Trauma
in der Lebens- u. Sozialberatung

Was tun, wenn Klientinnen Traumasymptome in der Beratung zeigen.

Diplomarbeit im Rahmen des Lehrgangs
Lebens- und Sozialberatung 2019 – 2021
im Bildungshaus Villa Rosental

Eingereicht von
Hannelore Hollinetz

Betreuung durch
Mag. Andreas Urich

Vorchdorf, am 23. August 2021

Danksagung und Widmung

Danke an alle Menschen, die mich in meinem Leben begleitet haben und begleiten – Familienmitglieder, Lehrerinnen, Trainerinnen, Therapeutinnen und Beraterinnen, Freundinnen, Wegbegleiterinnen und Kolleginnen in Beruf und Ausbildungen. Durch ihr Dasein, ihr Wohlwollen, ihr Vorbild, ihre Wissensvermittlung, ihre Geduld, ihre Begleitung, ihr Vertrauen und den gemeinsamen Austausch fühlte und fühle ich mich unterstützt, Schritt für Schritt bewusster und damit freier zu werden im Denken, Fühlen und Handeln. Das bedeutet für mich, immer mehr im Hier und Jetzt, im gegenwärtigen Moment anzukommen und Konzepte, Vorstellungen, Erwartungen und Bewertungen immer wieder loszulassen. Auf dieser (weiter zu pflegenden) Basis von Wissen, Erfahrung und Gegenwärtigkeit ist es mir möglich, mich einzulassen und darauf zu vertrauen, dass im Kontakt mit meinem jeweiligen Gegenüber eine stimmige, heilsame Begegnung entsteht.
All diesen Menschen widme ich diese Arbeit in der Gewissheit, dass wir alle, über die scheinbaren Körpergrenzen hinweg, verbunden sind.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann Martin, der mich mit Ver- und Zutrauen, Geduld, Humor und Liebe begleitet und mir immer wieder zuhört, wenn ich zu reflektieren beginne. Danke auch an unsere Kinder, Jonathan, Tobias und Flora. Ihre positive Einstellung zu und Interesse an meiner Ausbildung hat mich sehr bestärkt.

Danke an Mag. Andi Urich für seine Präsenz und Offenheit in seiner Funktion als Lehrgangsleiter – es hat mich immer wieder erstaunt, welche persönlichen Details er sich von uns Teilnehmerinnen merkte. Danke auch für die Unterstützung im Rahmen der Diplomarbeitserstellung.

Danke an Florian Huemer, MA und Hanni Sonntagbauer für die großartige Organisation, für ihre Flexibilität in der Corona-Zeit und die generelle Hilfsbereitschaft. Danke an Gerti Huemer, sie trägt immens zur Wohlfühlatmosphäre in der Villa Rosental bei.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Trainerinnen des Lehrgangs. Ich konnte nicht nur durch ihr fachliches Wissen, sondern auch durch ihre Einblicke in ihre eigene Entwicklung und ihren Beratungsalltag viel lernen. Ich gedenke an dieser Stelle Gottfried Huemer, MSc, der uns trotz seiner Erkrankung mit so viel Energie an seiner Erfahrung teilhaben ließ, uns großzügig mit seinen „Werkzeugen" versorgte und seine Freude am Beraten mit uns teilte.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder noch nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Zeichnungen oder Abbildungen in dieser Arbeit sind von mir selbst erstellt worden oder mit einem entsprechenden Quellennachweis versehen.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form bei keiner anderen Prüfung eingereicht.

Vorchdorf, 23.08.2021 Hannelore Hollinetz

Gender Hinweis

Für die bessere Lesbarkeit meiner Diplomarbeit verwende ich bei personenbezogenen Bezeichnungen durchgängig die weibliche Form. Ich möchte darauf hinweisen, dass dies geschlechtsunabhängig gemeint ist und sich in gleicher Weise auf alle Geschlechter (divers, weiblich, männlich) bezieht.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick Traumatypen und -arten (Urich, Skriptum: Krisenintervention allgemein, 2021, S. 13) 14
Abbildung 2: Der Aufbau des Gehirns (Hantke et al., 2012, S.33) 17
Abbildung 3: Struktur des Nervensystems (Heller et al., 2020, S. 136) 21
Abbildung 4: Ressourcenbereich der Spannungskurve und Dissoziation in Über- bzw. Unterspannung (https://docplayer.org/70987835-Traumapaedagogische-standards-in-der-jugendhilfeeinrichtung-fuer-unbegleitete-minderjaehrige-fluechtlinge.html abgerufen am 22.6.2021) 24
Abbildung 5: Stress entsteht im Gehirn (Kaluza, 2018, S. 24) 26
Abbildung 6: Die 2 Achsen der Stressreaktion (Kaluza, 2018, S. 23) 27

Abkürzungsverzeichnis

ABR: Akute Belastungsreaktion
ABS: Akute Belastungsstörung
ANS: Autonomes (vegetatives) Nervensystem
ACTH: Adrenocorticotropes Hormon
BPS: Borderline Persönlichkeitsstörung
CRH: Corticotropin-Releasing Hormon
EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EFT: Emotional Freedom Technique
HS: Hormonsystem
ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems in der 10. Revision der Klassifikation
kPTBS: komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
LSB: Lebens- u. Sozialberaterin/nen, Lebens- u. Sozialberatung
NARM: Neuroaffektives Beziehungsmodell (Original: NeuroAffective Relational Model)
NS: Nervensystem
PNS: Peripheres Nervensystem
PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung
S.: Seite
SE: Somatic Experiencing
SUD-Skala: Subjective Units of Disturbance/Discomfort - Skala
u.a.: unter anderem
usw.: und so weiter
v.a.: vor allem
vgl.: vergleiche
ZNS: Zentrales Nervensystem
Z. Bsp.: Zum Beispiel

Abstract

Traumen sind keine Einzelerfahrungen von Menschen, die besonderes Pech im Leben haben. Sie finden täglich statt und es sind oft nicht die Ereignisse, die Eingang in die Medien finden, wie Naturkatastrophen oder Missbrauchsfälle, die sie auslösen. Gerade in der Kindheit, in der es sehr viel Unterstützung braucht, um überhaupt überleben zu können, kann eine Situation schnell so überfordernd werden, dass sie ausweglos und damit überwältigend erlebt wird und ein Trauma zur Folge hat. Erhält ein Mensch zeitnah nach einer überwältigenden Erfahrung Zuwendung, Verständnis und bei Bedarf professionelle Hilfe, kann längerfristigen Trauma-Folgesymptomen vorgebeugt werden. Ist das nicht der Fall kann die Entwicklung der Folgestörungen einen immer schwereren Verlauf nehmen und der Lebensalltag wird nachhaltig erschwert. Einen Unterschied in der Belastung macht Art und Typ eines Traumas aus. Die möglichen Symptome nach einem Trauma sind vielfältig. Besonders belastend sind für Betroffene durch Hinweisreize ausgelöste Situationen des Wiedererlebens, die dieselben Reaktionen auslösen können, wie das Trauma selbst. Verstörend sind sie für Klientinnen dann, wenn diese keinen Zusammenhang zu einem Trauma herstellen können, sei es aufgrund mangelnden Wissens über die Thematik oder weil das Erlebnis für die Erinnerung gar nicht zugänglich ist.

Für Lebens- u. Sozialberaterinnen ist es daher von Bedeutung im Bereich Trauma grundlegend informiert und beraterisch in den Grundlagen kompetent zu sein, da es in Beratungen zur Auslösung solcher Reize kommen kann oder Klientinnen auch konkret mit dieser Problematik – ohne sich des Zusammenhangs mit Trauma bewusst zu sein - an die Beraterin herantreten. In der Arbeit werden daher Begrifflichkeiten geklärt, die körperlichen Grundlagen und der Ablauf der Notfallreaktion überblickshaft ausgeführt und die möglichen Traumafolgen erläutert. Genauer beschrieben sind die Merkmale von Übererregung und Unterspannung bis hin zur Dissoziation. Für die Klientinnen sind Transparenz, Kontrolle, Sicherheit und Orientierung wichtige Voraussetzungen, um sich auf die Beratung einlassen zu können und in der Beratung nicht überfordert zu werden. Diese Punkte sind bei der Gestaltung der Beziehung zur Klientin, des Beratungssettings, bei der Auswahl und Durchführung von Übungen als Leitlinien zu beachten. Der Aufbau der Beratung oder der Beratungseinheit umfasst die Beziehungsgestaltung, die umfassende Stabilisierung, die Psychoedukation, die kognitive und emotionale Bearbeitung und die Arbeit an der Veränderung. Stabilisierung meint dabei Unterstützung zur (Re-) Orientierung im Hier und Jetzt durch z. Bsp. Sinneswahrnehmungen, Anregungen für den Abbau der körperlichen Spannung (mäßiger Ausdauersport, aktive Entspannungstechniken, Atemübungen) aber auch die Einübung von (imaginativen) Distanzierungstechniken, mit denen emotionale Inhalte des Erlebens in einem erträglichen Abstand gehalten oder auch proaktiv für eine gewisse Zeit in ein Zwischenlager (Tresor) gepackt werden können. Übungen zur Selbstberuhigung (sich wiegen, sich selbst halten) und Übungen z. Bsp. mit dem inneren Kind, welche kindliche Bedürfnisse nachnähren, tragen ebenfalls zur emotionalen Stabilisierung bei. Der Bewusstmachung und Verstärkung persönlicher Ressourcen und erfolgreicher bisheriger Strategien sollte auch Raum gegeben werden.

Für die erfolgreiche Veränderung von emotionaler Wahrnehmung und Verhalten zeigen sich Methoden wirksam, die die Balance zwischen der Arbeit mit belastenden Inhalten und

Ressourcen halten und die die körperlich-emotionale Wahrnehmung im gegenwärtigen Moment der Beratung bei gleichzeitiger Aktivierung der Großhirnrinde durch konkrete Aufgaben einbeziehen.
Die eigene Stabilität der Beraterin ist für einen erfolgreichen Prozess genauso von Bedeutung. Sie sollte daher verantwortungsvoll mit ihren Ressourcen umgehen, auf körperlichen Ausgleich und Entspannung, Selbstfürsorge sowie ausreichend Inter- und Supervision achten.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG UND WIDMUNG 2

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG 3

GENDER HINWEIS 3

ABBILDUNGSVERZEICHNIS 4

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS 4

ABSTRACT 5

INHALTSVERZEICHNIS 7

VORWORT 10

1 EINLEITUNG 10

1.1 ZIELGRUPPE 10
1.2 ZIEL DER ARBEIT 11
1.3 EIGENE MOTIVATION FÜR DAS THEMA 11

2 WAS IST EIN TRAUMA 11

2.1 WAS IST EIN TRIGGER 13
2.2 WAS BEDEUTET RETRAUMATISIERUNG 13
2.3 WAS BEDEUTET DISSOZIATION 13
2.4 ÜBERBLICK ÜBER TRAUMATYPEN UND TRAUMAARTEN 14

3 WIE ENTSTEHT EIN TRAUMA – KÖRPERLICHE PROZESSE 16

3.1 EINLEITUNG: DIE NOTFALLREAKTION DES KÖRPERS 17

3.2 DER AUFBAU DES GEHIRNS ... 17
3.2.1 RÜCKENMARK ... 18
3.2.2 STAMMHIRN MIT LOCUS COERULEUS ... 18
3.2.3 KLEINHIRN ... 18
3.2.4 GROßHIRN MIT LIMBISCHEM SYSTEM UND GROßHIRNRINDE ... 18
3.3 DAS NERVENSYSTEM ... 20
3.3.1 DIE STRUKTUR DES NERVENSYSTEMS ... 20
3.3.2 DAS AUTONOME (VEGETATIVE) NERVENSYSTEM ... 21
3.4 DAS HORMONSYSTEM (ENDOKRINES SYSTEM) ... 24
3.5 DIE 2 ACHSEN DER NOTFALLREAKTION ... 25
3.5.1 DIE ERSTE STRESSACHSE DER NOTFALLREAKTION: SYMPATHIKUS-NEBENNIERENMARK-ACHSE ... 27
3.5.2 DIE ZWEITE STRESSACHSE DER NOTFALLREAKTION: HYPOTHALAMUS-HYPOPHYSE-NEBENNIEREN-ACHSE 29
3.5.3 DIE EXTREMEN MAßNAHMEN DER NOTFALLREAKTION ... 30
3.5.4 ABGRENZUNG MÄßIGE NOTFALLREAKTION ZU EXTREMER NOTFALLREAKTION ... 31

4 MÖGLICHE FOLGEN EINES TRAUMAS ... 32

4.1 (PERITRAUMATISCHE) DISSOZIATION ... 32
4.1.1 FREEZE-ZUSTAND UND TOTSTELL-REFLEX ... 33
4.1.2 WENN DIE DISSOZIATION ANDAUERT ... 34
4.2 AKUTE BELASTUNGSREAKTION ... 35
4.3 AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG ... 35
4.4 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG ... 36
4.5 ANDAUERNDE PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNG ... 38
4.6 ERGÄNZUNGEN ZU DEN MÖGLICHEN TRAUMAFOLGEN ... 38

5 TRAUMA-SYMPTOME IN DER BERATUNG ERKENNEN ... 39

5.1 MERKMALE VON ÜBERERREGUNG ODER UNTERSPANNUNG BIS DISSOZIATION ... 39

6 LEITLINIEN FÜR DIE BERATUNG ... 41

6.1 TRANSPARENZ GEWÄHRLEISTEN ... 43

6.2 KONTROLLE ERMÖGLICHEN 43
6.3 SICHERHEIT GEBEN 44
6.4 ORIENTIERUNG GEBEN 47

7 ÜBUNGEN UND METHODEN FÜR DIE BERATUNG 48

7.1 AUFBAU DER BERATUNG 49
7.2 AUSWAHL DER ÜBUNGEN 50
7.3 ÜBUNGEN 51
7.3.1 ÜBUNGEN ZUR (RE-) ORIENTIERUNG IM HIER UND JETZT – DISSOZIATIONSSTOPPS 51
7.3.2 ÜBUNGEN ZUR (KÖRPERLICHEN) STABILISIERUNG UND SPANNUNGSREGULIERUNG 53
7.3.3 ACHTSAMKEITS- UND SINNESWAHRNEHMUNGSÜBUNGEN 53
7.3.4 ÜBUNGEN FÜR DIE SELBSTBERUHIGUNG UND -TRÖSTUNG 54
7.3.5 IMAGINATIONSÜBUNGEN 55
7.3.6 RESSOURCENARBEIT FÜR DIE PSYCHISCHE STABILISIERUNG 57
7.3.7 DISTANZIERUNGSTECHNIKEN 58
7.4 METHODISCHE ANSÄTZE AUS DER TRAUMABERATUNG BZW. -THERAPIE 62
7.4.1 INNERE ANTEILE UND INNERES-KIND-ARBEIT / EGO STATE THERAPIE 63
7.4.2 EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) 64
7.4.3 SOMATIC EXPERIENCING (SE) 64
7.4.4 BRAINSPOTTING 65
7.4.5 NEUROAFFECTIVE RELATIONAL MODEL (NARM) 66
7.4.6 SCHEMATHERAPIE 67
7.4.7 EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (EFT) 68
7.4.8 HAVENING 69

8 ERGÄNZENDER EINSATZ VON KÖRPER-ARBEIT 70

9 REFLEXION MEINER EIGENEN ERFAHRUNGEN 71

10 PERSÖNLICHE SCHLUSSFOLGERUNGEN 72

QUELLEN- UND LITERATURVERZEICHNIS 74

Vorwort

Die Begriffe Trauma bzw. traumatisiert sind in den allgemeinen Sprachgebrauch eingegangen – ich lese sie in der Zeitung, höre sie in Filmen oder wenn ich Teile von Unterhaltungen von Jugendlichen erhasche. Ich vermute, dass trotz dieser selbstverständlichen Verwendung wenig bewusstes Wissen zum weiten Themenfeld Trauma in der Bevölkerung herrscht. Auch ich selbst verfügte nicht darüber. Mein Interesse an der Thematik wurde schon im Zusammenhang mit systemischer Aufstellungsarbeit seit Ende der 90er Jahre, meiner eigenen Lebensgeschichte und vor allem durch meine beruflichen Erfahrungen in einer Mädchen- und Frauenberatungsstelle, parallel zu meiner Ausbildung zur Lebens- u. Sozialberaterin, geweckt. Mir wurde klar, dass ich als zukünftige Lebens- und Sozialberaterin (LSB) auch mit dem Thema Traumatisierung konfrontiert sein werde, denn wir

> *„leben (…) in einer Welt, in der eher die Abwesenheit von Traumatisierung eine Ausnahme ist."* (Hantke et al., 2012, S.113)

1 Einleitung

1.1 Zielgruppe

Meine Diplomarbeit wird sich an LSB richten. Das Ziel ist, mir selbst und den Kolleginnen die Scheu vor Situationen in der Beratung zu nehmen, in denen bei Klientinnen der Kontext Trauma auftaucht. LSB sind zwar dazu ausgebildet, mit gesunden Menschen ressourcen- und lösungsorientiert an deren Zielen zu arbeiten, es gibt aber verschiedene Szenarien, in denen Traumatisierung und Trauma-Folgesymptome in der Beratung zum Thema werden können:

Es werden Klientinnen zu uns LSB kommen, die Symptome zeigen, die auf Traumatisierung hinweisen **können** - ohne dass das der Klientin selbst bewusst ist. Möglicherweise liegt die traumatisierende Erfahrung auch schon lange zurück, wurde nie bewusst als solche wahrgenommen und behandelt oder über die Jahre wieder `vergessen´. Vielleicht sind die Symptome auch auf ein Trauma der Eltern oder (Ur-) Großeltern zurückzuführen. Es muss sich beim Beschwerdebild auch keineswegs um eine posttraumatische Belastungsstörung (mit ihrer klaren Beschreibung laut Diagnoseklassifikationssystem ICD-10) handeln und vielleicht stellen die Symptome für die Klientin auch nur in bestimmten Situationen eine Herausforderung dar. Bei wieder einer anderen Klientin kann bei der Bearbeitung eines `harmlos´ wirkenden Anliegens ein Trauma getriggert werden oder sie `rutscht` in eine Dissoziation.
Die Abgrenzung, ob eine Klientin zusätzlich oder überhaupt an eine Psychotherapeutin verwiesen werden sollte, obliegt jeder LSB selbst. Je nach Anliegen der Klientin und der Intensität der Symptomatik gilt es die eigenen beruflich-gewerblichen Grenzen, die eigenen (Zusatz-) Kompetenzen und die eigene Belastbarkeit und Erregbarkeit für eine weitere Beratung einzuschätzen.

1.2 Ziel der Arbeit

Für die Beratung in den oben genannten Fällen ist es für uns LSB hilfreich, im Bereich Trauma informiert zu sein. In der Diplomarbeit möchte ich daher grundlegendes Wissen über die Begriffe Trauma, Trigger und Dissoziation, die Entstehung eines Traumas mit den entsprechenden körperlichen Grundlagen, dem Ablauf der körperlichen Notfallreaktion und über mögliche Trauma(folge)symptome vermitteln. Weiter stelle ich Grundlagen für den Zugang zu sowie Umgang mit Klientinnen, bei denen ein Trauma aktiviert wurde, dar. Ich gebe eine Übersicht über Methoden, Übungen und Ansätze für die Beratung sowie Hinweise für Kooperationen. Dadurch soll es einer LSB möglich werden, Zusammenhänge zwischen Symptomen und einer evtl. zugrunde liegenden Traumatisierung zu erkennen und dann auch entsprechend zu (re-) agieren bzw. zu begleiten/beraten. Zumindest kann sich die Leserin orientieren und eine Methode/einen Ansatz zur persönlichen Vertiefung wählen, denn die genauere Darstellung vieler Methoden übersteigt den Rahmen der Arbeit.
In der Beratung kann eine direkte inhaltliche Konfrontation mit dem Traumaerleben vermieden werden, es steht die Arbeit mit den Ressourcen und erfolgreichen Handlungsstrategien im bisherigen Leben der Klientin im Zentrum.

1.3 Eigene Motivation für das Thema

Mir persönlich dient die Bearbeitung des Themas Trauma auch als Möglichkeit, meinen eigenen Selbsterfahrungsprozess mit diesem speziellen Blickwinkel zu reflektieren. So möchte ich zu Schlussfolgerungen für persönliche Entwicklungsaufgaben im Hinblick auf meine zukünftige Arbeit als LSB, im speziellen für Situationen, in denen Klientinnen mich in der Beratung mit Traumasymptomen konfrontieren, kommen.

2 Was ist ein Trauma

„Das Wort Trauma selbst kommt aus dem Griechischen und heißt einfach Verletzung, Wunde, ohne zu konkretisieren, wo und wie jemand verwundet oder verletzt wird. In der Medizin ist dieser Begriff heute die übliche Bezeichnung für die Auswirkung eines Schlags, eines Unfalls, einer Einwirkung auf den Körper, meint hier also immer die körperliche Verwundung. Durch die Bezeichnung "Psychotrauma" soll im Unterschied dazu deutlich werden, dass es sich um seelische Verletzungen handelt. Allerdings hat es sich im allgemeinen Sprachgebrauch längst eingebürgert, dass die seelische Verletzung gemeint ist, wenn man von Traumatisierung spricht. Darüber hinaus wird der Begriff selbst in der Traumaforschung nicht sonderlich eindeutig gebraucht. Lange war umstritten, ob das Wort das Ereignis meint, die Auswirkungen, die Symptome oder das innere Leiden. (…)
Man ist sich in einigen Punkten einig: Eine Traumatisierung ist nicht [unbedingt] *aus dem Ereignis selbst abzuleiten. (...)*
Ein Trauma resultiert aus einem Ereignis im Leben eines Menschen, das

- *vom individuellen Organismus als potenziell lebensbedrohlich* [oder auch `nur´ überfordernd, unentrinnbar] *bewertet wurde,*
- *mit überwältigenden Gefühlen von Angst und Hilflosigkeit verbunden war*
- [ihre im Moment verfügbaren Handlungsmöglichkeiten und Bewältigungs-strategien überstieg] *und*
- *daher nicht zeitgleich verarbeitet werden konnte,*
- *für dessen Verarbeitung auch in der Folge nicht ausreichend Ressourcen (Gesundheit, andere Menschen, Geld, Nahrung, Geborgenheit, …) vorhanden waren.*

Ein Trauma ist also vor allem ein Erleben nach dem Erleben – das Zusammentreffen eines Menschen mit einem Ereignis, das er nicht verkraften kann. Es gibt kein Trauma "an sich", kein Geschehen ist allein aus sich heraus traumatisch. Natürlich gibt es Ereignisse, die fast alle Menschen überfordern, und solche, wo Verarbeitung für die meisten einfacher ist. Folter, körperliche Gewalt, die Bedrohung naher Menschen gehören sicher in die erste Kategorie. Und ein eingeklemmter Daumen in die zweite. Wichtiger als die Betrachtung des Ereignisses ist an dieser Stelle also die der betroffenen Menschen, ihres Alters und ihrer Verarbeitungsmöglichkeiten.
(…) Menschen reagieren unterschiedlich, was von vielen Faktoren abhängt."
(Hantke et al., 2012, S. 53-54)

Solche Faktoren sind u.a. Alter, bisherige Erfahrungen, Vorerkrankungen, Grad der Vorbereitung auf ein Ereignis (z. Bsp. unerwartet und unvorbereitet oder in der Rolle als Rotkreuz-Mitarbeiterin) usw.
Das Beobachten eines Ereignisses, wie es oberhalb dargestellt wurde, bei einer anderen Person führt in vielen Fällen ebenfalls zu einem Trauma, insbesondere wenn es sich um emotional nahestehende Menschen handelt.

Ein Hauptmerkmal für die Traumatisierung ist die fehlende Verarbeitung und Integration aller Eindrücke und Informationen rund um das Ereignis im Gehirn. Das Ereignis kann dadurch nicht in Raum und Zeit eingeordnet und damit nicht als vorbei erinnert und auch nicht als Teil der eigenen biografischen Vergangenheit bewertet und erzählt werden. Ausgelöst wird diese zersplitterte Erinnerung im Rahmen des traumatisierenden Ereignisses durch Prozesse einer intensivsten körperlichen Aktivierung, der sogenannten Stress- bzw. Notfallreaktion, deren Ziel erfolgreicher Kampf oder gelungene Flucht ist. Die Aktivierung der körperlichen Stresszentren bleibt dauerhaft aufrecht. Die Bedrohung, die erhöhte Wachsamkeit und die dazugehörigen Gefühle - also eine hohe körperliche Aktivierung - bleiben aufrecht. Die einzelnen Fragmente des Erlebens (Geruch, Duft, Beziehungssituation, …) werden – in den unterschiedlichen Wahrnehmungsqualitäten – unzusammenhängend gespeichert: im Gehirn, in der Muskulatur, im Gefühls- und Körpererleben. Dabei können sie nicht bewusst abgerufen werden, allerdings werden sie durch Ähnlichkeiten immer wieder im Leben nach dem Trauma unwillkürlich aufgerufen (getriggert). Die Traumatisierte empfindet es dann so, als sei sie jetzt in Gefahr. Es kann zur Retraumatisierung kommen. Die erwähnten Traumafragmente beziehen sich auf den geistigen wie körperlichen Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der (ersten) Traumatisierung. (Vgl. Hantke et al., 2012, S.101)

„Traumatisierung heißt also, dass eine Erfahrung nicht in die eigene Vergangenheit eingebaut werden konnte, sondern sich potenziell immer wieder über das Leben im

Hier und Jetzt stülpt, so als fände das Erleben gerade jetzt [zum ersten Mal] statt. Der erlebende Organismus kann dabei auf zwischenzeitlich erlangte Fähigkeiten und Ressourcen nicht mehr zurückgreifen." (Hantke et al., 2012, S.102)
„Letztendlich bedeutet Traumatisierung ein Gefangensein in einem unvollendet gebliebenen Fluchtakt." So fasst es Ruden, 2012, S. 27 zusammen.

2.1 Was ist ein Trigger

Trigger bedeutet „*Hinweisreiz*" (Hantke et. al, 2012, S.69) oder auch Schlüsselreiz.

Solche Trigger können verschiedene Sinneseindrücke oder Modalitäten sein, wie z. Bsp. Geräusche, Gerüche, Gefühle, körperliche Empfindungen, ein bestimmter Geschmack im Mund, Farben, Beziehungskonstellationen, bestimmte Worte oder Bewegungen, Ähnlichkeiten zu Personen usw., die beim ursprünglichen traumatisierenden Ereignis gespeichert wurden. Trigger versetzen die Betroffene erneut in Alarmzustand. Sie reagiert, als würde sie noch einmal dem ursprünglichen traumatischem Ereignis ausgesetzt sein, erlebt die Situation, als wäre das ursprüngliche Ereignis genau jetzt in der Gegenwart.

2.2 Was bedeutet Retraumatisierung

Wird eine Person, die noch an Traumafolgen leidet, getriggert und erlebt sich im gegenwärtigen Moment in akuter Gefahr, als würde ihr das eigentlich schon überlebte Ereignis genau jetzt passieren, leitet der Körper auch alle Aktivierungsprozesse - genauso wie beim ursprünglichen traumatisierenden Ereignis - wieder ein. Das kann dann auch zu Retraumatisierung führen – einer erneuten Abspeicherung unverbundener, unverarbeiteter (zersplitterter) Eindrücke, die wiederum nicht zeitlich linear im eigenen Erleben eingeordnet werden können und die wiederum als zusätzliche Trigger fungieren können.

2.3 Was bedeutet Dissoziation

„Der Begriff Dissoziation bezeichnet das (teilweise bis voll-ständige) Auseinander-fallen von psychischen Funktionen, die normalerweise zusammenhängen. Betroffen von dissoziativer Abspaltung sind meist die Bereiche Wahrnehmung, Bewusstsein, Gedächtnis, Identität und Motorik, aber auch manchmal Körperempfindungen (etwa Schmerz und Hunger).

Dissoziative Phänomene existieren auf einem Kontinuum: Es gibt leichte Symptome, von denen nahezu jeder Mensch im Laufe des Lebens mindestens einmal betroffen sein kann, und schwere Symptome, die zu Beeinträchtigungen und Leiden führen und daher als Störungen bezeichnet werden."

(https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_(Psychologie) abgerufen am 16.7.2021)

Zu Dissoziation siehe auch Kapitel 3.3.2 Das Autonome Nervensystem, 3.5.3 Die extremen Maßnahmen der Notfallreaktion und 4.1 (Peritraumatische) Dissoziation.

2.4 Überblick über Traumatypen und Traumaarten

Traumen werden in 2 Typen unterteilt. Abbildung Nr. 1 zeigt einen groben Überblick sowie die dazugehörigen Ansätze für die Bearbeitung und eine Übersicht über die Trauma-Folgestörungen inklusive möglicher Begleiterkrankungen (Komorbiditäten).

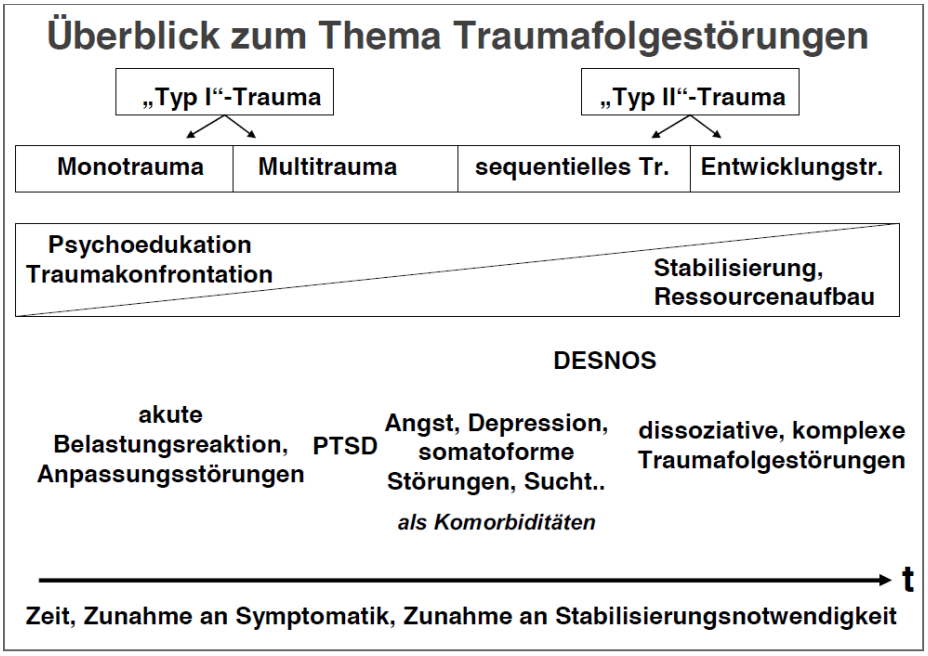


Abbildung 1: Überblick Traumatypen und -arten (Urich, Skriptum: Krisenintervention allgemein, 2021, S. 13)

Anmerkung: PTSD = englisches Kürzel für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS); DESNOS ist das Akronym für **D**isorders of **E**xtreme **S**tress **N**ot **O**therwise **S**pecified

Ein **Monotrauma** (Typ I) ist eine einmalig erlebte Überforderung durch ein überwältigendes Erlebnis, sei es eine Naturkatastrophe oder auch ein Raubüberfall. Jedes Monotrauma kann sich als Schocktrauma (siehe S. 18) darstellen.

Multitraumen (Typ I) sind mehrere voneinander unabhängig erlebte Monotraumen. Z. Bsp. eine Zugführerin erlebt mehrmals Suizide in ihrem Dienst oder eine Person erlebt ein Erdbeben und einen Autounfall.

Sequenzielles Trauma (Typ II)
Bei dieser Traumaart ist die erlebte Tat `vorsätzlich´ gegen die Betroffene gerichtet. Vorsätzlich meint auch, wenn ein Familienmitglied aus eigener Überforderung immer wieder einmal gegen die Betroffene gewalttätig wird. Beispiele dafür sind massives Mobbing, sexueller Missbrauch durch ein Familienmitglied oder eben auch Gewalt in der Familie. Dabei kann man davon ausgehen, dass es nicht bei einem Einzelereignis bleibt, sondern dass ein Opfer mehrmals betroffen ist.

Entwicklungstrauma (Typ II)
Das Entwicklungstrauma gleicht dem sequenziellen Trauma, nur dass es um die Betroffenheit von Kindern vor dem 8. bis 10. Lebensjahr geht. Es handelt sich also um anhaltende Erlebnisse von frühkindlicher/m

- Vernachlässigung: Es gibt keine ausreichende Versorgung mit Nahrung, Hygiene oder Zuwendung. Auch *„chronische Nichtverfügbarkeit bzw. chronische emotionale Abwesenheit*" (Sachsse et al, in Seidler (Hrsg.), 2011, S.182) von Bezugspersonen, z. Bsp. aufgrund von Drogenabhängigkeit, psychotischer Störung oder auch eigener schwerer Traumatisierung, gilt als Vernachlässigung.
- physischem Missbrauch (Gewalt, sexueller Missbrauch) und/oder
- psychischem Missbrauch (abwerten, anschreien, Drohungen, lächerlich machen, beschimpfen) und
- u.U. auch `nur´ fehlender Einstimmung. Damit ist das Empathische Eingehen auf und Erfüllen der Bedürfnisse des Säuglings oder Kleinkinds gemeint.

Das Miterleben von Gewalt an z. Bsp. Mutter oder Geschwistern wirkt dabei ähnlich, als würden die Kinder die Gewalt am eigenen Leib und an der eigenen Psyche erleben.
Ein Entwicklungstrauma hat einen chronischen Charakter und die Bedrohung geht zumeist von nahen Bezugs- und/oder Bindungspersonen aus. Konkrete Schocktraumen (als Monotrauma oder auch Multitraumen) in der frühen Lebenszeit oder auch pränatal sind dabei ergänzend durchaus auch möglich.
Die physiologischen Reaktionen eines Entwicklungstraumas mögen auch mit einem Schocktrauma vergleichbar sein, die Traumadynamik als solche ist jedoch eine grundlegend andere.
Die mit einem Entwicklungstrauma einhergehenden Problematiken bedürfen einer anderen Behandlung als jene einer `normalen´ PTBS, da spezielle Entwicklungsproblematiken zu berücksichtigen sind. Es kommt bei Kindern oft zu Fehldiagnosen (ADHS, bipolare Störung, …) und dadurch zu falscher Behandlung.

Die Bearbeitung von Typ II Traumen braucht viel mehr Begleitung als Mono- oder auch Multitraumen. Man weiß heute, dass viele Persönlichkeitsstörungen aufgrund von Entwicklungstraumen entstehen.

(Vgl. Heller et al., 2020. S.167 -169 und Urich, 2021, Modul Krisenintervention allgemein - eigene Mitschrift)

Beziehungstrauma und Bindungstrauma
Diese beiden Traumaarten sind je nach Ausprägung entweder Typ I oder Typ II zuzuordnen.
Ein Beziehungstrauma vom Typ I wäre z. Bsp. eine einmalige Erfahrung zum Thema Mobbing oder ein einmaliger schwerwiegender Vorfall in einer Partnerschaft.
Beziehungstraumen und Bindungstraumen hängen aber wohl sehr oft zusammen und sind meist auch Basis von Entwicklungstraumen. Dann fallen sie eher in die Kategorie Typ II.
Erlebt der Säugling aufgrund von Vernachlässigung oder wechselnden Beziehungsangeboten (z. Bsp. einmal überfürsorglich, dann wieder ablehnend oder sogar misshandelnd) keine sichere Bindung an nahe Bezugspersonen, so entwickelt sich (u.U.) eine Bindungsstörung oder, je nach Ausmaß der Stressbelastung und Überforderung, ein Bindungs- oder eben auch

Entwicklungstrauma. Ein Bindungstrauma kann aber auch u.a. durch frühe Krankenhausaufenthalte hervorgerufen werden, wenn die Bindungspersonen nicht die Möglichkeit haben, dem Kind entsprechend beizustehen.
Bindung und Beziehung sind dabei keine getrennten Ebenen, ein Bindungstrauma ist demnach auch ein Beziehungstrauma.
Bindungstraumen haben neben typischen Traumafolgen auch eine große Auswirkung auf die Möglichkeiten der Traumatisierten, sich auf persönliche, enge Beziehungen einzulassen und auch auf die Art und Weise, wie sie Elternschaft gestalten können.
Bindungsstörungen können so auch über Generationen weitergegeben werden, weil (bindungs-) traumatisierte Eltern ihrem Kind eben keine sichere, gesunde Bindung zur Verfügung stellen können – es sei denn sie bearbeiten ihre Erfahrungen ausreichend.
Beziehungstraumen vom Typ II sind auch im Erwachsenenalter möglich. Ein Bsp. dafür wäre eine länger andauernde sehr belastende oder auch missbräuchliche Partnerschaft mit massiver psychischer Abwertung oder auch physischer Gewalttätigkeit durch eine Partnerin (sequenzielles Trauma).

Ein **Schocktrauma** (je nach Ereignis - vorsätzlich gegen eine Person gerichtet, einmalig oder mehrmalig - Typ I oder II) ist die

> *„Auswirkung akuter, verheerender Vorfälle, nach denen Menschen starr vor Angst zurückbleiben, als wären sie zu dem betreffenden Zeitpunkt eingefroren.*"
> (Heller et al., 2020, S. 167)

Dabei gelingt es den Betroffenen aufgrund der massiven Überforderung nicht, den vom Körper eingeleiteten Kampf- oder Fluchtimpuls auszuführen, zu Ende zu führen bzw. scheint Kampf aussichtslos und Flucht nicht möglich. Schocktraumen können in Verbindung mit allen anderen Traumaarten stehen.

3 Wie entsteht ein Trauma – körperliche Prozesse

Die Einschreibung eines Erlebnisses als Trauma scheint genau in dem Moment stattzufinden, in dem klar ist, dass die Situation unentrinnbar ist, wo Kampf aussichtslos und Flucht nicht möglich ist. (Vgl. Ruden, S. 88)
In diesem Moment leitet der Körper auch die Extremmaßnahmen der körperlichen Stress- bzw. Notfallreaktion ein. Das kann ganz schnell passieren wie z. Bsp. bei einem Unfall: Man sitzt in der Gondel und fährt den Berg hoch, plötzlich reißt das Trägerseil und die Gondel fällt in die Tiefe. Dann gibt es Situationen, in denen das fatale Ausmaß der Bedrohung nicht sofort klar ist, in so einem Fall gibt es eine Entwicklung in der Stressbelastung und damit einhergehend auch in den Stressreaktionen bis hin zur Notfallreaktion. Ein Beispiel dazu folgt später.

In der Literatur wird der Begriff Stressreaktion zum Teil synonym mit dem Begriff Notfallreaktion verwendet. In der vorliegenden Arbeit verwende ich von hier an nur den Begriff Notfallreaktion, da der Körper bei traumatisierenden Ereignissen die höchstmögliche Aktivierung der Stresszentren vornimmt.

3.1 Einleitung: Die Notfallreaktion des Körpers

Für die Abläufe und Auswirkungen der Notfallreaktion sind Gehirn, Hormon- und Nervensystem zuständig. Sie interagieren eng verwoben und bedingen einander. Für ein besseres Verständnis der später dargestellten Abläufe gebe ich trotzdem einen getrennten Überblick über diese drei `Systeme´.

3.2 Der Aufbau des Gehirns

In der Literatur wird die Strukturierung des Gehirns nicht einheitlich gesetzt, ich orientiere mich in meiner folgenden Darstellung vor allem an Hantke et al., 2012 ab S. 32.

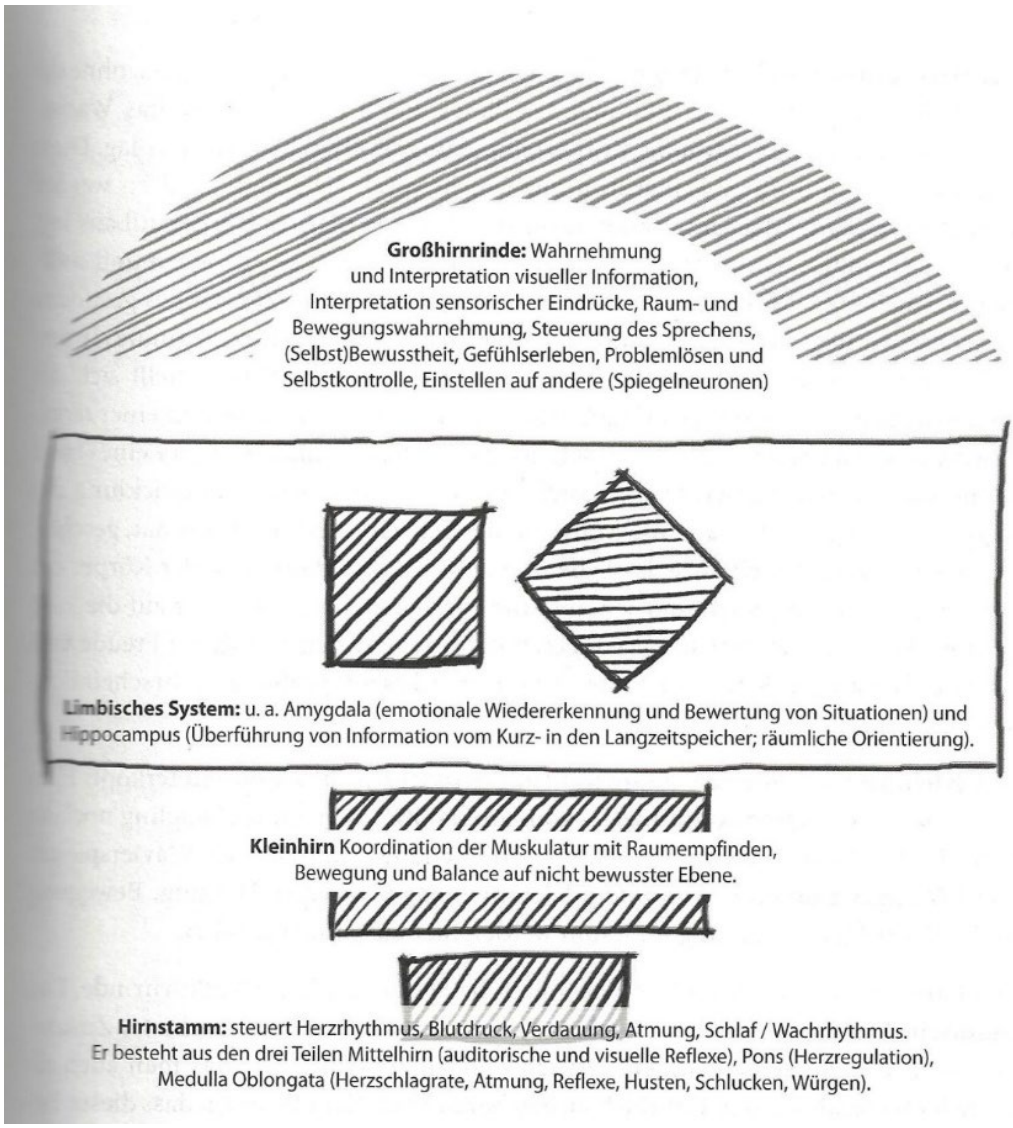


Abbildung 2: Der Aufbau des Gehirns (Hantke et al., 2012, S.33)

Die Reihenfolge der Gehirnstrukturen bezieht sich auf ihr entwicklungsgeschichtliches Auftreten. Die weiter unten und im Körper weiter innen liegenden Strukturen sind in der Entwicklung der Lebewesen früher entstanden als die weiter oben und außen liegenden.

3.2.1 Rückenmark

Die Nerven im Rückenmark sind verantwortlich für die Weiterleitung der Informationen vom Körper zum Gehirn und umgekehrt. (Siehe auch Kapitel 3.3 Das Nervensystem.)

3.2.2 Stammhirn mit Locus Coeruleus

Das Stammhirn oder der Hirnstamm ist zuständig für die Grundfunktionen unseres Körpers wie Herzschlag, Blutdruck, Atmung, Verdauung, Stoffwechsel, Reflexe, Wach-Schlafrhythmus, Körpertemperatur usw. Daher beginnt die Fähigkeit zur Selbstregulation (z. Bsp. die Verlangsamung des Herzschlags und dadurch die Beruhigung des Menschen) auch auf Ebene des Stammhirns – direkter Zugang zur Beeinflussung besteht über die Atmung.

Locus Coeruleus (blauer Kern)

Dieser Bereich im Stammhirn schüttet das Hormon Noradrenalin aus. Sehr viel Noradrenalin verursacht Panik, löst (unter Beteiligung weiterer Hormone) u.a. Schmerzunempfindlichkeit aus und ist mitbeteiligt am Prozess der Unterbrechung der Zusammenarbeit älterer Hirnregionen mit der Großhirnrinde. Das bringt den Verlust des rationalen Denkens (z. Bsp. Handlungen planen, Entscheidungen treffen) und die Empfindung, keinen Ausweg mehr zu sehen, mit sich. (Vgl. Ruden, 2012, S.46)

3.2.3 Kleinhirn

Das Kleinhirn ist zuständig für die Koordination von Bewegung – vor allem auch der automatisierten Bewegung, die der Mensch durch Wiederholung erlernt (z. Bsp. Rad fahren, Klavier spielen). Es ist außerdem eng mit dem Gleichgewichtssinn verknüpft.

3.2.4 Großhirn mit limbischem System und Großhirnrinde

Das Großhirn lässt sich entwicklungsgeschichtlich nochmals in limbisches System und Großhirnrinde unterteilen.

Das limbische System

Wichtige Areale des limbischen Systems im Zusammenhang mit der Notfallreaktion sind:

- Hippocampus: Dieser ist zuständig für das Sammeln aller eingehenden Informationen und Eindrücke, die räumliche und zeitliche Orientierung (wo und wann war etwas) und die Überführung der gesammelten Informationen von seinem Kurz- in das Langzeitgedächtnis der Großhirnrinde. Die letztgenannte Aufgabe kann er nur ausüben, wenn der Körper entspannt bzw. im Ruhezustand ist. Das bedeutet auch, dass Informationen, die mit stark negativen Emotionen verknüpft sind, nicht gut weiterverarbeitet werden. Der Hippocampus sammelt die Informationen, strukturiert und verknüpft sie aber noch nicht miteinander.
- Thalamus: Er sendet und empfängt sensorische Informationen – also Sinneswahrnehmungen. Er ist direkt mit Amygdala und Stammhirn einerseits und Großhirnrinde und Hippocampus andererseits verbunden. So werden schnelle und überdachte Reaktionen des Körpers gewährleistet.

- Hypothalamus: *„Er ist die zentrale Regulationsstelle zwischen dem endokrinen* [hormonellen] *System und dem Nervensystem. Er steuert* [in Zusammenarbeit mit dem Stammhirn] *vegetative Funktionen des Organismus wie die Nahrungs- und Wasseraufnahme, die Körpertemperatur, den Kreislauf, das Schlaf und das Sexualverhalten.*" (https://www.netdoktor.de/anatomie/gehirn/hypothalamus/ abgerufen am 5.7.2021)
  Er ist somit auch zuständig für Spannung und Entspannung. Er gibt entsprechende Impulse an die Amygdala und an die Hirnanhangdrüse (Hypophyse) weiter und spielt eine wichtige Rolle bei der 2. Stressachse der Notfallreaktion.
- Amygdala: Sie ist sozusagen die Alarmanlage unseres Gehirns und die Schaltzentrale unserer Gefühle, besonders der lebenserhaltenden Gefühle wie Angst, Ekel – die auch die Wachsamkeit erhöhen - aber auch Lust. Sie ist damit auch zuständig für die emotionale Wiedererkennung (Erinnerungsvermögen) und Bewertung von Situationen - nicht zuletzt in Bezug auf Gefahr für Leib und Leben. Sie überprüft jeden eintreffenden Reiz (von innen im Körper oder von außen durch die Sinneskanäle via Thalamus kommend) auf Gefährlichkeit für das Überleben. Je nach Bewertung werden Reize Richtung Großhirnrinde weitergeleitet und/oder sofort eine Reaktion ausgelöst. Daher ist die Amygdala v.a. auch gut mit dem Stammhirn verbunden, da so die Grundfunktionen des Körpers schnell, entsprechend den Anforderungen der Situation, reguliert werden können.
- Großhirnrinde oder Neokortex: Diese jüngste Gehirnstruktur umschließt quasi das limbische System. Sie ist der größte Teil des Gehirns. Sie ist zuständig für das bewusste Wahrnehmen von Gefühlen und dem Körper und auch ihrer Steuerung. Sie nimmt, aufgrund der hier verorteten Spiegelneuronen, andere Menschen in ihren Befindlichkeiten wahr. Weiter ist die Großhirnrinde nötig für das bewusste Denken, Erinnern, Planen von Strategien, Entscheidungen treffen (für Handlungen wie z. Bsp. die Ausführung einer Bewegung), für das Reflektieren, für die sprachliche Verarbeitung, den Abgleich und die Verknüpfung mit bereits Erlebtem, für die Affektkontrolle und vieles andere mehr.
  Die Großhirnrinde nimmt vom Thalamus die, bei ihm eingegangenen, Sinnesinformationen entgegen, um sie im Abgleich mit dem Hippocampus auf Gefahr zu analysieren.
  Im Zusammenhang mit Trauma ist es besonders relevant, dass die Großhirnrinde alle beim Hippocampus zusammenlaufenden Informationen in körperlichen Ruhezeiten von ihm übertragen bekommt, um sie in den verschiedenen Arealen zu verarbeiten und im Langzeitgedächtnis abzulegen. Gibt es eine Belastung oder Überlastung funktioniert diese Übertragung nicht ideal oder gar nicht mehr und die Informationen und Eindrücke verbleiben teilweise oder zur Gänze beim Hippocampus.
  Die Großhirnrinde ist generell für das volle Funktionieren ihrer vielen `Tätigkeitsbereiche´ wie Sprache, Bewegung usw. auf ältere Gehirnstrukturen angewiesen. Gibt es Schwierigkeiten in den älteren Gehirnstrukturen, z. Bsp. bereits während der Entwicklung aufgrund vorgeburtlicher Traumen, wirkt sich das auf die Entwicklung und Funktionsfähigkeit der Großhirnrinde aus.

(Vgl. Hantke et al., 2012, S.32-35; Ruden 2012, S.50; Strobel, 2018, S.32)

3.3 Das Nervensystem

Das gesamte Gehirn inkl. Rückenmark und auch der restliche Körper sind von Nervenbahnen durchzogen, die über Nervenzellen vielfältig miteinander verknüpft sind und kommunizieren – das Nervensystem (NS). Die Kommunikation passiert einerseits über elektrische Impulse und andererseits über verschiedene chemische Botenstoffe (Neurotransmitter). Das NS überträgt so Informationen von einem Teil des Gehirns zu anderen und innerhalb des Körpers. Die Informationsübertragung im NS erfolgt blitzschnell, z. Bsp. ziehen wir die Hand blitzschnell von der heißen Herdplatte.
Gehirn und NS können nur theoretisch voneinander getrennt betrachtet werden, denn das NS ist ein inhärenter Teil des Gehirns aber auch des Körpers.
Die in Kapitel 3.2. angeführten Gehirnstrukturen verrichten ihre Arbeit aufgrund der Nervenzellen-Verknüpfungen und darüber hinaus in einer engen Zusammenarbeit mit dem Hormonsystem.

3.3.1 Die Struktur des Nervensystems

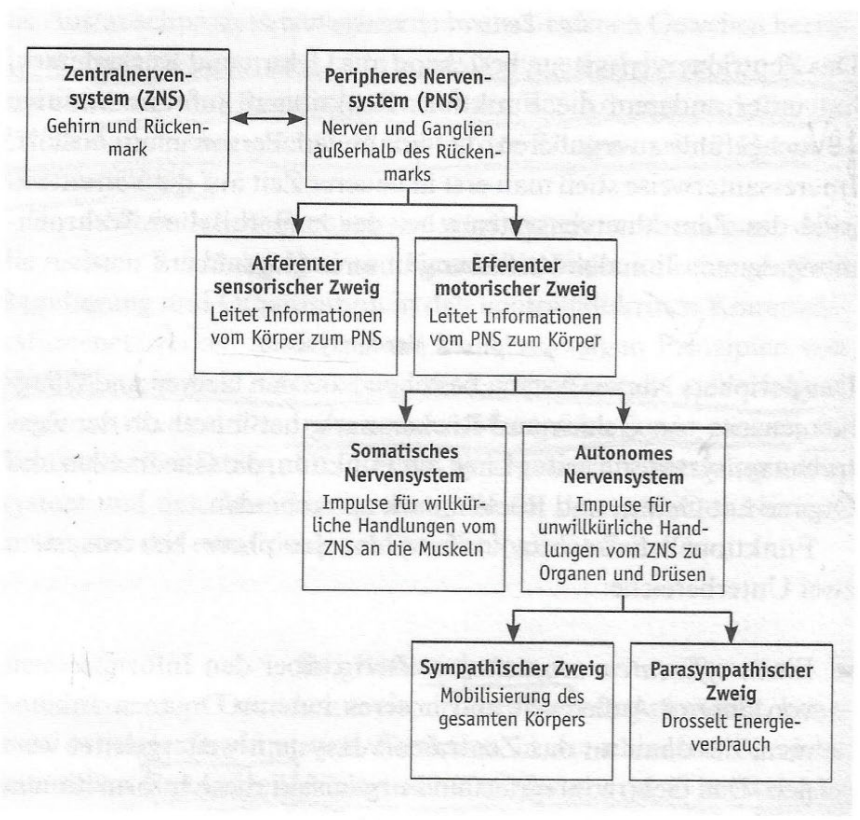
Für das Verständnis, der bei einem Trauma ausgelösten Notfallreaktion, ist es hilfreich, sich das Nervensystem (NS) näher anzusehen.
Das menschliche NS lässt sich für den besseren Überblick nach Struktur und nach Funktionen mit jeweils verschiedenen Teilbereichen unterscheiden.
Struktur:

- Zentralnervensystem (ZNS): gesamtes Gehirn und Rückenmark
- peripheres Nervensystem (PNS): außerhalb des Gehirns

Funktionen:

1. Von den Sinnenorganen kommende Informationen aufspüren,
2. sie organisieren und
3. entsprechende Reaktionen einleiten.

Abbildung 3 auf der Folgeseite zeigt einen Überblick über die Struktur des NS mit seinen einzelnen Zweigen und deren Aufgaben.



7.1 Schematische Darstellung des Nervensystems

Abbildung 3: Struktur des Nervensystems (Heller et al., 2020, S. 136)

Im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit ist besonders das autonome Nervensystem von Interesse: Es trägt die Verantwortung für nicht mit dem Willen steuerbare – also unwillkürliche oder auch unbewusste – Funktionen. Es leitet Impulse vom ZNS zur glatten Muskulatur (Lunge, Harnblase, Auge, Verdauungstrakt), zum Herzmuskel und zu den Hormondrüsen.

Das ANS teilt sich in den sympathischen und den parasympathischen Zweig. Beide Zweige reagieren äußerst schnell auf die vom ZNS kommenden Impulse.

3.3.2 Das autonome (vegetative) Nervensystem

Das autonome Nervensystem (ANS) ist in engem Zusammenhang mit den Funktionen des Stammhirns und des limbischen Systems mit Amygdala und Hypothalamus zu betrachten.

> Es *„bewertet Ereignisse und Menschen nach Überlebensrelevanz und bereitet den Körper darauf vor, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen."* (Heller et al., 2020, S.136)

Dies geschieht unter Einflussnahme auf z. Bsp. Herzfrequenz und Atmung. Über das System der zum ANS gehörenden Vagusnerven übernimmt es auch die Rolle einer Vermittlungsinstanz, die den Menschen zu *„sozialem Miteinander, Vertrauen und Nähe befähigt."* (Heller et al., 2020, S.137)

- Sympathikus
  Der sympathische Zweig (Sympathikus) des ANS ist für die Mobilisierung des ganzen Körpers und damit für seine Handlungsbereitschaft zuständig - z. Bsp., um bedrohliche oder belastende Situationen zu bestehen, sei es durch Kampf- oder Flucht, **wobei in beiden Fällen Abstufungen der Intensität möglich sind**. Der Sympathikus verstärkt durch Erhöhung der Herzfrequenz und Verengung der Blutgefäße die Durchblutung der Muskulatur, stimuliert die Muskeltätigkeit durch unwillkürliche Bewegungen, erweitert die Bronchien zur Erhöhung der Atemfrequenz, regt wesentliche Drüsen zur Ausschüttung von Hormonen an, erhöht den Blutzuckerspiegel damit genug Energie verfügbar ist, erhöht die Aufmerksamkeit und Wachsamkeit (hohe Körperspannung, hohe Erregung) während er u.a. die Verdauungstätigkeit ebenso vermindert wie die Immunabwehr.

- Parasympathikus
  Der parasympathische Zweig des ANS (Parasympathikus) sorgt auf der anderen Seite für eine Beruhigung des Körpersystems: Der Energieverbrauch wird gedrosselt. Der Parasympathikus reguliert als Gegenspieler des Sympathikus die Tätigkeit der Organe, um die Homöostase des Körpers durch Regeneration wieder herzustellen oder aufrecht zu erhalten.
  Homöosthase bedeutet die Balance von Spannung und Entspannung mit einer ausgeglichenen Regulierung aller dafür nötigen Körperfunktionen sowie physiologische Stabilität, die sich in körperlichem und emotionalem Wohlbefinden ausdrückt. Der Parasympathikus sorgt für verlangsamte und vertiefte Atmung, Verlangsamung des Herzschlages, Weitung der Blutgefäße, Normalisierung der Verdauung und die Wiederherstellung der Immunfunktionen.

- Wechselwirkung und Zusammenarbeit von Sympathikus und Parasympathikus

  > *„Sind sympathischer und parasympathischer Zweig ungehindert im Fluss und balancieren sich wechselseitig aus, (…) erfahren wir uns als stabil, stark, präsent und gelöst.*" (Heller et al., 2020, S.138)

  Bei einem traumatischen Ereignis dagegen arbeiten Sympathikus und Parasympathikus beide hochaktiv. In der Literatur wird oft die Metapher von Gaspedal und Bremse eines Autos verwendet. Der Sympathikus entspricht dem Gaspedal, das voll durchgedrückt wird, um den Körper höchstmöglich zu aktivieren. Der Parasympathikus entspricht der Bremse, die gleichzeitig betätigt wird, um die für den Organismus gefährlich hohe Erregung zu kontrollieren. So kommt es zu einer sehr hohen Spannung in beiden Zweigen des ANS**.** Das entspricht dem Kampf- und Fluchtmodus.
  Kann die Betroffene weder kämpfen noch fliehen – das kann bei Gewalttaten ebenso der Fall sein wie in bedrohlichen Situationen im Flugzeug, Sturm oder einer sozialen Interaktion - erscheint die Situation also ausweglos, werden Sympathikus und Parasympathikus höchstmöglich aktiviert. Gas und Bremse werden sozusagen beide bis auf Anschlag durchgedrückt und es drehen – im Bild geblieben – die Reifen durch.

Zum Schutz vor Überspannung und damit nachhaltiger Schädigung oder Tod schaltet der Körper möglichst viele Funktionen ab. Es kommt zu einem äußeren Stillstand des Körpers, einer Erstarrung (auch als Lähmung bezeichnet) und tatsächlichen Handlungsunfähigkeit. Die Betroffene kann sich nicht mehr bewegen, auch wenn sie das möchte! Das geschieht in einem Moment, wo weder zusätzlicher Spannungsaufbau durch Sympathikus noch -abbau durch Parasympathikus und auch keine Spannungsabfuhr durch Flucht/Kampf möglich ist. Der Körper `friert´ die Spannung samt dem hohen Energielevel ein.
Alternativ oder auch in Folge, wenn der äußere Umstand, der zu dieser hohen Anspannung ohne Handlungsmöglichkeit und zur Erstarrung geführt hat, weiter anhält, kann es auch zum Erschlaffen kommen: einem leblos Zusammensacken, das bis zur Ohnmacht gehen kann – vergleichbar einem Totstell-Reflex bei Tieren. Die Körperspannung wird abgeschaltet, der Herzschlag ist kaum mehr wahrzunehmen, der Blutdruck ist sehr schwach.

Die Hochspannung von Sympathikus und Parasympathikus mit Erstarrung/Lähmung ebenso wie das Kippen in den/die Totstell-Reflex/Erschlaffung mit den beschriebenen Ausprägungen führen zur sogenannten Dissoziation. Tritt Dissoziation ein, kann man mit Gewissheit von einem traumatisierenden Ereignis sprechen. (Mehr zu Dissoziation unter Kapitel 4. Mögliche Folgen eines Traumas)

(Gesamtes Kapitel bis hier: vgl. Heller et al., 2020, S. 165-166; Hantke et al., 2012, S.61-62 und https://www.refugee-trauma.help/ueber-trauma/ abgerufen am 21.6.2021)

Die nachstehende Abbildung Nr. 4 zeigt das limbische System (Hase) und die Großhirnrinde (Kopf/Denker) in Zusammenarbeit mit Sympathikus und Parasympathikus im grünen Ressourcenbereich, in dem sie gemeinsam unter Nutzung aller Ressourcen die Spannungsschwankungen immer wieder ausgleichen. Der rote Bereich veranschaulicht die Situation, in der das limbische System mit höchstem Alarm reagiert, Sympathikus und Parasympathikus bis an die Grenze aktiviert sind und der Körper, bei Ausweglosigkeit, in Hochspannung oder/und Unterspannung geht und dissoziiert.

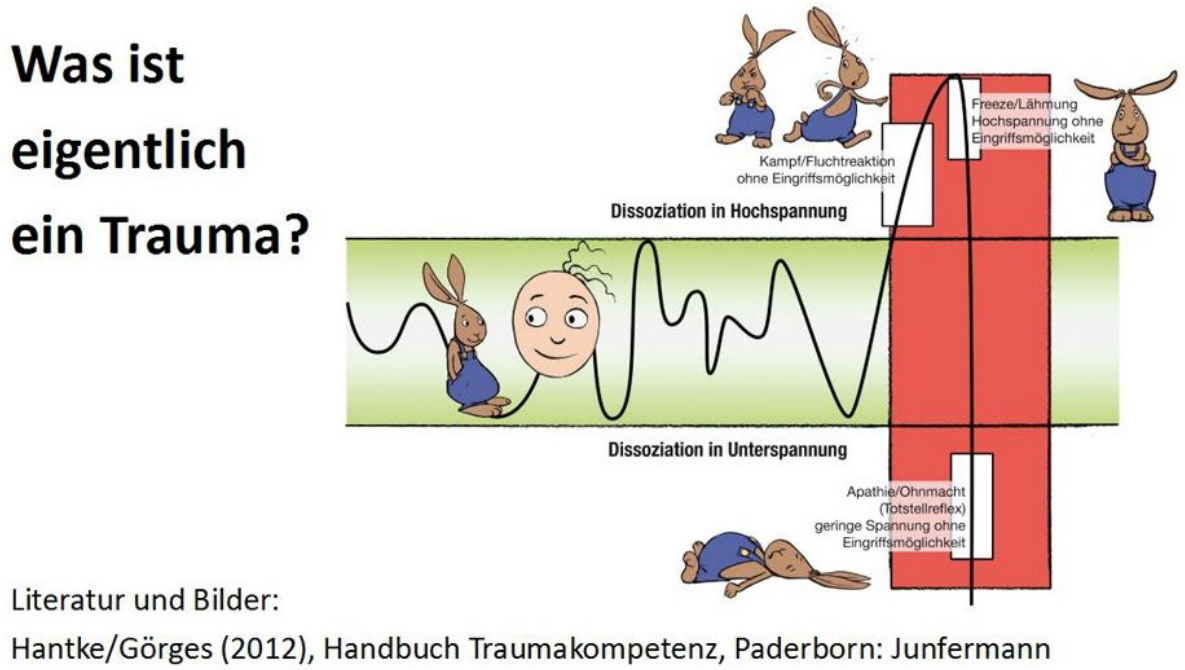


Abbildung 4: Ressourcenbereich der Spannungskurve und Dissoziation in Über- bzw. Unterspannung (https://docplayer.org/70987835-Traumapaedagogische-standards-in-der-jugendhilfeeinrichtung-fuer-unbegleitete-minderjaehrige-fluechtlinge.html abgerufen am 22.6.2021)

3.4 Das Hormonsystem (endokrines System)

Das Hormonsystem (HS) ist neben dem NS das zweite Informationssystem des Körpers. Hormone sind chemische Substanzen, die von Hormondrüsen ausgeschüttet werden und über das Blut zu den Zielzellen gelangen. Das ist auch der Grund warum die Signalübermittlung langsamer als im NS funktioniert. Von den Zielzellen können die Hormone via spezieller Andockstellen (Rezeptoren) aufgenommen und `ausgelesen´ werden - so weiß die Zelle, einfach gesprochen, was sie zu tun hat. Bleiben Hormone aus (z. Bsp. wegen Nebennierenerschöpfung) bleiben darauf angewiesene Zellen inaktiv. Hormone steuern die lebenswichtigen Stoffwechseltätigkeiten. Sie halten das Gleichgewicht, Wachstum und auch Abbau- und Regenerationsprozesse der Körperzellen in Balance, indem sie die Nährstoffaufnahme und Ausscheidung von Abfallprodukten regulieren. Die fein abgestimmte Ausschüttung von Hormonen ist eine wichtige Grundlage für die Erhaltung der Homöostase im Körper. Funktionell besteht eine sehr enge Beziehung zum Nervensystem. Auch ein Teil der Kommunikation im NS (zwischen den Nervenzellen, von einem synaptischen Spalt zum nächsten) erfolgt über Hormone. Beide Systeme wirken auch bei der Notfallreaktion zusammen.
Für die Notfallreaktion bedeutsame Hormone werden von folgenden Drüsen, Nervenzellen und Körperregionen produziert und ausgeschüttet:

- Nukleus Coeruleus (blauer Kern) und Nervenenden des sympathischen Nervenstranges: Noradrenalin - es bewirkt Panik und aktiviert die Mobilisierung des Körpers für Kampf oder Flucht. Es ist in Bedrohungssituationen an der Unterbrechung

des Signalflusses zwischen Amygdala und Großhirnrinde mit beteiligt, wodurch die Amygdala die stärkere oder gesamte Kontrolle über das Verhalten übernimmt.

- Hypothalamus: **C**orticotropin-**R**eleasing-**H**ormon (CRH), Opioide
- Hypophyse (Hirnanhangdrüse): **A**drenoc**c**orticot**t**ropes **H**ormon (ACTH), Endorphin
- Nebennierenmark:
  - Adrenalin: Die Ausschüttung wird durch das Noradrenalin angeregt. Adrenalin bewirkt die körperlichen Veränderungen, die es für Kampf oder Flucht braucht: Erhöhung des Herzschlages, Anstieg von Blutdruck und Blutzuckerspiegel, was eine bessere Durchblutung von Herz, Muskeln und Gehirn mit sich bringt.
  - Dopamin erhöht die Aufmerksamkeit
- Nebennierenrinde: Cortisol (angeregt durch CRH und ACTH) verstärkt u.a. die Wirkung von Noradrenalin und unterdrückt die Immunabwehr. Hohe Cortisolspiegel beeinflussen die Hippocampustätigkeit, was in Folge das Abrufen von intensiven emotionalen Ereignissen verändert.
- Darm und Nervenzellen des Stammhirns: Serotonin
- ZNS: Glutamat (erregender Neurotransmitter; beteiligt an der Speicherung eines traumatischen Ereignisses)

Endorphin, Serotonin und Dopamin werden auch `natürliche Opioide´ genannt. Sie werden bei einem traumatischen Ereignis in großen Mengen ausgeschüttet, um die Betroffene durch einen u.a. dadurch hervorgerufenen dissoziativen Zustand vor der Wahrnehmung überwältigender Informationen und Gefühlen zu schützen. Die Opioide wirken an dissoziativen Zuständen mit. Sie können zu psychomotorischer Erstarrung, emotionaler Betäubung, Hemmung der Schmerzwahrnehmung und Reduzierung der Panik führen. (Siehe auch Kapitel 4. Mögliche Folgen eines Traumas, 3.5.2 Die zweite Stressachse der Notfallreaktion und die darauf folgenden Unterkapitel.)

(Vgl. Heller et al., 2020, S. 152f; https://www.lernhelfer.de/schuelerlexikon/biologie/artikel/menschliches-hormonsystem abgerufen am 8.7.2021; https://www.eurapon.de/blog/4-botenstoffe-des-gluecks/ abgerufen am 8.7.2021; Urich, 2021, Skriptum Krisenintervention allgemein, S. 9; Ruden, 2012, S.65 bis 67 und S. 74)

3.5 Die 2 Achsen der Notfallreaktion

Stress, und damit einhergehend die Aktivierung des Körpers, erleben wir täglich bei Herausforderungen. In der Entwicklungsgeschichte des Menschen hat sich die Gefahr in unseren westlichen Industriestaaten allerdings sehr verändert. Statt eines Raubtiers fühlen wir uns mitunter von einer Deadline für ein wichtiges Projekt oder vom Steckenbleiben im Straßenverkehr gestresst und damit mehr oder weniger bedroht. Ebenfalls bedroht fühlt sich der Körper, wenn ein anderer Mensch ihm aggressiv entgegentritt (daran hat sich seit der Urzeit nichts geändert), bei Unfällen oder wenn uns Naturkatastrophen ereilen.
Die körperlichen Abläufe in stressigen Situationen haben sich auch seit der Urzeit nicht geändert. Der Körper wird aktiviert, um aufmerksamer und leistungsfähiger im Denken und vor allem im Handeln zu werden – mit dem Ziel, eine gute Lösung zu finden. Je höher der Stress, je bedrohlicher das Ereignis, umso stärker wird der Körper für Kampf oder Flucht

aktiviert. Gleichzeitig gelingt das Denken immer schlechter bis zu dem Punkt, an dem bewusstes Denken und willentliches Agieren gar nicht mehr möglich sind und, vereinfacht ausgedrückt, der Körper das volle Kommando übernimmt.

Die bisher beschriebenen körperlichen Prozesse wirken bei der Notfallreaktion auf zwei verschiedenen Wegen zusammen, die als die beiden Stressachsen des Körpers bezeichnet werden:
Es gibt einen schnellen Weg, angesteuert über das Nervensystem (1. Stressachse), und einen langsameren hormonellen Weg (2. Stressachse). Dabei schließt der eine Weg den anderen nicht aus. Die 1. Stressachse wird fast reflexhaft aktiviert, bevor überhaupt klar ist, ob da wirklich eine Bedrohung vorhanden ist. Dahinter stehen zum Teil angeborene Angstreize, die noch aus der menschlichen Frühgeschichte stammen. Die Devise dahinter: Besser einmal zu oft zur Seite gesprungen oder anderweitig reagiert, als - aufgrund von Langsamkeit - in richtige Gefahr zu kommen. Herrscht aber wirklich Gefahr und kann sie nicht gleich beseitigt werden oder wird der erste Eindruck durch eingehendere Prüfung bestätigt, dann wird die 2. Stressachse aktiviert, um den Körper noch mehr zu unterstützen, sich aus der Situation retten zu können.

Abbildung Nr.5 gibt einen Überblick über die an der Notfallreaktion beteiligten Gehirnregionen und Hormondrüsen im Gehirn: Thalamus, limbisches System mit u.a. Amygdala und Hippocampus (hier nicht eingezeichnet), Großhirnrinde (Neokortex), Locus Coeruleus (blauer Kern), Hypophyse, Hypothalamus

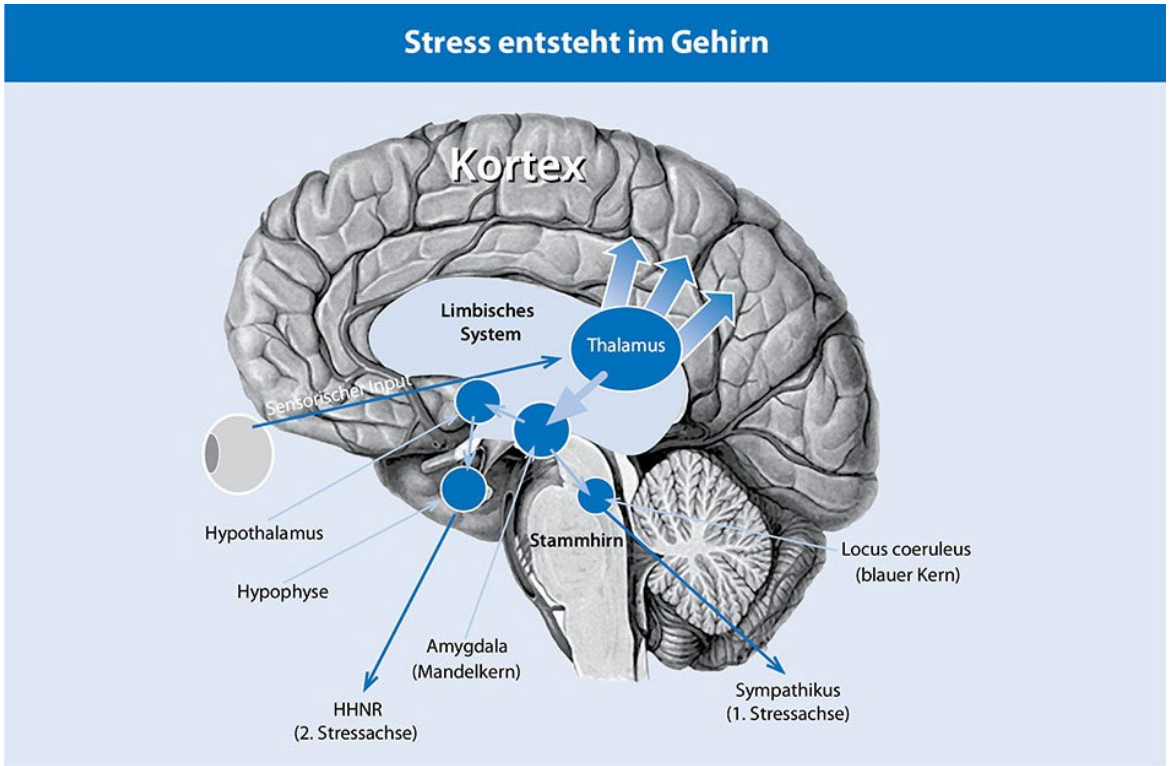


Abbildung 5: Stress entsteht im Gehirn (Kaluza, 2018, S. 24)

Abbildung Nr. 6 stellt stark vereinfacht die Reaktionsketten bei den zwei Achsen der Notfallreaktion dar. Diverse Rückkoppelungsmechanismen zur Stressregulation bleiben hier ausgespart.

Abbildung 6: Die 2 Achsen der Stressreaktion (Kaluza, 2018, S. 23)

3.5.1 Die erste Stressachse der Notfallreaktion: Sympathikus-Nebennierenmark-Achse

Die Aktivierung der ersten Stressachse passiert, sobald Reize von außen sofort als gefährlich erkannt oder so interpretiert werden – aufgrund von Vorerfahrung, weil sie noch von der Urzeit her als gefährlich abgespeichert sind oder irgendeine Ähnlichkeit mit einem abgespeicherten Gefahrenreiz besteht. Angeborene Angstreize sind z. Bsp. ein plötzlicher Abgrund, schleichende oder krabbelnde Tiere aber auch Angst, verlassen oder getötet zu werden.

Bei hoher Gefahreneinstufung reagiert der Körper unwillkürlich (man zieht z. Bsp. das Kind vor dem nahenden Auto von der Straße) - ohne bewusstes Nachdenken, wie man reagieren könnte oder möchte. Die erste Stressachse ist eben der schnelle Weg der Aktivierung.

Beteiligt sind im ersten Moment Thalamus und Amygdala: Über den Thalamus kommen alle Sinneseindrücke in den Körper und werden sofort einer groben Bewertung unterzogen (abgesehen vom Geruchsinn, diese Information geht in gefährlichen Situationen sofort an die Amygdala und auch direkt in die Großhirnrinde). Ist die Erstbewertung `Gefahr´ wird sofort die Amygdala informiert. Von der Amygdala ausgehend wird dann der blaue Kern im Stammhirn stimuliert, der daraufhin Noradrenalin ausschüttet und damit umgehend die

Sympathikus-Nebennierenmark Achse aktiviert. Die betroffene Person empfindet je nach Menge an Noradrenalin Angst bis Panik, je nach Intensität der Gefahr.
Der Name Sympathikus-Nebennierenmark-Achse weist darauf hin, dass die 1. Stressachsenreaktion vom sympathischen Zweig des ANS initiiert und gesteuert wird. Der Sympathikus verläuft u.a. entlang der Wirbelsäule nach unten und ist mit Organen und Gefäßen verbunden. Das freigesetzte Noradrenalin veranlasst den sympathischen Nervenstrang zu noch mehr Noradrenalin-Ausschüttung an seinen Nervenenden, was in Folge die peripheren Organe aktiviert. Zusätzlich stimuliert der sympathische Nervenstrang das Nebennierenmark (im Zentrum der Nebenniere) Adrenalin freizusetzen. Viel Adrenalin im Blut lässt Herzschlag, Blutdruck und Blutzuckerspiegel ansteigen und verbessert die Durchblutung von Herz, Gehirn und Muskulatur. Im Bruchteil von Sekunden ist der Körper in Alarmbereitschaft.
Wird die Gefahr als mäßig bedrohlich eingeschätzt, ist auch die erste Reaktion milder. Es kommt - genauso schnell zwar - nur zu einer erhöhten Aufmerksamkeit und einer defensiven Orientierungsreaktion. Das bedeutet, der Körper hält inne, die Spannung erhöht sich, evtl. wird der Atem angehalten, das Herz beginnt schneller zu schlagen und alle Aufmerksamkeit geht in die Sinne. Es geht darum herauszufinden, ob das, was in Thalamus und Amygdala als mögliche Gefahr bewertet wurde, wirklich gefährlich ist.

Um die Situation bewusst auf Gefahr beurteilen zu können, gibt es noch einen langen Weg, der parallel aktiviert wird: Die eingehenden Sinneseindrücke vom Thalamus werden zusätzlich auch noch an die Großhirnrinde und den Hippocampus weitergegeben. Diese analysieren in Zusammenarbeit diese Daten und gleichen sie noch genauer mit bewussten Erinnerungen an angstauslösende Ereignisse ab. Sobald sie zu einem Ergebnis kommen, wird wieder die Amygdala informiert.
War es ein Fehlalarm, wird dies durch hemmende Signale an die Amygdala weitergegeben und sie fährt die Aktivierung zurück. Bei gesunden Personen verlangsamen sich Herzschlag und Atmung schnell wieder, der Bauch fängt wieder an zu verdauen, die Körperspannung sinkt und man wendet sich wieder dem zu, was man eigentlich vorhatte. (Bei übermäßiger Angst, Wut, chronisch stressigen Bedingungen oder als dauerhafte Einschränkung nach Traumen ist dieses Signal aus der Großhirnrinde unter Umständen verringert und kann daher diese `Beruhigung´ der Amygdala nicht mehr (ausreichend) steuern. Das kann Menschen für zukünftige Traumen oder zumindest schnelle Erregbarkeit anfällig machen.)

Die Entspannung wird auch dann eingeleitet, wenn die gefährliche Situation oder Herausforderung zeitnah bewältigt werden kann. Die Beruhigungsphase dauert dann vermutlich ein wenig länger.

> *„Noradrenalin zerfällt bereits nach kurzer Zeit, die sympathische Aktivierung nimmt ab, der Körper beruhigt sich.*" (Kaluza, 2018, S. 23)

Die Stressreaktion findet ein Ende.

Ein konkretes Beispiel dazu:
Eine Frau sitzt in der Nacht gemütlich und entspannt mit einem Bier vor dem Fernseher. Plötzlich hört sie ein unbekanntes Geräusch. Ihr Körper hält inne, sie hebt den Kopf, dreht ihn in die Richtung aus der das Geräusch - ihrer Vermutung nach - gekommen ist. Sie spitzt

die Ohren. Ihre Spannung erhöht sich, sie hält den Atem an, ihr Herz beginnt schneller zu schlagen, sie schwitzt, dreht den Ton beim Fernseher ab, um noch besser hören zu können. Alle Aufmerksamkeit geht in die Sinne – bei diesem Bsp. v.a. zu den Ohren. Dann kann die Frau die Quelle des Geräuschs genauer ausmachen. Vorsichtig nähert sie sich dem Fenster, um die Ursache zu prüfen.

Bis hierher handelt es sich um die Beschreibung der Aktivierung der ersten Stressachse bei mäßigem Bedrohungsgefühl. Es kommt nur zu einer defensiven Orientierungsreaktion.

Die Frau merkt, dass es sich nur um einen Ast handelt, der am Fenster streift und atmet erleichtert durch. Sie kehrt zum Sofa zurück, dreht den Ton wieder an, nimmt einen Schluck Bier und schaut die Sendung weiter.

Beispiel alternativer Verlauf:
Erkennt sie jedoch, dass sich jemand im Haus befindet, erhöht sich die Aktivierung augenblicklich.

Erkennen Großhirnrinde und Hippocampus am langen Weg, dass wirklich Gefahr droht, werden die von der Amygdala bereits eingeleiteten Reaktionen verstärkt.
Im Anschluss an die defensive Orientierungsreaktion dient diese Verstärkung der Bereitmachung des Körpers für Kampf oder Flucht, um das Überleben des Körpers zu sichern. Das Ziel ist also, dem Körper so viel Energie und damit Kraft wie möglich vor allem in den großen Muskeln der Arme und Beine zur Verfügung zu stellen. Außerdem geht es um schnelles Reaktionsvermögen.

Dauert die Herausforderung oder Gefahr an und ist nicht einfach kontrollierbar, setzt der blaue Kern weiter Noradrenalin frei und die noch aufrechte Aktivierung des sympathischen Nervenstrangs weitet sich über seine aufsteigenden Nervenbahnen nach oben in jüngere Gehirnregionen aus. Amygdala und Großhirnrinde werden noch stärker aktiviert, die Erregung erhöht sich in den beteiligten Gehirnregionen und breitet sich weiter aus, bis es zur Aktivierung der Nervenzellen im Hypothalamus kommt, was weiter die Stimulierung der zweiten Stressachse auslöst.

(Ab 3.5 vgl. Kaluza 2018, S. 22 bis 24)

3.5.2 Die zweite Stressachse der Notfallreaktion: Hypothalamus-Hypophyse-Nebennieren-Achse

Der Hypothalamus setzt diese 2. Stressreaktion durch die Ausschüttung von CRH (**C**orticotropin-**R**eleasing-**H**ormon) in Gang. Dieses Hormon steuert die Hypophyse an, damit diese dann ACTH (**A**drenoc**c**orticot**t**ropes **H**ormon) ausschüttet. Über den Blutkreislauf gelangt das ACTH zur Nebennierenrinde und veranlasst dort die Freisetzung des Hormons Cortisol.

> Cortisol *„bewirkt eine breite Spanne von Stressanpassungen, die von der vermehrten Bereitstellung des energieliefernden Blutzuckers bis zur Feinabstimmung des Immunsystems reichen."* (Kaluza, 2018, S. 24)

> *„Erhöhte Cortisolspiegel erhöhen die Erregbarkeit, was wiederum Kampf- oder Fluchtverhalten begünstigt.*" (Urich, 2021, Skriptum Krisenintervention allgemein, S. 9)

Um die Stressreaktion nicht überschießen zu lassen, hat die Natur für die Steuerung des Cortisolspiegels an sich ein Rückkoppelungssystem vorgesehen. Es gibt ein Monitoring für die Höhe der Konzentration von Cortisol im Blut - bei hohem Cortisolspiegel wird die weitere Ausschüttung der Hormone CRH und ACTH durch Hypothalamus bzw. Hypophyse gehemmt. Dieser Schutzmechanismus `verschleißt´ bei chronischem Stress oder fortdauernder existenzieller Bedrohung (z. Bsp. Entwicklungstrauma) und es kommt zu dauerhaften Veränderungen der beteiligten Gehirnareale. Cortisol dämpft auch die Immunabwehr – für kurzfristige stressbedingte Aktivierung kann das sinnvoll sein, bei chronisch hohem und dauerhaftem Stress (u.a. Trauma-Folgestörungen) wirkt sich das ebenfalls negativ auf die Gesundheit aus.

Im oben genannten Beispiel wird im Körper der Frau, wenn sie merkt, dass jemand im Haus ist, die 2. Stressachse aktiviert. Es wird weiterhin Noradrenalin ausgeschüttet und dadurch die Panik angefeuert. Der Adrenalinspiegel erhöht sich weiter, was wiederum ihren Puls weiter hochschnellen und das Herz noch schneller rasen lässt. Das Cortisol, das durch die 2. Stressachse noch dazukommt, macht sie hocherregt. Je nach ihrer Vorerfahrung, ihren Kompetenzen, ihrem Alter usw. wird sie die eindringende Person zu verjagen versuchen oder sich durch ein Fenster aus dem Haus flüchten oder sich verstecken. Dabei wird je nach Intensität der Panik ein bewusstes Planen der Handlung schon weniger möglich sein. Da eine veränderte Hormonausschüttung den Zugriff auf die Großhirnrinde bereits erschwert. Befindet sich die Frau dann wieder in Sicherheit, dauert die Beendigung der körperlichen Aktivierung im Vergleich zur vorherigen Situation, als das Geräusch nur ein Ast am Fenster war, länger: Adrenalin und Cortisol zirkulieren noch im Blut und es dauert länger, bis die Erregungskurve abflacht und die ausgleichenden parasympathischen Impulse im Körper wirksam werden können.

Ist die Frau mit ihrer Bewältigungsstrategie erfolgreich gewesen, empfindet sie nach Abklingen der Stresssymptome vielleicht sogar ein Gefühl von Erleichterung und Zufriedenheit mit sich. Das wirkt dann auch auf die Psyche stabilisierend. Mit jeder bewältigten Erfahrung lernt man und dehnt den eigenen Ressourcenbereich in Bezug auf Ausschläge der körperlich-geistig-emotionalen Spannungskurve aus. Auch selbstgewählte Herausforderungen können die Stressachsen aktivieren, wenn man für die Bewältigung die persönliche Lernzone verlassen muss und (zumindest kurzfristig) in die Panikzone wechselt.

(Vgl. Kaluza, S. 23-24; Urich, 2021, Skriptum Krisenintervention allgemein, S.8f; Strobel, 2018, S.32-36; Heller et al., 2020, S.153-155)

3.5.3 Die extremen Maßnahmen der Notfallreaktion

Wird die Frau von einer eindringenden Person jedoch direkt konfrontiert und z. Bsp. mit einer Waffe bedroht oder attackiert, befindet sie sich vermutlich in einer von ihr lebensbedrohlich und überwältigend empfundenen Gefahr. Die Aktivierung von Nerven- u. Hormonsystem im Rahmen der beiden Stressachsen geht dann an die Grenze der für den

Körper erträglichen Spannung. Die extreme Notfallreaktion ist eine Höchstleistung des Körpers.
Nicht jede extreme Notfallreaktion muss zu einem Trauma führen, aber jedem Trauma geht eine solche voraus. Der Körper übernimmt aus Sorge ums Überleben das Kommando für die nächsten Schritte. Die Großhirnrinde mit ihrer bewussten Entscheidungsmöglichkeit für Handlungen wird dann durch die Einwirkung von ausgeschütteten Opioiden quasi `vernebelt´ und vom limbischen System (Amygdala, Hippocampus) `abgekoppelt´. Ältere Hirnregionen im Stammhirn übernehmen ausgehend von Impulsen der Amygdala zur Gänze die Führung und `bestimmen´ was der Körper macht und ausführt, ohne dass der betroffene Mensch noch willentlich eingreifen könnte. Alle Körperfunktionen, die dafür nicht nötig sind, werden vom Stammhirn ausgehend heruntergeregelt: u.a. Temperatur, Feinmotorik, die Verdauung (es kann auch zur Entleerung von Darm und/oder Blase kommen) und eben auch das bewusste Denken. Gleichzeitig stellen sich mit steigender Erregung aufgrund von Veränderungen in der Hormonausschüttung extreme Emotionen ein.

Das Drama des Traumas beginnt. Der Hippocampus (siehe auch Kapitel 3.2.4. Großhirn mit limbischem System und Großhirnrinde) kann nur noch Informationen im Kurzzeitgedächtnis entgegennehmen, aber schon nichts mehr nach Zeit und örtlicher Orientierung ordnen. Er kann die Infos auch nicht mehr zur weiteren Verarbeitung und Verknüpfung an die Großhirnrinde weiterreichen. So bleiben alle im Hippocampus ankommenden Sinneseindrücke und weiteren Informationen ungeordnet, unstrukturiert, unverbunden und in keinen örtlichen und zeitlichen Zusammenhang gestellt. Im schlimmsten Fall, wenn Kampf oder Flucht keinen Erfolg bringen bzw. nicht möglich sind, keine Rettung von außen zu erwarten ist und sich die Betroffene daraufhin in einer für sie ausweglosen Situation wiederfindet, kommt es zur erwähnten dissoziativen Erstarrung/Lähmung oder/und Erschlaffung.

> *„(…) die Amygdala* [feuert] *weiter Alarmsignale aus. Die extreme Bedrohung kann einen dissoziativen Schutzmechanismus auslösen, der unter anderem auch durch die Ausschüttung körpereigener Opioide vor der Überflutung durch überwältigende Informationen und Gefühle schützt*."
> (Urich, 2021, Skriptum Allgemeine Krisenintervention, S.9)

Nach dieser Notfallreaktion ist eine möglichst unmittelbare psychologische Betreuung (Krisenintervention) und in Folge zeitnahe Bearbeitung des Erlebten unbedingt nötig, um die Verarbeitung und Integration der Erfahrung nach und nach zu ermöglichen und Folgeschäden zu verhindern.

(Vgl. Hantke et al.,2012, S. 59f und Ruden, 2012, S.50-60)

3.5.4 Abgrenzung mäßige Notfallreaktion zu extremer Notfallreaktion

Anmerkung: Die Einführung der Bezeichnungen mäßige und extreme Notfallreaktion ermöglichen mir die Darstellung der Notfallreaktion mit all ihren körperlichen Auswirkungen als ein Kontinuum. Das bedeutet, die Notfallreaktion kann schwächer oder stärker ausfallen und demnach auch die Symptome und Auswirkungen auf den Körper.

Bei einer mäßigen Notfallreaktion bleibt die Verbindung von limbischem System (Amygdala, Hippocampus) zur Großhirnrinde meist noch aufrecht, wenn vielleicht auch bereits eingeschränkt. Die Dosierung und Mischung der durch die Reaktion freigesetzten Hormone ermöglicht das noch. Man kann bis zu einem gewissen Grad noch bewusst mitsteuern was passiert oder zumindest bewusste Beobachterin der Handlungen bleiben.
Beim weiter oben genannten Beispiel, wo jemand ein Kind reflexartig von der Straße zieht – um es vor dem Überfahren zu bewahren – wurde die Großhirnrinde allerdings auch umgangen.
Bei steigender Anspannung ist die Beteiligung der Großhirnrinde immer eingeschränkter möglich. Bereits unter mäßigem Stress greift man tendenziell auf früher erlernte Verhaltensmuster zurück. So geht man bei einer aufwühlenden Meinungsverschiedenheit mit der Partnerin eher verbal zum Angriff über oder läuft aus dem Raum und wirft vielleicht die Tür hinter sich zu, anstatt in Ruhe zu fragen, was denn das Bedürfnis hinter der Aussage der Liebsten sei, wie einem das bei weniger emotional besetzten Themen gelingt.
Je schwerwiegender und bedrohlicher die Situation, umso weniger Zugriff auf das Großhirn ist möglich, bis es letztlich zu den extremen Ausformungen der Notfallreaktion und Traumatisierung kommt. (Siehe auch Kapitel 2. Was ist ein Trauma)

(Vgl. Hantke et al., 2012, S. 60)

4 Mögliche Folgen eines Traumas

Die Folgen eines Traumas setzen unmittelbar nach dem Erleben ein. Sie werden ausgelöst bzw. sind gekennzeichnet von den bisher beschriebenen neuroendokrinen Abläufen.
Sie können in verschiedene Phasen eingeteilt werden:

- Peritraumatische Dissoziation – u.U. mit Freeze/Erstarrung und/oder Totstell-Reflex/Erschlaffung
- Akute Belastungsreaktion
- Akute Belastungsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Andauernde Persönlichkeitsveränderung

4.1 (Peritraumatische) Dissoziation

In der Akutphase des traumatischen Erlebnisses kann eine peritraumatische Dissoziation auftreten. Die Dissoziation lässt sich als Rückzugsmechanismus aus einer nicht aushaltbaren Realität beschreiben, um die überwältigende Situation nicht bei vollem Bewusstsein zu erleben. Die Dissoziation ist ein Instrument des Körpers, um in einer extremen Überlastungssituation das Überleben zu sichern. Wie in den vorangegangenen Kapiteln bereits angemerkt hat die Ausschüttung körpereigener Opioide einen wesentlichen Anteil an typischen Merkmalen einer Dissoziation, die in unterschiedlicher Kombination und Intensität auftreten können:

- Sinneseindrücke, Gefühle und andere körperliche Wahrnehmungen, Gedanken und Verhalten werden als unverbundene Bruchstücke und ohne Zuordnung in Raum- und Zeitzusammenhang gespeichert.
- Verzerrung der Wahrnehmung der Umgebung: Sie erscheint entfremdet oder unwirklich.
- Verzerrung der Zeitwahrnehmung: Z. Bsp. erscheinen Sekunden als Ewigkeit.
- Abkoppelung des Bewusstseins von der Wahrnehmung des Körpers: Betroffene sehen sich selbst in der Situation von außen oder stehen wie neben sich (Depersonalisation) oder
- nehmen die Situation gesamt als von sich selbst und evtl. auch den eigenen Handlungen (z. Bsp. dem eigenen Schreien) abgekoppelt wahr, als würden sie einen Traum haben oder einen Film sehen (Derealisation). Sie können dann auch große innere Ruhe empfinden.
    - Die beiden letzten Punkte kann man als Spaltung in ein *„erlebendes und beobachtendes Ich"* (Spitzer et al. in Seidler (Hrsg.), 2011, S. 30) verstehen. Es dient der Begrenzung von Schmerz und Angst.
- Betroffene wirken teilnahmslos, apathisch oder nicht adäquat emotional beteiligt.
- Betroffene nehmen auch andere Personen nicht wahr oder können nicht aktiv in Kontakt gehen bzw. adäquat auf Kontaktaufnahme reagieren.
- Betroffene können verwirrt und orientierungslos sein.
- Betroffene können bewegungsunfähig sein oder die eigene Bewegung verlangsamt oder schwerelos wahrnehmen.
- Betroffene können u.U. nicht sprechen, da in den für Sprache zuständigen Arealen des Gehirns das sogenannte Broca-Zentrum blockiert sein kann.
- Die durch das Adrenalin ausgelösten Panikzustände werden reduziert.

Im Idealfall erleben sich Betroffene wieder mit all ihren Wahrnehmungsebenen integriert (`ganz´), wenn sie sich in Sicherheit fühlen und z. Bsp. von einer nahen Bindungsperson im Arm gehalten werden. Durch Weinen, Schreien, … `löst sich der Schock´ wie man umgangssprachlich sagt.

(Vgl. Urich, 2021, Skriptum Krisenintervention allgemein, S. 9-10)

Wenn allerdings keine zeitnahe Unterstützung erfolgt und Betroffene Trauma-Folgestörungen entwickeln, können dissoziative Zustände auch längerfristig oder im Extremfall dauerhaft im Leben auftreten.

4.1.1 Freeze-Zustand und Totstell-Reflex

Eine schwere Ausprägung einer Dissoziation sind die mehrfach erwähnten Zustände von Erstarrung/Lähmung (Freeze-Zustand) und/oder Erschlaffen (Totstell-Reflex). Dabei tritt der Freeze-Zustand bei körperlicher Überspannung und Erschlaffen bei körperlicher Unterspannung auf. (Siehe auch Kapitel 3.3.2 Das autonome (vegetative) Nervensystem.)
Bei beiden Dissoziations-Zuständen können jeweils die meisten der oben erwähnten Merkmale ebenfalls auftreten. In jedem Fall tritt bei beiden Formen Schmerzun-

empfindlichkeit ein, die dazu führen kann, dass der Körper als Ganzes nicht mehr gefühlt wird.
Die Begriffe dienen meinem Ermessen nach vor allem einer sprachlichen Unterscheidung der Dissoziations-Ausprägung.

Der Freeze-Zustand wird von den Betroffenen durch Erstarrung/Lähmung bei extrem hoher Körperspannung erlebt. Dieser Zustand ist geprägt von körperlicher Handlungsunfähigkeit. Die Betroffene kann sich willentlich nicht mehr bewegen und evtl. auch nicht mehr sprechen. Altersabhängig ist eine Beobachtung des Geschehens evtl. noch möglich.

Der Totstell-Reflex wird durch ein schnelles Erschlaffen der Körperspannung ausgelöst. Von Betroffenen wird er durch Zusammensacken erlebt. Es kann auch Ohnmacht eintreten. Dabei sinkt der Blutdruck sehr stark. Beim Erschlaffen sind die Betroffenen auf jeden Fall wie betäubt und nicht bei vollem Bewusstsein.

Interessant und zu beachten ist, dass auch der Begriff Freeze-Zustand in der Literatur nicht ganz einheitlich verwendet wird!

(Vgl. Hantke et al., 2012, S. 61-62)

4.1.2 Wenn die Dissoziation andauert

Betroffene nehmen dann u.U. einen großen Teil des Lebens gefiltert durch frühere (unbearbeitete traumatische) Erfahrungen wahr. Ihr Leben ist oft von sozialem Rückzug dominiert, um sich nicht mit Sinnesreizen zu überfordern. Betroffene gestalten Freundschaft, Beziehungs- u. auch Berufswahl auf eine Weise, dass Kontakte sehr beschränkt bleiben. Das bringt in Folge noch mehr Einsamkeit und damit auch Leid. Darüber hinaus kann es auch zur Abspaltung bestimmter Gefühle wie Wut oder Aggression kommen. In der ursprünglichen Situation dient das als Selbstschutz (z. Bsp. bei Kindern, die immer wieder Gewalt erfahren). Später in der Entwicklung können sich die Betroffenen mit der erlebten Ohnmacht identifizieren und die verdrängten Gefühle zeigen sich z. Bsp. als Selbsthass und -abwertung. Alternativ können sie gegen andere gerichtet und eingesetzt werden, um Macht und Kontrolle auszuüben.
In extremen Fällen von Dissoziation kann es auch zu einer Fragmentierung der Persönlichkeit kommen, auch wenn sich nicht unbedingt eine pathologische Persönlichkeitsstörung wie z. Bsp. eine dissoziative Identitätsstörung (früher multiple Persönlichkeitsstörung) entwickelt. Es gibt auch die Aufspaltung in einen (oder mehrere) ´emotionalen Persönlichkeitsanteil` (EP), der das Traumaerleben emotional mit Angst, Wut, Aggression, … verknüpft hat und einen (oder mehrere) ´anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil` (ANP), der den Alltag funktional bewältigen kann, sich aber vermeidend und/oder emotional betäubt verhält und auch nach wie vor keine bewusste Erinnerung an das Traumaerleben hat.
Auf diese Ausprägungen gehe ich in dieser Arbeit nicht näher ein.

(Vgl. Heller et al., 2020, S. 205-207)

4.2 Akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion (ABR) setzt direkt nach dem traumatischen Ereignis ein und ist geprägt von vielfältigen Symptomen, die bei derselben betroffenen Person auch häufig wechselnd auftreten können, ohne dass unbedingt ein Symptom vorherrschen muss.
Bezeichnend dabei ist, dass verschiedene Betroffene auch unterschiedliche Symptome entwickeln können und diese auch noch dissoziativen Charakter haben (können):

- panische Angst und/oder Verzweiflung
- Planlosigkeit
- gefasstes, emotional `kaltes´ Verhalten: Die Handlungsfähigkeit ist aufrecht, aber die Betroffene spürt sich nicht wirklich und fühlt sich extrem entfremdet.
- Die Betroffene versteht (noch) nicht wirklich, was gerade passiert ist.
- Sie ist wie abwesend, fühlt sich apathisch und teilnahmslos (mangelnde affektive Beteiligung).
- Die traumatisierte Person erlebt einen Hyperarousal – eine Übererregung: Z. Bsp. schwitzt die Betroffene beim Erzählen, atmet stark und schnell, die Sprache überschlägt sich oder stockt, ein Ausschlag am Hals kann sichtbar werden oder das Gesicht wird rot. Anzeichen für Übererregung sind aber auch Überaktivität und Unruhe: Die Betroffene ist ständig in Bewegung, sie zittert/bebt innen und/oder äußerlich oder `muss´ dauernd hektisch irgendetwas machen.
- Intrusionen – Wiedererleben: wiederkehrende, sich aufdrängende Bilder, Geräusche, Gerüche, Gedankenfetzen, Gefühle (Flashback) des Ereignisses oder Bruchteilen davon. Intrusionen werden oft durch Trigger ausgelöst. Sinneswahrnehmungen fungieren als an das Ereignis erinnernde Hinweisreize. Auch Alpträume im Zusammenhang mit dem Trauma werden den Intrusionen zugeordnet.
- Betroffene vermeiden Gedanken, Gefühle, Situationen, Menschen, Gespräche usw., die an das traumatisierende Ereignis erinnern.

Um ein Abklingen der Symptome zu unterstützen, ist eine Entfernung aus der überlastenden Situation bedeutsam. (Bei Entwicklungstraumen bei Säuglingen und Kindern geschieht genau das meist nicht, weshalb sich die Folgen so dramatisch entwickeln können.)
Zeitlich sollten die Symptome dann nach wenigen Stunden schwächer werden, nach 48 Stunden abklingen und nach 3 Tagen (72 Stunden) kaum noch auftreten.
Geschieht dies nicht, treten die Betroffenen in die nächste Phase ein.
Eine Diagnose nach ICD 10 (F 43.0) ist möglich.

(Vgl. Urich, 2021, Skriptum Krisenintervention allgemein, S. 9 bis 12; Horn et al. in Seidler (Hrsg.), 2011, S. 42-49; Ruden, 2012, S. 102 bis 110)

4.3 Akute Belastungsstörung

Bezeichnend für die akute Belastungsstörung (ABS) ist, dass Betroffene weiter

- in dissoziativen Zuständen verbleiben (anhaltende Dissoziation),
- sich immer noch entfremdet fühlen,
- das Geschehene nicht erfassen können,

- möglicherweise keine oder nur bruchstückhafte Erinnerungen an das Ereignis haben und
- es, aufgrund dieser Symptome, noch zu keiner Verarbeitung des Geschehenen kommen kann.

Diese Symptomatik, gepaart mit einer Häufung von auch in der akuten Belastungsreaktion vorkommenden Symptomen wie

- Angst
- Hyperarousal (aufgrund von hoher Körperspannung durch hohe Aktivierung des Sympathikus)
- Unterspannung des Körpers
- Intrusionen, Flashbacks, Alpträume
- Vermeidungsverhalten gegenüber Situationen, die an das traumatisierende Ereignis erinnern
- Rückzug,

wird bereits als Störung eingestuft. Eine Diagnose nach ICD 10 in der F Gruppe ist möglich. Einzelne Symptome ohne dissoziativen Zustand sind in dieser Zeitphase nach dem Erleben allerdings als normal zu betrachten. Verbessert sich der Zustand der Betroffenen trotz Behandlung über vier bis max. 8 Wochen nicht, wird danach von einer posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen.

(Vgl. Urich, 2021, Skriptum Krisenintervention allgemein, S. 9 bis 12 Horn et al. in Seidler (Hrsg.), 2011, S. 42-49; Ruden, 2012, S. 102 bis 110)

4.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Hat eine Betroffene nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses keine zeitnahe Möglichkeit, unterstützt durch stabile, einfühlsame und auch professionelle beraterische bzw. therapeutische Begleitung, das überfordernde Erleben auf eine Weise zu verarbeiten, dass (sich) in Folge

- der Zustand des neuroendokrinen Systems wieder normalisieren kann,
- limbisches System und Großhirn wieder wie vor dem traumatischen Ereignis zusammenarbeiten,
- das Ereignis im sicheren Setting integriert werden kann (was ist wann wie geschehen und warum traten welche Reaktionen auf),
- nach und nach von der Betroffenen ein Sinn gefunden werden kann für das Geschehen (dieser Prozess kann allerdings längere Zeit dauern, u. U. auch Jahre, aber die Frage nach dem `Warum?´ und/oder `Wofür?´ beginnt sich zu stellen) und
- das Erlebte in die biografische Lebenserzählung eingewoben wird, wobei das Ziel ist, dass beim Erzählen keine höhere Erregung im Nervensystem mehr ausgelöst wird (auch dieser Prozess sollte beginnen, kann aber auch noch länger Zeit in Anspruch nehmen),

kann es zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen.

Als Diagnose hat die PTBS im Rahmen des ICD 10 die Zuordnung F 43.1.

Vorherrschend sind weiterhin folgende drei Symptomgruppen, die auch bei der ABR und der ABS relevant sind:

- **Intrusionen**: Unvermittelt auftretende Bilder, Gefühle, Flashbacks, … aus der traumatisierenden Situation überlagern (u.U. durch Trigger ausgelöst) den gegenwärtigen Moment und auch gegenwärtige Beziehungen – die Traumatisierte befindet sich ´im falschen Film´.
  Dabei können die wiedererlebten `Erinnerungen´ bruchstückhaft sein, denn es sind u.U. immer noch Amnesien (Erinnerungslücken) wirksam.
  Belastende Alpträume treten auf und ziehen auch Schlafstörungen nach sich.
- **Vermeidung**, die aufgrund der immer längeren Dauer von ABS bis PTBS zu immer stärkerem Rückzug führen kann. Es kommt zu andauernden Gefühlen von Betäubung und dem Verlust von Interesse an Hobbies, Freunden und anderen Kontakten. Mit der zunehmenden Entfremdung entsteht emotionale Stumpfheit und Gleichgültigkeit gegenüber dem sozialen Umfeld. Depression kann sich – vor allem bei Erwachsenen – ausbilden.
- **Hyperarousal** mit andauernden Symptomen der Übererregung bei gleichzeitig gesteigerter Aufmerksamkeit aufgrund des Gefühls ständiger Bedrohung. Daraus folgen erhöhte Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten.

Dazu kommen je nach Alter, in dem die PTBS auftritt, noch andere Symptome dazu. Bei Kindern und Jugendlichen treten vermehrt dissoziative und somatoforme Störungen (kaum organische Befunde) aber auch bereits Persönlichkeitsstörungen (Borderline) auf. Bei Erwachsenen prägen sich die Erkrankungen eher in Richtung Angststörungen, Depressionen, Sucht und Psychosomatik (Organ- oder Gewebeschäden sind nachweisbar) aus. Auch Suizidgedanken sind häufig. Bezeichnend ist auch, dass Betroffene häufig nach wie vor nicht imstande sind, eine vollständige Erzählung des traumatisierenden Ereignisses abzugeben.

Insgesamt bringen die Symptome der PTBS Einschränkungen in allen Lebensbereichen mit sich. Sie wirken sich damit auf die Entwicklung in allen wesentlichen Lebensbereichen einer Betroffenen aus: persönliche Beziehungen, Elternschaft, Beruf, Interessen und Hobbies, soziales Engagement und damit auch Lebenssinn und -freude. Ein Faktor ist dabei vermutlich auch die lange Dauer der Krankheit.
Gleichzeitig können erhöhte Stressbelastungen in Beruf, Familie, bei den Finanzen, … ergänzend zur labilen Verfassung nach einem traumatischen Erlebnis wesentlich zur Ausprägung einer PTBS beitragen.

Besonders nach Entwicklungstraumen kann es auch zur Ausbildung einer komplexen PTBS (kPTBS) kommen. Sie ist von den Symptomen her ähnlich gelagert wie die PTBS, jedoch kommen erschwerend Störungen der Beziehungsgestaltung und Sexualität sowie Veränderungen persönlicher Glaubens- u. Wertvorstellungen hinzu. Besonders auffallend ist jedoch, dass Intrusionen und Hyperarousal nicht unbedingt Teil der Symptomatik sind. Eine in der Literatur dargestellte Erklärung dafür ist, die komplexe Form der PTBS bereits als Anpassungsstrategie für die `normale´ PTBS zu verstehen. Die Symptomatik der kPTBS dient dazu, genau diese Intrusionen mit Flashbacks und auch die Überregung einzuschränken oder gar zu verhindern. Die kPTBS kann sich zu einer schweren psychischen

Erkrankung bis hin zu einer Persönlichkeitsstörung entwickeln. (Vgl. Sachsse et al. in Seidler, (Hrsg.), 2011, S. 181)

Wird eine PTBS nicht oder nicht ausreichend behandelt, kann sie nach einem Zeitraum von ca. 2 Jahren in eine andauernde Persönlichkeitsveränderung (ICD 10 F62.0) münden.

Zu beachten ist auch, dass Menschen einzelne genannte Symptome auch ohne traumatischen Zusammenhang erfahren können!

(Vgl. https://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html abgerufen am 25.6.2021; https://www.icd-code.de/icd/code/F62.0.html abgerufen am 25.6.2021; Urich, 2021, Skriptum Krisenintervention allgemein, S. 9 bis 12; Sachsse et al. in Seidler et al. (Hrsg.), 2011, S. 42-49; Ruden, 2012, S. 102 bis 110; Hantke et al., 2012, S.94)

4.5 Andauernde Persönlichkeitsveränderung

Beispiele für eine andauernde Persönlichkeitsstörung sind: generalisierte Angststörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) oder dissoziative Identitätsstörung.
Dabei handelt es sich um schwerwiegende Krankheitsbilder.

(Vgl. https://www.icd-code.de/icd/code/F62.0.html abgerufen am 25.6.2021; Urich, 2021, Skriptum Krisenintervention allgemein, S. 9 bis 12)

4.6 Ergänzungen zu den möglichen Traumafolgen

Abschließend ist es mir zum Überblick über mögliche Folgen eines traumatisierenden Ereignisses wichtig zu betonen, dass es einen großen Unterschied macht, in welchem Alter - also Entwicklungsstadium - ein Mensch mit einem Trauma konfrontiert wird und um welchen Typ von Trauma (siehe dazu auch Kapitel 2.4 Überblick über Traumatypen und Traumaarten) es sich handelt. Vorgeburtliche und frühkindliche Traumen – wenn sie wiederholt vorkommen und durch Bindungspersonen ausgelöst werden (Entwicklungstraumen) - haben fast sicher, aufgrund des noch nicht ausgereiften Nervensystems und Gehirns (z. Bsp. Hippocampus), tiefgreifende Auswirkungen auf die Grundfunktionen und die -spannung des Körpers (autonomes Nervensystem - dauerhaft hohe Erregung). Sie ziehen in Folge diverse gesundheitliche Probleme im physischen wie psychischen Bereich über die gesamte Lebensspanne nach sich.

Es lässt sich außerdem sagen, dass Traumen, die durch Menschen ausgelöst werden, schwerer zu verarbeiten sind als Traumen, die durch z. Bsp. Naturkatastrophen verursacht werden. Das hängt damit zusammen, dass wir Menschen als soziale Wesen an sich darauf angelegt sind (auch wirklich in den automatisierten Abläufen während einer Notfallreaktion), uns in herausfordernden Situationen gegenseitig zu helfen. Z. Bsp. rettet bei einem Autounfall die verletzte Mutter noch das kleine Kind von der Rückbank, ohne später zu wissen, wie das trotz der Verletzung möglich war. Die innere Orientierung ist: Stärkere helfen mir, Schwächere versuche ich zu schützen. Diese Grundorientierung wird bei Gewalterfahrungen, Missbrauch, fortdauernder Abwertung und Beschimpfung verstört. Wenn

niemand anderer da ist (Nachbarin, Verwandte, …) der hilft, dann erhöht das die Empfindung der Ohnmacht und Hilflosigkeit.
Darüber hinaus kann das Empfinden einer Mitschuld am Geschehen die Aufrechterhaltung von Belastungssymptomen verstärken. Das passiert vor allem, wenn es um Ereignisse geht, bei denen andere Personen dabei sind und sterben und zwar auch dann, wenn offenkundig keine Kontrollmöglichkeit bestand. Außerdem beeinflussen Lebenseinstellungen, Glaubenssätze usw. aber auch die Reaktion des sozialen Umfelds (z. Bsp. Verständnis für das Andauern der Symptome, Wertschätzung und Zuneigung trotz des ´schrägen` Verhaltens, …) die Verletzlichkeit - v.a. in Bezug auf die Ausbildung einer PTBS oder andauernden Persönlichkeitsveränderung.

5 Trauma-Symptome in der Beratung erkennen

In der täglichen Beratung geht es nun einerseits darum, an Klientinnen Trauma-Folgesymptome zu erkennen. Denn wie schon am Beginn der Arbeit festgestellt, werden u.U. Klientinnen mit alltäglich wirkenden Problemen, hinter denen sich aber ein traumatisches Ereignis verbergen kann, zu einer LSB kommen. Andererseits ist es als LSB wichtig zu erkennen, wenn in der Beratung unerwartet ein Trauma getriggert wurde und die Klientin deswegen Symptome von Angst bis Panik, Übererregung oder auch Unterspannung oder auch Dissoziation zeigt.

In der Beratung ist es dann von Bedeutung, entsprechend den in Kapitel 6 ausgeführten Leitlinien mit der Klientin in Beziehung zu treten und passende Übungen (Kapitel 7) auszuwählen.

Aus dem Blickwinkel von gesunden Personen ist die Traumatisierung unter anderem merkbar durch

- eigenartige Verhaltensweisen, die für Außenstehende nicht nachvollziehbar sind und u.U. völlig unerwartet auftreten.
- ständige psychosomatische oder somatoforme Schmerzen.
- außergewöhnliche körperliche Empfindungen.
- irrationale Ängste und hohe Wachsamkeit gegenüber möglichen Gefahren.
- Symptome von (leicht ausgelöster) Übererregung (Hyperarousal).
- Teilnahmslosigkeit und `Abwesenheit`(tendenziell Unterspannung).

(Vgl.: Ruden, 2012, S. 28)

Darüber hinaus lassen sich weitere Merkmale auch aus den möglichen Traumafolgen (Kapitel 4) ableiten.

5.1 Merkmale von Übererregung oder Unterspannung bis Dissoziation

Besonders bedeutsam für den Beratungsalltag erscheint mir, bei Klientinnen Zustände von Übererregung oder Unterspannung bis jeweils zur Dissoziation zu erkennen.

Merkmal ist dabei vor allem der fortschreitende Verlust des Bezugs zum gegenwärtigen Moment.

> *„Der Kontaktverlust zum körperlichen Ich, zu den eigenen Emotionen und zu anderen Menschen wird als* Dissoziation *bezeichnet.*" (Heller et al., 2020, S.204)

Dieser Kontaktverlust hat auch mit Kontrollverlust zu tun, da es in einem gewissen Ausmaß zur Aktivierung der Stressachsen kommt.
Traumatisierte Klientinnen kommen nicht unbedingt dissoziiert in die Beratung, `gehen´ unter Umständen jedoch in der Begegnung und im Verlauf der Beratung in Dissoziation, weil dieser Rückzugs- u. Schutzmechanismus aktiviert wird. Aktiviert werden diese Zustände z. Bsp. durch Überforderung in der Beratung (Beraterin wusste nichts vom Trauma, zu früh Konfrontation mit Gefühlen oder zu viele Informationen zum traumatischen Geschehen kommen auf einmal hoch) oder durch einen Triggerreiz.

Übererregung ist u.a. erkennbar an:

- einer Erhöhung der Körperspannung, evtl. zittert oder bebt der Körper.
- einem angespannten Gesichtsausdruck und Spannung im Kiefer.
- Man fühlt sich als Beraterin nicht mehr gesehen, die Klientin scheint in einem anderen Film zu sein.
- einer Erhöhung der Stimmlage und einer Erhöhung des Sprechtempos der Klientin.
- einem Hineinsteigern in Erzählungen von negativen Ereignissen.
- einer Errötung des Gesichts und/oder einer hervortretenden Halsschlagader.
- hektischen, ruckartigen Bewegungen.
- steigender Aggressivität.
- einer schnellen Atmung bis hin zum Hecheln.
- Die Klientin ist durch Ansprechen nicht mehr erreichbar.
- einem Angriffsverhalten: Die Klientin schreit, wirft etwas zu Boden, greift an (verbal oder auch physisch), macht Anschuldigungen oder Vorwürfe.
- Fluchtverhalten: Die Klientin weicht aus, lenkt ab, zeigt Widerstand, läuft aus der Beratung weg, …

Unterspannung ist u.a. erkennbar an:

- Die Klientin geht aus dem Kontakt mit der Beraterin, antwortet nicht oder nicht im Zusammenhang auf Fragen.
- Die Klientin wird blass im Gesicht und sackt in den Sessel hinein.
- Die Klientin hat leere ausdruckslose Augen oder einen unfokussierten, geistesabwesenden Blick (wie ins Leere oder in die Weite) oder ihre Augen verdrehen sich z. Bsp. nach oben. U.U. ist der Blick auch angsterfüllt.
- Die Klientin zeigt eine unbewegliche Mimik und einen wächsernen Gesichtsausdruck.
- Man erreicht die Klientin durch Ansprechen nicht mehr bewusst.

Durch bewusstes Nachfragen über die innere Wahrnehmung der Klientin lassen sich auch wichtige Parameter festhalten:

- Wie schnell vergeht für die Klientin die Zeit? Langsam, rasend schnell oder normal?

- Kann die Klientin ihren Körper, Körperteile noch spüren? Kann sie ihre Füße von innen erspüren? Wie schaut es mit den anderen Körperteilen aus?
- Wie steht es mit Körperwahrnehmungen wie Wärme, Kälte, …? Kann sie körperliche Bedürfnisse (Durst, Hunger, …) spüren?
- Verändert sich die Sicht der Klientin? Wird ihr schwindelig oder vernebelt es ihr die Sicht?
- Wie fühlt sich die Klientin? In Richtung Unterspannung beschreiben Betroffene sich als abgestumpft, wie betäubt, in Trance oder in Watte gepackt.
- Wie nimmt die Klientin den Raum wahr? Rutscht er weg, entfernt er sich? Sind der Raum und Boden ruhig oder schwanken sie? Sieht sie den ganzen Raum oder nur einen engen Ausschnitt?
- Wen sieht die Klientin, wenn sie die LSB ansieht? Wirklich die Beraterin oder drängt sich das Bild einer anderen Person darüber?
- Wie alt fühlt sich die Klientin? Jünger? So alt wie sie ist?
- Hat sie das Gefühl, dass sie frei agieren kann? Dass sie sagen und tun kann, was sie will? Gelingt es ihr, Worte zu finden und frei zu entscheiden, worauf sie sich konzentrieren möchte – auf welche inneren Bilder z. Bsp.?

Erwachsene mit frühen Entwicklungstraumen haben sich u.U. wie von ihrem Körper abgewendet, sich ganz auf die Verstandesebene oder in energetische/spirituelle Ebenen begeben. Dabei nehmen sie das selbst nicht oder kaum wahr. Sie können das erst bemerken, wenn sie beginnen, die Dissoziation zu verlassen. (Vgl. Heller et al., 2020, S.204-205*)*

Bei Verdacht einer beginnenden Dynamik von Übererregung oder Unterspannung ist es sinnvoll, die Situation frühzeitig durch Fragen abzuklären und entsprechende Übungen mit den Klientinnen durchzuführen.

(Vgl Heller et al., 2020, S. 197; Hantke et al. 2012, S. 70-72 und S.77-78)

6 Leitlinien für die Beratung

In der Arbeit mit traumatisierten Menschen geht es zuallererst um Stabilisierung und Orientierung, um den Aufbau von Kontrollerleben, um Vertrauen und Sicherheit. Das sind die Grundlagen, damit der Körper (durch entsprechende Arbeit des neuroendokrinen Systems) in Entspannung kommen kann und die Verarbeitung des traumatisierenden Ereignisses möglich wird. Das ist ein Prozess, der in der Beratung durch LSB begleitet werden kann, denn es geht dabei noch um keine Konfrontation mit dem eigentlichen Traumaerleben. Das wäre an diesem Punkt verfrüht!
Dieser Zugang macht auch Sinn, wenn eine Klientin in der Beratung zu irgendeinem Thema mit Traumasymptomen reagiert.

Stabilität bedeutet, dass die Klientin ihre Spannung immer wieder regulieren kann, damit sie in einem ausgeglichenen Spannungszustand verbleibt, der die Zusammenarbeit des limbischen Systems mit der Großhirnrinde aufrechterhält. Das drückt sich in ihrem Leben dadurch aus, dass sie trotz schwerer Lebensumstände für sich und andere sorgen kann, sich wohlfühlt und positiv in die Zukunft schaut. Das ist schon für gesunde Menschen mit all den normalen Alltagsherausforderungen nicht einfach, für Traumatisierte kann es eine riesige Aufgabe sein, in diese Richtung zu gehen.
Stabilität hat also mit den Gestaltungsmöglichkeiten eines Menschen zu tun und drückt sich folgendermaßen aus:

- Die Klientin kann ihre Aufmerksamkeit lenken.
- Die Klientin kann ihren Körper regulieren (Selbstberuhigung, Selbsttröstung, Spannungsregulierung, Bedürfnisse wahrnehmen und sich selbst versorgen oder um Hilfe dabei bitten).
- Die Klientin kann Nähe und Distanz in Beziehungen regulieren.
- Die Klientin kann sich im Hier & Jetzt wahrnehmen (kann ihren Körper und die Umwelt über ihre Sinne wahrnehmen), sich verändern und dadurch entwickeln (Selbstbild anpassen).
- Die Klientin kann ihr Umfeld und den Raum um sich herum wahrnehmen, nutzen und gestalten.
- Die Klientin kann ihr Erleben auf der Zeitlinie einordnen – was gehört in die Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft.
- Die Klientin gibt ihrem Erleben einen Sinn und erlebt sich als Teil der Welt.

(Vgl. Hantke et al., 2012, S. 106-107)

Dieser Blick auf die Stabilisierung der Klientin sollte auch ihr Umfeld einschließen. Je stabiler, also auch resilienter ihr privates Umfeld ist, umso eher wird sie bei Symptomatiken, wenn sie sich selbst nicht regulieren kann, `aufgefangen´, was wiederum Vertrauen und Sicherheit fördert.

Es hat für die psychische Gesundheit nach dem Erleben eines Traumas große Bedeutung,

> *„ob die Welt, das Selbst und insbesondere die soziale Umgebung als freundlich bzw. positiv oder feindlich bzw. negativ gesehen wird" (…). Soziale Unterstützung erweist sich (…) als protektiver Faktor in Bezug auf die Ausprägung einer klinisch signifikanten PTBS (…).* (Horn et al. in Seidler (Hrsg.), 2011, S. 41

Jede Stabilisierung im Alltag löst allerdings auch die Integration der Traumainhalte aus – egal ob angestrebt oder nicht! Dabei können neue Trauma-Erinnerungsbruchstücke und/oder Symptome an die Oberfläche kommen. Es ist für die Beraterin wichtig, das im Hinterkopf zu haben und, bei Bedarf, der Klientin auch vorbereitend zu kommunizieren.

Als begleitende LSB muss man sich über die hohe Bedeutung der Beziehung zu einer Klientin mit Traumahintergrund im Klaren sein. Die angestrebte Stabilität und Orientierung kann eine LSB, neben der Anwendung von weiteren Methoden und Übungen, durch die bewusste Gestaltung des gemeinsamen Arbeitsrahmens unterstützen. Dabei kommt es auf Transparenz, Kontrolle, Sicherheit und Orientierung an.

6.1 Transparenz gewährleisten

- durch klare, sprachlich einfach gehaltene Informationen:
  - Psychoedukation: Information über die Notfallreaktion und die Normalität derselben, über Intrusionen, Trigger, Ressourcenbereich, Spannungskurven usw. geben.
  - Erklärung von Übungen (Sinn der Übung, Ablauf, Prinzip bzw. angestrebte Wirkung)
  - Zusammenhang von Symptomen und Verhaltensweisen mit der Gehirnentwicklung veranschaulichen. Beratung und Veränderung haben sich an der Art der Verarbeitung der dafür primär zuständigen Hirnbereiche zu orientieren. Das Stammhirn z. Bsp. ist u.a. zuständig für die Atmung und Grundspannung, diese können nicht (direkt) über die Einleitung einer am Gespräch oder dem Verhalten orientierten Beratung beeinflusst werden, sondern eher über eine Stimulierung von Erfahrungen, die im Mutterleib und den ersten Säuglingsmonaten wichtig gewesen wären: wiegen, schaukeln, halten, akustische (dem Herzton nachempfundene) Signale usw. Regelmäßige Wiederholungen am Tag und über einen längeren Zeitraum sind wichtig, damit die neue Information in die Struktur der Klientin überführt werden kann.
- LSB vereinbart mit der Klientin Regeln über die gemeinsame Arbeit.
- Bei selbstverletzendem Verhalten trifft die LSB klare Vereinbarungen (Sicherheitsvertrag). Empfohlen wird das v.a. bei Klientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Non-Schneide- und Non-Suizid-Vertrag).
- Große Bedeutung hat die Authentizität der begleitenden LSB (kongruentes Verhalten)! Bei eigener Unsicherheit der LSB in einer Situation (z. Bsp. Klientin möchte Übung nicht machen und fragt, was das bringt), das auch ausdrücken und von dort den nächsten Schritt gemeinsam planen: `Ich fand die Übung für mich hilfreich als ich sie kennenlernte. Ich kann nicht versprechen, dass sie hilft, aber ich lade Sie ein, es auszuprobieren`.
- Transparent die eigenen persönlichen und fachlichen Möglichkeiten als begleitende LSB kommunizieren.

6.2 Kontrolle ermöglichen

- durch Information (siehe oberhalb)
- Die Klientin in Entscheidungen über Ablauf, Verlauf, Übungen, … einbinden.
- Die Klientin entscheidet, wann belastende Inhalte besprochen werden. <u>Keine Warum Fragen stellen.</u>
  - Fragentriade
    - Können Sie jetzt über … sprechen?
    - Möchten Sie jetzt über … sprechen?
    - Darf ich Ihnen zu …. ein paar Fragen stellen?
- Alltagsbezug in der Beratung

6.3 Sicherheit geben

- Auf Transparenz und Kontrolle achten (siehe oberhalb).
- durch Langsamkeit
- durch Geduld
- durch freundliche Klarheit
- Der Klientin eine klare Erklärung der Erreichbarkeit der Praxis geben.
- Beim Ersttermin evtl. vereinbaren, die Klientin vor dem Haupteingang abzuholen.
- Als LSB angemessene Kleidung tragen, die möglichst wenig als Projektionsfläche bzw. Triggerreiz dienen kann. (Ganz lässt sich das allerdings nie ausschließen.)
- Den Beratungsraum als wohltuende Umgebung für alle Sinne gestalten (Pflanzen, gemütliche Sessel, Bilder, Polster und Decken).
- Die Klientin soll freie Sitzplatzwahl haben.
- Eine Sitzposition nebeneinander (statt gegenüber) kann Sicherheit vermitteln.
- In diesem Fall keine Neutralität in der Haltung, sondern Parteilichkeit für die Klientin.
- LSB verwendet eine einfache, klare Sprache und macht keine zu langen Pausen (Gefahr von Dissoziation).
- Termine für Beratung auf Zeiten legen, zu denen sich die Klientin wohl und sicher fühlt. Das auch als Vorsorge, falls in Folge auf Entspannung neue Symptome oder Traumaerinnerungen auftauchen sollten.
- Immer wieder ausreichend Zeit für den Beziehungsaufbau und -pflege nehmen.
- Zuverlässigkeit der LSB
    - LSB gibt durchgängig Erklärungen für geplante nächste Schritte, Übungen, …
    - LSB bezieht die Klientin in die Entscheidungen mit ein.
    - LSB bietet nur Übungen an, die sie an sich selbst und, im Idealfall, noch zusätzlich an Kolleginnen erprobt hat.
    - LSB hält sich an vereinbarte Termine und ist zu versprochenen Zeiten erreichbar.
    - LSB ist sich ihrer Kompetenzen und Grenzen bewusst – fachlich wie persönlich (Belastbarkeit).
        - LSB übernimmt Verantwortung für die eigene psychische Stabilität und nimmt bei Bedarf selbst alle Möglichkeiten der Unterstützung (Intervision, Supervision, Selbsterfahrung, …) in Anspruch.
        - Selbstfürsorge der LSB: Sie entwickelt Bewusstsein über den eigenen Spannungsgrad und wendet proaktiv im Alltag und vor (bzw. während) Beratungen (indem sie sie mit den Klientinnen macht) körperliche und mentale Übungen an, um in Wohlspannung und damit in den inneren Ressourcenbereich zu kommen und zu bleiben. Das hilft auch sekundärer bzw. vikariierender Traumatisierung vorzubeugen. (Bei der LSB werden eigene alte Traumainhalte u./o. -symptome aktiviert bzw. lösen von der Klientin geschilderte Erfahrungen durch zu wenig Distanz der LSB Traumasymptome bei ihr aus.) Dieser gesamte Punkt gilt übrigens auch für den Bereich `Orientierung´ weiter unten.

    > *„Unsere Erregungskurve und unsere Orientierung* [Bin ich als Beraterin wirklich zur Gänze im Hier & Jetzt?] *wirken direkt auf die Erregung und Orientierung derer, mit denen wir arbeiten.*" (Hantke et al., 2012, S.161)

Das limbische System der Klientinnen ist misstrauisch und reagiert auf jede Art der Unstimmigkeit mit der Bereitschaft, mit den erlernten Notmechanismen zu reagieren. (Vgl. Hantke et al., 2012, S. 160)

- LSB lässt körperliche und/oder psychische Symptome und Krankheiten abklären, die evtl. auch medizinisch behandelt werden müssen. Sie empfiehlt Ärztinnen, Psychiaterinnen, Psychologinnen u. Psychotherapeutinnen oder hilft bei der Auswahl.
  - Das dient der Abklärung, ob Beschwerden organisch, traumabedingt oder beides sind!
- LSB pflegt eine grundsätzliche Offenheit für Anliegen und Wünsche der Klientin.
- LSB begegnet der Klientin mit einer respektvollen und wertschätzenden Haltung. Das bedeutet auch, sich nicht für wissender, reifer, … zu halten und davon auszugehen, dass die Klientin so gut mitarbeitet, wie es ihr möglich ist.
- Erfragen und einbeziehen, was der Klientin schon geholfen hat, wie sie bisher ihren Alltag bewältigt hat und welche Strategien und Tricks sie entwickelt hat (die u.U. mittlerweile selbst zu einem eigenen Problem geworden sind).
- Lieber weniger Übungen verwenden, diese gut vertiefen und sie für verschiedene Situationen anpassen.
- Frühzeitig im Beratungsverlauf Trigger herausfinden (situationsbezogene Fragen, Tagebuch).
- Im Kontakt mit der Klientin die Balance zwischen Folgen (Pacing) und Führen (Leading) halten.
  - Pacing bedeutet, mit der Klientin mitzuschwingen, auf ihr Erleben, ihre Bedürfnisse, ihre Ressourcen einzugehen, aktiv zuzuhören und die Bedeutungen sowie Interpretationen ihrer Sinneswahrnehmungen und damit ihre Welt bzw. die Logik ihres Lebens kennenzulernen. (Erst darauf aufbauend durch Fragen vorsichtig ihre Bedeutungsgebungen öffnen, damit sie ihre Möglichkeiten weiten kann.) Für die Klientin ist wahr, was sie kennt. Das gibt ihr Sicherheit, weil es für sie vorhersehbar oder -sagbar ist – auch wenn das von außen nicht nach-vollziehbar ist. Das ist der Ausgangspunkt für langsame Veränderungen und Umdeutungen.
  - Leading bedeutet, die Klientin durch klare, einfache Sprache und Ausstrahlung (erfordert innere Sicherheit und Kompetenz der LSB) anzuleiten, zu führen oder ihr Halt zu geben. Es vermittelt, dass man weiß, was jetzt wichtig/richtig/stimmig ist, zu tun.
  - Führt eine LSB nur, nimmt sie der Klientin die Kontrolle. Folgt eine LSB nur, nimmt das der Beratung die Struktur, u.U. den Weg Richtung Heilung und der Klientin voraussichtlich Sicherheit.
- LSB verhält sich im Fall von Über- oder Untererregung und evtl. Dissoziation und Triggern kompetent. (Für zuhause Optionen mit der Klientin erarbeiten.)
  - Dissoziationsstopps; für zuhause Anleitungen zum Ablesen
  - Orientierung im Hier & Jetzt
  - gemeinsame Erarbeitung eines Notfallkoffers
  - Techniken für Selbsttröstung, -regulierung u. -beruhigung (zeigen, anleiten, üben)
  - Distanzierungstechniken

  - Krisenmanagement: Was kann die Klientin im Falle einer Krise tun - wiederum auch Anleitungen zum Ablesen erstellen.
- Die Klientin eher in der Außenorientierung halten: Sie soll die Augen eher offenlassen. Die LSB verwendet ihre Stimme nicht leise und gestaltet das Sprechtempo nicht zu langsam, sondern normal - wie im Alltag. Die LSB geht den Emotionen und Gefühlen der Klientin eher nicht nach, sondern fragt mehr nach Sinnes-Empfindungen an der Körperaußengrenze. Das hilft Überflutung mit Gefühlen und Trigger bzw. Dissoziation zu vermeiden.
- Die LSB macht Übungen mit und zeigt sie dadurch auch vor. Die eigene Befindlichkeit als LSB soll dabei aber nicht zum Thema gemacht werden.
- Bei Übungsanleitungen (z. Bsp. Imaginationen) im Konjunktiv und offen mit mehreren Beispielen formulieren, damit die Assoziation der Klientin angeregt wird und sie für sich unterstützende, nährende Bilder finden kann und nicht durch ein fix vorgegebenes Element (wie z. Bsp. den klassischen `Stufen nach unten´ in der Einleitung von älteren Imaginationen) getriggert werden kann.
- Die Sprache bewusst in Richtung Ressourcen und Stärkung einsetzen (statt problemorientiert). Z. Bsp.: `Ich bin schon gespannt, auf welche Weise genau Sie die Übung kreativ für sich anpassen.´
- Sprache und Bezeichnungen der Klientin aufnehmen.
- LSB stimmt Settings auf, für die Klientin angenehme, Nähe und Distanz ab - bei Übungen, der Positionierung der Sessel, …
- Kein Körperkontakt ohne Einwilligung! Eine genaue Vorabklärung, an welchen Stellen berührt werden darf (evtl. grafisch mit Körperumrisszeichnung) ist wichtig.
  - Hat die LSB Zusatzausbildungen, bei denen auch mit Berührung gearbeitet wird: genaue Erklärung; Einverständnis vor jeder Anwendung einholen; langsame Bewegungen; unbedingt Abfragen von Rückmeldung, wie die Berührung ankommt
- Vereinbarung einer klar von einer Alltagsgeste unterscheidbaren Stopp-Geste, damit die Klientin kritische Situationen unterbrechen kann. (Bei höherer Aktivierung kann es, wie schon erwähnt, zur Blockade des Broca-Areals in der Großhirnrinde kommen und die Sprache versagt womöglich.)
  - Die vereinbarte Bewegung unbedingt mehrmals mit der Klientin üben - sie soll die Bewegung mehrmals hintereinander ausführen (Einprägung ins Körpergedächtnis).
  - Auch ein Stopp-Schild oder ähnliches ist alternativ möglich.
  - Der Vorteil der Geste ist, dass sie keines Materials bedarf.
  - Wenn die Stoppgeste von der Klientin gezeigt wird, ist es wichtig, die Übung oder das Gespräch, … sofort zu unterbrechen und evtl. die räumliche Situation zu ändern (zusammen Wasser holen) oder zumindest aufzustehen, …
- Skalenabfragen bezüglich Belastungsintensität von auftretenden Gefühlslagen, körperlichen Symptomen
  - SUD Skala (Subjective Units of Disturbance/Discomfort) von 0 bis 10
  - Für Kinder Symbole (z. Bsp. verschiedene Smileys) verwenden.
  - Je höher der von der Klientin angegebene Wert ist, umso wichtiger ist Distanz zur Belastung. Dafür verschiedene Interventionen pro Stufe auswählen, die die

Klientin auch zuhause anwenden kann: bestimmtes Musikstück, malen, konkrete Helferin kontaktieren, …

- Balance halten zwischen der Arbeit mit Ressourcen und der Arbeit mit belastenden Aspekten des traumatischen Ereignisses (wenn sie hochkommen).
  - Innere Ressourcen (wieder) entdecken und mobilisieren: Was hat der Klientin geholfen durchzuhalten? Wie hat die Klientin frühere Herausforderungen gemeistert? Was fühlt sich gut an am/im Körper? …)
  - Ressourcen im Umfeld (wieder) entdecken und mobilisieren: Welche Personen sind unterstützend? Schöne Erinnerungen an gemeinsame Erlebnisse mit Täterin erlauben/zulassen (Kekse backen, Sonntagsausflug, …). Je nach Stand des Prozesses, die Täterin (z. Bsp. die Mutter) nicht völlig ablehnen, sondern nur die verletzenden Anteile/Handlungen. Auch Plätze in der Natur, Aktivitäten im Verein, Haustiere, … können Ressourcen sein.

    Am Beginn, in der Stabilisierungsphase, absoluter Fokus auf Ressourcen!
- Respektieren, wenn Erlebnisse emotionslos erzählt oder - bei Kindern öfter der Fall - gespielt werden. Dabei handelt es sich um eine Dissoziation zum Schutz vor Überwältigung. Die Gefühle sind abgetrennt und unzugänglich abgespeichert. Möchte die LSB aktive Gefühle herausarbeiten, kann es zu Intrusionen in Form von Flashbacks kommen! Die Gefühle können sich im Verlauf des Verarbeitungsprozesses nach und nach von selbst zeigen und dann bearbeitet und integriert werden.

6.4 Orientierung geben

- Information (siehe auch bei Transparenz)
  - Der Klientin Information über mögliche Folgen einer Traumatisierung,
  - über den Sinn und die Funktion von Symptomen in der Vergangenheit und evtl. auch noch in der Gegenwart zugänglich machen.
  - Der Klientin Information über den Grund des Auftauchens neuer Erinnerungen und/oder Symptome im fortschreitenden Verarbeitungs- und Integrationsprozess vermitteln. (Hat die Klientin ihren Ressourcenbereich erweitert, können bisher noch unbewusste Inhalte ins Bewusstsein hochsteigen und sich auch durch neue Symptome ausdrücken.)
- Der Klientin die Einordnung von Erinnerungen, Erlebnissen in Raum und Zeit im Verlauf des Verarbeitungsprozesses ermöglichen. (Ausgangsbasis muss die gute Verankerung der Klientin im Hier & Jetzt sein.)
- Der Klientin als LSB ein stabiles Gegenüber sein, auch wenn sie starke Emotionen ausdrückt. Weiter im Kontakt mit der Klientin und den eigenen Ressourcen sein. Im Kontakt mitfühlend aber nicht mitleidend sein.
- Sich als LSB der Dynamik von Opfer-Täter-Retter-Mitwisser bewusst sein. Es handelt sich um Rollen, die man als Mensch in Bezug auf unangenehme bis traumatisierende Ereignisse einnehmen kann und die meist auch mit einem bestimmten Beziehungsgeflecht zum Zeitpunkt des Geschehens verknüpft sind. Man kann davon ausgehen, dass jeder Mensch immer wieder in jede dieser Rollen schlüpft oder sie aufgrund eines Angebotes des Gegenübers (durch Verhalten aus einer ergänzenden

Rolle) einnimmt. Diese Dynamik besteht auch in der Klientinnen-Beraterinnen-Beziehung oder auch in Klientinnen-Helferteams-Beziehungen. Im Allgemeinen neigt man zu bestimmten Rollen, die aus der eigenen Herkunftsgeschichte `eingeübt´ sind. Wünschenswert wäre es, in der Position eines *„empathischen Zeugen"* (Hantke et al., 2012, S. 142) bleiben zu können. Diese Rolle ermöglicht

> *„Empathie, Respekt und angemessene Distanz."* Sie vereinigt *„Offenheit und Klarheit".* Sie ist *„nicht selbst beteiligt (…). Sie ist aber präsent und offen dafür, mit anzusehen und anzuhören, was im Leben der Klientin passiert – aus deren Sicht. Die Empathie meint hier, dass abgegrenztes Mitgefühl die Zeugenschaft begleiten kann: das Aufnehmen, Beobachten und Einordnen des Gefühls der Betroffenen; den Anker bilden im Hier und Jetzt, nicht mit hineinzuschlittern in die abgrundtiefen Gefühle. (…) es hilft nicht, in das Trauma einzusteigen. Was hilft, ist jemand, der einen Rahmen schafft, der klar bleibt, der für sich sorgen kann - und ganz nebenbei* [damit] *noch ein Vorbild ist."* (Hantke et al., 2012, S.168)

Erreichen kann das die beratende LSB durch

- die gründliche Bearbeitung der eigenen Themen.
- Bewusstsein über Selbstfürsorge im Hinblick auf den eigenen Ressourcenbereich (den Spielraum der eigenen Spannungskurve) vor und während der Beratung.
- ein Verständnis für das `Machtgefälle´, das der Beziehungskonstellation zwischen hilfesuchender Klientin und Beraterin inhärent innewohnt.
- Selbstbeobachtung im Hinblick auf eigene Gefühle und Verhaltensimpulse (vor und während der Beratung und generell in den diversen eigenen Beziehungen) und Selbstreflexion sowie Inter- u. Supervision.

Für die Klientin ist das unglaublich wichtig, um nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen und sich mit ihren Anliegen wirklich öffnen zu können.

(Gesamtes Kapitel vgl. Urich, Skriptum Traumazentrierte Beratung, 2021, S.3 bis 7; Hantke et al., 2012, S. 103 bis 125, S.163 und 183 bis 208)

7 Übungen und Methoden für die Beratung

In diesem Kapitel beschreibe ich eine Auswahl an Übungen und Methoden.
Die Übungen sind zum Teil detaillierter ausgeführt und können anhand der Beschreibung direkt ausprobiert werden. Die konkrete Auswahl von Übungen habe ich im Hinblick auf Situationen im Bereich der LSB getroffen, in denen Klientinnen getriggert werden, dissoziieren oder aufgrund dauerhaft erhöhter oder niedriger Spannung (evtl. in Folge von Traumen) Probleme in der Regulierung haben.
Sie können allerdings auch zum Einsatz kommen, wenn Betroffene mit diversen Fragestellungen aus dem Leben zur LSB kommen, die sich indirekt aus einer Traumatisierung ergeben, weil es z. Bsp. um Ziele geht, die aufgrund von Vermeidungsverhalten schwer zu erreichen sind. Sie sind auch für belastende Inhalte, die keine Traumatisierung ausgelöst haben, anwendbar – dieser Hinweis ist mir ein wichtiges Anliegen.

Eine Abstimmung auf Therapieansätze in einer etwaigen begleitenden Psychotherapie oder körperorientierten Therapie ist in jedem Fall empfehlenswert!
Mit einigen der Übungen machte ich selbst gute Erfahrungen, andere entdeckte ich neu und finde sie spannend.

Bei den vorgestellten Methoden handelt es sich um umfassende Ansätze für die Begleitung traumatisierter Menschen. Aufgrund des Umfangs der Arbeit kann ich nur sehr kompakte Zusammenfassungen vorstellen. Sie bieten lediglich einen Einblick in verschiedene Therapie- bzw. Beratungsansätze und können als Entscheidungsgrundlage dienen, in welche Methode sich die Leserin vielleicht weiter vertiefen möchte.

Die angeführten Übungen und Methoden setzen als Basis die Gestaltung des Beratungsrahmens, der Beziehung mit der Klientin und der Vorgangsweise - entsprechend den Ausführungen in Kapitel 6 Leitlinien für die Beratung - voraus.

Bei vielen Übungen ist die regelmäßige Wiederholung ungemein wichtig, um erstens dem Gehirn das Umlernen zu ermöglichen und um zweitens bei Übungen, die Dissoziation unterbrechen oder Selbstberuhigung ermöglichen sollen, den Effekt ernten zu können, dass sie wirklich greifen, wenn man sie im Bedarfsfall anwendet. Die Klientinnen sollen sich daher besser weniger Übungen recht bewusst auswählen und diese wirklich vertiefend üben.

Wichtig zu wissen ist auch, dass durch eine Phase der Beruhigung und Stabilisierung die Verarbeitung des traumatisierenden Erlebens beginnt und sich dadurch neue Symptome zeigen können, die auf noch unverarbeiteten Reizen bzw. Traumafragmenten basieren. Es kann in Folge zu Übelkeit, Bettnässen, Herzrasen, Spannungen in Beziehungen, Schmerzen an bisher unauffälligen Körperstellen, … kommen. Dann ist es wichtig, dass die Klientin mit sich und die Beraterin mit der Klientin (und ebenfalls mit sich selbst) weiterhin Geduld hat. Es sollte weiter Trost und Selbstberuhigung gefördert werden und weiterhin eine Einordnung der Symptome stattfinden. Im Hinblick auf die Einordnung der Symptome ist es hilfreich zu überlegen, welchem Alter der Klientin das Erleben zuordenbar ist, um - durch passende Interventionen - Veränderungen einladen zu können. (Vgl. Hantke et al., 2012, S. 109)

Die Strukturierung der Übungen habe ich vor allem nach dem damit verfolgten Ziel vorgenommen. Innerhalb der Kategorien mischen sich Ansätze, die mehr mit dem Körper selbst oder mit der Körperwahrnehmung arbeiten (mit oder ohne Material), eher einen kognitiven Zugang verfolgen und Imaginationsarbeit. Eine klare Abgrenzung zwischen den einzelnen Kategorien ist nicht immer machbar.

7.1 Aufbau der Beratung

Die nachfolgend angebotene Orientierung für den Aufbau einer Beratung eignet sich meiner Meinung nach grundsätzlich auch für einzelne Beratungseinheiten, in denen eine Klientin unerwartet getriggert wird oder aus anderen Gründen in Über- oder Unterspannung driftet. Die Struktur ist daher auch dann wertvoll, wenn eine LSB bewusst nicht im Bereich Trauma arbeitet. Auch wenn sich vermutlich nicht alle Phasen in einer Einheit ausgehen, ist es im

Hinblick auf den Prozess der Klientin hilfreich, sie im Hinterkopf zu haben, um einen sinnvollen Verlauf der weiteren Beratung planen und mit der Klientin über weitere Schritte transparent kommunizieren zu können.
Der von Hantke et al. (2012, vgl. S. 184) vorgeschlagene Aufbau folgt den wesentlichen, tendenziell aufeinanderfolgenden Etappen der Stabilisierungsarbeit, die immer wieder bedeutsam ist, wenn sich das Trauma unerwartet über einen Moment stülpt:

- Reorientierungsübungen und Dissoziationsstopps: Klientin aus einer Dissoziation in das Setting der Beratung und zur bewussten Wahrnehmung `zurückholen´.
- Normalisierungsintervention: Diese immer wieder in der einen oder anderen Form vertiefen, verschiedene Aspekte hervorheben, … EINFACHE Erklärungen verwenden.
- Übungen, durch die die Klientin in herausfordernden alltäglichen Situationen unterscheiden kann, ob sie sich mit ihrer Wahrnehmung und ihren Emotionen in der gegenwärtigen Situation befindet oder ob sie Erlebnisse aus der Vergangenheit auf das aktuelle Ereignis `projiziert´. Es geht darum zu erkennen, ob Körper und Geist im gegenwärtigen Moment sind und hat mit der Arbeit des Hippocampus im limbischen System zu tun.
- Erweiterung des Ressourcenbereichs mit Stabilisierungs- u. auch Imaginations-übungen
- Annährung der Klientin an sich selbst, ihre Gedanken, ihre Gefühle und die Vergangenheit mit Abstand: Hier können Distanzierungstechniken unterstützend sein.
- Einbeziehung des sozialen Umfelds und anderen Kontexten: zirkuläres Fragen und etwaiger Einbeziehung konkreter Personen aus dem Umfeld

Trauer und Neuorientierung sind ebenfalls bedeutungsvolle Schritte auf dem Weg aus einem Trauma. Für die Neuorientierung ist die umfassende Stabilisierung und Integration des Erlebten eine wichtige Voraussetzung, da sie eng mit der Sinngebung zusammenhängt. Manche der angeführten Übungen können auch in diesen Phasen verwendet oder dafür angepasst werden, sie lagen für diese Arbeit aber nicht im Fokus.

7.2 Auswahl der Übungen

Für die konkrete Auswahl einer Übung in der konkreten Situation mit einer Klientin helfen folgende Orientierungsfragen:

- Ist die Klientin in hoher oder zu niedriger Spannung? Ist sie nahe einer oder in einer Dissoziation?
- Kann die Klientin (genau) nachvollziehen, was eben mit ihr passiert (ist)?
- Ist sich die Klientin klar, in welche Zeit (Vergangenheit, Gegenwart) ihre Gefühle und Sinneswahrnehmungen gehören?
- Ist die Klientin im Hier und Jetzt, aber ihre Spannung ist trotzdem hoch oder niedrig? Ist sie im Ressourcenbereich und arbeitet die Großhirnrinde gut mit?
- Möchte die Klientin mehr Spielraum und neue Perspektiven entwickeln? Ist sie gut orientiert in der Gegenwart und in der zeitlichen Erinnerung?
- Möchte die Klientin, die gut in der Gegenwart orientiert ist, ihr Umfeld betrachten und einbeziehen?

(Vgl. Hantke et al.,2012, S. 186)

7.3 Übungen

7.3.1 Übungen zur (Re-) Orientierung im Hier und Jetzt – Dissoziationsstopps

Dissoziation kann man sich auch vor allem als körperlichen Vorgang vorstellen und eher als physiologisches denn als psychologisches Phänomen betrachten. (Vgl. Heller et al., 2020, S. 205)

> *„Voll und ganz im Körper zu leben, ist funktionell identisch damit, voll und ganz im Moment zu sein. Der Körper lebt nur im Jetzt. Der Kopf kann sich an Vergangenes erinnern oder sich Gedanken über die Zukunft machen, im jetzigen Moment jedoch können wir nur sein, indem wir voll und ganz in Kontakt mit unserem Körper sind."* (Heller et al., 2020, S.205)

Daher spielt der Körper mit seiner Wahrnehmungsfähigkeit auch eine große Rolle bei der Reorientierung. Wichtig sind klare, ruhige, eindeutige und einfache Anweisungen. Die Dissoziationsstopps können die Klientin am Anfang stören und unbequem für sie sein. Das hängt damit zusammen, dass sie ein Muster unterbrechen und eine Umorientierung bringen sollen. Das möchte die Klientin zwar, aber da es ungewohnt ist, ist es eben anfangs auch evtl. unangenehm. Das was man als LSB selbst vormacht, begleitet man sprachlich, damit die Klientin einordnen kann, was gerade passiert. Es geht darum, dass die Aufmerksamkeit der Klientin wieder einen Anhaltspunkt im gegenwärtigen Moment findet und sie wieder aus z. Bsp. einem sich einschleichenden unangenehmen Gefühl oder aus einem Gedankenkarussell oder intrusiven Bildern aussteigen kann.

Zum gemeinsamen Üben in der Beratung und als Übung für die Anwendung zuhause:

- Auf den Atem der Klientin (und auch auf den eigenen) achten: wenn er zu flach und langsam oder auch flach-schnell oder tief-schnell wird, kann die LSB selbst tief durchatmen und die Klientin auffordern, dasselbe zu tun. Danach einladen, noch ein bisschen weiter gemeinsam zu atmen und dabei nur kurz ein- und lang und betont auszuatmen – so lange, bis der Atemrhythmus wieder natürlich entspannt ist. (Zur Orientierung kann man mitzählen: ca. 2-3 sec. einatmen 5-8 sec. ausatmen; je nach Atemtempo)
- Mit der Klientin aufstehen und im Raum umhergehen: Sie fest auftreten oder auch die Beine bewusst höher heben lassen. Mit ihr stampfen, hüpfen und was der Klientin selbst noch einfällt. Vielleicht gibt es einen Teppich im Beratungsraum, dann kann man fragen, wo es sich für die Klientin angenehmer anfühlt zu gehen, am Teppich oder am Holzboden. Das bindet die Großhirnrinde wieder mit ein, weil es den Fokus auf die Fußsohlen richtet und die Wahrnehmung genau jetzt dafür braucht.
- Die Arme nach oben strecken, den Körper dehnen und vielleicht auch gähnen und wieder tief atmen.
- Ein Fenster aufmachen und frische Luft hereinlassen – vielleicht weht der Geruch von Blüten herein oder man hört Autos fahren. Darauf aufmerksam machen und die Klientin ihre Wahrnehmungen benennen lassen: Was riecht, hört oder sieht sie im Beratungsraum und durch das Fenster? Als LSB mitmachen, das kann man auch abwechselnd und spielerisch angehen.

- Berührungsreize: Besonders wenn die Klientin nicht aufstehen kann, weil sie in Unterspannung ist. Gegenstände wie Igelball, eine kleine Steinskulptur, ein vom Wasser geschliffenes Holzstück, Gummiringerl, spitzere Steine, …. zum Angreifen, fest Umfassen anbieten. Sich von der Klientin die Beschaffenheit des Gegenstandes beschreiben lassen. Im Gegensatz kann es aber auch ein angenehm weicher Seidenstoff sein, den die Klientin dann gerne angreift. Sie soll mitentscheiden!
- Die Klientin an ihrem Körper verschiedene Körperteile selbst berühren lassen: Wo ist es weich, wo hart? Spürt sie die Wärme der Hand?
- Kühle feuchte Tücher in die Ellenbeuge oder auf die Stirn legen.
- Der Klientin scharfe Kaugummi oder Zuckerl (vorwarnen, um welchen Geschmack es sich handelt) oder auch einfach ein Glas Wasser, Tee, Kaffee oder auch etwas zu essen anbieten. Vielleicht muss man dazu in den Nebenraum gehen, das bietet die Möglichkeit, das Setting zu wechseln.
- Kognitiv ablenken oder `aufwecken´: Die Klientin nach dem Geburtsdatum oder dem heutigen Datum fragen. Sie von 10 rückwärts bis 1 zählen lassen. Man kann auch nach der Uhrzeit, dem morgigen Wetter oder dem Ausgang des gestrigen Fußballspiels fragen.
- Die Klientin zum Mitsingen eines bekannten Liedes auffordern.
- Externalisieren bei hoher Erregung: Wenn ich Ihre Wut jetzt im Raum sehen könnte, wo wäre sie und wie würde sie aussehen?
- 5-4-3-2-1 Übung nach Y. Dolan zum Stabilisieren nach der ersten Reorientierung: Während die Klientin auf einen Punkt vor ihr etwas oberhalb schaut, benennt sie abwechselnd 5 Sachen, die sie, trotz der Fokussierung, im gesamten Blickfeld noch sehen kann, 5 Geräusche und 5 kinästhetische Wahrnehmungen (im Sinne von `meinen Rücken an der Sessellehne´). In der nächsten Runde nennt sie für alle Modalitäten 4 Beispiele und so weiter.
- Das ist zwar etwas mühsam und zeitaufwändig, aber es braucht wirklich Konzentration wegen des Mitzählens. Genau das hilft für die Reorientierung in den gegenwärtigen Moment.
- Mit der Klientin durch Selbstbeobachtung Erinnerungskarten erarbeiten, auf denen die Beschreibung bestimmter Situationen steht und was die Klientin dann üblicherweise denkt, fühlt und wie sie dann handelt. Dann geht es darum, zu erarbeiten, was sie stattdessen denken, fühlen und wie sie dann handeln könnte. Diese Methode kommt aus der kognitiven Verhaltenstherapie und wird auch in der Schematherapie angewendet.

Für zuhause oder die Arbeit

- Erstellen einer Notfallliste mit den wirksamsten Übungen aus der gemeinsamen Beratung, die - durchaus in mehrfacher Ausführung - so aufbewahrt werden soll, dass sie im Bedarfsfall wirklich zur Hand ist. Die Klientin liest dann einfach ab, was ihr helfen könnte. Darauf können auch Übungen stehen, die man gemeinsam in der Beratung geübt hat. Wichtig ist, dass sie einfach sind und kein Material benötigen, damit sie sofort umgesetzt werden zu können. Es können auch Infos zur eigenen Person oder bevorzugte Affirmationen der Klientin auf der Liste stehen. Z. Bsp.: Ich bin 34 Jahre alt, verheiratet mit Bernd, habe einen Sohn Thomas und eine Tochter

Nora. Ich arbeite als Logistikerin. Meine Füße spüren den Kontakt zur Erde. Von meinen Fußsohlen wachsen starke Wurzeln in die Erde. Mein Atem wird immer langsamer, mein Körper wird immer ruhiger und ist von Licht umhüllt.

- Es kann auch ein Notfallkoffer oder -säckchen sein mit einem bevorzugten Gegenstand zur Reorientierung, mit Zuckerl, Gummiringerl zum Flitschen, einem Foto, …
- Atembeobachtung und regelmäßig tief durchatmen
- Gegenstände in der Arbeit oder zuhause passend bereitlegen, die die Klientin im Bedarfsfall schnell drücken, berühren kann.

7.3.2 Übungen zur (körperlichen) Stabilisierung und Spannungsregulierung

- Sportliche Aktivitäten unterstützen die Klientin, die im Körper zirkulierenden Stresshormone und damit auch die Körperspannung abzubauen. Für den Fall der Unterspannung kann Sport anregend wirken. Wichtig ist, moderaten Sport zu treiben – auf keinen Fall Leistungssport! Im Fokus steht die Bewegung mit Wohlfühl-charakter, damit der Spannungsabbau funktionieren kann. Vom Intervall her ist es unterstützender öfter in der Woche, dafür evtl. kürzer, aktiv zu sein.
- joggen, Spaziergänge, tanzen usw.: z. Bsp. laufen 2x 20 min oder 3x 15 min pro Woche (oder 1x laufen, 1x tanzen)
- aktive Entspannungstechniken, die auch die Körperwahrnehmung schulen: Yoga, Qi Gong
- Die `Progressive Muskelentspannung´ nach Jacobson ermöglicht das Erleben des Entspannungsgefühls nach bewusster Anspannung von verschiedenen Muskelpartien.
- Ernährung kann ein Thema werden, wenn durch den Dauerstress nicht mehr ausreichend Hormone wie z. Bsp. Serotonin, Dopamin, … gebildet werden. Klientinnen neigen dann auch zu hohem Zucker-, Nikotin- und Koffeinkonsum. Hier ist u.U. die Zusammenarbeit mit einer Ernährungsberaterin sinnvoll.
- Wiederum Atemübungen einsetzen: verlängertes Ausatmen und evtl. auch Pausen nach dem Ausatmen oder nach dem Ein- u. Ausatmen. (Achtung, Tiefenatmung vermeiden, da sie mit Angst vor Kontrollverlust verknüpft sein kann.)

7.3.3 Achtsamkeits- und Sinneswahrnehmungsübungen

Es geht darum, die Aufmerksamkeit und Wahrnehmungsfähigkeit der Klientin im gegenwärtigen Moment zu halten oder dorthin zu lenken.
Diese Übungen sind niederschwellig zu starten – nur kurz einladen, registrieren, ob die Klientin darauf reagiert und eine Kleinigkeit ändert und dadurch lernt. Es ist nicht hilfreich genauer nachzufragen, wie sich das jetzt genau anspürt (körperlich) oder anfühlt (emotional) - zu viel fühlen, kann für die Klientin bedrohlich sein und schon springt das limbische System wieder an. Auch das Zulassen und Aushalten von angenehmen Gefühlen muss u.U. langsam erlernt werden.

- Die Klientin anregen, eine bequeme Sitzposition einzunehmen. Gibt es etwas, das Sie tun können, um es noch bequemer zu haben?
- Die Klientin einladen, den Kontakt der Füße mit dem Boden oder des Rückens mit der Sessellehne zu spüren.

- Die Klientin kann die Hände ineinanderlegen und den Kontakt spüren oder mit der Handfläche über verschiedene Materialien (Tischtuch, Holz, Polster, …) streichen.
- Die Klientin kann ihren Atem beobachten und wie sich vielleicht der Bauch oder die Brust dabei bewegen – evtl. einladen, auch die Hände auf den Bauch zu legen – oder zu spüren, wie die Luft bei der Nase vorbeiströmt.
- Auch Geschmack und Geruch können einbezogen werden (ätherische Öle aber auch Kräuter wie Minze, Lavendel, Melisse, …). Besonders bei Gerüchen ist sehr vorsichtig vorzugehen, da sie umgehend Reize auslösen können! Nie als Hausaufgabe geben!
- Vorsicht ist auch bei Entspannungstechniken wie `Autogenem Training´, bestimmten Meditationsformen oder Hypnose geboten. Klientinnen könnten mit der Erfahrung Kontrollverlust verbinden und getriggert werden.

Erdungs- und Schutzübung: Füße am Boden spüren und Wurzeln in die Erde wachsen lassen, evtl. dann mit dem wiederholten Einatmen noch Licht in den Körper aufsteigen lassen. Es steigt mit dem Ausatmen im ganzen Körper auf, verteilt sich und fließt zuletzt über den Scheitelpunkt eiförmig, den ganzen Körper einhüllend, wieder zur Erde.

Mit dem Fortschreiten des Prozesses der Klientin kann man nach und nach beginnen, einzelne Körperteile (auch von innen) erspüren zu lassen, die Augen dürfen dabei offenbleiben. Die Sequenzen eher kurz setzen und immer wieder einstreuen. Die Klientin lernt dadurch zunehmend Zeugin ihrer Wahrnehmung zu sein. Das ermöglicht ihr nach und nach zu erkennen, wann ihr Körper Anzeichen Richtung Über- oder Unterspannung zeigt. Je früher sie dann mit gezielten Übungen aktiv gegensteuern kann, umso eher gelingt eine Musterunterbrechung.

7.3.4 Übungen für die Selbstberuhigung und -tröstung

Diese Übungen können je nach Klientin zuerst in der Beratung angeboten werden, sind dann vor allem aber auch sehr gut für die Eigenanwendung geeignet. Bei fehlender Vorerfahrung der Klientin sind die ausgewählten imaginativen Ansätze in diesem Bereich auf jeden Fall in der Beratung einzuführen und zu üben, damit die Klientin zuhause schon einen Zugang dazu hat.

Die Klientin verändert sich oft im Alter, wenn eine Belastung in ihr aktiviert ist. Oft erlebt sich die Klientin dann kindlich. Diese Übungen kommen diesem kindlichen inneren Anteil in der Klientin entgegen, der Fürsorge, Halt, Trost, Orientierung usw. gebraucht hätte und in diesem Moment wieder braucht. Diese Übungen bauen auf dem neurosequenziellen Modell der Therapie auf, das davon ausgeht, dass sich

> *„die Behandlung und Veränderung von Verhaltensweisen und Körpersymptomen (…) an der Art der Verarbeitung der Hirnbereiche orientieren müsse, die dafür primär zuständig sind."* (Hantke et al., 2012, S. 117)

Da die Entwicklung des Gehirns und des NS die Basis für die Entwicklung von Kompetenzen und Verhaltensweisen ist, macht es (wie schon erwähnt) einen Unterschied, wann im Leben eines Menschen ein Trauma passiert ist. Besonders bei frühen Entwicklungstraumen hat es nachhaltige Auswirkungen auf die weitere Ausreifung des NS. Es werden mit den anschließend angeführten Übungen (früh-) kindliche Bedürfnisse nachgenährt. Das kann die

Basis für weitere Entwicklungsschritte im Hinblick auf die Verarbeitung des Traumas, die Verbesserung von Symptomen und unerwünschten Verhaltensweisen darstellen.
(Vgl. Hantke et al., 2012, S.116-117)

- wiegen – z. Bsp. in der Hängematte
- schaukeln - in der Realität oder auch in der inneren Vorstellung; Schaukelstuhl im Beratungsraum
- in eine Decke wickeln
- Wärmeflasche
- warme Bäder
- Sich selbst wiegen, halten, morgens zärtlich aufwecken und Freude über das eigene Dasein ausdrücken. Sich streicheln usw.
  Sich evtl. dabei vorstellen, dass man als Erwachsene das kleine Kind oder Baby, das man war, im Arm hält.
- Sich am Sofa oder im Bett ans Kissen schmiegen und sich vorstellen, man sei die Kleine, die sich an eine liebevolle Person schmiegt und von dieser gehalten wird.

Darauf achten, der Klientin Vorschläge zu machen und sie dann zu begleiten, auch eigene Methoden herauszufinden – passend zu ihren Bedürfnissen. In den folgenden Beratungen immer wieder einmal nachfragen, was die Klientin noch anwendet, ob es ihr guttut, was sie daran noch verändern könnte, usw.

Die LSB sollte achtsam sein, dass die Klientin in Bezug auf diese Bedürfnisse keine Tendenz zur Selbstabwertung hat. Diese sind sonst vorher oder parallel zu bearbeiten.

7.3.5 Imaginationsübungen

Imaginationen sind vorgestellte - mit Hilfe von Erinnerung und Fantasie erschaffene - innere Bilder, Räume und Zustände. Sie ermöglichen einem Menschen, sich selbst etwas zu geben, wonach er sich sehnt. Wenn eine Klientin sagen kann, was ihr fehlt, dann trägt sie das schon in sich, hat es schon selbst erlebt oder bei anderen gesehen. Imaginationen können helfen, diese Ressourcen zugänglich zu machen.
Solche Imaginationen können bei der Entspannung helfen oder auch dabei unterstützen, Mut zu schöpfen oder Kraft zu tanken. Gerade weil diese Orte und Bilder in der Fantasie verortet sind, sind sie jederzeit erreichbar (wenn man sich darauf einlässt) und können ganz individuell gestaltet werden. Die Klientin kann beim Imaginieren die Augen offenlassen. Ein Beispiel ist der innere sichere Ort.

- Einen **inneren sicheren Ort, einen Wohlfühlort oder einen Kraftort** für das kleine innere Kind oder die Erwachsene imaginieren und regelmäßig aufsuchen. Die Klientin sollte besonders auch dann üben, wenn sie sich gut fühlt. In Folge ist ein Aufsuchen des Ortes im Fall von Anspannung wirkungsvoller.
  Wenn die Klientin den Ort beschreibt, kann die LSB mitnotieren, um später die Worte genau wiederholen oder der Klientin eine Beschreibung mitgeben zu können. Durch Nachfragen zu allen fünf Sinnen wird die Klientin unterstützt, ein möglichst lebendiges Bild zu kreieren. Extra darauf hinweisen, dass die Fantasie nicht eingeschränkt ist, dass z. Bsp. das weiche Sofa im Baum eingewachsen sein kann oder

im Raum eine Wiese wächst.
Sollten sich störende Wahrnehmungen oder Bilder einschleichen, die Klientin ermuntern, dass sie diese außerhalb des Raums lässt. Die Klientin sollte auf eine Weise am inneren Ort ankommen, dass sie sich gesamtkörperlich dort erlebt und spürt - als wäre sie wirklich an einem reellen Ort. Es wird sich vermutlich ihr Atem verlangsamen, ihre Mimik entspannen und ihre Stimme ruhiger werden. Vielleicht lächelt sie. Die Klientin kann noch einen Schutz einzufügen, damit sie wirklich ungestört ist (Zaun, Lichthülle, …). Wichtig ist, dass die Klientin keine anderen Menschen am inneren Ort installiert, da diese eine unerwünschte Auswirkung auf Veränderungen des Raumes bewirken könnten - vor allem beim erneuten Aufsuchen. Anregungen für einen Ersatz der Menschen können Kuscheltiere, Lieblingsspielzeug von früher, vielleicht ein Kraft- oder Haustier sein. Der Klientin genug Zeit geben, das Sein in diesem Raum zu genießen und das Wohlgefühl im Körper wahrzunehmen und evtl. auch genauer in Körperteilen zu verorten.
Die Klientin kann dem Ort auch einen eigenen Namen geben und evtl. ein Symbol dafür finden - im Beratungsraum oder zuhause (als Aufgabe). Sie kann auch ein Symbol basteln oder zeichnen. Wenn sie mag, kann sie das Symbol, als Erinnerung und zur Erleichterung des Zugangs zu diesem Ort, bei sich tragen.

Vom inneren Wohlfühlort aus kann die Klientin eingeladen werden, den Bezug zur Welt zu benennen oder wie es ihr hier geht und was das im Bezug zur Welt (draußen) verändert. Die LSB kann Vorschläge machen und dabei aufgreifen, was die Klientin vielleicht schon hat einfließen lassen. Solche Sätze können sein: Hier bin ich ich. Hier kann ich gut zu euch schauen.

<u>In der Beratung auch für das Aufsuchen des Ortes in belastenden Situationen üben:</u>
Die Klientin nur kurz an eine leicht belastende Situation vor ein paar Tagen denken lassen, nur eine Kleinigkeit. Das auch schnell stoppen und sie auffordern wieder an den Wohlfühlort zu gehen. Ihr evtl. auch die Notizen vorlesen oder fragen, ob sie das möchte. Gemeinsam danach reflektieren, was ihr geholfen hat oder was sie noch braucht, damit sie gut an diesen Ort gelangen kann. Den Wechsel zwischen belastender Situation und Wohlfühlort evtl. noch ein paarmal wiederholen.
Der Klientin den Hinweis geben, dass sie den Wohlfühlort jederzeit so verändern kann, dass sie sich weiterhin so gut darin fühlt.

Vom Aufbau ähnlich, kann man auch **innere Helferinnen** (mit denen man dann auch in einen imaginierten Dialog gehen kann), ein **Wohlfühlgefühl** (das kann die Klientin dann auch noch durch eine Berührung an einer leicht zugänglichen unauffälligen Stelle am Körper `verankern´, damit sie es bei Bedarf später durch Berührung dieser Stelle leichter wieder abrufen kann), einen **inneren sicheren Platz - speziell für das innere Kind** (damit die Klientin es in bedrohlichen Situationen in Sicherheit bringen und dann als Erwachsene agieren kann) oder auch einfach einen **Schutzmantel aus Licht** imaginieren. Eigene Ideen der Klientin unbedingt aufgreifen.

Eine andere Kategorie von Imaginationen kann dem Fernhalten von belastenden Inhalten dienen, wenn es gerade nicht passend ist, sich damit zu beschäftigen. Das kann ein **Tresor** oder einfach eine Kiste sein, der/die dann an einem ganz bestimmten Platz gelagert wird. Die belastenden Inhalte werden dort sozusagen zwischengelagert, bis ein guter Zeitpunkt ist, dass sich die Klientin damit beschäftigt.

In der Arbeit mit belastendem Material – Bildern oder Empfindungen – kann Imaginationsarbeit ebenfalls hilfreich sein. Die Orientierung an den Schritten `externalisieren, manipulieren, transformieren´ kann dabei hilfreich sein. (Vgl. Urich, Skriptum Basisstrategien traumazentrierter Beratung, 2021, S. 10)
Das intrusive Bild kann man z. Bsp. visuell verändern (manipulieren und/oder transformieren) bis es nicht mehr bedrohlich ist. (Das ist schon Arbeit mit dem Traumainhalt!) Die Angst kann man sich im Raum vorstellen (externalisieren) und dann mit ihr kommunikativ in Kontakt treten, sie kleiner machen oder visuell verändern (wieder manipulieren) bis sie sich evtl. völlig verändert und in etwas Neues verwandelt (transformieren).

7.3.6 Ressourcenarbeit für die psychische Stabilisierung

Klientinnen können in ihrer Wahrnehmung so eingeengt sein, dass sie fast nur noch mit ihrem verletzlichen Teil identifiziert sind und auch wenig Zugang zu ihren Kompetenzen haben. Daher ist es bedeutsam, ihnen immer wieder Gelegenheit zu geben, sich dieser Kompetenzen, erfolgreich gemeisterten Situationen, Strategien, … bewusst zu werden. Das kann schon einfach dadurch gelingen, dass die LSB in der Beratung bei der Schilderung einer Situation darauf fokussiert, was die Klientin gut gemeistert hat und durch Nebenfragen ermöglicht, dass es auch der Klientin bewusst wird. Denn die Klientinnen leben trotz Traumafolgen in einem Alltag weiter und schaffen ganz viel! Es hängt also sehr von der Art der Fragen ab, ob die LSB in der Klientin einen Suchprozess in Richtung Ressourcen auslöst oder sie durch problemorientiertes Fragen näher an das belastende Erlebnis und im Extremfall wieder an eine Notfallreaktion heranführt.
Man muss deswegen diese belastenden Erfahrungen, wenn die Klientin sie anspricht, nicht völlig zur Seite schieben. Doch ehrliches Interesse daran, wie die Klientin dann doch einen Weg gefunden hat, sich oder ihre Situation zu verändern, wer in ihrem Umfeld ihr dabei mit welchem Verhalten oder Beispiel Vorbild war usw., kann auch der Klientin bewusst machen, dass neben dem Schlimmen auch Gutes und Hilfreiches war. Vor allem geht es darum, dass sie das in ihr weiteres Leben mitnehmen darf! Das Entdecken dieser positiven Erlebnisse muss jedoch von der Klientin selbst kommen, sie darauf hinzuweisen, dass da doch offensichtlich auch schöne Momente waren, kann sehr kontraproduktiv sein.
Hilfreich sind offene und zirkuläre Fragen und auch Fragen nach Ausnahmen zu Problemen. `Haben Sie das auch schon einmal anders erlebt? Was war da anders?´ Dieses Beispiel richtet sich auf die Vergangenheit. Ähnliche Fragen können sich ebenso auf die Gegenwart (`Was hilft ihnen, trotzdem jeden Tag aufzustehen?´) oder in die Zukunft richten. Für die Vorstellung einer besseren Zukunft macht es Sinn imaginative Elemente mit einzubeziehen. Findet die Klientin selbst nicht so einfach Antworten können zirkuläre Fragen, den Prozess unterstützen: `Was würde ihre beste Freundin auf diese Frage antworten?´

Übung: Tagebuch für positive Erlebnisse
Neben vielen anderen Übungen kann man die Klientin einladen, jeden Abend kurz zu überlegen, was an diesem Tag positiv und angenehm oder gar erfreulich war. Das können Wahrnehmungen aus allen Sinneskanälen sein, eine Körperempfindung, etwas das gelungen ist und auch gute Gedanken. Verstärkt wird die Wirkung, wenn die Klientin das schriftlich (Stichworte reichen) erfasst.
Man kann die Klientin zusätzlich einladen, sich nach dem Aufschreiben in so ein gutes Gefühl nochmals hineinzubegeben und es richtig zu genießen. So verankert es sich besser im Körper und kann, mit etwas Übung, bewusst verknüpft mit der Erinnerung an den Moment abgerufen werden.

Für die Ressourcenarbeit eignen sich auch Rollenspiele und geleitete Imaginationen wie sie in der Schematherapie eingesetzt werden. Dabei geht es darum, dass die Klientin ausdrücken lernt, was sie braucht oder gebraucht hätte. Die LSB bringt die fehlende Ressource in das Rollenspiel oder in den imaginierten Dialog einer Situation durch sogenanntes `Reparenting´ - fürsorgliches Elternverhalten - ein. Die Klientin und die LSB sprechen jeweils laut mit, was gerade passiert, damit beide die Situation aktiv mitgestalten können.

7.3.7 Distanzierungstechniken

Distanzierungstechniken sind hilfreich, um z. Bsp. Abstand zu einem belastenden inneren (intrusiven) Bild, Gedanken oder Erleben zu gewinnen.
Die Techniken unterstützen die Externalisierung der Inhalte und ermöglichen das distanzierte, gefühlsneutralere Betrachten und Mitteilen bzw. Benennen von Erlebtem. So kann Übererregung vermieden werden. Mit diesen Techniken können z. Bsp. Details, die für eine Befragung bei Gericht oder bei Antragsstellung für eine Opferentschädigung benötigt werden, ohne Überlastung der Klientin erarbeitet werden. Distanzierungstechniken können auch eingesetzt werden, wenn eine Klientin bewusst ein Detail vom Erleben klären möchte, jedoch Sorge wegen einer emotionalen Überforderung hat.
Wenn es um die Verarbeitung von Traumainhalten geht, können diese Techniken auch angewendet werden, um die Inhalte im Gehirn zu verarbeiten und dann evtl. schrittweise zu transformieren. Distanzierungstechniken sind nicht nur für die Bearbeitung von Traumainhalten hilfreich, sondern für jegliche belastende Situation. Diese kann u.U. mit einer traumatischen Erfahrung in Verbindung stehen – möglicherweise, ohne dass dies der Klientin bewusst ist.

Übung: Bildschirmtechnik
Vorbereitend für die Anwendung dieser Methode sollte man mit der Klientin einen sicheren Ort, eine Orientierungshilfe für das Hier und Jetzt (Igelball, Symbol, bestimmtes Bild an der Wand) und ein Zwischenlager (siehe 7.3.5 Imaginationsübungen) installieren. Das alles für den Fall, dass die Klientin zwischendurch in diese Richtung Unterstützung braucht. Auch Skalenabfragen zum Ressourcenzustand am Beginn und bei Bedarf zwischendurch sind nützlich, damit die Situation kontrolliert bleibt. Man kann so eine Skala auch im Raum auslegen oder auf ein Flipchart zeichnen, um immer wieder daran erinnert zu werden, den Wert zu überprüfen.

Die Sitzposition wählt die beratenden LSB neben oder schräg neben der Klientin, so dass deren Gesichtsfeld frei bleibt, die LSB aber die Reaktionen der Klientin trotzdem gut beobachten kann. Die Position der Sessel im Raum wird so gewählt, dass man den größtmöglichen Abstand zu einer Wand im Beratungszimmer bekommt. Bei Bedarf kann der Blick auch nach draußen auf einen Baum oder ein Nebengebäude gerichtet werden, wenn es mehr Abstand braucht. Der äußere Abstand ist wichtig, um auch inneren Abstand zu ermöglichen und damit eine Überflutung durch Emotionen und das Wiederauslösen einer erneuten Dissoziation und Notfallreaktion zu vermeiden.
Im ersten Schritt wird die Klientin eingeladen, sich einen Bildschirm vorzustellen. An der Wand oder auf dem Flipchart (das könnte man dann auch nutzen, um während der Übung etwas in den Bildschirm zu schreiben oder zu zeichnen).
Durch Detailfragen zum Bildschirm - wie er aussieht, ob es ein Computer, eine Leinwand etc. ist, welchen Rahmen er hat, wie groß er ist usw. - wird die Klientin unterstützt, den Bildschirm wirklich vor sich zu sehen. Die LSB sollte auch danach fragen, ob die Größe variabel ist, um den Bildschirm bei schönen Szenen groß und bei belastenden ganz klein machen zu können. Die Klientin soll den Bildschirm wirklich ausführlich beschreiben.
Im nächsten Schritt wird eine Fernbedienung eingeführt. Es ist abzuklären, in welcher Hand sie gehalten wird, welche Farbe sie hat, … Diese Fernbedienung wird mit Sonderfunktionen ausgestattet. Sie kann nicht nur schnell oder langsam vor- und zurückspulen, pausieren und die Lautstärke regeln, sie kann darüber hinaus den Bildschirm vergrößern und verkleinern sowie zwischen Farbe und Schwarz-Weiß wechseln usw.
Die Klientin soll dann zunächst das Verändern der Größe ausprobieren – wichtig ist, dass sie den Bildschirm ganz klein, z. Bsp. auf Briefmarkengröße, machen kann und das tatsächlich so sieht! Die LSB soll sich das von der Klientin bestätigen lassen und die Klientin auch genau dabei beobachten. Es ist sinnvoll, die Größe zwei-, dreimal verändern zu lassen und mit mittlerer Größe zu enden.
Alle weiteren Funktionen sollen mit der Klientin anhand eines `Films´ über ein angenehmes Alltagserlebnis der letzten Tage oder vom selben Tag (Kaffeetrinken auf der Terrasse, ein Buch lesen) geübt werden! Die LSB sollte sich die ausgewählte Szene fürs Üben vorab genau beschreiben lassen. Die Szene muss wirklich sicher sein und nicht in etwas Unangenehmes abrutschen. Auch sehr emotional positiv verankerte Erlebnisse eignen sich nicht für das Üben, weil deren stärkende Kraft durch die Externalisierung abgeflacht werden kann, was schade wäre.
Die LSB lässt sich erzählen, auf welchem Medium der Film gespeichert ist: Handy, USB-Stick, DVD? Dann lässt sie die Klientin den Film einlegen und einschalten. Dann sollte sie sofort nachfragen, was die Klientin sieht. Diese Frage ist immer wieder zu stellen. Einerseits um mitverfolgen zu können, was die Klientin sieht. Andererseits um zu überprüfen, ob sie während des Filmschauens noch mit einem Teil der Aufmerksamkeit im Beratungssetting ist und die LSB hören und auf sie reagieren kann.
Die Klientin als nächstes den Pauseknopf drücken lassen und einführen, dass sie von sich in der dritten Person spricht, wenn sie die Handlung und Personen am Bildschirm beschreibt. Ist es ein Erleben aus der Kindheit, soll sie ihren Vornamen verwenden und auch die begleitende LSB wird das so handhaben. Auch das dient dazu, dass die Klientin mit Abstand, `von außen´ draufschaut und sich nicht plötzlich im Film und damit im belastenden Erleben wiederfindet. Es ist wichtig das der Klientin zu erklären!

Der Film über die Alltagsszene hilft, diese Form der Beschreibung und alle `technischen´ Möglichkeiten, die die Fantasie und damit die Fernbedienung hergibt, zu üben, um das Gesehene – den Film über das Erleben der Klientin – so abzuändern, dass es für sie hilfreich ist: Bildschirmgröße verkleinern, Bild dunkler oder körniger machen, unscharf stellen, Farben ganz rausnehmen, langsamer abspielen, Pause drücken, langsam vorspulen oder überhaupt eine Szene überspringen, Verzerrung einblenden, Bild kippen, die Stimme der handelnden Personen verändern, Musik über den Ton blenden, Ton ganz leise oder überhaupt stumm stellen, eine andere Sprache einstellen usw. Es kann gemacht werden, was immer hilfreich ist, damit die Klientin den emotionalen Abstand wahren und in der Gegenwart verankert bleiben kann. Vor allem das Pause-Standbild, gefolgt vom sofortigen Ausschalten, muss gut geübt werden. Die LSB sollte sich von der Klientin auch extra bestätigen lassen, dass der Bildschirm jetzt dunkel und der Ton weg ist.
Dann soll die Klientin wieder einschalten und den Film im gewünschten Tempo laufen lassen. Diese Vorstellungskraft zu üben ist intensiv und kann die Klientin anstrengen, die Testphase kann durchaus eine ganze Beratungseinheit in Anspruch nehmen.

In der nächsten Beratung werden dieselben Vorbereitungen wie zuletzt getroffen, um dann nochmals kompakt anhand eines neutralen Films alle Manipulationsmöglichkeiten zu wiederholen.
Dann geht es an

- die Auswahl eines unangenehmen `Films`. Zu Übungszwecken ist es sinnvoll, auch hier noch ein mäßig belastendes Ereignis zu wählen.
- die Benennung des Filmtitels (erste Distanzierung).
- die Bestimmung des Inhaltes von Vor- und Abspann: Das hat den Zweck, das belastende Ereignis in einen zeitlichen Kontext zu stellen. Es gab ein Vorher, wo es noch gut oder besser war, und es gab ein Nachher, das vor allem auch anzeigt, dass das Schlimme Erlebnis vorbei war/ist. Wie weit vorher oder nachher die ausgewählten Szenen liegen, ist dabei nicht so bedeutsam.
  Beide Szenen sollte die Klientin genau beschreiben, unterstützt durch ein Nachfragen zu allen Sinneskanälen. Auch für den Vor- u. Abspann kann man eigene Filmtitel erfragen.
- das Aufzeichnen eines Storyboards: Für jede Szene wird eine Moderationskarte verwendet, die man nebeneinander pinnt.
  - Vor- u. Abspann werden mit dem Namen betitelt und zusätzlich kann man noch die erwähnten angenehmen Stichworte hineinschreiben: den Ort, Farben oder Gefühle. Für die Beschriftung dieser beiden Szenen eine Lieblingsfarbe der Klientin, verwenden.
  - Der gesamte Film wird in Szenen unterteilt, um genauer entscheiden zu können, was sich die Klientin wann anschauen möchte. Für jede Szene einen beschreibenden Satz verwenden. Die Szenen nicht zu komplex wählen, evtl. nochmals unterteilen. Zeit lassen und die Klientin genau beobachten, ob sie in einem ressourcenvollen Zustand bleiben kann. Bei Bedarf Pausen und Reorientierungs- bzw. Beruhigungsübungen oder Auftanken am `sicheren inneren Ort´ anbieten.

  - Durch die Benennung der Szenen und das Beschriften und Aufpinnen der Karten wechselt die Klientin ständig zwischen dem vergangenen Erleben - dem Film - und der Gegenwart - dem Aufschreiben und Pinnen zusehen - was bereits die Verarbeitung im Gehirn und Integration der Inhalte in der Zeitlinie fördert. Daher ist es so wichtig sich Zeit zu lassen. Wenn die Klientin zwischendurch zu einer Szene zusätzlich etwas erzählt und vielleicht Tränen fließen oder Wut hochkommt, hat das Platz. Wichtig ist, dass die Klientin dabei den Kontakt zur Gegenwart behält, was unterstützt werden kann – sie hat ja z. Bsp. einen Igelball am Schoß. Die LSB könnte sagen: `Und während Sie die Wut spüren und dabei zittern und vielleicht auch fluchen wollen, und das ist völlig ok so, möchten Sie vielleicht den Igelball in Ihrem Schoß drücken, damit Sie sich auch erinnern, dass Sie jetzt hier bei mir in der Beratung und sicher sind. Das was war, ist vorbei.´
- das Abspielen des Films – zuerst des Vorspanns: Nochmals kurz wiederholen, was die Klientin zum Vorspann erzählt hat. Sie dann bitten, den Film nur bis Ende des Vorspanns abzuspielen und dann die Pause-Taste zu drücken.
  Wenn die Klientin den Film ablaufen lässt, soll sie beschreiben, was sie sieht. Als LSB darauf achten, dass sie wie besprochen in der 3. Person von sich spricht. Am Ende des Vorspanns soll die Klientin vor und dann wieder zurück in den Vorspann spulen.
- das Abspielen des belastenden Filmteils: Zuerst noch keine Inhalte beschreiben lassen oder Fragen zum Inhalt stellen, sondern die Klientin soll den Film an verschiedenen Stellen im Schnelldurchlauf (damit ist auch der Ton unverständlich) vor- und zurückspulen und auch diverse andere Veränderungstechniken testen. Wenn etwas besprochen werden soll, dann zurück in den Vorspann spulen oder Pause mit Standbild auswählen und dann den Bildschirm ausschalten lassen.
- die Kontrolle des Zustands und der Orientierung der Klientin.
- das Betrachten und Beschreiben einzelner Szenen, die für die Informationsgewinnung benötigt werden. Dabei alle Verfremdungsmöglichkeiten nutzen, damit die Klientin den Abstand wahren kann:
  - Es können einzelne Darsteller im Film, also handelnde Personen im Rahmen des Erlebten, ausgetauscht oder mit einem Stift übermalt werden.
  - Welche Kameraperspektive wählt die Klientin? Man kann sie anregen, das Ganze von weiter weg oder aus einer anderen Perspektive zu filmen und damit zu betrachten.
  - Die Klientin kann zwischendurch mit einem `Störbildschirm´ stoppen und mit der Beraterin Kontakt aufnehmen oder kurz in ein angenehmes Standbild spulen.
  - Die Klientin kann die Handlung auch verändern und Hilfen einführen, z. Bsp. hat sie ihren Hund mit dabei beim Einkauf und der vertreibt die Angreiferin.
  - Sie kann einen Untertitel einblenden wie z. Bsp. `Es ist eine Erinnerung.´
  - Sie kann schlimme Details, z. Bsp. die Täterin, aus dem Film entfernen.
  - Die Klientin kann auch sich selbst aus dem Film nehmen und einfach eine leere Stelle oder einen Platzhalter imaginieren.
  - Ist die Nähe zum Film trotz Verkleinerung des Bildschirms kaum erträglich, kann sich die Klientin auch vorstellen, sie wäre ganz hinten oben in einem großen Kinosaal und beobachte die Menschen in diesem Saal wie sie sich den Film ansehen. Man führt dadurch eine weitere Distanzierungsebene ein.

- das Beenden der Übung: Die Klientin sieht sich den Abspann an und beschreibt wieder, was sie sieht. Sie kann sich ein schönes Standbild davon auch `einfrieren´ und als Foto mit nach Hause nehmen. So ein stärkendes Standbild soll auch als letztes Bild eingestellt sein, bevor die Klientin den Bildschirm ausschaltet. In der Begleitung überprüfen, ob der Film nach dem Beenden wirklich aus und der Bildschirm schwarz ist.
- Verstauen des Films (+ evtl. aller unangenehmen noch vorhandenen Körperempfindungen und Gefühle). Je nach vorab ausgewähltem Speichermedium kommt der Film in eine Filmrolle, Dose oder ähnliches. Außen kommt der Filmtitel und evtl. auch das Datum des Geschehens (vergegenwärtigt nochmals, dass es schon vorbei ist) drauf, danach wird der Behälter im eingangs aktivierten sicheren Zwischenlager verstaut. Mit der Klientin gut schauen, was sie noch für einen guten Abschluss der Übung braucht. Abschließend nochmals mit der Klientin den Ressourcenzustand checken und gegebenfalls aufbessern.
- die Begleitung eines guten Übergangs in den Alltag: Der Klientin Anerkennung für die Arbeit ausdrücken. Sie zu fragen, was sie heute noch vorhat nach diesem intensiven Termin, lenkt ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes. Evtl. anregen, noch Zeit für Selbstfürsorge einzuplanen usw.

Bildschirmtechnik für die Flashbackkontrolle: Eine Kurzanwendung dieser Technik kann man den Klientinnen an die Hand geben, um Flashbacks oder einfach auch nur aufdringliche unangenehme Erinnerungen in den Griff zu bekommen. Dazu das Bild oder die Sequenz in einen Film umdeuten. An die nächste mögliche, weiter entfernte Stelle einen ganz kleinen Bildschirm imaginieren und die Sequenz dort hineinprojizieren. Dann mit der Fernbedienung auf Stopp und den Bildschirm ausschalten. Evtl. auch noch übrig gebliebene unangenehme körperliche Wahrnehmungen und Gefühle in den ausgeschalteten Bildschirm beamen. Dann wieder das Speichermedium überlegen, den Behälter wählen, beschriften und sicher verwahren.

Als Ressource können Ausschnitte aus stärkenden und angenehmen Erlebnissen als `Foto´ auf das Handy `gespeichert´ werden. Gerade für Jugendliche kann das eine Möglichkeit sein, sich diese stärkende Sequenz immer wieder in Erinnerung zu rufen.

(Für sämtliche Übungen vgl. Hantke et al., 2012, S. 183 bis 417; Urich, Skriptum Basisstrategien traumazentrierter Beratung, 2021, S. 8 bis 12)

7.4 Methodische Ansätze aus der Traumaberatung bzw. -therapie

Folgende Methoden bzw. therapeutische Ansätze sind in der Traumaarbeit etabliert. Als LSB kann man sich für die eigene Arbeit inspirieren lassen und Haltungen sowie Übungen in die eigene Arbeit einfließen lassen oder sich in einer Methode umfassend ausbilden lassen. Das ist für viele der Methoden auch als LSB möglich.
Fast alle ausgewählten Methoden beziehen explizit den Körper mit ein.

7.4.1 Innere Anteile und Inneres-Kind-Arbeit / Ego State Therapie

Die Arbeit mit inneren Anteilen und dem inneren Kind wurde im Rahmen der LSB-Fortbildung vermittelt. Diese Techniken sind hilfreich, um einer Klientin, die sich vor allem mit ihren verletzten Anteilen identifiziert, zusätzliche Ressourcen zugänglich zu machen.
Bei der Arbeit mit dem oder auch den inneren Kindern, geht es darum, deren Bedürfnisse genauer zu erarbeiten. Aufbauend darauf können dann z. Bsp. passende Selbsttröstungs- und -beruhigungstechniken eingeführt werden. Es lassen sich auch konkrete Entwicklungsaufgaben für die Erwachsene ableiten, z. Bsp. Bedürfnisse klarer wahrzunehmen und dafür einzustehen.
Bei der Arbeit mit inneren Anteilen geht es um das Zusammenspiel von gesunden und ungesunden integrierten Anteilen. Integriert meint, dass der Anteil für die Klientin auf bewusster Ebene zugänglich ist. Es kann trotzdem vorkommen, dass sich während der Arbeit auch neue Anteile ins Geschehen einbringen, die der Klientin noch nicht bewusst waren. Man geht davon aus, dass ein nicht traumatisierter Mensch in etwa 5 bis 15 verschiedene Persönlichkeitsanteile nutzt, die sich ab der Kindheit ganz normal entwickeln. Das kann die Mutter, die Fachfrau, die Tänzerin, die Geduldige usw. sein. Ungesunde, aber bewusste Anteile können sein: die Ängstliche, die Tollpatschige, die Beschämte usw.
Ziel ist, Spannungen im inneren Zusammenspiel von Anteilen zu reduzieren, um die Kraft und Aufmerksamkeit auf die Gestaltung eines zufriedenstellenden Lebens richten zu können. Dazu werden, ganz vereinfacht zusammengefasst, die Anteile miteinander in Kontakt gebracht, die Kommunikation verbessert und Verhandlungen geführt. Schwächere Anteile können ihre Bedürfnisse äußern, stärkere Schutz bieten usw. Im Hinblick auf ganz konkrete Herausforderungen im Leben einer Klientin können mit Hilfe des inneren Teams Strategien geplant werden. Es wird erarbeitet, welcher innere Anteil zu welchem Zeitpunkt eine bestimmte Kompetenz einbringt und wie unsichere Anteile in der Zwischenzeit gut untergebracht werden können. Die Anteile werden dabei direkt angesprochen, anstatt nur über sie zu reden.

Die Ego-State-Therapie (entwickelt von John und Helen Watkins) geht im Ansatz einen wesentlichen Schritt weiter, da sie abgespaltene Ich-Anteile in die Therapie einbezieht. In diesen Anteilen sind die Gefühle und `Energien´ ungelöster Traumen `gespeichert´. Hier ist das Ziel, diese einander wenig zugänglichen oder ganz unbekannten Anteile in ein bewusstes inneres Team zu integrieren oder sie zumindest, vom eigenen bewusstes Selbst aus, kontaktieren und gewissermaßen lenken zu können. Manchmal gelingt das dadurch, dass ihr bisheriges Wirken gewürdigt wird und man ihnen neue, für die aktuelle Situation der Klientin dienlichere Aufgaben zuweist, die für sie bewältigbar sind. Der Prozess der Therapie verläuft in mehreren Phasen, in denen es um Stabilisierung, Sicherheit, Bearbeiten der Trauma-erfahrung und Integration geht.

Der Ansatz der inneren Anteilen/Ego-States hat Eingang in diverse andere Therapieansätze gefunden.

(Vgl. https://www.egostatetherapie.ch/state-therapie.html abgerufen am 17.7.2021; https://de.wikipedia.org/wiki/Ego-State-Therapie abgerufen am 17.7.2021)

7.4.2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Diese Methode zur Traumabehandlung wurde von Dr. Francine Shapiro Ende der 80er Jahre entwickelt. Übersetzt bedeutet EMDR in etwa Desensibilisierung und Aufarbeitung durch Augenbewegungen.
Die Methode arbeitet mit Traumakonfrontation. Das bedeutet, es werden bewusst traumatische Inhalte in Erinnerung gerufen, wodurch sich auch die dazugehörigen Empfindungen, Symptome und Gedanken einstellen. Bei der Auswahl der Szene, die meist durch ein eingefrorenes Bild aus der Situation repräsentiert wird, wird auch ein dazu passender negativer Gedanke und ein lösungsorientierter Zielsatz formuliert. Die Therapeutin begleitet das Erleben und auch Ausdrücken der Symptome der erinnerten Szene im Hier und Jetzt durch Fingerbewegungen vor den Augen der Klientin, denen diese nur mit den Augen folgt. Alternativ werden auch Lichtbalken mit Lauflichtern in verschiedenen Farben eingesetzt. Der Prozess kann noch durch ein akustisches Signal ergänzt werden. Die Geschwindigkeit der Augenbewegungen wird verschiedenen Phasen der Verarbeitung angepasst.
Die Methode selbst wird in das allgemeine Beratungssetting eingebaut, es wird also auch auf die Orientierung, die Dosierung der Traumainhalte, die Stabilität der Klientin, die Etablierung eines sicheren Ortes usw. geachtet.
Angewendet wird die Methode auch für die Bearbeitung von Triggern in der Gegenwart oder mit dem Trauma verbundenen Zukunftsängsten.
Orientierung für die erfolgreiche Verarbeitung ist die Angabe des SUD (Subjective Units of Disturbance) Wertes auf einer Skala von 0 bis 10. Dieser Wert wird am Anfang und immer wieder während des Prozesses abgefragt, bis er idealerweise auf 0 oder zumindest gegen 0 sinkt.
Die wissenschaftliche Wirkung der Methode ist erwiesen. Die Begründung für die Wirkung der Augenbewegung fokussiert auf die verarbeitungsförderliche bilaterale Hemisphären-Stimulation des Gehirns. Heute geht man allerdings davon, dass es nicht genau diese Augenbewegungen braucht. Diskutiert wird, dass es hauptsächlich darum geht, dass sich die Klientin - gleichzeitig zur Konfrontation mit den Traumainhalten samt Wahrnehmung von Symptomen - noch auf etwas anderes in der Gegenwart konzentriert. Dadurch entsteht eine gewisse Distanzierung von den (wieder) erlebten Symptomen und Gedanken und die Großhirnrinde ist für eine `ungefährliche´ Verarbeitung aktiviert. Das scheint die Verarbeitung und Integration der Traumainhalte zu fördern.

(Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Eye_Movement_Desensitization_and_Reprocessing
abgerufen am 7.7.2021)

7.4.3 Somatic Experiencing (SE)

SE ist eine psychophysiologische Traumatherapie nach Dr. Peter Levine. Basis ist das Verständnis, dass durch den nicht vollendeten Akt des Flüchtens oder Kämpfens eine Störung der Selbstregulierung im autonomen Nervensystem zurückbleibt. SE fokussiert in der Behandlung nicht auf das Ereignis an sich, sondern auf die weiterbestehenden unvollendeten Reaktionen des Organismus auf das traumatische Erleben. Ziel ist die Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstregulierung. Im Zentrum der Behandlungsmethode steht das achtsame

Erspüren und Wahrnehmen von Körperempfindungen und -impulsen (felt sense) sowie damit assoziierten Gedanken und Bildern - in Bezug auf die traumatische Erfahrung und in Bezug auf Ressourcen. Konkret gearbeitet wird vor allem mit den physiologischen Reaktionen des Nervensystems auf die Aktivierung, die z. Bsp. durch eine Erinnerung oder einen Trigger ausgelöst wird.
Methodisch begleitet die Therapeutin ein kleinschrittiges Pendeln der Aufmerksamkeit der Klientin zwischen der Wahrnehmung stabilisierender Ressourcen und Folgesymptomen der für das Nervensystem überwältigenden Erfahrung. Das kleinschrittige Vorgehen ermöglicht die dosierte Entladung jener `eingefrorenen´ Energiereste im Körper, die aufgrund der unterbrochenen Überlebensreaktion (Kampf/Flucht) beim Erstarren oder Erschlaffen im Körper verbliebenen sind. Die dosierte Entladung soll Retraumatisierung vermeiden, schrittweise Verarbeitung und Integration ermöglichen und dadurch den Ressourcenbereich und damit die Flexibilität der Spannungskurve nach und nach erweitern. Körperliche und psychische Trauma-Folgesymptome können sich dadurch nachhaltig auflösen und die Klientin ihre Handlungsfähigkeit und ein Gefühl der Ganzheit wiedererlangen. Begleitend gewinnt die Klientin durch das achtsame Wahrnehmen einen vertieften Zugang zum Körper und ein Verständnis über ihre grundsätzlichen Verhaltensmuster. Durch das Lösen von alten Stressmustern entsteht Spielraum für die Entwicklung neuer lebensbejahender Muster.

(Vgl. https://www.somaticexperiencing.at/was-ist-somatic-experiencing/ abgerufen am 7.7.2021; https://apsys.org/veranstaltungen/fortbildung-se-somatic-experiencing-2020-2023/ abgerufen am 7.7.2021; https://www.somatic-experiencing.de/was-ist-somatic-experiencing/ abgerufen am 7.7.2021)

7.4.4 Brainspotting

Diese Methode ist noch relativ jung, sie wurde 2003 von David Grand vorgestellt. Sie knüpft an die Methoden EMDR und Somatic Experiencing an. Ausgangspunkt ist die Hypothese, dass nach Aktivierung eines belastenden Ereignisses - samt damit einhergehender emotionaler und physiologischer Veränderung - durch das Auffinden von bestimmten Blickpunkten (Blickhöhe, Blickrichtung) Zugang zu Stellen im Nervensystem erlangt wird, die mit dem erinnerten Ereignis verbunden sind. Durch die Fixierung des Blickes an dieser Stelle setzt auf Ebene des Zentralnervensystems reflexhaft die Verarbeitung des Erlebten ein. Dieser Prozess wird von der Therapeutin entsprechend ihrer sonstigen therapeutischen Ausbildung begleitet. Die Klientin beobachtet die Veränderungen im körperlichen und emotionalen Erleben und assoziiert frei dazu. Auch beim Brainspotting wird der Erfolg mit den SUD Werten kontrolliert.
Um die Brainspots zu finden, soll sich die Klientin nach der Aktivierung einer Erinnerung auf die Stelle im Körper konzentrieren, die am stärksten reagiert und gleichzeitig der Hand der Therapeutin, die sich langsam vor dem Gesichtsfeld bewegt (evtl. mit einem Laserpointer) folgen. Bemerken Klientin und Therapeutin an einem bestimmten Punkt starke mimische Veränderungen, Augenbewegungen etc., nimmt man an, dass es sich um einen Brainspot handelt.
Die Methode wird vor allem auch ressourcenorientiert eingesetzt bzw. um eine abgestufte Verarbeitung eines Traumas zu ermöglichen. Es werden dabei abwechselnd Brainspots für

positive Erfahrungen und Brainspots, die mit einem belastenden Ereignis verknüpft sind, aktiviert.
Aus der persönlichen Erfahrung kenne ich die Abwandlung, dass man die Augen während einer aktivierten Erinnerung, bei gleichzeitiger Konzentration auf die intensivste Erfahrung im Körper, im Raum schweifen lässt, bis man sich von einem Blickpunkt angezogen fühlt (das kann – muss aber nicht - auch ein Bild oder Gegenstand im Raum sein). Dann wird auf dieselbe Weise weitergearbeitet wie oberhalb ausgeführt. Auch bei dieser adaptierten Form kann im Wechsel mit Ressourcen gearbeitet werden, indem ein Punkt (oder Bild, ...) im Raum gesucht wird, den man mit positiven Gefühlen assoziiert. Oder man aktiviert zuerst eine positive Erinnerung und lässt dann die Augen wieder einen entsprechenden Punkt finden.
Die Bewertung der Effektivität von Brainspotting für die Behandlung einer PTBS liegt niedriger als bei EMDR. Die Methode scheint kontrovers diskutiert zu werden.
Aus meiner Sicht beinhaltet die Methode wiederum die Aktivierung eines belastenden Ereignisses während man sich bewusst im gegenwärtigen Moment auch noch auf einen bestimmten Punkt im Raum konzentriert. Die `Zutaten´ ähneln denen von EMDR. Ein Vorteil von Brainspotting ist, dass es – bei geringen Symptomen und fortgeschritteneren Klientinnen – auch zuhause anwendbar ist.

(Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Brainspotting abgerufen am 7.7.2021;
https://brainspottingaustria.com/uber-brainspotting/ abgerufen am 7.7.2021)

7.4.5 NeuroAffective Relational Model (NARM)

Das Neuroaffektive Beziehungsmodell von Laurence Heller baut auf die Erfahrungen von SE auf. Es wurde vor allem für die Folgen von frühen Entwicklungs- sowie Bindungs- und Schocktraumen konzipiert.
NARM vertritt die Auffassung, dass der Weg zur Heilung

> *„über die Wiederherstellung des Kontaktes führt, und dass die umfassendere Präsenz im Jetzt über die Auflösung unserer Entwicklungs- u. Schocktraumen führt.*" (Heller et al., 2020, S.206)

Dabei kommt es in der Begleitung der Betroffenen in ihrem Heilungsprozess auf mitfühlendes Verständnis für den Schmerz und die Angst, die ja grundlegend die Dissoziation auslösen, an. Die Betroffenen werden unterstützt, ihren Körper zu entdecken, den manche möglicherweise noch nie bewusst erfahren haben. (Vgl. Heller et al., 2020, S.206)
Auch NARM ist ein ressourcenorientierter psychophysiologischer Therapieansatz, der an der Regulierung des Nervensystems ansetzt und das traumatische Erleben wahrnimmt aber nicht in den Mittelpunkt stellt. NARM geht davon aus, dass ein Mensch ab seiner Empfängnis fünf Grundbedürfnisse erfüllt braucht, um sich gesund zu entwickeln. Der Ansatz stellt jeweils ein Schema für die Verzerrungen der Persönlichkeit bei Nichterfüllung dieser Bedürfnisse (ähnlich der Schematherapie) zu Verfügung. Das grundlegendste, erste Bedürfnis ist jenes nach Verbindung und Kontakt.
In der Therapie betont NARM im Vergleich zu SE noch stärker Präsenz und Achtsamkeit im gegenwärtigen Moment (somatic mindfulness). Die Bearbeitung der Themen erfolgt deklariert von ´unten nach oben´ und `oben nach unten´. Ersteres entspricht einer Bearbeitung ausgehend vom zentralen Nervensystem mit seinen instinktiven Reaktionen

unter Anwendung des körperlichen Spürbewusstseins, zweiteres meint die Bearbeitung von Gedanken und Emotionen - ausgehend von der Großhirnrinde. Das dient der Erforschung und Auflösung von verzerrenden Identifikationen in Bezug auf sich selbst und andere Menschen.
Angestrebt wird das Nachnähren der fünf Grundbedürfnisse, damit Klientinnen geringes Selbstwertgefühl, Opferempfinden, Scham und Selbstverurteilung zugunsten wachsender Beziehungsfähigkeit zu sich selbst und anderen hinter sich lassen können. NARM setzt ebenfalls auf ein Vorgehen in sehr kleinen Schritten, um die Klientinnen nicht zu überfordern. Wichtiger Teil der Therapie ist für die Klientinnen, ihren Körper im Hier und Jetzt voll wahrnehmen zu üben. Sie werden begleitet, mit möglichst liebevollem Selbstmitgefühl und mit -zuwendung zu sich und zu allem, was sie im Körper fühlen, innerlich ja zu sagen, und es `durchlaufen´ zu lassen. In solchen Momenten kann angestaute Energie aus den frühen nicht abgeschlossenen Überlebensreaktionen abgebaut werden, was schrittweise Heilung bedeutet. Diese drückt sich unter anderem auch in einer erhöhten Fähigkeit, eigene Emotionen wahrzunehmen, tief zu erleben und in sich zu halten (containment) aus. Ausgehend davon werden Veränderungen in der Beziehung zu den Menschen und der Welt möglich.

(Vgl. https://drlaurenceheller.com/product/entwicklungstrauma-heilen-alte-uberlebensstrategien-losen-selbstregulierung-und-beziehungsfahigkeit-starken-das-neuroaffektive-beziehungsmodell-zur-traumaheilung-narm/ abgerufen am 7.7.2021;
https://www.zist.de/de/veranstaltung/fort-weiter-und-ausbildung/das-neuroaffektive-beziehungsmodell-zur-heilung-von abgerufen am 7.7.2021)

7.4.6 Schematherapie

Die von Jeffrey Young entwickelte emotions- und erlebnisfokussierte Schematherapie ist ein integratives Verfahren. Young verwendete Theorien und Methoden aus anderen Therapierichtungen und brachte sie in ein einheitliches neurobiologisch fundiertes Konzept. Die Schematherapie orientiert sich an der Bindungsforschung, der Förderung von Selbstreflexion, der Konfliktbearbeitung in der Therapiebeziehung, der kognitiven Verhaltenstherapie, der integrativen Gestalttherapie u.a.
Persönlichkeitsstörungen werden als Folge schädigender kindlicher Beziehungserfahrungen aufgefasst, die sich als hinderliche Schemata beschreiben lassen und in der neuronalen Struktur der Klientin tief gespurt sind. Mit Hilfe der Schematherapie soll es der Klientin gelingen, eine Verbindung zwischen den persönlichen Schwierigkeiten in der Gegenwart und den Umständen ihrer Entstehung in Kindheit und Jugend herzustellen.
Die Schemata bieten eine Struktur, die einen Überblick über Grundbedürfnisse und dysfunktionale Bewältigungsstile gibt, die sich bei Nichterfüllen der Grundbedürfnisse entwickeln. Die beschriebenen Schemata erleichtern die Selbstreflexion der Klientin ebenso wie die Diagnose der Therapeutin.
Besonders ist an der Schematherapie die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, die sich durch hohe Intensität und `persönlichen´ Charakter auszeichnet. Ein wesentlicher Baustein in der Therapie ist `begrenztes Reparenting´ (*„begrenzte nachträgliche elterliche Fürsorge*" (Rafaeli et al., 2013, S.70)), das die Therapeutin in die Beziehung einbringt. Nicht zuletzt

aufgrund dieser intensiven Beziehungsgestaltung achtet die Therapeutin zusätzlich sorgsam auf die eigenen Schemata.
Die Ziele der Schematherapie sind die Entwicklung von Verständnis für die eigenen zentralen emotionalen Bedürfnisse bei der Klientin, die Wahrnehmung derselben im Alltag und das Erlernen gesunder Strategien, um sie sich auf gesunde Weise erfüllen zu können.
Die Schematherapie wird in mehreren Phasen gestaltet, um kleinschrittig an der Verbesserung der Befindlichkeit und der Handlungsoptionen der Klientin arbeiten zu können.
Einem Einschätzungsprozess folgt die Psychoedukation, bei der die Klientin u.a. mit ihrem Schema konfrontiert wird. Die Klientin wird in diese beiden Prozesse auf Augenhöhe eingebunden und wirkt an einem Fallkonzept mit. Danach folgt der weitere intensive Aufbau der fürsorglichen und vertrauensvollen Beziehung. Der nächste Schritt ist die Arbeit an der Veränderung der Gedanken über Ereignisse und der Reaktionsmöglichkeiten. Daran schließen emotionsfokussierte Techniken für die Veränderung der Emotionen an, damit die Klientin in herausfordernden Situationen nicht nur anders denken, sondern auch fühlen kann. Abschließend geht es um das Aufbrechen bisheriger Verhaltensmuster und die Einführung und das Üben neuer Verhaltensweisen.
Die eingesetzten Methoden sind vielfältig und reichen von detaillierten Fragebögen über Selbstbeobachtungen und schriftlichen `Handlungsanweisungen´ für bestimmte Situationen bis hin zu Imaginationen und Rollenspielen.
Die Schematherapie wird besonders wirksam bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingesetzt.

(Vgl. https://www.schematherapie-koeln.de/schematherapie.php abgerufen am 7.7.2021; https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1661-4747/a000069 abgerufen am 7.7.2021)

7.4.7 Emotional Freedom Technique (EFT)

EFT gehört zur Gruppe von Konzepten aus der energetischen Psychologie. Sie wurde von Gary Graig auf Basis der Thought Field Therapy (TFT) von Roger Callahan entwickelt.
Wissenschaftlich scheint diese Methode immer noch umstritten zu sein, doch gibt es viele Anwenderinnen, die in ihrer Wahrnehmung damit Erfolge erzielen.
EFT nützt das Konzept der Energiebahnen oder Meridiane und den darauf vorkommenden Akupressurpunkten aus dem asiatischen Raum. Die Akupressurpunkte stehen dabei nicht nur im Zusammenhang mit einzelnen Organen, sondern werden jeweils auch mit bestimmten Symptomen, Emotionen und Verhaltensweisen in Zusammenhang gebracht. Die Annahme ist, dass durch belastende Ereignisse, Emotionen oder Gedanken der Energiefluss im Meridiansystem des Körpers blockiert wird. Das verursacht oder verstärkt vorhandene Symptome.
Der Ansatz verbindet das Beklopfen bestimmter Akupressurpunkte in einer festgelegten Reihenfolge (wobei es dazu Varianten und Kurzformen gibt) mit Elementen aus dem NLP und der Kinesiologie.
In der EFT wird mit belastenden oder auch stärkenden Inhalten gearbeitet. Bestimmte Meridianpunkte werden in einer festgelegten Reihenfolge beklopft, während die Klientin zuvor erarbeitete Sätze ausspricht. Diese Sätze dienen einerseits dem Auflösen von Widerständen (Auch wenn ich … habe/fühle, liebe und akzeptiere ich mich so wie ich bin.), dem Fokus auf das Problem (Meine Angst vor…) oder die Ressource.

Für den Abschuss wird dann noch ein bestimmter Griff um das Handgelenk ausgeführt, mit den Augen eine liegende 8 verfolgt, rückwärts gezählt, tief ein- und ausgeatmet und ein Schluck Wasser getrunken.
Es fällt auf, dass auch hier wie bei anderen Methoden die Großhirnrinde während der Behandlung aktiv eingebunden wird. Die Klientin wiederholt Sätze, spürt das Beklopfen der Punkte und macht aktiv an der Abschlusssequenz mit, während sie gleichzeitig belastende oder stärkende aktivierte Themen körperlich-emotional in der Wahrnehmung hält.
Orientierung für die Verbesserung der Symptomatik wird bei der EFT wieder über den SUD Wert erhoben, der vorher und nachher abgefragt wird. Es werden so viele Runden Klopfakupressur durchgeführt, bis der Wert gegen 0 geht (bei 10 für starke Symptomatik).
Für belastende Ereignisse kann in die EFT die Filmtechnik (ähnlich der Bildschirmtechnik) eingebunden werden. Dabei wird die EFT zuerst nur mit dem Filmtitel angewendet bis die Belastung gegen 0 geht, danach werden konkrete Film-Sequenzen und die damit verbundenen Emotionen geklopft. Wieder wird so oft wiederholt, bis der SUD Wert gegen 0 geht.
Für komplexe Themen kann man das Gesamtpaket an Emotionen, Gedanken und Symptomen in eine imaginierte Magic Box geben und die EFT ausgehend vom SUD Wert für die gesamte Box anwenden.
Darüber hinaus wird die EFT auch für die Veränderung von Glaubenssätzen oder auch bei Schmerzen und körperlichen Symptomen angewendet. EFT kann für die Selbstanwendung erlernt werden.

(Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Emotional_Freedom_Techniques abgerufen am 7.7.2021; https://www.eft-info.com/ abgerufen am 7.7.2021; Übleis, 2019, Skriptum EFT – Emotional Freedom Techniques, S. 1 bis 6 + Anhang zu den Akupressurpunkten)

7.4.8 Havening

Havening von Dr. Ruden bedeutet in etwa `eine Zuflucht gefunden haben´. Ruden (2012) bezeichnet diese Methode als psychosensorisch. Sie kombiniert Elemente der EFT, TFT und der EMDR mit achtsamer präsenter therapeutischer Berührung. Ruden hat sich intensiv mit den neurobiologischen Grundlagen von Prozessen nach traumatischen Erfahrungen sowie den schon vorhandenen psychosensorischen Therapien beschäftigt. Er wollte deren Wirksamkeit verstehen, die - aus seiner Sicht - besten Elemente neu kombinieren und zusätzlich neue Ansätze einbringen. Wissenschaftlich belegt dürfte die Wirksamkeit, meiner Recherche nach, dennoch nicht sein, da es keine qualitativ aussagekräftigen Studien zu geben scheint. Trotzdem hat sich der Ansatz auch im deutschen Sprachraum verbreitet, was darauf hindeutet, dass Klientinnen und ihre Beraterinnen oder Therapeutinnen subjektiv Erfolge verzeichnen.
Havening beinhaltet konkret drei Aspekte:

1. Die Aktivierung einer emotionalen Erinnerung (diese wird nicht detailliert erfragt, die Klientin soll vor Regression oder Überlastung geschützt bleiben) bei
2. gleichzeitig kognitiver Beschäftigung durch Aufgaben wie rückwärts zählen, ein Lied singen, diverse Augenbewegungen ausführen und Imaginationen kreieren (Ablenkung

von zu intensiver Wahrnehmung der aktivierten Empfindungen und Emotionen und Aktivierung verschiedener Hirnareale) und

3. Akupressurpunkte beklopfen sowie Havening-Berührung durch die Therapeutin. Die Berührungen haben zum Ziel, ein Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden bei der Klientin auszulösen. Es handelt sich vorwiegend um Berührungen am Kopf, auf der Stirn, im Gesicht - unter Auslassung von Augen, Nase und Mund - und an den Oberarmen.

Der Prozess wird durch eine ruhige, entspannte, tröstend-lobende Stimme und Aussagen begleitet wie z. Bsp. `Sie machen das wunderbar´.
Wiederum wird die SUD Skala zur Bewertung der Belastung zu Beginn und nach der Behandlung verwendet. Der Ablauf wird mehrmals wiederholt, bis ein entsprechend niedriger Wert erreicht ist. Nach einer erfolgreichen Behandlung ist laut Ruden eindeutig Entspannung zu beobachten. Die bearbeitete Erinnerung ist in Folge entweder nicht mehr zugänglich, nicht mehr klar abrufbar, die Klientin hat mehr Abstand dazu oder sie wurde durch nicht so wesentliche Details des Ereignisses angereichert, während gleichzeitig die angstmachenden Details diffuser sind oder fehlen.
Wesentlich ist Ruden die aktive Einbindung der Großhirnrinde. Er postuliert, dass dadurch die vom Neurotransmitter Glutamat `gelegten´ Erinnerungsspuren gelockert werden, was die Veränderung der Erinnerung und damit verknüpften Gedanken und Emotionen erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht.
Havening kann auch für die Selbstanwendung erlernt werden.

(Vgl. Ruden, 2012, S. 127 bis 150;
https://anja-strassner.de/therapie-muenchen-selbsthilfe/havening/ abgerufen am 7.7.2021)

8 Ergänzender Einsatz von Körper-Arbeit

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich ableiten, dass es Sinn machen kann, die Klientin zu ermuntern, sich - ergänzend zur Beratung und zu den angeführten spezifischeren Therapiemethoden - Behandlungen bei Körper-Therapeutinnen zu gönnen. Solche Behandlungen können dem Körper immer wieder, langsam aufbauend allerdings, um die Kontrollmechanismen nicht zu überfordern, sichere und wohltuende Erfahrungen ermöglichen. So lernt der Körper und mit ihm die Klientin - in einem etwas anderen Setting - wiederum Entspannung, Sicherheit und Wohlgefühl kennen. Die Klientin kann die Schwingungsfähigkeit ihrer Spannungskurve ausbauen und damit ihren Ressourcenbereich.
Geeignet erscheint mir die **Cranio Sacral Therapie**, die sich aus der Osteopathie entwickelte und den Körper dabei unterstützt,

> *„Verspannungen und Blockaden zu lösen, die Rückenmark und zentrales Nervensystem negativ beeinflussen.*" (https://www.carstens-stiftung.de/artikel/was-bringt-cranio-sacral-therapie.html abgerufen am 6.7.2021)

Auch **Osteopathie** kann, z. Bsp. ansetzend an den Nervenausgängen des autonomen (vegetativen) Nervensystems am Rücken, die Selbstregulierung des Körpers unterstützen. Da

Osteopathie durchaus auch schmerzhaft sein kann, sind ein achtsamer Umgang und transparente Kommunikation von hoher Bedeutung!

Eine andere passende Methode könnte **Rolfing** sein. Ich habe selbst bereits einige Rolfing-Sessions erlebt und sie nicht nur körperlich, sondern auch emotional und kognitiv als weitend und befreiend erfahren.

> *„Rolfing® Strukturelle Integration, benannt nach der Begründerin, ist eine ganzheitliche Körperarbeit. Dabei findet ein systematisches Ausbalancieren des körperweiten Fasziennetzes sowie eine Bewegungsverfeinerung statt, um ein natürliches Aufgerichtet sein zu erlangen. Unsere KlientInnen erleben nach Rolfing-Sitzungen u.a. eine größere Verbundenheit mit sich selbst und anderen, mehr Gelassenheit und eine volle, freie Atmung, Leichtigkeit und Bewegungsfreiheit…*"
> (https://www.rolfing.at/was-ist-rolfing-strukturelle-integration/ abgerufen am 7.7.2021)

Sanfte Körper-Massagen und Wellness im warmen Whirlpool oder Thermalbad können ebenfalls die Entspannung fördern. Die Klientin hat vielleicht schon gute Erfahrungen mit bestimmten Massage-Arten oder in der Therme gemacht und kann darauf zurückgreifen. Auch für die das Nachnähren fehlender Berührung und Sich-Gehalten-Fühlen in der Kindheit können solche Anwendungen unterstützend wirken.

Empfehlungen sollte man im Hinblick auf Erlebnisse von körperlichen Übergriffen achtsam abwägen und auf jeden Fall sehr sensibel aussprechen.

9 Reflexion meiner eigenen Erfahrungen

Durch die theoretische Auseinandersetzung mit dem Themenfeld Trauma konnte ich für mich nochmals wichtige Rückschlüsse auf eigene Erfahrungen und wiederkehrende Muster in meinem Leben schließen, an denen ich auch ganz konkret in Therapie und Selbsterfahrung mittlerweile viele Jahre arbeite. Mir geht es dabei um keinerlei Schuldzuweisung, sondern eine nochmalige Analyse, die mich meine Kompensationsmuster noch besser verstehen lässt und mir aufzeigt, wie mein eigener Entwicklungsweg weitergehen kann. Die Bearbeitung meiner eigenen Themen und damit die eigene Weiterentwicklung ist für mich neben der theoretischen und praktischen Ausbildung die wichtigste Grundlage für meine zukünftige Arbeit als Beraterin.

10 Persönliche Schlussfolgerungen

Mein Übungs- und Entwicklungsweg geht also weiter, denn mir ist bewusst, dass die Arbeit als LSB mir zwar die Möglichkeit gibt, meine Belastungen zu dosieren, da ich mir meine Zeit selbst einteilen und meine Rahmenbedingungen selbst gestalten kann. Doch möchte ich - v.a. aus Verantwortung meinen zukünftigen Klientinnen gegenüber – noch kompetenter auf meine Spannungskurve und meinen Ressourcenbereich achten können. Mein Ziel ist, auch einer emotional besonders aufgeregten Klientin eine stabile, Orientierung gebende Beziehung anbieten zu können. Es soll nicht zu oft passieren (diese Erfahrung habe ich in meiner letzten Arbeitsstelle schon machen müssen), dass ich mich umgehend von ihrer Aufregung, Angst und Unsicherheit anstecken lasse. Ich möchte diese Erregung wahrnehmen und der Klientin (und ihrem Körper) durch meine Gelassenheit oder zumindest durch meine stabile Verankerung in meinem Körper und im gegenwärtigen Moment signalisieren: `Hier bist du sicher, hier kannst du dich entspannen!´ Dazu ist es auch in Ordnung, der Klientin Übungen anzubieten, die mir und meiner Stabilisierung genauso gut tun wie ihrer. Darüber hinaus ist mir noch viel klarer als vor der Auseinandersetzung mit Traumatisierung, dass es wichtig ist, mir und den Klientinnen Zeit zu lassen und langsam genug vorzugehen – besonders dann, wenn sich im Hintergrund einer Fragestellung eine traumatische oder belastende Erfahrung abzuzeichnen beginnt. Wenn es mir zu langsam vorkommt, nähere ich mich vermutlich an das passende Tempo an 😊
In diesem Zusammenhang finde ich für mich auch die Erkenntnis spannend, dass die körperliche Notfallreaktion bis zum Trauma und die Trauma-Folgesymptome als Kontinuum angesehen werden können. Die Intensität und vielleicht auch die Häufigkeit der Folgebelastungen kann also variieren und davon hängt auch die Belastung der Klientin ab. Auch deswegen können in der Beratung unerwartet Traumasymptome oder Folgesymptome der Notfallreaktion bei Klientinnen auftreten. Weil deren Situation nicht immer dramatisch ist, sondern es manchmal auch mildere Formen gibt und die Klientinnen daher nicht ganz automatisch eine Psychotherapeutin aufsuchen oder vom Arzt dorthin überwiesen werden. Die Bedeutung der Abschätzung der eigenen Kompetenzen im Hinblick auf eigene Stabilität, Ausbildungen und Praxiserfahrung sowie im Zusammenhang mit den gewerblichen Tätigkeitsfeldern sei hier nochmals erwähnt. Ich selbst ziehe eine Zusatzausbildung auf jeden Fall in Betracht.

Durch die Erarbeitung der Schematherapie habe ich für mich endlich einen Zugang zur Einbindung der Gedankenebene gefunden. Das erschien mir immer sehr abstrakt, doch nun sehe ich einen Weg, Klientinnen auf dieser Ebene abzuholen: bestehende Gedanken zu analysieren und alternative Gedanken zu erarbeiten. Ich verstehe noch besser, was wir in der Ausbildung gelernt haben, dass die Arbeit auf der kognitiven Ebene ein Schutz vor Überforderung am Beginn der Zusammenarbeit sein kann.
Ich habe mir das Ziel gesetzt, noch besser vom Folgen (Pacing) ins Führen (Leading) wechseln zu können und den Klientinnen trotzdem ausreichend lange und genau genug zuzuhören und sie zu beobachten, um – im Fall von sich abzeichnendem Traumakontext - kleine Anzeichen für beginnende Dissoziation genauso wie für beginnende Entspannung erkennen zu können. Sie weisen mir den Weg zum nächsten Satz und zur nächsten Intervention. Das ergibt einen Fokus auf ein prozessorientiertes Vorgehen. Es braucht hohe

Flexibilität, um meine inneren Pläne rasch situativ anzupassen, um wirklich mit dem Prozess der Klientinnen mitzugehen - sie sollen sich nicht an mich anpassen müssen!
Das klare Führen braucht es auch für die Dissoziationstopps und Reorientierungsübungen, die möchte ich gerne noch ausreichend üben, um sie Klientinnen dann auf `natürliche´ Weise anbieten zu können. Das führt zu einem weiteren wichtigen Punkt. Ich möchte immer wieder ausreichend (einfache!) Erklärungen und Einladungen zu Übungen anbieten und darauf achten, welche davon die Klientin für sich hilfreich erlebt. Mit dieser Auswahl möchte ich dann mit ihr weiterarbeiten. Die Klientin kann die Übungen dann vermutlich eher in ihren Alltag integrieren. Wenn die Übungen im Verlauf der Beratung immer wieder adaptiert werden, bleiben sie ihr längerfristig von Nutzen.

Es ist mir ein Anliegen, mich regelmäßig mit anderen LSB und Therapeutinnen zu vernetzen und gemeinsam Methoden zu üben und zu vertiefen. So bleibt bzw. entsteht zusätzlich zur Supervision als Reflexionsebene ein Übungsfeld unter Kolleginnen.
Die Kontakte bieten mir darüber hinaus die Möglichkeit zu diversen Kooperationen.

Mir ist bewusst, dass ich in der Beschäftigung mit dem weiten Themenfeld der Traumatisierung nur erste Schritte gegangen bin, trotzdem habe ich den Eindruck, Grundlagen im Hinblick auf die eingangs in der Arbeit erwähnten Ziele erarbeitet zu haben.

Wenn mit diesen Zutaten ein stabiles, sicheres Beratungssetting entsteht, können im Idealfall die Klientin und ich aus der guten Zusammenarbeit unserer Herzen (Beziehung), Gehirnareale (Erregungssteuerung, Denken) und Bäuche (Intuition) profitieren. Die Klientin kann für sich gute nächste Schritte herausarbeiten und umsetzen. Sie kommt in die Beratung, weil sie etwas verbessern möchte – dieses Ziel weist den Weg, auf dem sich auch die Ressourcen ausheben lassen, die es braucht. Zumindest legt das der Satz nahe, der gerne in systemischen Ausbildungen vermittelt wird, dass Probleme (immer) auch ihre Lösung beinhalten.
Ich hoffe, dass es mir immer wieder gelingen wird, Menschen auf diese Weise zu begleiten, dann kann ich als Beraterin wirklich unterstützend wirken!

Quellen- und Literaturverzeichnis

Bücher:

Hantke, Lydia / **Görges**, Hans-J.: Handbuch Traumakompetenz, Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik, Paderborn: Junfermann Verlag, 2012

Heller, Laurence / **Lapierre**, Aline: Entwicklungstrauma heilen, Alte Überlebensstrategien lösen – Selbstregulierung und Beziehungsfähigkeit stärken, München: Kösel-Verlag, 2020, 7. Auflage

Hüther, Gerald: Biologie der Angst, Wie aus Streß Gefühle werden, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2018, 13. Auflage

Kaluza, Gert, Stressbewältigung, Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung, Berlin: Springer-Verlag, 2018, 4. Auflage

Levine, Peter A., Sprache ohne Worte, wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt, München: Kösel-Verlag, 2010, 9. Auflage

Rafaeli, Eshkol / **Bernstein**, David P. / **Young** Jeffrey E., Schematherapie, Paderborn: Junfermann Verlag, 2013

Ruden, Ronald A., Wenn Vergangenes nicht vergeht, Seelische Traumatisierung - Ursachen und Behandlung, Tübingen: dgvt-Verlag, 2012

Strobel, Ingrid, Stressbewältigung und Burnoutprävention, Einzelberatung und Leitfaden für Seminare, Stuttgart: Thieme Verlag, 2018, 2. Auflage

Sammelband:

Kirsch, Anke / **Michael**, Tanja / **Lass-Hennemann** Johanna: Trauma und Gedächtnis in: Handbuch der Psychotraumatologie, hrsg. v. **Seidler**, Günter / **Freyberger**, Harald J. / **Maercker**, Andreas, Stuttgart: Klett-Cotta, 2011, Seiten von 15 bis 21

Spitzer, Carsten / **Wibisono**, Dennis / **Freyberger**, Harald J.: Therorien zum Verständnis von Dissoziation in: Handbuch der Psychotraumatologie, hrsg. v. **Seidler**, Günter / **Freyberger**, Harald J. / **Maercker**, Andreas, Stuttgart: Klett-Cotta, 2011, Seiten von 22 bis 37

Horn, Andrea B. / **Maercker** Andreas: Psychologische Theorien zum Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung in: Handbuch der Psychotraumatologie, hrsg. v. **Seidler**, Günter / **Freyberger**, Harald J. / **Maercker**, Andreas, Stuttgart: Klett-Cotta, 2011, Seiten von 38 bis 49

Pielmaier, Laura / **Maercker**, Andreas: Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung in: Handbuch der Psychotraumatologie, hrsg. v. **Seidler**, Günter / **Freyberger**, Harald J. / **Maercker**, Andreas, Stuttgart: Klett-Cotta, 2011, Seiten von 73 bis 82

Wagner, Frank: Die Posttraumatische Belastungsstörung in: Handbuch der Psychotraumatologie, hrsg. v. **Seidler**, Günter / **Freyberger**, Harald J. / **Maercker**, Andreas, Stuttgart: Klett-Cotta, 2011, Seiten von 166 bis 177

Sachsse, Ulrich / **Sack**, Martin: Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in: Handbuch der Psychotraumatologie, hrsg. v. **Seidler**, Günter / **Freyberger**, Harald J. / **Maercker**, Andreas, Stuttgart: Klett-Cotta, 2011, Seiten von 178 bis 188

Schickedanz, Harald / **Plassmann**, Reinhard: Belastende Kindheitserfahrungen und körperliche Erkrankungen in: Handbuch der Psychotraumatologie, hrsg. v. **Seidler**, Günter / **Freyberger**, Harald J. / **Maercker**, Andreas, Stuttgart: Klett-Cotta, 2011, Seiten von 435 bis 449

Skripten:

Urich, Andreas, Diplomlehrgang zur/zum LSB, Modul Krisenintervention, Krisenintervention allgemein, 2021

Urich, Andreas, Diplomlehrgang zur/zum LSB, Modul Krisenintervention, Basisstrategien traumazentrierter Beratung, 2021

Übleis, Sandra, Skriptum EFT – Emotional Freedom Techniques+ Anhang zu den Akupressurpunkten, 2019

Internetquellen:

https://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_(Psychologie) abgerufen am 16.7.2021

https://www.netdoktor.de/anatomie/gehirn/hypothalamus/ abgerufen am 5.7.2021

https://www.refugee-trauma.help/ueber-trauma/ abgerufen am 21.6.2021

https://docplayer.org/70987835-Traumapaedagogische-standards-in-der-jugendhilfeeinrichtung-fuer-unbegleitete-minderjaehrige-fluechtlinge.html abgerufen am 22.6.2021

https://www.lernhelfer.de/schuelerlexikon/biologie/artikel/menschliches-hormonsystem abgerufen am 8.7.2021

https://www.eurapon.de/blog/4-botenstoffe-des-gluecks/ abgerufen am 8.7.2021

https://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html abgerufen am 25.6.2021

https://www.icd-code.de/icd/code/F62.0.html abgerufen am 25.6.2021

https://www.icd-code.de/icd/code/F62.0.html abgerufen am 25.6.2021

https://www.egostatetherapie.ch/state-therapie.html abgerufen am 17.7.2021

https://de.wikipedia.org/wiki/Ego-State-Therapie abgerufen am 17.7.2021

https://de.wikipedia.org/wiki/Eye_Movement_Desensitization_and_Reprocessing abgerufen am 7.7.2021

https://www.somaticexperiencing.at/was-ist-somatic-experiencing/ abgerufen am 7.7.2021

https://apsys.org/veranstaltungen/fortbildung-se-somatic-experiencing-2020-2023/ abgerufen am 7.7.2021

https://www.somatic-experiencing.de/was-ist-somatic-experiencing/ abgerufen am 7.7.2021

https://de.wikipedia.org/wiki/Brainspotting abgerufen am 7.7.2021

https://brainspottingaustria.com/uber-brainspotting/ abgerufen am 7.7.2021

https://drlaurenceheller.com/product/entwicklungstrauma-heilen-alte-uberlebensstrategien-losen-selbstregulierung-und-beziehungsfahigkeit-starken-das-neuroaffektive-beziehungsmodell-zur-traumaheilung-narm/ abgerufen am 7.7.2021

https://www.zist.de/de/veranstaltung/fort-weiter-und-ausbildung/das-neuroaffektive-beziehungsmodell-zur-heilung-von abgerufen am 7.7.2021

https://www.schematherapie-koeln.de/schematherapie.php abgerufen am 7.7.2021

https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1661-4747/a000069 abgerufen am 7.7.2021

https://de.wikipedia.org/wiki/Emotional_Freedom_Techniques abgerufen am 7.7.2021

https://www.eft-info.com/ abgerufen am 7.7.2021

https://anja-strassner.de/therapie-muenchen-selbsthilfe/havening/ abgerufen am 7.7.2021

https://www.carstens-stiftung.de/artikel/was-bringt-cranio-sacral-therapie.html abgerufen am 6.7.2021

https://www.rolfing.at/was-ist-rolfing-strukturelle-integration/ abgerufen am 7.7.2021