht, das Bewusstsein „entleert“ und das Unbewusste käme allmählich in den Blick und schliesslich in den Griff. Diese Einsicht (*chi-e*) sei die intuitive Seite der Erkenntnisfähigkeit. Selbstwahrnehmung sei eine Intuition des Selbst. Es müsse alles abgeschaltet werden, was dieser Intuition im Wege steht (a.a.O.S.84). Auftaucht dann eine neue Kraft, eine Erfahrung des „eigentlichen“ Selbst: im Japanischen heisst es: *Kigatsuku* –Ach, so ist es! Das bin ich! (a.a.O.S.84). Die Entwicklung der Intuition wirke sich auf das gesamte menschliche Leben aus (a.a.O. S. 54).
Ein zentraler Satz im *Zen* ist: „Stirb auf deinem Kissen!“ Dies ist erst einmal ein Koan, rational unverständlich. Auch die zentrale Aussage des Herz Sutras ist nicht viel verständlicher: „Alle fünf *Skandhas* sind leer.“ (*Skandhas* konstituieren die Persönlichkeit.) Nachvollziehbarer ist mir da schon die „Meditationsanweisung“ des christlichen Mystikers Johannes Tauler: „Suche nichts als ein reines, einfaches Entsinken in das reine, einfache, unbekannte, namenlose, verborgene Gut […] Alles soll sich an sein Nichts halten: nichts wissen, nichts erkennen, nichts wollen, nichts suchen, nichts haben wollen.“ (Tauler 1988, S. 45) Das hat was von Sterben, zumindest vom Aufgeben und Loslassen jedweder bisheriger Selbstkonzepte.

Die meditative Haltung in den mystischen Traditionen wie zum Beispiel *Zen* kann man sich vorstellen wie das Eintauchen in den ruhigen Raum einer einsamen Kapelle, ohne Störung und Ablenkung, die die Achtsamkeit binden könnte. Die Welt draussen bleibt draussen vor, auch die Bilder, Vorstellungen und Gedanken. Die Welt draussen ist nicht weg. Wir ruhen nun in einem „Möglichkeitsraum“, einem Raum der Potentiale, der Möglichkeiten, die aus dem Kernselbst (Winnicott), dem Selbst nach C. G. Jung, dem Wesenskern auftauchen. Das Selbst im Jung’schen Sinne ist überwiegend nicht etwas Greifbares, bereits Vorhandenes, ein Faktum so wie die Persona oder der Schatten, sondern eine Potenz, ein Potential, ein Möglichkeitsraum, der erst erfahren werden muss. Das Bewusstsein des Selbst, die Selbstreferenz ist eine Funktion des Bewusstseins, das sich dem Phänomen des Selbst gegenüber stellt. In der Begrifflichkeit der Quantenphysik (siehe Informationsmedizin DrMadert.de) kann das Bewusstsein des Selbst sich dem gesamtem Selbst, informationstheoretisch verstanden als Verschränkung von Quanteninformationsprozessen,

gegenüberstellen, was nur Quanteninformationsprozessen möglich ist. Nur Quanteninformationssysteme können einen Teil von sich als separat erfassen. In der Erfahrung erst verwirklicht sich das Selbst und wird in vielen kleinen Wahrnehmungen und Handlungen zum Faktum. Im *Zen* wird oft poetisch gesprochen von der ursprünglichen Gestalt des Menschen, noch bevor er geboren wurde, (Enomiya-Lassalle S.83). Meditation schafft eine Offenheit für die Möglichkeiten der noch „ungeborenen" Selbstanteile.
Im Möglichkeitsraum des Selbst sind genetische Potenzen angelegt, die bottom-up auftauchen können aus dem lebenden Informations-System, das wir sind. Das Bewusstsein beobachtet sich dabei selbst, wie es aus Sinneseindrücken und Gedanken darüber eine Identität über sich selbst formt. Verstand und Intuition sind dabei nicht zwei verschiedene Fähigkeiten, sondern verschiedene Betätigungsweisen derselben Erkenntnisfähigkeit, die wir Bewusstsein nennen (siehe auch Enomiya-Lassalle a.a.O. S. 59). Einmal gewinnt das Bewusstsein seine Anschauung aus der diskursiven Denktätigkeit top-down, ein anderes Mal aus der Intuition, also aus dem was bottom-up aus den verkörperten Selbst oder dem Möglichkeitsraum des lebendigen auftaucht.

Also **das Wesentliche** der Meditation:
Es geht darum, aus dem in uns angelegten Möglichkeitsraum Möglichkeiten auftauchen lassen, die wir dann verwirklichen können oder verwerfen. Lassalle nennt das „potentia oboedentialis" (a.a.O. S. 66), frei übersetzt: auf die intuitiv auftauchenden Botschaften unseres lebendigen Kernselbst oder dem Möglichkeitsraum unseres lebendigen Informationssystems hören, wahrzunehmen und zu antworten. Diese Fähigkeit zur Bezogenheit auf das Selbst, die Fähigkeit zum Gewahrsein kennzeichnet die Selbstreferenz. Das Selbst kommt erst jenseits der von konditionierten Gedanken gestörten Bewusstseinszustände und Körperbefindlichkeiten zum Vorschein. Das Selbst kommt zum Vorschein, wenn wir über die gewohnten Akte des erfahrbaren Ich hinausgegangen sind, jenseits der psychologischen wie moralischen Befindlichkeiten, die unsere Alltagsidentität (C. G. Jung spricht von *Persona)* ausmachen, und sie hinter uns gelassen haben. In der Meditation üben wir, nicht mehr von unseren Gedanken „in Geiselhaft" genommen oder „versklavt" zu werden. „Du darfst deinen Gedanken nicht alles erlauben!" Wir üben, unsere Gedanken zwar wahrzunehmen, aber nicht in ihnen hängen zu bleiben wie in einem Dornengestrüpp, sondern sie als Gedanken ziehen zu lassen wie die Wolken am Himmel, die bisweilen die Sonne verschatten.

Zen ist die unmittelbare unbedingte leibliche Erfahrung von dem, was gerade ist.

Was wird durch diese körperbezogene Selbsterfahrung gewonnen? Einssein mit dem Augenblick, mit dem Jetzt-Moment ist die Essenz des Zen und aller spiritueller Lehren, die die Achtsamkeit in den Mittelpunkt stellen. Etwas weniger anspruchsvoll formuliert: Zen weitet das Wahrnehmungsfeld. Eine gute Metapher dafür ist das „Gesichtsfeld, das sich weitet", im Gegensatz zum „Tunnelblick" im Traumastate.

Paradigmatisch sei die Situation in einem *Zen-Sesshin* beschrieben: Für das Überleben ist gesorgt: es gibt zu essen, es ist warm genug, ein Dach über dem Kopf zum Schlafen und gegen die Witterung. Die sozialen Anforderungen werden auf ein Minimum reduziert. Wir schweigen und müssen von daher weder ein Bild für andere (verbal) aufrechterhalten noch bestätigen wir uns gegenseitig immer wieder in den jeweiligen Mythen über uns selbst. Und dann sitzen wir im *Zazen*. Der *Zen*-Meister Willigis Jäger *Kyo-un Roshi* beschreibt, wie wir beim *Shikantaza* (Schauen ins nackte Sein) erst unseren Körper spüren (auf Englisch *„body scan"*), dann nur noch achten auf die mächtige reine stille gedankenleere wunschlose Präsenz, in die alles hineinfallen kann, in der alles sein darf. Wir lassen alles sein und erlauben uns, einfach zu sein. (Jäger, 2003)

Aus der Einpersonperspektive der Identifikation mit den Inhalten unseres Intellekts heraustretend schaffe ich innerlich eine Zweipersonenperspektive. Das „Zeugenbewußtsein" beobachtet mich selbst beim Denken, Fühlen, Spüren, Bewegen und Wahrnehmen.

In unserem Zusammenhang des Trainings von Achtsamkeit und Selbstreferenz geht es mir allerdings nicht um außergewöhnliche Grenzerfahrungen, um Erleuchtung, die Erkenntnis der „Wesensnatur" (Zen), die Gottesschau (Christliche Mystik) oder des „Selbst" (C. G. Jung), oder wie immer sonst diese höchst subjektiven Erfahrungen konzeptualisiert und verbalisiert werden mögen. Zumindest sind das Erfahrungen, von denen einige Wenige bisweilen berichten, es sind keine Erfahrungen des durchschnittlichen Alltagsbewußtseins, über die in unserem westlichen Kommunikationsraum als phänomenal „wahr" Konsens besteht. Entsprechend interessieren mich weniger mögliche „Ziele" meditativer oder mystischer Versenkung wie Satori, Erleuchtung, Erfahrung des Seinsgrundes, des Urgrundes unseres Seins, der Wesensnatur, Gottes. Vielmehr, wie Willigis Jäger immer wieder betont: „der Weg macht was mit uns" (ebd., S. 41). Auf unser Thema der Achtsamkeitspraxis des Therapeuten /der Therapeutin bezogen führt dies zur Frage: Was macht der Funktionszustand „achtsame Haltung" mit uns?

Zunächst einmal: in der gegenstandslosen Meditation ist das Spiegelneuronsystem nicht aktiv, da Input bewußt ausgeschaltet wird. Keine andere Person ist im Fokus, über die eine Simulation zu erstellen wäre. Dadurch ist lediglich das Phänomenologische Selbstkonzept im Fokus, wie es durch die Eigenwahrnehmung genährt wird, wie sich der eigene Körper anfühlt, wenn kein Input von außen erfolgt. Das setzt eine Referenzerfahrung von „Das bin Ich“. Mein „Zeugenbewußtsein“ nimmt diese Grundinformation wahr, ohne Wertung.
Eine nichtwertende Haltung wird geübt. Meditieren in nichtwertender Haltung ist Einüben von Mitgefühl, erfordert freundlich-annehmendes Mitgefühl erst einmal mit uns selbst und unserem körperlichen Zustand, dann mit unserem phänomenologischen Selbstkonzept und seiner Geschichte, mit unseren Gedanken und Vorstellungen, damit mit unserem Gewordensein als „Ich“. Wir entwickeln Mitgefühl mit allem, was mit uns beim Meditieren passiert und „hochkommt“ in unsere bewußte Wahrnehmung. Wir entwickeln Mitgefühl mit uns in unserer Geschichte und unserem Gewordensein. In diesem Sein-Lassen von allem, was war und allem, was ist an Körpergefühlen und Emotionen im Hier-und-Jetzt, werden wir eins mit dem Leben, wollen dem, was ist, keinen Widerstand entgegensetzen. Das ist eine grundsätzliche Ausrichtung, die wir da üben: hin zum Leben, nicht weg von der Katastrophe, insbesondere nicht weg von den unangenehmen Gegenübertragungsgefühlen, von der Simulation der Befindlichkeit des Patienten /der Patientin im Trauma-State: Schock, Lähmung, Kollaps, Betäubung, Aufregung, Panik, Hilflosigkeit, letztendlich: nicht weg von unserer eigenen Bedrohtheit, Verletzlichkeit und Sterblichkeit. Katastrophaler Befindlichkeit setzen wir die eigene unmittelbare Befindlichkeit von Aufrichtung, Lebendigkeit, Zuversicht entgegen.

3.3.2. Aufrichtung

Die übliche Haltung in einem Traumastate ist eine (zu Schutzzwecken) zusammengezogene oder (in Hilflosigkeit) kollabierte und zusammengesunkene Haltung oder eine überspannte Schreckhaltung ähnlich wie beim Moro-Reflex des frühen Säuglings. Alle diese Haltungen bzw. Reflexe sind phylogenetisch verankert und können bei vielen Lebewesen, z. T. schon bei sehr primitiven Organismen (Amöbe, Mimose), aber auch Tieren (Seeanemone, Schnecke, Igel) beobachtet werden.
Ebenso ist die Aufrichtung in der Längsachse des Körpers bei der Orientierungsreaktion ein phylogenetisch altes Muster. Fluchttiere richten sich auf mögliche Gefahrensignale hin aus, z. B. auf Geräusche, die auf ein Raubtier hindeuten könnten. Gut zu beobachten ist das bei Murmeltieren, Erdmännchen, Hasen, Eichhörnchen, die sich dann aufrichten und eine

achtsame Haltung einnehmen. Eine aufrechte Haltung ist mit einem Trauma-State nicht vereinbar, wenn sie nicht eine sekundäre Kompensation darstellt.

3.3.3. Embodiment von aufrechter Haltung

Unter Embodiment versteht man die willkürliche Herstellung einer Körperhaltung zum Zweck der Herstellung eines erwünschten Gefühlszustandes. Diese **willkürliche** Veränderung der Befindlichkeit mittels des willkürlichen motorischen Systems ist neurophysiologisch gesprochen eine top-down-Regulation. Die willkürliche Veränderung der Befindlichkeit durch Haltungsänderung ist ein Aspekt eines grundlegenden Prinzips, das in der Bioenergetischen Analyse seit langem bekannt ist: Wie du dich (in deinem Körper/mit deinem Körper) fühlst, so fühlst du dich. Oder: Wie du dich hältst (welche Körperhaltung du einnimmst), so verhältst du dich. Dazu ein Beispiel: Ein aufrecht stehender Mensch mit offenen Armen wird sich stark, wertvoll und liebenswert fühlen. Ein Mensch in niedergebeugter, zusammengesunkener Körperhaltung wird sich deprimiert, klein, schwach, unwichtig und hilflos fühlen. Die Körperhaltung bestimmt das (gegenwärtige) phänomenologische Selbstkonzept und umgekehrt. Anders ausgedrückt: Dasselbe Phänomen, derselbe Sachverhalt wird je nach Wahrnehmungsperspektive oder Wahrnehmungskategorie unterschiedlich beschrieben, allerdings nicht sehr unterschiedlich, denn wir benutzen für die Beschreibungen in den unterschiedlichen Kategorien oft dieselben Worte.

Um gleich einem Mißverständnis vorzubeugen: Bioenergetische Analyse erschöpft sich nicht in der **willkürlichen** Herstellung einer anderen Befindlichkeit. Vielmehr nutzt die bioenergetisch-psychosomatische Analyse dieses Phänomen häufig, um Reize zu setzen, die in einem ganzheitlichen Prozeß die Selbstheilungskräfte des lebenden Systems anzuregen und auf die Muster des extrapyramidalmotorischen unwillkürlichen Haltungssystems der Basalganglien wirken können. Es kommt auf unbewusster Ebene bottom-up zu unwillkürlichen, gleichwohl fundamental wichtigen Haltungsänderungen, die durch einen Wahrnehmungsprozess verankert werden. Dazu habe ich ein ganzes Set an bewusstmachenden Übungen mit der Wirbelsäule entwickelt (Madert, 1996). Willkürlich gesetzte Haltungsreize können das Körpergedächtnis (s. o. implizites Gedächtnis) ansprechen, oder, um mit Wilhelm Reich zu sprechen, den Charakterpanzer verdeutlichen und der bewußten Bearbeitung zugänglich machen. Das ist dann charakteranalytische Bearbeitung des Widerstandes gegen das Wiedererleben eines Traumas, also **Widerstandsanalyse**.

Im Gegensatz dazu nutzt die Verhaltenstherapie neuerdings gerne Embodiment als willkürlich, also top-down hervorgerufene Anpassungsleistung zur Gefühlsmodulation, z. B.

in der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT von Marsha Linehan. Hier dient die willkürliche Einnahme einer dem momentanen dysfunktionalen Gefühlszustand dialektisch konträren Körperhaltung der willkürlichen Emotionsbeeinflussung (Linehan 1996). Prickelnd finde ich für unser Thema, daß Marsha Linehan auch Zen-Meisterin ist, also über jahrzehntelange Erfahrung in der willkürlichen Herstellung einer meditativen Haltung im Sitzen und Gehen verfügt.

Tatsächlich wird Aufrichtung und das Gefühl für die Körperlängsachse „embodied“ durch aufrechtes Sitzen (wie üblich in ZaZen, Kontemplation, gegenstandsloser Meditation), aufrechtes meditatives Gehen in Achtsamkeit (Kinhin) und viele andere achtsame meditative Körperübungen, wie ich sie z. B. beim Aikido und Qigong kennen gelernt habe. Im Korindo-Aikido nach O-Sensei Hirai Minoto, Narita Shinjuro-Sensei und Gerhard Hackner-Sensei (Narita 2007) sind die Drehungen um die aufrechte Körperlängsachse typisch und stilbildend; beim Zhong Yuan-Qigong nach Großmeister Xu Mintang (2004) ist die Übung „Großer Baum“ die zentrale Übung.

Die Aufrichtung in der Längsachse wird implizit in der Traumatherapie mit EMDR und explizit in der körperorientierten Traumatherapie angeregt: Augenbewegungen, von rechts nach links seitenalternierend pendelnd, rotieren um eine virtuelle Körperlängsachse und führen bisweilen zu Mikrobewegungen des Kopfes um diese Achse. Seitenalternierende akustische Signale lassen uns „die Ohren spitzen“ wie die Fluchttiere bei der Orientierungsreaktion und provozieren eine Kopfdrehung um die Körperlängsachse. Seitenalternierendes Tapping nutzt ebenfalls Rechts-links-Symmetrien, stimuliert die Wachheit und vermittelt einen Raumeindruck zur Orientierung im Hier-und-Jetzt. In meinen körperbezogenen Interventionen in der Traumatherapie stimuliere ich oft die Wirbelsäule des Patienten /der Patientin seitenalternierend mit spezieller Technik und vermittle ihm/ihr darüber ein Spürbewußtsein seiner/ihrer Wirbelsäulenachse als Zentrum seiner/ihrer Aufrichtung. Hierbei handelt es sich nicht um das Embodiment von vom willkürmotorischen Nervensystem herbeigeführten Aufrichtungsbewegungen (top-down). Vielmehr warte ich ab, was „das System damit macht“: Wird die verschränkte quantenphysikalische Informationsmatrix zur (Re-)Organisation von Heilung angesprochen? Wird das System des Patienten im Sinne der Synergetik (Madert 2007) so destabilisiert, daß es über dessen Spiegelneuronsystem die Information meines – des Therapeuten – Spiegelneuronsystems annehmen kann, nämlich die minimale Aufrichtung des Patienten /der Patientin, die ich bereits mit meinem geübten Wahrnehmungssystem erspürt habe? Kann der Patient /die Patientin diesen Abgleichungsprozeß konstruktiv nutzen für ein Gewahrwerden der eigenen

Aufrichtung? Dies alles sind bottom-up-Prozesse, ausgehend vom extrapyramidalmotorischen System der **unwillkürlichen** Körperhaltung. Durch die Sanftheit und Zurückhaltung dieser Interventionen verbunden mit der Exploration und Analyse der somatopsychischen Erlebnisse während der Traumakonfrontation werden die im „Reptiliengehirn“ (Basalganglien) archetypisch vorgeprägten Reaktionsmuster der Aufrichtung und Orientierung angeregt und eingeladen, sich zu verwirklichen und bottom-up das Selbstkonzept zu verändern. Das hat eine für viele Patienten/Patientinnen völlig unbekannte Qualität, nämlich die Qualität einer Aufrichtung und Heilung as dem „Inneren“ heraus, auf der Basis der stimulierten Selbstheilungskräfte.

3.3.4. Rückbezug zur Therapie

So banal wie elementar: Sammlung oder Konzentration und Konzentriert-Bleiben ist wichtigster Teil der therapeutischen Arbeit, gesammelt konzentriert bleiben auf den Patienten/Patientin, gleichzeitig auf die eigene Befindlichkeit (Selbstreferenz) und auf die Beziehung im Hier und Jetzt.

Gewahrsein und Konzentration ist anstrengend. Therapeutische Arbeit ist anstrengend. Dabeibleiben in Offenheit und „Leerheit“ für „Einfälle“, öffnet eine „Bühne für den gemeinsamen Tanz“, getragen von Bewusstheit im Handeln und einen Zusammenkommen. Es treffen sich das gerade in der Therapiesituation sich verwirklichende Selbst des Therapeuten/Therapeutin und das im Werden begriffenen Selbst des Patienten/Patientin. Die Verwirklichung dieses gemeinsamen Beziehungs-Selbstes im Hier und Jetzt ist wesentlich, es macht das Wesen von tiefenpsychologischer Therapie aus.

Therapeutische Interventionen werden „geboren“ aus den Resonanzen mit dem Patienten/Patientin (Gegenübertragungsreaktionen) und den sich daraus ergebenden Möglichkeiten des Verständnisses, vermischt oder „geerdet“ in der Stabilität und Selbstreferenz des Therapeuten/Therapeutin. Daraus entstehen neue Möglichkeiten, die dem Patienten/Patientin vermittelt werden können, teils verbal, überwiegend aber nonverbal über Körpersprache, als Ausdrucks- oder Übungsangebot. Das hat den Rang einer Deutung, nur eben eine körpersprachliche Deutung oder eine die Körpersprache aufgreifende und Verdeutlichende. Hier wird Deutung als Hin-Deuten ganzheitlich verwirklicht. Verdeutlicht wird ein Impuls beim Therapeuten/Therapeutin, beim Patienten/Patientin, in der Interaktionsszene, der eine Leerstelle, einen blinden Fleck beim Patienten/Patientin füllen mag. Deuten bedeutet hier Möglichkeiten andeuten.

4. Ergebnis und Diskussion

Selbstreferenz hat also zwei Aspekte: den Aspekt des Faktischen insofern, als es eine Ansammlung von gehabten Wahrnehmungen und bereits etablierten Selbstzuschreibungen darstellt, welche die bisherige Identität bestimmen. Gleichzeitig hat es den Aspekt eines Potentials oder eine Möglichkeitsraumes, der offen ist für bottom-up-Informationen und Impulse aus dem lebendigen unbewussten Seinsgrund. Der Therapeut/Therapeutin mit stabiler Selbstreferenz ist offen für kreative Impulse aus seinem eigenen Unbewussten und offen für das Sich-Einlassen auf die Energien archetypischer Figuren und Beziehungsausgestaltungen, Energien, die förderlich sind für die Therapie wie zum Beispiel positive Elternarchetypen, die Archetypen Grosse Mutter, Alter Weise/Alte Weise, die Kundalini.

Normalerweise gelingt es den meisten Menschen gut, zwischen Ich-Selbst und der im Spiegelneuronsystem gespiegelten Befindlichkeit eines Gegenübers (Simulation) zu unterscheiden. Die Durchführung von Psychotherapie bei Traumatisierten kann im Therapeuten/in der Therapeutin, vermittelt durch das Spiegelneuronsystem, einen Trauma-State induzieren. Dieser beeinträchtigt auf der neurobiologischen Ebene die Unterscheidung zwischen Ich-Selbst und Simulation, weil die dafür zuständigen linkshirnigen Areale minderdurchblutet und damit dysfunktional werden. So kann es zu einer Überschwemmung mit traumatischem Material und einer Traumatisierung oder/und Retraumatisierung auch beim Therapeuten/bei der Therapeutin kommen.

Das hat Auswirkungen für die Ausbildung von Therapeuten/Therapeutinnen, was deren Empathiefähigkeit und Psychohygiene anbelangt. Solch eine Ausbildung erfordert die Durcharbeitung eigener Traumata in der Selbsterfahrung. Hinzu kommt in der Supervision ein hohes Augenmerk auf die Differenzierung von Selbstreferenz „Das bin Ich-Selbst“ gegenüber dem Mitfühlen, d. h. der Simulation der Befindlichkeit des Patienten/der Patientin im Spiegelneuronsystem des angehenden Therapeutin/der Therapeutin. Daher muß die Selbstreferenz gestärkt werden. Da die Selbstreferenz ein Teilaspekt des phänomenologischen Selbstkonzeptes ist, welches in konkreter Körperwahrnehmung wurzelt, kann dies nur über die Körperselbsterfahrung des angehenden Therapeuten/der Therapeutin erfolgen. Zur Aufrechterhaltung und Stärkung der Selbstreferenz hat sich ein fortdauerndes körperbezogenes Achtsamkeitstraining bewährt (Anders Attersee 2014).

Literatur

Ahnert, L., Gunnar, M. R., Lamb, M. E. & Barthel, M. (2004). Transition to Child Care: Association With Infant – Mother Attachment, Infant Negative Emotion, and Cortisol Elevations. Child Development Vol 75 No 3, S. 639-650 (May/June 2004)

Anders Attersee, A. I. M. (2014) Selbstreferenz. Dissertation, Ludwig Maximilian Universität München.

Attersee, A. I. M. (2014). Kognition und Emotion in Tibetischer Medizin und Kognitivem Training aus emischer Perspektive und im wissenschaftlichen Diskurs. München: Skript Juni 2014

Bauer, J. (2005). Warum ich fühle, was du fühlst. Hamburg: Hoffmann und Campe

Belschner, W. (2007). Der Sprung in die Transzendenz. Hamburg: LIT Verlag

Bering R, Fischer G, Flemming F J (2005): Neurobiologie der PTBS im Vier-Ebenen-Modell. Z. f. Psychotraumatologie u. Psychol. Medizin Jg.3, Heft 2,7 –18

Bokpe, A. (2002). Der Kuss des Voodoo. München: List

Bruce, N. G., Manber, R., Shapiro, S. L. & Constantino, M. J. (2010). Psychotherapist mindfulness and the psychotherapy process. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 47 (1), Mar 2010, S. 83-97

Center on the Developing Child at Harvard University. (2012). Toxic Stress: The Facts. (2012). Retrieved February 2013, from http://developingchild.harvard.edu/topics/science_of_early_childhood/toxic_stress_response/

Clauer, J. (2003): Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung. Psychotherapieforum Vol. 11, No.2, S. 92 - 100.

Damasio, A. R, (1997). Descartes' Irrtum. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Decety, J. & Chaminade, T. (2003). When the self represents the other: a new cognitive neuroscience view on psychological identification. Consciousness and Cognition 12, S. 577-596

Enomiya-Lassalle, Hugo M (1987):ZEN-Unterweisung. München: Kösel,

Gallese, V. (2012). Spiegelneurone. München: Vortrag 30.3.2012

Gehde, E. und Emrich H M (1998). Kontext und Bedeutung: Psychobiologie der Subjektivität in Hinblick auf psychoanalytische Theoriebildungen. Psyche 9/10, S. 0963 - 1003.

Görnitz, T. & Görnitz, B. (2002). Der Kreative Kosmos. Heidelberg; Berlin: Spektrum Akad. Verl.

Hüther G (2002): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht

Hüther, G. & Bundschu, S. (2009). TaKeTiNa und die Kunst, sich im Loslassen zu finden. Connection Spirit 03/09 25. Jg. B6128, S. 46-47.

Huber, M. (2005). Trauma und die Folgen. Paderborn: Junfermann

Jaffé, A. (1961/1987). Erinnerungen, Träume, Gedanken von C. G. Jung. Aufgezeichnet und herausgegeben von Aniela Jaffé. Olten und Freiburg: Walter

Jäger, W. (2003). Wohin unsere Sehnsucht führt. Mystik im 21. Jahrhundert. Petersberg: Via-nova

Kapfhammer HP (2002): Neurobiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. Psychotherapie 7, 2. S. 247 - 259

Lamm, C. & Singer, T. (2010). The Role of Anterior Insular Cortex in social emotions. Brain Struct. Funct. 214, S.579-591

Levine, P. (1998). Trauma-Heilung – Das Erwachen des Tigers. Essen: Synthesis

Linehan, M. (1996). Dialektisch–Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP

Lord, S. A. (2013). Use of Meditative Dialogue to Cultivate Compassion and Empathy with Survivors of Complex Childhood Trauma. Neuroscience for Social Work: Current Research and Practice, S. 57

Loren, J. M., Hathaway, G,, Isbester, K., Mirali, S., Aclaud, E. L., Niederstrasser, N., Slepian, P. M., Trost, Z., Barzt, J. A., Sapolsky, R. M., Sternberg, W. F., Levitin, D. J., Mogil, J. S. (2015). Reducing Social Stress Elicits Emotional Contagion of Pain in Mouse and Human Strangers. Current Biology online. January 15, 2015 ISSN: 0960-9822

Luijk, M. P. C. M., Saridjan, N., Tharner, A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C. and Tiemeier, H. (2010), Attachment, de-pression, and cortisol: Deviant patterns in insecure-resistant and disorganized infants. Dev. Psychobiol., 52, S. 441-452.

Madert, K. K. (1996). Identität und Wirbelsäule. Forum der bioenergetischen Analyse 1/96, 37 - 48

Madert, K. K. (2003a). Trauma und Spiritualität. Transpersonale Psychologie und Psychotherapie 1/2003, S.18-35

Madert, K. K. (2003b). Plädoyer für eine wissenschaftliche Fundierung der Bioenergie: neurobiologische Aspekte am Beispiel Psychotrauma. Forum der Bioenergetischen Analyse 1/2003, S. 31-49

Madert, K. K. (2004a). Plädoyer für eine wissenschaftliche Fundierung der Bioenergie II: Energiearchetyp und Quantenphysik. Forum der Bioenergetischen Analyse 1/2004, S. 43

Madert, K. K. (2004b). Quantenphysik und die Energie des Lebendigen. Transpersonale Psychologie und Psychotherapie 2/2004, S. 65- 82

Madert, K. K. (2007). Trauma und Spiritualität. Neuropsychotherapie und die transpersonale Dimension. München: Kösel

Markowitsch, H. J. (2002). Dem Gedächtnis auf der Spur: Vom Erinnern und Vergessen. Darmstadt: Primusverlag

Markowitsch, H .J. & Fujiwara, E. (2003). Das mnestische Blockadesyndrom - hirnphysiologische Korrelate von Angst und Stress. In: Schiepek G (2003) Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 186 - 212.

Metzinger, T. (2009). Der Ego Tunnel. Eine neue Philosophie des Selbst: Von der Hirnforschung zur Bewusstseinsethik. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag

Mosetter, K. & R. (2005). Dialektische Neuromuskuläre Traumatherapie. Z .f. Psychotraumatologie u. Psychol. Medizin Jg.3, 2, S. 31-45

Narita, S.(2007). Korindo Aikido. Norderstedt: Book on Demand

Petzold, H. (2000a). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. In: Integrative Therapie 1/1, S. 104-110. Paderborn: Junfermann

Petzold, H. (2000b). Leibtherapeutische Behandlung von TraumapatientInnen. Vortrag 25.11.2000 in München

Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E., Alpert, N. A., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischmann, A. J., Jenike, M. A. & Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. Archives of General Psychiatry, 53, S. 380-387.

Rizzolati, G. & Sinigaglia, C. (2008). Empathie und Spiegelneurone - Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt/M: Suhrkamp

Roth, G. (2001). Denken, Fühlen, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt/M: Suhrkamp

Roth, G. & Stueber, N. (2014). Wie das Gehirn die Seele macht. Stuttgart: Klett-Cotta

Schmid, G. B. (2000). Tod durch Vorstellungskraft. Das Geheimnis psychogener Todesfälle. Wien/New York: Springer

Shapiro, F. (1995). EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Paderborn: Junfermann

Singer, W. & Ricard, M. (2008) Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog. Frankfurt/M: Suhrkamp.

Stauss, K. (2006). Bonding Psychotherapie. München: Kösel

Stern, D. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta

Tauler, J. (1988). Der Weg der Meister. Ausgewählt, neu übertragen von Ermin Döll. Eigenverlag: Ermin Döll, Charausgasse 54A, A-1230 Wien

Trickett, P. J., Noll, J. G., Susman, EW. J. Shenk, C. E., Putnam, F. W. (2010): Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. Development and Psychopathology 22: 165-175

Vieregge, J. (2003). Das Selbstwertgefühl – Wesen, Verletzung, Therapie. Berlin: U. Leutner

Wilber, K. (2001). Integrale Psychologie. Freiamt: Arbor

Xu, M. & Martynova, T. (2004). Zhong Yuan Qigong. Lingen: Lotus

Yehuda, R. J., Flory, J. D., Pratchett, L. C., Buxbaum, J., Ising, M., Holsboer, F. (2010). Putative biological mechanisms for the association between early life adversity and the subsequent development of PTSD. Psychopharmacology 212: 405-417

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