



Regina Lackner

Stabilisierung in der Trauma- behandlung

Ein ganzheitliches
methodenübergreifendes
Praxisbuch

 Springer

Stabilisierung in der Traumabehandlung

Regina Lackner

Stabilisierung in der Traumabehandlung

Ein ganzheitliches
methodenübergreifendes Praxisbuch

 Springer

Regina Lackner
Wien, Österreich

ISBN 978-3-662-62481-4 ISBN 978-3-662-62482-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-62482-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: © Elenarts / stock.adobe.com / 76760562

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

*In herzlicher Verbundenheit
Liebe und Dankbarkeit
meinen Eltern
Gerda und Hans Lackner*

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

schon als Jugendliche haben mich die Lebensgeschichten von Menschen bewegt, die traumatische Erfahrungen erleben mussten. Schon damals hat es mich berührt und erstaunt, dass viele trotz ihrer Erlebnisse weiterleben, ihren Weg gehen und ihr Leben meistern können.

Dabei hat mich zum einen die Geschichte meiner Mutter geprägt, die 1945 als junges Mädchen in Südmähren Zerstörung und Gewalt erlebt hat, mit ihrer Familie vertrieben wurde und nach Österreich fliehen musste. Zum anderen die Lebensgeschichten und Erzählungen von Überlebenden des Holocaust, die mich schon während meiner Schulzeit bewegt und interessiert haben. Und schließlich haben mich meine eigenen frühen Traumatisierungen, insbesondere der frühe Tod meines Vaters, die Tragweite traumatischer Erfahrungen spüren lassen.

Bereits während meines Psychologiestudiums, v. a. durch meine Beschäftigung mit Gewalt in Familien und Partnerschaften, hat mich das Thema Trauma und seine Bewältigung gepackt. Mit diesem befasste ich mich schließlich auch im Rahmen meiner Dissertation über die Bewältigung sexueller Gewalterfahrungen von Frauen. Aus dieser entwickelte sich mein großes Interesse an möglichen Tools, die traumatisierte Menschen stärken und stabilisieren können. Durch meine Tätigkeit als Referentin des Moduls für Stabilisierung des Trauma-Curriculums der Österreichischen Akademie für Psychologie entstand schließlich meine Idee, diese Tools gesammelt als Kompendium zu veröffentlichen, und somit dieses Buch.

Es gibt mittlerweile eine Fülle an Forschungsarbeiten zu den Auswirkungen traumatischer Erfahrungen und einige umfassend erforschte, fundierte und sehr effiziente Methoden, diese zu bearbeiten. Die Stabilisierung, das Fundament und Herzstück der Traumabehandlung, wurde dabei bislang jedoch wenig beleuchtet. Es ist mein Herzensanliegen, mit diesem Buch die Bedeutung und weitreichende Wirksamkeit der Stabilisierung aufzuzeigen und damit dazu beizutragen, die Behandlung von Traumatisierungen noch wirksamer zu machen und unsere Klienten und Klientinnen auf ihrem Weg zur Heilung noch umfassender zu unterstützen.

Wien, im Januar 2021

Herzlich
Regina Lackner

Inhaltsverzeichnis

1	Stabilisierung – Notwendigkeit, Wirkung, Nutzen	1
	Literatur.....	6
Teil I Praxisrelevante Grundlagen		
2	Traumatisierung in ihrer Vielfalt	9
2.1	Die Vielfalt traumatisierender Ereignisse und Umstände	9
2.2	Traumafokussierte Anamnese: Eine Notwendigkeit	13
2.3	Die Vielfalt der Folgen und möglichen Diagnosen	16
2.3.1	Trauma first!.....	17
2.3.2	Diagnosen: Vorsicht!	18
	Literatur.....	19
3	Neurowissenschaftliche Einblicke	21
3.1	Das Nervensystem: Kurz und bündig	21
3.1.1	Der Vagusnerv	22
3.1.2	Stephen Porges' Polyvagal-Theorie.....	23
3.1.3	Immobilität – Erstarrung und Shutdown	27
3.1.4	Die Bedeutung der Polyvagal-Theorie für die Traumabehandlung.....	29
3.2	Das dreieinige Gehirn	30
	Literatur.....	33
4	Unser Körper und seine Bedeutung für die Stabilisierung	35
4.1	Unser Körper – Spiegel der Traumatisierung.....	36
4.1.1	Körperliche Symptome als Spiegel des traumatischen Geschehens	36
4.1.2	Körperliche Symptome als Ausdruck des aktivierten Verteidigungssystems.....	37
4.1.3	Körperliche Reaktionen als diagnostische Hinweise.....	38
4.1.4	Körperliche Reaktionen als Ausdruck des Aktivierungszustandes	39
4.2	Unser Körper erinnert sich.....	42
4.3	Unser Körper – Ort und Instrument der Stabilisierung	48
	Literatur.....	53

5	Embodiment – die Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche	55
	Literatur.	57
6	Resilienz.	59
6.1	Resilienz und die Bekräftigung unserer Klientinnen.	63
6.2	Resilienz als Aspekt der Psychoedukation.	64
	Literatur.	66
7	Posttraumatisches Wachstum	69
	Literatur.	73

Teil II Die Vielfalt der Wege und Mittel der Stabilisierung

8	Ressourcen – das Herzstück der Stabilisierung.	77
8.1	Äußere Ressourcen	78
8.2	Innere Ressourcen	79
8.3	Unserer Körper – eine Ressource für sich	79
8.4	Anmerkungen zu „bedenklichen“ Ressourcen.	80
	Literatur.	81
9	Achtsamkeit und Selbstgewahrsein.	83
9.1	Selbstgewahrsein	84
9.2	Achtsames Erkunden, Erforschen und Experimentieren	85
9.3	Körperwahrnehmung und Erdung (Grounding).	88
9.4	Atem und Atemübungen	89
9.5	Achtsame Bewegung – Yoga, Feldenkrais und Co.	92
9.6	Meditation	94
	Literatur.	96
10	Imagination – die Kraft innerer Bilder.	99
10.1	Die Begleitung von Imaginationen	100
10.2	Die Anwendung von Imaginationen	102
10.3	Der innere sichere Ort	102
10.4	Die vielfältigen Möglichkeiten der Imagination	104
10.5	Ganzheitlich erlebte Imaginationen.	105
10.6	Ein paar Hinweise	105
	Literatur.	106
11	Innere Anteile	107
11.1	Gesunde jüngere Anteile entdecken und beleben	109
11.2	Verwundete jüngere Anteile heilen	111
11.3	Weitere gesunde Anteile entdecken, beleben und stärken	114
	Literatur.	115
12	Die Kraft positiver Gedanken	117
12.1	Traumatisierungen und die veränderte Sicht auf das Leben	120
	Literatur.	122

13 Bewegung – körperliche Aktivität und Sport 123

13.1 Die positive Wirkung von Sport 125

13.2 Zu beachtende Aspekte 126

Literatur 126

14 Spiritualität und Religion 129

14.1 Zugang zu geistigen Welten 130

14.2 Gebete und Mantras 131

Literatur 132

15 Verlust und Trauer – Abschied nehmen und die Beziehung wandeln . 133

15.1 Abschied nehmen 133

15.2 Die Beziehung wandeln 134

15.3 Nachodkontakte 134

Literatur 136

16 Wut und Aggression 137

16.1 Wut als natürliche Reaktion des Selbstschutzes und der Verteidigung 137

16.2 Ventile für die Wut 138

16.3 Ausdruck der Wut 139

16.4 Ein paar Worte zu Rachegefühlen und -fantasien 140

16.5 Achtsam, kontrolliert und wohl dosiert 142

16.6 Die Notwendigkeit des bewusst erlebten Ausdrucks der Wut 142

Literatur 143

Teil III Grundlegende Bedingungen

17 Unsere innere Haltung 147

17.1 Die Bedeutung unserer Präsenz 147

17.2 Wertschätzend und achtsam 148

17.3 Transparent, partnerschaftlich und die Selbstbestimmung stärkend 149

17.4 Offen für Bedenken und Kritik 149

17.5 Parteilich und solidarisch 150

17.6 Unser Verständnis von Traumatisierungen 151

17.7 Traumatisierte Menschen als Überlebende mit gesunden Anteilen erkennen 152

17.8 Leiten und führen 152

17.9 Auf uns selbst achten 152

Literatur 153

18 Exkurs: Die Sicht auf das Positive und Stärkende 155

18.1 Positive Psychologie 155

18.2 Positive Psychotherapie 160

18.3 Anregungen für die Stabilisierung 161

18.4 Prospektive Psychologie und Psychotherapie 162

18.5 Anregungen für die Stabilisierung 165

Literatur 166

19	Sicherheit und Halt geben	169
19.1	Signale der Sicherheit	169
19.2	Äußere Gegebenheiten	170
19.3	Rahmenbedingungen	170
19.4	Äußere vor innerer Sicherheit	170
	Literatur	171
20	Die Bedeutung der Psychoedukation	173
	Literatur	174

Teil IV Übungen und Interventionen

21	Stabilisierung erklären – Übungen und Interventionen auswählen, erläutern und anwenden.	177
21.1	Übungen und Interventionen individuell abstimmen	178
21.2	Ein Repertoire verschiedener Übungen zusammenstellen	179
21.3	Mit bilateraler Stimulierung verstärken	180
21.4	Das Toleranzfenster beachten – beobachten, dosieren und bremsen	181
	Literatur	182
22	Ressourcen erkunden, aktivieren, stärken und erweitern	183
22.1	Einfach, aber wirksam	183
22.2	Aktuelle Ressourcen sammeln	184
22.3	Frühere Ressourcen aufgreifen	186
22.4	Ressourcen aus der Kindheit aufgreifen	186
22.5	Positive Erinnerungen als Ressourcen	187
22.6	Neue Ressourcen ermöglichen	188
22.7	Die Drei-gute-Dinge-Übung	189
22.8	Träume und Visionen als Ressourcen	189
22.9	Stärken und Fähigkeiten als Ressourcen	190
22.10	Ressourcenportfolio und Ressourcencollage	190
	Literatur	191
23	Sich sicher und beschützt fühlen	193
23.1	Momente des Erlebens von Sicherheit erkunden und integrieren	194
23.2	Momente des Erlebens von Sicherheit erinnern und aktivieren	194
23.3	Etwas Schützendes, das uns umgibt	195
23.4	Sicherheit und Geborgenheit durch jemanden oder etwas	198
23.5	Sicherheit und Geborgenheit für einen jüngeren Anteil	199
23.6	Ein Ort, an dem wir uns rundum sicher und wohl fühlen	200
23.7	Sich bewusst machen, dass die Gefahr vorüber ist	202
23.8	Sich erden	203
23.9	Körperempfindungen wahrnehmen	204
23.10	Eine Körperhaltung einnehmen, die Sicherheit vermittelt	204
23.11	Berühren, umarmen und einkuscheln	205
23.12	Wippen, schwingen und schaukeln	206

23.13	Singen und tönen – hören und lauschen	207
23.14	Gebete, Mantras und Affirmationen.	207
	Literatur.	208
24	An innerer Stärke gewinnen	209
24.1	Sich die eigene Stärke bewusst machen.	209
24.2	Momente der inneren Stärke erkunden und integrieren.	210
24.3	Momente der inneren Stärke erinnern und aktivieren	210
24.4	Imagination eines Krafttieres.	210
24.5	Durch Bewegung die innere Stärke wahrnehmen und vertiefen . . .	211
	Literatur.	215
25	Das Nervensystem beruhigen – zur Ruhe kommen und entspannen. .	217
25.1	Angenehme und neutrale Eindrücke wahrnehmen	217
25.2	Bewusst atmen	218
25.3	Relaxation Response – Entspannungsreaktion	221
25.4	Sich achtsam bewegen	221
25.5	Wippen, schaukeln und schwingen	222
25.6	Singen und tönen, summen und pfeifen.	222
25.7	Gähnen und gurgeln.	223
25.8	Kälte, kaltes Wasser und Eis	223
25.9	Unangenehme Gefühle und Zustände benennen	223
25.10	Sich berühren	224
25.11	Imaginationen	226
25.12	Meditationen	227
25.13	Hook-up	227
	Literatur.	228
26	Unruhe und innere Spannungen abbauen	231
26.1	Ventile erkunden und entdecken	231
26.2	Mit Bewegung Spannung und Unruhe abbauen	232
26.3	Progressive Muskelentspannung	235
26.4	Kreative und spielerische Aktivitäten und Co.	235
	Literatur.	235
27	Aus Dissoziationen herausfinden	237
27.1	Die Auslöser und Vorzeichen erkunden	238
27.2	Orientieren im Hier und Jetzt.	239
27.3	Sich bewegen	240
27.4	Balancieren und Geschicklichkeitsübungen	241
27.5	Sich erden.	241
27.6	Singen und pfeifen, tönen und summen.	241
27.7	Musizieren, klatschen und Body Percussion	241
27.8	Energiebahnen und Akupunkturpunkte aktivieren.	242
27.9	Kaltes Wasser und Eis	242
27.10	Rätsel und Spiele mit Zahlen und Wörtern	242
27.11	Hilfreiche Werkzeuge.	243

27.12	Das Notfall-Kit.	243
27.13	Vorsicht in akuten Momenten	243
	Literatur.	245
28	Den Körper (wieder) spüren	247
28.1	Körperempfindungen erkunden	247
28.2	Sich achtsam bewegen	248
28.3	Berühren, drücken, klopfen und massieren	249
28.4	Sich erden.	249
28.5	Bewusst atmen	250
28.6	Singen, tönen und summen	250
	Literatur.	250
29	Flashbacks stoppen und aus ihnen aussteigen	251
29.1	Die Auslöser erkunden.	251
29.2	STOPP	252
29.3	Sich ablenken.	253
29.4	Orientieren im Hier und Jetzt.	253
29.5	Sich bewegen	254
29.6	Balancieren und Geschicklichkeitsübungen	254
29.7	Sich erden.	254
29.8	Musizieren, klatschen und Body Percussion	255
29.9	Singen und pfeifen, tönen und summen.	255
29.10	Bewusst atmen	255
29.11	Kaltes Wasser und Eis	256
29.12	Spiele mit Zahlen und Wörtern	256
29.13	Das Notfall-Kit.	256
29.14	Imaginationen	256
29.15	Differenzieren und Distanz gewinnen	259
29.16	Flashbacks verändern.	259
	Literatur.	260
30	Gedanken stoppen und hinter sich lassen	261
30.1	Gedanken wahrnehmen und beobachten	262
30.2	Imaginationen	262
30.3	Bekräftigende Sätze und Affirmationen.	263
30.4	Worry Appointments	264
30.5	Schreiben und ablegen	264
30.6	Focused Distraction	264
30.7	Bewusst atmen	265
30.8	Gedanken und jüngere Anteile.	265
30.9	Gedanken und frühere Zuschreibungen.	266
30.10	Gedanken und die Suche nach Erklärungen	266
	Literatur.	267
31	Ängste reduzieren und bewältigen	269
31.1	Atmen – ein Schlüssel zur Reduktion von Angst.	269

31.2	Schwingen, schaukeln und wippen	270
31.3	Singen und pfeifen, summen und tönen.	270
31.4	Die Zunge lockern und lösen	270
31.5	Sich erden.	270
31.6	Orientieren im Hier und Jetzt.	271
31.7	Bewegung und Sport	271
31.8	Die Angst wahrnehmen	271
31.9	Angst und innere Anteile	273
31.10	Imagination angstfreier Momente	274
31.11	Imagination von Schutz und Sicherheit	275
31.12	Akupunkturpunkte aktivieren und Impulsströmen	275
31.13	Gebete	275
	Literatur.	276
32	Panikattacken abfangen und auflösen	277
32.1	Die Auslöser erkunden.	277
32.2	Kaltes Wasser und Eis	278
32.3	Sich erden.	278
32.4	Sich bewegen und die Körperhaltung verändern	278
32.5	Orientieren im Hier und Jetzt.	278
32.6	Langsam atmen – lange ausatmen	279
32.7	Singen und pfeifen, summen und tönen.	279
32.8	Akupunkturpunkte aktivieren	279
32.9	Mit Gedanken gegensteuern.	279
32.10	Imaginationen, die uns Sicherheit vermitteln	279
32.11	Ein Anker im Außen.	280
32.12	STOPP	280
32.13	Das Notfall-Kit.	280
	Literatur.	280
33	Erstarrung lockern und lösen	283
33.1	Die Erstarrung wahrnehmen und lösen	283
33.2	Imagination des Gegenteils der Erstarrung	285
33.3	Die Vorstellung, nicht erstarrt zu sein	285
33.4	Versichern von Sicherheit im Hier und Jetzt	285
33.5	Imagination von Sicherheit und Geborgenheit	286
33.6	Sich erden.	286
33.7	Bewusst atmen	286
33.8	Singen und pfeifen, summen und tönen.	286
33.9	Äußere Reize und Eindrücke wahrnehmen	287
33.10	Akupunkturpunkte aktivieren	287
	Literatur.	287
34	Bedrücktheit, Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit lindern	289
34.1	Zulassen und anerkennen.	289
34.2	Achtsam sein	290

34.3	Körperempfindungen erkunden	290
34.4	Den Bewegungsimpulsen des Körpers folgen	291
34.5	Tröstung auf imaginativer Ebene	291
34.6	Positive Aspekte beachten	291
34.7	Momente der Lebendigkeit wiederbeleben	292
34.8	Imagination von Lebendigkeit	293
34.9	Die Körperhaltung verändern	293
34.10	Zukunftsvisionen zulassen	293
34.11	Sport und Bewegung	293
34.12	Tonglen	294
	Literatur	294
35	Mit Wut und Ärger umgehen	295
35.1	Die Wut wahrnehmen und beobachten	296
35.2	Ventile für die Wut	296
35.3	Die Auslöser erkunden	297
35.4	Den Bewegungsimpulsen des Körpers folgen	298
35.5	Die Wut auf imaginativer Ebene zulassen und lösen	299
35.6	Abreagieren	302
35.7	Die Notwendigkeit des bewusst erlebten Ausdrucks der Wut	302
	Literatur	302
36	Grenzen erkunden und wahrnehmen	303
36.1	Unsere Körpergrenzen wahrnehmen	303
36.2	Sich ausdehnen und strecken	303
36.3	Unsere Grenze imaginieren	304
36.4	Etwas Schützendes, das uns umgibt	304
36.5	Unsere Grenzen wahrnehmen und setzen	305
	Literatur	305
37	Schuld ablegen	307
37.1	Innerer Dialog mit Verstorbenen	307
37.2	Die Schuld an eine höhere Kraft oder Wesenheit übergeben	308
37.3	Rituale	309
	Literatur	309
38	Scham überwinden	311
38.1	Scham und Aufklärung	312
38.2	Scham, Verbundensein und Würde	312
38.3	Das Gegenteil der Scham erkunden und erleben	312
38.4	Eine Situation wiedererleben, die frei von Scham war	313
38.5	Sich erden, bewusst atmen und sich bewegen	313
38.6	Scham und jüngere Anteile	313
	Literatur	314

39	Selbstverletzendes Verhalten verstehen und ersetzen	315
	Literatur.	316
40	Suizidgedanken verstehen und verändern	317
	Literatur.	318
41	Sich noch etwas Gutes tun	319
	Literatur.	322
	Danksagung	323
	Stichwortverzeichnis	325



Stabilisierung – Notwendigkeit, Wirkung, Nutzen

1

Inhaltsverzeichnis

Literatur..... 6

Die Stabilisierung ist das Fundament und das Herzstück jeder Traumabehandlung. Sie steht an ihrem Beginn und sollte den gesamten Behandlungsprozess bestimmen; gleichsam wie ein kontinuierliches Band, das sich durch diesen zieht und ihn dabei gleichzeitig einbettet.

Wenn die Traumabehandlung einem Weg gleicht, dann ist es die Stabilisierung, die es uns ermöglicht und erleichtert, diesen zu gehen; all die Hürden und Erschwernisse zu bewältigen, uns im Gelände zurechtzufinden, mit der Witterung zurechtzukommen und unserem Ziel Schritt für Schritt näher zu kommen. Die stabilisierenden Übungen und Interventionen sind dann unsere Ausstattung, unser Proviant, unser Erste-Hilfe-Kit sowie all die Eindrücke und Erfahrungen, die wir auf unserem Weg sammeln, und die uns stärken und bereichern.

Die Notwendigkeit der Stabilisierung wird zwar vielfach betont und in der Literatur und in Fortbildungen zur Traumabehandlung stets hervorgehoben; eine eingehende Auseinandersetzung mit ihr gibt es bislang jedoch nicht. Was Stabilisierung tatsächlich bedeutet, welche umfassende Wirkung sie hat, wie maßgeblich sie zur Gesundheit unserer Klientinnen und Klienten¹ beitragen kann und wie sehr sie die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen unterstützt und erleichtert, blieb bisher weitgehend unbeachtet.

Standardmäßig wird die Stabilisierung als die erste von 3 Behandlungsphasen beschrieben:

¹Um alle Geschlechter anzusprechen verwende ich im gesamten Buch durchgängig abwechselnd die weibliche und die männliche Form.

- Phase 1: Die Stabilisierung – gilt der Etablierung von Sicherheit, der Stabilisierung und der symptombezogenen Behandlung.
- Phase 2: Die Bearbeitung – gilt der Be- und Verarbeitung sowie der Lösung traumatischer Erinnerungen.
- Phase 3: Die Integration – gilt der Integration dessen, was in Phase 1 und 2 gewonnen werden konnte und der Reintegration der Persönlichkeit (u. a. Herman 1992; Rothschild 2017; van der Kolk et al. 2000).

Dieses phasenorientierte Modell geht auf Pierre Janet zurück, einem französischen Psychiater, der es erstmals Ende des 19. Jahrhunderts vorgestellt hat. Für lange Zeit geriet es jedoch in Vergessenheit. Erst Ende der 1980er-Jahre wurde es von den beiden Traumaexperten Bessel van der Kolk und Onno van der Hart wieder aufgegriffen und seitdem in mehreren Artikeln und Büchern beschrieben (u. a. van der Hart et al. 1989). Judith Herman, eine weitere Traumaexpertin, hat es mit ihrem 1992 erschienenen Buch *Trauma and Recovery* (dt. „Die Narben der Gewalt“) einer größeren Leserschaft bekannt gemacht. Heute gilt Janets Modell als „Goldstandard“ jeder Traumabehandlung (Rothschild 2017, S. 12). Es gibt uns eine Struktur vor und zeigt auf, dass eine gelingende Traumabehandlung auf allen 3 Phasen basiert. Dabei kommt der Stabilisierung eine besondere Bedeutung zu. Je stabiler unsere Klientinnen sind, umso eher und besser können sie mit den Auswirkungen ihrer Traumatisierung umgehen, ihren Alltag und ihr Leben meistern und die Herausforderungen der Bearbeitung ihrer traumatischen Erinnerungen bewältigen.

Wir dürfen Piere Janets Modell jedoch nicht ausschließlich linear sehen, so als würde eine Phase auf die andere folgen und danach der Prozess abgeschlossen sein. Bei einer Traumatisierung durch ein einzelnes Ereignis (beispielsweise einen Unfall), das keine weiteren Folgen wie z. B. schwere Verletzungen, Operationen oder bleibende körperliche Beeinträchtigungen mit sich bringt, mag die Behandlung tatsächlich diesen 3 Phasen entsprechen. Bei mehrfachen, wiederholten, chronischen und komplexen Traumatisierungen spiegelt dieses Modell allerdings lediglich den groben Behandlungsverlauf wider. Innerhalb dessen wiederholen sich Stabilisierung, Bearbeitung und Integration nicht nur mehrmals; vielmehr greifen sie ineinander über. So folgen auf Stabilisierung Bearbeitung und Integration, dann eine neuerliche Bearbeitung und wiederum Stabilisierung und Integration. Und auch während der Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen kommt der Stabilisierung eine bedeutende Rolle zu: Stabilisierung und Traumabearbeitung erfolgen dabei Hand in Hand.

Somit ist die Stabilisierung weitaus mehr als nur die 1. Phase der Traumabehandlung; sie zieht sich durch den gesamten Behandlungsprozess und bettet diesen zugleich ein.

Bei der Stabilisierung geht es im Wesentlichen um das Empowerment unserer Klienten und die Verbesserung ihrer Lebensqualität. In diesem Sinne und aus einer umfassenden und ganzheitlichen Sicht betrachtet zielt sie darauf ab, unsere Klientinnen dabei zu unterstützen:

- ihre Symptome zu lindern,
- (wieder) ein Gefühl von Sicherheit und Halt zu entwickeln,
- ein Gefühl der Kontrolle über ihren Körper, ihre Emotionen, Gedanken und ihr Leben zu erlangen,
- Kraft und Vitalität zu gewinnen,
- (wieder) mit sich selbst, ihrem Inneren und ihrem Körper in Verbindung zu kommen,
- Zuversicht zu schöpfen und
- durch all das eine Stärkung und Zunahme von Selbstwirksamkeit und Autonomie zu erfahren.

Damit stellt die Stabilisierung ein Gegengewicht zur Last der Traumatisierung dar und wirkt ihrer Wucht entgegen. Ihr Verhältnis zur Traumatisierung können wir uns wie eine Balkenwaage mit zwei Waagschalen vorstellen; eine Schale trägt die Last der Traumatisierung, die andere die ausgleichende Kraft der Stabilität und Stabilisierung. Je größer die Belastung durch die Traumatisierung ist, umso größer muss auch die Kraft der Stabilität und Stabilisierung sein, um dieser entgegenwirken zu können.

Mit Hilfe stabilisierender Techniken lassen sich zum einen die Symptome unserer Klienten lindern, wandeln und mitunter auch lösen. Und zum anderen haben sie mit diesen die Möglichkeit, ihre Befindlichkeit zu beeinflussen und sich selbst zu regulieren und zu stabilisieren, indem sie mit ihrer Unterstützung ihre Stärken und Ressourcen kräftigen und belastenden Emotionen, Erinnerungen, körperlichen Zuständen und Gedanken entgegenwirken. Die Stabilisierung ist daher im Sinne des Empowerments auch eine Hilfe zur Selbsthilfe. Zudem können unsere Klientinnen durch sie wieder ein Gefühl der Sicherheit, des Halts, der Kraft und der Lebendigkeit erleben. Diese Erfahrungen korrigieren jene des Kontrollverlustes, der Ohnmacht und Hilflosigkeit, die sie während und durch ihre traumatischen Erfahrungen erlebt haben und stärken so ihre Selbstwirksamkeit, Autonomie und ihr Selbstwertgefühl. Damit weitet sich mit zunehmender Stabilisierung nach und nach das „Toleranzfenster“ unserer Klienten, so dass sie mit ihren traumatischen Erinnerungen besser umgehen können und auf diese nicht mehr so stark reagieren (Siegel 2012).

Bislang wird das Augenmerk der Traumabehandlung in erster Linie auf die Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen gelegt. Der Stabilisierung kommt dabei lediglich eine vorbereitende Rolle zu; sie wird somit fast ausschließlich als Voraussetzung für die Traumabearbeitung gesehen. Dabei werden zumeist nur ein paar, vornehmlich dieselben stabilisierenden Interventionen empfohlen und angewendet; zu diesen zählen stets die Imagination eines inneren sicheren Ortes, und oftmals jene eines Tresors oder von inneren Helfern und Helferinnen (u. a. Peichl 2018; Reddemann 2001). Der innere sichere Ort wird als unumgänglich für die Stabilisierung vorausgesetzt. Dementsprechend wird er Klientinnen standardmäßig vorgegeben, und diesen als notwendige Voraussetzung vorgestellt, ohne die eine Bearbeitung ihrer traumatischen Erinnerungen nicht möglich sei. Die Vielfalt anderer

stabilisierender Ansätze, Zugänge und Techniken wird dabei oftmals außer Acht gelassen. Um unseren Klienten eine effektive und effiziente Stabilisierung zu ermöglichen, bedarf es jedoch einer Reihe unterschiedlicher stabilisierender Interventionen und Übungen, die wir ihnen anbieten können, damit sie die für sie passenden, leicht anwendbaren und wirksamsten entdecken und auswählen können.

Je stabiler unsere Klientinnen sind, umso besser können sie während der Traumabearbeitung mit der Wucht ihrer traumatischen Erinnerungen umgehen und im Hier und Jetzt bleiben (Rothschild 2017). Und umso besser gelingt es ihnen, danach mit allenfalls auftretenden Nachwirkungen umzugehen. Zudem scheint eine eingehende Stabilisierung das Risiko heftiger Nachwirkungen zu reduzieren. Sind unsere Klienten hingegen (noch) nicht ausreichend stabil und kommt es zu früh zu einer Bearbeitung ihrer traumatischen Erinnerungen, dann besteht die Gefahr, dass sie eine Verschlechterung ihres Zustands, eine weitere Destabilisierung oder sogar eine Retraumatisierung erfahren. Zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie der Wunsch unserer Klientinnen, möglichst rasch ihre Erinnerungen zu bearbeiten, sollten uns daher keinesfalls dazu veranlassen, die Stabilisierung zu vernachlässigen oder zu verkürzen.

Eine umfassende Stabilisierung erleichtert somit den Prozess der Traumabearbeitung und verbessert maßgeblich die Symptomatik unserer Klienten, ihre allgemeine Befindlichkeit und ihre Lebensqualität. Manche fühlen sich aufgrund der Stabilisierung so gefestigt und gestärkt, dass sie durch ihre traumatischen Erfahrungen nicht mehr (so) belastet sind, und es für sie daher nicht mehr notwendig ist, diese zu bearbeiten. Manche unserer Klientinnen möchten auch nur stabilisierend arbeiten und sich mit den traumatischen Erinnerungen nicht näher auseinandersetzen (Rothschild 2017).

Die Stabilisierung basiert zum einen auf unserer Präsenz, unserer Haltung und der Art und Weise, wie wir unsere Klienten begleiten. Und zum anderen auf einer Vielfalt an stabilisierenden Techniken, die wir anwenden und ihnen vermitteln. Diese sollten für unsere Klientinnen leicht erlernbar und umsetzbar sein; wir sollten ihnen nicht allzu viel Mühe abverlangen, sich diese anzueignen und sie anzuwenden. Die Traumabehandlung an sich ist belastend und herausfordernd genug, so dass die Stabilisierung möglichst mühelos und schonend sein und im Idealfall auch immer wieder etwas Freude bereiten sollte.

Beispiel aus der Praxis

Bettina, 29, ist aufgrund ihrer vielfachen, teilweise lebensbedrohlichen Gewalterfahrungen und der massiven Vernachlässigung durch ihre Eltern schwer traumatisiert. Es fällt ihr sehr schwer, mit ihren unkontrolliert aufkommenden Gedanken, Erinnerungen, Körperreaktionen und Emotionen umzugehen; sie fühlt sich diesen gegenüber hilflos ausgeliefert. Zumeist ist Bettinas Körper in einem stark erregten Zustand und hochgradig angespannt. Eine der ersten Stabilisierungsübungen, die ich Bettina vorschlage, ist das Wahrnehmen der Lehne in ihrem Rücken. Bettina fällt dies leicht und sie merkt währenddessen, wie sich ihr Körper nach und nach entspannt. Erstaunt, dass dies möglich ist, noch dazu so

einfach und recht rasch, wendet sie von da an diese kleine Übung immer wieder in ihrem Alltag an. Auch eine weitere stabilisierende Übung erstaunt Bettina: das Wahrnehmen eines Bereichs in ihrem Körper, der sich gut anfühlt.² Sie ist überrascht, dass sich ihr Körper und ihr Inneres bloß dadurch beruhigen, dass sie eine Körperstelle wahrnimmt und beobachtet, die sich angenehm anfühlt – nämlich ihre Füße. Beide Erfahrungen sind für Bettina sehr beglückend; durch beide kann sie unmittelbar eine Verbesserung ihres Befindens erleben und die Erfahrung machen, dass sie dieses beeinflussen kann. ◀

Dieses Beispiel zeigt, wie einfach und rasch stabilisierende Übungen wirken können. Dies setzt allerdings voraus, dass wir über einen Pool an unterschiedlichen Stabilisierungsmöglichkeiten verfügen, aus dem wir unseren Klienten je nach Zielsetzung – beispielsweise zur Stärkung ihres Gefühls der Sicherheit oder zum Abbau von Spannungen – verschiedene anbieten können; gemeinsam können wir dann erkunden und ausfindig machen, welche Techniken für sie ansprechend, leicht umsetzbar und wirksam sind.

Deshalb habe ich dieses Buch verfasst. Es soll Ihnen für Ihre Praxis als Kompendium dienen, in dem Sie neben zahlreichen Anregungen eine Vielfalt an Interventionen und Übungen finden. In Teil IV habe ich diese zusammengetragen und symptom- bzw. bedarfsbezogen sortiert. In Teil III besprechen wir die grundlegenden Bedingungen einer gelingenden Traumabehandlung. Teil II gibt einen ausführlichen Überblick über die Vielzahl der möglichen Wege und Mittel der Stabilisierung. Zuvor lade ich Sie in Teil I zu einem Streifzug durch die wichtigsten praxisrelevanten Kenntnisse über Trauma und Traumatisierung ein.

Wie bereits in einer Fußnote erwähnt, verwende ich im gesamten Buch abwechselnd die weibliche und die männliche Form, um alle Geschlechter anzusprechen.

Die Praxisbeispiele sollen in verdichteter Form jeweils einen bestimmten Aspekt veranschaulichen. Um die Anonymität meiner Klientinnen zu wahren, habe ich dabei ihre Namen sowie ihr Alter verändert und nähere Details weggelassen bzw. abgewandelt. Am Ende von Teil II sowie in Teil IV finden Sie einige rekonstruierte, verkürzte Dialoge aus meiner Praxis. Auch bei diesen habe ich die Namen meiner Klienten geändert; ihr Alter sowie weitere Informationen habe ich gänzlich weggelassen.

²Die Bedeutung der Wahrnehmung angenehmer Körperempfindungen und deren Nutzung als Resource wird ausführlich von Peter Levine beschrieben (1998, 2011).

Literatur

- van der Hart O, Brown P, van der Kolk BA (1989) Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *J Trauma Stress* 2(4):379–395
- Herman JL (1992) Trauma and recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. Basic Books, New York. (Dt. Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Junfermann, Paderborn, 2018)
- van der Kolk BA, van der Hart O, Marmar CR (2000) Dissoziation und Informationsverarbeitung beim posttraumatischen Belastungssyndrom. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Hrsg) Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze, Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie. Junfermann, Paderborn, S 241–261
- Levine PA (1998) Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren. Synthesis, Essen
- Levine PA (2011) Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. Kösel, München
- Peichl J (2018) Integration in der Traumatherapie. Vom Opfer zum Überlebenden. Klett-Cotta, Stuttgart
- Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Klett-Cotta, Stuttgart
- Rothschild B (2017) The body remembers. Volume 2. Revolutionizing trauma treatment. W. W. Norton, New York
- Siegel D (2012) Mindsight. Die neue Wissenschaft der persönlichen Transformation. Goldmann, München

Praxisrelevante Grundlagen

Um traumatisierte Menschen bestmöglich begleiten zu können bedarf es grundlegender Kenntnisse über die Vielfalt der Traumatisierungen, ihre Dynamik und biologischen Grundlagen sowie über die Bandbreite ihrer möglichen Auswirkungen. Dieses Wissen ermöglicht uns zudem, nicht nur unsere Klientinnen in ihrem Erleben und ihrer Belastung zu verstehen und zu erfassen, sondern sie u. a. auch im Rahmen der Psychoedukation ausreichend aufzuklären. Dies ist ein wichtiger Baustein der Stabilisierung; je besser unsere Klienten über Traumatisierungen und ihre möglichen Folgen Bescheid wissen, um so besser können sie z. B. ihre Symptome und Reaktionsweisen nachvollziehen und damit sich selbst verstehen. Dies schenkt ihnen u. a. Klarheit, vermindert ihr Gefühl des Ausgeliefertseins und stärkt ihr Erleben von Normalität.

Zudem ermöglichen uns dieses Wissen, unseren Klientinnen die Bedeutung und Notwendigkeit der Stabilisierung darzulegen und ihnen die Wirkung sowie den Nutzen der einzelnen stabilisierenden Übungen und Interventionen zu vermitteln.

Inhaltsverzeichnis

2.1 Die Vielfalt traumatisierender Ereignisse und Umstände.....	9
2.2 Traumafokussierte Anamnese: Eine Notwendigkeit.....	13
2.3 Die Vielfalt der Folgen und möglichen Diagnosen.....	16
2.3.1 Trauma first!.....	17
2.3.2 Diagnosen: Vorsicht!.....	18
Literatur.....	19

Traumatisierungen können durch eine Vielfalt unterschiedlicher Ereignisse und Umstände ausgelöst werden, die unser Leben oder unsere Unversehrtheit bedrohen und bei denen wir keine oder kaum Handlungsmöglichkeiten haben, unsere Verteidigungsimpulse nicht ausführen oder abschließen können und uns ohnmächtig und hilflos fühlen. Sie können eine Vielfalt an Auswirkungen mit sich bringen, die, gleich einem Kontinuum, von einzelnen Symptomen bis zu komplexen Symptombildern reichen. So wie sie in ihrer Komplexität variieren, können sie auch in ihrer Intensität und Tragweite unterschiedlich erlebt werden.

2.1 Die Vielfalt traumatisierender Ereignisse und Umstände

Klassischerweise wird zwischen Traumotyp I und Traumotyp II unterschieden (Terr 1994); also zwischen einmaligen traumatischen Ereignissen, zu denen u. a. Unfälle gezählt werden, und anhaltenden bzw. sich wiederholenden traumatischen Ereignissen, wie etwa sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit. Diese Differenzierung ist allerdings nicht exakt, da viele traumatische Erlebnisse des Typ I wie z. B. Unfälle oftmals weitere traumatisierende Ereignisse wie Krankenhausaufenthalte, Operationen, medizinische Behandlungen und einschneidende persönliche, familiäre und/oder berufliche Veränderungen mit sich bringen.

Die Ereignisse und Umstände, die traumatisierend wirken können, sind unendlich vielfältig und facettenreich. Viele Menschen denken bei Traumatisierungen in erster Linie an Folter und Krieg, massive körperliche Misshandlungen, sexuellen Missbrauch und Vergewaltigungen, schwere Unfälle oder Naturkatastrophen. Traumatisierungen könne aber auch durch ganz andere, oftmals „stillere“, unauffälligere, weniger offensichtlich dramatische Ereignisse hervorgerufen werden. Dies zeigt sich v. a. bei Kindern sowie bei Erwachsenen, die in ihrer Kindheit von dergleichen Erfahrungen betroffen waren. Ein Sturz beim Reiten, das Verlorengehen in einem Einkaufszentrum, das Kentern mit einem Schlauchboot, unter das sie geraten und von dem sie gerade noch im letzten Moment befreit werden, oder ein Erstickenanfall nach dem Verschlucken beim Essen sind nur einige wenige Beispiele für Ereignisse, durch die Kinder traumatisiert werden können. Neben Unfällen haben v. a. medizinische Untersuchungen, Eingriffe und Behandlungen ein hohes Potenzial traumatisierend zu wirken; sie zählen neben Gewalterfahrungen zu den häufigsten Ursachen von Traumatisierungen bei Kindern (Levine 1998). Viele dieser Ereignisse können jedoch auch für uns Erwachsene traumatisierend sein.

In unserer Praxis, Klinik oder Einrichtung kommen Menschen mit unterschiedlichen Traumatisierungen und zu verschiedenen Zeitpunkten nachdem sich diese ereignet haben; sei es akut nach einem kürzlich geschehenen Ereignis, sei es nach einem eine längere Zeit zurückliegenden Geschehen, das sich erst gegenwärtig durch Symptome ausdrückt. Oft suchen uns Menschen auf, die in ihrer Kindheit und Jugend chronische Traumatisierungen in Form von Vernachlässigung, körperlicher, sexueller und/oder psychischer Gewalt erfahren haben. Viele Menschen suchen unsere Hilfe auch aufgrund von Symptomen, deren Ursache ungeklärt ist, die sich allerdings bei genauem Nachfragen häufig in frühen oder früheren traumatisierenden Ereignissen oder Lebensumständen entdecken lässt. Auch wenn sie bereits eine Diagnose erhalten haben, die vordergründig nicht an eine Traumatisierung denken lässt, wie eine Depression oder Zwangsstörung, finden sich in den Lebensgeschichten unserer Klientinnen oftmals traumatische Erfahrungen. Ein Großteil der Menschen mit Borderlinestörungen haben beispielsweise in ihrer Kindheit und Jugend chronische sexuelle, körperliche und psychische Gewalterfahrungen sowie Vernachlässigung erfahren (u. a. Herman et al. 1989). Auch Depressionen, Angststörungen oder Zwangsstörungen liegen oft diese Erfahrungen zugrunde. Oftmals sind es auch andere Traumatisierungen, wie medizinische Eingriffe, Untersuchungen und Behandlungen beispielsweise Mandeloperationen, die bis vor wenigen Jahrzehnten sehr weit verbreitet waren. Insbesondere schmerzhafteste Behandlungen und Untersuchungen wie Lumbalpunktionen oder Verbandwechsel nach Verbrennungen sowie Operationen, bei denen die Narkose nicht ausreichend stark oder lange genug anhielt, können traumatisierend wirken. Dies können auch vorgeburtliche Ereignisse sein, etwa Gewalterfahrungen der werdenden Mutter oder intrauterine medizinische Eingriffe, Geburtskomplikationen oder eine unmittelbar nach der Geburt erfolgende Trennung bzw. der frühe Verlust der Mutter. Vielfach finden sich in den Lebensgeschichten unserer Klienten auch verschiedene Formen wiederholter subtilerer psychischer Gewalt; dann etwa, wenn ihre Eltern von ihnen Gehorsam forderten und ihre Bedürfnisse und Entfaltung durch strikte Regeln, Normen, Verbote und Strafen beschränkten und unterdrückten. Häufig sind es das kontinuierliche Nichtwahr-

genommen werden eines Kindes und seiner Bedürfnisse oder seine „Benutzung“ zur Erfüllung eigener Bedürfnisse durch seine Eltern, die traumatisierend wirken. Auch längere, progressiv verlaufende oder psychiatrische Erkrankungen eines Elternteiles, seine Pflege und/oder eine längere oder wiederholte Trennung von diesem etwa durch dessen Krankenhausaufenthalte können für Kinder traumatisierend sein. Oder der Tod eines Elternteiles oder Geschwisterkindes sowie das Miterleben von Gewalt innerhalb seiner Familie. Mitunter sind Kinder auch durch die Traumatisierung ihrer Eltern belastet oder selbst traumatisiert. Dieses Phänomen, die transgenerationale Traumatisierung, ist erstmals in den 1960er-Jahren bei Holocaust-Überlebenden, bei Vietnam-Veteranen und in jüngerer Zeit auch bei Kriegsüberlebenden des 2. Weltkrieges beobachtet worden. Sie findet sich häufig bei der Kinder- und Enkelgeneration der Überlebenden des Holocaust sowie des 2. Weltkrieges (u. a. Yehuda et al. 1998). Sie kann aber ebenso durch andere Ereignisse, wie innerfamiliäre sexuelle oder körperliche Gewalterfahrungen, oder frühe Verlusterlebnisse, z. B. durch den Selbstmord eines nahen Familienmitglieds, hervorgerufen werden. Auch das Miterleben des Todes oder einer schweren Verletzung eines anderen Menschen kann zu einer Traumatisierung führen. Schließlich sind es, wie schon erwähnt, oft nur scheinbar unbedeutende oder wenig dramatisch erscheinende, „subtile“ (Levine 2008, S. 20) Ereignisse, durch die unsere Klientinnen in ihrer Kindheit traumatisiert worden sind.

Auch im Erwachsenenalter können Ereignisse traumatisierend wirken, von denen wir meinen, sie dürften oder sollten uns nicht belasten oder wir müssten sie ertragen können; auch zu diesen zählen oftmals medizinische Untersuchungen oder Eingriffe und Operationen.

Beispiel aus der Praxis

Mathilde, 65, leidet seit einiger Zeit unter massiven Ängsten, Unsicherheiten und starker emotionaler Labilität; sie fühlt sich sehr anhänglich, weinerlich und hoffnungslos. Bis vor wenigen Monaten war Mathilde eine selbstbewusste, unabhängige und tatkräftige Frau. Jetzt ist sie so verändert. Mathilde hatte vor einem halben Jahr eine Knieoperation und leidet seitdem unter massiven Schmerzen. Sie fragt sich, ob ihre Veränderung mit dem Eingriff und seinen Folgen zu tun haben könnte. In unseren ersten Gesprächen erinnert sich Mathilde vage an ihre Operation und an Gesprächsfetzen der Ärzte während dieser. Sie entsinnt sich auch an ein Gespräch mit einer Krankenschwester bei ihrer Krankenhausentlassung; diese erzählte ihr vertraulich, dass bei der Operation nicht alles glatt gelaufen und die Narkose nicht ausreichend stark gewesen war. Im Zuge der Bearbeitung von Mathildes Ängsten und Erinnerungen an die Operation wird ihr zunehmend bewusst, dass sie während dieser nicht völlig narkotisiert war; teilweise war sie bei Bewusstsein, hat das Geschehen mitbekommen und dabei unglaubliche Schmerzen gehabt. Aufgrund der Wirkung der Narkose konnte sie sich jedoch weder mittels Gesten noch verbal verständigen und mitteilen. Durch die Bearbeitung lassen allmählich sowohl Mathildes Ängste und Unsicherheiten als auch ihre Schmerzen nach und sie findet wieder zu ihrer ursprünglichen Kraft und Autonomie zurück. ◀

Häufig wird von Eltern oder anderen Erwachsenen nicht erkannt, dass bestimmte Ereignisse für die betroffenen Kinder bedrohlich, dramatisch und belastend sind; mit den Jahren geraten sie oft in Vergessenheit oder es wird ihnen keine Bedeutung mehr beigemessen. Folglich wird auch später bzw. gegenwärtig zwischen den damaligen Erlebnissen und den aktuellen Symptomen kein Zusammenhang hergestellt und ein solcher auch gar nicht in Erwägung gezogen. Durch ein genaues Nachfragen nach möglichen einschneidenden, belastenden Ereignissen und Erfahrungen in der Kindheit und Jugend im Rahmen der Anamnese und bei weiteren Ansatzpunkten im Behandlungsverlauf kommen unseren Klienten diese Ereignisse oftmals wieder in Erinnerung; dabei wird ihnen häufig die damalige Wirkung und Bedeutung dieser Erfahrungen bewusst. Mitunter spüren sie, dass diese nach wie vor eine Wirkung auf sie haben, wodurch ein Zusammenhang zwischen dem damaligen Erleben und der heutigen Symptomatik deutlich erfahrbar und erkennbar wird.

Beispiel aus der Praxis

Bernhard, 42, ein sehr erfolgreicher und beliebter Manager, leidet seit längerem an einer tiefen Traurigkeit, die ihn immer wieder überrollt, teilweise völlig unerwartet und mit starken Weinanfällen verbunden. Er ist ratlos und kann keine Erklärung für seine Zustände finden. Auf meine routinemäßigen Fragen nach schlimmen, bedrohlichen, einschneidenden Ereignissen erzählt Bernhard, dass er mit 5 Jahren seinen besten Freund verloren hat; unmittelbar nachdem sie sich das letzte Mal gesehen hatten, ertrank Bruno in dem Badeteich, in dem sie zuvor gemeinsam baden waren. Während des Erzählens bemerkt Bernhard, wie sehr ihn damals der Tod seines besten Freundes geschockt und völlig verloren und ratlos zurückgelassen hat. Er war mit seinem Schmerz ganz alleine; niemand tröstete ihn, erklärte ihm, was geschehen war oder sprach mit ihm über Brunos Tod. Durch das Erzählen erkennt Bernhard die Verbindung zwischen seiner aktuellen Traurigkeit und Depression und dem damaligen plötzlichen und für ihn so schmerzvollen Verlust. ◀

Frühere traumatisierende Erlebnisse bilden gleichsam den Boden, auf den aktuelle oder jüngere fallen; werden diese neueren Traumatisierungen bearbeitet, dann kann es sein, dass sie sich nicht ganz lösen lassen und weiterhin belastend wirken. Fragen wir dann nochmals nach früheren Erfahrungen nach oder wissen wir von diesen bereits, so entdecken wir oftmals Ereignisse, die den aktuellen zugrunde liegen oder mit diesen verwoben sind. Häufig ähneln diese einander oder weisen dasselbe Thema auf, beispielsweise ein Verlusterlebnis. Dabei vermischen sich die Symptome beider Ereignisse zumeist; jene des früheren werden von dem aktuellen überlagert oder treten durch dieses wieder verstärkt hervor.

Beispiel aus der Praxis

Agnes, 24, erlebte vor ein paar Jahren einen Terroranschlag in Frankreich mit. Sie litt danach an einer Reihe von posttraumatischen Symptomen: an Flashbacks, einem hohen Erregungsniveau mit Unruhe, Schlafstörungen und einer starken Beeinträchtigung ihrer Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie an Ängsten und Pani-

kattacken. Diese konnten sich durch Stabilisierungsübungen und die traumaspezifische Bearbeitung nach einiger Zeit weitgehend lösen. Agnes hatte jedoch nach wie vor massive Ängste und Panikzustände, wenn sie an Veranstaltungen mit vielen Menschen teilnahm; v. a. dann, wenn sie wusste, dass sie diese nicht rasch verlassen konnte wie etwa einen Konzertsaal. Dann hatte sie immer wieder große Angst, jemand würde in den Raum stürzen und ihr etwas antun. Agnes hat den Eindruck, dass ihre Angst nicht mit dem Terroranschlag zu tun hat. Während wir darüber sprechen und ich sie nochmals nach früheren Erlebnissen frage, die sie daran erinnern könnten, fällt Agnes ein Perchtenlauf ein (ein traditioneller Umzug in Kostümen), den sie als kleines Mädchen mit ihrer Tante besucht hatte. Dabei rannten die für sie furchterregend aussehenden Perchten plötzlich in die Menschenmenge hinein und auch auf Agnes zu. Sie hatte damals unbeschreibliche Angst und versuchte, sich hinter ihrer Tante zu verstecken; diese war jedoch gerade in ein Gespräch vertieft und hatte Agnes Angst gar nicht bemerkt. Das alles fällt Agnes nun wieder ein und währenddessen erlebt sie die Angst und Erstarrung von damals wieder. So beschließen wir, diese Situation mittels EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) zu bearbeiten. Danach fühlt sich Agnes freier; der Gedanke an ein bevorstehendes Konzert ist für sie nun weniger von Angst getragen. Tatsächlich erlebt sie die nächsten Vorstellungen weitaus entspannter als zuvor. ◀

Es ist wichtig, dass wir um die vielfältige Bandbreite möglicher traumatisierender Ereignisse wissen, um möglichst hellhörig für selbst scheinbar weniger dramatische Geschehnisse zu sein, die unsere Klientinnen traumatisiert haben könnten. Diese traumasensible Haltung erlaubt es uns, eingehend die Ursachen ihrer jeweiligen Symptomatik zu erforschen und zu ergründen. Dabei spielt weniger das Ereignis an sich, als vielmehr die Reaktion unserer Klienten darauf eine entscheidende Rolle (Porges 2018). Daher ist es so wichtig, dass wir sie aufmerksam beobachten; sie teilen uns auf unsere Fragen und während ihres Erzählens mithilfe ihrer körperlichen und emotionalen Reaktionen mit, ob ein bestimmtes Ereignis in ihrem Leben für sie traumatisierend war und nach wie vor am Wirken ist. Fragen wir unsere Klientinnen bei entsprechenden Erinnerungen, was denn soeben, wenn sie gerade an diese denken oder über sie sprechen, in ihnen passiert, dann nennen sie oft körperliche Empfindungen wie beispielsweise einen Druck in der Brust oder im Magen oder einen Kloß im Hals. Oft können wir auch beobachten, dass unsere Klienten unruhig werden, schwerer atmen oder wie eingefroren erscheinen. Häufig erzählen sie, dass sie beim Gedanken an das Geschehene in Angst oder Panik geraten oder sich wie in einem Nebel, wie benommen oder schwindelig fühlen. All das sind Anzeichen einer Traumatisierung, die noch nicht (hinreichend) verarbeitet wurde.

2.2 Traumafokussierte Anamnese: Eine Notwendigkeit

Grundsätzlich sollten wir bei jedem Erstgespräch und im Rahmen jeder Anamnese routinemäßig Fragen nach unterschiedlichen dramatischen, einschneidenden und bedrohlichen Ereignissen und Umständen stellen, und diese Fragen auch im weite-

ren Behandlungsverlauf einfließen lassen, beispielsweise wenn wir eine bestimmte Symptomatik eingehender erkunden.

Immer wieder begegne ich traumatisierten Menschen, die in ihren bisherigen Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen nicht nach traumatischen Erfahrungen gefragt wurden. Dementsprechend ließen sie diese zumeist unerwähnt; teilweise, weil sie von sich aus nicht daran dachten oder sie nicht bewusst in Erinnerung hatten, teilweise weil sie diesen – mitunter weitzurückliegenden – Ereignissen oder Umständen keine Bedeutung beimaßen. Menschen, die sexuelle, psychische oder physische Gewalt erlebt haben, behalten diese oft für sich, wenn sie nicht danach gefragt werden; zumeist aus Schamgefühlen oder aus Angst, nicht ernst genommen oder abgewertet zu werden. Oftmals auch aus Sorge, ihr Gegenüber mit diesen Erlebnissen zu überfordern oder zu belasten.

Das gezielte Nachfragen nach möglichen explizit benannten traumatischen Erfahrungen ermöglicht und erleichtert es unseren Klientinnen das Geschehene zu erwähnen; v. a. wenn sie von sexueller, physischer oder psychischer Gewalt betroffen sind. Unterlassen wir diese Fragen im Rahmen der Anamnese oder zu Beginn einer Behandlung, erfahren wir zumeist nicht von wichtigen, der jeweiligen Thematik zugrundeliegenden Erfahrungen. Dann können wir die jeweilige Symptomatik allerdings nicht richtig einschätzen und laufen Gefahr, Fehldiagnosen zu stellen und folglich auch keine adäquate und wirksame Behandlung vorzuschlagen. Mit Fragen nach unterschiedlichsten traumatischen Ereignissen und Umständen ermöglichen wir unseren Klienten, uns gegenüber traumatische Erfahrungen zu erwähnen, die sie andernfalls unerwähnt lassen würden. Dies ist wichtig, da uns diese zumeist Aufschluss über die Ursache ihrer Symptomatik geben und damit eine angemessene und effektive therapeutisch Begleitung möglich machen.

Mit einem routinemäßigen Nachfragen signalisieren wir unsere Offenheit gegenüber allen möglichen traumatischen Erlebnissen und unsere Bereitschaft und Fähigkeit, mit diesen umzugehen. Viele unserer Klientinnen vertrauen sich aufgrund dieser Fragen überhaupt zum ersten Mal jemandem an, und erwähnen oder erzählen erstmalig von ihren Erlebnissen. Damit haben sie oft zum ersten Mal die Möglichkeit, in ihrer Symptomatik erkannt zu werden und eine entsprechende gezielte und wirksame Behandlung zu erhalten.

Um abzuklären, ob die traumatischen Erlebnisse noch am Wirken und unsere Klienten durch diese noch belastet sind, ist es wichtig, genau zu beobachten, wie sie reagieren, wenn sie diese erwähnen; atmen sie z. B. mit einem Mal rascher, werden unruhig oder unbeweglich, dann deutet dies daraufhin, dass sie das Erlebte noch nicht ausreichend verarbeiten konnten. Zugleich ist es notwendig, unsere Klientinnen zu fragen, wie es ihnen geht, wenn sie die Erlebnisse erwähnen oder auch nur an sie denken. Teilen sie uns z. B. mit, dass ihnen dabei mulmig wird, sie eine Beklemmung verspüren, Angst bekommen oder innerlich zittern, dann weist auch dies darauf hin, dass die Erfahrungen noch nicht abgeschlossen sind. Darauf sollten wir sie aufmerksam machen, ihnen erklären, dass diese Empfindungen und Gefühle Ausdruck eines durch das Ereignis hervorgerufenen, erhöhten Erregungsniveaus sind, und ihnen empfehlen, das Erlebte traumatherapeutisch zu bearbeiten.

Im Rahmen der Anamnese oder des Erstgesprächs sollten wir jedoch nicht näher auf die Erlebnisse eingehen oder nach Details fragen; dies könnte bei unseren Klienten zu einer Aktivierung ihrer traumatischen Erinnerungen und der mit diesen verbundenen Körperempfindungen und Gefühle führen, und bei ihnen entsprechende Verteidigungsreaktionen auslösen. Dadurch könnten sie überfordert, (zusätzlich) destabilisiert und mitunter neuerlich traumatisiert werden. Schließlich „hört unser Körper mit“ und reagiert entsprechend, wenn wir an traumatische Erlebnisse denken oder von ihnen erzählen (Heller 2003). Mit dieser Metapher können wir unseren Klientinnen auch vermitteln, warum es nicht ratsam ist, im Rahmen der Anamnese oder eines Erstgesprächs ausführlich über das Erlebte zu sprechen. Zugleich ist es wichtig, ihnen zu versichern, dass wir uns mit dem Erlebnis beschäftigen werden. Dies setzt aber ein näheres Kennenlernen und eine ausreichende Stabilisierung voraus.

Oftmals tauchen bei unseren Klienten auch erst im Laufe unserer gemeinsamen Arbeit Erinnerungen an traumatisierende Erlebnisse auf. Wenn sie Vertrauen zu uns gewonnen haben, sich bei uns sicher fühlen und/oder stabiler geworden sind, haben unsere Klientinnen oft den Mut, uns bis dahin für sich behaltene Erfahrungen anzuvertrauen. Zudem treten häufig mit ihrer zunehmenden Stabilität Inhalte in ihr Bewusstsein, die ihnen zuvor lange Zeit nicht zugänglich waren. Mittlerweile ist hinreichend bekannt und durch mehrere Studien belegt, dass beispielsweise Erinnerungen an sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit jahre-, oftmals auch jahrzehntelang nicht erinnerlich sind (u. a. Lackner 2000). Durch die Zunahme an psychischer Stabilität und innerer sowie äußerer Sicherheit, aber auch durch die Schwächung der Abwehrmechanismen im höheren Alter können vermehrt solche oder andere belastende Erinnerungen ins Bewusstsein treten, die zuvor nicht zugänglich waren.

Fragen wir nach möglichen traumatisierenden Ereignissen, ist es sinnvoll, die Worte traumatisierend, Trauma oder Traumatisierung zu vermeiden. Viele betroffene Menschen sehen sich selbst nicht als traumatisiert und bewerten die von ihnen erlebten traumatischen Ereignisse nicht als solche. Sie würden sich daher in Fragen nicht wiederfinden, in denen die Begriffe Traumatisierung oder traumatische Erlebnisse vorkommen. Sinnvoller ist es, nach belastenden, einschneidenden, bedrohlichen Geschehnissen und Umständen zu fragen und dabei eine Reihe von möglichen Ereignissen als Beispiele anzuführen: u. a. Unfälle, Erdbeben, Verluste, Trennungen von den Eltern, Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, medizinische Eingriffe etc.

Wichtig ist zudem, im Rahmen der Anamnese routinemäßig Fragen nach evtl. körperlichen, sexuellen und psychischen Gewalterfahrungen zu stellen sowie nach verschiedenen Formen der Vernachlässigung – emotionaler, medizinischer, hygienischer, schulischer, sozialer. Die meisten Betroffenen teilen uns ihre Erfahrungen mit, wenn wir nach diesen einfühlsam und offen, jedoch ganz konkret fragen; ohne unser entsprechendes Nachfragen bleiben sie hingegen zumeist unerwähnt (Heise 1994). Dabei ist es wichtig, Begriffe wie sexueller Missbrauch oder körperliche Gewalt zu vermeiden. Viele Betroffene erleben sich z. B. trotz sexueller Gewalterfahrungen nicht als sexuell missbraucht und verneinen daher Fragen mit diesen Formulierungen (Finkelhor 1979). Weitaus sinnvoller ist es wiederum, umschreibend

zu fragen, beispielsweise: *„Viele Kinder und Jugendliche werden von anderen ohne ihre Zustimmung in ihrem Intimbereich berührt oder sie werden zu sexuellen Handlungen gezwungen. Haben Sie jemals etwas Ähnliches erlebt?“*

2.3 Die Vielfalt der Folgen und möglichen Diagnosen

Traumatische Erfahrungen können zu einer Vielfalt an unterschiedlichen Symptomen und Symptombildern führen. Zu ihnen zählen u. a. ein stark erhöhtes Erregungsniveau, das sich z. B. in Unruhe, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, beeinträchtigter Konzentration und Merkfähigkeit oder in Ein- und Durchschlafschwierigkeiten ausdrückt. Häufig zeigen sich Ängste und Panikzustände, Depressionen und Erschöpfungszustände sowie Gefühlstauheit und Gefühle der inneren Leere und Hoffnungslosigkeit. Oft kommt es zu Flashbacks, bedrohlichen und belastenden intrusiven Gedanken und inneren Bildern oder Alpträumen. Auch dissoziative Zustände wie Absenzen, Depersonalisation und Derealisation oder Amnesien sind häufige Folgen. Vielfach zeigen sich auch körperliche Symptome wie chronische Schmerzzustände, Migräne, Verdauungsbeschwerden, Bluthochdruck oder Herzrhythmusstörungen (Howard et al. 2018; Levine 2019; Porges 2018; Stensland et al. 2018). Die Vielfalt der möglichen Folgen von Traumatisierungen ist umfassend, wobei ihr Ausmaß und ihre Komplexität durch die Form, Dauer und Häufigkeit der traumatischen Erfahrungen sowie die gegebenen Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt werden.

Aus neurobiologischer Sicht sind unser „Gehirn und Körper ihrem Wesen nach auf Umweltanpassung ausgerichtet“; demzufolge sind posttraumatische Symptome nicht „als ein pathologisches Geschehen, sondern als Anpassungsversuche aufzufassen“ (Fisher 2019, S. 18). Sie sind „a normal reaction to extreme stress“ und folglich „a normale adaptive process of reaction to an abnormal situation“ (Lifton 1993, S. 12). Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist demnach auch keine Störung, sondern spiegelt vielmehr das Ringen traumatisierter Menschen um eine Anpassung an die traumatischen Ereignisse und Umstände und deren Bewältigung wider. Nehmen wir diese Sichtweise ein und vermitteln wir sie unseren Klienten, dann tragen wir bereits damit zu ihrer Stabilisierung bei. Indem wir die Traumafolgen nicht pathologisieren, sondern vielmehr als normale Anpassungsreaktionen auf nicht alltägliche, schlimme Ereignisse darstellen, können sich unsere Klientinnen als „normal“ erleben und ihr Bemühen der Bewältigung und Meisterung der traumatischen Erfahrungen erkennen und anerkennen.

Die posttraumatische Belastungsstörung ist nur eines von einer Reihe unterschiedlicher Beschwerdebilder, denen traumatische Erfahrungen zugrundeliegen. Wissenschaftliche Studien zu den Folgen von Traumatisierungen oder zur Wirksamkeit bestimmter traumatherapeutischer Methoden oder Interventionen basieren in der Regel auf Teilnehmerinnen, bei denen eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde. Dadurch entsteht der Eindruck bzw. wird dieser bekräftigt, dass sich Traumatisierungen ausschließlich oder vornehmlich in einer PTBS äußern. Dem ist aber nicht so. Nicht alle Menschen, die traumatisiert sind, zeigen alle Anzeichen einer PTBS oder erfüllen deren Kriterien wie sie im ICD-10 bzw. 11 oder DSM-V beschrieben sind. Vielfach leiden sie vornehmlich an Depressionen,