

GFK-Tagung Traumatherapie

31.10.-02.11.2002 in Ansbach

Vorwort:

Im Rahmen des GFK-Projekte-Treffens 2002 fand ein Symposium zum Thema Traumatherapie statt. Initiiert und organisiert wurde die Tagung von einigen der deutschen GFK-Ausbilder (vgl. Liste der Referenten im Inhaltsverzeichnis), hauptverantwortlich ist Uli Schlünder, GFK-Geschäftsstelle Deutschland, PBZ Iserlohn. Ziel war, die verschiedenen aktuellen Ansätze der Traumatherapien vorzustellen und in eine Diskussion darüber zu kommen, wie sich diese mit dem GFK-Ansatz vertragen, welche Elemente vielleicht bereits Bestandteil der GFK-Therapie sind und wo evt. Bedarf nach Weiterentwicklung des GFK-Ansatzes bzw. Weiterbildung der GFKler in traumaspezifischer Therapie besteht.

Die Veranstalter der Tagung stellten jeweils in Vortragsform die Therapierichtungen vor, in denen sie selbst Weiter- oder Fortbildungen absolviert hatten. Anschließend wurden Fragen gesammelt, die das Plenum interessierten, und zu einer Auswahl dieser Fragen Arbeitsgruppen gebildet. In der Diskussion ging es hauptsächlich um eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Aspekten der Ausgangsfrage, nämlich: „Welche Konsequenzen ergeben sich für uns als GFK-Therapeuten aus den Entwicklungen und Erkenntnissen der Traumaforschung?“

Am Ende der Tagung entstand die Idee, die viele Arbeit, die Kompetenz, das Fachwissen und das Engagement der Teilnehmer und Veranstalter in irgendeiner Form schriftlich festzuhalten und einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Die Referenten erklärten sich dankenswerter Weise bereit, ihre Vorträge in eine veröffentlichbare Form zu bringen. Der Anspruch dieser Texte ist nicht, wissenschaftliche Abhandlungen über die jeweiligen Therapieansätze oder über Traumaforschung zu sein. Es sind die schriftlichen Fassungen der mündlichen Vorträge, die einen Einblick in die Grundlagen der Traumaforschung und die spezifischen Behandlungsansätze und somit Anstöße für Diskussion und Auseinandersetzung geben sollten.

Ein weiteres Anliegen beim Erstellen der Tagungsdokumentation war, einen Eindruck des Diskussionsteils (nicht im Sinne eines Protokolls!) und der Reaktionen, Gedanken und im-Nachhinein-Resonanzen der Teilnehmer zu vermitteln. Eine Teilnehmerin faßte daher die Ergebnisse einer der Diskussionsgruppen zusammen. Die Resonanz einer anderen Teilnehmerin, die im Tenor sicher dem Empfinden vieler entspricht, wurde ebenfalls in diese Sammlung aufgenommen.

Eine solche Tagung mit einem bestimmten Thema und Vorträgen war in GFK-Kreisen in dieser Form etwas Neues. Als Teilnehmerin finde ich: ein sehr gelungenes Experiment! Es war eine schöne Lern- und Gruppenerfahrung, mit viel sehr interessanter und fundierter inhaltlicher Information und Fortbildung (siehe Texte), wertvollem fachlichen und persönlichen Austausch, sehr angenehmer Atmosphäre und viel Spaß!

Allen OrganisatorInnen, ReferentInnen, SchreiberInnen und TeilnehmerInnen vielen Dank!
Und Dank auch an Dörte Hartmann, die dem Ganzen in ihrem Hotel Grünwald in Ansbach einen schönen und passenden Rahmen gegeben hat.

Wiebke Hundertmark, München, April 2003

Inhaltsverzeichnis:

Ernst Kern:

**Die neurobiologische Perspektive der Gedächtnisverarbeitung
als neues Paradigma für Traumatherapie** 3

Margarete Neuberger:

**Traumatisierte KlientInnen in der
körperpsychotherapeutischen Praxis** 10

Regula Sanders:

**Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten
Verfahren: Traumatherapie nach Luise Reddemann** 25

Ernst Kern / Wiebke Hundertmark

Überblick über das EMDR 37

Jürgen Eßer:

Somatic Experiencing nach Peter Levine 39

Lona Rothe-Jokisch

**Bericht aus der Arbeitsgruppe:
„Brauchen wir als GFK-TherapeutInnen für die Traumaarbeit
eine andere Grundhaltung?“** 52

Jeannette Andermatt

Nachklang 53

Kontakt / Impressum 53

Die neurobiologische Perspektive der Gedächtnisverarbeitung als neues Paradigma für Traumatherapie

Ernst Kern

Historische Betrachtung der Verwendung des Traumabegriffs

Schon Charcot (ca. 1850) sah Hysterien als posttraumatische Störungen an. Erst zu dieser Zeit begann eine Trennung zwischen seelischen und somatischen Prozessen gemacht zu werden, Charcot war Vorreiter bei der Entdeckung der Psychogenese von Krankheiten. Da aus der Gerichtsmedizin zunehmend Nachrichten kamen über Kindstode als Folge sexuellen Missbrauchs, kam dieses gesellschaftlich brisante Thema erstmals stärker auf. Janet, ein Charcot-Schüler, beschäftigte sich mit dissoziativen Prozessen und sah die große Rolle von Kindesmisshandlung als häufige Ursache davon. Das geriet aber dann in Vergessenheit.

Freuds erste Patientinnen waren wohl Frauen mit Missbrauchserfahrungen, evtl. dissoziative Persönlichkeiten, Borderline-Problematiken. In der Therapie erzählten sie ihm unter hypnotischer Trance wohl häufig von den Missbrauchssituationen. Er veröffentlichte einiges dazu, bekam dann enormen Druck von der medizinischen Kollegenschaft, veröffentlichte eine Art Widerruf und zog sich auf die These zurück, das seien alles Phantasien der Patientinnen. Daraus entwickelte sich dann ja bekanntermaßen die Psychoanalyse weiter, die Phantasien und mentale Vorstellungen in den Mittelpunkt rückte und sich kaum um Realtraumata kümmerte.

In der Zeit danach (bis ca. 1980) war die Beschäftigung mit Realtraumata in der Psychotherapie tabu, wohl auch vor dem Hintergrund der Tendenz in der Gesellschaft, Kindesmissbrauch totzuschweigen (insbesondere da das ja nicht nur ein Unterschichtphänomen war).

Erst dann begann sich das zu verändern durch die feministische Forschung, Frauenbewegung, immer stärkere Diskussion um Gewalt gegen Frauen.

Der zweite historische Strang, der wichtig war, ist der Umgang der Gesellschaft und ihrer Institutionen mit Unfällen. Mit der Industrialisierung gab es auch die ersten Unfälle mit Maschinen in Fabriken, Eisenbahnunfälle etc. Damals entstand der Gedanke einer Haftpflicht. PTBS (Posttraumatische Belastungsstörungen) nach solchen Unfällen wurden damals als somatische Folgen diagnostiziert, z. B. als eine „Erschütterung des Rückenmarks“. Diese Idee gibt es heute auch noch z. B. bei Schleudertrauma-Diagnose. Die Versicherungen und Firmen verdächtigten die Unfall-Opfer der Simulation, mit der sie Geld erschleichen wollten. Einzelne, z. B. Oppenheimer (verwendete den Begriff der traumatischen Neurose) sahen aber schon Ende des 19. Jahrhunderts die große Bedeutung des psychischen Schocks.

Insgesamt gab es also drei Hypothesen für PTBS: Somatogenese, Psychogenese, Simulation als Versicherungsbetrug.

Nach dem 1. Weltkrieg gab es die Kriegszitterer, das waren Soldaten mit traumatischen Erfahrungen in Schützengräben, bei denen sich das Zittern nicht mehr abstellen ließ. Die Schützengräben haben wohl in besonderem Ausmaß die PTBS hervorgerufen durch die völlige Ausgeliefertheit und Willkür, wer gerade getroffen wird und wer nicht.

Als somatische Hypothese gab es hier den „Granatenschock“, überwiegend galt allerdings die Simulantenhypothese. Das wurde auf militärische Art angegangen, dass die Behandlung schlimmer sein müsste als der Fronteinsatz. Diese Soldaten wurden z. B. mit Kaltwassergüssen oder Elektroschocks behandelt.

Ganz wenige Psychiater versuchten mit diesen Patienten die Freudsche „Redekur“. Das half wohl spezifisch nicht viel, aber den Betroffenen tat es vielleicht gut, dass ihnen überhaupt jemand zuhörte und sie nicht pauschal als Betrüger abstempelte.

Im zweiten Weltkrieg arbeiteten Amerikaner und Briten schon mit Gruppentherapien gegen PTBS mit recht guten Erfolgen. Das Erleben des Eingebundenseins in eine Gruppe hat wohl die Sicherheitsgefühle verbessert.

Nach 1945 begann man die Möglichkeit einer PTBS als psychische Reaktion zu sehen, man war aber überzeugt, die Symptome könnten nur drei bis sechs Monate anhalten. Wenn sie länger andauern würden, dann nur, weil die betroffene Person schon vorher krank war („ein gesunder Mensch kann eigentlich alles verarbeiten und verkraften“). Diese Haltung ist wiederum zu sehen vor dem Hintergrund vieler Regressansprüche nach dem Krieg, z. B. durch die KZ-Häftlinge.

Nach dem Vietnamkrieg waren dann in den USA die psychischen Folgen von Kriegserlebnissen nicht mehr zu übersehen, es gab über eine Million Kriegsveteranen, ein ganzer Teil von ihnen konnte sich nicht mehr in die Gesellschaft integrieren.

Jetzt begann die Forschung über PTBS auf breiterer Basis. Man begann deutlicher zu sehen, dass es ein bestimmtes Schema der Traumaverarbeitung gibt, das zum Teil biologisch präformiert ist.

In der Psychotherapie wurde jetzt mehr zugegeben, dass Patienten mit Traumata durch die übliche Behandlung oft nicht gut geholfen werden konnte. Bisherige Therapiestrategien waren v. a. für Neurosen entwickelt worden, bei denen Schutz („Abwehr“) eher zu stark entwickelt ist. Trauma-Patienten und Patienten mit dissoziativen oder Borderline-Strukturen waren eher zu wenig geschützt. Früher dachte man, das Trauma müsste auf jeden Fall noch einmal durchlebt werden nach dem Katharsis-Modell, so rasch und heftig wie möglich alles herauszulassen. Für einzelne war das vielleicht möglich und half, andere wurden nur noch kränker. Man sah jetzt die Gefahr der erneuten Verletzung und der Überflutung durch negative Affekte durch solche für die Patienten unkontrollierbaren Situationen und wurde vorsichtiger.

Gleichzeitig gab es rasante Fortschritte in der Neurobiologie und Neuropsychologie. Mit Hilfe neuer (sogenannter bildgebender) Verfahren wurden neue Modelle entwickelt.

Gedächtnismodelle in der Psychotherapie

Schon in den Anfängen der Psychotherapie hatte Freud ein Modell über das Funktionieren des Gedächtnisses entworfen, das sogenannte topographische Modell. Er verstand das Unbewusste und das Bewusste als psychische Orte, als verschiedene Speicher mit verschiedenen Ordnungsfunktionen und Filtern. Dabei bestand die Annahme eines sukzessiven Ablaufs der Informationen, die nacheinander und immer in derselben Richtung die verschiedenen Systeme durchlaufen.

Bei Freuds Verständnis der Psyche lag der Schwerpunkt auf dem Abrufen, dort fanden die entscheidenden psychischen Abwehr- und Verdrängungsprozesse statt. Solche Modelle übersehen aber, dass schon beim Enkodieren (Speichern) sehr viel passiert. So ist z. B. die im

Trauma eintretende Dissoziation eine Form der Wahrnehmungsveränderung, die selber schon alle weiteren Verarbeitungsprozesse beeinflusst.

Die neueren neurokognitiven Ansätze berücksichtigen viel stärker die Wahrnehmungsseite, die Aufnahme der Informationen und damit auch die Sinnesmodalitäten und ihre Spezifika des Speicherns und Erinnerns.

Jetzt wurde deutlicher gesehen, dass Erinnern nicht ein bloßes Abrufen existierender Informationen ist, sondern ein aktiver und konstruktiver Prozess. Es wurde auch klarer, dass Erinnern von den aktivierten Schemata während des Speicherns und Abrufens abhängt, sehr wichtig sind hier die Emotionen und Affekte.

In Frage gestellt wird, ob es überhaupt sinnvoll ist, von einem separaten Gedächtnis an sich zu sprechen, oder ob das Gedächtnis nicht sinnvoller als Koordination spezifischer Bereiche und sinnesspezifischer Speicherungen gedacht werden sollte.

Als verschiedene Teilsysteme des Gedächtnisses werden unterschieden:

- Ein prozedurales Gedächtnis für implizite (in der Regel nicht bewusste) Lernprozesse über Handlungen, Gewohnheiten, Sensomotorik.
- Ein semantisches Gedächtnis für Einsichten, geteilte Bedeutungen, bewusstes Wissen
- Ein episodisches Gedächtnis für Ereignisse und Situationen.

Eine andere Benennung unterscheidet (z. Teil ähnlich wie oben):

- Das deklarative Gedächtnis mit explizitem Wissen über Tatsachen und Ereignisse
- Das non-deklarative Gedächtnis mit implizitem Wissen über Fertigkeiten und Gewohnheiten, emotionalen Assoziationen und sensomotorischen Reaktionen. (Stark emotionale Erinnerungen werden als non-deklarative Erinnerungen gespeichert und im Stamm- und Mittelhirn verarbeitet)

Des weiteren gibt es die Unterteilung nach modalitätenspezifischen

- motorischen
- visuellen
- auditiven
- sprachlichen

vs. modalitätenunspezifischen

- semantischen
- begrifflich-konzeptuellen

Teilsystemen des Gedächtnisses.

Gedächtnis wird jetzt verstanden als Koppelung neuronaler Netzwerke, die nicht seriell arbeiten, sondern parallel gleichzeitig. Räumliche und verdinglichende Konzepte werden weitgehend aufgegeben, neuronale Aktivität ist ein prozessuales Geschehen.

In der Entwicklung gibt es dann jeweils kritische Phasen, in denen sich organisierende Netzwerke für Umgebungseinflüsse besonders anfällig sind. Daher die besondere Wucht früher traumatischer Erlebnisse.

Modell des „state-dependent learning“:

Beruhet auf der Zustandsabhängigkeit des Lernens, d. h. die Erinnerungsmöglichkeit ist abhängig davon, wie ähnlich der emotionale Zustand des Abrufens dem beim Enkodieren ist.

- Ein Experiment zeigte, dass gleiche Affekte beim Speichern und beim Abrufen 85% zutreffende Erinnerungen zulassen, gegensätzliche Affekte dagegen nur 50%, neutrale Affekte liegen dazwischen.
- Das gilt auch für dissoziierte Inhalte, die in der ursprünglichen (Trauma-)Situation irgendwie ähnlichen Situationen eher erinnert werden.

Beachte, dass es für uns überlebenswichtig ist, zwischen verschiedenen Zuständen (Wachheit, verschiedene Emotionen) wechseln zu können. Bei PTBS ist diese Fähigkeit stark beeinträchtigt.

Die neurobiologische Perspektive der Gedächtnisverarbeitung

Die Betrachtung des Erlebens und der Verarbeitung extremer Ereignisse aus der Sicht der Informationsverarbeitung und der Gedächtnisprozesse hat ein neues Verständnis von Traumata gebracht.

Durch neue Forschungsmethoden und Erkenntnisse der Hirn- und Gedächtnisforschung weiß man heute viel mehr über physische Auswirkungen und Korrelate von psychischen Faktoren.

Bei der normalen Verarbeitung von Reizen geht in das Gehirn ein kontinuierlicher Strom von Sinneseindrücken, die gefiltert und bewertet werden. Es kann nicht alles gleich wichtig ins Bewusstsein kommen, sonst käme es zu einer völligen Überflutung mit Informationen. Ein Beispiel ist die Wahrnehmung der aktuellen Temperatur im Raum, die erst dann in die Wahrnehmung kommt, wenn sie unangenehm warm oder kalt ist.

Die erste Frage ist also, welche Informationen überhaupt zur bewussten Wahrnehmung gelangen, und die zweite Frage, welche Informationen, die das Bewusstsein erreicht haben, dann auch tatsächlich im Gedächtnis gespeichert werden.

Wie geht das also überhaupt mit der Informationsverarbeitung im Gehirn?

Die Neurophysiologie zeigt, dass bestimmte Gehirnzentren für die Selektion, Filterung und Bewertung der Informationen zuständig sind.

Der **Thalamus** ist die Schaltstelle für eintreffende sensorische Informationen.

Der **Hippocampus** ist ein Ordnungssystem, das den Zugriff zu räumlichen und zeitlichen Informationen herstellt. Er ist so etwas wie ein „Archiv“ des Gehirns.

Er spielt für die kurz- und mittelfristige Speicherung von Informationen eine große Rolle, ist damit für rasches Lernen zuständig (im Hippocampus werden synaptische Verbindungen in Minuten gebildet). Ohne den Hippocampus ist auch die dauerhafte Speicherung weg, dafür braucht es die Kategorisierung der Wahrnehmungen und die Regelung des zeitlichen Ablaufs. Damit ist der Hippocampus die Grundlage aller Speicherungsphänomene.

Die **Amygdala** („Mandelkern“) ist Teil des limbischen Systems, das für die Verarbeitung von Emotionen zuständig ist. Dieses System prüft den Emotionsgehalt einer Situation und

bewertet Situationen nach ihrer affektiven Wichtigkeit. Von hier können auch schnelle Überlebensreaktionen eingeleitet werden (Angstsignal-Kampf-Flucht-Bereitschaft). Die Amygdala ist so etwas wie der „Rauchmelder“ des Gehirns, seine Alarmglocke, die die Stressreaktion anwerfen kann.

Das **Frontalhirn** ist für die Integration der Information und für die Planung zukünftiger Handlungen zuständig. Hier findet langsames Lernen statt, das einige Wiederholungen braucht.

Bei der **normalen Verarbeitung** bis zum mittleren Stress gehen die Informationen zuerst in den Hippocampus, werden dann an die Amygdala weitergegeben, diese bewertet, wie wichtig eine Information ist und schickt dann die Botschaft ans Großhirn.

Auf die Bewertung einer Situation als Überlebenssituation wird die Stressreaktion ausgelöst, die von Stammhirn und Mittelhirn gesteuert wird und evolutionär der Vorbereitung auf Kampf oder Flucht dient, also rasch und effektiv Energie im Körper bereitstellen muss. Merkmale der Stressreaktion sind, dass der Blutdruck steigt, das Herz schneller schlägt, Adrenalin ausgeschüttet wird, die Atmung schneller geht, der Körper schwitzt, das Verdauungssystem abgeschaltet wird, Blut sich im Körperzentrum sammelt. Der Organismus zentriert all seine Energie zum Überleben.

Stress spielt eine wichtige Rolle beim Lernen. Leichter Stress ist gut für Gedächtnisprozesse, zu starke Erregung dagegen schädlich. Normales Lernen verarbeitet immer sofort, Lernen unter Übererregung führt zu einer Abschaltung von integrierenden Systemen und schafft Intrusionen.

Bei der traumatischen Situation ist eine deutliche Veränderung in den Neurohormonen nachweisbar, die ja die inneren Vorgänge steuern.

Allgemein muss man also die Selektivität der Wahrnehmung viel stärker beachten, was im Grunde schon die Gestaltpsychologie wusste.

Der bewussten Wahrnehmung ist eine unbewusste vorgeschaltet, die evolutionär älter ist. Dort werden die primären Sinnesdaten direkt bewertet, zunächst ohne Beteiligung höherer und kognitiver Hirnzentren. An dieser Bewertung sind die Amygdala und der Hippocampus beteiligt. Sie bilden ein kreisförmiges Erregungssystem und bewerten das Wahrgenommene in einer Art Schnellverfahren nach Gefühlslage der bisherigen Erfahrungen.

Unvollständige, unbewusst bleibende und sehr schnelle Reizverarbeitungen finden vor allem dann statt, wenn der Organismus sofort reagieren muss, wie es in bedrohlichen Situationen der Fall ist.

In solchen bedrohlichen Situationen wird auch in erster Linie die linke Seite des Gehirns aktiviert, was zu einer verminderten Verbindung mit dem Sprachzentrum führt (und zu einer geringeren Aktivität dort).

Modell der blockierten und fragmentierten Informationsverarbeitung (van der Kolk):

Wenn in der Amygdala festgestellt wird, dass ein Ereignis zu emotional ist für normale Verarbeitung und Speicherung, so wird die ganzheitliche Information in Stücke gebrochen und in frühere Hirnteile „geschickt“. Folge davon ist, dass das Ereignis der Person nicht mehr als bewusste Erinnerung zur Verfügung steht. Der kontinuierliche Informationsfluss und die normale Verteilung der Information wird unterbrochen.

Die Erinnerung wird in einzelne Sinneskanäle fragmentiert und isoliert.

Traumatische Erinnerung ist fragmentierte Erinnerung:

- visuell (innere Bilder und Filmfragmente vom Ereignis)
- affektiv (Emotionen wie „hilflos“, „traurig“)
- taktil (z. B. wie sich ein bestimmtes Kleidungsstück anfühlt)
- olfaktorisch (z. B. der Geruch des Täters)
- auditiv

Die innerlich repräsentierte zusammenhängende Geschichte des Ereignisses (der narrative Kanal) fehlt oft, oder sie ist völlig emotionslos.

Bei traumatischen Ereignissen zerbricht also die Erinnerung wie ein Puzzle in Stücke und wird oft als überwiegend somatische Erinnerung mit verschiedenen „Blitzen“ gespeichert. Das ist das Problem für die übliche, verbal zentrierte Psychotherapie. Wenn die Geschichte in einzelne, überwiegend non-verbale Teile zerfallen ist, kommt man auf den normalen Wegen gar nicht heran.

In der Traumasituation scheint die linke Gehirnhälfte unterdrückt zu sein, die rechte Hälfte wird von der Furchtreaktion der Amygdala dominiert. Die beiden Gehirnhälften werden entkoppelt, und damit wird auch die Integration des analytischen, kategorialen, verbalen und symbolischen Denkens (linke Hälfte) und des analogen, ganzheitlichen Verarbeitens (rechte Hälfte) verhindert.

Physische Folgen von Psychotraumata:

Man fand in der Neuropsychologie Nachweise bleibender negativer Veränderungen im Gehirn nach traumatischem und/oder Langzeitstress. Spitzer fand eine Zerstörung des Hippocampus um 12% bei Patientinnen mit sexuellem Missbrauch. Nach Traumata stellt sich oft eine bleibende Übererregtheit und neurologische Überempfindlichkeit ein.

Zusammenfassung des neurophysiologischen Paradigmas für Traumaverarbeitung:

Die Information bleibt gewissermaßen in den Strukturen der Informationsverarbeitung im Gehirn stecken und wird in Stücke gebrochen. Sie kann nicht weiter verarbeitet und integriert werden und verursacht dadurch anhaltende Probleme und Störungen.

Das durch die Traumasituation aktivierte Überlebensprogramm unterbricht die normale Informationsverarbeitung, die belastende Emotionen integrieren könnte.

Die belastenden Informationsteile sind v. a. in der rechten Hirnhälfte gespeichert. Solche Fragmente können in flash-backs in der bewussten Erinnerung plötzlich wieder auftauchen.

In der Therapie hat man es daher bei Traumata mit beiden Gedächtnissystemen zu tun, den expliziten der linken Seite und den impliziten der rechten Seite mit den belastenden Gefühlen und sensorischen Erinnerungsfragmenten, die eben kaum auf rein sprachliche Zugänge ansprechen.

Das Ziel der Therapie muss es also sein, die belastenden und fragmentierten Informationsteile zu erreichen und bei ihrer Integration zu helfen.

Therapeutische Besserungen integrieren die Bilder, Töne, mit den Gefühlen und dem szenischen Ablauf der Geschichte. Dann kann die PTBS-Symptomatik abklingen.

Bei negativen und chronifizierten Entwicklungen entsteht ein „**Traumasma**“:

- das viele Wahrnehmungen und Handlungen des Organismus integriert
- das innerlich verbunden ist mit Kampf- und Fluchtendenzen
- das zu häufigen und starken Wahrnehmungsverzerrungen führt
- das zur Ausbreitung und Generalisierung neigt
- das (aus körpertherapeutischer Sicht) zu einem Verlust des ganzheitlichen Körpergefühls führt (um das Hochkommen der schrecklichen Erinnerungen zu verhindern)
- und das zu einem Verlust des Gefühls für ein authentisches Selbst führt

Dissoziation

Dissoziation ist ein letzter Überlebensmechanismus des Organismus als Schutz, wenn Kampf oder Flucht nicht mehr möglich sind.

Im Tierreich kommt erlebte Hilflosigkeit wie beim Menschen eigentlich gar nicht vor. Es gibt zwar den Totstellreflex, aber bei dem nimmt das Tier die Hilflosigkeit nicht mehr bewusst wahr. Es kann sogar sein, dass das Tier beim Totstellreflex tatsächlich stirbt („Lebensgefahr ist lebensgefährlich“), was wohl über eine zu massive Kalziumausschüttung funktioniert. Das ist physiologisch wohl ein sinnvoller Schutz gegen Schmerz beim Tod.

Der Mensch hält einfach zu viel aus und ist selbstreflexiv, die kognitiven Strukturen helfen dann beim Überleben durch umschalten und depersonalisieren und derealisieren. Während des Traumas ist die Dissoziation eine gesunde Überlebensreaktion.

Sie wird dann problematisch, wenn sie fortbesteht. Dissoziierte sinnesspezifische Abspeicherungen bleiben separiert und haben erheblichen Einfluss auf Erleben und Verhalten. In der weiteren Entwicklung können dann immer mehr Teile der Person von der Dissoziation beeinflusst werden.

Wenn man annimmt, dass es in der Person eine inhärente Tendenz gibt zur Integration, entstehen durch Dissoziationen innere Spannungen und Konflikte.

Dissoziation führt damit bei PTBS-Patienten zu der paradoxen Situation, dass sie versuchen, sich auf keinen Fall an das Schlimme zu erinnern, gleichzeitig wird das gesamte Feld ständig überprüft nach traumaähnlichen Informationen.

Literaturhinweise:

Hoffmann, A. - EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart, Thieme, 1999.

Spitzer, M. - Geist im Netz. Heidelberg, Spektrum, 2000.

V. d. Kolk, B. (Hg.) – Traumatic Stress. Frankfurt: Junfermann, 1996.

Sachsse, Ulrich. – Trauma, Trauma-coping und PTBS: Theorie und therapeutische Ansätze. Vortrag in Furth, 1998 (Internet)

Armstrong, M. – Focusing und Trauma – neue Forschungsergebnisse.

In: Focusing im Prozess. H.-J. Feuerstein, D. Müller, A. Weiser-Cornell (Hrsg.), Köln, GwG-Verlag, 2000.

Traumatisierte KlientInnen in der körperpsychotherapeutischen Praxis

Margarete Neuberger

Gliederung:

1.	Geschichtliche Anmerkung	10
2.	Definitionen und Diagnosen	10
2.1.	<i>Seidler, Hofmann & Rost</i> (2002).....	11
2.2.	ICD-10.....	12
2.3.	Indizien für PTBS	12
2.4.	Klinische Erscheinungsbilder, auch als Komorbiditäten	13
2.5.	Absicherungsmöglichkeiten einer PTBS-Diagnose	14
3.	Theoretische Überlegungen und physiologische Zusammenhänge	16
4.	Symptome eines gestörten SIBAM-Zyklus	18
5.	Die Behandlung des PTBS in der psychotherapeutischen Praxis	19
5.1.	Allgemeine Ziele der Schock-Arbeit.....	23
6.	Literaturverzeichnis.....	24

1. Geschichtliche Anmerkung

Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts gibt es zwar Beobachtungen zu häufigen auffälligen Beschwerden nach besonderen psychischen Belastungen, aber erst die Folgen des Vietnamkrieges brachten die Forschungen in Gang. 1980 wurde die Diagnose "PostTraumatische-Belastungs-Störung" in den DSM-III aufgenommen. Ausschlaggebend war die Beobachtung, dass traumatisierende Gewalteinwirkungen unabhängig von der Art des auslösenden Ereignisses relativ ähnliche Spuren - nämlich Erinnerungsveränderungen, Vermeidungsverhalten, Übererregung - bei den Opfern hinterlassen. In den letzten 10 Jahren hat sich in der therapeutischen Praxis die spezielle Arbeit mit Traumatisierten verbreitet. Die Arbeiten von Peter Levine und Lisbeth Marcher waren hier grundlegend.

2. Definitionen und Diagnose

KlientInnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS)¹ sind in der therapeutischen Praxis häufig anzutreffen. Sehr oft präsentieren die KlientInnen anfangs oder auch längere Zeit nicht die spezifische Trauma-Symptomatik, sondern andere psychische und körperliche Symptome, so dass manchmal ein Zusammenhang mit einer Traumatisierung schwer eruiert werden kann. Akute Traumatisierung ist leichter zu diagnostizieren als eine zurück liegende, chronisch komplexe Traumatisierung. Bei letzterer berichten die KlientInnen meist nur ein partielles Symptombild (allgemeine psychische und physische Beschwerden wie Nervosität,

¹ englisch: PTSD = Post Traumatic Stress Disorder

erhöhte Schreckhaftigkeit, gedrückte Stimmung, Neigung zum Weinen, Schlafstörungen, Magen-Darmprobleme, Kopf- und Kreuzschmerzen, mangelndes Interesse an sozialen Aktivitäten, Konzentrationsstörungen) während die charakteristische Symptomatik erst bei längerer Therapie bzw. einer traumabezogenen Anamnese erkennbar wird. In diesem Zusammenhang möchte ich eindringlich für eine ausführliche Anamnese plädieren, die mir oft gerade in Bezug auf traumatisches Erleben, das nicht präsent war, sehr hilfreiche diagnostische Hinweise gab.

Mit traumatisierten KlientInnen muss in besonderer Weise gearbeitet werden, da die Körpersymptomatik in dieser Arbeit eine hervorragende Rolle spielt. Häufig kann man eine geraume Zeit nicht erkennen, dass im besonderen Fall eine Traumaheilung ansteht. Solange man vorsichtig klientenzentriert und achtsam wahrnehmend arbeitet, wird eine Verschlimmerung der Traumasymptomatik vermieden werden können. Jede Art von „puschender“ Arbeitsweise. - und die habe ich leider bei meinen Lehr- und Wanderjahren im therapeutischen Feld sehr häufig erlebt und erlitten - ist absolut kontraindiziert, ebenso zu bagatellisieren, jeder habe eben Schlimmes erlebt.

2.1 Seidler, Hofmann & Rost (2002)

Im Deutschen Ärzteblatt (Februar 2002) wird ein psychisches Trauma als eine physiologisch verankerte, psychische Verletzung beschrieben, die durch ein schwer belastendes Ereignis ausgelöst wurde.

Ich zitiere weiter aus dem Ärzteblattartikel, da die Ausführungen für Körpertherapeuten sehr wichtig sind. Sie bestätigen deren Auffassungen und damit auch deren Arbeit. Auch für Traumatisierte, die wegen ihrer Erinnerungslücken immer wieder in tiefe Zweifel und damit verbundene Schuldgefühle geraten und sich ihrer Sprachlosigkeit und oft unverständlichen Übererregtheit schämen, können die Ausführungen Erleichterung und Entlastung bringen.

"... Untersuchungen mit Hilfe bildgebender Verfahren [zeigen ... Veränderungen] in den Bereichen des Gehirns, die auch klinisch funktionell auffällig sind. So beschrieben Rauch und Mitarbeiter eine Unterdrückung des Broca-Areals, wenn traumatische Erinnerungen erlebt werden - Kliniker wissen von der 'Sprachlosigkeit' Traumatisierter. Gleichzeitig scheinen Bereiche im limbischen System, überwiegend der rechten Hemisphäre, die für die Verarbeitung von Wahrnehmungen, Erinnerungen und Emotionen relevant sind, überaktiv zu sein.

Von diesem Teil der rechten Hirnhälfte ist bekannt, dass er besonders dicht mit den die Erregung steuernden Zentren des Hirnstammes verbunden ist. Weitere Untersuchungen zeigen, dass zusätzlich andere, vor allem frontale Hirnareale, bei traumatischer Erinnerung ebenfalls in ihrer Funktion eingeschränkt zu sein scheinen. Diese Befunde werden als Ausdruck einer nicht kontextualisierten, nicht in die Biographie des Betroffenen eingebundenen, wahrscheinlich traumaspezifischen Erinnerungsbildung verstanden. Diese ist durch eine fehlende Verknüpfung von Bild, sensorischer Erinnerung und Affektivität gekennzeichnet, mit der Konsequenz für die Therapie, dass derartige Erinnerungsbruchstücke mit ausschließlich sprachlichen Mitteln, ohne eine zeitgleiche Aktualisierung der verschiedenen 'Bruchstücke', kaum zu erreichen und zu integrieren sind ... Ebenfalls werden deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus und der

Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse beschrieben" (Seidler, Hofmann u. Rost 2002, S. 78).

2.2 ICD-10 (International Classification of Diseases)

Im ICD-10 wird die PTBS (F 43.1) folgendermaßen beschrieben und von anderen schweren Belastungen im Lebenslauf abgegrenzt:

- "Das psychische Trauma wird definiert als Folge eines kurzzeitigen oder länger dauernden belastenden Ereignisses, das *außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung* liegt, für *fast jeden belastend* wäre und üblicherweise mit Gefühlen von *intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit* erlebt wird."
- Die Beeinträchtigungen dauern in der Regel länger als einen Monat.

Differenzialdiagnostisch sind die genannten Folgen nach einem Trauma abzugrenzen

- von einer *akuten* Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0), "als einer vorübergehenden Störung bei einem psychisch sonst stabilen Menschen nach einer außergewöhnlichen körperlichen und/oder seelischen Belastung, die nach Stunden oder Tagen wieder abklingt;
- von einer Anpassungsstörung (ICD-10: F 43.2) nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder auch einer schweren körperlichen Erkrankung."

Anmerkung (M.N.): Außerdem ist die PTBS von neurotischen Störungen abzugrenzen, die durch gestörte Entwicklungs- und Lernprozesse erklärt werden im Sinne von unzureichenden Verarbeitungsversuchen unbewusster, in ihrer Genese infantiler Konflikte. Für eine PTBS gibt es ein vorausgehendes Trauma als auslösendes Geschehen des Schocks, der eine inadäquate "Verarbeitung" dieses Geschehens (durch "Einfrieren") darstellt.

2.3 Indizien für eine Post Traumatische Belastungs Störung (PTBS)

In der therapeutischen Arbeit ist die Diagnose einer PTBS mit sehr viel Vorsicht zu stellen. Hellhörig sollten wir bei folgenden Erscheinungen werden:

- Sehr passive oder sehr labile Beziehungsgestaltung (nichts/alles stört) seitens der KlientInnen;
- der therapeutische Prozess verläuft in ständigen Schlaufen;
- das "eigentliche" Problem der KlientInnen ist irgendwie nicht richtig zu verstehen, es ist schwer, sich einzufühlen;
- die Charakterstruktur der KlientInnen ist sehr sonderbar, ausgefallen, z.B. eine eigenartige Mischung aus 'Vertrauenssensibel' (Borderline), 'Druck' (masochistisch), 'Schlauch' (hysterisch) und 'Existenzsucher' (schizoid).
- Wenn KlientInnen nach einer (besonders körpertherapeutischen) Stunde entspannt erscheinen, während das Herz heftig schlägt und wenige Stunden nach der Sitzung ein Angst/Panikanfall auftritt.
- Wenn KlientInnen trotz längerer körpertherapeutischer Arbeit in ihrem Alltag Panikanfälle haben und immer weniger - anstatt mehr - mit sich verbunden erscheinen.
- Wenn KlientInnen relativ emotionslos über schreckliche Erlebnisse sprechen.

- Wenn bei bestimmten Themenfeldern einzelne/mehrere der folgenden zentralnervösen Schockanzeichen wahrgenommen werden:
 - hoher Puls bei flacher Atmung,
 - deutliche bis extreme Temperaturunterschiede,
 - Erröten, kalte Hände/Füße, kalter Schweiß mit manchmal sehr unangenehmem Geruch,
 - kontrahierte oder geweitete Pupillen, herausgedrückte oder eingesunkene Augen
 - steif, taub, "tot", (fast) ohnmächtig, weggetreten, nicht anwesend, den Körper verlassend.
- Unmöglichkeit, durch Therapie zu wachsen, stecken bleiben in der Therapie, das Erarbeitete kann nicht integriert werden. Aber nicht immer ist bei den "enttäuschenden" Therapieverläufen ein Schock zu Grunde liegend. Immer müssen vor einer Schockdiagnose die Beziehung zwischen TherapeutInnen und KlientInnen und/oder besondere Umweltsituationen, in denen KlientInnen sich befinden und die eine Entwicklung verunmöglichen, überprüft werden. Manchmal liegt auch eine tragische Familiengeschichte vor, die erst bearbeitet werden muss. Wenn jemand mit den Kräften seines Familiensystems unheilvoll verstrickt ist, sucht er in seinem individuellen Leben und Erleben vergeblich nach einer (Er-)Lösung.

2.4 Klinische Erscheinungsbilder, auch als Komorbiditäten

- Anhaltende physiologische Reaktionen und/oder Übererregung, besonders bei erneutem Kontakt mit dem Schockgebiet, zu dem alles zu zählen ist, was thematisch und personell mit dem Schockgeschehen in Verbindung steht.
- Sich aufdrängende, belastende Erinnerungen an das Trauma, die in allen Modalitäten (Imaginationen, Tönen, Bewegungen, Worten u.a.m.) möglich sind.
- Sich wiederholt aufdrängende "Flashbacks" (gleichsam innere Filme des Geschehens);
- Alpträume, die irgendwie mit dem Trauma in Beziehung stehen;
- Amnesien, Entfremdungsgefühle, Verdrängungen;
- Schlafprobleme wie Ein- und Durchschlafstörungen, Nachtängste;
- Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit;
- andauernde Gefühle des Betäubtseins und der emotionalen Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen und Vermeiden aller Situationen, die an das Trauma erinnern könnten;
- Taubheit bestimmter Körperteile, "verschlossene" Körperteile.
- Intermittierende Aggressionsanfälle mit Ängsten und vegetativer Übererregbarkeit sind bei der gleichen Person ebenso möglich wie depressive Reaktionen und plötzliche Suizidhandlungen.
- Störungen der Affektivität und Affektregulation, Depressionen, Freudlosigkeit;
- Angststörungen, Phobien;
- Alkohol und Drogenabusus als "Selbsteilungsversuche";
- Behinderungen der natürlichen Kampf/Flucht-Reflexe;
- Lähmungen, Lähmungsgefühle;
- Bettnässen;
- Hautprobleme, Juckreiz;

- Sehprobleme;
- Schwindel, Ohnmachtsgefühle;
- Herzrasen;
- Zittern;
- Probleme der Blutzirkulation;
- Sprachstörungen;
- In einem Abwehrmuster, z.B. ständigem Misstrauen, sofortigem Trotz oder in einer "Entscheidung" ("nie mehr/immer werde ich...") stecken bleiben;
- Entscheidungsunfähigkeit, besonders unter Stress;
- Persönlichkeitsstörungen, besonders die Borderline-Persönlichkeitsstörung;
- Multiple Persönlichkeit;
- Süchte;
- unerklärliche Symptome, die durch ein Ungleichgewicht im ZNS entstanden sind;
- psychosomatische Symptome, Somatisierungsstörungen, besonders somatoforme Schmerzstörungen (z.B. Unterleibsschmerzen);
- teilweiser bis totaler Gedächtnisverlust;
- Bewegungshemmungen;
- Essprobleme;
- starke Schamgefühle;
- extreme Schuldgefühle;
- Psychosen;
- Agoraphobien;
- Selbstverletzungen, Verstümmelungen;
- Jahrestagsreaktionen;
- Suizidalität;
- Prostitution;
- Kinderlosigkeit (erwünschte/unerwünschte);
- Auseinanderklaffen von Verhaltenstendenzen: sehr rationales Verhalten wechselt abrupt zu extrem emotionalem Verhalten;
- unerklärliche unangemessene Wutanfälle;
- Erlebens- und Verhaltensweisen, die im Anschluss an eine gestörte Schwangerschaft und/oder Geburt auftraten. (Genauere Ausführungen hierzu würden den Rahmen dieses Artikels sprengen)

2.5 Absicherungsmöglichkeiten einer PTBS-Diagnose

Um eine Retraumatisierung zu vermeiden, müssen von TherapeutInnen alle Sinne offen gehalten werden, um bei KlientInnen traumaspezifische Verhaltens- und Erlebensweisen zu erkennen. TherapeutInnen dürfen auf keinen Fall den Glauben an ein erlittenes Trauma in die KlientInnen einpflanzen.

Zur Absicherung sollen die TherapeutInnen auf alle Fälle ihre Vermutungen eine Zeitlang für sich behalten und während einiger Stunden für sich überprüfen! Verhalten, Körperausdruck

und Geschichte der KlientInnen sollten mehrere Anzeichen für einen erlittenen Schock aufweisen.

Wichtig: Jeder Fall ist einzeln und ganz individuell zu betrachten, "totsichere" Schockanzeichen gibt es nicht, da für sie auch immer andere - nicht Trauma relevante - Erklärungen möglich sind. Eine Vermutung muss zur Absicherung der Diagnose von einer Anzahl interner und externer Fakten gestützt werden, deren Erforschung sowohl Aufgabe der TherapeutInnen als auch der KlientInnen ist. Es muss immer etwas ganz Spezifisches auf das Trauma hinweisen.

Externe Anzeichen

Als *externe* Hinweise gelten Notizen in eigenen und fremden Tagebüchern, in Zeitungsausschnitten, in Polizeiakten, Aufzeichnungen von Angehörigen und Fremden, Fotos, Filme, Zeichnungen u.ä.

Interne Anzeichen

Traumasppezifische Träume, Gefühle, Ängste, Phantasien, Neuinszenierungen; körperliche Empfindungen, die einem Schockzustand ähneln und solche, die dem körperlichen Erleben in dem möglichen Trauma ähneln; unverhältnismäßige Ängste; spezielle sexuelle Erlebensstörungen; Schmerzen (häufig im Unterleib und auf der Haut), Krämpfe, Empfindungslosigkeit bestimmter Körperregionen.

Erforschung von Erinnerungen

Bei der Erforschung von Erinnerungen sollte folgendes beachtet werden:

- Örtliche Gegebenheiten bleiben mit dem stark gefühlsbetonten episodischen Gedächtnis gut verknüpft; daher sind oft präzise räumliche Erinnerungen möglich. Örtliche Positionen, z.B. Größen- und Lageverhältnisse sind oft gut erhaltene Erinnerungsstücke.
- Anwesenheit anderer Personen und Kleidungsstücke werden auch oft gut erinnert.
- Altersangaben sind meist vage, da das Zeiterleben im Trauma gestört wird.
- Erinnerungen werden oft ungenau auf Grund von Zeitverzerrungen, visuellen Fehlwahrnehmungen und kognitiven Neubewertungen.
- Obwohl die Begleitumstände oft "falsch" erinnert werden, ist die Erinnerung an das Hauptereignis meistens korrekt. Einzelne Teile der Erinnerung sind wahr, andere Teile der Erinnerung sind ungenau oder unrichtig.
- Das was in die Erinnerung einfließt, ist oft nur unterschwellig bewußt. Es ist meist ein "primitives", Soma-nahes, einfaches Erinnern, auch wenn es mit einem mentalen, bewußten Bild des Ereignisses verbunden ist.
- Wenn verloren gegangene Erinnerungen wieder auftauchen, sind sie meistens fragmentarischer und stärker verdichtet als immer schon abrufbare Erinnerungen.
- Früheste Erinnerungen sind nur Stückwerk; häufig müssen sie erst jemandem erzählt werden, um ihre Bedeutung zu erkennen.
- Dabei ist es wichtig, dass KlientInnen sich nur sehr langsam auf die mentale (Verstehens-) Ebene zubewegen. Deshalb immer wieder nach Gefühlen und Verhaltensweisen forschen, die die Erinnerungen entsprechend ergänzen und bestätigen.
- Suggestierte Erinnerungen lösen nicht - wie es bei echten Erinnerungen der Fall ist - ein Bündel von Schockanzeichen und -symptomen aus.
- Die Opfer sind sehr häufig von Zweifeln geplagt, ob sie sich denn auch bestimmt nicht täuschen und bestimmt nicht jemanden zu Unrecht beschuldigen. Die tatsächlich

Traumatisierten sind damit scheu und sprechen nur sehr verhalten und zögerlich über das Erlebte. Es fällt ihnen schwer, die Körpererinnerungen auch als Erinnerungen zu werten. Daher ist die Aufzählung der externen und internen Daten, die die Existenz des Traumas "bezeugen" können, immer wieder wichtig.

3. Theoretische Überlegungen und physiologische Zusammenhänge

Im Gegensatz zu neurotischen Erlebens- und Verhaltensweisen, von denen man annimmt, dass sie aus der Kindheit stammende Entwicklungsstörungen sind und (in der analytischen Tradition) als Ausdruck unbewusster Konflikte interpretiert und therapiert werden, wird für die Herausbildung der spezifischen Trauma-Symptomatik eine traumaspezifische Informationsverarbeitung angenommen. Diese zeichnet sich durch fehlende Verknüpfung von sensorischen Erinnerungen und Affektivität mit biografischen Zusammenhängen aus. Die traumaspezifische Informationsverarbeitung bewirkt ein "Einfrieren" - dies wird als Schock bezeichnet - bestimmter Stammhirnaktivitäten, deren Aktivierung die Traumatherapie ermöglichen soll. Diese bleibt integriert in einen Gesamtbehandlungsplan, in dem unbedingt die Traumaheilung den Vorrang haben soll. Diese kann wiederum nur gelingen, wenn der eigentlichen Traumaexposition und -bearbeitung eine ausführliche Stabilisierungsarbeit mit den KlientInnen, im Sinne einer besonderen Stärkung der Ich-Funktionen, voran gestellt wird.

Schock ist eine Reaktion des Nervensystems auf eine tatsächliche oder vermutete Bedrohung des Lebens. Wenn bei seelischer oder körperlicher Bedrohtheit eine Kampf/Flucht-Reaktion (fight/flight) nicht möglich ist, kommt es zu einer Reizüberflutung. Wenn diese auf natürlichem Wege nicht abgebaut wird, kann es zu akutem oder chronischem Schockerleben kommen.

Das autonome Nervensystem hat zwei Zweige: den sympathischen, auf Überlebensstrategien ausgerichteten, und den parasympathischen, auf Erholung ausgerichteten. Die lebenserhaltenden, natürlichen Kampf/Fluchtreaktionen, die im Tierreich oft beobachtet werden können, werden vom sympathischen Teil des Zentralnervensystems eingeleitet und unterstützt.

Was geschieht dabei im Körper, wenn das System alarmiert wird und Kampf/Fluchtverhalten körperlich vorbereitet und ermöglicht werden soll?

- Vermehrter Blutfluss in die Glieder, damit die Muskeln gut mit Sauerstoff versorgt werden;
- Intensivierung der Atmung, da beim Kämpfen/Laufen viel Sauerstoff verbraucht werden wird;
- erhöhter Herzschlag, um das Blut schnell durch zu pumpen (meist Rötung der Haut).

Kommt es zu Kampf/Flucht-Handlungen, normalisiert sich nach Abschluss der Anstrengungen das ZNS. Wenn sich die Bedrohung erneuert oder anhält und es nicht zur Erregung abführenden Kampf/Flucht-Handlung kommen kann, dann schaltet sich das parasympathische ZNS ein.

- Blut fließt in das Körperzentrum, die Peripherie wird kalt;
- Herzschlag und Atmung sind stark verlangsamt;
- Einsetzen von Lähmungen, "tonische Immobilität" (ähnlich dem Totstellreflex bei der Maus).

Der parasympathische Teil maskiert oder überdeckt den sympathischen Teil der Reaktion. Ein Bild: Gleichzeitig auf dem Gas- und Bremspedal stehen. (Dies ist in der Therapie oft beobachtbar, wenn an den Rändern des Schockgebiets auf irgend eine Art und Weise "gezupft" wurde).

Als Trauma- bzw. Schock auslösende Situationen gelten Kriegsereignisse, Äthernarkosen, Operationen, Unfälle, nahe Todeserfahrungen, plötzliche Verluste (besonders der Eltern/Geschwister), Alkoholismus in der Familie, Gewalterfahrungen physischer und psychischer Art.

Ein Trauma mit einer Schockreaktion entsteht also, wenn in einer lebensbedrohlichen Situation nicht adäquat, d.h. mit *den* Möglichkeiten reagiert werden kann, die der Körper für unsere "tierischen" Reaktionen von Kampf/Flucht-Verhalten in uns vorbereitet und bereits aufgebaut hat (Peter Levine meint, in der körperpsychotherapeutischen Arbeit müssten genau diese Möglichkeiten endlich "abgeholt" werden. Siehe auch Jürgen Eßers Beitrag).

Wird der Schock aber zeitnah zu den Ereignissen bearbeitet (Etablierung von Sicherheit, Schutz vor weiterer Traumatisierung, Schilderungen des Erlebens und der durchlittenen Ängste, emphatisches Zuhören usw.) ist die Gefahr gering, eine PTBS zu entwickeln.

Schock kann als Einzelfall auftreten oder in sogenannten Schockketten bei thematisch verbundenen Traumata sowie als isoliert erscheinende Schocks, die aber durch ein darunter liegendes - meist nicht bewusstes - Thema miteinander verbunden sind (z.B. Invasionen, Grenzüberschreitungen, Verlustthematik).

Ein traumatisches Ereignis kann einen Schock (das bedeutet "Einfrieren") auslösen, wenn der sogenannte SIBAM-Zyklus (er ist unten als Kreislauf des Erlebens mit seinen Modalitäten dargestellt) auseinander fällt beziehungsweise einzelne oder mehrere seiner Teile aus dem Zyklus "herausfallen". Im Gegensatz zum traumatischen Erleben, das den SIBAM-Zyklus auf Grund des extremen Stresses brüchig und damit eine Integration des Erlebten nicht mehr möglich sein lässt, verläuft der SIBAM-Zyklus bei nicht schockhaftem Erleben in fließend verbundenen Prozessfolgen.

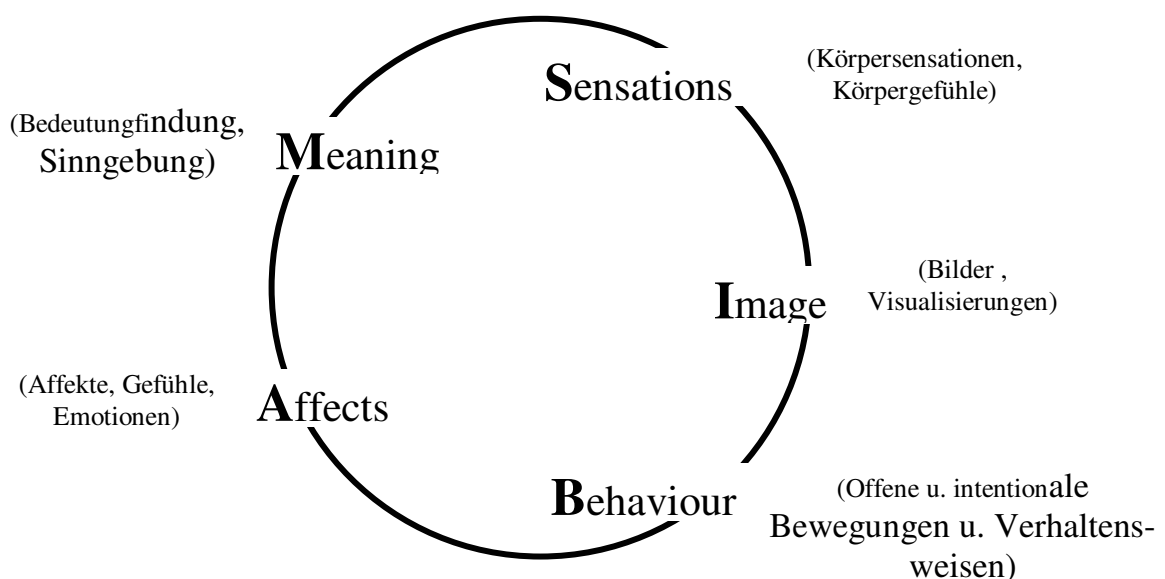


Abb.: Kreislauf des Erlebens Der SIBAM-Zyklus (Sensations, Images, Behaviour, Affects, Meaning)

Beispiel einer möglichen Traumatisierung und Störung des SIBAM-Zyklus:

Spaziergang im Wald in "normalem" Zustand. Emotionen, Bilder, Körpergefühle, Bewegungen und Bedeutungsfindung stehen in einem Zusammenhang (ungestörter SIBAM-Zyklus).

Plötzlich wird ein unerwartetes Geräusch hörbar. Der Spaziergänger versucht, das Geräusch in entspannter Wachheit einzuordnen.

Bei Annäherung an das Geräusch organisieren sich im Spaziergänger innere intentionale, d.h. zielgerichtete Bewegungsmuster in Vorbereitung auf die Begegnung mit der Geräuschursache. Auf Grund unseres - noch mehr oder weniger intakten - tierischen Erbes werden so innerlich Bewegungsabläufe vorbereitet, die bei Gefahr sofort in die Ausführung über gehen könnten.

Erkennen und diagnostische Einordnung der Geräuschquelle mit Entwarnung oder erneuerter Aktivierung des Alarms.

Bei Gefahr kann die Realisierung der bereitgestellten Flucht/Kampf-Bewegungsmuster erfolgen, deren guter Abschluss Entspannung bringt.

Falls es aber bei Gefahr, die als solche - eventuell verzögert - (wieder)erkannt wird, zu keiner Flucht/Kampf-Reaktion kommen kann, werden im alarmierten Zustand höchster Wachsamkeit so viele Informationen wie nur irgend möglich gesammelt und sekundenschnell gefiltert. Dauert die Situation und damit der Zustand der Überwachtheit an, entsteht eine Reizüberflutung, die Informationen können nicht mehr verarbeitet werden und die innere Organisation (SIBAM-Zyklus) fällt bei extremer Überladung zusammen. Wenn die Not am höchsten ist, schaltet sich gleichsam ein Abwehrmechanismus ein und lässt den SIBAM-Zyklus (Kreislauf des Erlebens) zerfallen; einzelne Abschnitte bleiben unverbunden oder fallen völlig aus.

Dissoziation (Unverbundenheit, Abspaltung) entsteht immer dann, wenn bei einem Erleben der Stress mit seinen physiologischen Folgen zu hoch wird, das Erlebte nicht zu integrieren ist und angemessene Kampf/Flucht-Reaktionen nicht möglich sind.

4. Symptome eines gestörten SIBAM-Zyklus

Wird der SIBAM-Zyklus in seiner Organisation, seiner Struktur oder seinem Ablauf gestört, zeigen sich folgende Symptome:

- gestörte Zeitwahrnehmung;
- verengte Wahrnehmung (es wird z.B. ausschließlich die Tapete wahrgenommen, nichts anderes) oder aber eine Überflutung mit Bildern, ohne sie einordnen zu können;
- Verwirrung (keine Interpretationsmöglichkeit des Erlebten);
- Unverbundene, panische, sinnlose, emotionslose, unangemessene, unverständliche Bewegungen;
- Lähmung (die vorhandenen intentionalen Bewegungen sind nicht abrufbar, stehen nicht zur Verfügung), Taubheit, Erstarrung, Schmerzunempfindlichkeit, "Totstellreflex";

- Blockierung des gesamten angemessenen Reaktionsvermögens (nichts geht mehr) trotz extrem hoher Ladung;
- Psyche und Soma erscheinen wie "gefroren" in Bezug auf einen oder mehrere Aspekte oder die ganze Person umfassend.

In der therapeutischen Arbeit können wir häufig bei KlientInnen mehr oder weniger stark ausgeprägte Anzeichen für eine Störung des SIBAM-Zyklus erkennen. Es muss vermutet werden, dass in der Arbeit versehentlich, ohne es zu wissen oder absichtlich ein Schockgebiet (das ist alles, was mit dem damaligen Erleben thematisch verbunden ist) berührt wurde.

Beispiele:

- Die KlientInnen spüren bei einem Thema deutliche körperliche Reaktionen auf eine Gefahr, haben aber keine Erinnerungsbilder an die aktuelle Situation, in der sie diese Gefahr erlebten; das I (das zugehörige Bild) ist aus dem SIBAM-Zyklus "herausgefallen".
- Der KlientInnen erzählen emotionslos von einem traumatischen Erlebnis; das A (das zugehörige Gefühl) ist abgetrennt.
- Die KlientInnen erinnern sich, haben die entsprechenden Bilder, Gefühle, Körpersensationen und wissen, was das alles bedeutet, ab sie können nicht der Situation entsprechende intentionale Bewegungsmuster (im SIBAM-Zyklus das B) abrufen.

5. Die Behandlung der PTBS in der psychotherapeutischen Praxis

Behandelt werden sollte, wer in einen wiederkehrenden/chronischen Schockzustand gerät bzw. sich darin befindet. Wenn möglich sollte das traumatische Erleben *vor* anderen Problemen und Themen bearbeitet werden, da sonst die Gefahr eines frustrierenden Therapieverlaufs besteht,

Erster und wichtigster Behandlungsschritt: Bemerkten des Schockzustandes!

- Das Schockgeschehen als solches und seine Folgen als Thema bearbeiten; angemessen darüber sprechen.
- Viel Zeit nehmen, um erst einmal die Körperwahrnehmung zu schulen.
- Die KlientInnen dabei unterstützen, zu lernen, ihre heftigen physischen und psychischen Reaktionen ertragen zu können. Mit vielen entsprechenden Körperübungen ihr Containment sich stärken lassen!
- Da bei Schock im Körper und der Psyche immer zuviel energetische Ladung vorhanden ist, darf nicht mehr Energie mobilisiert werden als die KlientInnen halten können. Also kein Ladungsatmen, kein "Intensivieren", da das Schockgebiet sowieso schon hoch geladen ist und es statt noch mehr *aufgeladen* *entladen* werden muss.
- Bei zu hoher energetischer Mobilisierung kann die Adrenalin- und Cortisolausschüttung, die beim (Wieder)Erleben des Traumas, stattfindet, sich derart erhöhen, dass sich die (Ab)Spaltungen bei KlientInnen verstärken können (Nach Workshops, in denen unachtsam und ohne genaue Anamnesen viel energetisiert wurde, finden leider immer wieder Klinikeinweisungen statt).
- Bei der therapeutischen Arbeit immer die autonomen Nervenreaktionen beachten. Wenn TherapeutInnen bei sich oder den KlientInnen Anzeichen von ansteigendem Stress wahrnehmen, immer überprüfen, ob die Arbeit im Schockgebiet nicht schon genug ist. Manche KlientInnen können nicht gut spüren, wann es genug ist. Dann müssen die TherapeutInnen freundlich und bestimmt die konkrete Schockarbeit beenden. Es ist wichtig, dann einfach in Ruhe da zu sein.

- Bei maskierten Reaktionen ist es oft schwierig, den Zustand der KlientInnen zu erkennen. Beispiel einer maskierten Reaktion, bei der immer eine parasympathische Reaktion eine sympathische überdeckt: eine Klientin fühlt sich wieder warm, hat aber noch weit aufgerissene Pupillen.
- Energetisierung/Ladungserhöhung bedeutet immer eine Erregung/Reizung der Formatio reticularis (Strang im Mittelhirn); alle möglichen Reize wie Bilder, Gerüche, Worte können die Erregung auslösen.
- Sehr oft haben PTBS-KlientInnen eine "gesunde" Abwehr gegen Ladungsarbeit (high-charge-work).
- Sicherheit für KlientInnen und TherapeutInnen ist oberstes Gebot. Zur Sicherheit des Therapeuten gehören: Wissen über die spezifische Art von Traumatisierung und deren Bearbeitung; gutes Beachten und Erkennen der eigenen psychischen und physischen Reaktionen (Eigetherapie); Wissen um die eigene Belastbarkeit und die eigenen Grenzen; Erfahrung und Sicherheit im "Halten"; gutes eigenes Containment. Zur Sicherheit der KlientInnen gehören: Abmachungen, wo und in welchem Abstand TherapeutInnen/KlientInnen sitzen und ob es gar keine oder nur nach expliziter Ankündigung Berührungen geben darf. Vertauen darauf, dass TherapeutInnen die Grenzen einhalten, dass sie vertrauenswürdig und belastbar sind, dass sie nicht selber Angst bekommen oder in eigenen Geschichten untergehen. Ausserdem soll es zwischen KlientInnen und TäterInnen keinen Kontakt mehr geben, da die Gefahr besteht, dass KlientInnen als Schutzmechanismus weiterhin dissoziieren, d.h. traumatische Erlebnisse mit diesen Personen nicht in den Kreislauf des Erlebens integrieren können. Manchmal gelingt es den Traumatisierten erst nach dem Tod des Täters, das Trauma zu erinnern und zu bearbeiten.
- Zu Beginn der Traumaarbeit müssen KlientInnen lernen und üben, "Stopp" zu sagen. Das muss erarbeitet werden! "Aufhören" ist kein so gutes Wort, "Stopp" ist kürzer und eindeutiger (Viele sagen "aufhören!" und lachen beim Weitermachen). KlientInnen müssen wirklich verstehen und erfahren, dass sie jetzt - im Gegensatz zu damals - den Trauma-Prozess stoppen können.
- Immer wieder den SIBAM-Zyklus prüfend durchlaufen; sehr achtsam nach Störungen und verlorenen Teilen suchen. Deren Wiederfindung und allmähliche Verbindung zum Erleben unterstützen, aber dabei nichts den KlientInnen aufdrängen.
- Die intentionalen inneren Bewegungen - die in der traumatischen Situation sich in KlientInnen zuerst gebildet hatten, aber auf Grund der Reizüberflutung nicht mehr abrufbar waren - im Körper auffinden und bewusst spüren lassen. Dies ist ein sehr mühsamer Teil der Schockarbeit! Die KlientInnen können dies Körperwissen nur schwer halten, es ist sehr schnell wieder wie verschüttet. Obwohl manchmal diese intentionalen Bewegungen schon von außen sichtbar sind, können KlientInnen sie oft noch nicht bei sich wahrnehmen; es dauert, bis sie ganz langsam gleichsam "heraufdämmern". Deshalb ist der Traumaarbeit vorangehende Körperwahrnehmungsschulung so wichtig! Bevor am Trauma gearbeitet wird, sollten KlientInnen einigermaßen in der Lage sein, ihre Körpergefühle wahrnehmen zu können.
- Die Elemente der intentionalen Bewegungen, die damals im Schock nicht in das Bewußtsein dringen konnten und nun allmählich wahrgenommen werden können, langsam aufbauen und üben. Diese Arbeit kann schnell für die KlientInnen überfordernd sein. Es ist grausam, wie „puschende“ Therapeuten hier und überhaupt bei der Schockarbeit Retraumatisierung hervorrufen. Deshalb konsequent die Arbeit unterbrechen, wenn es genug ist.
- Für Schockarbeit ist Körperpsychotherapie die beste Voraussetzung, da sie KlientInnen unterstützt sowohl beim kognitiven als auch beim körperlichen Wiedererinnern und neu

Organisieren ihres Erlebenszyklus'. Manche KlientInnen sind aber derart verstört, dass sie zu keiner aktiven Körperarbeit in der Lage sind. Hier werden zumindest körpertherapeutisch geleitete Imaginationen die Wahrscheinlichkeit einer Integration des SIBAM-Zyklus stark erhöhen.

- Ein grundlegendes Arbeitsprinzip bei der Therapie des PTBS ist das langsame "Ausbluten-Lassen" der Überladung bzw. der Stresssymptome des Schockgebiets. Am Anfang geht man in der Arbeit in seine Nähe, dann an seinen Rand, dann ein bisschen hinein und immer gleich wieder zurück, wenn der Stress steigt. Je mehr Stress "ausgeblutet" ist, desto weiter können KlientInnen in das Schockgebiet eindringen, *ohne* einen neuerlichen Anstieg der Stresssymptome, der pathologischen Reizüberflutung und Retraumatisierung zu erleben. Es wird also vorsichtig, langsam, aber zielstrebig von der Peripherie zum Zentrum des Schocks gearbeitet. Mit der Zeit wird es für KlientInnen immer leichter, in das Schockgebiet zu gelangen und aus ihm wieder hervor zu kommen.
- Auf diesem Weg werden neue Erkenntnisse erlangt und es werden physische und psychische Ressourcen gestärkt oder neue Kräfte/Fähigkeiten aufgebaut. Dabei kann man bei guter Arbeit der Aktivierung von Selbstheilungskräften der KlientInnen vertrauen.
- Die KlientInnen müssen bei der Schockarbeit immer auf zwei Ebenen Bewusstheit haben: sie müssen wissen, dass sie am erlittenen Trauma arbeiten und dass sie mit den TherapeutInnen im Kontakt bleiben. Falls KlientInnen abdriften, sie bitten, die Augen auf zu machen und die TherapeutInnen anzuschauen.
- Wenn das Zentrum des Schockerlebens erreicht und in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit gerückt ist, herrscht durch das vorhergehende "Ausbluten" der hohen Ladung ein relativ beruhigter Zustand. Jetzt können die prätraumatischen, intentionalen Abwehr- und Orientierungsfunktionen schrittweise erprobt und wieder hergestellt werden. Es entsteht damit allmählich eine Entkoppelung der Immobilitäts-Angst-Panik-Verbindung!
- Langsame Entwicklung von der Taubheit zur Empfindung, von der Lähmung zur Bewegung, von der Ohnmacht zur Verfügungsgewalt, von Überforderung zur Bewältigung.
- Manchmal wird durch die Arbeit an einem Trauma eine ganze Kette von Schocks aktiviert.
- Gab es "nur" einen Schock, kann sich der Mensch schneller erholen als bei einer Schockkette. Der zweite Schock wird hier oft als vielfach schlimmer erlebt als der erste und löst einen Zusammenbruch aus.
- Es muss mit den KlientInnen abgesprochen werden, wie weit sie bei der Bearbeitung ihres Schockerlebens gehen wollen und welche Schritte jetzt oder später erfolgen sollen.
- Falls die KlientInnen sehr ängstlich sind, kann es manchmal helfen, wenn TherapeutInnen ihnen versichern, gut gelernt zu haben, auf die Einhaltung der Grenzen zu achten. Es muss mit den jeweiligen KlientInnen speziell erarbeitet werden, was sie zu ihrer Sicherheit brauchen.
- Bei der Traumatherapie muss genau so wie bei neurotischen Störungen in klientenzentrierter Grundhaltung mit feinfühligem Intuition gearbeitet und dabei die Abwehr als lebenserhaltende Schutzfunktion gewürdigt werden; sie soll sich nur langsam lockern, da auf sie als Schutzmechanismus nur allmählich verzichtet werden kann.
- Erinnerungen kommen gleichsam unklar "wie in Nebelschwaden", das ist sowohl physisch als auch psychisch sehr anstrengend. KlientInnen sind oft total erschöpft, meinen aber, es ist zu wenig, was sie an Erinnerungsarbeit geleistet haben. Auch Weniges wert schätzen!
- Schock-KlientInnen, bei denen die Erinnerung nur ansatzweise und zeitlich spät kommt, haben oft eine tiefe Ungläubigkeit in sich, dass das, was sie anscheinend erlebt haben, möglich gewesen sein sollte. Das, was wirklich bekannt ist, muss immer wieder benutzt werden, um die tiefen Zweifel zu überwinden.

- Bei Schock-KlientInnen ist es - wie bei jeder therapeutischen Arbeit - trotz des Mitgefühls mit den KlientInnen ganz besonders wichtig, so natürlich wie möglich zu bleiben. Betulichkeit und/oder "Mitschwimmen im Leid" bewirken meistens den Rückzug der KlientInnen, da sie nicht ganz sicher sein können, ob ihre TherapeutInnen geschont werden müssen wie eventuell in früherer Zeit jemand oder weil die KlientInnen sich dann nicht mehr in für sie passendem Tempo und erträglicher Intensität dem fast Unerträglichen zuwenden können. Schockarbeit erfordert gleichzeitig eine nahe und eine sehr gut abgegrenzte, sensible Begleitung.
- Bei den KlientInnen unbedingt auch den gesunden Teil sehen, da sich Traumatisierte sonst schnell stigmatisiert fühlen, wodurch die Therapien sehr erschwert werden.
- Bei der Schock-Therapie sollten die KlientInnen ein soziales Netz haben; ansonsten müssen die TherapeutInnen sich prüfen, ob sie als einzige Ansprechpartner für die KlientInnen die Therapie durchführen können.
- Die TherapeutInnen müssen wissen, dass die Grenzen der einzelnen KlientInnen je nach Kontaktpersonen und Settings sehr unterschiedlich sein können. Manchen KlientInnen ist es möglich, sich z.B. beim Arzt- oder Masseurbesuch hinzulegen und berühren zu lassen, wogegen schon die kleinste Berührung von TherapeutInnen - besonders wenn die Traumatisierung aus einem früheren Erleben sexueller Gewalt resultiert - als Grenzüberschreitung erlebt werden kann.
- Oft sind im Zusammenhang von Traumatisierungen tiefgreifende Entscheidungen getroffen worden ("Nie/immer werde ich ..."), die zwar nicht klar bewusst, aber sehr wirksam sein können und eine Veränderung behindernder Charaktermuster verunmöglichen, solange sie nicht bewusst werden können.
- Wichtige Orientierungshilfen für KlientInnen (und TherapeutInnen) sind Wahrnehmungen der Haut, Atmung, Temperatur, Feuchtigkeit, Muskeltonus, Gelenke, Herz, Herzschlag, Rhythmen, Verdauungsorgane, Sexualorgane, Haltung, Ausdruck u.a.m.
- Bei der Schockarbeit muss immer wieder Augenkontakt hergestellt werden, da KlientInnen sich nicht nur gehört sondern auch in ihrer Not - anders als im damaligen Schockerleben - gesehen fühlen und nicht innerlich in dunkle, unerreichbare Winkel ihrer Welt einsam abdriften sollten. Über Augenkontakt wird immer wieder die Halt gebende Beziehung gestärkt. Eventuell muss vor der Schockarbeit erst der Augenkontakt "geübt" werden.
- Es kann auch nötig sein, erst einmal die Muskeln wieder in das Verhaltensrepertoire einzubeziehen und zu üben, die für Kampf/Flucht-Verhalten benötigt werden.
- Ev. Lebenslinien und Körperbilder zeichnen lassen.
- Notizen und Bilder über die schon bekannten Puzzle-Teile anfertigen lassen.
- Imaginationen anregen, wie ein Kampf/Flucht-Verhalten in der entsprechenden Situation ausgesehen haben könnte.
- Alle Übungen, die ohne extra Aufladung Containment, Erdung, Kontakt und Sicherheit stärken, sind gut. Ebenso Übungen zum Balance-Halten, da damals im Schockerleben die KlientInnen aus ihrer Balance geworfen wurden (auf einem oder zwei Beinen stehen, sich strecken, dehnen, beugen der Muskeln, lernen, sich dabei ev. Hilfe zu holen).
- Da Schock-KlientInnen meistens in Bezug auf ihre Grenzen sehr gestört sind (zu enge, zu weite Grenzen, Flucht nach vorne über die eigenen/fremden Grenzen, grenzenlos, Grenzgänger, grenzüberschreitend usw.), müssen Übungen zur Grenz Wahrnehmung, -stärkung und -flexibilität gemacht werden; Auraübungen; experimentieren im Raum mit unterschiedlichen Abständen zu Personen).
- Wenn die KlientInnen genügend Sicherheit und Vertrauen, Kräfte in den Muskeln und Spürsinn für ihre Bewegungsimpulse haben *und* das Schockgebiet genügend "ausgeblutet"

ist, kann begonnen werden, die ursprüngliche Szene darzustellen. Nach verbreiteter Lehrmeinung sollen TherapeutInnen niemals Angreifer darstellen. Das Geschehen kann auch einfach in der Vorstellung ablaufen. Wichtig ist, dass die gespürten intentionalen Bewegungsimpulse des damals verunmöglichten Kampf/Flucht-Verhaltens nun tatsächlich oder zumindest in der Vorstellung verwirklicht werden können (eventuell Matte zum Laufen, Kissen zum Treten und einen Bock zum Schlagen anbieten; vielleicht ist ein Gruppenteilnehmer zum Kämpfen bereit usw.). Das Anbieten dieser Hilfsmittel bedeutet aber nicht, dass Schockarbeit notwendigerweise heftig und mit dramatischen Reaktionen ablaufen muss. Auf alle Fälle ist eine unspektakuläre Auflösung des gefrorenen Zustandes besser integrierbar als eine dramatische Inszenierung, die von der Person oft nicht wirklich achtsam wahr- und aufgenommen werden kann.

- Fragen vor der Arbeit im Zentrum des Schocks: Gab es damals, in jener Zeit als der Schock passierte, einen guten sicheren Platz für die KlientInnen? Und gab es damals einen/mehrere Menschen, zu denen die KlientInnen Vertrauen hatten und die geholfen hätten, wenn sie da gewesen wären? (Notfalls den KlientInnen in den darauf folgenden Zeiten danach suchen lassen. Manchmal finden die KlientInnen das nur im Therapieraum und beim Therapeuten.) Es ist auch möglich, sich fremde, sichere Orte und unbekannte Wesen als Helfer vorzustellen.
- Es gibt viele mögliche Szenarien im Zentrum der Schockarbeit. Im Folgenden ein Beispiel: Die KlientInnen beschreiben genau den Weg, der vom Ort des traumatischen Geschehens zu dem als sicher erkannten Ort führt. Die TherapeutInnen müssen sich den Weg genau merken, um die KlientInnen dann beim aktuellen Lauf (auf der Matte) deutlich, entschieden und klar unterstützen zu können. Das ist nötig, da die Paralyse der aktuellen Impulse ja bisher noch nicht aufgehoben ist. Die KlientInnen beschreiben die Menschen (deren Stellvertreter Gruppenteilnehmer sein können), die dort auf ihn warten und deren Verhalten. Als nächster Schritt wird von den KlientInnen das traumatische Erlebnis so genau, als es ihnen möglich ist, beschrieben. Wenn die KlientInnen im Zuge dessen die Gefahr und ihre Not genügend deutlich spüren, sollten die TherapeutInnen die KlientInnen ermutigen, die damals vorbereiteten, aber unterdrückten intentionalen Bewegungsmuster (Laufen, Schreien, Hilferufe, Treten, Schlagen, eben Fliehen und/oder Kämpfen) auszuführen. Der Traumatisierte soll Gelegenheit haben, dieses Mal sich zu retten/siegreich zu sein. Eventuell kann im Anschluss daran - wenn die Kampf/Flucht-Reflexe den KlientInnen wieder zur Verfügung stehen - von den KlientInnen eine neue grundlegende (ich-starke) Entscheidung getroffen werden. (Nicht vergessen, die übernommenen Rollen deutlich nach der Szene wieder zurücknehmen zu lassen).
- Die spezielle Schock-Arbeit in der Therapie ist dann beendet, wenn die KlientInnen das Trauma erinnern und erzählen können, ohne dabei in ihren vorher gezeigten Schockreaktionen stecken zu bleiben.
- Als sehr erfolg- und hilfreich habe ich die Kombination von Craniosakral- und Viszeral-Therapie erlebt, da das Craniosakralsystem in direkter Beziehung zum Zentralen und Autonomen Nervensystem und zum endokrinen und neuromuskulären System steht. Die Craniosakral- und Viszeralarbeit wirkt beruhigend, gibt den KlientInnen und TherapeutInnen Sicherheit und löst Erinnerungen aus.

5.1 Allgemeine Ziele der Schock-Arbeit

- Weitgehendes Auflösen der Amnesie; hier ist allerdings wichtig, auch die Körpererinnerungen ernst zu nehmen.
- Wieder erlebbar und verfügbar werden lassen der Orientierungsreflexe und der Kampf/Flucht-Reflexe.

- Wiederherstellung des SIBAM-Zyklus, Integration der verlorenen Teile. Wieder im Körper sein können und in ihm und durch ihn das eigene Selbst mit eigener Wirkkraft spüren können.
- KlientInnen sollen geschult werden, ihre neu entdeckten Bewegungsimpulse und eigenen Körperreaktionen wahrzunehmen, sie u.U. zu beeinflussen oder/und in das Erleben und Verhalten mit einzubeziehen. Durch die Befreiung der "eingefrorenen" intentionalen Bewegungsmuster kann sich die Angst der Traumatisierten auflösen.

Um die ganz wichtige Grundregel, nämlich bei der Schockarbeit langsam vorzugehen, nicht zu vergessen, können TherapeutInnen folgendes Bild benutzen: Beim Titrieren gibt man immer nur einen Tropfen der Säure in die Lauge und wartet ab, bis sich dieser Tropfen gut mit dem Gemisch verbunden hat. Also abwarten, bis die Person jeweils den neuen Säuretropfen (aus dem Schockgeschehen) in ihren Kreislauf des Erlebens integrieren konnte! Das neue Erleben immer wieder verbalisieren lassen. So kann das Schockgeschehen allmählich - ohne die Gefahr einer Explosion herauf zu beschwören - integriert werden.

Literaturverzeichnis

- Boadella, David (1991): Befreite Lebensenergie. München (Kösel Verlag)
- Hoffmann Sven, Hochapfel G. (1999): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Stuttgart (Schattauer Verlag) [6.Auflage]
- Levine, Peter mit Frederick, Ann (1998): Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Essen (Synthesis Verlag)
- Reddemann, Luise (2001): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag)
- Richter, Sabine (1992): Sexual Abuse. Unveröffentlichtes Manuskript
- Rothschild Babette (2002): Der Körper erinnert sich. Essen (Synthesis Verlag)
- Seidler, Günter, Hofmann, Arne, Rost, Christine (2002): Der psychisch traumatisierte Patient in der ärztlichen Praxis; Deutsches Ärzteblatt/ PP/ Heft 2, 77-81
- Terr, Leonore (1995): Schreckliches Vergessen, Heilsames Erinnern. München (Kindler Verlag)

Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren

Regula Sanders

0 Einleitung

Im Rahmen unseres Symposiums im GFK möchte ich das Konzept zur Behandlung von Traumafolgen nach Luise Reddemann vorstellen. Ich habe an der von ihr angebotenen Ausbildung an der Psychosomatischen Klinik in Bielefeld, dessen Leitung sie seit vielen Jahren innehat, teilgenommen. Die Ausbildung hat mich so fasziniert und vor allem in meiner Arbeitsweise mit traumatisierten Patientinnen so entlastet, dass ich das Konzept dieser höchst **klientenzentrierten** Arbeit im GFK weiter vorstellen möchte.

Die Ausbildung war sehr beeindruckend, nicht nur weil in diesem Ansatz die ressourcenorientierte Seite des Verfahrens so betont wird, sondern weil auch die Beziehungsarbeit, ganz im klientenzentrierten Sinne im Vordergrund der Arbeit steht. In den folgenden Ausführungen werde ich die verschiedenen Schritte der Traumabearbeitung darstellen, so wie wir sie auch in der Ausbildung vermittelt bekommen haben. Die Inhalte sind den Ausbildungsunterlagen und dem Buch „Imagination als heilsame Kraft“ (2001) entnommen.

Die Traumatherapie beginnt mit Stabilisierung. Vor allem die Stabilisierungsübungen in Form von Imaginationsübungen nehmen einen wichtigen Platz in der Therapie ein. Für viele Patientinnen beschränkt sich die Behandlung nur auf die Stabilisierung.

Die **Traumabearbeitung** erfolgt anhand von verschiedenen Techniken, die Reddemann sehr präzise beschreibt; sie entstammen verschiedener Therapieschulen. (Die Unterlagen zu den Techniken sind im Anhang beigelegt). Ziel jeder Traumaexposition ist, eine **Synthese** aus Wort, Bild, Affekt und Körpersensationen herbeizuführen. Gelingt dies, muss das Trauma nicht mehr dissoziiert werden. Aus Intrusionen, also erneutem Durchleben der traumatischen Situation, sollen Erinnerungen werden, was natürlich nicht immer nur erleichternd ist. Einen wichtigen Stellenwert bekommt auch die **Phase des Trauerns** über das erlebte Grauen sowie die **Sinnfindung und Reintegration** der Persönlichkeit.

Eine wichtige Voraussetzung für Trauma-konfrontierende Arbeit ist eine entsprechende Weiterbildung, da es um spezielles Wissen geht, wie zum Beispiel das Wissen über den Umgang mit dissoziativem Verhalten und den oben erwähnten Techniken (siehe im Anhang: Punkt 3.1 und Punkt 3.2).

1. Wie kam es zu diesem therapeutischen Weg?

Heute wissen wir, dass psychischen u. psychosomatischen Erkrankungen insbesondere den Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetyp, aber auch Suchterkrankungen, Essstörungen, selbstverletzendem Verhalten und den Somatisierungs- und Angststörungen traumatische Erfahrungen als Ursache oder Mitursache zugrunde liegen. So wissen wir auch, dass viele Betroffene ansatzweise über erstaunliche Selbstheilungskräfte verfügen, die es zu unterstützen und zu entfalten gilt.

In anderen Ländern gibt es seit langem ein breites Wissen über Traumatisierungen und die dazugehörigen Therapiestrategien. So wurde besonders darauf geachtet, was die Patienten in Situationen ihrer größten Not für kreative Auswege gefunden hatten. Sie hatten sich innere und manchmal äußere Räume geschaffen, in denen sie sich wohl und geborgen fühlen konnten. Sie hatten innere Begleiter „erfunden“, Feen, Schutzengel, Tiergestalten, um sich nicht mehr alleine fühlen zu müssen und um Trost zu erhalten. In der Auseinandersetzung mit

ihren Patientinnen ist Reddemann – auch in Anlehnung an Carl Simonton- immer mehr davon ausgegangen, dass es in jedem von uns so etwas wie einen Schamanen oder eine innere Weisheit gibt. Die meisten haben aber verlernt, auf diese innere Weisheit zu lauschen, denn das Hören der inneren Weisheit erfordert Stille. Es erfordert auch, dem Verstand den Platz zuzuweisen, der ihm gebührt, und ihn nicht über alles zu stellen. Jeder Mensch verfügt über Selbstheilungskräfte; wenn wir also die Patienten unterstützen, auf die Stimme ihrer inneren Weisheit zu hören, unterstützen wir ihre Selbstheilungskräfte. (Reddemann, S.10). Es braucht innere Kraft und eine liebevolle äußere Begleitung, den Schrecken der Vergangenheit zu begegnen, und es ist wichtig, dies zu ermöglichen.

Auf der Suche nach neuen Wegen ist Reddemann auch in Kontakt mit der buddhistischen Meditation gekommen und hat manches über buddhistische Psychologie gelernt.

Die meisten, wenn nicht alle Menschen suchen Glück, Freude, Zufriedenheit, jedoch beschäftigen sie sich die meiste Zeit des Lebens damit, die Steine aus dem Weg zu räumen, die sie daran hindern, glücklich zu sein. Von den lösungsorientierten Theorieschulen wurde der Ansatz übernommen, dafür zu sorgen, dass ein Gleichgewicht zwischen Lösungen und Problemen in die Betrachtungsweise des Alltags gebracht wird. Erst wenn die Fähigkeiten zum froh sein wieder entdeckt waren und erstarkten, konnten die traumatischen Erfahrungen konfrontiert werden.

So haben Erfahrungen ergeben, dass Menschen, die an den Folgen von Traumatisierungen leiden, am besten mit einer dreiphasigen Therapie behandelt werden.

Folgende Phasen wurden für die Therapie wichtig:

Stabilisierungsphase

Phase der Begegnung mit dem Trauma

Phase der Integration

Der Therapieansatz ist ein integrativer und theoretisch psychodynamisch begründet. Es geht dabei um individuelle Lösungen.

Reddemann möchte in ihrem Buch darstellen, wie es möglich ist, trotz großem persönlichem Leid einen therapeutischen Weg zu gehen, der von Anfang an die inneren Fähigkeiten zum froh und zum glücklich sein ebenso berücksichtigt wie den Schmerz.

Sie geht davon aus, dass wir alle jederzeit und überall ein Zaubermittel zur Verfügung haben: nämlich unsere Vorstellungskraft. Mit Hilfe dieser Vorstellungskraft ist es möglich, uns innere Welten des Trostes, der Hilfe und der Stärke zu erschaffen. Viele Traumatisierte wissen das spontan und haben ihre Vorstellungskraft in unerträglichen Situationen so verwendet. Unsere Fähigkeit zu Imaginieren ist das Hilfsmittel, das uns in Kontakt bringt mit dem Heilsamen in uns. Traumatisierte haben die Fähigkeit, sehr lebhaft Bilder in sich entstehen zu lassen. So durchzieht die Verwendung von Bildern bzw. bildhaften Gedanken die ganze Arbeit mit Traumatisierten.

Reddemann empfiehlt, von Anfang an, also vom ersten Kontakt an, neben dem Gespräch über die belastende Lebensgeschichte auch ein Gespräch zu allem zu führen, was der Patientin Freude macht, ihr gelingt und gelang, d.h. über alle Ressourcen. Gerade die Anfangsphase der Therapie ist wichtig, um den Patienten deutlich zu machen, woran der Theapeut interessiert ist. Die Patientin weiß selbst am besten, was für sie in einem gegebenen Moment das Beste ist, offen sein für jede Lösung, die die Patientin mitbringt. Zuhören mit dem Ressourcenohr. Es empfiehlt sich, der Patientin so viel wie möglich zuzutrauen, ohne sie zu überfordern.

Für die Stabilisierungs- und Trauerphasen gelten wie für die Imaginativen Verfahren die **Kontraindikationen:** nicht während akut psychotischer oder psychosenaher Zustände. Eine Traumaexposition ist auch solange kontraindiziert, wie es sexuelle und/oder übergriffige

Kontakte mit dem Täter gibt sowie aktuelle missbräuchliche übergriffige Beziehungsmuster (mehr darüber in PTT 2/98, S. 104-105)

2. Phasen der Traumatherapie

Im folgenden werden die Schritte beschrieben, die im wesentlichen zum Ablauf einer Traumatherapie gehören und die die verschiedenen Phasen kennzeichnen:

- 2.1 Die therapeutische Beziehung
- 2.2 Ein Arbeitsbündnis etablieren
- 2.3 Gegenbilder zu den Schreckensbildern finden
- 2.4 Achtsamkeit üben
- 2.5 Den inneren Beobachter kennen lernen
- 2.6 Ein Gegengewicht für die Schreckensbilder finden
- 2.7 Sich von den Schreckensbildern distanzieren lernen
- 2.8 Gefühle kennen lernen und den Umgang mit schwierigen Gefühlen steuern lernen
- 2.9 Dem unangenehmen Bild eine Gestalt geben
- 2.10 Dem Kind in sich oder den jüngeren Ichs begegnen
- 2.11 Die innere Bühne
- 2.12 Dem Schrecken begegnen
- 2.13 Trauer und Neuorientierung

2.1 Therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist gekennzeichnet durch Verständnis, Akzeptanz, Sympathie, Kooperation, mitmenschlicher Wärme. Auch die Förderung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit oder auch die Anpasstheit an die soziale Wirklichkeit der Patientin ist für die Wirksamkeit unbedingt notwendig.

Es soll ein besonderes Anliegen sein, jegliche Art von therapeutisch induziertem Stress zu meiden. Ist die Stressreaktion erst einmal angestoßen, bedarf es einiger Bemühungen, damit sich die Patientin wieder beruhigen kann. Die Patientin ist Supervisorin der Therapie. Die Therapeutin fordert immer wieder auf: „Bitte sagen Sie mir, wenn Sie den Eindruck haben, dass ich ihnen durch mein Verhalten Stress mache, denn ich weiß nicht und kann nicht wissen, was Sie als besonders belastend erleben. Gehen Sie bitte davon aus, dass es mir ein Anliegen ist, hier mit Ihnen eine Atmosphäre zu schaffen, in der Sie sich sicher und wohl fühlen“.

Eine zu Beginn jeder Therapie und bei jeder Veränderung besonders stressreduzierende Intervention ist Aufklärung und Information. Überwältigendes Empfinden kann durch gut vorbereiteten, wachen und informierten Verstand eher bewältigt werden. Unterricht gehört also zum therapeutischen Wochenplan. Es werden also Informationen gegeben zu Themen wie Traumafolgen, Traumabewältigung, Dissoziation, Flash-backs, körperliche Veränderungen durch Traumatisierungen, Somatisierungsstörungen, Übererregungszustände, imaginative Psychotherapie.

Den Patienten hat früher die Fähigkeit, sich zu beruhigen oder auch eine beruhigende Umgebung zu schaffen, gefehlt. Es soll also die Selbstregulation, die in Richtung Heilung geht, gefördert werden. Das Konzept hat sich bewährt, dass zwei Erwachsenen von heute - möglichst informiert und kompetent - sich um den verletzten jüngeren Teil

der Patientin kümmern, wobei die erwachsene Person von heute so viel wie möglich Verantwortung für ihr jüngeres Ich übernimmt. (Redd, S.23) Die Therapeutin wird Anwältin des verletzten Kindes, z.B. "Was hätte dieses Kind gebraucht?"

2.2 Ein Arbeitsbündnis etablieren

Die von der Patientin entwickelten Coping-Strategien sollen anerkannt und gewürdigt werden, selbst wenn sie disfunktional waren (Trinken, Verletzen, Vermeidungsverhalten). Wir benötigen das Wissen, dass sich Patienten nicht erinnern, sondern in Zustände geraten. Jede unklare Situation kann zum Trigger werden.

Den Patienten zum gut informierten Partner machen, denn für die Patienten ist Wissen Kontrolle, die Patienten brauchen Kontrolle.

Verschiedene sich widersprechende Ich-Zustände können sich kontrovers zur Durchführung einer Therapie äußern; der Erwachsene wünscht dringend Therapie, das traumatisierte Kind hat Angst davor. Diese verschiedenen Teile sollen benannt werden und es soll zu einer Einigung hinsichtlich der Therapie kommen. Dieser Schritt braucht viel Zeit.

Mit der imaginativen Arbeit muss die Patientin einverstanden sein; viele meinen, sie müssten innere Filme oder Dias sehen, alles andere sei nicht richtig; weist man sie darauf hin, dass sie sich die Bilder nur vorzustellen oder auch nur denken sollen, sind sie meistens bereit, weiter zu arbeiten. Wenn es dann doch nicht geht, sollte man bei traumatisierten Menschen an Täterintrojekte denken und diese dann entweder zu Verbündeten des erwachsenen Ichs von heute oder sie unschädlich machen.

Bei dissoziativen Verhaltensweisen während der Sitzungen ist es wichtig, die Patienten von den unangenehmen inneren Zuständen weg zu führen, z.B. durch **Außenorientierung** und **Körperorientierung**: laut sagen, wo man ist, sagen, was man sieht, Veränderung der Lage, aufstehen oder hinsetzen, kleine Schmerzimpulse geben wie kneifen, Konzentration auf die Füße, Kontakt mit dem Boden, mit den Zehen den Boden entlang gehen, laut werden mit der Stimme, Name der Patientin wiederholen „sie sind bei mir“, interaktive Angebote machen. Es ist wichtig, dass wir bei dissoziativen Verhaltensweisen der Patienten kein Drama daraus machen, sondern normal darauf reagieren. Die Patienten sollen lernen, ihr dissoziatives Verhalten unter Kontrolle zu bringen, was eine Übungssache ist.

2.3 Gegenbilder zu den Schreckensbildern finden

Etwas machen können, nicht mehr ohnmächtig sein, ist eine sehr wichtige Erfahrung für Menschen, die extreme Ohnmacht und Hilflosigkeit erlebt haben. Gegen das Auftauchen dieser oder jener Gedanken kann man nichts machen. Keiner weiß, woher die Gedanken kommen und wohin sie gehen. Dennoch gibt es Möglichkeiten, etwas gegen unangenehme Gedanken zu tun, z.B. bewusst ein Gegenbild oder einen Gegengedanken zu dem Schreckensbild oder dem Schreckensgedanken zu finden. Das kann Verschiedenes sein: ein blauer Himmel, ein weißes Licht etc. wichtig ist, das eigene, stimmige Bild zu finden und eines, das ebenfalls emotional erlebt wird, diesmal aber mit positiven Emotionen. Therapeut schlägt dann vor, zwischen diesen beiden Bildern bzw. Gedanken hin und her zu pendeln. Es ist also nicht nötig, das unangenehme Bild zu unterdrücken. Wenn ein Gegenbild da ist, gibt es eine Wahl für mich „Wie gut, ich kann ja etwas machen.“. Die

meisten Menschen werden entdecken, dass der Körper auf diese Bilder tatsächlich unterschiedlich reagiert. In diesem Therapieansatz spielt die Idee der inneren Wahlmöglichkeit eine große Rolle. Im eigenen Inneren können wir Veränderungen herbeiführen. Die innere Welt von Menschen, die ein Trauma nicht verarbeitet haben, ist ausschließlich eine Welt der Schrecken. Gedanken, Bilder, Gefühle, die irgendwie mit den traumatischen Erfahrungen zusammenhängen, scheinen die ganze Innenwelt okkupiert zu haben. So ist es, als würde der Mensch mit einer posttraumatischen Störung sich selbst immer neu traumatisieren, obwohl er dies bestimmt am allerwenigsten möchte. Äußerungen folgender Art können hilfreich sein:

„Angenommen, es würde Ihnen für einen Augenblick gelingen, doch an etwas Gutes zu denken, was würden Sie dann denken?“ Was hätte ich mir gewünscht, wenn es die gute Fee aus dem Märchen gegeben hätte. Wie hätte dann ein guter, sicherer Ort ausgesehen?“

Die Unglücksraben-Menschen scheinen Konstrukte zu sein. Die Schwierigkeit für Menschen, die traumatisiert wurden, liegt darin, dass die Traumatisierung als traumatischer Prozess weitergeht. Und doch ist es wichtig, das Damals vom Heute unterscheiden zu lernen. Verena Kast empfiehlt den Blick für Freude, Inspiration und Hoffnung durch das Schreiben einer Freudebiographie zu beleben:

„Denken Sie an das Kind, das Sie waren, erinnern Sie sich an Situationen, die einem Kind Freude machen. Die Kraft Ihren Schmerz zu heilen, erhalten Sie nicht durch die ausschließliche Konzentration auf Ihren Schmerz, sondern von Ihren positiven Gefühlen.“

Reddemann empfiehlt nicht positives Denken, sie zitiert Carl Simonton, der meint, es gehe darum, realistisch zu denken, und realistisch ist, dass es beides gibt. Das Leben ist nicht nur „positiv“, aber es ist **auch** „positiv“.

2.4 Achtsamkeit üben

Achtsamkeit muss wieder neu gelernt werden, sie soll in den Alltag integriert werden. Mit der Anleitung aufmerksam durch den Körper zu gehen können Patientinnen lernen, ihren Körper überhaupt wieder zur Kenntnis zu nehmen, sich stärker zu erden und vor allem, dass der Körper auch Grenzen hat. Manche Patienten fürchten sich vor diesen Übungen, weil ihnen gewahr wird, mit wie viel Schmerzen sie dabei in Kontakt kommen können.

2.5 Den inneren Beobachter kennenlernen

Dabei geht es darum, sich unserer beobachtenden Fähigkeiten bewusst zu werden. Die Beobachter-Übung ist eine gute Alternative zu den Achtsamkeitsübungen. Dabei machen wir uns klar, dass wir unseren Körper, unsere Gedanken, unsere Gefühle und unsere Stimmungen beobachten und bemerken, dass wir mehr sind als unser momentanes Gefühl.

2.6 Ein Gegengewicht für die Schreckensbilder finden

Erfahrungen haben gezeigt, dass wir die Möglichkeit haben, durch Konzentration auf Bilder, die einem wohl tun, uns selber trösten und unterstützen können.

Traumatisierte Menschen leiden besonders an ihren Schreckensbildern. Für sie ist es wichtig, Bilder zu finden, die als Gegengewicht verwendet werden können. Wer die

vom Therapeuten vorgegebenen Bilder fremd findet, sollte angeregt werden, nach eigenen Bildern zu suchen. Diese Menschen müssen immer das Gefühl behalten können, die Kontrolle zu haben. Man kann sie darin trainieren, ein wenig nach innen zu gehen und gleichzeitig außen wahrzunehmen.

Genau hinschauen bedeutet wahrnehmen, dass es beides im Leben gibt, das Schreckliche und das Schöne, das Schwere und das Leichte, das Dunkle und das Helle.

2.7 Sich von Schreckenbildern distanzieren lernen

Um Schreckensbilder zu entdramatisieren, können wir von weitem auf die Gefühle blicken, wir können die Erinnerungen mit Hilfe des Beobachters anschauen, vor allem können wir Patienten, die mit belastenden Erinnerungen ringen diese Möglichkeit der Distanzierung anbieten (Siehe im Anhang: Punkt 3.3 Beobachertechnik)

2.8 Gefühle kennen lernen und den Umgang mit schwierigen Gefühlen steuern lernen

Bei der Verarbeitung traumatischer Ereignisse ist es wichtig für den Patienten zu wissen, dass diese unangenehmen Gefühle einem auch immer wieder bedrängen und auftauchen; dass man innerlich dicht macht, um nichts mehr zu spüren.

Angst, Panik, Todesangst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, das Gefühl totalen Ausgeliefertseins und der Überflutung mit Schrecken, dann sekundär Scham und Schuldgefühle sind die belastenden Gefühle von traumatisierten Menschen.

Einen stabilen Umgang mit den Gefühlen zu etablieren, ist einer der wichtigen Punkte in der Traumatherapie, um der Wiederbegegnung der traumatischen Erfahrung stand zu halten.

Die Arbeit mit Imaginationen, was als Sonderfall kognitiver Umstrukturierung gilt, hat sich in der therapeutischen Arbeit mit Traumatisierten sehr bewährt.

Die Zeit der Verarbeitung dauert meistens ein halbes Jahr

2.9 Dem unangenehmen Bild eine Gestalt geben

Wir können versuchen, unangenehmen Gefühlen, die uns immer wieder begleiten eine Gestalt zu geben und mit dieser Gestalt einen Dialog aufzunehmen. (Diese Technik kennen wir im GFK auch von unseren Fortbildungen bei Ann Cornell Weiser). Wir können dabei erfahren, dass die unangenehmen Gefühle sich zu wertvollen Ressourcen verwandeln. Diese Form des Umgangs mit schwierigen Gefühlen muss häufig während der Therapie gelernt und geübt werden, damit ist auch immer die Erfahrung verbunden, dem unangenehmen Gefühl eine Gestalt geben; was unweigerlich eine Distanzierung zum Gefühl mit sich bringt.

2.10 Dem Kind in sich oder den jüngeren Ichs begegnen

Die Arbeit mit dem „inneren Kind“ als imaginativen Umgang spielt eine wichtige Rolle. Dem Konzept nach geht es darum, dass es beim Ausdruck von Gefühlen, die nicht zum Verhalten erwachsener Personen passen, um unaufgelöste Konflikte, Verletzungen oder Traumata aus der Vergangenheit handelt. Die Arbeit mit dem „inneren Kind“ ermöglicht der erwachsenen Person von heute eine innerseelische

Regression, ohne dass sich die Regression in der Beziehung ausbreitet, wobei die Person in ihrer Funktionsfähigkeit gestützt wird. Die Probleme werden also dem **jüngeren Ich** zugeschrieben und die Erwachsene soll sich um den jüngeren Teil kümmern. Wenn die erwachsene Person meint, sie könne das nicht, wird sie angeleitet, sich ideale Eltern zu imaginieren. (siehe Anhang: Punkt 3.4 Zur Arbeit mit dem inneren Kind)

2.11 Die innere Bühne

Das Konzept der inneren Bühne, in dem wir Regisseure und Akteure zugleich sind, hilft uns, unser Innerseelisches wahrzunehmen und das auch zu spielen; gleichzeitig hilft es uns zur Distanzierung. Ich kann das Szenario so bestimmen, wie es im Augenblick für mich erträglich ist. Unangenehmen Gefühlen werden Gestalten verliehen: Bösewichte, Schurken, Dämonen. Diese werden dann auf der Bühne unschädlich gemacht. Reddemann hat lange Jahre an der Thematik der bösen inneren Objekte gearbeitet und auch hier festgestellt, dass es keine für alle gleichermaßen geltende Lösung gibt. Sie schreibt: „Eines ist mir besonders klar geworden: Man darf niemanden dazu anregen, verinnerlichte böse Seiten der eigenen Eltern symbolisch zu töten, ohne dass man vorher ganz gute oder ideale Eltern zu erschaffen angeregt hat, die das Gute der Eltern in sich tragen, sonst treibt man Menschen regelrecht in die Verzweiflung hinein. Man beraubt sie des Guten, das sie unbedingt zum Überleben brauchen“ (S. 77)

„**Täterintrojekte**“, schreibt Reddemann: „hatten als sie entstanden, eine sehr wichtige Schutzfunktion. Sie sind in traumatischen Situationen deshalb entstanden, weil die Identifikation und Introjektion des Täters half, sich nicht mehr ohnmächtig und hilflos zu fühlen. Wenn man mit dem Täter identifiziert ist oder ihn sogar in sich hat, dann ist das, was geschieht, richtig und man ist dadurch nicht mehr hilflos. Ich habe im Lauf der Jahre gelernt, wie wichtig es ist, diese Schutzfunktionen angemessen zu würdigen.....diese Gestalten der inneren Bühne (sind) extrem destruktiv, und daher ist es wichtig, ihnen ihre Destruktivität zu nehmen, und das ist es, was ich mit „unschädlich machen“ meine.“ (S. 77)

Auf der inneren Bühne werden Täterintrojekte häufig als Ich-fremd wahrgenommen. Ist dies der Fall, so wird das Töten dieses Fremden als befreiend erlebt. Mit der Arbeit auf der inneren Bühne kann etwas Lebensbedrohliches in etwas Hilfreiches verwandelt werden. (Beispiel siehe Anhang Punkt 3.5)

Täterintrojekte stören das Arbeitsbündnis. In der Patientin gibt es Teile, die verhindern wollen, dass sie darüber spricht, was ihr widerfahren ist. Die Arbeit mit Märchen und Mythen ist ein geeigneter Weg, denn da begegnen uns Drachen und Monster, die getötet und besiegt werden. Es muss dabei auch gute Gestalten geben, die als Helfer eingesetzt werden können. Erklärungen zu geben, ist dabei hilfreich, wie z.B.: das erwachsene Ich soll immer gestärkt werden. „Das machen jetzt die Helfer, ist das in ihrem Sinn?“ „Der hat sich ihres Schatzes beraubt!“ In den Märchen ist das so, der Bösewicht im Märchen hat den Schatz.

Während der Arbeit muss das Gute und das Böse immer getrennt werden, das Spalten muss deutlich gemacht werden. Ideale Eltern werden kreiert, das Gute der Eltern soll gut aufgehoben werden, damit es nicht verloren geht, dann kann man sich vom Bösen trennen. Es ist auch immer wichtig zu betonen, „das ist nicht die reale Mutter, sondern das ist das Bild, das sie sich von ihrer Mutter machen. Ihre Mutter ist nicht in ihnen drin, sondern höchstens Bilder oder Eigenschaften; häufig ist es günstiger, der Mutter

ein Symbol zuzuweisen, das gute reale Eigenschaften der Eltern integriert und noch viele zu wünschende Eigenschaften dazu.

Die Arbeit am Thema Täterintrojekte soll der Patientin ermöglichen auch mit ihren aggressiven Anteilen in Kontakt zu kommen, also mit ihrer vitalen und lebendigen Seite.

2.12 Dem Schrecken begegnen - Traumaexposition

Dieser therapeutische Schritt soll gut vorbereitet und stabil begleitet werden.

Ausreichende **Sicherheit** im Erleben in Kontakten mit der Außenwelt, in Beziehungen und in der Beziehung zur Therapeutin ist die Voraussetzung für jede Traumakonfrontation. Der Umgang mit schmerzlichen Gefühlen soll gesichert sein sowie die Fähigkeit zum inneren Trost; dazu sind verschiedene Imaginationsübungen wie der innere Helfer oder der innere sichere Ort gut geeignet. Diese trostvermittelnden Übungen sollen den Patientinnen zur Verfügung stehen, sodass sie jederzeit darauf zurückgreifen können.

„Optimal gelingen Traumasynthesen oft dann, wenn **das Erleben auf zwei Ebenen gleichzeitig** abläuft: der Ebene des (Wieder-)Erlebens und Durchleidens einerseits und der Ebene der möglichst nicht wertenden Betrachtens („So war es“) andererseits, „ich bin jetzt hier, und was ich durchlebe, war dort damals.“ (U.Sachsse, PTT 2/98, S.73).

Zur Affektregulation können Techniken zum Selbstmanagement eingeübt werden, da jede Traumaexposition, selbst wenn sie gut vorbereitet ist, mitten in das Leid führt. Um den Prozess der Traumaexposition zu unterbrechen, wird mit den Patientinnen das **Stopp-Signal** vereinbart werden. Während einer Traumaexposition können auch heftige Gefühle in Form von **Abreaktionen** auftreten; folgt in diesem Augenblick kein Stopp-Signal bekommen wir als Therapeuten den Auftrag, diesen Prozess mit empathisch-distanzierten Äusserungen zu begleiten. Hilfreich ist auch das **Zentrieren auf den Atem**, sodass wir direktiv-stützend zum bewussten Atmen auffordern. Der wellenförmige Ablauf der Schmerzen gehört normalerweise zum intensiven Leiden, die Überflutung ist schmerzhaft, als Begleiterin dieses Prozesses ist es wichtig zu vermitteln, dass es auch wieder vorbeigeht.

Körperkontakt ja oder nein während der Traumakonfrontation? Reddemann hält höchstens mal die Hand und U.Sachsse hält die Hand, um in der Realität zu verankern, er meint, wenn Berührung, dann zupackend Halt geben. (siehe Anhang: Punkt 3.6)

2.13 Trauer und Neuorientierung

Diesem Satz nachzukommen ist, wie wir wissen, nicht ganz leicht. Es geht darum, der Trauer eine Gestalt und Raum zu geben. Dazu möchte ich hier auf viele weitere Literatur hinweisen, die es über die Begleitung von Trauerprozessen gibt. (Kübler-Ross oder Verena Kast). Das Thema der Schuld und Sühne lässt sich auch imaginativ an die Täter zurück geben, indem sie verpackt „zurück an den Absender“ geschickt werden. Das Imaginieren und Probehandeln ist dabei wieder besonders von Bedeutung. Es bedarf nach einer Traumasynthese einer mehrjährigen anschließenden Neuorientierung, die begleitet wird. Wichtig dabei ist es, die eigenen Schattenseiten anzunehmen und spätestens jetzt aus der Opferhaltung herauszukommen, negative Seiten sollen bejaht werden und ihr Potential gesehen werden. „**Es ist was es ist!**“

3. Anhang

3.1 Allgemeine Elemente der Traumakonfrontationsphase

- Es müssen äußere Sicherheit, Beziehungssicherheit und innere Sicherheit gegeben sein, sonst keine Traumakonfrontation!
- Aufsuchen der traumatischen Situation in einem klar strukturierten Setting
- Die Patientin ist über das Vorgehen informiert und hat zugestimmt
- Das Recht der Patientin auf Stopp (Stopp ist Stopp, ohne Rechtfertigungszwang)
- Einsatz von gezielten Dissoziationstechniken um spontanes Dissoziieren zu vermeiden
- Inneren Trost anregen
- Nach jeder Traumabegegnung erneute Stabilisierung anstreben, ggf. auch durch Täterintrojektarbeit

3.2 Einleitung einer Traumakonfrontation

- Es empfiehlt sich, die geplante Technik anhand eines positiven Ereignisses vorzustellen
- Das Trauma benennen (ggf. einen Teil davon)
- Den Belastungsgrad der traumatischen Situation einschätzen (wie belastend fühlt sich diese Situation heute an) z. B. mit Hilfe der SUD – Skala (SUD= Subjective Units of Disturbance; Skala 0-10)
- Wo im Körper wird die Belastung wahrgenommen
- Die (negativen) Kognitionen das Trauma betreffend erarbeiten
- Positive Kognition(en) finden und deren momentanen Wahrheitsgehalt einschätzen (wie würden Sie gerne über diese Situation denken und wie wahr fühlt sich das jetzt an?), dazu bieten sich die VoC - Skalen an (VoC: Validity of Cognitions; Skala 0-10)
- Die SUD und VoC - Einschätzungen, die aus dem EMDR bekannt sind, empfehlen sich bei jeder Trauma-Konfrontation, da die Patientin damit selbst einschätzen kann, ob ihre Arbeit sinnvoll war
- Selbsttröstungsmaßnahmen ggf. benennen bzw. einplanen (z. B., dass Helfer die traumatische Szenen begleiten)

3.3 Die Beobachter-Technik

Voraussetzungen:

- Inneren Beobachter(in) bzw. den beobachtenden Teil gut kennen
- Innerer sicherer Ort, innere Helfer, ideale Eltern, Tresor

Vorgehen:

- Die traumatische Situation benennen und einschätzen (wie belastend ist sie auf einer Skala von 1-10, 10 ist extrem belastend, 1-0 gar nicht).
- Klären, ob andere jüngere oder ältere Ichs von diesem Trauma betroffen sein könnten.
- Alle erlebenden Teile an den sicheren Ort bringen.
- Auch das erlebende Ich von heute sollte an den sicheren Ort gehen.
- Ggf. bleibt das am Trauma beteiligte Ich weit entfernt dabei und schaut von weitem zu, z.B. vom sicheren Ort aus. (Manche Pat. haben sonst das Gefühl, dass sie das Trauma sonst nicht integrieren können).
- Der beobachtende Teil und das relativ neutrale Ich von heute arbeiten zusammen.
- Der beobachtende Teil berichtet dem relativ neutralen Ich von heute, was er beobachtet und zwar sowohl die Erfahrungen des Körpers, die Gedanken, die Bilder und die Gefühle (sog. BASK-Modell. z.B. "das Kind wird geschlagen, sein Rücken tut weh, ist traurig und verzweifelt und denkt, ich habe es verdient, usw.).
- Die Therapeutin achtet darauf, dass alle Bereiche des seelischen Erlebens vom erwachsenen Ich von heute mit Hilfe des beobachtenden Teils wahrgenommen werden und fragt ggf. nach.
- Die Therapeutin achtet darauf, dass alle erlebenden Teile in Sicherheit bleiben. Sollte das nicht der Fall sein, bemerkt man es meist an der Physiologie (Angstzeichen) und sollte es ansprechen.
- Wenn das Trauma durchgearbeitet ist, klären, was das verletzte jüngere Ich jetzt braucht, dass es damals gebraucht hätte und von wem dies gegeben werden kann (Ich von heute, Helfer, ideale Eltern).
- Klären, was die erwachsene Person im Laufe des Tages für sich zur Stärkung und zum Trost tun kann, welche Hilfe sie aktivieren kann.
- Noch in derselben Sitzung oder in der folgenden Grad der Belastung erneut einschätzen. Es sollte wenigstens eine Verbesserung um einen Punkt erfolgt sein.- Nicht selten geht die Belastung stark zurück. Bei chronisch Traumatisierten kann man das allerdings in der Regel nicht erwarten, es sei denn es wäre das letzte Trauma.

3.4 Zur Arbeit mit dem Inneren Kind

- Zunächst eine Trennung zwischen der erwachsenen Person und dem Kind herbeiführen (ist manchmal schwierig, Pat. behaupten: ich bin doch das Kind, dann muss zunächst das Unrealistische solcher Selbstbilder geklärt werden).
- Kontakt mit dem inspirierten (ressourcenvollen) Kind herstellen und spüren, anregen, wie die Kraft dieses Kindes der erwachsenen Person zufließt (geht nicht immer, es lohnt aber einen Versuch).
- Die erwachsene Person sollte dann dem Kind versichern, dass es ihr wichtig ist, mit ihm regelmäßig Kontakt zu haben, daher Zeit lassen, wirklich diesen Kontakt zu erfahren.
- Erst dann mit dem Schmerz des Kindes in Kontakt gehen, z.B. sich seinen Kummer anhören oder auf andere Art seinen Schmerz zur Kenntnis nehmen.
- Das Kind aus der belastenden Szene herausholen.

- Das Kind an den sicheren Ort bringen, falls dies für die erwachsene Person schwierig ist, können dies die idealen Eltern tun oder Helfer.
- Das Ich von heute oder die idealen Eltern/Helfer geben dem Kind Trost und Unterstützung, alles, was es gebraucht hätte und heute immer noch braucht (da es wie "eingefroren" ist in der alten Zeit, dadurch, dass es bekommt, was es braucht, kann es "auftauen").
- Während der Stabilisierungsphase sollte das Kind immer aus belastenden Szenen herausgenommen werden, ohne dass diese vertieft werden.
- Es ist wichtig zu erklären, dass es nicht darum geht etwas zu verleugnen, was war, dass aber *heute* die "Bilder im Kopf" die Belastung darstellen.

3.5 Die wesentlichen Schritte der Täterintrojektarbeit

- Das Täterintrojekt benennen
- Ihm eine Gestalt geben
- Gute Gestalten finden
- Helfer im Kampf gegen die bösen Gestalten finden
- Die böse Gestalt unschädlich machen
- Den Schatz der bösen Gestalt finden und sich aneignen
- Sich bewusst machen, wie sich der Schatz im Leben auswirkt

3.6 Die Bildschirmtechnik

Voraussetzungen: innerer sicherer Ort, Tresor, ideale Eltern bzw. Helfer

Vorbereitung: Der Pat. vorschlagen, sie möge sich einen imaginären Bildschirm vorstellen, sie habe eine Fernbedienung dafür und könne diese nutzen, um den Film, der auf dem Schirm ablaufe, je nach Belieben zu verändern. Das wichtigste ist die Möglichkeit, mit Hilfe dieser Fernbedienung jederzeit stop machen zu können. Am geschicktesten ist es, wenn man die Technik erst einmal übt anhand einer positiven Szene.

Vorgehen bei der Traumakonfrontation:

In einem *ersten Durchgang* wird der Pat. vorgeschlagen, sich nun den Film anzusehen und darüber zu berichten, als sähe sie die Geschichte von jemand anderem. Sie erzählt also z.B. die Geschichte von "dem kleinen Mädchen" und nicht als "ich".

Es empfiehlt sich, äußere Details genau zu eruieren, wie z.B.: welche Jahreszeit, welche Uhrzeit, welches Wetter. Das genaue Wahrnehmen dieser Details ermöglicht gleichzeitig Distanzierung und Intensivierung.

Es ist Aufgabe der Th., darauf zu achten, wenn die Pat. sich mit dem Geschehen identifiziert, also ins "ich" geht, stark emotional reagiert, etc.

Es empfiehlt sich, der Pat. vorzuschlagen, dass sie den Film in der Gegenwartsform erzählt. Wenn sie in die Vergangenheitsform "rutscht", ist es eine Frage des Feingefühls, ob man das korrigiert oder nicht. Man kann z.B. das, was die Pat. erzählt, aufgreifen, aber in der Gegenwartsform.

In einem *zweiten oder falls nötig mehreren* weiteren Durchgängen wird die Geschichte dann zu einer "ich-Geschichte" und die Gefühle werden von der Pat. erlebt.

Zu heftige Gefühle kann man zum einen mit der Fernbedienung beeinflussen, indem man das Bild kleiner, schwarz-weiß, etc. macht, zusätzlich kann auch noch das "Regler-Bild" helfen, wonach die Pat. mittels eines Reglers, ähnlich einem Thermostaten, die Gefühle reguliert.

Bei körperlichen Abreaktionen wie Weinen, Zittern etc. kann man einladen, diese zu verlangsamen und zu besänftigen, aber man sollte sie keinesfalls verhindern.

Zum Schluss inneren Trost anregen: was braucht das Ich von damals, was es damals gebraucht hätte, heute. Dies wird imaginativ vom heutigen Ich oder den Helfern/idealen Eltern gegeben.

Schließlich besprechen, wie der Tag weitergeht unter Berücksichtigung der Schutzbedürftigkeit des jüngeren Ichs *aber auch des Ichs von heute* (das hat hart gearbeitet).

4. Literatur

Kast, V. (1982). Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Kreuz.

Kübler- Ross (1969). Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz.

Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer bei Klett- Cotta.

Reddemann, L. & Sachsse, U. (1998). Kritisches zur traumazentrierten Psychotherapie: „Zu Risiken und Nebenwirkungen“. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*. Schauttauerverlag. 2/98, S. 104-108.

Sachsse, U. (1998). Traumasynthese durch Traumaexposition. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*. Schauttauerverlag. 2/98, S. 72-76.

EMDR

Vortrag von Ernst Kern / Zusammenfassung Wiebke Hundertmark

Wir hörten einen Vortrag von Ernst Kern über das EMDR. Da dieser Vortrag nicht in schriftlicher Form vorliegt, gebe ich eine kurze Erläuterung zum Thema.

Das EMDR ist eine Methode, die vor etwa 10 Jahren von der Therapeutin Dr. Francine Shapiro entwickelt und 1995 erstmals in ihrem Buch veröffentlicht wurde. Das EMDR (**EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing** – Desensibilisierung und Neuverarbeitung über Augenbewegungen) beruht auf der Annahme, daß bei gleichzeitiger bilateraler Stimulation des Gehirns einerseits und Traumaexposition andererseits eine effektive Traumabearbeitung möglich ist. Entscheidend scheint dabei auch die doppelte Aufmerksamkeitsfokussierung, ein Zustand, in dem fragmentierte Erinnerungen verknüpft und somit lebendiger werden und gleichzeitig eine Distanzierung vom Geschehen stattfindet.

Der folgende Abschnitt ist ein Zitat aus einem Artikel über EMDR von Dagmar Eckers, erschienen in der Zeitschrift „Psychotherapeuten Forum“ des DPTV, Jahrgang 10, Heft Nr. 1/2003.

„EMDR ist eine Methode, bei der – vermutlich durch die bilaterale Stimulierung des Gehirns – vorher starre, durch extreme Belastungen „eingefrorene“ Erinnerungen in Bewegung geraten, samt den oft ebenso starren emotionalen Zuständen, Körperempfindungen und Selbstüberzeugungen in ihrer Belastung drastisch zurückgehen und hinsichtlich ihrer Bedeutung für das heutige Leben neu eingeordnet werden können.

EMDR verknüpft die mit der traumatischen Situation verbundenen

Wahrnehmungsbestandteile:

- a) die traumatische Situation
- b) den schlimmsten Moment dieser Situation
- c) die heute noch damit verbundene negative Selbstwahrnehmung/Kognition
- d) die damit verbundenen Emotionen und
- e) die damit verbundene Belastung, die spürbar wird in jetzt wahrnehmbaren Körperempfindungen.

In der Anwendung ist EMDR nicht auf posttraumatische Belastungsstörungen im engeren Sinn eingeschränkt, sondern fokussiert auch auf Ängste, Depressionen, Phobien und andere psychiatrisch definierte Störungsbilder, die auf traumatische Erlebnisse zurückgehen.“

Soweit die Zusammenfassung von Frau Eckers. Im Folgenden möchte ich kurz skizzieren, was ich aus dem Vortrag von Ernst Kern und durch Ergänzungen von Lona Rothe-Jokisch und Günter Obijon mitgenommen habe. Dieses ist meine persönliche Mitschrift, Fehler und Mißverständnisse bitte ich zu entschuldigen.

Es handelt sich beim EMDR um ein im Prinzip standardisiertes, manualisiertes

Vorgehen in sieben Phasen:

1. Anamnese und Indikationsstellung
2. Stabilisierung
3. Bewertung des Traumas
4. Prozessieren – die Trauma-Exposition mit bilateraler Stimulierung
5. Verankerung einer positiven Kognition
6. Körpertest
7. Abschluß und Katamnese

Phase 4 – Prozessieren – umfaßt folgende Schritte:

- a. ein repräsentatives Bild für das Trauma finden („was ist das Schlimmste?“)
- b. eine negative Kognition ausfindig machen, eine negative Überzeugung über sich selbst, die als Folge des Traumas entstanden ist
- c. dagegen eine positive, neu zu findende Kognition setzen
- d. der Grad der Überzeugung hinsichtlich der positiven Kognition wird eingeschätzt
- e. die zentrale Emotion, d.h. die Emotion, die mit dem schlimmsten Bild verknüpft ist, zusammen mit der negativen Kognition vergegenwärtigen
- f. die subjektive Belastung durch das Ereignis einschätzen
- g. welche Körperempfindung habe ich beim Vorstellen des Bildes / der negativen Kognition?
- h. Prozessieren: Therapeut und Klient sitzen so beieinander, daß der Therapeut bequem eine bilaterale Stimulation ausüben kann. Diese muß nicht visuell erfolgen, es gibt verschiedene Möglichkeiten:
 - Augenbewegungen
 - Töne in den Ohren abwechselnd
 - Vibration in den Händen
 - abwechselnd auf die Beine / Handrücken o.ä. klopfen („tapping“)

Die Stimulation erfolgt ca 2-3 Minuten lang (etwa 25-30 Stimulationen). Der Therapeut beendet dieses Set und fragt den Klienten kurz, ob sich etwas verändert hat bzw. was jetzt ist. Die Gesprächsführung soll zwischen den Sets nicht vertiefend sein, um das Prozessieren nicht zu stören, sondern nur kurz nachfragen. Dann wird mit dem, was gerade ist (ein Bild aus dem Traumaereignis, ein Gefühl, eine Körperempfindung oder was immer sich beim Klienten eingestellt hat), das nächste Set begonnen. Abgebrochen wird erst, wenn sich kaum mehr eine Veränderung ergibt bzw. sich die Inhalte mehrmals wiederholen. So werden eine nach der anderen die verschiedenen Assoziationsketten, die mit dem traumatischen Ereignis verknüpft sind, „abgearbeitet“, bis die Erregung deutlich zurückgegangen ist.

Die positive Kognition (Phase 5) wird auf ähnliche Weise, also ebenfalls mit Hilfe bilateraler Stimulation verankert.

Die sieben Phasen können durchaus eine mehrere Jahre dauernde Therapie umfassen bzw. in diese eingebettet sein. Einen großen Raum wird vor allem bei sexueller Traumatisierung die Phase 2 – Stabilisierung – einnehmen. Insofern widersprechen vor allem Lona Rothe-Jokisch und Günter Obijon der Auffassung, das EMDR sei eine schnelle Methode, mit der man in wenigen Sitzungen kumulative Traumen „wegzaubern“ könnte. Als kurzfristige Methode ist EMDR wohl eher bei Monotraumen wie z.B. Unfällen anwendbar.

Wer sich näher über das EMDR informieren möchte, sei unter anderem auf die folgende Literatur verwiesen:

- Hoffmann, Arne: EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme Verlag, Stuttgart 1999
- Lamprecht, Friedhelm: Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten? Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2000.
- Parnell, Dr. Laurel: EMDR – Der Weg aus dem Trauma. Junfermann Verlag Paderborn 1999

Somatic experiencing

Jürgen Eber

1. Zur Person von Peter Levine:

Diese Methode zur Prävention und Heilung von psychischen Traumata wurde von **Peter Levine** entwickelt. Er ist Doktor der medizinischen und biologischen Physik und Doktor der Psychologie. Als Psychotherapeut hat er sich seit 35 Jahren mit dem Thema Stress und Trauma intensiv auseinandergesetzt. Er wurde von Ida Rolf in Körpertherapie ausgebildet und er hat sich intensiv mit der Arbeit von Wilhelm Reich beschäftigt.

Angeregt durch seine biologischen Studien stellte sich Levine die Frage: „Wieso werden wilde Tiere nicht traumatisiert, obwohl sie doch täglich lebensbedrohlichen Situationen ausgesetzt sind?“. Er beobachtete die instinktiven Reaktionen von Tieren und ihren Umgang mit diesen lebensbedrohlichen Situationen und was sich ereignet, wenn sie durch ihre Feinde überwältigt werden.

Auf Grundlage seiner frühen neurophysiologischen Studien erkannte er immer mehr, dass menschliche Reaktion auf Bedrohung primär instinktiv und biologisch und erst sekundär psychologisch und kognitiv ist.

Trauma ist die biologisch unvollständige Antwort des Körpers auf eine als lebensbedrohlich erfahrene Situation. Kommt es nicht zur Vervollständigung der Überlebensstrategien, bilden sich – oft erst nach Jahren – Symptome, die auch chronisch werden können.

2. Aus dem Vorwort des Trainingshandbuchs

„Ein Trauma ist eine innere Zwangsjacke, die geschaffen wird, weil etwas so verheerend ist, dass Menschen erstarren und der betreffende Augenblick dann sozusagen einfriert. Das Trauma unterdrückt die Entfaltung des Lebens und erstickt unsere Versuche, mit unserem Leben voranzuschreiten. Es unterbricht die Verbindung zu uns selbst, zu anderen Menschen, zur Natur und zu unserer geistigen Quelle. Wenn Menschen sich so bedroht fühlen, dass sie überwältigt sind, erstarren sie in der Angst. In diesem Augenblick werden alle unsere instinktiven Überlebensstrategien „schick angezogen, ohne auszugehen“.

„Somatic experiencing bietet eine neue und hoffnungsvolle Sicht des Traumas an. Mit diesem Ansatz wird das „menschliche Tier“ als einzigartiges Wesen betrachtet, das mit einer instinktiven Fähigkeit zur Heilung ausgestattet ist und über den nötigen Intellekt verfügt, um diese angeborene Fähigkeit auch nutzbar zu machen.“

„Somatic experiencing ist eine naturalistische Kurzzeitbehandlung zur Auflösung von **posttraumatischen Stressreaktionen**.“ (Peter Levine, 1997)

Das bedeutet, SE spricht nicht von einer posttraumatischen Störung, sondern von Reaktion. Und zwar Reaktion als normale biologische Antwort auf eine unnatürliche Situation.

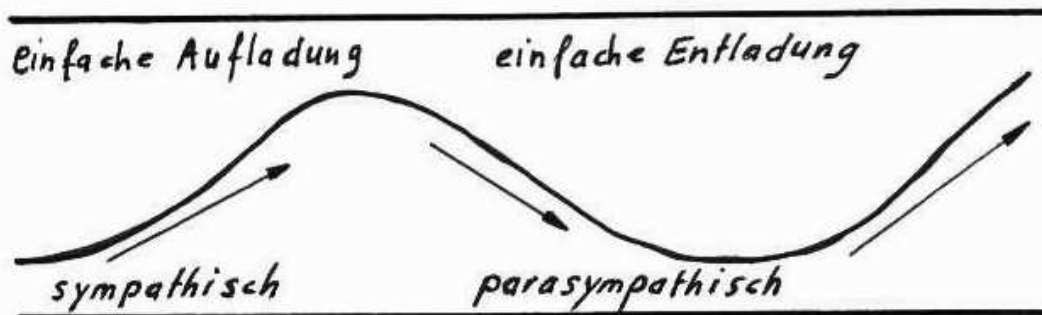
3. SE Definition von Trauma:

Trauma ist die Erfahrung, die eine Person jenseits ihrer Erfahrung nimmt, mit dieser Situation umzugehen.

4. Regulation der Erregung:

4.1. Bewegliches autonomes Nervensystem

Skizze:



Normalerweise stellt der Sympathikus die Energien zur Verfügung, die wir brauchen um mit einer Situation umzugehen, der Parasympathikus bringt das Nervensystem wieder in Balance.

Übung:

Eine bequeme Sitzposition einnehmen, wer will kann die Augen schließen. Sich eine Situation vorstellen, wo es ein bisschen schwierig oder unangenehm war. Nicht die persönlich traumatischste Situation wählen. Wie fühlt sich das im Körper an?

Die Augen wieder öffnen, sich im Raum orientieren und dann sich an eine Situation erinnern, in der man sich sicher und geborgen gefühlt hat. Wie fühlt sich das im Körper an?

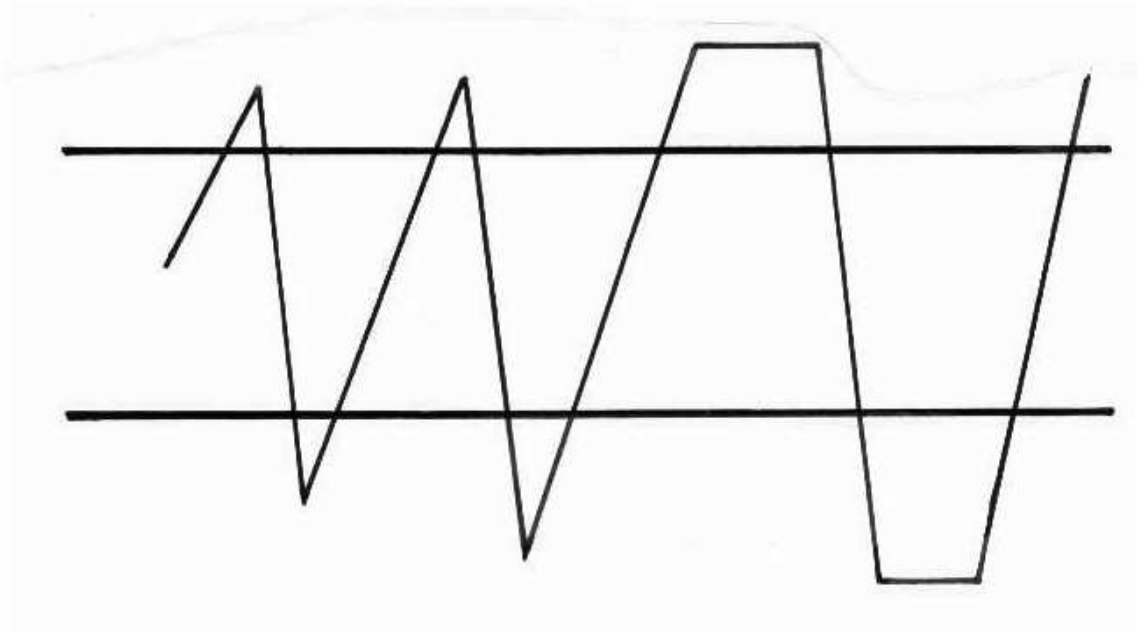
4.2. Überaktiviertes Autonomes Nervensystem

Das Nervensystem wird überaktiviert, weil es Stimulierungen ausgesetzt ist, die zu schnell, zu plötzlich, oder zu stark auftreten – im Bezug zur normalen Fähigkeit des Nervensystems, mit diesen Dingen umzugehen. Das normale Funktionieren des Nervensystems wird durch Überaktivierung unterbrochen und Symptome, die daraus folgen, sind vorhersehbar. Daraus lässt sich schließen:

Trauma befindet sich im Nervensystem, nicht im Ereignis.

Metapher vom Elektroschock: Trauma ist wie 440 Volt in einem System, das nur für 220 Volt ausgelegt ist. Die Sicherung fliegt raus, um zu verhindern, dass das Haus abbrennt.

*Hyperaktivität, Panik,
Wut, Hypervigilanz*



*Depression, Leere,
Taubheit, Erschöpfung*

5. Symptome einer Überaktivierung

5.1. Sympathisch

Bei KlientInnen mit einem überaktivierten sympathischen Nervensystem kann man unter anderem folgende Symptome beobachten: es gibt eine Tendenz zu Angst oder Panikattacken, übertriebene Schreckreaktionen, Hypervigilanz (übermäßige Aufmerksamkeit), Wutausbrüche, Schmerzsymptome, Manie, die Unfähigkeit sich zu entspannen, erhebliche Schlafstörungen.

5.2. Parasympathisch

Wenn der parasympathische Teil des Nervensystems überaktiviert ist, kann man unter anderem folgende Symptome feststellen: Gefühle von Leere und Taubheit, Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Lethargie, Depression.

5.3. Zusammentreffende Überaktivierung

Im Trauma sind beide Zweige des Autonomen Nervensystems überstimuliert. Sympathikus und Parasympathikus sind funktionell aus dem Gleichgewicht. Viele Menschen sind vertrauter mit der Überstimulierung des Sympathikus, man muss aber mit beiden Polen eines überaktivierten Nervensystems arbeiten, da unter einer Depression Angst sein kann und auch umgekehrt.

6. Wie gehen Tiere mit lebensgefährlichen Situationen um?

Das folgende Beispiel beschreibt verkürzt eine Szene aus einem Tiervideo, das im Rahmen der Somatic-Experiencing-Ausbildung gezeigt wurde:

Ein Opossum, das von einem Kojoten am Nacken aus seinem Bau gezogen wird, erstarrt nach kurzer Kampfreaktion. Es täuscht nicht vor, dass es tot ist, sondern es ist instinktiv in einen veränderten Bewußtseinszustand eingetreten. Diesen Zustand bezeichnet man auch als „Immobilitäts- oder Erstarrungsreaktion“. Das Opossum reagiert nicht einmal dann, als eine Fliege in seinem Mundwinkel herumkrabbelt.

Nach einer Weile verzieht sich der Kojote, um sich lebendigere Beute zu suchen, da sie den Kampf mit der Beute brauchen. Das Opossum beginnt sich nach einiger Zeit zu bewegen und zu schütteln, erhebt sich langsam und torkelt zunächst noch etwas orientierungslos davon.

7. Kampf, Flucht, Erstarrung

„Universelle und primitive Verhaltensweisen zur Sicherung des Überlebens werden >> Kampf- oder Flucht<<-Strategien genannt. Wenn eine Situation einen Angriff erforderlich macht, kämpft die bedrohte Kreatur. Wird sie den Kampf verlieren, läuft sie weg, falls sie dies kann. Über diese Möglichkeiten wird nicht bewußt entschieden, sondern sie werden vom Reptilienhirn und limbischen System instinktiv ausgelöst. Wenn ein Tier sich weder durch Kampf noch durch Flucht in Sicherheit zu bringen vermag, hat es noch eine dritte Möglichkeit: die des Erstarrens – der Bewegungslosigkeit. Diese Reaktion ist ebenso universell und grundlegend für das Überleben wie Kampf und Flucht.“ (Levine, Trauma-Heilung, 1998, Seite 102)

Was wichtig fürs Verständnis ist, dass in unserem biologischen Organismus die gleichen Mechanismen eingebaut sind wie beim Opossum. Wenn Kampf oder Flucht nicht mehr gelingen, gehen wir in die Erstarrung.

Wenn es bei einem Trauma einen Täter gibt, dann macht es das Trauma komplizierter. Für Kinder ist als Verteidigungsmechanismus die Hauptreaktion erstarren, weil sie nicht kämpfen oder fliehen können. Wenn man mit der Erstarrung arbeitet kommen darunter oft Kampf- oder Fluchtreaktionen. Die Energie, die in der Erstarrung gebunden ist, ist sehr kräftig. Was sich da in unserem Nervensystem abspielt, kann man sich ungefähr so vorstellen, wie wenn wir beim Auto das Gaspedal bis zum Anschlag durchtreten und gleichzeitig auf die Bremse treten.

Indem die Erstarrungsreaktion aufgelöst wird und der Flucht- und Kampfmechanismus wiederhergestellt wird, kommt es zu einer **biologischen Vervollständigung**. Das ist einer der primären Unterschiede zu allen anderen Traumatherapien.

Wenn wir uns erlauben das Schütteln zuzulassen, dann kann unser Nervensystem/ unser Körper wieder in Balance kommen, die überschüssige Energie kann abgebaut werden.

Die Frage ist: Was können wir tun, um einer Person zu erlauben, wieder in Balance zu kommen? Es gilt die Sprache des Reptiliengehirns zu lernen, die sich sehr unterscheidet von der Sprache des limbischen Systems und des Neokortex.

Das dreiteilige Gehirn:

Neokortex – kognitiv, erkenntnisbezogen

Limbisches System – emotionale Regulation, Kommunikation

Reptiliengehirn – instinktbezogen, selbsterhaltend, das eigene Überleben steht im Zentrum

Eine Sache, die die Sprache des Reptiliengehirns ausmacht, ist, dass jemand **langsamer** spricht, und wenn man einer Person **Zeit** gibt, eröffnet man ihr die Möglichkeit auf die Sprachebene des Reptiliengehirns zu kommen.

Eine weitere Sache ist die Sprache der **Körperempfindung**, die sich unterscheidet von der Sprache der Emotionen und Gedanken.

8. Das ganzheitliche innere Empfinden:

Hier bezieht sich Peter Levine auf das felt sense Modell von Gendlin. In seinem Buch „Trauma-Heilung“ schreibt Levine:

„Am Anfang des Heilungsprozesses werden wir mit den inneren Körperempfindungen arbeiten, was auch als ganzheitliches inneres Erleben (felt sense) bezeichnet wird. Mit Hilfe dieser Empfindungen werden wir zu den Symptomen bzw. Reflexionen des Traumas gelangen. Indem wir uns auf diese inneren Körperempfindungen konzentrieren, statt direkt mit dem Trauma zu arbeiten, können wir die durch die Erstarrungsreaktion gebundenen Energien befreien.“

„Eugene Gendlin, der den Begriff *felt sense* in seinem Buch *Focusing* geprägt hat, schreibt:

Felt sense (das ganzheitliche innere Empfinden) ist keine mentale Erfahrung, sondern eine physische. *Physisch*. Ein körperliches Gewahrsein einer Situation, einer Person oder eines Ereignisses. Eine innere Aura, die alles umfaßt, was Sie zu einem bestimmten Zeitpunkt über das betreffende Objekt fühlen und wissen – die all dies umfaßt und es Ihnen als Ganzes, statt Detail für Detail, zu Gewahrsein bringt.“

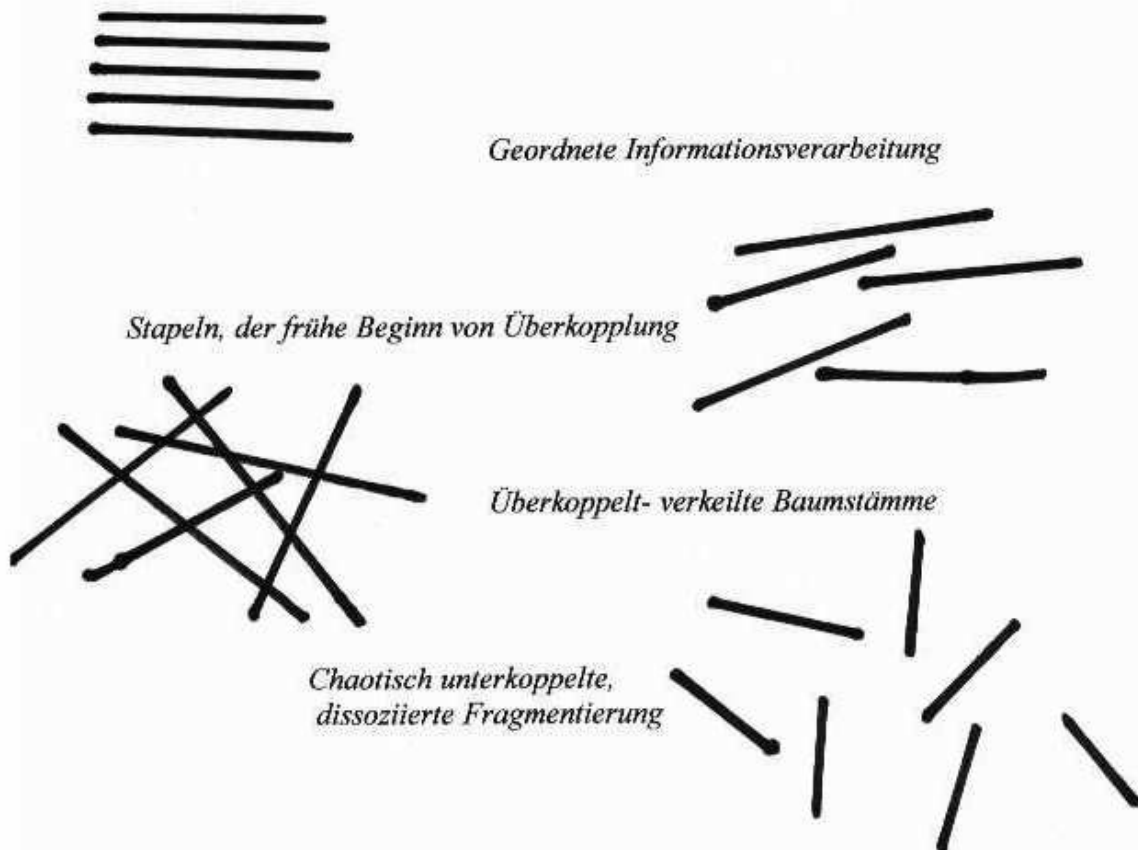
„Wir können das ganzheitliche innere Empfinden als ein Medium bezeichnen, mit dessen Hilfe wir eine Empfindung in ihrer Gesamtheit erleben können. Beim Prozess der Traumaheilung fokussieren wir auf die einzelnen Empfindungen (so, als würde man sich auf die einzelnen Bildpunkte eines Fernsehbildes oder auf die einzelnen Töne eines Musikstückes konzentrieren). Wenn wir diese Empfindungen gleichzeitig aus der Nähe und aus der Distanz

erleben, entsteht eine Gestalt, die zur Integration der betreffenden Erfahrung führt.“ (Levine, Trauma-Heilung, 1998, Seite 74-76)

Wobei es für Menschen, die unter einem Trauma leiden, eine große Herausforderung sein kann, sich auf das ganzheitliche innere Empfinden zu beziehen. Die Dynamik des Traumas besteht ja unter anderem darin, dass es die Person von der inneren Erfahrung abtrennt, um sie vor Empfindungen und Emotionen zu schützen, die sie vielleicht nicht verkraften könnte.

Jemand ist deshalb von seinem Körper dissoziiert, weil es sich anfühlt, als hätte er einen Elektroschock bekommen. Deshalb muss man bei sehr stark traumatisierten KlientInnen, zuerst Ressourcen bilden und dann schauen, dass der Körper schon etwas entladen kann, bevor man auf der Körperebene arbeiten kann. („Was spürst Du in Deinem Körper?“). In diesem Fall kann Entladung z.B. über Imaginationsübungen stattfinden, z.B. „Sicherer Ort“.

9. Progressive Aktivierungsebenen im Autonomen Nervensystem



Bei der **Überkopplung** sind es zu viele Baumstämme, die das System verstopfen. Unsere Aufgabe als Therapeut ist es, nach und nach die Baumstämme zu trennen, als ob wir einen Knoten lösen würden.

Beim **unterkoppelten Zustand** ist es unsere Aufgabe Brücken zu bauen zwischen den einzelnen Stücken und dann weiter mit der Überkopplung zu arbeiten, die darunter verborgen liegt.

Unterkopplung beschreiben wir eher als taubes Gefühl oder als Abwesenheit von Gefühlen oder als Gefühl von Irrealität.

Überkoppelt beschreiben wir eher als Spannung, z.B. in der Kehle, im Bauch, als Schmerzen oder Druckgefühl. Es gibt immer Überkopplung unter der Unterkopplung, wenn es zu viel Überkopplung gibt, geht es in Richtung Unterkopplung, aber darunter ist immer auch Überkopplung. Manchmal ist beides gleichzeitig da, ein Teil des Körpers ist überkoppelt und ein anderer Teil ist unterkoppelt.

Unterkopplung ist keine Pathologie, sondern eine Ressource. Wir hätten nicht überlebt, wenn wir nicht die Möglichkeit zur Verfügung hätten.

10. Werkzeuge: Ressource, Titration, Entladung

Es gibt drei einfache Werkzeuge, welche die biologische Vervollständigung ermöglichen:

Ressource:

Definition: Jede Sache, die einer Person dabei hilft, ein Gefühl des eigenen Selbst und der inneren Integrität in Zeiten der Not aufrechtzuerhalten. Eine Ressource wird durch selbstregulierende Fähigkeiten erzeugt. Die Ressource kommt vom Klienten, nicht vom Therapeuten.

Innere Ressource: Stelle im Körper, die sich gut anfühlt.

Äußere Ressource: Bild vom Ort des Wohlfühlens, eine vertraute Person.

In der SE Arbeit werden Ressourcen als Werkzeug benutzt, um die traumatische Erfahrung zu neutralisieren. Dabei ist es gar nicht wichtig, ob das Bild oder die Situation real so war oder nicht. Jedes Bild, was hilft den Körper in Balance zu bringen ist in Ordnung.

Titration:

Definition: Einen Reiz in handhabbare Teile zerlegen, die integriert werden können und durch die eine Person hindurchgehen kann.

Salzsäure – Natronlauge. Anwendung im SE Modell: zum Beispiel Ränder bearbeiten.

Entladung:

Definition: Luftballon als Metapher für überstimuliertes Nervensystem. Ballon nicht zum Platzen bringen und auch nicht loslassen, Luftballon fliegt durch den Raum ähnlich jener Energie, die zu schnell durch Angst- oder Panikattacke freigesetzt wird. Nach und nach Luft

entweichen lassen. Luftballon entspannt sich ohne Stress und ohne, dass die Hülle zerstört wird.

Anwendung im SE Modell: Unterscheiden zwischen Aktivierung und Entladung.
Normalerweise fühlt sich eine Aktivierung unangenehm und eine Entladung angenehm an.

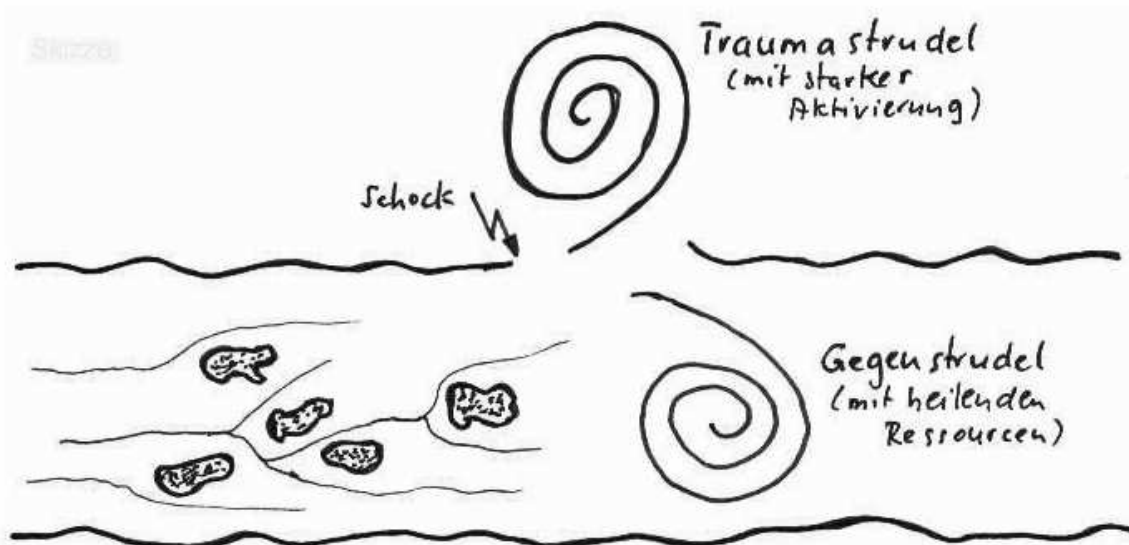
Ausdruck von Entladung

Ausdruck von Bewegungen
Weinen
Lachen
Zittern
Vibrieren
Schütteln
Hitze (angenehm)
Kälte (angenehm)

Aktivierung

Erhöhter Herzschlag
Enge im Hals
Druck im Kopf
Konzentrationsstörungen
Schmerz
Verspannung im Magen
Hitze (unangenehm)
Kälte (unangenehm)

11. Modell des Lebensstromes



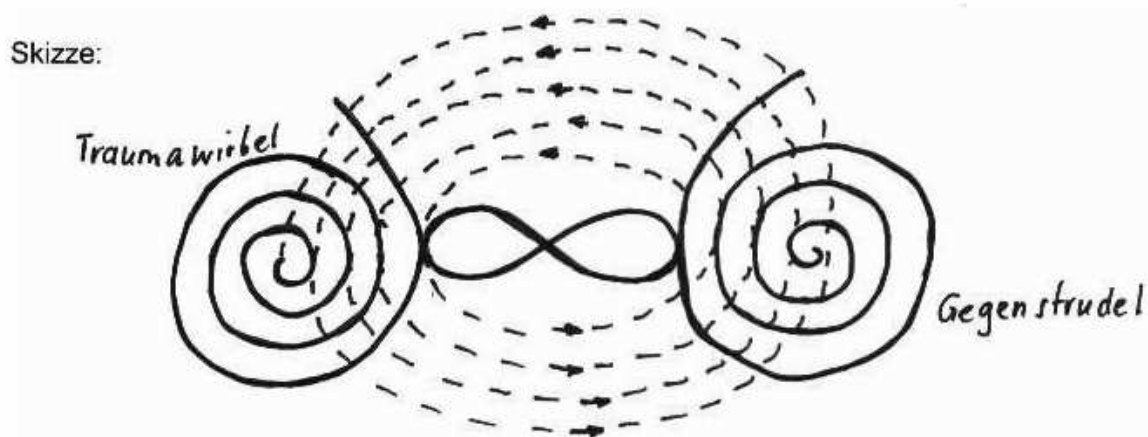
Man kann das Flußbett als Metapher für den Bereich der Lebenserfahrung betrachten. Das Ufer erlaubt einerseits das Fließen und andererseits verhindert es, dass der Fluß über die Ufer tritt. Natürliche Hindernisse, wie z.B. Steine beeinflussen den freien Fluß, das Wasser fließt um die Steine herum, es kommt zu Verwirbelungen und Turbulenzen, der Fluss wird aber nicht unterbrochen. Man kann die Hindernisse als **entwicklungsspezifische Traumata** betrachten, die den Charakter einer Person formen, die allerdings nicht dazu führen, dass der Fluß über das Ufer tritt.

Bei einem **Schocktrauma** wird das Flußufer durchbrochen und das Wasser schießt über die Begrenzung hinaus, so dass ein **Traumastrudel** oder **Traumawirbel** entsteht. Der

Traumawirbel ist nicht mehr Teil des Lebensstroms und die betroffene Person kommt in einen Bereich außerhalb ihrer normalen Lebenserfahrung. In einem gewissen Sinn bleibt die Zeit stehen in einem Trauma, weil die Energie im Traumawirbel nicht mehr für die Entwicklung zur Verfügung steht.

Neben dem Traumastrudel dreht sich ein **Gegenstrudel** auch **Heilungswirbel** genannt, der anfangs nur klein ist, der sich aber im Fluß befindet und der gesund ist. Durch das Schaffen von Ressourcen wird der Gegenstrudel langsam größer und kräftiger und kann dazu benutzt werden den Traumastrudel zu deaktivieren. Er zieht die Energie des Traumawirbels wieder in den Lebensstrom, so dass das Flußufer wieder geschlossen wird.

Für die Integration und Heilung sind beide Strudel wichtig. In der praktischen Arbeit bedeutet das, dass man zwischen den beiden Strudeln hin- und herpendelt. Dieses Verfahren bezeichnet man als **Looping**.



Beim Looping benutzt man die zuvor dargestellten Techniken von: Ressourcen bilden, Titrieren, Entladen.

Beispiel: Opfer bei einem Verkehrsunfall

Wenn die Person kommt und sofort von dem Unfall erzählen will kann man sie unterbrechen und sagen, dass man die Geschichte erst etwas später hören will. Und dann stellt man zunächst folgende Frage: „Können Sie sich im Moment erinnern, wann Sie sich zum ersten Mal wieder sicher gefühlt haben nach dem Unfall?“

Manchmal sagen die Leute dann, sie wissen es nicht. Dann muß man eine frühere Ressource finden. Aber meistens finden die Leute etwas, z.B. den Moment als sie das Gesicht ihres Partner gesehen haben, als er das Krankenzimmer betreten hat. Dann kann man fragen: „Wenn Sie sich daran erinnern, wie fühlt sich das in Ihrem Körper an?“ Damit findet man eine Ressource.

Die nächste Frage könnte dann lauten: „Wie haben Sie sich vor dem Unfall gefühlt?“

Weiter könnte man dann fragen: „An welcher Stelle hatten Sie zum ersten Mal das Gefühl, das etwas nicht stimmt (z.B. Jemand hat ein anderes Auto im Rückspiegel gesehen)?“ Dieses

Bild läßt man dann „einfrieren“ und fragt wie sich das im Körper anfühlt. Dann kehrt man erst mal wieder zu der Situation zurückkehren, wo die Person sich zum ersten Mal wieder sicher gefühlt hat, und kann dann so Schritt für Schritt weiterfahren.

Man versucht quasi eine Brücke zu schlagen zwischen dem Teil des Selbst in der Zeit vor dem Unfall und dem Teil des Selbst in der Zeit nach dem Unfall.

Wenn KlientInnen zu schnell in den Kern des Heilungswirbel gehen, dann muss man sie stoppen und in den Traumawirbel gehen und auch umgekehrt.

Wichtig: Bevor man überhaupt in den Traumawirbel mit einer Person geht, erst eine Ressource finden, z.B. „Sicherer Ort“ oder ähnliches. Je stärker das Trauma, um so kräftiger müssen die Ressourcen sein und um so langsamer muß man titrieren.

!!! Bei Leuten, die keinen guten Zugang zum eigenen Körper haben oder dissoziiert sind, kann man mit looping arbeiten, in dem man das Thema wechselt. Etwas allgemeines, Leichteres ansprechen.

12. Sprache und Begleitstil:

Allgemeine Zielsetzung: Erstarrung und Fixierung zurückführen in den Fluss, die Sprache dient dazu diesen Prozess zu unterstützen.

Fragen und Interventionen:

Somatic experiencing benutzt viele einladende Interventionen.

„Was spürst Du in Deinem Körper?“

(ist näher am Reptiliengehirn als: Was nimmst Du in Deinem Körper wahr?)

Man fährt fort mehr Informationen auf dieser Ebene zu bekommen, in dem man weiter fragt:
„Und während Du diese (z. B. Verspannung in der Schulter) spürst, was spürst Du noch?“

„Ist die Vibration angenehm oder unangenehm?“

(Hilft zu unterscheiden zwischen Aktivierung und Entladung)

Langsame Gangart aber keine hypnotische Stimmart.

Es geht sehr um Ausdehnung, sich auf die verschiedenen Details einer Empfindung einlassen:
„Hat diese Empfindung eine Temperatur, eine Ausdehnung? Hat der Druck eine Richtung?“

Ermächtigung, Befähigung: die KlientInnen immer wieder daran erinnern, dass der Körper es geschafft hat aus der schwierigen (dissoziierten / überkoppelten) Situation heraus zu

kommen. „Dein Körper war schon einmal an dem Punkt, und Dein Körper weiß, wie er da hinkommt.“

Spiegelnde Interventionen.

Keine Interpretation, keine Deutung.

Jedes Mal wenn der Körper entlädt, ist es gut das zu unterstützen, durch mmh oder jaa oder durch betontes Ausatmen.

13. SIBAM-Modell

Sensation	Körperempfindung
Impression (Image)	Eindruck
Behavior	Verhalten
Affect	Gefühle
Meaning	Bedeutung

Sensation:

- Kinästhetisch
- Propriozeptiv
- Vestibular
- Autonom

Propriozeptiv und vestibular sind zwei Begriffe, bei denen es um die Orientierung des Menschen im Raum geht.

Propriozeptiv bedeutet, wie wir uns über die Gelenke im Raum orientieren, vestibular bedeutet, wie wir uns über das Innenohr im Raum orientieren.

Veränderung in den Bereichen:

Kinästhetisch: Leute erleben Körperteile oder den ganzen Körper kleiner oder größer. Wenn ein unterkoppelter Teil wieder in die Wahrnehmung kommt, erlebt die Person, dass es sich so anfühlt, wie das "Michelin Männchen". Darauf hinweisen, dass es normal ist und zum Prozess gehört, damit sie keine Angst bekommen.

Impression:

Bilder, Visualisierungen

Behavior:

Willkürliche Bewegungen

Gefühlsbewegungen
 Gesichtsausdruck
 Körperausdruck
 Veränderung in der Haltung
 Vorbereitende Bewegungen, wo der Körper sich organisiert, um eine Bewegung vorzubereiten
 Symbolisches Verhalten

Affect:

Somatic experiencing unterscheidet zwischen primärer und sekundärer Emotion:
 Sekundäre Emotionen sind alte, vertraute Gefühle, die wir schon lange mit uns herumtragen.
 Unterscheidung: Jemand, der bei Wut immer anfängt zu weinen, da ist Weinen die sekundäre und Wut die primäre Emotion.

Meaning:

Glaubenssätze
 Interpretationen
 Analysieren
 Werten und beurteilen

Das SIBAM-Modell ist quasi identisch mit dem „Modalitäten-Konzept“, wie wir es aus dem Focusing kennen. Dort versuchen wir, wenn jemand sich immer nur in einer Modalität ausdrückt, die anderen Modalitäten hinzuzunehmen, z.B. durch: „Und wenn Du diese Trauer spürst, wie fühlt sich das körperlich an?“

Im Somatic experiencing arbeitet man ähnlich. Man versucht auf den verschiedenen SIBAM-Ebenen Ressourcen zu finden und die Ebenen, die durch die traumatische Erfahrung dissoziiert sind, wieder miteinander zu verbinden. Dazu noch einige Beispiele:

Sensation Ebene:

Einen Körperteil nehmen, der sich anders oder gut anfühlt, als der schmerzende Körperteil und zwischen den Körperstellen hin und her pendeln. Dabei bleibt man auf der gleichen Ebene. Man kann aber auch von einer Ebene zu einer anderen wechseln.

Wenn jemand z.B. einen angespannten Knoten im Bauch spürt, kann man anstatt zu einem anderen Körperteil zu gehen, sagen: „Und während du diesen Knoten im Bauch spürst, kommt dir ein Bild dazu?“ Vielleicht kommt dann ein Bild von einem harten, scharfkantigen Felsbrocken, dann ein gegenteiliges Bild finden.“ Kannst du dir ein Bild vorstellen, das genau das Gegenteil ist von diesem harten, kantigen Felsen?“ Oft kommt dann ein Bild von weicher, weißer Baumwolle oder Watte. Wenn jemand das Bild hat fragen: „Und was spürst du in deinem Körper, wenn du dieses Bild hast?“

Impression Ebene:

Starkes fixiertes Bild, das mit dem Trauma zu tun hat, was immer in die Wahrnehmung kommt. Ressource bilden durch gegenteiliges Bild oder Bild weicher machen, z.B. Bild vom Autounfall, zwei Autos stoßen ineinander. Den Klienten sich vorstellen lassen, dass das andere Auto, das in das eigene Auto hineinfährt aus Schaumstoff ist und dann fragen: Was spürst du in deinem Körper?"

Behavior Ebene:

Wenn jemand eine Bewegung macht, die Person darauf hinweisen. Die Bewegung mehrere Male in Zeitlupe ausführen lassen und dann fragen, wie sich das im Körper anfühlt.

Affect Ebene:

Von der Emotion zur Körperempfindung: "Was spürst du in deinem Körper, wenn du diese Trauer fühlst?"

Literaturangabe:

Peter A. Levine: Trauma-Heilung. Synthesis Verlag. Essen 1998

**Kleine Überlegungsfolge der Arbeitsgruppe:
 „Brauchen wir als GFK-TherapeutInnen für die Traumaarbeit
 eine andere Grundhaltung?“**

Lona Rothe-Jokisch

Nach der anregenden und zugleich entspannten Gruppendiskussion hatten wir alle das Gefühl, bei unserer Runde an vielen wichtigen Themen vorbeigekommen und dann schließlich sogar „angekommen“ zu sein. Die wichtigsten Stationen seien hier festgehalten:

- Die Pädagogik spielt in der Traumatherapie doch eine viel größere Rolle als im üblichen Vorgehen
- Die Achtsamkeit richtet sich auch mehr als sonst auf den Rahmen, auf Stop-Vereinbarungen und die Dynamik des Prozesses.
- Die Vorstellung des „Heilens“ könnte etwas in der Beziehung verändern.
- Dieses medizinische Modell zeigt sich auch in der Haltung, daß im Bereich von Traumaarbeit davon ausgegangen wird, daß Klienten bestimmte Grenzen nicht wahrnehmen können, und es die Aufgabe der Therapeutin ist, entsprechend zu intervenieren.
- Andererseits kennen wir das doch auch aus der GFK-Arbeit. Die Haltung bei der „Horror-Spirale“ entspricht doch dem Vorgehen in der Traumaarbeit: Augen auf, Aufmerksamkeit auf die Sinneswahrnehmungen, den Atem, den Raum lenken, Verbindungen herstellen usw.
- Was sich sicher unterscheidet, ist die Modellerklärung: Im Focusing erklärt das Modell die Schritte oder Prinzipien des Vorgehens, in der Traumaarbeit erklärt das Modell neurophysiologische Zusammenhänge als Begründung für das Vorgehen.
- Aber: Vielleicht ist das ja sogar transparenter, weil das Meta-Modell klar gemacht wird.
- Vielleicht betreffen die Unterschiede ja mehr den Umgang mit Monotraumen, als mit kumulativen Traumen.
- Für mich beantwortet sich die Frage, ob Traumatherapie einen Paradigmenwechsel bedeutet mit der Erfahrung, daß neues Wissen immer zunächst die Grundhaltung erschüttert. Später integriert sich das wieder.
- Der Zugang zum Vorgehen hängt vielleicht weniger mit dem Traumakonzept, als mit dem persönlichen Stil des Therapeuten zusammen: Wer auch sonst gern zwischen verschiedenen Beziehungsformen „surft“, mag z.B. Stabilisierungsübungen als generelle Übungseinheiten einbauen, wer eine strenge Therapeutenhaltung vorzieht, mag derartige Übungen eher als „Anreicherungskonzept“ im Hinterkopf haben.

- Es kann aber auch genauso gut von den Klienten abhängen: Die eine profitiert mehr von Training, der andere sucht mehr die therapeutische Beziehung und bedarf dann eher eines „Anreicherungskonzepts“.
- Eine große Rolle für die Art des Vorgehens spielen sicher auch Ort und Rahmenbedingungen: Wo findet die Therapie statt? In der ambulanten Praxis oder in der Klinik?!

Gruppenfazit: Kriterien für Variationen gehen nicht vom Traumakonzept aus, sie betreffen auch nicht die Grundhaltung. Die Kriterien für Variationen betreffen vielmehr den **Zugang zur Traumaarbeit** und hängen ab vom Bedarf der KlientInnen, vom Stil der TherapeutInnen und von den Kontextbedingungen der jeweiligen Einrichtung.

Nachklang

Jeannette Andermatt

Kein Resümée, sondern ein Nachklang: Ist das mit den Trauma-Modellen so wie mit allen neuen Ideen: man meint, es werde alles anders, und am Schluss kochen doch alle nur mit Wasser? Die Hirnforschung kann schon vieles aufzeigen, wie Traumata wirken; doch das ganze Umfeld, das eventuell nicht stimmte, muß trotzdem ausgelotet werden in einer Therapie (bei Traumen wie Übergriffe in der Kindheit).

Analog dazu zeigt für mich Daniel Hell immer wieder genau auf, wie das Verhältnis von Medikamenten und Therapie bei Depressionen ein ergänzendes sein muß. Und genau das Gleiche wird auch bei der Traumatherapie der Fall sein. Das hat etwas Beruhigendes: ich mache doch nicht alles falsch – und etwas Enttäuschendes: es gibt die auf alle Fälle rasch wirksame Therapie also doch nicht.

Ein weiterer Nachklang an die Tagung: ich habe noch nie eine so informative, sachliche, warmherzige, offene Tagung erlebt. Allen, die da mitgemacht haben: herzlichen Dank!

Kontakt / Impressum

Diese Tagung wurde organisiert von:

Ulrich Schlünder, Iserlohn. Tel: 02371 / 27339. p.b.z.@t-online.de

Sie fand statt im:

Hotel Grünwald / Ansbach, Inh. Dörte Hartmann. Tel: 0981 / 460890.

info@hotel-gruenwald.com

Die verbindende Organisation ist das:

GFK-Institut, Wil / Schweiz. Leitung: Christiane Geiser. gfk@bluewin.ch

Die Texte wurden zusammengestellt von:

Wiebke Hundertmark, München. Tel: 089 / 36 10 41 09, 100mark@freenet.de