

**Trauma Beziehung Körper**  
**Eine dialogisch orientierte, gestalttherapeutische Annäherung**  
**an einen Körper-fokussierten, intersubjektiven**  
**Behandlungsansatz**

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Science  
im Universitätslehrgang  
Psychotherapie  
Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

von

DSA <sup>in</sup>Constanze Hölzl

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

Wien, am 23.05.2019

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, DSA<sup>in</sup> Constanze Hölzl, erkläre hiermit an Eides statt,

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

.....

Datum

.....

Unterschrift

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Masterarbeit beigetragen haben. Besonderer Dank geht an meine Betreuerin Frau Dr.<sup>in</sup> Ingeborg Netzer, die mir eine fruchtbare Auseinandersetzung mit dem Thema ermöglichte und mich durch die richtigen Fragen weiterbrachte. Ich möchte auch die wertvolle Wissensvermittlung der Vortragenden und die Expertise meiner KollegInnen und KlientInnen wertschätzen, ohne die ich nicht so weit in den Themenbereich vorgedrungen wäre. Mein Dank richtet sich auch an meine FreundInnen und meine Familie, die mich stets bestärkt und aufgebaut haben.

Besonders möchte ich Iga Zakrzewska für ihre klare Kritik und dem hilfreichen Feedback danken. Abschließend möchte ich mich bei meinem Mann bedanken, der mir den Rücken frei gehalten hat für das Schreiben, und mich mit inspirierenden Diskussionen und gutem Humor stets gekonnt aufgemuntert hat.

## **Abstract**

Der Körper ist der Ort wo Trauma stattfindet und Trauma-Folgen abgespeichert sind. Die vorliegende Literatuarbeit soll einen Überblick über aktuelle neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse, bindungstheoretische Erkenntnisse, und Überlegungen zum Thema Beziehung und Trauma im Kontext zu Körper vermitteln. Im Theorieteil werden einerseits Trauma-Folgen im Körper beschrieben, und andererseits gestalttherapeutische Zugänge zu Trauma und Körper beleuchtet. Im praxisorientierten Teil werden körpertherapeutische Arbeitsansätze untersucht und eigene Erfahrungen aus der therapeutischen Arbeit eingebracht. Abschließend wird der Frage nachgegangen, inwieweit diese Arbeitsansätze mit der Integrativen Gestalttherapie kompatibel sind.

The body is the place where trauma takes place and trauma episodes are stored. This paper aims to provide an overview of current neuroscientific research, theories of attachment as well as considerations on the subject of relationship and trauma in the context of the body. The theoretical part outlines the consequences of trauma in the body and addresses various gestalt therapy approaches in this context. The ensuing practical section examines personal experiences drawn from the author's own therapeutic work. In conclusion, the question to what extent these working approaches are compatible with gestalttherapy is examined.

### **Stichwörter:**

Trauma, Verkörperte Beziehung, Gestalttherapie, Bindungstraumatisierung, körperorientierte Traumatherapie, Polyvagaltheorie, Bauchhirn, Körpergedächtnis, sensumotorische Traumatherapie

### **Keywords:**

Trauma, embodied relation, attachment trauma, Polyvagal Theory, belly-brain, body memory, sensorymotor trauma therapy

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	9
<b>1. Konstruktion des Begriffs „Trauma“ .....</b>	<b>12</b>
1.1. Definition.....	12
1.2. Traumabegriff und der relationale Ansatz von Trauma und Beziehung	13
1.3. Die Haltung in der therapeutischen Beziehung.....	15
1.4. Verkörperte Beziehung als therapeutisches Angebot .....	15
1.5. Interpersonales Trauma im gesellschaftlichen Kontext .....	16
<b>2.Theorie.....</b>	<b>19</b>
2.1. Der gestalttherapeutische Zugang zu Trauma.....	19
2.1.1. Der ganzheitliche Ansatz.....	19
2.1.2. Differenzierung.....	20
2.1.3. Das dialogische Prinzip.....	20
2.1.4. Das Zwischen.....	21
2.1.5. Das Hier und Jetzt.....	21
2.1.6. Wahrnehmung/Awareness.....	22
2.2. Traumatherapie unter dem Aspekt der Paradoxen Theorie der Veränderung .....	23
2.3. Zusammenspiel von Figur und Hintergrund im Trauma-Kontext .....	26
2.4. Kreative Anpassung und Trauma.....	27
<b>3.Trauma und Bindung.....</b>	<b>29</b>
3.1. Konzepte der Bindungstheorie.....	29
3.2. Konzept der Bindungsrepräsentation.....	30
3.3. Klassifikation der Bindungsqualität des Kindes.....	32
3.4. Sichere Bindung als Resilienzfaktor.....	33
3.5. Definition des Begriffes Bindungstraumatisierung.....	33
3.6. Die drei Hauptaspekte von Bindungstraumata.....	35
3.7. Bindungstrauma und Physiologische Reaktion.....	36
3.8. Zusammenhang von Bindungsrepräsentationen und Trauma-Folgen.	36

3.9. Bindungsforschung und körperorientierte Traumatherapie.....	37
3.10. Selbstregulation und Bindung.....	41
3.11. Abschließende Überlegungen.....	42
<b>4. Trauma und Gehirn .....</b>	<b>46</b>
4.1. Das dreieinige Gehirn.....	46
4.2. Neuronale Mechanismen im Gehirn bei Traumatisierung .....	49
4.2.1. Der Thalamus.....	49
4.2.2. Die Amygdala.....	49
4.2.3. Der Hippocampus.....	50
4.2.4. Der mediale Präfrontalkortex.....	50
4.2.5. Der anteriore Gyrus cinguli .....	51
4.2.6. Die Insula .....	51
4.2.7. Der Orbitofrontalkortex.....	52
4.3. Das Zusammenspiel von Subkortikalem Gehirn und Neokortex.....	52
4.4. Das Gehirn als sozial, kulturell und geschichtlich geprägtes Organ..	54
4.5. Leiblich - affektive Kommunikation und zwischenleibliche Resonanz..	55
4.6. Zwischenleibliches Gedächtnis.....	56
<b>5.Trauma und das Nervensystem.....</b>	<b>59</b>
5.1. Die Polyvagaltheorie und das Zusammenspiel des neurobiologischen Dreiecks.....	59
5.1.1. Social Engagement System.....	60
5.1.2. Mobilisierung.....	60
5.1.3. Immobilisierung.....	61
5.2. Das Bauchhirn.....	62
5.3. Das Toleranzfenster.....	63
<b>6.Trauma und Körper.....</b>	<b>65</b>
6.1.Traumaspuren.....	65
6.1.1.Alexithymie: Sprachlosigkeit, wenn es um Gefühle geht.....	66
6.2.Trauma und Erinnerung .....	66
6.3.Das Körpergedächtnis.....	67

## **7. Trauma heilen-Arbeitsansätze körperorientierter relationaler**

<b>Therapiemethoden.....</b>	<b>69</b>
7.1. Wege zurück in den eigenen Körper; Körperweisheit entwickeln und Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen.....	69
7.2. Ansätze körperorientierter dialogischer Zugänge zur Arbeit mit Trauma.....	70
7.2.1. Ermöglichung des Zuganges zum emotionalen Gehirn.....	70
7.2.2. Emotionsregulierung - Umgang mit Hyperarousal.....	71
7.2.3. Achtsamkeit oder die Entwicklung von Selbstgewahrsein.....	71
7.2.4. Zum Aufbau einer kollaborativen therapeutischen Beziehung .....	73

## **8. Fertigkeiten für die Arbeit am Körper im Hier und Jetzt am Beispiel der**

<b>sensumotorischen Therapiemethode.....</b>	<b>75</b>
8.1. Die drei Phasen der Sensumotorischen Therapie aus körperzentrierter Sicht.....	76
8.2. Bodytracking und Bodyreading in der Sensumotorischen Psychotherapie.....	77
8.3. Kontaktaussagen.....	78
8.4. Pacing .....	81
8.5. Experimente.....	81
8.6. Arbeit mit Hypo- und Hyper-Arousal.....	82
8.7. Somatische Ressourcen, Autoregulation und interaktive Regulation ..	83
8.8. Arbeiten mit Blickkontakt in der Therapie, die frühkindliche Dynamik des Blickkontaktes.....	85
8.9. Das Pendeln von schmerzhaften Affekten zu positiv wirksamen Ressourcen als Therapietechnik.....	86
8.10. Oszillationstechniken.....	87
8.11. Interozeptive Wahrnehmung - Körperempfinden .....	87
8.12. Die Atmung.....	88

<b>9. Fallbeispiele zum körperorientierten, traumafokussierten</b>	
<b>Arbeiten in einer dialogisch orientierten Gestalttherapie.....</b>	<b>91</b>
<b>10. Schlussfolgerung.....</b>	<b>95</b>
<b>Integration und Anwendung dialogisch orientierter körperfokussierter</b>	
<b>Therapieansätze in der gestalttherapeutischen Arbeit</b>	
10.1. Die Quellen des körperorientierten Ansatzes in der Integrativen	
Gestalttherapie.....	95
10.1.1. James Kepner's körperzentrierter Traumatherapieansatz.....	96
10.1.2. Gestalttherapie und Integration auf neuronalem Level.....	97
10.2. Gedanken zur Kompatibilität von Gestalttherapie und	
Sensumotorischer Psychotherapie.....	98
<b>11. Fazit/ Zusammenfassung.....</b>	<b>101</b>
Literaturverzeichnis.....	105



### **Geleitworte**

„Du bist ich und ich bin Du, zeigt sich nicht deutlich, dass wir miteinander verbunden sind? Du hegst die Blume in dir, damit ich schön werde, ich verwandle den Unrat in mir, damit du nicht leiden musst!“

-Thich Nhat Han's Antwort auf das Gestaltgebet Fritz Perls

## Einleitung

In meiner Biografie als Sozialarbeiterin in einem Frauenhaus sowie als Sängerin, war ich als angehende Psychotherapeutin auf der Suche nach der Zusammenführung von Körper und Geist. Meiner Erfahrung nach, reichen Einsicht und rein intellektuelles Verstehen weder für eine gute soziale und therapeutische Arbeit, noch für gutes Singen und Musizieren. Für beide Tätigkeiten braucht es einen ganzheitlichen Geist-Leib-Seele-Ansatz der in der Integrativen Gestalttherapie ein Leitgedanke ist. Vor diesem Hintergrund liegt mein Interesse im relationalen Arbeiten und der Idee eines gemeinsamen Entdeckens der Heilung im therapeutischen Tun mit den Klientinnen auf Augenhöhe. Im Gesang finde ich den ganzheitlichen Ansatz wieder, der den Fokus auf das gleichberechtigte, zwischenmenschliche Begegnen beim Musizieren hält. Auch das miteinander Spielen, Singen, Bewegen kann nur auf Augenhöhe gelingen.

„Wir alle schippern in unwegsamen Gebieten zwischen Wissen und Nichtwissen über Trauma gefangen zwischen dem Drang den Prozess des Wissens zu vollenden und der Angst davor es zu tu.“ (vgl. Laub & Auerhahn 1993)

Als Hauptthemen in der Frauenhausarbeit mit Gewaltbetroffenen erlebte ich Grenzverletzungen und den Verlust der Fähigkeit, autonom zu handeln und sich selbst zu regulieren. Trauma erzeugte bei den Betroffenen Spaltungen und Brüche auf vielen Ebenen. Die Klientinnen litten an Erinnerungslücken, diffusen Ängsten sowie Scham- und Schuldgefühlen. Sie misstrauten den eigenen Erfahrungen, da das Kontinuitätsgefühl, die Selbstkohärenz und die Grundstabilität zerstört waren. Das therapeutische Anbieten von Sicherheit, nicht wertendem Verständnis und Kontinuität einer empathischen Unterstützung ermöglichte eine Stärkung des Selbstwertes und in Folge eine Aufarbeitung des Traumas, Fragmentiertes konnte wieder eingeordnet werden.

In dieser schriftlichen Arbeit leitet mich die Suche nach ganzheitlichen Ansätzen in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen. Sie ist beeinflusst von dem Grundgedanken, dass die Begleitung von traumatisierten Menschen immer eine Reise mit ungewissem Ausgang ist in der das eigene Trauma-Gedächtnis bzw. Körpergedächtnis mitbeteiligt ist und dessen Bearbeitung eine unvorhersehbare

Komponente darstellt. In der vorliegenden Arbeit werde ich meinen Fokus auf jene Traumata setzen, die im Kontext interpersonaler Beziehungen entstehen und die ich in meiner Arbeit als Sozialarbeiterin mit gewaltbetroffenen Frauen und Kindern beobachten konnte. Beziehung und Bindungsaspekte sollen mit Körpertherapie in Verbindung gebracht werden.

Mein Forschungsinteresse gilt insbesondere den Bereichen der somatischen Reaktionen auf ein Trauma und welche Heilungsverfahren über den Weg des Körpers entwickelt worden sind. Meine Forschungsfrage ist auch gleichzeitig mein Interesse inwiefern körperorientierte Traumatherapie mit der Arbeitsweise und den Konzepten der Gestalttherapie kompatibel ist. Zu Beginn werde ich mich mit dem relationalen Aspekt von Trauma, die Entstehung und die Folgen von Entwicklungstraumata im intersubjektiven Kontext befassen. In weiterer Folge möchte ich das Thema Trauma und Gesellschaft behandeln, da das Thema in einem größeren Kontext gesehen werden sollte, um es besser zu verstehen. Weiters werde ich mich mit theoretischen Aspekten von Trauma und Gestalttherapie auseinandersetzen. In weiterer Folge werde ich den Bereich der Bindungstheorie im Kontext von Trauma beleuchten, um mich anschließend der Arbeitsweise der Sensomotorischen Therapie zu widmen. Hier soll das Hauptaugenmerk auf die Zusammenhänge von traumarelevanten Körperprozessen und Bindungsmustern liegen. Einen umfangreichen Bereich meiner Arbeit widme ich dem Thema Trauma und Gehirn. Beginnend mit dem Konzept des *dreieinigen Gehirns* und den neuronalen Mechanismen im Gehirn bei Traumatisierung, folgt eine Annäherung an das Gehirn als soziales Organ und der Beschäftigung mit der Entstehung zwischenleiblicher Resonanz und dem zwischenleiblichen Gedächtnis. Abschließend greife ich das Konzept der *Poly-Vagal-Theorie* auf und skizziere aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse in der Traumaaarbeit.

Im Praxisorientierten Teil meiner Arbeit beschreibe ich Methoden, die entwickelt wurden um in der Psychotherapie körperorientiert mit Trauma zu arbeiten und hinterfrage deren praktische Kompatibilität mit den Methoden der Gestalttherapie.

Ich habe mich bemüht in meiner Arbeit einen aufmerksamen Blick auf eine gegenderte Sprache zu richten, da ich eine ausgewogene und Frauen einbeziehende Gesellschaft als sehr wünschenswert und wichtig erachte.

## 1. Konstruktion des Begriffs „Trauma“

### 1.1. Definition

In seiner etymologischen Bedeutung bezeichnet Trauma eine Wunde und einen physischen Schmerz. Im Lehrbuch der Psychotraumatologie definieren Fischer und Riedesser (vgl. Fischer und Riedesser 2009) psychisches Trauma als

„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 et al. 2009:79)

“Als Trauma kann jedes Erlebnis wirken, welches die peinlichen Affekte des Schreckens, der Angst, der Scham, des psychischen Schmerzes hervorruft, und es hängt begreiflicherweise von der Empfindlichkeit des betroffenen Menschen ab, sowie von den Bedingungen, ob das Erlebnis als Trauma zur Geltung kommt.“ (Freud 1892:84)

Diese Definition aus dem 19. Jhdt. erscheint mir durch ihren Blick auf die Zusammenhänge zwischen der Empfindlichkeit eines Menschen und seiner Lebensumstände als besonders relevant für das Verständnis von Traumafolgen. Schon in den Anfängen der Psychotherapie wurde beobachtet, dass die Traumafolgen von den vorherigen Lebensumständen abhängen.

Luise Reddemann definiert Trauma wiederum als Extremerfahrung von Verlust an Vertrauen in das Selbst und in eine andere Person. Sie unterscheidet zwischen von Menschen generierten Traumata, a-personalen Traumata wie Naturkatastrophen und dem Verlust nahestehender Menschen, sowie kollektiven Traumata, wie Kriegen, Vertreibungen und Genozid. Als am schwerwiegendsten in der psychischen Schädigung schätzt sie das zwischenmenschliche Trauma ein, immer abhängig in welchem sozialen Kontext es geschieht und welche Stabilität die seelische Struktur und das Resilienz-Vermögen des Opfers aufweisen (vgl. Reddemann 2006).

Als Grundlage für mein Forschungsvorhaben erscheint mir Reddemanns Traumaverständnis am geeignetsten, insofern mir die Gliederung in Schocktrauma und Beziehungstraumata einen Fokus auf relationale Traumata ermöglicht. Vor diesem Hintergrund möchte ich untersuchen, wie eine gelingende, dynamische körperorientierte Psychotherapie aussehen kann.

## **1.2. Traumabegriff und der relationale Ansatz von Trauma und Beziehung**

In diesem Kapitel möchte ich ausgehend von einer gestalttherapeutischen Perspektive, einen Zugang zum Traumabegriff finden. Die Gestalttherapie hat den interpersonalen Ansatz, also eine dialogische Haltung mit Fokus auf das was zwischen dem Ich und Du in der Therapie entsteht, als wichtigen Bestandteil ihrer Theorie definiert. Die aus meiner Sicht wichtige Konzentration auf relationale Aspekte ist für mich ein Kriterium der Auswahl für die ausgesuchten Definitionen von Trauma, weil mein Fokus auf Beziehungstrauma gelenkt ist. Thematisch fand ich dazu in der Psychoanalytischen Theorie und besonders in der Intersubjektivitätstheorie, gute Ansätze. Die Intersubjektivitätstheorie wurde entwickelt von R. Stolorow, G. Atwood und Donna Orange, und setzt den Schwerpunkt auf Therapie als Prozess der gemeinsamen Konstruktion von KlientIn und TherapeutIn. TherapeutInnen sind nicht mehr neutrale Instanz, sondern agieren in der therapeutischen Beziehung unter Einbeziehung ihres Eigenerlebens. Besonderes Augenmerk auf eine möglichst gleichwertige Beziehung wird angestrebt. Dieser Ansatz erscheint mir kompatibel mit den gestalttherapeutischen Ideen und Zugängen zu sein.

Traumatische Ereignisse sind lebensbedrohliche Erfahrungen, die unsere normalen Copingstrategien sprengen und uns überfordern. Aktives Tun ist unmöglich, eine überfordernde Schockstarre setzt ein, ein Gefühl des Nicht-Entrinnen-Könnens und Ausgeliefertseins überrollt traumatisierte Menschen. ZeugInnen traumatischer Ereignisse sind häufig ebenso in Traumareaktionen involviert und werden selbst zu Opfern. Trauma ist somit oft mit einer Störung von Beziehung und Bindung verbunden. Es bricht die Verbindung zu wichtigen Bezugspersonen und das Sicherheitsgefühl und Vertrauen in unsere Umwelt wird zerstört. Für Menschen, die in einem übergriffigen gewalttätigen familiären Umfeld aufgewachsen sind, ist Trauma kein einzelnes Ereignis, sondern Beziehungswelt. „Interpersonales Trauma, also Beziehungstrauma ist selbstverewigend und schwieriger zu heilen“ (Cozolino 2006:229). Ein Trauma stellt einen entgleisten Entwicklungsprozess dar, der es der betroffenen Person nicht mehr erlaubt, die für die Entwicklung zentralen Affekte zu

integrieren, indem es zu massiven und/oder wiederholten Fehlanpassungen durch die dringend benötigte, haltende Umwelt kommt. Die Intersubjektivitätstheorie bezeichnet dies als „Entwicklungstrauma“ (Bachofen 2012:33).

In Bezug auf Bindung entsteht Trauma wenn auf eine nicht integrierte affektive Erfahrung von Schmerz, Schrecken oder Schock auf ein vom Erwachsenen abhängiges Kind, nicht mit kindesadäquaten Hilfsangeboten reagiert wird – das Umfeld es nicht erlaubt, den momentanen Affektzustand zu integrieren. Beispielsweise wenn auf ein Kind das sich gerade verletzt hat, harsch reagiert wird. Das Kind erlebt sich als alleingelassen, beschimpft und beschämt. Ein weiterer Aspekt ist die Bedrohung für die Verbindung und Beziehung zu der, eigentlich gerade jetzt dringend benötigten Bezugsperson.

„Traumatische Affektzustände können nur aus dem Beziehungsgefüge heraus, in denen sie sich ereignen, verstanden werden. Ein Entwicklungstrauma entspringt innerhalb eines formenden intersubjektiven Kontextes, dessen zentrales Charakteristikum eine Fehlanpassung schmerzvoller Gefühle ist, ein Zusammenbruch des Systems gegenseitiger Regulation zwischen Kind und Bezugsperson.“ (vgl. Stolorow et al 2002:13)

Entwicklungstraumata entstehen jedoch nicht nur in der Kindheit, sondern werden durch den Einbruch und Wegfall eines haltenden Umfeldes definiert. Menschen sind mehr oder weniger auf die Bereitstellung eines haltenden Umfeldes angewiesen, dessen intersubjektive Bindung durch Schicksalsschläge wie Krankheit oder Unfälle gefährdet ist. Geschieht ein traumatisches Ereignis so ist die betroffene Person gezwungen, das Geschehene zur Aufrechterhaltung der lebensnotwendigen Bindungen zu leugnen oder abzuspalten. Gegen das Auftauchen der nicht zu verarbeitenden Affektzustände werden dauerhaft wirksame Abwehrstrukturen gebildet.

„Kinder erwerben durch die wiederholte Fehlanpassung die unbewusste Überzeugung, dass unvermittelte Entwicklungssehnsüchte, und reaktive, schmerzvolle Affektzustände Manifestationen eines verhassten Defekts oder einer inhärenten eigenen Schlechtigkeit sind. Dadurch wird oft ein defensives eigenes Ich-Ideal etabliert, welches ein Selbstbild repräsentiert, das von kränkenden Gefühlszuständen die die Bezugsperson als vermeintlich unwillkommen oder schädlich empfinden könnten, gereinigt ist.“ (Stolorow et al. 2002:13).

### **1.3. Die Haltung in der therapeutischen Beziehung**

Chris Jaenicke bezeichnet die psychotherapeutische Arbeit als „Risiko der Verbundenheit“ (vgl. Jaenicke 2006); Donna Orange als „intersubjektive Verwundbarkeit“ (vgl. Orange 2001). Für Andreas Bachhofen stellt eine „Haltung der Fehlbarkeit“ ein wesentliches Merkmal der therapeutischen Beziehung dar.

„Es gilt erreichte Wahrheiten mit leichter Hand zu handhaben, genügend Raum für Veränderungen über die Zeit zu lassen, eine Haltung die einsieht, dass das was wir wissen oder verstehen, unvermeidliches Stückwerk ist und oft genug einfach falsch“ (Orange, 2004: 63)

Für die Therapeutische Beziehung geht es um die Frage mit welcher Haltung der Therapeut/die Therapeutin dem Klienten oder der Klientin begegnet. In der Gestalttherapie werden Klientinnen durch die Begegnung auf Augenhöhe, zu ExpertInnen, die in Sachen Trauma den TherapeutInnen um viele Schritte voraus sind. Der/die TherapeutIn nimmt eine unterstützende Rolle ein. Diese Rolle verlangt, der Komplexität menschlicher Erfahrungen mit nachhaltigem Respekt zu begegnen und mit viel Authentizität und Mut zum Nichtwissen in die therapeutische Beziehung zu gehen. Viel Risiko des Scheiterns und gemeinsamen Fehlermachens, sind mit zu bedenken.

### **1.4. Verkörperte Beziehung als therapeutisches Angebot**

In einer therapeutischen Beziehung mit einem Opfer von beziehungsbedingtem Trauma zu sein ist eine sehr herausfordernde und komplexe Aufgabe für beide Teile. Viele Trauma-bezogene Themen wie Furcht, Hilflosigkeitsgefühle, das Gefühl von der Umwelt abgeschnitten zu sein, Schamgefühle, etc. werden in der therapeutischen Beziehung reaktiviert. Abwehr- und Verteidigungshaltungen treten als strukturell verkörperte Kontaktstile in der Therapie zu Tage. Fragmentierung, Orientierungslosigkeit und Härte gegen sich selbst die die Umwelt werden oft unbewusst mit dem Körper ausgedrückt und dominieren die gemeinsame Arbeit. Kulturelle Normen in Form von Tabus, Geheimnissen und Bedrohungen wirken zusammen mit körperlich eingravierten Glaubenssätzen über das Selbst und Beziehungen sowie die Fähigkeit einen sicheren Platz in dieser Welt zu finden.



Wie kann eine Einbeziehung der KlientInnen gelingen, wenn für KlientInnen deren Verteidigung vorrangig ist? Wie gelingt eine Einfühlung in die Welt der KlientInnen, wenn sie von ihren Gefühlen so abgeschnitten sind, dass sie von ihren traumatischen Erlebnissen reden als würden sie von ihren Plänen für das Abendessen berichten?

Aus der Perspektive von körperorientierten Therapien, muss der/die TherapeutIn wie die „hinreichend gute Bezugsperson“ (vgl. Winnicott1945:76), den/die KlientIn mit Hilfe von Stimme, Körpersprache emotionaler Resonanz und Containment dabei begleiten mehr über die eigenen Selbstregulationsfähigkeiten herauszufinden. Die Bindung an den Therapeuten/die Therapeutin fungiert als Basis, von der der Mensch sowohl seine innere Welt als auch seine äußere Umgebung erforschen kann. Sie bietet einen Hafen der Zuflucht in Zeiten der Angst und eine Informationsquelle, die ihm hilft, den Sinn belastender Symptome zu ergründen (vgl. Sable 2000: 334). Dabei spielt das resonante, intersubjektive Feld als energetischer Container eine wichtige Rolle.

Resonanz und ihre klinische Wirksamkeit sind die wichtigsten Werkzeuge, um verfestigte Muster zu verändern. Ihre klinische Wirksamkeit ist ein lebendiges responsives Gegenüber eines anderen menschlichen Lebewesens (vgl. Boadella 1987). Das Phänomen der Resonanz gilt nach heutigen Erkenntnissen als eine der wichtigsten Rollen in der Gehirnorganisation und im Regulationsprozess des zentralen Nervensystems (Schore 2003b:51).

### **1.5. Interpersonales Trauma im gesellschaftlichen Kontext**

Um relationales Trauma und Körperprozesse in allen Facetten zu verstehen darf der Aspekt von Trauma und Gesellschaft nicht fehlen. Der gesellschaftliche Umgang mit Betroffenen von relationalem Trauma hat einen Effekt auf deren physischen und psychischen Auswirkungen.

Als therapeutische Begleiterin von traumatisierten Frauen im Rahmen meiner Arbeit im Frauenhaus und in der Frauenberatung, erlebe ich tagtäglich die oft absurd anmutende Reaktion von offiziellen Stellen der Sozial- und Gesundheitsbehörden, der Polizei, Gerichten oder Schulen. Oft werden Traumatisierte nicht angehört, von Hilfseinrichtungen abgewiesen oder sie werden zu TäterInnen gemacht. Opferbeschuldigung und Täter-Opfer-Umkehr nach Vergewaltigung und sexuellen Übergriffen mit Kommentaren wie „du bist selbst schuld, hättest du dir etwas anderes angezogen“ etc. höre ich häufig in den Gesprächen mit Opfern von Gewalt. Wegschauen erscheint die leichtere Lösung zu sein. Traumatische Erfahrungen werden in unserer Gesellschaft häufig abgespalten oder dissoziiert, um sie weniger persönlich und weniger real an uns herankommen zu lassen. Diese abspaltende Haltung hindert aber die Entwicklung neuer Perspektiven, sie verhindert auf die Dauer Klarheit, Kreativität und Kohärenz auf individueller und gesamtgesellschaftlicher Ebene.

„Wir verfallen in ein dichotomes Denken, um uns zu entlasten, Klarheit, Schöpfungsgeist und Kohärenz leiden aber darunter. Wenn Trauma in den individuellen Fasern und dem Gewebe der sozialen Gruppen eingepflegt ist, kann kein Wachstum keine freie Wahlmöglichkeit, und keine Flexibilität in der Gesellschaft entstehen.“ (Hillman, J.1996:129, Übers. d. A.)

Trauma erzeugt in seiner Haupteigenschaft Spaltungen und Brüche auf vielen Ebenen. Auf der individuellen Ebene treten für traumatisierte Menschen Erinnerungslücken und Abspaltung der traumatischen Erlebnisse auf und stören das Kontinuitätsgefühl der eigenen Erfahrungen. Die Selbstkohärenz und die Grundstabilität sind zerstört. Das traumatische Erlebnis wird dekontextualisiert und aus dem Zusammenhang gerissen. Traumatisierte Menschen machen auf die Menschen in ihrem Umfeld oft einen verwirrten Eindruck. Abspaltung und Aufsplitterung von Trauma-Erinnerungen sind eine natürliche Reaktion, um überfordernde Gefühle erträglich zu machen (vgl. Taylor, 2014:2). Auf der gesellschaftlichen Ebene existiert eine Mischung aus ablehnender Haltung, Vorwurf der Unglaubwürdigkeit und Beschuldigung der Betroffenen wegen übertriebener Schutzbedürftigkeit.

Trauma bringt Seiten in den Menschen hervor, die sie nicht so genau kennen lernen wollten, deshalb hilft oft nur Abspalten und Verdrängen. Trauma erzeugt Polarisierung. Traumatisierte Menschen und deren engeres und weiteres soziales Umfeld bis hin zu den Medien, Rechtssystemen und Politik, spiegeln die polarisierten Positionen wider und verstärken das Trauma. „Traumatische Reaktionen greifen über vom Individuellen zum Kollektiven in Parallelprozessen was das Trauma bestärkt und perpetuiert“ (Soth 2007:74)

Die Auseinandersetzung mit Traumatisierten beinhaltet für Nicht-Betroffene zudem das Risiko von Überforderung, Reizüberflutung und Retraumatisierung. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe in weiteren Zusammenhängen zu denken und für Betroffene Wege und Mitteln bereit zu stellen, um mehr Wissen und Toleranz über die Effekte und Auswirkungen von relationalem Trauma zu ermöglichen.

## 2.Theorie

### 2.1.Der gestalttherapeutische Zugang zu Trauma

In diesem Kapitel werde ich mich mit zentralen Konzepten aus der Theorie der Gestalttherapie beschäftigen und sie hinsichtlich der Bedeutung für einen Arbeitsansatz mit Trauma beleuchten. Ich habe in meiner Literaturrecherche wenig Material zu dem Thema Gestalttherapie und Trauma gefunden. Aus dem Buch „Traumatherapy and Clinical Practice, Neuroscience, Gestalt and the Body“ von Miriam Taylor (Taylor 2014), habe ich einige Aspekte, die mir für mein Thema „Trauma, Körperprozesse und Beziehung im Kontext zur Gestalttherapie“, relevant erscheinen, zusammengefasst. Im folgenden Absatz werde ich das Thema des ganzheitlichen Ansatzes und der Integration in der Gestalttherapie im Kontext zu Trauma untersuchen. Weiters möchte ich mich mit dem dialogischen Prinzip und dem Phänomenologischen Begriff des Zwischen im Kontext mit Trauma auseinandersetzen.

#### 2.1.1. Der ganzheitliche Ansatz

Von Beginn der Gestalttherapie an ist ein **ganzheitlicher Ansatz** das zentrale Interesse. „Making whole“ kommt vom altenglischen Wort *healing* also Heilen, Heilmachen bedeutet, es wieder *ganz* zu machen. Für Fritz und Laura Perls, die BegründerInnen der Gestalttherapie, steht das Selbst in einem fortwährenden Prozess der Auseinandersetzung zwischen Organismus und Umwelt. Wachstum und Weiterentwicklung des Menschen geschehen durch die Integration von Erfahrungen. Laura Perls bezeichnet das Selbst als den „fundamentalen Akt der Integration“ (Perls 1989:183), es entwickelt sich, indem Kontaktprozesse durch genügend Unterstützung unbehindert verlaufen können. Das Bearbeiten eines Traumas und das Integrieren von traumatischen Erlebnissen besteht nicht nur aus dem Zusammenfügen der zersprengten Teile, sondern aus einem Weg Erfahrung zu differenzieren, also zu zerlegen und in ein neues Ganzes zusammenzufügen, das vorher noch nicht existiert hat. Dieses Vorgehen des Verstehens von Beziehungen und Verbindungen zwischen den zersprengten Teilen, ist ein wichtiger Teil des therapeutischen Arbeitens mit Traumatisierten (vgl. Taylor 2014:2, Übers. d. A). Spaltung sei der Grund-Konflikt

zwischen dem Selbst und dem Anderen, die dem Trauma inhärent ist und Kontaktabbruch sowie Rückzug zur Folge hat (vgl. ebda:2).

### **2.1.2. Differenzierung**

Der Prozess des Differenzierens ist eine zutiefst gestalttherapeutische Arbeitsweise. Empathie allein reicht in einer therapeutischen Haltung aus – auch das Setzen eines Gegenpols, der Differenzierung der Neutralität ist ein zentraler Aspekt. Grundlegend in der Gestalttherapie ist zudem die Annahme, dass sich jeder Mensch zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit entwickeln will und dass jedes Individuum nach Selbstverwirklichung und Differenzierung strebt. Dieser Prozess wird in einer Therapie unterstützt indem ein phänomenologischer Zugang, der die Frage „warum“ in ein „Wie, wo und wann“ umwandelt eingesetzt wird (Perls 1947/1992:106). Gestalttherapie bietet keine Theorie der Kausalitäten an, die Antworten auf traumatische Erlebnisse sind subjektiv, individuell und immer vom Umfeld abhängig.

### **2.1.3. Das dialogische Prinzip:**

Die Gestalttherapie (GT) bemüht sich um eine Dialogische Beziehung zwischen KlientInnen und TherapeutInnen. Die Seele heilt am besten, wenn sich beide als möglichst gleichwertige Partner/Partnerinnen begegnen. Eine von Martin Buber beschriebene Ich- und Du Beziehung wird als eine besondere wechselseitige zwischenmenschliche Begegnung verstanden und als die vielleicht höchst entwickelte Form von Kontakt definiert und angestrebt (vgl. I-Thou 1978). Durch das Medium der Beziehung steigert sich das Gewahrsein und ein Wachsen ist wieder möglich für die KlientInnen. Die GT sieht die Kumulation von schädigenden Beziehungserfahrungen als die Ursachen von Leiden. Die Heilung besteht aus Erleben von heilenden Beziehungen in korrigierende dialogische Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung. „Das Ich und Du sind die Grundlagen zum Wir. Nur gemeinsam können wir das Leben in dieser Welt menschlicher machen.“ (F. Perls 1980: 11)

Die Aufgabe in der Arbeit mit Traumatisierten, ist demnach eine dialogische evokative Art der therapeutischen Beziehungsarbeit. Traumatisierte empfinden jede Form von Kontakt, zu sich selbst, zu anderen zu der Realität als schwierig. Miram Taylor betont die Wichtigkeit des dialogischen Arbeitens mit direktiveren Ansätzen, um die selbstschädigenden Tendenzen Traumatisierter einzudämmen, und sie zu schützen. Eingebettet in eine dialogisch orientierte therapeutische Beziehung, wird mehr Kontakt zu sich und der Umwelt möglich. Eine Arbeitsallianz entsteht rund um Themen wie sich mehr in Sicherheit fühlen, Gefühls-Regulation verbessern, Ressourcen erweitern und Leidensdruck mindern (vgl Taylor 2014:173)

#### **2.1.4. Das Zwischen**

Das Zwischen, ist sowohl existenzielle Praxis als auch Begriff für einen Wahrnehmungsmodus, der Ort wo es „im Sein atmet“ (Muth 2015:13 ff.). So bedeutet das das Dialogische Sein, dass mein Sein immer ein Mit-Sein mit anderen Menschen ist. Phänomenologisch bedeutet dies, dass ich mir leibhaftig bewusst werde in welchem Modus ich die Welt und meine Mitmenschen wahrnehme.

Bezogen auf die Arbeit mit traumatisierten Menschen setzen wir uns im intersubjektiven Feld einem „Risiko der Verbundenheit“ (vgl. Jaenicke 2006) aus. Wir können nie sicher sein, was uns als nächstes erwartet oder ob wir damit in der therapeutischen Arbeit zurande kommen.

„Wenn wir das, was sich auf der phänomenologischen Ebene im intersubjektiven Feld also im Zwischen abspielt, ohne es zu deuten oder in eine behandlungstechnische Anweisung zu übersetzen, ernst nehmen und auf das achten, was sich beim Patienten, bei uns, und im gemeinsamen Feld zu entwickeln beginnt, müssen wir uns selbst immer wieder in Frage stellen lassen. Das Ziel des dialogischen Arbeitens, ist es die Symptome des Traumas zu verstehen und ein Klima des „Verstanden-werdens“ für KlientInnen im Zwischen zu ermöglichen (Bachofen 2012:83).

#### **2.1.5. Das Hier und Jetzt**

Gestalttherapie würdigt die Einzigartigkeit des einzelnen gegenwärtigen Augenblicks, und ermutigt Spontaneität und Authentizität im Kontakt. Durch gelebte Beziehung im Hier und Jetzt werden seelische Wunden der Vergangenheit geheilt. Im Zusammenhang mit Trauma wird der gegenwärtige Augenblick für Traumatisierte oft vermieden wird, weil er zu schmerzhaft ist. Traumatisierte sind

von beängstigenden Erinnerungen aus der Vergangenheit bedroht. Therapie spielt sich da ab, wo Vergangenheit und Gegenwart zusammenkommen. Sie beschreibt das Arbeiten mit Traumatisierten auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung in der Zone des Toleranzfensters, wo eine Regulierung des autonomen Nervensystems im Hier und Jetzt möglich wird (vgl. Taylor 2014:75f.). Zentral ist die Gegenwart und wie sie von der traumatischen Vergangenheit beeinflusst wird. In der Therapie werden durch Achtsamkeit und Körperwahrnehmung im Hier und Jetzt die Gefühle der Vergangenheit von denen in der Gegenwart unterschieden. Der körperorientiert arbeitende Gestalttherapeut James Kepner unterstreicht an der Stelle die Wichtigkeit für Traumatisierte, ihre Gefühle, Körpererinnerungen, Flashbacks und Intrusionen als Erinnerungen und nicht als aktuell erlebte Erfahrungen zu identifizieren und wahrzunehmen (vgl. Kepner 1995 :89).

### **2.1.6. Wahrnehmung/Awareness**

Die Einbeziehung des Körpers als wertvolle Hilfe um die Wahrnehmung/ Awareness zu erhöhen, ist ein wesentlicher Bestandteil in der Gestalttherapie und ihrer phänomenologischen Herangehensweise. Ausgehend von der existentialistischen Philosophie wird in der Gestalttherapie auf Interpretation verzichtet und eher wahrgenommen. Die phänomenologische Annäherung ist ein Zugang zu direkten lebendigen, verkörperten Erfahrungen, die von Trauma verhindert werden (vgl. Taylor 2014 :78).

Auch in der Traumatherapie ist Körpergewahrnehmung der wesentliche Schlüssel zu einer Trauma-Heilung. Wahrnehmung hilft die Gegenwart, die von Traumaerinnerungen und Triggern beeinflusst wird, von der Vergangenheit, in der die traumatischen Erfahrungen gemacht wurden, zu unterscheiden. Die Traumatherapeutin Babette Rothschild beschreibt diese Unterscheidung als „duale Wahrnehmung“ (vgl. Rothschild 2002:190). Damit ist eine Trennung der alten traumaassoziierten Körperempfindungen von der Lebenssituation in der Gegenwart und den damit verbundenen Körperempfindungen, gemeint. Körper-Gewahrsein hilft Traumatisierten als Anker um im Hier und Jetzt zu bleiben da Körperempfindungen immer im gegenwärtigen Moment stattfinden.

## 2.2. Traumatherapie unter dem Aspekt der Paradoxen Theorie der Veränderung

Im Rahmen meiner Forschungsfrage, inwiefern körperorientierte Traumatherapie mit gestalttherapeutischen Ansätzen kompatibel ist, interessieren mich Überlegungen zu der Theorie der paradoxen Veränderung und der Arbeit mit Trauma. Hierzu haben GestalttherapeutInnen wie Miriam Taylor, Peter Philippon und Gery Yontef wertvolle Beiträge geliefert. Sie beleuchten insbesondere den Zusammenhang von Trauma und Veränderung im Kontext mit gestalttherapeutischen Zugängen. Arnold Beisser trug 1970 mit seiner Theorie der paradoxen Veränderung viel zu den Grundprinzipien der Gestalttherapie bei.

„Veränderung geschieht, wenn jemand wird, was er ist, nicht wenn er versucht, etwas zu werden, das er nicht ist. Veränderung ergibt sich nicht aus dem Versuch des Individuums, oder anderer Personen, seine Veränderung zu erzwingen, aber sie findet statt, wenn man sich die Zeit nimmt und die Mühe macht, zu sein was man ist; und das heißt sich voll und ganz auf sein gegenwärtiges Sein einzulassen.“ (Beisser 1997:139)

„Der Gestalttherapeut verweigert die Rolle des Veränderers, weil seine Strategie darin besteht, den Klienten zu ermutigen, dass er sein möge wie und was er ist. Veränderung ist nicht durch Bemühen, Zwang, Überzeugung, Einsicht, Interpretation zu bewirken. Veränderung entsteht, wenn der oder die Klientin zumindest für einen Moment aufgibt, anders werden zu wollen, und stattdessen versucht zu sein was er oder sie ist.“ (ebda:139ff.)

Miriam Taylor merkt hierzu an, dass die Beisser'sche Theorie auf KlientInnen aufbaut, die über viele Selbst-Funktionen verfügen, wie z. B. die Fähigkeit zur Selbstregulation, die Fähigkeit Entscheidungen zu fällen, die Fähigkeit Verantwortung zu übernehmen, Schmerzen zu ertragen und in Kontakt zu sein. Diese Fähigkeiten sieht Taylor im Zusammenhang mit Trauma als unterentwickelt und verschüttet. Laut Taylor kann die gestalttherapeutische Annahme, dass KlientInnen alles hätten was sie zum Wachsen brauchen, in der Arbeit mit Traumatisierten nicht vorausgesetzt werden. Sie ortet eine Diskrepanz zwischen der paradoxen Theorie der Veränderung und Trauma. Während die paradoxe Theorie der Veränderung das Hier und Jetzt impliziert, sind die Sorgen traumatisierter KlientInnen in deren Vergangenheit verfestigt, und eine Veränderung schwer vorstellbar. Trauma ist für Taylor ein zyklischer, immer wiederkehrender Prozess, während der Prozess der paradoxen Theorie der Veränderung als eine geradlinige Vorwärtsbewegung beschrieben wird (vgl. Taylor 2014 :24). Taylor warnt vor gravierenden Fehlern in der



Arbeit mit Traumatisierten bis hin zu Gefahren von Retraumatisierungen, wenn in der Therapie zu schnell und mit zu viel Druck auf Veränderung vorgegangen wird. Trauma bedingt, dass die Wahlmöglichkeit erheblich eingeschränkt ist durch die unfreiwilligen neurologischen Prozesse des zyklischen Trauma-Respons, also eine immer wieder kehrendes nicht zuordenbares Gefühl von Angst, Ohnmacht und aus dem Kontakt gerissen sein (vgl. Taylor:31,Übers. d. A ). KlientInnen benötigen zuerst ein festes Fundament, dann ist Veränderung möglich (vgl. Beisser 1970: 89, Übers. d. A.). Sicherheit für sich und die Umgebung muss zuerst etabliert werden, um in einer vertrauensvollen, verkörperten therapeutischen Beziehung die eigenen Kontaktstile erforschen zu können. Für Trauma-KlientInnen muss also zuerst in der Therapie Vertrauen durch nicht bewertet und verstanden werden, entstehen, um über Körperwahrnehmung und Achtsamkeit, Veränderung zu ermöglichen. Oft sind Traumatisierte sensibel im Aufbau von Kontakt, da die Verletzungen auf der Bindungs-Ebene passiert sind. Dissoziation oder die Entfernung aus Kontakt hilft ihnen als „bewährte Lösung“.

„Die relevante Frage in der gestalterorientierten Traumatherapie ist, wie wir in Kontakt treten mit jemanden, der/die durch traumatische Erlebnisse chaotisch, fragmentiert, verhärtet, zurückgezogen, und desorganisiert ist, um heilende Begegnung und organismische Reorganisation zu ermöglichen, um Veränderungszustände zu evozieren.“(Taylor: 25, Übers. d. A).

Jeder Zugang zu Veränderung in der Psychotherapie, der nicht sowohl den experimental phänomenologischen Achtsamkeits-Ansatz verfolgt, sondern auch den fürsorglichen respektvollen dialogischen Ansatz, der die Aufmerksamkeit auf den relationalen Kontakt lenkt, ist nicht komplett (vgl. Yontev 2005:92). Aufgrund der neurologischen Erkenntnisse der Trauma-Forschung ist erwiesen, dass Flexibilität für Traumatisierte wegen von neurologischen Veränderungen durch das Trauma im Körper nicht möglich ist. Die gute Nachricht ist aber, dass sich das Gehirn während des gesamten Lebens in dynamischen Prozessen ununterbrochen weiterentwickelt und neu bildet (Cozolino 2006:50, Übers. d. A). Die Plastizität des Gehirns ermöglicht das Entstehen von neuen neuralen Nervenwegen und Vernetzungen, sowie den Ausbruch aus dem ungelösten Kreis der Wiederholung der das Trauma bedingt.

Die erfahrungsabhängige Plastizität des Gehirns wird zum Schlüssel beim Verstehen der Möglichkeit einer Veränderung und der daraus abgeleiteten neuen Wege in der Psychotherapie (Wilkinson 2010:2, Übers. d. A)

Neuronales Wachstum ist stimuliert von Aufmerksamkeit. Sind wir mit unserer Aufmerksamkeit wo gelandet, fließt mehr Blut und Sauerstoff dort hin, das Feuern der Neuronen wird unterstützt und Integration von getrennten Gehirnregionen wird ermöglicht (vgl. Siegel 2007:291, Übers d. A). Ohne adäquate integrative Fähigkeiten können Klientinnen ihre Erregung nicht regulieren, ihre traumatische Erinnerung nicht einordnen und sich von ihnen so lösen, dass sie fähig sind ein befriedigendes Leben zu führen (vgl. Ogden et al. 2006:182, Übers. d. A.). Kepner betont die zentrale Rolle des verkörperten Selbst in diesem Prozess der Integration (vgl. Kepner1987:10). Emotionen und Körper sind verbunden und eine ganzheitliche Verarbeitung bedeutet differenzieren und vernetzen der, durch Trauma getrennten Komponenten der inneren Erfahrung und äußeren Geschehnissen, um eine sinnvolle Verbindung zwischen ihnen zu kreieren. Das beinhaltet ein Wiedererlangen von Körperkontrolle, Gefühlskontrolle und Gedankenkontrolle. Das Implizite kann explizit werden durch den Körper (Ogden et al. 2006:182-183, Übers. d. A.). Wichtig sind die Vorbedingungen für die Paradoxe Theorie der Veränderung. Am Beginn einer Traumatherapie ist eine direktive und zielgerichtete Arbeitsweise wesentlich, um Bedingungen zu schaffen in denen die paradoxe Theorie der Veränderung funktionieren und gelingen kann (vgl. Philippson 2009:137). Erst wenn die neue Funktion des sich selbst Erlaubens für sich zu sorgen und umsorgt zu werden neurologisch eingebettet ist, kann die paradoxe Theorie der Veränderung funktionieren (Phillippson2012:90, Übers. d. A)

Ich nehme mir aus diesen Erkenntnissen, die Wichtigkeit eines langsamen Vorgehens in der Therapie mit Traumatisierten mit. Anfangs eine haltgebende vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufbauen, die auch bezüglich der regulativen Arbeit mit Arousal, also dem Erregungszustand der den Aktivierungsgrad des zentralen Nervensystems anzeigt, direkter und zielorientiert sein kann. Ziel ist die Arbeit im Bereich des ausgeglichenen Erregungszustandes, also innerhalb des Toleranzfensters, um Kontakt entstehen zu lassen.

### 2.3. Zusammenspiel von Figur und Hintergrund im Trauma-Kontext

In der Gestalttherapie wird viel Aufmerksamkeit auf das Offensichtliche, das nicht Wegzuschiebende gerichtet. Dieser Prozess wird Gestaltbildung oder Figur-Grund-Prozess genannt. Der vordergründige Aspekt wird zur prägnanten Figur und andere Aspekte unserer Existenz, die weniger drängend sind treten in den Hintergrund. Mich interessieren in diesem Zusammenhang Gedanken zu dem Zusammenspiel von Figur und Grund/Prozess im Kontext mit Trauma. Trauma-Opfer die von Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung geplagt werden zeigen uns, dass Trauma und seine Folgen zu einem polarisierten und unausgeglichenen Bild von sich und der Umwelt führen. Ein gleichmäßiges Wachstum und die freie Wahlmöglichkeit werden durch Trauma verhindert, unbefriedigende Anpassung an das Feld ist das Resultat. GestalttherapeutInnen verstehen die Organisation des Selbst in Bezug zur Befriedigung von dominanten Bedürfnissen und Interessen als den Grund für eine Figur-Bildung. Gestalt wird von Fritz Perls als ein „sinnvolles organisiertes Ganzes“ bezeichnet (Perls et al., 1951/1998).

Trauma-Opfer tendieren die Organisation des Selbst in starren engen Verbindungen zum Trauma anzulegen, immer auf der Suche nach organismischem Gleichgewicht. Man kann dazu auch starre Figurenbildung auf einem wackeligen Grund sagen.

In einem gesunden Prozess ist die Beziehung zwischen einer starken klaren Figur und dem Hintergrund ständig in Veränderung und voller Dynamik, wenn dieser Prozess stockt, sind die Figuren schwächer, und weniger greifbar. Es ist charakteristisch für Trauma-KlientInnen, Schwierigkeiten mit der Figur-Bildung zu haben.

„Manchmal ist das gespürte oder das Bedürfnis nicht erlaubt als Figur ins Bewusstsein zu kommen, manchmal wird es nur flüchtig zur Figur, zu schnell sich verändernd, dass es für eine echte Einsicht oder eine Entwicklung von neuem Verhalten unmöglich ist, manchmal bleibt eine Figur zu lange im Gewahrsam, unmöglich in den Hintergrund zu weichen und neue folgende Figuren auftauchen zu lassen.“(Yontef 2005:90)

Trauma verändert radikal den Grund von dem aus sich die Figur bildet. Trauma wird definiert als zerstörerische Rekonfiguration in der Beziehung von Figur und Grund (vgl. Taylor 2014 :44). Diese Sichtweise von Trauma aus der Perspektive der GT

erscheint mir hilfreich um ein besseres Verständnis für die Unbeweglichkeit, die Traumatisierte erleben zu veranschaulichen.

#### **2.4. Kreative Anpassung und Trauma**

Die Anpassung des Individuums an ein Trauma wird in der Gestalttherapie als kreativer Lösungsversuch gewürdigt. Es ist sozusagen das Beste was einem Menschen in einer schwierigen Situation mit minimalen Alternativen möglich war. Perls definierte das Selbst als System kreativer Anpassung, als die besten Lösungsversuche in Reaktion auf Anforderungen der Umwelt (vgl. Perls 1951/1998: 247). Wenn kreative Lösungsversuche wertgeschätzt werden, können neue Lösungsmuster entstehen. Die Aufgabe der Therapie ist daher den gesunden Prozess des Fließens zurückzuerlangen und ein erweitertes Feld von Wahlmöglichkeiten herzustellen, indem die kreativen Anpassungsversuche als Überlebenshilfen gewertet werden. Viele Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung können somit als kreative Anpassung an Trauma verstanden werden und die Körperstruktur einer Person „als ganz die organismische Adaption an deren Leben“ (vgl. Kepner 1987:49). Die Anpassungs-Möglichkeiten führen zu einer Erweiterung oder zu einer Verengung, als Respons auf die Erfassung der äußeren Realität – dieser Entwicklungsprozess ist kreativ. Trauma-KlientInnen kreieren spezielle Anpassungsmuster wie Dissoziation, Selbstverletzung und Selbstdestruktion (vgl. Taylor:45, Übers. d. A.). Es ist ganz wesentlich diese Anpassungsmuster als die besten Lösungen zu würdigen in den sehr schwierigen Lebensumständen der Traumatisierten. Viele erleben nicht bewältigbare Gefühle von Scham für ihre Anpassung die sie - um zu überleben - machen mussten, und haben Schwierigkeiten diese Bewältigungsmuster als kreative Lösungsversuche anzuerkennen. Wenn in der Therapie der Schritt der Anerkennung der Bewältigungsmuster gelingt, eröffnen sich neue vielleicht weniger schmerzende Muster der kreativen Anpassung. Die Therapie gibt uns Möglichkeiten die diversen diagnostischen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung wie erhöhte Erregungszustände, Vermeidung, überhöhte Wachsamkeit, erhöhter Stress,

Gefühllosigkeit, Entfremdung und Isolierung von Anderen, und Überflutung von Gedanken, Albträumen und Flashbacks als kreative Anpassung an das Unfassbare zu sehen und zu würdigen. Um die organismische Selbstregulation basierend auf einer geistigen und körperlichen Kenntnis der Bedürfnisse, die durch ein Trauma gestört wurde, wieder zu erlangen, muss durch besondere Aufmerksamkeit auf die körperlichen Ressourcen, auf eine sanfte Erweiterung der Wahlmöglichkeit eine Wiederaneignung des Selbstempfindens angestrebt werden. Kreative Anpassung beeinflusst die Art wie wir in Kontakt sind mit der Umwelt, unsere Art uns emotional auszudrücken und uns körperlich zu bewegen. Diese nicht bewussten Dimensionen der Selbst-Organisation können in der Therapie exploriert und verständlich gemacht werden (vgl. ebda: 46).

### **3.Trauma und Bindung**

Bindungserfahrungen, Trauma und die Möglichkeiten Trauma zu bewältigen haben einen engen Zusammenhang. Entwicklungstrauma oder Beziehungstrauma wird stark beeinflusst von frühen Bindungserfahrungen. Das Verstehen von Bindungsmustern und das Einbeziehen von Überlegungen der Bindungstheorie hilft bei der Einschätzung von Trauma-Folgen und bei der Unterscheidung zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und komplexen Entwicklungstraumata. In diesem Kapitel möchte ich ausgehend von einem intersubjektiven Behandlungsansatz, Erkenntnisse aus der Bindungsforschung zusammenfassen.

Die Art und Weise wie wir uns in der Welt organisieren ist in enger Beziehung, wie wir uns in der Welt orientieren, abgestimmt mit unseren früheren Erfahrungen, Wahrnehmungen, und die Bedeutungen, die wir aus ihnen machen (Perls et al. 1951) (Perls et al. 1998:73, Übers. d. A). Bindung ist auf gestalttherapeutischer Ebene Kontaktaufnahme. In der therapeutischen Beziehung kann eine Probe-Bindung entstehen, gestörte Kontaktprozesse werden bewusst gemacht und verändert. Eine Reorganisation von einer unsicheren zu einer sicheren Bindung ist die angestrebte Richtung in der Therapie.

#### **3.1. Konzepte der Bindungstheorie**

Der Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby (1907-1990) untersuchte die Zusammenhänge von frühkindlichen Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit. So wurde auch die Art der Abspeicherung früherer Bindungserfahrungen in Form von Repräsentationen bei Erwachsenen erforscht. Im weiteren Leben kann sich die Bindungsrepräsentation durch wichtige oder einschneidende Bindungserfahrungen mit anderen Bezugspersonen in eine sichere oder unsichere Richtung modifizieren. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Bindungsrepräsentation der Elterngeneration und der Bindungsqualität, die sich im Säuglingsalter entwickelt. Es gibt Grund anzunehmen, dass die Bindungsqualität der Eltern auf die Kindergeneration weitergegeben wird (vgl. Brisch1999) (vgl. Zimmermann/Grossmann 1999). Auch die wechselseitige

Beziehung zwischen Bindung und Exploration, also der Erkundung der Umwelt ist nicht nur ein Phänomen des Säuglingsalters, sondern erstreckt sich spannungsgeladen als immerwährender Prozess über die ganze Lebenszeit.

Bowlby sagte, dass die Bindungsqualität, die sich in den ersten Monaten zwischen Baby und Bezugspersonen entwickelt, ein Kontinuum ist, welches sich zeitlebens durch Beziehungserfahrungen verändern kann. Der britische Psychiater und Bindungsforscher Colin Murray Parkes schreibt in seinem Buch „Bindung im Laufe des Lebenszyklus“: Bindung ist ein emotionales Band, welches sich während der Kindheit entwickelt, dessen Einfluss aber nicht auf diese frühe Entwicklungsphase beschränkt ist, sondern sich auch auf alle weiteren Lebensabschnitte erstreckt und die emotionale Basis bildet (vgl. Parkes et al. 1991).

### 3.2. Konzept der Bindungsrepräsentation

Aus vielen Interaktionserlebnissen mit denen sich die Bezugsperson vom Säugling trennt und wieder Nähe und Geborgenheit herstellt, bildet der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahr innere Modelle des Verhaltens und der damit verbundenen Affekte von sich und der Bezugsperson als inneres Arbeitsmodell „inner working models“ (vgl. Bowlby 1975). Nach der Auswertungsmethode der Adult Attachment Interviews können Erwachsene in vier Kategorien eingestuft werden, die ihre Bindungsrepräsentation widerspiegeln (vgl. Main 1991).

- **Sichere innere Repräsentation** mit wertschätzender Einstellung zur Bindung „free autonomous „. Es wird von positiven Erlebnissen mit den Eltern berichtet, auch von negativen Erlebnissen wird differenziert und kohärent erzählt. Das Ausmaß von selbstreflexiver Erzählfähigkeit über das eigene Leben und Schicksal ist hoch.
- **Unsicher-vermeidende innere Repräsentation** mit einer abwertenden Einstellung zur Bindung „dismissing“. Die Interviewten haben wenig Erinnerung an ihre Kindheit, und messen Bindung keinen wichtigen Wert bei.

Die Eltern werden oft idealisiert, Beispiele dazu können aber nicht gebracht werden.

- **Unsicher-ambivalente innere Repräsentation** mit einer verstrickten inneren Einstellung zur Bindung „enmeshed, preoccupied“. Die Interviews erscheinen als ohne Ende und sind voller Widersprüche und einer Fülle von Details gekennzeichnet, wobei die Widersprüchlichkeit den Befragten nicht bewusst ist.
- **Unsichere innere Repräsentation** mit ungelöstem Trauma und/oder Verlust, dem „unresolved trauma of loss“. In diesen Interviews häufen sich desorganisierte Aussagen, Brüche ergeben sich auf den verschiedenen Ebenen des Inhalts, des gedanklichen Ablaufs und der Affekte, bis hin zu psychotischen Sequenzen und psychischer Desorganisation.

Die kindliche Bindungsqualität wird durch eine standardisierte Methode als eine festgelegte Abfolge von Episoden, der sogenannten “Fremden Situation“ untersucht. Die Mutter trennt sich vom ein-bis eineinhalb-jährigem Kind mit zeitweiliger Anwesenheit einer fremden Person zweimal einige Minuten und kommt dann wieder mit dem Kind zusammen. Aus der Reaktion des Kindes und der Beobachtung von Mutter und Kind, die auch filmisch festgehalten wird, kann eine verlässliche Auswertung der kindlichen Bindungsqualität erfolgen (Ainsworth et al. 1978). Bindungsverhalten ist jegliches Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, die Nähe eines vermeintlich kompetenteren Menschen zu suchen oder zu bewahren. Dieses Verhalten wird bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten (vgl K.H.Brisch 2009).



### 3.3. Klassifikation der Bindungsqualität des Kindes

- **Sicher gebundene „secure“**

Kinder zeigen deutliches Bindungsverhalten nach beiden Trennungsepisoden. Sie rufen die abwesende Mutter und suchen sie, sie reagieren mit Weinen und Stress und reagieren mit Freude bei der Wiederkehr der Mutter und können sich nach Körperkontakt und Trost wieder schnell beruhigen.

- **Unsicher-vermeidend gebundene „Avoidant“**

Kinder reagieren auf das Verlassen des Raums der Mutter mit wenig Protest und undeutlichem Bindungsverhalten. Sie beobachten das Hinausgehen der Mutter nur und spielen unkonzentriert weiter. Bei der Rückkehr reagieren sie eher mit Ablehnung und wollen nicht getröstet werden. Es gibt selten Körperkontakt mit der Mutter.

- **Unsicher-ambivalent gebundene „ambivalente“** Kinder zeigen nach der Trennung den größten Stress und heftiges Weinen. Sie können nicht beruhigt werden und brauchen viel Zeit, um wieder in einen stabilen Zustand zu kommen. Ihr Verhalten mit der Mutter ist gekennzeichnet von einem Wunsch nach körperlicher Nähe und gleichzeitigem aggressiven Verhalten der Mutter gegenüber

- **Unsicher-desorganisiertes Bindungsmuster „desoriented“** zeigen Kinder die keiner oben beschriebenen Kategorie zugeordnet werden können. Sie reagieren mit plötzlichem Freezing oder stereotypen Bewegungen, das Bindungssystem ist zwar aktiviert, aber das Bindungsverhalten äußert sich nicht mit konstanten Reaktionen. Hier gibt es eine hohe Korrelation mit Misshandlung und unverarbeiteten traumatischen Erlebnissen und Verlust- und Trennungssituationen (vgl. Main & Hesse 1990).

Es ist anzunehmen, dass ein fließender Übergang zu psychopathologischen Verhaltensweisen besteht (vgl. Carlson et al.1989) und Deprivation (Lyons-Ruth et al. 1991). Interessanterweise reagierten bei psychophysiologischen Untersuchungen zur Stressreaktion der Kinder in der fremden Situation auf die Trennung der Mutter die unsicher vermeidend gebundenen Kinder mit der größten Stressbelastung. Die äußerlich ruhig wirkenden unsicher-vermeidend gebundenen Kinder, welchen man eine besondere Adaptionsfähigkeit und Autonomie und ruhiges Temperament zugesprochen hatte, zeigten höhere Speichel-Cortisol-Werte als Maß des individuellen Stresslevels an, als die sicher gebundenen und die unsicher-ambivalent gebundenen Kinder. Folglich, ist das unsicher-vermeidende Verhaltensmuster eher bereits als Abwehr- oder Anpassungsleistung des Säuglings zu verstehen (vgl. Reite/Field 1985; Schieche/Spengler,1994).

Nach Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch zeigen Kinder gehäuft bis zu 80% desorganisiertes Bindungsverhalten. Angstzustände, kurzfristige Absenzen, motorische Stereotypien, und widersprüchliche Verhaltensmuster.

### **3.4. Sichere Bindung als Resilienzfaktor**

Längsschnittstudien haben ergeben, dass sicher gebundene Säuglinge im späteren Leben auch wenn im Lauf des Lebens traumatische Erfahrungen gemacht werden vor der Entwicklung einer psychischen Krankheit besser geschützt sind. Sichere Bindung im Kleinkindalter fördert prosoziale Verhaltensweisen und garantiert eine belastbare psychische Stabilität (Werner, 2007; K.E.Grossmann,2003)

### **3.5. Definition des Begriffes Bindungstraumatisierung**

Der Bindungsforscher K.H. Brisch unterscheidet zwischen Typ-I Trauma, als einmalig und von außen herrührend, wie z.B. Unfälle, Naturkatastrophen und Krankheit. Ein Typ II Trauma wird als ein sich immer wieder ereignendes, länger anhaltendes Trauma beschrieben. Sehr oft sind körperliche, sexuelle und emotionale Gewalt im

Spiel, die Folgen sind vielfältige Arten von Traumatisierungen die gleichzeitig erlebt oder überlebt werden. Zu Typ II Traumatisierungen werden Vergewaltigung, und alle Formen von Gewalt in der Familie und im Bekanntenkreis, aber auch Kriegstraumatisierungen und Folter gezählt.

Meinen Schwerpunkt möchte ich auf Beziehungstrauma, also Verletzungen, die von Bindungspersonen ausgeübt wurden, setzen. K. H. Brisch verweist auf den großen Unterschied in den Auswirkungen, ob die Bedrohungen von fremden oder von nahestehenden Personen ausgegangen sind, die eigentlich für Schutz und Sicherheit stehen müssten. Für diese schlimmste Form von Traumatisierung in Hinblick auf die Trauma- Folgen und auf die verheerenden Auswirkungen auf das Bindungssystem der betroffenen Menschen, wird der Begriff „Bindungstraumatisierung“ verwendet. Wenn das traumatische Geschehen durch eine Bindungsperson ausgeübt wird, fällt die Möglichkeit sich Hilfe und Unterstützung zu holen weg, das Opfer ist auf sich selbst gestellt. Die nahestehenden Bezugspersonen die eigentlich die Aufgabe von Schutz, Hilfe und Unterstützung haben, werden zur Quelle von intensiver, lebensbedrohlicher Angst, Bedrohung und Abhängigkeit. Das Gefühl der geliebten Bindungsperson auf Gedeih und Verderben ausgeliefert zu sein ist eine stressvolle Extremerfahrung. Die Folgen sind die Entwicklung und Chronifizierung von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen verbunden mit vielfältigen generalisierten Ängsten, Panikanfällen, Depressionen, die mit selbstverletzenden Verhalten, Suizidalität und dissoziativen Zuständen einhergehen (vgl. K.H.Brisch:15).

Die meisten Traumatisierungen durch körperliche sexuelle und emotionale Gewalt ereignen sich im familiären Kontext und das wiederum oft in der Kindheit. Hier korreliert das Ausmaß der schädigenden Wirkung auf das Traumaopfer, mit der Länge und Häufigkeit der körperlichen und psychischen Bedrohung. Die schädlichen Auswirkungen steigen je früher ein Mensch sexueller und körperlicher Gewalt ausgeliefert war. Neueste Forschungsergebnisse zeigen, dass Gewalterfahrungen und Verwahrlosung im Säuglings- und Kleinkindalter Stressreaktionen hervorrufen und gravierende neurobiologische Veränderungen im Gehirn und im ganzen Körper

bewirken. Hier kann die Forschung Reifungsdefizite in den stressrelevanten Gehirnregionen, dem limbischen System, dem Hippocampus und dem präfrontalen Cortex nachweisen (vgl. ebda 2017:13ff).

### **3.6. Die drei Hauptaspekte von Bindungstraumata**

Um ein besseres Verständnis für die therapeutische Arbeit mit Traumatisierten zu erlangen, ist die Beschreibung der drei Hauptaspekte von Bindungstraumata der Psychanalytikerin und Bindungsforscherin Marianne Leutzinger-Bohleber interessant. Sie nennt den Zusammenbruch der Mentalisierung im Angesicht des Traumas, also die Unfähigkeit Gefühle und Intentionen zu deuten, als ersten Aspekt. Die Gleichsetzung von innen und außen als den Verlust des Bewusstseins der Beziehung zwischen innerer und äußerer Realität als zweiten Aspekt, und die Dissoziation von der Realität als den dritten Aspekt der Phänomenologie des Bindungstraumas.

„Als Schutzreaktion und aus Angst vor einer Wiederbelebung der traumatischen Erlebnisse, haben Traumatisierte Widerstände, über ihre Erlebnisse nachzudenken. Als-ob-Modus und eingeschränkte Mentalisierungs-Fähigkeit besonders bei dissoziativen Erlebnissen sind die Folge von Bindungstrauma. Im dissoziativen Denken kann nichts mit etwas verbunden sein - das Prinzip des Als-ob-Modus, wo Fantasie von der Realwelt abgeschnitten ist, erstreckt sich so weit, dass nichts einen Zusammenhang hat.“ (Fonagy & Target 2003/2006)

Die zwanghafte Suche nach Sinn, auch hyperaktive Mentalisierung genannt, ist eine Reaktion auf das Gefühl der Leere und Trennung das der Als-ob-Modus des Traumas erzeugt. Traumatisierte schwanken zwischen einem Zustand, der psychischen Äquivalenz und Als-ob-Modus. Psychische Äquivalenz bedeutet ein Zustand, in dem innere Welt, Gedanken und äußere Realität nicht unterschieden werden. Als-ob - Modus wird beschrieben, als ein Zustand in dem die Gedanken, Motive und Ängste im Erleben der inneren Welt wie im Spiel von der Realität getrennt sind (vgl. Leutzinger-Bohleber, 2009:116).

In der Therapie sollten die vorher nebeneinander existierenden Modi mittels eines reflexiven Modus integriert werden. Dies bedeutet, ein reflektiertes Nachdenken

über das eigene Selbst, und das vermutete Innenleben Anderer, wird in der psychotherapeutischen Auseinandersetzung und Begegnung (Probe-Bindung) wieder vermehrt möglich.

### **3.7. Bindungstrauma und Physiologische Reaktion**

Die Bedrohung ist in der Regel mit Todesangst aufgrund nicht bewältigbarer Stressbelastung verbunden. Gehirn und Körper werden von Stresshormonen durchflutet. Der Körper – beeinflusst durch Adrenalin, gerät in den Kampf- und Fluchtmodus und reagiert in Folge mit hohem Puls und erhöhten Blutzuckerwerten, um eine physische Rettung aus der als lebensbedrohlich empfundenen Situation zu ermöglichen. Dies sind sehr archaische Verhaltensweisen des Körpers, die sich im Laufe der Evolution entwickelt haben (vgl. Fischer und Riedesser 1999). Die Folge der ausweglosen Situation - wenn also keine Lösungsmöglichkeit gefunden wird - ist die Dissoziation, also ein Ausblenden des Erlebens im Körper als Überlebensstrategie. Die Großhirnfunktionen werden zurückgefahren und die Stammhirnfunktionen dominieren. Das Überleben, also die Atmung, Herz-Kreislauf und Blutdruck sind weiter aktiv, aber die Großhirnfunktionen, wie Fühlen, Denken, Erinnern, Planen, und Sprache sind gebremst oder blockiert. Die Folge ist eine Fragmentierung der Erinnerung und keine zusammenhängende, integrierte Erinnerung, die kohärent nacherzählt werden kann. Daraus ergibt sich auch die oft schmerzhafteste Unsicherheit, ob das Trauma real erlebt wurde. Diese Unsicherheit veranlasst leider oft, dass vielen Trauma-Opfern ihre Erfahrung nicht geglaubt wird. Das wiederum führt zu einer Verletzung des Selbstwerts und hat eine Selbstabwertung zur Folge.

### **3.8. Zusammenhang von Bindungsrepräsentationen und Trauma-Folgen**

Wenn Menschen eine sichere Bindungsrepräsentation haben, finden sie es nicht schwierig sich einen Menschen zu suchen, mit dem sie in einer geschützten Atmosphäre die traumatisierenden Ereignisse verarbeiten, sie einordnen und

integrieren können. Menschen mit vermeidenden Bindungsrepräsentationen zeigen nach einem traumatischen Erlebnis eher Rückzugstendenzen. Sie haben Angst sich zu öffnen und agieren abweisend gegenüber Hilfsangeboten, sie signalisieren, dass sie ganz allein damit zu Recht kommen können. Traumata aktivieren in extremer Weise unser Bindungsbedürfnis. Das nicht geäußertes Bindungsbedürfnis bleibt innerlich sehr aktiv, und der Körper reagiert mit erhöhtem Stress und nachweislich erhöhten Cortisol-Werten im Blut (vgl. K.H.Brisch:14).

### **3.9. Bindungsforschung und körperorientierte Traumatherapie**

In diesem Kapitel beschäftige ich mich mit dem Einfluss der Erkenntnisse aus der Bindungstheorie auf die traumatherapeutische Arbeit mit dem Fokus auf Körper und Beziehung. In Richtung meiner Forschungsfrage möchte ich mir die Arbeitsansätze mit traumatisierten KlientInnen, die unterschiedliche Bindungsmuster haben, ansehen.

- **Sicher gebundene**

Menschen leben in einer guten Mischung aus Autonomie und Symbiose. Sie empfinden es als angenehm sowohl eigenständig mit sich zu sein, als auch sich an andere Personen ihres Vertrauens zu wenden, wenn sie Hilfe brauchen. Sicher gebundenen Klienten und Klientinnen können den Therapeuten/die Therapeutin als sicherer Basis nutzen, sobald sie Rapport oder eine vertrauensvolle Beziehung zu ihm/ihr hergestellt haben. Die äußerlich sichtbaren Bewegungen entsprechen ihren inneren Zuständen und spiegeln diese. Sie sind in der Lage kongruent und unmissverständlich ihre Absichten, Stimmungen, Wünsche und Motive auszudrücken, auf kognitiver emotionaler und körperlicher, sensumotorischer Ebene. vgl. (P. Ogden et al, 2010:92)

- **Unsicher vermeidend gebundene**

Erwachsene werden beschrieben, als Personen, die sich an die affektbelastete somatische Kommunikation der Nichtverfügbarkeit der Bezugsperson angepasst haben. Sie geben sich emotional reserviert und vermeiden eher Blickkontakt und Körperkontakt. Sie haben eine ablehnende Haltung zur Bedeutung der Bindung, verhalten sich betont eigenständig, und reagieren oft mit Zynismus. Unsicher vermeidend gebundene KlientInnen haben einen eingeschränkten Kontakt zu ihren inneren Zuständen, und geben vor wenige Bindungsbedürfnisse zu haben. Sie ziehen die Selbstregulierung der interaktiven Regulierung vor, und vermeiden Abhängigkeit von anderen Menschen. Wenn andere Menschen sich Ihnen nähern, reagieren sie abwehrend und verstärken die körperlichen Panzerungen und die Anspannung der Muskeln. Louis Cozolino, ein Psychologe und Bindungsforscher beschreibt dieses Bindungsmuster wie folgt. Ein Mangel an emotionalem Ausdruck, Abneigung gegen Blickkontakt und generell geringes Arousal, also eine geringe Aktivierung des zentralen Nervensystems ist charakteristisch für Menschen mit unsicher-vermeidendem Bindungsmuster (vgl. Cozolino 2002/2007: 175f.) Inkongruente Muster sind die Folge, die die Spaltung ausdrücken zwischen den inneren Bedürfnissen nach Nähe und den äußeren Verhaltensweisen von Unnahbarkeit und Abblocken von Kontaktangeboten. Die Spaltung zwischen inneren Bedürfnissen und äußerem Verhalten, wird in der Therapie schrittweise bewusst gemacht. Die Diskrepanz zwischen der spürbaren inneren Angespanntheit eines Klienten oder einer Klientin, die auf die Frage wie es ihm oder ihr gehe, mit einem Lächeln und einem „es gehe eh Gut“ antwortet, wird in der Therapie aufgenommen.

Körperorientiert wird in Richtung interaktiver Regulationsfähigkeit und der Stärkung des sozialen Engagements gearbeitet (vgl. P.Ogden et al, 2010:93) Beispielsweise wird in einer vertrauten therapeutischen Beziehung die Wirkung von entgegenkommenden Bewegungen, Nähe suchen und Abstand halten ausprobiert und wahrgenommen. Behutsam und nicht abwertend, werden KlientInnen ermutigt, durch das Spüren der Panzerungen und Bewusstmachen der körperlichen Signale, sich ihrer inneren Zustände bewusst zu werden.

Gemeinsam werden physische Bewegungen gefunden, die dem psychischen Zustand entsprechen.

- **Unsicher ambivalent gebundene**

KlientInnen werden beschrieben als Menschen, die abhängige, klammernde Beziehungen entwickeln. Sie tendieren dazu, durchgehend mit ihren Bindungsbedürfnissen beschäftigt zu sein. Sie neigen zu Verstrickungen und hoher Intensität in ihren komplizierten emotional hochgeladenen interpersonalen Beziehungen. Sie bevorzugen eher die Nähe, konzentrieren sich aber ganz auf ihr inneres Beziehungsleid und bemühen sich verzweifelt um Linderung (Cassidy&Shaver 1999). Sie erkennen nicht, ob sie sich in Sicherheit befinden, sind auf die Erreichbarkeit der Bindungsfigur, die auch der Therapeut/die Therapeutin sein kann, fixiert. Verstärkter Affekt und körperliche Erregungszustände werden oft dann erlebt, wenn es zu Trennungen kommt. Trauma-spezifisch liegt der Focus auf beruhigende, erdende Körperübungen und Sicherheit gebende Übungen die Grenzen gut spürbar machen. Stärkung der inneren Mitte mit Fokus darauf, die starken Erregungszustände ertragen zu lernen und kontinuierliche zielgerichtete Handlungen zu üben. In der Therapie führt der Weg vom chaotischen Agieren hin zu mehr Selbstregulierungsfähigkeit und mehr interaktiver Regulation innerhalb der Therapie. Beispielsweise könnte in der Therapie die Reaktion der Klientin auf das Verlassen werden ausprobiert werden, indem die Therapeutin für eine bestimmte Zeit den Raum verlässt. Die Klientin ist gefordert ihre Selbstregulation zu beobachten. Ihre emotionale Reaktion wird dann mit der Therapeutin bearbeitet und neue Herangehensweisen erprobt.



KlientInnen mit

- **desorganisiertem, desorientierten Bindungsmustern**

werden beschrieben als Menschen, die verwirrende, widersprüchliche Reaktionen als Antwort auf beängstigende nicht vorhersehbare Beziehungserlebnisse in der Kindheit, zeigen. Sie wurden nicht gut geschützt und erlebten im Fall von Missbrauch und Grenzüberschreitungen hohe Arousal - Zustände und im Fall von Verwahrlosung und Vernachlässigung zu niedrige Arousal -Zustände.( siehe dazu genauere Details im Kapitel 6). Durch fehlende interaktive und relationale Kontaktaufnahme und Beruhigung, war die Person häufig lange in der Zone des Hyper- und/oder Hypo-Arousals. Main und Solomon (vgl. Main und Salomon 1986/1990) beschreiben folgende charakteristischen Verhaltensmuster von diesem Bindungsmuster: sequentiell und simultan kontradiktorisches Verhalten wie gleichzeitiges Suchen und Vermeiden von Nähe, unvollständiges, nicht nachvollziehbares Verhalten, Leiden unter mangelnden Kontakt und gleichzeitiges Entfernen von der Bezugsperson. Labiler Affekt und Ausdruck von Verwirrung und desorientiertem Verhalten. Die Annäherungsbewegungen von desorganisiert gebundenen Personen werden durch eine gleichzeitige Aktivierung von Vermeidungstendenzen ständig gehemmt. Das Bindungs- und das Verteidigungssystem werden gleichzeitig aktiviert. (vgl. Main & Solomon 1986 :117). Diese inkongruenten Verhaltensweisen sind oft auch Thema in der Therapie, Beziehungsdiskontinuität und paradoxe Reaktionen auf Kontakt verwirren wie zum Beispiel verbale Bekundung nach mehr Bedürfnis nach Kontakt und gleichzeitig körperliche Abwehrbewegungen und Rückzugsbedarf.

### 3.10. Selbstregulation und Bindung

Frühe interaktive Erlebnisse entscheiden darüber, ob ein Mensch sich später in Krisensituationen an andere wenden kann, um von diesen interpersonale Unterstützung zu erhalten, d.h. sich der interaktiven Regulation in einer intimen oder psychotherapeutischen Beziehung zu öffnen, wenn seine eigenen Autoregulationsmechanismen zeitweise ihren Dienst versagen (Schore 2001: 245). In einer sicheren Bindungsbeziehung lernt das Kind einen Ausgleich zwischen Strategien der Autoregulation und der interaktiven Regulation zu erreichen, deren Verinnerlichung durch die Entwicklung regulierend wirkender Bereiche des Orbito-Präfrontalkortex möglich ist. Die Bedeutung des rechtsseitigen Orbito-Präfrontalkortex liegt in seiner Fähigkeit, emotionales und autonomes Arousal zu regulieren (vgl. (Schore 1994; Siegel 1999/2006).

Ein Kind das eine unsicher-vermeidende Bindung entwickelt hat, ist hinsichtlich der Selbstregulation möglicherweise gezwungen, sich auf Autoregulation und parasympathische, dorsal-vagale Dominanz zu verlassen. (Cozolino: 2002/2007; Schore: 2003a). Hier beruft sich Cozolino auf die Polyvagaltheorie von Stephen Porges, (siehe Kapitel 6) der erforscht hat, dass der Parasympatikus zweigeteilt ist in einen dorsalen und einen ventralen Teil des Vagusnervs. Das dorsale vagale System reguliert das Reduzieren der Vitalfunktionen, das Erstarren aus Angst. Eine dorsal-vagale Dominanz bedeutet also, einen gedrosselten emotionalen Ausdruck. Unsicher-vermeidend gebundene Menschen entwickelt häufig auch eine Fähigkeit ihr Arousal zu regulieren, wenn sie auf sich selbst gestellt sind, sie bevorzugen Rückzug, um sich nicht in als schmerzhaft erlebte Abhängigkeit von Bezugspersonen zu begeben. Die Fähigkeit zu interaktiver Regulation und zu sozialem Engagement, die für die Auflösung interpersonaler Konflikte erforderlich sind, ist eher unzureichend entwickelt (vgl. P. Ogden 2010:101).

Bei Kindern mit unsicher-ambivalenter Bindung wird das Nervensystem häufig vom Sympathikus dominiert, die Arousal -Schwelle ist niedrig, Die unvorhersehbare Kommunikationsbereitschaft der primären Bezugsperson, veranlasst das Kind sein Bemühen, um Aufmerksamkeit zu verstärken, in der Praxis hat es oft gelernt mit

verstärktem Leiden in den Genuss von Zuwendung zu kommen (vgl. Allen:2001). Weil die Fähigkeit zur Autoregulation geschwächt ist, empfinden sie Isolation im Erwachsenenalter als belastend. Sie fühlen sich aber gleichzeitig nicht gut in der Lage sich im Rahmen einer Beziehung zu beruhigen. Die Tendenz zum Hyper-Arousal bleibt bestehen, oft auf Grund von Hypervigilanz, also gesteigerter Wachsamkeit, die durch vorangegangene Grenzüberschreitungserlebnisse und Intrusion von nahestehenden Bezugspersonen entstanden ist (vgl. P. Ogden 2010:101).

Desorganisiert-desorientierte Bindungsmuster bei Kindern wurden mit einer erhöhten Herzfrequenz, starken Alarmreaktionen, einem höheren Kortisolspiegel sowie mit einem Verhalten in Verbindung gebracht, das auf einen erhöhten dorsal-vagalen Tonus hindeuten kann, wie physische Reglosigkeit, kurze Trancezustände, mangelnde Reaktionsbereitschaft und Abschalten (vgl. Schore:2001b). In einer bedrohlichen Situation mit der nahen Bezugsperson kommt es zu einem schnellen Wechsel von Hyperarousal zu Hypoarousal. Während körperliche und emotionale Misshandlungen sowie sexueller Missbrauch in der Regel entweder ein chronisch erhöhtes autonomes Arousal oder ein biphasisches Alternieren zwischen Hyperarousal- und Hypoarousal-Zuständen nach sich ziehen, führt Vernachlässigung zumeist zu einem Abflachen des Affekts (vgl. Gaensbauer / Hiatt 1984).

### **3.11. Abschließende Überlegungen**

Die Bindung an den Therapeuten / die Therapeutin fungiert als Basis, von der aus, der Mensch sowohl seine innere Welt, als auch seine äußere Umgebung erforschen kann. Sie bietet einen Hafen der Zuflucht in Zeiten der Angst und eine Informationsquelle, die ihm hilft, den Sinn belastender Symptome zu ergründen (vgl. Sable 2000: 334). Pat Sable untersucht in ihrem Buch „Attachment and Adult Psychotherapy“ die Möglichkeiten alte Bindungstraumata, die sich in Posttraumatische Belastungsstörungen, Phobien, Depression und emotionalem

Rückzug, Konflikten und Grenzüberschreitungen ausdrücken, durch die Erfahrung einer sicheren Bindung in der Therapie schrittweise zu verarbeiten.

KlientInnen mit **einer unsicher vermeidenden Bindung** zeigen eher eine ablehnende Haltung bezüglich Bindung und sie neigen zu Rückzug und Autoregulation. Das Therapieziel besteht also aus der Förderung interaktiver Regulation und der Fähigkeit sich auf soziale Interaktion einzulassen, wenn ihr Arousal höher ist, als sie es gewöhnt sind. Wesentlich ist eine Verlangsamung des Tempos und Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung kombiniert mit psychoedukativen Elementen über die Bindungsgeschichte der KlientInnen. Gemeinsam wird erforscht, wie die Charakteristika der KlientInnen mit diesem Bindungsmuster von ihnen in Hinblick auf Bewegung und Empfindung erlebt werden. (P. Ogden:104) Ziel ist es mehr im eigenen Körper sein zu können, und gleichzeitig in Kontakt mit dem Therapeuten /der Therapeutin zu sein.

KlientInnen mit **einer unsicher ambivalenten Bindung** zeigen eine anklammernde abhängige Haltung gegenüber Bindung, sie versuchen mit emotionaler Labilität und Reizbarkeit starken Affekt und entsprechendes Arousal zu neutralisieren. In der Therapie wird das bewusste Hinführen zu einer körperlichen und emotionalen Erdung angepeilt. Durch wiederholte Rückführung zur körperlichen Empfindung wird ein Gewahrsam gelernt, wie und wo der Stress im Körper sich immer wieder aufbaut. Und langsam kann der Klient/ die Klientin die Mechanismen wahrnehmen, wie er/sie das Arousal innerhalb der therapeutischen Beziehung neutralisieren kann, Angstgefühle besser eingrenzen kann und sich besser selbst beruhigen kann. Eine Interaktion mit dem Therapeuten/der Therapeutin, gekennzeichnet von einem höheren Körperbewusstsein und mehr Offenheit über intime Bereiche reden zu können, ist bei gleichzeitig angstfreierem Umgang mit emotionalen Erregungszuständen möglich.

Für KlientInnen mit **desorganisiert-desorientiertem Bindungsmuster** stellt eine körperorientierte Therapie eine extreme Herausforderung für KlientInnen und TherapeutInnen dar. Die therapeutische Bindung mobilisiert seitens der KlientInnen defensive Handlungsweisen als Ausdruck ihrer Ängste vor Nähe. Eine Distanzierung seitens des Therapeuten/ der Therapeutin oder des Klienten/der Klientin aktiviert das Bindungssystem der KlientInnen und evoziert die Sehnsucht nach einer vertrauensvollen Beziehung. Der Kontakt selbst ist das gefürchtete Element, weil er mit einem Versprechen der Liebe, der Sicherheit und des Trostes verbunden ist, das letztendlich nicht erfüllt werden kann und das an die abrupten Verletzungen erinnert, die in der Kindheit passiert sind (vgl. Hedges 1997:114).

Der Kontakt und die Kontaktunterbrechung als Ausdruck einer Bindungstraumatisierung sind Zentralthemen in der Gestalttherapie. Der gestalttherapeutische Zugang zu dem Thema Bindungstraumatisierungen umfasst die Regulierung der Ich-Grenzen und Kontaktunterbrechung. Bindungstraumatisierungen schwächen die innere Struktur und bringen die Ich-Grenze aus dem Gleichgewicht. Angstbedingt wird die Innen- und Außenwelt diffus wahrgenommen. Um die Ich-Grenze regulieren zu können, wird der Kontakt durch Introjektion und Dissoziation abgebrochen. Der wichtigste Inhalt einer Therapie besteht darin, das System soziales Engagement zu stärken, indem man KlientInnen hilft, die Phobie hinsichtlich der Bindung an die TherapeutInnen zu überwinden. Der Therapeut/die Therapeutin versucht wie eine hinreichend gute erste Bezugsperson im Zustand der Eingestimmtheit, das Arousal der KlientInnen im Bereich des Toleranzfensters zu halten, und durch eine behutsame Begleitung durch aufkommende Erinnerungen die Integrationsfähigkeit der KlientInnen nicht zu überfordern. Durch emphatisches Beobachten und Ansprechen der unbewussten somatischen Expressionen und subtilen Bewegungen, die die Worte und Gefühle der KlientInnen begleiten, wird ein größeres Bewusstsein seitens der KlientInnen ermöglicht. Eine bessere Handhabung bezüglich der Hyperarousal-Zustände und eine Bewusstwerdung der betäubenden Wirkung von Hypo-Arousal- Zuständen werden möglich. Mit Hilfe von Stimmcharakter, Sprechgeschwindigkeit und Experimentieren mit Nähe und Distanz kann eine interaktive Reorganisation und eine

bessere Affektregulation erarbeitet werden. Die Therapeutin wird zu einer psychobiologischen Regulatorin, und Teilnehmerin an der dyadischen Regulation der Emotion, die das Auftauchen einer reflexiven Fähigkeit und das Erleben einer erworbenen sicheren Bindung fördert (vgl. Sroufe, 1997).

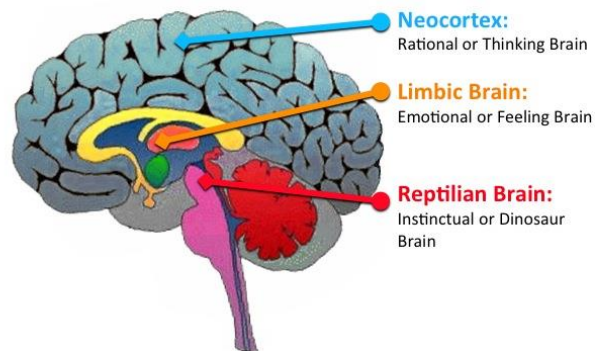
#### **4. Trauma und Gehirn**

In Kapitel 3 habe ich versucht herauszuarbeiten, dass es möglich ist in der Therapie günstigere Erfahrungen in Beziehung zu machen. Die Bindungserfahrung des Sich Einlassens ermöglicht neue Koppelungen im Gehirn, alte Muster werden aufgelöst. Im folgenden Kapitel behandle ich die Vorgänge im Gehirn bei traumatischer Belastung, da dadurch ein tieferes Verständnis für die körperliche Veränderung bei betroffenen Personen veranschaulicht werden kann. Mit dem Fokus auf meine Fragestellung, wie bei traumatisierten Menschen in der Therapie ein Zugang über den Körper hergestellt werden kann, möchte ich in die Signale des Körpers und die biologischen Vorgänge bei Traumatisierungen, bzw. die Wechselwirkungen zwischen den drei Wahrnehmungsebenen Gedanken, Gefühle und Körper miteinbeziehen und beleuchten. Dazu werde ich mir die neuronalen Mechanismen im Gehirn bei Traumatisierung ansehen, um einen aktuellen Einblick in die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Hirnforschung zu erhalten, und ein Verständnis über die somatischen Zugänge bei der Trauma-Behandlung zu erlangen. Hierzu erscheint die Vorstellung des Modells des *dreieinigen Gehirns* wesentlich.

Im weiteren Abschnitt beschreibe ich die Gehirnregionen, die sich bei traumatischen Erlebnissen verändern. Anschließend widme ich mich dem Gehirn als soziales Organ und beleuchte die Entstehung von zwischenleiblicher Kommunikation und Resonanz.

##### **4.1. Das *dreieinige Gehirn***

Der Neuropsychologe MacLean beschreibt in den 60er Jahren den Aufbau des Gehirns und seinen Schichten als „Gehirn mit einem Gehirn mit einem Gehirn“ (vgl. Mac Lean 1990). Dieses etwas vereinfachte Modell erfüllt eine wichtige Funktion, da es eine verbindende Metapher anbietet, die die Artefakte der Evolution, das heutige Nervensystem und einige der inhärenten Schwierigkeiten einschließt, die mit der Organisation und Desorganisation menschlichen Erlebens verbunden sind (Cozolino 2002/2007 :39).



*Abbildung 1: Dreieiniges Gehirn*

Das Stammhirn oder Reptilienhirn entwickelt sich schon im Mutterbauch und ist nach der Geburt voll funktionsfähig, es organisiert die grundlegenden lebenserhaltenden Funktionen und reagiert lebenslang stark auf Gefahrensituationen. Der Hirnstamm und der direkt darüber liegende Hypothalamus sorgen für die Homöostase, also für eine stabile innere Balance der lebenserhaltenden Systeme, und steuert das Arousal also den Erregungszustand des Organismus, die Homöostase des Organismus und den Fortpflanzungstrieb. Es existieren lockere Verbindungen mit der sensumotorischen Ebene der Informationsverarbeitung inklusive des Empfindens und programmierter Körperimpulse. Um das Reptiliengehirn herumgestülpt, befindet sich das sogenannte limbische System, das auch als Säugetierhirn oder paleomammalisches Gehirn bezeichnet wird, und sich größtenteils erst nach der Geburt innerhalb der ersten sechs Lebensjahren und nutzungsbedingt auch darüber hinaus entwickelt. Es wird unter der Beteiligung der genetischen Anlagen des Neugeborenen und seines angeborenen Temperaments in Reaktion auf das Erlebte kreiert und vermittelt Emotionen, Gedächtnis, einen Teil des Sozialverhalten und das Lernen (vgl. Cozolino 2002).

Phylogenetisch zuletzt entsteht der Neokortex (Großhirnrinde) oder auch Präfrontalkortex genannt, der die kognitive Informationsverarbeitung wie zum Beispiel die Fähigkeit zum Selbst-gewahr-sein, des Bewussten und logisches Denken, Spracherwerb sowie Lernen ermöglicht. Große Teile des Neokortex



bestehen aus dem Balken oder Corpus callosum, das die Verbindung der beiden Gehirnhälften bewerkstelligt (vgl. MacLean 1990).

Das Stammhirn und das **limbische System** werden auch als das *emotionale Hirn* bezeichnet, das das Zentrum des zentralen Nervensystems darstellt und für unser Wohlbefinden sorgt. Ein Trauma kann die Funktionsfähigkeit des emotionalen Hirns und des Präfrontalkortex lebenslang sehr stark beeinflussen, indem die Fähigkeit wichtige Informationen von unwichtigen Informationen zu unterscheiden, reduziert wird. Durch den Einfluss auf die Hormonausschüttung und die viszerale Empfindungen werden viele Entscheidungen quasi aus dem Bauch, vom *emotionalen Gehirn* mitbeeinflusst. Bei Gefahr initiiert das emotionale Gehirn vorprogrammierte Notfall-Pläne wie die für die Kampf- oder Flucht-Reaktion. Diese muskulären oder physiologischen Reaktionen erfolgen automatisch und verdrängen unsere bewussten rationalen Fähigkeiten bzw. werden diese vom Neokortex erst viel später realisiert.

## Das limbische System

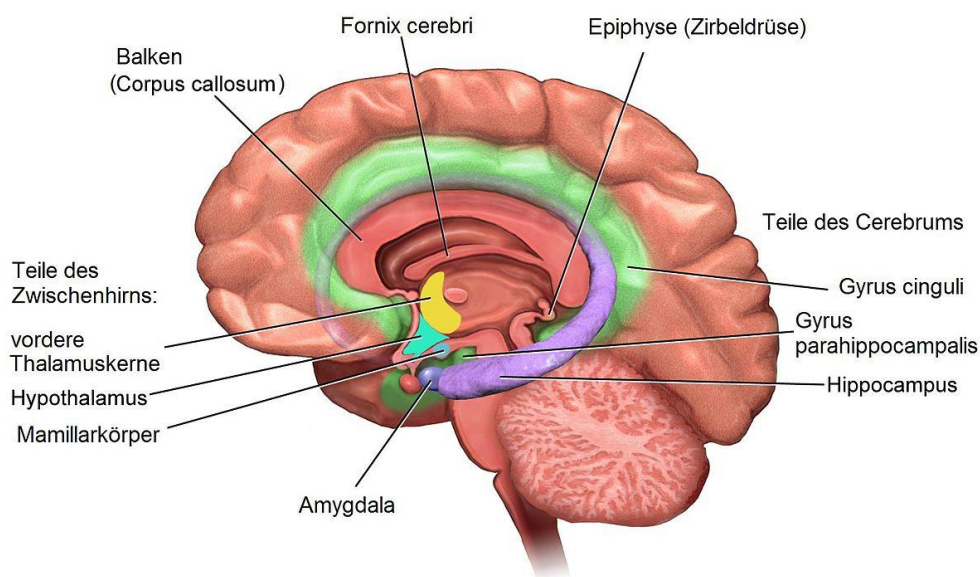


Abbildung 2 Das limbische System

## **4.2. Neuronale Mechanismen im Gehirn bei Traumatisierung**

Durch die Entwicklung von bildgebenden Verfahren konnte die Erforschung der neuronalen Mechanismen im Gehirn, die traumatischen Erlebnissen zugrunde liegen, näher beleuchtet werden. Neuroimaging ist ein bildgebendes Verfahren, das mittels Magnetresonanztomographie die erhöhte Sauerstoffzufuhr und Stoffwechselforgänge im Gehirn veranschaulichen. Ich konzentriere mich in diesem Kapitel auf die Trauma-relevanten Abschnitte des Gehirns und die diesbezüglichen Beobachtungen in den Hirnregionen. Im Fall von traumatischem Stress wurden mit Hilfe der Neuroimaging-Forschung erhöhte Aktivität im medialen Präfrontalkortex, in der Amygdala, den anterioren Gyrus cinguli, den Hippokampus der Insula und dem Orbitofrontalkortex festgestellt (vgl. V. d. Kolk 2014).

Im Folgenden Kapitel beschreibe ich kurz die Gehirnnareale welche die bildgebende Hirnforschung als für traumatische Belastungszustände entscheidend identifiziert hat. Dieser kleine Ausflug in die Neurologischen Grundlagen ist deshalb wichtig, weil die Erkenntnisse einen entscheidenden Fortschritt bei der Entwicklung von körperorientierten Methoden der Trauma-Behandlung ermöglicht haben.

### **4.2.1. Der Thalamus**

Über die Sinnesorgane erhalten wir sensorische Informationen, die im Gehirn, im Thalamus, einem Bereich im limbischen System, zusammengeführt werden. Van der Kolk vergleicht den Thalamus sehr anschaulich mit einem Koch, der die hereinkommenden Eindrücke der Sinnesorgane zu einer „autobiographischen Suppe“ verarbeitet, einem integrierten, kohärenten Erlebnis dessen, was das Individuum erlebt (Van der Kolk 2014: 75).

### **4.2.2. Die Amygdala**

Die Amygdala ist ein Teil des emotionalen Verarbeitungssystems und ist das Alarmsystem im Gehirn, sie spielt eine wichtige Rolle bei der Furchtkonditionierung (vgl. LeDoux 2002) und gibt ein Alarmsignal ab, wenn sie einen Reiz als bedrohlich einschätzt. Ihre Aufgabe ist es als „Rauchmelder“ des Gehirns, (vgl. van der Kolk

2014:77) herauszufinden, ob eintreffender Input überlebenswichtig ist. Blitzschnell wird mit dem Feedback des Hippocampus, der als Gedächtnis die aktuelle Information mit älteren abgleicht, die Gefahr eingeschätzt und Signale an Hypothalamus und den Hirnstamm geleitet, um die Stresshormonproduktion im Falle einer Gefährdung anzukurbeln und das autonome Nervensystem zu aktivieren.

#### **4.2.3. Der Hippocampus**

Der Hippocampus fungiert als Gedächtnis und gleicht binnen weniger Augenblicke die aktuellen Informationen mit vergangenen Erlebnissen ab, sendet Feedback an die Amygdala und von dort wird bei Gefahr ein Signal an den Hypothalamus und den Hirnstamm gesendet, wodurch die Stresshormonproduktion im Hypothalamus und das Autonome Nervensystem im Hirnstamm aktiviert werden.

#### **4.2.4. Der mediale Präfrontalkortex**

Der mediale Präfrontalkortex wird als Bestandteil des kognitiven Verarbeitungssystems betrachtet, die Forschung nimmt an, dass er bei der Löschung konditionierter Furchtreaktionen eine Rolle spielt, (vgl. Morgan, Romanski / LeDoux 1993) und bei der Regulierung des Stresshormons Kortisol beteiligt ist (vgl. Lanius / Bluhm; Lanius / Pain 2006). Ebenfalls fanden Forscher seine Rolle bei der Emotionsregulierung heraus (vgl. Lane / McRae 2004). Der Bereich des medialen Präfrontalkortex ist ebenfalls lt. Studien für den Abruf von Informationen aus dem episodischen Gedächtnis zuständig, Veränderungen des Aktivierungsniveaus des medialen Präfrontalkortex könnte also verantwortlich sein für die zeitlose Qualität traumatischer Erinnerungen, und die Unterscheidungsfähigkeit von augenblicklich relevanten Erinnerungen von solchen, die früher einmal wichtig waren, dies aber aktuell nicht mehr sind (vgl. Moscovitch & Winocur 2002:187).

Bei der Filterungsfunktion ist der direkt hinter den Augen gelegene mediale Präfrontalkortex sehr bedeutend. Van der Kolk nennt ihn den „Wachturm“, der eine Beurteilung und Abschätzung der Situation aus einer Distanz ermöglicht. Wenn Menschen in der Lage sind ruhig und besonnen, also mit Achtsamkeit über ihren Gefühlen und Gedanken zu schweben, und sich Zeit zu nehmen eine adäquate

Reaktion zu setzen, ermöglicht dies den exekutiven Funktionen des Gehirns, die im limbischen System vorprogrammierten automatischen Reaktionen zu bremsen, zu organisieren und zu verändern. Die Impulskontrolle ist bei Menschen mit Posttraumatischer Belastungsstörung durch die fehlende Balance zwischen Amygdala und Medialem Präfrontalkortex erschwert. Gesunder und vernünftiger Umgang mit Stress ist nur im Falle einer Ausgewogenheit zwischen „Rauchmelder“ und „Wachturm“ möglich. Es kommt zu Fehleinschätzungen und Missverständnissen im Alltag, die das private und berufliche Leben deutlich erschweren.

#### **4.2.5. Der anteriore Gyrus cinguli**

Der anteriore Gyrus cinguli spielt eine wichtige Schlüsselrolle bei der Repräsentation des subjektiven Erlebens, der emotionalen Wahrnehmung und bei der Integration körperlichen Erlebens auf Verhaltensanforderungen (vgl. Vogt & Gabriel 1993). Er ist mit vielen Gehirnstrukturen verbunden und orchestriert den autonomen, neuroendokrinen, und behavioralen Ausdruck von Emotionen, wie zum Beispiel emotionaler Schmerz, Reaktionswahl, umsorgendes Verhalten, stimmlicher Ausdruck und skeleto-motorische Kontrolle (vgl. Ogden 2010: 215). Forschungen haben ergeben, dass sich frühe Bindungstraumata negativ auf die erlebensabhängige Reifung der durch den anterioren Gyrus cinguli vermittelten limbischen Schaltkreise auswirken (vgl. Schore 2001a).

#### **4.2.6. Die Insula**

Die Insula, die im zerebralen Kortex liegt scheint besonders an der emotionalen Reaktion auf belastende Reize, auf interozeptive sensorische Reize, und auf Körperempfindungen beteiligt zu sein (vgl. Reimann / Lane / Ahern / Schwartz / Davidson 2000: 399). Sie hat Einfluss wie man sich fühlt, wird also als „inneres Alarmzentrum“ für die Einschätzung potenziell unangenehmer Körperempfindungen auf ihre emotionale Bedeutung hin, gesehen (vgl. Nijenhuis et al. 2002:19). Untersuchungen legen nahe, dass die Insula an der dissoziativen

Reaktion von PTBS Erkrankten, wenn sie gezielt mit Trauma-Erinnerungen konfrontiert werden, beteiligt ist (vgl. Lanius, Bluhm et al:2006).

#### **4.2.7. Der Orbitofrontalkortex,**

Er befindet sich über der Augenhöhle, spielt eine wichtige Rolle bei der Vermittlung der Kommunikation zwischen subkortikalen (Stammhirn, emotionales Gehirn) und kortikalen (Großhirnrinde) Systemen. Er ist für die Regulierung des Körperzustandes und bei der Spiegelung von Veränderungen in diesem Zustand von Bedeutung (vgl. Luria 1980:262; Schore 2003a). Neurowissenschaft zum Thema Bindung und Trauma beschäftigt sich mit der Funktion des Orbitofrontalkortex. Es wird angenommen, dass dieser die Integration von im Kortex verarbeiteter Information über die Umgebung, z.B. visuelle und auditive Reize, die von einem Gesichtsausdruck ausgehen, und subkortikal verarbeiteter Information in die innere viszerale Umgebung ermöglichen. Eine sichere Bindung fördert die optimale Entwicklung des Orbitofrontalkortex, der eine zentrale Rolle für Fähigkeiten zur Erweiterung der Selbstregulation spielt (Schore 2003a).

#### **4.3. Das Zusammenspiel von Subkortikalem Gehirn und Neokortex**

Die sensorischen Informationen werden nach der ersten Verarbeitung zur Amygdala weitergeleitet, die die emotionale Bedeutung einschätzt und im Falle einer Bedrohung innerhalb von Sekunden die Anweisung an den Hypothalamus weiterleitet, sich auf eine Gefahr vorzubereiten und Stresshormone auszuschütten. Der Neurowissenschaftler Joseph LeDoux (vgl. 1996/2001:173) bezeichnet diese Verbindung den „niedrigen Weg“ der im unbewussten Gehirn stattfindet, während der langsamere Weg, der „hohe Weg“ die neuronale Verbindung vom Thalamus über den Hippocampus und das anteriore Cingulum zum Präfrontalkortex verläuft, wo eine bewusste detaillierte Deutung und Einschätzung der Situation möglich ist.

Weil die Amygdala die vom Thalamus eintreffende Information schneller verarbeitet als der Frontallappen, entscheidet sie, ob diese Information eine

Gefährdung des Überlebens bedeuten, bevor wir uns der Gefahr bewusst geworden sind. „Wenn uns klar wird was vor sich geht, ist unser Körper vielleicht schon dabei, sich in Sicherheit zu bringen.“ (Van der Kolk:77)

Kortisol und Adrenalin wird in einem erhöhten Maße ausgeschüttet, was zur Folge hat, dass Herzschlag und Blutdruck gesteigert werden, der Atem wird heftiger und der Körper ist auf Verteidigung und Überlebenskampf eingestellt. Ist die Gefahr vorüber, ist eine Beruhigung und eine Rückkehr in den Normalzustand bei nicht Traumatisierten recht schnell möglich. Ist die Regenerationsfähigkeit gestört, verbleibt der Körper in Alarmbereitschaft und in einem erhöhten Erregungszustand. Traumata erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Fehleinschätzung bestimmter Situationen als gefährlich oder harmlos. Traumatisierte haben Schwierigkeiten mit einer angemessenen emotionalen Regulierung in zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie sind häufig belastet mit unangemessenen Reaktionen in Alltagssituationen. Bei traumatisierten Menschen ist die Deutung von Gefahr durch die Amygdala zu intensiv und eine Filterung der höheren Gehirnbereiche zu schwach. Die Informationsverarbeitung in den höheren, neokortikalen Gehirnregionen ist während intensiven emotionalen Zuständen, wie Wut, Traurigkeit und Glück, geringer, während es gleichzeitig zu einer Steigerung der subkortikalen Aktivitäten kommt. Untersuchungen von Panksepp vgl. Panksepp 1998) und Damasio (Damasie et al 2000) weisen darauf hin, dass Affekt ein weitgehend subkortikaler Prozess ist.

„Eine Balance zwischen den primitivsten und den höchsten entwickelten Gehirnpartien herzustellen ist das Ziel einer Trauma-Heilung. Bei einer effektiven Traumatherapie helfen wir der Person den beobachtenden präfrontalen Kortex „online“ zu lassen, während sie die primitiven Empfindungen die im limbischen System, dem Hippothalamus und dem Hirnstamm entstehen, zur gleichen Zeit ungefiltert erlebt.“ (Levine 2010 :100)

Diese Aussagen und die weiterführenden Überlegungen in diesem Kapitel stellen für mich den wesentlichsten Beitrag dar, um ein Verständnis für körperbezogenes Arbeiten in einer haltgebenden therapeutischen Beziehung mit Traumatisierten zu kreieren.

„Der Weg ist in einem sicheren Umfeld intensive und subtile Körperempfindungen und Gefühle spüren zu können. Das passiert eingebettet zwischen limbischem System und Präfrontalkortex, der Insula und dem Cingulum, wo Reize aus den Strukturen des

Körperinneren wie Muskeln, Gelenke und dem Bindegewebe empfangen werden. Insula und Cingulum zusammen helfen uns aus diesen primitiven Empfindungen Sinn entstehen zu lassen, indem sie diese nuancierten Gefühle, Wahrnehmungen und Erkenntnisse verweben.“ (Damasio 2000)

#### **4.4. Das Gehirn als sozial, kulturell und geschichtlich geprägtes Organ**

Der Hirnforscher Prof. Dr. Gerald Hüther vertritt die Meinung, dass das Gehirn als Ganzes ein soziales Organ ist, es stellt die geeignete Matrix für soziale Kompetenzen zur Verfügung (vgl. Hüther et al.1999).

Die Entwicklung des verkörperten menschlichen Geistes bedarf nicht nur der Interaktion von Gehirn, Körper und Umwelt, sondern vor allem entwickelt sich das Gehirn durch zwischenmenschliche Beziehungen. Die Struktur der menschlichen Individualität als ein „durch Andere zu sich selbst kommen“ schlägt sich in den neuronalen Strukturen nieder. Damit wird das Gehirn zum Organ der Person, wie es der Phänomenologe und Psychiater Thomas Fuchs in seinem Buch „Das Gehirn- ein Beziehungsorgan“ beschreibt (vgl. Thomas Fuchs 2017 :194). Wissenschaftliche Forschungen im Bereich der Embryologie und der pränatalen Psychologie haben gezeigt, dass der Fötus sich nicht bis zur Geburt in einem vegetativen Zustand befindet, sondern sensomotorisch und emotional schon in Kontakt mit seiner direkten Umgebung ist. Von der frühen Fötal-Periode in der Schwangerschaft bis in die ersten Lebensjahre ist die Mutter-Kind Dyade die essentiellste Basis für die psychische Entwicklung des Kindes und für die adäquate Ausreifung des Gehirns. Neugeborene zeigen nachweisbare Vorlieben für die Stimme und Herztöne der Mutter, für Melodien, Rhythmen und sogar vorgelesene Texte, die sie vor der Geburt öfters gehört haben (vgl. De Casper u. Fifer, 1990; vgl. De Casper u. Spence 1986). Die schon pränatal kennengelernte wahrnehmbare Welt, wie etwa die Stimme der Mutter und ihre Körpergeräusche, hat eine beruhigende Wirkung und erleichtert somit den Aufbau der frühen Bindung zu den nahen Bindungspersonen (vgl. Salk 1962, Rosner u. Doherty 1979). Aber auch über die affektiven Prozesse steht das Ungeborene in Beziehung zur Mutter. Deren seelische Zustände, wie z.B. Stress, erhöhte emotionale Belastungen oder Angstzustände einen direkten Einfluss auf die Entwicklung des Fötus und dessen Gehirn haben. Eine dauerhaft erhöhte

Stressreaktion der Mutter führt zu einer vermehrten Durchlässigkeit der Plazentaschranke für Stresshormone, die die Funktionen des kindlichen Hippocampus und die Reifung des Präfrontalcortex beeinflussen können. Diverse Studien zeigen, dass Kinder unter ungünstigen Voraussetzungen in späterer Folge kognitive und Verhaltensauffälligkeiten zeigen, (vgl. Huizink et al. 2003; De Weerth et al. 2003, Van den Bergh u. Marcoen 2004), ebenfalls gibt es wissenschaftliche Hinweise, dass Stressbelastungen direkten Einfluss auf die Temperamentsentwicklungen des Embryos haben (vgl. Huizink et al 2002).

Für die Entwicklung der Persönlichkeit, sind also die primäre Umwelt und die Befindlichkeit der nahen Bindungspersonen auch schon vor der Geburt prägend. Mit der Geburt wandelt sich die Mutter- Kind Symbiose und die Bindung zum Vater in eine dialogische zwischenleibliche Beziehung. Das Baby trägt durch Mimik, Gestik, Augenkontakt und Stimme aktiv dazu bei, dass es mit den Bezugspersonen auch nach der Geburt in Kontakt bleibt. Es versucht so viel wie möglich Körperkontakt herzustellen, um die angenehmen Empfindungen von Wärme, Geruch, Berührungen und Gehaltenwerden zu erleben. Säuglinge zeigen deutlich mehr Interesse für die Mimik, das Verhalten und die Affekte anderer Personen, als für unbelebte physische Objekte (vgl. Dornes 1993:68).

#### **4.5. Leiblich - affektive Kommunikation und zwischenleibliche Resonanz**

Neugeborene sind fähig durch Imitation eine wahrgenommene Mimik in ihre eigene Körperempfindung und in die entsprechende Bewegung zu übersetzen und gezielt, also nicht nur reflexartig, einzusetzen. Visuelle, propriozeptive und motorische Modalität sind von Beginn an zu einem gemeinsamen Sinnesraum integriert, es besteht ein intermodales Körperschema, welches sich mit der Wahrnehmung der anderen verknüpft. Die Körper der anderen werden als verwandt zum eigenen Körper erfahren, das Baby nimmt also die nächsten Bezugspersonen mimetisch, also indem es ihren Ausdruck in sich nachbildet wahr, und nicht nur als Bild oder Gegenüber wahr. Die im 3. Kapitel zum Thema Bindungstheorie beschriebenen Wissenschaftlichen Forschungen in der Säuglingsbeobachtung decken sich also mit



dem phänomenologischen Konzept der kommunikativen Zwischenleiblichkeit, das Merleau-Ponty in seinen Ausführungen zur „Intercorporeität“, (vgl. Merleau-Ponty 2003:256f) entwickelt hat. Wenn sich zwei Menschen leiblich begegnen, sind sie in ein systemisches Interaktionsgeschehen einbezogen, welches ihre Körper mit einander verbindet, und ein präverbales und prä-reflexives Verstehen kreiert. Diese Fähigkeit, den anderen wortwörtlich am eigenen Leib zu spüren, wird in der Leibphilosophie als „zwischenleibliche Resonanz“ bezeichnet (vgl. Schmitz 1989; Fuchs u. de Jaegher 2009).

SäuglingsforscherInnen haben in einer Studie zur Veränderung des Gesichtsausdrucks und der Mimik von Neugeborenen herausgefunden, dass die Vorstufe zur Entwicklung des Gefühlsaustausches, also der Interaffektivität, schon nach der Geburt beginnt, wenn emotionale Ausdrucksformen wie Lächeln, Erstaunen vom Neugeborenen imitiert werden (vgl. Field et al. 1982). Mütter und auch Väter antworten ihrerseits mit stimmlichen und gestischen Reaktionen, die aus biologisch angelegtem implizitem Wissen entstammen. Die frühe Kommunikation zwischen Säugling und Bezugsperson, auch Ammensprache genannt, ist geprägt von fast musikalischen Ausdrucksqualitäten, von Rhythmus und der Dynamik der mimischen stimmlichen und gestischen Interaktion (vgl. Thomas Fuchs: 199).

Im Laufe der frühen Affektkommunikation lernt der Säugling den Emotionsausdruck der nahen Bezugsperson mit typischen Zusammenhängen in Verbindung zu bringen und so die verschiedenen Bedeutungen zu unterscheiden. Er antwortet immer deutlicher mit seinem eigenen Ausdruck, so dass man mit neun Monaten von einer voll entwickelten Interaffektivität sprechen kann (vgl. Dornes 1993:154).

#### **4.6. Zwischenleibliches Gedächtnis**

Die motorische, die emotionale und die soziale Entwicklung verknüpfen sich zu interaktiven Schemata, oder anders ausgedrückt zu einem impliziten, zwischenleiblichen Gedächtnis (vgl. Fuchs 2012a).

Das implizite Gedächtnis besteht aus allen Formen des Lernens im frühen Säuglingsalter. Es umfasst das prozedurale, motorische Gewohnheitslernen und das

perzeptive kognitive und affektive Vermögen, welches sich auch ohne Instruktionen bildet. Hierzu gehören der Erwerb von Prototypen oder Gestaltmustern der Wahrnehmung von Objektkategorisierungen, das Unterscheiden von Lebewesen und unbelebten Dingen, sowie von emotionalen Reaktionen, wie Freude oder Angst (vgl. Thomas Fuchs 2017:201).

Stern spricht von einem implizierten Beziehungswissen (vgl. Stern 1998b). Er nennt es „schemes of being-with“ (vgl. Stern 1998a). Das Baby entwickelt dyadische und später triadische Interaktionsschemata (Ich- und Vater beim Wickeln, Ich und Mutter und Vater beim Spielen, u.s.w.) es lernt, wie man mit anderen umgeht, wie man in Kontakt kommt, Gefühle ausdrückt, und die ersten Erfahrungen von Selbstwirksamkeit werden gemacht. Dieses Beziehungswissen ist ein zeitlich und sequenziell organisiertes, gewissermaßen musikalisches Gedächtnis, für die Rhythmik, die Dynamik, und die emotionalen Konnotationen, die in der Interaktion mit anderen mitschwingen. Es ist ferner ein prozedurales Wissen, das nur im Umgang mit anderen also in der Interaktion zugänglich ist (vgl. Fuchs, 2017: 201). Fuchs beruft sich in seinem Buch auf die Forschungsarbeiten von F. Amini der sich mit den Zusammenhängen von Bindung, Affekt und Gedächtnis beschäftigt hat. Die Folgen des Beziehungswissens sind gravierend, insofern Menschen ihre späteren Beziehungen unbewusst nach den Erfahrungen formen, die sie in ihren ersten Beziehungsmustern kennengelernt haben (Amini et al.1996).

Das implizite Beziehungsgedächtnis wird neurowissenschaftlich so erklärt, dass jeder Umgang mit Anderen durch synaptisches Lernen Spuren auf neuronaler Ebene in sensorischen, motorischen und limbisch-emotionalen Zentren in Form von Dispositionen des Wahrnehmens, Fühlens und Verhaltens hinterlässt. Sie treten in Resonanz mit aktuellen Umweltsituationen oder Personen und aktivieren dazu passende Verhaltensformen auch ohne, dass sich das Kind explizit an frühere Lernprozesse erinnern muss (vgl. Fuchs 2017).

Das Explizite, autobiografische Gedächtnissystem entwickelt sich erst ab dem zweiten, bis vierten Lebensjahr. Die neurobiologischen Forschungen beinhalten derzeit noch viel zu wenig die Tatsache, dass das Gehirn als Ganzes ein soziales

Organ ist. Die Forschung bezieht laut Thomas Fuchs den interpersonellen Kontext des Gehirns zu wenig ein. Die Spiegelneuronen sind spezialisierte Zellen im Kortex, die sowohl dem motorischen System zugeordnet werden, als auch Wahrnehmungsaufgaben haben. Thomas Fuchs bezeichnet die Spiegelneuronen als das neuronale Resonanzsystem (vgl. Fuchs 2017). Das neuronale Resonanzsystem ermöglicht durch Verstehen und Nachahmung der Handlungen anderer, die verkörperte Wahrnehmung, die Zwischenleiblichkeit. Wir nehmen andere immer schon als „unseresgleichen“ wahr, weil unser Leib in jeder Interaktion ihre Mimik, Gestik und Bewegungsintentionen unterschwellig mitvollzieht. Im Frontallappen ist der Sitz der Empathie, das Nachempfinden der Gefühle. Es besteht ein wie in der Mutter-Kind Dyade erlebtes und in Sekundenbruchteilen ablaufendes, erlerntes Wechselspiel, in der beide Partner ihre Wahrnehmung voneinander fortlaufend modifizieren und so sich zu einem dynamisches Resonanzsystem zusammenschließen (vgl Fuchs u. De Jaegher 2009).

*“Zwischen meinem Leib, so wie ich ihn erlebe, und dem des anderen, so wie ich ihn von Aussen sehe, herrscht ein inneres Verhältnis, welches den anderen als die Vollendung des Systems erscheinen lässt“ (vgl. Merleau-Ponty 1966:403f.)*

Diese Erkenntnisse bestärken mich in meiner Sichtweise, dass die Basis körperorientierter Therapiearbeit eine tragende Beziehung ist. Ich schließe mich den Aussagen von Thomas Fuchs an, und unterstreiche die Wichtigkeit des interpersonellen Kontextes des Gehirns als soziales Organ in der Arbeit mit Traumatisierten.

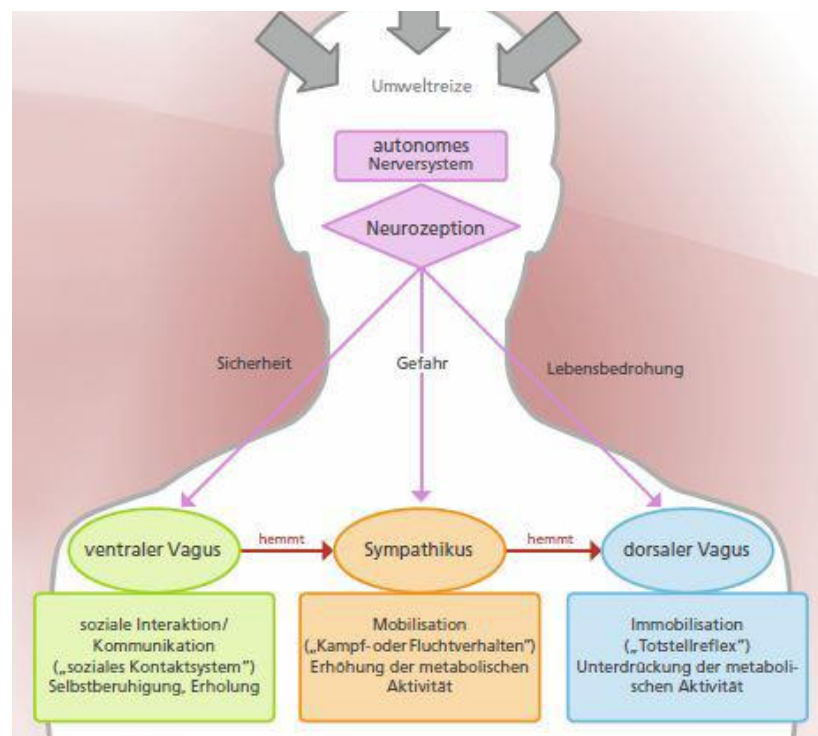
## 5. Trauma und das Nervensystem

### 5.1. Die Polyvagaltheorie und das Zusammenspiel des neurobiologischen Dreiecks

Die Wechselwirkung zwischen Denken, Fühlen und Körpersensationen wird von Antonio Damasio als das *neurobiologische Dreieck* bezeichnet (vgl. Damasio 2005). Um das Zusammenspiel vom Denken für das zentrale Nervensystem zuständig ist, und dem Fühlen, das vom vegetativen Nervensystem bewerkstelligt wird in Zusammenhang mit Trauma zu verstehen, muss man sich die sehr komplexen körperlichen Regulationsvorgänge innerhalb des Nervensystems näher ansehen. Dazu erscheint mir die Poly-Vagal-Theorie ein wesentlicher Beitrag zu sein, um besser verstehen zu können, was ein Beziehungs-Trauma im Körper verursacht. Der Begriff Polyvagal bezieht sich auf die diversen Verzweigungen des Nervus Vagus, der mit den inneren Organen vernetzt ist (siehe dazu auch das Kapitel Bauchhirn).

Die Poly-Vagal-Theorie von Stephen Porges (vgl. Porges 2010) ermöglicht uns ein differenzierteres Verstehen der biologischen Implikationen von Gefühlen der

Abbildung 3 Die Polyvagaltheorie



Sicherheit und Gefährdung. Sie hilft uns, das subtile Zusammenwirken der

viszeralen Empfindungen unseres eigenen Körpers, mit den Stimmen und Gesichtern der Mitmenschen in unserer Umgebung nachzuvollziehen. Sie bietet einen wichtigen wissenschaftlichen Beitrag, zu verstehen, warum uns das Wissen, dass wir von Menschen, die uns wichtig sind gesehen, gehört und verstanden werden, ein ruhiges und sicheres Gefühl vermittelt. Mit der Poly-Vagal-Theorie konnte die Wichtigkeit von sozialen Beziehungen beim Versuch, Trauma zu verstehen, unterstrichen werden.

Porges beschreibt drei hierarchisch organisierte Subsysteme des autonomen Nervensystems.

### **5.1.1.Social Engagement System**

Der ventral-parasympathische Zweig des Vagusnervs, der mit den Kranialnerven verbunden ist, die am Gesichtsausdruck und der Stimmlage mitwirken. Dieses entwicklungsgeschichtlich jüngste System mobilisiert die unwillkürlichen Muskeln, die zusammenspielen, um unsere Emotionen sowohl uns selbst als auch anderen mitzuteilen. Neuroanatomisch mit dem Gesichtsnerv (Kranialnerv), dem Kehlkopf, Mittelohr, Herz und Lunge verbunden, beeinflusst er das Herzkreislaufsystem, Mimik und Stimme. Er steuert Beziehungen, Bindungen und Bindungsprozesse und hilft uns durch die Mobilisierung der unwillkürlichen Muskeln im Gesicht sowie der Tonlage unserer Stimme, unsere Emotionen zu verstehen und mitzuteilen (vgl. Ekman1980: 73-101). Ist der ventral-vagale Komplex aktiv, kann durch dessen Signale der Mensch vielleicht durch beruhigende Worte einer Freundin oder eine Umarmung zu einer tieferen Atmung und langsameren Herzschlag kommen. Entspannung, Zentriertheit und Beruhigung werden möglich.

### **5.1.2. Mobilisierung**

Fühlt der Mensch sich bedroht und aus der sozialen Umgebung kommt keine Hilfestellung, schaltet unser Organismus auf eine primitivere Art der Überlebenssicherung, dem Kampf- oder Fluchtmodus. Das ältere limbische System wird aktiv und veranlasst das Sympathische Nervensystem Muskeln, Herz und Lunge für Kampf oder Flucht vorzubereiten. Ein starker Impuls sich zu bewegen wird

ausgelöst, die Stimme wird lauter und der Blutdruck steigt. Das allgemeine Arousal, also das Erregungsniveau wird erhöht und Überlebensmechanismen werden aktiviert. Die Amygdala gibt ein Alarmsignal, worauf der Hypothalamus das sympathische Nervensystem einschaltet, wodurch neurochemische Stoffe ausgeschüttet werden, die das Arousal erhöhen (McEvan1995 / Van der Kolk / McFarlanet van der Hart 1996/2000; Yehuda 1997). Das Herz schlägt schneller, Adrenalin wird in den Körper gepumpt, und unserer Stimme wird lauter. Energie wird mobilisiert das System soziales Engagement wird abgedreht, die Reaktion auf menschliche Stimmen wird reduziert, und das Gehör fokussiert sich auf verdächtige Geräusche, das sympathische Nervensystem sendet Informationen an die Gliedmaßen.

### **5.1.3. Immobilisierung**

Wenn der Angriff- und Flucht-Impuls, vermittelt durch das sympathische Nervensystem, die Situation nicht verbessern kann, schaltet sich das entwicklungsgeschichtlich am frühesten entstandene dorsal-parasympathische System oder der Totstellreflex ein. Der dorsal-vagale Zweig aktiviert die Überlebenssicherung. Der dorsale Zweig des Vagusnervs wird durch Sauerstoffmangel in den Körpergeweben aktiviert, und wirkt hemmend auf alle aktiven Überlebensbemühungen. Er empfängt und übermittelt Informationen aus den inneren Organen und bewirkt Erstarren, Übelkeit und ohnmachtsartige Zustände. Viele Körperfunktionen werden eingeschränkt. Das führt zu einem relativen Absinken der Herz- und Atemfrequenz, sowie zu einem Gefühl der Taubheit, einer Distanzierung und Dissoziation vom Selbst-empfinden (vgl. Siegel 1999/2006: 282f.). Als letzte Konsequenz dieses entwicklungsgeschichtlich ältesten und primitivsten Notfallmechanismus verlieren Menschen, die in einer extremen lebensbedrohlichen Situation sind ihr Bewusstsein. Porges Theorie beruht auch auf dem Konzept der hierarchisch gegliederten Notfalls-Mechanismen des Gehirns. Wenn das Gehirn gestresst oder verletzt ist, greift es auf eine weniger differenzierte, evolutionär primitivere Funktionsebene zurück. Es kann sich aber auch erholen und diese Regression aufheben und die differenzierteren Funktionen aktivieren.

## 5.2. Das Bauchhirn

Traumata bewirken elektrische Blockaden im Gehirn sowie im peripheren vegetativen Nervensystem, auch genannt das zweite Gehirn oder Bauchhirn, dem Nervensystem des Bauchraums. Es ist unser ältestes Gehirn mit der Größe eines Katzenhirns, arbeitet autonom und hat eine eigene, in sich selbst rückgekoppelte Informationsverarbeitung. Es produziert viele positive Hormone wie zum Beispiel 96% des körpereigenen Serotonins. Ein großer Teil unserer Regulationsfähigkeit der Regeneration und der Heilungsfähigkeit hängt vom Bauchhirn ab. Der Vagusnerv verbindet die Gedärme mit dem Gehirn und leitet über motorische Nervenfasern Informationen vom Gehirn zum Darm.

Neun Nervenfasern leiten Informationen vom Darm und den umliegenden inneren Organen zum Gehirn. Das Bauchhirn spielt somit eine wichtige Rolle bei unseren Entscheidungen, Vorlieben und Abneigungen sowie bei unseren irrationalen Ängsten. Das Bauchhirn reagiert auf die, es umgebende Biosphäre, und auf seelische Empfindungen und Impulse aus dem zentralen Nervensystem und der Gefühlswelt. Der Nervus Vagus führt vom Hirnstamm entlang der großen Blutgefäße in den Bauchraum. Er ist zuständig für Entspannung und Regeneration und vermittelt

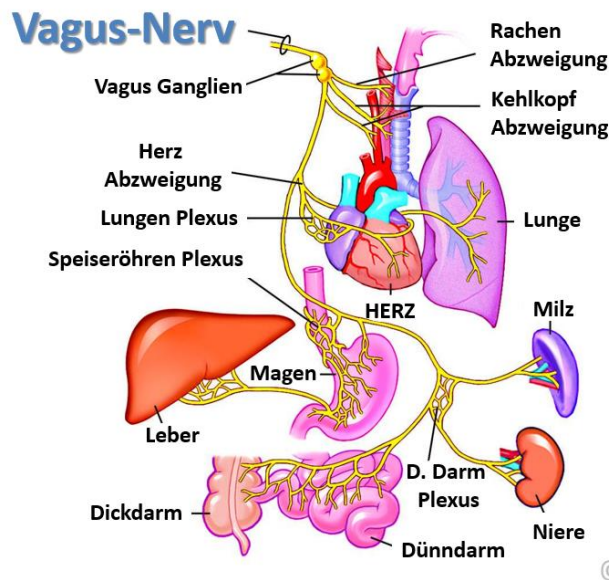


Abbildung 4: Bauchhirn

Wahrnehmungen, Gefühle und Erregungszustände aus dem emotionalen Gehirn, dem limbischen System. Er sorgt für die Verschaltung vom Bauchraum an das Gehirn und wieder retour. Die immer wiederkehrende Aufmerksamkeit der Bauch-

Hirn Verbindung in der therapeutischen Arbeit indem die viszerale Empfindungen bewusst gemacht werden ist ein Weg Traumata zu heilen (vgl. P.Levine, S 163).

### 5.3. Das Toleranzfenster

Die Zone des optimalen Erregungszustandes befindet sich zwischen der Hyperarousal-Zone und Hypoarousal-Zone und wird Toleranzfenster genannt (vgl. Siegel 1999/ 2006). Hyperarousal ist ein hohes Aktivierungsniveau des autonomen Nervensystems, eine allgemeine Übererregtheit. Hypoarousal ist hingegen Untererregung, also Immobilisierungs-Reaktion oder Abwesenheit. Um die Vergangenheit gut verarbeiten zu können, müssen KlientInnen traumatische Erlebnisse in der Zone von optimalem *arousal* (vgl. Wilbarger& Wilbarger 1997) verarbeiten. Innerhalb dieses Fensters können verschiedene Intensitäten emotionaler Erregung verarbeitet werden, ohne dass die Funktionsfähigkeit des Systems gestört wird (vgl. Siegel 1999/2006 :282).

In einer Zone optimalen Arousal wird die kortikale Aktivität aufrechterhalten, und dies ist eine Voraussetzung für eine Integration von Informationen auf der kognitiven, emotionalen und sensumotorischen Ebene. Das Toleranzfenster eines jeden Menschen ist unterschiedlich groß und wirkt sich auf dessen Fähigkeit aus, Informationen zu verarbeiten und Emotionen zu regulieren. Ist das Toleranzfenster groß, sind die Betroffenen fähig mit hohen Erregungszuständen fertig zu werden und komplexe und stimulierende Informationen effektiv verarbeiten zu können. KlientInnen mit relativ kleinem Toleranzfenster werden schnell aus der Balance gebracht und können mit Veränderungen des Erregungsgrades nicht gut umgehen. Da das Toleranzfenster bei Traumatisierten meist klein ist, sind sie gefährdet bei Veränderungen des Erregungszustandes schnell aus dem Gleichgewicht gebracht zu werden (vgl. Taylor / Koch / McNally 1992).

Laut Studien von Siegel wirkt sich die Größe des Toleranzfensters direkt auf das Maß an Stimulation aus, das nötig ist, um eine Schwellenreaktion auszulösen (vgl. Siegel 1999/2006).



Bei niedriger Schwelle ist das Nervensystem bereits bei wenig Input erregt, bei einer hohen Schwelle braucht es viel Input, um das Nervensystem zu erregen. Die Schwelle ist individuell und hängt von mehreren Faktoren ab. Erstens von der Art des sensorischen Reizes, da manche Menschen stärker auf visuelle Reize reagieren, wohingegen andere empfänglicher für auditive Reize sind. Weiter ist die Länge des Reizeinflusses sowie die psychische Befindlichkeit und der ausgehende Erregungszustand des Menschen wesentlich. Die bisherige Lebensbiographie und das Temperament sind ebenso ausschlaggebend (vgl. Willemson&Anzalone 2001). Bei traumatisierten Menschen ist die Schwelle entweder ungewöhnlich nieder, ungewöhnlich hoch, oder beides zugleich. In der Therapie liefert ein Wissen über die Schwelle der KlientInnen wichtige Hinweise über besondere Empfindlichkeiten, Trauma-bedingte Verzerrungen, sowie über die Fähigkeit, Informationen heilbringend zu bearbeiten und zu integrieren. Eine wesentliche Aufgabe der TherapeutInnen ist es, den KlientInnen zu helfen, sich mehr ihrer Schwellen bewusst zu werden. Ein weiterer Teil der Therapie ist es die somatischen Anzeichen für Erregungszustände außerhalb des Toleranzfensters zu erkennen und damit zu arbeiten. Durch Achtsamkeit auf körperliche Anzeichen kann in einem therapeutischen Prozess das Toleranzfenster vergrößert werden.

## 6.Trauma und Körper

### 6.1.Traumaspuren

Im Kapitel 6 möchte ich mich den wichtigsten Aspekten von Traumafolgen im Körper widmen, um besser nachvollziehen zu können warum Traumatisierte den Bezug zum eigenen Körper verlieren. Nach einem Trauma erleben Menschen die Umwelt mit einem veränderten Nervensystem. Ihre Fähigkeit Gefahr und Sicherheit in ihrer Umgebung richtig einzuschätzen - von Porges als *Neurozeption* bezeichnet - ist beeinträchtigt.

Die Folge ist eine permanente wachsame Haltung mit erhöhter innerer Aufregung, auch Hypervigilanz genannt. Diese manifestiert sich bei Traumatisierten oft als übererregter Dauerzustand. Bei akut traumatisierten Personen, welche durch ein einziges Ereignis traumatisiert wurden, ist eher das sympathische System von Angriff und Flucht aktiviert. Bei stark traumatisierten, chronisch vernachlässigten oder missbrauchten Menschen überwiegt das System der Immobilisation oder Abschalten, sie konnten sich über die lang andauernden traumatisierenden Situationen in ihrem Leben nur durch Dissoziation und Ausblenden aus dem eigenen Körper retten (vgl. Levine:137).

Dieses Immobilisationssystem ist als letzte Option um am Leben zu bleiben gedacht und so angelegt, dass es nur für kurze Dauer aktiv wird. Ist das Immobilisationssystem chronisch und für lange Zeit aktiv, ist die Erstarrung und Reglosigkeit verbunden mit einer Gefühlstaubheit des Selbst und der Umwelt gegenüber, zum Dauerzustand geworden. Dissoziation und Abspaltung von sich selbst und dem eigenen Körper sind die Folgen von nicht anders verarbeitbaren Traumata. Sie wirken sich auf das Selbst-Gewahrsein und auf die sensorische Selbstwahrnehmung aus. Bei dem Vergleich der Hirntätigkeit von Traumatisierten mit jenen von nicht-traumatisierten ProbandInnen, wurde festgestellt, dass die Bereiche im Gehirn, die uns physisches Empfinden dafür vermitteln wer wir sind, sowie zum Entstehen eines Bewusstseins für unsere Gefühle beitragen, bei traumatisierten Menschen erheblich weniger aktiv sind (vgl. Ruth Lanius 2001/2004).

Traumatisierte Menschen haben in ihrem Bemühen das Trauma und seine Folgen zu überstehen gelernt, die Bereiche im Gehirn die mit dem Entsetzen einhergehenden viszerale Empfindungen, auszuschalten (vgl. V d. Kolk 2015 :112). Diese hilfreiche Adaption bedingt aber, dass nicht nur die schrecklichen Trauma-bezogenen Gefühle ausgeschaltet sind, sondern auch die positiven, lebendigen und lustvollen Gefühle blockiert werden.

### **6.1.1. Alexithymie: Sprachlosigkeit, wenn es um Gefühle geht**

Viele Traumatisierte können nicht beschreiben, was sie fühlen, weil sie die Bedeutung ihrer körperlichen Empfindungen nicht kennen, oder durch eine langanhaltende Schonhaltung, die sie zum eigenen Schutz einnehmen mussten, in einem traumatisierenden Umfeld vergessen haben. Durch ein oft lang notwendiges Abblocken der Gefühle werden diese nicht mehr richtig als unterstützende Signale gedeutet. Emotionen werden eher als angstmachende körperliche Probleme gesehen, die verwirrend sind und nicht verbal zu benennen sind. Traurigkeit oder Ärger wird nicht gefühlt, sondern eher mit körperlichen Symptomen ausgedrückt, ohne die Ursache dafür zu wissen (vgl. V. d. Kolk / Saporta 1992).

### **6.2. Trauma und Erinnerung**

Am Beginn einer Therapie berichten Traumatisierte oft eher von somatischen Symptomen, sie können keine zeitlich kohärente Beschreibung ihres Problems darstellen. Das Trauma kann nicht vollständig als kohärente autobiographische Erzählung erinnert werden, und die Integration dieser nicht eingeordneten Fragmente ist beängstigend, weil nicht mit Sprache abrufbar. Diese Erinnerungen sind vom Alltags-Bewusstsein abgekoppelt und als sensorische Wahrnehmungen, Zwangsgedanken und Verhaltens-Reinszenierungen gespeichert. Da die Erinnerungen, die integriert werden sollen vorsprachlich und somit dem verbalen Ausdruck nicht zugänglich sind, ist das Körpergedächtnis in Form von visuellen Bildern, olfaktorischen und auditorischen Intrusionen, plötzlich auftretenden starken Emotionen, Empfindungen und maladaptiven physischen Handlungen, der

einzig mögliche Verarbeitungsweg. In der therapeutischen Praxis wird KlientInnen geholfen, die traumatischen Prägungen, die ihr Leben beherrschen, zu überwinden, also jene Empfindungen, Emotionen und Handlungen, die für die Erfordernisse der Gegenwart nicht relevant sind, aber durch aktuelle Ereignisse ausgelöst werden einzuordnen (vgl. V d Kolk 2002/2003:85) Wissenschaftliche Untersuchungen mit Traumatisierten haben ergeben, dass es zu signifikanten Veränderungen der Funktionsweise des Frontallappens und des Broca-Areals, das für die Sprache zuständig ist, kommt, wenn in Verbindung mit dem Erinnern traumatischer Erlebnisse Zustände starken Arousals auftreten (vgl. van der Kolk 2002:87 und 93).

Das Broca Areal ist bei den bildgebenden Verfahren mit Traumatisierten, die sich während einer Hirnuntersuchung mit Hilfe eines Skripts an ihre traumatischen Erfahrungen erinnern, deaktiviert, während das Brodmann-Areal, eine Gehirnregion im visuellen Kortex, das die eintreffenden Bilder speichert, stärker aktiviert ist. Trotz dem die traumatischen Erlebnisse schon einige Zeit vergangen waren, blieben die Bilder im Körpergedächtnis frei flottierend, als würde das Trauma noch stattfinden. Zur narrativen Verarbeitung fehlen die Worte, da die Verbindung zum Neokortex durch das traumatische Erlebnis nicht vorhanden ist.

### **6.3. Das Körpergedächtnis**

Im klinischen Zusammenhang wird das implizite somatische Gedächtnis als Körpergedächtnis bezeichnet (vgl. Siegel 2003). Wenn Erinnerungen nicht mit verbalen Mitteln organisiert werden können, das Broca Areal also deaktiviert ist, geschieht dies auf einer primitiveren Ebene der Informationsverarbeitung (vgl. Piaget, 1962). Diese Ebene schließt drei Formen des impliziten Gedächtnisses ein: das prozedurale (oder mittels somatischer Handlungstendenzen definierte), das perzeptuelle (mittels sensorischer Intrusionen und Empfindungen beschriebene), und das emotionale durch Gefühlsausbrüche definierte unbewusste, somatische Gedächtnis (vgl. Siegel 2003). Das Körpergedächtnis äußert sich in Form von Muskelanspannungen, unbewussten Bewegungen, und mit in einer traumatischen

Situation verletzten Körperstellen in Zusammenhang gebrachten Emotionen und autonomen Arousal. Taktile Empfindungen, innere Zustände wie Zittern, Zähneklappern, Benommenheit und Taubheitsgefühle, Schwindelgefühle und defensive körperliche Reaktionen können alle als Beispiele von Körpererinnerungen gewertet werden. Neue Handlungsweisen müssen erarbeitet werden, um alte zu ersetzen. Ziel der Arbeit an Erinnerungen ist nicht nur, das prozedurale Wissen zu unterbrechen oder eine verbale Darstellung zuvor nonverbaler Erinnerungen zu formulieren, sondern auch die nonverbale Erinnerung in einen Bereich zu befördern, der durch einen anderen Teil des Gehirns gesteuert wird (vgl. Siegel 1999/2006, 1996). Die Elemente des Traumas, die in dem von der Amygdala dominierten situativ zugänglichen Gedächtnis enkodiert sind, müssen allmählich mit dem, vom Hippocampus vermittelten, verbal zugänglichen Gedächtnissystem in Kontakt gebracht werden, um die Erinnerungsfragmente um eine verbal zugängliche Komponente zu erweitern. (Brewin, 2001)

## **7.Trauma heilen-Arbeitsansätze körperorientierter relationaler Therapiemethoden**

### **7.1. Wege zurück in den eigenen Körper;**

#### **Körperweisheit entwickeln und Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen**

Durch die Einbeziehung des Körpers als primäre Möglichkeit der Arbeit an Traumata können TherapeutInnen direkt an Empfindungen und Bewegungen arbeiten, um auf die Symptome einzuwirken und die Veränderungen der Kognitionen, Emotionen, Überzeugungssysteme und der Beziehungsfähigkeit zu ermöglichen. Traumatisierte reagieren auf die überwältigenden Erlebnisse, die sie nicht verarbeiten konnten mit Abspaltung, Verdrängung, Vermeidung und seelischer Betäubung. Die traumatischen Erfahrungen spalten sich in isolierte Empfindungen, Bilder und Emotionen auf, um sie erträglicher zu machen. Entfremdung und Verlust des Selbstgefühls sind die Folgen. Schmerzende Erinnerungen werden im Körper abgetötet und betäubt, was aber auch zur Betäubung von positiven Gefühlen und zu einer Verminderung der Lebensqualität und Vitalität führt (vgl. Levine 2010:176). Die durch ein Trauma bedingte Selbstbetäubung, also die innere Distanzierung von dem Erlebten, die verhindert ruhig und achtsam auf die Bedürfnisse des Körpers einzugehen, wird in den körperorientierten Therapieansätzen mit Hilfe von Beziehung und Kultivierung von sinnlicher Wahrnehmung in einer wertschätzenden Atmosphäre aufgelöst. Das therapeutische Arbeiten mit durchgehendem Fokus auf die ständig im Wandel befindlichen sensorischen Empfindungen kann die Emotionsregulierung fördern und neue Handlungsmuster für eine bessere Lebensqualität traumatisierter KlientInnen ermöglichen.

Traumata rauben uns das Gefühl selbst entscheiden zu können, was in unserem Leben passiert. Um wieder zu genesen und sich Körper und Geist eigen machen zu können, werden traumatisierte Menschen therapeutisch unterstützt sich zu beruhigen und zu fokussieren. Sie lernen diese Ruhe auch angesichts von an die Vergangenheit erinnernden Vorstellungsbildern, Gedanken, Geräuschen, und Körperempfindungen aufrechtzuerhalten. Sie üben im Hier und Jetzt zu sein und sich auf die Menschen in ihrer Umgebung einzulassen, und sie brauchen keine Geheimnisse mehr für sich zu behalten, auch keine Geheimnisse darüber, wie sie es

in der Vergangenheit geschafft haben, ihr Überleben zu sichern (vgl. V. d. Kolk 2014:244). Hier möchte ich auf das in Kapitel 9 näher beschriebene Arbeiten in der Praxis verweisen.

## **7.2. Ansätze körperorientierter dialogischer Zugänge zur Arbeit mit Trauma**

### **7.2.1. Ermöglichung des Zuganges zum emotionalen Gehirn**

Da ein Großteil aller traumatischer Erinnerung im subcortikalen limbischen System gespeichert ist, besteht der Weg zu einer ganzheitlichen Heilung von Trauma-Folgen im Erschließen eines Zugangs zum emotionalen Gehirn. Es besteht in der subcortikalen Ebene für die KlientInnen kein Unterschied zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft und so werden Aspekte früherer traumatischer Erinnerungen mit der aktuellen Realität verwechselt. Traumatisierte werden häufig von Triggern in Zustände von Hyper- oder Hypoarousal versetzt. Als Trigger werden Auslöser von intrusiven Flashbacks bezeichnet. Es kommt zu einem intensiven Wiedererleben von einem traumatischen Erlebnis. Die Folge sind ein Ausfall der Filtersysteme und Überflutung von Ängsten und Panikgefühlen. Diese autonome Dysregulation nach einem Trauma kann mit Hilfe von Schaffung eines Zugangs zum emotionalen Gehirn durch Selbstgewahrsein reduziert werden. Wir erlangen zum emotionalen Gehirn, oder limbischen System, bewusst nur Zugang durch Interozeption, also durch Innenschau. Durch Achtsamkeit was wir fühlen, wird der mediale Präfrontalkortex aktiviert, jener Teil des Gehirns, der registriert, was in uns vor sich geht (vgl. Le Doux 2000).

Die Neurowissenschaftliche Forschung zeigt, dass wir das, was wir fühlen, nur verändern können, indem wir uns unseres inneren Erlebens bewusst werden. Der rationale analysierende Teil des Gehirns, der im dorsolateralen Präfrontalkortex lokalisiert ist, steht nicht in direkter Verbindung zum emotionalen Gehirn, wo die meisten Trauma-nachwirkungen registriert werden. Der mediale Präfrontalkortex, der das Zentrum des Selbstgewahrseins ist, hat hingegen eine direkte Verbindung zum limbischen System, oder dem emotionalen Gehirn (vgl. V. d. Kolk, 2014:246). Er

empfängt direkte Impulse von Muskeln, Gelenken und inneren Organen, und meldet sie dem Bewusstsein (vgl. Levine, 2010: 389). Durch das Gewahrsein dieser interozeptiven Empfindungen und das bewusste Verfolgen körperlicher Empfindungen im therapeutischen Prozess, gewinnen die KlientInnen Zugang zu ihren emotionalen Reaktionen, können diese modifizieren, und gelangen zum Kern ihres Selbstgefühls. Emotionale Fixierungen können in der Therapeutischen Beziehung durch Körperbewusstsein aufgelöst werden und das Erlangen einer „kreativen Neutralität“ löst den emotionalen Zwang zur Über-Reaktion. Die Entkoppelung von intrusiven Bildern und Gedanken löst die hochgeladenen Emotionen auf, sodass sie sich verflüssigen und zu Empfindungen umwandeln können, die auf Gefühlnuancen basieren (vgl. Peter Levine, 2010: 389).

### **7.2.2. Emotionsregulierung - Umgang mit Hyperarousal**

Über 80 Prozent der Fasern des Vagusnervs der unsere Gedärme, inneren Organe und das Gehirn verbindet, sind afferent. Das bedeutet, dass viel mehr viszerale Information vom Bauch zum Hirn gesendet wird, als umgekehrt. Diese Tatsache hilft uns, unser Arousal-System über Atmung, Tönen, Singen und Bewegung direkt beeinflussen zu können. Das Nervensystem des Darms ist unser ältestes Gehirn, das viele positive Hormone wie z.B. 96 Prozent des körpereigenen Serotonins produziert, und ist somit eine wichtige Quelle und Depot für Wohlfühlhormone (vgl. P. Levine, 2010:159). In der Therapie wird eingebettet in eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung gelernt, ruhig zu atmen und sogar während einer Konfrontation mit schmerzhaften Erinnerungen einen Zustand relativer körperlicher Entspannung aufrecht zu erhalten.

### **7.2.3. Achtsamkeit oder die Entwicklung von Selbstgewahrsein**

Der Fokus einer dialogisch traumafokussierten Psychotherapie liegt im Arbeiten mit spontan auftauchenden traumabezogenen emotionalen Reaktionen, Gedanken, Bildern, Körperempfindungen und Bewegungen im Hier und Jetzt. Der Fokus verlagert sich vom normalen Gespräch über frühere traumatische Erlebnisse oder über aktuelle Schwierigkeiten der KlientInnen auf das, was gegenwärtig ist, und von



Moment zu Moment im Verhalten und im Inneren der KlientInnen zutage tritt (vgl. Chefetz 2000).

“ Das aktuelle Erleben des Klienten, Körperempfindungen, Bewegungen, sensorische Wahrnehmungen, Emotionen und Kognitionen, ist ein anschauliches Beispiel dafür, wie alles Erleben organisiert ist, und ermöglicht uns zu untersuchen, wie, und warum Erleben auf genau diese Weise organisiert wird. Gegenwärtige Erlebnisse sind Mahlgut für die Mühle, und sie zu untersuchen, ist etwas völlig anderes, als über sie zu reden, und sich in ihnen zu verfangen.“ (Kurtz 1990/1994:34)

Die Arbeit im gegenwärtigen Augenblick ermöglicht KlientInnen und TherapeutInnen in gemeinsamer Arbeit die Handlungstendenzen und prozeduralen Reaktionen zu entdecken, die mit dem Erzählten verbunden sind. Gemeinsam wird erforscht, was geschieht, nicht als Krankheit oder etwas, wovon man sich befreien muss, sondern, um den KlientInnen zu helfen, sich dessen bewusst zu werden, wie ihr Erleben gesteuert wird und wie die Erlebensfähigkeit erweitert werden kann (Kurtz 1990/1994:173).

In dem die KlientInnen ihre Aufmerksamkeit auf die Organisation des Erlebens im gegenwärtigen Augenblick richten, wechseln sie aus einem Zustand, in dem sie in einer Geschichte gefangen und über ihre Reaktion aufgebracht sind, zur Neugierde auf sie über (vgl. Siegel 2007). In der therapeutisch-vertrauensvollen Beziehung wird der Unterschied zwischen dem Haben eines Erlebnisses und der Erforschung der Organisation dieses Erlebnisses im Hier und Jetzt deutlich.

Die duale Verarbeitung, also die Anerkennung des erfahrenden und des beobachtenden Selbst, wird durch ein gemeinsames aufmerksames Erforschen ermöglicht. Durch die wohldosierte Untersuchung des inneren Erlebens und der Reaktionen des eigenen Körpers, bleibt das Arousal innerhalb des Toleranzfensters und Assoziationen mit traumatischen Erinnerungen wechseln von automatischen und übertriebenen Reaktionen, zu vermittelten und beobachtbaren Reaktionen. Diese von Neugierde und nicht von Furcht angetrieben forschende Haltung des bewussten Erlebens aktiviert die ausführenden und beobachtenden Funktionen des Präfrontalkortex. Den präfrontalen Kortex-Bereichen und den kognitiven Funktionen gelingt es oft nicht, die durch unaufgelöste Traumata angefachten instinktiven Defensivhandlungen zu hemmen (vgl. Van der Kolk 1994) und diese behindern die Beobachtungsfähigkeit. Die TherapeutInnen sind gefragt, in einer wohlwollenden

Art und Weise die Präfrontalkortex-Regionen der KlientInnen mit Hilfe der Aufmerksamkeit aufzuwecken, indem die Neugierde auf ihr eigenes Erleben entfacht wird. Die Fähigkeit, die Beobachtung des inneren Erlebens aufrecht zu erhalten, ist der Faktor, der verhindern kann, dass KlientInnen durch die Stimulation früherer Reaktionen auf Traumata überwältigt werden, und der Ihnen ermöglicht mentale Kohärenz zu entwickeln (vgl. Siegel 2006/2008). Wenn wir die Aufmerksamkeit auf unsere Körperempfindungen richten, können wir das Anwachsen und Verebben unserer Emotionen erkennen, und dadurch wird unser Einfluss und die Selbstwirksamkeit grösser. Traumatisierte fürchten sich oft vor ihren eigenen Gefühlen. Nicht mehr der Täter oder die Täterin, sondern die eigenen körperlichen Empfindungen sind zum Feind geworden. Abwehr und Ablenkung sind die Folge. Als Gegenmittel wird das Fokussieren auf Körperempfindungen und als nächster Schritt das Benennen der Empfindungen angestrebt.

In einem nächsten Schritt wird die Klientin oder der Klient zur eigenen Beobachterin oder Beobachter der Wechselwirkung der eigenen Gedanken und Körperempfindungen. Achtsamkeitsübungen und Atemübungen aktivieren die für die Emotionsregulation wichtigen Gehirnregionen und nehmen einen beruhigenden Einfluss auf die Alarmsysteme im Gehirn.

#### **7.2.4. Zum Aufbau einer kollaborativen therapeutischen Beziehung**

Das Arbeiten mit traumatisierten Menschen erfordert ein behutsames, emphatisches nicht provozierendes therapeutisches Vorgehen. Die TherapeutInnen repräsentieren Bindung und soziales Miteinander. Trauma-KlientInnen empfinden aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen oft jede Art von Kontakt beängstigend. Der Kontakt zu sich selbst, der Kontakt zu anderen und der Kontakt zur Realität ist schwierig aufzubauen und zu halten. Eine achtende und nicht wertende Haltung bei der Aufarbeitung und eine authentische Begegnung auf Augenhöhe sind wesentliche Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung in der Traumatherapie. Neugier als Offenheit und „Nichtwissen“ sind wirkungsvolle Mittel gegen Bewertungen und feste Vorstellungen, die die TherapeutInnen hindern, unvoreingenommen die KlientInnen dabei zu begleiten, ihre eigene Situation und Hindernisse neugierig zu ergründen.

Wie eine „hinreichend gute“ Mutter oder Pflegeperson einem Kind gegenüber, müssen TherapeutInnen gegenüber den Bedürfnissen der KlientInnen nach Sicherheit und der begleiteten Erforschung ihrer inneren Organisation Fingerspitzengefühl mitbringen. Sensible Unterstützung während des Erforschens erfordert die Frustration des Kindes (oder der KlientInnen) anzuerkennen und auf eine Lösung hinzuweisen, die unter Berücksichtigung des aktuellen Entwicklungsstandes des Kindes (oder der KlientInnen) adäquat ist (vgl. Grossmann et al 1999:763).

Im Rahmen einer Therapie findet diese sensible Unterstützung so statt, dass die Trauma-bezogene Defensivtendenzen weiterhin beobachtet und ihre Auswirkungen auf Gedanken, Emotionen, Körperempfindungen und Bewegungen untersucht werden. Mit einem bewusst angenehmen Klang der Stimme, mit ständiger Anpassung an die momentanen Möglichkeiten der KlientInnen, auch „Pacing“ genannt, wird gearbeitet (siehe dazu Kapitel 8.4.). Durch Aufmerksamkeitssteuerung und die Modulation des Arousal wird das Toleranzfenster vergrößert, und die Integration der traumatischen Erlebnisse wird für Traumatisierte schrittweise möglich.

## **8. Fertigkeiten für die Arbeit am Körper im Hier und Jetzt am Beispiel der sensumotorischen Therapiemethode**

Die sensumotorisch orientierte Psychotherapie wurde von Pat Ogden gegründet, die sich mit körperzentrierten Therapien und Tanz als Heilung für Trauma beschäftigt hatte. Pat Ogden entwickelte aus ihren Erfahrungen mit Rolfing, und Hakomi, einer Körperzentrierten Psychotherapie von Ron Kurtz, der diese Methode wiederum aus der Gestalttherapie weiterentwickelt hatte, ihre eigene Methode. Die Arbeit an den psychischen, physischen und neurobiologischen Auswirkungen von traumatischen Verletzungen wird mit bindungsorientierter Körperarbeit verbunden. Schon aus dieser geschichtlichen Tatsache, dass diese Methode als Wurzeln auch Elemente der Gestalttherapie beinhaltet, erscheint eine genauere Beschäftigung mit diesem Ansatz interessant.

In der sensumotorischen Therapie werden Interventionen benutzt, die das Verständnis des Zusammenwirkens der kognitiven, emotionalen und sensumotorischen Ebene der Informationsverarbeitung und des Gewahrseins derselben fördern. Weiteres werden aufmerksamkeitsfördernde Techniken angewendet, um KlientInnen zu veranschaulichen, wie Selbstrepräsentationen und verinnerlichte Glaubenssätze wie „ich werde das nie schaffen“, oder traumabezogene Emotionen wie beispielsweise Panik, ihre körperliche Organisation beeinflussen. Die KlientInnen lernen, durch eine verbesserte Integrationsfähigkeit, sich mühelos zwischen den kognitiven, emotionalen und sensumotorischen Schichten des Erlebens hin und her zu bewegen, und so die Basis zur Vereinigung der mentalen und physischen Komponenten traumatischer Ereignisse zu schaffen. So wird der Körper bei den Bemühungen die posttraumatische Niedergeschlagenheit zu überwinden, nicht mehr als Ursache der Verletzbarkeit und Demütigung erlebt, und ihm wird in der Therapie nicht mehr die Beachtung verweigert (vgl. Levine 1997/98; Ogden / Minton 2000; Rotschild 2000/2002; van der Kolk 2002).

Für eine körperorientierte, traumazentrierte Therapie ist eine zentrale Aufgabe, dass die versprengten Erinnerungen, die wie Puzzleteile verteilt sind, wieder

zusammengefügt und zusammenfassend erinnert und erzählt, also integriert werden können. Es findet also im Nachhinein eine Synthese von fragmentierten Erinnerungsspuren statt, sowohl auf der kognitiven, als auch auf der sensorischen, affektiven und körperlichen Ebene (vgl. Brisch 2017:13).

### **8.1. Die drei Phasen der Sensusmotorischen Therapie aus körperzentrierter Sicht**

In der Anfangsphase, der sogenannten Stabilisierungsphase, der sensusmotorischen Psychotherapie, wird der Körper als Ort des Gewahrseins entdeckt. Es wird versucht, frühzeitig die Signale eines Ansteigens des Arousal zu erkennen und gemeinsam mit den KlientInnen Trigger zu identifizieren. In Folge werden Wege gesucht, um wieder im Bereich des Toleranzfensters zu kommen. Körperressourcen werden gewürdigt und erforscht. Zentrum und Peripherie des Körpers werden gemeinsam wahrgenommen, um autoregulatorische Ressourcen, die sich eher im Inneren des Körpers befinden, und interaktiv-regulierende Ressourcen, die an den Körpergrenzen verortet sind, kennenzulernen, und sie als Trauma heilende Hilfsmittel anzuwenden. In der folgenden Phase, die der Verarbeitung traumatischer Erinnerungen und Wiederherstellung triumphierender Handlungsweisen gewidmet ist, wird der Körper als Ort der Identifizierung und Einverleibung von Ressourcen erlebt. KlientInnen lernen ihren Körper zu benutzen, um Handlungen zu entdecken, die ihnen ein Gefühl der Meisterung ermöglichen, wenn traumatische Erinnerungen hochkommen. Durch das Gewahrsein der körperlichen Impulse, die auftreten, wenn in der Therapie gemeinsam erinnern möglich wird, können KlientInnen ihre ganz individuelle „triumphierende Handlung“ finden und eventuelle gehemmte abwehrende Handlungen, die im Trauma nicht mehr ausagiert worden sind, zu Ende führen.

TherapeutInnen ermutigen die KlientInnen in einer sicheren Atmosphäre, diese neuen Haltungen, oder Bewegungen, also stärkende Defensivhandlungen zu üben und ihre körperliche Wirkung auszuprobieren. Durch ein gemeinsam ermöglichtes achtsames Gewahrsein im Körper werden Angstgefühle, Scham und Hilflosigkeit zu einem erträglicheren Maß verringert. Diese neuen Fertigkeiten werden in der

Abschlussphase weiter verfestigt, so dass der eigene Körper nicht mehr als Quelle des Schmerzes erlebt wird, sondern als ein Verbündeter wahrgenommen wird, der die Basis darstellt, negative Überzeugungen zu verändern und ein lustvolleres Leben verkörpern zu können.

## **8.2. Bodytracking und Bodyreading in der Sensusmotorischen Psychotherapie**

Die grundlegende Fertigkeit einer sensusmotorisch orientierten Therapeutin besteht darin, das Erleben in der Gegenwart zu verfolgen, insbesondere so, wie es im Körper einkodiert ist (vgl. R. Kurtz, 1990). Der Begriff Tracking oder Verfolgen, bzw. Spurenlesen, beschreibt die Fertigkeit der TherapeutInnen, präzise und dezent die Entfaltung der nonverbalen Komponenten des unmittelbaren Erlebens der KlientInnen wahrzunehmen. Bewegungen und körperliche Signale für unbewusste autonome Aktivierung oder Mutation des Körperempfindens werden wahrgenommen und in Form von Kontaktaussagen in einer zugewandten und respektvollen Weise artikuliert. Der Begriff Tracking meint also eine permanente Aufmerksamkeit der TherapeutInnen und in der Folge dann auch der KlientInnen auf subtile Veränderungen, wie z.B. Erröten oder Erblassen, oder Veränderung der Atmung, der Mimik oder der Körperhaltung, von Augenblick zu Augenblick.

Körper lesen hingegen meint die Beobachtung anhaltender Handlungstendenzen und die Bewusstmachung von chronischen Mustern der KlientInnen hinsichtlich der physischen Struktur, der Bewegung und der Körperhaltung, die dauerhaft mit inkorporierten Überzeugungen und emotionalen Tendenzen verbunden sind. Wenn TherapeutInnen lernen die Körper ihrer KlientInnen zu lesen und permanente physische Tendenzen zu erkennen, die auf bestimmte feste Überzeugungen und den konkreten Zustand der Regulationsfähigkeit hindeuten, beschaffen sie sich die Informationen die sie brauchen, um den KlientInnen die Bewegungen beizubringen, die sie beherrschen müssen, um nicht nur ihren Körper, sondern auch die emotionale und kognitive Verarbeitungsebene zu verändern (vgl. P. Ogden, 2010 : 263).

Es ist unverzichtbar, dass TherapeutInnen nicht nur auf die körperliche Organisation achtet, die traumatische Reaktionen spiegelt, wie z. B. Hyperarousal, Einschränkung der Atmung, Konstriktion, Zusammenziehen der Brust und Schultern hängen lassen oder Zittern, sondern auch auf die physischen Anzeichen für Kompetenz und Wohlbefinden, wie z.B. eine entspannte und tiefere Atmung, physische Koordination und eine aufgerichtete Haltung der Wirbelsäule, Flexibilität und ein allgemein entspannter Zustand (vgl. Eckberg 2000; Levine 1997/1998; Ogde / Minton 2000).

Keleman unterscheidet zwei Formen von somatischem Stress (vgl. Keleman 1985:103ff): den starren Körper und den kollabierten Körper - beides Folgen von Hilflosigkeit als Reaktion auf ein Trauma. Er beschreibt Starrheit und angespannter aufrechter Haltung mit wenig Kontakt zu inneren Gefühlen, als Folge von zu wenig Emotionaler Unterstützung. Ein kollabierter Körper wird als Anpassung an einem Mangel an guter Versorgung und Bedarf gerettet zu werden gesehen. Nichts fließt durch den kollabierten Körper, eine Energiestagnation ist spürbar, Diese beiden Körperschemata können auch den Arousal-Zuständen zugeordnet werden. Hyper-Tonizität passt zum starren und angespannten Körperbild, dem sympathischen Modus oder Mobilisation, während Hypo-Tonizität zu erschlafftem kollabiertem Körperbild passt, verbunden mit parasympathischem Arousal und Immobilität. Fogel sagt dazu Muskelspannung kann ein Weg sein, unangenehme Gefühle zu unterdrücken (vgl. Fogel 2009:197).

Erstarren oder Erschlaffen ist nicht nur ein Nichtvorhandensein von Bewegung, sondern integriertes Funktionelles Verhaltensmuster des Körpers als Reaktion auf ein Trauma (vgl. Fanselow und Lester, 1988 : 202).

### **8.3. Kontaktaussagen**

Mittels Tracking und Körperlesen sammeln TherapeutInnen Informationen und teilen den KlientInnen dann Wichtiges in Form einer Kontaktaussage mit (vgl. R. Kurtz 1990/1994). TherapeutInnen müssen den physischen Prozess, der vom Körper kommuniziert wird, verfolgen und zu ihm in Kontakt treten, ebenso wie zu den

Bedeutungen und Emotionen, die durch den Inhalt des Prozesses entstehen. Indem die Veränderungen im Körper verfolgt und beschrieben werden, während sie stattfinden, wird die Orientierung und Aufmerksamkeit der KlientInnen auf das gegenwärtige körperliche Erleben gelenkt, und eine Neugier auf die Art und Weise, wie dieses Erleben, das sowohl im Geist als auch in Körper organisiert wird, entsteht (vgl. Kurtz 1990/1994). Wichtig ist immer auch den Focus auf ressourcenorientierte körperliche Reaktionen zu lenken. Wenn TherapeutInnen sich sowohl auf die Trauma-basierten Reaktionen als auch auf die physischen Anzeichen von Meisterung und Wohlbefinden konzentrieren, wird dadurch die „Phobie“ der KlientInnen hinsichtlich des inneren Erlebens verringert, und sie werden gegenüber ihrer inneren Landschaft freundlicher gestimmt (vgl. Steele et al.:2005b). Die Kontaktaussagen der TherapeutInnen unterstützen die interaktive Regulation des Zustandes der KlientInnen und ermöglichen ihnen, das affektive und sensumotorische Erleben verbal zu beschreiben (Schore 2001b:76). Kontaktaussagen sind einfach und kurz und dienen dazu, die Selbstbeobachtung zu fördern, also nicht die Analyse (vgl. Kurtz 1990/94; Naranjo 1993). Weil die Organisation des gegenwärtigen Erlebens im Mittelpunkt steht, versuchen TherapeutInnen nicht die physischen Phänomene, die die KlientInnen produzieren zu deuten, oder ihnen einen Sinn zuzuschreiben (vgl. Gendlin 1981). Sie beobachten und beschreiben so einfach und konkret wie möglich die sensumotorischen Elemente. Das System soziales Engagement wird durch nicht bewertende interessierte Kontaktaussagen evoziert und aufrechterhalten, Einfühlung wird demonstriert und Kontakt wird hergestellt (vgl. P.Ogden, 2010:265).

Um soziales Engagement, Einstimmung und Zusammenarbeit zu erhalten, ist es seitens der KlientInnen jederzeit möglich die Kontaktaussagen der TherapeutInnen zu widerlegen, oder zu verfeinern. Kontaktaussagen sollten auf subtile Weise zu ihrer eigenen Infragestellung anregen und einen Ton anklingen lassen, die die KlientInnen dazu einladen sollen genauer in sich hineinzuschauen und ihre Körperreaktionen aufzuspüren und sie dann zu verbalisieren. So wird auf einer nicht bewertenden Arbeitsweise Vertrauen und Beziehung in der Therapie hergestellt. KlientInnen werden ermutigt auf ihre eigenen Körperempfindungen zu achten und auch die



Kontaktaussagen der TherapeutInnen zu korrigieren, wenn es aus ihrer Sicht notwendig ist. Diese Fähigkeit eine Kontaktaussage zu akzeptieren, zurückzuweisen, oder zu korrigieren, überlässt die Entscheidung und Kontrolle bei den KlientInnen. Durch die wohlwollende Akzeptanz der bewusst nicht urteilenden TherapeutInnen fühlen die KlientInnen sich zum Einfühlen in den eigenen Körper eingeladen und nicht zum nur „Denken-über“. Achtsamkeit hat zum Ziel, schwierige Gedanken, Empfindungen, Körperwahrnehmungen und Bewegungen einfach sein zu lassen, und nicht bewertend zu beobachten, was sich positiv auf die Gehirnfunktionen auswirkt. (vgl. Davidson et al 2003). P. Ogden beschreibt diesen Prozess in folgenden Worten:

“Es nutzt den Präfrontalkortex, um die Beobachtung des sensumotorischen Erlebens zu unterstützen, statt zuzulassen, dass die Trauma-basierten Bottom-up Prozesse eskalieren und die Informationsverarbeitung höherer Ebenen durch Hijacking außer Funktion gesetzt wird.“ (Ogden& Minton 2000:268)

Bottom-up Hijacking bezeichnet den Effekt, wenn das Stammhirn (Reptilienhirn) und das emotionale Hirn oder (Säugetierhirn) die Führung übernehmen, und den Neokortex ausbremsen. Wenn Menschen in Gefahr sind, oder von Traumatischen Erinnerungen überschwemmt werden, ist klares Denken und Planen nicht mehr möglich. Der Neokortex reagiert sensibel auf Stress, Ruhe bewahren und Lernen ist nicht mehr möglich. Wir werden quasi von unseren Instinkten entführt und von traumatischen Ängsten beherrscht.

Wenn wir von traumatischen Erinnerungen überschwemmt werden, ist die beste Möglichkeit mit unserer Top-Down Kapazitäten unsere Hirnregionen zu beobachten, wie sie reagieren. Ein Weg ist es mit viel Selbstbeobachtung und Ruhe die, Art wie das Gehirns auf die Situation im Moment reagiert, zu erleben. Wir können unsere Gefühle erforschen (Säugetierhirn), unsere Herzfrequenz beobachten, unseren Atem und unsere Impulse registrieren (Reptiliengehirn), und unsere Schlüsse daraus ziehen (Neokortex). Mit diesem achtsamen Beobachten des Umgangs unseres Hirns mit der Umwelt, können wir lernen besser mit Trauma umzugehen. Mit dieser vertieften Achtsamkeit, sind KlientInnen nicht mehr das traumatische Erlebnis. Indem sie ihr aktuelles Erleben mit Hilfe ihres beobachtenden Ich untersuchen, und dann über ihre Beobachtungen berichten haben sie ihr Erlebnis, anstatt es zu sein.

Mit einer Frage wie z.B: Wenn Sie die Angst fühlen, wo in Ihrem Körper können sie dieses Gefühl lokalisieren? Was geht im Körper gerade vor sich? wird ein wohlwollendes Gewahrsein, ohne Notwendigkeit eine sofortige Lösung zu erzwingen, ermöglicht.

Die Gefahr einer Retraumatisierung wird verkleinert, weil der Präfrontalkortex online bleibt, um das innere Erleben zu beobachten, wodurch eine Eskalation der subkortikalen Aktivierung ausgeschlossen, weil gehemmt wird (vgl. Ogden:269). In der therapeutischen Arbeit wird die Anspannung, die im Körper wahrgenommen und angesprochen wird nicht gleich korrigiert, sondern es wird ihr behutsam mehr Raum gegeben und versucht durch achtsames Wahrnehmen mehr darüber herauszufinden.

#### **8.4. Pacing**

Unter Pacing wird die Anpassung an die spezifischen physischen und psychischen Gegebenheiten und Bedürfnisse der KlientInnen bezeichnet, so dass in der Therapie eine ganzheitliche feinabgestimmte Kommunikation von Körper zu Körper entstehen kann. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Bewahrung von Grenzen, um ein umsichtiges, allmähliches Annähern an den eigenen Körper zu ermöglichen, und ein Gefühl der Sicherheit aufkommen zu lassen.

#### **8.5. Experimente**

Um mehr Parameter über Körperhaltungen und die sie begleitenden Emotionen, unbewussten Körperausdruck und Bewegungen herauszufinden, werden in einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung Experimente zur Erforschung neuer Erlebensweisen angeboten. In einem Zustand der Achtsamkeit können Handlungstendenzen zuerst beobachtet und studiert und dann durch das Üben in neue Handlungen transformiert werden (vgl. Janet 1925).

Bei der Durchführung kollaborativer Experimente in einer Atmosphäre wo es kein richtig oder falsch gibt, wird die Neugierde sowohl der TherapeutInnen als auch der

KlientInnen genutzt, um weg von dem defensiven Handlungssystem hin zum spielerischen Erforschen zu gelangen. Die KlientInnen erleben sich in einem guten Abstand zum traumatischen Erlebnis und fühlen sich fähig ihre Gefühle zu beobachten und nicht mit den Gefühlen zu verschmelzen. Ein Duales Gewahrsein wird möglich. Vielleicht können KlientInnen durch ein Experiment, z.B. mit dem Suchen des richtigen Abstandes zur Therapeutin oder zum Therapeuten in ein beobachtendes Gewahrsein kommen, wo sie ihre Körperempfindungen und deren Veränderungen spüren können. Die experimentierfreudige Haltung ermutigt zum vorsichtigen Ausprobieren neuer Reaktionsweisen, um Alternativen zu dysfunktionalen Handlungsweisen zu erkunden, und zu einer somatischen Einsicht zu gelangen, einer empfundenen Veränderung die ein Verständnis fördern, das im Körper wurzelt.

### **8.6. Arbeit mit Hypo- und Hyper-Arousal**

Die vorgeschlagenen Experimente können helfen aus einem Hyper-oder Hypo-Arousal zu gelangen, und bei der Regulierung traumatischer Aktivierung zu unterstützen. Bei einem Zustand der Empfindungslosigkeit oder Taubheit und Hypo-Arousal, bewährt es sich, Klientinnen mit aktiven Strategien zu behandeln. Bewusstes Aufstehen, auf die Beine kommen, auf die Atmung zu achten, und ein paar Schritte im Raum zu machen hilft in einen akzeptableren Bereich des Toleranzfensters zu gelangen. Wenn KlientInnen übererregt sind, empfiehlt es sich Containment-Strategien vorzuschlagen. Spüren der Körpergrenzen in Einbeziehung der Atmung, oder Klopfübungen und gleichzeitiger Bewusstwerdung des Atems können eine Beruhigung erwirken. Der Erregungszustand der KlientInnen ist in jedem Augenblick der Therapiestunde von Bedeutung. Mit Ressourcenarbeit kann ein zu hohes oder zu niedriges Arousal-Niveau in ein optimales Niveau innerhalb des Toleranzfensters gebracht werden. TherapeutInnen fordern die KlientInnen auf, die zu integrierende Informationsmenge einzuschränken, indem sie die Aufmerksamkeit ausschließlich auf Körperempfindungen und Bewegungen fokussiert und sie als von Emotionen und Gedanken verschieden erleben (vgl.

Ogden / Minton 2000). KlientInnen lernen Empfindungen und Bewegungen von Trauma-bezogenen Emotionen und kognitiven Verzerrungen zu unterscheiden. Die Arbeit an der Fähigkeit das somatische Erleben im Hier und Jetzt zu verfolgen, und die wachsende Fähigkeit der KlientInnen durch Kontaktaussagen seitens der TherapeutInnen, körperliche Anspannung mit Emotionen in Verbindung zu bringen fördern eine bessere Handhabung der Emotionsregulierung und ein Kompetenzzempfinden der KlientInnen. Wichtig ist dabei auch eine ausgewogene Beschäftigung mit positiven freudvollen Gefühlen und wo diese im Körper auffindbar sind. So gelingt im Laufe der Therapie eine Erweiterung des Toleranzfensters. Eine größere Integrationsfähigkeit, ein höheres Kompetenzzempfinden, und die Möglichkeit traumatische Erlebnisse zu erforschen, ohne in einen erhöhten oder verringerten Erregungszustand zu verfallen, werden möglich.

### **8.7.Somatische Ressourcen, Autoregulation und interaktive Regulation**

In den körperorientierten Traumatherapien wird der Konnex zwischen physischem Handeln und Bedeutung untersucht. Durch eine physische Tätigkeit, wie zum Beispiel ein während des Gesprächs „sich an die Armlehne Festkrallens“, wird der Klientin ihre unterdrückte Wut klar, ein Satz wie: „das reicht mir!“ kann sich formen und aus dem körperlichen Erleben kann eine Bedeutungsfindung entstehen. Der Körper wird in der Therapie als wichtige Selbstfürsorgeresource entdeckt, um sich stabilisieren zu können und mehr Kontrolle und Sicherheit zu erlangen. Der Fokus einer Traumatherapie besteht darin, dass die KlientInnen Wege lernen, wie sie sich mit Hilfe des Körpers stabilisieren können, ohne gleich anfangs die genauen Erinnerungen an traumatische Erlebnisse erzählen zu müssen. Die Klientinnen werden ganzheitlich, also mit ihren Körpern in der Therapie oft erstmalig in ihrem Leben ohne Abwertung gesehen und verstanden, und ihre Überlebensstrategien werden von der Therapeutin als ihre somatischen Ressourcen wertgeschätzt.

So kann die Klientin ihre oft verhasste Körperreaktion auf traumatische Erlebnisse als Überlebensstrategie wertschätzen lernen. Die Therapeutin beobachtet den

Körper der Klientin und registriert beim Bodyreading unaufdringlich die körperlichen Tendenzen der Klientin, wie Atmung, Aufrichtung des Oberkörpers, Schulteranspannung, sowie die Fähigkeit zu einem längeren Blickkontakt, oder unbewusste Verteidigungshaltung und chronische Anzeichen für desreguliertes Arousal. Interessant erscheint mir die Unterscheidung von körperlichen Ressourcen, die einerseits in Relation mit dem Zentrum des Körpers, der Wirbelsäule, Becken und Brustkorb stehen, und andererseits Ressourcen die der körperlichen Peripherie, den Extremitäten zuzuordnen sind. In der sensumotorischen Therapie wird der Fokus auf die Relation zwischen diesen beiden Formen körperlicher Ressourcen, Autoregulation und interaktiver Regulation gesetzt. Das physische Zentrum verleiht dem ganzen Körper Stabilität und Erdung, und die Peripherie ermöglicht Bewegung und Kontaktaufnahme mit der Umwelt. Hals Kopf und Gesicht gehören zu beiden Arten dieser somatischen Ressourcen. Der Kopf und der Hals tragen wesentlich zu einer aufrechten Haltung und Stabilität bei, andererseits sind sie wesentliche Körperteile für die Kontaktaufnahme mit der Umwelt. Generell fördern somatische Ressourcen, bei denen Gewährsein und Bewegung des Körperzentrums (Zentrieren, Erdung, Atmen, Ausrichtung) eine Rolle spielen, ein Gefühl der physischen und psychischen Stabilität und unterstützen somit die Autoregulation.

Somatische Ressourcen, welche die Wahrnehmung von Bewegung der Peripherie stärken, wie Wegstoßen, Streben nach Kontakt, Fortbewegung, fördern soziale Fertigkeiten, und die Interaktion mit der Welt, sowie die Fähigkeit zu interaktiver Regulation. Diesem stark vereinfachenden Schema gemäß ist das Zentrum eine Art Stützpfeiler für die Bewegungen der Gliedmaßen (vgl. Kurtz & Prester 1976/1979). Positive Interaktionen mit der Umgebung unterstützen das Zentrum, fördern seine Entwicklung und vermitteln einem Menschen das Gefühl eine Mitte zu haben. Infolge von Misshandlung und Missbrauch in der Kindheit kann es sein, dass Trauma-Überlebende entweder sich ständig mit Menschen zu umgeben versuchen, oder sich völlig isolieren (Herman 1992/2003:225).

Themata in der körperzentrierten Traumatherapie sind das Erarbeiten von verschütteten Körperressourcen und das Erlernen von Autoregulation und interaktiver Regulation, wobei zwischen Zentrum und Peripherie des Körpers eine

reziproke Beziehung besteht, verbunden mit Fähigkeiten zur Autoregulation und zur interaktiven Regulation.

### **8.8. Arbeiten mit Blickkontakt in der Therapie, die frühkindliche Dynamik des Blickkontaktes**

Besonders frühe Traumata haben große Auswirkungen auf die Augen und können eine Verengung des Gesichtsfeldes bewirken. Hoher akuter Stress, der mit frühen Entwicklungs- und Schocktraumata verbunden ist, wird dabei durch chronische Kontraktion, Anspannung und Erstarrung der Muskulatur um die Augen verarbeitet. Die Kontraktion im Augensegment ist Bestandteil einer noch weiter reichenden Spannungs- und Immobilisierungsdynamik in Gesicht, Nacken und Schultern. Sie alle fungieren als Elemente einer nicht abgeschlossenen defensiven Orientierung (vgl. L. Heller:278). Als Folge von bedrohlichen Situationen besteht eine chronisch andauernde Hyper- oder Hypovigilanz. Unbewusst wird dabei der Blick beispielsweise immer wieder ängstlich zur Tür als Fluchtmöglichkeit gelenkt oder generell wenig Blickkontakt gehalten. Ein starrer an das therapeutische Gegenüber gehefteter Blick oder ein Vermeiden von Blickkontakt ist ein Weg Kontakt zu minimieren. Hier gilt es die KlientInnen behutsam dazu einzuladen, wahrzunehmen wann sie Kontakt aufnehmen, und wann sie aus dem Kontakt herausgehen. Der Blickkontakt ist stark verbunden mit der Regulierung oder der Dysregulation des Nervensystems. Blickkontakt ist häufig ein schambesetzter Prozess, der in einer nicht pathologisierenden Atmosphäre geübt werden muss. KlientInnen werden zum Beispiel ermutigt, die Augen zu schließen, und ein Fenster zur inneren Regulierungsfähigkeit zu entdecken. Vielleicht kann die Angst vor Kontaktabbruch bewusst gemacht werden. Eine Versicherung seitens der Therapeutin, dass die Klientin sich Zeit nehmen darf, und der Blickkontakt getrost kommen und gehen darf, ermöglicht vielleicht eine Entspannung. Eine langsame Erweiterung des Gesichtsfeldes, und dadurch mehr Blickkontakt wird möglich. Dabei ist der gleichzeitige Kontakt der KlientInnen sowohl mit sich selbst, als auch mit den

TherapeutInnen bei einem Halten des Arousal-Niveaus innerhalb des Toleranzfensters das Ziel.

### **8.9. Das Pendeln von schmerzhaften Affekten zu positiv wirksamen Ressourcen als Therapietechnik**

Besonders frühe Traumata haben große Auswirkungen auf die Augen und können eine Verengung des Gesichtsfeldes bewirken. Hoher akuter Stress, der mit frühen Entwicklungs- und Schocktraumata verbunden ist, wird dabei durch chronische Kontraktion, Anspannung und Erstarrung der Muskulatur um die Augen verarbeitet. Die Kontraktion im Augensegment ist Bestandteil einer noch weiter reichenden Spannungs- und Immobilisierungsdynamik in Gesicht, Nacken und Schultern. Sie alle fungieren als Elemente einer nicht abgeschlossenen defensiven Orientierung (vgl. L. Heller:278). Als Folge von bedrohlichen Situationen besteht eine chronisch andauernde Hyper- oder Hypovigilanz. Unbewusst wird dabei der Blick beispielsweise immer wieder ängstlich zur Tür als Fluchtmöglichkeit gelenkt oder generell wenig Blickkontakt gehalten. Ein starrer an das therapeutische Gegenüber gehefteter Blick oder ein Vermeiden von Blickkontakt ist ein Weg Kontakt zu minimieren. Hier gilt es die KlientInnen behutsam dazu einzuladen, wahrzunehmen wann sie Kontakt aufnehmen, und wann sie aus dem Kontakt herausgehen. Der Blickkontakt ist stark verbunden mit der Regulierung oder der Dysregulation des Nervensystems. Blickkontakt ist häufig ein schambesetzter Prozess, der in einer nicht pathologisierenden Atmosphäre geübt werden muss. KlientInnen werden zum Beispiel ermutigt, die Augen zu schließen, und ein Fenster zur inneren Regulierungsfähigkeit zu entdecken. Vielleicht kann die Angst vor Kontaktabbruch bewusst gemacht werden. Eine Versicherung seitens der Therapeutin, dass die Klientin sich Zeit nehmen darf, und der Blickkontakt getrost kommen und gehen darf, ermöglicht vielleicht eine Entspannung. Eine langsame Erweiterung des Gesichtsfeldes, und dadurch mehr Blickkontakt wird möglich. Dabei ist der gleichzeitige Kontakt der KlientInnen sowohl mit sich selbst, als auch mit den

TherapeutInnen bei einem Halten des Arousal-Niveaus innerhalb des Toleranzfensters das Ziel.

### **8.10. Oszillationstechniken**

In der sensumotorischen Traumatherapie wird eine körperorientierte Methode von Pendeln zwischen Körperbereichen angewendet. Klientinnen werden dazu angeleitet während der Therapie zwischen Körperbereichen, die sich „gut“ anfühlen, und schmerzhaften, unangenehmen Körperzonen hin und herzuwandern. Dieser Wechsel hilft KlientInnen sich aus der Übererregtheit oder der Starre heraus zu bewegen. Beispielsweise können innere Bilder, hervorgerufen durch ein positives Gefühl entstehen. Bei schwierigen Situationen kann dieses Bild oder eine Lieblingsstelle im Körper imaginiert oder aufgesucht werden. So werden neue Werkzeuge für eine gelingende Regulation von Hyperarousal oder Hypoarousal erforscht, um Gefühlregulation positiv handhaben zu können, und mehr ins gegenwartsbezogene Erleben zu gelangen.

### **8.11. Interozeptive Wahrnehmung - Körperempfinden**

Das Körperempfinden und die Interozeption, also die Wahrnehmung der Vorgänge aus dem Körperinneren, können nach einem Trauma beeinträchtigt sein. KlientInnen werden in der Therapie beim Verstehen ihrer körperlichen Reaktionen auf sensorische Stimulationen und den damit verbundenen Schwankungen des Arousal begleitet. Sie lernen unangenehme Empfindungen zu erkennen, die einen Beginn der Dysregulation des Arousal anzeigen. Glaubenssätze wie: „Ich bin nie sicher“ können beispielsweise im Körper nachgespürt werden. Wenn somatische Korrelate dieser Überzeugung im „engen Brustraum“ oder im „verspannten Nacken“ verortet sind, kann hier der Körperempfindung nochmals besser nachgegangen werden, indem zur Verstärkung der Empfindung KlientInnen aufgefordert werden, mit der verspannten Stelle in Kontakt zu kommen. Durch Selbstberührung und sanfte Bewegung, also durch Aktivierung der Nervenenden in



der Haut, kann das Empfindungsspektrum vergrößert werden. Mit diesen körpertherapeutischen Mitteln kann KlientInnen der Unterschied zwischen Trauma-relevanten Empfindungen wie zum Beispiel Unsicherheitsgefühlen und dem Sicherheitsgefühl im Hier und Jetzt veranschaulicht werden. Der Unterschied zwischen Körperempfindungen und Emotionen wird gelernt und verbalisiert. Frühe somatische Anzeichen für kommende Zustände des Hyper-, oder Hypo-Arousal werden so schneller erkannt und können langfristig von kognitiven Überzeugungen entkoppelt werden. Ziel ist es Empfindungen in einem verlangsamten Prozess zu spüren und genau zu benennen. Es wird geübt, sie zu erleben, verfeinert wahrzunehmen und differenziert in Worten auszudrücken. Empfindungen, die durch Trauma-Trigger aktiviert werden, können so von jenen nicht-traumatischen Erlebnissen im Hier und Jetzt, unterschieden werden (vgl. Ogden 2010:299).

### **8.12. Die Atmung**

Atmung wirkt unmittelbar auf das Energie- und Arousal-Niveau. Wir atmen schneller und intensiver, wenn wir uns anstrengen und langsamer und tiefer, wenn wir uns entspannen. Wenn wir uns bedroht fühlen, stockt uns der Atem, um jegliche Bewegung zu unterbinden (vgl. Conrad 1997). Autonomes Arousal führt immer zu verändertem Atemmuster und bei Traumatisierten wird die Tendenz zu verstärkter Sauerstoffaufnahme, (Hyperventilation) oder Verringerter Sauerstoffaufnahme (Hypoventilation) beobachtet (vgl. Levine & MacNaughton 2004). In Therapie kann KlientInnen geholfen werden, eine höhere Aufmerksamkeit auf ihre individuelle Atmungstendenz und die daraus folgenden Empfindungen zu lenken. Gemeinsame Exploration der Atmung, ob sie flach oder tief, schnell oder langsam ist, bietet eine gute Gelegenheit, den eigenen Atem-Rhythmus kennenzulernen und körperfokussiertes Selbstgewahrsein zu üben. Verstärktes Einatmen erhöht meistens die Erregung, ein langes Ausatmen ermöglicht Entspannung.

Wahrnehmungsübungen mit Fokus auf die Atmung werden als Unterstützung ein, um in den gegenwärtigen Augenblick zu kommen und Körper-Gewahrsein zu

ermöglichen. KlientInnen lernen ihre Atmung zur Stabilisierung sowohl von Hyper-Arousal als auch von Hypo-Arousal lindernd einzusetzen. Weil Atemübungen sehr wirksam sind und leicht destabilisierend wirken können sollten sie mit Traumatisierten gut geübt, und vorsichtig angewendet werden. In erster Linie sollte es dabei stets um die Wahrnehmung des Atems und des Atemvorgangs gehen, und die Integration der daraus hervorgehenden Empfindungen (vgl. Levine & MacNaughton 2004).

Die Körperübungen von Peter Levine zur Selbstregulation in traumatischen Erregungszuständen. Levine beschreibt eine tönende Übung, die „Wuu-Übung“ um mit diesem Laut tief aus dem Resonanzraum des Körpers mit der Aufmerksamkeit über den Atem in den Bauch und somit zur Stimulierung des Vagus-Nervs zu gelangen. Diese Übung bewährt sich bei KlientInnen, die sich in einem Hyper-Arousalzustand befinden an. Die Vorstellung, wie ein Nebelhorn mit diesem Ton von der Aufregung in einen ruhigeren Zustand und in Kontakt mit dem eigenen Körper zu kommen funktioniert gut. Dadurch, dass die Therapeutin diese Übung mitmacht, entsteht eine Ich-Du- Begegnung, eine Aktivierung des sozialen Engagement-Systems ist möglich und eine Entspannung kann stattfinden.

Bei KlientInnen, die Angst vor Atemübungen haben, genügt es anfangs, wenn die Therapeutin die eigenen Atemzüge bewusst reguliert und eine beruhigende Körperhaltung und Stimmlage annimmt, sodass die Atmung seitens der Klientin sich implizit auch ohne gezielte und in Stress bringende Übungen anpasst und beruhigt. Durch das Lernen von neuen somatischen Ressourcen in der Therapie, entwickeln KlientInnen allmählich ein Verständnis, wie sie sich selber besser regulieren können eine größere Toleranz für unangenehme Empfindungen, Emotionen und Kognitionen. Die somatischen Ressourcen unterstützen sie, die Gegenwart von der Vergangenheit zu trennen, und sie werden weniger durch ihre Arousal-Zustände und deregulierten Defensivhandlungen destabilisiert.

Eine andere Möglichkeit ist die Aufmerksamkeit auf den eigenen Atem zu lenken und mit den Fingern leicht auf den Brustkorb zu klopfen, während ein positiver Satz wie „Alles ist jetzt im Moment gut“ formuliert wird. Diese Übung aus der energetischen Psychologie bewährt sich, wenn KlientInnen von traumatischen Erinnerungen überschwemmt werden. Energetische Psychologie wurde von Dr. Fred Gallo entwickelt, um mit Klopf-Akupressur, Selbstmassage und positiven Affirmationen psychische Probleme und Trauma zu behandeln (vgl. Gallo 2009). Erdungsübungen wie das Spüren der Füße auf dem Boden, das Spüren der eigenen Grenzen und das Lockern der angespannten Hals- und Schultermuskeln führen zu mehr Stabilisierung.

Wenn KlientInnen erstarren und nicht mehr gut erreichbar sind, helfen aktivierende Übungen wie Aufstehen, aktives Herumgehen und Orientierung im Raum. Ich bitte die KlientInnen, fünf Gegenstände mit einer bestimmten Farbe im Raum aufzuzählen, so dass sie wieder ins Hier und Jetzt kommen und sich von dem Hypo-Arousal in den Bereich des Toleranzfensters begeben können. Auch Übungen aus der sensumotorischen Psychotherapie oder aus dem traumasensiblen Yoga haben sich bei der Arbeit mit Traumatisierten bewährt.

## **9. Fallbeispiele zum körperorientierten, traumafokussierten Arbeiten in einer dialogisch orientierten Gestalttherapie**

### **Fall 1:**

Frau C. 30 Jahre, hat als Jugendliche sexuellen Missbrauch in der Familie durch den eigenen Vater erlebt. Sie versucht sich durch frühes Erwachsenwerden und Weggehen aus dem bedrohlichen familiären Umfeld zu retten. Mit Hilfe von Selbstmedikation durch Alkohol und Medikamente, versucht sie vergeblich die anstrengenden plötzlichen Flashbacks und Panikattacken zu behandeln. Sie stürzt sich in übermäßiges Arbeiten und geht riskante Beziehungen mit übergriffigen Partnern ein. In der Familie hält sie losen Kontakt auch mit dem Täter, über den Missbrauch wird kein Wort gesprochen. Mit 30 Jahren entscheidet sie sich nach einem körperlichen Zusammenbruch wegen Überarbeitung und Symptomen von schwerer posttraumatischer Belastungsstörung eine Psychotherapie zu beginnen. Sie leidet unter Angstattacken und schweren Schlafstörungen, im Erstgespräch wartet ihre Freundin im Auto, damit sie jederzeit aus dem Therapieraum flüchten kann. Nach einer anfänglichen Phase von Vertrauensaufbau und Support entschließt sie sich auch erstmalig ärztliche Hilfe anzunehmen, und kann nach vielen Jahren wieder einige Stunden am Stück durchschlafen. In den regelmäßigen Therapiestunden ist es ihr zunehmend möglich, dem Körper mehr Aufmerksamkeit zu zollen. Sie kann die Angebote meinerseits annehmen, in Hyper-Arousal-Situationen sich mit der Wahrnehmung auf den Atem zu fokussieren. Mit Klopfübungen und Selbstberührung im Nackenbereich kann sie die Regulierung der sympathischen Erregung besser beeinflussen. Nach aufwühlenden Erlebnissen, wie die Konfrontation der Mutter arbeiten wir in kürzeren Abständen und mit regelmäßigen telefonischen Stützgesprächen, um die Stabilität beizubehalten. In den Stunden baut sie sich mit Decken und Pölstern einen sicheren Ort und der Fokus liegt auf stabilisierende Übungen wie sich z.B. selbst mit den Händen umarmen und Halt geben. Durch Bewusstmachen der Körperempfindungen wurde ihr die Tatsache klar, dass sie ihren Körper und die damit verbundenen Empfindungen seit ihrer traumatischen Erfahrung aus Selbstschutz abgeblockt hatte. Ein Glaubenssatz von

ihr ist " Wenn ich mir was für mich wünsche, geht die Welt unter" Mit Hilfe ihrer Neugierde wieder mehr ihren Körper bewohnen zu wollen und der mittlerweile vertrauensvollen therapeutischen Beziehung war es möglich auch einfache Übungen aus dem Trauma-sensiblen Yoga und aus der Traumarelease Exercise Methode auszuprobieren, um ein besseres Körpergewahrsein zu ermöglichen und wieder mehr Vertrauen in den eigenen Körper, dem Ort, wo der Übergriff passierte zu erarbeiten. Traumarelease Exercise (TRE) Methode wurde von David Berceli entwickelt, um durch gezielte Körperübungen über Zittern muskuläre Verspannungen und Stress abzubauen (vgl. Berceli 2005). Mittlerweile konnte die Klientin ihre unaussprechlichen Erlebnisse in der Therapie in Worten ausdrücken, wobei von der Klientin nur ein Satz formuliert wurde und mit Absicht nicht näher in das Erzählen der traumatischen Ereignisse gegangen wurde. Der Weg zwischen Hyper-Arousal und Erstarrung ist ein schmaler Pfad, oft greifen wir zu mittlerweile gut bewährten Körperübungen, wie Erdungsübungen, Spüren der Körpergrenzen und Einbeziehung der Achtsamkeit auf den Atem, um wieder in den Bereich des Toleranzfensters zu gelangen und größeres Vertrauen in den eigenen Körper als Ressource zu gewinnen. Die Klientin kann sich auch diese Körpererfahrungen mit in den Alltag nehmen, es gelingt ihr Sexualität zu genießen, sie kann sich besser von ihrer Familie abgrenzen. Sie beginnt Pläne für ihre berufliche Zukunft zu schmieden. In dieser Therapie erlebe ich wie heilsam der Zugang zur Körperwahrnehmung und die Heilung von Trauma durch den Körper sein kann.

### **Fall 2:**

Frau B. 24 Jahre, eine junge Studentin, kommt in Therapie, weil sie Bauchkrämpfe und Schlafstörungen hat. Sie will eine erst kürzlich beendete Gewaltbeziehung in der Therapie aufarbeiten. Sie leidet unter Panikattacken und an den Folgen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Folgen einer PTBS äußerten sich in einem andauerndem Bedrohungsgefühl, hoher Erregung, ständiger Wachsamkeit und daraus resultierender Schlaflosigkeit und Erschöpfung. Der Leidensdruck der durch mangelndes Selbstvertrauen, Selbstabwertung und depressive Episoden, und damit hergehendem Leistungsabfall an der Universität entstand war groß. Nach dem

Aufbau einer Vertrauensbasis beginnen wir langsam durch Atemübungen und Erdungsübungen mehr Zugang zu ihrem Körper zu erschließen, Mir fällt auf, dass sie, wenn sie von sich erzählt dazu tendiert gegen Ende der Sätze leiser zu werden, oder überhaupt die Satzteile, in denen wichtige Inhalte verborgen sind, einfach wegzulassen. Behutsam mache ich sie immer wieder auf diese Angewohnheit aufmerksam. Die Klientin ist bereit sich näher mit diesem Phänomen zu beschäftigen. Ich schlage vor innezuhalten und im Körper nachzuspüren was innerlich passiert, wenn sie die Satzteile buchstäblich verschluckt. Die Klientin horcht in sich hinein und Traurigkeit und Tränen steigen hoch, sie lässt sich erstmalig auf ihre verborgenen Schamgefühle ein. Beschämende Szenen aus der Gewaltbeziehung kommen in ihr hoch. Um an diesen Punkt wo sich für die Klientin die Gefahr auftut in ein Trauma-bedingtes Hyper-Arousal zu fallen, gegenzusteuern fordere ich die Klientin auf, ganz bei ihren Körpergewahrsam zu bleiben. Auf meine vorsichtige Frage wo sie diese verborgenen Schamgefühle spürt, deutet sie auf ihren Bauch. Ich schlage ihr vor, ihre Hände auf ihren Bauch zu legen, und mit Hilfe eines sanften Atmens in Kontakt mit ihrer Mitte zu kommen. Die Klientin beruhigt sich. Nach einer längeren Fokussierung der Aufmerksamkeit auf ihre Körperempfindungen sagt sie, sie sei schon lange auf Kriegs-Fuß mit ihrem Bauch gewesen. Seit ihrer Pubertät litt sie an Bauchkrämpfen während der Menstruation und die Entscheidung für die regelmässige Einnahme der Antibabypille brachte keine wesentliche Besserung. Durch ein Einlassen auf ihren Körper in der Therapie in Form von Zeichnungen und Imaginationsarbeit fasste sie den Entschluss, die ungeliebte Pille abzusetzen. Ein tieferes Körperempfinden wird möglich und mehr Lust auf Sexualität entsteht. Die Klientin kann sich nun vorstellen, mit mir in der Therapie einen liebevolleren Weg zu ihrem Körper zu entdecken. In weiteren Sitzungen werden wir ein Körperbild malen, wo die Klientin in Kontakt mit den Teilen ihres Körpers kommen kann, die sie mag. Auch die Körperbereiche, die sie nicht an sich schätzt kann sie durch mehr Körperbewusstsein und Vertrauen annehmen. Sie entwickelt eine kreative Lösungsart für sich, indem sie nach und nach die nicht geschätzten Körperstellen mit einer Tätowierung aufwertet, und sie so besser mit ihrem Körper Freundschaft schließen kann. Durch mehr Selbstbewusstsein

verarbeitet sie die Gewaltbeziehung in Form eines Textes und plant ihren Text zu veröffentlichen, um dieses Thema auch anderen Frauen zugänglich zu machen.

## **10. Schlussfolgerung**

### **Integration und Anwendung dialogisch orientierter körperfokussierter Therapieansätze in der gestalttherapeutischen Arbeit**

In diesem Kapitel gehe ich auf die Frage ein, ob dialogisch orientierte, körperfokussierte Arbeitsweisen in der gestalttherapeutischen Arbeit mit Traumatisierten hilfreich oder integrierbar sind. Dazu befasse ich mich mit den Quellen in der GT und gehe kurz auf das Healing Task Modell Kepners ein, um mich weiters mit der Integration auf neuronalem Level in der GT zu befassen. In einem nächsten Abschnitt möchte ich mich mit der Kompatibilität von GT und der sensumotorischen Therapie beschäftigen.

#### **10.1. Die Quellen des körperorientierten Ansatzes in der Integrativen**

##### **Gestalttherapie**

Der Körper als verbindender Schauplatz für physische und psychische Prozesse sowie die Beobachtung von therapeutischen Prozessen zwischen den Körpern ist in der Gestalttherapie ein Kernthema. Die Überwindung der Körper/Geist-Spaltung ist ein wesentlicher Ansatz bzw. Ziel bei den BegründerInnen der Gestalttherapie (vgl. Perls / Hefferlein / Goodman 1951). Insbesondere Fritz Perls betonte die Relevanz des ganzheitlichen Leibverständnisses und richtete den Blick auf eine Verbindung der linken und rechten Gehirnhemisphäre als Verbindung von analytischen Denkprozessen sowie ganzheitlichem Erfassen und Intuition (vgl. Clarkson 1993. und Mackewn 1993:36). Die Gestalttherapie arbeitet schon seit ihren Anfängen mit der Einstellung, dass das Wahrnehmen eine leibliche Tätigkeit und die existentialistische Freiheit ist, kein Ergebnis langwierigen geistigen Nachdenkens (vgl. Merleau-Ponty 1966).

Gestalttherapie geht somit von der ganzheitlichen Wahrnehmung im Augenblick aus und führt im therapeutischen Prozess auch immer wieder zu ihr hin. Im Verständnis der Gestalttherapie hängt die Handlungsfähigkeit des Menschen direkt



mit seiner Fähigkeit zum Gewahrsein und seiner in der Therapie wachsenden Fähigkeit zu einer somatischen Achtsamkeit zusammen.

### **10.1.1. James Kepner's körperzentrierter Traumatherapieansatz**

Bei der Recherche zu Trauma und Gestalttherapie zählt Kepner's Buch *Healing Tasks* (vgl. Kepner, 1995) zu den wenigen Quellen. Kepner's *Healing Tasks Model*, das sich auf die gestalttherapeutische und körperorientierte Arbeit mit Betroffenen von Kindesmissbrauch bezieht, beinhaltet ein Vier-Phasen Modell, das ein hologrammatisches, integratives nichtlineares Rahmenmodell für die therapeutische Arbeit anbietet. Das ineinander übergreifende Modell der Support-Phase, der Self-Functions Phase, der Undoing, Redoing and Mourning-Phase und der Reconsolidations-Phase, spiegelt die rekursive Phänomenologie von Traumatisierten. Die Schlüsselaufgaben oder (healing tasks) in der Therapie sind Support entwickeln, Selbst-Funktionen entwickeln, Zeit geben, um Dinge entstehen zu lassen, Zeit für Pausen kreieren, und Phasen der Trauer über Versäumtes zuzulassen, aber auch Fortschritte in der Therapie beachten. Dieses Modell von Kepner ist vielschichtig und wegweisend, den ganzheitlichen Aspekt der therapeutischen Reise immer bedenkend, während das Hauptaugenmerk auf einen gerade in der Therapie hervorstechenden Aspekt der healing tasks gelegt wird. Alle healing tasks sind immer präsent und werden im traumatherapeutischen Prozess verwendet (Kepner 1995:8).

Kepners Arbeitsansatz betont, dass die Arbeit mit traumatisierten Menschen nicht streng in Phasen einteilbar ist. Alles ist prozesshaft im Fluss. Während an einem Thema gearbeitet wird, schlummern alle Aspekte der anderen Phasen im Hintergrund. Trauma-Heilung kann durch Kepners Modell als ein organischer Prozess mit ungestümen, unvorhersehbaren Kräften verstanden werden. Ein Therapieprozess voller Verlockungen, zu schnellen Lösungen zu kommen. Eine Herausforderung für beide Seiten in der Therapie, angereichert mit Widerstand, Selbstmitleid und Passivität. Das Modell von Kepner bietet dabei eine Orientierung und mehr Verständnis für Trauma-Prozesse.

### 10.1.2. Gestalttherapie und Integration auf neuronalem Level

In der Gestalttherapie ist die Entkoppelung des Komplexes Empfindung-Gedanke-Emotion, also etwas zu erleben, wie es ist, ohne es mit Analysen und Urteilen oder Bewertungen aufzuladen wirksam. Diese Fähigkeit, Emotionen in einem Schwebeprozess zu halten und einfach nur differenziert wahrzunehmen, ohne sie auszuagieren, wird in der Gestalttherapie *Gewahrsein im Hier und Jetzt* genannt, und ist der Schlüssel zu einer emotionalen Selbstregulation, Selbstliebe und Selbstwert.

Im Rahmen der Gestalttherapie, gilt die *Integration auf neuronalem Level*, also die Verarbeitung der Information im zentralen Nervensystem, als zentrales Element. Hierbei wird der Fokus auf die Verdeutlichung der automatischen, nonverbalen und unbewussten Prozesse gelegt, die in der rechten Gehirnhälfte als subcortikale Nervenverbindungen verortet werden (Cozolino 2002:61). Psychotherapie fördert verschiedene Aspekte der neuronalen Integration. Das Zusammenspiel von Worten und anderen Kommunikationskanälen in der Therapie mit KlientInnen trägt in der Praxis zu einem gelungenen Verarbeitungsprozess bei. Hier kann die Gestalttherapie mit ihrer ganzheitlichen Arbeitsweise und Einbeziehung aller Sinneswahrnehmungen und dem Körperbewusstsein einen guten Beitrag leisten. Gestalttherapie achtet den gegenwärtigen Augenblick als Möglichkeit, Spontaneität und Authentizität im Kontakt mit der Therapeutin oder dem Therapeuten entstehen zu lassen. Das ermöglicht eine Neuorganisation des experimentellen und relationalen Feldes von Augenblick zu Augenblick. Hier erscheint mir die zentrale Funktion von Empathie in einer therapeutischen Beziehung bis in die neuronalen Ebenen zu wirken. Wie im Kapitel 6 ausführlich herausgearbeitet, erzeugt die Erfahrung des Empathisch-verstanden-Werdens bei den KlientInnen ein Gefühl der Sicherheit und der Entspannung und wirkt direkt im Nervensystem. Hierzu erscheint mir die Polyvagal- Theorie und die Beschreibung des Bauchhirns ein wesentlicher Beitrag, um die Wirkung von gestalttherapeutischem Arbeiten, mit einer Haltung der Akzeptanz und Wertschätzung zu verstehen.

Die Gestalttherapie definiert die Anpassungsmechanismen an traumatische Erfahrungen als kreative und bestmögliche Lösungen. Sehr oft sind diese Lösungen aus einem sehr eingeschränkten Feld von Wahlmöglichkeiten entstanden und werden verkörpert als fixe Gestaltfiguren in der Struktur der Persönlichkeit. Trauma ist ein Hindernis des gesunden Gestaltbildungsprozess, eine Einschränkung des erweiterten Feldes der Wahlmöglichkeit (vgl. Miriam Taylor 2014:13).

## **10.2. Gedanken zur Kompatibilität von Gestalttherapie und Sensusmotorischer Psychotherapie**

Sensusmotorische Psychotherapie geht davon aus, dass Traumata meistens in Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen. Auch die Gestalttherapie geht von der zwischenmenschlichen Ich-Du Beziehung in Augenhöhe als wichtigstem Wirkfaktor aus. Der gestalttherapeutische Zugang zum Thema Bindungstraumatisierungen umfasst die Regulierung der Ich-Grenzen und Kontaktunterbrechung. Bindungstraumatisierungen schwächen die innere Struktur und bringen die Ich-Grenze aus dem Gleichgewicht. Angstbedingt wird die Innen- und Außenwelt diffus wahrgenommen. Um die Ich-Grenze regulieren zu können, wird der Kontakt vermieden oder ganz abgebrochen. Hier können die in Abschnitt 8 beschriebenen Körpertherapeutischen Arbeitsweisen angewendet werden, um in Kontakt mit sich selbst und dem therapeutischen Gegenüber zu kommen. Die für mich wertvollsten Arbeitswerkzeuge aus der sensusmotorischen Traumatherapie sind die körperorientierten Methoden des Bodytracking und Bodyreading.

Diese Arbeitsweisen sind kompatibel mit den Theorien der Gestalttherapie, da sie auch mit dem Gewährseins-Kontinuum arbeiten. Immer wieder wird die Klientin eingeladen, sich ihrer Körperwahrnehmungen bewusst zu werden, und so Trauma-bezogene Empfindungen und Bewegungen zu entdecken. Es wird unaufdringlich versucht die Körperhaltungen, Bewegungen und andere körperliche Anzeichen der Klientinnen zu registrieren. Mittels Körperlesens entsteht ein Eindruck von den stabilisierungsfördernden körperlichen Potentialen der Klientin gewonnen. Das

respektvolle, kontaktgenerierende Ansprechen von Körperhaltungen, wie zum Beispiel unruhigen Füßen, oder eine plötzlich eintretende Veränderung der Atmung, ermöglicht eine somatische Achtsamkeit auch für die KlientInnen. Dieser Prozess führt zu neuen Einschätzungsmöglichkeiten sowohl von fehlenden als auch von vorhandenen Ressourcen. Gemeinsam werden die während eines Traumas nicht zu Ende gebrachten Defensivreaktionen aufgespürt. Chronische Überzeugungen, die sich in starren Körperhaltungen manifestiert haben, werden in einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung bewusst gemacht. Dabei wird immer wieder mit der Aufmerksamkeit zu somatischen Ressourcen gependelt, um ein Gleichgewicht und eine Arbeit innerhalb des Toleranzfensters zu ermöglichen. Durch eine bessere Fähigkeit, die eigenen Ressourcen innerhalb des Toleranzfensters zu Verfügung zu haben, ist eine Integration der traumatischen Erlebnisse im Laufe der Therapie möglich, ohne in Zustände von Hypo- oder Hyper-Arousal zu verfallen. Beängstigende Gefühle sind innerhalb des Toleranzfensters besser aushaltbar. Es wird gelernt durch somatische Achtsamkeit in diesen Gefühlen präsent zu bleiben und sie gut bewältigen zu können.

Der Ort, wo sich diese Prozesse abspielen können, bezeichnet Fritz Perls als den „sicheren Notfall“ oder „safe emergency“ in der Gestalttherapie. Das gestaltherapeutische Konzept des „safe emergency“ beschreibt einen sicheren Ort, an dem beängstigende Dinge ausprobiert, und dabei traumatische Erinnerungen und Gefühle gut integriert werden können. Dabei kann ein besserer Zugang zu Körperprozessen ermöglicht werden, um die Grenzen des Toleranzfensters zu erweitern (vgl. Taylor:65). Dieser Prozess erscheint mir als ein wesentliches Bindeglied zwischen der Gestalttherapie und der Sensusmotorischen Therapie. Die Beziehung zwischen Empfindung und Bewegung ist ein wesentliches Thema in der sensusmotorischen Traumatherapie, wobei die KlientInnen aufgefordert werden, die kleinstmögliche Anzahl von Körperwahrnehmungen in einer größtmöglichen Zeitspanne zu machen, um abgespaltene Trauma-relevante Erfahrungen in ein erträgliches Bewusstsein zu verwandeln. Die Arbeit mit Arousal ist immer schon ein

Grundbestandteil der Gestalttherapie gewesen, Perls, Hefferline und Goodman verwendeten 1951 dafür den Begriff „excitement“ oder Erregung.

„Der Prozess des physiologischen Arousals wurde von den BegründerInnen der Gestalttherapie intuitiv verstanden, da er implizit in der Energie integriert ist, die gebraucht wird um klare Figuren zu bilden, guten Kontakt und Selbstregulation zu ermöglichen. Arousal ist implizit in zwei fundamentalen Gestalt Konzepten zu finden, der organismischen Selbstregulation und des experientiellen Gestalt-Zyklus - der Prozess der Figurbildung. Das Erlernen von körperlichen Fähigkeiten ein erhöhtes Arousal zu regulieren ist eine Schlüsselfunktion des Selbst. Das Wahrnehmen von körperlichen Gefühlen ist der effektivste Weg sich zu beruhigen und innerhalb des Toleranzfensters zu bleiben.“ (Taylor 2014 : 65ff)

Unserer Art in der Welt zu sein, den Prozessen, die die Verbindung zum Selbst und zur Umwelt unterstützen oder hemmen, gilt das hauptsächliche Augenmerk in der Gestalttherapie. Traumata manifestieren sich als in den Körper gegossene Haltungen, die Anspannung im Körper kann verstanden werden als gefrorene Geschichte einer Person (Boadella, 1987:7). Die Erinnerung einer Situation hat sich eingefleischt in Form einer Anspannung, die bis in die kleinste Zelle reicht als Reaktion auf das Trauma (vgl. Fogel 2009: 40). Kepner bezeichnet das als „adaptive Körperstrukturen“, die das physische Sein stark beeinflussen (Kepner 1999:48). Die in meiner Arbeit beschriebenen körperorientierten Methoden, die ein heilendes wieder in Kontakt kommen mit der Umwelt und sich selber, sowie eine gesunde Affektregulierung ermöglichen, sind meiner Auffassung nach gut in die Gestalttherapeutische Arbeit integrierbar.

## 11. Fazit /Zusammenfassung

Ich habe mich in meiner schriftlichen Arbeit intensiv mit therapeutischer Beziehungsarbeit und Bindungstheorie befasst, weil für mich eine dialogisch gleichwertige Begegnung die höchste entwickelte Form von Kontakt ist. Die GT sieht die Kumulation von schädigenden Beziehungserfahrungen als Ursache von Leiden. Ein Verstehen von Beziehungen und Verbinden von zersprengten Teilen ist Traumaheilung. Die für mich wichtigsten Aussagen dazu ist die Tatsache, dass traumatische Affektzustände nur aus dem Beziehungsgefüge heraus verstanden werden können, in denen sie passiert sind. Weiters nehme ich mir die Tatsache mit, dass KlientInnen die ExpertInnen für ihre traumatischen Erfahrungen sind. Verlangt wird eine unterstützende, authentische Begleitung mit viel Mut zum Nichtwissen.

Das im Kapitel 1.3. erwähnte Risiko der Verbundenheit in der Therapie spiegelt mir die besondere Feinfühligkeit und Klarheit, die in der therapeutischen Arbeit mit Trauma nötig ist. Das therapeutische Arbeiten spielt sich da ab, wo Gegenwart und Vergangenheit zusammentreffen. Hauptwirkfaktor ist dabei das Gefühl Verstanden und wahrgenommen zu werden. Die Therapeutische Beziehung ist dabei eine Probe-Bindung, in der gestörte Kontaktprozesse bewusst gemacht werden können, und sich langsam verändern können.

Im Theorieteil 2.2, zur paradoxen Veränderung möchte ich auf die Ausführungen von M. Taylor hinweisen, sie ortet eine Diskrepanz zwischen GT und Trauma. Die in der GT jedem Menschen zuerkannt Fähigkeit zu Wachsen ist für traumatisierte Menschen erst einmal eingeschränkt. Hier droht Retraumatisierung, wenn zu schnell und mit Druck auf Veränderung in der Therapie mit Traumatisierten gearbeitet wird. Die Wahlmöglichkeit ist bei Traumatisierten erheblich eingeschränkt. Der neurologische Prozess des Trauma-respons und eine Überflutung von Trauma-relevanten Emotionen in subkortikalen Regionen des Gehirns verunmöglicht eine Kognitive Verarbeitung. Ein Erzählen des traumatischen Geschehens ist nicht möglich, eine Veränderung ist nur über den Weg der Körperwahrnehmung erreichbar. Flexibilität ist für Trauma-betroffene nicht möglich, eine Veränderung

funktioniert nur über das neuronale Geschehen im Gehirn. Die erfahrungsabhängige Plastizität im Gehirn ist der Schlüssel zu einer Veränderung und mehr Flexibilität für Traumatisierte. Neuronales Wachstum wird stimuliert durch Aufmerksamkeit. Sind wir mit unserer Aufmerksamkeit wo gelandet, fließt mehr Blut und Sauerstoff dorthin, das Feuern der Neuronen wird unterstützt und Integration von getrennten Gehirnregionen wird möglich.

Ich widme einen ausführlichen Teil meiner Arbeit dem Thema Trauma und Gehirn, weil ich die neurowissenschaftlichen Forschungen bezüglich Veränderungen im Gehirn bei traumatischen Erlebnissen, und bei den therapeutischen Heilungsprozessen interessant finde. Das Zusammenspiel von Stammhirn, limbischen System und Neokortex erscheint mir besonders erwähnenswert. Wesentlich ist die Tatsache, dass die unbewussten Vorgänge bei Gefahr im subkortikalen Hirnbereich viel schneller vor sich gehen, als die langsameren bewussten im Neokortex verlaufende sensorischen Informationen. Die Informationsleitung von Thalamus zu Amygdala läuft schneller, als die bewusste neuronale Verbindung vom Thalamus über Hippocampus über das anteriore Cingulum zum Präfrontalkortex, wo eine bewusste Einschätzung der Gefahrensituation möglich ist. Wenn dem Betroffenen klar wird, was vor sich geht, ist sein Körper vielleicht schon instinktiv dabei sich in Sicherheit zu bringen. Ich beleuchte ausführlich was im Körper passiert, wenn die Regenerationsfähigkeit gestört ist, und der Mensch in einem andauernden Alarmzustand bleibt. Die Informationsverarbeitung ist in den höheren kortikalen Hirnregionen bei starken Gefühlen wie Wut, Trauer und Glück geringer, während es in den Subkortikalen Aktivitäten zu einer Steigerung kommt.

Der wichtigste Schritt in einer Traumabehandlung ist die Balance zwischen den Gehirnarealen wiederherzustellen. Ich beschreibe den Weg in einem sicheren Umfeld einer Therapie beispielsweise, subtile und intensive Körperempfindungen und Gefühle spüren zu können. Das passiert eingebettet zwischen limbischem System und Präfrontalkortex, der Insula und dem Cingulum, wo Reize aus dem

Körperinneren wie Muskeln, Gelenke und Bindegewebe empfangen werden. Insula und Cingulum helfen uns aus diesen primitiven Empfindungen Sinn entstehen zu lassen, indem sie diese nuancierten Gefühle, Wahrnehmungen und Erkenntnisse verweben. Der Zugang zum emotionalen Gehirn durch Achtsamkeit ist wesentlich in der Traumatherapie.

Durch die Polyvagal Theorie wird erklärt warum das Wissen von Menschen die uns nahe sind verstanden zu werden, ein ruhiges sicheres Gefühl vermittelt. Die bedeutende Rolle des Bauchhirns für die Regulationsfähigkeit der Nerven und bei Entscheidungen, Vorlieben aber auch irrationalen Ängste beschreibe ich im Kapitel 5.2. Die immer wiederkehrende Aufmerksamkeit der Bauch-Hirn Verbindung in der therapeutischen Arbeit, indem die viszerale Empfindungen bewusst gemacht werden, ist eine wichtige körperorientierte Arbeit in der Traumaheilung.

Zum Thema Traumaspuren im Kapitel 6.1., bei dem ich mich mit Trauma, Erinnerung und nicht Erinnerung beschäftige, erscheint mir das Phänomen der Alexithymie das wesentlichste, da das Fehlen von Sprache aus meiner Sicht im Einzelnen aber auch gesamtgesellschaftlich das wesentlichste Merkmal von Trauma darstellt. Wenn Erinnerungen nicht verbal abrufbar sind, erfolgt eine somatische Speicherung, in Form von Muskelanspannungen und unbewussten Bewegungen.

Die Einbeziehung dieser unbewussten Anspannungen und Haltungen umfasst das Kapitel 7, das sich mit körperorientierten Therapiemethoden beschäftigt. Es geht darum, wieder bewusst im Körper zu landen.

Im Kapitel 8 habe ich verschiedene Methoden aus körperorientierten Traumatherapie-Ansätzen beschrieben, und dabei Aspekte über ihre Vereinbarkeit mit den Grundlagen der Gestalttherapie beleuchtet.

Aus meiner Sicht ist der existentielle, erfahrungs- und körperorientierte Ansatz der Gestalttherapie ein passender Ansatz in der Arbeit mit Traumatisierten. Über



Körperwahrnehmung und Gewähr-werden im gegenwärtigen Augenblick, in einer supportiven therapeutischen Beziehung, gelingt der langwierige Weg zu mehr Lebensqualität und Bewältigung von traumatischen Erlebnissen.

Die wichtigste Erkenntnis aus der Beschäftigung mit Trauma ist für mich die Tatsache, dass das traumatische Geschehen immer im Körper stattgefunden hat, und auch ausschließlich über die Einbeziehung des Körpers geheilt werden kann. Weiters nehme ich mir die Gewissheit mit, dass Trauma individuell sehr unterschiedlich passiert, und daher auch die Heilung von Trauma individuell, auf die jeweilige Person abgestimmt, geschehen kann. Jede Traumatherapie ist eine Reise mit ungewissem Ausgang, es braucht viel Mut von beiden Seiten und eine Begegnung auf Augenhöhe. Die richtige Mischung aus Authentizität, Wertschätzung, fachlichem Wissen, welches im richtigen Moment in der richtigen Dosierung weitergegeben wird, und Bereitschaft da zu sein, zu unterstützen und auszuhalten, erscheint mir essentiell. Eine Heilung von Trauma bedeutet oft, verschlungene und sehr individuelle Wege zu gehen, welche nicht in einfache Rezepte, und systematisch vorstrukturierte Vorgangsweisen gegossen werden können. Traumatherapie ist vielleicht zu einem großen Teil, wie Laura Perls in ihrem Buch „Leben an der Grenze“ schreibt, das Angebot von genügend Support, um den Klientinnen einen nächsten Schritt zu ermöglichen (L. Perls 1992: 118). Schön ist es immer wieder, am Ende eines solchen Prozesses zu erleben, wie den KlientInnen Entscheidungsfreiheit wieder möglich wird, und sie wieder mehr Energie für Lebensfreude zu Verfügung haben.

## Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. B. (1978). *patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale,NJ: Erlbaum.
- Amini, F. L. (1996). *affect, attachment Memory: contributions towards psychobiologic integration. Psychiatry 59: 213-239.*
- Bachhofen, A. (2012). *Trauma und Beziehung, Grundlagen eines intersubjektiven Behandlungsansatzes*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beisser, A. (1997). *Die paradoxe Theorie der Veränderung , Wozu brauche ich Flügel? Ein Gestalttherapeut betrachtet sein Leben als Gelähmter*. Wuppertal: Hammer.
- Berceli, D. (2005). *Trauma Releasing Exercises*. BookSurge Publishing.
- Boadella, D. (1987). *Lifestreams*. London: Routledge, Kegan and Paul.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind Bindung*. München: Kindler.
- Brewin, C. (2001). *A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment, Behavioral research and Therapy,39,373-393.*
- Brisch, K. (1999). *Familiäre Bindungen-Die transgenerationale Weitergabe familiären Bindungsverhaltens*. Gießen: E.Reinke, Psychoanalyse der Familie,psychosozial-Verlag 7-9.
- Brisch, K. (2009). *Bindungsstörungen, von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta 1999/2009.
- Brisch, K. (2017). *Bindungstraumatisierungen, Wenn Bindungspersonen zu Tätern werden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cassidy, J. &. (1999). *Handbook of attachment, Theory,research, and clinical applications*. New York: Guildford Press.
- Chefetz, R. A. (2000). *Affectdysregulation as a way of life: . Journal of American Academy of Psychoanalysis, 28 289-303.*
- Clarkson, P. &. (1993). *Fritz Perls*. London: Sage.
- Conrad, E. (1997). *Movement*. Retrieved August 9,2001 from [www.continuummovement.com/article3.html](http://www.continuummovement.com/article3.html).

- Cozolino, L. (2002/dt.2007). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain, Dt.: Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen*. New York/ Dt: Kirchzarten: Norton, Dt: Vak Verlag.
- Cozolino, L. (2006). *Interpersonal Neurobiology, Attachment and the Developing Social Brain*. New York: Norton.
- Damasio, A. (2000). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Damasio, A. (2005). *Der Spinoza Effekt, Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. Berlin: Ullstein.
- Davidson, R. K.-Z. (2003). *Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation*. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- De Casper, A. F. (1990). *Of human bonding. Newborns prefer their mother's voices*. *Science* 208:1174-1176.
- De Casper, A. S. (1986). *Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds, Infant behaviour and Development* 9:133-150.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt: Fischer.
- Eckberg, M. (2000). *Victims of Cruelty; Somatic psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder*. Berkeley, CA: : North Atlantic Books.
- Ekman, P. (1980). *Biological and Cultural Contributions to Body and facial Movement in Expression of Emotions*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press: A.O.Rorty (Eds) *Explaining Emotions* (S.73-101).
- Fanselow, M. &. (1988). *A functional behavioristic approach to aversively motivated behaviour: Oredatory imminence as a determinant of topography of defensive behaviour*. Hillsdale NJ: Erlbaum: R. Bolles & M. Beecher (Hg) *Evolution and Learning* S 185-212.
- Fischer, G. R. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Basel, München: Reinhardt.
- Fogel, A. (2009). *The Psychophysiology of Self-Awareness: rediscovering the lost Art of body Sense*. New York: Norton.

- Fonagy, P. T. (2003). *Psychoanalytic theories-perspectives from developmental Psychopathology. Dt: Psychoanalyse und die Psychopathologie der entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud Sigmund. (1893). *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene , Gesammelte Werke*. Frankfurt: Band 1, Fischer.
- Fuchs, T. (2012a). *The phenomenology of body memory* . Amsterdam: Koch,S., Fuchs, T., Summa,M., Müller,C., (eds) Body Memory, Metaphor and Movement, pp9-22. John Benjamins,.
- Fuchs, T. (2017). *Das Gehirn-ein Beziehungsorgan Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T. D. (2009). *Enactive Intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. Phenomenology and the Cognitive Sciences 8:465-486*.
- Gaensbauer, T. &. (1984). *Facial communication of emotions in early infancy*. New York,NJ: Erlbaum: N.Fox& R. Davidson (Hg.) The psychobiology of affective development (S. 207-230) Hillsdale.
- Gallo, F. P. (2009). *Energetische Selbstbehandlung, Das Trauma aus Körper und Seele klopfen*. Kösel.
- Gendlin, E. (1981). *Focusing, Selbsthilfe bei Lösungen persönlicher Probleme*. Salzburg: Müller.
- Grossmann, K. E. (2003). *Engagement für ein Lebenswerk zum Verständnis menschlicher Entwicklung über den Lebenslauf*. Stuttgart: K.H.Brisch &T.Hellbrügge (Hrsg.) Bindung und Trauma Risiken für die Eltern und Kinder , Klett-Cotta, 15-33.
- Grossmann, K. Z. (1999). *A wider view of attachment and exploration: Stability and change during the years of immaturity*. New York, Guilford Press: J.Cassidy& p:Shaver (Hg) Handbook of attachment, Theory, research and Clinical Applications, (S.760-786).
- Hedges, L. (1997). *Surviving the transference psychosis*. Northvale,NJ. Jason Aronson: L.Hedges,R. Hilton, V.Hilton, &O.J.Caudill (Hg.)Therapists at risk: Perils of the intimacy of therapeutic relationship S.109-145 .

- Heller, L. L. (2012). *Entwicklungstrauma heilen; Alte Überlebensstrategien lösen, Selbstregulierung und Beziehungsfähigkeit stärken*. München: Kösel.
- Herman, J. (1992 dt. 2003). *Trauma and recovery, dt: Die Narben der Gewalt*. New York: Basic Books dt: Paderborn Junfermann.
- Hillman, J. (1996). *The Soul's code; In Search of Character and Calling*. London: Bantam.
- Huizink, A. d. (2002). *Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry 41:1078-85.*
- Huizink, A. d. (2003). *Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. Journal of Child Psychological Psychiatry 44:810-818.*
- Hüther, G. A. (1999). *Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 45:2-17.*
- Jaenicke, C. (2006). *Das Risiko der Verbundenheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Janet, P. (1925). *Principles of Psychotherapy*. London: Allen&Unwin  
Erstveröffentlichung Paris 1919.
- Keleman, S. (1885). *Emotional Anatomy*. Berkeley, CA: Center Press.
- Kepner, J. (1987, 1999). *Body Process, A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy*. Cambridge MA : Gestaltinstitute of Cleveland Press.
- Kepner, J. (1995). *Healing tasks: Psychotherapy with Adult Survivors of Childhood Abuse*. San Francisco CA.: Jossey-Bass.
- Kurtz, R. &. (1976). *The body reveals: An illustrated guide to the psychology of the body*. New York: Holt.
- Kurtz, R. (1990/dt: 1994). *Body-centered Psychotherapy: The Hakomi-Method. Mendocino, CA.: Liferhythm: dt: Hakomi, eine körperorientierte Psychotherapie*. München : Kösel.
- Lane, R. &. (2004). *Neural substrates of conscious emotional experience: A cognitive-neuroscientific perspective*. Philadelphia, Benjamins: M.  
Beauregard (Hg) consciousness , emotional self-regulation , and the brain (S.87-122).

- Lanius, R. B. (2006). *A review of neuroimaging studies of hyperarousal and dissociation in PTSD: Heterogeneity of response to symptom provocation. Journal of Psychiatric Research.*
- Lanius, R. D. (2001). *Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Investigation. American Journal of Psychiatry* 158, 1920-1922.
- Lanius, R. W. (2004). *The Nature of Traumatic Memories. A 4-fMRI Functional Connectivity Analysis . American Journal of Psychiatry, 161, 36-44.*
- Laub D, A. N. (1993). *Int. J.Psychoanal.. 1993 Apr.;* 74 S.2.
- Le Doux, J. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life.* New York: Simon&Schuster.
- LeDoux, E. (2000). *Emotion Circuits in the Brain: Annual review of Neuroscience* 23,Nr.1, 155-184 .
- Leuzinger-Bohleber, M. (2009). *Frühe Kindheit als Schicksal? Trauma, Embodiment Soziale Desintegration, Psychoanalytische Perspektiven.* Stuttgart, 101-122: Kohlhammer.
- Levine, P. &. (2004). *Breath and Consciousness; reconsidering the viability of breathwork in consciousness: A somatic anthology 8S.267-293).* BerkeleyCANorth Atlantic books.
- Levine, P. (2010). *Sprache ohne Worte, Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt.* München: Kösel.
- Levine, P. F. (1997/ dt: 1998). *Waking the tiger: Healing Trauma /dt: Traumaheilung: Das Erwachen des Tigers.* Berkley CA dt./Essen, Synthesis: North Atlantic Books.
- Luria, A. (1980). *Higher cortical functions in man (Rev. Ausg.) dt. Ausgabe: Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen.* New York, Berlin: Basic Books: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Lynn, J. (1978). I-Thou Relation in Gestalt Therapy. In S. B. Doubrawa, *Lexikon der Gestalttherapie.* Los Angeles, California School of Professional Psychology: Peter hammer Verlag.

- Lyons-Ruth, K. (1991). *Disorganized Attachment behaviour in infancy: Short term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes*. New York: Attachment and developmental Psychopathology, 3, 377-396.
- MacLean, P. (1990). *The Triune Brain in Evolution: Role in paleocerebral Functions*. New York: Springer.
- Main, M. &. (1986). *Discovery of a new, insecure/disorganized/disoriented attachment pattern*. Norwood, Nj: Ablex: T.Brazelton&M.Yogman( Hg.) Affective development in infancy (S.95-124).
- Main, M. (1991). *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs. Multiple (incoherent) models of attachment*. London, Tavistock: 127-159: C.M.Parkes, J.Stevenson-Hinde&P.Mavis: Attachment across the Life Cycle.
- McEwan, B. (1995). *Adrenal steroid actions of brain: Dissecting the fine line between protection and damage*. New York: Lipponcott-Raven: D.Friedman, D.S.Charney, & D.Y.Deutch (Hg) Neurobiological and clinical consequences of stress. From normal adaption to posttraumatic stress disorder (S. 135-147).
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
- Merleau-Ponty, M. (2003). *Das Auge und der Geist*. Hamburg: Meiner.
- Morgan, M. R. (Extinction of emotional learning: Contribution of medial prefrontal cortex. *Neuroscience Letters* 163(1), 109-113). 1993.
- Moscovitch, M. &. (2002). *The frontal cortex and working with memory*. New York: D.Stuss& R Knight.(Hg) Principles of frontal lobe function (S.188-209), Oxford University Press.
- Muth, C. (2015). *Das Zwischen, eine dialog-phänomenologische Perspektive*. Köln, Kassel: GIK Press.
- Naranjo, C. (1993). *Gestalttherapy: The attitude and practice of a theoretical experientialism*. Nevada City, CA: Gateways; dt:(1996); gestalt.Freiamt:Arbor.
- Nijenhuis, E. v. (2004). *The emerging psychobiology of trauma related dissociation and dissociative disorders*. London: Wiley: H.D' Haenen, J., DenBoer, & P.Willner (Hg) Biological Psychiatry (S.1079-1098).

- Ogden, P. M. (2000). *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for processing traumatic memory*. *Traumatology* 6(3),1-20.
- Ogden, P. M. (2006). *Trauma and the Body , A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: Norton.
- Ogden,P., Minton, K., & Pain,C. (2010). *Trauma und Körper, Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Orange, D. (2004). *Emotionales Verständnis und Intersubjektivität: Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie*. Frankfurt am Main : Brandes und Apsel.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Parkes, C.M., Stevenson-Hinde,J., &Mavis,P,.. (1991). *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock.
- Perls, F. (1947, 1992). *Ego, Hunger und Aggression, A Revision of Freud`s Theory ans Method*. New York: Highland, Gestalt Journal Press.
- Perls, F. (1980). *Gestalt Wachstum Integration*. In *Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen*. Paderborn.
- Perls, F. H. (1951,1998). *Gestalt therapy: Excitement and Growth in the Humnan Personality*. London: Souvenir Press.
- Perls, L. (1992). *Living at the Boundary, .* Goldsboro ME: Gestalt Journal Press.
- Philippson, P. (2012). *Mind and Matter, The implications of neuroscience research for Gestalt psychotherapy,.* London: Routledge: T.Levine Gestalt Therapy: Advances in Theory and Practice.
- Piaget, J. (1962). *Play,dreams and imitation in childhood. Dt: Nachahmung,Spiel und Traum .* New York: Norton, Dt Stuttgart : Klett-Cotta.
- Porges, S. (2010). *Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, L. (2006). *Überlebenskunst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reite, M. (1985). *The psychobiology of attachment and seperation*. Orlando: Academic Press.
- Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers , The Psychophysiology of trauma Treatment*. NY: Norton.



- Sable, P. (2000). *Attachment and adult Psychotherapy*. Northville,NJ: Jason Aronson.
- Salk, L. (1962). *Mother's heartbeat as an imprinting stimulus. Transactions of the New York Academy of Science 24: 753-763.*
- Schieche, M. (1994). *Behavioral organization in one-year-olds. Quality of mother-infant attachment and immunological and adrenocortical regulation. psychologische Beiträge,36, 30-35.*
- Schmitz, H. (1989). *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: Erlbaum.
- Schore, A. (2001a). *The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health*. *Infant Mental Health Journal,22, 201-269.*
- Schore, A. (2001b). *The right brain as the neurobiological substratum of Freud's dynamic unconscious*. New York: Scharff&J.Scharff(Hg) *Freud at the Millenium: The evolution and application of psychoanalysis*(S. 61-88) Other Press.
- Schore, A. (2003a). *Affect dysregulation and disorder of the self*. New York: Norton.
- Schore, A. (2003b). *Affect regulation and the Repair of the Self*. New York: Norton.
- Siegel, D. (1999/ dt.2006). *The developing mind/ Dt: Wie wir werden ,die wir sind*. New York /Paderborn: Guildford Press/ Junfermann.
- Siegel, D. (2003). *An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma:*. New York: Norton: M.Solomon& D. Siegel (Hg) *Healing Trauma , Attachment, Mind, Body and Brain* (S.1-5).
- Siegel, D. (2006). *An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: Awareness, mirror neurons,and well-beeing*. *Psychiatric Annals, 36(4), 248-256.*
- Siegel, D. (2007). *The Mindful Brain, Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-beeing*. New York: Norton.

- Soth, M. (11.2.2013, 2. 11.). *How the wound enters the room and the relationship*. Retrieved from [www.soth.co.uk](http://www.soth.co.uk): [integra-cpd.co.uk](http://integra-cpd.co.uk)
- Sroufe, L. (1997). *Psychopathology as an outcome of development*. *Developmental Psychopathology*, 9, 251-268.
- Steele, K. d. (2005b). *Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias*. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6.(3 )S. 11-53.
- Stern, D. (1998a). *Die Lebenserfahrungen des Säuglings, 6.Aufl.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stolorow, R. (2002). *Worlds of Experience*. New York: Basic Books.
- Taylor, M. (2014). *Trauma Therapy and Clinical Practice, Neuroscience, Gestalt and the Body*. UK, NY: Open University Press.
- Taylor, S. K. (1992). *How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders?* *Journal of Anxiety Disorders*, 6,249-259.
- Van der Kolk, B. (1994). *The body keeps the score; Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress*. *Harvard Review o Psychiatry* 1, 253-265.
- Van der Kolk, B. (2002/dt. 2003). *Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma in Francine Shapiro`s EMDR: Promises for paradigm shift. dt.: Jenseits der Redekur : Somatisches Erleben und subkortikale Prägung bei der Traumabehandlung* . Washington DC , American Psychological Association Dt:Paderborn Junfermann, S 83-112: Francine Shapiro (2002) EMDR as an integrative Psychotherapy Approach .
- Van der Kolk, B. (2014). *Verkörperter Schrecken, Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: G.P.Probst Verlag.
- Van der Kolk, B. M. (A general approach to treatment of post traumatic stress disorder.). 1996. B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L.Weisaeth (Hg) *Traumatic Stress: The effects of overwhelming stress on mind, body, and society* (S. 417-440)New York: Guildford Press.

- Van der Kolk, B. S. (1992). *The Biological Response to Psychic Trauma: The Mechanism and Treatment of Intrusion and Numbing, Anxiety Research (UK),4,199-212.*
- Vogt, B. &. (1993). *Neurobiology of cingulate cortex and limbic thalamus: A comprehensive handbook.* Boston: Birkhauser.
- Werner, E. (2007). *Entwicklung zu Risiko und Resilienz. Was Kinder stärkt. Erziehung zu Risiko und Resilienz.* München: Reinhardt,20-31.:  
G.Opp&M.Fingerle (Hrsg.).
- Wilbarger, P. &. (1997). *Sensory deventiveness and related social/emotional and neurological problems.* Van Nuys,CA: Wilbarger.
- Wilkinson, M. (2010). *Changing minds in Therapy, Emotion, Attachment, Trauma and Neurobiology.* New York: Norton.
- Willemsen, G. &. (2001). *Sensory integration and self-regulation in infants and toddlers: Helping young children to interact with their environments.* Washington DC: Zero to Three.
- Winnicott, D. (1945/ dt: 1976). *Primitiv emotional development, Collected Papers: Through paediatrics to psycho-analysis (S.145-156 dt: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse).* London/ München : D.W. Winnicott (Hrsg) Hogarth Press, Kindler.
- Yehuda, R. (1997). *Sensitization of the hypothalamic -pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder.* New York Academy of Science: R.Yehuda& A.C. MacFarlane (Hg), Psychobiology of posttraumatic stress disorder (S.57-75).
- Yehuda, R. (1998). *Neuroendocrinology of trauma and posttraumatic stress disorder.* Washington D.C.: American Psychiatric Association: R.Yehuda (Hg) Psychological Trauma (S.97-131).
- Yontef, G. (2005). *Gestalt Therapy of Change.* Thousand Oaks, CA: Sage: A.Woldt &S.Toman Gestalttherapy, History, Theory and Practice,.
- Zimmermann, P. G. (1996, 12.-16.8.). *transgenerational aspects of stability in attachment quality between parents and their adolescent children.* Vortrag in Quebec, Kanada,.

**Bildverzeichnis:**

Abbildung 1: <https://digitalempathyvet.com/website-conversions-a-scientific-approach/>

Abbildung 2: [https://de.wikipedia.org/wiki/Limbisches\\_System](https://de.wikipedia.org/wiki/Limbisches_System)

Abbildung 3: <https://www.lernenundentwickeln.ch/2015/12/31/die-polyvagale-theorie-von-stephen-porges/>

Abbildung 4: <http://eggetsberger-info.blogspot.com/2018/05/wenn-die-wirkung-von-meditation-und.html>