Aus der Fülle ...

Ressourcen- und Körperorientierung in der traumatherapeutischen Arbeit

Out of the abundance ...
Resource and body orientation in trauma therapy

NIKOLA V. SAINT PAUL

Schlüsselwörter:
psychisches Trauma
Psychotherapie
Neurobiologie
Ressourcenorientierung
selektiver Mutismus

Key words:
psycho trauma
psychotherapy
neurobiology
resource orientation
selective mutism

Zusammenfassung
In diesem Beitrag wird beschrieben, wie Traumatherapie unter Einbeziehung der Körperwahrnehmung schonend gestaltet und so einer Retraumatisierungsgefahr wirksam begegnet wird. Ziel ist das Erlangen der Fähigkeit, den Aktivierungszustand des autonomen Nervensystems zu regulieren und auf diese Weise Zugang zu ressourcenvollen Ich-Zuständen zu erlangen. Das Vorgehen wird durch neurobiologische Erkenntnisse begründet und anhand von Fallbeispielen veranschaulicht. Der Ansatz wird als Ergänzung zu anderen traumatherapeutischen Verfahren, gleich welcher Schule, verstanden und lässt sich gut mit speziellen Methoden, wie beispielsweise EMDR, verbinden.

Summary: This paper describes how trauma therapy including body-awareness can reduce the impact of the traumatic memory and can efficiently prevent retraumatization. The goal is to achieve the ability to self-regulate activation of the autonomic nervous system and hence, to attain access to states in which patients can maximize their resources. This procedure is based on neurobiological findings and exemplified with case studies. The approach complements other trauma therapeutic interventions, regardless of the theoretical orientation, and can be combined with techniques like, for instance, EMDR.

Einleitung

In diesem Beitrag wird aus der psychotherapeutischen Praxis mit traumatisierten Menschen berichtet. Der Bezug zum Verständnis und zur Behandlung von Kommunikations- und Sprechstörungen soll daher kurz beleuchtet werden.

Traumata und Trennungserlebnisse werden unter den störungsrelevanten Rahmenbedingungen und möglichen Ursachen für den selektiven Mutismus genannt (Kramer, 2001). Auch die Rolle von Familiengeheimnissen für dieses Störungsbild wird diskutiert (Ellger, 2001). Es sind psychodynamische Überlegungen, die dem Verstummen einen Sinn zu geben versuchen. Was nicht wahrgenommen werden kann oder darf, wird tabuisiert und damit verschwiegen. Das selektive Verstummen gegenüber Nicht-Familienangehörigen könnte eine Lösung in Anbetracht des quälenden Schweigegebots darstellen, weil hier gleichzeitig die Not zum Ausdruck gebracht wird.

Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, werden die Folgen von traumatischem Stress auch auf der neurobiologischen Ebene im Hinblick auf die Gehirnentwicklung und -funktion untersucht. Auch hier finden sich Ergebnisse, die für eine Beteiligung traumatischer Lebenssituationen an der Entwicklung von Kommunikationsstörungen sprechen: Bessel van der Kolk (2002) fand mit seiner Forschergruppe zum Beispiel, dass das Erinnern traumatischer Situationen eine Inhibierung der Frontalhirnaktivität bewirkt und auch die Funktion des Broca-Areals beeinträchtigt. Martin Teicher erforschte die Auswirkung von frühkindlich erlebter häuslicher Gewalt sowie insbesondere von verbaler Misshandlung auf die Gehirnentwicklung. Erste Befunde weisen darauf hin, dass bei Traumatisierten die neuronalen Verbindungen zwischen Broca und Wernicke-Region schwächer ausgebildet werden und Minderungen der verbalen Intelligenz und der Sprachentwicklung auftreten können (Teicher, 2008).

Die Phänomenologie beim selektiven Mutismus: „In Momenten des Schweigens können sich zeigen: 'blanker' Gesichtsausdruck, starre Lippen (kein Lächeln), starrer Blick, fehlender Blickkontakt, 'eingefrorene'/'versteinerte' Körperhaltung/Mimik/Gestik, steifer Körper, angeklemmte Arme, verkrampfte Hände, und/oder verzögerte Reaktionen" (Kopf, Kramer & Talley, 2007, S. 46), legt ebenfalls den Gedanken an eine Traumafolgestörung nahe. Diese Beschreibung entspricht weitgehend dem Zustand des Erstarrtseins im Rahmen eines traumatischen Geschehens und könnte somit auf einen immer noch währenden posttraumatischen Stresszustand hinweisen.

In der Psychotherapie gilt als Faustregel „trauma first!", weil es sich als Therapie erleichternd erwiesen hat, traumatogene Residualzustände zunächst aufzulösen und dann zu schauen, was an Symptomatik noch übrig ist. Auch in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zum selektiven Mutismus wird gefordert, dass im Fall eines ursächlichen Traumas zunächst dessen Therapie erfolgt, auch wenn diese noch nicht notwendigerweise die mutistische Symptomatik auflöst (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007).

Was ist Traumatherapie?

Traumafolgestörungen sind Folgen eines überaus bedrohlichen Erlebnisses, das die Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums überstieg, mit Gefühlen von schutzloser Preisgabe einherging und das eine dauerhafte Erschütterung des Welt- und Selbstverständnisses nach sich zog (Fischer & Riedesser, 1992). Die Symptomatik umfasst: Intrusionen (eindringliche, meist fragmentierte Erinnerungen), Konstriktion (Vermeidung der Erinnerung, Amnesien) und Hyperarousal (vegetative Übererregung), hinzu kommen häufig dissoziative Erlebensweisen sowie übermäßige Scham- und Schuldgefühle.

In der Psychotherapie von Traumafolgestörungen wurden in beispielhafter Weise Schulen übergreifend Prínzipien und methodenintegrative Vorgehensweisen entwickelt. Seit ihrer intensiven Fortentwicklung in den 1980er und 90er-Jahren hat die theoretische Konzeptualisierung von Traumafolgestörungen eine starke Verschränkung mit der neurobiologischen Forschung erfahren (beispielhaft kann hier der Sammelband von Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 2000, genannt werden). Die traumatherapeutischen Ansätze der verschiedenen Therapieschulen sind hiervon deutlich geprägt. Durch das Verständnis der neurobiologischen Abläufe während traumatischer Erinnerungen konnten Prinzipien entwickelt werden, die gewährleisten, dass es nicht zu einer Retraumatisierung innerhalb der Therapie kommt (etwa weil die Klientin[1] in einen Zustand der Übererregung gerät oder unkontrolliert von Erinnerungsfragmenten überflutet wird). Es herrscht Schulen übergreifend weitgehend Einigkeit über gewisse Grundregeln traumatherapeutischen Vorgehens. Zu diesen gehört die Maxime der Sicherheit und Stabilität als wesentliche Voraussetzung für die Arbeit am Trauma, weil nur dadurch gewährleistet ist, dass die Erinnerung konfrontiert werden kann, ohne sich wieder dysfunktional auszuwirken (v. Saint Paul, 2006a).

Im Allgemeinen wird bei Traumatherapien von einem Phasenverlauf ausgegangen: Eine Phase der Stabilisierung wird der Phase der Traumabegegnung und -verarbeitung (zeitlich) vorgeordnet. Eine letzte Phase (Integration) umfasst das Betrauern des Geschehenen (und Versäumten) und das Wiederanknüpfen, den Neubeginn (Herman, 1996). Die Stabilisierungsphase wird in der Regel ressourcenorientiert gestaltet.

[1] Das sprachliche Geschlechterproblem löse ich in diesem Artikel durch einen lockeren Wechsel des verwendeten Geschlechts. Das andere ist, falls nicht besonders erwähnt, jeweils mitgemeint.

Ziel von Ressourcenarbeit ist das Nutzen- und Ausschöpfen-Können der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, die Verbesserung des Kontakts mit dem eigenen Erleben, die Erhöhung der Selbstakzeptanz. Insbesondere bei Kindheitstraumatisierungen wird Ressourcenarbeit zur Stärkung der Ich-Funktionen und des Kompetenzerlebens eingesetzt. Dies ist notwendig zur Stabilisierung bei überflutenden Affekten und Erinnerungen und zum Kontrollieren von dissoziativen Prozessen (Reddemann & Sachsse, 1997). Ressourcenarbeit wird auch genutzt, um Zugang zu positiven Erinnerungen zu schaffen und zur Entwicklung der Fähigkeit, Hoffnung, Freude und Glück zu empfinden, die ein Gegengewicht zum erlittenen Schrecken bilden können (Reddemann, 2001).

Erkenntnisse aus der neurobiologischen Forschung

Traumatische Erinnerungen sind unter anderem dadurch geprägt, dass das Ereignis in einer spezifischen und quälenden Weise wiedererlebt wird, die sich anfühlt, als sei das Geschehen gegenwärtig. Das Nervensystem gerät in Hocherregung. Erlebenszustände, die zum Moment des Ereignisses gehören (z. B. Eindrücke von Hilflosigkeit und Gefahr, Angst und Ekel, sensorische Empfindungen) werden beim Erinnern immer wieder belebt („getriggert"). Der betroffene Mensch findet sich erneut in einem Zustand des traumainduzierten Stresses, einem Zustand, der der Verarbeitung des Erlebten entgegensteht.

Ein Erlebnis intensiver Bedrohung geht mit einer starken Aktivierung des limbischen Systems einher, die die Funktion weiterer Hirnregionen sowie Stoffwechselprozesse in spezifischer und komplexer Weise beeinflusst. Bei Menschen, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, laufen diese Reaktionen bei der bloßen Erinnerung an das Trauma ab (Kapfhammer, 2005; Siegel, 2006; Peichl, 2007). Auch traumaassoziierte Eindrücke unterhalb der Bewusstseins-

schwelle können eine solche Reaktion des limbischen Systems auslösen (Bauer, 2002, S.189f.).

Dies ist nicht nur retraumatisierend sondern auch therapiehinderlich. So werden beispielsweise genau die Hirnregionen in ihrer Aktivität und regulativen Funktion auf das Stresssystem gehemmt, die für die Realitätsprüfung benötigt werden. Regionen, die für das Einordnen von Ereignissen in Kontexte von Zeitlichkeit und Wissen über die Welt, für das Selbstgefühl und das Wissen über die eigenen Möglichkeiten sowie für den sprachlichen Ausdruck zuständig sind, zeigen im Zustand traumabedingten Stresses verminderte Aktivität.

Auf der neurobiologischen Ebene wird, stark vereinfacht dargestellt, durch Hocherregung im Bereich der Amygdala, eine Kaskade von Erregungsreaktionen ausgelöst, die mit einer Hemmung im Bereich gerade der Hirnareale, die wir für die Traumaverarbeitung brauchen, einhergeht: Wir brauchen die Funktion des Hippokampus, um uns zu orientieren und um einschätzen zu können, dass wir im Therapieraum in Sicherheit sind und dass das Erinnerte in der Vergangenheit liegt. Wir brauchen den Zugriff auf das Wissen um unser Selbst mit all seinen Fähigkeiten, um die Zuversicht zu haben, dass wir die Situation bewältigen können. Dies setzt eine Vernetzung der neuronalen Aktivität in den Bereich des anterioren cingulären Cortex voraus. Von diesen Gehirnzentren aus erfolgt normalerweise die Regulation der Amygdala, was eine adäquate Einschätzung der Situation ermöglicht. Dies funktioniert nicht mehr, wenn die Traumastress-Kaskade in Gang gekommen ist.

Gleichzeitig ist im Zustand traumabedingten Stresses die Regulierungsfähigkeit des autonomen Nervensystems beeinträchtigt. Der Sympathikus ist hochaktiv. Im Extremfall der Bedrohung (wenn weder Kämpfen noch Fliehen möglich ist) wird der Parasympathikus, eigentlich der Antagonist, zusätzlich aktiviert. Es kommt zur Erstarrung (was soziobiologisch dem Totstellreflex entspricht). Gleichzeitig hält die Übererregung im Sympathikus an. Es ist, als würde beim Autofahren gleichzeitig auf das Gas- und das Bremspedal getreten. Der Selbstregulationsmechanismus, der diese Alarmreaktion wieder stoppt, scheint bei Menschen, die unter Traumafolgen leiden, gestört zu sein (Levine, 1998; Rothschild, 2002).

Auf dem Hintergrund solcher Erkenntnisse können wir das Phänomen verstehen, dass bei traumatisierten Menschen das Gefühl der Bedrohung anhält und die Erinnerung aus Selbstschutz vermieden wird. Im getriggerten Traumastress-Zustand steht die realitätsprüfende und Angst regulierende Einschätzung der erinnerten Situation nicht zur Verfügung. Das Problem beim Erinnern besteht also darin, dass besagter Traumastress erneut entsteht und ähnliche Erregungsmuster ablaufen, wie im Moment der Traumatisierung, die nun auch die Verarbeitung des Erlebten erschweren.

Dies entspricht dem für die posttraumatischen Belastungsstörung beschriebenen Wechselspiel von Überflutung und Vermeidung mit Übererregung. Da ausgerechnet die Gehirnregionen in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sind, mithilfe derer die Einordnung der Erinnerung in den zeitlichen und räumlichen Kontext erfolgen könnte, ist nachvollziehbar, dass auch die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen erschwert ist. Anstatt ins episodische (biografische) Gedächtnis zu gelangen, bleiben die fragmentierten Erinnerungen im impliziten Gedächtnis, von wo aus sie unvorhersehbar hervorspringen, beziehungsweise sich auf den inneren Zustand des Men-

EMDR

EMDR ist ein Verfahren zur Verarbeitung traumatischer Erlebnisse. Es basiert auf dem Einsatz bilateraler Stimulierung, unter der innerhalb eines stark strukturierten Settings Erinnerungen an traumatische Erlebnisse durchgearbeitet werden. Die (rechts/links-) Stimulierung erfolgt typischerweise mittels geführter Augenbewegungen (daher der Name: Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Das Verfahren zeichnet sich dadurch aus, dass kognitives, emotionales und körperliches Erleben gleichermaßen angesprochen und in der Vorbereitungsphase exploriert und ins Gewahrsein gerückt werden. Die empfundene Belastung durch die Erinnerung wird durch eine Skala von 0 bis 10 erhoben (den SUD-Wert: Subjective Units of Disturbance nach Wolpe). Irrationale negative Kognitionen werden herausgearbeitet (z. B.: „Ich bin in Gefahr.", „Ich bin wertlos."). Der Grad der traumatypischen kognitiven Verzerrung wird quantifiziert, indem erhoben wird, wie „wahr" sich (eigentlich) adäquate positive Überzeugungen (z. B.: „Es ist vorbei." oder „Ich bin liebenswert." anfühlen (die Skala von 1 bis 7 bildet den sogenannten VoC-Wert (Validity of Cognition)). Durch das strukturierte Setting wird ein hohes Maß an Sicherheit, Kontrolle und Orientierung im Hier und Jetzt gewährleistet. Begonnen wird mit dem „schlimmsten Moment" der traumatischen Erinnerung. Während die Therapeutin bilateral stimuliert, ist die Klientin gehalten, aus einer Beobachterperspektive alles wahrzunehmen, was ihr an Bildern, Gedanken, Gefühlen et cetera durch den Sinn geht. Die Verarbeitung, gewissermaßen ein freies ganzheitliches Assoziieren, wird nur angestoßen, um sich dann in seiner Eigendynamik zu entwickeln. Nur wenn dieser Prozess blockiert scheint, darf durch unterstützende Anregungen nachgeholfen werden, um dann erneut die eigene Verarbeitung geschehen zu lassen. Hierbei wird, ausgehend von der Annahme, dass das Trauma eine Störung der Informationsverarbeitung darstellt, auf das Selbstheilungspotenzial vertraut. Vermutlich sowohl durch das stark fokussierte Vorgehen, wie auch durch die bilaterale Stimulierung begünstigt, wird ein intensives und effektives Durcharbeiten der Erinnerung beobachtet. Die verarbeiteten Erlebnisse sind hinterher spürbarer in der Vergangenheit angesiedelt. In der Regel wird ein deutlicher Rückgang der subjektiv empfundenen Belastung beschrieben und die negativen Glaubenssätze können angemesseneren Überzeugungen weichen (Shapiro, 1998).

schen auswirken, ihn in Erregung, Anspannung oder Angst versetzen (Siegel, 2006).

Genau mit diesem Problem sind Traumatherapeuten konfrontiert. Bei der bloßen Erinnerung an ein traumatisches Ereignis kann der betroffene Mensch in einen traumabedingten Stresszustand geraten, in dem die biologischen Grundlagen und Voraussetzungen der Ich-Funktionen stark beeinträchtigt sind. Dies steht einem therapeutischen Prozess im Weg.
In diesem Beitrag wird ein Weg des ressourcenorientierten Arbeitens vorgestellt, bei dem die Stabilisierung nicht Anfangsphase der Behandlung, sondern begleitendes Prinzip während der gesamten Traumabehandlung ist, sodass wir gleichsam aus der Fülle der inneren Möglichkeiten heraus uns auf den therapeutischen Weg machen können.
Auf die Stabilität der Behandelten wird von der ersten Beziehungsaufnahme an, über die Erhebung der Anamnese, das Vermitteln von traumakonzeptionellem Wissen („Psychoedukation"), bis hin zur Begegnung mit den Erinnerungsmomenten der traumatisierenden Situation geachtet.
Instrument hierfür ist das Körpergewahrsein; der Weg besteht darin, Selbstregulation zu üben und zu entwickeln.
Anhand von zwei Fallvignetten werde ich zeigen, dass unter Einbeziehung des Körpererlebens eine schonendere und gleichzeitig effektivere Traumaverarbeitung möglich ist. Das Primat der Stabilität als Voraussetzung für eine Traumaverarbeitung bleibt bestehen. Neu an diesem Ansatz ist, dass hier ein Instrument vorliegt, die Stabilität *während* der Traumaverarbeitung zu gewährleisten. Dadurch wird es möglich, früher mit der Arbeit am Trauma zu beginnen, weil ein behutsames, kontrolliertes und dosiertes Vorgehen möglich ist. Dieses Vorgehen werde ich anhand von theoretischen Überlegungen, neurobiologischen Erkenntnissen und Erfahrungen in meiner praktischen Arbeit begründen.

Kontext und Grundlagen meiner Arbeitsweise

In Jahren methodenintegrativer traumatherapeutischer Arbeit im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in eigener Praxis ist mir das Verfolgen einer schonenden Traumaverarbeitung Leitidee gewesen (v. Saint Paul, 2006b). Ich arbeite oft mit EMDR (Shapiro, 1998), einem Verfahren, das durch seine Effektivität verblüfft, dem aber auch der Vorbehalt entgegengebracht wird, zu konfrontativ und zu gefährlich in Hinblick auf eine mögliche Retraumatisierung zu sein, insbesondere wenn mit diesem Verfahren mit komplex traumatisierten Klientinnen vorschnell und zu wenig vorbereitet gearbeitet wird (Huber, 2003). Wer mit diesem Klientel mit EMDR gearbeitet hat, kennt Prozesse, die trotz sorgfältiger Vorbereitung an die Grenzen des Erträglichen, sowohl für den Klienten als auch für die Therapeutin gehen. Wer EMDR gelernt hat, kennt aber auch diese ganz speziellen Prozesse, die wunderbarerweise – obwohl vielleicht ein schweres Trauma bearbeitet wird – ohne starke Belastung und ohne Abreaktion, spürbar leicht vonstattengehen und dennoch eine dauerhafte Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses mit sich bringen. Diese Prozesse haben viele Psychotherapeuten für EMDR eingenommen, und sie wecken regelmäßig bei den Ausbildungsteilnehmern Begeisterung.
Diese „leichten" Prozesse gilt es meines Erachtens zu fördern.

Die Frage nach einer schonenden Traumaarbeit ist besonders für Menschen relevant, die unter den Folgen extremer Traumatisierung leiden und für die eine Konfrontation mit dem Ereignis auch nach längerer Stabilisierung noch überfordernd scheint. Wie kann diesen Menschen am effektivsten geholfen werden? Die gängige Auffassung, dass eben sehr, sehr lange stabilisiert werden muss, erscheint hier unbefriedigend. Doch auch bei weniger extrem traumatisierten Klienten wirkt das Abwarten und Stabilisieren oft belastend und ist schwer zu akzeptieren, vor allem solange Flashback-Erlebnisse anhalten.
„Ich will diesen Mist endlich loswerden, es ist alles so lange her", drückte es eine meiner Klientinnen sehr treffend aus. Oft berichten Klienten frustriert über stationäre Behandlungen, in denen „wieder nur stabilisiert" wurde. Die Therapeuten werden als überfordert erlebt. Die Klienten verlieren die Hoffnung, ihren schlimmen Erinnerungen je therapeutisch begegnen zu können.

Was also sind Faktoren, die die beschriebenen *leichten* Prozesse begünstigen? Wie können wir es fördern oder sogar gewährleisten, dass die Arbeit mit der traumatischen Erinnerung (die übliche Bezeichnung dieser Therapiephase als „Traumakonfrontation" birgt einen gewissen Schrecken schon in sich) sanfter, weniger konfrontativ und weniger Stress erzeugend verläuft?
Schaue ich meine Protokolle solcher *leichten* EMDR-Sitzungen daraufhin durch, so zeichnen sie sich dadurch aus, dass kein starkes emotionales Hineingehen in die vergangene traumatisierende Situation erfolgt. Das identifikatorische Erleben scheint auszubleiben, die Durcharbeitung bleibt distanziert. Manchmal scheinen die Assoziationen weit weg vom Ausgangsthema zu führen oder nur sehr lose verknüpft zu sein. Es können sehr kreative, witzige oder erheiternde Momente auftauchen, skurrile Bilder werden geschildert: „Jetzt sieht der (*Täter*) aus wie so ein gallegrünes Rumpelstilzchen und kriegt sich nicht mehr ein vor Ärger".
Auffällig sind Assoziationsketten, die lange Zeit im Modus der Körperwahrnehmung verbleiben und anschließend veränderte Kognitionen hervorbringen, die wie ein Aha-Erlebnis auch die Klientin selbst überraschen (eine Klientin sagte plötzlich, nachdem sie über mehrere Stimulierungssets hinweg wandelnde Körperempfindungen beschrieben hatte: „Es ist ja doch eigentlich schon ziemlich lange her!").
Regelmäßig hat sich nach solchen *Körperprozessen* die Qualität der Erinne-

rung verändert, die Belastung vermindert und es ist zu einem Perspektivwechsel gekommen. Es ist klarer und spürbar geworden, dass das Geschehene der Vergangenheit angehört, was wesentliches Kriterium einer Traumaverarbeitung ist.

Stabilisierung im therapeutischen Gespräch

Der hier darzustellende körperorientierte Ansatz zielt insbesondere auf das Problem der Übererregung, das die therapeutische und beraterische Arbeit mit traumatisierten Menschen erschwert. Neben den Symptomen der Überflutung und der Einengung bildet die vegetative Übererregung einen festen Bestandteil der Diagnosekriterien für die posttraumatische Belastungsstörung. Häufig tragen traumagestörte Menschen ein Grundgefühl von Gefahr in sich. Der Körper scheint noch nicht gemerkt zu haben, dass er außer Gefahr ist. Dieses chronisch erhöhte Aktivierungsniveau geht häufig mit Schlaf- und Konzentrationsstörungen, auch mit einer erhöhten Neigung zu verschiedenen somatischen Beschwerden einher. Es ist wie ein Zustand von Dauerstress, der sich auf den gesamten Organismus auswirkt. Die Anzeichen dafür mögen subtil sein, weil das Körpererleben häufig dissoziiert wird. Vorherrschend mögen vom Erscheinungsbild her eher Unbewegtheit und Starre sein.

Zunächst einmal gilt es also, Entspannung ins ganze System zu bringen. Nun ist aber bekannt, dass sich gerade Entspannungstechniken bei Traumaklienten häufig paradox auswirken, dass sie Flashbacks triggern können. Dies scheinbare Paradox lässt sich so erklären, dass das System sich in Gefahr fühlt. Entspannung droht die Wachsamkeit (und damit die Möglichkeit der Gefahr zu begegnen) außer Kraft zu setzen. Hypervigilanz (Überwachsamkeit) scheint die beste Gewähr zu bieten, immer mit dem Schlimmsten zu rechnen, allzeit bereit zu sein (Rothschild, 2002).

In der therapeutischen Arbeit mit diesem Phänomen müssen wir also auch die innere Sicherheit gewährleisten. Das geschieht am besten durch Orientierung im Hier und Jetzt. Konkret achte ich bereits im Erstgespräch darauf, dass die Klientin stets orientiert bleibt, und lenke auch die Aufmerksamkeit immer wieder in diesen Bereich. Ich halte sozusagen den Hippokampus in Aktion, gleichzeitig gebe ich der Klientin die Gelegenheit sich zu vergewissern, dass sie hier in Sicherheit ist. Dazu gehört auch ein guter Kontakt zur Therapeutin, die Erfahrung mit Wertschätzung und Respekt behandelt zu werden. Je nach traumatisierender Ausgangssituation ist die Empfindlichkeit unterschiedlich gelagert, das werde ich im Einzelfall erst im Laufe der Zeit erkunden. Häufig verletzte Bereiche sind Kontrolle, Sicherheit, Selbstwert, Vertrauen (Herman, 1992).
Immer wenn die Klientin den sicheren Boden zu verlieren droht, weil das Thema sich dem Trauma nähert, lenke ich das Gespräch wieder (vorübergehend) in Bereiche, die mit Kompetenzerleben und Sicherheit verbunden sind. Erst wenn ich spüre, dass mein Gegenüber wieder innere Sicherheit gewonnen hat (es gibt viele Kriterien, diesen Eindruck zu validieren, die Stimme z. B. ist gut geeignet), wende ich mich wieder den problematischen Bereichen zu. Entscheidend ist es, dass der Körper die Gelegenheit hat, sich wieder zu beruhigen. Ich bespreche dies Vorgehen ausführlich mit dem Klienten, rege damit die Selbstwahrnehmung an und helfe mittelfristig, die Fähigkeit zur Selbstregulierung und damit die Stabilität zu entwickeln.

Stabilisierung in der Traumaverarbeitung mit EMDR

Eine entscheidende Anregung zu einem modifizierten Vorgehen mit EMDR gab David Grand auf der EMDREA-Konferenz in Frankfurt (Bergmann & Grand, 2002). Er berichtete von Erfahrungen mit den schwer traumatisierten Menschen, die den 11. September 2001 in New York durchgestanden hatten, mit denen er Wege der schonenden Traumaverarbeitung angewandt hatte. In einer Gruppenübung auf der Konferenz demonstrierte er, wie er, anstatt beim schlimmsten Moment der Traumaerinnerung als Ausgangspunkt für das Prozessieren anzusetzen, stattdessen zunächst eine angenehme Stelle im Körper finden lässt. Mit der vertieften Beobachtung dieser Körperressource wird der Prozess der bilateralen Stimulierung eingeleitet.
Bei dieser Gruppenübung hatte ich ein eigenes belastendes und ängstigendes Ereignis vor Augen, bemerkte jedoch, wie ich davon unbeeinträchtigt ein gutes Gefühl im Unterbauch wahrnehmen konnte. Dort mit meiner Aufmerksamkeit verbleibend und mich selbst mittels Tippen stimulierend, tauchte dieses unangenehme Ereignis wie am Rande meines Wahrnehmungsfeldes wieder auf, wandelte sich in mehreren Stationen, bis die Belastung schließlich ganz geschwunden war. Dabei blieb ich selbst die ganze Zeit wie eingebettet in mein angenehmes Körpergefühl.

Was war geschehen? Wie beim Vorgehen nach dem EMDR-Standardprotokoll hatte ich den schlimmsten Moment anvisiert, bewertet, und mir Kognitionen, Emotionen und Körpererleben vergegenwärtigt. Dann jedoch wurde im Unterschied zum üblichen Vorgehen eine Gegenerfahrung, nämlich ein angenehmes Körperempfinden gesucht und fokussiert. Das Prozessieren unter bilateraler (Selbst-)Stimulierung wurde von diesem guten Körpererleben aus begonnen. Da ich mir den schlimmsten Moment aber gerade eben noch bewusst gemacht hatte, war die Erfahrung durchaus präsent und mein Prozess knüpfte auch bald dort an, die Bilder des Erlebten liefen ab, das angenehme Erleben blieb jedoch gleichermaßen gegenwärtig. In gewisser Hinsicht war diese Erfahrung damit vergleichbar, gemütlich in den Sessel gekuschelt einen spannenden Krimi zu lesen.
Eine Grundlage dieses Vorgehens bildet der körpertherapeutische Ansatz

von Peter Levine (1998), den dieser als *Somatic Experiencing* bezeichnet. Methodisch in der erlebensorientierten Psychotherapie der Tradition von Eugene Gendlins (1981) Methode des *Focusing* begründet, setzt er jedoch faktisch am autonomen Nervensystems an, das durch die therapeutische Intervention beeinflusst werden soll.

Kasuistik

Es folgen zwei Fallvignetten mit Protokollen von EMDR-Sitzungen, in denen ich mit dem modifizierten Ansatz gearbeitet habe. Das erste Protokoll, seiner Kürze wegen ausgewählt, stellt die Arbeit mit einem einfachen Trauma dar, das sicherlich auch ausgezeichnet mit dem Standard-Vorgehen behandelbar gewesen wäre. In der zweiten Fallvignette wird ein Ausschnitt einer Sitzung wiedergegeben. Mit der komplex traumatisierten Klientin hätte die Arbeit nach dem Standard-Protokoll eine Überforderung dargestellt. Anhand der Fallbeispiele werde ich die Prinzipien, an denen ich mich orientiere, näher erläutern und das Vorgehen in einen theoretischen Kontext einbetten.

1. Fallvignette:

Herr Franz, ein 54-jähriger Informatiker (alle Namen und biografischen Daten sind verändert) leidet unter intrusiven Erinnerungen an seine Grundausbildung bei der Bundeswehr. Von einem sadistisch erlebten Ausbilder war er damals im „lautlosen Töten von Wachposten“ trainiert worden. Nun war er kürzlich in einem Escrima-Workshop (einer Stock-Kampf-Kunst) von Fragmenten dieser Erinnerung überflutet worden. Er hatte begonnen heftig zu zittern und musste die Übung unterbrechen. Seither hatte ihn die Erinnerung verfolgt und er fühlte sich erschüttert und in seinem Selbsterleben verunsichert.

Als wir an dieser Erinnerung mit EMDR arbeiteten, wählte er als Ausgangserinnerung eine Kampfszene, bei der er einen Kameraden würgen musste. Ich instruierte Herrn Franz, darauf zu achten, die ganze Sitzung über seine Aufregung nicht über einen Wert von 7 (auf einer Skala von 0 bis 10) ansteigen zu lassen, sonst solle er mir ein verabredetes Zeichen geben. Als negative Kognition formulierte er: „Ich bin ein potenzieller Mörder!“, der positive Satz lautete: „Ich hab mich im Griff und es ist vorbei.“. Der VoC-Wert (siehe Erläuterungen zu EMDR) lag bei 4, die aktuelle Emotion war Trauer und Groll, der SUD-Wert lag bei 5 – 6. Das Körpererleben war am deutlichsten im Bauch, ein heißes Kreisen „wie ein hellgelbes Feuerrad“, das er dann auch aus seinem Körper herausstellen und vor sich sehen konnte. Auf meine Frage nach einem Bereich im Körper, der sich jetzt angenehm und wohlig anfühlt, nannte er mir den unteren Rücken, der sich „weich und locker fühle, wie ein dunkelrotes Samtpolster“.

Mit der Instruktion, bei diesem Erleben zu verweilen und einfach zu beobachten, was von dort aus auftaucht, begann ich mit der bilateralen Stimulierung mittels Tippen seiner Handrücken. In der Folge das vollständige Protokoll dieser Sitzung:

▲ (Dieses Symbol steht jeweils für ein Set bilateraler Stimulierung.)

▲ Ich bin am Strand in Thailand, Abendstimmung

▲ Meine Freundin ist da mit mir, wir schauen zusammen aufs Meer

▲ Ich fahre Motorrad ohne Helm, der Wind streicht mir durchs Haar

▲ So bin ich als Jugendlicher gefahren mit dem Mofa übers Land

▲ Ein Gefühl von Freiheit

▲ Bei der Bundeswehr (er weint leise)

▲ Bei einer Feldübung, es gab auch schöne Momente

▲ Wie ich den würge ...

(Er gibt mir das Zeichen, dass die Belastung über 7 gestiegen ist, ich lenke seine Aufmerksamkeit wieder in den Bereich des unteren Rückens, er prozessiert von dort aus weiter.)

▲ Das Gefühl vom Rücken geht auf die Oberschenkel über

▲ Es wird warm

▲ Türkis wie das Meer

▲ Ich schnorchele durch warmes Wasser

An dieser Stelle frage ich nach der Ausgangserinnerung. Die Belastung ist beinahe vollständig gewichen. (SUD = 1). Ich bitte ihn, von dort aus mit dem Prozess fortzufahren.

▲ Es ist, als würde ich gehen, langsam gehen

▲ (Lacht) was für einen Blödsinn die mit uns angestellt haben.

▲ Mein Bauch ist ganz ruhig jetzt und angenehm warm

Wieder frage ich nach der Ausgangserinnerung. Die Belastung ist jetzt bei 0. Die positive Kognition „Ich hab mich im Griff“ fühlt sich vollständig richtig an und er kann sagen: „Natürlich ist es vorbei!“

Kurz expliziert kommen hier folgende Prinzipien zur Anwendung:

1. Das Erregungsniveau wird begrenzt. Die Instruktion, die Erregung nicht über einen Wert von 7 (auf der Skala von 0 – 10) steigen zu lassen, resultiert aus der Erfahrung, dass ein zu stark erhöhtes Erregungsniveau der Verarbeitung von traumatischen Erinnerungen entgegensteht (mehr dazu weiter unten). Auch machen die Klienten die Erfahrung, dass sie Kontrolle über den Grad ihrer Erregung bekommen können, also dem körperlichen Geschehen nicht mehr hilflos ausgeliefert sind.

2. Das zur Ausgangserinnerung gehörende Körpererleben wird nicht nur kurz benannt, sondern vertieft wahrgenommen und auch symbolisiert (durch Farbe, Form, Gestalt oder andere Vergleiche, die vom Klienten spontan geäußert werden) und schließlich aus dem Körper herausgestellt. Dieses Vorgehen unterstützt das ganzheitliche Erleben, induziert dabei gleichzeitig ein Gefühl der Kontrolle und bietet die Möglichkeit der Distanzierung, was ebenfalls das Ausmaß der Erregung und damit der Belastung reduziert.

3. Anschließend lasse ich eine Körperressource finden, eine Stelle, die sich unbelastet und wohlfühlt. (Dies ist ein aus der Hypnotherapie bekanntes Vorgehen). Dieses Erleben lasse ich dann vertieft wahrnehmen und fokussieren. Auch hier lasse ich Vergleiche und Symbolisierungen finden, um das Ein-

tauchen ins nun ressourcenvolle Erleben zu fördern. Es geht einher mit der Erfahrung, dass auch und gerade jetzt ein Wohlfühlen möglich ist, dass es angenehme Inseln im eigenen Körper gibt, die eine Ausnahme darstellen im sich sonst so überflutet Fühlen von Leiden. So kann ein ganz einfaches (weil körpernahes) Gegengewicht geschaffen werden zum problematischen Erleben.
Der in diesem Fall durch bilaterale Stimulierung unterstützte innere Verarbeitungsprozess erfolgt von dieser Stelle aus. Ich vertraue darauf, dass das zu bearbeitende Thema präsent ist, und habe im übrigen jede Freiheit, es in Erinnerung zu rufen, wenn ich den Eindruck habe, dass die Arbeit zum unbefriedigenden Ausweichmanöver wird. Dies ist selten nötig, und man kann es dann auch besprechen. Ich gönne meinen Klienten in der Regel so lange ihre ressourcenvollen Assoziationen, wie sie diese hervorbringen, und vertraue darauf, dass dies ihrem Prozess und ihrer Stabilisierung zuträglich ist. Meiner Erfahrung nach bewegen sich die Assoziationen meist nach einiger Zeit spontan zum Ausgangsthema hin.
Die zweite Vignette zeigt deutlicher, in welcher Weise das beschriebene Vorgehen nicht nur eine zusätzliche Erleichterung sondern eine durchaus notwendige Ressourcenanreicherung eines sonst zu belastenden Vorgehens darstellt:

2. Fallvignette

Die 25 jährige Jennifer war im Alter von zwölf Jahren während eines dreiwöchigen Kinderheim-Aufenthaltes anhaltend von einigen Betreuern sadistisch sexuell misshandelt worden. Ihrer erkrankten alleinerziehenden Mutter, deren Heilbehandlung die Unterbringung im Kinderheim nötig gemacht hatte, hatte sie sich nicht anvertrauen können, um sie nicht zusätzlich zu belasten. Auch glaubte sie, dass diese ihr selbst die Schuld am Vorgefallenen geben würde, falls sie ihr überhaupt Glauben schenkte. Es gelang ihr, das Geschehen weitgehend aus ihrem Bewusstsein zu schieben. Einige Jahre später kamen jedoch Erinnerungen zurück und tauchten seither immer wieder als Flashback-Bilder und Schmerzempfindungen auf. Jennifer reagierte mit sozialem Rückzug. Sie konnte Situationen nicht mehr ertragen, in denen Menschen sie körperlich berührten, entwickelte selbstverletzende Verhaltensweisen und war sehr unglücklich. In den letzten Jahren hatte sie sich etwas stabilisiert. Im Internet hatte sie Informationen zu Traumastörungen gefunden und kam so nach etlichen Jahren des Leidens zu mir in Therapie.
Nach einigen Wochen der Arbeit mit stabilisierenden Methoden, die sie gut annehmen konnte und von denen sie sehr profitierte, litt sie nach wie vor an Flashback-Erinnerungen. Sie konnte sich jeweils wieder fangen, orientieren und selbst beruhigen. Nun schien es mir an der Zeit, mit der Traumaverarbeitung zu beginnen. Sie hatte sich selbst schon über EMDR informiert und war bereit, dies Verfahren kennenzulernen. Ein erster Versuch der Traumakonfrontation scheiterte kläglich. Bereits das Konfrontieren mit der traumatischen Erinnerung in der Bewertungsphase (sie hatte die erste Misshandlung als Ausgangssituation gewählt) brachte sie in einen Zustand von Übererregung, der auch unter der bilateralen Stimulation anhielt.
Obwohl sie durchaus die Beobachter-Perspektive innebehielt und das Geschehen in Form der dritten Person schilderte, blieb sie hochgradig erregt und belastet, sodass sie selbst im dritten Set das Stopp-Signal gab und die Weiterarbeit verweigerte.

Was tun? Mit schwer- und komplex traumatisierten Klienten allzu lange in der Phase des Stabilisierens verbleiben zu müssen, war für mich unbefriedigend. Der Leidensdruck entsteht durch das unverarbeitete Trauma. Erst dessen Verarbeitung wird die Notwendigkeit, sich gegen den inneren Terror der Erinnerung zu schützen, beheben können.
Meine Erfahrung war, dass das EMDR-Standardprotokoll allein schon durch die Konfrontation in der Bewertungsphase eine Überforderung für einen Teil dieser Klientel darstellte. Natürlich gibt es Verfahren, wie beispielsweise die Bildschirm-Technik aus der Hypnotherapie (vgl. Sachsse, 1998), mit denen über eine Einübung von Distanzierung ebenfalls mehr Sicherheit geschaffen werden kann. Die Vorteile, die EMDR gerade durch die hochkreative und rasche Verarbeitung bietet, wollte ich aber nicht ungenutzt lassen.

Die Situation mit Jennifer spiegelt das Problem gut wieder. Wünschenswert war es, noch gezielter mit stabilisierenden Elementen vorgehen zu können, um auch mit der Methode der bilateralen Stimulation an der traumatischen Erinnerung arbeiten zu können. Um mit Jennifer das modifizierte Vorgehen anzuwenden, arbeiten wir in den nächsten Stunden an der Wahrnehmung und Regulierung ihres Erregungsniveaus.

KURZBIOGRAFIE

Nikola v. Saint Paul, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Studium in Heidelberg, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Freiburg. Klinisch-therapeutische Arbeit: Akutstation der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Liestal (Schweiz), Kinder- und Jugendpsychiatrie in Karlsruhe. Therapeutische Ausrichtung schulenübergreifend-methodenintegrativ. Ausbildung in Gesprächstherapie, Focusing, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, systemischer Paar- und Familientherapie, EMDR und Somatic Experiencing (SE). EMDR-Supervisorin am Institut für Traumatherapie. Psychotraumatologin (DeGPT). Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin am Tiefenpsychologischen Instituts Baden. Seit Beginn 2001 eigene Praxis für Jugendliche und Erwachsene in Freiburg im Breisgau.

In der anschließenden Sitzung wählt sie die gleiche Ausgangssituation wie beim ersten Versuch mit EMDR. Wir besprechen, dass sie darauf achten solle, ihr Erregungsniveau nicht höher als 7 (in Analogie zur ihr bereits bekannten SUD-Skala) geraten zu lassen. Bei höherer Erregung solle sie mir ein Zeichen geben und ich würde sie dann darin unterstützen, wieder in einen ausgeglicheneren Zustand zu kommen. Die Phase der Bewertung wird bereits mehrmals unterbrochen, weil sie sich wieder sehr aufregt. Durch den Wechsel zur Erinnerung an ein angenehmes Ereignis aus der letzten Woche (beim Skifahren) kann sie sich immer wieder selbst beruhigen. So ist es ihr dann möglich, die Szene vor Augen zu haben, in der sie sich mit ihren Peinigern bei deren erstem Übergriff sieht. Ihre negative Kognition ist: „Ich bin schuld!"; die positive Kognition „Ich konnte nichts dafür!". Der VoC-Wert liegt bei 2, die vorherrschende Emotion ist Wut, der SUD-Wert liegt bei 7. Im Körper fühlt sie „eine große Leere und zugleich Schwere in der Brust". Ich bitte sie, bei diesem Empfinden zu verweilen und es näher in seiner Qualität zu beschreiben, zum Beispiel welche Farbe dazu passen würde. „Grau" meint sie, und ich bitte sie, vielleicht ein Symbol, ein Bild oder was immer ihr in den Sinn komme, das zu dem Empfinden passt, zu finden. Sie sieht einen leeren verbeulten Blecheimer vor sich. „Er soll da hinten in der Ecke stehen", meint sie, nach einem guten Abstand befragt, in den sie diesen Eimer bringen will.
Anschließend frage ich Jennifer nach einer Stelle im Körper, die sich gerade „unbelastet und wohlig" anfühlt. Dies könne ein großer oder kleiner Bereich sein, im Zentrum oder auch irgendwo in den äußeren Körperteilen. Nach einigem Zweifeln, ob es eine solche geben könne, bemerkt sie, dass ihre Hände sich gut fühlen. Auf meine Bitte hin, dies näher zu beschreiben, sagt sie, es sei ein Gefühl, zu dem die Farbe Weiß passe und als Material ein glatter seidiger Stoff. Ich bitte sie sich auf dies Empfinden in den Händen, „das sich so weiß, und wie ein glatter, seidiger Stoff anfühlt" zu konzentrieren. Während ich sie mit Augenbewegungen stimuliere, soll sie „ganz einfach beobachten, was auftaucht, was ihr von dort aus in den Sinn kommt".
Hier ein kleiner Ausschnitt von Beginn der Sitzung:

▲ Ich seh' die Situation wie einen Film ohne Gefühle.
▲ Es ging immer weiter weg, bis ich es gar nicht mehr sehen konnte. Ich fühlte nur noch, dass alles wehtat.
▲ Jetzt sah ich mich wieder angezogen und alles tat furchtbar weh.
▲ Es hat sich so komisch angefühlt. Ich wusste grade gar nicht, was los ist. Bilder, so unwirklich. Ich habe mich gefragt, wie lang ich schon dasitze. Mir war schlecht.
▲ Ich habe dagesessen und im Kopf alles nochmal erlebt. Ich wusste nicht, was tun.
▲ Ich hab gedacht, dass ich irgendwas falsch gemacht habe. Ich wollte da weg, rein und duschen und nachsehen, was da wehtut und konnt mich doch nicht bewegen. Ich weiß nicht, wie lang ich da noch saß. Irgendwann lief ich ins Haus.
▲ Weiche Beine, Schmerz
▲ Ich bin unendlich traurig.
▲ Der Betreuer kam und zwinkerte mir zu – so wie vorher auch immer. Ich hab gedacht, es ist unfair, zu denken ... was ich die ganze Zeit gesehen hab ... weil der doch immer so nett zu mir ist.
▲ Ich hab erst viel später gewusst, dass das wirklich war!
▲ So ein widerliches Gefühl! Immer wenn ich mich bewegt hab und was wehtat, hab ich damals gedacht: Stell dich nicht so an! Es ist halt d e i n Pech!

Sie gibt das Signal, dass die Erregung zu hoch ist und ich lenke ihre Aufmerksamkeit wieder in die Hände, was ihr an Beruhigung ausreicht. Sie kann den Zugang zu dem „Gefühl wie weißer, glatter Stoff" wieder finden. Dann bitte ich sie, wieder von dort aus in den Prozess zu gehen und fahre mit der Stimulierung fort:

▲ Es hätte doch irgendwer was merken müssen!
▲ Ich hab mich so grauenhaft gefühlt, als müsst ich mir meine Haut abschneiden.
▲ Irgendwie fehlt was: Ich sitz auf dem Bett und bin umgezogen ...
▲ Das Zeitgefühl fehlt! Jetzt merk ich das.
▲ ...

Deutlich wird, dass die Klientin nun in der Lage ist, sich auf den EMDR-Prozess einzulassen und sich in einem relativ ausgeglichenen Erregungszustand zu halten, was ihr vorher nicht möglich gewesen war. Die Verarbeitung verläuft produktiv; die Perspektive wechselt zwischen dem Wiedererleben und dem Reflektieren des Geschehenen und der Zusammenhänge hin und her. Ihr wird deutlich, dass sie nicht die alleinige Verantwortung trägt. Die zeitliche Orientierung kann wieder hergestellt werden.
Die Arbeit mit Jennifer an ihren traumatischen Erinnerungen verlief noch über etliche Stunden, die Flashbacks gingen jedoch nach dieser Sitzung deutlich zurück.
Zu beobachten ist, wie die Assoziationen in den meisten Fällen spontan vom positiven Körpererleben zur traumatischen Ausgangssituation hinwandern, mit dem Unterschied, dass dies in kleinen Dosen erfolgt und kontrollierbar erscheint.

Warum der Körper als Ressource?

Das Verweilen beim Körpererleben wurde von Gendlin 1981 unter dem Begriff Focusing in die Psychotherapie eingeführt. Gendlin ging davon aus, dass das Wahrnehmen des körperlichen Gesamterlebens eine wertvolle Ressource für den psychotherapeutischen Prozess darstellt. Diese über den Körper gefühlte Bedeutung, von ihm als *felt sense* bezeichnet, birgt das dem Menschen bereits inhärente Lösungspotenzial seiner seelischen Probleme.
Die Frage nach der Körperstelle, „die jetzt gerade völlig unbelastet ist", zielt

genau auf den Bereich des gefühlten Wissens, der die Lösung (von der Traumaerinnerung potenziell unbelastet zu sein) birgt. Das positive Körpererleben birgt die Lösung auf eine sehr viel basalere und zugleich spezifischere Weise als dies etwa durch das Imaginieren eines inneren sicheren Ortes gegeben sein kann. Die Körperstelle, die sich wohlfühlt, hat der Klient immer dabei. Das Fokussieren des Körpererlebens hat den großen Vorteil, dass es niederschwellig zugänglich ist. Viele meiner Klientinnen, die den sicheren Ort mit guten Rahmenbedingungen (wie genügend Zeit und einen Raum für sich zu haben) aufsuchen und nutzen können, sehen sich dazu jedoch nicht in der Lage, wenn sie aktiv, unterwegs oder sonst wie gefordert sind. Das Fokussieren der Körperstelle, die sich gerade gut anfühlt, fällt ihnen nach ein wenig Übung sehr viel leichter und hilft auch, wenn traumatische Erinnerungen getriggert werden.

Systemisch betrachtet ist es die Frage nach der Ausnahme, die einen Unterschied macht, die Ausnahme von dem Zustand des (seelischen oder körperlichen) Schmerzes, den zu überwinden die Therapie helfen soll. Assoziativ ist die Körperressource direkt mit dem traumagebundenen Körpererleben verknüpft, insofern ist sie ein Brückenglied, das die verschiedenen assoziativen Netzwerke auf dieser basalen und damit hochkomplexen Ebene miteinander verbinden kann. Die Körperressource ist sozusagen das sichere Ufer mit Blickkontakt zum Schrecken. Mit jeder ressourcenvollen Assoziation zur Körperressource knüpfe ich dieses Seil, das mir vom Trauma-Ufer aus zugeworfen wurde, fest für den sicheren Brückenhalt auf der einen Seite. Mit jeder Assoziation, die von der Körperressource aus in die traumatisierende Vergangenheit führt, werden weitere Seile gespannt, die die Verbindung von der Situation des Schreckens zum sicheren Ufer des Es-Überstanden-Habens stärken.

Wenn wieder ein Lösungsweg gefunden wurde, lässt sich auch beim EMDR-Prozess der *felt shift*, die gefühlte Veränderung, beobachten. Beim EMDR achten wir auf die Atembewegung, die auch schon von Gendlin beschrieben wurde, und nutzen die Gelegenheit, bald darauf ein Stimulierungsset zu beenden, um ein neues Stadium der Verarbeitung formulieren zu lassen.

Prinzipien einer körper- und ressourcenorientierten Traumatherapie

Aus den neurobiologischen Erkenntnissen und körpertherapeutischen Erfahrungen ergeben sich folgende Konsequenzen für ein verantwortungsvolles traumatherapeutisches Arbeiten:

Traumatherapie sollte die Voraussetzungen dafür gewährleisten, dass der Klient im Vollbesitz seiner geistigen und psychischen Kräfte ist, um die Erinnerung verarbeiten zu können. Er muss aus der Fülle seiner Möglichkeiten schöpfen können.

Traumatherapie birgt die Gefahr, dass diese Fähigkeiten eingeschränkt sind, weil die Assoziationen in die Richtung der traumatischen Erinnerungen gelenkt und dadurch ein traumagebundener Ich-Zustand herbeigeführt wird, in dem der Zugang zu den eigenen Möglichkeiten versperrt scheint. Klienten erleben sich hilflos, ausgeliefert und entmutigt. Sie werden unter Umständen von Erinnerungsfragmenten überflutet. Auf der neurobiologischen Ebene wird die Amygdala stark aktiviert und eine Kaskade von Erregungsreaktionen ausgelöst. Dann droht aber die Hemmung im Bereich gerade der Hirnareale, die wir für die Traumaverarbeitung brauchen.

Eine Möglichkeit regulierend einzugreifen, wenn die Erregung allzu sehr steigt, besteht darin, die Aufmerksamkeit in gedankliche oder körperliche Regionen zu lenken, die nicht angstbesetzt sind. Dies kann jedoch nur dann gut funktionieren, wenn es früh genug erfolgt und einfach genug ist. (Jede Traumatherapeutin kennt die Frustration unserer Klienten, wenn es ihnen im Alltag nicht gelingt, im getriggerten Zustand der Hocherregung Zugang zu Ressourcen zu finden.)

Vorgeschlagen wird deshalb, in einem ersten Schritt die frühen Anzeichen der steigenden Erregung zu identifizieren (das ist vor allem dann wichtig, wenn noch nicht genau bekannt ist, was als Trigger fungiert), um dann gezielt entgegenzuwirken. Die Beobachtung der Atmung, des Herzschlags, der Körperdurchblutung (Schwitzen, Hautfärbung) oder der Pupillenweite, die Hinweise auf den Zustand des Nervensystems geben, können wir den Klienten zurückmelden und so die Selbstbeobachtung schulen. Diese bildet dann die Voraussetzung für den zweiten Schritt: Die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung, um die Stresskaskade zu unterbrechen.

Die Fähigkeit zur Selbstregulation ist auch im Alltag hilfreich. In der Therapie schafft sie jedoch die Voraussetzung für die Traumaverarbeitung, die durch das Wegrutschen in den traumaassoziierten Zustand nicht mehr gegeben war. Wenn die Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung und zur Selbstberuhigung entwickelt sind, kann mit der Arbeit an den traumatischen Erinnerungen begonnen werden.

Es gilt, konsequent darauf zu achten, Klienten in einem balancierten Zustand der körperlichen Erregung zu halten und in keiner Phase der Therapie einen Zustand von Übererregung zuzulassen. Trotzdem können während der Therapie heftige Affekte durchlebt werden. Wut und Trauer zu erleben bleiben wichtige Stationen der Verarbeitung, die hier keineswegs eingeschränkt oder verboten werden sollen. Mit der spezifischen *traumagebundenen* Übererregung dürften sie jedoch nicht einhergehen.

Leitprinzip ist, stets die Selbstregulation weiter zu praktizieren. Ich erfrage also beispielsweise ein anamnestisches Detail und lasse die Reaktion des Systems in die Aufmerksamkeit nehmen. Nach Orientierung und dem Zurückfinden in eine sichere innere Position kann das nächste kleine Erinnerungsmoment angegangen werden. Peter Levine verwendet den Begriff *titration* als Metapher aus der Chemie. Noch anschaulicher ist vielleicht das Bild der

Zubereitung von Mayonnaise: Traumatische Erinnerungsmomente werden gleichsam tröpfchenweise in das kompetente Selbstbild emulgiert. Dadurch können Anspannung und chronische Hocherregung allmählich abgebaut werden.

Gibt es Anzeichen für einen Anstieg der Erregung, leiten wir eine Gegenbewegung ein. Wir lenken die Aufmerksamkeit in sichere Gebiete durch das Fokussieren von positiven Körperempfindungen wie in den beschriebenen Beispielen oder durch Fragen nach positiv besetzen Alltagsmomenten oder Maßnahmen zur Orientierung im Hier und Jetzt (die den Hippokampus wieder „fordern"). Wir können die Klientin bitten, sich zum Beispiel im Raum umzuschauen, den Boden unter sich zu spüren, über das Wetter zu sprechen, sich der Beziehung zur Therapeutin zu vergewissern et cetera.

Es ist sinnvoll, solche Themenwechsel zu begründen, wie überhaupt der ganze Prozess der Arbeit mit Traumatisierten möglichst transparent und nachvollziehbar gestaltet werden sollte.

Ausblick

Das Halten einer Balance zwischen zwei Polen in dem Sinn, dass ich *aus der Fülle* (des Herzens, der Erlebensfähigkeit) kommend zum Schrecken hin schauen kann; dass potenziell *destabilisierende* Erinnerungen am besten aus einem *stabilen* Ich-Zustand heraus verarbeitet werden können, ist das hier beschriebene Prinzip. Die erlittene Verletzung muss akzeptiert und angenommen werden, um in die Lebensgeschichte integriert werden zu können, und dies erfordert viel innere Stärke, die erst zugänglich gemacht werden muss. So kann gependelt werden zwischen dem verletzten und dem heilen Bereich, aus dem wieder Kraft und Stabilität geschöpft werden. Die Erfahrungen, die ich in meiner Praxis mit dem hier beschriebenen Ansatz mache, sind äußerst ermutigend. Mir scheint hier ein übergeordnetes Prinzip zur Wirkung zu kommen, das einen generellen Rahmen für die Arbeit mit traumatisierten Menschen darstellt und auch in anderen Kontexten als der psychotherapeutischen Praxis hilfreich sein kann.

L I T E R A T U R

Bauer, J. (2002). *Das Gedächtnis des Körpers.* Frankfurt: Eichborn.

Bergmann, U. & Grand, D. (2002, Mai). *Reports from the Field: Treating the Survivors of the World Trade Center Attack of 11. September.* Vortrag gehalten auf der 3. European EMDREA-Conference Frankfurt/Main.

Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (2007). (Hrsg.). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarb. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Ellger, K. (2001). Mutismus. *L.O.G.O.S. interdisziplinär, 9*, 94-95.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.

Gendlin, E. T. (1981). *Focusing.* Salzburg: Otto Müller.

Herman, J. L. (1994). *Die Narben der Gewalt.* München: Kindler.

Huber, M. (2003). *Wege der Trauma-Behandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2.* Paderborn: Junfermann.

Kapfhammer, H.-P. (2005). Neurobiologische Befunde bei Dissoziation und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie, 4*, 136-153.

Kopf, A., Kramer, J. & Talley, J. (2007). Informationen für Eltern von Kindern mit selektivem Mutismus. *L.O.G.O.S. interdisziplinär, 15*, 46-47.

Kramer, J. (2001). „Warte auf mich". *L.O.G.O.S. interdisziplinär, 9*, 96-105.

Levine, P. A. (1998). *Trauma-Heilung.* Essen: Synthesis.

Peichl, J. (2007). *Die inneren Trauma-Landschaften.* Stuttgart: Schattauer.

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

Reddemann, L. & Sachsse, U. (1997). Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen, 3,* 113-147.

Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich.* Essen: Synthesis.

Sachsse, U. (1998). Die Bildschirm-Technik (Screen-Technik). *Persönlichkeitsstörungen, 4,* 77 - 84.

Saint Paul, N. v. (2006a). Psychotrauma und Traumaheilung. *Fokus Beratung 8,* 18-24.

Saint Paul, N. v. (2006b). Traumaorientierung in der psychotherapeutischen Praxis. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 24,* 244-250.

Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis.* Paderborn: Junfermann.

Siegel, D. J. (2006). *Wie wir werden die wir sind.* Paderborn: Junfermann.

Teicher M. H. (2008, April). *Neurobiological consequences of childhood maltreatment.* Vortrag gehalten auf der First bi-annual international ESTD Conference, Amsterdam.

Van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism.* Washington, DC: American Psychological Association Books.

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (2000) (Hrsg.). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann.

Autorin:
Nikola v. Saint Paul, Diplom-Psychologin
Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Praxis für Psychotherapie und Traumabehandlung
Poststraße 3, 79098 Freiburg
www.traumatherapie-freiburg.de

FÜNFZIG JAHRE LEBENSHILFE!

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. feiert dieses Jahr ihr fünfzigjähriges Bestehen. Vieles konnten sie in diesem halben Jahrhundert erreichen, vieles bleibt noch zu tun. Darum möchten wir Ihnen insbesondere den Geschenkideen-Katalog ans Herz legen: Ob Weihnachts- und Grußkarten, Dekoration und Spielzeug, Kalender, praktisches für den Haushalt, den Schreibtisch oder die Freizeit – und noch vieles mehr aus den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Mit Liebe und Sorgfalt hergestellt und in jedem Fall sinnvoll, denn mit einer Bestellung (oder gar Spende!) leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Schaffung und Erhaltung dieser Arbeitsplätze und setzen durch Weiterempfehlung ein wirkungsvolles Zeichen.

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.
Werner-v.-Siemens-Str. 23, 52477 Alsdorf, Fon: 02404.9866 -26, Fax: -22,
geschenkideen@lebenshilfe-versand.de, www.lebenshilfe-shop.de,
Spendenkonto: 3 360 609, BLZ 500 100 60, Postbank Frankfurt/M. **ke**

Der Geist der Interdisziplinarität schwebt durch die Ausgaben: zum Beispiel mit den Themen Yoga, Psychomotorik und der Alexander-Technik in der Septemberausgabe **1999**. Wir genießen die Vielfalt, und freuen uns über eingereichte Artikel, die vom Horizont über dem Tellerrand erzählen.

15 Jahre
L.O.G.O.S INTERDISZIPLINÄR