

**KÖRPERORIENTIERTE
TRAUMATHERAPIE UND
KONZENTRATIVE
BEWEGUNGSTHERAPIE (KBT)**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie
Fachspezifikum KBT

eingereicht von
Mag. Walter Klocker

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: Dr. Elisabeth Oedl-Kletter
Betreuerin: Mag. Christa Paluselli-Mortier

Wien, am 27.10.2020

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag. Walter Klocker, erkläre,

1. dass ich die schriftliche Arbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich die schriftliche Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der schriftlichen Arbeit unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

ABSTRACT (DEUTSCH)

In dieser Arbeit werden Schlüsselfaktoren der körperorientierten Traumatherapie herausgearbeitet, um diese der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) gegenüberzustellen. Die Fragestellung lautet, inwieweit die KBT bereits in ihrer Methodik und auch in der Gestaltung der konkreten „Angebote“ (Erfahrungsmöglichkeiten im therapeutischen Setting), die Basis dazu bietet, in den Bereichen dieser Schlüsselfaktoren der körperorientierten Traumatherapie, sicher und effektiv mit Menschen mit Traumafolgestörungen zu arbeiten. Somatische Traumatherapie und Konzentrative Bewegungstherapie haben viele Parallelen und die KBT macht in der über viele Jahrzehnte gewachsenen körperpsychotherapeutischen Arbeit sehr vieles, was heute in den körperorientierten Traumatherapien beschrieben wird – allerdings ohne es konkret im Traumakontext entwickelt zu haben. Mit dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass die wesentlichen Punkte der körperorientierten Traumatherapie durch die KBT abgedeckt werden können, sofern sich der/die KBT-Therapeut*in mit Trauma fundiert auseinander gesetzt hat und die KBT in diese Richtung „interpretieren“ kann. Damit kann eine ganzheitliche Psychotherapie entstehen, die Traumalösung sinnvoll in den gesamten therapeutischen Prozess integriert.

ABSTRACT (ENGLISH)

This Master thesis examines key factors of body-oriented trauma therapy and compares them with Concentrative Movement Therapy (CMT). In the context of said key factors, this paper asks to what extent CMT methodology and its concrete applications (experiential uses in a therapeutic setting) already offers a safe and effective basis for working with people dealing with trauma-related disorders. Somatic trauma therapy and Concentrative Movement Therapy have many parallels, and CMT applies much of what has been developed in the somatic psychotherapeutic work of the past several decades as well as body-oriented trauma therapies as they are described today - but without having specifically developed it in the context of trauma. The aim of this paper is to

show that the essential aspects of body-oriented trauma therapy can be covered by CMT, provided that the CMT therapist has an in-depth understanding of trauma and can "interpret" CMT in this direction. This can result in a holistic psychotherapy that can meaningfully integrate trauma resolution into the entire therapeutic process.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	7
2	Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	8
2.1	KBT und Traumatherapie	12
3	Trauma und Traumafolgen	13
3.1	Was versteht man unter Trauma?	14
3.2	Mögliche Folgen einer Traumatisierung	16
4	Gemeinsamkeiten und Schlüsselfaktoren Körperorientierter Traumatherapie und KBT	24
4.1	Grundlagen: Der Körper als wesentlicher Faktor in der Traumatherapie	25
4.1.1	Der Körper als wesentlicher Faktor in der KBT	32
4.2	Die Rolle des/der Therapeut*in	34
4.2.1	Die Rolle des/der Therapeut*in – KBT	40
4.3	Sicherheit, Stabilität, Ressourcen	43
4.3.1	Sicherheit, Stabilität, Ressourcen – KBT	54
4.4	Rhythmus und Synchronie	57
4.4.1	Rhythmus und Synchronie – KBT	60
4.5	Wahlmöglichkeiten schaffen, Selbststeuerung ermöglichen	61
4.5.1	Wahlmöglichkeiten schaffen, Selbststeuerung ermöglichen – KBT	62
4.6	Interozeption – Selbstwahrnehmung, Gewahrsein, Achtsamkeit	63
4.6.1	Interozeption - Selbstwahrnehmung, Gewahrsein, Achtsamkeit - KBT	76
4.7	Das Toleranzfenster des ANS – Regulation und Selbstregulation	80
4.7.1	Das Toleranzfenster des ANS – Regulation und Selbstregulation – KBT	82
4.8	Verbinden der Ebenen Körper – Gefühle – Denken im Erleben	83
4.8.1	Verbinden der Ebenen Körper – Gefühle – Denken im Erleben – KBT	86
4.9	Die Sprache wiederfinden und das vollständige Narrativ wiederherstellen	87

4.9.1	Die Sprache wiederfinden und das vollständige Narrativ wiederherstellen – KBT	88
4.10	„Die Gefahr ist vorüber“ - Gegenwart und traumatische Vergangenheit unterscheiden lernen	90
4.10.1	„Die Gefahr ist vorüber“ - Gegenwart und traumatische Vergangenheit unterscheiden lernen – KBT	92
4.11	Traumaexposition?	94
4.11.1	Traumaexposition? – KBT	95
4.12	Prozessorientierung – Raum für die Selbstheilungskräfte schaffen	96
4.12.1	Prozessorientierung – Raum für die Selbstheilungskräfte schaffen – KBT.....	98
4.13	Spontane Bewegungen, Reflexe, Impulse	99
4.13.1	Spontane Bewegungen, Reflexe, Impulse – KBT	100
4.14	Aktivierung – aus der Erstarrung in Bewegung kommen oder Angst und Immobilität entkoppeln	101
4.14.1	Aktivierung – aus der Erstarrung in Bewegung kommen oder Angst und Immobilität entkoppeln – KBT	107
4.15	Ende oder Anfang? – Integration	108
4.15.1	Ende oder Anfang? – Integration – KBT	111
5	Schlussbemerkungen	112

1 Einleitung

Diese Arbeit über körperorientierte (somatische) Traumatherapie entsteht im Rahmen der Ausbildung zum Psychotherapeuten in der Fachrichtung Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). Die KBT ist eine in Österreich anerkannte Psychotherapiemethode, deren Herangehensweise sich dahingehend von anderen Psychotherapierichtungen unterscheidet, dass sie von einer Ganzheit des menschlichen Organismus ausgeht, in dem die Psyche nicht vom Körper getrennt werden kann. Insofern ist psychotherapeutische Arbeit im Sinne der KBT immer auch ein Erfassen des Körpers, der Körperempfindungen und der sehr individuellen äußeren und inneren Bewegung(en) von Klient*innen. So kann in vielen Fällen über den Körper z.B. diagnostisch gearbeitet, können Muster entdeckt und erforscht, Zugänge zu unbewussten Erinnerungen gefunden, Ressourcen aufgebaut, oder auch neue Gewohnheiten etabliert werden.

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) haben in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Das Wort Trauma scheint in der Psychotherapie, aber auch in der Gesellschaft allgegenwärtig. Da ich in meiner bisherigen therapeutischen Arbeit immer wieder mit Traumata konfrontiert wurde, und ich auch davon ausgehe, dass viele psychische Symptomatiken als Traumafolgen gesehen werden können, war für mich sehr bald klar, dass ich meinen Forschungs- und Arbeitsschwerpunkt auf diesen Bereich legen möchte.

Als Psychotherapeut, der auch den Körper in die therapeutische Arbeit mit einbezieht, wie auch als Yoga- und Achtsamkeitslehrer, habe ich mich im Bereich der Traumatherapie speziell mit den körperorientierten Ansätzen befasst und darüber hinaus gehend auch, wie Yoga und Achtsamkeit den Traumaverarbeitungsprozess unterstützen können. Ich möchte in dieser Arbeit – nach einem kurzen Überblick über Traumasymptome aus der Sicht der somatischen Traumatherapie – herausarbeiten, welche wesentlichen Gemeinsamkeiten unterschiedliche Ansätze der körper- und achtsamkeitsbasierten

Traumatherapien aufweisen und diese zentralen Punkte auch der Konzentrativen Bewegungstherapie gegenüberstellen. In meiner Arbeit als KBT Therapeut und meiner Auseinandersetzung mit der körperorientierten Traumatherapie, sind mir immer wieder offensichtliche Parallelen und Gemeinsamkeiten dieser Methoden aufgefallen. Daher möchte ich herausfinden, ob die KBT – anhand der herausgearbeiteten Kernpunkte der körperorientierten Traumatherapie – traumatherapeutisch eingesetzt werden kann. Mein Hauptfokus ist sicher das Gemeinsame, das Verbindende zu finden und darzustellen, inwieweit diese Ansätze in der praktischen Arbeit zusammenpassen und zusammengeführt werden können.

Eine Herausforderung in dieser Arbeit ist, die begrifflichen und sprachlichen „Welten“ der körperlichen Traumatherapie und der konzentrativen Bewegungstherapie zusammenzubringen. Der somatische Traumaansatz ist im Prinzip ein sehr einfacher, die KBT mit ihren vielen Einflüssen und der Anbindung an Entwicklungspsychologie, Existenzphilosophie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, ein sehr komplexer und sprachlich sehr exakter und differenzierter Ansatz. Ich habe mich in dieser Arbeit auf die Sprache des körperorientierten Traumaansatzes eingelassen, und dort, wo es konkret um die KBT geht, ihre Sprache verwendet. Mein Ziel war, trotzdem eine verständliche und einheitlich lesbare Arbeit zu schreiben, die eine Basis dazu legt, diese beiden Ansätze sinnvoll miteinander verbinden zu können.

2 Konzentrative Bewegungstherapie (KBT)

Selbst nach jahrelanger theoretischer und praktischer Auseinandersetzung mit der konzentrativen Bewegungstherapie ist es gar nicht so einfach, eine kurze prägnante Definition dieser in Österreich anerkannten Psychotherapiemethode zu finden. Ein Grund dafür scheint die Tatsache zu sein, dass in der KBT verschiedene Strömungen zusammenfließen.

Eine Basis für die KBT schuf bereits in den 1920er Jahren Elsa Gindler, die freie Bewegung, den freien Ausdruck des Körpers mit einem ganz bewussten Erfahren

und Spüren als Gegenbewegung zu den sehr einengenden und strengen damaligen Turnübungen propagierte. In Gindlers Arbeit wurde sehr schnell klar, dass diese Art des Bewegens und „auf-den-Körper-eingestimmt-sein“ bei den Teilnehmer*innen nicht nur körperlich, sondern auch psychisch-emotional wirkte. So wurde Gindlers „Gymnastik“ zu einer unterstützenden Methode der Psychoanalyse.

In den 1950er Jahren lernte Helmuth Stolze, Arzt und Psychoanalytiker, über Gertrud Heller die „Gindler-Methode“ kennen, arbeitete und experimentierte damit, und benannte die Methode 1958 als „Konzentrierte Bewegungstherapie“. Dies war zunächst als vorläufig gedacht, blieb aber letztlich so. Die Konzentrierte Bewegungstherapie ist eine „leiborientierte“ Psychotherapiemethode, wobei sich Bewegung nicht nur auf die äußere, sondern auch auf die innere (emotionale) Bewegung, und auch auf die „Entwicklungs-Bewegung“ bezieht. Und „konzentriert“ bedeutet so viel wie ein achtsames Richten der Wahrnehmung auf den jetzigen Moment. Dabei ist die Wahrnehmung nicht „konzentriert“ (= angespannt fokussiert), sondern entspannt und weit. So setzt die KBT auf eine Entwicklung der Wahrnehmung und des Spürens, letztlich eine Vertiefung der Selbstwahrnehmung (vgl. Schreiber-Willnow, 2016, S. 9 ff)

Die KBT entwickelte sich also aus einer sehr freien und offenen Bewegungs-, Wahrnehmungs- und Spürarbeit im Kontext der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, wobei allerdings anfangs kein eigenes psychotherapeutisches Theoriegebäude vorhanden war. In weiterer Folge, auch für die Anerkennung dieser Methode in Österreich, wurde die Wirkung der KBT mit entsprechenden philosophischen, psychologischen, psychotherapeutischen Theorien untermauert.

Neben Elsa Gindler und ihrer freien Bewegungsarbeit und der Psychoanalyse, werden noch einige weitere wesentliche Ansätze als Basis der KBT angesehen. Zuerst wird oft die Entwicklungspsychologie von Jean Piaget genannt und seine Forschungen zur Entwicklung von Wahrnehmungs-, Handlungs- und

Denkstrukturen, weiters die Existenzphilosophie (Gabriel Marcel und Maurice Merleau-Ponty), der Gestaltkreis nach Viktor von Weizsäcker, die tiefenpsychologischen Theorien zur Ich-Entwicklung (A. Freud, Hartmann, Blanck und Blanck) und zur Objektbeziehung (Balint, Mahler, Erikson, Winnicott, Kohut, Kernberg) und auch die neuesten Erkenntnisse der Säuglingsforschung (Lichtenberg, Stern und Sanders) (vgl. Pokorny et al., 2001, S. 23).

Die KBT geht ganz klar über die Leib-Seele-Dualität hinaus und geht von einer Einheit von Körper und Seele aus. „Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens“ ist ein ganz wesentlicher Satz, der in der KBT immer wieder auftaucht. Oder in den Worten des Existenzphilosophen Gabriel Marcel: „Ich habe einen Körper und bin mein Leib“. Darin zeigt sich auch die Differenzierung in Körper (auf der Wurzel des Wortes „Corpus“, das auch Leiche bedeutet) als das rein Physische, Materielle und in Leib (das dieselbe sprachliche Wurzel wie das Wort „Leben“ hat), der in dieser Definition für den ganzen Menschen in seiner lebendigen Existenz mit Körper, Geist und Seele steht. Der Einfachheit halber werde ich in dieser Arbeit diese Differenzierung nicht durchziehen, da sich in der englischen Sprache, in der viele der körperorientierten Traumatherapiewerke geschrieben wurden, diese Unterscheidung nicht finden lässt und es immer um „body“ geht. Ich meine daher mit dem Wort „Körper“ in dieser Arbeit immer „die lebendige, „leibhaftige“ Existenz des Menschen“ (vgl. Schreiber-Willnow, 2016, S. 20 f).

„Grundidee der KBT ist, über den Zusammenhang von Wahrnehmen und Bewegen, Sprechen und Denken zum Begreifen zu kommen.“ (Schreiber-Willnow, 2016, S. 14).

In der konkreten Arbeit mit der konzentrativen Bewegungstherapie bedeutet dies, dass wir die Klient*innen dazu anregen, in einem konzentrativen Zustand (wach, präsent, im Hier und Jetzt), sich der Erfahrung des jetzigen Moments, den äußeren und inneren „Bewegungen“, zuzuwenden. Über dieses achtsame Zuwenden wird die Verbindung zum Körper und damit auch zum eigenen Selbst

vertieft. Und all dies geschieht in freien „Angeboten“, die dazu anregen, eine forschende Haltung einzunehmen, ohne ein konkretes Ziel vor Augen zu haben. Dadurch kann immer mehr auch in der äußeren Bewegung und über freie „Ausdrucksassoziation“ der eigene Ausdruck gefunden werden. So entsteht ein Raum des „Geschehen-lassens“, in dem die Selbstregulations- und Selbstheilungskräfte wirksam werden können.

Da in dieser Arbeit nicht der Raum ist, um die KBT in Zusammenhang mit all ihren Einflüssen im Detail zu beschreiben, hier eine kurze zusammenfassende Darstellung des „therapeutischen Vorgangs“ in der KBT nach Schreiber-Willnow:

„1. Körperwahrnehmung: KBT richtet die Aufmerksamkeit auf Körperempfindungen in Ruhe und Bewegung im Liegen, Sitzen, Stehen und Gehen.

2. Körpererleben: Im Erleben des eigenen Körpers sowie im handelnden Umgang mit der Welt und den anderen Gruppenmitgliedern können alte Handlungsdialoge nachvollzogen werden und verdrängte, im Körper gespeicherte Erinnerungen bewusst werden.

3. Nonverbale Symbolisierung: Über den Weg der sinnlichen Wahrnehmung von Gegenständen kann der Patient/die Patientin haptische Symbole, über die Wahrnehmung von Bewegungsabläufen und Gebärden Bewegungssymbole lebensgeschichtlich bedeutsamer Situationen finden.

4. Sprachliche Symbolisierung: Durch das aufmerksame konzentrierte Hinspüren werden Körpersensationen dem Bewusstsein zugänglich und können im therapeutischen Gespräch ihre sprachliche Form finden und so der verbalen Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Konzentrierte Bewegungstherapie ermöglicht ein Gleiten durch verschiedene Symbolisierungsebenen: Körper, Bilder, Handlung und Worte.“ (Schreiber-Willnow, 2010, zitiert in Schreiber-Willnow, 2016, S.14)

2.1 KBT und Traumatherapie

Da ich mich zeitgleich zur KBT Ausbildung auch mit körperorientierten Traumatherapien (v.a. Somatic Experiencing von Peter Levine) auseinandergesetzt habe, ist mir immer wieder aufgefallen, dass es Überschneidungen in den Ansätzen gibt und dass es ein Potenzial gäbe, die KBT, sofern der/die Therapeut*in auch Traumakompetenz hat, auch als Traumatherapie mehr in den Blickpunkt zu rücken.

Es gibt auch bereits KBT Therapeut*innen, die sich intensiv mit dem Thema Trauma auseinandersetzen und in ihrer Arbeit mit traumatisierten Menschen Erfahrungen mit KBT und PTBS gemacht haben. Beschrieben wird dies z.B. von Ulrike Schmitz in ihrem Buch „Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) zur Traumabewältigung“ und im Lehrbuch „Konzentrierte Bewegungstherapie“, oder auch von unterschiedlichen Autor*innen in einer Sammlung von Artikeln in der „Zeitschrift für Konzentrierte Bewegungstherapie“, Ausgabe 2014.

In der österreichischen Ausbildung (Fachspezifikum KBT) war bis zum Jahr 2019 „Trauma“ noch nicht als eigenständiges Seminarthema vorhanden. Nun gibt es ein Theorieseminar zu diesem Thema, das die Ausbildungskandidat*innen, in die Traumatheorie einführt und auch herausarbeitet, wie die KBT als Traumatherapie eingesetzt werden kann. Mariella Bidovec-Kraytcheva hat im Rahmen ihrer schriftlichen Arbeit in der Ausbildung zur Lehrtherapeutin die KBT als eigenständige Traumamethode beschrieben. Das Potential der KBT als Traumatherapiemethode wurde also bereits erkannt, wobei hier gerade eine theoretische Basis im Entstehen ist, die voraussichtlich in den nächsten Jahren sowohl praktisch als auch theoretisch noch weiter vertieft werden wird.

Nach Schmitz sollte eine Traumatherapie folgende vier Voraussetzungen erfüllen:

1. Sie sollte Möglichkeiten anbieten, Flashbacks entgegenzusteuern und sie begrenzen zu können.

2. Ebenso sollten Möglichkeiten zur Selbstregulation entstehen, um aus Hyper- oder Hypoarousal bewusst heraus kommen zu können und Kompetenz und Selbstwirksamkeit dabei zu erleben.
3. Es sollten Möglichkeiten aufgebaut werden, in traumatische Erinnerungen bewusst und dosiert unter Beibehaltung des Gewahrseins des jetzigen Moments hineinzugehen, sie symbolisch verarbeitbar zu machen, zu versprachlichen und sie damit ins autobiographische Gedächtnis zu integrieren.
4. Es sollten Möglichkeiten geschaffen werden, sich wiederholende, traumatisierende und unbewusste Beziehungsgestaltung zu unterbrechen und neuartige Beziehungs- und Handlungserfahrungen zu machen.

Sie sieht all diese Voraussetzungen in der KBT „über ihren wahrnehmungs- und handlungsorientierten Ansatz in hohem Maß“ als erfüllt an (vgl. Schmitz, 2004, S. 15).

Der Beitrag dieser Arbeit soll sein, dass die Stärken der KBT im Bereich der Traumatherapie, durch den Vergleich mit den körperorientierten Traumatherapiemethoden noch weiter herausgearbeitet und bewusst gemacht werden. Ebenfalls soll gezeigt werden, dass die physiologischen Ansätze, traumatische Erstarrungen aufzulösen, in die KBT integriert bzw. mit den Mitteln der KBT umgesetzt, und dadurch traumatisierte Menschen in ihrem Wachstums- und Heilungsprozess unterstützt werden können.

3 Trauma und Traumafolgen

Bereits in meiner Literaturarbeit im Jahr 2018 habe ich mich mit dem Thema „Traumafolgen aus der Sicht der körperorientierten Traumatherapie“ beschäftigt. Darin wurde die Symptomatik von Traumafolgen auf physischer, neurologischer, psychischer, emotionaler und sozialer Ebene ausführlich beschrieben. In dieser Masterarbeit soll nun die therapeutische Arbeit mit Traumafolgen im Vordergrund stehen. Da das Wissen um die Folgen von

Traumatisierungen eine wichtige Basis für das Verstehen der Traumatherapien und damit dieser Arbeit ist, möchte ich im nächsten Kapitel das Thema Traumafolgen, kurz zusammengefasst, darstellen.

3.1 Was versteht man unter Trauma?

Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung oder Wunde. Als Psychotrauma wird die verletzende Auswirkung eines schrecklichen Ereignisses auf die menschliche Psyche bezeichnet. Es ist daher nicht, wie oft in der Alltagssprache verwendet, das Ereignis selbst gemeint, sondern die psychisch-emotionalen Folgen dieses Ereignisses (vgl. Tripolt, 2016, S. 27).

Traumata werden oft in Monotrauma (Trauma Typ 1: ein einmaliges höchstbedrohliches Ereignis, wie z.B. ein Unfall, eine Naturkatastrophe, ein Überfall, eine Vergewaltigung), und in Komplexe Traumafolgestörung (Trauma Typ 2: sich wiederholende traumatisierende Erfahrungen – entweder mehrere Einzelereignisse oder eine über längere Zeit andauernde Traumatisierung, wie z.B. Kriege, Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, Mobbing).

Für länger andauernde traumatische Erfahrungen in der Kindheit haben sich in der Literatur noch weitere Bezeichnungen durchgesetzt, wie das Bindungs- oder Beziehungstrauma, oder auch Entwicklungstrauma. Die Traumafolgen sind in diesen Fällen besonders schwerwiegend, sind sie doch in einer Phase des Lebens passiert, in dem der ganze Organismus noch nicht ausgereift war und die Verletzungen tief gehende und nachhaltige Auswirkungen auf das sich entwickelnde Nervensystem, die noch filigrane Psyche, das Selbstbild etc. haben. Traumaspezialist*innen, die sich mit Entwicklungstraumata beschäftigen, wie z.B. Laurence Heller, gehen auch davon aus, dass Traumatisierungen nicht bei jedem Menschen gleichermaßen passieren müssen, sondern dass es um die subjektive Wahrnehmung der Gefährlichkeit einer Situation geht. Es ist nachvollziehbar, dass ein Kleinkind viel schneller und durch andere Ereignisse eine Todesangst erleben kann als ein erwachsener Mensch. So kann z.B. die

Abwesenheit der Mutter über einen längeren Zeitraum, v.a. wenn dies immer wieder passiert, für ein Neugeborenes traumatische Auswirkungen haben.

Im ICD10 werden unter F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ beschrieben. Der hier zentrale Begriff in Bezug auf diese Arbeit ist die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1):

„Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“

In traumatisierenden Situationen besteht eine Diskrepanz zwischen „bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (Schmitz, 2004, S. 33). Bedrohungssituationen lösen Kampf- oder Fluchtreaktionen aus. Wenn weder das eine noch das andere möglich oder erfolgreich ist, spricht Michaela Huber (in Tripolt, 2016, S. 29) von der „traumatischen Zange“. Es entsteht eine Ausweglosigkeit, die „das ganze System des Menschen unter enormen Stress“ setzt, und die weiteren Folgen sind „extreme Hilflosigkeit, Todesangst, Erstarrung und schließlich ermattetes Aufgeben.“ (Tripolt, 2016, S. 29).

Peter Levine, der Begründer von „Somatic Experiencing“, ging in der Entwicklung seiner Traumatherapie von den Beutetieren in der freien Wildbahn aus, die sich nach einem lebensbedrohlichen Ereignis einfach abschütteln und danach so weiterleben als sei nichts passiert (vgl. Levine, 2011a, S. 33). Ähnliche Phänomene hat er auch bei seinen Patient*innen erlebt, wenn diese in den Prozess der Traumaverarbeitung kamen. Es schien so, als käme der Körper über dieses Zittern aus der traumatischen Starre, und Bewegungen, die durch die traumatisierende Situation abgestoppt und unterdrückt wurden, wurden vollendet (z.B. eine Kampf- oder Fluchtreaktion). So ist Peter Levine davon überzeugt, dass die Heilung eines Traumas primär ein körperlicher Prozess ist,

der natürlich auch psychische und emotionale Konsequenzen hat. Für ihn ist auch klar, dass eine Traumamethode „nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie darauf beruht, eine Verbindung zum Körper herzustellen.“ (Levine, 2011a, S. 34).

Kann nach einem lebensbedrohlichen Ereignis der Normalzustand durch Abschütteln und Loslassen der Energie, die für den Kampf oder die Flucht zur Verfügung gestellt wurden, nicht mehr erreicht werden, bleibt der Organismus in der Erstarrung oder im kollabierten Zustand stecken und gleichzeitig sind eine Menge an Energie, Hormonen, Gefühlen (v.a. Angst) usw. im Körper weiterhin präsent und beeinflussen das Leben nachhaltig. Levine geht davon aus, dass „Immobilität nur dann zu einer anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörung führt und Menschen in die Falle der traumatischen Feedbackschleife geraten, wenn dieser Zustand mit intensiver Angst und weiteren negativen Emotionen verbunden ist.“ (Levine, 2011b, S. 82)

Ob sich nun tatsächlich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt oder nicht, hängt von verschiedensten Faktoren ab. Zum einen ist das Alter (zum Zeitpunkt des traumatisierenden Ereignisses) ein wichtiger Faktor und zum anderen die Resilienz und die Ressourcen, die ein Mensch zur Verarbeitung des Traumas zur Verfügung hat. Weiters hängt es davon ab, wie der/die Betroffene bei der Verarbeitung direkt nach dem Erlebnis von anderen Menschen unterstützt wird und von der Art des Traumas (vgl. Rothschild, 2017, S. 34 und Tripolt, 2016, S. 27).

3.2 Mögliche Folgen einer Traumatisierung

Die Folgen einer traumatischen Erfahrung auf der Ebene des autonomen Nervensystems (ANS) sind in der obigen Beschreibung bereits grob enthalten. In einer Gefahrensituation wird vom limbischen System, im Speziellen von der Amygdala, die Einschätzung der Gefahr vorgenommen und an den Hypothalamus weitergeleitet, der die gesamte Kette der Hormonausschüttung auslöst, die zur Stressreaktion des vegetativen Nervensystems, also zur Aktivierung des Sympathikus, führt. Ist die Gefahrensituation wie oben

beschrieben ausweglos, kommt der dorsale Vagus ins Spiel und der Organismus erstarrt oder schaltet ganz ab.

Ein wesentliches Symptom eines Traumas ist das sogenannte Hyperarousal, d.h. dadurch, dass das System, nachdem es voll hochgefahren wurde, erstarrt ist, verbleibt es im Alarmzustand. Der/die Betroffene fühlt sich weiterhin bedroht und das vegetative Nervensystem ist weiterhin hochgefahren (vgl. z.B. Rothschild, 2017, S. 78). Die Amygdala und das gesamte limbische System können sehr leicht alarmiert werden und Reize (Objekte, Geräusche, Bewegungen, etc.) die ähnlich sind, wie jene in der traumatischen Situation, aber in der aktuellen Situation völlig neutral, können wieder zur Wahrnehmung von Gefahr führen.

Weiters ist Hypervigilanz ein Kennzeichen für traumatisierte Personen. Aufgrund des hochgefahrenen Nervensystems ist der/die Betroffene ständig wachsam und auf Gefahr und Überleben fokussiert.

Das Nervensystem verlässt während einer traumatischen Erfahrung massiv das übliche „Toleranzfenster“ zwischen Übererregung (Schreck, Impulsivität, Reizbarkeit) und Untererregung (Taubheit, Erschlaffung, Erstarrung). Menschen mit einer PTBS entwickeln, v.a. wenn diese traumatische Erfahrung bereits in der Kindheit passierte, ein enges Toleranzfenster und reagieren sehr schnell mit Übererregung oder auch Erstarrung und Dissoziation.

Ein weiteres wesentliches Symptom der PTBS sind Flashbacks, d.h. Betroffene werden von Bildern, Empfindungen, Verhaltensimpulsen aus dem impliziten Gedächtnis, sowohl physisch als auch psychisch überschwemmt (Intrusionen). Problematisch ist dabei, dass diese Erfahrungen mit keinerlei Erinnerungen in Verbindung gebracht und damit auch vom expliziten Gedächtnis nicht sinnvoll eingeordnet und verstanden werden können. Dies führt zu einer zusätzlichen Angst vor dem, was im eigenen Körper und Verstand passiert. Es ist hier nicht möglich, die gegenwärtige Situation von der Vergangenheit zu unterscheiden und der/die Betroffene hat das Gefühl, dass all die Phänomene in der Gegenwart

stattfinden. Diese Flashbacks können sowohl durch äußere Sinnesreize als auch durch Körperempfindungen ausgelöst werden (vgl. Rothschild, 2017, S. 75).

Ein Gegenstück zum Flashback sind die sog. Vermeidungssymptome. Hierbei wird viel Energie aufgewendet, um Erinnerungen an ein erlebtes Trauma zu unterdrücken und darüber hinaus alle Situationen, Menschen, etc. zu vermeiden, die an das Trauma erinnern bzw. die Erinnerung triggern könnten.

Die stärkste Form der Vermeidung ist Dissoziation. Hierbei wird ein Teil des Erlebten vollständig abgeschottet und nicht mit dem restlichen Erlebten abgespeichert. Dissoziation scheint nach Porges ein Mittel angesichts von Todesgefahr zu sein, um „den Organismus vor dem kompletten „shut down“, also dem „Tod durch Schock“ zu schützen.“ (Tripolt, 2016, S. 33).

Dissoziation ist eines der Kernsymptome von PTBS. In der Gefahrensituation, wenn weder Kampf noch Flucht möglich ist, flüchtet das Bewusstsein. Die Person ist nicht mehr vorhanden, körpereigene Opiate verringern das Schmerzempfinden, man erlebt die Szenerie wie von außen, in Zeitlupe oder wird überhaupt ohnmächtig.

Dissoziation zeigt sich auch oft, wenn Menschen völlig emotionslos von schrecklichen Ereignissen berichten und dabei unpassend distanziert bleiben. Dissoziation führt dazu, dass wir Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen, etc. die mit dem Trauma zu tun haben, abspalten. Dies hat aber auch zur Folge, dass wir uns von uns selbst, unserem Körper, unserem freien Gefühlsleben und unserer Lebendigkeit abschotten. Was weiters dazu führt, dass viele traumatisierte Menschen sehr starr und rigide wirken.

Auf der emotionalen Ebene hinterlassen Traumata gravierende Spuren. Menschen mit traumatischen Erfahrungen leiden oft darunter, dass das Gefühlserleben sich wie betäubt anfühlt. Gleichzeitig sind Angst und Wut häufige Begleiter. Auch das Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins,

Schuldgefühle und Scham sind sehr wahrscheinlich bei PTBS Betroffenen häufig anzutreffen.

Oft leiden Betroffene daher auch unter Gefühlen der Wertlosigkeit, neigen zu Selbstkritik und dazu, dies auf einen Großteil der eigenen Erlebnisse, Entscheidungen und Handlungen zu übertragen. Dies führt zu einem negativen und verzerrten Selbstbild (vgl. Emerson et al, 2012, S. 41).

Insgesamt, und das ist ein wesentliches Symptom speziell bei komplexer PTBS, ist die Affektregulation stark beeinträchtigt. Das kann bedeuten, dass Betroffene mit den auf sich einstürmenden Emotionen nicht umgehen können, dass sie überflutet und überfordert werden, oder aber, dass sie nicht oder nur wenig dazu in der Lage sind, diese Emotionen überhaupt zu spüren. Diese Dysregulation kann zu Schlaf- oder Essstörungen, Angst- und Panikattacken, Zwängen, Depressionen und Suchtverhalten führen (vgl. Heller et al, 2013, S. 16)

Darüber hinaus ist emotionale Dysregulation nicht nur ein Symptom von Traumata, sondern erhöht auch die Anfälligkeit für Stress und Traumatisierung (vgl. Heller et al, 2013, S. 17).

Levine beschreibt Trauma-Betroffene als „die lebenden Toten“, da „...traumatisierte Individuen zwar die äußeren Schritte, die ihnen das Leben abverlangt, [absolvieren], jedoch ohne sich wirklich lebendig oder mit dem Leben verbunden zu fühlen. Solche Menschen fühlen sich bis in den innersten Wesenskern leer.“ (Levine, 2011b, S. 95) Depression scheint mit großer Wahrscheinlichkeit eine der vielen Folgen von PTBS zu sein bzw. eine hohe Komorbidität aufzuweisen. Kein Wunder, wenn das System erstarrt ist und man sich vom Leben und seinen Gefühlen abgeschnitten fühlt.

Auch auf der körperlichen Ebene fühlen sich Betroffene von ihrem eigenen Körper abgeschnitten. Dies kann soweit gehen, dass sie den eigenen Körper als Feind erleben, da darin die traumatische Situation abgespeichert ist. All die Körpersymptome und -empfindungen sind ja, wenn das Trauma noch nicht

verarbeitet wurde, präsent und lösen große Angst aus. Sie fühlen sich in ihrem Körper nicht sicher. „Unsere Beziehung zu unserem eigenen Körper ist häufig eine einzige große Traumafolge. Wir können in vielerlei Hinsicht aufhören, für uns selbst zu sorgen; das kann in Form von Drogen- und Alkoholmissbrauch geschehen, in Form von hochriskantem sexuellen Verhalten, in Form von extremem Abnehmen oder von Fettleibigkeit sowie durch andere Akte der Selbstschädigung.“ (Emerson et al, 2012, S. 31)

Weiters ist es bei Menschen mit schweren Traumafolgestörungen so, dass sie ihren Körper oder einzelne Körperteile als völlig fremd erleben, so als stünden sie völlig neben sich (Derealisationsphänomen). „Daraus folgt oft der Verlust der Fähigkeit, die Bedeutung von Körperreaktionen, Muskelaktivierung und Emotionen zu erkennen und adäquat einzuordnen. Wenn der Kontakt zu eigenen Körpersignalen und Bedürfnissen verloren geht, bedeutet das auch, dass es nicht möglich ist, auf emotionale Zustände und Bedürfnisse von anderen adäquat zu reagieren.“ (Tripolt, 2016, S. 33 f)

Durch das Hyperarousal des Nervensystems kommt es auch langfristig zu beängstigenden Körpersymptomen, die den Erfahrungen während eines Traumas entsprechen. Beschleunigung der Herzfrequenz, kalter Schweiß, beschleunigter Atem, Herzrasen, Hypervigilanz. Wenn sich dies chronifiziert, können daraus Schlafstörungen, Appetitverlust, sexuelle Dysfunktion und Konzentrationsschwierigkeiten entstehen (vgl. Rothschild, 2017, S. 25). Umgekehrt können auch physische Symptome Trigger für Erinnerungen an traumatische Erlebnisse sein, wodurch ein Teufelskreis entstehen kann und sogar sehr wahrscheinlich ist.

Der Körper und das Nervensystem sind in einem Zustand der Immobilität mit einem stark erhöhten Muskeltonus gefangen. Dies führt auf Dauer zu massiven Verspannungen. Darüber hinaus zeigt der Körper auch Symptome, die auf z.B. Gewalterfahrungen zurückzuführen sind, Schutzhaltungen wie z.B. ein

Zusammenziehen des ganzen Körpers, ein Hochziehen der Schultern, oder ein Wegdrehen (vgl. Tripolt, 2016, S. 32 f).

Ist der Organismus dauernd in einem Zustand der erregten Immobilisation gefangen, also das ANS (Autonomes Nervensystem) ständig aus dem Gleichgewicht, sind somatische Folgen eine logische Konsequenz. So zählen z.B. Magen-Darm-Beschwerden, bestimmte Formen von Asthma, Migräne, chronische Schmerzen, chronische Erschöpfung zu typischen körperlichen Begleiterscheinungen von Trauma (vgl. Levine, 2011b, S. 137).

Trauma und Sucht hängen oft eng zusammen, da Substanzen dabei unterstützen können, mit den extremen Emotionen und Spannungen, die nicht verarbeitet wurden, irgendwie zurande zu kommen. Anfänglich kann sich dies als Lösungsstrategie gut anfühlen, langfristig erzeugen diese Gewohnheiten zusätzliche Probleme und verhindern darüber hinaus auch die kohärente Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse.

Was die Erinnerung betrifft, so wird bei einem traumatischen Ereignis der Hippocampus unterdrückt – er ist durch Stress sehr leicht zu beeinträchtigen –, sodass die Verarbeitung und Speicherung des Erlebten und der damit verbundenen Sinneseindrücke nicht unterstützt werden können. Der Hippocampus ist dafür verantwortlich das Erleben in seiner zeitlichen und räumlichen Dimension einzuordnen. Und so fühlt sich der Betroffene weiterhin so, als sei das traumatisierende Ereignis noch nicht zu Ende. Eine endlos scheinende Gefahrensituation, die existenziell bedrohlich ist (vgl. Rothschild, 2017, S. 32 f).

Die erlebten Symptome werden nicht in Zusammenhang mit der entsprechenden bedrohlichen Erfahrung gebracht, sofern diese überhaupt erinnert wird. Das führt bei den Betroffenen dazu, dass die auftretenden Symptome nicht erklärbar sind und extreme Angst auslösen. Vielfach sind bei Menschen mit nachhaltigen und länger andauernden Traumatisierungen, v.a. auch in frühester Kindheit, ganze

Lebensphasen wie ausgelöscht und können nicht erinnert werden. "Trauma-Überlebende haben Symptome statt Erinnerungen, wenn sie in die Therapie kommen." (Fogash, zitiert in Tripolt, 2016, S. 44)

Die kohärente Abspeicherung des Erlebten funktioniert nicht mehr, die verschiedenen Sinneseindrücke (visuell, auditiv, olfaktorisch, gustatorisch, kinästhetisch, propriozeptiv) werden nicht gemeinsam in Raum und Zeit verortet abgespeichert, da diese Verarbeitungsfähigkeiten kurzzeitig zugunsten des Überlebens ausgeschaltet wurden. Diese Teile des Erlebten sind dann nicht als Einheit miteinander verbunden abgespeichert, sondern fragmentiert, was dazu führen kann, dass Teile dieser Erfahrungen nicht verarbeitet wurden und jederzeit wieder auftauchen können ohne, dass der/die Betroffene diese Zustände einordnen kann (vgl. Tripolt 2016, S. 39 f).

Nicht nur der Hippocampus ist von Traumatisierungen betroffen, auch andere Gehirnstrukturen werden in ihrer Funktion oder auch ihrer Entwicklung beeinträchtigt. Der mediale präfrontale Kortex (Exekutivkontrolle, bewusste Erfahrung, Entscheidungen treffen), wird durch Angst und Unsicherheit eingeschränkt (nachweislich ist er in einer traumatisierenden Situation, wenn Stammhirn und limbisches System massiv aktiviert sind, weniger durchblutet). Das bedeutet, der/die Betroffene ist nicht in der Lage, sich vor überflutenden Gedanken zu schützen, fühlt sich seinen Gewohnheiten und Impulsen ausgeliefert und es wird schwierig, intelligente Entscheidungen zu treffen (vgl. NurrieStearns & NurrieStearns, 2014, S. 71 ff). Das wichtige Gleichgewicht zwischen Präfrontalem Kortex und Amygdala verschiebt sich durch PTBS deutlich in Richtung der Amygdala, sodass wir in (vermeintlichen) Gefahrensituationen nicht mehr bewusst entscheiden oder unsere Emotionen und Impulse kontrollieren können, sondern unseren konditionierten Reaktionen ausgeliefert sind (vgl. Van der Kolk, 2015, S. 62 f).

Die Insula empfängt sensorische Reize aus dem Körperinneren und generiert gemeinsam mit dem Cingulum daraus eine sinnvolle Erfahrung (Interozeption).

Dieses Empfinden ist auch ein wesentlicher Teil der Wahrnehmung unserer Identität, unseres Selbstempfindens und trägt auch zur Emotionsregulation bei (vgl. Levine, 2011b, S. 138). Diese Bereiche werden durch traumatische Erfahrungen massiv beeinflusst und sind bei manchen Traumapatient*innen verkleinert, wodurch sowohl die Körperwahrnehmung als auch die Wahrnehmung einer kohärenten Identität, wie auch die Emotionsregulation massiv beeinflusst werden.

Der Thalamus wirkt u.a. als eine Art Filter, der unsere Erfahrungen einschränkt, wodurch Aufmerksamkeit, Konzentration und Lernen von Neuem erst möglich werden. Auch diese Fähigkeiten des Thalamus werden unter dem Einfluss von Trauma „ausgeschaltet“. Wenn der Filter nicht mehr vorhanden ist, kommt es zu einer ständigen Überflutung durch Sinneseindrücke und es wird vollständig zugemacht und eine Tunnelwahrnehmung entwickelt, um damit umzugehen. Damit wird aber alles, also auch Freude und Genuss, ausgeblendet (vgl. Van der Kolk, 2015, S. 70 f).

Van der Kolk hat anhand von Studien mit Magnetresonanztomographie festgestellt, dass das Broca Sprachzentrum „offline“ geht, womit recht deutlich wurde, dass Traumatisierungen auf einer präverbalen Ebene geschehen. Ohne dieses Zentrum sind wir nicht in der Lage, unsere Gefühle und Gedanken in Worte zu fassen. Er bezeichnet daher Trauma als „sprachlosen Horror“.

Menschen mit Traumatisierungen ziehen sich oft mehr oder weniger von anderen Menschen zurück, einfach deshalb, weil sie in sozialen Situationen Angst vor weiterer Traumatisierung erleben. Menschen, die das „Social-Engagement System“ (der Begriff entstammt der Polyvagaltheorie und heißt, dass wir in einem Zustand sind, in dem der „ventrale Vagus“ aktiv ist, der uns erlaubt, entspannt mit uns selbst und anderen Menschen in einem guten und erfüllenden Kontakt zu sein) aktiviert haben, sind offen und neugierig, wenn sie in sozialen Situationen auf neue Menschen treffen. Menschen mit Traumatisierungen reagieren eher mit Aktivierung des Sympathikus (Kampf oder

eher Flucht) oder des dorsalen Vagus (Erstarrung). Dies macht soziale Interaktion schwierig, zumal Traumaüberlebende leicht zu irritieren und überwacht sind.

Eine andere soziale Strategie, um mit den Traumafolgen umgehen zu können, ist sich verzweifelt an andere Menschen zu klammern, von denen man sich Hilfe und Unterstützung erwartet. Nähe und Intimität funktionieren weder durch Rückzug noch mit Klammern. Stabile, ausgewogene und erfüllte Beziehungen oder ein Gefühl von Zugehörigkeit oder Zusammengehörigkeit zu haben, wird dadurch äußerst schwierig. Oft suchen traumatisierte Menschen unbewusst nach immer gleichen (dysfunktionalen und retraumatisierenden) Beziehungsmustern (vgl. Levine, 2011b, S. 146).

Zusammenfassend ein Satz von Peter Levine: „Traumatisierte Menschen, die (über das Immobilitätssystem) abgeschaltet haben, sind physiologisch nicht offen für den direkten Kontakt mit anderen Menschen, den beruhigenden Austausch von Gefühlen und Anzeichen von Verbundenheit.“ (Levine, 2011b, S. 147) Dies hat natürlich auch Konsequenzen für die therapeutische Beziehung, da der/die Klient*in die wohlwollenden, liebevollen Gesten und Worte des/der Therapeut*in nicht einzuordnen weiß, und grundsätzlich nicht weiß, ob er sich bei jemandem sicher fühlt oder nicht und ob er dem Menschen vertrauen kann. So ist die therapeutische Beziehung auch sehr labil und kann bei kleinster Verunsicherung zusammenbrechen.

4 Gemeinsamkeiten und Schlüsselfaktoren Körperorientierter Traumatherapie und KBT

Auf Basis der bisherigen Ausführungen über Traumafolgen möchte ich nun einen Überblick über körperorientierte Traumaansätze und deren Grundannahmen und gemeinsame Kernpunkte der Behandlung geben. Die für mich wesentlichen Ansätze sind die Arbeiten von Peter Levine und Bessel van der Kolk. Laurence Heller und Aline Lapierre haben ausgehend von Somatic Experiencing einen interessanten Ansatz zur Arbeit mit Entwicklungstraumata entwickelt (NARM – NeuroAffective Relational Model) und auch die Arbeit von

Romana Tripolt (IBT – Integrative Bewegte Traumatherapie) soll in diese Arbeit einfließen. Darüber hinaus interessieren mich auch Methoden, die unterstützend bei der Traumabehandlung wirken, wie z.B. Yoga, Achtsamkeit und Selbstmitgefühl.

Ein wesentlicher Teil jedes Kapitels ist die Frage, ob die KBT in diesen „Schlüsselpunkten“ der Traumatherapie Methoden anbietet und wenn ja, wie die KBT in diesem Bereich arbeitet und ob Methoden der körperorientierten Traumatherapie in ähnlicher Form auch in der KBT zu finden sind.

Ausgangspunkt für die Beschreibung der körperorientierten Therapie mit traumatisierten Menschen soll die schon beschriebene Erkenntnis Peter Levines sein, dass Trauma nicht nur auf der psychischen und emotionalen Ebene wirkt, sondern dass es vor allem die physische Komponente ist, die im Vordergrund steht. „Dieser Ansatz geht davon aus, dass ein Trauma in erster Linie physiologischer Natur ist. Ein Trauma ist etwas, das ursprünglich unseren Körper und unsere Instinkte betrifft. Erst im Anschluss daran breiten sich seine Auswirkungen auch auf unser Denken, unsere Emotionen und unsere Seele aus.“ (Levine, 2011a, S. 38)

Die folgende Einteilung scheint für mich nach dem Studium der verschiedenen Ansätze sinnvoll, wobei die einzelnen Bereiche durchaus große Überschneidungen mit anderen Bereichen haben können. Der therapeutische Traumaverarbeitungsprozess ist ein ganzheitliches Unterfangen. Aus Gründen der Übersicht und Strukturierung habe ich mich dennoch für diese Einteilung entschieden und gewisse Redundanzen (auch in Hinblick auf Didaktik und Informationsaufnahme) im Text belassen.

4.1 Grundlagen: Der Körper als wesentlicher Faktor in der Traumatherapie

In diesem Punkt sind sich naturgemäß alle von mir gelesenen Autoren einig. Ausgehend von den neueren Erkenntnissen der Traumaforschung und der Neurowissenschaft, wie sich Trauma in Körper, Geist und Seele abbildet, ist ein

therapeutisches Sprechen über das Trauma allein meistens nicht hilfreich, manchmal sogar kontraproduktiv (da das Sprechen über Traumaereignisse Hyperarousal, Ängste, Dissoziation bis hin zu Retraumatisierung auslösen kann).

Daher ist es notwendig, behutsam (auch) über den Körper vorzugehen. Wie dies geschieht, scheint auf den ersten Blick in den verschiedenen Ansätzen sehr unterschiedlich zu sein, doch lassen sich meiner Ansicht nach, klare Gemeinsamkeiten herausarbeiten.

Wie schon im ersten Kapitel beschrieben ist Peter Levine davon überzeugt, dass eine Traumamethode nur erfolgreich sein kann, wenn sie einen Zugang zum Körper ermöglicht. Er hat seine Methode „Somatic Experiencing“ genannt, welche er über Jahre weiterentwickelt und erforscht hat. Es beginnt mit der im ersten Teil beschriebenen Schockreaktion des Organismus, der in einer traumatisierenden Situation „eingefroren“ ist. Die Frage ist nun, wie ein/eine Therapeut*in einen Prozess begleiten kann, der die Erkenntnisse dieser physischen Traumatherapie berücksichtigt, ohne den/die Klient*in zu überfordern oder gar zu retraumatisieren? Levine beschreibt das Wesentliche seines Ansatzes so: „Durch Somatic Experiencing, wie ich diese Methode nenne, können wir körperliche, sensorische und affektive Zustände in Gang setzen, die Angst und Hilflosigkeit transformieren. Der Weg dorthin besteht darin, dass wir durch das eigene Gewahrsein von physischen Körperempfindungen Zugang bekommen zu verschiedenen instinktiven Reaktionen.“ (Levine, 2011b, S. 28) Und etwas weiter: „Die besondere Methode, die ich auf diesen Seiten beschreibe, besteht darin, Klienten zu helfen, ein Gewahrsein für ihre physischen Empfindungen und Gefühle zu entwickeln und diese meistern zu lernen.“ (Levine, 2011b, S. 29)

Trauma hat massive Auswirkungen auf den Körper, das Nervensystem und das Gehirn. Besonders wurde schon aufgezeigt, wie sehr bei überwältigenden Bedrohungen sich die höher entwickelten Systeme verschließen und ursprünglichere Funktionen das Kommando übernehmen. Ist dann das System

in diesem Zustand „eingefroren“, treten die beschriebenen Traumafolgen auf. „Ich hoffe zu zeigen, wie eine effektive Therapie die ausgewogene Funktion dieser Systeme wiederherstellen kann. Ein überraschender Nebeneffekt dieses Ansatzes besteht in dem, was wir als „Erwachen“ des lebendigen, wissenden Körpers bezeichnen könnten. Ich werde erläutern, dass dieses Erwachen im Wesentlichen deutlich macht, was passiert, wenn wir animalische Instinkte und Vernunft zusammenbringen und sich uns auf diesem Weg die Möglichkeit eröffnet, als Menschen zu tieferer Ganzheit zu finden.“ (Levine, 2011b, S. 30)

Es geht also darum, mit dem eigenen Körper und dessen Empfindungen und den archaischen, instinktiven Anteilen wieder mehr in Kontakt zu kommen und eine innere Stärke und Resilienz zu entwickeln, um mit den körperlichen Empfindungen, die durch den Trauma(selbst)heilungsprozess zum Vorschein kommen, langsam umgehen zu lernen. Ein wichtiger Teil der Arbeit mit traumatisierten Menschen ist auch die Selbstregulationsfähigkeit des Körpers wiederherzustellen.

Levine hat zwei wesentliche Aspekte der Traumaverarbeitung erkannt: 1. Die in der (vermeintlich) lebensbedrohlichen Situation zur Verfügung gestellte und bei Traumafolgestörungen im Körper feststeckende „enorme Überlebensenergie“ kann sich durch spontanes Zittern entladen. 2. Instinktive Abwehrhandlungen, die in der traumatisierenden Situation gestört, unterbrochen oder auch durch z.B. Narkose unterbunden wurden, stecken ebenfalls im Körper fest und werden im Rahmen einer Therapie zugänglich gemacht und zu Ende gebracht. Der Organismus wird wieder in die Lage versetzt, sich selbst zu regulieren und kommt aus dem Kampf oder Flucht Modus bzw. der Erstarrung wieder zurück ins Gleichgewicht (vgl. Levine, 2011b, S. 34 f).

Vor allem zu Beginn einer Traumatherapie soll nach Levine der Körper im Mittelpunkt stehen. „Ich schlage deshalb in den Anfangsstadien der therapeutischen Heilungsarbeit die Bottom-up-Verarbeitung als Standardvorgehen vor. Mit anderen Worten: Wenn wir uns zuerst der

Körpersprache einer Klientin zuwenden und dann allmählich ihre Emotionen, ihre Wahrnehmung und ihre Erkenntnisse miteinbeziehen, ist das nicht nur wertvoll, sondern geradezu essenziell. Wie sollten die „Redekur“ für Überlebende eines Traumas ersetzen durch die wortlose, aber erstaunlich eindringliche Körpersprache, die sich im Dienste der Weisheit des tieferen Selbst „lautstark“ äußert.“ (Levine, 2011b, S. 69)

Bessel van der Kolk beschreibt im 2. Teil des Buches „Verkörperter Schrecken“, wie aus seiner Sicht Trauma „geheilt“ werden kann. Der Untertitel „Sich Körper und Geist wieder zu eigen machen“ verrät schon, worauf der Fokus aus seiner Sicht liegt. Er schreibt, dass man zwar die Geschehnisse nicht ungeschehen machen kann, aber die Spuren des Traumas in Körper, Geist und Seele durchaus verändern kann. „Traumata rauben uns das Gefühl, dass wir selbst entscheiden, was in unserem Leben geschieht – das, was in den folgenden Kapiteln Self-Leadership genannt wird. Das Schwierigste auf dem Weg zur Genesung ist, sich Körper und Geist wieder zu eigen zu machen – also sich selbst. Erst dann kann man sich wieder frei fühlen, zu wissen, was man weiß, und zu fühlen, was man fühlt, ohne sich von Emotionen überwältigen zu lassen, wütend zu werden, sich zu schämen oder zusammenzubrechen.“ (Van der Kolk, 2018, S. 243)

Anschließend setzt er mit konkreten Punkten fort: „Um das zu können, müssen die meisten Menschen (1) eine Möglichkeit finden, sich zu beruhigen und zu refokussieren; (2) sie müssen lernen, die wiedererlangte Ruhe auch angesichts von an die Vergangenheit erinnernden Vorstellungsbildern, Gedanken, Geräuschen und Körperempfindungen aufrechtzuerhalten; (3) sie müssen sich eine Möglichkeit erschließen, in der Gegenwart völlig präsent zu sein und sich auf die Menschen in ihrer Umgebung einzulassen; und (4) sie brauchen keine Geheimnisse mehr für sich zu behalten, auch keine darüber, wie sie es in der Vergangenheit geschafft haben, ihr Überleben zu sichern.“ (Van der Kolk, 2018, S. 243 f)

Laurence Heller und Aline Lapierre stellen mit ihrem NARM Ansatz eine Methode zur Therapie von Entwicklungs Traumata vor, die somatisch orientiert ist und deren Hauptansatzpunkte einerseits die Selbstregulation des Nervensystems und andererseits die Arbeit an fünf sog. Überlebensstrukturen sind (Kontakt, Einstimmung, Vertrauen, Autonomie, Liebe/Sexualität). Diese Strukturen ergeben sich aus den unterschiedlichen frühen Kernbedürfnissen, die im Falle von Traumata unerfüllt bleiben und unterschiedliche Anpassungsstrategien nach sich ziehen. Gemeinsam ist diesen fünf Überlebensstrategien nach Heller & Lapierre, dass sie dazu führen, dass Betroffene dann im Erwachsenenalter von ihrem Körper und der Lebendigkeit abgeschnitten sind, und eine verzerrte Identität entsteht. In diesem Ansatz, der sowohl Bottom-up (somatische Achtsamkeit), als auch Top-down (achtsames Gewahrwerden der Organisationsprinzipien der adaptiven Überlebensstrukturen) arbeitet, steht dann eine der (oder den) jeweiligen Überlebensstrategie(n) angepasste Vorgehensweise, die zu mehr Selbstregulation, Erfüllung der Kernbedürfnisse und damit mehr Kontakt mit der eigenen Lebenskraft führt, im Mittelpunkt (vgl. Heller & Lapierre, 2013, S. 11 ff). Daraus ergibt sich dann ein „Heilungskreislauf“, „bei dem die Regulierung des Nervensystems zunimmt, während verzerrte Identifizierungen und Glaubenssätze abnehmen und sich schließlich auflösen. Dieser Prozess verstärkt sich selbst, sodass die zunehmende Regulierung des Nervensystems hilft, schmerzliche Identifizierungen aufzulösen, und die Auflösung solcher schmerzhaften Identifizierungen und Beurteilungen wiederum die Selbstregulierung erleichtern.“ (Heller & Lapierre, 2013, S. 33 f)

Romana Tripolt, eine österreichische Trauma- und Psychotherapeutin und 5 Rhythmen-Lehrerin, hat aus ihrer Erfahrung als Traumatherapeutin und als Begleiterin von Selbsterfahrung im Tanz einen für meine Arbeit höchst interessanten Ansatz entwickelt. Es geht dabei nicht um eine reine „Tanztherapie“, sondern um einen ganzheitlichen Traumaansatz, der einerseits die differenzierte Körperwahrnehmung, aber in weiterer Folge auch das Erforschen von im Körper gespeicherten Bewegungsmustern und ein „in

Bewegung kommen“, ein Aktivieren und Befreien von einschränkenden Mustern beinhaltet. Romana Tripolt beschreibt ihre Herangehensweise am Anfang ihres Buches folgendermaßen: „Ich bin der Frage nachgegangen, wie ich in der Traumaverarbeitung den gesamten Organismus erreichen und so tiefgreifende Veränderungsprozesse initiieren und begleiten kann. Daher habe ich mit der bewegten Traumatherapie einen Weg aus dem Trauma entwickelt, der sanft und transformativ zugleich ist.“ Etwas weiter setzt sie fort: „Menschen, die heftige Traumata überlebt haben, brauchen dafür große Stärke und innere Kraft. Es ist über das Miteinbeziehen des körperlichen Ausdrucks, über Bewegung, möglich, gerade diese Kräfte zu aktivieren und zu nutzen.“... „Bewegung erzeugt ein Erlebnis, das die Puzzlestücke menschlicher Wahrnehmung vereint. Ausgehend von der Bewegungswahrnehmung öffnet sich ein sicherer Raum für die mit der Bewegung einhergehenden Körperwahrnehmungen, Emotionen, Gedanken und Vorstellungen. Nur die Verankerung im Körper bietet die Sicherheit und Toleranz, die gebraucht wird, Spuren, die ein Trauma im Organismus hinterlässt, wie heftige Gefühle, spüren und dadurch loslassen zu können.“ (Tripolt, 2016, S. 11 f)

Tripolts Ansatz „...erweitert die [Trauma-] therapeutische Landkarte also um die Bewegungserfahrung. Diese ist subjektiv und darauf ausgerichtet, bewegliche Sicherheit, gelassene Präsenz und Grundvertrauen ins Leben zu entwickeln.“ (Tripolt, 2016, S. 13) Sie beschreibt die Grundaufgabe von Traumatherapie als Unterstützung von Trauma-Betroffenen dabei, sich wieder sicher zu fühlen, Vertrauen ins Leben wieder zu finden und „im Körper und auf der Welt zu Hause sein zu können.“ (Tripolt, 2016, S. 14) Ihrer Meinung nach, reichen Worte dazu nicht aus. „Der rationale Verstand hat wenig Einfluss auf den im ewigen Überleben gefangenen Organismus.“ (Tripolt, 2016, S. 14) Somit streicht Tripolt sehr klar heraus, dass für sie Traumatherapie ohne Einbeziehung des Körpers wenig zielführend ist.

David Emerson und Elizabeth Hopper haben sich im Umfeld von Bessel van der Kolk mit Yoga und Traumabehandlung beschäftigt, ein „Trauma-sensitives“ Yoga entwickelt und in weiterer Folge auch die Wirkungen erforscht. Das erste

Kapitel ihres Buches „Trauma-Yoga. Heilung durch sorgsame Körperarbeit“ nennen sie (angelehnt an Van der Kolk) „Den Körper zurückgewinnen“ und meinen damit, wie wichtig es für Traumabetroffene ist, den Kontakt zum Körper (zu den Körperempfindungen) und zu den Gefühlen wiederherzustellen. Sie gehen auf den „Bottom-up“ Ansatz ein, den auch Levine als die sinnvollste Vorgehensweise in der Traumabehandlung bezeichnet: Über die Körperwahrnehmung, das „somatische Erleben“, wird der Zugang zur Psyche gefunden. Über die Verbindung zum Körper wird dann in weiterer Folge auch das emotionale und psychische Erleben erschlossen.

„Yogabasierte Ansätze nutzen eine Sequenz von Yogahaltungen und Atemübungen, um das Gefühl der Klienten, mit sich selbst verbunden zu sein, zu stärken. Yoga kann die Fähigkeit, in der Gegenwart präsent zu bleiben, innere Erlebnisse zu registrieren und zu ertragen, und eine neue Beziehung zum eigenen Körper zu entwickeln, fördern. Diese körperbasierte Form der Übung wirkt dann allmählich auf die emotionale und psychische Gesundheit, auf die Beziehungen des Klienten und auf sein Empfinden des Lebens in der Welt.“ (Emerson & Hopper, 2012, S. 50)

Auch Luise Reddemann hat den Wert des Körpers für die Traumatherapie in ihrem Buch „Imagination als heilsame Kraft“ herausgestrichen: „Wir meinen, dass eine achtsame Arbeit mit dem Körper, bei der es vor allem ums Spüren geht, die beste Art der Körperarbeit mit und für traumatisierte Menschen darstellt. Der Körper ist der Ort der Traumatisierung, d.h. wir müssen ihn miteinbeziehen. Jede Traumatherapie, die Erfolg zeitigen soll, wird Wege finden müssen, den Körper miteinzubeziehen.“ (Reddemann, 2016, S. 115)

Ähnlich klar drückt es Babette Rothschild aus: „Die Vorteile, die es bringen kann, den Körper bei der Behandlung von Traumata und PTBS unabhängig vom Behandlungsmodell als Ressource zu nutzen, können gar nicht überschätzt werden.“ (Rothschild, 2017, S. 148)

4.1.1 Der Körper als wesentlicher Faktor in der KBT

Der Körper ist ein wesentlicher Faktor in der KBT, wobei sich diese Therapiemethode nicht als körperorientierte Therapieform sieht, sondern vielmehr von der Ganzheit von Körper – Geist – Seele ausgeht. Dadurch ergibt sich eine ganzheitlichere und gleichzeitig differenziertere Herangehensweise.

Unter Einbeziehung der verschiedenen Einflussfaktoren (s.o.) hat sich eine handlungs- und wahrnehmungsorientierte Methode entwickelt, die das Körpererleben als Basis für eine Vielzahl an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten heranzieht (vgl. Pokorny et al., 2001, S. 17 ff).

„Ausgehend von der Theorie, dass sich Wahrnehmung aus Sinnesempfindung und Erfahrung zusammensetzt (V. v. Weizsäcker), geht die KBT den Weg der bewussten Körperwahrnehmung im „Hier und Jetzt“ (insbesondere Arbeit am Körperbild) – auf dem Hintergrund der individuellen Lebens- und Lerngeschichte (Piaget: sensumotorische Intelligenz – begriffliche Intelligenz). In der therapeutischen Praxis ist die Akzentuierung von sensorischer Wahrnehmung und motorisch-emotionaler Bewegung Angelpunkt für Erfahren, Handeln und Erinnern.“ (Pokorny et al., 2001, S. 17)

Es wird davon ausgegangen, dass sich bisherige (auch verletzende oder traumatisierende) Erfahrungen im „Hier und Jetzt“ als „Phänomene“ sowohl in Körperhaltung, Bewegung, Verhalten, emotionalem Ausdruck, Sprache und Denken, und in der therapeutischen Beziehung zeigen, und somit immer präsent und über das Körpererleben zugänglich sind. Im therapeutischen Prozess ist es dann u.a. möglich, bisher nicht mehr zugängliche Gefühle wiederzuerleben, in der Beziehung zum/zur Therapeut*in zu wiederholen und durcharbeiten, Differenzierungs- und Nachreifungsprozesse zu initiieren und pathologische Objektbeziehungen zu korrigieren, Fixierungen auf allen Ebenen zu lösen und letztlich Verhaltensweisen und Einstellungen zu verändern und korrigierende Erfahrungen zu machen. Und: „Es kann Verbindung geschaffen werden zwischen vegetativen Reaktionen und Gefühlen. In diesem Prozess können frühe Traumata

bis zur Gefühlskatharsis erinnert und verbal bearbeitet werden, auch dadurch entsteht Verbindung zwischen vegetativen Reaktionen, Gefühlen und kognitiver Verarbeitung.“ (Pokorny et al., 2001, S. 42)

Konzentrativ bedeutet dabei, sich ganz auf die Erfahrung des jetzigen Moments und die Vorgänge im Körper, sensorische und motorische, einzulassen und die dabei auftauchenden Gefühle, Bilder und Worte wahrzunehmen. Es handelt sich um ein entspanntes, nicht zielorientiertes Fokussieren (im Gegensatz zu angespanntem Fokussieren, das z.B. beim Lernen eines Textes verwendet wird), um „die Wahrnehmung der eigenen Situation als Erfahrung des eigenen leibhaften Selbst in diesem Moment.“ (Schmidt, 2006, S. 80) So wie ich Achtsamkeit verstehe, sind ein achtsames oder ein konzentratives Wahrnehmen einer Situation nahezu identisch.

Auch wenn die verwendeten Sprachen in der körperorientierten Traumatherapie und der KBT unterschiedlich sind, besteht grundsätzlich Einigkeit darüber, dass die Einbeziehung des Körpers in die Therapie erhebliche Vorteile bringt oder Zugang zu verschütteten (z.T. präverbalen) Erfahrungen überhaupt erst ermöglicht. Der eindeutige „Bottom-up“ Ansatz z.B. von Levine und Van der Kolk (d.h. dass die Erfahrung der Körperempfindungen am Beginn steht und über diese Wahrnehmung Gefühle erschlossen werden, Erinnerungen auftauchen, und diese sprachlich verarbeitet werden) findet sich so klar nicht in der KBT wieder. Es wird eher ganzheitlicher gearbeitet und es geht in der KBT immer um ein Fließen durch die unterschiedlichen Ebenen der Erfahrung.

Von Weizsäcker's Gestaltkreis, in dem es zum einen um den Kreislauf von Bewegen und Wahrnehmen geht und zum anderen um einen Kreislauf von Sprechen und Denken, ist dabei eine wichtige Basis. Diese beiden Kreise sind wiederum miteinander in einem Kreislauf des „Begreifens“ verbunden. Wahrnehmen und Bewegung (kinästhetischer Gestaltkreis) sind nach dieser Theorie untrennbar miteinander verbunden und genauso Denken und Sprechen (verbaler Gestaltkreis). Ebenfalls braucht es die enge Verbindung von beidem,

um die Welt wirklich zu verstehen, zu begreifen. Stolze, der Gründervater der KBT entwickelte daraus den „Tetraeder des Begreifens“, in dem diese vier Funktionen ineinandergreifen und letztlich an jedem dieser vier Eckpunkte in der Therapie angesetzt werden kann. Ein guter therapeutischer Prozess heißt auch immer wieder fließend durch diese vier Ebenen zu gleiten. Mit Körperwahrnehmung, also „bottom up“, in den Therapieprozess einzusteigen, ist in der KBT nicht die einzige, aber durchaus eine wichtige Möglichkeit.

Die KBT bezieht auch die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahre in die Therapie mit ein und so ist auch die für die somatische Traumatherapie so wichtige Polyvagaltheorie Ausbildungsinhalt. Hat man die Funktionen von Sympathikus, dorsalem und ventralem Vagus im Traumageschehen verstanden, ist das eine wesentliche Grundlage für diese Art von Traumatherapie.

Insgesamt ist die KBT eine sehr ausgereifte Methode, die das Körpererleben und Körpererinnerungen sanft ins Bewusstsein holt, damit arbeitet, experimentiert, und dem/der Klient*in ermöglicht, neue korrigierende Erfahrungen zu machen. Womit die KBT das, was die Basis der körperorientierten Traumatherapie ist, von Anfang an gemacht hat.

4.2 Die Rolle des/der Therapeut*in

Die Rolle des/der Therapeut*in in der Traumatherapie scheint in mehrerlei Hinsicht sehr bedeutsam. So sind das Vorgehen, die innere Haltung und v.a. auch die eigene Selbsterfahrung, Entwicklung und „Verkörperung“ des/der Therapeut*in entscheidend für den Verlauf einer Traumatherapie.

Beziehung ist ein wesentlicher Faktor in der Heilung von Trauma. Im erfüllenden Kontakt mit einem anderen Menschen kann sich das menschliche Nervensystem regulieren und der Kampf- oder Fluchtmodus kann vorübergehend ausgeschaltet werden. Ein Gefühl von Sicherheit ist leichter (oder überhaupt nur) zu erlangen, wenn der ventrale Vagus aktiviert ist. Gleichzeitig ist es gerade für Menschen, die in nahen Beziehungen traumatisiert wurden, schwierig sich im

Kontakt mit Menschen zu entspannen und in den Genuss der heilsamen Wirkungen von Beziehung zu kommen. So kann der Beziehungsaufbau ein ganz wesentlicher Teil einer Traumatherapie sein, der sich auch über einen langen Zeitraum erstrecken kann, um dem/der Klient*in Zeit zu geben, Vertrauen aufzubauen und sich langsam zu öffnen.

Gerade für traumatisierte Menschen ist das Wieder-Lernen in Beziehung zu gehen eine große Chance zur Heilung. Und dafür braucht es einen/eine Therapeut*in, der/die in der Lage ist, sie in ihrer Ganzheit, mit allen heftigen Erfahrungen und Emotionen zu halten, und der/die ein sicherer Hafen ist, bei all den Turbulenzen, die im Rahmen der Heilung auftreten können. Und das Wichtigste ist wohl, dass die Betroffenen diesem/dieser Therapeut*in im Rahmen ihrer Möglichkeiten vertrauen können.

Die wichtigste Aufgabe des/der Therapeut*in ist das Schaffen einer Atmosphäre von Sicherheit, sowohl in den Therapieräumlichkeiten, im Setting, aber v.a. aber auch in der Beziehung. Da für traumatisierte Menschen ihr Zustand oft mit Selbstkritik, Scham und Verständnislosigkeit über das, was sich mit und in ihnen abspielt verbunden ist, ist es erforderlich, als Therapeut*in größtmögliches Verständnis, Akzeptanz, Empathie und Mitgefühl an den Tag zu legen. Auch als „Hilfs-Ich“ diesbezüglich zur Verfügung zu stehen, solange der/die Klient*in dies für sich selbst noch nicht leisten kann, halte ich für sehr wichtig. Der Einsatz von Psychoedukation (über Traumafolgen und den Prozess der Traumatherapie) zum richtigen Zeitpunkt, kann für den/die Klient*in eine große Rolle im Gewinnen von mehr Verständnis und Akzeptanz für sich selbst spielen.

Da die Regulation heftiger Körperempfindungen und Emotionen für die Betroffenen oft ein ganz schwieriger Punkt ist, und diese auch im Therapiesetting an die Oberfläche kommen können, und zu einem Zeitpunkt im Therapieprozess auch sollen, scheint mir die eigene therapeutische Selbsterfahrung des/der Therapeut*in essenziell. Um mit den Klient*innen in einem Zustand von so energiegeladenen Emotionen und Empfindungen in akzeptierender, gelassener

Resonanz bleiben zu können, scheint es unabdingbar, solche Zustände schon selbst erlebt und eine Toleranz dafür entwickelt zu haben. Eine eigene Achtsamkeits- und/oder Körperpraxis ist dafür eine gute Grundlage – die eigene Verkörperung, das eigene „gut-im-Kontakt-sein“ mit dem Körper und seinen Empfindungen. Ansonsten beendet die Angst des/der Therapeut*in vor den massiven Emotionen den Prozess vorzeitig und der/die Klient*in hat wieder das Gefühl allein mit seinem/ihrem heftigen, unerträglichen inneren Schrecken dazustehen.

Für Peter Levine braucht es einen/eine Therapeut*in, der/die sich in „therapeutische Resonanz“ mit dem/der Klient*in begeben kann. Was auch bedeutet, dass der/die Therapeut*in in der Lage sein sollte, die eigenen Gefühle und körperlichen Empfindungen zu ertragen, die durch den/die Klient*in in ihm ausgelöst werden. „Wir müssen wissen, dass Therapeuten, die glauben, sich vor den Empfindungen und Emotionen ihrer Klienten schützen zu müssen, diese unbewusst daran hindern, diese Empfindungen und Emotionen therapeutisch zu erleben.“ (Levine, 2011b, S. 65).

Und etwas weiter noch deutlicher: „Therapeutinnen und Therapeuten, die mit traumatisierten Individuen arbeiten, „übernehmen“ oft die Körperhaltungen ihrer Klientinnen und spiegeln ihnen die damit verbundenen Emotionen wie Angst, Entsetzen, Ärger, Wut und Hilflosigkeit wider. Unser Umgang mit diesen signifikanten Signalen ist ausschlaggebend dafür, ob wir Menschen helfen können, mit ihren schwierigen Empfindungen und Emotionen zurechtzukommen. Wenn wir davor zurückschrecken, weil wir sie nicht aushalten und akzeptieren können, lassen wir unsere Klienten im Stich – wenn wir von ihren Emotionen überwältigt sind, sind wir beide verloren. Verkörpern wir jedoch nur ein Quäntchen Dalai-Lama-ähnlichen Gleichmut und „Fassung“, können wir an den Schrecken unserer Klienten Anteil nehmen und ihnen helfen, sich diesen, umhüllt von „einem Mantel des Mitgefühls“ zu stellen.“ (Levine, 2011b, S. 69 f)

Dies bringt einen für mich wesentlichen Faktor der Traumatherapie zum Ausdruck: ein/eine Therapeut*in, der/die gut mit den eigenen Körperempfindungen, Emotionen in Kontakt ist, sich gut spürt, keine Angst vor heftigen Empfindungen hat und dazu in der Lage ist, einen sicheren und mitfühlenden Raum zur Verfügung zu stellen, in dem der/die Klient*in sich behutsam seinen schwierigen Empfindungen annähern kann. Auch Romana Tripolt streicht heraus, wie wichtig es für Therapeut*innen ist, eine eigene bewusste Körperpraxis zu haben, um das Körperbewusstsein zu schulen und selbst gut im Körper zu Hause zu sein (vgl. Tripolt, 2016). Oft wird diese Fähigkeit des sicheren Haltens in der therapeutischen Beziehung als „Containment“ bezeichnet.

Wichtig scheint auch zu sein, dem/der Klient*in nicht nur einen sicheren Rahmen zu gewähren, also eine klare Struktur, die von dem/der Therapeut*in eingehalten wird, sondern gleichzeitig auch die Selbstbestimmung und Kontrolle des/der Klient*in innerhalb dieses Rahmens zu fördern und zu gewährleisten. Ein Gefühl von Kontrolle wieder zu gewinnen ist für Betroffene wesentlich, damit Heilung möglich wird. So könnte der/die Klient*in innerhalb des Settings wählen, in welchem Abstand er/sie zum/zur Therapeut*in sitzen möchte, wo er/sie sitzen möchte, oder ob er/sie überhaupt sitzen möchte, oder lieber stehen, gehen. Will er/sie eine Übung (in der KBT ein „Angebot“) überhaupt machen? Nicht nur, dass hier der/die Klient*in ein Gefühl von Selbstbestimmung bekommt, er/sie lernt auch mehr und mehr, die eigenen Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen und dass es völlig in Ordnung ist, zu diesen zu stehen und falls notwendig auch klar auszudrücken, was er/sie möchte und was nicht.

Romana Tripolt drückt auch einen wesentlichen Faktor der Fähigkeiten eines/einer Traumatherapeut*in sehr klar aus, der gerade in der Arbeit mit dem Körper essenziell ist. Sie sieht für den/die Therapeut*in die nicht ganz einfache Aufgabe, Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeit des Organismus zu haben, „aus dem Weg zu gehen“ und sich, wenn der sichere Rahmen da ist, nicht mehr in den inhaltlichen Prozessverlauf einzumischen, sondern ihm zu erlauben, sich

frei zu entfalten (vgl. Tripolt, 2016, S. 19) Es geht in der Traumatherapie ihrer Ansicht nach immer darum, sich nicht ausschließlich auf den Verstand und seine Erfahrungen aus der Vergangenheit zu verlassen, sondern sich ganz individuell auf diesen/diese Klient*in in diesem Moment einzulassen und dem Ausdruck des Körpers in diesem Moment Raum zu geben und Zeug*in zu sein, was sich dabei entfaltet.

Tripolt beschreibt auch eindrücklich, wie wesentlich das Einbeziehen von Bewegungs- und Körpersignalen in die therapeutische Beziehung ist, damit sich die Klient*innen noch mehr verstanden fühlen. „Aktiv und bewusst eingesetzte Bewegung der Therapeutin, wie das Bewegungsecho oder Spiegeln, nutzen die limbische Resonanz, die Fähigkeit, sich auf ein anderes Lebewesen einzustimmen. Die Klienten werden mit ihren Körpersignalen, d.h. ganzheitlich wahrgenommen und nicht nur ihr verbaler Ausdruck gehört. Dies erhöht das Vertrauen.“ (Tripolt, 2016, S. 47)

„Ziel des bewegten therapeutischen Handelns ist es, den Körper des Klienten bei seinem Versuch, den gesamten Organismus wieder ins Gleichgewicht zu bringen und in Balance zu halten, zu unterstützen. Die Grenzen der Toleranz, innerhalb derer die Balance gehalten werden kann, werden schrittweise und stetig erweitert. Die Aufgabe der Therapeutin ist es daher, von Beginn der Begegnung an mitzuhelfen, den Traumasog zum Schutz der Klientin zu stoppen, aus der Erstarrung zu führen und die Dynamik in Richtung Erleben von Sicherheit im Augenblick zu lenken.“ (Tripolt, 2016, S. 69)

Johannes B. Schmidt beschreibt die Rolle des/der Therapeut*in in ähnlicher Weise. „Ein Daseinsraum, der dem Klienten keinerlei Anforderungen, Ansprüche oder sonstige Zwänge auferlegt, irgendetwas zu sein oder zu tun. Der Therapeut in Traumaheilungsprozessen muss so in sich selbst zentriert sein, dass seine Haltung durch Resonanz das Auftauchen eines verteidigungslosen Zustands im Klienten begünstigt.“ ... „Das Angebot physischen, energetischen, emotionalen und sprachlichen Raums ist insofern sehr wichtig, als es den Klienten auf vielen

Ebenen seiner Persönlichkeit und seines Seins sich ausdehnen lässt.“... „Einen solchen Raum zu schaffen, ist weitgehend eine Frage der persönlichen Haltung. Es bedarf einer Zentriertheit, die nicht eingreift, auf Neugier verzichtet und selbst auf den Wunsch heilen, helfen oder verändern zu wollen verzichtet, da dies bereits die Autonomie und Selbstkompetenz des Klienten bedroht. Stattdessen sorgt die mitfühlende Neutralität des Therapeuten für genau die respektvolle Grenze, die vorher gefehlt hat.“ (Schmidt, 2012, S. 133 f)

Die Basisfähigkeit des Spiegels von sichtbarem (aber vielleicht unbewusstem) körperlichen Ausdruck, wird von allen körperorientierten Autoren als wichtig angesehen. Levine beschreibt es folgendermaßen: „Dieses Feedback basiert hauptsächlich auf der therapeutischen Fähigkeit, Veränderungen von Körperhaltung, Gestik, (emotionaler) Mimik und weiteren physiologischen Vorgängen in der Sitzung zu beobachten und zu verfolgen, sodass auch der Klient lernt, sie bewusst wahrzunehmen. Auf diesem Weg können Klient und Therapeut unbewusste Konflikte und Traumata aufdecken, welche die Vernunft nicht erfasst. Auch Freud schien das in seiner frühen Arbeit begriffen zu haben, wenn er sagte: „Der Geist hat vergessen, der Körper jedoch nicht – dankenswerterweise.“ (Levine, 2011b, S. 201)

Bessel van der Kolk fasst die Fähigkeiten eines/einer guten Traumatherapeut*in recht nüchtern zusammen: „Ein kompetenter Traumatherapeut muss in seiner Ausbildung gelernt haben, wie sich ein Trauma infolge von Missbrauch, Misshandlungen und Vernachlässigung auswirken kann, und er muss viele bei solchen Problemen nützliche Techniken anwenden können, die (1) Patienten stabilisieren, (2) sie angesichts traumatischer Erinnerungen und Reenactments beruhigen und (3) sie wieder in die Lage versetzen, zu ihren Mitmenschen in Kontakt zu treten. Im Idealfall hat ein Traumatherapeut die Therapiemethode, die er anwendet, selbst als Patient erlebt.“ (Van der Kolk, 2018, S. 253)

*4.2.1 Die Rolle des/der Therapeut*in – KBT*

In der KBT wird diesbezüglich zunächst auf die humanistische Psychologie referenziert. Die Haltung des/der Therapeut*in ist „Begleiter des Patienten auf dessen ganz persönlichem Weg auf der Basis zwischenmenschlicher Achtung, Wertschätzung und Empathie.“ (Pokorny et al., 2001, S. 20 f) Und es geht auch um eine grundsätzliche „Bejahung“ des/der Patient*in im Sinne von Winnicotts „holding function“ oder wie es Evelyn Schmidt ausdrückt: „Durch dieses Vorgehen stellt sich ein eher mütterliches Übertragungsfeld her, in dem das Bemerken von Bedürfnissen sowie das Gesehen- und Gehört-Werden eine große Rolle spielen. KBT TherapeutInnen fördern die Eigenwahrnehmung, regen Eigenbewegungen an, begleiten in der Erfahrung und bieten einen haltenden Umgang mit schwierigen emotionalen Erfahrungen an.“ (Schmidt, 2006, S. 81)

Darüber hinaus ist ein wesentlicher Teil der Konzentrativen Bewegungstherapie auch dem tiefenpsychologischen Erbe geschuldet. Das Übertragungsgeschehen zwischen Therapeut*in und Klient*in, Übertragung und Gegenübertragung werden in den Prozess miteinbezogen, alte Beziehungsmuster und -angebote, die in der therapeutischen Beziehung auftauchen, bewusst gemacht, und damit zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung gestellt.

Die eigene „Leiblichkeit“ des/der Therapeut*in wird im Therapieprozess in der KBT zur Verfügung gestellt. In dieser Art des Beziehungsdialogs, der dann auch ein Körperdialog ist, nimmt der/die Therapeut*in auch den körperlichen Ausdruck des/der Klient*in wahr und spürt die eigene körperliche Resonanz. Auch diese Wahrnehmungen können dem/der Klient*in zur Verfügung gestellt werden und damit in den Prozess einbezogen werden.

Weiters stellt der/die Therapeut*in auch einen Raum zur Verfügung, in dem ohne Druck und Angst in dieser vertrauensvollen therapeutischen Atmosphäre neue Handlungsmöglichkeiten und Beziehungsmuster ausprobiert werden können.

Da die KBT sich an der OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) und deren Strukturansatz orientiert, findet auch das Strukturniveau des/der Klient*in Berücksichtigung in der Haltung des/der Therapeut*in. So kann, einfach zusammengefasst, die Haltung eher stützend, begleitend oder aber auch konfrontierend sein.

In Bezug auf die körperorientierte Traumatherapie sehe ich in diesem Bereich sehr viele Übereinstimmungen. Ich denke, dass es im Rahmen der KBT sehr gut möglich ist,

- ein Beziehungsangebot zu machen, das von Mitgefühl, Verständnis, Akzeptanz, Halt und v.a. Sicherheit getragen ist, damit es für den/die traumatisierte/n Klient*in überhaupt erst möglich wird, sich auf eine (therapeutische) Beziehung einzulassen,
- von der „Verkörperung“, dem eigenen „gut-im-Kontakt-sein“ mit dem Körper und seinen Empfindungen des/der Therapeut*in in der KBT auszugehen – eine eigene Achtsamkeits- und/oder Körperpraxis ist dafür eine gute Grundlage,
- dass gut geschulte KBT Therapeut*innen in Körperresonanz gehen, die andere Person in ihrem körperlichen Ausdruck und auch die eigene Resonanz im Körper wahrnehmen,
- nicht nur einen sicheren, sondern gleichzeitig auch einen offenen Raum zur Verfügung zu stellen, in dem sich die Selbstregulationskräfte des/der Klient*in entfalten können, ohne vorgefasste Konzepte und Erwartungen – ein gemeinsames offenes und interessiertes Erforschen.

Was meiner Meinung nach in der individuellen Verantwortung und der persönlichen Entwicklung des/der einzelnen Therapeut*in liegt und was in diesem Bereich in der KBT nicht unbedingt vorausgesetzt werden kann:

- Die Fähigkeit, auch in heftigen emotionalen „Stürmen“ und massiven energetischen Ladungen aufgrund der eigenen, in Selbsterfahrung erworbenen Affekttoleranz präsent zu bleiben und eine sichere Stütze im Prozess der Traumaverarbeitung zu bleiben
- Fundiertes Wissen über die Theorie von Trauma, Traumabehandlung und v.a. die physiologischen und neurologischen Auswirkungen von Traumatisierungen, um sicher durch den Prozess und auch psychoedukativ begleiten zu können.

Nach Ansicht von Tripolt, aber auch Reddemann und Sachse (in Schmitz, 2004) sollte im Rahmen des Traumaverarbeitungsprozesses dem Übertragungsgeschehen nicht allzu viel Raum gegeben werden, da negative Übertragungen zumindest kurzfristig das Vertrauen des/der Klient*in in den/die Therapeut*in erschüttern könnten, oder der/die Klient*in sogar retraumatisiert werden könnte. Dadurch könnte das Gefühl von Sicherheit und damit der gesamte Verlauf der Traumatherapie erschwert werden. Ich halte es für sinnvoll, zumindest behutsam v.a. mit Übertragungen, aber auch mit der Verbalisierung von Gegenübertragungen umzugehen.

Einen anderen Aspekt, der hinsichtlich der Gegenübertragung erwähnenswert ist, beschreibt Schmitz: „Besonders wichtig erscheint mir bei der Traumatherapie die gut verfügbare Supervisionsmöglichkeit der Therapeutin. Die Gefahr, in traumatisierende Übertragungssituationen hineinzugeraten, ist trotz allem theoretischen Rüstzeug und eigener stabiler Grenzziehung immer wieder gegeben. Die Möglichkeit, dies frühzeitig zu erkennen und wieder aufzulösen, sollte in der Supervision gegeben sein.“ (Schmitz, 2004, S. 47) Jedenfalls ist auch hier die Stabilität und Selbsterfahrung des/der Therapeut*in entscheidend. Kann der/die Therapeut*in mit starken Gefühlen, die in der Gegenübertragung entstehen, umgehen, diese halten und sich nicht in den Bann der Inszenierung hineinziehen lassen, so kann auch eine neue Erfahrung für den/die Klient*in in diesem Prozess geschehen (vgl. Schmitz, 2004, S. 62).

4.3 Sicherheit, Stabilität, Ressourcen

Sicherheit und Stabilität zu entwickeln, mit den eigenen Ressourcen (wieder) in Kontakt zu kommen, ist in der Traumabehandlung die Basis, um sich überhaupt an die Traumaverarbeitung heranwagen zu können. Babette Rothschild nennt eines ihrer Kapitel „Vor allem schade nicht“, womit sie den Bereich der Sicherheit und der Stabilität in den Mittelpunkt stellt. Oft kommt es im Rahmen von Therapien von traumatisierten Menschen zu Dekompensation, Flashbacks, Panikattacken. Die Gefahr, dass ein Klient retraumatisiert wird, ist nicht zu unterschätzen. So wurde schon bald festgestellt, dass die direkte Arbeit an traumatischen Erinnerungen nicht immer nützlich, sondern sogar schädlich sein kann.

Rothschild verweist darauf, dass die Gefahr von Überforderung und Retraumatisierung dann gegeben ist, wenn „der Therapieprozess schneller verläuft, als er als Behandler verkraften kann. Dies passiert oft, wenn mehr Erinnerungen aktiviert oder ins Bewusstsein gedrängt werden – Bilder, Tatsachen und/oder Körperempfindungen –, als zum betreffenden Zeitpunkt integriert werden können. Der Hauptindikator für einen zu schnellen Verlauf der Therapie ist, dass dadurch im autonomen Nervensystem des Klienten mehr Arousal produziert wird, als der Betreffende mit seinen aktuell verfügbaren körperlichen und psychischen Ressourcen bewältigen kann.“ (Rothschild, 2017, S. 117 f)

So sei es sowohl für den/die Therapeut*in als auch für den/die Klient*in ratsam, zunächst zu lernen, wie der Prozess verlangsamt oder gar zum Stillstand gebracht werden kann, bevor man tiefer einsteigt. So ein Prozess braucht seitens des/der Klient*in viel Energie und sollte das ANS ständig in Übererregung sein und der/die Klient*in dadurch erschöpft, führt das nirgendwo hin. „Man könnte einen Menschen, der unter PTBS leidet, mit einem Druckkochtopf vergleichen. Das unaufgelöste Trauma erzeugt im Körper wie im Geist einen enormen Druck in Form einer sehr starken Erregung (Hyperarousal) des ANS. Wenn sich in einem modernen Druckkochtopf der Druck aufgebaut hat, lässt sich der Topf

nicht mehr öffnen. Wenn dies allerdings möglich wäre, würde der Topf explodieren. Um ihn zu öffnen, muss man zunächst langsam den Druck verringern, immer nur ein wenig „pft“. Erst nachdem der Druck vollständig entwichen ist, kann man einen Druckkochtopf gefahrlos öffnen.“ (Rothschild, 2017, S. 119)

Genauso wäre es bei einem/einer PTBS Betroffenen, wenn man, solange er/sie noch sehr unter Erregung ist, den Prozess beschleunigt, dass er/sie „explodieren“ könnte, in Form von Dekompensation, Nervenzusammenbruch, einer schweren Erkrankung oder eines Selbstmordes.

Wie schon oben beschrieben, ist die vertrauensvolle, Halt vermittelnde Beziehung zum/zur Therapeut*in ein erster wichtiger Faktor um Sicherheit herzustellen. Darüber hinaus ist es im Falle von Traumaerlebnissen, in denen das Gefühl innerer Sicherheit völlig zusammengebrochen und ein Gefühl vollständigen Ausgeliefertseins bestimmend war, wichtig, dass der/die Klient*in ein Gefühl von innerer Sicherheit und Stabilität entwickelt und sich in weiterer Folge langsam wieder im eigenen Körper zu Hause fühlt.

Peter Levine streicht in seiner Arbeit die Bedeutung der Sicherheit als Basis für die weitere Arbeit heraus. Als ersten Punkt seiner neun Schritte der Traumaverarbeitung hält er „eine Atmosphäre von relativer Sicherheit“ für essenziell, damit die anderen Schritte gelingen können. Dies kann der/die Therapeut*in durch die eigene Sicherheit, Zuversicht und Ruhe, die Ausstrahlung von Mitgefühl, Zentriertheit und Geduld erreichen. Er/sie ist eingestimmt und entspannt aufmerksam und präsent und letztlich Halt gebend. „Diese tröstliche Unterstützung inmitten von Chaos ist ein entscheidendes Element, das Traumatherapeuten ihren aufgebrachtten und verstörten Klienten vermitteln müssen. Sie ist mit Sicherheit ein erster Schritt, um ihnen zu helfen, wieder ins Gleichgewicht zu kommen. Mit anderen Worten, die Therapeutin muss eine Atmosphäre von relativer Sicherheit schaffen, die Zuflucht, Hoffnung und Lösungsmöglichkeiten vermittelt.“ (Levine, 2011b, S. 105)

Gleichzeitig warnt er aber auch davor, dass das Vermitteln dieses Gefühls von Sicherheit nicht allein stehen bleiben darf, da die Therapeut*innen dadurch ihre Klient*innen von sich abhängig machen. „Um das zu verhindern, soll die Klientin mit Hilfe der nächsten Schritte lernen, sich selbst effektiv zu beruhigen und aufzubauen und ihre Selbstregulation zu verstärken.“ (ebenda)

Rothschild geht dabei von einem sehr individuellen Ansatz aus, je nachdem mit welcher Art der Traumatisierung und mit welcher Grundstruktur Menschen in die Therapie kommen. Letztlich geht es darum, mit wie vielen und starken Ressourcen die Klient*innen bereits zur Therapie kommen und wie viel stärkende Aufbau- und Beziehungsarbeit zu leisten ist.

Für manche Patient*innen entsteht dieses Gefühl von Sicherheit in der therapeutischen Beziehung schnell, für manche sehr langsam. Und für manche steht diese Arbeit an der Sicherheit sogar im Vordergrund der Therapie. Nach Einschätzung Rothschilds ist die Beziehung für Traumapatient*innen des Typs IIB am wichtigsten (komplexe PTBS, fehlende Ressourcen und Vertrauensbruch erlebt). Sie zitiert auch Allan Schore, der herausgefunden hat, wie wichtig es ist, eine sichere Bindung zu haben, damit das Kind von der Mutter lernen kann, die eigenen Emotionen zu regulieren. Und diese Rolle kann in einer Traumatherapie (speziell beim Typ IIB) der/die Therapeut*in übernehmen, bis der/die Klient*in selbst dazu in der Lage ist, die eigenen Gefühle zu regulieren.

Wie Sicherheit in der Therapie hergestellt werden kann, ist der nächste Bereich, den Rothschild beleuchtet. Sie unterstreicht aber auch die Notwendigkeit, dass ein/eine Klient*in in einer sicheren Umgebung lebt. Ansonsten kann die Therapie nicht Früchte tragen, da die Klient*innen ihre Abwehr im Alltag aufrechterhalten müssen. In der Therapiesituation ist neben der schon beschriebenen tragfähigen Beziehung, das Aufbauen von Ressourcen, die im Prozess der Traumaheilung zur Verfügung stehen, von größter Bedeutung.

Rotschild unterscheidet:

- Funktionelle Ressourcen (sicherer Ort zum Leben, funktionierendes Auto etc.)
- Körperliche Ressourcen (Kraft, Geschicklichkeit, körperliche Fähigkeiten etc.)
- Psychische Ressourcen (Intelligenz, Humor, Kreativität und Abwehrmechanismen (als erfolgreicher Selbstschutzversuch) etc.)
- Zwischenmenschliche Ressourcen (soziales Netz, Partner*in, Familie, Freund*innen, Kolleg*innen etc.)
- Spirituelle Ressourcen (Glauben, religiöse oder spirituelle Praxis etc.)

(vgl. Rothschild, 2017, S. 132 ff)

Darüber hinaus macht es auch Sinn, den Betroffenen bewusst zu machen, dass sie die Ressourcen gehabt haben, um zu überleben und bis zu einem gewissen Grad auch ein erfolgreiches Leben zu führen. Letztlich wissen viele Menschen, speziell aber PTBS Patient*innen nicht, über wie viele Ressourcen sie verfügen.

Neben dem Bewusstmachen der verfügbaren Ressourcen zählen für Rothschild Oasen, Anker und der sichere Ort zu Sicherheit gebenden „Tools“. *Oasen* sind Aktivitäten, die Konzentration und Aufmerksamkeit erfordern und lenken damit vom Trauma ab. Dazu zählen z.B. Stricken, Gartenarbeit, meiner Ansicht nach auch sportliche Aktivitäten, die die Aufmerksamkeit ganz fesseln. Dies ist bei jedem Menschen unterschiedlich, letztlich erkennt man die Wirkung daran, ob das Hyperarousal weniger und der Verstand ruhiger wird.

Anker sind aus dem NLP entliehen und stellen äußere Ressourcen dar, die mit positiven Erinnerungen versehen sind bzw. als positive Anker für innere Ressourcen etabliert wurden. Z.B. ein besonderer Stein, der mich mit meiner Stabilität in Kontakt bringt. Oder z.B. auch eine Person, die für mich besonders viel Geborgenheit ausstrahlt und an die ich mich jederzeit – auch im Trauma-prozess – erinnern kann.

Der *sichere Ort* ist ein Ort, der in einer Visualisierung besucht werden kann und mit allen Sinnen erfahren wird, wodurch die Erfahrungen, die mit dem Ort verbunden sind, immer zur Verfügung stehen. Damit können auch in Therapiesitzungen Zustände der Übererregung reduziert werden (vgl. Rothschild, 2017, S. 137 ff). In der Integrativen Bewegungstherapie (Tripolt) wird diese Vorstellung noch um Bewegungen angereichert – in welcher Haltung bin ich an diesem sicheren Ort, wie bewege ich mich, wenn ich mich an diesem Ort sicher fühle, welche Körperempfindungen sind damit verbunden? So können diese Vorstellungen bzw. die dazu gehörigen Bewegungen eine wichtige Quelle von Sicherheit im weiteren Therapieprozess sein, an die immer wieder angeknüpft werden kann.

Weiters schreibt Rothschild, dass die Theorie der Traumatherapie auch eine gewisse Sicherheit geben kann. Natürlich, indem der/die Therapeut*in ein umfassendes Theoriewissen hat, aber auch dem/der Klient*in kann es helfen, sich mit Hilfe der Theorie zu orientieren und damit Sicherheit, Verständnis für sich selbst und Zuversicht zu gewinnen.

Rothschild geht auch öfters darauf ein, wie wichtig es ist, nicht die Klient*innen der Methode anzupassen, sondern individuell, den Prozess und den Einsatz unterschiedlicher Methoden mit jedem einzelnen Fall zum jeweiligen Zeitpunkt individuell abzustimmen. Sie unterstreicht auch nochmals, wie wichtig der Körper als Ressource in der Traumatherapie ist.

Wird der Körper am Anfang der Therapie als Ressource miteinbezogen, macht es Sinn, sich langsam und zunächst nur an die angenehmen Bereiche im Körper heranzuwagen (bzw. wenn das noch nicht möglich ist, den/die Klient*in immer wieder, wenn ich wahrnehme, dass da ein bisschen Entspannung oder Wohlgefühl in seinem/ihrem System auftritt, zu fragen, wie sich das gerade im Körper anfühlt). Wo im Körper fühlt es sich verhältnismäßig gut an? Diese Bereiche als Gegengewicht zu den schwierigen Bereichen zu spüren, diese auch anzuerkennen und einen guten Kontakt zu ihnen aufzubauen, sie vielleicht mit

der Zeit auch auszuweiten, kann ein Gefühl von Sicherheit im eigenen Körper entstehen lassen bzw. auch als Ressource zur Verfügung stehen, wenn wir uns langsam den Bereichen des Körpers zuwenden, in denen traumatische Erinnerungen abgespeichert sind.

Rothschild hält auch ein Plädoyer für *Muskelanspannung*, da sie (wie auch Reddemann) der Meinung ist, dass Entspannung für Traumatpatient*innen auch gegenteilige Effekte haben kann, die Erregung steigt und Ängste auftreten können. Sie leitet daraus die Hypothese ab, dass es für Betroffene besser sein kann, gut „tonisierte“ Muskeln zu haben, um mit Hyperarousal besser umgehen zu können bzw. auch individuell wahrzunehmen, für welche Muskeln sich Spannung und für welche sich Entspannung besser anfühlt. Und so stellt sie auch ein Programm zum Spannungsaufbau der Muskulatur in verschiedenen Körperbereichen zur Verfügung (vgl. Rothschild, 2017, S. 195 ff).

Für viele Klient*innen kann die Wahrnehmung des Atems oder tiefer Bauchatem mit Fokus auf die Ausatmung (um das parasympathische Nervensystem zu aktivieren) ein sicherer Anker im Hier und Jetzt sein, oder auch die Füße am Boden, den Körper im Kontakt mit der Unterlage zu spüren. Überhaupt kann das achtsame Wahrnehmen im Hier und Jetzt, z.B. von (schönen) Dingen im Raum, Sicherheit vermitteln.

Rothschild vermittelt auch, dass „die somatische Erinnerung als Ressource“ eingesetzt werden kann. Der Körper erinnert sich natürlich nicht nur an traumatische Erlebnisse, sondern auch an positive. Und so kann das Lernen, die Körperempfindungen differenzierter wahrzunehmen, auch zu einer Möglichkeit werden, mit positiven Körpererinnerungen und Erfahrungen wieder in Kontakt zu kommen und diese als Ressource im Traumaprozess zu nutzen (vgl. Rothschild, 2017, S. 173 ff).

Beim Training der Selbst- und Körperwahrnehmung empfiehlt Tripolt, speziell, wenn dies für Menschen besonders herausfordernd ist, von außen nach innen

vorzugehen. Sie bezeichnet es als „schonungsvoller“, von der Peripherie des Körpers zum Körperinneren fortzuschreiten, da im Inneren des Körpers die bei PTBS entstehenden beängstigenden Körperempfindungen zu spüren sind. Auch sie empfiehlt zunächst einmal die Körpergrenzen wahrzunehmen. Dabei die Berührungspunkte mit Boden und Sessel wahrzunehmen, die Luft auf der Haut, aber auch Unterschiede zwischen der einen und der anderen Hand. Und auch den Unterschied zwischen unangenehmen, vielleicht sogar schmerzenden und angenehmen Bereichen zu erfahren, schult die Wahrnehmung und ist eine Basis für die weitere sichere Erforschung des Körpers (vgl. Tripolt, 2016, S. 82 ff).

Tripolt setzt auch Bewegungen im Therapieprozess als Ressource ein: z.B. Wohlfühlbewegungen, als assoziierte Ressource (bei zu starker Erregung auf eine gerade spontan auftretende Bewegung fokussieren) und auch als Einstieg ins Traumaschema (Bewegungen, die bei Erzählungen von belastenden Situationen auftreten, werden wiederholt, Assoziationen beobachtet und willkommen geheißen) (vgl. Tripolt, 2016, S. 95 f).

Sicherheit kann auch mit dem Arbeiten an „Grenzen“ aufgebaut werden. Das Thema Grenzen – interpersonelle, sowie Körpergrenzen – ist für Rothschild in Bezug auf die Arbeit mit traumatisierten Klient*innen wichtig, und auch hier bietet sie sowohl zum Schulen der Wahrnehmung von interpersonellen Grenzen als auch der eigenen Körpergrenzen konkrete Übungen an, wie z.B. „Stopp“, wenn der/die Klient*in das Gefühl hat, dass sein/ihr Gegenüber über seine/ihre Grenzen geht, oder auch einen Kreis mit einer Schnur um sich zu legen und dann die Körperempfindungen und Emotionen wahrzunehmen, wenn jemand die Grenzen überschreitet. Und auch die eigenen Körpergrenzen leichter erfahrbar zu machen, indem mit den eigenen Händen der Körper abgerieben wird (vgl. Rothschild, 2017, S. 202 ff).

Rothschild geht in diesem Zusammenhang auch auf das Thema Berührung in der Traumatherapie ein und anerkennt, dass Berührung für Menschen grundsätzlich sehr heilsam und wichtig ist, aber bei traumatisierten Menschen,

speziell wenn es um sexuelle Übergriffe oder körperliche Misshandlungen geht, völlig kontraindiziert sind. V.a. wenn aufgrund von Berührung durch Übertragung dann der/die Therapeut*in zum/zur Täter*in wird, kann das einen sehr negativen Effekt auf den Therapieverlauf haben. Rothschild schlägt daher vor, dass die Betroffenen sich eher eine vertraute Person aus dem Umfeld sucht, mit der die Bedürfnisse nach Berührung gestillt werden können (vgl. Rothschild, 2017, S. 211 ff).

Sollte Berührung für den/die Klient*in (bereits) möglich sein, kann sie aber, wie Van der Kolk beschreibt, eine starke Ressource werden. Er meint, dass heutzutage oft Psychopharmaka gegeben werden, damit Menschen mit den Empfindungen, die durch Traumatisierungen ausgelöst wurden, zurande kommen, dass es aber genauso hilfreich wäre, berührt oder umarmt zu werden und wiegende Bewegungen zu machen. „Menschen, die in ihrem Entsetzen erstarrt sind, müssen wieder ein Gefühl dafür entwickeln, wo im Raum sich ihr Körper befindet und wo seine Grenzen sind. Feste Berührungen, die Sicherheit vermitteln, zeigen ihnen diese Grenzen: was außerhalb von ihnen ist und wo ihr Körper endet. Sie merken, dass sie sich nicht ständig zu fragen brauchen, wer und wo sie sind. Sie entdecken, dass ihr Körper fest ist und dass sie nicht unablässig auf der Hut zu sein brauchen. Berührung lässt sie wissen, dass sie in Sicherheit sind.“ (Licia Sky, zitiert von Van der Kolk, 2018, S. 260)

Eine wesentliche Ressource, die von einigen Autor*innen erwähnt wird, ist Selbstmitgefühl. Mary und Rick NurrieStearns gehen in ihrem Buch „Trauma-Heilung durch Yoga & Meditation“ sehr ausführlich auf die Bedeutung der Entwicklung von Mitgefühl und Selbstmitgefühl in der Traumabehandlung ein. Es ist für die beiden Autor*innen ein zentraler Punkt in der Traumaheilung. Auch wenn es vielleicht anfangs schwierig sein sollte, liebevolle, verständnisvolle, tröstende und umsorgende Gefühle und Gedanken für sich selbst zu haben, so ist für Menschen mit Traumafolgen, die ja oft in Beziehungen traumatisiert wurden, und damit „ihr Herz verschlossen“ haben, und mit Gefühlen von Mangel an Sicherheit, Vertrauen, Verbundenheit, Selbstachtung und Kontrolle,

unerlässlich diese Qualität in sich zu entwickeln. Die Autor*innen gehen davon aus, dass allein diese mitfühlende und liebevolle Grundhaltung uns selbst gegenüber eine transformierende Wirkung hat.

„In unserem Herzen sind die durch Traumata verursachten schmerzhaften Emotionen beheimatet. Hier verwandeln Barmherzigkeit und Mitgefühl emotionale Verletzungen in Weisheit und emotionale Stärke. Mitgefühl zu üben öffnet unser Herz und hilft uns, dieser warmen und zärtlichen Zuwendung bewusst zu werden. Unser Herz vermag danach wieder vor liebender Güte überzufließen, auch wenn es eine Weile dazu benötigt. Tritt es ein, spüren wir die durch das Trauma verursachten Verletzungen zwar wieder, aber anders als vorher. Wut wird dann zu Trauer, Furcht zu Verstehen und Trauer zu Mitgefühl.“ (NurrieStearns, Mary & NurrieStearns, Rick; 2014, S. 17)

Etwas weiter: „Wenn Sie an der Genesung von einem Trauma arbeiten, ist es sehr wichtig, sich innerlich geliebt zu fühlen, denn nur dann führt die Konfrontation mit den Verletzungen, die das Trauma verursacht hat, zur Heilung statt zur Retraumatisierung. Wenn Sie sich selbst ehrerbietig behandeln, wird Ihr Schmerz sichtbar und spürbar, und die Wärme des Mitfühls kann ihn auflösen. Sobald sich Ihr liebendes Herz öffnet, verflüchtigt sich Ihr Schmerz so sanft, wie Eis in der Sonne schmilzt.“ (NurrieStearns, Mary & NurrieStearns, Rick; 2014, S. 18).

Dies klingt nun zunächst nicht nach wissenschaftlicher Sprache und dennoch hat in den letzten Jahren die Forschung zum Thema Mitgefühl und Selbstmitgefühl (Gilbert, Neff, Germer u.a.) gezeigt, welche tief gehenden Veränderungen eine kontinuierliche Selbstmitgefühlspraxis bringen kann. Die Autoren beziehen sich auch auf den Neurowissenschaftler Andrew Newberg (2009), der die Wirkung des vorderen zingulären Kortex auf die Verbindung und die Balance zwischen limbischen System und „Frontallappen“ erforscht hat. So hat er festgestellt, dass die Aktivierung des vorderen zingulären Kortex dazu führen kann, dass die Angst eingedämmt wird und damit der Frontallappen wieder arbeiten kann. Damit

können wir wieder klar denken, Entscheidungen treffen und auch unsere vielleicht durch Trauma verzerrten Sichtweisen erkennen. Er kam zu dem Schluss, dass Meditation über Mitgefühl unsere Sichtweise auf die Welt verändern kann, ohne dass es viel Aufwand braucht: „Dies zu erreichen ist einfach. Sie brauchen nur auf Mitgefühl fokussieren oder auf ein Bild des Friedens, während Sie tief atmen und sich entspannen. Wenn Sie mindestens zwölf Minuten täglich bei diesen Gedanken bleiben, entwickeln sich in Ihrem Gehirn innerhalb weniger Monate neue neuronale Schaltkreise, die Mitgefühl vermitteln.“ (Newberg, 2009 in NurrieStearns, Mary & NurrieStearns, Rick; 2014, S. 29). So wird offensichtlich durch Meditation, speziell durch Mitgefühlsmeditation, nicht nur der mediale präfrontale Kortex und das limbische System, sondern auch der vordere zinguläre Kortex beeinflusst (vgl. NurrieStearns, Mary & NurrieStearns, Rick, 2014, S. 28 ff).

NurrieStearns und NurrieStearns zeigen einen Weg mit unterschiedlichen Selbstmitgefühlspraktiken (z.B. einen individuellen liebevollen Satz, den man sich mehrmals täglich sagt, Metta-Meditation, Mitfühlende Briefe an sich selbst und eine Kombination aus liebevoller innerer Haltung, Sätzen und Massage), die eine Basis der Haltung des Selbstmitgefühls und der Selbstliebe legen, womit Traumaheilung möglich wird.

Auch Kristin Neff und Christopher Germer, die den Kurs MSC - Mindful Self-Compassion entwickelt haben, sehen für Selbstmitgefühl in der Traumatherapie viel Potenzial. Gleichzeitig sehen sie die Praxis des Selbstmitgefühls auch als zweischneidiges Schwert (Neff, Germer in Follett et al., 2015, S. 50): zum einen hilft uns die Praxis mit den schwierigen Emotionen in der Gegenwart umzugehen und zum anderen öffnet es uns für den Schmerz aus der Vergangenheit. Eine der wichtigsten Fragen im Training von Selbstmitgefühl ist „Was brauche ich selbst in diesem Moment?“ In einem ersten Schritt hat es also auch viel mit Selbstfürsorge zu tun. Zu erkennen, was ich brauche, und mir das auch zu geben (z.B. eine Tasse Tee, ein heißes Bad, ein gutes Gespräch, eine Umarmung, Streicheln meines Hundes/meiner Katze, Körpertraining, Musik hören). Wenn es

für einen/eine Traumapatient*in sicher ist zu meditieren, so wird dies mit großer Wahrscheinlichkeit ebenso sein/ihr Selbstmitgefühl im Alltag erhöhen. „Eine Selbstmitgefühls-Meditation kultiviert die Intention oder Haltung des Wohlwollens. Das letztliche Ziel ist im Angesicht von persönlichem Leid mit einem Gefühl von Sicherheit präsent zu bleiben, sodass das Leid wirklich gespürt werden und die Heilung beginnen kann.“ (Neff, Germer in Follett et al., 2015, S. 51)

So geht es auch in der Selbstmitgefühlspraxis für Traumapatient*innen darum, Fähigkeiten zu entwickeln, mit sich selbst tröstend und beruhigend umzugehen, wenn wir es am meisten brauchen. Konkrete einfache Praktiken im MSC sind die sogenannte Selbstmitgefühlspause oder auch die beruhigende (Selbst) Berührung. In der Selbstmitgefühlspause halte ich in einer Situation des Leids inne und mache mir bewusst, dass es ein Moment des Leids ist (Ich wende Achtsamkeit an), dass es Teil des Lebens ist und dass ich damit nicht allein bin und gebe mir in dieser Situation selbst Freundlichkeit, anstatt mich dafür fertig zu machen, dass es mir gerade schlecht geht. Z.B. indem ich meine Hände sanft auf mein Herz lege, und mir innerlich genauso sanft sage „Möge ich freundlich mit mir sein“ (oder was auch immer gut passt).

Damit kann sich der/die Klient*in mit der Zeit mehr in das Leid hinein entspannen, ohne es zu vermeiden und lernt, damit zu sein (vgl. Neff, Germer in Follett et al., 2015, S. 53 f). Natürlich braucht jeder/jede Klient*in etwas anderes und kürzer oder länger, um Selbstmitgefühl zu entwickeln. Letztlich geht es auch hier darum, Sicherheit und Stabilität aufzubauen, um sich erst dann dem Trauma zu stellen. Die Selbstmitgefühlspraxis kann auch in der Phase der Exposition eine wichtige Ressource sein.

NurrieStearns und NurrieStearns erwähnen das Thema Spiritualität als Ressource in der Traumaverarbeitung. Sie zitieren Studien (Morin, 2011; Knapik et al, 2010; Glaister & Aible 2001; Smith & Kelly 2001; Shaw et al.), die bestätigt haben, dass spirituelle Praxis, Engagement in einer spirituellen Gemeinschaft

und auch die Verbindung mit einer „göttlichen/höheren Macht“ sich sehr positiv im Heilungsprozess von Traumapatient*innen (Kriegsveteranen bzw. Opfer von sexueller Gewalt) auswirken kann. In diesem Zusammenhang gehen sie auch darauf ein, dass die Kultivierung und Vertiefung von positiven Qualitäten wie „Tugendhaftigkeit“, Glücksfähigkeit und Gleichmut äußerst unterstützend sein können.

4.3.1 Sicherheit, Stabilität, Ressourcen – KBT

Die Entwicklung von Sicherheit, Stabilität und Ressourcen ist wie oben beschrieben ein zentraler Bereich in jeder Traumatherapie, da ohne diese eine Arbeit an traumatischen Erfahrungen nicht sinnvoll ist.

Was diesen Bereich betrifft, so bietet die KBT einen sehr umfangreichen und vielfältigen Erfahrungsschatz an unterschiedlichen Angeboten, die die Klient*innen dabei unterstützen, mehr Sicherheit und Stabilität zu erfahren, zu entdecken, zu spüren. Ebenso kann die KBT sehr gut dabei unterstützen, Ressourcen (wieder) zu entdecken oder aufzubauen.

So gut wie alles, was ich in diesem Bereich der körperorientierten Traumatherapie beschrieben habe, findet sich auch in der therapeutischen Arbeit der KBT. Ich möchte hier einen kurzen beispielhaften Überblick dazu geben, welche Angebote vorstellbar wären. Natürlich müssen diese Angebote an die jeweilige Person und den richtigen Zeitpunkt im Verlauf des Therapieprozesses angepasst werden und der Kreativität des/der KBT Therapeut*in sind keine Grenzen gesetzt, entwickeln sich doch oft Angebote aus den konkreten Prozessen mit den Klient*innen. Letztlich geht es in all diesen Angeboten darum, eine reale Erfahrung der Qualitäten Sicherheit, Stabilität, Grenzen, Ressourcen und Vertrauen zu ermöglichen und diese Qualitäten dadurch mehr und mehr aufzubauen und zu vertiefen, mit dem Ziel, diese dann auch zur Verfügung zu haben, wenn Trigger-Situationen auftauchen oder wenn es im therapeutischen Prozess herausfordernd wird.

Oft werden vorhandene Ressourcen als selbstverständlich gesehen und gar nicht als solche erkannt. Gerade bei Menschen mit Traumahintergrund ist der Fokus auf das gerichtet, was nicht geht, statt auf das, was da ist, was funktioniert, was gut ist. Daher sollte der/die Therapeut*in hier speziell immer wieder darauf aufmerksam machen.

Ich stimme hier mit Schmitz überein, die es für wichtig hält, die Erkenntnisse der Stressphysiologie in die Planung der Angebote miteinzubeziehen. „Alle Funktionen des Körpers, die auf Kampf oder Flucht ausgerichtet sind, wirken eher entängstigend, bergen sie doch die Chance des Handelns in sich. Sich körperlich im Ruhezustand wahrnehmen, weckt Erinnerung an Lähmungsgefühle und ist als Auslöser für Körpererinnerungen in dieser Phase selten angebracht.“ (Schmitz, 2004, S. 57)

Im Folgenden eine beispielhafte Aufzählung von Angeboten, die im Bereich Sicherheit, Stabilität und Ressourcen möglich wären:

Thema Sicherheit und Stabilität:

- Sicherheit des Bodens, der Wände, der Decke erforschen
- Fester Stand und Aufrichtung (experimentieren mit Fußabstand (ganz nah bis ganz breit), Verwurzeln
- Bewusstes, achtsames Gehen
- Die festen Teile des Körpers bewusst erfahren
- Angenehme (nicht unangenehme, neutrale), später auch sichere oder vertrauenswürdige Orte im Körper aufspüren
- Im Raum gehen und unterschiedliche Nuancen an Sicherheit an verschiedenen Orten erforschen
- Gestaltung eines sicheren Ortes mit Gegenständen im Raum
- Experimentieren mit Körperhaltungen der Sicherheit und/oder Stabilität

- Sicherheit und Stabilität erforschen, die ein Stab geben kann

Thema Vertrauen in Beziehung

- Sichere Beziehung zum/zur Therapeut*in mit Seil oder Stab erfahrbar machen
- Wenn (schon) möglich, „ich stehe hinter dir und gebe Halt“ – sicheren Kontakt erleben, der für mich da ist – ich kann gehen und jederzeit zurückkehren und wieder „andocken“
- Unterstützende, Halt gebende Berührungen (sofern es möglich ist)

Thema Grenzen und Abgrenzen

- Klare Grenzen mit Seil legen, meinen Raum klar begrenzen
- Die Körpergrenzen erfahren – abrollen, selbst abklopfen, achtsam erspüren
- Die Körpergrenzen zeichnen
- Den richtigen „(Sicherheits-) Abstand“ zum/zur TherapeutIn erspüren und erfahren – klares „Stopp!“

Thema Ressourcen

- Den Körper als Ressource erfahren
- Symbolisierung des „Ressourcenschatzes“

(vgl. Gräff, 2008, S. 29 ff)

Dies sind, wie schon geschrieben, nur ein paar Beispiele, die zeigen sollen, dass in diesem Bereich KBT Angebote – v.a. dann, wenn das Verständnis für den somatischen Traumaprozess seitens des/der Therapeut*in vorhanden ist – eine optimale Basis für die weiteren Schritte schaffen können.

Darüber hinaus ist es eine übliche KBT Vorgehensweise mit Klient*innen, für die es notwendig ist, sehr strukturiert zu arbeiten, d.h. sie sehr klar und Schritt für Schritt durch die Erfahrung zu begleiten und trotzdem eigene und freie Erfahrungen zu ermöglichen.

Ein wichtiger Punkt wird von Schmitz angesprochen, die es für wichtig hält, am Anfang einer Traumatherapie möglichst genau zu explorieren, welche Flashback-Erlebnisse bereits bekannt sind, auf welchen Sinneskanälen sich diese hauptsächlich abspielen und welche Triggerreize zu diesen Flashbacks geführt haben. Darüber hinaus auch herauszufinden, welche Möglichkeiten es bisher gab, diese Flashbacks zu vermeiden oder zu begrenzen. Dieses Wissen kann dann in der Therapiesituation genutzt werden, um den Rahmen und den Prozess noch sicherer zu gestalten (vgl. Schmitz, 2004, S. 50).

4.4 Rhythmus und Synchronie

Ein wichtiger Punkt, der von vielen Autor*innen angesprochen wird, ist, dass traumatisierte Menschen nicht nur den Kontakt zum Körper und zu anderen Menschen verlieren, sondern dadurch auch zu den inneren und äußeren „Rhythmen“. Es fällt ihnen dadurch auch schwer, sich wirklich auf sich selbst, andere Menschen und auf das Leben selbst „einzustimmen“. Durch die Erstarrung sind Betroffene aus dem Rhythmus gekommen und können vielleicht durch Rhythmus und Einstimmung bei z.B. Tanz, Singen o.ä. wieder etwas mehr in Bewegung und in Verbindung kommen.

Van der Kolk schreibt dazu: „Unser Gefühl handlungsfähig zu sein, die Stärke unseres Gefühls, Dinge beeinflussen zu können, hängt von unserer Beziehung zu unserem Körper und seinen Rhythmen ab: Unser Wachen und Schlafen und wie wir essen, sitzen und gehen entscheiden darüber, wie unsere Tage verlaufen. Um unsere eigene Stimme zu finden, müssen wir in unserem Körper sein – wir müssen tief atmen und zu unseren inneren Empfindungen in Kontakt treten können.“ (Van der Kolk, 2018, S. 393)

Er geht im Weiteren auf die Bedeutung von Rhythmus und Synchronie ein. So ist es für Menschen im Allgemeinen wichtig, sich physisch aufeinander einzustimmen, was z.B. beim Singen und Tanzen geschieht. Bei Traumabetroffenen scheint diese Fähigkeit stark beeinträchtigt und sie sind „an

ihrem starren Gesichtsausdruck und ihrem schlaffen (aber gleichzeitig auch stark erregtem) Körper zu erkennen“.

Van der Kolk beschreibt weiters sehr eindrücklich wie eine Gruppe von misshandelten Frauen, die zunächst sehr in sich gefangen schienen, durch gemeinsames Singen und Bewegen, lebendig wurden und sich offensichtlich verbunden fühlten. So scheinen für ihn Bewegung, Rhythmus und Singen ganz wichtige unterstützende Faktoren in der Traumabehandlung (vgl. Van der Kolk, 2018, S. 247).

Yoga kann, nach Emerson und Hopper, Synchronie auf zweierlei Art fördern. Zum einen intrapersonell, mit dem Rhythmus der eigenen Atmung, des Herzens und der Bewegung während der Praxis wieder verbunden zu sein und Atmung und Bewegung aufeinander abzustimmen. Und zum anderen interpersonell, wenn in der Gruppe gemeinsam geatmet und in einem gemeinsamen Rhythmus bewegt wird. „Wenn Traumatisierte durch die rhythmische Aktivität ihre Verbindung zu sich selbst und zu anderen wiederherstellen, restaurieren sie auch ihre Verbindung zur Welt und damit in ihrem Leben ein Sinngefühl.“ (Emerson & Hopper, 2012, S. 83)

Ein letzter Aspekt des Themas Rhythmen ist, dass wir in der Yogapraxis auch ein Gefühl dafür entwickeln, dass jedes Ereignis einen Anfang und ein Ende hat. Im Gegensatz dazu leben Traumabetroffene oft in einem Zustand des zeit- und endlosen Traumas. In der Yogapraxis kann durch bewusste „Countdowns“ immer wieder erlebt werden, dass auch die unangenehmste Position irgendwann zu Ende geht und danach Entspannung möglich wird (vgl. Emerson & Hopper, 2012, S. 65 ff).

Levine baut in seiner Therapiemethode auch auf den natürlichen, in jedem Körper auf vielfältige Art und Weise vorhandenen Rhythmus auf. Im 3. Schritt seiner Methode beschreibt er das „Pendeln“. Auf Schritt 2 aufbauend lernt der/die Klient*in zwischen angenehmen Bereichen im Körper, „sicheren Inseln“

(wo der/die Klient*in in der eigenen Kraft und/oder im Fluss fühlt) und schwierigen Bereichen mit der Aufmerksamkeit, hin und her zu pendeln. So soll der natürliche und angeborene Wechsel zwischen Kontraktion und Expansion erfahren werden und auch erkannt werden, dass beide Zustände nur von kurzer Dauer sind und zum Leben gehören.

Diese sicheren Inseln im Körper werden vielleicht mit der Zeit mehr und gemeinsam ergeben sie ein immer größeres Terrain im Körper, das dem/der Klient*in ermöglichen sollte, den Körper nicht mehr als Feind zu sehen und mit der Zeit sogar als Verbündeten. Durch diese neue Art der Verbindung zum Körper wird es auch leichter den schwierigen Empfindungen mehr standhalten zu können.

„Das unwillkürliche innere Hin- und Herschaukeln zwischen diesen beiden Polen nimmt schwierigen Empfindungen wie Angst und Schmerz die Schärfe.“ (Levine, 2011b, S. 110) Wenn Klient*innen diesen Wechsel aus Expansion und Kontraktion erleben, bemerken sie, dass jeder Kontraktion eine Expansion folgt „und ein Gefühl von Öffnung, Erleichterung und Fließen mit sich bringen wird.“ (Levine, 2011b, S. 110)

Durch diese simultane Stabilität, Sicherheit und das „Fließen“ im natürlichen Rhythmus können mit der Zeit schwierige (und früher überwältigende) Empfindungen und Emotionen akzeptiert und integriert werden. „Menschen machen die Erfahrung, dass ihre Gefühle (ganz gleich, wie entsetzlich sie ihnen vorkommen) nur wenige Sekunden oder Minuten dauern. Und wie unangenehm eine Empfindung oder ein Gefühl auch sein mag, wenn wir wissen, dass es sich verändert, empfinden wir es als weniger verhängnisvoll. Das Gehirn registriert diese neue Erfahrung, indem es seine Alarm-/Abwehrbereitschaft herunterschaltet.“ (Levine, 2011b, S. 112)

4.4.1 *Rhythmus und Synchronie – KBT*

Sich wieder auf den eigenen Rhythmus einzuschwingen und auch wieder dazu in der Lage zu sein, sich auf andere Menschen einzustimmen und auch im Fluss mit dem Leben zu sein – all diese Themen sind mit KBT Angeboten sehr gut abzudecken.

Wie immer sollte es ein spielerisches, experimentierendes Vorgehen sein, das an die aktuellen Möglichkeiten des/der Klient*in angepasst ist. Keinesfalls sollte er/sie überfordert oder gar beschämt werden.

- So können zunächst die Rhythmen im Körper erforscht werden, der Herzschlag und die Atmung. Wir können damit experimentieren, wie es ist, den Atem „zu machen“, unterschiedliche Rhythmen und Geschwindigkeiten auszuprobieren oder immer mehr loszulassen und den Atem weitestgehend geschehen zu lassen. Kann die Herzfrequenz auch über den Atem verändert werden?
- Unterschiedliche Geschwindigkeiten im Gehen, Gehrhythmen ausprobieren. Was ist mein natürlicher Gehrhythmus? Welche rhythmischen Spiele fallen mir mit Stab, Ball, Seil (ein-schwingen) ein?
- Experimentieren mit rhythmischen Armbewegungen, Beinbewegungen, etc.
- Klatschen, Tanzen (oder auch freie Bewegungsassoziation), Tönen (einstimmen), Singen – vielleicht für viele Klient*innen leichter in der Gruppe (wenn die Vertrauensbasis tragfähig ist, sicher auch im Einzelsetting möglich).
- Als Yoga- und Meditationslehrer wäre für mich auch die Erfahrung im gemeinsamen Rhythmus zu atmen und Positionen und Bewegungen auszuführen, als Teil einer KBT Gruppenstunde (vielleicht sogar im Einzelsetting) vorstellbar.

Mit KBT-Angeboten ist das von Levine beschriebene „Pendeln“ auch gut zu erfahren. Das (unwillkürliche) Pendeln der Aufmerksamkeit zwischen sicheren, positiv wahrgenommenen und schmerzhaften, unangenehmen

Körperempfindungen kann dabei helfen, einigermaßen sicher Toleranz für das Schmerzhaftes aufzubauen und gleichzeitig auf dieser Ebene den Lebensrhythmus zu spüren, dass sowohl angenehme als auch unangenehme Erfahrungen einen Anfang und ein Ende haben. Auch die Erfahrung des ständigen Rhythmus von Expansion und Kontraktion kann dadurch gemacht werden.

Der/die Klient*in kann auch angeregt werden, die eigenen Rhythmen im Alltag wahrzunehmen und vielleicht auch aufzuschreiben. Schlaf-/Wachrhythmus, Essensrhythmen, Stimmungsrhythmen, Rhythmen des „Offen- und Verschluss-Seins“, Rhythmen der Spannung und Entspannung, etc.

Darüber hinaus gibt es in der KBT viele weitere Angebote, um unterschiedliche Arten von Rhythmen wahrzunehmen. Klassische Angebote in denen es um das „Öffnen und Schließen“, Geben und Nehmen“, oder auch das Finden eines Gleichgewichts zwischen den Polen „Hin und Her“ geht – was auch auf der körperlichen Ebene erfahren werden kann, z.B. in der Muskulatur oder den Gelenken. (vgl. Gräff, 2008)

4.5 Wahlmöglichkeiten schaffen, Selbststeuerung ermöglichen

Für Menschen mit traumatischen Erfahrungen, während derer sie sich hilflos ausgeliefert und ohnmächtig gefühlt haben, ist es wesentlich, das Gefühl von Kontrolle und Selbstwirksamkeit wieder zu erlangen. Es fühlte sich an, wie gefangen zu sein und keine Wahl-, keine Entscheidungsmöglichkeit mehr zu haben. Zusätzlich zu den Bereichen „Aktivierung“ und „Rhythmus und Synchronie“ macht es daher Sinn, Erfahrungsmöglichkeiten anzubieten, in denen die Klient*innen selbst Entscheidungen treffen können und sich in der Therapiesituation nicht ausgeliefert fühlen.

Emerson und Hopper beschreiben dies für das trauma-sensible Yoga folgendermaßen: „Nach unserer Auffassung besteht ein Teil des Prozesses der Traumaheilung im Wiedererlangen des Gefühls, selbst effektiv handeln und das

eigene Leben gestalten zu können.“ (Emerson & Hopper, 2012, S. 70) Und das kann dadurch geschehen, dass dem/der Klient*in immer wieder kleine Wahlmöglichkeiten angeboten werden, wie z.B. bei einer Übung aufzuhören, wenn es nicht angenehm ist, sie für sich zu adaptieren, damit frei zu experimentieren. „Durch Yoga ermöglichen wir Traumatisierten zu erleben, dass sie Entscheidungen treffen, die auf ihren Körper im gegenwärtigen Augenblick einen positiven Einfluss haben – oder nicht.“ (Emerson & Hopper, 2012, S. 141)

Auch im Setting können Wahlmöglichkeiten angeboten werden, wie z.B. die Platzierung im Raum, will ich die Fenster geöffnet oder geschlossen, usw.

Nicht direktiv vorzugehen, sondern echte und ehrliche Entscheidungsmöglichkeiten anzubieten, und eine entsprechende einladende und erforschende Sprache zu verwenden, ist gerade mit traumatisierten Menschen oberstes Gebot. Und damit auch zu lernen, die Verantwortung und Autorität nicht nach außen abzugeben, sondern wieder zur Selbstverantwortung und zur eigenen inneren Autorität zurückzukehren.

Es geht im trauma-sensiblen Yoga nie darum, sich in irgendein „Yogakorsett“ hineinzuzwängen, sondern den eigenen Körper so wahrzunehmen, kennenzulernen und zu akzeptieren, wie er gerade ist. Und dadurch wird langsam auch ein gütiger, sanfter und liebevoller Umgang mit sich und dem eigenen Körper erfahren (vgl. Emerson, Hopper, 2012, S. 70).

4.5.1 Wahlmöglichkeiten schaffen, Selbststeuerung ermöglichen – KBT

Dieser Punkt hängt sehr stark mit dem Aufbau einer sicheren Beziehung und eines sicheren Rahmens zusammen, in dem sich die Klient*innen nicht einem/einer Therapeut*in und dessen/deren Tun ohnmächtig ausgeliefert fühlen, sondern das Gefühl bekommen, selbst entscheiden, kontrollieren, gestalten, wirken zu können.

In der KBT drückt die Verwendung des Begriffs „Angebot“ bereits eine Haltung aus, in der der/der/die Klient*in nicht irgendetwas tun muss, und der/die

„überlegene“ und „wissende“ Therapeut*in weiß, wo es langgeht, sondern in dem eine Erfahrungsmöglichkeit aufgezeigt wird, die ganz individuell angenommen, abgelehnt, adaptiert, ausprobiert werden kann. Es ist auch immer eine Entscheidung, wie sehr sich jemand auf ein Angebot einlässt. Und der Umgang mit dem Angebot selbst ist schon eine Erfahrungsmöglichkeit.

Ich fordere Klient*innen, v.a. wenn ich in diesem Bereich Defizite erkenne, explizit dazu auf, klar auszudrücken, wenn ein Angebot gerade nicht passt oder wenn es während des Angebots nicht mehr zu stimmen scheint. Damit wird für die Klient*innen spürbar, dass sie gehört werden, dass sie Einfluss nehmen können (selbstwirksam sind), und dass ihre Wünsche und Bedürfnisse für mich wichtig sind und es mir auch wichtig ist, dass sie diese ausdrücken. Dies kann für Menschen mit Traumahintergrund eine neue Beziehungserfahrung sein und das Vertrauen vertiefen.

Darüber hinaus ist es in der KBT wichtig, immer auch im Setting einiges auszuprobieren – z.B. den/die Klient*in entscheiden zu lassen, ob er/sie heute am Sessel sitzen will oder auf einem Sitzball, oder gar liegen? Oder gehen? Wo im Raum möchte der/die Klient*in sich positionieren? In welchem Abstand zum/zur Therapeut*in? Es gibt also im Therapieprozess immer eine große Anzahl an Wahlmöglichkeiten, die ich als Therapeut*in zur Verfügung stellen kann. Natürlich sollte darauf geachtet werden, dass es nicht zu viel wird und ich den/die Klient*in damit nicht überfordere.

Zusätzlich ist es auch möglich, konkrete Angebote je nach Situation zu entwickeln, in welchen die Themen „Entscheidung“ oder „Wahlmöglichkeiten“ der eigentliche Inhalt sind.

4.6 Interozeption – Selbstwahrnehmung, Gewahrsein, Achtsamkeit

Was den Aufbau von Selbstwahrnehmung betrifft, so sind sich alle von mir angeführten Autor*innen einig, dass dies ein wesentlicher Teil der Traumaheilung ist. Eine Folge von Trauma ist, dass sich Betroffene von ihrem

Körper und dessen Empfindungen, dem „Grauen“, das in ihrem Körper gespeichert ist, abtrennen. Damit ist zwar ein einigermaßen gutes Überleben gesichert, aber der Preis dafür ist, dass wir uns auch von unserer Lebendigkeit abschneiden und uns nicht mehr „ganz“ fühlen.

Es braucht dann ein geschicktes, sicheres und mit Ressourcen verbundenes Vorgehen, um „sich den Körper wieder zu eigen zu machen“ (wie es Bessel van der Kolk ausdrückt). Mit der erarbeiteten Sicherheit im Kontakt mit dem Körper geht es dann darum, die Wahrnehmung der Körperempfindungen wieder zu entwickeln und mit immer feineren Ebenen des eigenen Selbst wieder in Verbindung zu kommen. Diese Fähigkeit unserer Wahrnehmung nach innen (Interozeption) zu schulen, wird dann noch erweitert um die Fähigkeit immer mehr „Toleranz“ gegenüber den unangenehmen Empfindungen zu entwickeln (mit Ressourcen verbunden im Kontakt mit dem „Schwierigen“ zu bleiben) und damit auch Trigger im Inneren zu entmachten.

Einige Autor*innen bezeichnen die Fähigkeit bzw. Übung, um dies zu erlangen, als Gewährsein, manche als Achtsamkeit und andere als Aufmerksamkeit. Es geht aber immer darum, die Wahrnehmung darin zu schulen, im Moment zu verweilen und mit dem Atem, Körperbereichen und anderen „Ankern“ in Kontakt zu bringen und dabei zu verweilen. Mit der Zeit entsteht dadurch eine tiefere Einsichtsmöglichkeit und v.a. auch die Möglichkeit, sich auch schwierigen, mit dem Trauma verbundenen Körperempfindungen zu stellen und sich auf dieser Ebene an die Traumaverarbeitung zu machen.

Levine beschreibt dies in Schritt 2 des Ablaufs seiner Traumatherapie: „Den Klienten bei der Erforschung einer Empfindung unterstützen und ihm helfen, diese zu akzeptieren“. Bei diesem Schritt geht es darum, eine erste Kontaktaufnahme mit den körperlichen Empfindungen herzustellen und damit das „Abgeschnitten-sein“ vom eigenen Körper, den Instinkten und Gefühlen zu überwinden. Levine erwähnt aber auch, dass genau dieser Schritt heikel ist, da traumatisierte Menschen, sofern sie sich ohne Vorbereitung zu lange auf den

eigenen Körper konzentrieren, von den Empfindungen und Gefühlen überwältigt werden und schließlich auch retraumatisiert werden könnten. „Für viele traumatisierte Individuen ist der Körper zum Feind geworden: Sie deuten fast jede Empfindung, die sie wahrnehmen, als unerwünschten Vorboten eines Wiederauflebens von Schrecken und Hilflosigkeit.“ (Levine, 2011b, S. 106)

Daher macht es anfangs Sinn, den/die Klient*in auf positive körperliche Empfindungen hinzuweisen, z.B. wenn der/die Therapeut*in wahrnimmt, dass der/die Klient*in sich gerade entspannt oder ein erleichterter Gesichtsausdruck da ist, und ihn/sie so behutsam wieder mit dem Körper und seinem Ausdruck in Kontakt zu bringen. Dadurch entsteht wieder mehr Vertrauen und die weitere Erforschung, auch der zunächst „kleinen Portionen“ schwieriger Empfindungen, kann mit der Zeit beginnen

Wie auch Levine stellt Van der Kolk die Bedeutung der Interozeption in den Mittelpunkt, um mit dem emotionalen Gehirn in Kontakt zu kommen. Er bezieht sich dabei auch auf die Neurowissenschaft (Joseph LeDoux et al, 2000), die festgestellt hat, dass nur durch das Schulen dieser Interozeption bzw. das Aktivieren des medialen präfrontalen Kortex, der u.a. registriert, was in uns gerade vorgeht, ein Zugang zu unserem emotionalen Gehirn möglich ist. Also schafft uns das Schulen dieses Teiles des Gehirns die Basis, um auch wieder zu fühlen, was wir fühlen und damit auch die Basis, mit Empfindungen und Emotionen, die mit der traumatischen Erfahrung in Zusammenhang stehen, in Kontakt zu kommen.

Besonders Yoga, das auch schon vielfach in der Anwendung bei PTBS erforscht wurde, scheint mit den Atemtechniken, die zu einer bewussten und entspannten Atmung führen, bewusster Bewegung und der Zentrierung im Hier und Jetzt ein äußerst probates Mittel zu sein, um den Auswirkungen des Traumas mehr und mehr „auf Augenhöhe“ zu begegnen. „Zu lernen, ruhig zu atmen und sogar während einer Konfrontation mit schmerzhaften und schrecklichen Erinnerungen

einen Zustand relativer körperlicher Entspannung aufrechtzuerhalten, ist für die Genesung unverzichtbar.“ (Van der Kolk, 2018, S. 248)

Wenn es um die Entwicklung der Interozeption geht, steht natürlich auch das Thema Achtsamkeit im Fokus. „Im Zentrum der Arbeit an der Genesung steht die Entwicklung von Selbstgewahrsein.“... „Körpergewahrsein bringt uns mit unserer inneren Welt in Kontakt, mit der Landschaft unseres Organismus. Wenn wir unserer Verärgerung, unserer Nervosität oder unserer Angst Beachtung schenken, hilft uns dies sofort, unsere Perspektive zu verändern, und eröffnet uns neue Möglichkeiten, die an die Stelle unserer automatischen, habituellen Reaktionen treten könnten. Achtsamkeit bringt uns mit der Flüchtigkeit unserer Gefühle, Empfindungen und Wahrnehmungen in Kontakt. Wenn wir die Aufmerksamkeit auf unsere Körperempfindungen richten, können wir Ebbe und Flut unserer Emotionen erkennen, und dadurch wird unser Einfluss auf sie größer.“ (Van der Kolk, 2018, S. 249)

Wie auch Levine beschreibt Van der Kolk die Furcht der Betroffenen vor den eigenen Körperempfindungen, wodurch der Körper in der Erstarrung bleibt und verhindert wird, dass sich der Geist öffnet. Besonders paradox ist wohl, dass durch diese „Tabuisierung“ dieser Empfindungen, diese erst recht aufrechterhalten werden. So ist es unerlässlich für die Traumaheilung, sich diesem inneren Erleben zu öffnen. Die Flüchtigkeit aller physischen Empfindungen zu erleben – im Gegensatz zum unendlich scheinenden Erleben der Traumasymptome – kann eine erste wichtige Erkenntnis auf diesem Weg sein (vgl. Van der Kolk, 2018, S. 249).

In der Tradition der klassischen Achtsamkeitslehren leitet Van der Kolk seine Klient*innen dazu an, die mit den Emotionen verbundenen Körperempfindungen im Körper zu erforschen und damit in Frieden zu kommen. Damit lernen die Betroffenen mehr und mehr ihre Emotionen und Körperempfindungen im gegenwärtigen Moment „zu halten“ und dies ist eine wesentliche Voraussetzung für die Konfrontation mit der traumatischen Vergangenheit.

Van der Kolk erwähnt auch Jon Kabat-Zinn, einen der Pioniere der westlichen, säkularen Achtsamkeit (er hat MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction entwickelt und seine Arbeit wurde vielfach wissenschaftlich erforscht). Seit langem bekannt ist, dass Achtsamkeitsmeditation „sich auf zahlreiche psychische, psychosomatische und stressbedingte Symptome positiv auswirkt, unter anderem auf Depression und chronische Schmerzen.“ (Van der Kolk, 2018, S. 251) Darüber hinaus zeigte sich eine Besserung des Immunsystems, positive Auswirkungen auf das Herz-/Kreislaufsystem und das Hormonsystem. In den letzten Jahren hat auch die Neurowissenschaft die Meditation für sich entdeckt und Studien über die Auswirkungen von Achtsamkeitsmeditation auf das Gehirn haben gezeigt, dass jene Gehirnregionen, die für die Emotionsregulation zuständig sind, aktiviert werden und die Aktivität der Amygdala, die wie beschrieben bei Traumabetroffenen überaktiviert ist, verringert ist (vgl. Van der Kolk, 2018, S. 251)

Wie Levine und Van der Kolk streicht auch Babette Rothschild zuallererst die Bedeutung der Schulung des „Körpergewahrseins“ in der Behandlung von Traumata heraus. Ihre Definition von Körpergewahrsein: „Körpergewahrsein beinhaltet das präzise, subjektive Bewusstsein der Körperempfindungen, die in Reaktion auf außerhalb wie innerhalb des Körpers auftauchende Reize entstehen.“ (Rothschild, 2017, S. 149)

Warum ist es ihrer Meinung nach gut, das Körpergewahrsein zu schulen? „Das Bewusstsein der augenblicklichen sensorischen Stimuli ist unsere primäre Verbindung zum Hier und Jetzt und außerdem eine direkte Verbindung zu unseren Emotionen. Als therapeutisches Werkzeug ermöglicht das einfache Körpergewahrsein, traumatische Übererregung abzuschätzen, ihren weiteren Aufbau zu stoppen und sie sogar zu verringern sowie auch die Vergangenheit von der Gegenwart zu trennen. Außerdem ist das Körpergewahrsein ein erster Schritt auf dem Weg zur Interpretation der somatischen Erinnerung.“ (Rothschild, 2017, S. 148 f)

Rothschild geht auch darauf ein, wie Emotionen sich anhand von Kombinationen bestimmter Körperempfindungen beschreiben lassen. Z.B. kann sich für manche Menschen Angst so anfühlen wie eine Kombination aus flachem Atem, erhöhter Herzfrequenz und kaltem Schweiß. Letztlich geht es darum, die Klient*innen darin zu schulen, die Körperempfindungen und die damit verbundenen Emotionen immer klarer wahrzunehmen und auch zu lernen, diese zu beschreiben. Zu Beginn kann es bei manchen Patient*innen erforderlich sein, indirekt vorzugehen, also z.B. zu fragen, wie sich die Raumtemperatur gerade anfühlt, ob sie gerade Durst haben, wie sich der Sessel anfühlt, auf dem sie sitzen. Oder auch zu fragen, in welcher Position die Arme, Hände oder Beine, Füße gerade sind, ohne hinzusehen (vgl. Rothschild, 2017, S. 150 f)

In weiterer Folge warnt Rothschild aber auch, dass es Fälle gibt, in denen die Schulung des Körpergewahrseins kontraindiziert wäre: „1. Einige Traumata schädigen die körperliche Integrität so stark, dass jeder Versuch, den Kontakt zu den Körperempfindungen zu verstärken, die Herstellung des Kontakts zu den Traumata so stark beschleunigt, dass dadurch überwältigende Gefühle und die Gefahr einer Dekompensation auftreten können. 2. Manche Klienten fühlen sich dazu gedrängt, ihren Körper „korrekt“ zu empfinden, und entwickeln deshalb eine Art Leistungsangst. In solchen Fällen muss auf die Entwicklung des Körpergewahrseins verzichtet und stattdessen, wie im vorigen Kapitel beschrieben, an den Grundlagen gearbeitet werden – am Sicherheitsgefühl, an der therapeutischen Beziehung, an der Stärkung innerer und äußerer Ressourcen und am Finden von Oasen. Wenn die Klienten ruhiger werden, fällt es ihnen gewöhnlich leichter, sich mit den zuvor so beängstigenden Körperempfindungen zu beschäftigen.“ (Rothschild, 2017, S. 155 f)

Ein weiterer Schritt ist „Freundschaft mit den Körperempfindungen zu schließen“ und damit auch „ungefährliche“ von „gefährlichen“ Empfindungen unterscheiden zu lernen. Für manche Klient*innen wird es wohl ein langsamer Prozess sein, in dem sie lernen müssen, dass nicht alles, was vom Körper kommt, sie mit dem Trauma in Kontakt bringt, sondern dass die Empfindungen

auch sehr positive und hilfreiche Funktionen im Leben haben. „Durch eine wohldosierte Schulung des Körpergewahrseins können Klienten sich allmählich mit ihren Körperempfindungen vertraut machen. Gewöhnlich merken sie dabei, dass ihre Angst in dem Maße abnimmt, wie ihre Wahrnehmung von Körperempfindungen besser wird.“ (Rothschild, 2017, S. 156)

Das Schulen der Wahrnehmung von Emotionen mithilfe der Körperempfindungen habe ich oben schon kurz erwähnt. Rothschild bezieht sich bei der konkreten Übung auf die Theorie der „somatischen Marker“ von Damasio und schlägt vor, als Therapeut*in, wenn in der Therapiesituation Anzeichen einer Emotion bei dem/der Klient*in sichtbar sind (z.B. im Gesichtsausdruck, in der Haltung, Atmung, Anspannung im Körper) innezuhalten und den/die Klient*in darauf hinzuweisen und die Körperempfindungen in diesem Moment zu erforschen (vgl. Rothschild, 2017, S. 157).

Ein für mich wesentlicher Aspekt ist auch, dass das Gewahrsein der Körperempfindungen den/die Klient*in so im Hier und Jetzt verankern kann, dass es ihm mit der Zeit leichter fällt, die Vergangenheit von der Gegenwart zu trennen. Was im Fall von traumatischen Erlebnissen essenziell ist – oft spricht man im Falle von Traumata von zeitlosem Schrecken. Darüber hinaus lernt der/die Klient*in im Hier und Jetzt zu verweilen, während alte Erinnerungen und Empfindungen auftauchen und nicht deren Sog zu erliegen. Rothschild empfiehlt in diesem Fall eher schnell mit der Aufmerksamkeit durch den Körper zu gehen, eine Art Abtasten, da ein zu langes Verweilen weitere Erinnerungen auslösen könnte (vgl. Rothschild, 2017, S. 157 ff).

In weiterer Folge beschreibt Rothschild auch, wie sie die Körperwahrnehmung nutzt, um das Erregungsniveau des/der Klient*in zu erkennen und gemeinsam mit dem/der Klient*in zu erforschen und zu beeinflussen bzw. den/die Klient*in dabei zu unterstützen, zu erkennen, welche Zeichen es im Körper für Hyperarousal oder auch für eine Aktivierung des sympathischen oder parasympathischen Nervensystems gibt. Dadurch lernt der/die Klient*in auch,

dass er/sie nicht vollständig diesen Erregungsmustern ausgeliefert ist, sondern lernt diese genau kennen und im Optimalfall auch besser zu regulieren (vgl. Rothschild, 2017, S. 159 ff).

Ein interessanter Nutzen des Körpergewahrseins im Zusammenhang mit Traumatherapie ist auch, dass mit Hilfe der Körperempfindungen Triggerreize, die eine Traumareaktion auslösen, leichter identifiziert und entmachtet werden können (vgl. Rothschild, 2017, S. 169 ff).

Im aufmerksamen Kontakt erkennt der/die Therapeut*in Haltungen, Bewegungen bei dem/der Klient*in und kann diese Wahrnehmung dem/der Klient*in zur Verfügung stellen. Z.B. durch das „Bewegungsecho“ (der/die Therapeut*in lässt die Bewegung, die er/sie bei dem/der Klient*in gesehen hat, in sich nachklingen und drückt dies körperlich aus, spürt aber auch gleichzeitig, welche Gefühle und Gedanken auftauchen) oder durch das „Spiegeln“ (der/die Therapeut*in macht genau die Bewegung nach, die er/sie bei der Klient*in gesehen hat und bietet die Möglichkeit zu Erkenntnis und Reflexion) (vgl. Tripolt, 2016, S. 71 f)

So geht es letztlich darum, die Sprache des Körpers des/der Klient*in gemeinsam immer mehr zu entschlüsseln und zu verstehen. Über diesen Prozess entsteht auch eine vertiefte Beziehung zwischen Klient*in und Therapeut*in, das Körperbewusstsein wird verbessert und die Sicherheit im Körper wird gefördert, wodurch dann auch spontane Reflexe und Bewegungen in einem sicheren Umfeld mehr und mehr zugelassen werden können. „In tief gehenden, traumatherapeutischen Verarbeitungsprozessen kommt es zu körperlichen Reaktionen wie Gähnen, Schluckauf oder Bauchgeräuschen bis hin zu Zittern und unwillkürlichen Bewegungen der Extremitäten. Diese sind ebenso wie Tränen, Lösungs- oder Entspannungsreaktionen des Körpers. Der Körper ist immer dabei, sich selbst zu regulieren.“ (Tripolt, 2016, S. 75) Diese Wahrnehmungen auch positiv zu bestätigen kann den/die Klient*in entlasten und ermutigen, und auch die Sicherheit in der Beziehung vergrößern.

Auch Emerson und Hopper (2012) gehen im Rahmen ihres „trauma-sensitiven“ Yogaansatzes auf die Bedeutung des Körpergewahrseins ein. Sie nennen es „das Erleben des gegenwärtigen Augenblicks“. Für Trauma-Betroffene ist es sehr wichtig, trotz all der körperlichen und emotionalen Symptome, fest im jetzigen Moment verankert zu sein und nicht durch den Traumasog ständig in die Vergangenheit gezogen zu werden. Yoga ist hier ein sehr zielführender und auch ein sanfter Weg, um die Aufmerksamkeit darin zu schulen, präsent zu sein und gleichzeitig auch langsam wieder in den Körper zurück zu kommen und das Körperbewusstsein wiederherzustellen.

Was generell empfohlen wird ist die Fokussierung auf den gegenwärtigen Augenblick, das Entwickeln von Achtsamkeit, sowie Neugier und Toleranz gegenüber den Empfindungen (auch den schwierigen). Dies ist eine der wichtigsten Fähigkeiten in der Traumatherapie und die Autor*innen sehen in der Fähigkeit neugierig zu sein, sich unvoreingenommen und nicht-bewertend zuzuwenden, eine Möglichkeit aus den alten Bewertungen der schwierigen Empfindungen auszusteigen und sie dadurch immer mehr akzeptieren und tolerieren zu können. Eine entsprechende Sprachwahl im Sinne des Erforschens und Neugierig-Seins, kann den Aufbau dieser inneren Haltung unterstützen. Letztlich hilft dies auch, mit der Zeit, dass die Klient*innen lernen, dass sie selbst dazu in der Lage sind, mit diesen schwierigen Empfindungen umzugehen und diese beeinflussen zu können.

Auch NurrieStearns und NurrieStearns (2014), die sich ebenfalls mit der Wirkung von Yoga in der Traumatherapie beschäftigen, bezeichnen die Schulung der Aufmerksamkeit als wichtigen Bestandteil des Heilungsweges von Traumafolgen. Sie beschreiben eindrücklich, wie stark sich Traumata auf die Möglichkeit auswirken, wirklich im Moment zu sein und die Welt wahrzunehmen, wie sie ist. Vielmehr nehmen Traumabetroffene die Welt durch die Erfahrung ihres Traumas wahr und sind eher auf schwierige Gefühle etc. fokussiert, als auf positive Erfahrungen. Vieles an Positivem entgeht ihnen, was sich massiv auf die Lebensqualität und das Glücksempfinden auswirkt. Das Hauptziel von Yoga ist

die Schulung der Aufmerksamkeit und von den beiden Autor*innen wird ein recht einfaches Programm von Meditationsübungen dargestellt, die sich positiv auf das Verweilen im Moment auswirken, und die Fähigkeit schulen, auch das Positive eines Moments wahrzunehmen und auch Dissoziationen langsam aufzulösen. Dazu dienen eine einfache Variante des Bodyscans, „auf den Boden schauen“ (eine Meditation, die den Sehsinn einbezieht und über das Sehen des sich nicht-verändernden Bodens den Geist zur Ruhe kommen lässt), achtsames Essen und achtsames Gehen (vgl. NurrieStearns, Mary & NurrieStearns, Rick; 2014, S. 124 ff).

Als Achtsamkeitslehrer ist es mir auch wichtig, die Praxis der Achtsamkeit im Bereich des Aufbaus von Interozeption und Körpergewahrsein nochmals herauszustreichen. In ihrem Buch „Imagination als heilsame Kraft“ geht Luise Reddemann mehrmals auf das Thema Achtsamkeit ein. Zunächst wenn es darum geht, Stabilität im Therapieprozess aufzubauen. Als Gegengewicht zu den alten „Schreckensbildern“ geht es für sie auch darum, „die Dinge so wahrzunehmen, wie sie sind“ (Reddemann, 2016, S. 45) (übrigens eine Definition von Vipassana Meditation, die eine der Wurzeln der Achtsamkeitspraxis ist). Sie beschreibt, dass den Menschen als Kinder die Achtsamkeit für sich selbst abtrainiert wurde, da andere wussten, was das Beste für sie ist, was sie wann zu tun, wann sie essen sollten etc. Sie empfiehlt Achtsamkeit im Alltag, wie z.B. achtsames Essen, den Körper im Kontakt mit dem Boden und die Körperbewegungen beim Atmen wahrzunehmen, „Welche Körperbereiche bereiten mir Freude?“ (Reddemann, 2016, S. 45 ff)

Sie geht zunächst von einem Achtsamkeitsbegriff aus, der sehr eng ist – es geht für sie nur darum, gegenwärtig zu sein. „Wenn wir gegenwärtig sind, können uns Ängste, die mit Vergangenheit und Zukunft zu tun haben, weniger erreichen. Wir können die Einzigartigkeit dieses Augenblicks wahrnehmen, wir können uns selbst bewusster wahrnehmen und schließlich auch andere.“ (Reddemann, 2016, S. 46) Sie schränkt auf diesen Aspekt von Achtsamkeit ein, da ihrer Meinung nach die anderen Aspekte der Achtsamkeitspraxis für Menschen mit

Traumafolgestörungen „zunächst überfordernd“ sein könnten. „Zu solchen Übungen gehört, dass alles, was auftaucht, mit Offenheit, Wohlwollen, Mitgefühl und Gleichmut wahrgenommen wird. Diese Art von Achtsamkeitsübung ist nach meiner Erfahrung erst sinnvoll, wenn man relativ stabil Dinge betrachten kann, ohne sich mit ihnen zu identifizieren.“ (Reddemann, 2016, S. 46)

So stehen am Anfang der Achtsamkeitspraxis für sie eher beruhigende Übungen im Vordergrund und nicht „offen wahrzunehmen, was ist“. Sie empfiehlt auch, den „inneren Beobachter“ zu etablieren, womit es in der Phase der Stabilisierung leichter wird, sich zu distanzieren. Des Weiteren haben Menschen, die an Traumafolgen leiden, gerne die Kontrolle über das was geschieht, weshalb Entspannungsübungen manchmal zu gegenteiligen Effekten (Erregung) führen. Durch einfache Achtsamkeitsübungen ist die Aufmerksamkeit eine Zeit lang auf etwas anderes als die eigenen psychischen und/oder physischen Leidenszustände fokussiert, wodurch ganz nebenbei eine angenehme Entspannung in Geist und Körper auftritt.

In einem weiteren Kapitel „Selbstheilung, Körpergedächtnis und das Prinzip Achtsamkeit“ kommt Reddemann nochmals auf das Thema Achtsamkeit. Wie schon öfters erwähnt, sind Traumabetroffene oft von ihrem Körper „abgeschnitten“, haben keinen Kontakt mehr zu ihm. Zunächst empfiehlt sie, nur Bewegung bzw. Sport zu machen, wenn es wirklich Freude bereitet und nicht, „weil man es halt macht“ oder sportlichen Ehrgeiz hat. Also dem Körper das Gefühl geben, dass man auf ihn achtet und spürt, was er braucht oder auch nicht und das auch ernst zu nehmen.

Sie bezieht sich in weiterer Folge auf Peter Levine, der empfiehlt, bei starken Belastungen, z.B. Angst beim Körpererleben zu bleiben und sich dadurch nicht in den Teufelskreis aus Gedanken, Emotionen, Körperempfindungen hineinziehen zu lassen. Dadurch beruhigt sich die Angst bei den meisten Menschen. Und sie bringt da auch den offensichtlichen Bezug von Levines Vorgehen und auch

Gendlins Focusing zu wesentlichen Aspekten sehr alter buddhistischer Meditationspraxis, die das Nicht-Urteilen und Nicht-Bewerten zum Inhalt haben.

Auch Van der Kolk und Levine geben der Achtsamkeit eine große Bedeutung. In der deutschen Übersetzung von „Sprache ohne Worte“ beschreibt Levine in einem ganzen Kapitel sehr ausführlich die Bedeutung von „Gewahrsein“ für den Prozess der Traumaheilung. Und dieses Wort wird oft synonym mit Achtsamkeit verwendet. Er streicht heraus, wie wichtig es ist, „verkörpert“ zu sein, die Empfindungen im Körper wirklich zu spüren und z.B. Gefühle auch im Körper wahrnehmen zu können. Für ihn ist in diesem Zusammenhang auch wichtig, dass wir Menschen uns zu sehr mit unserem Denken identifizieren und dies fälschlicherweise für die Wirklichkeit halten. Für ihn ist das Schulen des „Gewahrseins“ des Körpers, der Interozeption von großer Bedeutung, wenn es darum geht, mit dem in Kontakt zu sein, was im Moment wirklich passiert. „Durch Körpergewahrsein bekommen wir Abstand zu unseren negativen Emotionen und Glaubenssystemen und kommen mit innerer Stimmigkeit in Berührung. Die Entdeckung, dass wir nicht nur unsere Gedanken und inneren Bilder sind, ist der Beginn einer Reise zu einem erfüllten Leben als lebendige, mitwirkende, fühlende, verkörperte Geschöpfe.“ (Levine, 2011b, S. 331 f)

Und eben darum geht es auch in der Traumaheilung. Sich nicht weiter vom Körper und den Instinkten abzuschneiden, sondern ein Gewahrsein zu entwickeln, durch das alles an Erfahrungen gehalten („containment“) werden kann. Dadurch wird der menschliche Organismus wieder in einen Zustand von Lebendigkeit versetzt. Jene Lebendigkeit, die Traumabetroffenen so sehr fehlt und die in vielen dysfunktionalen Mustern gesucht wird. Levine beschreibt dann in weiterer Folge auch einige Übungen, die er „Nach innen gehen: Abenteuer mit der Interozeption“ nennt. Darunter versteht er Übungen des Gewahrseins, mit denen der Körper erkundet wird, eine Unterscheidung zwischen Empfindungen, inneren Bildern und Gedanken getroffen wird, oder nur auf ein einziges Element der Erfahrung auszurichten, sowie achtsam zu kauen, langsam „wie ein Goldfisch den Mund zu öffnen oder zu schließen (vgl. Levine, 2011b, S. 355 ff).

Letztlich geht es für Levine darum, über diese Übungen eine immer feinere Verbindung zu den inneren Vorgängen herzustellen und damit sich selbst, die eigenen (Spannungs-)Muster besser kennen zu lernen und sich immer mehr und v.a. angstfrei mit dem eigenen Organismus zu identifizieren, sich darin sicher zu fühlen. Er verwendet auch oft den Begriff „verkörpert sein“, was für mich eine Folge einer kontinuierlichen Achtsamkeitspraxis darstellt, die auf den Körper ausgerichtet ist.

In ihrem umfangreichen Kompendium „Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma“ geben Follette et al., einer Reihe von führenden Forscherinnen und Praktikern in den Bereichen Trauma und Achtsamkeit eine Plattform, um die derzeit stattfindende Integration unterschiedlicher Achtsamkeitsmethoden in die Traumatherapie zu beschreiben.

In seinem Beitrag „Pain and Suffering“ gibt John Briere (Briere, in Follette et al. 2015, S. 15) einen Überblick über Forschungsergebnisse in Hinblick auf achtsamkeitsbasierte Verfahren und Trauma: Er zitiert einige Studien (Meta Analyse von Baer, 2003; Coelho, Canter & Ernst, 2007; Grossman, Neimann, Schmidt & Walach, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Lynch, Trost, Salsma, & Linehan, 2007), die in Hinblick auf Symptome, die durch Trauma ausgelöst wurden, positive Effekte aufzeigten (Angst, Panik, Depression, Substanzmissbrauch, Essstörungen, Suizidalität, Selbstverletzung, Dissoziation, niedriger Selbstwert, Aggression, chronische Schmerzen, und auch Borderline Persönlichkeitsstörung). Des Weiteren hat sich auch gezeigt, dass MBSR und DBT (Dialektisch-behaviorale Therapie) bei Betroffenen von Misshandlungen in der Kindheit hilfreich waren (z.B. Kimbrough et al, 2010; Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst & Bohus, 2011), aber auch für Veteranen (Kearney, McDermott, Malte, Martinez & Simpson 2012) und Opfern von Gewalt in der Familie (Dutton, Bermudez, Matas, Majid, & Myers, 2013). Es gibt also bereits ausreichend Evidenz für die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Methoden in Bezug auf konkrete PTBS Symptome, aber auch darüberhinausgehende Traumafolgen.

Nachdem Briere auch beschreibt, dass eine Therapiemethode allein nicht ausreicht, um die gesamte Bandbreite an Traumafolgen zu behandeln und der Tatsache, dass Klient*innen darüber hinaus sehr individuell auf Therapiemethoden reagieren, macht er sich für einen „hybriden Ansatz“ stark, welcher bedeuten würde, dass Achtsamkeit und Therapie kombiniert werden. Achtsamkeitsmethoden allein würden nicht ausreichend sein, da diese sehr oft in der Gruppe passierten und eher der Aneignung von Meditationsfähigkeiten dienten als der konkreten Behandlung von Traumasymptomen. Gerade für Traumapatient*innen ist aber die Beziehung zum/zur Therapeut*innen ein wichtiger Teil des Heilungsprozesses.

Es spricht vieles dafür, sehr gezielt und behutsam, Achtsamkeit in die Therapiestunden miteinzubauen und die Klient*innen dazu anzuregen, Achtsamkeit auch zu Hause zu praktizieren. Die Voraussetzungen sind allerdings, dass der/die Therapeut*in sowohl eine profunde Erfahrung in Traumatherapie als auch in der eigenen Meditationspraxis und auch im Unterrichten von Achtsamkeit und Meditation mitbringt (vgl. Briere, in Follette et al, 2015, S. 17 f)

Auch David A. Treleaven, der seine Forschungstätigkeit dem so wichtigen Thema „trauma-sensitive“ Achtsamkeit gewidmet hat, betont, dass Achtsamkeitspraxis hinsichtlich der Steigerung des Gewahrseins des gegenwärtigen Moments, der Verbesserung unseres Selbstmitgefühls und unserer Fähigkeit zur Selbstregulation äußerst hilfreich für Traumabetroffene sein kann und daher ist es absolut sinnvoll, Achtsamkeit begleitend in der Traumatherapie einzusetzen, aber auf eine Weise, dass sie nicht schaden kann (vgl. Treleaven, 2018, S. 6).

4.6.1 Interozeption - Selbstwahrnehmung, Gewahrsein, Achtsamkeit – KBT

Neben dem Aufbau von Sicherheit und Ressourcen ist die sorgsame Entwicklung der Interozeption wohl die wichtigste Aufgabe während einer körperorientierten Traumatherapie. So soll der vielleicht als Feind wahrgenommene und abgespaltene Körper langsam wieder „zurückerobert“ werden. Die Körperwahrnehmung wiederaufzubauen und den Körper wieder zugänglich zu

machen, um letztlich auch mit den im Körper steckenden Traumaerinnerungen und -energien in Kontakt zu kommen, behutsam damit zu arbeiten und mehr und mehr Toleranz und Containment für schwierige Körperempfindungen zu entwickeln, ist hier der zentrale Punkt.

Die Schulung der Interozeption ist ganz klar ein Kernbereich jeder KBT Therapie. Schon im Vorwort des Lehrbuchs „Konzentrierte Bewegungstherapie“ (herausgegeben von Evelyn Schmidt) wird die Therapiemethode folgendermaßen beschrieben: „Ausgehend von aufmerksamem Wahrnehmen und Bewegen können Erlebens- und Verhaltensmuster deutlich werden. Emotionale Erfahrungen und Erinnerungen, die mit leiblichem Ausdrucksgeschehen verbunden sind, werden durch das konzentrierte Spüren angeregt und dadurch der bewussten Reflexion zugänglich.“ (Schmidt, 2006, S. V). Wie schon oben erwähnt scheinen mir die Worte konzentriert und achtsam sehr nahe beieinander zu liegen. Es geht letztlich immer darum, den Körper in seinem „So-Sein“ oder auch „So-geworden-sein“ wahrzunehmen, zu erforschen, zu akzeptieren in einer inneren Haltung, die offen, nicht ziel-orientiert, annehmend ist und uns ermöglicht, einen tieferen Kontakt zum Körper aufzubauen.

An diesem Punkt ist es mir wichtig, grundlegende KBT Theorie einzubringen, die im Bereich der Wahrnehmung und Körperwahrnehmung zentral ist. In der KBT arbeiten wir immer am konkreten „Phänomen“ des/der Klient*in in diesem Moment. Phänomen bedeutet in diesem Zusammenhang, alles, was der/die Klient*in in der Gesprächssituation zeigt: Körperhaltung, Mimik, Gestik, Bewegung, Körperschema, Körperbild, wie er/sie in Kontakt geht, die Symbolisierungsfähigkeit. Diese Phänomene wiederum sind Ausdruck der psychischen Repräsentanzen des/der Klient*in und können von dem/der Therapeut*in wahrgenommen werden und zur Diagnostik und für individuell angepasste Angebote genutzt werden. Ziel einer Therapie ist es auf jeden Fall, dass durch die Arbeit am Phänomen und durch die Schulung der Wahrnehmung mehr Bewusstsein für das Phänomen und die dahinter stehenden psychischen

Repräsentanzen entsteht und wie weiter unten beschreiben, die inneren Repräsentanzen auch verändert und weiterentwickelt werden können (vgl. Cserny & Paluselli, 2006, S. 15 f).

Wahrnehmung wird in der KBT – angelehnt an Merleau-Ponty – folgendermaßen definiert: Wahrnehmung setzt sich immer aus Sinnesempfindung und Erfahrung zusammen, wobei Erfahrung die subjektive Lebens- und Lerngeschichte beinhaltet. Es gibt also folglich keine objektive Wahrnehmung, sondern diese wird von den bisherigen Erfahrungen größtenteils überlagert bzw. in bisherige Erfahrungsschemata eingeordnet (vgl. Cserny & Paluselli, 2006, S. 14)

Konzentrierte Wahrnehmung bedeutet, bewusst, wach und aufnahmebereit in diesem Moment präsent zu sein. Durch dieses konzentrierte Wahrnehmen entsteht die Möglichkeit aus Automatismen auszusteigen und Gewohnheiten und Muster bewusst zu machen. Implizite Bewusstseinsinhalte können dadurch ins explizite Bewusstsein gelangen. In jedem KBT Angebot geht es darum, die konzentrierte Wahrnehmung zu schulen und zu vertiefen. So wird durch bewusstes Erfahren von Alltäglichem, Unbewusstes bewusst, alte Gewohnheiten können geschwächt oder aufgelöst werden und Neues kann verknüpft bzw. gelernt und gestärkt werden (vgl. Cserny & Paluselli, 2006, S. 168 ff).

Das bedeutet auch, dass Gefühle aus früheren (auch traumatischen) Erfahrungen sich immer wieder in diesem Moment aktualisieren. Wie weiter unten im Kapitel „Die Gefahr ist vorüber – Gegenwart und traumatische Vergangenheit unterscheiden lernen“ erläutert, gibt es in der KBT das „Dissoziationsmodell“ von Silvia Cserny, in dem der Begriff Dissoziation anders als in der Traumatheorie verwendet wird. Dissoziation bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Sinnesempfindungen von Erfahrungen entkoppelt werden, und damit auch von den mit der Erfahrung verbundenen Affekten. Durch dieses Entkoppeln eröffnen sich Möglichkeiten, in diesem Moment neue Sinneserfahrungen zu machen, die auch affektiv neu besetzt werden können.

Dies ist gerade in der Traumatherapie ein wichtiger Schritt. (vgl. Cserny & Paluselli, 2006, S. 14 f)

Ein für mich in diesem Zusammenhang wichtiger Begriff der KBT ist jener der Differenzierung. Differenzierung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass durch die kontinuierliche Schulung der Sinneswahrnehmung eine immer klarere und tiefere Erfahrung möglich wird, wodurch auch eine differenziertere Wahrnehmung von Gefühlen und in weiterer Folge von Begriffen und Denken möglich wird (vgl. Cserny & Paluselli, 2006, S. 15).

Die KBT bietet meiner Meinung nach, durch die Vielfalt an Angeboten, um die Körperwahrnehmung (z.B. durch Bewegung, den Kontakt und das Experimentieren mit Gegenständen, mit dem Boden (der „Erde“) etc.) weiter zu entwickeln, individuellere Möglichkeiten, die Interozeption zu schulen, als es nur durch Achtsamkeitsmethoden etc. wäre. Hier würde sich eine offene Herangehensweise anbieten, die für jede/n Klient*in herauszufinden versucht, welche Angebote als geeignet und nicht überfordernd erscheinen.

Weiters braucht es für viele Menschen, die aufgrund traumatischer Erlebnisse ihren Körper vielleicht hassen oder Angst vor den im Körper befindlichen Schmerzen und überwältigenden Emotionen haben, eine sehr behutsame und langsame Vorgehensweise in der Annäherung an die Körperwahrnehmung. Schmitz erwähnt diesbezüglich Aspekte, die mir zusätzlich zu dem bisher Gesagten wichtig erscheinen. „Wenn man sich von der Idee verabschiedet hat, die vertiefte Körperwahrnehmung wäre als solche schon heilsam, ist es möglich, einige Kriterien für Bewegungsangebote zu entwickeln und zu benennen, um diese spezifisch an das Körpererleben traumatisierter Patientinnen und Patienten anzupassen und die Möglichkeiten ihrer Körpererfahrung nach und nach zu erweitern. Dabei ist sowohl der Gefahr der Entwertung und Bekämpfung des eigenen Körpers als auch der Gefahr der unrealistischen Hoffnung auf magische „Heilmachung“ entgegenzuarbeiten.“ (Schmitz, 2004, S. 55 f)

4.7 Das Toleranzfenster des ANS – Regulation und Selbstregulation

Mit dem Bereich der Sicherheit und auch dem Aufbau von Körpergewahrsein eng zusammenhängend ist das Berücksichtigen des Toleranzfensters des Autonomen Nervensystems (ANS). Es geht zunächst darum, als Therapeut*in ein Gefühl dafür zu bekommen, wie „groß“ das Toleranzfenster des/der Klient*in ist, wie schnell er/sie in Hyperarousal (Schreckreaktion, Impulsivität, Agitiertheit, Reizbarkeit) oder Hypoarousal (Wegdriften, Dissoziation, Erschlaffung, Erstarrung, Antriebslosigkeit) geht und woran ich erkenne, dass er/sie das Toleranzfenster verlässt. Dementsprechend kann dann der Prozess verlangsamt, Ressourcen eingesetzt, langsam geatmet werden oder aber Aktivierung, Bewegung eingesetzt werden, um wieder aus dem Hypoarousal zu kommen.

Im Zulassen der gespeicherten Körpererfahrungen, -bewegungen, -reflexe und -impulse können auch ganz massive Gefühle von Scham, Wut, Verzweiflung, Trauer zu Tage kommen und auch in den körperlichen Ausdruck gebracht werden. Dies kann sehr intensiv werden, daher ist es auch wichtig, immer wieder zu „bremsen“, um im Toleranzfenster des Nervensystems zu bleiben. „Das Risiko der Sekundärtraumatisierung wird reduziert, wenn größeres Augenmerk auf die Resonanz im Körper in der Gegenwart gelegt wird als auf die Schreckensbilder der Vergangenheit.“ (Tripolt, 2016, S. 79)

Auch hier ist für Tripolt der Weg über die Körpererfahrung und Bewegung hilfreich. Über „kinästhetische und propriozeptive, bewegungsorientierte Erinnerungsspuren“ zu gehen, sei ein sanfter Weg, der die Klienten dabei unterstützt, im Hier und Jetzt zu bleiben und nicht das Toleranzfenster des Nervensystems zu verlassen. (vgl. Tripolt, 2016, S. 47)

In weiterer Folge geht es auch darum, den/die Klient*in selbst damit vertraut zu machen, woran er/sie erkennt, dass er/sie nicht mehr im Toleranzfenster ist, sodass er/sie mit der Zeit lernt, selbst zu „bremsen“ und zu regulieren – ein

Gefühl von Selbstwirksamkeit und Kompetenz zu bekommen ist hier ein wichtiger Nebeneffekt.

Auch Treleaven geht auf das Thema („im Toleranzfenster des ANS bleiben“) ein. Sollte zu viel Aktivierung erlebt werden, könnte dies zu Hyperarousal, Intrusionen, Angst, Panik führen, und zu wenig Aktivierung, zu Schwierigkeiten in der Konzentration, Energielosigkeit, einem Gefühl von Taubheit, Dissoziation, Desinteresse oder sogar Immobilität.

Der erste Schritt ist dann, mit Klient*innen daran zu arbeiten, die Anzeichen für das Verlassen des Toleranzfensters zu erkennen. Und auch zu erforschen, welche Trigger es gibt, die alte Traumaerinnerungen auslösen und das Nervensystem „aushebeln“. Nach Treleaven können Anzeichen für das Verlassen des Toleranzfensters folgendermaßen aussehen: extrem geringer oder hoher Muskeltonus, Hyperventilation, starkes Schwitzen, auffällige Dissoziation, auffallend blasse Gesichtsfarbe, starke Emotionen; bei Gesprächen: unzusammenhängendes Sprechen, Berichte von verschwommener Sicht, Schwierigkeit in Augenkontakt zu gehen, Berichte von Flashbacks, Alpträumen, Intrusionen.

Dies dann empathisch anzusprechen wäre ein erster Schritt, wieder ins Toleranzfenster zurückzukehren. Weiters den Fokus auf Stabilisierung und Sicherheit zu lenken und Präsenz im jetzigen Moment aufzubauen, die Stabilität fühlen lässt. Treleaven schlägt auch vor, diese Theorie des „Toleranzfensters“ Klient*innen zu erklären, sodass diese auch selbst erkennen, wann sie das Fenster verlassen und entsprechende Erdungs-, Stabilisierungs- oder Ressourcen stärkende Übungen machen können. Das stärkt auch das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Kompetenz.

Wenn hilfreich, kann auch eine Skala (0-10) verwendet werden, um einzuordnen, wo man gerade steht (0 wäre völlig im Hypoarousal und 10 im Hyperarousal). Zu guter Letzt rät Treleaven in diesem Kapitel noch dazu, dass natürlich auch der/die

Therapeut*in selbst darauf achtet im eigenen Toleranzfenster zu bleiben. (vgl. Treleaven, 2018, S. 87 ff)

Letztlich wäre das Ziel einerseits während des Therapieprozesses so vorzugehen, dass man sich hauptsächlich im Toleranzfenster aufhält und mit der Zeit auch auf Basis der entstandenen Sicherheit und der vorhandenen Ressourcen die Trigger langsam entmachtet, die „Toleranz“ für äußere und innere Stimuli vergrößert, womit auch das Toleranzfenster sich vergrößert.

Diese langsame und bewusste Vorgehensweise begrüßen alle Autor*innen, und beschreiben sie in etwas anderen Worten. Stellvertretend hier eine schöne Metapher, die von Peter Levine stammt. Dieses Wiedererfahren der Traumaenergie sollte langsam, achtsam und allmählich passieren. Levine hat hierfür den Begriff „titrieren“ aus der Chemie entliehen. Würde man Chlorwasserstoffsäure und Natriumhydroxid einfach zusammenschütten, so käme es zu einer heftigen Explosion. Gibt man allerdings eine der beiden Flüssigkeiten tröpfchenweise in die andere, so gibt es nur ein leichtes Zischen und nach einiger Zeit entstehen Wasser und Salz. (vgl. Levine, 2011b, S. 113). Also aus etwas potenziell lebensgefährlichem entstehen lebenswichtige Substanzen – auch eine schöne Metapher für die Traumaheilung.

4.7.1 Das Toleranzfenster des ANS – Regulation und Selbstregulation – KBT

Nicht nur in der Arbeit mit traumatisierten Menschen ist es wichtig, darauf zu achten, dass der/die Klient*in im Rahmen des Toleranzfensters des ANS bleibt. Die Verbundenheit mit dem eigenen Körper, den Körperempfindungen, aber auch die Fähigkeit zur Einstimmung auf die Klient*innen und deren körperlichen Ausdruck sind als Basis um zu erkennen, ob er/sie noch innerhalb des Toleranzfensters ist, extrem wichtig, und können von einem/einer KBT Therapeut*in vorausgesetzt werden.

In der KBT wird davon ausgegangen, dass das mittlere „Erregungsniveau“, das eben auch mit einem konzentrativen Zustand gemeinsam auftreten sollte,

optimal ist, um sich bewusst und wach dem jetzigen Moment, dem Phänomen zuwenden zu können. Daraus resultiert auch, dass die Vorgehensweise in der KBT langsam ist, da innere und äußere Prozesse durch konzentratives Handeln, Erfahren und Spüren bewusst gemacht und aus den Automatismen herausgehoben werden.

Weiters geht es in diesem Punkt darum, sich das theoretische Wissen anzueignen, zu wissen, wie wichtig es im traumatherapeutischen Prozess (vor allem am Anfang) ist, darauf zu achten, dass der/die Klient*in in seinem/ihrer individuellen Toleranzfenster bleibt, da sonst weder sinnvolle therapeutische Arbeit, noch Beziehungsaufbau und schon gar nicht ein Annähern an schwierige Körperempfindungen möglich sind.

Wichtig ist auch zu wissen, woran ich als Therapeut*in erkenne, dass der/die Klient*in sich aus dem Toleranzfenster herausbewegt (s.o.) und dann auch entsprechend reagieren zu können, wenn er/sie im Hyper- oder Hypoarousal ist (s.o.).

In der KBT könnte ich mir auch gut ein Angebot vorstellen, in welchen der/die Therapeut*in den/die Klient*in dabei begleitet, das Toleranzfenster und dessen Grenzen ganz konkret zu erforschen – konzentrativ, langsam, behutsam, sodass auch er/sie genau erfährt, wann er/sie noch drinnen ist, und woran erkennbar ist, dass er/sie draußen ist. So können Betroffene mit der Zeit auch eine Sammlung an Erdungs-, Ressourcen-, Stabilisierungstools aufbauen und wenn sie erkennen, dass sie außerhalb des Toleranzfensters sind, entsprechende Methoden einsetzen und das Vertrauen in die Selbstregulation aufbauen.

4.8 Verbinden der Ebenen Körper – Gefühle – Denken im Erleben

Einige Autor*innen (Van der Kolk, Levine, Treleaven, etc.) nennen diese körperorientierten Traumamethoden „Bottom-Up“-Ansätze, da sie über die ganz basalen körperlichen Empfindungen einsteigen, und über die Körperwahrnehmung Zugang zu den mit den traumatischen Situationen

verbundenen Gefühlen und zum Denken schaffen, das durch den Filter des Traumas beeinflusst ist. Letztlich wird auf diesem Wege auf der körperlichen Ebene Traumalösung erreicht, die sich dann auch in veränderten Gefühlen und Denkmöglichkeiten zeigt.

So ist der körperorientierte Ansatz kein ausschließlich im Körper bleibender, sondern einer, der es schafft, Körper, Gefühle und das Denken wieder zu verbinden und eine realistischere, dem jetzigen Moment entsprechende Wahrnehmung der Situation wiederherzustellen.

Tripolt beschreibt dies recht klar mit den Worten „Bewegungsbrücke – Affektbrücke – Erinnerung“. „In der Phase der Aktualisierung kann das Eintauchen in die Körperwahrnehmung und -bewegung genutzt werden, um über die Bewegungs- und Affektbrücke zu Erinnerungen zu führen. Die Bewegungs- und Affektbrücke entsteht, wenn eine Bewegung an ein Gefühl und dieses an ein Ereignis erinnert, das mit der Entstehung oder dem Auftreten dieses Gefühls verbunden war. Die gezielte Bewegungswahrnehmung führt zur Affektwahrnehmung und diese zu den dahinter liegenden Erinnerungen. Dieser Forschungsprozess kann im Laufe der bewegten Traumatherapie auch amnestische oder sehr frühe, vorsprachliche Erinnerungen entschlüsseln helfen.“ (Tripolt, 2016, S. 84 f)

Eine Systematisierung bietet hierzu Levine mit seinem SIBAM Konzept, bei dem es sich um eine hilfreiche Unterteilung unserer Erfahrung in Subsysteme handelt. „Dieses Modell, das ich SIBAM nenne, beruht auf der engen Beziehung zwischen unserem Körper und unserem Geist. ... Im Gegensatz dazu [zum herkömmlichen auf dem Denken beruhenden Bezugsrahmen] enthält mein Fünf-Elemente-Modell die Essenz der sensomotorischen Bottom-up-Verarbeitung und leitet den Klienten durch verschiedene „Sprach“- und Gehirnsysteme, von den primitivsten bis zu den komplexesten, von physischen Empfindungen zu Gefühlen, Wahrnehmungen und schließlich Gedanken. Der Klient folgt der Spur von Empfindung, Bild, Gefühl und Bedeutung, während der Therapeut sein

unmittelbares Verhalten beobachtet. Dieser Ansatz ermöglicht uns, die verschiedenen Schichten und Strukturen der Gesamterfahrung präzise zu verfolgen.“ (Levine, 2011b, S. 179 f)

Diese fünf Elemente sind:

1. **Sensation** (Empfindung): Interozeption (Kinästhetische Rezeptoren, propriozeptive Rezeptoren, vestibuläre Rezeptoren, viszerale Rezeptoren)
2. **Image/Impression** (Bild/Eindruck): umfasst nach Levine alle sensorischen Erfahrungen wie Sehen, Hören, Schmecken, Riechen, Tasten.
3. **Behavior** (Verhalten): wahrnehmbares Verhalten des Klienten in der Therapie: bewusst/unbewusst, Gesten, Emotionen (z.B. Muskelkontraktionen im Gesicht), Körperhaltung, Autonome Signale (kardiovaskulär und respiratorisch), Viszerales Verhalten, Archetypisches Verhalten
4. **Affect** (Affekt): Emotionen und Gefühle (Gefühlsschattierungen, „Felt Sense“)
5. **Meaning** (Bedeutung): alte feste Überzeugungen oder Finden von neuen Bedeutungen

„Mit Hilfe des SIBAM-Modells können Therapeutinnen Klienten helfen, sich durch die ersten vier Wahrnehmungskanäle zu neuen Bedeutungen vorzuarbeiten. Wenn der Klient seine intellektuelle Erkenntnis lange genug aufschiebt, kann er sich fließend durch die unterschiedlichen Kanäle (und Subsysteme) von Empfindung, Bild, Verhalten und Gefühl hindurchbewegen. Dann können aus dem sich entfaltenden Gewebe des Körper-Geist-Bewusstseins *unvorbelastete, neue Bedeutungen* erwachsen.“ (Levine, 2011b, S. 193 f)

Und es gilt auch eine Sprache zu finden, die das beschreibt, was im Moment passiert. Zu lernen, die körperlichen Erfahrungen immer klarer zu benennen. Tripolt erwähnt, dass die Unterscheidung zwischen „fühlen“ und „spüren“ wichtig zu treffen wäre. Im Sinne von „was ist das Gefühl, das gerade da ist“ und „wie spüre ich dieses Gefühl im Körper“? „Ein Nutzen dabei ist, dass der Wechsel auf die körperliche Ebene und die Frage „Wie spüren Sie das gerade im

Körper? Wie bewegt es sich?“ entlastend bei heftigen, unangenehmen Emotionen erlebt wird. Der Wechsel der Aufmerksamkeit unterbricht den Gefühls- und damit Traumasog und reorientiert im Hier und Jetzt.“ (Tripolt, 2016, S. 74)

4.8.1 Verbinden der Ebenen Körper – Gefühle – Denken im Erleben – KBT

Da Traumaerlebnisse oft dazu führen, dass diese Erfahrung fragmentiert abgespeichert ist und eher im impliziten Körpergedächtnis vorhanden ist, ist ein wichtiger Bereich der Traumatherapie, diese Ebenen wieder zu verbinden und ein verbundenes Erleben auf allen Ebenen zu ermöglichen bzw. den impliziten Gedächtnisinhalt und die damit verbundenen Körperempfindungen und Gefühle, dem Denken wieder zugänglich zu machen und zu versprachlichen.

Wie oben schon erwähnt ist dies auch ein zentraler Ansatz der KBT, wenn man von Weizsäckers Gestaltkreis des „Begreifens“/der Erkenntnis oder auch das daraus entwickelte Tetraeder des Begreifens nach Stolze heranzieht.

So wird z.B. in einem KBT Angebot von einer Wahrnehmung ausgegangen, die sich in einer Handlung ausdrückt. Diese wird erforscht, erfahren, und vielleicht auch in weiterer Folge mit neuen Wahrnehmungen und Handlungen experimentiert. Die Erfahrungen mit dem/der Therapeut*in zu teilen, zu versprachlichen und dadurch dem Denken zugänglich zu machen, ist Standard und wichtiger Teil der KBT. Letztlich ist es immer ein fließendes Gleiten durch die „Symbolisierungsebenen“ (Körper, Bilder, Handlung und Worte), das KBT Therapiestunden ausmacht.

Im Traumakontext ist es sicher wichtig, auch hier traumasensibel vorzugehen und während dieses „fließenden Gleitens“ auch das Toleranzfenster des ANS zu berücksichtigen und weder in zu tiefe Wahrnehmungen noch in vielleicht retraumatisierende Handlungen oder Erzählungen einzusteigen bzw. rasch genug auszustiegen.

4.9 Die Sprache wiederfinden und das vollständige Narrativ wiederherstellen

Dieser Punkt hängt eng mit dem vorangegangenen Kapitel zusammen, wobei es allerdings eine etwas andere Perspektive und eine andere Schwerpunktsetzung hat. Wie oben beschrieben, hat sich gezeigt, dass das Broca Sprachzentrum in traumatisierenden Situationen offline geht, weshalb Van der Kolk Trauma auch als „sprachlosen“ Horror bezeichnet. Es steht zu Beginn keine Sprache zur Verfügung, um das Geschehene zu beschreiben.

So sehr die Sprache als Heilmittel in der Traumabehandlung immer wieder in Frage gestellt wird, da dadurch das Trauma nicht erreicht und gelöst werden kann, und oft auch das Grauen nicht in Worte gefasst werden kann, so hält Van der Kolk „das Brechen des Schweigens“ für unerlässlich, wenn es darum geht, sich behutsam der Traumaheilung anzunähern. Und letztlich geht es auch in diesem Bereich darum, das Selbstgewahrsein im jetzigen Moment wieder zu erschließen, den jetzigen Moment beschreiben zu können, sodass auch das gestörte Narrativ der Traumaerfahrung wiederhergestellt und ausgedrückt werden kann. Auch über Schreiben, Tanz, bildende Kunst kann die „Sprachlosigkeit des Traumas“ überwunden werden.

Ähnlich beschreibt es auch Tripolt. Bei der Arbeit mit den Körperempfindungen und dem bewussten Erfahren von heftigen Gefühlen im Laufe des Traumaprozesses soll auch die Sprache eingesetzt werden, um das Geschehen im Körper zu beschreiben. „Die Sprachzentren im Cortex, das Brocaareal und das Wernick'sche Areal werden beim Aussprechen der unmittelbaren Erfahrung aktiviert und damit eine Verbindung vom limbischen System, der Amygdala und dem Cortex hergestellt.“ (Tripolt, 2016, S. 79) Und damit werden implizite Erinnerungen durch das Beschreiben und Aussprechen ins explizite Gedächtnis übertragen.

Zusätzlich zum Broca Sprachzentrum sind auch jene Teile des Gehirns, die Erfahrung zu einem sinnvollen Ganzen zusammenfügen (v.a. der Hippocampus), in höchst bedrohlichen Situationen außer Kraft gesetzt worden, ist die

Erinnerung fragmentiert und/oder Teile können gar nicht mehr erinnert werden. „Viele Menschen, die an Traumafolgen leiden, können aufgrund der dysfunktional abgespeicherten, fragmentierten Erinnerungen innerlich den Zusammenhang zu ihren gegenwärtigen Symptomen oder Zuständen nicht herstellen.“ (Tripolt, 2016, S. 102)

Rothschild beschreibt sehr deutlich, wie die Fragmentierungen durch die Verbindung von impliziten und expliziten Erinnerungen im therapeutischen Prozess wieder aufgehoben werden können. „Man muss sich mit dem befassen, was sich im Körper manifestiert, und außerdem mit Hilfe von Worten das Erlebte beschreiben und ihm einen Sinn geben. Letztendlich muss den Klienten geholfen werden, Denken und Fühlen zu synchronisieren, so dass sie ihre Empfindungen, Emotionen und Verhaltensweisen zu spüren vermögen, während sie kohärente Schlussfolgerungen über die Beziehung zwischen dem Erspürten und den damit verbundenen Bildern und Gedanken entwickeln. Schließlich entsteht auf diese Weise ein kohärentes Narrativ des traumatischen Erlebnisses, und das Ereignis rückt an den ihm zustehenden Platz in der Vergangenheit des Klienten.“ (Rothschild, 2017, S. 232)

4.9.1 Die Sprache wiederfinden und das vollständige Narrativ wiederherstellen – KBT

Auch in diesem Punkt macht die KBT genau das, was die körperorientierten Traumatherapeut*innen als essenziell für die Traumaheilung beschreiben. Es wird aktiv gehandelt, erfahren und das Erfahrene und die daraus vielleicht entstandenen impliziten Erinnerungen nicht nur körperlich, sondern auch sprachlich ausgedrückt, womit Stück für Stück die alten Erinnerungen wieder ins Bewusstsein kommen und kohärent und neu abgespeichert werden können.

Der Gestaltkreis bzw. der Tetraeder des Begreifens, die ich schon beschrieben habe, aber auch die im Sinne der KBT verwendeten Begriffe der „Assoziation“ (vorhandene Verknüpfungen von Sinnesqualitäten mit Erfahrungen und deren emotionalen Gehalt ins Bewusstsein zu heben), „Dissoziation“ (das Entkoppeln

von Sinnesqualitäten von ihrem emotionalen Bedeutungsgehalt, damit Sinneserfahrungen neu besetzt werden können) und „Differenzierung“ (differenziertere Sinneswahrnehmung, die zu differenzierterem Fühlen und Denken führt) sind hier als theoretische Basis zu nennen.

In der Kurzbeschreibung der KBT in Pokorny et al (2001) ist die Basis der KBT sehr klar beschrieben: „Durch die konzentrierte Beschäftigung mit frühen Erfahrungsebenen (einfühlend und handelnd) werden Erinnerungen belebt, die im körperlichen Ausdruck als Haltung, Bewegung und Verhalten erscheinen, und die bis in die vorverbale Zeit zurückreichen können. Dem Erleben nicht mehr zugängliche Gefühle und die dahinterliegenden Konflikte können wiederbelebt, im aktuellen Beziehungsgeschehen wiederholt und verbal durchgearbeitet werden. Der therapeutische Prozess gestaltet sich als Beziehungsgeschehen im Sinne des dialogischen Prinzips (M. Buber), wobei dem Körperdialog vermehrte Bedeutung zukommt.

Die primärprozesshafte Erlebnisebene und die sekundärprozesshafte Ebene des sprachlichen Ausdrucks bilden eine Einheit. Dem Sprechen kommt dabei folgende Bedeutung zu: das Erlebte wird durch Versprachlichung begrifflich erfasst und somit den Ebenen des Denkens, der Assoziation, der Reflexion und der Kommunikation zugeführt. So wird der sinnlich-emotionale mit dem sprachlich-kognitiven Kreislauf (im Sinne von Weizsäckers Gestaltkreis) verbunden.“ (Pokorny et al., 2001, S. 17 f)

Dieses Hervorholen von impliziten Erinnerungen durch Handeln und Bewegen, damit sie durch Versprachlichung im expliziten Gedächtnis neu verknüpft werden können, ist also Standard-Vorgehen in der KBT. Gerade die Förderung des Ineinandergreifens von Erleben und sprachlichem Ausdruck ist die Stärke der KBT und wird auch so dringend in der Traumatherapie gebraucht. „Einerseits, um bisher Unsagbares nach und nach zu verwörtern und damit der autobiografischen Verarbeitung zugänglich zu machen, andererseits, um aus

dissoziativem Schutz rein rational Gespeichertes nach und nach wieder an das emotionale Erleben anzubinden.“ (Schmitz, 2004, S. 25)

4.10 „Die Gefahr ist vorüber“ – Gegenwart und traumatische Vergangenheit unterscheiden lernen

Auf Basis der Schulung der Wahrnehmung im Sinne des „Gewahrseins“ oder der „Achtsamkeit“, zeigt sich auch ein für Trauma-Betroffene äußerst wichtiges Thema, nämlich die Fähigkeit im jetzigen Moment zu bleiben, auch wenn der Sog der Traumaerfahrungen sehr stark ist.

Hier wird oft von der „dualen Wahrnehmung“ gesprochen, mit der der/die Klient*in dazu in der Lage ist, einerseits die auftretenden Gefühle (auch Trauma induzierte Gefühle) wahrzunehmen und gleichzeitig fest mit der Wahrnehmung des jetzigen Moments (z.B. Atem, angenehme Körperbereiche, ein Baum vor dem Fenster, ein Blumenstrauß im Raum) verbunden ist.

Duales Gewahrsein stammt aus der Meditation und wurde auch von der Gestalttherapie verwendet. Es bedeutet, dass das Gewahrsein auf zwei „Erfahrungsobjekte“ gleichzeitig gerichtet werden kann. Für traumatisierte Menschen ist das oft schwierig, da sie sehr mit ihren negativen Empfindungen verbunden sind und keine Möglichkeit haben, das was sonst noch da wäre, wirklich wahrzunehmen. Dadurch ist ihre Perspektive der Welt verzerrt und sie fühlen sich bedroht, obwohl diese Bedrohung nur innerlich als Nachklang der traumatischen Erfahrung existiert.

Dieses duale Gewahrsein zu entwickeln würde für Traumapatient*innen eine große Unterstützung darstellen, könnten sie dann doch gleichzeitig mit dem sogenannten „erfahrenden Selbst“ die Traumasymptome erfahren und gleichzeitig mit dem „beobachtenden Selbst“ erkennen, dass in diesem Moment keine Bedrohung da ist. Und dann auch diese beiden Erfahrungen zusammenführen und lernen, Vergangenheit und Gegenwart zu unterscheiden und auch, dass das Trauma vorbei ist. Dies kann zunächst mit Erforschung von

leicht belastenden Ereignissen und deren Auswirkungen auf den Körper, und abwechselnd (und später gleichzeitig) der Wahrnehmung des Raums/der Umgebung trainiert und dann auch auf Angstzustände, Flashbacks angewendet werden (vgl. Rothschild, 2017, S. 187 ff).

Diese Fähigkeit ist angesichts der Tatsache, dass Betroffene zumeist nicht in der Lage sind, Gegenwart und Vergangenheit auseinanderzuhalten und damit immer wieder in Angst- und Panikzustände, Hyperarousal, Flashbacks fallen, von höchstem Wert. Eine gute Trauma-sensitive Yogapraxis, Atem- und Achtsamkeitsübungen können hier zu einer sehr konkreten Unterstützung werden, wenn die Übungen über einen gewissen Zeitraum kontinuierlich gemacht werden.

Tripolt bezieht in diesem Zusammenhang auch den Körper und die Bewegung mit ein, wodurch ein ganzheitliches Erlebnis möglich wird. Der Körper ist immer ein verlässlicher Anker im Hier und Jetzt, wodurch nicht nur die Unterscheidung von Vergangenheit und Gegenwart möglich wird, sondern auch eine neue „Kohärenz“ möglich wird, d.h. dass die Generalisierung von Aussagen aus dem Traumazustand „ich bin klein und hilflos“ (die im Erwachsenenalter aber nicht richtig sind, aber so erlebt werden) erkannt und aufgelöst werden kann (vgl. Tripolt, 2016, S. 91 f).

In der Therapie orientiert sich Tripolt nicht nur an den Bewegungen, sondern erforscht auch welcher Ich-Zustand/Ego State gerade im Vordergrund ist. Es ist hilfreich, den Zustand eines gewissen Lebensalters einzuladen, in dem eine Traumatisierung stattgefunden hat und ihn in der Sicherheit der Gegenwart, der Ressourcen und des therapeutischen Settings nochmals zu erleben.

Dadurch wird noch klarer erfahrbar, dass Gefühle und Empfindungen, die mit einem Trauma verbunden sind, der Vergangenheit zuzuordnen sind. So wird z.B. gefragt, wenn ein bestimmtes Bewegungsmuster auftritt: „Wie alt fühlt sich das gerade an?“, um dann mit diesem Anteil Kontakt und Resonanz herzustellen,

Ressourcenbewegungen zu finden, ihn gut zu begleiten. Dies kann für diesen Ich-Zustand ein Prozess der Erlösung sein, der in weiterer Folge ein Nachreifen erlaubt (vgl. Tripolt, 2016, S. 105 ff)

4.10.1 „Die Gefahr ist vorüber“ - Gegenwart und traumatische Vergangenheit unterscheiden lernen – KBT

Wie schon beschrieben, ist das Aufbauen von Körperwahrnehmung, ein tieferes Verkörpertsein und darauf aufbauend die Wahrnehmung im „Hier und Jetzt“ ein zentraler Teil der KBT Arbeit. Durch den „konzentrativen Zustand“ wird eine Sensibilisierung aller Sinne für die Selbst- und Fremdwahrnehmung bewirkt. Und die vertiefte Selbstwahrnehmung und daraus resultierende Ich-Stärke unterstützen wiederum dabei, immer mehr zwischen der Erfahrung des jetzigen Moments auf der einen Seite und den intrusiven Erinnerungen, Körperempfindungen etc. auf der anderen Seite unterscheiden zu lernen (vgl. Pokorny et al., 2001, S. 62 f). Hier sehe ich wiederum eine Stärke der KBT, die genau diese Fähigkeit, die auch im Traumaprozess so wichtig ist, in der Arbeit mit dem Körper entwickelt.

Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang geht vielleicht noch einen Schritt weiter. Hier kommt, wie oben schon beschrieben der Begriff „Dissoziation“ ins Spiel, der in der KBT anders verwendet wird als in der Traumatheorie. Ist es in der Traumatheorie ein Zustand des Abgeschnitten-Seins, der Abspaltung, ist es in der KBT eine erwünschte therapeutische „Entkoppelung“ von erlernten (ungünstigen) Verknüpfungen, „indem die Wahrnehmung des aktuellen Körpers und die Erinnerungsbilder aus ihrer Vermischung mit dem aktuellen Leben wieder getrennt („dissoziiert“) werden.“ (Schreiber-Willnow, 2016, S. 44) Darauf aufbauend könnten in einem „nächsten Therapieschritt, in dem schließlich durch die Methode des aufmerksamen Hinspürens in der Verbindung mit dem Bewegen und dem Verstehen neue, gesündere Netze geknüpft werden.“ (Schreiber-Willnow, 2016, S. 44)

Auch die Arbeit mit inneren Anteilen/Ego-States (z.B. symbolisiert mit Gegenständen) wird in der KBT wie auch in der Traumatherapie verwendet. Durch das Bewusstmachen, dass z.B. eine regelmäßig auftretende Angst zu einem inneren traumatisierten und ängstlichen Anteil gehört, kann die Klarheit geschult werden, dass diese Gefühle etwas Altes, nicht zum jetzigen Moment Gehöriges sind. Gleichzeitig wird auch ein innerer „Beobachteranteil“ geschult, der verschiedene innere Zustände immer klarer voneinander zu unterscheiden lernt.

Ein KBT-typischer und sehr praktikabler Ansatz wird von Schmitz beschrieben. Es wird der Raum in zwei Bereiche aufgeteilt und jeder Bereich entsprechend der Inhalte gestaltet. Ein Bereich der traumatischen Erfahrung und ein Bereich des sicheren jetzigen Moments mit Ressourcen etc. Der/die Klient*in kann sich dann in diese Räume begleitet hineinbegeben, selbst entscheiden, wie viel er/sie sich einlässt, wie lange er/sie bleiben möchte, aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und v.a. immer auch ganz bewusst vom Raum des Traumas in den sicheren Bereich des Hier und Jetzt zurück kehren. Dieses Angebot bietet meiner Ansicht nach nicht nur den Vorteil, dass die Unterscheidungsfähigkeit zwischen Trauma und sicherem Hier und Jetzt erlernt werden kann, sondern auch die Ressourcen im Hier und Jetzt weiter gestärkt werden, eine differenziertere (Körper-)Wahrnehmung aufgebaut, Selbststeuerung und Selbstverantwortung geschult werden (Wahlmöglichkeiten geschaffen werden), ein „in-Bewegung-Kommen“ und nicht ein „Verharren-Müssen“ in der traumatischen Situation erfahren wird, eine in der richtigen Geschwindigkeit stattfindende Versprachlichung der traumatischen Inhalte stattfinden kann und eine etwaige Traumaexposition vorbereitet und evaluiert werden kann.

Weiters erscheint es in diesem Angebot leicht möglich, darauf zu achten, im Toleranzfenster des ANS zu bleiben und den eigenen Rhythmus zu finden, in dem der/die Klient*in von einem in den anderen Bereich wechselt. In weiterer Folge könnte in diesem bereits gut vorbereiteten Feld auch eine Traumaexposition stattfinden (vgl. Schmitz, 2004, 86 ff).

4.11 Traumaexposition?

„Not everything that is faced can be changed; but nothing can be changed until it is faced.“ (James Baldwin)

Nach Levine ist es bei diesem Prozess nicht unbedingt notwendig, sich an die traumatisierenden Ereignisse zu erinnern. Zum Teil sind auch aufgrund der Vorgänge im Gehirn während einer traumatisierenden Situation Erinnerungen nicht kohärent abgespeichert. Über die Körpererfahrung ist es allerdings möglich, direkt zur Erfahrung des Traumas im Nervensystem Zugang zu bekommen, ohne auf Erinnerungen zurückgreifen zu müssen. Gleichzeitig ist es auch wichtig, das Trauma nicht direkt zu konfrontieren. Nach Levine hat uns das Trauma jedenfalls umso fester im Griff, je mehr wir dagegen kämpfen. (vgl. Levine, 2011b, S. 59)

Was er allerdings für absolut unumgänglich hält, ist die mit dem Trauma in Verbindung stehenden massiven Körperempfindungen, Energien und Emotionen nach und nach in einem sicheren Rahmen wieder zu spüren, um aus der traumatischen Erstarrung herauszukommen. „Ganz gleich, von welcher Erfahrung Sie sich abwenden, Ihr Gehirn und Ihr Körper registrieren sie als gefährlich, und oft machen wir die Erfahrung, dass das, was wir vermeiden wollen, umso beharrlicher zurückkehrt.“... „Dieses „Unter den Teppich kehren“ verlängert das Unweigerliche nicht nur, sondern macht die Begegnung mit Immobilität noch beängstigender.“... „Wenn wir hingegen die zentralen Hilfsmittel Titration und Pendeln anwenden, können wir behutsam und kurz mit der todesähnlichen Leere Berührung aufnehmen, ohne dass sie uns vernichtet. Auf diese Weise kann sich die Immobilitätsreaktion fortsetzen und auf ihren natürlichen Abschluss zubewegen, die selbstbestimmte Beendigung.“ (Levine, 2011b, S. 120)

Tripolt schreibt, dass es eine Übereinstimmung bei den unterschiedlichen Traumatherapie-Ansätzen gibt, dass es notwendig ist, sich in „gewissem Ausmaß“ der traumatischen Vergangenheit zu stellen und sich mit Erinnerungen

zu konfrontieren, um sie neu verarbeiten zu können und abzuschließen. Und auch hier geht sie davon aus, dass es kein Dogma gibt, sondern, dass dieses Ausmaß individuell mit dem/der Klient*in zum jeweiligen Zeitpunkt immer wieder definiert werden muss (vgl. Tripolt, 2016, S. 47).

4.11.1 Traumaexposition? – KBT

Traumaexposition ist mit Sicherheit auch in der KBT ein kontroversielles Thema, wobei zum Thema Trauma und KBT bisher wenig publiziert wurde und ich mich deshalb an die KBT-Trauma-Expertin Ulrike Schmitz halte, die das bisher einzige Buch zum Thema Traumabewältigung mit der KBT geschrieben hat. Sie sieht Traumaexposition als das Wiedererleben von traumatischen Erinnerungsfragmenten in einem sicheren Rahmen. Sie schreibt, dass sie sich nur an die Traumaexposition heranwagt, wenn eine ausreichende Vorarbeit geleistet wurde und Ressourcen vorhanden sind, damit der/die Klient*in die Sicherheit und Selbstregulation entwickelt hat, selbständig wieder aus Hyper- oder Hypoarousal zu kommen und eben nicht einfach nur von den traumatischen Erinnerungen überflutet wird.

Gemeinsam bereiten sich Therapeut*in und Klient*in auf diesen Moment ausreichend vor und beschließen gemeinsam, ob und wann es Zeit ist, sich tiefer auf diese alten Erfahrungen einzulassen. Wie schon oben beschrieben verwendet sie in der Traumaexposition die Aufteilung des Raumes in zwei Bereiche (Traumaerinnerung und sicheres Hier und Jetzt), die bereits in vorangegangenen Stunden gut eingeführt wurden und ein Umgang mit dem Pendeln zwischen beiden gefunden wurde.

Für Schmitz ist auch wichtig, dass nicht mit allen Klient*innen eine Traumaexposition möglich ist – v.a. dann, wenn in der Vorbereitungsphase klar wird, dass die inneren und äußeren Bedingungen nicht geschaffen werden können, um eine sichere, nicht retraumatisierende Exposition zu garantieren.

Sollte die Vorbereitung gut gelaufen sein und sowohl Klient*in als auch Therapeut*in Vertrauen in den Prozess haben, kann es sein, dass die tatsächliche Traumaexposition weniger spektakulär und herausfordernd wird als erwartet. Im besten Fall entsteht ein Umgang mit dem Thema, der weniger „drückend und schwer“ ist, sondern auch eine spielerische Komponente bekommt und ein Raum mit neuen Möglichkeiten entsteht (vgl. Schmitz, 2004, S. 96 ff).

4.12 Prozessorientierung – Raum für die Selbstheilungskräfte schaffen

Gehen wir davon aus, dass Menschen, so wie auch Tiere, die Folgen der Traumatisierung, die im ANS entstanden sind, durch Zittern, Schütteln, Schwitzen und autonome Schutz- und Verteidigungsreaktionen wieder aus dem System bringen und aus der Erstarrung wieder ins Leben zurückkommen können, so stellt sich die Frage, warum bei den Menschen, dies oft nicht gleich funktioniert und eine PTBS entsteht. Eine Antwort darauf könnte sein, dass wir Menschen es gewohnt sind, die älteren Teile unseres Gehirns zugunsten der Kontrolle durch das kognitive Denken zurückzustellen, was dazu führen kann, dass autonome Prozesse, die Angst oder Unsicherheit auslösen, unterbunden werden und z.B. die massive Energieentladung verhindern.

„Die Tatsache, dass wir so wenig daran gewöhnt sind, loszulassen, unsere kognitive Kontrolle aufzugeben und uns der körperlichen, autonom funktionierenden Grundlage unseres Seins zu vertrauen, richtet sich gegen uns, wenn wir am bedürftigsten sind.“ (Schmidt, 2012, S. 124)

Daher ist ein Teil der Arbeit in der Traumatherapie, den Prozess in den Vordergrund zu stellen und einen Rahmen zu schaffen, in dem die Kontrolle schrittweise aufgegeben werden kann und die Selbstregulationskräfte wieder Raum bekommen. Dies ist eine herausfordernde Aufgabe. „Wenn uns einmal ein überwältigendes Ereignis zugestoßen ist, fühlen wir uns mit unserer beeinträchtigten Regulation so verletzlich, dass wir oftmals eine „Entscheidung“ treffen. Diese Entscheidung wird zu einer physiologisch eingefleischten, unnachgiebigen Überzeugung, dass uns so etwas „nie wieder passieren wird“.

Wir flüchten uns in den Versuch, volle Kontrolle in allen Lebenslagen zu erlangen und enden in einer drastisch beengten Lebensweise, um weitere Übererregung um beinahe jeden Preis zu vermeiden. Das Vertrauen und die Risikobereitschaft aufzubringen, die nötig sind, um diese Entscheidung zu revidieren und den Betroffenen zu traualösendem, schrittweisen Aufgeben von Kontrolle zu verführen, ist nur in einem sicheren Rahmen und mit genügend verfügbaren Ressourcen möglich.“ (Schmidt, 2012, S. 125)

Etwas weiter unten schreibt Schmidt: „Diese wachsende Kontrollaufgabe [im Sinne von „Aufgeben von Kontrolle“] setzt den Großhirneffekt auf die unteren Hirnteile außer Kraft, und das Schütteln, Zittern oder andere energielösende Reaktionen des autonomen Nervensystems können einsetzen. Der Körper kann Schritt für Schritt zurückkehren zu einer physiologischen, der Situation angemessenen Selbstregulation.“ (Schmidt, 2012, S. 126)

Auch Tripolt geht in ihrer Arbeit von der Selbstregulationsfähigkeit des Organismus aus und dass es im Therapieprozess notwendig ist, Hindernisse aus dem Weg zu räumen und Ressourcen zu aktivieren, damit diese dem Organismus innewohnende Selbstregulation auch stattfinden kann. „Für die Therapie bedeutet das, eine Struktur zu geben und förderliche Faktoren anzubieten, die größtmögliche Freiheit bei größtmöglicher Sicherheit ermöglichen. Nur eine sichere Rahmgebung führt zu einem ungestörten Prozessverlauf.“ (Tripolt, 2016, S. 19)

Wie weiter oben im Bereich der Anforderungen an die Therapeut*innen beschrieben, ist Tripolt davon überzeugt, dass sich neue Muster nur dann bilden, wenn „der innere Fluss“ der Verarbeitungsprozesse frei geschehen kann, und sowohl der/die Klient*in als auch der/die Therapeut*in „aus dem Weg gehen“. „Dem bewegten Verarbeitungsprozess vertrauen heißt den Selbstheilungskräften vertrauen. Fixe Vorstellungen behindern den Prozess. TherapeutInnen und KlientInnen nehmen daher eine offene, beobachtende, forschende, neugierige, körperliche und geistige Haltung ein.“ (Tripolt, 2016, S.

67) Interveniert wird hauptsächlich dann, wenn der/die Klient*in das Toleranzfenster des ANS zu verlassen droht.

Sie beschreibt weiters, wie dann im sicheren Raum, „die Wellen der Verarbeitungsprozesse frei und ungehindert strömen“ können. „Damit wird dem chaotischen Geschehen der traumatischen Erfahrung und der Rigidität der Kompensation eine klare und doch bewegliche Struktur entgegengesetzt, die die Bewegung in Richtung Freiheit von alten Erfahrungen ermöglicht.“ (Tripolt, 2016, S. 94)

4.12.1 Prozessorientierung – Raum für die Selbstheilungskräfte schaffen – KBT

Hier möchte ich kurz auf die ursprünglichen Einflüsse der KBT, die Arbeit von Elsa Gindler und natürlich auch die Psychoanalyse, eingehen. Was die freie Assoziation, gehalten in einem Rahmen von gleichschwebender Aufmerksamkeit in der Psychoanalyse ist, ist in der Arbeit von Elsa Gindler die freie Bewegungsassoziation. Elsa Gindler entwickelte in ihrer Arbeit sehr praktisch und auf ihren Erfahrungen beruhend einen Ansatz, in dem immer mehr der freie, ganz individuelle Ausdruck der Teilnehmenden im Mittelpunkt stand. „Sie lehrte ihre Klienten mit wacher gesammelter Aufmerksamkeit – konzentrativ – sich ihrem Leib zuzuwenden, ohne Übungen vorzuschreiben und regt an, den eigenen Ausdruck in der Bewegung selbst zu finden und Veränderungen geschehen zu lassen. Sie arbeitet in einem kommunikativen Prozess „personenzentriert“ und regt zu freier Ausdrucksassoziation an. Damit nützt sie das Selbstheilungspotenzial ihrer Klienten („die Natur liefert die Mittel dazu“).“ (Pokorny et al., 2001, S. 25)

Dies stimmt meiner Ansicht mit dem überein, was z.B. Levine, Schmidt und Tripolt für die körperorientierte Traumatherapie beschreiben. Damit die Selbstregulation wieder in Gang kommen kann, aufgestaute Ladung im System entladen und „unterbrochene“ Kampf-, Flucht oder Schutzbewegungen abgeschlossen werden können, braucht es einen sicheren Rahmen, Ressourcen

und viel freien Raum, damit diese Regulation geschehen kann. Wie der Buchtitel von Johannes B. Schmidt ausdrückt: „Der Körper kennt den Weg“.

4.13 Spontane Bewegungen, Reflexe, Impulse

Im Schritt 5 seiner Methode beschreibt Levine die Wiederherstellung aktiver Reaktionen. Auch diesen Schritt habe ich im Ansatz schon beschrieben, da er ein wesentlicher Teil des Konzepts von Levine ist. In einer bedrohlichen Situation, wenn Kampf- oder Fluchtreaktionen ausgelöst werden, wird eine enorme Menge an Energie zur Verfügung gestellt, die Muskeln spannen sich an und Menschen sind in diesem Zustand zu unglaublichen Dingen in der Lage. Es kommt zu körperlichen Reflexen, die den Körper fliehen lassen, sich schützen oder eben kämpfen. Werden diese Reflexe nicht vollständig ausgeführt, weil z.B. die Flucht unmöglich ist, erschlafft der Körper, aber die Energie und die Signale der nicht fertig gemachten Reflexbewegung bleiben im Körper stecken. Damit geht dann auch ein Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit einher.

„Kurz gesagt, passiert die Wiederherstellung dieser aktiven Selbstschutzreaktionen folgendermaßen: Bestimmte Verspannungsmuster (die wir durch interozeptive Wahrnehmung erleben) „schlagen“ bestimmte Bewegungen „vor“, die sich dann in minutiösen oder Mini-Gesten ausdrücken können.“ (Levine, 2011b, S. 115)

Tripolt beschreibt diese Vorgänge u.a. folgendermaßen: „Der Körper hat alle Abwehr- und Fluchtimpulse gespeichert, die im Versuch zu entrinnen oder zu überleben, entweder nicht ausgeführt werden konnten oder nicht zum Erfolg geführt hatten. Jede Muskelverspannung ist für sich betrachtet eine Mikrobewegung. Sie bereitet oft eine größere Bewegung vor, die zum Zeitpunkt der Todesangst nicht ausgeführt werden konnte. Dazu gehören Kampf-, Abwehr-, Ausweich- und Fluchtbewegungen.“ ...“Die Aktualisierung in der Traumatherapie stellt diesen Kontakt [mit den nicht ausgeführten oder nicht zu Ende gebrachten Impulsen] her, die Erinnerung an die ursprüngliche Situation wird jedoch kontrolliert aktiviert. Die Anspannung, die mit der Emotion der Aggression

einhergeht, kann in der Sicherheit des therapeutischen Rahmens beschrieben, in Worte gefasst und die darin liegende Bewegung schließlich bewusst ausgeführt werden.“ (Tripolt, 2016, S. 78)

Tripolt beschreibt dann auch konkreter, wie sie Klient*innen anregt, die „... Bewegungen zuzulassen, mit deren Geschwindigkeit und Dynamik zu spielen, sie größer oder kleiner, langsamer oder schneller zu machen.“... „Die Spannung löst sich, die Kraft und Energie, die im Körper steckt, wird frei und in bewusste Bewegung umgesetzt.“ (Tripolt, 2016, S. 78)

Durch dieses Wiederfühlen der aktiven Selbstschutzreflexe werden auch die Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit weniger, da ein Gefühl von gelungenem Schutz und Kompetenz zurückkehrt. „Bei dieser Wiederherstellung aktiver Abwehrreaktionen (bei der die Angst abnimmt) machen Individuen die Erfahrung, dass sie die physischen Empfindungen der Gelähmtheit immer angstfreier erleben – jedes Mal lockert das Trauma seinen Griff etwas mehr. Durch solch eine körperlich bedingte „Offenbarung“ verändern sich sowohl unsere Interpretation der Ereignisse als auch deren Bedeutung für unser Leben und unser Selbstbild tief greifend.“ (Levine, 2011b, S. 117)

4.13.1 Spontane Bewegungen, Reflexe, Impulse – KBT

Als eingestimmte/r KBT Therapeut*in fallen uns im Therapieverlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit kleine (unbewusste?) Bewegungen, Haltungen, „Ticks“ bei unseren Klient*innen auf, die auf nicht zu Ende gebrachte Kampf-, Flucht-, oder Schutzreflexe schließen lassen. Diese zum richtigen Zeitpunkt anzusprechen und zu explorieren und dazu anzuregen, damit zu spielen und auszuprobieren, ist auch in der KBT eine übliche Vorgehensweise. Dadurch können diese körperlichen Muster bewusster und auch versprachlicht werden.

Letztlich braucht die Vervollständigung dieser Bewegung wieder den sicheren Rahmen, die innere Sicherheit und das Vertrauen des/der Klient*in, damit der

Körper sich selbst zum richtigen Zeitpunkt wieder regulieren kann und auch die damit verbundene Energie wieder frei gesetzt und entladen werden kann.

4.14 Aktivierung – aus der Erstarrung in Bewegung kommen oder Angst und Immobilität entkoppeln

Wie von Levine und Van der Kolk (und auch im ersten Teil dieser Arbeit) ausführlich beschrieben, kann eine Situation der traumatischen Überforderung und Ausweglosigkeit zu „tonischer Immobilität“ führen. D.h. das Nervensystem der Betroffenen hat in dieser Situation abgeschaltet und ist in diesem Zustand „eingefroren“, was wie schon beschrieben zu weitreichenden Folgen für die Betroffenen führt. Das Nervensystem der Klient*innen schonend und sicher wieder aus diesem Zustand der Erstarrung heraus zu führen, das ganze System wieder lebendiger und freier werden zu lassen, das ist der Kern der körperorientierten Traumatherapie.

Die Basis ist, dass der/die Klient*in bereits ausreichend Sicherheit in der Beziehung zum/zur Therapeut*in gefunden hat, ausreichend Ressourcen da sind, dass das Körpergewahrsein und das duale Gewahrsein geschult sind, womit die Sicherheit da ist, mit den massiven Körperempfindungen und Emotionen umgehen zu können, die in dieser schrittweisen „Befreiung“ auftauchen. Die Idee, die Peter Levine beschreibt, ist eben, den Selbstregulationskräften wieder die Möglichkeit zu geben, unser System ins Gleichgewicht zurückzubringen.

Wie schon im ersten Teil beschrieben hat Levine herausgefunden, dass der Zustand der Erstarrung, der „tonischen Immobilität“, bei PTBS Betroffenen immer mit Angst und anderen heftigen Gefühlen, wie z.B. Aggression, Scham, Selbsthass, Hilflosigkeit, „Gefangensein“, Betäubtheit, Depression verbunden ist, daher ist für ihn „der eigentliche Schlüssel“ zur Auflösung eines Traumas die Entkoppelung von Angst und Immobilität (vgl. Levine, 2011b, S. 82) „Die Trennung dieser beiden Komponenten unterbricht die Feedbackschleife, welche die Traumareaktion immer wieder von neuem entfacht.“ (Levine, 2011b, S. 84)

Seine Konsequenzen daraus für die Traumatherapie sind klar und einfach: „Eine wirkungsvolle Therapie unterbricht oder entschärft diese Feedbackschleife von Trauma und Angst, indem sie den Klienten darin unterstützt, die eigenen heftigen Empfindungen, Emotionen zu „halten“, ohne davon überwältigt zu werden. Auf diese Weise kann sich die Immobilitätsreaktion so auflösen, wie es angelegt ist.“ (Levine, 2011b, S. 96)

Konkreter wird Levine dann etwas weiter unten: „Wenn die Klientin lernt, die physischen Empfindungen der Immobilität ohne Angst zu erleben, lockert sich der Klammergriff des Traumas und sie kommt wieder ins Gleichgewicht.“ (Levine, 2011b, S. 98) Er erläutert diese Fähigkeit dann in Bezug auf die Bereiche des menschlichen Gehirns: „Letzten Endes ermöglicht uns nach meiner Meinung die dynamische Balance zwischen den primitivsten und den am höchsten entwickelten/differenziertesten Teilen des Gehirns, ein Trauma zu heilen und schwierige Emotionen zu integrieren und umzuwandeln. Bei einer wirkungsvollen Behandlung helfen wir der Person, den „beobachtenden“ präfrontalen Kortex „online“ zu lassen, während sie die primitiven Empfindungen, die in den archaischen Hirnregionen (dem limbischen System, dem Hypothalamus und dem Hirnstamm) entstehen, gleichzeitig ungefiltert erlebt.“ (Levine, 2011b, S. 99 f) Hiermit beschreibt Levine auf einer physiologischen Ebene das duale Gewahrsein.

Er streicht auch die Bedeutung von Insula und Cingulum heraus, die die Empfindungen aus dem Körperinneren empfangen und zu einer sinnvollen Erfahrung verweben. Zugang zu dieser Funktion zu haben ist ein weiterer Schlüssel für die Transformation von Traumata. (vgl. Levine, 2011b, S. 101)

Eine spezielle Rolle in diesem Prozess spielen die Wut und der Wutkreislauf. Nach dem Prinzip „Wie sie hineingehen, kommen sie heraus“, geht Levine davon aus, dass Menschen, genauso ängstlich wie sie in die Immobilität gekommen sind, auch wieder herauskommen. Aber es gibt auch das Phänomen, dass wenn ein Lebewesen aus der Immobilität „erwacht“, es auch mit immenser

Aggression herauskommt, da dies sein Überleben sichern könnte, sollte der „Verfolger“ noch immer anwesend sein. Diese „gewalttätige Aggression“ kann für die Betroffenen selbst so erschreckend sein, dass sie diese gegen sich selbst richten und durch die notwendige Unterdrückung dieser Wut, die Gelähmtheit, die durch die Immobilität ohnehin schon da ist, noch verstärken. „Der Wechsel zwischen Abschaltung und Ausbrüchen von „ohnmächtiger“ und fehlgeleiteter Wut wird zur stereotypen Reaktion des Individuums auf spätere Herausforderungen, die sehr viel nuanciertere und differenzierte gefühlsbedingte Vorgehensweisen verlangten.“ (Levine, 2011b, S. 92) Die Angst vor dieser Wut kann den „Angst-Immobilitätskreislauf“ weiter verstärken und die Betroffenen in der Immobilität halten. Somit ist es dann beim „Auftauchen“ aus der Immobilität auch notwendig, mit der unterdrückten Wut umgehen zu können, ohne davon überwältigt zu werden. Dies ist dann bereits ein wichtiger Schritt „zurück ins Leben“. (vgl. Levine, 2011b, S. 93)

„Die Unfähigkeit, aus der Immobilität hervorzukommen, löst unerträgliche Frustration, Scham und zerstörerischen Selbsthass aus. Die Therapeutin muss diesen gordischen Knoten behutsam angehen und durch bewusste und sorgfältige Titration entwirren, während sie sich zugleich auf die Erfahrung des Pendelns verlässt und entschlossen dafür sorgt, dass die Klientin lernt, sich mit den intensiven aggressiven Empfindungen anzufreunden.“ (Levine, 2011b, S. 121) Es geht immer wieder um das langsame, behutsame, gesicherte in Kontakt gehen mit allen Arten von auftauchenden Körperempfindungen und Emotionen. Das gilt auch für die Scham, die bei vielen traumatisierten Menschen auftritt, entweder weil sie sich aufgrund der massiven Wutgefühle schlecht fühlen oder weil sie sich Selbstvorwürfe machen, sich nicht genug gewehrt zu haben – ohne dabei zu bedenken, dass Erstarren eine physiologische Tatsache ist, und sie sich z.B. im Falle eines sexuellen Übergriffes gar nicht wehren konnten.

„Wenn traumatisierte Individuen das Gefühl der eigenen Handlungsfähigkeit und Macht allmählich zurückgewinnen, beginnen sie sich selbst zu verzeihen und zu akzeptieren. Sie gelangen zu der Erkenntnis, dass sowohl ihre Immobilität als

auch ihre Wut biologisch bedingte, instinktive Gebote und kein Charakterfehler sind, für den sie sich schämen müssten.“ (Levine, 2011b, S. 123)

In den Schritten 7 und 8 seines Traumaverarbeitungsprozesses beschreibt Levine, was durch das Lösen aus dem „Angst-Immobilitätskreislauf“ im Organismus geschehen kann. Schritt 7 heißt „Erregungszustände auflösen durch Entladung der enormen Überlebensenergien, die für lebensrettendes Handeln mobilisiert wurden“. Dies ist wie beschrieben eines der wesentlichen Kennzeichen des Lösens einer traumatischen Erfahrung. Es entsteht beim Herauskommen aus der Immobilität. Der Organismus beginnt zu beben und zu zittern. Wellenartig breitet sich dieses Zittern aus, verbunden mit einer tieferen und entspannteren Atmung. Dies sind die Kennzeichen des Entladens dieser enormen Überlebensenergien, die im Körper gespeichert waren.

Danach in Schritt 8 geht es um „Die Selbstregulation und das dynamische Gleichgewicht wiederherstellen“: Durch das in Schritt 7 beschriebene „Entladen“ der aufgestauten Überlebensenergie kehrt der Organismus in den Zustand des Gleichgewichts zurück. Da der Organismus immer wieder in Erregungs- oder Übererregungszustände geht und auch wieder herauskommt, nennt es Levine ein dynamisches Gleichgewicht.

„Diese kontinuierliche Zurücksetzung stellt den Erregungslevel vor der Bedrohung wieder her und fördert den Zustand (den Prozess) entspannter Wachsamkeit. Mit der Zeit entwickelt sich auf diesem Weg eine stabile Widerstandsfähigkeit. Und schließlich vermittelt Ihnen die Erfahrung des inneren Gleichgewichts, das sie in Ihren inneren Organen und Ihrem inneren Milieu spüren, das heilsame Gefühl im Hintergrund, in Ihrem eigenen Organismus sicher zu Hause zu sein – was auch immer Sie in einem bestimmten Moment empfinden mögen und wie schrecklich der Aufruhr oder wie unangenehm die Erregtheit auch sein mag.“ (Levine, 2011b, S. 127)

Tripolt bezeichnet diese Phase der Traumatherapie als „Transformationsphase“. Hier kommt es in ihrer Beschreibung in diesem sicheren Raum, der in den Phasen davor kreierte wurde, zu einem freien „Tanz mit dem Unbekannten“. Es geht darum, in einem ressourcierten Zustand zu bleiben, sich dem alten Schrecken zu stellen, ohne dass schon neue Bewältigungsmuster da wären. „Diese Zwischenphase wird von heftigen Gefühlen und unwillkürlichen Bewegungen begleitet. Je durchlässiger der Körper für durchströmende Gefühle wird, desto schneller stellt sich Beruhigung ein und desto sanfter kann die Verarbeitung verlaufen.“ (Tripolt, 2016, S. 174) Das alte Traumaschema kommt in Widerspruch mit der neuen gefühlten Sicherheit im Hier und Jetzt, dies wird auch emotional und körperlich spürbar und damit kommt der Prozess der Verarbeitung in Gang.

Kann dann in diesem Moment anders als bisher gehandelt werden, kann es zu einer Verbindung vom bisher getrennten „Traumanetzwerk“ (jene Gehirnbereiche, in denen die impliziten Traumaerinnerungen gespeichert sind) und dem Ressourcennetzwerk kommen. „Im Kontakt mit der Todesangst werden dann neue Kräfte für das Leben nach dem Überleben entwickelt, wenn sie neu bewältigt werden kann. Neu bewältigen heißt, den Körper aus den angstbasierten Mustern der Mobilisation von Kampf- oder Fluchtmechanismen oder der Immobilisation der Erstarrung zu befreien. Nur auf dieser Basis können sich Gefühle und Denkmuster nachhaltig verändern.“ (Tripolt, 2016, S. 179 f)

Auch Van der Kolk beschreibt den Schritt, der bei der Traumaheilung essenziell ist, und nennt ihn „aktiv werden“. Er erklärt ebenso den Prozess, dass in einer traumatischen Situation, in der der Organismus erstarrt, eine Menge Energie und Stresshormone im Körper bleiben, die dann in weiterer Folge Probleme auslösen. „Schließlich wenden sich die Aktivierungsmuster, die für die Bewältigung akuter Probleme gedacht sind, gegen den Organismus des Betroffenen selbst und kommen in völlig dysfunktionalen Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsreaktionen zum Ausdruck. Ein adäquates Verhalten ist erst nach dem Ende dieser anhaltenden Notfallreaktion möglich. Der Körper muss in seinen

Zustand grundlegender Sicherheit und Entspannung zurückkehren, weil er nur in ihm aktiv werden kann, um reale Gefahren abzuwehren.“ (Van der Kolk, 2018, S. 260)

Bei Traumapatient*innen ist es wichtig, und da beschreibt Van der Kolk das „Pendeln“ und „Titrieren“ nach Levine, das Gewährsein der Körperempfindungen und das Vergrößern des „Toleranzfensters“ des Individuums, wodurch dann mit der Zeit die Empfindungen, Emotionen und auch unterbrochenen, körperlichen (Schutz-) Impulse wieder zutage treten. „Durch die Verstärkung dieser Bewegungen und durch Experimentieren mit verschiedenen Arten, sie zu modifizieren, wird der Prozess der Vollendung unabgeschlossener traumabezogener „Handlungstendenzen“ initiiert, der letztlich zur Auflösung des Traumas führen kann.“ (Van der Kolk, 2018, S. 261) Somit kann der ganze Organismus wieder lebendiger werden, in Bewegung kommen und auch das Bewegen selbst wieder sicher scheinen und ein Gefühl von Selbstwirksamkeit ermöglichen.

Eine interessante Differenzierung in dieser Hinsicht zeigt Tripolt auf. Während in der bedrohten oder gefährlichen Situation das System mit Immobilisation im Sinne von Erstarrung, Rückzug, Unterwerfung, Verzweiflung reagiert, reagiert es im sicheren Umfeld und im sicheren Kontakt mit „Immobilisation ohne Furcht“, was Bindung, Nähe, Entspannung, Verdauen etc. bedeutet. Genauso ist es auch, was die Mobilisation betrifft: In Gefahrensituationen kommt es zu Kampf, Flucht oder auch Protest nach Trennung, in der „Mobilisation ohne Furcht“ geht es in Richtung Bewegung, Tanz, Spiel, soziale Interaktion. Und durch die Schulung der Wahrnehmung und die Möglichkeit, die beiden Bereiche zu verbinden, soll mehr und mehr die Fähigkeit entwickelt werden, im Modus der Sicherheit zu verweilen (vgl. Tripolt, 2016, S. 65 f).

4.14.1 Aktivierung – aus der Erstarrung in Bewegung kommen oder Angst und Immobilität entkoppeln – KBT

Die Aktivierung und das Entkoppeln von Angst und Immobilität setzen voraus, dass eine sichere Beziehung, mehr innere und äußere Sicherheit, Stabilität und ausreichende Ressourcen bereits aufgebaut wurden. Um sich der Immobilität, der damit verbundenen Angst und Wut stellen zu können, braucht es auch ein starkes duales Gewahrsein, eine Verankerung im Hier und Jetzt und die daraus resultierende Klarheit, dass die immensen Körperempfindungen und Emotionen etwas im Körper Gespeichertes sind und „gehalten“ (im Sinne von containment) werden können.

Dann braucht es das Vertrauen und den Mut, Schritt für Schritt zu lernen, mit dieser physiologischen „Ladung“ zu sein, damit sie nach und nach entladen werden kann. Genauso ist es auch wichtig, dazu in der Lage zu sein, sich einigermaßen angstfrei dem Gefühl der Immobilität aussetzen und damit sein zu können.

Bewegung und „wieder-in-Bewegung-kommen“ auf allen Ebenen, ist ja auch der zentrale Ansatz der KBT. Durch die Arbeit am Phänomen in einem sicheren Rahmen und die Prozessorientierung wird eine Basis gelegt, in der sich „unterbrochene Hinbewegungen“ vervollständigen können. Für diesen intensiven Prozess bieten sich viele KBT Angebote an. Angebote zu Themen, wie z.B. „Erstarrung“, „Festhalten“, „in Bewegung kommen“, „Lebendigkeit“ und „Selbstwirksamkeit“. Wesentlich scheint mir in diesem Bereich auch die Psychoedukation über den Ablauf dieser Schritte. Wenn hier eine Offenheit seitens des/der Klient*in da zu sein scheint, könnte auch zum richtigen Zeitpunkt ein Angebot in Richtung „meine animalischen Wurzeln spüren“ hilfreich sein – das spielerische Erfahren der physiologischen Vorgänge von Kampf, Flucht und Erstarrung.

Wie kann ich dafür sorgen, dass Klient*innen die Immobilisation ohne Furcht erleben können, sich entspannen, Nähe erfahren, also den ventralen Vagus

aktivieren können? Und wie kann ich die Klient*innen dabei unterstützen, spielerisch und mit Leichtigkeit in Richtung Mobilisation ohne Furcht zu gehen, sich frei zu bewegen, zu tanzen, zu interagieren?

Letztlich geschieht dieses „Entladen“ der Traumaenergie dadurch, dass die Basis gelegt ist, die sicheren Rahmenbedingungen da sind und die natürlichen Selbstregulationsvorgänge des Organismus in Gang kommen können, ohne dass aus Angst vor der Angst oder Wut die Bremse gezogen wird. Und dabei hat auch der Punkt „Prozessorientierung – Raum für die Selbstheilungskräfte schaffen“ einen großen Anteil.

4.15 Ende oder Anfang? – Integration

Traumatherapie ist wahrscheinlich so vielfältig, wie es (traumatisierte) Menschen sind. Je nachdem, um welche Art der Traumatisierung (Einzelereignis oder durchgehende oder mehrfache Ereignisse) es sich handelt, in welchem Alter es passiert ist, wie lange der Mensch der traumatisierenden Situation oder Umgebung ausgesetzt war und wie viele Ressourcen (bereits) zur Verfügung standen, um damit umzugehen, werden sich vielleicht bei manchen Menschen gar keine langfristigen Folgen zeigen und bei anderen treten schwere komplexe PTBS bzw. Entwicklungstraumata auf.

In der körperorientierten Traumatherapie geht es sehr stark um die Lösung der tonischen Immobilität, der festgehaltenen Traumaenergie und den damit verbundenen aufgestauten Emotionen. Durch die Traumalösung kommt der Betroffene wieder in den Körper, in „die Verkörperung“ zurück. Und erst dieses „verkörperte Gewahrsein“ bringt uns wieder in Resonanz mit unseren Gefühlen, mit anderen Menschen und letztlich mit dem Leben. So ist Levine davon überzeugt, dass ein Traumaheilungsprozess (und das, was der/die Klient*in in diesem Prozess gelernt hat) dazu führen kann, dass Menschen tiefer mit sich in Kontakt kommen, und ein erfüllteres, glücklicheres Leben leben können (auch glücklicher als vor der Traumatisierung). „Dieser Weg erlaubt paradoxerweise eine Verbindung von Instinkt und Vernunft, verschmolzen im Flow der freudigen

und fließenden Beteiligung am Leben. Verkörperung heißt, wir erschließen uns durch das Mittel des Gewahrseins die Fähigkeit, die unverfälschte Energie und Lebendigkeit der physischen Empfindungen zu fühlen, die in jedem Augenblick in unserem Körper pulsieren. Dabei sind Körper und Verstand, Gedanke und Gefühl, Psyche und Geist in der unterschiedslosen Einheit der Erfahrung nahtlos miteinander verbunden.“ (Levine, 2011b, S. 337 f)

Im 9. und letzten Schritt von Somatic Experiencing „Sich wieder an der unmittelbaren Umgebung orientieren und ins Hier und Jetzt kommen“, kommt der Klient zurück in einen Zustand, in dem er voll und ganz im Moment verankert ist und sich dadurch auch auf Beziehungen angemessen einlassen kann. „Wenn Menschen die Isolation überwinden, die durch Angst und Immobilität entsteht und sie auf sich selbst zurückwirft, kann sie das nicht nur von lästigen Symptomen befreien, sondern setzt auch Kräfte frei, die sie für das Eingehen befriedigender menschlicher Verbindungen und Beziehungen nutzen können.“ (Levine, 2011b, S. 129)

Ähnlich beschreibt dies Johannes B. Schmidt: „Traumalösung ist mehr als nur die Wiederherstellung eines früheren Zustands. Sie hinterlässt eine erhöhte Elastizität der inneren Regulation. Sie macht uns behutsamer, empfangsbereiter und empfindsamer. Wir werden wahrnehmungsbereiter und durchlässiger für die Einzigartigkeit und Schönheit des Lebens. Wir können jeden Augenblick neu, zerbrechlich, vergänglich und besonders erleben.“ (Schmidt, 2012, S. 127)

Etwas differenzierter sieht es Tripolt. „Nach der Erschütterung der alten Muster in der Transformationsphase werden in der Phase der Neuverarbeitung die Teile der Erinnerung neu zusammengesetzt. Erinnerungen, Gefühle und alle Informationen, die aus dem Inneren geströmt sind, werden aus heutiger Sicht mit der Lebenserfahrung der Erwachsenen betrachtet. Die Information wird neu kombiniert und eingeordnet.“ (Tripolt, 2016, S. 204) So geht es in der Phase nach der Traumalösung darum, sich mit dem „Neuen“ zu arrangieren und es zu stabilisieren. Wobei für sie auch hier die Bewegung und das Mitnehmen von

neuen heilsamen, erwachsenen Bewegungsmustern zusätzlich zu den Erkenntnissen zentral sind. Auch Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung seien wichtige innere Haltungen, die in dieser Phase noch stärker etabliert werden und damit zu einer Stabilisierung beitragen (vgl. Tripolt, 2016, S. 205).

Tripolt beschreibt auch, wie sich eine „gelungene Traumaverarbeitung“ anfühlen könnte.

- Der/die KlientIn erkennt, dass die Gefahr vorüber ist, dass er/sie nicht allein ist, nicht mehr ohnmächtig ausgeliefert u.ä.
- Die vergangenen Erlebnisse können mit einer adäquaten Emotion angesehen werden, ohne zu dissoziieren oder überflutet zu werden.
- Das Ereignis scheint in weiterer Distanz.
- Hilfreiche Details können wieder auftauchen, wie z.B. andere Personen, die auch anwesend waren.
- Positive Erinnerungen und Erfahrungen (auch mit der Person, mit der das traumatische Erlebnis zu tun hatte) tauchen auf und Ambivalenz kann ausgehalten werden.
- Die Differenzierungsfähigkeit erhöht sich und generalisierende Aussagen über andere Menschen und die Welt werden weniger.
- Gefühle der Befreiung und der körperlichen Entlastung treten auf.
- Mit den traumatischen Symptomen zusammenhängende psychosomatische Beschwerden verschwinden.

(vgl. Tripolt, 2016, S. 225 ff)

Zusammenfassend schreibt Tripolt: „Wir können traumatische Erfahrungen nicht zum Verschwinden bringen, aber über sie hinauswachsen. Der Gewinn ist ein persönlicher Wachstumsprozess, ein Zugewinn an Reflexionsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit und Lebensfreude.“ (Tripolt, 2016, S. 227)

4.15.1 Ende oder Anfang? – Integration – KBT

Schmitz beschreibt die Folgen einer gelungenen Traumatherapie so, dass es z.B. möglich wird, die Traumatisierung in ein „Verständnismodell des eigenen Sogeworden-Seins“ (Schmitz, 2004, S. 115) zu integrieren, ihr aber nicht mehr so viel Bedeutung zu geben, dass sie das ganze Leben bestimmt. Im Laufe der Traumatherapie werden gesunde Persönlichkeitsanteile, Ressourcen und Fähigkeiten herausgefunden oder etabliert, verstärkt und gefestigt. Und es findet natürlich auch eine Ich-Stärkung statt, schon allein dadurch, dass der/die Klient*in Kompetenz im Umgang mit den Traumafolgen erworben hat. In vielen Fällen hat sich der/die Klient*in der traumatischen Erfahrung auch nochmals gestellt, was allein schon einen Aufbau von Ressourcen und Fähigkeiten braucht und dann auch noch durch den Akt der Konfrontation Bestätigung geben kann. Sie beschreibt, dass dieser „Weg vom Opfer der Umstände zur aktiven Bewältigung“ (Schmitz, 2004, S. 117) ein individueller ist.

So kann ihrer Meinung nach eine Traumaerfahrung im Nachhinein auch zu einer Frage nach dem Sinn führen. Nicht nur, dass ein Sinn im Geschehenen gesucht wird, sondern auch, dass Betroffene eher dazu tendieren, generell nach einem Sinn im Leben bzw. nach einem sinnvollen Leben zu suchen. Und so aus dem „Schrecklichen“ gestärkt herauszukommen und tiefer im Leben verwurzelt zu sein und vielleicht einen sinnvolleren Lebensentwurf als vor dem Trauma zu verfolgen.

Ich sehe eine große Stärke der KBT gerade im Bereich der Integration. Traumaheilung auf der physiologischen Ebene kann in manchen Fällen ausreichend sein und damit ist die Therapie nach einer Phase der Stabilisation und Integration der neuen Erfahrungen und Sichtweisen zu Ende. Wie oben beschrieben fühlt sich der/die Klient*in dann wieder im Körper zu Hause, verbunden mit der Welt, ist zu tiefgehenden Beziehungen in der Lage und ist wieder aus dem Reich der „lebenden Toten“ in die Lebendigkeit zurückgekehrt.

In vielen Fällen, speziell bei komplexen PTBS bzw. Entwicklungstraumata, ist vielleicht die physiologische „Entladung“ erst der Beginn eines Wachstums- und Nachreifungsprozesses. Ich denke, dass es hier flexible Therapiekonzepte braucht, die dazu in der Lage sind, einerseits genau zu diagnostizieren und auch zu erkennen, in welcher Entwicklungsphase etwas nachreifen könnte und damit wie in der KBT phasenspezifisch zu arbeiten. Gleichzeitig wäre es meiner Meinung nach genauso wichtig zu sehen, inwieweit traumatische Erlebnisse zu dieser Symptomatik geführt haben und ob u.U. eine traumatische Erstarrung vorliegt, die grundsätzlich jeden Veränderungsprozess verhindert.

Genau darin sehe ich die Stärke der KBT als psychotherapeutischem Ansatz, der auch traumatherapeutisch ein großes Potential hat: dass es möglich ist, individuell herauszufinden, was es an Nachreifungs- und Wachstumsprozessen braucht, bevor überhaupt an einen somatischen Traumaprozess zu denken ist, wann der richtige Zeitpunkt für den Einsatz der physiologischen Traumalösung ist und was danach noch notwendig ist bzw. überhaupt erst möglich wird. So macht eine Reevaluierung des therapeutischen Prozesses nach der Phase der Lösung aus der tonischen Immobilität Sinn.

Damit wird eine Einbettung des Traumaheilungsprozesses in einen gesamten KBT Nachreifungs- und Wachstumsprozess bei einem/einer Therapeut*in in einer Methode ermöglicht, was durchaus in Hinblick auf Beziehungs- und Vertrauensaufbau auf der einen Seite und Sicherheit im Setting auf der anderen Seite Vorteile bringt.

5 Schlussbemerkungen

Im Laufe dieser Arbeit habe ich noch mehr verstanden, wie zutreffend meine Hypothese war, dass somatische Traumatherapie und Konzentrierte Bewegungstherapie viele Parallelen haben, auch wenn sich vielleicht das Wording manchmal unterscheidet und die KBT mit Sicherheit ein wesentlich komplexeres Theoriegebäude im Hintergrund hat. Ich würde jetzt sogar noch einen Schritt weiter gehen. Die KBT macht in der über viele Jahrzehnte

gewachsenen körperpsychotherapeutischen Arbeit sehr vieles, was heute in den körperorientierten Traumatherapien beschrieben wird – allerdings ohne es konkret im Traumakontext entwickelt zu haben. Trotzdem galt die KBT nie als dezidierte Traumatherapie, da hier noch zu wenig theoretischer Hintergrund und Forschung zur Verfügung standen. Mit dieser Arbeit konnte ich zeigen, dass die wesentlichen Punkte der körperorientierten Traumatherapie durch die KBT abgedeckt werden können. Voraussetzung ist ein/e KBT-Therapeut*in, der/die sich mit Trauma fundiert auseinander gesetzt hat und die KBT in diese Richtung „interpretieren“ kann. Es kann für KBT-Therapeut*innen durchaus Sinn machen, sich in einer somatischen Traumatherapie ausbilden zu lassen, um ausreichende Kenntnisse über Traumafolgen und den sicheren Umgang damit zu haben. Damit kann eine ganzheitliche Psychotherapie entstehen, die Traumalösung sinnvoll in den gesamten therapeutischen Prozess integriert.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Komorbidität von Trauma mit anderen psychischen Krankheitsbildern. Wie oft stecken traumatische Erfahrungen hinter offensichtlichen psychischen Erkrankungen und braucht es auch eine konkrete Arbeit an der Traumalösung, damit andere therapeutische Mittel überhaupt wirken können?

Weiters ist für mich in dieser Arbeit auch offensichtlich geworden, wie wichtig effektive Traumatherapie nicht nur für einzelne Individuen wäre, sondern auch für eine Gesellschaft, die sich offensichtlich von ihrer Verbindung zum Körper verabschiedet hat oder diesen im besten Falle funktionalisiert. Diese Rückverbindung mit dem Körper, die dazu führt, dass wir wieder in Kontakt mit z.B. Lebendigkeit, Beziehungsfähigkeit, Sicherheit und Kreativität, kommen, scheint für mich ein lohnenswertes Ziel in einer Zeit, in der Unsicherheit, Ängstlichkeit und Aggression (letztlich sehr viel Projektion) immer mehr das gesellschaftliche „Miteinander“ dominieren.

LITERATURVERZEICHNIS

- Cserny, S. & Paluselli, C. (2006). *Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie*. Würzburg: Königshausen & Neumann Verlag.
- Drexler, K. (2017). *Erebtte Wunden heilen. Therapie der transgenerationalen Traumatisierung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dunemann, A., Weiser, R., Pfahl, J. (2017). *Traumasesibles Yoga – TSY. Posttraumatisches Wachstum und Entwicklung von Selbstmitgefühl*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Emerson, D. & Hopper, E. (2012). *Trauma-Yoga. Heilung durch sorgsame Körperarbeit*. Lichtenau/Westfalen: G. P. Probst-Verlag.
- Emerson, D. (2015). *Trauma-Yoga in der Therapie. Die Einbeziehung des Körpers in die Traumabehandlung*. Lichtenau/Westfalen: G. P. Probst-Verlag.
- Follette, V., Briere, J., Rozelle, D. (2014). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma*. New York: Guilford Publications.
- Gräff, C. (2008). *Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heller, L. & LaPierre, A. (2013). *Entwicklungstrauma heilen. Alte Überlebensstrategien lösen, Selbstregulierung und Beziehungsfähigkeit stärken* (2. Auflage). München: Kösel-Verlag.
- Levine, P. A. (2011). *Vom Trauma befreien. Wie Sie seelische und körperliche Blockaden lösen* (5. Auflage). München: Kösel-Verlag.

Levine, P. A. (2011). *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt* (2. Auflage). München: Kösel-Verlag.

NurrieStearns, M. & NurrieStearns, R. (2014). *Trauma-Heilung durch Yoga & Meditation. Hilfe für Körper, Geist und Seele*. Lichtenau/Westfalen: G. P. Probst-Verlag.

Pokorny, V., Hochgerner, M., Cserny, S. (2001). *Konzentrierte Bewegungstherapie. Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren*. Wien: Facultas Universitätsverlag

Reddemann, L. (2016), *Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rothschild, B. (2017). *Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis Verlag.

Ruppert, F. (2017). *Symbiose und Autonomie. Symbiosetrauma und Liebe jenseits von Verstrickungen* (5. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schmidt, E. (Hrsg.) (2008). *Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Schmidt, J. B. (2012). *Der Körper kennt den Weg. Trauma-Heilung und persönliche Transformation* (2. Auflage). München: Kösel-Verlag.

Schmitz, U. (2004). *Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) zur Traumabewältigung. Ein handlungsorientierter Ansatz*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schreiber-Willnow, K. (2016). *Konzentrierte Bewegungstherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag

Treleaven, D. (2019). *Traumaisensitive Achtsamkeit*. Freiburg: Arbor Verlag

Tripolt, R. (2016). *Bewegung als Ressource in der Traumabehandlung. Praxishandbuch IBT – Integrative Bewegte Traumatherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Van der Kolk, B. (2018). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau/Westfalen: G. P. Probst-Verlag.

Wöller, W. (2006). *Bindungstrauma und Persönlichkeitsstörung – Befunde aus Bindungsforschung und Neurobiologie und Konsequenzen für die Therapie*. In K. Schreiber-Willnow & G. Hertel (Hrsg.), *Rhein-Klinik: Aufsätze aus dem Innenleben* (S. 157 - 171). Frankfurt: VAS-Verlag.

Zeitschrift für Konzentrierte Bewegungstherapie (2014). *Themenschwerpunkt: Trauma*

