



**Ausgewählte Erkenntnisse der Neurobiologie -
bezüglich seelischer Widerstandskraft bei Menschen
mit Traumafolgestörungen –
Impulse für die Integrative Gestalttherapie**



Sabine Zankl

Masterthese

eingereicht zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science für Psychotherapie

vorgelegt im März 2008

**am Department für Psychosoziale Medizin
der Donauuniversität Krems**

betreut durch
Univ. Prof. Dr. Karl Heinz Ladenhauf

¹ Meeresgöttin Thetis, die ihren Sohn Achilles in die Fluten des Styx tauchte, um ihn unverwundbar zu machen

Kurzbeschreibung

Die vorliegende Literatuarbeit befasst sich mit Erkenntnissen der Gehirnforschung betreffend Trauma und seelische Widerstandskraft, Resilienz. Aus den Neurowissenschaften werden drei Schwerpunkte ausgewählt, die sich mit dem Verständnis von Hirnfunktionen beschäftigen und für die psychotherapeutische Arbeit von Interesse sind:

Die „experience – dependent plasticity of neuronal networks“, das ist die Festigung oder Verkümmern der Verbindungen zwischen den Nervenzellen im Gehirn in Abhängigkeit von ihrer Benutzung, mit anderen Worten, dass das, was man häufig erlebt, im Gehirn besonders viele und gute Nervenverbindungen bildet, während Erlebnisse, die man selten hat, im Gehirn nur ein dünnes Netzwerk von Neuronen schafft.

Zweitens die Entdeckung der Spiegelneurone als biologische Entsprechung von Einfühlung.

Drittens die unterschiedliche Verarbeitung von Erinnerungen mit traumatischen und gewöhnlichen Inhalten im Gehirn. Diese drei Aspekte werden ausgewählten theoretischen Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie, wie der Phänomenologie, dem Dialogverständnis von Martin Buber, der Wahrnehmungsphilosophie Salomo Friedlaenders und der Gestaltpsychologie, sowie Arbeitskonzepten (Awareness, Organismische Selbstregulation und Gestaltbildung) der Integrativen Gestalttherapie gegenübergestellt.

Dabei wird untersucht, welche Annahmen in der Integrativen Gestalttherapie mit Menschen, die an Traumafolgestörungen leiden, durch die Gehirnforschung bestätigt und welche verändert werden müssen.

Abstract

This theoretical thesis deals with three main findings from neuroscience brain research focusing on trauma and resilience that could be interesting for psychotherapeutic treatment: First, the „experience – dependent plasticity of neuronal networks“, which means the stabilisation or degeneration of the connections between neurons in the brain depending on their use. Second, the discovery of the mirror neurons as a biological equivalence of empathy. Third, the processing of memories of traumatic and other content in the brain. These three points are contrasted with selected theoretical basics of Integrative Gestalt Therapy, phenomenology, the understanding of dialogue of Martin Buber, the philosophy of perception of Salomo Friedlaender and Gestalt psychology, as well as concepts of Integrative Gestalt Therapy such as awareness, organism self - regulation and Gestalt formation. The aim of this work is to find out which presumptions in the treatment of patients with traumatic disorder are confirmed by the results of neuroscience and which must be revised.

Dank

Ich möchte mich an dieser Stelle beim Betreuer meiner Arbeit bedanken: Prof. Dr. Karl Heinz Ladenhauf hat mich mit Geduld und Weisheit bei der Ausarbeitung begleitet. Sabine Rupp von der Beratungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen und junge Frauen in Wien und Koordinatorin der österreichweiten psychosozialen und juristischen Prozessbegleitung von Gewaltopfern danke ich für wichtige Hinweise zum Kapitel über das Trauma. Weiters danke ich Mag. Elisabeth Leitner und Dr.ⁱⁿ Mag.^a Ingeborg Netzer für die Beratung in Fragen bezüglich der Theorie der Integrativen Gestalttherapie und Prim. Dr. Egon Michael Habermann sowie Dr.ⁱⁿ Heidrun Ziegler für die Diskussion über neurologische Fragen. Sehr danken möchte ich noch Mag.^a Silvia Mayer und Mag.^a Susanne Gaspar für Textkorrekturen. Mein herzlicher Dank gilt meinem Mann Robert Michor und meinen Kindern Esther, Bertram und Rosa, die mir in der Zeit des Schreibens Geduld und Rückhalt gaben.

Inhalt

Einführung	7
Ausgangssituation und Fragestellung	7
Relevanz und Aktualität des Themas	9
Begriffsklärung	10
1 Das Gehirn	11
1.1 Das Netzwerk der Gehirnzellen – gut gebahnt ist halb gewonnen	17
1.1.1 Die Nervenzellen im Gehirn – erregt oder gehemmt	17
1.1.2 Wie Gehirnzellen miteinander kommunizieren	19
1.2 Neurobiologische Grundlagen des therapeutischen Einfühlens	21
1.2.1 Aus Beobachtung wird Miterleben	22
1.2.2 Spiegelneuronen erlauben das „Erahnen“ des weiteren Handlungsablaufes	22
1.2.3 Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt der Spiegelung	23
1.3 „Die guten ins Töpfchen ...“ oder: Erinnerung ist nicht gleich Erinnerung	24
1.3.1 Wie das Gehirn Wahrnehmungsinhalte erzeugt	24
1.3.2 Das Gehirn „sieht“ in Wahrnehmungseinheiten:	25
1.3.3 Gehirn verarbeitet „langsam und kultiviert“ oder „schnell und schmutzig“	25
2 Trauma und die Vorgänge im Gehirn	30
2.1 Was ist ein Trauma	30
2.1.1 Unterscheidung zwischen Trauma und belastendem Ereignis	30
2.1.2 Traumatischer Stress – wie der Körper fürs Überleben sorgt	30
2.1.3 Was im Gehirn bei Gefahr vor sich geht: fight or flight	32
2.2 Körper und Seele in Alarmzustand – das Trauma beginnt	34
2.2.1 Reaktionen bei Gefahr ohne Aussicht auf Rettung: freeze and fragment	34
2.2.2 Dissoziation	35
2.2.3 Unkontrollierte Erinnerungen unter Stress - Flashbacks	36
2.3 Folgen eines Traumas	36
2.3.1 Traumafolgeerkrankungen	36
2.3.2 Folgen für Helfer und Helferinnen	37
2.3.3 Risiko- und Schutzfaktoren für Traumafolgeerkrankungen	38
3 Resilienz – seelische Widerstandskraft	39
3.1 Was ist Resilienz	39
3.1.1 Entwicklung der Resilienzforschung	41
3.1.2 Eine neue Perspektive – Die Frage, was macht gesund?	43
3.1.3 Die Ergebnisse der Resilienzforschung	46
3.2 Was zeichnet resiliente Menschen aus?	48
3.2.1 Bindung an andere	48
3.2.2 Neurologische Entsprechungen des Bindungsbedürfnisses	50
3.2.3 Glück und „Flow“	50
4 Integrative Gestalttherapie	52
4.1 Ausgewählte Kulturwissenschaftliche Grundlagen	54
4.1.1 Zu den Sachen selbst. Die Phänomenologie	54
4.1.2 Der Mensch wird am Du zum Ich: Die Philosophie Martin Bubers	56
4.1.3 Man kann nur wahrnehmen, was sich unterscheidet: Salomo Friedlaender	56
4.1.4 Wahrnehmung ist perspektivisch - Die Gestaltpsychologie	57
4.2 Ausgewählte Arbeitskonzepte	58
4.2.1 Wahrnehmen was in mir und meiner Umgebung geschieht - Awareness	58
4.2.2 Die Seele findet ihr Gleichgewicht - Organismische Selbstregulation	59
4.2.3 Der Mensch wählt aus: Figur und Hintergrund (Gestaltbildung)	60
5 Konsequenzen für die gestalttherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen	60
5.1 Konsequenzen für die Diagnostik	62
5.1.1 Gestaltbildung und Phänomenologie als wertvolle Hilfe bei der Diagnostik	62
5.1.2 Wie findet man heraus, ob die Klientin traumatisiert ist?	64
5.1.3 Schutz der Klientin durch Distanzierung bei der Anamnese	66
5.2 Konsequenzen für die Behandlung	67
5.2.1 Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung	67

5.2.2	Hier und Jetzt als heilsames Gegenüber zu dem Grauen der Vergangenheit	69
5.2.3	Die Perspektive auf die Ressourcen	70
5.3	Konsequenzen für die Methodenauswahl	71
5.3.1	Informierte PatientInnen sind im Vorteil	71
5.3.2	Die Körperwahrnehmung mit einbeziehen	72
5.3.3	Gefühlsberuhigung statt Gefühlsintensivierung	73
	Zusammenfassung und Ausblick	75
	Literatur	79
	Abbildungsverzeichnis:	96
	Glossar	97
	Anhang: Fragebogen zur Selbstberuhigung	98

*„Der geheimnisvolle Sprung
vom Seelischen ins Körperliche“*
(Freud: 1895 k. A., zit. in Hüther 2005: 14).

Einführung

Ausgangssituation und Fragestellung

Begegnung der Geisteswissenschaft mit der Naturwissenschaft

Neurobiologie und Integrative Gestalttherapie vertreten zwei unterschiedliche Strömungen der Wissenschaft: Die Neurobiologie gehört dem Bereich der Naturwissenschaft an, die Integrative Gestalttherapie hat ihre Wurzeln in den Geisteswissenschaften. Immer schon haben Menschen versucht, das nicht Fassbare zu erkennen und zu verstehen, den Menschen an sich, die Seele, das Gehirn. Die einen, in dem sie einen Schritt zurück machten und beschrieben, was aus dieser Entfernung sichtbar wurde, die anderen, indem sie versuchten, so tief wie möglich in das Gehirn hineinzuschauen, und zu beschreiben, was dort passiert und wie es sich verändert, wenn man eingreift. Ein und dasselbe aus großer Nähe oder aber aus großer Entfernung betrachtet, kann aber ganz verschieden aussehen. Daher haben sich mit der Zeit verschiedene Begriffe und Anschauungsweisen entwickelt: Die einen, um unser Denken und Fühlen zu beschreiben, die anderen, um die biologischen, anatomischen und chemischen Besonderheiten der Gehirnzellen und damit die Funktionsweise unseres Gehirns zu erfassen (vgl. Hüther 2005: 12). Die Gehirnforschung in diesem Jahrhundert hat entscheidende Erkenntnisse gebracht und damit deutlich gemacht, dass es nötig wird, diese mit zu bedenken, um wirksamere Arbeit in den psychotherapeutischen Praxen zu leisten. Es existiert speziell eine Kluft zwischen Theorien aus der Wissenschaft der Neurobiologie und der klinischen Praxis von TherapeutInnen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten. „Die durch posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aufgeworfenen Probleme machen eine Überbrückung dieser Klüfte sogar zwingend nötig“ (Rothschild 2002: 11).

Auch die Perspektive auf die Störungen und Defizite der KlientInnen wurde durch Forschungsergebnisse bereichert: Die Resilienzforschung bringt Ergebnisse, die für PsychotherapeutInnen spannend sind. „Wir wissen sehr viel darüber, was Menschen leiden lässt und wie schmerzliche Erfahrungen sich auswirken. Die andere Seite, nämlich die der Kräfte, die uns Leiden überwinden und transformieren helfen, scheint

mir in meinem Fach, der Psychotherapie, immer noch zu kurz zu kommen“ (Reddemann 2007: 15).

Die Forschungsfrage dieser Arbeit beschäftigt sich damit, was in der Integrativen Gestalttherapie mit traumatisierten Menschen durch die Erkenntnisse der Gehirnforschung beibehalten werden kann und bestätigt wurde und was verändert werden muss. Dabei wird auf drei Erkenntnisse näher eingegangen: Erstens auf den entscheidenden Durchbruch der Neurobiologie auf dem Gebiet des Verständnisses von Hirnfunktionen, der „experience – dependent plasticity of neuronal networks“, damit meint man die Festigung oder aber Verkümmern der Verbindungen zwischen den Nervenzellen in unserem Gehirn in Abhängigkeit von ihrer Benutzung (vgl. Hüther 2005: 8). Die Vermutung lautet hier, dass dies Konsequenzen für die Methoden der Integrativen Gestalttherapie schafft. Zweitens wird untersucht, was die Entdeckung der Spiegelneurone, ein biologisches Korrelat für Einfühlung und Bindungserleben, für die Integrative Gestalttherapie bedeutet, da diese ja mit dem Konzept der „therapeutischen Beziehung“ bewusst arbeitet. Die Annahme ist hier, dass die Spiegelneurone eine naturwissenschaftliche Bestätigung für dieses geisteswissenschaftliche Konzept sein können. Drittens beschäftigt sich diese Arbeit mit den Ergebnissen neurobiologischer Forschung, die festgestellt haben, dass traumatische Erlebnisse vollkommen anders im Gedächtnis verankert werden als andere Ereignisse. Dies erhärtet den Verdacht, dass dies ebenfalls Konsequenzen für die therapeutische Arbeit haben müsste, was mit dieser Arbeit überprüft werden soll.

Diese Arbeit soll ausgewählte theoretische Grundlagen zu diesen Annahmen bereitstellen und Konsequenzen für die therapeutische Praxis formulieren. Die Ausführungen bezüglich Psychotherapie betreffen die Integrative Gestalttherapie, insbesondere deren „klinische Anwendungsformen“ (Fuhr/Sreckovic/Gremmler-Fuhr: 1999: 645) für Menschen, die an Traumafolgen leiden. Das methodische Vorgehen besteht aus einer Literaturrecherche mit vergleichendem Charakter. Da sich diese Arbeit auch an KollegInnen in der psychotherapeutischen Praxis richtet, die kein Medizinstudium haben, wurde beim Kapitel Gehirn auf Detailgenauigkeit zugunsten von Überblick und Verständlichkeit verzichtet.

Sowohl die Forschung über die Vorgänge im Gehirn als auch die Traumaforschung schreiten in rasantem Tempo dahin. Vieles, was gestern noch gültig war, muss heute nach eingehender Prüfung wieder geändert werden. Die Autorin erhebt daher keineswegs den Anspruch, das Thema und die damit zusammenhängenden klinischen Fragen umfassend und vollständig zu behandeln. Es handelt sich vielmehr um einen vorläufigen Versuch, die komplexe, heterogene und zum Teil widersprüchliche theoretische und klinische Tradition und Entwicklung der Gestalttherapie sowie die Ergebnisse der Neurobiologie in einer zusammenfassenden Skizze zur Diskussion zu stellen.

Männern widerfahren häufiger traumatische Erfahrungen als Frauen, aber Frauen leiden häufiger an Posttraumatischen Belastungsstörungen (Reddemann 2005: 16, Huber 2005: 2). Die Formulierungen sind daher bewusst abwechselnd in der weiblichen und männlichen grammatikalischen Form geschrieben, zwischendurch wird auch der Begriff „KlientInnen“ und „TherapeutInnen“ verwendet.

Relevanz und Aktualität des Themas

Gehirnforschung in Zusammenhang mit psychischen Vorgängen ist zur Zeit ein beliebtes Thema: In der Wissenschaftsbeilage der Zeitung „der Standard“ wurde von einem Experiment einer Forschergruppe um Brendan Depue vom Institut für Psychologie der Universität von Colorado in Boulder (USA) berichtet, das zeigt, dass unangenehme Erinnerungen durch die vordere Hirnrinde kontrolliert werden können. Dies lässt auf Impulse für die Behandlung von seelischen Traumata hoffen (Brendan u. a. 2007: 215, zit. in: der Standard, 12.7.2007). Das Hauptreferat beim Psychotherapietag 2007 in Niederösterreich stand unter dem Thema „Wie wirkt Psychotherapie? Die Wirksamkeit der Psychotherapie im Lichte der Gehirnforschung“. Wer die Stände dort in der Pause betrachtet hat, konnte sich ein Bild machen von der wachsenden Zahl an Instituten, die Traumatherapie anbieten – was das zunehmende öffentliche Interesse auch an diesem Thema widerspiegelt. Ein Kongress anlässlich der Eröffnung des Eggenburg Institute for Complex Systems, Health and Neuroscience vom 7. bis 9. Oktober 2007 stand unter dem Motto: „Selbstorganisation von Geist und Gehirn“. Der Standard berichtete über den Neurobiologen Gerald Hüther, der bei einem Symposium Führungskräfte über die gehirnpfysiologischen Grundlagen von positiven oder negativen Arbeitserlebnissen aufklärte (Hecht 2008: K 46). Auch Berichte über Traumatherapie finden ihren Weg

in die Öffentlichkeit: Die Zeitung „die Welt“ titelte am 25. Jänner dieses Jahres in ihrer Online Ausgabe im Wissenschaftsteil: „Trauma - Patienten wird der Schrecken genommen“ (Bördlein 2008). Demgegenüber ist das Thema Resilienz erst vereinzelt ein Gebiet, dem öffentliche wissenschaftliche Aufmerksamkeit gewidmet wird: Im Februar 2005 war in Zürich ein internationaler Kongress ganz dem Thema „Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände“ gewidmet.²

Begriffsklärung

Die Neurowissenschaft beschäftigt sich mit dem Gehirn und zwar speziell mit der Frage, wie man Verhaltensweisen anhand von Gehirnaktivitäten erklären kann. Wie Millionen einzelner Nervenzellen im Gehirn zusammenarbeiten, um Verhalten zu erzeugen. In den letzten beiden Jahrzehnten haben verschiedene Disziplinen zusammengearbeitet, um Erkenntnisse zu dem Thema zusammenzutragen: Zell- und Molekularbiologen trugen ebenso bei wie Biochemikerinnen (vgl. Kandel 1996: 6). Die Neurobiologie, die sich mit den biologischen Vorgängen im Gehirn beschäftigt, ist Teil der Neurowissenschaft und ein großes Gebiet. Für diese Arbeit werden Elemente daraus ausgewählt, die für die psychotherapeutische Arbeit mit TraumapatientInnen wichtig sind und insbesondere der Integrativen Gestalttherapie als Bestätigung oder Anregung zur Veränderung dienen können.

Resilienz bezeichnet die seelischen Widerstandskräfte eines Menschen. Die Forschung über die Frage, welche Kraftquellen Betroffenen nach einschneidenden Lebensereignissen wieder helfen, diese zu überwinden, steckt erst in den Kinderschuhen. Lange hat man sich nur mit der Frage: „Was macht krank?“ anstatt „Was heilt?“ beschäftigt. Resilienz ist nicht einfach nur Selbstvertrauen: Resiliente Menschen entwickeln sich positiv, *obwohl* die Kenntnis der Entwicklungshintergründe dies nicht hätte erwarten lassen (vgl. Göppel 2000: 80, zit. in Skof 2003: 16), weil sie also zum Beispiel vielleicht ein massives Trauma erleben mussten.

Unter Trauma versteht man in der Psychotherapie im Allgemeinen eine schwerwiegende seelische „Wunde, Verletzung, Gewalteinwirkung in körperlicher oder psychischer Hinsicht (psychisches Trauma)“ (Meyers Online Lexikon). Extreme Stresssituationen können es hervorrufen. Diese können von Menschen verursacht werden, wie z. B. Gewalttätigkeit. Aber auch Schicksalsschläge wie die Nachricht

² www.ausbildungsinstitut.ch/kproINT.pdf

lebensbedrohlicher Erkrankungen, der Verlust eines geliebten Menschen und ähnliches können traumatisierend wirken. Ebenso ist es möglich, dass Menschen durch Naturereignisse wie das Lawinenunglück in Galtür oder durch Großschadensereignisse wie der Unfall mit 150 Toten in Kaprun, traumatisiert werden.

1 Das Gehirn

Das Gehirn ist nicht nur ein Wunderwerk an Zahlen (ca. 20 000 Nervenzellen pro mm^3) und Komplexität, es ist auch ein Bild für die Verbindung von Geist und Körper. Es macht aus Erfahrung, also aus einer Angelegenheit, die psychologisch, nichtstofflich ist, stoffliche, biologische Abläufe (Elektrizität, chemische Produkte wie Hormone, etc.). „Das Gehirn macht aus Psychologie Biologie“ (Bauer 2007).

Der Aufbau des Gehirns

Die Grundorganisation unseres Gehirns, wie es sich in der Stammesgeschichte herausgebildet hat, bedeutet, dass es ein typisches Wirbeltier-, Säugetier- und Primatengehirn ist (vgl. Roth 1995: 233 zit. in: Grawe 2004: 69). Das Gehirn ist vergleichbar einer Kommandozentrale für das Nervensystem. Es sagt uns wann wir etwas zu essen benötigen, achtet darauf, dass unsere Körpertemperatur die richtige ist, veranlasst unser Herz, zu schlagen, dass wir ein- und ausatmen und unzähliges mehr (vgl. Rothschild 2002: 39).

Wie es im Gehirn aussieht

Man kann sich das Gehirn von seiner Form her vorstellen wie eine geballte Faust. Das Handgelenk ist das Stammhirn, der entwicklungsgeschichtlich älteste Teil. Es steuert grundlegende Körperfunktionen wie Herzfrequenz und Atmung. Die Faust bildet das Mittelhirn und das limbische System. Dieses ist zuständig für Überlebensinstinkte und Reflexe. Ein Teil von ihm heißt Hypothalamus, der für die richtige Körpertemperatur, Versorgung mit Nährstoffen, Ruhe und Aufrechterhaltung des Gleichgewichts sorgt. Das limbische System beeinflusst auch das autonome Nervensystem. (Das autonome Nervensystem steuert die glatte Muskulatur, die Reaktion der Organe auf Stress und Entspannung, ebenso sexuelle Erregung und Orgasmus, sowie Reaktionen auf traumatischen Stress). Zwei andere Teile des limbischen Systems, Hippokampus (Seepferdchen) und Amygdala (Mandelkern) sind für das Verständnis von Erinnerungen an traumatische Situationen besonders wichtig und werden später genauer erklärt. Wenn man nun mit der freien Hand die Faust umhüllt, stellt dies die Großhirnrinde dar, die äußere Hirnschicht namens cerebraler

Kortex, lat. Gehirn - Rinde (vgl. Rothschild 2002: 42). Jede Hälfte davon wird von tiefen Furchen (lat. Sulcus) in vier Teile, „Lappen“ geteilt. Hinten unter der Hauptmasse des Gehirns liegt das Kleinhirn, das Cerebellum, an der Rückseite befindet sich der Okzipitallappen (erledigt visuelle Informationsverarbeitung), seitlich um das Ohr herum der Temporallappen (kümmert sich um Klänge, Sprache – in der Regel nur der linke). Die Parietallappen beschäftigen sich mit Bewegung, Orientierung und Rechnen und die Frontallappen sind zuständig für Denken und Planung. Ganz unten hinten befindet sich der Hirnstamm, der das Gehirn mit dem Rückenmark verbindet. Seine Strukturen kontrollieren die Herzfrequenz, den Blutdruck und die Atmung. Auch das Wach-Schlafzentrum befindet sich hier.

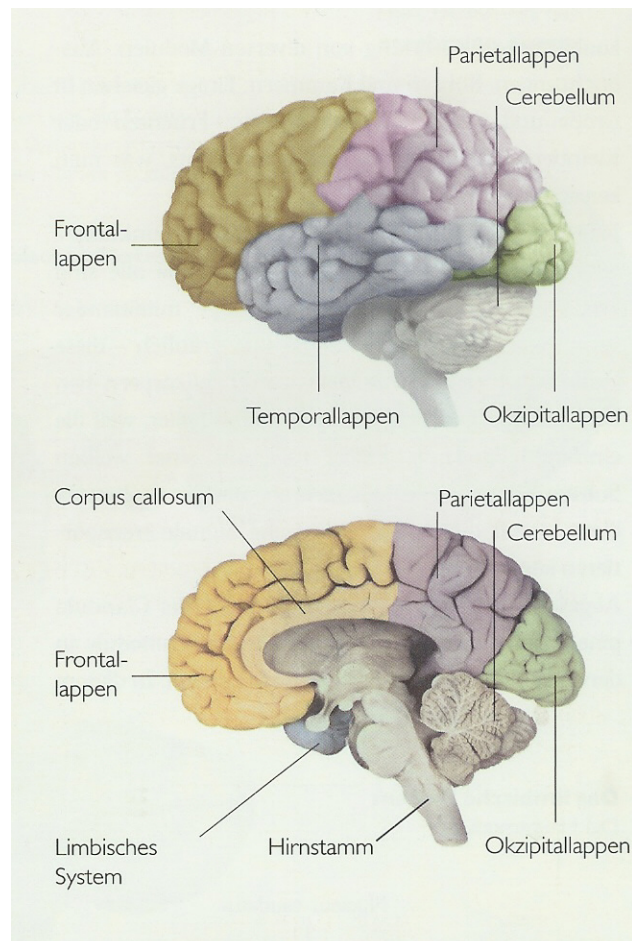


Abbildung 1: Das Gehirn. Quelle: Carter 1999: 15

In der Mitte des Gehirns befindet sich eine Brücke, die beide Teile verbindet (Corpus Callosum). Darunter liegt das limbische System, das Emotionen erzeugt und noch viele weitere Funktionen hat (Carter 1999: 15). Es besteht aus mehreren Komponenten: Der Thalamus leitet eingehende Informationen weiter an zuständige Gehirnbereiche. Darunter überwachen Hypothalamus und Hypophyse ständig den

Körper und passen ihn an die Umgebung an. Der Hippocampus ist für die Speicherung von Langzeiterinnerungen entscheidend. Die mandelförmige Amygdala ist die Stelle, wo Angst registriert und produziert wird (Carter 1999: 16). Eigentlich ist es keine „Stelle“ sondern aktiv werden das *Amygdala-System* und das *Hippocampus-System*, weil bei der Verarbeitung von Erinnerungen immer Netzwerke von Nervenzellen mitarbeiten (Huber 2007: 45). Das Putamen nimmt zusammen mit dem Nucleus caudatus eine wichtige Funktion bei der Steuerung der willkürlichen Motorik ein.

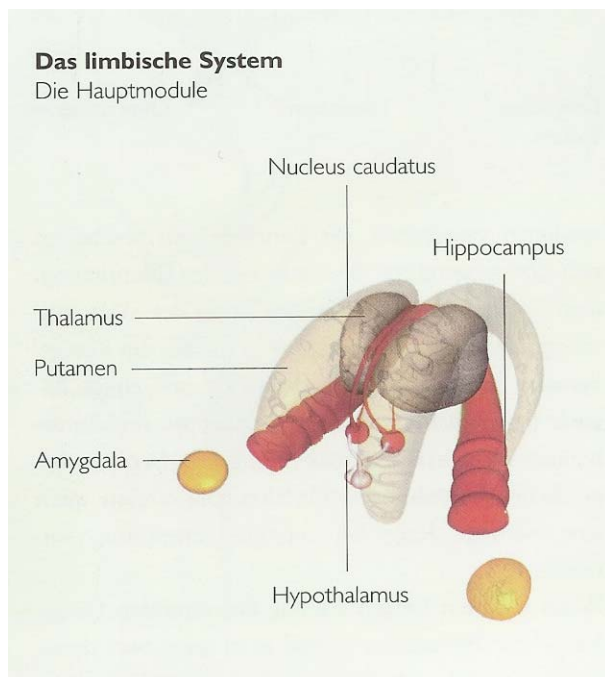


Abbildung 2: Das limbische System. Quelle: Carter 1999: 16

Das Nervensystem – eine komplexe Kooperation

In der einschlägigen Literatur über Nervensysteme kann man zwei Arten der Einteilung finden: Nach dem Ort, wo das Nervensystem im Körper zu finden ist oder nach der Funktion, die es innehat.

Einteilung der Nervensysteme nach dem Ort, wo sie liegen

Man kann das Nervensystem (NS) nach der Lage in der es sich befindet, einteilen: Das periphere NS (PNS) und das zentrale Nervensystem. Zum Zentralnervensystem (ZNS) gehören Gehirn und Rückenmark (und die Hirn- und Rückenmarkshäute), zum peripheren NS (PNS) die motorischen, sensiblen und vegetativen Nerven.

Das periphere Nervensystem:

Zum peripheren Nervensystem zählen alle Nervenbahnen, die direkt vom Gehirn (oder vom Rückenmark) in die Körperperipherie (zu den Sinnesorganen, den

Muskeln, den Gelenken und zur Haut) ziehen und auch wieder in die umgekehrte Richtung Impulse senden. Sie stellen die Verbindung zwischen der Körperperipherie und dem Zentralnervensystem her und ermöglichen so die Reaktion des Körpers auf seine Umwelt. Die meisten peripheren Nervenbahnen sind gemischte Nerven, d. h. sie führen sensible Fasern, welche die Reize aus der Körperperipherie zum ZNS leiten, und motorische Nerven, über die von der Zentrale aus die Kommandos zu den einzelnen Zellen gesandt werden (vgl. Faller/Schünke/Schünke 2004: 116, 594, 652).

Das zentrale Nervensystem

Das Zentralnervensystem, wie erwähnt besteht es aus Gehirn und Rückenmark, ist zuständig für die Integration und Auswertung aller fühlbaren Reize, die ihm von außen oder vom Körper selbst zugetragen werden, für die Koordination der Motorik und die Regulation aller dabei ablaufenden Vorgänge im Organismus, einschließlich der Abstimmung verschiedener Organe untereinander und des Hormonhaushalts. „Darüber hinaus sind ... Gedächtnis, Lernfähigkeit, Denkvermögen, Urteilsfähigkeit [und] Sprache an die Tätigkeit des zentralen Nervensystems gebunden“ (Faller/Schünke/Schünke 2004: 595).

Das Zentralnervensystem trägt durch seine zentrale Stellung zur Aufrechterhaltung des Lebens bei. Der Begriff der Selbstregulation Homöostase (griechisch ὁμοιοστάση - *Gleich-Stand*) bedeutet hier, dass der Organismus sein Gleichgewicht innerhalb gewisser Grenzen von selbst aufrechterhalten kann. Ein Beispiel dafür ist die Erhöhung der Puls-, Blutdruck- und Atemfrequenz bei Bewegung (vgl. Faller/Schünke/Schünke 2004: 594). Selbstregulierende Funktionen sind bei allen lebenden Systemen für den Fortbestand bedeutsam. In der Integrativen Gestalttherapie ist die „organismische Selbstregulation“ (Fuhr/Sreckovic/Gremmler-Fuhr 1999: 375) ein vergleichbarer Begriff. Im Kapitel 4.2.2. wird darauf näher eingegangen.



Abbildung 3: Das zentrale Nervensystem besteht aus Gehirn und Rückenmark. Quelle: http://cms.vkb.de/web/html/pk/ratgeber/gesundheit/virtueller_mensch/nervensystem

Die Einteilung der Nervensysteme nach ihrer Funktion

Somatisches und autonomes Nervensystem:

Man kann das Nervensystem (NS) auch anders einteilen, nämlich nach seiner Aufgabe, die es zu erfüllen hat, in das animalische (=somatische, willkürliche) bzw. das vegetative (=autonome) NS. Ersteres beinhaltet alle Bestandteile des NS (zentral und peripher), die im Wesentlichen der Kommunikation zwischen dem Organismus und seiner Umwelt dienen: „Bewusste Wahrnehmungen, willkürliche Bewegungen und eine schnelle Informationsverarbeitung sind die wesentlichen Merkmale ...“ (Faller/Schünke/Schünke 2004: 594) des willkürlichen Nervensystems.

Das vegetative Nervensystem hingegen fasst erstens alle Anteile des zentralen und peripheren NS zusammen, die v. a. die Tätigkeit innerer Organe entsprechend den Umwelterfordernissen steuern. Zweitens sorgt es für das Gleichgewicht des Organismus (Homöostase, siehe oben). Es arbeitet überwiegend unbewusst. „Autonom“ nennt man es deshalb, weil über dieses System biologisch festliegende, automatisch ablaufende innerkörperliche Anpassungs- und Regulationsvorgänge vermittelt werden, die deswegen vom Menschen willentlich nur schwer direkt

beeinflusst werden können, von einigen Yogameistern einmal abgesehen, die durch lange Übung in Meditation den Pulsschlag herabsetzen können. Über das vegetative Nervensystem werden die lebenswichtigen Funktionen („Vitalfunktionen“) wie Herzschlag, Atmung, Blutdruck, Verdauung und Stoffwechsel kontrolliert (vgl. Faller/Schünke/Schünke 2004: 594). Es wird unterteilt in das sympathische und das parasympathische Nervensystem, ein dritter Teil ist das Nervensystem des Magen-Darm Traktes. Über den Sympathikus werden anregende Anreize vermittelt, über den Parasympathikus beruhigende Impulse. Dieser baut auch neue Leistungsreserven in den Erholungsphasen auf. Er regt vor allem die Verdauungs- und Ausscheidungsorgane an, während z. B. Blutdruck, Puls und Energieumsatz gesenkt werden (vgl. Faller/Schünke/Schünke 2004: 680 ff.).

Kommunikationswege im Nervensystem:

Signale vom Körper zum Gehirn und umgekehrt

Im Gehirn gibt es kein Zentrum, von dem aus Befehle an alle Körperteile erteilt werden. Die Kommunikation zwischen Gehirn und Körper verläuft in der einen Richtung, dass Körperteile Signale ans Gehirn senden, weiters durch Körperaktivität chemische Stoffe erzeugt werden, die über den Blutkreislauf das Gehirn erreichen. Diese beeinflussen die Funktionsweise des Gehirns direkt oder durch Aktivierung bestimmter Gehirnregionen. Alle Sinneseindrücke werden durch bestimmte Gruppen von Neuronen registriert und sortiert. Erlebnisse werden durch Neuronengruppen kodiert, aufgezeichnet und als Erinnerung reaktiviert. Das Gehirn steuert alle Körperprozesse mit Hilfe der Nervenzellen, die mit den motorischen Nerven verbunden sind. Umgekehrt berichtet der Körper dem Gehirn über seinen inneren Zustand und über seine räumliche Position mit Hilfe von Neuronen, die mit den Empfindungsnerven (zentripetalen Nerven) verbunden sind (vgl. Rothschild 2002: 40, 41). Die Signale vom Gehirn laufen über das autonome und das willkürliche Nervensystem. Dies ist für die Arbeit mit traumatisierten Menschen wichtig, da diese Zeichen jeweils in *verschiedenen* Gebieten des Gehirns entstehen:

Die Signale für das autonome Nervensystem entstehen in der Amygdala, dem Gyrus cinguli, dem Hypothalamus und dem Gehirnstamm. (vgl. Rothschild 2002: 27). Die Signale für das willkürliche Nervensystem entstehen jedoch im Kortex. Dies wird im

Kapitel über Trauma noch näher ausgeführt. Wie geht nun eigentlich die Weitergabe von Signalen, elektrischen Impulsen, Informationen im Gehirn vor sich?

1.1 **Das Netzwerk der Gehirnzellen – gut gebahnt ist halb gewonnen**

1.1.1 **Die Nervenzellen im Gehirn – erregt oder gehemmt**

Innerhalb des Nervensystems sind die Nervenzellen untereinander verbunden und bilden Neuronenkreise. Die Verbindung geschieht über Synapsen. Größe und Form der Neuronen sind verschieden, der Grundbauplan ist jedoch derselbe: Der Dendrit empfängt den Impuls, leitet ihn über den Soma (Körper) weiter und gibt ihn über ein Axon entweder an ein Organ oder an eine Muskelfaser ab oder an ein weiteres Neuron.

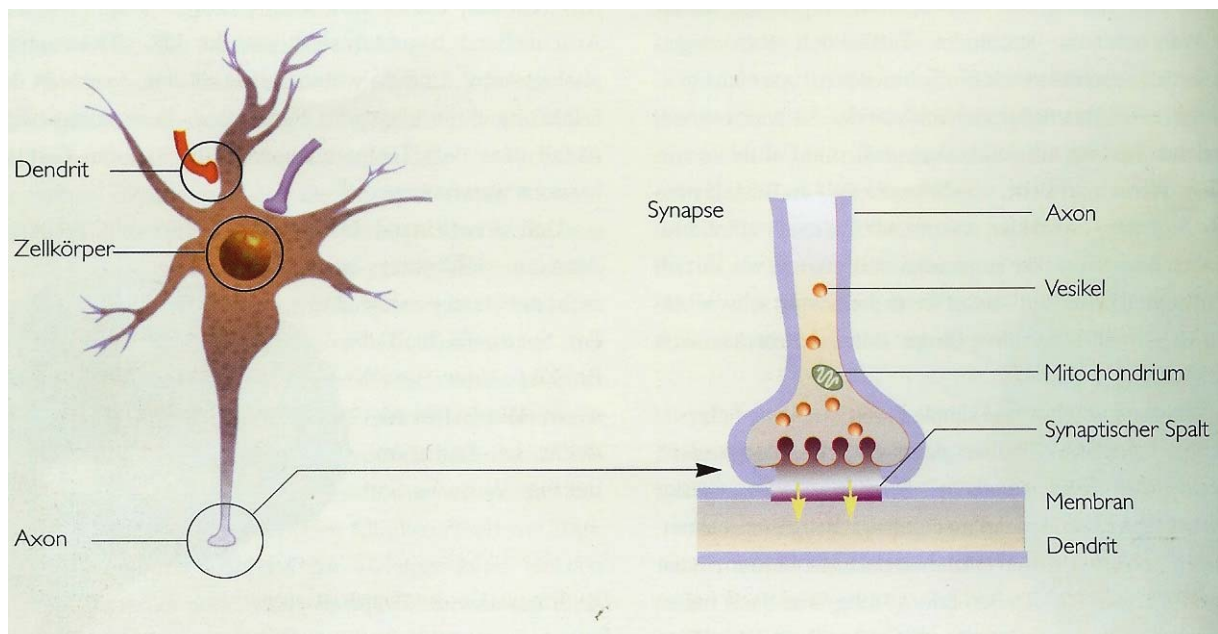


Abbildung 4: Eine Nervenzelle im Gehirn. Quelle: Carter 1999: 14

Die Fähigkeit, durch einen Reiz erregt zu werden, besitzt jede Zelle, aber nur die Gehirnzelle kann diese Erregung weiterleiten. Die Nervenimpulse sind das Kommunikationsmittel innerhalb des Nervensystems. Die Übertragung der Impulse geschieht auf folgende Weise: In der Synapse gibt es einen sogenannten „synaptischen Endknopf“, in dem sich Bläschen mit chemischen Stoffen (Neurotransmitter) befinden. Trifft nun ein elektrischer Impuls dort ein, so werden die Transmitter in den „synaptischen Spalt“ geschüttet. Dort treffen sie auf das Membran des nächsten Neurons. Je nachdem, welche Sorte Transmitter ausgeschüttet wird, kommt es zu einer Weiterleitung der Erregung oder zu einer Hemmung (vgl. Faller/Schünke/Schünke 2004: 113).

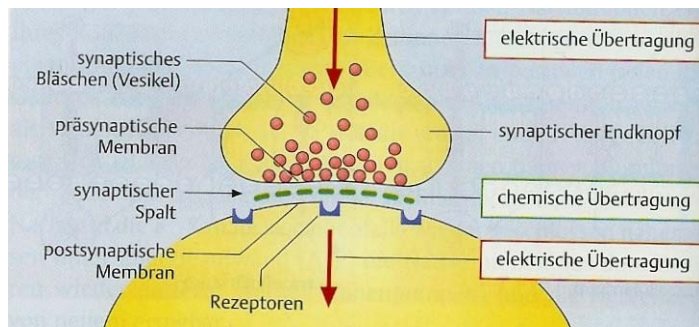


Abbildung 5: Synapse. Quelle: Faller/Schünke 2004: 112

Es gibt eine unvorstellbare Zahl von Neuronen, man schätzt 100 Milliarden Zellen, und jede davon ist mit bis zu 10 000 anderen verbunden. Wir befinden uns hier in Dimensionen betreffend der Anzahl, die man sonst nur im Universum findet. Wird das Neuron wie beschrieben durch einen ankommenden Reiz stimuliert, dann verändert es seinen Zustand: Die Nervenzelle wird entweder durch elektrische Impulse erregt, elektrisch aufgeladen, das heißt: sie „feuert“ oder sie wird gehemmt. Während die Autorin diese Zeilen schreibt, sind diejenigen Gehirnzellen, die die Sinnesreize der Geräusche der Umgebung aufnehmen, gehemmt. Würde man mit Tonband diese aufnehmen, wäre man erstaunt, was es alles zu hören gäbe. Sie hat die Geräusche zwar gehört (in der Sprache der Neurowissenschaft haben sie ihren primären auditorischen Kortex erreicht, der Thalamus hat sie registriert), aber der Lärm ist nie in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit gelangt, weil dies aktiv gehemmt wurde (vgl. Grawe 2004: 59). In der Gestalttherapie würde man sagen, dass in dem Fall die Figur „Schreiben“ sich aus dem Hintergrund „Vogelgezwitscher, Knattern eines vorbeifahrenden Mopeds, Bachrauschen“, herausgehoben hat (vgl. Gremmler-Fuhr 1999: 352).

Dem Hören von Musik, Betrachten eines Bildes, allen Gefühlen, Erinnerungen, Körperfunktionen wie Herzschlag oder Atmung, jedweden Gedanken und Handlungsimpulsen, schlicht jedem Bereich menschlichen Erlebens liegt ein komplexes Geschehen im Gehirn zugrunde, ein so genannter „neuronaler Schaltkreis“ wird aktiv, zumeist sind es mehrere. „Aus diesen Überlegungen folgt, dass es sich bei allen Vorgängen im Gehirn – von den Kommandos für Bewegung bis zu den intimsten Gedankengängen – um biologische Prozesse handelt“ (Kandel 1996: 713, zit. in: Grawe 2004: 17). Um die Dichotomie in diesem Satz zu mildern, dass nämlich etwas „entweder biologisch oder psychologisch“ sei, nicht zu

verstärken, könnte man auch sagen: „Alle Vorgänge im Gehirn lassen sich als biologische Prozesse beschreiben“ (Haberfellner 2008, persönliche Mitteilung).

1.1.2 Wie Gehirnzellen miteinander kommunizieren

Die Nervenzellen im Gehirn kommunizieren untereinander. Dies geschieht, indem Signale von einer Nervenzelle zur anderen vermittelt werden, „... so als würde ein Funke überspringen“ (Rothschild 2002: 40). Diese Kommunikation zwischen den Nervenzellen geschieht entweder dadurch, dass elektrische Impulse übertragen werden oder dadurch, dass chemische Botenstoffe (Neurotransmitter) überspringen. Bei traumatischem Stress wird zum Beispiel Epinephrin und Norepinephrin ausgeschüttet. Epinephrin durch die sympathischen Nerven in den Nebennieren, Norepinephrin durch die sympathischen Nerven im restlichen Körper (vgl. Sapolsky 1994: k. A. zit. in Rothschild: 2002: 40). Sobald im ganzen Körper genug Norepinephrin von Synapse zu Synapse übergesprungen ist, kann sich der Körper bereit machen, zu kämpfen oder zu fliehen. Mehrere Verbindungen zwischen den Nervenzellen, sogenannte Synapsenstränge verbinden sich zu komplexen Gebilden, die den Körper und das Gehirn zu komplizierten Vorgängen veranlassen können. Jeder Synapsenstrang hat dabei eine bestimmte Aufgabe: Einen bestimmten Muskel zusammenziehen, die Erinnerung an ein Bild aktivieren, diesen Text hier lesen und verstehen, etc. ... (vgl. Rothschild 2002: 40).

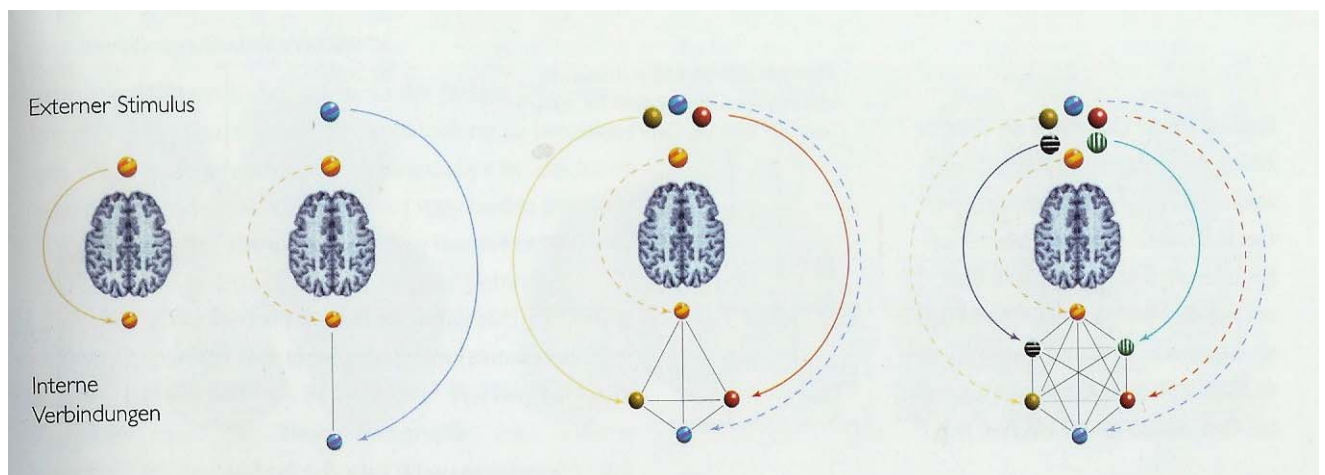


Abbildung 6: Neuronale Muster bilden sich. Quelle: Carter 1999: 19

Gut gebahnte Verschaltungen im Gehirn können wieder verändert werden

Die Verbindungen (Synapsen) zwischen den Nervenzellen im Gehirn haben verschiedene Funktionen, unter anderem Bahnungsfunktion, Hemmungsfunktion und Gedächtnis- und Lernfunktion. Mehrere Synapsen können einen Erregungsablauf

fördern: dies bezeichnet man als „Bahnen“. Sie können ihn auch unterdrücken, dies bezeichnet man als „Hemmen“. Je häufiger die Synapsen benutzt werden, um so leichter werden die elektrischen Impulse weitergeleitet. Synapsen können im Lauf der Zeit auch verschwinden oder neu gebildet werden (vgl. Faller/Schünke/Schünke 2004: 114). Früher war man der Meinung, dass Verschaltungen von Nervenzellen im Gehirn eines Erwachsenen nicht mehr verändert werden können und dass Nervenzellen im Gehirn eines Babys sich zwar schon vor der Geburt nicht mehr teilen können, heute jedoch weiß man, dass sie zeitlebens zur adaptiven Reorganisation ihrer neuronalen Verschaltungen befähigt bleiben, also Veränderungen möglich sind. Unter bestimmten Umständen sind sogar Neubildungen von Nervenzellen bei Erwachsenen möglich (Haberfellner 2008, persönliche Mitteilung). Man nennt dies die „experienced dependent plasticity“ (vgl. Hüther 2005: 14). Die Veränderungen können durch Lernprozesse oder durch psychotherapeutische Intervention erfolgen. Gehirnzellen, die zusammen „feuern“, verbinden sich und „Hirngebiete, die regelmäßig zusammenarbeiten, sind untereinander mit Projektionsbahnen verbunden.“ (Grawe 2004: 71). Der Satz „Use it or lose it!“ (Jäncke 2006) meint, dass man verlernt, was man nicht benutzt. Glücklicherweise hat dies auch zur Folge, dass das, was man sich aneignen möchte, durch oftmalige Wiederholung immer besser gelingt.

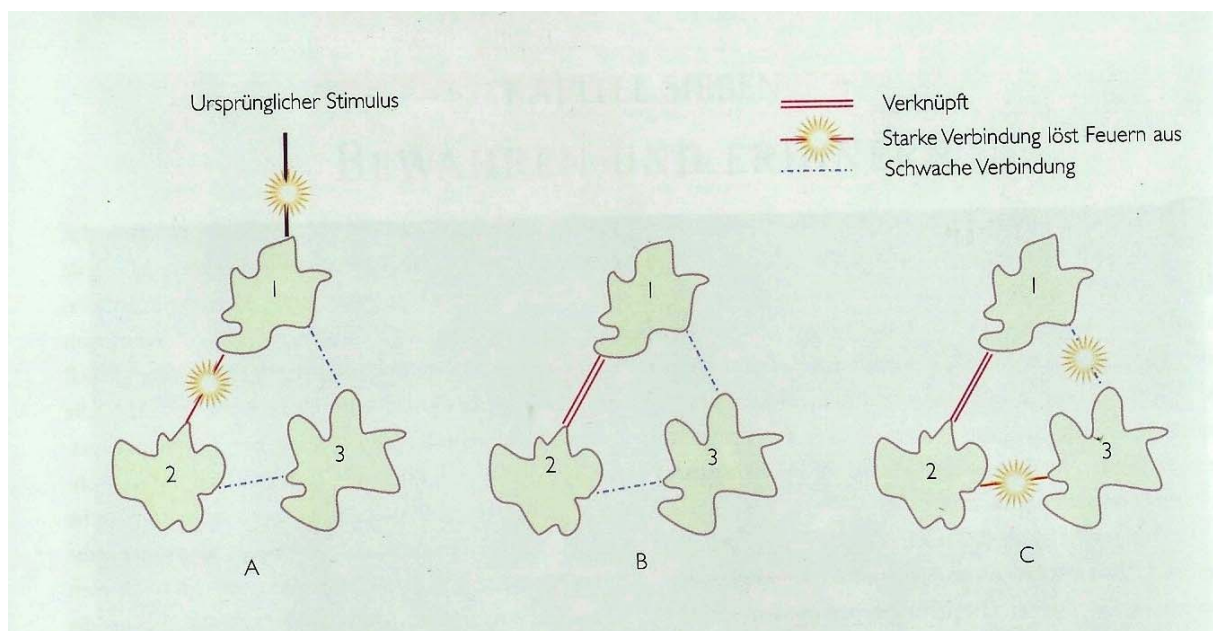


Abbildung 7: Zellen, die gemeinsam feuern, verbinden sich. Quelle: Carter 1999: 160

Für die Psychotherapie hat dies weitreichende Folgen. „Cells that fire together, wire together.“, also Gehirnzellen, die gemeinsam „feuern“, „verdrahten“, verbinden sich

auch besonders gut miteinander, auch dann, wenn die Nervenzellen nicht direkt mit einer Synapse verbunden sind (vgl. Hebb 1949: k. A. zit. In: Grawe: 2004: 65).

Bild Grawe 68.

„Was (im Gehirn) immer wieder gleichzeitig aktiviert wird, wächst zusammen. Das eine Erregungsmuster löst in Zukunft ein anderes aus“ (Grawe 2004: 65).

Wenn die Therapeutin es zulässt, dass die Klientin in der Therapiestunde immer wieder negative Emotionen erlebt, so wird die Person der Therapeutin, der Praxisraum, der Termin bereits ein Auslöser von negativen Emotionen für die Klientin, ohne dass die beiden das wollen (vgl. Grawe 2004: 65). Negative Emotionen stehen in Zusammenhang mit dem Vermeidungssystem. Das ist das Gegenteil von dem, was die Therapie anstrebt. Die Konsequenz daraus ist, dass die Therapeutin dafür sorgen muss, dass die Klientin in der Stunde überwiegend positive Emotionen erlebt. Nur dann können die entsprechenden neuronalen Verbindungen gut gebahnt werden, was eine Voraussetzung für eine dauerhafte Wirksamkeit ist.

1.2 Neurobiologische Grundlagen des therapeutischen Einfühlens

Wenn man fünf Saiten einer Gitarre anzupft lässt und die sechste nicht, so wird sie dennoch leise mitklingen. Man nennt dieses Phänomen „Resonanz“ oder „Mitschwingen“. Dieses Phänomen kann man auch im seelischen Bereich beobachten: Die spontane Erwidern eines Lächelns, das Mitweinen der Zuschauer im Kino, wenn sie auf der Leinwand fremde Menschen sehen, die Trauer zeigen, dies sind sogenannte „Resonanzphänomene“ (Bauer 2005:7). Vor einiger Zeit wurde eine körperliche Entsprechung dazu gefunden:

„Von Seiten der Gehirnforschung erfahren wir, dass wir neurobiologisch dazu befähigt sind zu fühlen, was andere fühlen, oder Handlungen, die von anderen begonnen wurden, ohne Nachdenken zu Ende zu führen. Das neurobiologische Format hierfür sind die „Spiegelneurone“ (Reddemann 2007: 44).

Die Spiegelneurone sind über das ganze Gehirn verteilt (vgl. Bauer 2007a). Diese speziellen Neurone steuern das, was wir fühlen. Eine Untergruppe davon springt auch dann an, wenn wir nur andere Menschen wahrnehmen. Allerdings funktioniert dies nicht „hinter Mauern“, sondern nur, wenn wir sinnliche Wahrnehmungen von anderen haben, sie z. B. sehen oder hören können. Weiters sind Spiegelzellen spezifisch: Es treten nur die Zellen in Aktion, deren Gefühl angeregt wird, hört man z. B. Weinen, so werden nur diese Zellen angeregt, die im Zuhörer für Trauergefühle zuständig sind (vgl. Bauer 2007c).

„Mitte der neunziger Jahre konnte ein automatisch und ohne bewusstes Nachdenken arbeitendes neurobiologisches System nachgewiesen werden, dessen einziger Zweck darin besteht, beobachtetes Verhalten anderer Menschen im Gehirn des Beobachters zu simulieren, also auf eine stumme Art „nachzuspielen“. Handlungen, Empfindungen, Gefühle und Stimmungen, alles, was uns andere vormachen oder zeigen, wird im Gehirn des beobachtenden Menschen – gleichsam wie in einem Spiegel – leise nachgeahmt. Nervenzellen, die darauf spezialisiert sind, bilden in unserem Gehirn das System der Spiegelneurone ...Spiegelnervenzellen „übersetzen“ das, was wir sehen oder miterleben, in eine Art diskretes inneres „Mit-Tun“ ...“ (Bauer 2007d: 25).

Spiegelzellen sind also Nervenzellen, die eigenes Handeln steuern, eigenes Empfinden und Fühlen vermitteln. Sie können zusätzlich auch dann aktiviert werden, wenn das Subjekt sieht oder miterlebt, wie ein *anderes* Individuum handelt oder fühlt (vgl. Bauer 2007c).

1.2.1 Aus Beobachtung wird Miterleben

„Nervenzellen im motorischen Kortex ... [einem Teil der äußeren Gehirnrinde] steuern direkt unsere Muskelbewegungen“ (Graf 2006: 25).

Man kann sie sich anschaulich als „Obelix – Zellen“ vorstellen, die die „schwere, direkt ausführende“ Arbeit tun. Es braucht jedoch auch eine, die die Sache plant, die „Asterix – Zelle“ (vgl. Bauer 2005: 20). Den Nervenzellen im motorischen Kortex vorgeschaltet sind

„... handlungssteuernde Neuronen, welche ganze Handlungsabläufe auslösen. Diese sind auch *aktiv* bei der blossen Vorstellung einer Handlung, bei einem *Handlungsgedanken* [*Hervorhebungen durch die Autorin*]. Giacomo Rizzolatti von der Universität Parma beschäftigt sich seit 20 Jahren mit diesen Handlungsneuronen. Es ist ihm gelungen, bei Makkaken- Affen in einzelne dieser Zellen feine Messfühler zu implantieren. So beobachtete er, wie eine bestimmte Zelle dann – und nur dann – speziell aktiv war («feuerte»), wenn der Affe nach einer Erdnuss griff. Die Zelle war auch dann aktiv, wenn der Affe in völliger Dunkelheit nach der Nuss griff, nach dem sie ihm vorher gezeigt worden war. Jedes Mal, wenn der Affe diese Handlung ausführte, begann die Aktion mit einem bioelektrischen Signal dieser Nervenzelle. Nun beobachteten die Forscher, dass diese Zelle auch dann feuerte, wenn der Affe beobachtete, wie jemand anderes nach der Nuss auf dem Tablett griff“ (Graf 2006: 25).

Es feuerte nun ein *Bewegungsneuron*, obwohl der beobachtende Affe ganz *ruhig* saß – das war die sensationelle Entdeckung!

1.2.2 Spiegelneuronen erlauben das „Erahnern“ des weiteren Handlungsablaufes

Menschen sind durch die Spiegelneuronen auch dazu fähig, Handlungen von anderen zu Ende zu bringen, ohne darüber nachzudenken. Maria Alessandra Umiltà,

eine Mitarbeiterin von Rizolatti entdeckte, dass Spiegelzellen ebenfalls reagieren, wenn nur ein Teil einer Sequenz sichtbar wird. Sie

„... konnte mit einer «hidden condition», wo ein Teil der zu beobachtenden Bewegung abgedeckt war, zeigen, dass bereits die Beobachtung des Anfangs einer Handlung (Greifen nach der Nuss) reichte, um die spezialisierte Zelle zu aktivieren, die ganze Handlung also in der Vorstellung ergänzt wurde. Spiegelneurone können offenbar beobachtete Teile einer Szene zu einer wahrscheinlich zu erwartenden Gesamtsequenz ergänzen. Diese Ergänzung ist natürlich nur dann möglich, wenn das Individuum die Handlung vorher selber gemacht oder beobachtet hat – und die Beobachtung oder Handlung auch erinnert.“ (Graf 2006: 25)

Dies ist für das Konzept der „unabgeschlossenen Gestalt“ in der Gestalttherapie interessant, wie im Folgenden ausgeführt wird:

1.2.3 Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt der Spiegelung

Es wurde deutlich, dass Spiegelzellen auch reagieren, wenn nur ein Teil einer Sequenz sichtbar wird. Eine Klientin, die zum Beispiel mitten im Erzählen stockt, kann dennoch in der Therapeutin einen Impuls auslösen, sich vorzustellen, wie die Erzählung zu Ende gehen könnte. In der Integrativen Gestalttherapie ist die therapeutische Beziehung ein wesentlicher Faktor, daher spielt das Einfühlungsvermögen, die Resonanzfähigkeit der Therapeutin eine große Rolle. Die Therapeutin verfügt neben dem Beobachten der Sprache, der Stimme, der Körperhaltung, der Mimik und der Gestik über einen emotionalen Resonanzraum, über ein Sensorium, ein intuitives Wahrnehmen über die objektiv erfassbaren Erscheinungen hinaus, mit dem sie Nicht Gesagtes erfassen kann: Wenn die oben erwähnte Klientin zum Beispiel plötzlich nicht mehr weiterspricht, „herumdruckst“. In der Gestaltpsychologie gibt es dafür den Ausdruck „die unabgeschlossene Gestalt“ (Gremmler – Fuhr 1999: 350). Diese Zeichen der Klientin erreichen nun die Spiegelsysteme der Therapeutin. Die Therapeutin spürt an ihrer inneren Resonanz, was in der Klientin vor sich geht und kann dies, ausreichend Selbsterfahrung bei ihr vorausgesetzt, sodass sie nicht eigenes mit dem Material der Klientin vermischt, für die Behandlung einsetzen.

Wie geht nun Erinnerung im Körper eigentlich vor sich? Was geht im Körper von Menschen vor, wenn sie sich erinnern?

1.3 „Die guten ins Töpfchen ...“ oder: Erinnerung ist nicht gleich Erinnerung

Das Interesse an der Erforschung der Erinnerung und der Funktion des Gedächtnisses nimmt in den letzten Jahren mit rasanter Geschwindigkeit zu. Einer der Gründe dafür ist die Auseinandersetzung um die Wiedererinnerung an traumatische Ereignisse (vgl. Rothschild 2002: 51). Ein beliebtes Bild für das Gedächtnis ist der Speicher eines Computers. Wahrnehmungen durch unsere Sinne kommen als Informationen ins Gehirn. Dort werden sie, vereinfacht gesagt, aufgezeichnet, gespeichert und wieder abgerufen. Je wichtiger eine Information und je mehr sie mit Emotionen verbunden ist, desto wahrscheinlicher wird sie gespeichert (vgl. Carter 1999: 164). Erinnerungen haben ihren Anfang darin, dass Wahrnehmung geschieht, die Gehirnforscher sagen, „die sensorische Information wird den Assoziationsfeldern des Kortex zugeführt ...“(Jessel 1996: 86).

1.3.1 Wie das Gehirn Wahrnehmungsinhalte erzeugt

Die Frage stellt sich, wie das Gehirn geordnete Muster herstellt, die bestimmten Erlebnis- und Wahrnehmungsinhalten entsprechen, wie also neuronale Aktivitätsmuster die Inhalte des Erlebens der Menschen direkt erzeugen. Die visuelle Wahrnehmung ist derzeit am besten erforscht (vgl. Grawe 2004: 62).

Neuronale Erregungsmuster entstehen hierarchisch:

Grundlage der Wahrnehmung im Gehirn sind hierarchisch organisierte Neuronengruppen. Jede Nervenzelle hat eine andere Empfänglichkeit für Reize. Es gibt Zellen, die auf Reize einfach reagieren, andere reagieren darauf komplexer oder ganz komplex³ und so entsteht eine „Hierarchie“. Dabei werden von den hierarchisch höherstehenden Zellen die Eigenschaften der hierarchisch niedererstehenden Zellen integriert (Hubel/Wiesel 1962: k. A. zit. In Grawe 2004: 62). Neuronale Erregungsmuster werden synchron zusammengebunden:

„Was passiert nun, wenn wir uns erinnern, zum Beispiel an unsere Großmutter? Die derzeitige Antwort der Gedächtnisforscher: Ein spezielles Gesicht entspricht im Gehirn einer ganz bestimmten Kombination vieler Nervenzellen, die gemeinsam feuern. Durch die gemeinsame elektrische Aktivität entsteht ein Muster im Gehirn, das die Großmutter repräsentiert. Andere Gesichter, Gegenstände, Telefonnummern - für alles gibt es ein spezielles Muster von Nervenzellen, die gemeinsam aktiv sind“ (Stangl: 1997).

³ Die Zellen an der Spitze der Hierarchie, die auf komplexe Objekte wie z. B. Gesichter reagieren, wurden eine Zeitlang „Großmutterzellen“ genannt.

Schon früh entdeckte man, dass die Entladungen der Neuronen in Gruppen, so genannten „cell assemblies“, geschehen, obwohl sie vielleicht sogar weit über das Gehirn verteilt sind (Hebb 1949: k. A., zit. In Grawe 2004: 65). Nervenzellen sind zu Neuronengruppen zusammengebunden. Diese Neuronengruppen sind gleichzeitig zu komplexeren neuronalen Erregungsmustern aktiviert (vgl. Grawe 2004: 63).

1.3.2 Das Gehirn „sieht“ in Wahrnehmungseinheiten:

Wenn man beispielsweise einen Sessel betrachtet, so können die dafür zuständigen Gruppen von Neuronen dennoch zur gleichen Zeit aktiv werden, wobei jede Untergruppe einen anderen Aspekt „sieht“: Eine Gruppe ist zuständig für die Wahrnehmung der Konturen, eine andere für die der Farben, eine weitere für die der Kontraste, usw. Wie diese Synchronisation genau stattfindet, wird noch erforscht, dass sie stattfindet steht außer Zweifel (vgl. Engel 1996: k. A., Singer 1999: k. A., zit. In: Grawe 2004: 65).

1.3.3 Gehirn verarbeitet „langsam und kultiviert“ oder „schnell und schmutzig“ Gedächtnisarten

Man unterscheidet neben dem bekannten Lang- und Kurzzeitgedächtnis auch das explizite (deklarative) und implizite (prozedurale, nicht deklarative) Gedächtnis. Das *implizite* Gedächtnis wird gespeist von kinästhetischem Empfinden, also alle Wahrnehmungen, die der Mensch mit seinem Tastsinn macht. Die Tatsache, dass wir mit geschlossenen Augen unsere Nasenspitze berühren können, beruht auf Informationen, die implizit gespeichert wurden (vgl. Rothschild 2002: 70): Die Höhe und der Winkel des Armes, räumliche Position der verschiedenen Körperteile u.a.m. Wie Tänzerinnen ihre Schrittfolgen setzen, wie wir uns im Dunkeln zurechtfinden, all das ist implizit gespeichert. *Explizit* bedeutet, dass die Gedächtnisinhalte verbal deklarierbar sind, dies betrifft Gedanken, Ideen oder Konzepte. Die explizite Erinnerung an ein traumatisches Ereignis beinhaltet die Fähigkeit, sich das Ereignis in Form einer zusammenhängenden Geschichte „herzuholen“. Das implizite Gedächtnis speichert automatisierte Verhaltensweisen oder innere Zustände und bleibt unbewusst, wenn es nicht mit dem expliziten Gedächtnis verbunden wird. Ein Beispiel wäre Fahrradfahren, ohne darüber nachzudenken, wie es geht. Hier ist diese Gedächtnisart von Vorteil, denn das Nachdenken, mit welchem Bein man das Pedal drücken muss und mit welcher Hand man welchen Teil des Lenkers ergreift, wäre viel zu umständlich. Beim Erinnern traumatischer Ereignisse, können implizite

Gedächtnisinhalte, die nicht mit dem expliziten Gedächtnis verbunden sind, jedoch Schwierigkeiten machen, weil man sie nicht in Worte fassen kann (vgl. Rothschild 2002: 56).

Gedächtniskategorien:

	explizit= deklarativ	implizit= nicht deklarativ
Prozess	bewusst	unbewusst
Informationsarten	kognitiv Fakten Geist verbal/semantisch Beschreibung von Operationen Beschreibung von Prozeduren	emotional Konditionierungen Körper sensorisch automatisierte Fertigkeiten Automatisierte Prozeduren
Vermittelnde Struktur des limbischen Systems	Hippokampus System	Amygdala System
Reife	im Alter von ca. 3 Jahren	von Geburt an
Aktivität während eines traumatischen Ereignisses⁴	unterdrückt	aktiviert
Sprache	kann in Worte fassen	sprachlos

Abbildung 8: Gedächtniskategorien. Quelle: Rothschild 2002: 54

In der Regel können Erinnerungen in Worte gefasst werden. Traumatische Erinnerungen jedoch häufig nicht. Sie können aber später ganz plötzlich und unvermutet ausgelöst werden. Zum Beispiel durch Gegenstände, die in Form oder Farbe an das traumatische Ereignis erinnern, oder durch Geräusche. Die Verfasserin erlebte einmal bei einem Urlaub am Meer mit einer Freundin, dass diese nachts durch das Meerrauschen, das man durch das offene Fenster hören konnte, kein Auge zutun konnte. Es stellte sich heraus, dass dieses Rauschen des Meeres die Frau an eine Situation erinnerte, bei der sie miterlebte, wie ein Freund von ihr im

⁴ Und auch während eines Flashbacks

Meer ertrank. Das Geräusch des Meeres wurde in ihrem impliziten Gedächtnis gespeichert. Man nennt diese Auslöser Trigger. Man vermutet weiters, dass die klassische Konditionierung (auf einen ähnlichen Reiz folgt die gleiche Reaktion) diesem Phänomen der Traumaauslöser (Trigger) zugrunde liegt. Es können ganze Ketten von konditionierten Stimuli durch diese Konditionierung erzeugt werden (vgl. Rothschild 2002: 58).

Sowohl für das Furcht- wie auch für das Angstsystem gilt, daß hierarchisch höhere Ebenen bei zunehmender Entfernung vom Gefahrenstimulus eingeschaltet werden (Abb. 9). Nach LeDoux (1994) besitzt das Gehirn Notfallsysteme, die eine Art „*quick and dirty*“- Modus bereitstellen, und höhere Zentren, die ihre Arbeit „*slowly and sophisticatedly*“⁵ verrichten, wenn eine feiner abgestimmte Vermeidungsantwort vorteilhaft ist. ... Die Bedrohungsinformation kann dabei direkter und schneller (*quick and dirty*) ohne Einbeziehung des Kortex oder langsamer, aber besser verarbeitet (*slow and sophisticated*) über den Kortex zu den ausführenden Zentren gelangen (Kalisch 2002: 29).

Zusammengefasst kann man sagen, dass die „guten Erinnerungen“ im Sinne von „für das Gedächtnissystem verkraftbar“, in den Hippokampus und dann ins Frontalhirn kommen und dort weiterverarbeitet, bewertet und eingeordnet werden.

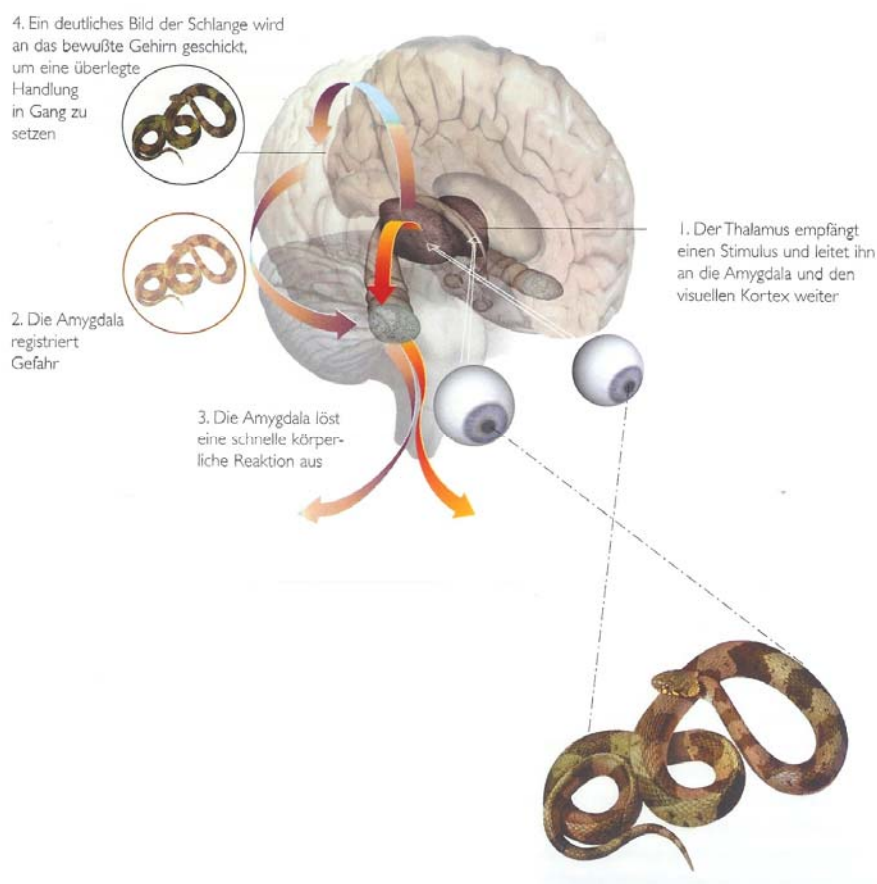


Abbildung 9: Vorgang im Gehirn bei einer bewältigbaren Gefahr. Quelle: Carter 1999: 96

⁵ englisch: kultiviert, exquisit

Gefühle von Todesangst, erlebte Sinneseindrücke von völligem Ausgeliefertsein u. ähnlichem werden jedoch in der Mandelkernregion (Amygdalensystem) des Gehirns abgespeichert. Durch die dauernde Übererregung des Gehirns kann das Erlebte nicht ins Denken eingeordnet werden (vgl. Bördlein 2008).

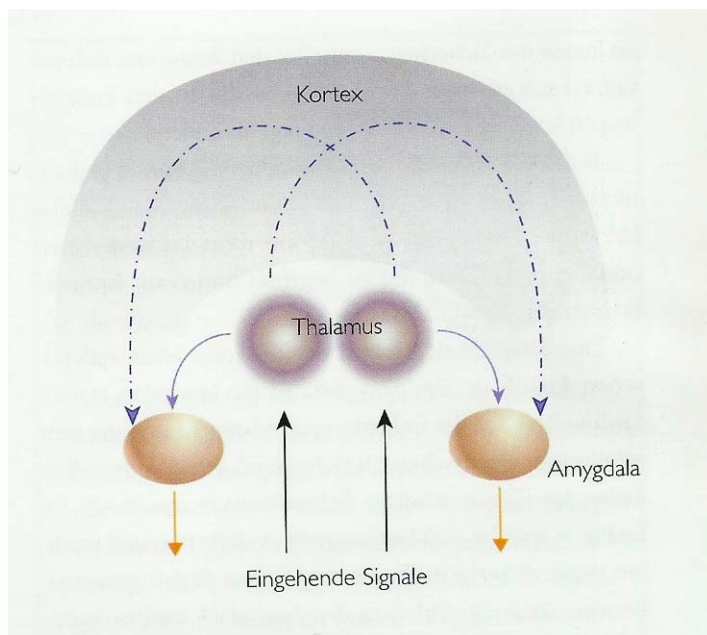


Abbildung 10: "Der schnelle und schmutzige Weg" bei der Informationsverarbeitung von nicht bewältigbarer Gefahr ist kurz. Quelle: Carter 1999: 19

Kritische Perspektiven auf die Ergebnisse der Gehirnforschung

Die Methoden, mit denen in der Gehirnforschung gearbeitet wird, sind häufig von Brutalität gekennzeichnet. Im Tierversuch wird einer Ratte der auditive Kortex (ein Teil des Großhirns) entfernt (LeDoux 1996: k. A., zit. in: Carter 1999: 96), bedauerliche Zustände von Epileptikern werden untersucht, die sich den Hippocampus entfernen ließen, um danach noch mehr zu leiden, weil sie überhaupt keine Erinnerung mehr bilden konnten (Carter 1999: 169).

In den USA kam es nach Klagen wegen Kindesmissbrauch vor Gericht zu Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Ergebnisse der Neurobiologie, insbesondere was die Zuverlässigkeit von Erinnerungen betrifft. Es wird behauptet, dass diese auf der Suggestion von Therapeuten beruhen. Huber ist der Ansicht, dass dies unzulässige und polemische Verallgemeinerungen aus minimalen Ergebnissen der Gedächtnisforschung sind und diese Beiträge daher als unwissenschaftlich

betrachtet werden können (vgl. Huber 2006: 300). Andere renommierte Forscher im Bereich der Psychotraumatologie führen an, dass sich im Bereich von Unfällen, Kriegstraumata und Katastrophen keine „False – Memory“ – Bewegung gebildet hat und dies ausgerechnet beim Thema innerfamiliärer Kindesmissbrauch angezweifelt wird. „Die Auflösung von Amnesien etwa bei Unfallopfern zeigt, dass vital und persönlich bedeutsame Aspekte des Geschehens detailgetreu erinnert wurden, wenn man die Aussage der Betroffenen mit dem Bericht von Augenzeugen vergleicht. Warum sollte sich dies bei physischer und insbesondere sexueller Misshandlung grundsätzlich anders verhalten (Fischer, Riedesser 1999: 262)? Diese Zweifel an der Zuverlässigkeit der Berichte von traumatisierten Menschen erinnern auch an die Diskussion um die „Schützengrabenneurose“ aus der Zeit des ersten Weltkriegs, wo manche Fachleute der Meinung waren, ein durch Kriegshandlungen traumatisierter Soldat sei ein Simulant und Feigling und wolle sich nur die Entschädigungszahlung erschwindeln (vgl. Herman 1993: 35).

Es gibt auch Stimmen, die das „Vermessen der Seele“ (Spielhofer 2007: 183) für unmöglich halten, da die Lokalisation der Aktivitäten im Gehirn noch nichts über das „Wie“ des Entstehens der Gefühle aussagt. Erkenntnisse aus Naturwissenschaft und Psychologie könnten nicht einfach aufeinander bezogen werden (vgl. Spielhofer 2007: 187). Auf der anderen Seite kann keine Forschungsrichtung heute alleine „vor sich hinforschen“, ohne in Gefahr zu geraten, sich in den wissenschaftlichen Elfenbeinturm einzuschließen und „L’art pour l’art“ zu produzieren. Das Netzwerk der Psychotherapeuten ist angewiesen auf die Erkenntnisse anderer Disziplinen wie der Gehirnforschung und umgekehrt. Aus der Forschung über soziale Netzwerke ist bekannt, dass unterschiedliche Persönlichkeiten in Netzwerken existieren, so genannte „Netzwerkknoten“. Dabei gibt es zwei Grundtypen: Die einen, die so genannten „Roberts“ sagen: „Wir haben uns für eine Sache entschieden. Jetzt machen wir uns an die Umsetzung!“. Die anderen, die so genannten „James“ meinen jedoch: „Aber die da drüben, die machen das ganz anders. Das könnten wir uns doch einmal ansehen!“ (vgl. Mayer-Schönberger 2008). Es bleibt zu hoffen, dass die James Fraktionen sich in beiden Berufen Gehör verschaffen, damit multiprofessionelle Zusammenarbeit und Forschung ermöglicht wird. Interdisziplinarität ist unverzichtbar für neue Ergebnisse bezüglich der Möglichkeiten

der Entwicklung und Förderung von Resilienz und damit der Wirksamkeit von Psychotherapie.

2 Trauma und die Vorgänge im Gehirn

2.1 Was ist ein Trauma

Trauma ist ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer/Riedesser 1999: 79). Mit anderen Worten bezeichnet dieser Ausdruck eine Situation, in der Menschen zum Beispiel mit einer tödlichen Bedrohung konfrontiert werden oder die körperliche Unversehrtheit in Gefahr gerät. Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die belegen, dass schwere Erkrankungen wie z. B. Herzinfarkt (Doerfler u. a. 1994: k. A., Kutz u. a. 1998: k. A., zit. in: Huber 2007: 31) oder Migration (Özkan 2002: k. A., zit. in: Huber 2007: 31) ebenfalls traumatisierend sein können.

2.1.1 Unterscheidung zwischen Trauma und belastendem Ereignis

Ein Trauma ist etwas anderes als ein Konflikt oder ein belastendes Ereignis. Die Frage, ob eine Mitarbeiterin, die gemobbt wird, kündigen soll oder in der Firma bleibt, ist kein Trauma sondern ein Konflikt. Auch einzelne stark belastende Erlebnisse wie ein Banküberfall, das Miterleben einer Naturgewalt oder ein Autounfall müssen nicht unbedingt als traumatisches Ereignis verarbeitet werden. Eine solche Situation kann aber unter Umständen ein Trauma werden. Die Voraussetzungen Erkrankungen auf Grund eines Traumas werden im Kapitel 2.3.3. „Risiko- und Schutzfaktoren für Traumafolgeerkrankungen“ näher erläutert. Die Bezeichnung Trauma wird im Allgemeinen verwendet, wenn es ein tatsächliches extrem stressreiches Ereignis gibt, das ein Übermaß an Bedrohung in sich birgt. Dieses Ereignis überflutet das Informationssystem des Gehirns und überfordert die Bewältigungsmechanismen, wenn man auf diese Extremsituation nicht vorbereitet ist (vgl. Huber 2007: 37).

2.1.2 Traumatischer Stress – wie der Körper fürs Überleben sorgt

In jeder der beiden folgenden Stressreaktionen ist das Ausgangsgefühl Angst:

Kontrollierbare Stressreaktion – die Alarmglocken läuten – Adrenalin – „cool system“

Ein Gast, der bei der Verfasserin zu Besuch war, kam nachts aus seinem Zimmer, mit bleichem Gesicht und berichtete, dass er im Garten ein Kind schreien hörte. Das Herz begann zu rasen, der Pulsschlag pochte in den Ohren, er bekam feuchte Hände und fühlte sich schlecht. Der Hypothalamus aktiviert den sympathischen Zweig des autonomen Nervensystems. Der Körper wird dadurch in erhöhte Erregung versetzt, die dem Körper Kampf oder Flucht ermöglichen: Das Herz klopft schneller, man atmet heftiger, die Haut wird bleich, weil das Blut aus der Körperoberfläche in die Muskeln fließt, um dem Körper auf schnelle Bewegungen zu ermöglichen (vgl. Gallup/Master k. A. zit. in Rothschild 2002: 77). Die Alarmglocken im Gehirn beginnen zu läuten. Die Nebennieren entleeren ihren Vorrat an Adrenalin in das vorbeifließende Blut, die Blutgefäße werden eng gestellt, die Muskulatur wird zum Sprung vorbereitet, Energiereserven der Leber mobilisiert, die Pupillen weit aufgemacht, die Haare sträuben sich (vgl. Hüther 2005: 35). Man ist „auf dem Sprung“, sucht eine geeignete Verhaltensstrategie, um die Bedrohung abzuwenden, eine Lösung zu finden. Die Autorin ging mit dem Gast gemeinsam zum Fenster, öffnete es und lauschte in die Dunkelheit hinaus. Es ertönte tatsächlich ein Klagegelaute, der dem eines Kindes ähnelte, ein Griff zum Schalter der Hausbeleuchtung machte jedoch klar, dass es sich um eine streunende Katze handelte. Den Betroffenen fällt ein Stein vom Herzen. Glück gehabt! (vgl. Hüther 2005: 34). Die Alarmglocken werden leiser, das Herz schlägt langsamer, der Puls beruhigt sich. „Eine derartige Stressreaktion ist besser mit dem Begriff „Herausforderung“ zu beschreiben“ (Hüther 2005: 39).

Unkontrollierbare Stressreaktion – zusätzlich zu den Alarmglocken heulen die Sirenen – Kortisol – „hot system“

In einer Situation, in der jedoch alle Wege blockiert sind, in der „... eine Person keine Möglichkeit einer Lösung durch ihr eigenes Handeln sieht, an der sie mit all ihren bisher erworbenen Reaktionen und Strategien scheitert ...“ (Hüther 2005: 38), gehen im Gehirn zusätzlich zu den Alarmglocken noch die Sirenen an und es herrscht höchste Alarmbereitschaft. Die beteiligten Systeme im Gehirn „schaukeln sich auf“, sodass es zusätzlich zur Aktivierung einer Verschaltung kommt, die man „HPA-System“ nennt, an der also Hypothalamus, Hypophyse (Pituitary) und Nebennierenrinde (Adrenal glands) beteiligt sind (vgl. Huber 2005: 45). Die Vorgänge werden weiter unten näher erklärt.

Es gibt ein Phänomen, das in der Stressforschung bisher kaum beachtet wurde: Das Gehirn erzeugt nicht nur die Stressreaktion sondern es ist auch ein wichtiges Zielorgan derselben. Einige der chemischen Stoffe, die ausgeschüttet wurden, können die Stressreaktion vermehren, andere können sie bremsen, z. B. das Cortisol, siehe weiter unten (vgl. Hüther 2005: 38).

2.1.3 Was im Gehirn bei Gefahr vor sich geht: fight or flight

Das Wissen darüber ist noch relativ neu. Die bildgebenden Verfahren wie z. B. Pet – Scans (Positronen – Emissions – Tomografie – Bilder, Kernspin (Magnet – Resonanz – Tomografie – MRT) und anderen, ermöglichten es, dem Gehirn bei seiner Aktivität zuzusehen (vgl. Huber 2007: 44). Bei Gefahr ist das ganze Gehirn in einem Ausnahmezustand. Eine besondere Rolle spielt das limbische System, die „Überlebenszentrale“ des Körpers. Wie im Kapitel eins ausgeführt wurde, besteht zwischen diesem Teil des Gehirns und dem autonomen Nervensystem eine enge Beziehung. Das limbische System steuert Verhaltensweisen, die für die Sicherung des Überlebens nötig sind. Auch für den Ausdruck von Emotionen ist es zuständig, ebenso wie Nahrung, Fortpflanzung und die instinktgesteuerte Gefahrenabwehr in Form von Reaktionen, die Kampf oder Flucht ausmachen. ... Das limbische System beurteilt eine Situation und bedeutet dem Autonomen Nervensystem (ANS) danach, ob es den Körper in den Ruhezustand versetzen soll oder auf eine Anstrengung vorbereiten. Das ANS führt die Aktivität der unwillkürlichen Muskulatur, und Organen wie Herz- Kreislaufsystem, Lunge, Nieren, Blase, etc... und es besteht, wie schon erwähnt, aus dem sympathischen (SNS) (bei Anstrengung aktiv) und parasymphathischen Teil (PNS) (bei Ruhe aktiv) (Rothschild 2002: 27, 77). Zwei wichtige Teile des limbischen Systems sind die Amygdala (Warnsirene) und der Hypothalamus. Auf extreme Bedrohung reagiert das limbische System mit der Ausschüttung von Hormonen, die dem Körper signalisieren, dass er sich auf eine Abwehrreaktion vorbereiten muss. Dies geschieht in zwei verschiedenen Systemen, die parallel arbeiten, dem „cool system“ oder „Amygdala System“ und dem „hot system“ oder dem „Hippocampus System“ (Metcalfe/Jacobs 1996: k. A., zit. in: Huber 2007: 44).

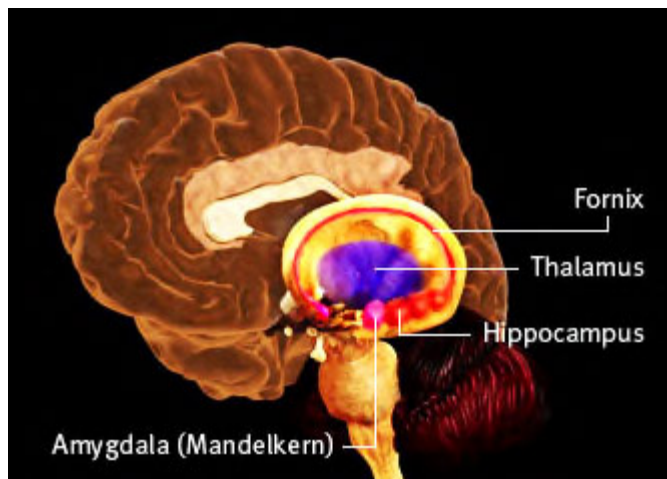


Abbildung 11: Die Amygdala im limbischen System. Quelle: Wehrmann, Tim; www.geo.de/GEO/mensch/medizin/51775.html

Das Hippocampus System – ein „cool system“:

Ein Stress - Reiz, der als „cool“, d. h. im Thalamus nicht allzu beunruhigend beurteilt wird, kommt von dort zur Amygdala und zum Hippocampus, dann wieder über den Thalamus zurück zu beiden Hirnhälften, dort zu den Sprachzentren und zum Vorderhirn. Dadurch wird der Reiz sorgfältig verarbeitet, dies dauert länger, also „slowly and sophisticatedly⁶“, wie es der Psychologe und Neurowissenschaftler Joseph LeDoux 1994 ausdrückte. Der Fornix, ein mächtiger Faserstrang, ist an der Speicherung von Informationen vom Kurzzeit ins Langzeitgedächtnis beteiligt. Kommt es zu einer Bedrohung, dann aktiviert der Hypothalamus erstens das Sympathische Nervensystem. Dadurch schütten die Nebennieren Epinephrin und Norepinephrin aus. Dies regt den Körper an, sich für Kampf- oder Fluchtreaktion („fight or flight“) zu mobilisieren. Zweitens schüttet der Hypothalamus CRF aus (= Kortikotropin-ausschüttender Faktor). Dieser CRF aktiviert die Hypophyse und veranlasst sie dazu, ein Hormon (ACTH = Adrenokortikotropines Hormon) auszuschütten, das die Nebennieren aktiviert und eine Kortisolausschüttung bewirkt (vgl. Rothschild 2002: 28).

Das Amygdala System – ein „hot system“:

Bei einem als „heiß“, d. h. „alarmierend“ eingestuften Reiz jedoch stellt die Amygdala sicher, dass Eiweiße im Gehirn freigesetzt werden, die den Hypothalamus stimulieren. Dadurch setzt dieser weitere Eiweiße namens CRF und Vasopressin frei.

⁶ englisch: kultiviert, exquisit

CRF bedeutet **C**orticotropin **R**eleasing⁷ **F**actor. Dieser Signalstoff wirkt auf die Hirnanhangdrüse (Hypophyse) und regt die Freisetzung von ACTH (**A**dreno-**C**ortico-**T**ropes **H**ormon) an. Dieses ACTH aktiviert die Nebennierenrinde zur Freigabe von Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol (vgl. Huber 2007: 45). Dies geht alles sehr schnell nach dem Motto „quick and dirty“ (LeDoux 1994: k. A.) und ohne sorgfältige Verarbeitung in entfernteren Gehirnregionen wie zum Beispiel dem Sprachzentrum. „Extremer Stress führt häufig zu einer Blockade der normalen Verarbeitungsprozesse im Gehirn. So erklärt sich, dass viele Menschen nicht mehr erinnern können, was bei einem Unfall geschehen ist“ (Bördlein 2008).

Sobald die bedrohliche Situation vorüber ist, wirkt das Cortisol als „Bremse“ und unterbricht die Alarmreaktion, und die Nebenniere hört auf, Epinephrin und Norepinephrin zu produzieren. Dies bewirkt, dass der Körper sein Gleichgewicht wieder herstellen und in seinen entspannten Zustand zurückkehren kann (Rothschild 2002: 28). Dieser Beruhigungsvorgang ist bei Menschen, die an PTBS (siehe Kapitel Traumafolgestörungen) leiden, gestört. Es wird nicht genügend Cortisol ausgeschüttet, dass die Alarmreaktion gestoppt werden kann (vgl. Rothschild 2002: 27). Dies ist wichtig für die Traumatherapie, denn bei Traumafolgestörungen ist der Cortisolspiegel zu niedrig und es erfolgt eine typische andauernde Übererregung (Hyperarousal) (vgl. Rothschild 2002: 26).

2.2 Körper und Seele in Alarmzustand – das Trauma beginnt

2.2.1 Reaktionen bei Gefahr ohne Aussicht auf Rettung: freeze and fragment

Bei Todesgefahr oder bei Bedrohung über eine lange Zeit, wenn also der Mensch weder kämpfen noch flüchten kann, dann versetzt das limbische System den parasympatischen Zweig des Autonomen Nervensystems in einen erhöhten Erregungszustand, wodurch der Mensch unbeweglich wird – er erstarrt. Dieser Zustand wird „freeze“ oder (tonische Immobilität) genannt (vgl. Gallup/Master k. A. zit. in Rothschild 2002: 77). Ein Traumaopfer, das in diesen Zustand gerät, tritt in eine andere Realität: Die Zeit scheint langsamer zu werden, Angst- und Schmerzgefühl lassen nach. Diese Reaktionen sind instinktiv, es sind keine Entscheidungen, denen reifliche Überlegungen vorangehen. Viele Gewaltopfer, vornehmlich Frauen, leiden unter starken Schuldgefühlen und schämen sich, weil sie

⁷ englisch: freisetzend

erstarrt sind und nicht gehandelt haben, um sich oder andere zu schützen. Die Erkenntnis, dass das Erstarren automatisch eintritt, fördert hier den Prozess des Selbst-Vergebens (vgl. Rothschild 2002: 30).

Das Amygdala System, das, wie oben beschrieben, mit dem Hippocampus – System parallel arbeitet, „fischt“ brisante Erlebnisinhalte heraus. Diese werden (zunächst) nicht ins biographische Gedächtnis integriert. Stattdessen werden aus diesem Material die körperlichen und seelischen Reaktionen aufgesplittert daher die Bezeichnung „fragment“. (Metcalf/Jacobs 1996: k. A., zit. in: Huber 2007: 47). Es bleiben nur Einzelbilder und kurze Sequenzen übrig, die bewussten Erinnerungen fehlen (Possmeyer 2002: k. A., LeDoux 1998: k. A., zit. in: Huber 2007: 48).

2.2.2 Dissoziation

Dissoziation ist etwas, was alle Menschen tun, das Gegenteil von Assoziation (vgl. Ross 1997, k. A., zit. in: Huber 2007: 54). „Wir dissoziieren und assoziieren in beinahe jeder Minute unseres Lebens. Dabei fügen wir zusammen (assoziiieren) und trennen wieder oder schieben beiseite (dissoziieren), was von bestimmten Instanzen unseres Gehirns als

- a) zu unwichtig oder
- b) zu brisant

eingeschätzt wird (Huber 2007: 54). Es gibt verschiedene Grade an Dissoziation, jede Form tritt unter Stress auf. Bei traumatischem Stress kann eine gravierende Form der Dissoziation auftreten, im Sinne einer „Spaltung des Bewusstseins“ (Rothschild 2002: 33). Sie ist zentral für das Verständnis von Traumafolgestörungen.

„Die Dissoziationen, die PTBS - Kranke in Zusammenhang mit ihren traumatischen Ereignissen kennen gelernt haben – eine Veränderung des Zeitgefühls, eine Verringerung des Schmerzempfindens, die Ausblendung von Empfindungen des Schreckens und des Entsetzens -, erinnern an die Charakteristika, über die Menschen berichten, die auf eine traumatische Bedrohung mit Erstarren reagiert haben“ (Rothschild 2002: 33).

Zu den Formen von Dissoziation zählt neben der Alltagsdissoziation (man erinnert sich nicht mehr, warum man in die Küche gegangen ist) die Amnesie. Ein klinisches Beispiel dafür wären große Erinnerungslücken in der Volksschulzeit. (vgl. Huber 2007: 58). Ein weiteres dissoziatives Phänomen ist die Derealisierung: Jemand hört seinem Gegenüber zwar zu, aber die Ohren scheinen auf „Durchzug“ gestellt, er könnte das Gehörte nicht mehr wiedergeben. Ein Beispiel für eine klinische Form wäre die Vorstellung, diese Lebensszene passiere nicht jetzt sondern würde Teil

eines Films sein. Es ist ursprünglich als Schutzfunktion eingerichtet, kann aber chronisch werden und damit in der posttraumatischen Belastungsreaktion eine Rolle spielen (vgl. Huber 2007: 61). Eine weitere Form der Dissoziation ist die „Fugue“. Ein Zustand, in dem man von einem Ort zum anderen flieht, ohne sich danach daran erinnern zu können (Huber 2007: 63). Die intensivste Form der Dissoziation ist die dissoziative Identitätsstörung, früher als „multiple Persönlichkeitsstörung“ bezeichnet. Bei einer einmaligen Traumatisierung entwickeln sich „Risse“ in der Persönlichkeit, bei vielen Traumatisierungen kann sie „... buchstäblich in Teile zerbrechen, die sogar auf Dauer eine gewisse (Teil-) Autonomie erhalten können“ (Huber 2007: 65).

2.2.3 Unkontrollierte Erinnerungen unter Stress - Flashbacks

Während der Bedrohung wird die Aktivität des Hippokampus oft unterdrückt. So kann das traumatische Ereignis nicht zeitlich eingeordnet werden und tritt in der Folge immer wieder in Erinnerung. Die wichtige Wahrnehmung, dass es *vorbei* ist, dass die Gefahr vorüber ist, stellt sich dann nicht ein (vgl. Rothschild 2002: 33). Die Symptome können nicht im Gedächtnis dem Ereignis in der Vergangenheit zugeordnet werden. Man vermutet, dass dies verantwortlich ist für das Phänomen der „Flashbacks“ oder „Intrusionen“, das plötzliche seelische oder körperliche Wiedererleben von Traumaepisoden. Die schlimmen Bilder können blitzartig wieder auftauchen. Sie können durch Reize ausgelöst werden, die mit dem schrecklichen Geschehen nur entfernt zusammenhängen, wie z. B. durch bestimmte Gerüche oder Geräusche - etwa das Rasierwasser des Täters oder quietschende Reifen, sogenannte „Trigger“. Der Körper wird dann wieder in eine Panikreaktion versetzt (vgl. Bördlein 2008).

2.3 Folgen eines Traumas

2.3.1 Traumafolgeerkrankungen

Bei einer Traumafolgeerkrankung ist es typisch, dass die Personen entweder von Übererregungssymptomen gequält werden, z. B. beim geringsten Geräusch zusammenzucken oder an so genannten Vermeidungssymptomen leiden, wie Dumpfheit, emotionale Betäubung (Huber 2007: 68) oder das häufige Zurückziehen im Übermaß (vgl. Reddemann 2005: 33). Diese Reaktionen sind normal und man bezeichnet sie als Posttraumatische Belastungsreaktion. Sind sie sehr intensiv, werden im Laufe der Zeit stärker statt nachzulassen und dauern länger als vier Wochen (Huber 2007: 69), dann nennt man sie:

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Hier kommt es zum Wiedererleben belastender Ereignisse. Der Körper reagiert bei der Erinnerung an das Ereignis so, als würde ein neuer Angriff stattfinden, obwohl keine reale Bedrohung vorliegt. Es liegen starke Belastungssymptome gefühlsmäßiger und körperlicher Art vor und Reize, die an das Trauma erinnern, werden anhaltend vermieden. Auch unter dissoziativen Symptomen leiden die Menschen häufig, ebenso wie an erhöhter Erregung, die sich durch Reizbarkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Schreckreaktionen äußern kann (APA: DSM IV: 1994; Dilling u. a. 1997, zit. in: Huber 2007: 70).

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Das DSM IV nennt bei den dissoziativen Störungen fünf Unterteilungen: Amnesie, Fugue, Identitätsstörung, Depersonalisationsstörung und Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung (APA: DSM IV 1998: 543 ff), siehe oben, Kapitel Dissoziation. In der neuesten Ausgabe des DSM IV wird vermutlich eine weitere häufige Traumafolgeerkrankung aufgenommen: Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, von amerikanischen Kollegen als „DESNOS“ – Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ bezeichnet. Sie hat weitreichendere Symptome als die „einfache“ Posttraumatische Belastungsstörung: Von Problemen mit der Regulation von Gefühlen über Selbstverletzung bis zu wiederkehrenden Suizidimpulsen (Vgl. Huber 2007: 23).

2.3.2 Folgen für Helfer und Helferinnen

Auch HelferInnen, die bei traumatischen Ereignissen im Einsatz sind, können dadurch Belastungen ausgesetzt sein. Die Notfallpsychologie (vgl. Bengel 1997, Hausmann 2003) erforscht diese Folgen, denen MitarbeiterInnen von Feuerwehr, Rettungsdiensten oder Polizei im Katastrophenfall ausgesetzt sind. Kriseninterventionsteams, die am Ort von Katastrophen zum Einsatz kommen, sind meist direkt mit traumatischen Ereignissen und deren Folgen konfrontiert und nicht selten auch selbst in (Lebens-) Gefahr. Im Unterschied dazu sind TherapeutInnen kaum direkt am Ort des Traumas der KlientInnen – Traumatherapie findet in der Regel in räumlicher und zeitlicher Entfernung zum Traumageschehen statt (ausgenommen Arbeiten in Flüchtlingslagern oder Krisengebieten). Die Gestalttherapeutin Birgit Unterweger befasst sich in ihrer Graduiierungsarbeit ausführlich mit Nebenwirkungen und Risiken für Therapeutinnen, die mit

traumatisierten Menschen arbeiten: „Im psychotherapeutischen Setting sehen wir uns Menschen gegenüber, die Traumata überlebt haben, deren Erfahrungen oft schon lange zurückliegen – dennoch wirkt das Trauma auch hier in besonderer Weise auf die BehandlerInnen“ (Unterweger 2005: 11). Dies wird Sekundäre Traumatisierung genannt. Damit kann sowohl die (Aus)Wirkung des Traumas auf nicht unmittelbar Betroffene gemeint sein (ZeugInnen, Angehörige), als auch auf HelferInnen. Butollo sieht die Dynamiken in der Traumaarbeit als indirekte/sekundäre Traumatisierung, die mögliche Folge davon als Burnout (vgl. Butollo 1997: k. A., zit. in Unterweger 2005: 14). „Die Auswirkungen von indirekter Traumatisierung entsprechen denen auf direkt Traumatisierte, wenn auch in weniger intensiver Form“ (Unterweger 2005: 14). Der Begriff „Mitempfinders-müdigkeit“ oder „compassion fatigue“ (Stamm 2002: k. A., zit. in Huber 2006: 283) bezieht sich auf die emotionale Erschöpfung, die durch Traumaarbeit bei HelferInnen auftreten kann. Dies können intrusive Phänomene des Wiedererlebens wie Alpträume oder flash backs sein, Vermeidungsreaktionen, welche die Erinnerung an die traumatischen Ereignisse und die Beschäftigung damit betreffen (dissoziative Phänomene, emotionales Abstumpfen) oder auch permanente Übererregung (erhöhte Reizbarkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen). Weiters kann es zu Selbstabwertung, Schuldgefühlen und Vernachlässigung der sozialen Beziehungen (auch der eigenen Kinder, des/r PartnerIn) zugunsten des Engagements für die unendlich bedürftig erscheinenden KlientInnen kommen(vgl. Unterweger 2005: 24).

Vorbeugend können Therapeutinnen auf die eigene Selbstfürsorge achten, indem sie sich immer wieder Visionen auf das persönliche und berufliche Leben erlauben, selbst Achtsamkeit üben, für ausreichend Bewegung sorgen, die Freude bereitet (vgl. Reddemann 2005: 190, 191). Einen Fragebogen, um die „Mitempfinders-müdigkeit“ festzustellen, bietet Michaela Huber. In ihrem Buch finden sich auch weitere Maßnahmen, um auf die eigene Psychohygiene zu achten (vgl. Huber 2006: 275 ff.).

2.3.3 Risiko- und Schutzfaktoren für Traumafolgeerkrankungen

„Wie gut ein Trauma verarbeitet wird, hängt von den eigenen körperlich-seelischen Ressourcen und der Art des Traumas ab. Kinder sind gegenüber traumatischen Erlebnissen schutzloser und brauchen Unterstützung bei der Verarbeitung, um wieder Vertrauen ins Leben entwickeln zu können. Traumata, die durch Menschen

vorsätzlich verursacht worden sind wie Vergewaltigung oder ein tätlicher Überfall, sind schwerer zu überwinden als Naturgeschehen oder kollektive Katastrophen wie Kriege. Eine einmalige Traumatisierung etwa durch einen Unfall kann leichter verarbeitet werden als eine fortdauernde wie durch sexuellen Missbrauch“ (Bördlein 2008). Risikofaktoren können unterschieden werden nach:

- Faktoren vor dem traumatischen Ereignis, dazu zählen unter anderem wenig sozialer Rückhalt, Armut, Misshandlung in der Kindheit, Schicksalsschläge, dysfunktionale Familienstrukturen, gehemmtes Verhalten, weibliches Geschlecht und vorhergehende psychische Störung.
- Faktoren während des Traumas: hier ist bedeutsam die Länge und das Ausmaß bzw. die Wiederholung des traumatischen Geschehnisses, die subjektive Einschätzung der Gefahr, andere damit verbundene Traumata (Zeuge einer Misshandlung zu werden, Täter zu werden).
- Faktoren nach dem Trauma: hier spielt eine Rolle, wie ausreichend die soziale Unterstützung ist, wie viele weitere negative Lebensereignisse passieren, ob das Trauma anerkannt wird und sekundäre Stressfaktoren wie z. B. Schulwechsel, finanzielle Sorgen, Umzug oder Zerstörung des Zuhauses (vgl. Huber 2007:83).

Zu den bis jetzt untersuchten Schutzfaktoren zählen soziale Unterstützung, kommunikative Kompetenz und ein kohärentes Weltbild (Fritze 2000: k. A., zit. in: Huber 2007: 82). Die meisten Menschen haben genügend eigene Kraftquellen, um Schicksalsschläge zu überwinden. Auch schwere seelische Verletzungen können heilen, wichtig dafür ist neben den eigenen Heilkräften ein sicheres soziales Netz wie Familie und Freunde, um seine inneren Kräfte mobilisieren zu können (vgl. Bördlein 2008). Die Forschung, die sich mit diesem Thema befasst, nennt man Resilienzforschung.

3 Resilienz – seelische Widerstandskraft

3.1 Was ist Resilienz

Das Wort „Resilienz“ stammt von dem lateinischen Begriff „resilio“, ich springe zurück- nämlich in den Zustand (früheren) Wohlbefindens.

Garnezy (1993), der seine Forschungen schon früh auf positive Entwicklungsprozesse lenkte, sieht das zentrale Element der Resilienz "in the power of recovery and in the ability to return once again to those patterns of adaptation and competence that characterized the individual prior to the pre-stress period....'to spring back' does not suggest that one is incapable of being

wounded or injured. Metaphorically it is descriptively appropriate to consider that under adversity, a [resilient] individual can bend... yet subsequently recover" (Garmezy 1993: 129, zit. in: Müller/Petzold 2003: 3).

Die Hauptkraft der Resilienz liegt also nach Garmezy in der Kraft, sich wieder zu erholen und in der Fähigkeit, wieder zurückzukehren zu denjenigen Mustern der Anpassung und Kompetenz, die das Individuum kennzeichneten, bevor die Stresssituation geschah. Das Zurückspringen heißt nicht, dass jemand unverwundbar ist. Bildhaft betrachtet könnte man sagen, der Mensch wird vom Unglück gebeugt, aber danach fasst er sich wieder. Das Zurückkehren zur Fähigkeit, wieder Verhaltensmuster einzunehmen, die man vor der Stressperiode hatte, wird als Resilienz bezeichnet. Es wird darunter auch Widerstandskraft verstanden, in diesem Fall seelische (vgl. Reddemann 2007: 52).

„In seiner ursprünglichen Bedeutung bezeichnete der Begriff der Resilienz die Elastizität oder Geschmeidigkeit einer Substanz (physikalisch Prallkraft) oder eines Organs (Belastungsfähigkeit, Spannkraft). ... In den 90er Jahren erhält ... „Resilienz“ eine neue Bedeutung ... und wird definiert als "die Fähigkeit, sich nach Krankheit, Veränderung und Unglück schnell zu erholen" (American Heritage Dictionary 1994 zit. in: Müller/Petzold 2003: 3).

Resilienz ist die Fähigkeit, sich „von belastenden Umständen und Krisen nicht entmutigen zu lassen, sondern negative Ereignisse als Herausforderungen bzw. Hindernisse zu sehen, welche bewältigt werden können“ (Göppel 1997: 297).

Wolin ist der Ansicht, dass „Risikofaktoren und eine belastende Umwelt nicht unweigerlich zu einer schlechten Anpassung führen. Es scheint klar, dass zu jedem Zeitpunkt der individuellen Entwicklung, von der Geburt bis ins Erwachsenenleben, es ein sich veränderndes Gleichgewicht zwischen belastenden Ereignissen, die die Verletzlichkeit erhöhen, und schützenden Faktoren gibt, die die Widerstandskraft erhöhen“ (Wolin 1993, k. A. zit. in Skof 2003: 5). Nuber ergänzt die Definition von Göppel, der den Schwerpunkt auf die Abwesenheit eines negativen Entwicklungsverlaufes legt, mit dem Merkmal der Kompetenz, die Lösung schwieriger Aufgaben mit Zuversicht in Angriff zu nehmen (vgl. Nuber 1999b: zit. in Skof 2003: 17). Resilienz ist nicht einfach nur Selbstvertrauen: Resiliente Menschen entwickeln sich positiv, *obwohl* die Kenntnis der Entwicklungshintergründe dies nicht hätte erwarten lassen (vgl. Göppel 2000: 80, zit. in Skof 2003: 16).

Mit anderen Worten könnte man fragen: Womit könnte sich ein unglückliches Kind trösten, wenn es keine Menschen gibt, an die es sich wenden kann oder wenn der

Trost von diesen nicht ausreicht, seinen Kummer zu beruhigen? Dieses Kind geht vielleicht zu einem Bach und hört sein Rauschen, erzählt dem Murmeln des Baches sein Leiden, oder einem hilfreichen Wesen, sei es Engel oder Fee, nimmt die Vogelstimmen wahr, weiß sich verbunden mit den Tieren, fühlt sich von einem Sonnenstrahl warm gestreichelt und geborgen und hat den Eindruck, die Natur sei belebt, hört zu und gibt Antwort. Vielleicht würde sich das Kind auch durch Musik getröstet fühlen. All dies könnte dem Kind helfen, das Bisschen, das es vielleicht doch noch von den Menschen erhält, wie einen Schatz zu hüten und zu nutzen. So, als bekäme es sehr viel an Zuwendung. Diese Fähigkeit wird als Resilienz verstanden (vgl. Reddemann 2007: 13).

3.1.1 Entwicklung der Resilienzforschung

„Die Forschung im Bereich Resilienz entwickelte sich erst zu Beginn der siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts als Zweig der Entwicklungs(*psycho*)pathologie. Die Untersuchungen im Bereich der Entwicklungspathologie lieferten Erkenntnisse, welche für die Entstehung der Resilienzforschung grundlegend waren“ (Skof 2003: 13). Zu den Pionierinnen der Resilienzforschung gehören Emmy E. Werner und Ruth S. Smith. Sie führten von 1955 bis 1995 bei der Kauai – Studie insgesamt 6 Untersuchungen an einer Gruppe von 700 Kindern auf der hawaiianischen Insel Kauai von der vorgeburtlichen Zeit bis zum 40. Lebensjahr durch, um darüber Aussagen machen zu können, wie diese Menschen mit Belastungen in ihrem Leben fertig wurden. Sie beobachtete mittels prospektiver Längsschnittstudien sogenannte „Risikokinder“ und fand heraus, dass nicht alle Kinder, die in belastenden Verhältnissen aufwuchsen, in ihrer Entwicklung beeinträchtigt wurden und nicht alle später als Erwachsene an den Folgen der bedrückenden Ereignisse litten (vgl. Skof 2003: 14). Emmy E. Werner und Ruth S. Smith fanden folgende Schutzfaktoren bei den resilienten Menschen: Persönliche Kompetenz, Entschlossenheit, Unterstützung (durch einen Ehegatten oder einen Partner) und Vertrauen. Besonders auffällig: Über die untersuchte Gruppe sagten sie aufgrund der Untersuchung der inzwischen 40-jährigen: “They worked well and loved well in contexts far different from the traumatic scenes that had characterized their childhoods” (vgl. Reddemann 2006: k. A.).

In der weiteren Forschung befasste man sich vorwiegend mit den Bedingungen, unter denen Kinder aufwuchsen und welche davon bedeutsam für die Bewältigungsmechanismen von Risikofaktoren wie elterliche Trennung, familiäre

Gewalt oder Vernachlässigung waren (vgl. Anthony 1987, k. A. zit. in Skof 2003: 14). „Die Resilienzforschung unterscheidet personale und soziale Ressourcen, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie ...“ (Reddemann 2007: 53).

Phänomene die auch in der Resilienzforschung untersucht werden, sind: Die positive gesunde Entwicklung trotz andauerndem, hohem Risiko-Status (z.B.: chronische Armut, niedriger sozioökonomischer Status, elterliche Psychopathologie, Multi-Problem-Milieus), die beständige Kompetenz unter akuten Stressbedingungen (z.B. elterliche Trennung und Scheidung, Verlust eines Geschwisters, sogenannte nicht normative kritische Lebensereignisse), weiters die positive und schnelle Erholung von traumatischen Erlebnissen (z.B. Tod eines Elternteils, sexueller Missbrauch, Kriegserlebnisse). Von Resilienz spricht man erst, wenn „besondere“ Bewältigungsleistungen vorliegen, ein hohes Maß an Selbstvertrauen ist z.B. nicht ausreichend (vgl. Wustmann 2004: 19, zit. in Winkler 2006: 14).

Eine Forscherin ist der Meinung, dass man Resilienz kultivieren kann. Sie hat mit Entwicklung zu tun und wird durch Visionen und Stehvermögen begünstigt (vgl. O'Connell Higgins: 1994, k. A., zit. in Reddemann 2007: 49).

Eine andere Resilienzforscherin, Ann Masten, fand überraschenderweise heraus, dass Resilienz etwas ganz Gewöhnliches ist: Was resiliente Menschen auszeichnet, sind Fähigkeiten wie Denken, Lachen, Hoffen, das eigene Verhalten unterbrechen, um Hilfe zu bitten und diese zu akzeptieren, auf Gelegenheiten zu reagieren oder Erfahrungen und Beziehungen zu suchen, die für die Entwicklung gesund sind (vgl. Reddemann 2007: 49). Sie bezeichnet Resilienz als sowohl den Prozess wie die Fähigkeit trotz herausfordernder oder gar belastender Bedingungen eine erfolgreiche Anpassung zu bewirken (vgl. Masten u. a. 1990: k. A.). Resiliente Menschen haben eine innere Fähigkeit, die immer wieder dafür sorgt, dass sie nicht aufgeben. Veränderungen brauchen Zeit. Resiliente Menschen fühlen sich nicht dauernd wohl. Nach schmerzlichen Erfahrungen braucht es geraume Zeit, bis sie wieder zu mehr Wohlbefinden zurückkehren können (vgl. Reddemann 2006: k. A.).

Es ist wichtig, zu betonen, dass sich die Ergebnisse der Resilienzforschung auf Menschen beziehen, die den Wunsch nach Veränderung verspüren. Für manche

Personen ist es aus unterschiedlichsten Gründen nicht möglich, ihr Unglück verändern zu können oder zu wollen (vgl. Reddemann 2007: 52).

In einer weiteren Forschung, der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie von Lösel 1994 wurden Jugendliche, die in Heimen aufgewachsen waren, untersucht. Es ging darum, Widerstandskraft bei Menschen aus einem besonders risikoreichen Multiproblem-Milieu zu erheben. Es wurde über zwei Jahre eine Gruppe Jugendlicher mit bisher relativ gesunder psychischer Entwicklung mit einer anderen Gruppe, die schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten zeigte, verglichen. Die Ergebnisse zeigten einen stärkeren Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung der Probleme (z. B. Wahrnehmung von Elternkonflikten, erlebte Vernachlässigung und Alkoholprobleme), im Vergleich zu den objektiven Risikofaktoren wie elterliche Trennung, Arbeitslosigkeit oder schlechte Wohnverhältnisse. „Resiliente Jugendliche“ zeigten sich in ihrem Temperament flexibler, waren tendenziell intelligenter, hatten ein positiveres Selbstkonzept, erlebten sich selbstwirksamer und neigten zu einem aktiveren Bewältigungsverhalten. Sie verfügten häufiger über eine feste emotionale Bezugsperson außerhalb der Kernfamilie. Nach den zwei Jahren hatte sich ein Drittel der „auffälligen“ Jugendlichen positiv entwickelt (vgl. Lösel 1994, k. A. zit. in Winkler 2006: 19).

Weitere bedeutende Forschungen der Pionierzeit sind die Studie von Tress (1986) „Das Rätsel der seelischen Gesundheit“ und die „Isle of Wight Studies“ nach Rutter (1970).

3.1.2 Eine neue Perspektive – Die Frage, was macht gesund?

Coping und Stress

Coping ist im Vergleich zu Resilienz ein Begriff, der mehr an bestimmte Zeitspannen und Situationen gebunden ist (vgl. Winkler 2006: 12). Die Stressforschung entwickelte ein Modell, in dem „... die Bewertung und Verarbeitung (Coping) eines Stressors darüber entscheidet, ob dieser negativen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden ausüben kann oder nicht“ (Lazarus 1966: k. A. zit. in: Bettge 2004: 18). Stressor ist meist gleichbedeutend mit dem medizinischen Risikofaktorenbegriff. Die Bezeichnung Ressource oder Schutzfaktor (protektiver Faktor) wird in der einschlägigen Literatur oft synonym verwendet (vgl. Bettge 2004: 18). In der Stressforschung fragt man nach Ursachen für Belastungen. Es werden

Widerstandsressourcen gegenüber krankmachenden Einflüssen beschrieben. Diese werden in internale und externale Ressourcen eingeteilt. Zu den internalen Ressourcen zählen etwa Ich-Stärke, Selbstvertrauen und Optimismus. Zu den externen Ressourcen gehören z. B. soziale Integration, Status und Einkommen. In der weiteren Forschung wurde deutlich, dass es sich bei den Widerstandsressourcen um „... individuell sehr verschiedene Arten des Umgehens mit potentiell krankmachenden Einflüssen handelt, die schwer einheitlich zu konzeptionalisieren sind (Lamprecht/Sack 1997: 23). Man fand heraus, „... dass nicht der Stressor an sich entscheidend ist, für das Ausmaß seiner potentiell schädigenden oder förderlichen Wirkung, sondern der Umgang mit dem Stressor“ (Franke 1997: 44).

Der Medizinsoziologe Antonovsky erweiterte die Stressforschung, indem er fragte, wie und unter welchen Bedingungen sich die Gesundheit eines Menschen entwickelt. Er ging dem Rätsel nach, warum einige Menschen weniger leiden als andere. Wie es also „... kommt, dass ein Mensch trotz widriger Lebensumstände gesund bleibt oder seine Gesundheit nach Erkrankung wiedererlangt“ (Lamprecht/Sack 1997: 22). Antonovsky hatte folgendes Schlüsselerlebnis: Er führte 1970 in Israel eine Untersuchung über die gesundheitlichen Auswirkungen der Wechseljahre durch. Da wurde er auf eine Gruppe von Frauen aufmerksam, die einen Konzentrationslageraufenthalt überlebt hatten und damit schwerster Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter ausgesetzt waren (vgl. Antonovsky u. a. 1971: k. A. zit. in Lamprecht/Sack 1997: 23). 29% dieser Frauen gaben an, bei relativ guter Gesundheit zu sein. Antonovsky fragte sich nun, wie dies sein könne, bei dieser belastenden Lebensgeschichte. Dies war ein Paradigmenwechsel von der Sicht: Was belastet? – zu dem Blickwinkel: Warum ist jemand gesund? Die Antwort auf seine Frage fand er mit dem Konzept des Kohärenzgefühls (sense of coherence), das er mittels Fragebogen erheben ließ (vgl. Antonovsky 1997: 33). Salutogenese ist also die „... Lehre von den Bedingungen, wie Gesundheit entsteht.“ (Reddemann 2007: 53) Diese Sicht ist auch bedeutsam für die Resilienzforschung, denn hier wendete man sich von der traditionellen krankheitsorientierten Perspektive ab und interessierte sich dafür, welche Faktoren zur Gesundung führten. Die pathogenetische Perspektive wich der salutogenetischen. Diese fragt, warum sich Menschen trotz hoher Risikobelastung erstaunlich positiv entwickeln.

Aaron Antonovsky gibt die Klassifizierung von Menschen in gesund und krank auf und ordnet sie stattdessen in ein multidimensionales Kontinuum von Gesundheit und Krankheit ein und beschreibt, wo Stressoren selbstverständlich und unvermeidbar sind und nicht unbedingt pathogen. Er stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen sich ein Mensch Richtung Krankheit bzw. Gesundheit bewegt und wie seine Bewältigungsmöglichkeiten diese Bewegung beeinflussen (vgl. Müller 2002: 65). Die zentrale Kraft, mit der die Spannung, die Stressoren erzeugen, ausgeglichen werden kann, nennt er das Konzept des „sense of coherence“ (SOC). Dies meint „Ausmaß und Qualität seiner Widerstandsressourcen“ (Müller 2002: 170) und besteht aus drei Komponenten: „Comprehensibility, manageability und meaningfulness“. Die (kognitive) Verstehbarkeit (der Reize), die Bewältigbarkeit, nämlich das Verhältnis zwischen dem Ausmaß der Anforderungen, mit denen man konfrontiert ist und den verfügbaren persönlichen Bewältigungsmechanismen, und die Sinnhaftigkeit, d. h. wodurch ein Leben Sinn macht (vgl. Müller 2007: 171). Dies meint „... eine allgemeine Einstellung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften, zugleich aber dynamischen Vertrauens beschreibt, dass die innere und äußere Umwelt vorhersagbar und überschaubar ist, und dass sich die Dinge so gut entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann“ (Antonovsky 1987, xiii). Antonovsky nimmt an, dass ein hoher „sense of coherence“ (SOC) dazu beiträgt, dass durch Stressoren ausgelöste Spannungszustände erfolgreich gelöst werden können (vgl. Müller 2002: 66). Weiters geht er davon aus, dass der SOC relativ stabil bleibt. Ein einmal erworbener hoher SOC wird kaum sinken und ein schwacher SOC, der sich zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr gebildet hat, ist nicht mehr reparabel. Dies wird von anderen Autoren in Frage gestellt: Ob Stressoren in den ersten 30 Lebensjahren das gesamte Leben determinieren ist nicht gesichert. Es gibt auch Faktoren, die in einem späteren Lebensjahr einen tief greifenden Einfluss auf den SOC haben können. „Denn anders, als Antonovsky vermutete, lässt sich der Kohärenzsinn auch bei Erwachsenen noch entwickeln und verstärken. Das haben Selbsthilfegruppenmitglieder unzählige Male bewiesen“ (Krause-Girth 2003: 217). Antonovskys salutogenetische Theorie ist eine „erste und umfassende Theorie zur Erklärung von Gesundheit (Bengel u. a. k. A., zit. in Bettge 2004: 20). In den Ergebnissen der Studien darüber zeigen sich vor allem Zusammenhänge zwischen einem starken Kohärenzgefühl und einer geringen Ausprägung von psychischen

Problemen. Jedoch sind für viele Komponenten des Modells Fragen der Operationalisierung nicht geklärt (Geyer: 2002: k. A., zit. in Bettge 2004: 20).

3.1.3 Die Ergebnisse der Resilienzforschung

Resilienz ist nicht angeboren. Sie entwickelt sich erst allmählich und umfasst im Wesentlichen zwei Phänomene: Die Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit nach erlittenem Trauma und den Erhalt derselben trotz vorliegender beeinträchtigender Umstände (vgl. Staudinger und Greve 2001: 101, zit. in: Winkler: 2006: 63). Dies bedeutet aber nicht, dass resiliente Menschen nicht verletzbar sind oder keine Trauer fühlen, wenn sie Schlimmes erleben. Sie erholen sich nur schneller wieder davon.

Förderliche Voraussetzungen in der Umgebung:

Wichtig ist zumindest eine stabile, emotional „warme“ Bezugsperson in der Kindheit außerhalb der Kernfamilie, das „... Vorhandensein sozialer Modelle und ein offenes, unterstützendes Erziehungsklima“ (Winkler 2006: 64). Resiliente Kinder haben wenigstens eine sie beantwortende und fürsorgliche Bezugsperson. Wer als Kind eine sichere Bindung erfahren hat und in einem verlässlichen sozialen Umfeld lebt, hat es leichter, die traumatische Zäsur in sein Leben zu integrieren“ (Bördlein 2008).

Förderliche Voraussetzungen im Menschen selbst:

Das Erleben von Selbstwirksamkeit, die Entwicklung von Selbstachtung und Selbstwertgefühl, und ein daraus resultierendes positives Selbstkonzept sind förderliche Voraussetzungen für Resilienz (vgl. Winkler 2006: 66). Resiliente Kinder sind imstande, dieses Selbstkonzept in wirksames Handeln umzusetzen. „Sie haben die Fähigkeit zur Problemlösung und Entscheidungsfindung entwickelt und betrachten folglich Fehler, widrige Umstände und Hindernisse eher als Herausforderungen, denen man sich stellen muss, und nicht als Belastungen, denen man besser aus dem Weg gehen sollte“ (Brooks/Goldstein 2007: 26). Es bedeutet nicht, dass sie bei Verlusten keine Trauer fühlen und bei Bedrohung keine Angst, sondern, dass sie sich davon schneller wieder erholen.

„Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung ist die Überzeugung, dass es Handlungen gibt, die zum erwünschten Ergebnis führen ... und dass man selbst in der Lage ist, diese Handlungen auszuführen ... Damit grenzt sich die Selbstwirksamkeit vom Optimismus ab, der nicht unbedingt ein eigenes Zutun zur Erreichung des gewünschten Ergebnisses beinhaltet. Das Konzept der Selbstwirksamkeit fußt auf der sozial – kognitiven Theorie von Bandura (1977; 1992). ... [es geht um] eine generalisierte Überzeugung, dass man selbst über die Kompetenz verfügt, mit verschiedenartigen Herausforderungen fertig zu werden. (Bettge 2004: 32)

Die Kompetenzen dieser untersuchten (Vorschul- und Schul-) Kinder umfassen die Erwartung, selbst wirksam zu sein (= hohe Effizienzerwartung). Sie erwarten auch, dass sie Ereignisse beeinflussen können. Dennoch bewerten sie Situationen realistisch und erkennen, worauf sie keinen Einfluss nehmen können. (= realistische Kontrollüberzeugungen). Überdies verfügen diese Kinder über eine hohe Sozialkompetenz und die Fähigkeit, Unterstützung bei anderen mobilisieren zu können (vgl. Reddemann 2007: 53). In der Kauai Studie fand Werner heraus, dass die resilienten Kinder dadurch auffielen, dass sie selbstständig waren und Hobbys hatten, durch die sie ihr Können und ihre Problemlösefähigkeit entwickeln konnten. Resiliente Erwachsene sahen in ihrer persönlichen Kompetenz und Selbstbestimmtheit die effektivsten Bewältigungsressourcen. Ebenso waren Glauben und Gebet und die Fähigkeit, sich Hilfe und Unterstützung zu holen und externe Unterstützungssysteme in Schule und Gruppen und Weiterbildungsangebote Wurzeln, die eine günstige Entwicklung ermöglichten (vgl. Winkler 2006: 18). In der Bielefelder Invulnerabilitätsstudie fand Lösel, dass sich resiliente Kinder flexibler und intelligenter zeigten, sich weniger hilflos fühlten und sich selbstwirksamer erlebten (vgl. Winkler 2006: 67).

Die wesentlichen Ergebnisse der Studien fasst Luise Reddemann so zusammen: Auch Kinder mit erheblichen Belastungen können sich gesund entwickeln, wenn sie wenigstens *eine erwachsene Bezugsperson* haben, die sich ihnen liebevoll zuwendet. Die Pubertät kann eine Zeit sein, in der wichtige Entwicklungsschritte nachgeholt oder zum ersten Mal getätigt werden können. Die wichtigsten Faktoren waren persönliche Kompetenz, Entschlossenheit, Unterstützung (durch einen Partner) und Vertrauen (Reddemann 2007: 54).

Michaela Huber gibt den Überblick über die Ergebnisse der Resilienzforschung folgendermaßen: Was hilft ist:

- „1. Optimismus ('Irgendwie werde ich es trotzdem schaffen!');
2. Akzeptanz ('OK, so ist es. Es gefällt mir da teilweise gar nicht, aber es ist so.');
3. Lösungsorientierung ('Was genau wird mir helfen, da herauszukommen?');
4. Verlassen der Opferrolle ('Genug gejammert. Es ist schwer, aber ich kreppe jetzt die Ärmel auf!');

5. Verantwortung übernehmen ('Ich entscheide das jetzt so, und wenns schief geht, werde ich daraus lernen und es das nächste Mal besser machen!');
 6. Netzwerk – Orientierung ('Was ich nicht allein schaffe, das schaffen wir zusammen.');
 7. Zukunftsplanung ('Die Richtung stimmt. Da geht's lang.')
- (Huber 2006a: 15, 16).

3.2 Was zeichnet resiliente Menschen aus?

3.2.1 Bindung an andere

Die zentrale Bedeutung einer beantwortenden und fürsorglichen Bezugsperson für die Entwicklung von Resilienz ist mit dem Bindungsbedürfnis des Menschen verbunden. Die Angewiesenheit des Menschen auf nahe Bezugspersonen wurde in der Wissenschaft lange nicht wichtig genommen. Sullivan hatte zwar in seiner interpersonalen Theorie der Psychiatrie den zwischenmenschlichen Aspekt als Ursache psychischer Störungen in den Mittelpunkt gestellt, konnte ihn jedoch nicht empirisch belegen. So vergingen noch einmal fast zwanzig Jahre, bis Bowlby als Erster ein angeborenes Bedürfnis beschrieb, das die Menschen dazu brachte, die physische Nähe einer primären Bezugsperson zu suchen und aufrechtzuerhalten.

Dies hat zentrale Bedeutung für die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen betreffend der Ausbildung von Resilienz: Bowlby nannte drei zentrale Elemente:

1. Wenn ein Mensch darauf vertraut, dass eine Bezugsperson verfügbar ist, wann immer er das wünscht, dann ist dieser Mensch weniger von Angst bedroht als andere.
2. Das Vertrauen in die Verfügbarkeit einer Bezugsperson entwickelt sich nach und nach hauptsächlich im Kindes- und Jugendalter und bleibt dann relativ stabil.
3. Die Erfahrungen, die ein Kind mit den Bindungspersonen gemacht hat, schlagen sich in einem „inneren Arbeitsmodell“ nieder, das den Umgang mit späteren Beziehungen beeinflusst (vgl. Bowlby 1976: 246, zit. in Grawe: 2004: 193).

Die positiven Erfahrungen, die ein Kind in der Beziehung zu seinen Eltern macht, (Ermutigung, Unterstützung, Trost, ...) bewirken zum einen ein inneres Modell, dass sie selbst liebenswert sind und andere Menschen prinzipiell hilfsbereit. Dies wirkt

sich auf das Selbstwertgefühl und die Beziehungserfahrung in späteren Jahren aus (vg. Zimmermann 2002: 6). „Ein sicheres Bindungsmuster bedeutet, dass man sich einem anderen Menschen anvertrauen und sich mit ihm innerlich auch dann noch verbunden fühlen kann, wenn er nicht anwesend ist“ (Reddemann 2007: 53). Sichere Bindungserfahrungen bedeuten einen zentralen Schutzfaktor bei emotionaler Belastung. Diese Entwicklungsbedingungen kennzeichnen eine stabile Persönlichkeitsstruktur, die mit Belastungen effektiv umgehen kann (vgl. Zimmermann 2002: 5).

Man unterscheidet bei Kindern zwischen 11 und 20 Monaten vier verschiedene Bindungsverhalten:

1. Den sicheren Bindungsstil: Dies sind Kinder, die, auf die Trennung von der primären Bezugsperson mit deutlicher Beunruhigung reagieren. Wenn diese Person wiederkommt, suchen sie sofort ihre Nähe. Dieses Bindungsmuster ist mit einem guten Urvertrauen verknüpft und ermöglicht die Entwicklung konfliktfreier Annäherungsstile zur Befriedigung des Bindungsbedürfnisses.
2. Das unsicher vermeidende Beziehungsverhalten: Diese Kinder vermeiden nach einer Trennung Nähe und Kontakt zur primären Bezugsperson. Bei Trennung reagieren sie ohne Beunruhigung. Dieser Mensch vermeidet erneute Verletzungen, indem er sich auf Nähe nicht mehr einlässt. Das Bindungsbedürfnis kann jedoch dadurch nur schlecht befriedigt werden.
3. Der unsicher ambivalente Bindungsstil zeigt sich bei Kindern durch Angst bei der Trennung, nach der Rückkehr der Bezugsperson wechseln sie zwischen aggressiver Ablehnung des Kontakts und der Suche nach Nähe. Dieses Bindungsmuster ist dadurch gekennzeichnet, dass bei Nähe Befürchtungen entstehen, sie zu verlieren und bei fehlender Nähe entsteht Angst vor dem Alleinsein.
4. Der unsicher desorientierte Beziehungsstil: Bei diesem seltener vorkommenden Muster reagieren Kinder auf die Trennung und Rückkehr von Bezugspersonen mit bizarren und stereotypen Verhaltensweisen. Ursache ist eine schwere Verletzung des Bindungsbedürfnisses durch eine fehlende oder missbrauchende Bezugsperson mit schwerwiegenden Folgen für die intrapsychische Regulation (vgl. Ainsworth u. a. 1978: k. A., zit. in: Grawe 2004: 194).

3.2.2 Neurologische Entsprechungen des Bindungsbedürfnisses

Das Bindungsbedürfnis ist ein wesentliches Grundbedürfnis des Menschen. Er teilt dieses mit anderen sozial lebenden Tieren. Welche schwerwiegenden Folgen die Vernachlässigung dieses Grundbedürfnisses nach sich zieht, konnte in Tierversuchen nachgewiesen werden. Wenn man Jungtiere allein lässt, zeigen sie ein typisches Muster von Reaktionen: Sie geben Klagelaute von sich, zeigen verstärkte motorische Aktivität und untersuchen wachsam die Umgebung. Der Herzschlag ist beschleunigt, die Körpertemperatur steigt und es werden vermehrt Stresshormone ausgeschüttet. Der neuronale Schaltkreis, der diesem Verhalten zugrunde liegt, ist gut untersucht und heißt Panik - Schaltkreis (Panksepp 1998: 265-271, zit. in: Grawe 2004: 196). Dieser kann aktiviert werden durch Transmitter, welche die Glutamatrezeptoren stimulieren, auch CRF hat aktivierende Wirkung. Das System kann beruhigt werden, indem Endorphine (körpereigene Opiate) ausgeschüttet werden, ebenso durch Neuropeptide Oxytocin und Prolactin. Alle Wahrnehmungen, die eine positive Bindung kennzeichnen (Blicke, Berührungen, Gerüche, ...) werden besonders gut im impliziten Gedächtnis gespeichert und sind dadurch sehr leicht wieder abrufbar. Wenn ein Kind Angst hat und zur Mutter läuft, die es beruhigt, wird im Gehirn ein Feuerwerk an Reaktionen ausgelöst, das zur Ausschüttung von Oxytocin und Opiaten führt. Dadurch wird das zuvor beschriebene (durch eine gute Bindungsbeziehung stark gebahnte) Reaktionsmuster gehemmt und die Angst lässt nach (vgl. Grawe 2004: 196). Über die Verletzungen des Bindungsbedürfnisses und die neuronalen Entsprechungen dazu hat Grawe sich ausführlich beschäftigt (vgl. Grawe 2004: 205 ff.).

3.2.3 Glück und „Flow“

Es gibt Forscher, die sich mit den Bedingungen beschäftigen, die zu „Freude, Kreativität und dem Prozess vollständigen Einssein mit dem Leben“ führen (Csikszentmihalyi 1999: 11). Er begann damit, zu untersuchen, wie Künstler Gemälde schaffen und beobachtete, dass sie alle im Laufe der Zeit in einen ähnlichen Zustand gerieten, den er „Flow“ nannte. „Flow bedeutet die Erfahrung, ganz in einer Sache aufzugehen und dies als beglückend zu erfahren“ (Reddemann 2007: 16). Was Csikszentmihalyi beschreibt, ist ein Teil des Arbeitskonzeptes der Integrativen Gestalttherapie: Die Awareness. Die Menschen, die Flow erlebten, richteten ihre Aufmerksamkeit ganz auf eine Tätigkeit (Csikszentmihalyi 1999: 51). Sie verrichteten überdies eine Aufgabe, die er als „autotelisch“ bezeichnete, also

eine Aktivität, die man tut, ohne sich dafür einen Lohn zu erwarten, einfach weil sie an sich befriedigend ist (Csikszentmihalyi 1999: 97). Er beschreibt unterschiedliche Möglichkeiten, wie Menschen diesen Zustand erreichen, durch Bewegung, durch Sex, durch Yoga und Kampfsportarten, aber auch über die Sinnesorgane, durch Musik und vieles andere. Gehirnforscherinnen und PsychotherapeutInnen haben dieses Konzept interessiert aufgegriffen:

„Gerald Hüther beschreibt, wie wichtig der positive Flow-Regelkreis ist: Wir geben uns einer Sache hin und bewältigen sie zu unserer Zufriedenheit, das führt im Gehirn zur Ausschüttung von Dopamin, einer besonderen Substanz, die uns motiviert. Sind wir motiviert, haben wir Freude daran, uns der Sache weiterhin hinzugeben, und vertiefen uns noch mehr hinein. Wir erleben weiterhin diese beglückende Erfahrung des Flow, und der ganze Mensch mit Hirn und Herz fühlt sich wohl“ (Reddemann 2007: 16).

Das Wissen über Glück, Flow und Resilienz ist für die Psychotherapie mit traumatisierten Menschen bedeutsam. Hier ist es besonders wichtig zu wissen, wie auch bei diesen Menschen wieder Momente des Glücks entstehen können und dadurch die seelische Widerstandskraft erneut gekräftigt werden kann. Die Integrative Gestalttherapie hat mit ihrem Schwerpunkt, den sie auf Kreativität setzt, ein gutes Potential, um Flow erlebbar zu machen. Nähere Ausführungen über Kunst und Kreativität in der Gestalttherapie formuliert zum Beispiel Nancy Amendt-Lyon (Amendt – Lyon 1999: 858 – 877).

Vorgänge beim Glücklichsein im Gehirn:

Glücklichsein ist ein Zustand, der im Gehirn vereinfacht gesagt durch mehrere Faktoren gestaltet wird: Körperliches Wohlbehagen, dies ist die Folge einer Dopaminschwemme im Belohnungssystem. Weiters ist das Fehlen negativer Gefühle entscheidend, denn sobald Angst, Wut oder Trauer auftauchen, wird das Dopamin gebremst. Negative Emotionen werden vom Amygdala – System erzeugt, und damit sie nicht das Gehirn überfluten, muss dieser Teil in Ruhe sein. Das Ausführen einer Handlung, die keine negativen Gefühle erzeugt, kann die Aktivität des Amygdala – Systems unterdrücken, vielleicht gilt deshalb Tätigsein häufig als Quelle des Glücks. Ein anderer wichtiger Bereich für die Entstehung von Glücksgefühlen ist der ventromediale Abschnitt des präfrontale Kortex, ein Bereich, der bei Depressionen gedämpft wird (vgl. Carter 1999: 203).

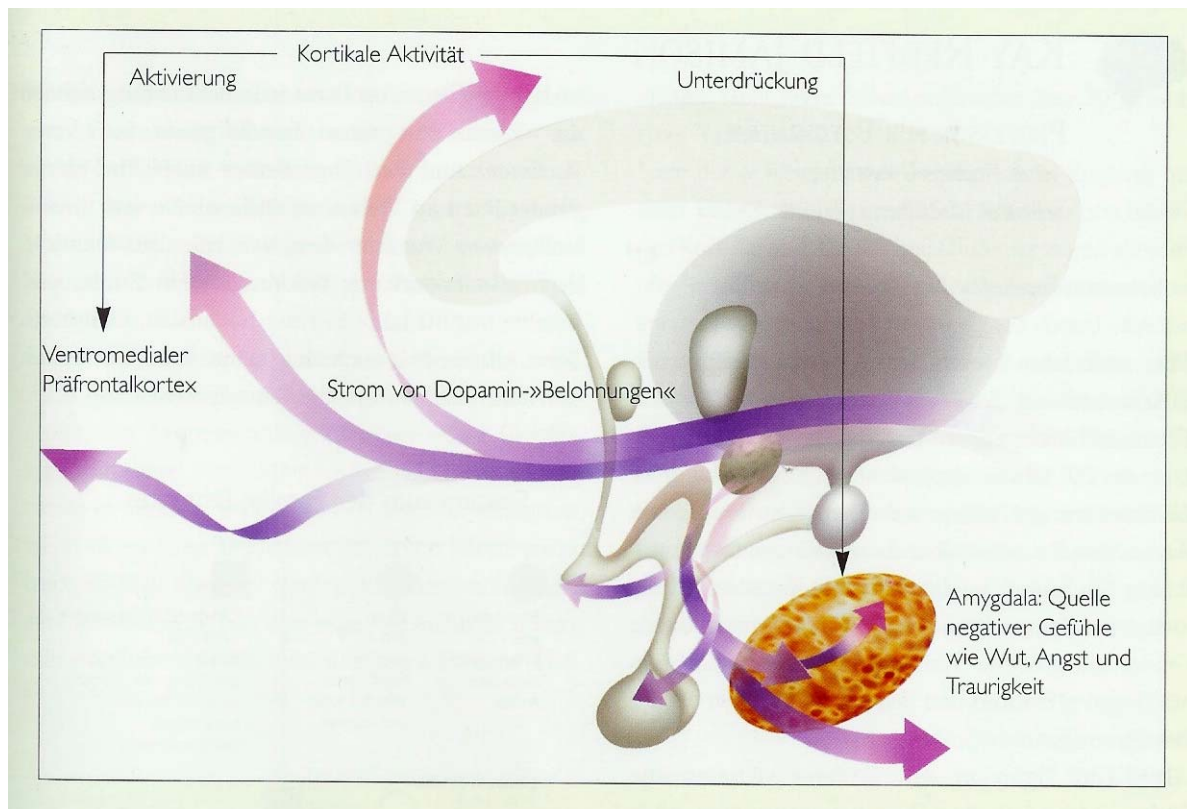


Abbildung 12: Die Anatomie des Glücks. Quelle: Carter 1999: 103

4 Integrative Gestalttherapie

Die historische Entstehung der Integrativen Gestalttherapie

Die Integrative Gestalttherapie wird zu den humanistischen Therapierichtungen gezählt. Sie wurde unter anderem von der humanistischen Psychologie beeinflusst, die sich, historisch betrachtet, einerseits von der Psychoanalyse und andererseits vom Behaviorismus⁸ abgrenzen wollte: Bezogen auf den Behaviorismus wurde aufgezeigt, dass Menschen „... normalerweise nicht auf Grund von *Reizen* [handeln] ..., die bestimmte Reaktionen auslösen, wie dies vom klassischen Behaviorismus für alle menschlichen Verhaltensweisen angenommen wurde, sondern aufgrund von *Bedeutungen*, die wir dem von uns Wahrgenommenen geben (vgl. Fuhr/Portele 1990: k. A., zit. in: Gremmler-Fuhr 1999: 354 , kursiv hervorgehobene Wörter von der Autorin). Andere Vertreter der humanistischen Therapien sind zum Beispiel „... die

⁸ „**Behaviorismus** [... *amerikanisch behavior*»*Verhalten*«] der, Richtung der Psychologie, begründet von J. B. Watson ... Er verwarf ... die Methode der Selbstbeobachtung und der Übertragung eigener Erlebnisse auf andere Menschen und wollte die Psychologie auf das objektiv beobachtbare Verhalten unter wechselnden Umweltbedingungen gründen. ... Der Behaviorismus findet seine klinische Anwendung in der modernen Verhaltenstherapie“ (Meyers Online Lexikon 2007, Stichwort: Behaviorismus).

Gesprächstherapie (Carl R. Rogers), die Transaktionsanalyse (Eric Berne), die Logotherapie (Viktor Frankl), das Psychodrama (Jacob Levy Moreno), die Themenzentrierte Interaktion (Ruth Cohn) und das Focusing (Eugene T. Gendlin)“ (Blankertz/Doubrawa 2005: 155). Die deutsche Psychoanalytikerin Laura Perls und ihr Mann Fritz, ebenfalls Psychoanalytiker und „Neuropsychiater“ (Blankertz/Doubrawa 2006: k. A.) begründeten gemeinsam mit dem Schriftsteller Paul Goodman und dem Gestaltpsychologen Ralf Hefferline die Gestalttherapie. Sie entwarfen ein Konzept, deren erster Kern darin bestand, Freuds Idee der „... Unterdrückung der Libido als Spezialfall der Unterdrückung der Lebensenergie (Aggression) zu sehen. Diese Vorstellung erwuchs aus den Arbeiten des Freud-Schülers Wilhelm Reich“ (Blankertz/Doubrawa 2005: 119), der die klassische Psychoanalyse durch die Einbeziehung des Körpers lebendiger und sinnlicher machen wollte. Jedoch hatte Fritz Perls eine andere Auffassung von der Lebensenergie. Er betrachtete sie nicht als ständig fließender Strom wie Reich, sondern als ein Element, das fortwährend aktiv umgestaltet werden kann. Er flocht in seinen Ideenentwurf auch die Erkenntnisse der Gestaltpsychologie ein, die sich mit der Abhängigkeit der Wahrnehmung der Menschen von verschiedensten Umständen beschäftigte.

In Deutschland gründete Hilarion Petzold 1974 das Fritz Perls Institut (FPI). Dort entwickelte er daraus mit Hilfe eines methodenübergreifenden Konzepts eine eigenständige Therapierichtung, die „Integrative Therapie“ (vgl. Fuhr/Sreckovic/Gremmler-Fuhr 1999: 188).

In Österreich errichtete 1979 eine Gruppe von KollegInnen, die durch das Fritz Perls Institut und durch das Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg ausgebildet wurden, die Fachsektion für „Integrative Gestaltarbeit“ und schloss sich damit dem Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik an. 1984 wurde sie in „Integrative Gestalttherapie“ umbenannt. Sie basiert auf verschiedenen geisteswissenschaftlichen Strömungen, die im Wesentlichen Freiheit, Bewusstheit, Kontaktfähigkeit und Vorurteilsfreiheit anstreben und von denen eine Auswahl im Folgenden näher ausgeführt wird:

4.1 Ausgewählte Kulturwissenschaftliche Grundlagen

4.1.1 Zu den Sachen selbst. Die Phänomenologie

Die Phänomenologie ist „die Wissenschaft von der Wesensschau selbst, vom wesensschauenden Bewusstsein“ (Duden 1974: 555). „Die Phänomenologie ist ein Verfahren zur Erkenntnis der Wahrheit“ (Husserl 1985: 12). Ihre Anfänge entwickelten sich zuerst als Erkenntnistheorie. Der Ahnvater war Edmund Husserl, ein Mathematiker und Philosoph. In seinen Gedanken entwarf er eine Metatheorie, die für die Entwicklung der Gestalttherapie bedeutsam wurde.

Edmund Husserl wollte *zu den Sachen selbst* vordringen. Er kam zu dem Schluss, dass die Menschen nie Dinge, oder Personen *an sich* wahrnehmen können, sondern nur Facetten. Im Wesentlichen beschrieb Edmund Husserl die Tatsache, dass man nur immer Aspekte von Dingen, Menschen, ... wahrnehmen kann. Diese Aspekte nannte er „Abschattungen“. Es gibt sie in allen möglichen Bereichen, in körperlichen, seelischen, sozialen, ... Wenn man also ein Haus betrachtet, kann man nur die Seite wahrnehmen, die gerade den Augen zugänglich ist, man kann nur Teilaspekte wahrnehmen, die die Sinnesorgane eben gerade aufnehmen können. Vor einiger Zeit sah die Autorin den Film „Stolz und Vorurteil“ von Jane Austen gemeinsam mit einem Architekten und einer Englischlehrerin an. Obwohl sie den Film gut kannte, war sie überrascht, welche Spezialausdrücke in der Sprache der Englischlehrerin auffielen und auf welche Einrichtungsdetails in der Kulisse der Architekt achtete.

Husserl wählt als die passende Herangehensweise an Dinge und Menschen die *phänomenologische Reduktion*: Um sich einem Menschen also entsprechend nähern zu können, um sein wahres Wesen zu erkennen, ist es nötig, die eigene Einstellung zu ihm zu ändern. Man muss sich jeglichen (Vor-)Urteils ihm gegenüber enthalten, von jeglicher Theorie absehen. Erst durch Ausschaltung der Voreingenommenheit erscheint der Mensch in seinen tatsächlichen Strukturen. In der Methode der phänomenologischen Reduktion empfiehlt Husserl neben der „Epoche“ (Einklammerung, siehe weiter unten) die „...methodisch geübte Erfassung und Beschreibung der mannigfaltigen „Erscheinungen...“ (Husserl 1985: 202).

Verstehen statt erklären

Die phänomenologische Methode sucht nicht vorrangig nach Kausalitäten. „Husserl ist der Meinung, dass die Phänomene *untersucht* und *beschrieben* gehören, dies

beinhaltet eine Weigerung, zur *Erklärung* überzugehen, und damit ein wissenschaftskritisches Moment“ (Nausner 1999: 466). Auf die Psychotherapie übertragen, könnte man es so ausdrücken: Die Therapeutin muss sich klar sein, dass sie stets nur Ausschnitte der Klientinnen wahrnehmen kann und dadurch leicht in Vorurteilen verhaftet bleibt.

Die Klientin als transzendentes Subjekt

Die Klientin ist viel mehr als das, was in der Therapie von ihr sichtbar wird. „Dass das Erscheinende als transzendenter Wahrnehmungsgegenstand, als Gegenstand, der „mehr“ ist, als wir gerade eigentlich wahrnehmen, erscheinen kann, setzt also „... das Über-sich-Hinausweisen der Wahrnehmung ... voraus“ (Nausner 1999: 472). Man kann die Klientin als transzendenten Gegenstand, oder besser als Subjekt betrachten, das die Grenzen der Erfahrung überschreitet.

Phänomene auf der psychischen Ebene

Die Therapeutin nimmt die Klientin wahr, beim Erstgespräch ganz anders als dann nach einigen Stunden, oder wenn sie ihr beim Einkaufen begegnet und wieder anders in der Abschlussstunde. Die Klientin zeigt sich der Therapeutin „... in einem Strom von „Abschattungen“, d.h. die Therapeutin sieht sie immer wieder anders, retuschiert im Verlauf der Wahrnehmung ihre Skizze von ihr immer wieder, jede neue Abschattung kann die vorhergehende korrigieren“ (Nausner 1999: 468).

Intentionalität: unser Bewusstsein hat eine Richtung

„Intentionalität ist die Gerichtetheit des Bewusstseins auf einen Gegenstand (Sachverhalt). Es gibt kein reines Subjekt und kein reines Objekt (Noema), sondern beide sind stets verbunden durch den Akt des Bewusstwerdens (Noesis), in dem die Gegenstände konstituiert werden. Alle Akte des Bewusstseins sind sinnstiftend und konstituieren überhaupt erst ihre Gegenstände. Ein bewusstseinstranszendentes „eigentliches An-sich“ der Dinge (wie noch bei Kant) existiert somit nicht. Diese Sichtweise übernahm Husserl von Franz Brentano“ (Wikipedia: Stichwort: Edmund Husserl). Man lässt diese Erfahrung (z.B. wie die Therapeutin eine Klientin in einer bestimmten Situation in der Praxis erlebt) stehen – das ist aber nur die Erfahrung der Therapeutin. Für einen anderen Menschen, für die Klientin, ist diese ganz anders. Die Haltung der Therapeutin besteht darin, diese Erfahrung nicht ganz durchzustreichen, sondern sie einzuklammern. Husserl nennt dieses Einklammern „Epoché“, „Die Bezeichnung bedeutet wörtlich „innehalten“ (Husserl 1985, 36). Man könnte auch sagen: Die Therapeutin möge sich bezüglich der Klientin um radikal

vorurteilsfreie Erkenntnis bemühen (Nausner 2006: persönliches Gespräch). Neben der Phänomenologie ist die Hermeneutik eine weitere zentrale Erkenntnismethode der Gestalttherapie (vgl. Gremmler-Fuhr 1999: 354).

4.1.2 Der Mensch wird am Du zum Ich: Die Philosophie Martin Bubers

Martin Buber entwarf ein spezielles Verständnis von Dialog, das die Gestalttherapie beeinflusste. Er hatte von 1923 bis 1930 einen Lehrauftrag für Religionswissenschaften und jüdische Ethik an der Universität Frankfurt. Mit unter seinen Zuhörern waren Fritz und Lore Perls. Zu dieser Zeit erschien auch sein Buch „Ich und Du“, in dem es um die Beziehungsgestaltung geht (vgl. Brintzinger 2001: 10). Seine Vorstellung eines Dialogs zwischen Menschen ist grundlegend für das Verständnis von therapeutischer Beziehung in der Integrativen Gestalttherapie. Insbesondere Laura Perls war von seinen Ideen begeistert. Sie hatte in den 1920er Jahren bei Buber studiert, dem sie „begeistert lauschte“ (Portele 1994: 5, zit. in: Gremmler – Fuhr 1999: 395). Buber ist der Ansicht, dass das Heilsame in einer echten Begegnung zu finden ist. Das Ich alleine könne nicht existieren, nur gemeinsam mit einem „Du“ oder „Es“. Auch wird das Ich durch die Begegnung mit anderen beeinflusst. Eine gleichberechtigte Beziehung gibt es nur zwischen Ich und Du. Bei der Ich-Es Beziehung gibt es keine Gegenseitigkeit, sie dient nur einem eingeschränkten Zweck (vgl. Gremmler-Fuhr 1999: 396). Für die Therapie heißt das, der Therapeut möge sich zwar der Unterschiedlichkeit zwischen dem Klient und ihm bewusst sein, jedoch in der menschlichen Begegnung der beiden „momentane Gegenseitigkeit“ erlebbar machen (Gremmler-Fuhr 1999: 404).

4.1.3 Man kann nur wahrnehmen, was sich unterscheidet: Salomo Friedlaender

Der Philosoph Salomon Friedlaender beschäftigte sich damit, was überhaupt die Grundbedingung ist, damit Phänomene wahrgenommen werden können. Er kam zu dem Schluss, dass die entscheidende Grundvoraussetzung, dass Dinge wahrnehmbar werden, ist, dass sie sich voneinander unterscheiden. Damit werden unterschiedliche Phänomene zu Gegensätzen, zu Polaritäten, die aufeinander bezogen sind. Friedländer interessierte sich nun speziell für die Mitte zwischen zwei Polen, er nannte sie „Indifferenz“. „In dieser aber steckt das eigentliche Geheimnis, der schöpferische Wille, der Polarisierende selber, der objektiv eben gar nichts ist“ (Friedlaender 1926: 337, zit. in: Frambach 1999: 299). Nur dort sei es möglich, sich dem Ganzen zuzuwenden. Möglicherweise ist auch Perls Idee des „Integrierens

abgespaltener Anteile“ im Licht der Gedanken von Friedlaender zu sehen (vgl. Blankertz/Doubrawa 2005: 76). Hinweise dazu bei Fritz Perls finden sich indirekt in Sätzen wie „... Indem wir gegensätzliche Züge integrieren, machen wir Menschen wieder ganz und heil. Zum Beispiel Schwäche und tyrannisches Verhalten integrieren sich als ruhige Festigkeit“ (Perls 1980: 155, zit. in: Frambach 1999: 305).

4.1.4 Wahrnehmung ist perspektivisch - Die Gestaltpsychologie

Der Begründer der Gestaltpsychologie, Max Wertheimer, bezog sich auf eine Idee von Christian von Ehrenfels, „ ... der 1890 den Aufsatz „Über Gestaltqualitäten“ veröffentlicht hatte“ (Blankertz/Doubrawa 2005: 109). „Der Begriff der Gestalt bzw. der *Gestaltqualität* wurde von Christian von Ehrenfels zuerst formuliert und am Beispiel einer Verlaufsgestalt, der Melodie, demonstriert“ (Philes, Onlinelexikon der Philosophie 2007): Von Ehrenfeld experimentierte mit einer Tonfolge des Liedes „Muss i denn, muss i denn zum Städtle hinaus ...“ in C Dur, übertrug sie dann in F Dur und das Lied wurde natürlich wieder erkannt. Dann nahm er jedoch einfach die Anzahl der darin vorkommenden Töne in C Dur und spielte sie in einer anderen Reihenfolge auf einem Instrument. Niemand wird mehr das Lied erkennen. (vgl. Blankertz/Doubrawa 2005: 115). Damit weist er folgende Erkenntnis nach: „das Ganze ist *mehr* als die Summe seiner Teile“ und „das Ganze ist *etwas anderes* als die Summe seiner Teile“ (Fitzek/Salber 1996: 17 ff, zit. in: Blankertz/Doubrawa 2005: 115).

Die Gestaltpsychologie beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen „Figuren“, „Ganzheiten“ bzw. „Sinneinheiten“ erfassen. Diese Theorie besagt also, dass das Wahrgenommene immer „Etwas im Kontext“ (Merleau-Ponty 1984: 183, zit. In Nausner 1999: 479) ist. Im Gegensatz dazu hatte die Assoziationspsychologie die Vorstellung, „... Erkenntnis sei durch Zerlegen und nachfolgendes Wiederausammenfügen der wahrgenommenen Elemente ... einer objektiv gegebenen Wirklichkeit möglich“ (Gremmler-Fuhr 1999: 374).

Laura und Fritz Perls waren sehr an der Gestaltpsychologie interessiert: Laura Perls hat bei dem Gestaltpsychologen Adhemar Gelb promoviert, Fritz Perls hatte eine Assistentenstelle bei dem Gestaltpsychologen und Neurologe Kurt Goldstein inne, der damals Studien an Hirnverletzten durchführte und bemüht war, einen

gehirnphysiologischen Nachweis für die Richtigkeit der Erkenntnisse der Gestaltpsychologie zu finden.

Die Erkenntnisse, die man in der Gestaltpsychologie durch die Erforschung der sinnlichen Wahrnehmung erlangt hatte, wurden auch auf andere Gebiete der Psychologie übertragen: Analog zu den magnetischen Feldern aus der Physik sprachen die Gestaltpsychologen Max Wertheimer und Wolfgang Köhler von Wahrnehmungsfeldern. Kurt Lewin hat die Perspektive sozialer Zusammenhänge interessiert und den Feldbegriff auf die soziale Sphäre, auf den Lebensraum übertragen. „Das Handeln des Individuums spielt sich in einem raumzeitlichen Feld ab. Alle Handlungen in diesem Feld stehen in einer Beziehung der Wechselwirkung zueinander“ (vgl. Blankertz/Doubrawa 2005: 68).

4.2 Ausgewählte Arbeitskonzepte

4.2.1 Wahrnehmen was in mir und meiner Umgebung geschieht - Awareness

Awareness – Gewährsein und Achtsamkeit

Mit dem Begriff awareness ist das bewusste Richten der Aufmerksamkeit auf sich selbst gemeint, auf den Körper, auf Gefühle, und auch auf das Umfeld, auf Geräusche, auf andere Menschen. Dies hilft, die eingeschränkte Wahrnehmung zu erweitern und angemessener handeln zu können (vgl. Blankertz/Doubrawa 2005: 28). Darüber hinaus ist sie in der Traumatherapie bei der Affektkontrolle zur Verhinderung von Dissoziation ein unverzichtbarer Bestandteil der therapeutischen Arbeit geworden, insbesondere die Achtsamkeit auf den eigenen Körper zu lenken: Leitet man die KlientInnen an, sich nur auf den Körper zu konzentrieren, führt das häufig – allerdings nicht immer – zu einer raschen Beruhigung (vgl. Levine 1997: k. A., zit. in: Reddemann 2003: 91)

„Achtsam sein bedeutet, gegenwärtig zu sein. Wenn wir gegenwärtig sind, können uns Ängste, die mit Vergangenheit und Zukunft zu tun haben, weniger erreichen. Wir können die Einzigartigkeit eines Augenblickes wahrnehmen, wir können uns selbst bewusster wahrnehmen und schließlich auch andere“ (Reddemann 2003: 34).

In der Gestalttherapeutischen Literatur wird zwischen *Achtsamkeit* und *Gewährsein* unterschieden: *Achtsamkeit* wird das bewusste Richten der Aufmerksamkeit auf sinnliche Eindrücke genannt, mit *Gewährsein* wird das Wahrnehmen eines gesamten

Feldes, also Figur samt Hintergrund bezeichnet, es erfasst Strukturen und Zusammenhänge.

4.2.2 Die Seele findet ihr Gleichgewicht - Organismische Selbstregulation

Mit Selbstregulierung ist ein Vorgang gemeint, der sich von innen her regelt, ohne von außen gesteuert zu werden. Dies gibt es im mechanischen Bereich, wie zum Beispiel bei einem WC Spülkasten, der sich nach dem Betätigen der Spülung auffüllt und von selbst aufhört, wenn eine gewisse Menge Wasser darin ist (vgl. Blankertz/Doubrawa 2005: 264). Bei lebenden Systemen wird zur Unterscheidung der Begriff „organismisch oder organisch“ hinzugefügt. Die Begriffe sind nicht einheitlich. In der Medizin gibt es dafür die Bezeichnung Homöostase. Sie bedeutet hier, dass der Organismus sein Gleichgewicht innerhalb gewisser Grenzen von selbst aufrechterhalten kann, zum Beispiel die Erhöhung der Puls-, Blutdruck- und Atemfrequenz bei Bewegung (vgl. Wikipedia, Stichwort: Selbstregulation). Auf der psychischen bzw. sozialen Ebene wurde dieses Konzept „für das Verständnis von persönlichen Wachstumsprozessen und für die Organisation von Gemeinschaften verstanden... (Es besagt,) dass sich Personen und Gemeinschaften am besten und gesündesten entwickeln, wenn sie nicht „von außen“ kontrolliert und gesteuert werden“ (Gremmler-Fuhr 1999: 376).

In komplexeren Zusammenhängen wirft dieses Konzept Fragen auf. Wenn es um Situationen im sozialen Verband geht, werden auch in der Theorie Einschränkungen gemacht:

„Spontane Prioritäten drücken die Weisheit aus, in der der Organismus seine eigenen Bedürfnisse ins Verhältnis setzt zu dem in der Umwelt, das diese Bedürfnisse zu befriedigen in der Lage ist. Diese Weisheit hat Bestand, selbst wenn die Selbstregulation im Interesse des Selbst begrenzt wird, z.B. wenn ein Kind davon abgehalten wird, auf die Straße in ein Auto zu laufen (Perls/Hefferline/Goodman 1951: 39, zit. in: Blankertz/Doubrawa 2005: 265).

Der sich selbst regulierende Teil im Kind, der es davon abhält, in das Auto zu laufen, ist hier noch nicht entwickelt. So ein Teil kann möglicherweise auch bei erwachsenen Menschen beschädigt werden: Menschen mit Traumafolgestörungen leiden an wiederkehrenden, sich ohne ihr Zutun ins Gedächtnis drängenden Erinnerungen an traumatische Ereignisse, so genannten Intrusionen. Diese unkontrollierte Gefühlsüberflutung kann schädigend sein (Reddemann 2005: 79, 83 Huber 2006:94). Hier wirkt die Selbstregulation zu wenig. Auch gibt es Einwände theoretischer Natur, unter anderem dass dieses Konzept „eine klare, eindeutige

Grenze zwischen Organismus und Umwelt voraussetzt: 'Innen' (im Organismus) entstehen Bedürfnisse, die mit Hilfe der Ressourcen des 'Außen' (der Umwelt) realisiert werden. 'Innen' und 'Außen' entstehen jedoch ... erst im Kontaktprozeß und wirken wechselseitig aufeinander ein. Danach kann es kein vom Umweltfeld völlig unabhängiges ... Bedürfnis geben und auch keine isolierten Bedingungen der Umwelt für die Befriedigung von Bedürfnissen“ (Gremmler-Fuhr 1999: 377).

4.2.3 Der Mensch wählt aus: Figur und Hintergrund (Gestaltbildung)

Die Annahme der GestaltpsychologInnen war, dass eine Person mit den Sinnesorganen nicht alles aufnimmt, wie zum Beispiel ein Fotoapparat oder ein Tonband, sondern immer schon vorher auswählt, je nachdem, in welcher Situation sie sich befindet, welche vergangenen Erlebnisse sie gehabt hat und wie sie im Moment gestimmt ist. „...die Auswahl der Figuren, die in den Vordergrund treten, (hängt) auch von der Wahrnehmung des Hintergrundes (ab) und Figur und Hintergrund (sind) als Einheit zu verstehen ...“ (Gremmler-Fuhr 1999: 382). Diese sind bedeutende Konzepte der Gestalttherapie, ebenso die Weise, wie sich eine Figur vom Hintergrund heraushebt (Gestaltbildung und Kontakt) (vgl. Gremmler-Fuhr 1999: 354). Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie dieser Prozess ablaufen kann: Eine Figur kann sich deutlich vom Hintergrund abheben, sie kann verschwommen bleiben, mehrere Figuren können auftauchen und um die Aufmerksamkeit konkurrieren, eine Figur kann fragmentarisch bleiben (vgl. Gremmler-Fuhr 1999: 352). Im Unterschied zur Psychoanalyse, die die Seele in einen bewussten und unbewussten Teil trennt, ist für Erving und Miriam Polster das Figur-Hintergrund Konzept ein Bild für die „grundlegende Dynamik unseres Bewusstseins“ (Polster/Polster 1975: 55, zit. in: Gremmler-Fuhr 1999: 353). Der Hintergrund steht für das Unbewusste, Teile daraus können sich jedoch jeden Augenblick verändern und in den Vordergrund, ins Zentrum der Aufmerksamkeit kommen, also „bewusst“ werden (Gremmler-Fuhr 1999: 353).

5 Konsequenzen für die gestalttherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen

Die Meinungen, ob Gestalttherapie bzw. Elemente davon ein geeignetes therapeutisches Verfahren für die Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen ist, gehen in der Literatur auseinander. Es gibt Stimmen, die sie für sehr brauchbar halten:

„Grundprinzipien der Integrativen Gestalttherapie wie die therapeutische Beziehung als heilende Begegnung, das Bewusstheit fördernde Arbeiten im Hier und Jetzt, einschließlich der Bewältigung akuter Symptome und das Schließen von offenen Gestalten, werden einer traumabedingten Störung optimal gerecht (Butollo et al., 1998, S 53). Auch Crump (1984), Serok (1985), (Besems&van Vugt (1990) und andere, weisen darauf hin, dass Gestalttherapie für die Arbeit mit traumatisierten Menschen besonders gut geeignet ist“ (Hoffmann – Widhalm 2006: 14).

Die großzügige Palette an kreativen Techniken der Gestalttherapie kann sehr hilfreich sein, wenn einige Voraussetzungen beachtet werden. Der spielerische Umgang mit Gefühlen, denen eine Gestalt gegeben werden kann, sodass man mit ihnen sprechen kann, ist eine wirksame Methode, ebenso die Förderung der Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit (vgl. Reddemann 2004: 85). Ulrich Wolf schränkt jedoch ein, dass die Behandlung modifiziert werden solle, als Schwerpunkt wird das Arbeiten an der Ich-Stärke genannt, insbesondere von kathartischen Methoden möge man Abstand nehmen, auch weist er auf die Notwendigkeit hin, dass PatientInnen unterstützt werden sollen, traumatische Erinnerungen unterbrechen zu können und wieder Kontrolle über ihre innere Welt zu erlangen (Wolf 1999: 833). Spezialisierte TraumatherapeutInnen machen darauf aufmerksam (ohne die Integrative Gestalttherapie ausdrücklich zu nennen), dass tiefende Techniken, freie Phantasie Reisen und detailreiches Erzählen-lassen von belastenden Erinnerungen für traumatisierte Patienten meist schädlich sind, insbesondere, wenn diese Menschen zur Gruppe der komplex traumatisierten⁹ Patienten gehören (vgl. Reddemann 2005: 148). Besonders gefährlich kann zu frühes Nachfragen nach detailiertem Traumamaterial sein in Kombination mit der Frage: „Und wie haben Sie sich dabei gefühlt?“ (Huber 2006: 333). „Eine Überflutung mit Traumamaterial führt nämlich tendenziell nicht zur Integration des Traumas, sondern zu Retraumatisierungen (vgl. Pitman u. a. 1991, zit. in: Huber 2006: 32). „War man in der Fachwelt früher der Meinung, man könne ein solches [traumatisches] Ereignis nur dann richtig verarbeiten, wenn es in Gedanken mit sämtlichen schrecklichen Details unter therapeutischer Anleitung noch einmal durchlebt wird, so plädieren Traumaexperten heute eher dafür, „... schonendere Verfahren einzusetzen, um sich mit dem Trauma zu konfrontieren“ (Diegelmann 2008 k. A., zit. in: Bördlein 2008).

⁹ Kann durch SIDES (Structured Interview for Disorder of Extreme Stress not otherwise specified) Fragebogen festgestellt werden, der bei Huber 2007: 255ff. zu finden ist.

Methoden der Gestalttherapie, die Regression auslösen können, sind ungeeignet für traumatisierte Menschen (Huber 2006: 245).

Welche praktischen Handlungsanweisungen erwachsen nun für die Integrative Gestalttherapie aus einer Perspektive, die die Ergebnisse der Trauma- und Gehirnforschung ernst nimmt und salutogenetische Aspekte miteinbezieht?

5.1 Konsequenzen für die Diagnostik

5.1.1 Gestaltbildung und Phänomenologie als wertvolle Hilfe bei der Diagnostik

Diagnostik in der Gestalttherapie

„Bei einem Fluss ist es nicht möglich, zweimal hineinzusteigen in denselben, auch nicht ein sterbliches Wesen zweimal zu berühren und zu fassen im gleichen Zustand“ (Heraklit 1952: 27).

Das Spezielle an der gestalttherapeutischen Diagnostik fasst Gremmler – Fuhr und ihr Team wie folgt zusammen: Im Unterschied zur Diagnostik in der Tradition der klinischen Psychologie, wo sie am Beginn und am Ende einer psychotherapeutischen Behandlung zur Einschätzung der Therapieindikation und Effektkontrolle als Instrument der klinischen Urteilsbildung eingesetzt wird, ergänzt die Gestalttherapie das Verständnis von Diagnostik, indem sie sie als Prozess betrachtet. Im Verlauf dieses Prozesses werden die (vielleicht) unterschiedlichen Phänomene, wie die Realität von Therapeutin und Klientin wahrgenommen wird, beschrieben und zusammengetragen. Dann wird versucht, eine gemeinsame Realität herzustellen (vgl. Fuhr/Sreckovic/Gremmler-Fuhr 1999: 635). Das Konzept des Kontaktzyklus mit seinen vier verschiedenen Unterbrechungsmöglichkeiten: Konfluenz, Introjektion, Projektion und Retrofektion, das in der gestalttherapeutischen Diagnostik auch eine Rolle spielt, wird von Müller ausführlich beschrieben (vgl. Müller 1999: 657). Die Neurobiologen sprechen von Motivationssystemen, die wesentlich unsere Lebensenergie ausmachen (Bauer 2007a).

Wahrnehmung nun funktioniert gemäß den gestaltpsychologischen Grundannahmen unter anderem so, dass sich aus einem undeutlichen Hintergrund eine Figur deutlich abhebt.

„Daher ist auch alles, was wir als Figur hervorheben, wie z. B. diagnostische Dimensionen, Kategorien und Kriterien, nur jeweils vor dem Hintergrund des Gesamtkonzepts von gestalttherapeutischer Diagnostik zu begreifen“ (Fuhr/Sreckovic/Gremmler-Fuhr 1999: 637).

Dieses Auftauchen einer Figur zu kategorisieren, widerspricht dieser Haltung, denn die Figurbildung ist ein ständig wechselnder Prozess. Neurowissenschaftler erforschen die visuelle Wahrnehmung und dabei beobachten sie, wie die Figur – Hintergrund Unterscheidung im Gehirn abläuft. Dabei werden parallel in verschiedenen Nervenbahnen Informationen über Tiefe, Form, Bewegung und Farbe übertragen. Dabei sind noch viele Fragen offen, unter anderem die Interaktion zwischen den Bahnen, aber es bleibt ein faszinierender Aspekt, dass nun körperliche Entsprechungen gefunden werden zu Annahmen, die in der Theorie der Gestalttherapie bereits seit langer Zeit existieren.

Die Berücksichtigung der Tatsache, dass Menschen sich jeden Tag verändern, wird auch von erfahrenen Traumatherapeutinnen in der therapeutischen Arbeit für wichtig befunden (vgl. Reddemann 2003: 15). Dieser Prozess des Wandels kann sowohl in der Diagnostik allgemein als auch in der Traumabehandlung als Potential genutzt werden. Die Klientin ist heute nicht mehr die, die sie gestern war. Damit kann sie als Person von heute beginnen, mit all den vielen Ichs, die sie je gewesen ist, in Kontakt zu treten. „Das Ich von heute kann mit dem jüngeren Ich sprechen, sie trösten, sie unterstützen, von ihnen Unterstützung bekommen und so fort“ (Reddemann 2003: 16).

Nicht immer durfte ein Trauma als solches bezeichnet werden

Auch die phänomenologische Grundhaltung bei der Erkenntnisgewinnung ist eine Sichtweise, die bei traumatisierten Menschen besonders sinnvoll ist, weil sie davon ausgeht, dass man nur jeweils einzelne Aspekte der Person wahrnehmen kann. Dies zeigt sich auch am Beispiel des Neurologen Charcot in Paris: Ende des 19. Jahrhunderts befasste sich Jean-Martin Charcot in einem großen Pariser Armenkrankenhaus als erster systematisch mit traumatischen Symptomen, insbesondere von Frauen. Diese Symptome wurden Hysterie genannt. Charcot bewies damit großen Mut, denn vor seiner Zeit war dieses Gebiet nicht hoffähig. „Vor Charcot galten hysterische Frauen als Simulantinnen, deren Behandlung man ... Quacksalbern überließ“ (Hermann 1993: 22). Charcot nahm besonders bedacht auf die sorgfältige Beobachtung und Beschreibung von Phänomenen. Freud entdeckte, „

... dass sexueller Missbrauch in der Kindheit eine Wurzel der Hysterie war. Damit überschritt er die äußersten Grenzen gesellschaftlicher Glaubwürdigkeit“ (Herman 1993: 31). Jedoch fehlte das politische Umfeld, dass die Forschungen weitergeführt werden konnten. Nach dem ersten Weltkrieg drang die Existenz kriegsverursachter Traumata in das öffentliche Bewusstsein. Jedoch wurde die Ursache im schwachen Charakter des betroffenen Soldaten gesehen. Erst in den 70iger Jahren gelang es Vietnamveteranen gegen einen Krieg mobil zu machen, an dem sie selbst teilgenommen hatten, was einmalig in der Geschichte war. Damit gaben sie der Traumaforschung neuen Anstoß (vgl. Herman 1993: 43). Die Frauenbewegung konnte in der Folge aufzeigen, dass nicht „... Männer im Krieg sondern Frauen im zivilen Leben am stärksten von posttraumatischen Störungen betroffen sind (Herman 1993: 45).

5.1.2 Wie findet man heraus, ob die Klientin traumatisiert ist?

Zum einen erfasst die Psychotherapeutin eine umfassende Datensammlung: Sie hört sich die Schilderung der Symptome der Klientin an, macht eine Anamnese, geht traumaspezifische Fragebögen¹⁰ durch, berücksichtigt Labor- und andere Diagnostikergebnisse - nicht zuletzt um körperliche Erkrankungen, die ähnliche Symptome erzeugen, ausschließen zu können - vergleicht mit diagnostischen Klassifikationssystemen¹¹ und versucht sich in der Klärung der Funktionszusammenhänge zwischen Symptom und Lebenssituation (vgl. Bauer 2007)

Es ist oft nicht leicht, einzuschätzen, ob eine Person, die der Therapeutin gegenüber sitzt, traumatisiert ist, da belastende Erinnerungen nicht immer gleich zu Beginn der Therapie von der Klientin angesprochen werden. Die phänomenologische Grundhaltung der Gestalttherapie ist hier hilfreich, mit anderen Worten: Die in Vergessenheit geratenen alten Prinzipien der ärztlichen Kunst, dass man seine fünf Sinne einsetzt, zuhört, sich bewusst macht, was man hört, sieht, riecht. Man kann wahrnehmen, dass die Hand der Klientin feucht ist, wenn man sie begrüßt, man kann Menschen ansehen, dass sie Angst haben und auch, wenn sie überdies noch Panik haben (vgl. Reddemann: 2005: 32). Dann macht sich die Therapeutin ihre eigenen Wahrnehmungen, Gedanken, Körperempfindungen, Gefühle und Phantasien beim

¹⁰ Eine ganze Reihe von Fragebögen stellt Michaela Huber in ihrem Buch Trauma und die Folgen, Teil 1 zur Verfügung.

¹¹ ICD 10, DSM IV.

Zuhören bewusst (Scheffler 1990). Damit verfügt sie über einen Resonanzraum, über ein intuitives Erfassen. Dieses Einfühlen, diese Empathie ist ein hauptsächlichster Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Die Erforschung der neurobiologischen Grundlagen dafür verdanken wir dem Team um den italienischen Forscher Giacomo Rizzolatti. (vgl. Bauer 2007). Wie in Kapitel 1.2.3. über die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt der Spiegelung bereits erwähnt, kann die Klientin durch ihre Zeichen die Spiegelsysteme der Therapeutin erreichen. Die Therapeutin nun spürt an ihrer inneren Resonanz, was in der Klientin vor sich geht. Bei dieser ergänzenden Resonanz ist zu beachten: Entscheidend für den Erfolg der Therapie ist nicht, ob die Resonanz „richtig“ ist, sondern, ob sie nahe an der Klientin ist. Die Klientin spürt, dass die Therapeutin sich für sie interessiert. Eine weitere Möglichkeit, die Vermutung anzustellen, dass Menschen, die in Therapie kommen, möglicherweise eine traumatische Erfahrung gemacht haben,

„... liegt in der Kenntnis entsprechender Prävalenzstudien. So haben australische Forscher herausgefunden, dass Menschen, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, 26-mal mehr die Wahrscheinlichkeit mitbringen, dass sie ... Depressionen entwickeln, dass 37-mal mehr die Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie eine Panikstörung entwickeln ...“ (Henderson u. a. 2000: k. A. zit. in: Reddemann 2005: 38 und vgl. Huber 2007: 32).

Generell kann man sagen: Zwischen 30 und 60 Prozent aller Menschen erleben im Laufe ihres Lebens ein Trauma, aber wiederum nur ein Drittel davon muss mit langfristigen Folgen rechnen (vgl. Hidalgo/Davidson: 2000, k. A., zit. in: Huber 2007: 67). Am Beispiel der Traumatisierung durch sexuelle Gewalt in der Kindheit wurde untersucht, dass „... diese Menschen im Erwachsenenalter signifikant häufiger wegen schweren Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen an Psychiatrien aufgenommen und behandelt wurden“ (Lampe 2005). Menschen mit der Diagnose Angststörung oder Phobie sind häufiger¹² von traumatisierenden Erlebnissen in der Kindheit betroffen als der Durchschnitt, Menschen mit der Diagnose Depression noch öfter¹³ (Lampe 2005).

In der Therapie mit traumatisierten Menschen kann es zu heftigen Gegenübertragungsreaktionen bei den Therapeuten kommen. Sie können unter Umständen „... mit den gleichen Symptomen der Ohnmacht, der Wut, des Ekels, der

¹² OR 1,3 – 4,2 bedeutet, sie sind je nach Studie bis zu 4,2-mal häufiger von traumatisierenden Ereignissen betroffen als andere.

¹³ OR 2,1 – 7,0 bedeutet, sie sind je nach Studie bis zu 7-mal häufiger von traumatisierenden Ereignissen betroffen als andere.

Angst und der Schuld wie das Opfer reagieren“ (Reddemann 2005: 29). Ausführliche Hinweise dazu geben verschiedene Autoren (Zurek/Fischer 2003: k. A. und Reddemann 2005: 25 ff.).

5.1.3 Schutz der Klientin durch Distanzierung bei der Anamnese

Wenn KlientInnen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, davon berichten, kann es passieren, dass sie durch das Erzählen bereits sehr beunruhigt sind, im schlimmsten Fall von den belastenden Gefühlen überschwemmt werden und dissoziieren. „Es hat sich nicht bewährt, traumatische Erfahrungen gleich zu Beginn der Behandlung *en detail* zu erheben“ (Reddemann 2005: 40). Dadurch wird häufig die Persönlichkeit mehr destabilisiert, als sie unterstützt wird (vgl. Huber 2007: 32). Wie aber kann die Therapeutin erheben, was für ihre Einschätzung nötig ist und dennoch die Klientin nicht einer möglichen Retraumatisierung aussetzen? Hier können bereits zu Beginn der Klientin Methoden der Distanzierung gezeigt werden, zuerst möglichst anhand angenehmer Situationen, zum Beispiel, die Szene aus großer Entfernung von einem hohen Berg aus betrachten oder durch ein umgedrehtes Fernrohr oder aus dem 20. Stock eines Hochhauses. Es ist erforderlich, „... Distanzierung zu unterstützen, z. B. mit Hilfe der Imagination, also anzuleiten, sich das Leben aus einer Beobachterperspektive zu betrachten. (Dies) schafft Sicherheit. Das heißt, man kann die Patientin einladen, solch einen Traumafragebogen aus einer beobachtenden, ausreichend distanzierten Haltung heraus zu beantworten, was übrigens viele ohnehin spontan tun“ (Reddemann 2005: 40) Von den verschiedenen traumaspezifischen Fragebögen werden zum Beispiel dasjenige von Sack und Hoffmann überarbeitete Interview von Van der Kolk und seinem Team zur Erhebung der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Van der Kolk u. a. 1999 und Sack/Hoffmann 2001 zit. in: Huber 2007: 256) empfohlen, oder der „Fragebogen zu dissoziativen Symptomen“ (Freyberger/Spitzer/Stieglitz 2005 zit. in Reddemann 2005: 51).

Für den Diagnoseprozess ist Objektivität *und* Begegnung wichtig

Klientinnen wünschen sich meist einen partnerschaftlichen Umgang mit ihren Therapeutinnen, was von der Gestalttherapie her ohnehin ein Grundpfeiler des Menschenbildes ist. Aus der Sicht Martin Bubers geschieht die Begegnung zweier Menschen auf folgende Weise: Die Klientin erkennt sich selbst, indem sie im Kontakt mit der Therapeutin ist. Auf eben diese Weise erkennt die Klientin ihre

Umweltbedingungen. Dies wirkt sich auch auf den Erkenntnisprozess der Therapeutin aus. Diese fühlt sich in die Klientin ein, ohne die eigenen Grenzen zu verlieren. Buber bezeichnet dies als Ich – Du Beziehung. Die Menschen, die bei Ärztinnen oder Therapeutinnen Hilfe suchen, „... möchten darin unterstützt werden, selber etwas zu tun“ (Klemperer 2003 zit. in: Reddemann 2005: 42). Man spricht in der Organmedizin von „shared decision making“. In der therapeutischen Situation soll eine „... Atmosphäre hergestellt werden, in der ... (die Patientin) das Gefühl hat, dass ... (ihre) Sichtweise gefragt ist“ (Klemperer 2003, k. A., zit. in: Reddemann 2005: 42). Auch andere Autorinnen sind der Ansicht, dass man Posttraumatische Belastungsstörungen nicht mit irgendeiner Technik behandeln kann. „Es geht immer um die Behandlung des ganzen Menschen. Und es geht um die Wirksamkeit einer Beziehung (Fischer/Riedesser k. A. zit. in: Reddemann 2005: 43).

Die Therapeutin nimmt jedoch auch eine Position ein, bei der sie um Objektivität bemüht ist und kategorisiert. Dies entspricht der Ich – Es – Beziehung im Sinne Martin Bubers. Dies könnte bei Menschen mit Traumafolgestörungen zum Beispiel in der Form geschehen, dass man einen der zahlreichen traumaspezifischen Fragebögen einsetzt. Genaue Diagnostik ist bei traumatisierten Menschen empfehlenswert, insbesondere zu erheben, ob dissoziatives Verhalten vorliegt. Man schadet der Klientin nicht, wenn man ihr diesen Fragebogen zumutet und sich herausstellt, dass sie nicht dissoziiert. Aber man kann ihr und sich unnötige Probleme ersparen, wenn man dissoziative Störungen rechtzeitig erkennt (Reddemann 2005: 35). Im Dialog miteinander werden diese verschiedenen Perspektiven gemeinsam zusammengetragen (Fuhr/Sreckovic/Gremmler-Fuhr 1999: 641). Die partnerschaftliche dialogische Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin in der Therapiesituation mit möglichst gleichmäßig verteilter Deutungsmacht zwischen den beiden (vgl. Staemmler 1999: 675) wird von Reddemann unterstützt, die hinzufügt, dass unser Fachwissen über Traumaforschung nach wie vor bruchstückhaft ist und es daher Sinn macht, auf das zu achten, was die Klientin meint, dass ihr gut tut (Reddemann 2005: 21).

5.2 Konsequenzen für die Behandlung

5.2.1 Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Eine wichtige Konsequenz für die Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen ist, dass der therapeutischen Beziehung ein zentraler Platz

eingräumt werden muss. „Wir sind - aus neurobiologischer Sicht – auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen“ (Bauer 2007: 21). „Bei allen Therapien trägt [...] die Qualität der Therapiebeziehung signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis bei“ (Grawe 2005: 7). Sowohl in der Bindungsforschung (vgl. Bowlby 1976: 246), als auch in der Glücksforschung (Larson/Csikszentmihalyi/Graef 1980: k. A. zit. in: Csikszentmihalyi 2007: 331) wurde festgestellt, dass das Zusammensein mit wertschätzenden Personen heilsame Wirkung hat. Die Gehirnforschung konnte die neurobiologische Entsprechung dazu beobachten: Bei Müttern, denen ein Bild ihres Kindes auf einem Bildschirm gezeigt wird, ist das Motivationssystem und die vorgeschalteten Systeme aktiviert (vgl. Lorberbaum u. a. 2002: k. A., zit. in: Bauer 2007: 40). Wenn man verliebten Menschen ein Bild ihres Geliebten betrachten lässt, reagiert das Kernstück des Motivationssystems heftig. Beobachtet wurde dabei eine Aktivierung der Basiskomponente (VTA) wie auch des Bereiches um den Nucleus Accumbens herum, also der vorderen Komponente, des „Kopfstücks“ (vgl. Aron u. a. 2005, zit. in: Bauer 2007: 42). Andere Forscher konnten nachweisen, dass bereits das Sehen eines sympathischen Gesichts den Nucleus accumbens aktiviert (Bauer 2007: 42). Auch die Auswirkungen von Psychotherapie können bereits neurobiologisch sichtbar gemacht werden: Bei depressiven Patienten konnte zum Beispiel nach einer Psychotherapie eine Normalisierung beim Stoffwechsel des Nervenbotenstoffes Serotonin festgestellt werden (vgl. Brody/Baxter 2001: k. A., zit. in: Bauer 2006: 217).

Mit dem Satz „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“ hat Martin Buber das wesentliche Heilungselement auf den Punkt gebracht. „Es gibt wohl keine intensivere Begegnung als die in der Therapie mit Menschen, die nach Erfahrungen, welche ihnen buchstäblich den Boden unter den Füßen weggezogen haben, wieder versuchen, ins Leben zurückzufinden (Huber 2007: 18). Die therapeutische Beziehung wird auch von anderen Autoren als zentrales Element der Heilung betrachtet:

„Drei Psychiater der Universität San Francisco haben in einem wunderbaren kleinen Buch über das emotionale Gehirn und seine Funktionsweise mit dem poetischen Titel *Eine allgemeine Theorie der Liebe* diesem Phänomen einen Namen gegeben: limbische Regulation. Sie schreiben darüber: „Die [affektive] Beziehung ist ein ebenso reales und ebenso wichtiges Konzept wie jedes Medikament und jede chirurgische Intervention“ (Lewis/Amini/Lannon 2000: k. A. zit. in Servan - Schreiber: 2004: 207).

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung aus neurobiologischer Sicht besteht unter anderem darin, dass Klientinnen, die die Beziehung zur Therapeutin als hilfreich erleben, diese Erfahrung als implizite Erinnerung speichern können. In der therapeutischen Sprache wird dies so beschrieben: Die Klientin internalisiert eine positive Bindungserfahrung, die Neurobiologen können feststellen, dass es dadurch zu neuen Verbindungen zwischen Neuronen kommt und ein neuer somatischer Marker zur Verfügung gestellt wird (vgl. Damasio 1994: k. A., zit. in: Rothschild 2002: 123)

Traumatisierte Menschen brauchen mehr Kontrolle über die Situation: Ein Mensch, der eine oder mehrere Erfahrungen extremer Ohnmacht gemacht hat, kann es schlecht verkraften, wenn er sich erneut hilflos fühlt. Daher benötigen solche Klientinnen sehr viel mehr eigene Kontrolle in der Therapie als andere. Das Gefühl der Hilflosigkeit ist ein Trigger. Wenn die Therapeutin nicht verhindert, dass die Klientin sich in der Therapiesituation ohnmächtig fühlt und sie dadurch triggert, hat sie es schwer, in der Zukunft Vertrauen aufzubauen (vgl. Reddemann 2003: 41).

„Was (im Gehirn) immer wieder gleichzeitig aktiviert wird, wächst zusammen. Das eine Erregungsmuster löst in Zukunft das andere aus. ... Wenn ich es als Therapeut zulasse, dass ein Patient in den Therapiestunden mit mir immer wieder überwiegend negative Emotionen erlebt, werden meine Person, der Therapieraum, der bevorstehende Sitzungstermin zu einem Auslöser von negativen Emotionen für ihn, ohne dass er und ich das wollen Das ist das Gegenteil von dem, was ich erreichen will. Konsequenz: Ich muss dafür sorgen, dass der Patient im Zusammensein mit mir überwiegend positive Emotionen erlebt“ (Grawe 2004: 67).

5.2.2 Hier und Jetzt als heilsames Gegenüber zu dem Grauen der Vergangenheit

Für Klientinnen ist es von zentraler Bedeutung, dass sie sich bewusst machen können, dass die traumatischen Ereignisse der Vergangenheit angehören. Das Wahrnehmen des Körpers stellte Fritz Perls erstmals 1942 in seinem Buch „Das Ich, der Hunger und die Aggression“ vor. Bekannter wurde seine Idee durch sein Buch „In and out of the Garbage Pail (dt.: Wahrnehmung. Verworfenes und Wiedergefundenes aus der Mülltonne). Zwei Jahre später erschien „Die Kunst der Wahrnehmung“ von John Stevens. Diese Praxis der Konzentration auf Körperempfindungen und Körperprozesse kann in den meisten Fällen in der Therapie mit traumatisierten Menschen genutzt werden. Das Bewusstsein der augenblicklichen körperlichen Empfindungen ist unsere Empfindung zur Gegenwart,

zum Hier und Jetzt. „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“ (Rothschild 2002: 148). Der Körper ist hier eine Ressource. Neben dem Körper ist auch die Wahrnehmung der Umgebung eine gute Möglichkeit, die Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt zu lenken und damit weg von den schrecklichen vergangenen Geschehnissen. Das Wahrnehmen, was in mir und in meiner Umgebung geschieht kann bei PTBS Kranken hilfreich sein, denn sie haben häufig die Schwierigkeit, dass sie inneren Reizen sehr viel *mehr* Aufmerksamkeit schenken als äußeren (vgl. Rothschild 2002: 187). Insbesondere bei der Behandlung von hoch dissoziativen Patientinnen ist das Konzentrieren auf die Situation „Hier und Jetzt“ eine zentrale Interventionsmöglichkeit, um die Dissoziation zu stoppen (Reddemann 2005: 193).

5.2.3 Die Perspektive auf die Ressourcen

Das Wahrnehmen der Umgebung, das bewusste Richten der Aufmerksamkeit auf den Gesang der Vögel, auf einen betörenden Duft, auf einen Sonnenaufgang kann für Momente die Stimmung heben. Es ist in der Therapie besonders wichtig, von Anfang an auch ein Gespräch über alles, was der Klientin Freude macht, ihr gelingt und gelang, also über alle Ressourcen zu führen (vgl. Reddemann 2003: 20). Kritische Stimmen mögen einwenden, dass dadurch das Leiden der Klientinnen nicht genug gewürdigt und allzu leicht(fertig) eine positive Sichtweise betont würde (vgl. Reddemann 2005: 17). Aber Menschen mit Traumafolgestörungen

„... leben fast ausschließlich außerhalb der Polarität zwischen Freud- und Leidvollem, gefangen im Leidvollen ... (daher ist es wesentlich), ein Bewusstsein für die Polarität und damit Ganzheit von Leid und Freude anzustoßen, damit die PatientInnen wieder in die Lage kommen, zu wählen, wo sie sich aufhalten wollen, um die Wechselfälle des Lebens anzunehmen“ (Reddemann 2005: 19).

Wie bereits Salomo Friedländer bemerkte, ist die Mitte zwischen den Polen, in dem Fall Leid und Freude, „... das eigentliche Geheimnis, der schöpferische Wille ...“ (Friedlaender 1926: 337, zit. in: Frambach 1999: 299), den es anzustreben gilt (siehe auch Kapitel 4.1.3).

Komplex traumatisierte Menschen sind weniger belastbar als andere, oft sind sie über Jahre von Alpträumen, Erschöpfungszuständen, oder Intrusionen geplagt. Deshalb ist es für sie erst einmal wichtig, Kraft zu sammeln und sich zu stabilisieren

(vgl. Huber 2006: 93). Die Ausbildung von Resilienz erfolgt durch Aktivierung *sozialer* und *individueller* Ressourcen. Ausführliche Anleitungen dazu finden sich bei Reddemann 2003, Seite 34 bis 60 und bei Huber 2006, Seite 94 bis 127.

Steve de Shazer rät für die Selbsterkenntnis, sich die Frage nach den Ausnahmen vom Problem zu stellen (vgl. De Shazer 2004: 204). Danach zu suchen, „... wann es einem gut geht und was man da denkt, fühlt und tut“ (Reddemann 2007: 49) kann eine Hilfe sein bei der Suche nach resilienten Elementen. Das Leben bietet uns vielerlei Chancen. Eine schlechte Kindheit ist nicht der einzig bestimmende Faktor für das Leben.

„Wenn PsychotherapeutInnen darum wissen, dass man Resilienz lebenslang fördern kann, können sie in ganz anderer Weise helfen, als wenn sie davon ausgehen, schwer belastete Patienten brauchten nur Verständnis für das Schwere, das sie erlitten haben. Das brauchen sie natürlich unbedingt auch, aber sie brauchen viel mehr. Sie brauchen ... Förderung ihrer resilienten Fähigkeiten und Anregungen, wie diese ausgebaut werden können“ (Reddemann 2007: 55).

Da sich die Forschung darüber, wie Menschen wieder zu seelischen Kräften kommen können, noch im Anfangsstadium steckt, gibt es nur wenige Autoren, die dieses Thema auch für die Therapie aufbereiten.

„Im Rahmen der Diagnosestellung und Interventions- bzw. Behandlungsplanung kommt dann dem Erfassen von Ressourcen, faktisch und potentiell belastenden und protektiven Faktoren, vorhandenen Resilienzen eine wichtige Rolle zu, um erfolgreiche Behandlungen durchführen zu können. ... In diesem Geschehen werden protektive Faktoren und Resilienzen für den jeweiligen Patienten deutlich und auch die Möglichkeiten, sie zu berücksichtigen. Eine differentielle und flexible Nutzung dieser Konzepte wird also notwendig sein, ganz wie dies auch für den Einsatz von therapeutischen Wirkfaktoren in der modernen Psychotherapie erforderlich ist (Smith, Grawe 1999; Petzold 1993p, 2002b). Der wissenschaftlich immer noch sehr offene Status der Konzepte protektiver Faktoren und Resilienz verlangt hier ein sorgfältiges und zugleich flexibles Vorgehen (Müller/Petzold 2003: 18).

5.3 Konsequenzen für die Methodenauswahl

5.3.1 Informierte PatientInnen sind im Vorteil

Angst bei Menschen zu reduzieren, die Todesangst erlebt haben, ist ein Gebot der Menschlichkeit. Menschen, die informiert sind, haben weniger Angst, weil sie sich vorbereiten können und wissen, was auf sie zukommen kann. Dies gilt für PatientInnen, die zur zahnärztlichen Behandlung gehen genauso wie für die, die eine Psychotherapie machen möchten. Menschen möchten verstehen, was nicht in

Ordnung ist, eine realistische Vorstellung der Prognose erhalten, sowie die Abläufe der Behandlung erfassen (vgl. Reddemann 2005: 41, 42). Die Notwendigkeit von psychoedukativen Gesprächen wird auch von anderen Traumatherapeutinnen betont (Huber 2006: 102, Hoffmann – Widhalm 2004: 337). Manchmal ist eine Information über die Theorie der Traumatherapie, über die Funktion des autonomen Nervensystems und die Theorie der Erstarrungsreaktion der einzige mögliche Zugang um ein Arbeitsbündnis mit einem Klienten herstellen zu können (Rothschild 2002: 143). Wie in Kapitel 2.2.1. über die „freeze and fragment“ Reaktion beschrieben, kann es besonders hilfreich sein, Klienten über die Hintergründe von Erstarrungsreaktionen aufzuklären, insbesondere, dass diese Reaktionen instinktiv sind und es sich nicht um rationale Entscheidungen handelt, denen reifliche Überlegungen vorangehen. Viele Gewaltopfer, vornehmlich Frauen, leiden unter starken Schuldgefühlen und schämen sich, weil sie erstarrt sind und nicht gehandelt haben, um sich oder andere zu schützen. Die Erkenntnis, dass das Erstarren automatisch eintritt, fördert hier den Prozess des Selbst-Vergebens (vgl. Rothschild 2002: 30). Es ist wichtig, Menschen mit Traumafolgestörungen darüber aufzuklären, was in ihrem Körper vorgeht und wie sie es beeinflussen können, wie bereits vor vielen Jahren die WHO allgemein formulierte:

„Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, [...] Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasst [...] den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können“ (Ottawa Charta der WHO 1996).

5.3.2 Die Körperwahrnehmung mit einbeziehen

Die Gestalttherapie hat mit der Möglichkeit, Körperwahrnehmungen mit einzubeziehen, eine unschätzbare Ressource für das therapeutische Arbeiten mit Traumapatienten. Dies bezieht sich sowohl auf die Möglichkeit, einen Zugang zum Körper überhaupt zu entwickeln, als auch den Körper als Bremse einzusetzen, um Hyperarousal, und Panikattacken zu stoppen. Weiters ist sie für die Identifikation und das Verständnis von Gefühlen von unschätzbarem Wert. Der Körper erinnert sich auch an positive Gefühle, dies kann Klienten helfen, die Verbindung zu vergessenen Traumaerinnerungen ebenso wie zu vergessenen Ressourcen wiederherzustellen. Ebenso kann es nützlich sein, die Aufmerksamkeit auf die Körpergrenzen zu richten, um damit Sicherheit herzustellen (vgl. Rothschild 2002: 187 – 215). Manchmal ist bei Angst die Durchführung einer Entspannungsübung bedrohlich. In diesem Fall sind

Übungen, wo bewusstes Anspannen geübt wird, hilfreicher. (vgl. Rothschild 2002: 197). Mit Hilfe des Körpergewahrseins kann herausgefunden werden, was auf Dauer wirksam ist.

Peter Levine hat sich ausführlich mit therapeutischer Körperarbeit bei traumatisierten Patienten beschäftigt und den Begriff „Intentionale Bewegungen“ geprägt, womit er „... leichte Muskelkontraktionen, die auf ein Verhalten hindeuten können, das beabsichtigt war, aber nicht ausgeführt wurde“ (Levine 1992: k. A., zit. in: Rothschild 2002: 245).

Es gibt allerdings auch Situationen, in denen es kontraindiziert ist, die Körperempfindung zu schulen: Bsp.: Wenn der Körper durch das Trauma so stark geschädigt ist, dass jeder Versuch, Körperempfindungen zu verstärken, die Herstellung des Kontakts zu den Traumata so stark beschleunigt, dass dadurch überwältigende Gefühle und die Gefahr einer plötzlichen und akuten Verschlechterung entstehen könnten. Weiters kann es bei KlientInnen mit starker Leistungsorientierung dazu kommen, dass sie ständig versuchen, „das Richtige“ zu empfinden (vgl. Rothschild 2002: 155).

5.3.3 Gefühlsberuhigung statt Gefühlsintensivierung

Ein zentrales Element zur Gesundheit ist für traumatisierte Menschen der Faktor der Selbstberuhigung. Wenn sie von Gefühlen überschwemmt werden, entsteht meist der Eindruck, keine Kontrolle über sich selbst, über den Körper zu haben und dies allein ist bereits massiv angsterzeugend. Eine Hilfe zur Selbsteinschätzung der Klientinnen bietet ein „Fragebogen zur Selbstberuhigung“ (Lampe 2005), der im Anhang beigefügt ist. Mit 10 Fragen kann die Klientin selbst einschätzen, wie gut sie sich derzeit selbst beruhigen kann. Dabei schätzt sie die Belastungen auf der SUD Skala ein (Subjektive Units of Disturbance), die von 0 bis 10 hinsichtlich des Grads der Belastung reicht) Nach einigen Monaten, in denen Übungen zur Selbstberuhigung (Reddemann 2003: 27ff.; Huber 2006: 98 ff.) ausprobiert und geübt werden, kann dieser Fragebogen wiederholt werden und dann ein Vergleich gezogen werden. Meistens kann hier ein Fortschritt sichtbar gemacht werden, den die Klientin auch im Alltag feststellen kann.

Phantasieeisen sollten mit Vorsicht angewandt werden, besonders bei komplex traumatisierten Menschen und in der Anfangsphase. Ziel dabei ist nicht, auf traumatisches Material zu stoßen, sondern sie sollten möglichst angenehm sein, denn Freude und persönliche Weiterentwicklung sind lernbar, wie schon Stefan Klein, ein Wissenschaftsjournalist, der die schwierigen Befunde der Hirnforschung verständlich zusammengefasst hat bemerkte (Klein 2002, zit. in: Huber 2006a: 11). Manchmal ist es nötig, die Phantasieeise nach jedem Satz zu unterbrechen und die Klientin erzählt, welche inneren Bilder aufgetaucht sind. Wenn belastendes Material kommt, kann man mit ihr Möglichkeiten suchen, diese Schreckensbilder in der Vorstellung zu verändern.

Weiters „... gilt es zu lernen, das Traumamaterial (die belastenden Erinnerungen, Schmerzzustände, Alpträume, etc.) in ausreichende Distanz zu bekommen“ (Huber 2007: 32). Gut geeignet dafür ist die „Beobachter –Technik“, in der die Klientin angeleitet wird, sich selbst aus einer distanzierten Position zu beobachten (Reddemann 2003: 39). Eine andere Möglichkeit ist die Bildschirmtechnik, in der die Klientin eingeladen wird, auf einen imaginären Bildschirm zu schauen und zu beschreiben, was sie dort sieht. Sie spricht also von sich in der 3. Person. Zur besseren Kontrolle über die Situation kann die Klientin sich vorstellen, sie hätte eine Fernbedienung in der Hand, mit der sie den Ton leiser machen, ausschalten oder das Bild abschalten kann. (Putnam 1989: k. A., zit. in: Reddemann 2003: 113).

Bei der Konfrontation mit traumatischem Material sind einige Fachleute der Meinung, dass heftige Abreaktionen nicht wirksamer sind als sanfte (vgl. Levine 1998: k. A., zit. in: Reddemann 2003: 114, Huber: 2007: 32). Peter Levine hat sich ausführlich mit der Entwicklung von schonenden Verfahren zur Traumakonfrontation befasst, die den Körper miteinbeziehen, besonders geht es ihm um die bewusste Beeinflussung von Körperreaktionen im Sinne von Verlangsamung (Levine 1998: 116 ff., Reddemann 2005: 178). Eine ausführliche Beschreibung geeigneter Traumakonfrontationsmethoden findet sich zum Beispiel bei Michaela Huber (Huber 2006: 245 ff.) oder Luise Reddemann (Reddemann 2005: 144 ff.).

Zusammenfassung und Ausblick

Thema der Arbeit waren ausgewählte Erkenntnisse der neueren Gehirnforschung bezüglich Trauma und seelischer Widerstandskraft in Gegenüberstellung mit theoretischen Grundlagen und Arbeitskonzepten der Integrativen Gestalttherapie. Ziel der Arbeit war es, mögliche Konsequenzen für die Integrative Gestalttherapie bei der Behandlung von Menschen mit Traumafolgestörungen zu erheben.

Das *erste* Kapitel führte in die Arbeitsweise des menschlichen Gehirns ein. Dabei wurde beschrieben, wie Nervenzellen untereinander und mit Körperteilen kommunizieren und wie sie in Netzwerken organisiert sind. Weiters wurde die neue Entdeckung im Verständnis von Hirnfunktionen betrachtet, die „experience – dependent plasticity of neuronal networks“, die Festigung oder Verkümmern der Verbindungen zwischen den Nervenzellen im menschlichen Gehirn in Abhängigkeit von ihrer Benutzung. Dabei stellte sich heraus, dass dies weit reichende Konsequenzen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Stunden hat, da auch positive oder negative Erfahrungen, die dort gemacht werden, im Gehirn der jeweiligen KlientInnen eine Entsprechung finden, also neu gebahnt werden. Dann wurde eine weitere große Entdeckung der Neurobiologie erörtert: Die der Spiegelneuronen als körperliche Entsprechung zu Einfühlung, Resonanz und intuitivem Wissen. Daraus ergibt sich, dass Menschen Nervenzellen besitzen, die etwas mit der Beziehung zwischen Menschen zu tun haben. Dies bestätigt die große Bedeutung, die die Integrative Gestalttherapie der therapeutischen Beziehung beimisst. Als weiteres Thema der Neurobiologie wurde die unterschiedliche Verarbeitung von Erinnerungen im Gehirn mit traumatischem oder gewöhnlichen Material dargestellt. Es wurde deutlich, dass dies Bedeutung für die Integrative Gestalttherapie hat, da die therapeutische Arbeit mit Erinnerungen, die eine massive Regression auslöst, unter Umständen retraumatisierende und damit schädigende Wirkung für die KlientInnen haben kann.

Im *zweiten* Kapitel wurden theoretische Erklärungsansätze für die Entstehung eines Traumas und die Vorgänge im Gehirn beleuchtet. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf körperliche und seelische Reaktionen bei Gefahr gelegt. Es zeigte sich, dass dabei wichtige Erklärungsmodelle für Abläufe in Psychotherapien

gewonnen werden können, wie zum Beispiel die emotionale Taubheit oder die Übererregung von Menschen, die traumatische Geschehnisse erlebt haben. Danach wurden die Folgen für Betroffene und HelferInnen erläutert sowie auf Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen.

Dies war die Überleitung ins *dritte* Kapitel zur seelischen Widerstandskraft, Resilienz: Dort wurde erst der Begriff definiert und die historische Entwicklung der Resilienzforschung geschildert. Danach wurden Ergebnisse der Resilienzforschung beschrieben, wobei sich herausstellte, dass Musik, Bewegung und Kunst sehr unterstützend für die Lebensfreude und Lebenskraft sein können und damit resiliente Wirkung beinhalten. Dies spiegelt sich auch in der Bedeutung wider, die die Integrative Gestalttherapie der Kreativität einräumt.

Im *vierten* Kapitel wurden ausgewählte theoretische Grundlagen und Arbeitskonzepte der Gestalttherapie erklärt und im *fünften* den vorangegangenen Ausführungen gegenübergestellt. Dabei stellte sich heraus, dass Teile der gestalttherapeutischen Theorie, wie die phänomenologische Herangehensweise an Erkenntnis, für die **diagnostische Einschätzung** bei Menschen, die an Traumafolgestörungen leiden, besonders hilfreich sind, da bei ihnen immer wieder mit neuem belastendem Material bei Erinnerungen gerechnet werden muss. Die Figur – Grund bildung wurde durch die Gehirnforschung im Bereich der visuellen Wahrnehmung untersucht und drückt mit anderen Worten aus, was schon lange Wissen der Gestalttherapie beinhaltet. Die Neurobiologie hat mit der Entdeckung der Spiegelneurone den großen Wert, den die Gestalttherapeuten auf die therapeutische Beziehung legen, bekräftigt. Für die Diagnostik ist es wertvoll, die aufmerksame Konzentration, was auf der Ebene der therapeutischen Beziehung geschieht, beizubehalten.

Was geändert werden muss, ist die ausschließlich dialogische Arbeit. Es ist wichtig, auch vermehrt auf traumaspezifische Fragebögen zum Beispiel zur Einschätzung des Ausmaßes der Dissoziation und der Art der Traumafolgestörungen zurückzugreifen. Eine weitere Umstellung betrifft die Anfangsphase, bei der darauf zu achten ist, dass die KlientInnen beim Erzählen nicht von Gefühlen überschwemmt werden.

Für die **Behandlung** stellte sich heraus, dass das Dialogverständnis Martin Bubers gut geeignet, da es um existentielle Bedrohungen geht, die jeden Menschen, also auch den Therapeuten oder die Therapeutin betreffen können und daher neben dem Bemühen um Objektivität auch der Aspekt der Begegnung zweier Menschen in der therapeutischen Situation beachtet werden muss. Bubers Haltung ist auch empfehlenswert, weil es für TraumatpatientInnen wichtig ist, dass sie dabei unterstützt werden, selber etwas für ihre Genesung zu tun. Weiters wurde deutlich, dass es mit Bubers Sichtweise gut vereinbar ist, dass es Sinn macht, auf das zu achten, was die Klientin meint, dass ihr gut tut. Auch Salomo Friedlaenders Gedanken, die Mitte zu finden zwischen den entsetzlichen und schönen Ereignissen des Lebens, ist besonders für traumatisierte Menschen ganz wesentlich, da diese ja über die Maßen dem schrecklichen Pol des Lebens ausgesetzt waren. Die Erkenntnisse der Gestaltpsychologie, dass Wahrnehmung davon abhängt, welche Erfahrungen man gemacht hat und welche Bedeutung man ihr verleiht, sind wesentlich für die Arbeit mit Traumatisierten, da unter Umständen traumatische Ereignisse leichter verarbeitet werden können, wenn Betroffene in irgendeiner Form einen Sinn (sense of coherence) darin für ihren Lebenszusammenhang feststellen können. Das Konzept der Gestaltbildung eignet sich ebenfalls dafür, da es gut beschreibt, wie das Ziel der Aufmerksamkeit sich verändern kann. Bei der Behandlung ist insbesondere die gestalttherapeutische Ausrichtung auf das sichere Hier und Jetzt als heilsames Gegenüber zum Entsetzen des Damals eine wirksame Vorgangsweise.

Nicht uneingeschränkt übernommen werden kann jedoch die organismische Selbstregulation, da bei Menschen mit Traumafolgestörungen die selbstregulierenden Anteile geschädigt sein können und zum Beispiel die wiederkehrenden, sich ohne ihr Zutun ins Gedächtnis drängenden Erinnerungen an traumatische Ereignisse, so genannte Intrusionen, schädigend sein können und aktiv unterbunden werden sollten.

Bei der **Methodenauswahl** zeigten Ergebnisse aus der Resilienzforschung, dass es sinnvoll ist, das große kreative Potential beizubehalten, das die Integrative Gestalttherapie zur Verfügung hat. Es ist zur Förderung der Lebensfreude ebenso

gut geeignet wie für die Beschäftigung mit dissoziierten Anteilen. Bei der Betrachtung der Arbeitskonzepte der Integrativen Gestalttherapie wurde deutlich, dass Awareness eine wertvolle Hilfe für traumatisierte Menschen sein kann. Achtsamkeit für den Körper ist eine gute Möglichkeit bei der Affektkontrolle und bei der Verhinderung von Dissoziation. Der Blickwinkel auf die Ressourcen der KlientInnen kann zusätzlich heilsam sein, da damit neue Verbindungen zwischen den zuständigen Nervenzellen geschaffen werden können und somit durch Psychotherapie dauerhaft neuronale Prozesse und Strukturen verändert werden können.

Jedoch wurde nach Sichtung der Literatur der Traumaforschung klar, dass auf die detailreiche Schilderung der traumatischen Erlebnisse bei der Anamneseerhebung verzichtet werden sollte. Darüber hinaus ist es zur Bekämpfung des Gefühls der Hilflosigkeit wirksam, wenn den KlientInnen sogar spezielle Distanzierungstechniken zur Verfügung gestellt werden, damit sie von belastenden Gefühlen nicht überflutet werden.

Für die Zukunft bleibt zu hoffen, dass GestalttherapeutInnen vermehrt Erkenntnisse der Gehirnforschung in ihre Arbeit miteinbeziehen. Auch könnte es spannend und erkenntnisreich sein, wenn NeurobiologInnen mit Hilfe der Perspektive von GestalttherapeutInnen die Abläufe im Gehirn beobachten, weil letztere dann vielleicht neue und andere Fragen stellen.

Literatur

Amendt – Lyon, Nancy (1999): Kunst und Kreativität in der Gestalttherapie. In: Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 857 - 877

Anthony, James/Cohler, Bertram (Hrsg.) (1987). The invulnerable child. New York

Antonovsky, Aaron (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco

Aron, Arthur/Fischer, Helen/Maschek, Debra/Strong, Greg/Li, Haifang/Brown, Lucy (2005): Reward, motivation and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. In: Journal of Neurophysiology, Washington

Bandura, Albert (1977): Self – efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84, Washington, 191 - 215

Bandura, Albert (1992): Exercise of personal agency through the self – efficacy mechanism. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Self – efficacy: Thought control of action. Washington, 3 – 38

Bartels, Andreas/Zemir, Zeki (2000): The neural basis of romantic love. Neuro – Report 11/ 3829, London

Bartels, Andreas/Zemir, Zeki (2004): The neural correlates of maternal and romantic love. NeuroImage 21, k. A., 1155

Bauer, Joachim (2005): Warum ich fühle, was du fühlst: intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg

Bauer, Joachim (2006): Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. München

Bauer, Joachim (2007a): Im Zeitraum. Sendung im Programm Ö1 des Österreichischen Rundfunks am 23.6.2007

Bauer, Joachim (2007b): Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. Hamburg

Bauer, Joachim (2007c): Wie wirkt Psychotherapie? Die Wirksamkeit der Psychotherapie im Lichte der Gehirnforschung. Vortrag im Rahmen des Tages der Psychotherapie am 6.10.2007. St. Pölten

Bauer, Joachim (2007d): Lob der Schule. Hamburg

Bengel, Jürgen (Hrsg).(2004): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Heidelberg

Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/William, Hildegard (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln

Besems, Thijs/van Vugt, Gerry (1990): Wo Worte nicht reichen – Therapie mit Inzestopfern. München

Bettge, Susanne (2004): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Dissertation an der Fakultät Wirtschaft und Management, Institut für Gesundheitswissenschaften an der technischen Universität Berlin

http://edocs.tu-berlin.de/diss/2004/bettge_susanne.pdf, abgerufen am 8.9.2007

Blankertz, Stefan/Doubrawa Erhard (2005): Lexikon der Gestalttherapie. Wuppertal

Blankertz, Stefan/Doubrawa Erhard (2006): Fritz Perls – Laura Perls - Paul Goodman: Die Begründer der Gestalttherapie. Gestaltkritik 2/2006. Köln
<http://www.gestalt.de/begruender-der-gestalttherapie.html>, angerufen am 5.10.2007

Bördlein, Ingeborg (2008): Trauma – Patienten wird der Schrecken genommen. In: Welt Online 25.1.2008 14:21.

http://www.welt.de/wissenschaft/article1593565/Trauma-Patienten_wird_der_Schrecken_genommen.html abgerufen am: 4.2.2008

Bowlby, John (1976): Trennung. Frankfurt

Bremner, Douglas/Southwick, Steven/Brett, Elisabeth/Fontana, Alan, Rosenheck, Robert/Charney, Dennis (1992): Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. American Journal of Psychiatry, 149: 328 - 332

Brendan, Depue u. a. (2007): Prefrontal Regions Orchestrate Suppression of Emotional Memories via a Two-Phase Process In: Science, Bd. 317, DOI: 10.1126/science.1139560, Boulder (USA), 215
<http://science.orf.at/science/news/148667>, abgerufen am 5.9.2007

Brinzinger, Ute (2001): Das Menschenbild in der Gestalttherapie. Theorieteil der Abschlußarbeit zur 4-jährigen Gestalttherapie-Ausbildung am Institut für Integrative Gestalttherapie Würzburg

http://www.igw-gestalttherapie.de/Eigene_Dateien/pdf/menschenbild.pdf, abgerufen am 3.11.2007

Brody, Arthur/Baxter, Lewis (2001): Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal psychotherapy. In: Archives of General Psychiatry 58: 631 - 640

Brody, Arthur/Baxter, Lewis (2001): Brain metabolic changes with symptom factor improvement in major depressive disorder. In: Biological Psychiatry 50: 171 - 178

Brooks, Robert (2007): Das Resilienz – Buch. Wie Eltern ihre Kinder fürs Leben stärken. Stuttgart

Butollo, Willi (1997): Traumatherapie. München

Butollo Willi/Krüsmann, Marion/Hagl, Maria (1998): Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. München

Carter, Rita (1999): Atlas Gehirn. München

Classen, Catherine/Koopman, Cheryl/Spiegel, David (1993): Trauma and dissociation. Bulletin of the Menninger Clinic, 57 (2) 178-194

Csikszentmihalyi, Mihaly (1999): Flow: Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart

Crump, Lee (1984): Gestalt Therapy in the Treatment of Vietnam Veterans Experiencing PTSD Symptomatology. In: Journal of Contemporary Psychotherapy, 14 (1), 90 – 98

Damasio, Antonio (1995): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München

Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin (2004): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien: Bern

Duden, Fremdwörterbuch (1974): Mannheim

Faller, Adolf/Schünke, Michael/Schünke, Gabriele (2004): Der Körper des Menschen. Einführung in Bau und Funktion. Stuttgart

Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München

Frambach, Ludwig (1999): Schöpferische Indifferenz – Die Philosophie von Salomo Friedlaender. In: Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 295-308

Franke, Alexa (1997): Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenesekonzeptes. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für psychosoziale Medizin. Frankfurt am Main, 41-45

Freud, Anna (1969): The writings of Anna Freud: Vol. 5: Research at the Hampstead Child-Therapy Clinic and Other Papers. New York

Freud, Sigmund (1895): Entwurf einer Psychologie. In: Aus den Anfängen der Psychoanalyse. London 1950, 378-466

Fritze, Jürgen (2000): Neurobiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Hartwich, Peter/Haas, Steffen/Maurer, Konrad/Pflug, Burghard/Schlegel, Sabine(Hrsg.): Posttraumatische Erkrankungen. Konvergenz psychischer und somatischer Veränderungen. Sternenfels 29 - 36

Fuhr, Reinhard/Portele, Heik (1990): „Kontakt“ und „Kontaktunterbrechungen“ – ein erkenntnistheoretischer Irrtum? *Gestalttherapie*, 2, 54 - 59

Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (1999): Gestalttherapie in den Vereinigten Staaten und in Europa: Deutschland. In: Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): *Handbuch der Gestalttherapie*. Göttingen, 187 - 194

Gallup, Gordon/Maser, Jack (1977): Tonic immobility: Evolutionary underpinnings of human catalepsy and catatonia. In: Seligman, Martin/Maser, Jack (Hrsg.): *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco, 334-357

Garnezy, Norman/Masten, Ann/Tellegen, Auke (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*. 55, 97-111

Garnezy, Norman (1993): Children in poverty: Resilience despite risk. In: *Psychiatry* 56, 127 - 136

Geyer, Siegfried (2002): Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In: Wydler, Hans/Kolip, Petra/Abel, Thomas(Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim

Göppel, Rolf (1997): *Ursprünge der seelischen Gesundheit*. Würzburg

Graf, Hans Peter (2006): *Jahresbericht Psychiatriezentrum Münsingen. Intuitive Kommunikation oder warum Gähnen ansteckend ist*.

http://www.gef.be.ch/site/gef_pzm_jahresbericht_2006.pdf abgerufen am 3.11.2007

Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen

Gremmler-Fuhr, Martina (1999): Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In:
In: Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der
Gestalttherapie. Göttingen, 345 - 392

Gremmler-Fuhr, Martina (1999): Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In:
Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der
Gestalttherapie. Göttingen, 393 - 416

Hausmann, Clemens (2003): Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung.
Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Wien

Hecht, Judith (2008): Veränderung mit Herz und Hirn. In: Der Standard, Wien,
26.1.2008, K 46

Heraklit (1952): Urworte der Philosophie. Wiesbaden

Herman, Judith Lewis (1993): Die Narben der Gewalt. München

Hidalgo, Rosario/Davidson, Jonathan (2000): Posttraumatic Stress Disorder:
Epidemiology and health related considerations, in: Journal of Clinic Psychiatry, Vol.
61 (Suppl. 7), 5 - 13

Hoffmann – Widhalm; Herta (2004): Traumatherapie. In: Hochgerner,
Markus/Hoffmann-Widhalm, Herta/Nausner, Liselotte/Wildberger, Elisabeth:
Gestalttherapie. 331 - 350

Hoffmann – Widhalm; Herta (2006): Traumatherapie. Unterlagen zum Seminar
Traumatherapie im Universitätslehrgang Psychotherapie der Donau Universität
Krems

Hubel, David/Wiesel, Torsten (1962): Receptive Fields, binocular interaction and functional architecture in the cats visual Kortex. In: Journal of Physiology, 160, 106-154

Huber, Michaela (2005): Jungen und Männer explodieren, Mädchen und Frauen implodieren? Geschlechtsspezifische Traumaforschung.

[http://www.michaela-](http://www.michaela-huber.com/img/Vortraege/geschlechtsspez_unterschiede_060420.pdf)

[huber.com/img/Vortraege/geschlechtsspez_unterschiede_060420.pdf](http://www.michaela-huber.com/img/Vortraege/geschlechtsspez_unterschiede_060420.pdf) abgerufen am 2.12.2007

Huber, Michaela (2006a): Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Paderborn

Huber, Michaela (2006): Wege der Trauma-Behandlung. Paderborn

Huber, Michaela (2007): Trauma und die Folgen. Paderborn

Husserl, Edmund (1985): Die phänomenologische Methode. Stuttgart

Hüther, Gerald (2005): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen

Hüther, Gerald/Krens, Inge (2005): Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen. Düsseldorf

Hüther, Gerald (2006): Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen

Hüther, Gerald (1996): The central adaption syndrome: Psychosocial stress as a trigger fort he adaptive modification of brain structure and brain function. Progress in Neurobiology, Vol. 48, 569 - 612

Hüther, Gerald/Doering, Stephan/Rüger, Ulrich/Rüther, Eckart/Schüßler, Gerhard (1996): Psychische Belastungen und neuronale Plastizität: Ein erweitertes Modell

des Streß-Reaktions-Prozesses als Grundlage für das Verständnis zentralnervöser Anpassungsprozesse. In: Zeitschrift für psychosomatische Medizin, Band 42, 107 – 127

Jäncke, Lutz (2006): Das Gehirn: «use it or lose it». Interview von Brigitte Blöchliger in: unipublic, Onlinezeitschrift der Universität Zürich. Abgerufen am 31.07.2006

Jork, Klaus/Nossrat, Peseschkian (Hrsg) (2003): Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Wiesbaden

Kalisch, Raffael (2002): Pharmakologische Magnetresonanztomographie des Gehirns der Ratte bei hoher magnetischer Feldstärke: Methodische Besonderheiten und Einsatz zur Untersuchung der biologischen Substrate angeborener Angst. Dissertation der Fakultät für Biologie der Ludwig-Maximilian-Universität München

Kandel, Eric (1996): Gehirn und Verhalten. In: Kandel, Eric/Schwartz, James/Jessel, Thomas (Hrsg.): Neurowissenschaften. Heidelberg

Kandel, Eric (1996): Zelluläre Grundlagen von Lernen und Gedächtnis. In: Kandel, Eric/Schwartz, James/Jessel, Thomas (Hrsg.): Neurowissenschaften. Heidelberg

Klein, Stefan (2002): Die Glücksformel oder: Wie die guten Gefühle entstehen. Reinbek bei Hamburg

Klemperer David (2003): Arzt – Patient – Beziehung: Entscheidungen über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. Deutsches Ärzteblatt, 100(12): A 753 – 755

Krause-Girth, Cornelia (2003): Selbsthilfegruppen. In: Jork, Klaus/Nossrat, Peseschkian (Hrsg) (2003): Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Wiesbaden. 212-217

Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hrsg.) (1997): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. Frankfurt am Main

Lampe, Astrid (2005): Fragebogen zur Selbstberuhigung. Vortrag: Einführung in die Psychotraumatologie am 2. und 3. Dezember 2005 in Steyr

Lampe, Astrid (2005): Einführung in die Psychotraumatologie. Seminarunterlagen zum gleichnamigen Seminar am 2. und 3. Dezember 2005 in Steyr

Lamprecht, Friedhelm/Sack, Martin (1997): Kohärenzgefühl und Salutogenese – Eine Einführung. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, R. (Hrsg.) (1997): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. Frankfurt am Main

Larson, Reed/Csikszentmihalyi, Mihaly/Graef, Ronald (1980): Mood variability and the psychosocial adjustment of adolescents. In: Journal of Jouth and Adolescence, 9, 469 - 490

LeDoux, Joseph (1994): Emotion, memory and the brain. In: Scientific American 270(6): 50-7

LeDoux, Joseph (1998): Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München

Levine, Peter (1992): The body as healer: Transforming trauma and anxiety. Lyons

Lewis, Thomas/Amini, Fari/Lannon, Richard (2000): A general Theorie of Love. New York

Lorberbaum, Jeffrey/Newman, John/Horwitz, Amy/Dubno, Judy/Lydiard, Bruce/Hamner, Mark/Bohning, Daryl/George, Mark (2002): A potential role for thalamocingulate circuitry in human maternal behavior. In: Biological Psychiatry 51, 431 - 445

Lösel, Friedrich/Bender, Doris (1999): Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In: Opp, Günther/Fingerle, Michael/Freytag, Andreas (Hrsg.) (1999): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, 37-58

Marmar, Charles/Weiss, Daniel/Metzler, Thomas/Delucchi, Kevin (1996): Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociations during critical incident exposure. American Journal of Psychiatry, 153 (Festschrift suppl.) 94-102

Masten, Ann/Best, Karin/ Garmezy, Norman (1990): Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. In: Development and Psychopathology, 2, 425-444

Mayer- Schönberger, Viktor, Professor an der Harvard University&ESMT, Berlin, Beitrag in der Podiumsdiskussion "Netzwerkperspektiven" am Tag der Netzwerke in der Österreichischen Akademie der Wissenschaften am 31.1.2008, Wien

Merleau-Ponty, Maurice (1994): Das Sichtbare und das Unsichtbare. München

Metcalfe, Janet/Jacobs, William (1996): A „Hot – System/Cool – System“ View of Memory under Stress. In: PTSD Research Quarterly Vol. 7, 1 - 3

Meyers Online Lexikon, Stichwort: Behaviorismus
<http://lexikon.meyers.de/meyers/Behaviorismus>

Abgerufen am 22.7.2007

Metaportal, Wissensforum. Stichwort Medizin, Nervensystem. Verfügbar über:
<http://www.metaportal.at/cgi-bin/ikonboard/topic.cgi?forum=4&topic=622>

Abgerufen am 7.9.2007

Müller, Bertram (1999): Ein kategoriales Modell gestalttherapeutischer Diagnostik. In: Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 645 - 671

Müller, Brit (2002): Gesundheit jenseits des Traumas. Zur Konstruktion salutogenetischer Komponenten in den Lebenserzählungen alter Menschen. Diplomarbeit an der Human- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien

Müller, Lotti/Petzold, Hilarion (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. In: Polyloge. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Ausgabe 08/2003. <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge/Mueller-Petzold-Resilienz-Polyloge-08-2003.pdf>

Abgerufen am 22.7.2007

Nadel, Lynn/Jacobs, William Richard Jr. (1996): The role of the hippocampus in PTSD, panic and phobia. In: Kato, Nobumasa (Hrsg.): Hippocampus: Functions and clinical relevance. Amsterdam, 455-463

Nausner, Liselotte (1999): Phänomenologie und hermeneutische Grundlagen der Gestalttherapie. Die Welt als Heimat des Denkens. In: Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 463 - 484

Nuber Ursula (1999b): Der Mythos vom frühen Trauma. Über Macht und Einfluss der Kindheit. Frankfurt am Main

O'Connell Higgins, Gina (1994): Resilient Adults – Overcoming a Cruel Past. San Francisco

Pearce, Chilton Joseph (1994): Der nächste Schritt der Menschheit. Die Entfaltung des menschlichen Potentials aus neurobiologischer Sicht. Freiamt

Philes, Onlinelexikon der Philosophie, Stichwort Gestaltpsychologie.
<http://www.phillex.de/gestalt.htm>

Abgerufen am 11.10.2007

Pitman Roger/Altman, B./Greenwald, E./Longpre, R./Macklin, M./Poire, R./Stakettee, G.(1991): Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. In: Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 52, 17 - 20

Polster, Erving/Polster, Miriam (1975): Gestalttherapie. München

Portele, Heik (1994): Martin Buber für Gestalttherapeuten. Gestalttherapie 1, 16 - 18

Possmeyer; Ines (2002): Der Terror in den Köpfen. In: Geo 5, Hamburg, 142 - 166

Reddemann, Luise (2005): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT-
das Manual. Stuttgart

Reddemann, Luise (2003): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von
Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart

Reddemann, Luise (2007): Überlebenskunst. Von Johann Sebastian Bach lernen
und Selbstheilungskräfte entwickeln. Stuttgart

Reddemann, Luise (2007):Vortragsmanuskript vom 16. Nov. 2006 in Tübingen.
http://www.luise-reddemann.info/pdfs/Vortrag_T%C3%BCbingen_16_Nov.pdf

Abgerufen am 24. 8. 2007

Rizzolatti, Giacomo/Fogassi, Leonardo/Gallese, Vittorio: Mirrors in the Mind. In: Scientific American, Band 295, Nr. 5, November 2006, 30 - 37

Ross, Colin (2002): Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features and Treatment of multiple Personalities. New York

Rothschild, Babette (2002): Der Körper erinnert sich. Die Psychologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen

Rothschild, Krista Ann (2000): Salutogenese und Rückenschmerzen: Das Kohärenzgefühl als Einflussfaktor der Genesung. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaft der Universität Wien

Rousseau, Jean-Jacques (1763): Emile oder über die Erziehung. München, Wien, Zürich

Rutter, Michael/Tizard, Jack/Yule, William/Graham, Philip/Whitmore, Kale (1976): Isle of Wight Studies 1964-1974. Psychological Medicine 6, 313 - 332

Saß, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zaudig, Michael (Deutsche Bearbeitung und Einführung) (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM IV. Bern

Sapolsky, Robert (1994): Why zebras don't get ulcers. New York

Seligmann, Martin (2002): Der Glücksfaktor. Bergisch Gladbach

Serok, S. (1995): Implikations of Gestalt Therapy with Post Traumatic Patients. In: The Gestalt Journal, 8 (1), 78- 79

Servan – Schreiber, David (2004): Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente. München

Spitzer, Carsten/Stieglitz, Rolf – Dieter/Freyberger, Harald (2005): Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndronalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Bern

Stamm, Beth (Hrsg.) (2002): Sekundäre Traumastörungen: Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn

Stangl, Werner (1997): Wie funktioniert unser Gedächtnis? <http://paedpsych.jk.uni-linz.ac.at/internet/arbeitsblaetterord/LERNTECHNIKORD/Gedaechtnis3.html>
abgerufen am 7.7.2007

Skof, Elisabeth (2003): Der Zusammenhang zwischen der Ausbildung von Resilienz und innerfamiliären Erfahrungen von Kindern. Diplomarbeit an der Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften der Universität Wien

Steve de Shazer (2004): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg

Tress, Wolfgang (1986): Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Göttingen

Unterweger, Birgit (2005): Traumaarbeit -(Neben)Wirkungen und Risiken für TherapeutInnen. Graduiierungsarbeit für das psychotherapeutische Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik, Wien

Van der Kolk, Bessel A. (1994): The body keeps the score. Harvard Review of Psychiatrie, 1, 253-265. Deutsche Ausgabe: Der Körper vergisst nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Van der Kolk, Bessel/Mc Farlane, Alexander/Weisaeth, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn 2000

Van der Kolk, Bessel (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn.

Pelcovitz, David/Van der Kolk, Bessel/Roth, Susan/Mandel, F. Kaplan, S. Resick, P. (1997). Development of criteria set and a Structured Interview for Disorder of Extreme Stress (SIDES). Journal Traumatic Stress, 10, 3-16

Welter, Enderlin/Hildenbrand (Hrsg.) (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg

Werner, Emmy (1989): Vulnerability and resiliency: A longitudinal perspective. In: Brambring, Michael/Lösel, Friedrich/Skowronek, Hubert (Hrsg.) (1989): Children at risk: Assessment, longitudinal research and intervention. De Gruyter: Berlin, New York, 157-172

Werner, Emmy (1990): Protective factors and individual resilience. In: Laucht, Manfred/Esser, Günter/Schmidt, Martin (1997): Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkung zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 24 (Heft 3), 260-270

Werner, Emmy (1999): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: Opp, Günther/Fingerle, Günther (Hrsg.) (1999): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, 25-35

Wikipedia: Stichwort: Edmund Husserl. http://de.wikipedia.org/wiki/Edmund_Husserl
abgerufen am 6.11.2007

Wikipedia: Stichwort: Selbstregulation. <http://de.wikipedia.org/wiki/Selbstregulation>
abgerufen am 6.9.2007

Wildberger, Elisabeth/Hochgerner, Markus (1999): Gestalttherapie in den Vereinigten Staaten und in Europa: Österreich. In: Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 195 - 200

Winkler, Ursula (2006): Der Zusammenhang zwischen Ressourcenaktivierung in psychosozialen Krisen und Ausbildung von Resilienz. Ein Beitrag zur Krisenintervention aus sonder- und heilpädagogischer Sicht. Diplomarbeit an der Fakultät für Philosophie und Bildungswissenschaft der Universität Wien

Wolin, Steven/Wolin, Sybil (1993): The resilient self. How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity. New York

Wolf, Ulrich (1999): Psychotherapeutische Unterstützung bei Trauma und Gewalt. In: Fuhr, Reinhard/Sreckovic, Milan/Gremmler-Fuhr, Martina (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, 827-837

Wustmann, Corina (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim

Zimmermann, Peter (2002): Von Bindungserfahrungen zur individuellen Emotionsregulation: Das entwicklungspsychopathologische Konzept der Bindungstheorie. In: Strauß, B/Buchheim, A/Kächele, H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Theorien - Methoden - Ergebnisse. Stuttgart, 147-161

Zurek, Gisela/Fischer, Gottfried (2003): Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie mit von Patienten mit PTBS. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und Medizinische Psychologie, 1. Jg., Heft 2, 7 - 17

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Das Gehirn. Quelle: Carter 1999: 15	12
Abbildung 2: Das limbische System. Quelle: Carter 1999: 16	13
Abbildung 3: Das zentrale Nervensystem besteht aus Gehirn und Rückenmark. Quelle: http://cms.vkb.de/web/html/pk/ratgeber/gesundheit/virtueller_mensch/nervensystem em	15
Abbildung 4: Eine Nervenzelle im Gehirn. Quelle: Carter 1999: 14	17
Abbildung 5: Synapse. Quelle: Faller/Schünke 2004: 112	18
Abbildung 6: Neuronale Muster bilden sich. Quelle: Carter 1999: 19	19
Abbildung 7: Zellen, die gemeinsam feuern, verbinden sich. Quelle: Carter 1999: 160	20
Abbildung 8: Gedächtniskategorien. Quelle: Rothschild 2002: 54	26
Abbildung 9: Vorgang im Gehirn bei einer bewältigbaren Gefahr. Quelle: Carter 1999: 96	27
Abbildung 10: "Der schnelle und schmutzige Weg" bei der Informationsverarbeitung von nicht bewältigbarer Gefahr ist kurz. Quelle: Carter 1999: 19	28
Abbildung 11: Die Amygdala im limbischen System. Quelle: Wehrmann, Tim; www.geo.de/GEO/mensch/medizin/51775.html	33
Abbildung 12: Die Anatomie des Glücks. Quelle: Carter 1999: 103	52

Titelbild:

Die Nymphe Thetis, die ihren Sohn in die Fluten des Styx taucht, um ihn unverwundbar zu machen. (Griechische Mythologie) Abbildung auf einer Medaille von Henry IV, 27. September 1601. Quelle:
<http://expositions.bnf.fr/homere/images/3/272.jpg>

Glossar

ACTH	Hormon, das die Nebennierenrinde zur Freisetzung von Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol anregt. Vorgang im Körper bei unbewältigbarem Stress.
CRF	Corticotropin Releasing Factor, ein Eiweiß, das die Freisetzung von ACTH (siehe dort) anregt und dadurch mit beiträgt, den Sympatikus zu stimulieren.
Endorphine	körpereigene Opiate, haben beruhigende Wirkung auf das Angstsystem
Expression der Gene	Beeinflussbarkeit der Gene durch Verhalten
Flashback	Wiedererleben von Gefühlszuständen, die bei traumatischen Ereignissen entstanden sind.
Hyperarousal	Übererregung, auch wenn die traumatische Situation bereits vorbei ist. Kann Kennzeichen einer Posttraumatische Belastungsstörung sein.
Neuron	Nervenzelle
Neuropeptid	Oxytocin und Prolactin, hat beruhigende Wirkung auf das Angstsystem
Oxytocin	Neuropeptid, hat beruhigende Wirkung auf das Angstsystem
Plastizität des Gehirns	Beeinflussbarkeit des Gehirns durch Umweltfaktoren
Prolactin	Neuropeptid, hat beruhigende Wirkung auf das Angstsystem
Schaltkreis, neuronaler	Verbindungen zwischen Nervenzellen (Neuronen) im Gehirn, die visuelle, akustische u. a. Wahrnehmung ermöglichen, Erinnerungen, Gefühle, Handlungsimpulse und vieles andere mehr bewirken und koordinieren. Jedem Bereich menschlichen Erlebens liegt ein neuronaler Schaltkreis zugrunde.
Synapse	Verbindung zwischen Nervenzellen im Gehirn.
Trigger	Farbe, Geräusch, Geruch, etc. das die Erinnerung an ein Trauma auslöst

Anhang: Fragebogen zur Selbstberuhigung

1. Ich kann mich selbst beruhigen.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Ich kann Gefühle, die mir Angst oder Unruhe einflößen, beruhigen.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Ich kann Gedanken, die mir Angst oder Unruhe einflößen, stoppen.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Ich kann belastende Erinnerungen zurückdrängen.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Ich kann Impulse zum selbstschädigenden Handeln beruhigen.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Ich kann Suizidimpulse abwenden.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Ich kann Vertrauen in andere Menschen entwickeln.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lampe, Astrid (2005): Fragebogen zur Selbstberuhigung. Vorgestellt beim Seminar: Einführung in die Psychotraumatologie am 2. und 3. Dezember 2005 in Steyr. Kontakt: Ao. Univ.-Prof. Dr. Astrid Lampe, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Innsbruck, Tel.: 0512/50426224, E-Mail: astrid.lampe@i-med.ac.at

Lebenslauf

Name: Sabine Zankl
Geburtsdatum: 12.1.1964
Geburtsort: Wien
Wohnort: 7542 Gerersdorf, Sulz 64
Telefon: 0664/79 46 335
E-Mail: zankl.sabine@aon.at



Ausbildung:

1982 Matura am Gymnasium Sacre Coeur Pressbaum
1984 Diplom der Bundesakademie für Sozialarbeit, St. Pölten
1993 Abschluss der Ausbildung zur Psychotherapeutin
2000 Abschluss der Ausbildung zur Integrativen
Gestalttherapeutin, ÖAGG
Juni 2007 Abschluss des Fachhochschul – Magisterstudienganges
für Sozialarbeit der FH St. Pölten

Beruflicher Werdegang:

1984 – 1986 Gemüsegärtnerei Jägerbauer, Innsbruck
1986 – 1990 Erziehung meiner beiden Kinder
1990 – 1992 Psychosozialer Dienst Jennersdorf, extramurale
Psychiatrie: Beratung und Betreuung psychisch Kranker
und Alkoholkranker
1992 – 1994 Psychosoziale Beratungsstelle Hartberg, extramurale
Psychiatrie: Beratung und Betreuung psychisch Kranker
Seit 1994 Psychotherapeutische Praxis
1995 Geburt des dritten Kindes
1996 - 1997 Leitung eines Berufsorientierungskurses der Auflebstiftung
für die ehemaligen MitarbeiterInnen der Güssinger
Molkerei und Leitung eines Berufsorientierungskurses für
arbeitslose Jugendliche, bfi Oberwart
1997 – 2000 Angestellte Psychotherapeutin im „Institut für
Psychotherapie“, Burgenland
Seit 1997 Vorträge und Seminare in verschiedenen Einrichtungen
der Erwachsenenbildung zu unterschiedlichen Themen,
wie Depression, Pubertät von Mädchen, Konflikte.
Seit 2005 Burgenländische Delegierte für das Berufsethische
Gremium des Österreichischen Bundesverbands für
Psychotherapie
2002/2005/2006 Lehrbeauftragte für das Fach „Kommunikation -
Konfliktbewältigung - Kreativität“ in der
Krankenpflegeschule Oberwart
seit 10/2002 Mitarbeiterin der Frauenberatungsstelle Güssing,
Arbeitsschwerpunkte: Hilfe für Gewaltopfer und von
Scheidung/Trennung Betroffene.
Seit 12/2007 Mitarbeiterin im Frauengesundheitszentrum Graz als
Psychotherapeutin und im Projekt gesundheitliche Folgen
von Gewalt.

Gerersdorf, am 11. 2. 2008

Sabine Zankl

ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, die vorgelegte Masterthese selbständig verfasst zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer übernommen wurden, wurden als solche gekennzeichnet. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit genutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt bzw. in wesentlichen Teilen noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Datum

Unterschrift