

DAGMAR HÄRLE

Körperorientierte Traumatherapie



Sanfte Heilung mit
traumasensitivem Yoga

Mit einem Vorwort
von David Emerson

Dagmar Härle

Körperorientierte Traumatherapie

Sanfte Heilung mit traumasensitivem Yoga (TSY)

Ausführliche Informationen zu jedem unserer lieferbaren und geplanten Bücher finden Sie im Internet unter ↗ <http://www.junfermann.de>. Dort können Sie unseren Newsletter abonnieren und sicherstellen, dass Sie alles Wissenswerte über das Junfermann-Programm regelmäßig und aktuell erfahren. – Und wenn Sie an Geschichten aus dem Verlagsalltag und rund um unser Buch-Programm interessiert sind, besuchen Sie auch unseren Blog: ↗ <http://blogweise.junfermann.de>.

DAGMAR HÄRLE

KÖRPERORIENTIERTE TRAUMATHERAPIE

SANFTE HEILUNG MIT TRAUMASENSITIVEM YOGA (TSY)

Mit einem Vorwort
von David Emerson

Junfermann Verlag
Paderborn
2015



Copyright	© Junfermann Verlag, Paderborn 2015
Fotos im Innenteil	Sabine Tröndle
Coverfoto	© 2013 Gerti G., Photocase
Covergestaltung/Reihenentwurf	Christian Tschepp
Satz	JUNFERMANN Druck & Service, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek	Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.
--	---

ISBN 978-3-95571-381-2

Dieses Buch erscheint parallel in diesen Formaten:

ISBN: 978-3-95571-379-9 (EPUB), 978-3-95571-333-1 (Print), 978-3-95571-380-5 (MOBI).

Inhalt

Vorwort.....	9
Einleitung.....	11
TEIL I: WEST – PSYCHOTRAUMATOLOGIE	19
1. Das Ereignis	21
2. Die Folgen	25
2.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	25
2.2 Komplexe Traumafolgestörung, Bindungs- und Entwicklungstrauma.....	27
2.3 Dissoziation.....	35
3. Warum hört es nicht auf, wenn's vorbei ist?	37
3.1 Die Rangordnung der Informationsverarbeitung	37
3.2 Wie lassen sich traumatische Erfahrungen integrieren?.....	42
3.3 Wie erreicht man die subkortikalen Gehirnstrukturen?	44
3.4 Die Polyvagaltheorie.....	46
3.5 Top down versus Bottom up.....	49
3.6 Die Innenwelt des Körpers – der sechste Sinn.....	55
4. Was tun?.....	59
4.1 Stabilisieren oder Expositionstherapie?	59
4.2 Erst einmal eine gute Beziehung aufbauen?	61
4.3 Der dritte Raum	62
TEIL II: EAST – YOGA: VERBINDUNG ZWISCHEN KÖRPER UND GEIST.....	65
1. Yoga ist mehr als Asanas.....	67
1.1 Geschichte und Prinzipien.....	67
1.2 Die Wege zur Befreiung	68
1.3 Der achthgliedrige Pfad des Raja-Yoga.....	68
2. „Work in“ – das Hatha-Yoga.....	75
3. Die Werkzeuge eines Yogi.....	77
3.1 Asana.....	77
3.2 Pranayama	78
3.3 Achtsamkeit	80

TEIL III: WEST UNTERSUCHT EAST – FORSCHUNG	83
1. Yoga hilft!	85
1.1 Yoga beeinflusst die Neurotransmitter	85
1.2 Hilft Yoga Traumapatienten?	86
1.3 Ersetzt Yoga eine Traumatherapie?	89
2. Welche Komponenten des Yoga wirken?	93
2.1 Der Rhythmus macht's	93
2.2 Der Atem macht's.....	94
2.3 Asanas oder Pranayama?	96
2.4 Achtsamkeit als Wirkfaktor	97
2.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	99
 TEIL IV: WIE KOMMT YOGA IN DIE TRAUMATHERAPIE?	 103
1. Die Arbeitsweise	105
1.1 Grundvoraussetzungen für die Traumatherapie.....	105
1.2 Grundsätze für ein körperorientiertes Vorgehen.....	108
2. Settingmöglichkeiten in der Praxis.....	111
2.1 Traumasensitives Yoga in der Gruppe	112
2.2 TSY am Beginn bzw. am Ende einer Therapiestunde	118
2.3 Ein Yogaprogramm erarbeiten.....	121
2.4 TSY in die Traumatherapie einweben	125
2.5 Therapieplanung.....	126
3. Das Anleiten	131
3.1 Yogastimme.....	131
3.2 Sprechgeschwindigkeit, Tempo und Timing	131
3.3 Verarbeitung von Anweisungen.....	132
3.4 In Kontakt bleiben	133
3.5 Den Fokus auf dem Körper halten	134
3.6 Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsfreiheit betonen	136
3.7 Korrekturen	139
3.8 Sprache der Ermächtigung	140
3.9 Wellenförmige Anleitung und Pausen.....	141
3.10 Beziehung und Spiegeln	142
3.11 Interozeptive Sprache	143

TEIL V: PRAXIS	145
1. Asanas	147
1.1 Sitzende Haltungen.....	153
1.1.1 Zentrierende Haltungen im Sitzen	153
1.1.2 Beruhigende Haltungen im Sitzen	158
1.1.3 Aktivierende Haltungen im Sitzen	168
1.2 Stehende Haltungen.....	180
1.2.1 Grundhaltungen im Stehen	181
1.2.2 Beruhigende Haltungen im Stehen	185
1.2.3 Aktivierende Haltungen im Stehen.....	187
2. Atem	195
2.1 Atem anatomisch	195
2.2 Atem praktisch	197
2.3 Ziele der Atemkontrolle	201
2.4 Pranayamapraaxis.....	204
2.5 Wie führe ich die Arbeit mit dem Atem ein?	204
2.6 Pranayamaübungen	206
2.6.1 Kohärente Atmung	206
2.6.2 Sonnenatem.....	208
2.6.3 Ujjayi – die siegreiche Atmung.....	209
2.6.4 Bhrameri – die Hummelatmung	210
2.6.5 Wechselatmung	211
2.6.6 Bhastrika – Blasebalg-Atmung	212
3. Achtsamkeit	215
3.1 Wirkfaktoren	215
3.2 Ziele der Achtsamkeitspraxis	217
3.2.1 Fokussierte und weite Achtsamkeit.....	218
3.2.2 Äußere, relationale und innere Achtsamkeit	219
3.2.3 Beobachtende und begleitende Achtsamkeit	220
3.3 Nicht bewerten.....	220
3.4 Wie sieht eigentlich der Zustand der Nicht-Achtsamkeit aus?	222

TEIL VI: THERAPEUTISCHE ZIELE MIT TRAUMASENSITIVEM YOGA ERREICHEN	223
1. Therapieziele und traumasensitives Yoga im Überblick	225
2. Psychoedukation	229
3. Praxis und Fallbeispiele.....	231
3.1 Ressourcen aufbauen	231
3.2 Affektregulation und Kontrolle	235
3.3 Differenzieren lernen	241
3.4 Flexibilität in Haltung und Bewegung.....	243
3.5 Impulse und unterbrochene Defensivbewegung.....	247
3.6 Entspannung.....	251
3.7 Exposition und Habituation in der körperorientierten Therapie	254
3.8 Beziehung auf Augenhöhe	258
3.9 Dissoziation und Flashback – Hier-und-Jetzt-Erfahrungen	262
3.10 Die Veränderung von Selbstkonzepten – Ermächtigung und Selbstwert ..	264
3.11 Spannungszustände im Körper abbauen.....	266
Schlussgedanken	269
Anhang	271
Fragebogen nach einem Yogakurs.....	271
Fragebogen zur Wirkung der Yogapraxis.....	273
Handout – Kontakt mit dem Körper aufnehmen	275
Yoga-Notizen	276
Danksagung.....	277
Literatur.....	279
Index	287
Die Autorin	291

Vorwort

Dagmar Härle gehört zu der ersten Gruppe von zehn Absolventen, die im April 2014 die Ausbildung am *Trauma Center* in Brookline, Massachusetts, erfolgreich als cert. Facilitator TC-TSY (traumasensitiver Yoga, Trauma Center) abgeschlossen hat. Das Zertifikat bescheinigt den Teilnehmenden, dass sie traumasensitiven Yoga (TSY) unterrichten dürfen, als Ergänzung zur Behandlung komplex traumatisierter Menschen, einer Störung, die in der Literatur auch als behandlungsresistente PTBS bezeichnet wird.

Die von uns am Trauma Center entwickelte Methode ist der erste auf Yoga basierende Behandlungsansatz für komplex traumatisierte Menschen, der mithilfe von staatlichen Mitteln in einer randomisiert kontrollierten Studie untersucht wurde. Die 2014 publizierten Ergebnisse haben, neben anderen interessanten Erkenntnissen, bei der TSY-Gruppe einen klinisch signifikanten Rückgang der PTBS-Symptome gezeigt.

Der Begriff komplexe Traumatisierung hilft uns, die vielschichtigen Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf den Einzelnen zu verstehen, allen voran Traumata, die den zwischenmenschlichen Bereich betreffen (Dinge, die Menschen einander antun einschließlich physischem und emotionalem Missbrauch). Dank der Arbeit vieler Forscher und Kliniker haben wir einen recht guten Einblick in komplexes Traumasgeschehen. Daher ist es jetzt an der Zeit, funktionierende Behandlungsansätze ausfindig zu machen und zu fördern. Das vorliegende Buch ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Seit 2003 beziehen Dr. Bessel van der Kolk, Gründer und medizinischer Direktor des Trauma Center, und ich TSY in die klinische Behandlung mit ein. Uns wurde immer deutlicher, dass ein Trauma den ganzen Organismus einer Person betrifft und nicht allein eine Störung ihres Verhaltens und Denkens ist. Anders ausgedrückt: Die Behandlung muss den ganzen Menschen erreichen und nicht nur den Teil, der über die Vergangenheit nachdenkt und die Zukunft plant. Wir wollten die Patienten so wahrnehmen und behandeln, wie sie sich uns präsentierten, was im Grundsatz bedeutet, dass wir uns mit dem „inkarnierten / verkörperten“ Menschen (embodied being) beschäftigen. Dass ein Mensch einen Körper hat, scheint sich von selbst zu verstehen. Hingegen ließe sich darüber diskutieren, dass in der „Mainstream-Psychotherapie“ aufgrund ihres psychodynamisch und psychoanalytisch geprägten Menschenbildes dieser Fakt schlichtweg ignoriert wird.

Die meisten Therapeuten befassen sich mit den sprachlichen Äußerungen einer Person. Es ist also im wahrsten Sinne des Wortes ein „Kopfspiel“. Der Teil eines Menschen, der sprechen, über die Vergangenheit reflektieren und die Zukunft planen

kann, ist jedoch auf eine bestimmte Gehirnregion beschränkt, den Stirnlappen bzw. Neokortex; also auf einen sehr kleinen Bereich des menschlichen Organismus. Natürlich passieren in diesen ca. 500 Gramm grauer Masse ziemlich wichtige Dinge. Wenn wir uns aber bei einem komplex traumatisierten Menschen nur um dieses kleine Segment kümmern – und darauf verweist Dagmar Härle in ihrem Buch –, werden wir womöglich scheitern. Wir lassen unsere Patienten im Stich und glauben als Helfer versagt zu haben. Das berechtigte Bedürfnis mancher Menschen, ihre traumatischen Erlebnisse durcharbeiten, von jemandem angehört und verstanden zu werden (auch von einem guten Therapeuten), soll hiermit keineswegs in Abrede gestellt werden. TSY versucht lediglich, einen größeren Bereich der Person, nämlich den vom Hals abwärts, in die Behandlung einzubringen. Interessanter- wie ironischerweise legen aktuelle Forschungsergebnisse nahe, dass die Arbeit mit dem *Körper* positive Wirkung in genau den Regionen des *Gehirns* erzielt, die Traumafolgen hervorrufen. Eine Verbindung zwischen Körper und Gehirn zu schaffen könnte sich letztendlich als wichtigste Aufgabe der Traumatherapie erweisen.

In ihrem Buch untersucht Dagmar Härle zum einen die wahre Natur traumatischer Erlebnisse und deren Folgen für den gesamten menschlichen Organismus. Zum anderen zeigt sie, wie eine modifizierte Form des Yoga-Übens sich als wichtigstes Element in der Traumabehandlung erweisen kann. Dagmar Härle verfügt über Kompetenzen als Traumatherapeutin und Yogalehrerin. Indem sie das Verbindende zwischen diesen scheinbar verschiedenen, doch in Wirklichkeit verwandten Gebieten auslotet, verschafft sie dem Leser einen neuen Zugang, ein Trauma zu verstehen und zu behandeln. Doch nicht jede Art von Yoga ist geeignet. Am Trauma Center haben wir viele Jahre daran gearbeitet, die Form des Yoga, wie sie gemeinhin in Yogaschulen und Gesundheitskursen von Millionen von Menschen weltweit praktiziert wird, abzuwandeln. Wir haben unsere modifizierten Formen in klinischen Studien erprobt, bis das heutige Modell des TSY feststand. In diesem Buch legt die Autorin nachdrücklich dar, dass Yoga für die Anwendung in der Traumatherapie modifiziert werden muss, weil andernfalls die Gefahr droht, die traumatischen Muster zu verstärken.

Mit ihrem Buch trägt Dagmar Härle zu dem wachsenden Verständnis bei, dass Trauma den ganzen Organismus betrifft und sich nicht auf Denkprozesse, Verhaltensweisen oder Aussagen eines Menschen beschränkt. Sie geht jedoch noch einen Schritt weiter: Sie bietet praktische und handfeste Werkzeuge an, mit deren Hilfe der Leser Traumafolgen viel effizienter und wirksamer behandeln kann. Das macht ihr Buch zu einem wichtigen Beitrag auf dem Gebiet der Traumatherapie.

David Emerson, Oktober 2014

David Emerson ist Director of Yoga Services am Trauma Center in Brookline, Massachusetts.

Einleitung

*„Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht nicht der menschliche Körper, sondern der Mensch.
Der Mensch als Ganzes in all seinen Beziehungsmöglichkeiten zu sich, zu seinem Körper,
zu seinem Leben und zu seiner Umwelt.“*

(Elsa Gindler 1931)

Seit Urzeiten haben Menschen versucht, mit den Widrigkeiten des Lebens zurechtzukommen. Verstörende und traumatisierende Ereignisse gab es schon immer, jedoch waren und sind die Methoden, den Folgen dieser Erschütterungen entgegenzutreten, sehr unterschiedlich. Sie reichen von schamanistischen Ritualen zur Seelenrückholung über körperliche Ausdrucksformen wie Gesang und Tanz bis hin zu kognitiven und narrativen Formen.

Viele unserer neuzeitlichen therapeutischen Ansätze im Westen beruhen auf kognitiven Überlegungen, jedoch zeigt sich eine Traumatisierung nicht allein in der Veränderung von Überzeugungen. Aufgrund der anhaltenden Stressantwort hat sie auch somatische Folgen, die sich auf die Körperhaltung, -reaktionen und -empfindungen auswirken. Gefühle von Taubheit und Getrennt-Sein vom eigenen Körper wechseln sich mit oft starken, überwältigenden Reaktionen auf Trigger ab und erschweren häufig ein effizientes, therapeutisches Vorgehen. Das vorliegende Buch setzt den Fokus auf die körperlichen Auswirkungen und Reaktionen. Ich stelle Ihnen keine neue Methode vor, sondern sehe die körperorientierte Arbeit als Basis und Ergänzung zu den gut untersuchten probaten Methoden der Traumabehandlung.

Warum ich mit Yoga in der Traumatherapie arbeite

Die Idee, Yogaasana (Haltungen), Pranayama (Atemschulung) und Achtsamkeit in die traumatherapeutische Arbeit zu integrieren, entstand in der Arbeit mit meinen Patienten.

Ich hatte meine Ausbildung in Somatic Experiencing absolviert und mein Masterstudium in Psychotraumatologie abgeschlossen und bin bis heute davon überzeugt, dass Expositionstherapie in Kombination mit einem körperorientierten Ansatz bei der Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen zielführend ist. Bei manchen Patienten kam ich damit jedoch nicht weiter. Für einige komplex traumatisierte Menschen war Exposition von traumatischen Inhalten schlicht nicht tolerierbar. Bezug

auf den Körper zu nehmen, also den Körper ins Denken und Fühlen mit einzubeziehen oder auch nur über Körperempfindungen zu sprechen war für sie so verstörend, dass sie mit Panik und Dissoziation reagierten. Als ausgebildete Yogalehrerin und langjährig Yogapraktizierende habe ich die Vorzüge der Körperarbeit in Bezug auf ein ausgeprägteres Körpergewahrsein, vermehrte Achtsamkeit, Entspannung im Alltag und Präsenz im Hier und Jetzt am eigenen Leib erfahren. Mein persönliches Erleben sowie die Rückmeldungen meiner Yogaschüler ermutigten mich, Yoga in die Traumatherapie zu integrieren. Die ersten Gehversuche machte ich mit einer kleinen Gruppe von Patientinnen. Ich bot ein sanftes Yoga an, das viel Raum für achtsames Nachspüren ließ und vor allem wenig direktiv war. Wenn also jemand etwas nicht machen wollte oder konnte, war das okay.

Es war faszinierend, welche Fortschritte die Teilnehmerinnen meines „Achtsamkeits-Yogakurses“ in der Therapie machten. Es schien, als gäbe es für sie erst jetzt einen Körper, dem etwas „zugemutet“ werden konnte. Endlich waren wir arbeitsfähig. Eine Patientin bestätigte meine Beobachtungen: „Die Therapie hat erst durch das Yoga begonnen. Davor war ich ja überhaupt nicht in meinem Körper und es ging gar nichts.“ Diese Erfolge ermutigten mich, Yoga vermehrt in die Traumatherapie zu integrieren, vor allem auch in das Einzelsetting, in dem ich auf die individuellen Bedürfnisse eingehen kann. Ich begann, Yogaasanas und Pranayama gleichsam in die Traumatherapie einzuweben, mit Patienten Ressourcen zu erarbeiten, Körperwahrnehmung zu fördern und so auf sanfte Weise einen Zugang zum eigenen Körper zu ermöglichen. Durch einen Grundkurs und den späteren Zertifikationslehrgang in traumasensitivem Yoga (TSY) bei Dave Emerson¹ und seinem Team erfuhr meine Arbeit eine Systematisierung, Erweiterung und Vertiefung. Van der Kolk und Emerson, beide Pioniere und Meister auf dem Gebiet der Integration von Yoga in die Traumaarbeit, haben diesen therapeutischen Einsatz von Yoga entwickelt. Er beruht auf aktuellen Forschungsergebnissen zu Trauma und PTBS und berücksichtigt Erkenntnisse aus der Gehirnforschung und Bindungstheorie. Die positive Wirkung auf die PTBS-Symptomatik, die mit anderen traumatherapeutischen Methoden vergleichbar ist, wurde inzwischen durch mehrere Studien wissenschaftlich belegt.

Als Traumatherapeutin arbeite ich in meiner Praxis vor allem im Eins-zu-eins-Setting. Ich wollte deshalb auch gerne meine Erfahrungen und die Grundsätze von TSY in die Einzeltherapie einfließen lassen, um so traumasensitives Yoga nicht nur für Gruppen und Einzelpersonen zu unterrichten, sondern es auch als Möglichkeit zur individuellen Prozessbegleitung einzusetzen. Aus meiner langjährigen Erfahrung mit Asanas, Pranayama und Achtsamkeit in der körperorientierten Traumatherapie entwickelte ich, in Kombination mit den Grundsätzen des TSY, ein Instrument

1 „Trauma Center at Justice and Research Insitut“ in Brookline, MA

für Traumatherapeuten. Mit dessen Hilfe lassen sich individuelle Affekt- und Selbstregulationmöglichkeiten erarbeiten. Außerdem eignet sich diese Form der körperorientierten Arbeit für den Ressourcenaufbau.

Wenn wir über Trauma sprechen, steht normalerweise nicht das körperliche Erleben im Mittelpunkt, sondern das Ereignis, also die erzählbare *Geschichte*. Damit erklären wir die Symptome und Veränderungen im Denken, Fühlen, Verhalten und Handeln der Betroffenen. Ein Trauma besteht jedoch nicht nur aus im Gehirn festgesetzten Erinnerungen in Form von Bildern, Gerüchen, Geräuschen und Affekten. Ein Trauma ist vor allem ein Erlebnis, das dem Körper widerfahren und dort gespeichert worden ist. Ein Trauma ist folglich auch die Geschichte eines Körpers, der zum Zeitpunkt eines Ereignisses oder – bei schwer Traumatisierten – im Verlauf der peinigenden Geschehnisse über einen bestimmten Zeitraum eingefroren und in einer sich ständig wiederholenden Stressantwort stecken geblieben ist. Diese Lähmung zeigt sich körperlich in Bewegungs-, Atem- und Haltungsmustern. In Gefahrensituationen möchte der Betroffene handeln und der Stagnation entfliehen. Doch sein Körper lässt ihn im Stich, anstatt ihn in Sicherheit zu bringen. Im Alltag, in Situationen, in denen er entspannen könnte, empfindet er Beunruhigung, Überwachsamkeit und Nervosität oder Taubheit und Lähmung; oft wechseln sich diese Zustände ab. Er ist gefangen zwischen Arousal und Shut-down, zwischen zu viel und zu wenig. Der Körper ist nicht der Ort, an dem der Traumatisierte sich wohlfühlt. Eine Patientin hat es so ausgedrückt: „Ich bin hier“, und deutete auf ihren Kopf. „Das da unten soll mich von A nach B bringen. Ich will mich nicht darum kümmern. Es nervt mich, dass es Ansprüche an mich stellt.“

Expositionstherapien sehen vor, dass sich der Patient in sicherer Umgebung an das traumatische Geschehen erinnert und dem Therapeuten davon berichtet. Schwer Traumatisierte können jedoch die Exposition nicht aushalten, erleiden Flashbacks, dissoziieren und profitieren in keiner Weise von der Therapie. Manchmal schadet das Unterfangen sogar mehr, als es nützt. Um dem entgegenzuwirken, beginnt man die Therapie in der Regel mit einer Stabilisierungsphase, in der zum Beispiel Visualisierungen eingeübt werden wie die eines „sicheren Orts“ oder die eines „Tresors“, in dem der Patient die schlimmen Erinnerungen wegschließen kann. Auch richtet sich das Bemühen darauf, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen. Sichere Orte sowie Gefühle des Vertrauens sind bei schwer traumatisierten Menschen jedoch rar. Oft kommt man über die Stabilisierungsphase gar nicht hinaus, arbeitet zwar an einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, vermeidet aber um der Beziehung willen alles, was mit dem Trauma zu tun hat. Bei beziehungs- und bindungstraumatisierten Menschen bleibt die Beziehung trotz guten Willens beider Beteiligten ein fragiles Gebilde, da bereits einem anderen Menschen nahe zu sein Stress auslösen kann.

Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche

Wenn sowohl die Körperreaktionen als auch die Beziehung zu anderen Menschen zum Trigger werden, kann die Idee eines „Übergangsraums“ hilfreich sein, ein Raum, in dem weder das Trauma noch die Beziehung zum Therapeuten im Mittelpunkt stehen, sondern Neues stattfinden kann. Yoga und andere bewegungsfokussierte Formen sowie kunst- und gestaltungstherapeutische Ansätze bieten solche Räume. Da sich all die unerträglichen Affekte, Impulse und Empfindungen im Körper abspielen, liegt es nahe, in diesem Raum Möglichkeiten des körperlichen Ausdrucks anzubieten. Wir haben keine Tradition, unsere Befindlichkeit durch körperliche Aktivität zu modulieren. Afrikanische Kulturen beispielsweise praktizieren dies durch Tanz, Gesang und Rhythmen oder östliche Kulturen durch Bewegungsformen wie Tai-Chi oder Qi Gong. Trotzdem hat wohl jeder von uns die Erfahrung gemacht, dass wir unsere Befindlichkeit durch Bewegung regulieren können. Tanzen, singen, sich rhythmisch bewegen haben eine unmittelbare Wirkung auf unseren Gefühlszustand. Traurige Lieder und Rhythmen machen uns wehmütig, fröhliche Weisen erheitern unser Gemüt. Allerdings setzen wir dieses Erfahrungswissen nicht systematisch ein. Wir sind es also nicht gewohnt, uns auf diese Weise Erleichterung zu verschaffen und in Stresssituationen ist dieser Weg erst recht versperrt.

In unserer Kultur setzen wir auf das Gespräch, um schwierige Erfahrungen zu verarbeiten, was sich auch im klassischen therapeutischen Setting niederschlägt, in dem die Schulung der Körpererfahrung nicht großgeschrieben wird. Wir sitzen normalerweise mehr oder weniger aufrecht auf Stühlen, eine Haltung, die wenig propriozeptive und kinästhetische Informationsverarbeitung erfordert. In dieser Haltung braucht es so gut wie kein Körpergewahrsein und wir verpassen die Chance, den Körper zur Affektregulation zu nutzen.

Das Urwissen um die Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche nennt die Kognitionswissenschaft „Embodiment“, was übersetzt so viel heißt wie Verkörperung, Inkarnation oder Verleiblichung. Embodiment bezeichnet die simple Tatsache, dass sich Emotionen nicht nur im Körper ausdrücken, sondern dass auch umgekehrt Körperhaltungen und -empfindungen die Psyche beeinflussen. Da äußere Reize immer eine somatische Reaktion nach sich ziehen, ist es nur logisch, dass diese beängstigenden, weil unkontrollierbaren körperlichen Reaktionen selbst zu Triggern werden: Der Körper wird zu einem gefährlichen Ort. Eine Klientin brachte es mit einem Satz auf den Punkt: „Der Feind ist nicht im Außen!“

Diese Überlegungen machen wir uns zunutze, wenn wir Asanas und Pranayama in die Traumatherapie integrieren. Der Bottom-up-Ansatz stellt den Körper mit seinen Ausdrucksformen und Empfindungen bzw. seiner Fühllosigkeit in den Mittelpunkt.

Ziel ist, den im Trauma eingefrorenen Körper wieder sanft „aufzutauen“, indem wir dem Patienten für ihn ungewohnte Haltungs- und Bewegungsmuster anbieten. Wir experimentieren damit, indem wir Atemmuster und Bewegungen erforschen und verändern und danach die Wirkung der jeweiligen Veränderung betrachten. Die Konzentration auf körperliche Aspekte wie die Dehnung oder die kraftvolle Aktivität eines Muskels, das achtsame Beobachten der Körperreaktionen im steten Wechsel von Anstrengung und Erholung während des Übens schult die interozeptive Wahrnehmung und Selbstexploration. Sie hat zum Ziel, einen Geist zu etablieren, der in der Lage ist zu beobachten, anstatt sich von Gefühlen überwältigen zu lassen. Traumatisierten Patienten kommt das sowohl im Alltag als auch in der Expositionstherapie zugute.

Auch Yoga ist Exposition, aber eine sanfte, vom Patienten selbst kontrollierte. Der Körper wird nicht vermieden, er steht vielmehr im Zentrum des Geschehens. Während des Übens kann der Patient alle somatosensorischen Empfindungen wie Dehnungsgefühle, Anstrengung, Taubheit, Zeichen von Arousal wie einen erhöhten Puls oder veränderte Atemfrequenzen wahrnehmen. Er bleibt sozusagen „außen vor“ und trainiert eine Beobachterposition. Vielleicht entdeckt er auf diese Weise, dass es Körperregionen gibt, die „okay“ sind und die ihm ein sicheres Gefühl geben. Oder aber er bemerkt, dass nicht alles gleich taub ist, dass es Unterschiede gibt, und er lernt auf diese Weise zu differenzieren. All das hilft ihm in seiner Affektregulation und Impulssteuerung, was eine Grundvoraussetzung für eine gelingende Traumatherapie darstellt.

Yoga in der Traumatherapie: lernen, sich im Körper sicher zu fühlen

Es gibt verschiedene Methoden, die Körperwahrnehmung zu schulen. Yoga mit seinem Fokus auf strukturierte Körper- und Atemübungen sowie die damit verbundene Schulung der Achtsamkeit eignen sich hier besonders gut.

Im Yoga nehmen wir in der Asanapraxis verschiedene Körperhaltungen ein. Wir haben die Wahl zwischen einfachen und komplexen, sanften und anstrengenden Asanas, die sich an den körperlichen Möglichkeiten des Patienten, den räumlichen Gegebenheiten und den Zielsetzungen orientieren. Bei der Ausführung der Asanas werden durch Dehnen, Anspannen und Entspannen Muskeln bewusst eingesetzt, was die propriozeptive und oft wenig entwickelte kinästhetische Wahrnehmung schult. Bei Traumapatienten wurde in vielen Fällen eine verminderte Aktivität der Insula und des cingulären Cortex – hier werden unter anderem die Körperempfin-

dungen registriert – nachgewiesen. Folglich ist eine differenzierte Körperwahrnehmung erschwert (Levine 2011). Asanas geben dem Patienten neue interozeptive Informationen, und man kann davon ausgehen, dass dies der verminderten Aktivität in der Insula und im cingulären Cortex entgegenwirkt.

Yoga beschäftigt sich zudem intensiv mit unseren Einflussmöglichkeiten auf den Atem und damit auf das vegetative Nervensystem. Der Atem wird gewöhnlich nicht bewusst wahrgenommen. Wenn ein Mensch im Schreck erstarrt, kann ein Atemmuster begünstigt werden, welches das sympathikotone Nervensystems überreizt und einen hohen Stresslevel aufrechterhält. Das Erlernen der Körperwahrnehmung und der Atemlenkung ist ein wertvoller Schritt in Richtung Ermächtigung und Kontrolle.

Durch das für das Yoga typische strukturierte, vorhersehbare Vorgehen bieten wir zusätzlich Sicherheit und Kontrolle. Wir befinden uns nicht im „luftleeren“ Raum, sondern wir nehmen gemeinsam eine definierte Yogahaltung ein, erforschen, verändern und halten sie und lernen so den Körper kennen. Allmählich spüren wir deutlich eine Bewegung, eine Anspannung oder Dehnung, und mit der Zeit werden wir uns auch des körperlichen Ausdrucks von Emotionen, Gedanken oder Erinnerungen gewahr. Das Wiederholen ähnlicher Haltungen oder Atemübungen nimmt die Angst vor Unvorhergesehenem.

Yoga wird auch als „Meditation in Bewegung“ bezeichnet. Von den Konzepten der klassischen Achtsamkeitsmeditation im Sitzen unterscheidet es sich jedoch insofern, dass Körperhaltungen eingenommen oder Bewegungen ausgeführt werden, was den Traumapatienten leichter fällt als das Erspüren des Körpers oder das Beobachten von Gedanken und Emotionen im statischen Sitzen. Denn infolge ihrer beständigen Wachsamkeit können diese Patienten in ruhiger Haltung oft nur Anspannung oder Taubheit wahrnehmen und fühlen sich dann ihren Dämonen erst recht ausgeliefert.

Yoga hat noch einen weiteren großen Vorteil: Die Übungen sind zeitlich begrenzt! Traumatisiert worden zu sein heißt, keine Kontrolle darüber zu haben, wann etwas beginnt und wann es endet. Im Strudel überwältigender Gefühle ist das Zeitempfinden gestört und es gibt keine Einflussmöglichkeit, dem Horror zu entfliehen oder ihn zu beenden. Ein auf seine Bedürfnisse zugeschnittenes Yoga verleiht dem Patienten die Kontrolle über den Anfang sowie die Dauer der Übung, und damit einhergehend gewinnt er ein Gefühl der Ermächtigung über sich, seinen Körper und die Umwelt zurück. Traumapatienten machen hierbei zwei bedeutsame Erfahrungen. Erstens: Sie entscheiden, ob und wann etwas beginnt, und sie bestimmen das Ende. Zweitens: Etwas endet – zum Beispiel ist das Gefühl der Dehnung im Muskel nur vorübergehend. Die fortschreitende Fähigkeit zu beobachten lehrt, dass jede Empfindung und

jede Emotion ein Ende hat (vgl. Emerson & Hopper 2010). Dies hilft Patienten, im Körper zu bleiben. Körperreaktionen und Empfindungen, Gefühle und Gedanken lassen sich so aushalten, ohne überwältigend zu sein.

Die Parallelen zu körperorientierten Methoden wie Somatic Experiencing (Levine 2011) sind unverkennbar. Beim Somatic Experiencing ist das Pendeln zwischen sympathikotoner und parasympathischer Aktivität, die der Patient zum Beispiel in Form von Körperempfindungen, Bildern und / oder Gedanken wahrnimmt, eine zentrale Arbeitsweise. Haben wir durch das traumaorientierte Yoga Ressourcen in Form von Haltungen, Bewegungen, Atemkontrolle oder Atemübungen gefunden, befähigen diese den Patienten, dem Traumasog dann etwas entgegenzusetzen, wenn ihn Erinnerungen und Empfindungen zu überwältigen drohen. Das Pendeln zwischen Traumasog und somatischen Ressourcen bremst den Vorgang ab. Bevor wir mit traumatischen Erinnerungen arbeiten, tun wir gut daran, mit dem Patienten das Bremsen zu üben (vgl. Rothschild 2002). Nichts anderes tun wir im traumasensitiven Yoga: Wir nehmen eine Haltung ein, spüren dabei zum Beispiel die Aktivität in den Muskeln, die Beschleunigung des Herzschlags oder die Veränderung des Atemrhythmus – also eine Sympathikusaktivierung im Körper. Danach lassen wir uns Zeit, nachzuspüren, wie die Spannung nachlässt, Atem und Puls sich beruhigen und Stille sich ausbreitet. Wir geben der Entspannung Raum. Durch die strukturierten Anleitungen und Übungen bieten wir dem Patienten Sicherheit. Innerhalb dieser Angebote können neue Erfahrungen gemacht werden. Gleichzeitig eröffnet sich ein Raum für Veränderung – ein Übergangs- oder Möglichkeitsraum –, in dem der Patient die Haltung so anpassen und verändern kann, wie sie für ihn stimmt. Der Patient macht die Erfahrung, dass er etwas *tun* kann.

Ich mache nicht mit jedem meiner Patienten traumasensitives Yoga (TSY). Doch habe ich bemerkt, dass komplex traumatisierte Menschen – für diese Zielgruppe habe ich dieses Buch geschrieben – sehr von der Idee des Übergangsraums, in dem ausprobiert, verworfen und neu versucht werden darf, profitieren. Ich betrachte Yoga weder als Allheilmittel noch als alleinige Therapie für komplexe Traumafolgestörungen. Der körperorientierte Therapieansatz ist für mich vielmehr zur Basis geworden, auf die eine Expositionstherapie aufbauen kann. Mit traumasensitivem Yoga kann im Vorfeld ein Maß an Affektregulationsfähigkeit erreicht werden, das dem Patienten hilft, Kontrolle über seine Gefühle und Empfindungen zu erhalten. Im weiteren Therapieverlauf bleiben Yogaasanas und Atemkontrolle wichtige Ressourcen und können ein fruchtbares Zusammenspiel aus körperorientiertem und kognitivem Fokus bilden.

Hinweise zu diesem Buch

Der Lesbarkeit und sprachlichen Einfachheit halber habe ich mich entschieden, die Formulierungen personenbezogener Bezeichnungen (Therapeut, Patient) im Maskulinum zu formulieren. Diese werden verallgemeinernd verwendet und beziehen sich, wohl wissend, dass beide Geschlechter Patienten und Therapeuten sein können, auf Männer und Frauen (generisches Maskulinum).

Gliederung

Das Buch eröffnet einen Raum, in dem sich traditionelle indische Konzepte des Yoga (Osten) und moderne Erkenntnissen aus der Psychotraumatologie und körperorientierten Therapie (Westen) begegnen. Um beiden Seiten gerecht werden zu können, habe ich die Inhalte folgendermaßen gegliedert:

Im ersten Teil lasse ich dem Westen den Vortritt, mit einer kurzen Einführung in die Themen Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung, Entwicklungs- und Bindungstrauma sowie in die gängigen Behandlungskonzepte.

Teil zwei führt Sie in die Welt des Yoga ein, in Form einer kurzen Zusammenfassung der geschichtlichen Entwicklung, der Philosophie und eines Überblicks über die wichtigsten Elemente.

Die aktuelle Forschung auf dem Gebiet des Yoga im Zusammenhang mit Gesundheit, Stress und Posttraumatischer Belastungsstörung findet sich im dritten Teil. In welcher Form Yogaasanas und Pranayama in eine Traumatherapie integriert werden können und welche Rahmenbedingungen dazu notwendig sind, wird im vierten Teil des Buches beleuchtet.

Teil fünf ist ganz der Praxis gewidmet. Hier finden Sie konkrete Anleitungen für Asanas, Pranayama und Achtsamkeit. Im sechsten Teil wird therapeutische Erfahrung mit der Anwendung der Yogahaltungen im therapeutischen Kontext verknüpft.

Begleiten Sie mich also in diesen Möglichkeitsraum und begegnen Sie sich zunächst selbst, Ihren interozeptiven Empfindungen und Körperwahrnehmungen, ohne deren Berücksichtigung traumaorientiertes Yoga nicht möglich ist. Das vorliegende Buch richtet sich an Therapeuten, die mit komplex traumatisierten Patienten arbeiten, aber auch an Laien und betroffene Personen, die an einer körperorientierten Herangehensweise zur Behandlung von Traumafolgestörungen interessiert sind.

Teil I

West – Psychotraumatologie

„Die Reaktionen auf Bedrohung und ihre begleitenden physischen und psychischen Schmerzen sind ein fundamentaler Überlebensaspekt. Die Suche nach Sicherheit ist essenziell, um dem Individuum Gelegenheit zur Erholung zu geben und die physischen und emotionalen Traumata zu heilen, die aus dem Gefühl der Gefahr entstanden sind.“

(A. Fogel 2009, S. 133)

1. | Das Ereignis

Der Begriff Trauma wird in den Medien strapaziert. Eine ganze Stadt ist vom Amoklauf in einer Schule traumatisiert, ein Mensch nach dem Verlust seiner Arbeitsstelle, eine Reisegruppe nach einem Busunglück. Ein Trauma ist jedoch weder mit einer Krise noch mit einem allgemeinen Schock aufgrund eines gravierenden Ereignisses gleichzusetzen. Eine traumatisierende Situation betrifft einen Menschen ganz persönlich und erschüttert ihn in seinem Innersten. In den Diagnosehandbüchern finden wir Definitionen, die versuchen mit wenigen Worten der Schwere der Ereignisse sowie der Reaktion der Betroffenen gerecht zu werden.

Definitionen Trauma

Als Trauma gilt ein kurzes oder lang anhaltendes Ereignis oder Erlebnis von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem Menschen tief greifende Verzweiflung auslösen würde (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – **ICD 10**).

Das amerikanische Diagnosemanual **DSM-IV** (Diagnostic and Statistica Manual of mental Disorders) beschreibt Traumata wie folgt: Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten (vgl. Lueger-Schuster 2088, Sass 2003, Graubner 2012, DSM-IV 2000).

Im neuen **DSM-V** werden die Kriterien so beschrieben: Eine Person war folgenden Ereignissen ausgesetzt: Tod, Todesdrohung, realer oder drohender ernsthafter Verletzung, realer oder drohender sexueller Gewalt. Diese Ereignisse können entweder als direkte Exposition, durch Zeugenschaft oder indirekt dadurch, dass ein naher Freund oder Verwandter Derartiges erlebt hat, als potenzielle Auslöser für PTBS gelten. Ereignisse, die mit realem oder drohendem Tod in Verbindung stehen, müssen den Charakter einer Gewalttat oder eines Unfalls haben. Zu den Stressoren zählen zudem wiederholtes oder extremes indirektes Erleben von schrecklichen Details, oft im Rahmen der Berufstätigkeit. Alle diese Kriterien gelten für Erwachsene. Das DSM-V führt zudem einen Subtyp für PTBS bei Kindern unter sechs Jahren ein².

2 ↗ http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/dsm5_criteria_ptsd.asp, DSM-5 2013

Jeder kann sich in eine extrem bedrohliche Situation hineinversetzen, und wenn Sie dies für einen Augenblick tun, merken Sie sicher, dass es sich vor allem um eine körperliche Erfahrung handelt. Vermutlich spüren Sie, wie Sie die Luft anhalten und erstarren. Auf der Gefühlsebene kommen vor allem Angst, Panik, Wut oder auch Ohnmacht und Hilflosigkeit oder Ekel vor. In großer Panik setzt das Denken aus, der Herzschlag verlangsamt sich, der Körper wird taub und schlaff und man fühlt sich einer Ohnmacht nahe oder wird tatsächlich ohnmächtig.

Selbstverständlich wird nicht jeder Mensch jedes Ereignis in gleicher Weise als traumatisierend empfinden. Schon aufgrund der körperlichen Gegebenheiten hat ein Erlebnis katastrophalen Ausmaßes auf ein Kind andere Auswirkungen als auf einen Erwachsenen; auf eine Frau andere als auf einen Mann. Auch macht es einen Unterschied, ob ein Trauma menschlich verursacht, durch einen Unfall oder ein Naturereignis hervorgerufen wurde und wie lange der Betroffene der traumatisierenden Situation ausgesetzt war. Nicht minder spielen die Anzahl der Traumata wie auch die Unterstützung und menschliche Nähe nach dem Ereignis eine Rolle bei der Symptomentwicklung. Persönliche Risikofaktoren wie das Alter (jugendliches oder hohes Alter), Dissoziation während des Ereignisses, lebensgeschichtliche Ereignisse wie frühe Trennungen und Verluste, mangelnde soziale Unterstützung, niedriger sozioökonomischer Status und Vorerkrankungen wie Depression spielen neben der initialen Symptomstärke ebenfalls eine wesentliche Rolle. Traumabezogene Faktoren sind zum Beispiel: Intensität der Bedrohung, sich wiederholende Traumata, absichtliches Vorgehen des Täters, irreversible Schäden durch das Trauma sowie Scham- und Schuldgefühle. Daher bedarf es einer weiteren Differenzierung des Traumabegriffs.

Differenzierungen des Traumabegriffs

Eine einmalige traumatische Erfahrung wird als *Typ-I-Trauma* bezeichnet, eine lang anhaltende Traumatisierung als *Typ-II-Trauma*. Die komplexe Traumatisierung oder das Typ-II-Trauma unterscheidet sich in ihrer Zeitdauer, ihrem Schweregrad und in ihren Auswirkungen auf die Persönlichkeit von der Typ-I-Traumatisierung.

Judith Hermann (2003) fasst die komplexe Traumatisierung wie folgt zusammen: „Der Patient war über einen längeren Zeitraum einer totalitären Herrschaft unterworfen wie zum Beispiel Geiseln, Kriegsgefangene, Überlebende von Konzentrationslagern oder Aussteigern aus religiösen Sekten, aber auch Menschen, die in sexuellen oder familiären Beziehungen totale Unterdrückung erlebten, beispielsweise von Familienangehörigen geschlagen, als Kinder physisch misshandelt oder sexuell missbraucht wurden oder von organisierten Banden sexuell ausgebeutet wurden“

(S. 167 f.). Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der „allostatic-load“ (AL), einem Begriff, der den kumulativen physiologischen „Kosten“ einer lang anhaltenden Stresssituation Rechnung trägt (Glover 2006).

Obwohl die Folgen von traumatischen Ereignissen bereits seit Langem bekannt sind, sind die Auswirkungen einer einmaligen Traumatisierung auf die Persönlichkeit und das Selbstempfinden schwer mit dem aus einer lang andauernden Traumaerfahrung resultierenden Schaden vergleichbar. Daher ist die Diagnose der PTBS für die letztgenannten Opfer nicht ganz zutreffend, zeigen sie doch häufig eine viel komplexere Symptomatik (Hermann 2003).

Von einem *Bindungs- oder Entwicklungstrauma* (Maercker 2009) spricht man, wenn die auslösende Erfahrung sehr früh im Leben stattfand. Das Gefühl der lebensbedrohlichen Gefahr ist für ein Kind etwas gänzlich anderes als für einen Erwachsenen, zumal dann, wenn die Bedrohung von einer Bezugsperson ausgeht.

Erlebt ein Kind oder ein Jugendlicher physische Misshandlungen, sexuelle Übergriffe, körperliche Vernachlässigung, ebenso wie eine Vielzahl kumulativer Mikrotraumen durch andauernde Entwertung, Überforderung, fehlende Geborgenheit, emotionalen Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, mehrfache Trennungen oder Verluste, sind die daraus resultierenden Schädigungen und die damit einhergehende Störung der Persönlichkeitsentwicklung weitreichender. Ein Kind, das in dem verwirrenden Umfeld leben muss, in dem Bezugspersonen gleichzeitig Täter sind, ist gezwungen, die Bindungsbeziehung zu schützen (Schreiber-Willnow 2006). Ein Patient drückte es folgendermaßen aus: „Irgendwie musste ich ja mit ihm (dem Vater) klarkommen. Wenn ich nichts mehr spürte, konnte ich tun, was er von mir verlangte. Dann war ich sicherer.“

Viele Autoren plädieren für den Begriff „Entwicklungstrauma“, da die Komplexität der Symptome mit dem Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung nicht umfassend erklärt werden kann und weil die klassischen Methoden der Behandlung von PTBS hier zu kurz greifen (Kisiel 2014, Ford et. al 2013, D'Andrea et al. 2012, van der Kolk 2005, Stolbach 2007).

Zusammenfassend kann man sagen, dass eine traumatische Situation den Menschen in seinem ganzen Wesen erschüttert – in seinen Gedanken, Gefühlen und Körperreaktionen. Was oft übersehen wird, ist, dass der Körper, auch wenn er keine äußeren Verletzungen zeigt, eine lebensbedrohliche Situation durchlitten hat und die physiologischen Reaktionen im Gedächtnis bleiben. Die Betroffenen selbst vergessen, neben allen anderen sensorischen Eindrücken, die Empfindung von Erstarrung und Ohnmacht ebenso wenig, wie sie die Erinnerung an das Herzrasen oder die Übelkeit während des traumatischen Geschehens nicht einfach ablegen können. Um mit

diesen peinigenden Empfindungen umgehen zu können, entwickeln sie körperliche Reaktionsmuster, dazu zählen unter anderem veränderte Atemgewohnheiten oder Haltungs- und Bewegungstendenzen. Diese habituierten Körperprogramme tragen nicht unerheblich dazu bei, dass Emotionen und Gedanken in einem Teufelskreis aufrechterhalten werden.

2. | Die Folgen

2.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Dass Angst und Schrecken Auswirkungen auf die Psyche haben, wurde erst in der zweiten Hälfte des vorletzten Jahrhunderts erkannt. Insbesondere haben Page und Kraepelin (1856–1926) mit Begriffen wie „general nervous shock“ und „Schreckneurose“ maßgeblich dazu beigetragen, dass man diese Zusammenhänge ernst nahm. Im Ersten wie im Zweiten Weltkrieg hat sich gezeigt, dass Soldaten auf Kampf- und Kriegserfahrungen mit verschiedenen Symptomen reagierten, die die Alliierten „Shell-Shock“, Gefechtsneurose oder Kampfesmüdigkeit nannten, die jedoch, so die damalige Ansicht, nur die Minderwertigen und Nutzlosen befiel. Erst der Vietnamkrieg verhalf einer realistischeren und differenzierteren Sichtweise und damit der Psychotraumatologie zum Durchbruch. Langsam musste akzeptiert werden, dass nicht nur die schwachen Naturen auf schreckliche Ereignisse mit psychischen Symptomen reagieren, sondern auch psychisch gesunde und stabile Menschen (vgl. Maercker 2009).

Zudem konnte man nicht mehr übersehen, dass andere Extremerfahrungen wie sexuelle Gewalt, Folter oder Unfälle ähnliche Reaktionen zeitigten. Bereits in den 1970er-Jahren hatten Studien, die sich mit den basalen kognitiven Prozessen der Verarbeitung traumatischen Stresses befassten, auf ein für die Posttraumatische Belastungsstörung typisches Symptommuster verwiesen: Intrusionen, Vermeidung und Schuldgefühle (vgl. Maercker 2009). 1980 wurde die Posttraumatische Belastungsstörung erstmals in das amerikanische Diagnosehandbuch (DSM) aufgenommen. In den Klassifikationssystemen ICD und DSM finden sich in den aktuellen Definitionen immer noch von Horowitz (1974) beobachtete Symptome Intrusionen und Vermeidung. Die Aufzählung wurde noch um Hyperarousal (erhöhtes psychophysiologisches Erregungsniveau, Übererregung) sowie um einen Zeitfaktor (Symptombdauer länger als ein Monat) erweitert.

PTBS-Symptome

Betrachten wir die Symptomtrias der PTBS, Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal, etwas genauer:

Intrusionen zeigen sich durch Bilder, Geräusche oder andere lebhafte Eindrücke des traumatischen Geschehens, die in den Schlaf eindringen und sich in Form von sich

wiederholenden Träumen oder Albträumen oder in sehr realistischen, detailgetreuen Flashbacks manifestieren, die den Betroffenen aus der Gegenwart in die Vergangenheit und in das traumatische Geschehen katapultieren.

Zu den intrusiven Wahrnehmungen zählen jedoch nicht nur Bilder oder lebhaftere Eindrücke; auch körperliche Empfindungen, die sich in einer Hier-und-Jetzt-Qualität im Körper abspielen, haben intrusiven Charakter. Die Dehnung der Muskeln beim Strecken der Arme über den Kopf kann als wohltuend empfunden werden, für ein Folteropfer jedoch wird sie möglicherweise zum somatosensorischen³ Trigger, der an die Vergangenheit und die Peiniger erinnert.

Ein **Hyperarousal** zeigt sich vor allem in körperlichen Reaktionen. Wie aus dem Nichts stockt der Atem und der Körper versteift sich. Das Herz setzt für einen Augenblick aus, um dann umso heftiger zu schlagen. Patienten können unter somatoformen Dissoziationsphänomenen wie unerklärlichen körperlichen Empfindungen oder Körperreaktionen und -symptomen leiden sowie unter somatosensorischen Erinnerungen bzw. flashback-artigen Körpersensationen, die sich bei traumatischen Erinnerungen zeigen. Vielfach sind diese körperlichen Symptome schambesetzt und werden deshalb verschwiegen oder die Patienten haben bereits mannigfache Abklärungsversuche hinter sich, ohne dass ein medizinischer Befund gestellt werden konnte. Überdies kann ein Trauma die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems senken. Das heißt, Belastungen wirken früher, nachhaltiger und schon kleinere Belastungsreize führen zu einer stärkeren Erregung. Das Hyperarousal kann sich in Form von Ein- und Durchschlafstörungen zeigen, ebenso wie in erhöhter Wachsamkeit (Hypervigilanz), der Unfähigkeit, sich zu entspannen, und Schreckhaftigkeit (vgl. Maercker 2009).

Die Betroffenen versuchen mit allen Mitteln Traumatrigger wie Gedanken, Aktivitäten, Orte, Menschen und auch körperliche Sensationen, die sie an das traumatische Geschehen erinnern, zu **vermeiden**. Patienten berichten, dass sie sich emotional taub und entfremdet fühlen (**Numbing**). Das Abflachen der Gefühlswelt sowie ein anhaltendes Empfinden allgemeiner Entfremdung beziehen sich nicht nur auf das persönliche und gesellschaftliche Umfeld, es betrifft auch den eigenen Leib, der sich zur Gänze oder in Teilen betäubt anfühlt. Vielen Patienten ist diese Taubheit gar nicht bewusst, denn sie haben sich daran gewöhnt.

3 Somatosensorisch (gr. soma „Körper“; lat. *sensorius* „der Empfindung dienend“) bedeutet, „die körperliche Sensibilität betreffend“. Im somatosensorischen Cortex werden die Informationen der Haut-Rezeptoren, die Umweltreize aufnehmen (Exterozeption), und der Rezeptoren im Inneren des Körpers, also die Eigenwahrnehmung (Propriozeption), verarbeitet. Die somatosensorische Wahrnehmung betrifft somit die propriozeptiven (Organe, Muskeln, Gelenke) und taktilen (Haut) Empfindungen.

2.2 Komplexe Traumafolgestörung, Bindungs- und Entwicklungsstrauma

Eine komplexe Traumafolgestörung wird dann diagnostiziert, wenn das klinische Bild über die o.g. klassischen PTBS-Symptomgruppen hinausgeht. Es zeigen sich beispielsweise Störungen der Affektregulation, depressive Symptome, Angststörungen und Panikattacken; Bindungsstörungen mit großem Misstrauen oder mangelndem Selbstschutz, mangelnde Selbstfürsorge und Viktimisierung anderer oder eine Opferhaltung (vgl. Maercker 2009).

Ein Bindungs- und Entwicklungsstrauma hinterlässt noch tiefere Spuren im Leben des Menschen. Je jünger der Betroffene zum Zeitpunkt der traumatisierenden Erfahrungen ist, umso einschneidender sind die Folgen. Werden die Empfindungen und Gefühle nicht von einer Bindungsperson von außen beruhigt – vermag diese also nicht angemessen auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen –, wird das noch nicht ausgereifte Gehirn von Stresshormonen überschwemmt, was seiner Entwicklung schadet. „Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen sind immer auch Bindungsstörungen“ (Wöller 2006, S. 40).

Nicht allein der Zeitpunkt der seelischen Erschütterung, sondern die Zerstörung des Urvertrauens gegenüber der Person, von denen das Kind Schutz erwartet, ist der gravierendste Moment für die kindliche Entwicklung (Steele 1994). Das bedeutet, dass der Einfluss interaktiver Erfahrungen zwischen dem Kind und seiner primären Bezugsperson eine noch wichtigere Rolle spielt als die traumatischen Ereignisse (Stern 1985). Wollen wir komplex traumatisierte Menschen verstehen, ist die Bindungstheorie von Mary Ainsworth, die sie in den 1970er-Jahren entwickelte, hilfreich. Sie unterteilt das Verhalten von einjährigen Kindern in der „fremden Situation“ (kurze Trennung von der Mutter) in Bindungskategorien von „sicher“, „unsicher-ambivalent“, „unsicher-distanziert“ und „desorganisiert“ (Grossmann 2011).

Bei sicher gebundenen Kindern erfüllt die Bezugsperson die Rolle des „sicheren Hafens“, der immer dann Schutz bietet, wenn das Kind dessen bedarf. Unsicher-ambivalenten wie unsicher-distanzierten Kindern fehlt die Zuversicht bezüglich der Verfügbarkeit ihrer Bindungsperson. Der einzige Ausweg aus der belastenden bedrohlichen Situation ist die Beziehungsvermeidung. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder zeigen sich ängstlich und abhängig von ihrer Bindungsperson, da deren Verhalten weder vorhersagbar noch nachvollziehbar ist. Der permanente Wechsel von zugewandtem und abweisendem Verhalten führt dazu, dass das Bindungssystem des Kindes ständig aktiviert sein muss. Diese Kinder können keine positive Erwartungshaltung aufbauen, weil die Bindungsperson, selbst wenn sie in der Nähe ist, keinen zuverlässigen Schutz bietet.

Traumatisierte Kinder weisen häufiger als nicht-traumatisierte Kinder eines der beiden unsicheren Bindungsmuster auf. Ein weiteres Bindungsmuster, das der desorganisierten Bindung, wird vor allem mit Vernachlässigung und Misshandlungen in Zusammenhang gebracht. Diese Kinder leiden darunter, dass der Mensch, der Schutz garantieren soll, selbst eine Bedrohung darstellt oder unter den Folgen eines eigenen Psychotraumas leidet. Weist die traumatisierende Bezugsperson ein ängstlich-erschreckendes oder ein ängstlich-erschrockenes Verhalten auf, kann das Kind keine einheitliche Bindungsstrategie entwickeln, um Schutz und Trost zu erlangen. Es verhält sich vermeidend- oder anklammernd-desorganisiert, was sich darin zeigt, dass es Nähe sucht und sich im selben Atemzug aggressiv verhält oder zurückweicht.

Muss sich ein Kind vor der Person schützen, von der es natürlicherweise Schutz braucht, befindet es sich in einer ausweglosen Situation. Es kann keine erfolgreiche Strategie entwickeln, um mit den engsten Bezugspersonen in Kontakt zu treten, und bleibt demzufolge in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt stecken. Auch im Erwachsenenleben zeigt sich dieses Beziehungsverhalten und wird auch in der Therapie sichtbar (vgl. Wöller 2006).

Auswirkungen von Bindungstraumata

Ein Kind, das mit nicht einstimmungsfähigen Bezugspersonen aufwächst, die auch seine emotionalen Zustände weder spiegeln noch regulieren können, ist in einem permanenten Stresszustand. Häufig wird die Beziehung zu diesen Bezugspersonen abgebrochen und lange nicht wieder aufgenommen.

Wird der Bruch nicht gekittet, bleibt das Kind zu lange und zu häufig in seinem dysregulierten Zustand mit seinen intensiven negativen Affekten allein. Der Kortisolspiegel und andere Stresshormone können sich dauerhaft erhöhen, was gravierende und langfristige Auswirkungen auf die Stressregulationsfähigkeit der Betroffenen hat. Da traumatisierende Elternfiguren außerstande sind, die Unterbrechung der Bindungsbeziehung durch beruhigendes und tröstendes Verhalten zu „reparieren“, lösen im Erwachsenenalter eben diese Erfahrungen beim Eingehen enger intimer Beziehungen – bei aller Sehnsucht danach – Angst und Unsicherheit aus. Die Sorge, dass das eigene Fehlverhalten zum irreparablen Bruch führt, lässt den Menschen entweder überangepasst werden, um die Bindung nicht zu gefährden, oder aber sie zerstört jede aufkommende Intimität selbst (vgl. Wöller 2006).

Der Psychoanalytiker Allan N. Schore, der sich mit der Problematik des Distresssystems aus der Perspektive der Bindungsforschung befasst hat, weist auf zwei Formen des Beziehungstraumas hin: Abuse und Neglect. Abuse, das mit Misshandlung oder Missbrauch gleichzusetzen ist, bewirkt eine Überstimulation, ein Hyperarousal und

aktiviert den Sympathikus. Neglect bedeutet so viel wie Vernachlässigung, was parasympathikusgesteuert zu einer Unterstimulierung führen kann. Zu viel oder zu wenig – beides ist unerträglich. Die folgenschwerste Auswirkung früher Traumatisierung durch Abuse und Neglect ist der Verlust bzw. die mangelnde Fähigkeit, seine Gefühle zu regulieren. Es entsteht eine habituelle Tendenz, sich in primitive, parasympathische States fallen zu lassen, was typisch für ein entwicklungsmäßig unreifes Regulationssystem ist (Schoore in Sachsse 2008).

Zusammengefasst bedeutet dies: Wir müssen über therapeutische Instrumente verfügen, die dem Patienten helfen, seine Affektregulation zu verbessern, und die verhindern, dass er dissoziiert, Flashbacks erleidet bzw. in den parasympathischen Zustand der Erschlaffung fällt. Gleichzeitig brauchen wir eine Beziehungsform, die sich maximal von den durch traumatische Beziehungen erlernten Beziehungsmustern unterscheidet.

Adverse Childhood Experience (ACE)

Die groß angelegte ACE-Studie (Adverse Childhood Experience = schädliche Kindheitserlebnisse) befasst sich mit den komplexen Auswirkungen von Traumata in der Kindheit. Das *Center for Disease Control and Prevention* in Atlanta und *Kaiser Permanente* in San Diego untersuchten über 17 000 Erwachsene. Analysiert wurden zehn verschiedenen Arten von Kindheitstraumata, drei Typen von Missbrauch, zwei Formen der Vernachlässigung und fünf Arten von dysfunktionalen Familienstrukturen. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Verbindung zwischen ACE und chronischen physischen und psychischen Erkrankungen und deren Auswirkungen im Erwachsenenalter, zum Beispiel bei Lungen- und Atemwegserkrankungen, Hepatitis, Depression und Suizidalität. Multiple ACEs verweisen auf ein vorzeitiges Ableben der Betroffenen, die im Schnitt 20 Jahre früher als Menschen ohne ACEs sterben. Manifest ist ein Zusammenhang zwischen ACE und sozialen, emotionalen und kognitiven Beeinträchtigungen, was sich im Gesundheitsverhalten niederschlägt und häufig soziale Probleme und in letzter Konsequenz eine kürzere Lebenserwartung nach sich zieht. Diese Studie belegt klar, dass wir es in der Arbeit mit komplexen Traumafolgestörungen nicht „nur“ mit PTBS-Symptomen, sondern mit vielfältigen Krankheitsbildern zu tun haben, da die vulnerablen Kindheitsjahre Menschen extrem anfällig für tief greifende Störungen machen (Felitti 1997, Newlin 2011).

Eine sequenzielle Traumatisierung im Erwachsenenalter kann gleichfalls zu einer Zerstörung der Persönlichkeit, des Selbstbildes, des Wohlbefindens und langfristig der Gesundheit führen. In der folgenden Tabelle finden Sie einen Überblick über die Symptomatik einer einfachen PTBS sowie über die Symptombilder einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, Entwicklungstraumata und die Folgen von ACEs.