

Erschienen in:
Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Pabst Science Publishers, Bielefeld 2014-2

Dipl.-Psych. Martina Kronenberger, Päd. M.A Thomas Scheskat

Korrespondenzadresse:

Maßregelvollzugszentrum Moringen

Fachkrankenhaus für forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Mannenstraße 29

37186 Moringen

E-Mail:

Martina.Kronenberger@mravn-moringen.niedersachsen.de

Thomas.Scheskat@mravn-moringen.niedersachsen.de

Aggression integrieren - Selbstverantwortung üben

Körperpsychotherapiegruppe in der Forensik

Martina Kronenberger, Thomas Scheskat

Zusammenfassung:

In der Gruppe werden mit Körper- und Bewegungsübungen Themen erschlossen, wie: Körperselbstwahrnehmung, innere Achtsamkeit, Wahrnehmung innerer Stimmungen und aggressiver Impulse. In dialogischen Konfrontationen werden Erfahrungen von konstruktiver Konfliktreue ermöglicht, in Aufstellungen findet Bearbeitung von Konfliktszenen aus dem Alltag statt. Es gibt Übungen zu Begegnungen und Konfrontation mit konflikthafter Stoffen und es werden Ausdrucksmöglichkeiten für verschiedene Stimmungslagen erprobt. Als Grundprinzip wird die Notwendigkeit und die Freiheit zur Selbstregulation vermittelt und in den Übungen in verschiedener Weise angeregt. Zielgruppe für diese Art von Körperarbeit sind vorwiegend persönlichkeitsgestörte Patienten. Die Ziele der Gruppenarbeit liegen in einer vertieften Wahrnehmung in Bezug auf innere und äußere Spannungen, Bedürfnisse und Frustrationen, dem Einüben eines adäquateren Ausdrucks, Rückmeldungen zu Interaktionsstilen und Handlungsmöglichkeiten für Konfliktlösungen, sowie

in der Verbesserung der Fähigkeit zur Selbststeuerung. Übergeordnete Ziele sind die Entwicklung von mehr Akzeptanz, Empathie und Mitgefühl. Durch Rückmeldungen der Gruppe entsteht ein Zugehörigkeitserleben, das mehr Bereitschaft zu gegenseitigem Vertrauen auf Verlässlichkeit und Diskretion öffnet. Dabei müssen Widersprüche der Gruppenatmosphäre zum Alltag der einengenden Lebensstrukturen im Maßregelvollzugssystem überbrückt, bzw. ausgehalten werden.

Die Übungsmethodik wird auch für forensisch tätige therapeutische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eingesetzt.

Schlüsselwörter

Körpertherapie, Aggression, Forensische Psychiatrie

Integrating aggression – Practicing self-responsibility A body

A bodypsychotherapy group in the forensic setting

Abstract

In this body psychotherapy group, topics like body self-perception, inner attentiveness, awareness of inner moods and aggressive impulses are made accessible via special physical exercise body movements. In dialogic confrontations, experiences of constructive conflict are enabled and conflict scenes of everyday life are dealt with in special settings. There are exercises to practice encounters and confrontation with conflicting materials and ways of expressing different moods are tested. As a basis principle, the necessity and the freedom of self-regulation are communicated and encouraged during the exercises. The predominant target group for this kind of body therapy are patients with personality disorders. The group therapy aims at allowing a deeper perception of internal and external tensions, needs and frustrations, the training of a more adequate expression, feedback on interaction styles and opportunities for action to solve conflict situations, as well as an improvement of the ability of selfcontrol. Subordinate aims are to develop more acceptance, empathy and compassion. Feedback from the group leads to a feeling of belonging which conveys more willingness to trust each other with respect to reliability and confidentiality. During these processes, contradictions of the group atmosphere with reference to the everyday life in the constricting structures of the forensic setting have to be managed and endured.

This training methodology is also used for therapeutic staff working in forensic settings.

Keywords:

body therapy, aggression, forensic psychiatry

Entstehung des Gruppenkonzeptes

Bei unserem ersten Start ging es darum, einen geeigneten Einsatz für körperpsychotherapeutische Methoden im Rahmen der forensischen Therapie mit persönlichkeitsgestörten Patienten zu etablieren. Der Ansatz basierte auf den Theorie- und Praxishintergründen der körperorientierten Psychotherapie (KPT, vgl. Geuter, 2006)¹, er sollte den Patienten Erfahrungen auf ganzkörperlicher Ebene und untereinander authentische Begegnungen ermöglichen. Die dabei unweigerlich auftretenden Widersprüche zu den Alltagsrealitäten im Maßregelvollzugssystem machten diese Gruppe zu einem Werkstattprojekt im Wortsinne. Der Körperpsychotherapie liegt von ihrer therapeutischen Ethik her das Prinzip der Selbstregulation und somit das der Eigenentscheidung zu Grunde. Die freiheitseinschränkende und von verpflichtenden Verhaltensregeln geprägte Strukturen des stationären Lebens in der forensischen Klinik sehen eine solche Ethik nicht als oberste Priorität vor. Über 1 ½ Jahre wurden in wöchentlichen zweistündigen Sitzungen verschiedene Zugänge ausprobiert. Es entstanden Widersprüche in den Möglichkeiten, die Patienten in der Gruppe zu binden, neue Teilnehmer zu gewinnen und ihnen ein nachhaltiges Vertrauen in die Sinnhaftigkeit und Verlässlichkeit der Gruppe zu ermöglichen. In einer anschließenden Reflexionsphase kamen wir als Leiter zu dem Schluss, dass eine klarere thematische Fokussierung und eine spezielle Struktur für den Zugang der Teilnehmer zu Konzept, Leitung und Gruppe geschaffen werden müsse. Schließlich wählten wir das Thema Aggression in einem erweiterten Sinne als Fokus, um möglichen Teilnehmern einen Motivationszugang zu eröffnen. Hierfür kam ein Übungsansatz zum Einsatz, der zuvor außerhalb des forensisch-psychiatrischen Feldes in freier Seminararbeit zur Persönlichkeitsentwicklung entstanden war.

Aggression als Fokus für Selbsterfahrung (Scheskat, 2012)²

In diesem zunächst allgemeinen Ansatz ohne spezielle Ausrichtung auf die Arbeit mit delinquenten Patienten wird Aggression im Wortsinne als eine wertneutrale nach vorne gerichtete Handlungskraft³ verstanden, die nicht von vornherein als gut oder schlecht anzusehen ist, sondern letztlich eine Kraftressource darstellt, die in verantwortungsvoller Weise auf ein Ziel für das eigene Handeln gerichtet werden sollte. Hierfür lässt sich mit einem Set von sog. „dialogischen Konfrontationsübungen“ schnell und für Teilnehmer vital ein Zugang zu essentiellen Lebensthemen finden. Die Übungen sind herausfordernd und können Spaß machen. Sie zei-

¹ Überblicksartikel dazu: Geuter, U., Körperpsychotherapie– der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie, Teil 1 und 2, Psychotherapeutenjournal Ausgaben 2 u. 3, 2006

² Scheskat, Th.: „Integrative Körperarbeit mit Aggression“, Vortrag bei der 18. Forensischen Fachtagung „Behind Blue Eyes – Theorien der Selbstentwicklung und die Praxis der Behandlung“, Bedburg Hau, Mai 2012

³ vom lat. Verb aggredi = herangehen

gen in Ablauf und Aufstellung den Teilnehmern schnell auf, wie sie gewissermaßen „im Leben stehen“, wie sie im Wortsinne aufeinander zugehen, wie sie sich reiben, wie sie sich durchs Leben boxen und wie sie sich möglicherweise herumgestoßen fühlen. Solche Sprachmetaphern können in Übungsaufstellungen im Wortsinn erschlossen werden, wie etwa die Angst, auf jemanden hereinzufallen. Diese Übungsaufstellungen bringen die Teilnehmer in Kontakt und stellen eine besondere Nähe her, nach der sie sich im Grunde sehnen.

Wir haben vier markante Begegnungsformen gewählt, die sich mit unterschiedlichen Schwerpunkten für das Üben mit der Kraft der Aggression im Kontakt eignen: (Gegenüber-)Stehen, Stoßen, Schlagen und Ringen. Als Basis für diese dialogischen Interaktionsformen ist kontinuierlich das achtsame Hinspüren auf den eigenen Körper zu schulen, denn alle angeregten Prozesse sollen mit dem Bewusstseinszustand der Achtsamkeit vollzogen werden, was wir später noch näher erläutern.

Spüren

Es kommen vielfältige Übungen zur Selbstwahrnehmung auf verschiedenen Ebenen zum Einsatz. Arbeit mit Aggression braucht immer viele Spürräume zur Vor-, Zwischen- und Nachbereitung der Erlebnisse für die Teilnehmenden. Eine Übung, die wir immer wieder vor, zwischen und nach Konfrontationsübungen einsetzen, ist das verlangsamte Gehen zum Gewährwerden elementarer Grundgegebenheiten, wie etwa das Zusammenspiel von Atem und Bewegung, Gehen, Stehen, sich Aufrichten etc.. Schließlich sind meditative Ruhephasen elementar, in denen alle äußere Bewegung eingestellt wird und nur noch innere Bewegungen – der Atem voran – fokussiert werden.

Gehen und Stehen

Bei Übungen zum Gehen und Stehen geht es um die Erforschung von Standfestigkeit und Standschwäche.

Hier können Metaphern wörtlich und körperlich erlebt werden wie: Boden unter die Füße bekommen, Standpunkte finden, Stellung beziehen, Stand halten, sich vorstellen oder Widerstehen. Das Ziel ist, den *Stand der Dinge des eigenen Standes* zu erforschen, ein Grundverständnis des Übens mit Aggression im Kontakt zu vermitteln und damit das dialogische Prinzip einzuführen. Es ist ein niedrigschwelliger Einstieg mit Spielcharakter und schafft ein verkörpertes Abbild von Einstellungen und Haltungen zu Bereitschaft oder Hemmung, sich in einem fair vereinbarten Rahmen zuzumuten und Freude an der eigenen Kraft und an der Herausforderung zu bekommen.

Boxen als „Anstoß“

Im Boxen geht es um gegenseitiges **Anstoßen** in der Bandbreite zwischen Anstoß geben und Anstoß erregen. U.a. mit der Form des „*sicheren Boxens*“ kann der Mut zur Zumutung geübt werden.

Der Name „Boxen“ markiert hier eine eher äußerliche Ähnlichkeit mit dem, was wir aus dem Fernsehen als Boxen kennen. Es geht um den Mut zur Zumutung, um Durchlässigkeit statt „Ein- und Wegstecken“ und um die Lust und den Hunger nach kraftvoller Begegnung. Hierbei ist es wichtig, dass jeder jederzeit ein „Stopp!“ vollziehen kann. Wir benutzen das Stoßen mit den gepolsterten Fäusten nicht mit dem Ziel, Überlegenheit zu gewinnen, sondern dazu, *uns über Kraft im Kontakt zu unterhalten*. Dazu schalten wir einen „Sprachkurs“ vor, in dem wir „Grammatik und Vokabeln“ üben: Durchlässigkeit statt Ein- und Wegstecken - wie ein Baum im Wind. Diese Übung nimmt die Standschulung auf und geht einen Schritt weiter.

Das Boxen bietet für viele Menschen mit Aggressionshemmungen eine Chance, sich mehr Konfliktrisiko zuzutrauen. Dagegen ist bei forensischen Patienten hier eine durchgängige Zurückhaltung festzustellen, die eine eigene Bewertung braucht. Sie haben völlig zu recht einen zentralen Grund, ihre mühsam aufgebaute Aggressionshemmung zu schützen, haben nicht selten auch am eigenen Leib Gewalt erfahren, was eine besondere Rücksicht auf Traumainhalte erfordert. Zusätzlich haben sie aber auch Zweifel, ob es ihnen in der Lebenswelt der Maßregelklinik einen Vorteil bringen kann, wenn sie sich und Anderen mehr Konfliktbereitschaft zumuten. Andererseits stecken sie gerade wegen der Enge dieser Lebenswelt und aus lebensgeschichtlichen Gründen meist ohnehin voller Aggression. Gerade dieser ganz eigene Typ an Widersprüchlichkeit bietet besondere Ansätze, mit den Teilnehmern sowohl an ihren destruktiv-aggressiven Impulsen und Gewaltpotenzialen, wie auch an ihrem konstruktiv-offensiven Potenzial zu arbeiten.

Schlagabtausch

Dies gilt dann umso mehr für die Übungen des „Schlagdialogs“ zum Ausdrücken von Kräften, die in der direkten Einwirkung aufeinander schädigen würden. Es ist ein schützendes Ritual zum Erforschen der eigenen Kräfte im „Rohzustand“, was am Ende als „pure Power“ erlebt werden kann.



Hier wird von zwei Seiten – streng geregelt – abwechselnd mit Holzstöcken auf einen stoffbezogenen Schaumstoffwürfel geschlagen, was ein lautes klatschendes Geräusch erzeugt. Die Stöcke berühren sich nicht, es geht vielmehr um ein gegenseitiges Wahrnehmen von „Kraftwahrheiten“ im Blickkontakt.

Die Übungsform bietet ein geschütztes Terrain, um die eigene aggressive Wahrheit ungeschminkt ausdrücken zu können und so dem Gegenüber etwas über die gefährlichen Anteile seiner Aggression mitzuteilen. Damit gesehen und akzeptiert zu sein, aber auch gleichzeitig bezeugt zu bekommen, dass man dieses Potenzial führend und *bahnend*, statt *fesselnd* zu kontrollieren versteht, kann als *Entgiftung von Aggression* erlebt werden. Die Übung wird in einem kooperativen und partnerschaftlichen Modus angeleitet, es findet kein unreflektiertes Ausagieren von Hassgefühlen statt. Sobald das Aufstacheln von aggressiven Regungen in einem feindseligen Sinne zu befürchten ist, wird die Übung gestoppt, abgewandelt oder erst gar nicht begonnen.

Ringens

Übungen des Ringens sind die direkteste Form der gegenseitigen Reibung im Kontakt. Hier kann man den Anderen einmal physisch anpacken, ihn sich buchstäblich zur Brust nehmen oder mit Hilfe des Ringpartners so etwas wie „die eigenen Dämonen niederringen“.

Eine besondere Chance besteht in der Entdeckung, dass der größere Gewinn in einer Niederlage liegen kann. Nur der Unterlegene kann – wenn er voll „auf Sieg“ gekämpft hat – sicher sein, alles gegeben zu haben. So ist *Siegen nicht gleich Gewinnen, Unterliegen ist nicht gleich Verlieren*. Diese Erkenntnis kann neuen Mut generieren, sich auf die Ringkämpfe des Lebens im übertragenen Sinne einzulassen und dabei auch Niederlagen zu riskieren. Und schließlich kann man auf den Ringpartner mit dessen Einverständnis die Gestalt einer inneren Angst, Scham oder sonstigen Energieblockade projizieren und mit diesem nun vom Anderen verkörperten „Dämon“ auch ganz buchstäblich *ringen*. Diese Art von Rollenspiel funktioniert sehr gut und kann auch viel Spaß machen.

Dialogische Konfrontationen

Wir nennen unsere Übungen auch „*dialogische Konfrontationen*“ - warum *dialogisch*?

“See me, feel me, touch meheal me!”

Die Bezeichnung „Dialogische Konfrontation“ beinhaltet für uns ein fundamentales Wirkprinzip, das *Dialogprinzip*. „Sieh mich, fühl mich, berüh mich...heile mich!“ Was „The Who“ in ihrer Rockoper den zuvor blinden Tommy singen ließen, bringt es

auf den Punkt, dass es Heilung für seelische Wunden nur in Begegnungen und Beziehungen geben kann. Gerade ein fruchtbares Forschen und Lernen an der eigenen Aggression kann nur *dialogisch* gelingen:

- weil sich Identität nur in Beziehung zu einem Gegenüber ereignen und entwickeln kann,
- weil wir deshalb unsere Aggressionswahrheit nur mit einem resonanzgebenden Gegenüber in unsere Identität integrieren können,
- weil wir dafür gegenseitige Wahrnehmung und Anerkennung – d.h. eine wohlwollende Resonanz brauchen.

Die Arbeit mit Aggression muss dialogisch sein:

- weil eine kathartische Befreiung über das reine Abreagieren von aggressiver Spannung Illusion ist, jedenfalls nicht nachhaltig wirkt,
- weil es elementar ist, ein Gegenüber als Konflikt-Partner statt als Konflikt-Gegner oder gar Feind zu sehen,
- weil wir durch Resonanz und Spiegelung unsere ganz ursprüngliche Freude an unserer Kraft (wieder-) finden können,
- und weil es fruchtbar ist, klassisch aggressive Handlungen wie Stoßen, Boxen, Schlagen oder Ringen ritualisiert in eine Form des partnerschaftlichen Gespräches über „Kraftwahrheit“ zu verwandeln.

Aktuelle Ausrichtung und Struktur der Gruppe

Die Gruppensitzungen im erneuerten Format finden im wöchentlichen Rhythmus für 2 – 2 ½ Stunden in einem Gruppenraum der Klinik statt und folgen einem strukturierten, ritualisierten Schema, wobei jederzeit Abwandlungen möglich sind. Bislang gibt es in der Gruppe ausschließlich Männer. Die Patienten sollten begleitend in einer Einzeltherapie sein, über eine Intelligenz mindestens im unteren Normbereich verfügen, grundsätzlich introspektionsfähig sein und aktuell kein Risiko einer psychotischen Dekompensation aufweisen. Als ungünstig hat sich erwiesen, wenn ein Teilnehmer gleichzeitig auch auf der Station des Leiters Patient ist. Hier verwickelt sich das Machtverhältnis über Lockerungsentscheidungen und das Austragen von Alltagskonflikten zu sehr mit der Rolle des eher therapeutischen Coachs in der Gruppe. Es überfordert meist beide Beteiligten, dies immer hinreichend auseinander zu halten.

Grundsätzlich starten wir mit Musik von einer CD und werfen uns gegenseitig einen Schaumstoffball zu. Was zunächst belanglos oder gar albern anmuten kann, erschließt sich den Teilnehmenden schnell als eine zwanglose Art, sich im Wortsinne *den Ball zuzuspielen*, ohne Worte Kontakt aufzunehmen, sich wechselweise aufeinander zu beziehen, insgesamt auf eine spielerische Art in eine Körperwahrnehmung zu kommen. Und nicht zuletzt bildet sich in der Art, den Ball wandern zu las-

sen und auch dabei durcheinander zu laufen, die aktuelle Stimmung der Anwesenden ab. Im Weiteren wird der Ball zur Seite gelegt, die Teilnehmer werden aufgefordert, eigene Körperimpulse wahrzunehmen, ganz bei sich zu bleiben und in kleinen Körperexperimenten Haltungen, Körperpositionen oder auch Lockerungen zu finden, die dem eigenen Empfinden am besten entsprechen. Danach folgt eine stille Phase, bei der äußere Bewegungen eingestellt werden und in einer meditativen Haltung eine Konzentration auf den eigenen Atem, die eigenen Empfindungen und Gedanken stattfindet. Anschließend werden mitgebrachte Erlebnisse, aktuelle Themen und Gefühle im Kreis ausgetauscht. Daraus entwickeln sich in der Regel Themenfokussierungen aus geschilderten Alltagskonflikten, die den weiteren Verlauf der Sitzung prägen, was auch die Auswahl der dann passenden Übungsstrukturen bestimmt.

Die Teilnahme ist langfristig angelegt. Es gibt eine Ethik der Verbindlichkeit, die sich nicht in einer bestimmten Teilnahmefrequenz ausdrückt, sondern darin, bei Verhinderung oder Fehlen von Motivation abzusagen und die Gründe für alle transparent zu machen. So sind phasenweise Auszeiten absprechbar. Nach einer Hauptphase regelmäßiger Teilnahme oder wenn externe Arbeitsverpflichtungen ein technisches Aus erzwingen, kann sich ein Teilnehmer später wieder für eine selbst bestimmte Phase in die Gruppe begeben und sich ggf. situativ veranlasst deren Unterstützung holen. Dafür gibt es dann das allen bekannte, weil immer wieder gemeinsam genutzte „Toolset“ des Übungsfundus. Verschiedene dialogische Konfrontationssettings oder szenische Aufstellungsschemata können themenbezogen herangezogen werden.

Die Probleme zu Anfang

Zunächst waren wir mit folgenden Grundproblemen bei Gruppenangeboten für Patienten in der Maßregelunterbringung konfrontiert:

- Auswahl der Teilnehmer und Indikation
- Freiwilligkeit und fehlende Motivation
- Schamswellen, sich zu zeigen
- Abwehr von Selbstreflexion
- Angst vor Indiskretion und gegenseitiges Misstrauen
- Abneigung gegen zusätzliche verpflichtende und festlegende Strukturen

Im ersten Durchlauf zeigten Patienten guten Willen, waren aber entweder mit dem Einstiegsprozess in die Gruppe der schon Erfahreneren oder mit der zu offenen Ebene der Selbsterfahrung überfordert. Das führte zu baldigem Erlahmen des Interesses, manchmal auch zu einem fast dissoziativen Wegdriften in Stillephasen, schließlich zum Ausstieg. Neue interessierte und motivierte Patienten zu finden gestaltete sich schwierig – trotz Verbreitung und Ankündigung des Angebotes in der Klinik.

Warum funktioniert das jetzt besser?

Den Umschwung brachten die klarere Fokussierung auf das Thema Aggression, eine individuelle Zugangs- und Einführungsstruktur und eine dezidiertere Auswahl der Kandidaten. Es wurden für die Neustartgruppe Patienten angesprochen, die mit uns Leitern bereits im therapeutischen Kontakt standen, sei es in der Einzeltherapie, aktuell oder ehemals auf der Station oder nach einer mehrtägigen externen Freizeitaktivität. Damit war jeweils bereits eine persönliche Beziehung (und diagnostische Kenntnis über die Kandidaten) vorhanden.

Die „Autobahnauffahrt“

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

Die fünf individuellen Einführungsstunden wirken ähnlich wie die Auffahrt und Einfädelungsspur auf die Autobahn. Es gibt dadurch einen „Prozesspuffer“, durch den jeder erst mal abseits der Gruppenfahrbahn den eigenen Schwung holt und sich auf Touren bringt, um sich dann auf Augenhöhe ins laufende Geschäft einzufädeln. In dieser Phase lernt der Aspirant, was dialogische Aufstellungen sind, wie er sich dabei selbst explorieren kann, was konstruktive von destruktiver Aggression unterscheidet und wie man das im übenden Kontakt mit Erfahrung füllen kann. Meist weckt dies Neugier und Lust auf mehr Anregung, die eigene Aggression zu „entgiften“, um sich wieder unbefangener ins Leben bringen zu können. Nach der 4. Einzelstunde entscheidet der Interessent, ob er diesen Prozess in einer Gruppe mit Anderen fortsetzen möchte, die in derselben Weise vorbereitet wurden. Dann kann er freigeben, dass sein Name den anderen Teilnehmern genannt wird, so dass jeder für sich prüft, ob er mit dem neuen Kandidaten zusammenarbeiten kann. Hin und wieder ergibt sich hier durch ungelöste Konflikte in anderen Klinikbezügen ein unüberbrückbarer Graben und es muss (einstweilen) bei der Einführung bleiben. Meist wird aber der Bewerber willkommen geheißen – ist doch jedem bewusst, dass sich hier jemand über mehrere Wochen der bekannten „Einweihungsproze-

dur“ ausgesetzt und damit als beständig und verlässlich bewährt hat. Misstrauensprobleme sind damit entweder vorab schon ausgeräumt oder es besteht die Bereitschaft, solche in der Gruppe zu thematisieren. Nun kann der Interessent seinerseits die Namen der Gruppenmitglieder erfahren und entscheiden, ob er mit diesen vertrauensvoll zusammenarbeiten kann. Mit diesem Gesamtvorlauf kommt man also mit einem gewissen „Prüfsiegel“ in die Gruppe. Man fädelt sich wie mit einer „TÜV“-Plakette für Vertrauenswürdigkeit in die Gruppe ein – und kann durch das Vortraining gleich kompetent mitmischen.

Fokus Aggression

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

Philosophie und Grundprinzipien

Diese Gruppe funktioniert nicht als verordnete Pflichttherapie, die Teilnahme erfolgt aus eigenem Entschluss und eigenem Motiv. Das schließt nicht aus, dass sie einem Patienten von dessen Behandlern nahegelegt wird, er kann aber nicht von diesen bei uns angemeldet werden. Er muss selbst zum unverbindlichen Erstgespräch kommen und uns überzeugen, dass er aus eigenem Motiv heraus teilnehmen will und sei es, dass er sich die Gründe seiner Behandler zu eigen gemacht hat – aber eben tatsächlich zu *eigen*. Entsprechend ist das Prinzip der Selbstregulation und der ständig neuen Eigenentscheidung grundlegend für die Körperarbeit mit Aggression.

Selbstregulation und Respekt

Für uns gibt es einen funktionellen Zusammenhang zwischen Selbstregulation und Respekt.

„Sie wollen ja wirklich was *für* uns...!“ Dieser Satz entfuhr während einer Übungssequenz unvermittelt einem Teilnehmer, der sonst öfter subjektive Leidensthemen ansprach, bei denen es um all das ging, was das Maßregelvollzugssystem immerzu von den Patienten wolle. Dazu hatte er auch hörbar einen Schutzwall aus Zynismen um sich errichtet. Dabei war nichts groß anderes passiert, als dass die Anleitungssequenzen immer wieder auf die Selbstwahrnehmung, die Neuentscheidung für den nächsten Schritt, die Wahrung eigener Zumutbarkeitsgrenzen etc. abzielten.

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

Zu den theoretischen Hintergründen

Das beschriebene Gruppenprojekt ist nicht in erster Linie theoriegeleitet entstanden, sondern hat sich in einem Werkstattprozess schrittweise entwickelt. Dennoch liegen ihm implizite Theoriebezüge zu Grunde. Die beobachtbaren Wirkungen sind mit verschiedenen theoretischen Ansätzen erklärbar. Unser Ansatz integriert körperpsychotherapeutische, kampfssportliche, meditative, tiefenpsychologische, traumatherapeutische und systemische Methoden und ist somit in der Praxis, wie auf der Theorieebene eklektisch. Wir können dies dadurch vertreten, dass wir traumatologische Grenzprinzipien beachten, die sicherstellen, dass kein (zusätzlicher) Schaden entsteht und wir nur im gestalterisch freien „Werkstattprozess“ herausfinden können, wie im Gruppenrahmen die Widersprüche zwischen Entwicklungsförderung und institutioneller Einengung bewältigt werden können.

Dabei spielt die Verzahnung der körperorientierten Ebene mit der sprachlichen Reflexion und vor allem mit der Beziehungsebene eine wichtige Rolle. Auf der Körper- und Handlungsebene finden die Gruppenteilnehmer ein Feld vor, in dem sie im direkten, wie im übertragenen Sinne „frei atmen“ können. Wie in der Warm-up-Sequenz, in der man sich „den Ball zuspielt“, gleich zu Anfang deutlich gemacht

wird, sollen die Teilnehmer sicher sein können, dass bei allem Ernst in den Einzelthemen jederzeit ein spielerisches, d.h. experimentelles Klima herrscht. Dies schafft – nach einiger Zeit und je nach individuellem Vermögen – eine relative Unbefangenheit im Umgang mit Körperlichkeit, Handlungsenergie, Kontakt und damit mit den Beziehungen in der Gruppe. Es entsteht ein soziales Klima, das von gewalttätig-einschüchterndem und missbrauchend-entwertendem Verletzen frei bleibt. Solche Erlebnisräume und Erfahrungswelten gibt es im Alltag der Maßregelpatienten sonst nur wenige. Nun ist es die grundsätzliche Aufgabe des Maßregeltherapie Rahmens, das schädigende Verhalten aufzugreifen und in Bearbeitung zu bringen. Das erfolgt an verschiedenen Stellen durch Stations-, Ergo- oder Sporttherapeuten. Schonung ist somit ganz sicher nicht die oberste Priorität in der Behandlung von Straftätern, die eine erhebliche Gefahr für die Gesellschaft darstellen. Mit Schonraum ist hier vielmehr ein sozialer Ort gemeint, an dem zunächst eine äußere und dann immer mehr auch eine innere Distanz zum subjektiv empfundenen Normalzustand vergifteter und vergiftender Interaktion erlebt werden kann. Von da können die Patienten dem „alltäglichen Wahnsinn“ ihrer Lebenswelt etwas Eigenes entgegensetzen. In Einzeltherapien gibt es zwar Schonräume, hier findet aber kein Gruppenerleben statt. Dazwischen bleiben die real existierenden Spielräume für die Patienten, in denen sie - von mitgebrachten selbst- und fremdschädigenden Mustern geleitet - therapeutisch Aufgebautes untereinander teilweise wieder einreißen. Wie sehr sie darunter leiden, erfahren wir in den Austauschrunden. Meist werden andere Patienten oder das therapeutische Personal als Verursacher von missglückten Interaktionen angeprangert. In dialogischen Konfrontationsaufstellungen lassen sich Teile der Konfliktthematik abbilden und in Bewegung bringen, wobei dann auch eigene Anteile offensichtlich werden können.

Praxisbeispiel: Ein Teilnehmer, Herr P. berichtet im Austauschkreis zum wiederholten Mal davon, wie wütend ihn eine Abweisung durch seine Stationstherapeutin gemacht hat, zu der er zuvor eine vertrauensvolle Öffnung vollzogen hatte. Als ein anderer Teilnehmer später unabhängig davon positive Gefühle zur selben Therapeutin äußert, erfasst ihn eine starke Unruhe. Er steht plötzlich auf, geht im Raum hin und her – es tue ihm leid, aber er könne nicht mehr stillsitzen. Schließlich platzt es aus ihm heraus, dass er stinkwütend auf sie sei, unendlich enttäuscht, er könnte sie, wenn sie jetzt im Raum wäre glatt „sonst was...“ Der Redekreis ist damit eindeutig so stark gestört, dass es sich mehr anbietet, mit dieser Dynamik zu arbeiten, statt sie einzugrenzen. Alle stehen auf, der Schaumstoffklotz wird in die Mitte geholt. Interessanterweise schnappt sich ein anderer Gruppenteilnehmer die beiden Holzstöcke unaufgefordert und stellt sie vor die Tür des Gruppenraumes auf den Flur. Dies fällt zunächst gar nicht weiter auf, da es jetzt ohnehin nicht angezeigt wäre, sie einzusetzen. Aber er hatte genau den richtigen Instinkt. Herr P. stellt sich dem Leiter auf der anderen Seite des Klotzes gegenüber, er zittert regelrecht am ganzen Körper, schwitzt und starrt ihn an. Er beschrieb ähnliche Erre-

gungszustände schon zuvor, sie hatten ihn nicht nur ins Einweisungsdelikt geführt, sondern bringen ihn noch immer in Schwierigkeiten, wenn er andere bedroht. Vor diesem Hintergrund ist Herr P. aktuell auch wieder im höher gesicherten Teil der Klinik untergebracht. Die Teilnahme an der Gruppe kann davon unabhängig aber weitergehen. Da er das Übungswerkzeug Schlagklotz gut kennt, kann er sich auch im jetzigen Erregungszustand sofort darauf einlassen. Die dialogische Konfrontation beginnt in dieser Akutdynamik nicht mit Schlägen, sondern damit, sich gegenseitig an den Händen zu greifen. Herr P. soll die Kraft seiner Wut als erstes in den Zugriff auf die Hände des Leiters leiten. Der Wahrnehmungsfokus liegt jetzt auf der Energie des Zupackens. Es ist immer noch die Energie der Wut, aber sie wird jetzt nicht zum Zerstören, sondern zum Aufbau und Verstärken des Berührungskontaktes verwendet. In den Augen von Herrn P. ist neben der immensen Wut auch Erleichterung darüber zu sehen, mit dieser Wut in einem nicht schädigenden Kontakt präsent und annehmbar sein zu können. Es eröffnet die therapeutische Möglichkeit, gezielt eine Aufstellung für den Emotions- und Energiezustand des Patienten zu schaffen. Dabei stellt auch der Körperkontakt über die Hände zum Leiter keinerlei Tabuverletzung dar, sondern ist für alle erkennbar Teil der Struktur. Im gleichzeitigen Kontakt über die Hände und das Anblicken, sowie über das Rekapitulieren des Bodenkontaktes mit den Füßen lässt die vibrierende Anspannung von Herrn P. etwas nach. Er ist nun ausreichend geerdet. D.h. im Wortsinne spürt er wieder den Boden unter den Füßen und im übertragenen Sinne erdet er sich über Berührung und Blickkontakt in der Begegnung. Er wird und fühlt sich gesehen, ergriffen, gehalten. Sobald dies für den Leiter seinerseits im Hand- und im Blickkontakt mit Herrn P. unmittelbar wahrnehmbar und nun genug Impulskontrolle vorhanden ist, kann im nächsten Schritt der Wut Ausdruck im Schlagen mit den Fäusten verliehen werden. Dialog bedeutet hier, dass Herr P. mit beiden Fäusten so kräftig auf den Klotz vor sich haut, wie es der Energie in seiner Wut entspricht. Der Leiter gegenüber greift dies in Resonanz in sich auf und spiegelt diese Energie mit seinem eigenen Schlag, wobei von beiden auch der Ausdruck über die Stimme einbezogen wird. Der Schlagabtausch geht solange, bis beide das Gefühl haben, dass die Angelegenheit nun energetisch betrachtet klar genug „auf dem Tisch“ ist. Dabei bleiben beide die ganze Zeit im Blickkontakt miteinander. Nach einer rituellen Geste der Verabschiedung, hier mit einem Abklatschen der Hände, zeigt sich Herr P. freudig erleichtert, Hassgefühle spürt er nicht mehr. Er beginnt nun, von seinen eigenen Anteilen an der schwierigen Konstellation zur Stationstherapeutin zu sprechen. Er habe sich wohl zu naiv auf sie eingelassen und er spüre eine Verzweiflung darüber, dass derartige Enttäuschungen immer wieder eine solche destruktive Wut in ihm erzeugen. Er bekommt von anderen Teilnehmern vielfältige Rückmeldungen zu deren eigenen Erfahrungen mit mörderischer Wut, aber auch Feedback zu der Problematik seiner „kurzen Lunte“. In dieser Feedbackrunde zeigt sich Herr P. betroffen darüber, wie sich in seiner Dynamik die Brutalität seines gewalttätigen und unberechenbaren Vaters abbildet.

In dem geschilderten Beispiel diente das Übungswerkzeug zur Bearbeitung einer im Gespräch aufgetauchten Problematik. Umgekehrt können die aggressionsbezogenen Übungs-„Tools“ Ansatzpunkte schaffen, um auf erlittene wie auf zugefügte Verletzungen zu stoßen und damit zu arbeiten. Deshalb werden sie immer wieder neu eingebracht und geübt.

Verkörperung und Containment

In der Übungssequenz bilden sich vor allem die folgenden theoretisch fassbaren Zusammenhänge ab:

Das Grundparadigma der KPT, dass sich psychische Inhalte auf der Körperebene widerspiegeln, bzw. das Seelische mit dem Körper- und Energiezustand und dem daraus entstehenden Körperausdruck funktional identisch ist⁴. Dadurch wird das Seelische nicht nur über den Körper abgebildet, sondern ist umgekehrt auch über körperbezogene Interventionen unmittelbar berührbar. Gebräuchlich ist auch der Begriff „Leib“ für den lebenden und beseelten Körper, oder es wird vom *Leib-Seele-System* gesprochen. Im Praxisbeispiel bildete sich die gesamte Enttäuschungswut des Patienten in seinem Körperzustand ab und konnte darüber beeinflusst werden, dass dieser Zustand 1.: sich nicht nur ereignete, sondern auch ausdrücklich ereignen *durfte*, 2.: in eine vorbereitete Begegnungsform gebracht werden konnte und 3.: über die Fokussierung der Energieebene buchstäblich anfassbar und veränderbar war. Daran war der Patient selbst mit seiner Selbstwahrnehmung und seinen inneren Steuerungsentscheidungen voll und ganz beteiligt. Es wurde nicht einfach nur etwas mit ihm gemacht, sondern er handelte und traf Entscheidungen im Rahmen eines dialogischen Austausches.

Eines der wichtigsten Prinzipien der KPT für Interventionen und für Zustandsbeschreibungen ist aus dem Konzept des „Containment“ entstanden. Es geht auf den Psychoanalytiker Wilfred Bion zurück.⁵ Der Begriff wird in der KPT in zwei Bedeu-

⁴ siehe auch neuere Ansätze wie den des „Embodiment“ (Storch, M. et al., 2010) und die Philosophie des „Embodied Mind“ in der Neurowissenschaft (Geuter, U., 2013)

⁵ Der Begriff wurde von dem britischen Psychoanalytiker Wilfred Ruprecht Bion geprägt. Nicht zu bewältigende Gefühle, Impulse und Konflikte werden von Patienten ihrer Umgebung, in unserem Fall dem therapeutischen Umfeld, zugeordnet. Das kann durch Externalisieren, Projizieren, Interagieren oder Agieren geschehen. Als Beispiel kann ein Patient durch ständige Sticheleien bei Mitpatienten und Mitarbeitern so viel Ärger auslösen, sie „zur Weißglut treiben“, bis sie ihm gegenüber aggressiv werden. Dadurch erreicht er unbewusst, dass die Aggression nicht länger in ihm ist, sondern offensichtlich die Anderen aggressiv sind. Das entlastet ihn erst mal und der Patient ist gleichzeitig der Handelnde. Er verkehrt eine alte Erfahrung, bei der er passiv war, ins Gegenteil. Früher war er beispielsweise den spitzen Bemerkungen seiner Mutter ausgeliefert. Im besten Fall kann man als Team die unerträglichen Konfliktspannungen, Empfindungen und Tendenzen zunächst aufnehmen, „containen“. Das kann auch bedeuten auszuhalten, dass Konflikte zeitweilig ungelöst bleiben. Man reagiert nicht unmittelbar, sondern besser später, bei passender Gelegenheit, wenn der eigene Ärger nachgelassen hat und der Patient die Reaktion besser annehmen kann. Bion vergleicht dieses Geschehen mit dem Verdauungsvorgang: Das für den Patienten zunächst Unverdauliche und Unbekömmliche wird von ihm gewissermaßen in das Team „ausgeschieden“ und kann ihm dann später in einer „entgifteten“ und bekömmlicheren Form zurückgegeben werden (Auchter, 2004).

tungen verwendet. Zum einen, wie auch in der Praxis der Psychoanalyse, bildet der therapeutische Leiter mit seinem eigenen Leib-Seele-System einen „Container“ für die nicht integrierten Selbstanteile des Patienten. Der Therapeut tut dies dadurch, dass er sich mit seinen inneren Resonanzen auf die Emotionen des Probanden einlässt, was dieser wiederum als gesehen, gehört und mitgeföhlt zu werden erlebt. Damit ist er nicht mehr allein mit den Regungen, die sonst im Alltag entweder von Anderen zurückgewiesen oder als Überwältigung erlebt werden können, was man von daher als „Vergiftung“ von Beziehungen kennzeichnen kann. Es braucht also den Therapeuten als Dialogpartner, der dies bereit ist, vorübergehend in sich „zu containen“, wie in einem Aufbewahrungsbehälter. Von da aus kann der Therapeut seine innere Resonanz als Ausgangspunkt für entgiftete Interventionsmöglichkeiten nutzen. In einer zweiten Bedeutung bezeichnet Containment die Fähigkeit des Patienten, eine Emotionen selbst zu „beinhalten“, es ist dann idealerweise der Zustand, in dem er keinen äußeren Hilfsbehälter mehr für nichtintegrierte Seeleninhalte braucht. Dies ist aber gerade keine „Selbstbeherrschung“ oder ein „sich Zusammenreißen“, sondern es wird dadurch möglich, dass der Betroffene seine Emotionen (und die damit verbundenen Einstellungen und Reaktionsweisen) als verstehbar erlebt. Nun erlebt ein Mensch eigentlich keine Emotionen als gesonder-tes Phänomen, sondern er erlebt sich selbst als Ganzheit und damit als in einem Gesamtzustand. Die Reaktionen anderer werden dann zu Bewertungen seiner ganzen Person. Wenn ich mit meiner mörderischen Wut (immer wieder) andere erschrecke, dann heißt das letztlich: „Ich bin schrecklich!“ Ein gelungenes Containment bedeutet, den ganzen Zusammenhang zwischen eigenen Geföhlen, ihren Auslösern, dem dadurch erzeugten Energie- und Körperzustand, sowie den Wirkungen auf Andere und deren Reaktionen in seiner Gesamtdynamik in sich aushalten und tragen zu können. Dies lernen Menschen als Kleinkinder durch die haltgebende Resonanz der Hauptbeziehungspersonen. Dort wo diese Resonanz fehlt oder das Haltgebende in ablehnender und strafender Resonanz verweigert wird, fehlt dann auch das innere Containment für Inhalt und Ladung von Emotionen. Ein Mensch wächst dann haltlos auf und agiert haltlos, er gerät „außer Rand und Band“. Somit stellen Settings der KPT über die Körperebene spezielle Möglichkeiten des „Nach-Containens“ und damit quasi einer „emotionalen Alphabetisierung“ her.

Zum Aggressionsbegriff

Für die Körperarbeit mit Aggression lohnt es sich, den Aggressionsbegriff nicht zwingend negativ zu betrachten, sondern ihm durchaus wertneutral zu begegnen. Statt von Aggression als einer bösen Kraft zu sprechen, die grundsätzlich feindselig und zerstörerisch ist, lässt die erweiterte Bedeutung die Vorstellung einer konstruktiven Aggression zu. Innerpsychisch leiden Menschen unter der Abspaltung von aggressiven Anteilen ihres Selbst. Diese sind für viele Menschen mit hohen Scham- und Schuldhürden belegt. Leider verhindert das reine Eindämmen von Aggression viele Gewalthandlungen nicht, was für eine erweiterte Begriffsdefinition

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

Achtsamkeit in der Körperpsychotherapie - vom bewussten Umgang mit der Wahrnehmung

Wir nutzen den Bewusstseinszustand der Achtsamkeit innerhalb der Körperpsychotherapie-Sitzungen, indem wir das achtsame Hinspüren auf den Körper mit den Patienten durch Körperwahrnehmungsübungen (Body-Scan), Gehmeditation u.a. wiederholt schulen. Bei allen Übungen steht das nicht wertende Annehmen dessen, was gerade im Augenblick wahrnehmbar ist, im Vordergrund. Das können Körperempfindungen, Emotionen, Stimmungen, Sinneswahrnehmungen oder/ und Gedanken sein. Diese Methode ermöglicht einen einfachen und natürlichen Zugang zum vorbegrifflichen und präverbale Erleben. So wird die Bedeutung einer Situation, die außen oder innerpsychisch sein kann, zuerst im Körper repräsentiert und erst später werden Fragmente davon mental zugänglich. Zuerst kommt die körperliche Wahrnehmung und dann die Sprache. Vor diesem Hintergrund bekommt der Körper eine zentrale Bedeutung bei der therapeutischen Intervention. So liegt bei der Arbeit mit Gefühlen, Imaginationen, Kognitionen u.a. der wesentliche Ansatz für Intervention darin, die Achtsamkeit hin zum körperlichen Erleben zu führen, da sie aus dem Körpererleben entstehen.

Stellen wir diese Erfahrungen in einen neurobiologischen Kontext so zeigen die Studien von Antonio Damasio (2001)⁶, dass das Denken nicht ohne Emotionen stattfinden kann und dass Emotionen das Ergebnis einer körperlichen Situations-

⁶ António R. Damásio (2001)

einschätzung sind, die nicht den Umweg über das Bewusstsein nehmen. Derzeit wird mehr und mehr deutlich, dass wir in diesem Prozess durch Informationen, die über die Organe kommen, in viel höheren Maße mitbeeinflusst sind, als wir bisher angenommen haben. Die Erkenntnis aus der KPT, dass Sprache, Bilder, das gesamte explizite Erleben mit dem Körper verbunden sind, anstatt ausschließlich im Gehirn stattzufinden, wird zunehmend neurobiologisch verifiziert.

Nähe und Distanz aus Leitungssicht

Es liegt in der Natur der körperpsychotherapeutischen Arbeitshaltung, dass man als Therapeut/in auch relativ dichten Körperkontakt zum Patienten zulässt. Wer damit nicht vertraut ist, oder solchen Kontakt sogar ablehnt, mag dabei Befremden empfinden. Dies vielleicht bei der Vorstellung vom Umgang mit potentiell verletzenden Übungen, mit intensiven sensorische Wahrnehmungen (Schweiß, Speichel, Geruch etc.). Vorbehalte und Bedenken diesbezüglich werden u.U. nochmals dadurch gesteigert, dass es sich bei den Gruppenteilnehmern um forensisch-psychiatrische Patienten handelt. Nun arbeitet letztlich kein/e Therapeut/in genauso wie ein Anderer – auch innerhalb derselben Therapieschule nicht. Es findet bei jedem eine mehr oder minder bewusste Selbstregulation in Bezug auf Nähe und Distanz zu den Therapienehmenden statt, die der zu einem selbst passenden Balancierung des Kontaktes dient. Das für alle dabei gleich maßgebende Paradigma misst sich an der Nützlichkeit und Verträglichkeit für den Patienten. So ist auch bei unserem körperlich z.T. nahen Vorgehen maßgebend, in wie weit es dem Verlauf der Gesamtbehandlung dienlich ist. Wenn Körperkontakt eine zu große Vertraulichkeit und somit Illusionen über die therapeutischen Beziehung hin zu einer „Kumpelhaftigkeit“ einlädt, wirkt er schädlich. Wenn der Patient sich in scheinbarer Vertraulichkeit angefasst fühlt, wirkt dies insbesondere dann übergriffig, wenn es implizit ein Macht- und Verfügungsgefälle transportiert. Weiterhin kann der Körperkontakt bei falschem Timing oder falscher Intensität bedrohlich oder sogar retraumatisierend wirken. All diesen Aspekten ist für die adäquate Regulierung von Nähe und Distanz mit dem Einsatz entsprechender Achtsamkeit Rechnung zu tragen. Körperpsychotherapeutisch Tätige müssen darauf hin geschult sein, auch bei intensivem Körperkontakt eine adäquate Beziehungsbalance regulieren zu können. Hierzu dient auch, wie zuvor geschildert, den Gruppenteilnehmern eine Einführung in die spezielle „Kontaktkultur“ der Gruppe zu geben, die von den Regeln im sonstigen Klinikalltag abweicht. Die zentrale Rolle spielt aber das therapeutische Grundgesetz der achtsamen Selbstregulation – auch für die Therapierenden. Im Kontakt bedeutet dies, Körperberührungen immer durch die explizite Erlaubnis des Berührten zu legitimieren und die Akzeptanz dafür zu gewährleisten, sich aus Berührungskontakten jederzeit zurück zu ziehen. Dennoch sind aber dabei auch die Fehler und real passierenden Übergriffigkeiten von beiden Seiten wertvoll. Sie stellen vereinbarte Anlässe zum expliziten Problematisieren von vergifteten Kontaktgestaltungsmustern dar. Auf der Basis dieser Grundprinzipien bietet der Einsatz von

Nähe und Körperkontakt spezielle Möglichkeiten, wenn dies auf authentische Weise der Persönlichkeit des Therapeuten oder der Therapeutin entspricht. Wer hier seine eigenen Begrenzungen nicht kennt oder nicht ausreichend achtet, schädigt sich nicht nur potenziell selbst, sondern gefährdet auch den therapeutischen Gewinn für den Patienten, der eine mangelnde Selbstfürsorge auf Seiten des Therapeuten als Kontaktvergiftung erleben kann.

Vertrauen, Ohnmacht und Selbstfürsorge

In unserer Leitung der Gruppe bauen wir auf eine Grundhaltung, die auf Vertrauen, Beziehung und auf Ressourcenorientierung setzt. Bei den meisten Patienten im Maßregelvollzug sind mehr oder weniger klar diagnostizierbare Traumatisierungen zu finden, die sie in ihrer Grundhaltung zur Welt misstrauisch sein lassen. Vor diesem Hintergrund haben wir Grundsätze aus der Traumatherapie konzeptuell mit einbezogen. So liegt ein Hauptziel in der Arbeit mit traumatisierten Patienten darin, ihnen die Kontrolle über sich selbst zurückzugeben, bzw. sie diese selbst finden zu lassen. Da der Kontrollverlust und die Erfahrung von Ohnmacht fester Bestandteil des Traumas sind, ja ursächlich zur Traumatisierung geführt haben, ist Fremdkontrolle wenig geeignet, hier Heilung anzuregen. Im Einklang mit heutigen Traumatherapien, wie die Ansätze von Reddemann (2007) und Sachsse (2002) beschreiben, setzen wir auf Ich-Stärkung und Selbstkontrolle der Patienten als wirksame Faktoren. So postuliert Reddemann (2007, S.41)⁷, dass es wichtig sei, dass diese Menschen immer das Gefühl behalten, die Kontrolle zu haben. Sachsse (2002)⁸ ist der Ansicht, dass traumatisierte bzw. borderlinegestörte Menschen erst dann mit Regeln umgehen können, wenn sie gelernt haben, sich selbst und ihrem Gegenüber zu vertrauen.

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

⁷ Reddemann, L. (2007, S. 41). (6. Aufl.) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta

⁸ Sachsse, U. (2002). (6.Auf.) Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik- Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.

einer positiven Identität. Die Störung des Körperbildes im Zusammenhang mit Traumatisierung ist inzwischen vielfach empirisch belegt.⁹ Selbstfürsorgetraining hat das Ziel die Fähigkeit des Patienten herauszubilden, achtsam mit sich selbst, seinem Körper, seinen Bedürfnissen umzugehen und sich selbst etwas Gutes tun zu können. (Körperachtsamkeit, Selbstfürsorge und anderen Menschen vertrauen).

Körperarbeit in der Fortbildung mit therapeutischen Mitarbeitern

Der geschilderte Arbeitsansatz wird von uns in der Klinik zusätzlich für die Arbeit der Stationspflegekräfte nutzbar gemacht. Im klinikinternen Fortbildungsprogramm werden zweiteilige Fortbildungseinheiten zur „Positiven Aggression“ angeboten. In dem körperorientierten Workshop lernen die Mitarbeiter/innen in den dialogischen Konfrontationsaufstellungen eigene Aktions- und Reaktionsmuster besser kennen. Sie entdecken eigene Ängste, Schammuster und andere Handlungsbarrieren, die im Alltagskontakt mit den meist schwer beziehungsgestörten Patienten zu negativen Effekten führen können wie Eskalationen in Konflikten und zu übertriebene Zurückhaltung im Kontakt. Auch das Zurückstecken eigener legitimer Interessen kann krank machen, wenn etwa das Zurückweisen unangemessener Wünsche oder grenzverletzenden Agierens nicht gelingt.

⁹ Sachsse, U. (2004, S. 100). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer

Literatur

Auchter, T. (2004). Rahmen, Halt und Grenze - Über strukturbildende Faktoren im Maßregelvollzug. In T. Bender, T. Auchter (Hrsg.), *Destruktiver Wahn zwischen Psychiatrie und Politik - Forensische psychoanalytische und sozialpsychologische Untersuchungen* (S.156-157). Gießen: Psychosozial.

Damasio, A. (2001). *Ich fühle, also bin ich - Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List

Geuter, U. (2006). *Körperpsychotherapie - der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie* - Teil 1. *Psychotherapeutenjournal* Heft 2, S. 116-122 und Teil 2. *Psychotherapeutenjournal* Heft 3, S. 258-264.

Geuter, U. (2013). *Körperpsychotherapie als erlebniszentrierter Ansatz - Anmerkungen zur Grundlagentheorie*, Vortrag auf der 11. Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie in Marburg.

Reddemann, L. (2007). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta

Sachsse, U. (2002). *Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik- Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung*. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.

Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer

Scheskat, T. (2012) *Integrative Körperarbeit mit Aggression*, Vortrag bei der 18. Forensischen Fachtagung „Behind Blue Eyes – Theorien der Selbstentwicklung und die Praxis der Behandlung“, Bedburg Hau, Mai 2012

Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G., , Tschacher, W., (2010). *Embodiment - Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Huber