

Trauma und Traumatherapie

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz und Maria Schreiner

Psychotherapie

2024 | 29. Jg. | Heft 1

Wissenschaftlicher Beirat

- Prof. Dr. med. Matthias Berger, Freiburg
Prof. Dr. med. Peter Buchheim, München
Prof. Dr. med. Gerd Buchkremer, Tübingen
Prof. Dr. phil. Josef Duss-von-Werdt, Luzern
Prof. Dr. med. Hinderk Emrich, Hannover
Prof. Dr. med. Manfred Fichter, Dipl.-Psych., Prien
Prof. Dr. med. Erdmuthe Fikentscher, Halle
Prof. Dr. Toni Forster, Dipl.-Psych., Dachau
Prof. Dr. med. Michael Geyer, Leipzig
Dr. med. Siegfried Gröninger, Dipl.-Psych., München
Prof. Dr. phil. Monika Hasenbring, Bochum
Prof. Dr. phil. Siegfried Höfling, Dipl.-Psych., Karlsfeld
Prof. Dr. phil. Renate de Jong, Dipl.-Psych., Münster
Prof. Dr. phil. Armin Kuhr, Dipl.-Psych., Hannover
Prof. Dr. med. Michael Linden, Dipl.-Psych., Berlin
Prof. Dr. phil. Jürgen Margraf, Dipl.-Psych., Basel
Prof. Dr. med. Rolf Meermann, Dipl.-Psych., Pyrmont
Prof. Dr. phil. Wolfgang Mertens, Dipl.-Psych., München
Priv.-Doz. Dr. phil. Mechthild Papousek, München
Prof. Dr. phil. Franz Petermann, Dipl.-Psych., Bremen
Prof. Dr. phil. Eibe-Rudolf Rey, Dipl.-Psych., Mannheim
Prof. Dr. phil. Armin Schmidtke, Würzburg

Impressum

Psychotherapie

ISSN 2364-1517 (print)

ISSN 2699-2051 (digital)

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

29. Jahrgang, 2024, Heft 1

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-1>

Herausgeber

Prof. Dr. phil. Willi Butollo, München

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch, München

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller, München

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge K. D. Sulz, München

Schriftleitung

Serge K. D. Sulz

Manuskriptsendungen bitte an:

prof.sulz@eupehs.org

Erscheinungsweise

halbjährlich (April/November)

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:

anzeigen@psychosozial-verlag.de

Abonnementbetreuung

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Walltorstr. 10

35390 Gießen

Tel. 0641/969978-26

Fax 0641/969978-19

bestellung@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Bezug

Jahresabonnement 33,90 € (zzgl. Versand)

Einzelheft 34,- € (zzgl. Versand)

Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

Copyright

© 2024 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellenangabe nur nach Rücksprache mit den Herausgebern und dem Verlag.

Hauptredaktion

Thomas Bronisch, Serge K. D. Sulz

Fachredaktionen

Psychiatrie und Psychotherapie: Prof. Dr. med.

Hans Peter Kapfhammer, Graz | Psychotherapeutische Medizin: Dr. med. Friedrich von Heymann, München | Klinische Psychologie: Prof. Dr. phil. Eibe-Rudolf Rey, Weinheim | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Dr. med.

Peter Altherr, Klingenmünster; Prof. Dr. med. Jörg Wiesse, Nürnberg | Psychotherapie im Alter: Prof. Dr. Dr. Rolf Hirsch, Bonn | Tiefenpsychologie und Psychoanalyse: Dr. phil. Matthias Lohmer, München | Verhaltenstherapie: Prof. Dr. rer. nat.

Winfried Rief, Marburg | Familientherapie: Dr. phil. Jörg Kaspar Roth, München | Gruppentherapie: Univ.-Doz. Dr. phil. Dieter Sandner,

München; Prof. Dr. phil. Volker Tschuschke, Köln | Neue Psychotherapien: Dr. med. Wolf Büntig, Penzberg | Pharmakotherapie: Prof. Dr. med.

Gerd Laux, Wasserburg | Klinische Entwicklungspsychologie: Dr. phil. Gisela Röper, München | Klinische Persönlichkeitsspsychologie: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Fydrich, Berlin |

Sexuologie: Dr. phil. Andreas Rose, Nürnberg; PD. Dr. med. Thomas Moesler, Erlangen | Psychotherapieforschung: Prof. Dr. med. Mathias Berger, Freiburg; Prof. Dr. med. Horst Kächele,

Ulm | Prävention und Rehabilitation: Dr. med. Mark Schmid-Neuhaus, München | Kliniken: Prof. Dr. phil. Wolfgang Hiller, Mainz; Dr. med. Rainer Schors, München | Tageskliniken: Dr. med.

Igor Tominschek, München | Ambulante Praxis: Dipl.-Psych. Jochen Weidhaas, Bad Dürkheim | Geschichtliches: Prof. Dr. med. Matthias Weber, München | Ethik: Dr. med. Gebhard Allert, Ulm | Redaktion Österreich: Prof. Dr. med. Gerhard Lenz, Wien | Redaktion Schweiz: Dr. phil. Peter von Tessin, St. Gallen

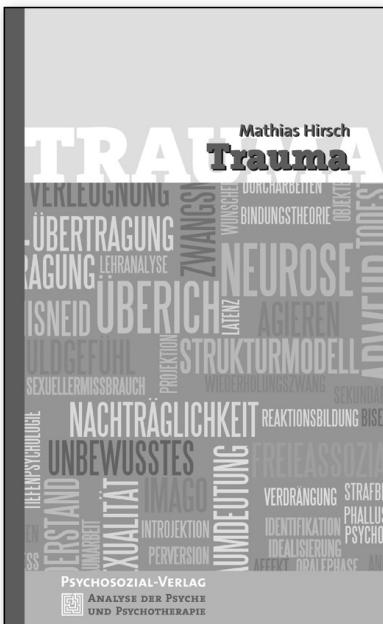
Inhalt

Editorial	5
Trauma und Traumatherapie – eine Hinführung zum Thema	
<i>Serge K. D. Sulz & Maria Schreiner</i>	
Stationäre Traumatherapie	11
<i>Ulrich Frommberger, Rolf Keller & Joachim Graul</i>	
Traumatherapie in sieben Stufen	29
Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual (SBK)	
<i>Georg Pieper</i>	
Dialogische Traumatherapie	49
Das Ringen um Dialogfähigkeit	
<i>Willi Butollo</i>	
Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie	63
<i>Luise Reddemann</i>	
Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) in der Behandlung posttraumatischer Störungen	79
<i>Rolf Köster, Silvia Köster & Mervyn Schmucker</i>	
Zwischen Kopf und Körper	95
Wie wir uns durch die Perspektiven der Polyvagal-Theorie	
selbst erzählen können und warum das der Psychotherapie helfen kann	
<i>Michel Ackermann</i>	
Die Polyvagal-Theorie	107
Sicherheit durch soziale Verbundenheit	
<i>Herbert Grassmann</i>	
Somatic Experiencing	117
Wege von der Dysregulation zu Regulationsfähigkeit und Resilienz	
<i>Dorothea Rahm & Szilvia Meggyes</i>	
Mit der Weisheit des Körpers die Seele heilen	139
Ein multimodaler Ansatz auf Basis der Pesso-Therapie	
<i>Maria Schreiner</i>	



Mathias Hirsch

Trauma



2. Auflage 2021 · 138 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2056-7

Die Psychoanalyse begann als Traumatheorie, entwickelte sich zur Triebpsychologie und kann heute als Beziehungspsychologie verstanden werden, die (traumatisierende) Beziehungserfahrungen als Ursache schwerer psychischer Störungen sieht.

Dabei dient die Internalisierung von Gewalterfahrungen eher der Bewältigung lang andauernder »komplexer« Beziehungstraumata, akute Extremtraumatisierungen haben hingegen Dissoziationen zur Folge. Während eine psychoanalytische Therapie »komplex« traumatisierter Patienten die therapeutische Beziehung ins Zentrum stellt und sich vielfältiger metaphorischer Mittel bedient, erfordern akute Extremtraumatisierungen, die zu Posttraumatic Stress Disorder führen können, ein verhaltensmodifizierendes, auch suggestives Vorgehen. Der Begriff »Trauma« sowie der Umgang mit Traumatisierung in der Therapie werden vor gestellt.

Editorial

Trauma und Traumatherapie – eine Hinführung zum Thema

Serge K. D. Sulz & Maria Schreiner

Psychotherapie 2024, 29(1), 5–9

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-1-5>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Nach einem Trauma resultieren in erster Linie zwei Erkrankungen: unmittelbar nach dem Trauma kann es vorübergehend zu einer Akuten Belastungsreaktion (AB) und/oder verzögert zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen.

ICD-10 definiert ein Trauma als

»belastendes Ereignis oder Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein« (Dilling et al., 1999, S. 169).

Die Akute Belastungsreaktion (AB) wird im ICD-10 so beschrieben: Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung, auf die unmittelbar (innerhalb einer Stunde) die Symptome beginnen – einerseits Symptome einer Generalisierten Angststörung und andererseits Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen und Einengung der Aufmerksamkeit, offensichtliche Desorientierung, Ärger oder verbale Aggressionen, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, unangemessene oder sinnlose Überaktivität sowie unkont-

rollierbare und außergewöhnliche Trauer. Mit dem Schweregrad (leicht, mittelgradig, schwer) nehmen diese Symptome zu oder treten hinzu (Dilling et al., 1999, S. 123).

Die Posttraumatische Belastungsstörung PTBS tritt in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem Trauma auf. Dabei kommt es zu anhaltenden Erinnerungen oder Wiedererleben des Traumas »durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-Backs), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.« (Dilling et al., 1999, S. 124).

Es werden zwei Varianten unterschieden: entweder Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern oder erhöhte psychische Sensitivität und Erregung, die vor dem Trauma nicht vorhanden war, mit »Ein- oder Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche[n], Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte[r] Schreckhaftigkeit« (Dilling et al., 1999, S. 125).

Kessler et al. (1995) geben die Lebenszeit-Prävalenz mit 8 % an, sodass von einer häufigen psychischen Störung gesprochen werden muss. Sie geben an, dass physische, besonders sexuelle Gewalt das Risiko des Entstehens einer PTBS im Vergleich zu Unfällen oder Naturkatastrophen um das Sechs- bis Siebenfache erhöht. Frauen erkranken doppelt so häufig an einer PTBS

als Männer. In fast der Hälfte der Fälle wird der Verlauf chronisch, eventuell Jahrzehnte lang. Oft treten Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Somatisierungsstörungen sekundär komorbid hinzu.

Steil & Straube (2002) berichten, dass Kinder und Jugendliche besonders vulnerabel bezüglich der Entwicklung einer PTBS sind und neue Ängste wie Trennungsangst, Dunkelangst bzw. externalisierendes Verhalten oder Verlust bereits erworbener Fähigkeiten im Vordergrund stehen.

True & Lyons (1999) weisen auf ein genetisch bedingt erhöhtes Risiko der Entstehung einer PTBS hin.

Um sich Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS zu erklären, greift die Kognitive Verhaltenstherapie auf die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1947) zurück: Vermeidung des traumatischen Stimulus verhindert die Löschung der konditionierten Verknüpfung.

Foa et al. (1989) gehen von einem spezifischen Traumagedächtnisnetzwerk im Gehirn aus. Sie verknüpft ihre Betrachtungen mit Langs (1979) Modell pathologischer Furchtstrukturen. Miteinander vernetzte traumatische Gedächtnisinhalte sind leicht aktivierbar und münden jeweils in Intrusion, Angst, großer Erregung und Erwartung, dass die Bedrohung jeden Moment wieder kommt, wobei die ständige Suche nach Gefahrensignalen eine große Rolle spielt. Diese Verknüpfungen können nach Foa (1989) nur durch direkte Exposition mit dem Trauma dekonditioniert werden.

Die Bedeutung dysfunktionaler Kognitionen und kognitiver Vermeidungen in der Bewertung des Traumas wird von Beck et al. (1986), Ehlers und Clark (2000) hervorgehoben. Sie verhindern die Integration der traumatischen Erfahrung in das autobiografische Gedächtnis, wodurch die Integration in ein persönliches Selbst- und Weltbild verhindert wird.

Steil fasst in ihrem sehr zu empfehlenden Trauma-Kapitel im Lehrbuch für Psychotherapie (Steil, 2019, S. 306) den aktuellen Stand so zusammen:

»Gemeinsam sind allen psychologischen Modellen folgende Annahmen:

- A) Vermeidung, emotionale Taubheit und sozialer Rückzug werden als Reaktion des Individuums auf das Auftreten belastender Intrusionen und damit einhergehender Übererregung gewertet,
- B) Vermeidung verhindert eine hilfreiche und adäquate Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen,
- C) Eine dysfunktionale Bewertung des Traumas ist an der Pathogenese der PTBS beteiligt.

Als Interventionen werden die Konfrontation mit den traumabezogenen Reizen sowie die Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen abgeleitet.«

Für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung empfiehlt Steil (ebd., S. 307),

- a) bei zögerlichem Einlassen des Patienten immer wieder geduldig neu einzuladen,
- b) dem Patienten die Kontrolle über die Therapiesitzungen zu geben,
- c) nach jeder Sitzung zu fragen, was der Patient anders gebraucht hätte,
- d) kritische Aspekte des Traumas beim Namen zu nennen, auch um die eigene Belastbarkeit zu zeigen,
- e) emotionale Reaktionen des Patienten stets anzusprechen.

Für Steil (ebd.) ist neben der Veränderung dysfunktionaler Bewertungen das imagitative Nacherleben des Traumas (Exposition in sensu) Grundpfeiler der Behandlung:

»Zu Beginn jeder Sitzung wird der Patient gebeten, die jeweils belastendsten Teile

der Erinnerung an die Traumatisierung nachzuerleben (so erfolgt die Exposition immer mit den Teilen der Erinnerung, die für den Patienten von größter Bedeutung sind). Der Patient imaginiert (möglichst mit geschlossenen Augen) Teile des traumatischen Geschehens so als würden sie wieder stattfinden, und berichtet dabei über sein Erleben in der Ich- und Gegenwartsform. Empfindet der Patient das Sprechen über die Traumatisierung zu Beginn als zu belastend, so ist zu Beginn auch das Schreiben über die Traumatisierung möglich. Dabei soll er die auftretenden Kognitionen und Emotionen nicht bekämpfen. [...] Während der Exposition in sensu wie in vivo sollte der Therapeut ein zugewandtes Verhalten zeigen, Hörrersignale geben, Lob spenden (bei Exposition in sensu auf die Einhaltung des Präsens und der >Ich-Form< achten) und bei längeren Pausen etc. Fragen stellen (>Was fühlen Sie jetzt?<, >Was sehen Sie?< etc.). Verliert der Patient den Kontakt zur Gegenwart, indem er z. B. dissoziative Symptome zeigt, so fokussiert die Therapeutin auf sein gegenwärtiges körperliches Befinden (>Sie fühlen, wie Sie im Sessel sitzen/sich bewegen.<). Nach Beendigung der Exposition erfolgt eine Analyse der befürchteten im Vergleich zu den eingetretenen emotionalen, kognitiven und physischen [...] Konsequenzen« (Steil, 2019, S. 307).

Steil (ebd.) weist darauf hin, dass das Verändern der Imagination, sodass das Trauma zu einem erträglichen Ende führt, hilfreich sein kann. Insgesamt berichtet sie, dass kognitive Herangehensweisen und Trauma-Exposition wie das imaginative Nacherleben gleich wirksam sind.

Die Artikel dieses Themenhefts stellen eine besondere Auswahl dar, die unseren Verstehenshorizont erweitern:

- Der Beitrag von Ulrich Frommberger, Rolf Keller und Joachim Graul geht von dem Anspruch aus, den State of the Art stationärer Traumatherapie darzustellen. Sie setzen den Standard für die stationäre Behandlung posttraumatischer Störungen.
- Georg Piepers siebenstufiges Behandlungskonzept (SBK) ist ein kognitiv-behavioraler Beitrag, der zahlreiche integrative Elemente und kreative Ergänzungen aufweist. Die sieben Stufen sind:
 1. Exploration, Diagnostik und Stabilisierung,
 2. Vermittlung des Therapierationals,
 3. Kontrollierte Trauma-Exposition (KTE),
 4. Exposition in sensu,
 5. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR),
 6. Exposition in vivo,
 7. Nachbesprechung, Trauma-Integration und Follow-up.
- Willi Butollo ist ein Pionier der Traumatherapie. Schon 1982 übertrug er die Expositionstherapie auf Traumastörungen und entwickelte sie mit seinem Team so weiter, dass als der jugoslawische Krieg begann, ein wirksames Therapiekonzept vorlag. Dessen Weiterentwicklung im Lauf der Jahrzehnte mündete in die Dialogische Traumatherapie, die er heute vorstellt. Sehr interessant ist seine Vier-Stühle-Arbeit ...
- Luise Reddemann zeigt die tiefenpsychologische Perspektive auf und entwickelte Ende der Achtziger Jahre zu einen inzwischen weitverbreiteten integrativen Ansatz, in dem Imaginationen die zentrale Rolle spielen: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT).
- Rolf Köster, Silvia Köster und Mervyn Schmucker laden uns ein, sie auf ihrem

- Weg der Behandlung posttraumatischer Störungen, der Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) zu begleiten. Es geht um das imaginative Um-Schreiben traumatischer Erfahrungen aus der Sicht des *heutigen Ichs*, das sich schließlich dem *damaligen Ich* tröstend zuwendet.
- Michel Ackermann & Sonja Heinrich geben einen fundierten Überblick über die Bedeutung der Polyvagal-Theorie von Dr. Stephen W. Porges. Wir können uns die drei Ebenen des Vagalsystems vergegenwärtigen – mit dem Einfrieren oder Erstarren (dorsaler Vagus) über den Sympathikus-gesteuerten »Kampf- oder-Flucht«-Mechanismus bis zur Ebene des ventralen Vagus, der die Heimat des »Social Engagement Systems« (SES) ist. Therapeutisches Ziel ist, auf dieser Ebene anzukommen.
 - Herbert Grassmann erläutert, wie die Polyvagal-Theorie eine sehr hilfreiche Perspektive für die Praxis der Traumatherapie sein kann. Er hebt hervor, dass die Fähigkeit, zwischen den verschiedenen Vagusnerv-Modi auf der polyvagalen Leiter zu wechseln, entscheidend für die Anpassung an soziale Situationen und für die Wahrnehmung von Sicherheit ist. Sicherheit entsteht durch Verbundenheit/Bindung, die über die *Vagus-Bremse* zu einer Verlangsamung der Herzfrequenz führt – Zeichen von Entspannung und Wohlbefinden. Dort ist auch Ko-Regulierung möglich – die autonome Abstimmung der Vagus-Aktivität zweier Menschen.
 - Dorothea Rahm & Szilvia Meggyesy stellen das Somatic Experiencing (SE) nach Peter A. Levine auf lebendige und gut nachvollziehbare Weise dar. Dabei spielen aktivierende Körper-Interventionen zur Überwindung der Erstarrung und Blockade von Flucht/Kampf eine sehr große Rolle. Hier darf noch einmal daran erinnert werden, dass Bessel van der Kolk sagt, er habe für sein Verständnis und seine Therapie von Traumastörungen im Wesentlichen von drei Personen gelernt: Pat Ogden (Gründerin der vom Körper ausgehenden Sensorimotor Psychotherapy für Traumapatienten), Peter A. Levine und Albert Pesso (siehe Bachg & Sulz, 2022, sowie den Artikel von Maria Schreiner). Allen dreien ist das Primat der Körpererinnerung gemeinsam, sodass die wesentlichen Interventionen vom Körper ausgehen.
 - Maria Schreiner gelangt mit ihrem ganz persönlichen, aus der Praxiserfahrung als Pesso-Therapeutin entstandenen Ansatz zu zukunftsweisenden Betrachtungen. Mit ihr schließt sich der Kreis dieses Themenhefts, der sich aufspannt von kognitiv-behavioralen Vorgehensweisen, die zunehmend die Macht innerer Bilder im imaginativen Arbeiten nutzen (Steil, 2019), über körperorientierte Vorgehensweisen bis zur Pesso-Therapie, die Bessel van der Kolk für die erfolgversprechendste Traumatherapie hält.
- ## Literatur
- Bachg, M. & Sulz, S.K.D. (2022). *Bühnen des Bewusstseins – Die Pesso-Therapie: Anwendung, Entwicklung, Wirksamkeit*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. Psychologie-Verlags-Union.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinische-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319–345.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioural/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.

Somatic Experiencing

Wege von der Dysregulation zu Regulationsfähigkeit und Resilienz

Dorothea Rahm & Szilvia Meggyesy

Psychotherapie 2024, 29(1), 117–138
<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-1-117>
www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Zusammenfassung: Somatic Experiencing (SE)[®] nach Peter A. Levine wird vorgestellt als ein neuropsychologisches Basiskonzept, das sich in besonderer Weise zur Behandlung von Traumafolgestörungen und psychosomatischen Erkrankungen eignet, da es direkt mit den Symptomen der traumabedingten Dysregulation im autonomen Nervensystem (ANS) arbeitet, die auf unterschiedlichen Ebenen des Erlebens ihren Ausdruck finden können. Durch verschiedene Techniken und einen achtsamen, gezielten Einsatz von aktivierenden und beruhigenden Interventionen werden die angeborenen selbstregulativen Fähigkeiten des ANS wiederhergestellt und gestärkt, um so das Erlebte verarbeiten und integrieren zu helfen. Neurologische Grundlagen sowie SE-Interventionstechniken werden beschrieben und in drei Fallbeispielen in ihrem Zusammenspiel verdeutlicht.

Schlüsselwörter: Somatic Experiencing, Peter A. Levine, Selbstregulation, Resilienz, Interventionstechnik, Trauma, Traumafolgestörung, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Psychosomatik

Somatic Experiencing (SE)[®] versteht sich nicht als Therapieverfahren, sondern vielmehr als ein Basiskonzept, das innerhalb verschiedener therapeutischer Ansätze angewendet werden kann. Es ist eine Methode zur Bearbeitung von »Hinterlassenschaften«, »Echos« und »Nachwehen«, die kritische Lebensereignisse vor allem auf das autonome Nervensystem (ANS) und seine Zusammenarbeit mit dem limbischen System und dem Neocortex haben und somit auf die weitere Lebensentwicklung und die Entwicklung von »Mustern«, vor allem Erregungsmustern, Reiz-Reaktionsmustern und Selbstbewertungsmustern. Nicht das Trauma-Ereignis oder die Geschichte ist die Traumatisierung, sondern das, was das Ereignis im Nervensystem bewirkt. Nicht der Sauerstoffmangel bei

der Geburt, nicht die Depression früher Bindungspersonen sind das Trauma, nicht der Banküberfall oder der Autounfall mit Schleudertrauma, sondern deren Auswirkung auf das neurophysiologische System (Levine & Frederik, 1998). Diese Auswirkungen können sich zum Beispiel als Schlaf- und Konzentrationsstörungen zeigen oder sich als PTBS oder als psychosomatische Störung manifestieren.

Der Banküberfall kann möglicherweise nach wenigen Tagen verarbeitet sein, oder er kann, wenn das System zu diesem Zeitpunkt (oder überhaupt) nicht besonders stabil ist, verheerende Auswirkungen haben, zum Beispiel zu Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit führen. Dies wäre der Fall, wenn die mit der Erfahrung bzw. Erinnerung einhergehende Übererregung nicht beruhigt

werden kann, wenn das ANS dysreguliert bleibt, die Dysregulation sich verstärkt oder chronifiziert. Es gilt aber auch, dass selbst extreme, frühe »traumatisierende« Lebensereignisse nicht automatisch und nicht in jedem Fall zu Traumafolgestörungen führen, sofern sie – im weiteren Entwicklungsverlauf – gut gehalten und, zum Beispiel mit therapeutischer Unterstützung, verarbeitet werden können.

Somatic Experiencing (SE)[®] ist eine Methode, die aufbauend auf und in Verbindung mit anderen psychotherapeutischen oder körpertherapeutischen Verfahren angewendet werden kann, um direkt an der Wiederherstellung der biologischen Regulationsfähigkeit zu arbeiten. Damit ist SE für die Arbeit mit Menschen, die an einer Traumafolgestörung leiden, besonders gut geeignet, da Traumafolgestörungen immer mit gravierenden Selbstregulationsstörungen verbunden sind. Traumata und deren Folgen sind vor allem im impliziten Gedächtnis gespeichert und damit dem bewussten Erinnern nur bedingt und nur rudimentär zugänglich (s. z. B. van der Kolk, 2015; Levine, 2016). Dies zeigt sich augenfällig am Beispiel des Kriegsveteranen, der beim lauten Knall eines geplatzten Autoreifens reflexhaft hinter die nächste Mülltonne springt – und eben nicht über die eher angemessene biologische Orientierungsreaktion verfügt, mit der er nach der Ursache der Detonation Ausschau halten würde. Er ist noch im Krieg, sein biologisches System hat noch nicht »verstanden«, dass der Krieg zu Ende ist – wenngleich sein Verstand das längst weiß. Menschen mit Traumafolgestörungen haben entsprechende Muster. Vielleicht ist genau dies das elementare Ziel einer SE-Therapie: Das Nervensystem kann lernen, dass die Vergangenheit mit ihrem Impact, ihrer Wucht und ihrer Wirkmacht, vorbei ist, dass der Mensch jetzt und heute, in diesem Moment, in Sicherheit ist, dass

dieses In-Sicherheit-Sein mit allen Sinnen wahrgenommen und empfunden werden kann – langsam und angemessen titriert, als neurophysiologische Neuverhandlung des Nervensystems.

Somatic Experiencing (SE)[®] wurde von Peter A. Levine entwickelt (Levine, 2011a, 2011b; Levine & Phillips, 2013; Levine & Kline, 2010; vgl. auch Rahm & Meggyesy, 2019; sowie Rothbauer, 2019). Er hat für diese Entwicklung Anleihen in vielen Disziplinen und Therapieansätzen genommen. Besonders hervorheben möchten wir seine Zusammenarbeit mit Stephen W. Porges zur Polyvagal-Theorie (Porges, 2010, 2023) sowie seine profunden Kenntnisse aus der Verhaltensbiologie der Tiere. Bei Tieren in freier Wildbahn bereitet steigende sympathische Aktivierung bei Gefahr Kampf- oder Flucht-Reaktionen vor. Wenn diese nicht erfolgreich sind, kommt es zum sympathischen »freeze« und/oder zur parasympathisch dominierten Erstarrungsreaktion und Dissoziation. Diese Abläufe funktionieren beim Menschen genauso wie bei Tieren. Im Unterschied zu Menschen lassen sich bei Tieren in freier Wildbahn keine Traumafolgestörungen beobachten. Der Hase, der dem Kojoten knapp entkommen ist, orientiert sich kurz. Wenn er in Sicherheit ist, macht er vielleicht noch drei triumphierende Hupfer und geht dann wieder seiner Geschäfte nach. Er ist im Hier und Jetzt. Das System des Hasen ist nicht damit beschäftigt, das Geschehene verstehen oder erklären zu wollen, also einen Sinn darin zu suchen, dass Kojoten ihn immer wieder verfolgen, und er ist auch nicht damit beschäftigt, sich Angst vor der Zukunft zu machen, also vor künftigen Kojoten.

In der Arbeit mit SE lernen wir als Menschen quasi, uns zu »schütteln«, zu Ende zu »zittern«, und uns neu zu »orientieren« – basierend auf der Sicherheit, dass jetzt keine Kojoten in Sicht sind.

Wir gehen also im SE von der Grundannahme aus, dass das, was die Traumafolgen bewirkt, in den Erregungsmustern zu suchen und zu finden ist, die es im ANS hinterlässt, also nicht im auslösenden Ereignis. Das Hauptaugenmerk liegt deshalb auf dem Stressniveau und den auftauchenden Regulationsmustern. Diese lassen sich von den Körperreaktionen ablesen – sowohl aus der Perspektive des Patienten oder der Patientin als auch aus der Perspektive des Therapeuten oder der Therapeutin. Im therapeutischen Prozess liegt der Fokus auf der Höhe der autonomen Erregung. Diese bestimmt die Wahl der Interventionen und den Zeitpunkt für deren Einsatz. Ziel ist, während des Prozesses die Erregung, das Aktivierungsniveau, in der Bandbreite zu halten, in der unser Gegenüber noch ausreichend Kontakt zu seinem Selbstgefühl, zu seiner Gewissheit von »ich kann« behalten kann, sodass es nicht erneut (wie in der traumatisierenden Situation) zu einer Überwältigungserfahrung kommt.

Was bedeutet ein reguliertes autonomes Nervensystem?

Leben, lebendig sein, ist charakterisiert und bestimmt vom jeder Zelle innenwohnenden natürlichen, biologischen Rhythmus von Öffnen und Schließen, initiiert durch den Wechsel von Erregung und Entregung. Dieses beständige, regelmäßige Auf und Ab wird in einem unbedrohten Umfeld als »reguliert« verstanden. Es ist Ausdruck für Lebenskraft und Lebensenergie in einem Umfeld »relativer Sicherheit« (vgl. Porges, 2023).

Somatic Experiencing (SE)[®] intendiert, den Patienten oder die Patientin darin zu unterstützen, mit diesem Zustand der Ausgeglichenheit, mit dieser Lebenskraft in Kontakt zu kommen bzw. wieder in Kon-

takt zu bringen. Es ist der Zustand, in dem z. B. Kühe grasen oder in dem Menschen entspannt und im Vollbesitz ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Ausdrucks- und Wirkfähigkeit handeln und sind. Peter Levine (2011b) schließt sich hierfür der evolutionsbasierten Erklärung seines langjährigen Diskussionspartners und Freundes Stephen Porges (2010) an, laut dem durch das modulierende Zusammenspiel dreier neuronaler Netzwerke des autonomen Nervensystems dieses dynamische Gleichgewicht entsteht und gestaltet wird: dem parasympathischen Nervensystem (dorsaler Vagus), dem sympathischen Nervensystem (Sympathikus) und den myelinisierten Nerven des sozialen Engagement Systems (sensorische Nervenfasern des ventralen Vaguskerns, ventraler Vagus/VV). Diesen Netzwerken kommen sowohl in Ruhe als auch in Gefahrensituationen unterschiedliche Aufgaben der Lebenserhaltung und -gestaltung zu. Während der älteste Teil des ANS, der Parasympathikus, im Dienste der Energie-Ökonomisierung steht (in Ruhe: Regeneration, Verdauung; bei Gefahr: Bewegungslosigkeit, Erstarrung), ist der Sympathikus für Mobilisierung zuständig (ohne Bedrohung: z. B. Nahrungsaufnahme, Sex, Spiel, Erkundung, Jagd; bei Gefahr: Wappnung, Kampf, Flucht). Die Fasern des ventralen Vaguskerns, die laut Porges (2010) das dritte neuronale Netzwerk bilden, verlaufen überwiegend in engster räumlicher Verbindung mit den Hirnnerven, die für Sprachwahrnehmung und -ausdruck, Mimik und Blickkontakt zuständig sind – also für den Kontakt mit den anderen meiner Art. Im Zustand relativer Sicherheit interagieren diese Netzwerke mühelos im permanenten Zusammenspiel miteinander. Die Erst einschätzung des Gefahrenpotenzials, anhand der Sinneswahrnehmung der Außen- oder der Innenwelt, erfolgt in der Amygdala, die bei allem Unbekannten, bekannt Ge-

fährdendem oder Schmerhaftem sofort affektiv färbt und sympathische Erregung mobilisiert. Kann orientierend festgestellt werden, dass keine reale Gefährdung besteht, kann das parasympathische Gegenregulativ, das etwas verzögert einsetzt, für Beruhigung sorgen. Wird aber eine akute Gefahr festgestellt oder besteht diese sogar weiter fort, kommt es weiter und massiv zur Ausschüttung von Stresshormonen, die die kämpferischen (vermittelt durch Wut) oder vermeidenden (vermittelt durch Angst) Verteidigungsreaktionen auslösen, bis sich die Gefährdungssituation auflöst oder bis über die parasympathische Übererregung die biologische Lebensrettungsreaktion des Totstellreflexes in Form von Erstarrung und/oder Dissoziation eintritt. In der Natur sind diese Reaktionen für vorübergehenden Schutz angelegt. Sobald die Gefährdung vorüber ist, kann – mit dem natürlichen Abbau der Stresshormone – auch eine natürliche Entregung und schließlich wieder Beruhigung einkehren.

Diesen Ablauf bezeichnen wir als Erregungs- bzw. als Aktivierungskurve. Sie beschreibt die natürliche Fähigkeit des ANS zur Selbstregulation. Voraussetzung dafür ist, dass Selbstregulation bereits zu Beginn des Lebens gelernt werden konnte, dass das autonome Nervensystem nicht über sein Erregungsfassungsvermögen hinaus beansprucht wurde und dass ausreichend hohe Resilienz (Erregungsfassungs- plus Regulationsvermögen) vorhanden ist.

Das ANS gilt als bei Geburt ausgereift, insofern als es unsere unbewussten körperlichen Funktionen zumeist ausreichend gut regulieren kann. Selbstregulation im Sinne von Selbstberuhigung von Übererregung muss ein Neugeborenes aber erst über das eingestimmte regulierte Gegenüber des versorgenden Nächsten lernen. Dieser gemeinsame Lernprozess wird als Ko-Regulation bezeichnet. Bei Menschen mit soge-

nannten »frühen Störungen«, sehr oft bei Bindungstraumatisierungen und immer bei Traumafolgestörungen, treffen wir auf eine beeinträchtigte Selbstregulation oder auf dysfunktionale Regulationsmuster.

Was bedeutet ein nicht gut reguliertes autonomes Nervensystem?

Wenn im Rahmen eines traumatischen Geschehens dauerhaft oder zu schnell, zu plötzlich zu viel Erregung auf das ANS eines Menschen eingewirkt hat und keine beruhigende, versichernde Hilfe währenddessen oder danach zur Verfügung stand, kann der natürliche Regulierungsprozess an einer beliebigen Stelle hoher Erregung arrestieren oder einfrieren. Ein solcher Zustand kann sich zeigen als dauerhafte Übererregung, Erstarrung oder Dissoziation. Diese Erregungsmuster sind dann Traumafolgen im ANS, sie sind Zeichen anhaltender Dysregulation und sie sind die Grundlage für Symptome der erschweren Affektregulierung, Kontakt- und Präsenzfähigkeit und für die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen – sowie für Mischformen von all diesem, wie sie sich in der komplexen Symptomatik der klassischen PTBS präsentieren.

Wie und mit welchen Tools unterstützen wir im SE die Entwicklung oder Wiederherstellung guter Regulationsfähigkeit?

Der Hauptfokus im therapeutischen Prozess liegt im SE auf der Höhe der autonomen Erregung. Die Interventionen zielen darauf ab, während des Prozesses die Erregung in der Bandbreite zu halten, in der unser Patient oder unsere Patientin noch

ausreichend Kontakt zu seinem Selbstgefühl des »ich kann« oder »ich kann noch« behalten kann, sodass es nicht erneut (wie in der traumatisierenden Situation) zu einer Überwältigungserfahrung und/oder Dissoziation kommt.

➤ Verlangsamten, Differenzieren, Pendeln und Titrieren: Dieses Ausbalancieren können wir unterstützen durch Verlangsamten des Prozesses – z. B. im Erzählfluss, sodass weniger schnell immer mehr Inhalte mit zusätzlicher Trauma-assozierter Erregung in Bewusstsein und Erleben gebracht werden, oder durch Differenzierung der Erinnerungs- oder Körperwahrnehmung, was zusätzlich mehr Realitätsüberprüfung und ggf. Kontakt zu damals hilfreichen oder tröstlichen Aspekten wieder ermöglichen kann, oder durch Pendeln. Pendeln ist ein natürliches Schwingen zwischen erregenden Zuständen, Erinnerungen und Aspekten auf der einen Seite und entspannenden, ressourcierenden Elementen auf der anderen Seite. Kommt bei hoher sympathischer oder parasympathischer Erregung dieser natürliche Zyklus nicht in Gang, so kann das z. B. durch offene, konkret-interessierte, nicht-direktive Fragen, durch ein Kontaktangebot oder durch das Erinnern an schon Benanntes mit Ressourcenqualität, eingeladen werden: Ein Pendeln von Übererregung in Richtung Beruhigung oder auch – in Prozessen, die kraftlos kreiseln oder in denen Dissoziation droht – ein Pendeln in Richtung Mobilisierung und Aktivierung durch achtsames Wiederaufgreifen mehr belastender Aspekte. Diese Interventionen ermöglichen im Kontext des traumatischen Narratives das In-Kontakt-Kommen von Momenten hoher Erregung und Aspekten von Reguliertheit in so feiner Dosierung,

dass auch hochsensibel reagierende Nervensysteme reguliert genug bleiben können. Diesen Vorgang nennen wir in Anlehnung an den Neutralisierungsvorgang in der Chemie »Titration«.

➤ SIBAM: Dieses Kunstwort beschreibt die verschiedenen Ebenen unseres Ausdrucks und Erlebens und steht für Körperempfinden (»Sensation«), Sinnesindrücke, Bilder und Vorstellungen (»Impression«), beobachtbare Körperreaktionen, Bewegungen und Impulse (»Behavior«), Affekte (»Affect«) und mentale Fertigkeiten wie Analysieren, Einordnen, Verstehen, Werten, Planen und Entwerfen von Zukunftsmodellen (»Meaning«).

Die Erregungshöhe im ANS nimmt direkten Einfluss auf unsere Fähigkeit, für unsere vielfältigen Begabungen, Intentionen und Befindlichkeiten auf all diesen Ebenen in ihrem Zusammenspiel umfanglich Ausdruck verleihen oder Eindrücke, Anregungen, Neuentdeckungen erleben oder empfangen zu können. Im Zustand der Ausgeglichenheit haben wir in der Regel mühelos Zugriff auf alle diese Ebenen, was Grundlage einer ganzheitlichen Selbsterfahrung im Zustand der Kohärenz ist.

Als Folge einer Traumatisierung ist bekanntermaßen der Zugriff auf einen oder mehrere dieser Erlebensebenen geschwächt, gestört oder nicht mehr möglich. Das kann sich z. B. zeigen in Form einer Amnesie, affektiver oder körperlicher sensorischer Taubheit, erhöhtem oder erschlafftem Muskeltonus, verschärfter oder verzerrter Sinneswahrnehmung, erhöhter oder man gelnder Vigilanz/Präsenz oder Merk- und Konzentrationsfähigkeit usw. Diese funktionellen Störungen können dauerhaft sein (z. B. Amnesie, andauernde Dissoziation) oder in Abhängigkeit vom Erregungszu-

stand situativ auftauchen (z. B. Prüfungsangst, Reaktion auf einen Trigger). Deshalb orientieren wir uns im Prozess stets anhand des SIBAM-Modells, auf welcher Ebene sich Reaktions- oder Wahrnehmungs-Blockaden zeigen bzw. ob sich unvollendete motorische Reaktionen/Impulse zeigen, um diese über Spiegelung oder erspürbares Erkunden bewusst, einer empfindbaren Vollendung und einer sinnstiftenden Neubewertung zugänglich zu machen. Den Prozess, bei dem aus einer solchen Blockiertheit eine Neubewertung oder eine neue Handlungsoption auftaucht, nennen wir im SE eine »organismische Neuverhandlung«.

➤ *Orientierung im Hier und Jetzt:* Dies ist ein grundlegendes Tool zur Erregungsregulation – und zur Verlangsamung: »Was nehmen Sie jetzt in diesem Moment wahr? Wenn Sie Ihre Augen im Raum umherschweifen lassen, wo möchten die gern verweilen? ... Ja, da ist dieses Bild, das Ihre Augen ausgesucht haben. Wenn Sie sich Zeit dafür nehmen, zu beschreiben, was Ihre Augen wahrnehmen ...« Während der Beschreibung kann Distanz entstehen zu überflutenden Erinnerungen und/oder zu negativen Selbstzuschreibungen.

➤ *Körperwahrnehmung:* Die Fähigkeit zu entwickeln bzw. weiterzuentwickeln, Körperfempfindungen angstfrei wahrnehmen und halten zu können, ist gleichzeitig Weg und eines der Ziele in der SE-Arbeit. »Wenn ich die Farben auf dem Bild sehe, wird es irgendwie weiter im Brustbereich, das Herzklopfen wird etwas ruhiger ...« Mit der Bewusstwerdung der ausgelösten körperlichen Reaktionen und Empfindungen wird sowohl die Präsenz als auch der Kontakt zum Hier und Jetzt gestärkt. Hierdurch wird die Orientierung im

Hier und Jetzt unterstützt und eine Entkoppelung von vergangenen Erfahrungen wird leichter möglich.

➤ *Psychoedukation:* Auch im SE kommt der Psychoedukation eine bedeutsame Rolle zu. Das Verstehen von instinkthaften, intuitiv-reflexhaften Überlebensreaktionen als »reine Biologie«, als normale biologische Lebens- und Überlebensreaktion hat meist eine entlastende Wirkung. Die kognitive, mentale Einordnung des eigenen Zustandes bringt jenseits von Emotionen oder Bewertungen mit dem Hier und Jetzt in Kontakt, es hat etwas Normalisierendes und kann so zu Deaktivierung der Erregung im Nervensystem führen und sich heilsam auf die Traumatisierung auswirken.

➤ *Die Rolle des Therapeuten und der Therapeutin im SE-Prozess:* Wie für alle Therapien (Wampold et al., 2018) gilt auch für SE, dass das wichtigste Wirkprinzip für einen therapeutischen Prozess in der Person des Therapeuten oder der Therapeutin liegt, insbesondere in deren Fähigkeit, eine gute therapeutische Beziehung herzustellen und zu halten und das Social Engagement System (Porges, 2023) des Patienten oder der Patientin zu unterstützen. Dazu trägt eine gute Selbstregulation bei. Sie fördert die Fähigkeit, mit mir und meinem Gegenüber in Kontakt bleiben zu können, auch Schreckliches und Herausforderndes halten zu können und miteinander weiter in einem suchenden, vertrauensvollen und zuversichtsvollen Prozess zu bleiben. Aus diesem Grund gilt eine gute Selbstregulation des Therapeuten oder der Therapeutin bei der Arbeit mit SE als Basisqualifikation, auf die in der ausbildungsrelevanten Selbsterfahrung besonderer Wert gelegt wird.