

Trauma und Körper: Der Körper merkt sich alles.

Alexander Korittko

*Es ist der Geist, der sich den Körper baut.
(Schiller, Wallensteins Tod)*

Trauma und Körper stehen auf unterschiedliche Art miteinander in Verbindung: Einerseits kann ein Blick in die Neurobiologie und die Trauma-bedingten Spuren im Gehirn Aufschluss darüber geben, wie existenziell bedrohliche Erfahrungen auf den Körper einwirken. Zum zweiten kann die Betrachtung von Körpersignalen und körperlichen Störungen retrospektiv nachweisen, wie traumatische Erfahrungen die gesunde Funktionalität des Körpers beeinträchtigen kann. Und drittens kann die Anwendung körperbezogener Therapietechniken bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen zeigen, wie über die konsequente Einbeziehung des Körpers Genesung von seelischen Wunden ermöglicht werden kann. Die Körper-, Ressourcen- und System-orientierte Traumatherapie (KReST)¹ bietet in diesem Sinne eine wertvolle Ergänzung zu anderen wirksamen Verfahren.

Trauma, Gehirn und Körper

Paul McLean (1985) beschreibt das menschliche Gehirn in seine evolutionär biologisch herausgebildeten Strukturen in drei Ebenen: 1. Gehirnstamm und Hypothalamus (Reptiliengehirn), zuständig für die Regulierung des inneren Körpergleichgewichtes (Blutkreislauf, Verdauung, Sauerstoffaufnahme usw.); 2. Limbisches System (Säugetiergehirn) zuständig für die Balance zwischen der inneren und der äußeren Welt (z.B. Anpassungsverhalten bezüglich Angst und Wut); 3. Neokortex (Primatengehirn) zuständig für die Analyse der Signale der Außenwelt und die Interaktion mit ihr (Bewertung, Kosten-Nutzen-Analyse, Aktion, Gedächtnis).

„The body keeps the score“ – der Körper merkt sich alles, dies ist der Titel einer der frühesten Artikel des Trauma-Forschers Bessel van der Kolk (van der Kolk, 1994, 2000). Er beschreibt, dass wir Menschen nicht nur über das explizite Gedächtnis im Neokortex verfügen, sondern ebenso in der Lage sind, über das Limbische System und ein sogenanntes Körpergedächtnis zu speichern, auch wenn der Neokortex nicht oder noch nicht in der Lage ist, seine Aufgabe wahrzunehmen. Wissenschaftler nennen diesen Teil implizites Gedächtnis, weil sich das Gespeicherte schwerlich in Worte fassen lässt. Es ist *verkörpert*. Es sind vor allem die körperlich oder emotional besonders schmerzhaften Ereignisse, die wir auch Traumata nen-

¹ Das Modell der Körper-, Ressourcen- und Systemorientierten Traumatherapie (KReST) wurde am Zentrum für Psycho-trauma Therapie Niedersachsen (ZPTN) von Lutz Ulrich Besser für die Arbeit mit Einzelnen und von Alexander Korittko für die Arbeit mit Paaren und Familien entwickelt.

nen, die im Körper gespeichert werden. Bei Konfrontation mit bedeutenden Erinnerungsfragmenten werden die traumatischen Erinnerungen „in Form von affektiven Zuständen, somatischen Empfindungen oder visuellen Vorstellungen (Alpträume oder Flashbacks)“ (van der Kolk et al. 2000, S. 215) lebendig. Die Erinnerungsfragmente sind zeitlos und können durch weitere Erfahrungen nicht ohne weiteres modifiziert werden. Die Erlebnisse stecken noch in den Knochen und überwältigen das Bewusstsein. Wird jemand an eine außergewöhnliche Bedrohung erinnert, spürt er zuerst körperliche Stress-Signale, unter Umständen entsteht zusätzlich das mit dem Stress verbundene Atemschema. Beides - Atemschema und körperliche Stress-Signale - gelten als fragmentierte Trauma-Erinnerungen und sind nicht bewusst steuerbar. Schon die Pioniere der körperorientierten Psychotherapie wie z.B. Gregor Groddeck und Sandor Ferenczi wussten, dass die Schlüssel zum Verständnis der präverbalen Vergangenheit, einschließlich präverbaler Traumata, in Phänomenen der Muskulatur, der Atmung und in psychosomatischen Symptomen zu finden sind (Downing, 2007, S. 346 ff). Die Speicherung von Erlebnissen im Körper eines kleinen Kindes beginnt also früher, bevor der Neokortex als am spätesten entwickelte Struktur des Gehirns seine Aufgabe als kognitives Gedächtnis mit ca. 2 ½ - 3 Jahren erfüllen kann. Ferenczi konnte Patienten durch Interventionen mit dem Körper zu frühen Entwicklungsstadien bringen, in denen bei noch nicht erfolgter Ausbildung des Denkorgans nur körperliche Erinnerungen registriert waren.

Joachim Bauer fasst die aktuellen Erkenntnisse der Hirnforschung zusammen und beschreibt, dass das kindliche Gehirn schon vor der Geburt im Prozess einer erfahrungsabhängigen Plastizität neuronale Netzwerke bildet, wobei nach der Geburt eine konstante, fürsorgliche und liebevolle Betreuung Voraussetzung für eine ungestörte neurobiologische Entwicklung des Kindes ist. Ist dies nicht der Fall, zeigen sich später schwere Beeinträchtigungen der Lernfähigkeit, des Sozialverhaltens, ja sogar eine Verminderung des Hirnvolumens (Bauer 2006).

Der Neurobiologe Gerald Hüther geht davon aus, dass sich in der traumatischen Bedrohung nach dem Prinzip der nutzungsbedingten Strukturierung des Gehirns ein neuronales Verschaltungsmuster über alle drei Ebenen - Neokortex, Limbisches System, Hirnstamm - als „Notfallschaltung“ bildet, bei dem in größter Not und Gefahr die neuronalen Netzwerke auf der Ebene des Hirnstamms noch funktionieren und auf der Verhaltensebene zu Flucht, Angriff, Erstarren und Unterwerfung führen. Wird jemand an eine frühere Traumaerfahrung erinnert, fährt das Denken ungebremst in die untere Ebene dieses neuronalen „Schachtes“ und produziert das damals sinnvolle, weil für die Stressregulation erfolgreiche Körper-, Verhaltens-, Denk- und Gefühlsmuster (Hüther et al. 2010, 2012). „Frühe Gewalterfahrungen, Vernachlässigung oder der Verlust Sicherheit bietender Bezugspersonen sind die wichtigsten Auslöser unkontrollierbarer Stressreaktionen während der frühen Phasen der Hirnentwicklung und führen bei Kindern auch weitaus rascher als bei Erwachsenen zur Aktivierung der autoprotektiven archaischen Notfallreaktionen im Hirnstamm.“ (Hüther et al. 2010, S. 25)

Die Verbindung zwischen traumatischen Erfahrungen und körperlichen Symptomen wurden schon von den frühen Traumaforschern des 19. Jahrhunderts erkannt und von der modernen Psychotraumatologie, aufbauend auf ein gründlicheres Verständnis neurophysiologischer Zusammenhänge aufgegriffen. Ellert Nijenhuis baute auf die Arbeiten Pierre Janets aus der Salpêtrière in Paris von 1893 auf und zeigte, wie bei Traumata nicht nur die seelische, son-

dern auch die körperliche Kohärenz verloren geht. Die Traumafolgestörung Dissoziation, so Nijenhuis, kann zum „teilweisen oder völligen Verlust der normalerweise gegebenen Fähigkeit zur Integration unmittelbarer Empfindungen und der Kontrolle über Körperbewegungen führen.“ (2006, S.17) Er entwickelte einen Fragebogen zur somatoformen Dissoziation, mithilfe dessen über 20 Items (verkürzte Form 5 Items) diagnostiziert werden kann, ob Traumatisierte eine dissoziative Störung entwickelt haben. Die Fragen der 5 Item-Version betreffen mögliche Schmerzen beim Urinieren, mögliche Schmerzunempfindlichkeit des Körpers, einen möglichen Tunnelblick oder teilweises Sehen von Objekten, die mögliche Nicht-Wahrnehmung des Körpers oder von Teilen des Körpers und mögliche Mühe beim Sprechen. Über Fragen nach Störungen von Körperfunktionen diagnostiziert Nijenhuis also eine psychische Beeinträchtigung (2006, S. 266).

In der Bindungstheorie wird das so genannte „Fenster der Toleranz“ (Odgen u. Minton 2000) als Erklärungsmodell genutzt. Man geht davon aus, dass der Mensch im Normalfall leichten Stress durch eigene Affektsteuerung selbst regulieren kann und sich im Laufe seiner Kindheit durch feinfühligere Bindungspersonen einen Bereich der optimalen Erregung zwischen Übererregung (Panik, Druck, Zittern, zwanghaft kreisendes Denken) und Untererregung (flacher Affekt, geistiges Abschalten, emotionale Betäubung) angeeignet hat. Waren keine feinfühligeren Bezugspersonen vorhanden, also keine Menschen, die die Bedürfnisse des Kindes wahrgenommen haben, sie richtig interpretiert und prompt und angemessen darauf reagiert haben, wird dieses Fenster äußerst schmal. Erleben kleine Kinder zusätzlich Traumata durch Vernachlässigung oder Misshandlung, werden sie als Folge davon immer wieder ein *Zuviel* an körperlichem Empfinden (plötzliche Schmerzen, wiederkehrende Entzündungen, allgemeines Krankheitsgefühl) zusammen mit emotionaler Übererregung (plötzliche Wutanfälle, Panikattacken) oder ein *Zuwenig* an körperlichem Empfinden (Taubheitsgefühle, Schmerzunempfindlichkeit, Lähmungserscheinungen) zusammen mit emotionaler Untererregung (nicht ansprechbar sein, wie „weggebeamt“) entwickeln. Diese Menschen benötigen auch bei leichtem äußerem Stress später immer wieder eine Affektregulierung von außen.

Der Physiologe Johann Caspar Rüegg sieht die komplexen Wechselwirkungen von Gehirn, Psyche und Körper in einem biologisch fundierten psychosomatischen Rahmen. Dabei interessiert ihn auch ein neuer Forschungsbereich, die so genannte Epigenetik. Er referiert die Arbeit von Michael Meaney in Montreal, der nachgewiesen hat, dass frühkindliche traumatische Erfahrungen „unter die Haut gehen“ und tiefe Spuren im Erbgut hinterlassen (Rüegg, 2010). Umweltfaktoren wirken demnach auf die Gene ein, verändern sie und schalten sie dabei ein oder ab. Diese genetischen Veränderungen werden an die nächste Generation vererbt. Rachel Yehuda hat dieses bei Kindern in New York festgestellt, deren Mütter während des Zusammenbruchs des World Trade Centers mit ihnen schwanger waren. Durch eine stressbedingte hormonelle Kortisol-Überflutung wurde ein Anti-Stress-Gen bei den Müttern lahmgelegt, ihre Kinder zeigten sich besonders stressanfällig (Yehuda, 2005).

Nach Vincent Felitti haben Menschen, die vor ihrem 18. Lebensjahr drei oder mehr traumatische Kindheitsereignisse zu verkraften hatten, im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen, chronisch beeinträchtigte Lungenfunktion, Diabetes und Schlaganfälle (Felitti, ACE Studie, 2002). „Zeit heilt nicht alle Wunden der ersten Jahre“, sagt Fe-

litti, „Zeit konserviert sie. Sie sind nicht verloren, sie sind verkörpert.“ (Felitti bei Possemeyer, 2013, S.89) Es ist wahrscheinlich so, dass Gehirn und Körper nicht genug Energie mobilisieren können, um dem autonomen Nervensystem und dem gesamten Immunsystem ausreichend Resistenz gegen schwere Erkrankungen mitzugeben. Im neuronalen Daueralarm hemmen Stresshormone die Entwicklung jener Hirnareale, die helfen, Impulse zu kontrollieren und die Erregung des Nervensystems in einem mittleren Bereich zu halten. Michaela Huber schreibt: „Belastungsfaktoren aus der Kindheit werden den Organismus das Leben lang quälen. Es sei denn, die Erosion des körperlichen Stress-Systems und der Immunabwehr kann gestoppt werden, indem die zugrunde liegende Störung, die Posttraumatische Belastungsstörung, bearbeitet wird. Anders geht es nicht.“ (Huber u. Frei 2009, S. 49)

Implikationen für Beratung und Therapie

Schon Sandor Ferenczi erkannte in den 1930er Jahren, dass es für einen Patienten nicht ausreicht, durch regressive Arbeit einfach nur zu früheren Konflikten, Verletzungen, Wut, affektiver Lähmung usw. zurückzukehren (Ferenczi 1988, S. 191). George Downing hält die körperliche Regression für einen ersten wichtigen Schritt.

„Wenn aber außer diesem Erleben nichts weiter passiert, nehmen diese Zustände die Qualität eines festgefahrenen Wiederholungsmusters an. Ihr offensichtlich heilendes Potential wird nicht voll verwirklicht. ... Der wichtigere Schritt ist die Entfaltung latenter Körperressourcen (des affektmotorischen Körperschemas) die früher nicht als entwickelt und verfügbar erlebt wurden.“ (Downing, 2007, S.357)

Im aktuellen Diskurs der Traumatherapie werden unterschiedliche Methoden beschrieben, die die Arbeit mit dem Körper als zentralen Aspekt ansehen. Am bekanntesten sind die Ansätze von Peter Levine (Somatic Experience, 1998 u. 2011), Albert Pesso (Psychomotorische Therapie, 1996), Pat Odgen (Sensumotorische Psychotherapie, 2010), Babette Rothschild (Somatic Trauma Therapy, 2011) und Ralf Vogt (Handlungsaktive Symbolisierung, 2008). Die Autoren stimmen darin überein, dass bei Menschen körperliche Empfindungen die Grundlage emotionaler Zustände bilden. Diese emotionalen Zustände wiederum führen zu Bewegungen des Körpers: bei negativen Emotionen gehen wir der Gefahrenquelle aus dem Weg, bei positiven Emotionen bewegen wir uns in Richtung Reizquelle. Im Vergleich zu Tieren hat der Mensch dabei die Fähigkeit, eine Vielzahl von internen und externen Informationen zu integrieren, um die langfristige Wirkung jeder Handlung einzuschätzen und die Reaktionsweisen laufend auf komplexe Weise zu modifizieren. Diese Fähigkeit zur flexiblen Reaktion haben Traumatisierte verloren. Wenn sie an ihr Trauma erinnert werden, setzen sie mit körperlichen Reaktionen den Versuch der autoprotektiven Handlungen fort, den sie im Trauma begonnen haben und erschöpfen sich durch diese unablässigen Wiederholungen selbst. Sie reagieren immer wieder mit Formen der körperlichen Über- bzw. Untererregung. Hier setzen körperorientierte Therapien an.

„Körperorientierte Therapien basieren auf der Vorstellung, dass das in der Vergangenheit Erlebte in den gegenwärtigen physiologischen Zuständen und Handlungstendenzen zum Ausdruck gelangt: Das Trauma schlägt sich in Atmung und Gestik, in sensorischen Wahrneh-

mungen sowie in Bewegungen, Emotionen und Gedanken nieder.“ (van der Kolk, 2010, S. 24)

Innerhalb solcher Ansätze werden Klienten dabei unterstützt, sich des eigenen Körpers bewusst zu werden, Körperempfindungen zu verfolgen und körperliche Bewegungen auszuführen. Auf diese Weise können eingefrorene Handlungsimpulse befreit und die persönliche Kompetenz vergrößert werden. In der Körper-, Ressourcen- und Systemorientierten Traumatherapie (KReST) wird diese Grundidee differenziert umgesetzt (Besser 2001, Korittko u. Pleyer, 2010).

Direkt nach einer traumatischen Einwirkung: der Körper als wichtigste Ressource

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe hat 2010 Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung herausgegeben. Sie beinhalten zwei Grundannahmen: Zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen und psychosozialen Belastungen (Traumata) sind zunächst personale Ressourcen und soziale Ressourcen im informellen sozialen Netz der Betroffenen zu aktivieren. Traumatisierte Menschen sollen unmittelbar nach einem Trauma im eigenen sozialen Netzwerk (Familie, Freunde, Kollegen) emotional unterstützt werden. Dabei sollte allerdings nicht unbedingt das traumatische Erlebnis immer wieder zum Thema werden, weil dadurch wahrscheinlich implizite Erinnerungen in Form von traumabasierten Körperempfindungen, physiologischer Dysregulation in Verbindung mit Hilflosigkeit, Angst und Scham oder Wut immer wieder neu aktiviert werden. In der Therapie sollte in den ersten Wochen danach, wenn akute Belastungsreaktionen berichtet werden (z.B. intrusive Erinnerungen, Alpträume, Vermeidungsverhalten, körperliche Zustände von Über- oder Untererregung), eher körperliche Aktivitäten empfohlen werden, die als wichtigste Ressource der Ablenkung dienen und gleichzeitig physischen Erstarrungszuständen entgegenwirken: Sport, Spaziergänge, Radfahren oder andere gemäßigte körperliche Betätigungen. Neben ausreichend Schlaf und regelmäßiger gesunder Ernährung sind dies die Eckpfeiler eines primären Genesungsprozesses: Wenn sich der Körper erholt, kann sich auch die Seele erholen.

Eine einfache Übung hilft vielen frisch Traumatisierten bei der Ablenkung von sich aufdrängenden Bildern und körperlich unangenehmen Zuständen. Der Klient wird gebeten, sich an eine leicht belastende Situation zu erinnern und wahrzunehmen, in welchem Körperteil die Belastung jetzt zu spüren ist. Dann wird er dazu angeregt, die Zahlen von 10 bis 0 laut herunter zu zählen, wobei zwischen jeder Zahl ein tiefer Atemzug genommen werden soll (durch die Nase ein- und durch den spitzen Mund ausatmen). Ist er bei 0 angekommen, wird er nach den körperlichen Empfindungen jetzt befragt. In der Regel wird ein angenehm ruhiges Körpergefühl berichtet. Gelingt diese Übung, kann sie auch außerhalb der Therapie selbstständig als gezielte Ablenkung (Dissoziations-Stopp) genutzt werden. Manchen Klienten hilft es zusätzlich, die Wirkweise dieser Übung zu verstehen. Sie erfahren, dass bei heftigen Emotionen wie z.B. Angst oder Wut eher die rechte Hirnhälfte aktiviert wird und beim Zählen eher Bereiche der linken Hemisphäre. Eine als angenehm erlebte Balance entsteht innerhalb dieser Übung im Gehirn. Zusätzlich kann durch ein intensives, langsames Atmen auf den Körper kontrollierend Einfluss genommen werden.

Falls jemand in der Therapie in den ersten Wochen nach einer Traumatisierung über das Ereignis sprechen möchte, werden ebenfalls körperlich spürbare Hyper-Erregungszustände (oder dissoziative Zustände!) als Gradmesser dafür genutzt, ob das weitere Erzählen heilsame oder destabilisierende Wirkung zeigt. Treten Phänomene körperlicher Dysregulation in Erscheinung, haben Klienten wahrscheinlich keinen Gewinn durch ihren Bericht des Ereignisses. Immer dann, wenn es Traumatisierten schwer fällt, ihre inneren Empfindungen bewusst zu registrieren, werden die TherapeutInnen zum „Hilfs-Neokortex“. Ein Beispiel:

Klient: „Also das war so seltsam, als ich auf dieses andere Auto zufuhr, wie in Zeitlupe, ich sehe die glatte Straße immer noch vor mir, und dieses große Auto, das sich nicht bewegt und dann kommt dieser Gedanke, dass es jetzt aus ist mit mir

Therapeut: „Bitte halten Sie einen Augenblick inne. Wie geht es Ihnen im Moment, was spüren Sie jetzt in Ihrem Körper, während Sie von Ihrem Autounfall berichten?“

K.: „Oh ich merke, wie ich am ganzen Körper schwitze und mein Herz klopft wie verrückt.“

Th.: „Tut es Ihnen im Moment gut, weiter zu erzählen, oder brauchen Sie jetzt etwas anderes?“

K.: „Nein, mir geht es richtig schlecht.“

Th.: „Gut, wie Sie das bei sich wahrnehmen können und auch ausdrücken können. Ich möchte Sie bitten, auf einen Punkt hier im Raum zu gucken, sich zu vergegenwärtigen, dass Sie jetzt hier bei mir im Therapieraum sitzen und dass Sie hier sicher sind. Bitte nehmen Sie ein paar ruhige Atemzüge und tun Sie dies solange, bis das heftige Herzklopfen nachlässt.“

Auf diese Weise lernt der Klient, dass er sich in seiner Wahrnehmung dem traumatischen Ereignis nähern kann (hier: ein Autounfall), aber auch wieder sein Erleben bewusst in das „Hier und Jetzt“ lenken kann. Going in, going out, heißt es in der englischen Sprache. Bessel van der Kolk merkt dazu an: „Traumatisierte müssen, um sich mit der Vergangenheit auseinander zu setzen, ihren medialen Präfrontalkortex und damit ihre Introspektionsfähigkeit aktivieren. Die Therapie muss ihnen helfen, eine tiefe Neugierde bezüglich ihres inneren Erlebens zu entwickeln. Diese Neugierde ist unverzichtbar, wenn sie lernen wollen, ihre physischen Empfindungen zu erkennen und ihre Emotionen und Empfindungen in einer verständlichen Sprache auszudrücken – verständlich vor allem für sie selbst.“ (van der Kolk 2010, S. 25)

Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung: Integration von Körper, Emotion, Verhalten und Gedanken

Hat jemand eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, berichtet er Symptome, die zum ungewünschten Wiedererleben des Ereignisses in Träumen, Tagträumen (Flashbacks) und in Grübeleien führen, die meist mit heftigen Emotionen und körperlich spürbarer Panik, Wut, Verzweiflung, Ohnmacht oder Erstarren einhergeht. Weitere Symptome sind zum Beispiel Vermeidungsverhalten, emotionales Taubheitsgefühl, Schlafstörungen, Hyperwachsamkeit, psychosomatische Erkrankungen und Konzentrationsschwäche. In anderen Worten: die Symptomatik zeigt sich in Emotionen, Verhalten, Gedanken und im Körper. War man früher

der Ansicht, dass nur eine baldige Konfrontation und Durcharbeitung des Traumas zu einer Symptomreduzierung führen kann, herrscht heute die Meinung vor, dass vor der Exposition eine Phase der Stabilisierung notwendig ist - je intensiver die Traumatisierung erfolgte, umso umfangreicher.

Stabilisierung

Bei Traumatisieren sind Vergangenheit und Gegenwart somatisch, emotional und kognitiv nicht klar voneinander getrennt. Reaktivierte Trauma-Fragmente signalisieren selbst in friedlichsten Augenblicken Gefahr. Pat Odgen schreibt: „Für die Stabilisierung geeignete Interventionen haben zum Ziel, die Integrationsfähigkeit der Klienten zu verbessern und so ihre adaptive Funktionsfähigkeit im Alltagsleben zu steigern. Sie müssen lernen, dysregulierend wirkende Emotionen und das damit verbundene Arousal (körperliche Erregung, Anm.) zu erleben, ohne selbstdestruktiv (z.B. in Form von selbstschädigendem Verhalten, gefährlichen Aktivitäten, Gewalttätigkeit und suizidalen Vorstellungen) oder anderweitig dysfunktional darauf zu reagieren.“

Neben der äußeren Sicherheit und der Fähigkeit, gut für sich selbst zu sorgen, beginnt Stabilisierung mit der Wiederherstellung der Kontrolle über den eigenen Körper. Dazu gehört vor allem die Selbstregulationsfähigkeit. Traumatisierte geraten häufig in Zustände, die aus ihrer Sicht plötzlich und unkontrollierbar über sie hereinbrechen. Sie beschreiben sich als schlagartig abwesend oder wie betäubt (und verletzen sich dann manchmal selbst, um wieder im Hier und Jetzt zu landen), oder spüren eine mörderische Wut, die oft zur Verletzung anderer führt. Spricht man mit ihnen über diese urplötzlich erlebten Zustände und fragt man nach ersten kleinen Anzeichen des „bald ausbrechenden Vulkans“ oder des nahenden Taubheitsgefühls, werden oft körperliche Signale berichtet: ein mulmiges Gefühl im Bauch (vermutlich verbunden mit der Produktion des Stresshormons Adrenalin in der Nebennierenrinde), ein verengter Brustkorb und die Unfähigkeit ausreichend Luft einzuatmen (vielleicht das Atemschema von Angst und Schrecken) oder eine verspannte Muskulatur in den Beinen oder den Armen und der Schulter (möglicherweise die im Trauma erstarrte Motorik).

Diese körperlichen Phänomene können als Signale des neuronalen Prozesses gesehen werden, den Gerald Hüther im Bild des Trauma-assoziierten „Schachtes“ beschreibt (Hüther et al. 2010). Wird jemand durch Schlüsselreize an das traumatische Ausgeliefertsein erinnert, werden über alle Ebenen des Gehirns neuronale Verschaltungen aktiviert, die damals zur Bewältigung dieser Ohnmacht dienten. Diese gekoppelten Erregungsmuster lösen ungebremst auf der Ebene des Hirnstamms Alarmreaktionen aus. Sie äußern sich in körperlichen Reaktionen, die gleichzeitig einer kognitiven Bewertung nicht mehr zugänglich sind. Der Körper erinnert sich, der Verstand kann nicht einordnen.

In der Therapie lernen die Betroffenen, diese Mechanismen zu verstehen (Psychoedukation) und die ersten körperlichen Anzeichen wahrzunehmen. Wollen sie ihr Verhalten wirklich verändern, sind sie offen für alternative Handlungsweisen, die sie umsetzen, wenn sie die ersten körperlichen Stressreaktionen registrieren und auf diese Weise den „Vulkanausbruch“ verhindern. Eine Alternative kann der Einsatz von scharfen geschmacklichen Reizen, scharfen Gerüchen oder intensiv spürbaren taktilen Reizen sein. Als ebenso wirksam können auch sicher-

heitsbietende Imaginationen (Reddemann 2001) erlebt werden. In der Literatur werden zahlreiche Techniken beschrieben, die im therapeutischen Kontext eingeübt werden und von Betroffenen im Alltag angewandt werden. Sie werden, wie bereits erwähnt, auch mit „Dissoziations-Stopp“ bezeichnet. Die Trauma-Erinnerungen werden dadurch nicht ausgelöscht, aber der Betroffene umgeht den „Schacht“ und den „Ausbruch des Vulkans.“ Durch die kortikale Kontrolle entsteht eine vergrößerte Affekt-Toleranz - und somit auch ein Wiedererlangen der Kontrolle über den eigenen Körper.

Neben den bisher beschriebenen Methoden der Stabilisierung gilt in der KReST das von Lutz Ulrich Besser entwickelte *Screenen eines positiven Erlebnisses* mit Zufriedenheit, Stolz und Glück als wirkungsvolle körperbezogene Technik (Besser 2001). Hierbei stellen sich Klient und Therapeut vor, einen Film über ein solches reales Ereignis aus dem Leben des Klienten zu betrachten. An den jeweils passenden Abschnitten des Filmes wird ein Standbild imaginiert und der Therapeut leitet den Klienten an, die positive Emotion mit allen Sinnen wahrzunehmen. Ein Beispiel, in dem der Klient sein erstes Fahrradfahren ohne Stützräder *screent*:

Therapeut: „Was ist dort jetzt auf dem Bildschirm zu sehen?“

Klient: „Da kann der kleine Markus plötzlich alleine auf seinem Fahrrad fahren. Weil er vorher so unsicher war, ob er das überhaupt jemals schafft, ist er jetzt sehr glücklich.“

Th.: „Woran ist das zu erkennen, dass er nach all dem Selbstzweifel so glücklich ist?“

K.: „Er strahlt über beide Backen. Und er schaut seinen Vater so triumphierend an“

Th.: „Ah ja. Und wenn Sie jetzt den kleinen Markus sehen, wie er den Vater triumphierend ansieht und ganz stolz ist auf seine Fahrkünste, was spüren Sie jetzt im Körper?“

K.: „Da breitet sich ein warmes Gefühl aus, so im Bauch und auch im Oberkörper. Und ich spüre ein paar Tränen in mir aufsteigen, so Tränen der Rührung.“

Th.: „Nehmen Sie es war, erlauben Sie es, lassen Sie das angenehm warme Gefühl in sich ausbreiten und atmen Sie weiter. Ja, gut so und welche Gedanken entstehen jetzt dazu?“

K.: „Ja merkwürdig. Ich hab ja nicht viel von dem kleinen Markus gehalten. Hab immer gedacht, ich war als Kind ein Versager. Aber jetzt bin ich ganz froh, dass ich meinem Vater doch bewiesen hab, dass ich was kann. Jetzt find ich den Kleinen richtig Klasse.“

Th.: „Mögen Sie das mal dem kleinen Jungen in Ihnen sagen?“ usw.

Durch die Bildschirmtechnik entsteht neben dem Therapeuten und dem Klienten eine dritte Person, hier der kleine Junge Markus. Das frühere Erlebnis kann dadurch völlig neu betrachtet und multimodal verankert werden. Es gewinnt erst durch die Einbeziehung der aktuellen Körperreaktionen auf den imaginierten „Film“ im Hier und Jetzt eine heilende Bedeutung für das früh beschädigte Selbstwertgefühl des Klienten. Hier wird deutlich, dass die Emotion durch die Verknüpfung mit spontanen Reaktionen des Körpers ihr veränderndes Potential entfalten und auf neuronaler Ebene zu bedeutsamen neuen Mustern führen kann. Gehirn und Körper

sind wechselseitig abhängige Beziehungssysteme. Der Körper trägt einerseits die Narben des Traumas und ist gleichzeitig des Menschen wertvollste Ressource. Er ist nicht nur das Medium der Erinnerung, sondern auch der Veränderung.

Exposition

Trauma-Exposition bezeichnet einen therapeutischen Prozess, der darauf hinzielt, dass sich Betroffene mit der traumatischen Erinnerung (oder Erinnerungen) auseinandersetzen, die Spuren in den Gedanken, den Emotionen und im Körper wahrnehmen und verändern und auf diese Weise die Erinnerungen „entgiftet“ und „vergangenheitsfähig“ werden. Es wird deswegen für diesen therapeutischen Schritt auch der Ausdruck „Integration“ verwendet. Eine Trauma-Integration ist möglich, wenn sich die Betroffenen in äußerer Sicherheit befinden und in der Phase der Stabilisierung schon eine ausreichende Affekt-Toleranz erreicht haben.

Für viele Traumatisierte hat sich die Exposition in vivo als hilfreich herausgestellt: man sucht mit dem Therapeuten zusammen den Ort des traumatischen Geschehens auf (beschrieben bei Pieper u. Bengel 2007). Für andere wirkt eine solche Konfrontation zu bedrohlich oder ist aus anderen Gründen nicht angemessen. So wurde die Exposition in sensu (in der Vorstellung) entwickelt, zum Beispiel mit der Bildschirmtechnik. Eine weitere Form stellt das so genannte EMDR dar (Shapiro, 1999). Ich stelle die im KreST-Modell genutzte Bildschirmtechnik vor (Besser 2001), die besonders reich an körperorientierten Interventionen ist. „Wir können den Organismus nur ändern, wenn wir die alten Gefühle in einem sicheren Umfeld zulassen und ihnen dann einen neuen Weg weisen“, sagt Bessel van der Kolk (van der Kolk bei Possemeyer, 2013, S. 91).

Nehmen wir an, der im obigen Beispiel beschriebene Klient Markus möchte in der Exposition eines der traumatischen Erlebnisse mit seinem gewalttätigen Vater bearbeiten. Nach einer kurzen Einführung und Fokussierung auf das speziell ausgewählte Ereignis schaut er sich den imaginierten Film zusammen mit seinem Therapeuten an. Zunächst beschreibt der Klient Szene für Szene dieses Filmes. Falls eine Ressource zu sehen ist, kann der Therapeut ihn bitten, ein Standbild dieser Situation zu betrachten und die Ressource zu würdigen. Ein Ausschnitt eines Screenings eines Traumas:

Therapeut: „Markus, können Sie sehen, wie sich der Kleine dort in dem Film auf dem Weg von der Schule nach Hause über seine guten Leistungen im Unterricht freuen kann?“

Klient: „Ja, der strahlt richtig.“

Th.: „Und was fühlen Sie in Ihrem Körper, wenn Sie das dort sehen.“

K.: „Mir wird richtig warm und es entsteht ein angenehmes Gefühl im Kopf“

Th.: „Und wie würden Sie dieses Gefühl nennen?“

K.: „So eine Mischung aus Freude und Stolz.“

Th.: „Ah ja. Nehmen Sie dieses Gefühl von Freude und Stolz in Ihrem Körper wahr, erlauben Sie es, lassen Sie sich dieses angenehm warme Gefühl ausbreiten und atmen Sie weiter....“

Noch deutlicher werden die körperorientierten Techniken genutzt, wenn der bedrohlichste Teil des Filmes, der dramatische Höhepunkt des Traumas betrachtet wird.

Therapeut: „Was ist jetzt zu sehen?“

Klient: „Jetzt schlägt der Vater auf den kleinen Jungen ein.“

Th.: „Wie macht er das? Mit der Hand?“

K.: „Nein. Der hat sich den Handfeger geschnappt. Damit schlägt er zu.“

Th.: „Und was tut der kleine Markus da in dem Film?“

K.: „Der hält die Arme über den Kopf. So als Schutz.“

Th.: „Aah, der ist selbst im Moment der schlimmsten Bedrohung in der Lage, sich zu schützen. Wie geht es Ihnen, wenn Sie das sehen?“

K.: „Der tut mir leid.“ (zittert am ganzen Körper und weint dann)

Th.: „Nehmen Sie dies Gefühl von Traurigkeit und Mitleid wahr, erlauben Sie es, lassen Sie es ablaufen und atmen sie weiter.“

K.: (weint stärker) „Meine Schulter tut mir so weh, da ist alles verspannt.“

Th.: „Wie gesund Ihr Körper reagiert. Der erinnert sich genau daran, wie er Schulter- und Arm-Muskulatur zusammen gezogen hat, um sich zu schützen. Und vielleicht ist jetzt auch für die Gefühle Platz, die damals nicht ausgedrückt werden konnten“

K.: (nickt und weint weiter)

Th.: (nach einer Weile) „Als Sie eben Ihre Traurigkeit ausgedrückt haben, haben Sie gleichzeitig Ihre Faust geballt. War da noch ein anderes Gefühl im Körper zu spüren?“

K.: „Ja, Wut!“

Th.: „Wo spüren Sie die Wut jetzt im Körper?“

K.: „In den Händen und in den Beinen.“

Th.: „Welche Körperbewegung passt jetzt dazu?“

K.: „Die Fäuste ballen und mit den Füßen trampeln.“

Th.: „Tun Sie das, wenn Sie mögen.“

K.: (ballt die Fäuste und trampelt zaghaft mit den Füßen auf den Boden)

Th.: „Geht es noch ein wenig stärker? Mögen Sie die Bewegung ein wenig übertreiben?“

K.: (trampelt heftiger) „DU BLÖDE SAU.“

Th.: „Das ist okay so. Vielleicht ist jetzt auch endlich der Platz für die Wut, die damals klugerweise nicht von Ihnen gezeigt wurde.“

K.: „Klugerweise?“

Th.: „Ja, sicher hat der kleine Markus instinktiv gewusst, dass er gegen den großen Vater keine Chance gehabt hätte. Was denken Sie?“

K.: „Wenn er sich gewehrt hätte, wäre es sicher viel schlimmer geworden. Ja, das stimmt. Und es ist auch ein bisschen bewundernswert, wie der kleine Markus das ausgehalten hat ohne einen Mucks.“

Th.: „Mögen Sie ihm das mal nach innen sagen, wie sie den Kleinen bewundernswert finden?“

K.: „Ja. Kleiner Markus. Ich finde es bewundernswert, wie Du das damals geschafft hast. Du hast richtig gut für Dich gesorgt, um das zu überleben.“

Th.: „Und fühlt sich Ihre Schulter jetzt an?“

K.: „Richtig gut, ich bin im ganzen Körper entspannt.“

Th.: „Können wir uns jetzt den Film weiter ansehen? Was ist da jetzt zu erkennen?“

..... usw.

Wieder wird durch die Methode des imaginierten Films eine dritte Person geschaffen: die Person des kleinen Markus. Der Klient wird zum distanzierenden kontrollierenden Beobachter seiner eigenen Vergangenheit. Durch diese sinnvolle distanzierende Trennung zwischen dem „Dort und Damals“ auf dem Bildschirm und dem „Hier und Jetzt“ des Betrachters kann der Therapeut die Körperreaktionen, die Emotionen und die Gedanken erfragen, die durch die Betrachtung des Films wachgerufen werden. Gelingt es innerhalb der imaginierten Filmbetrachtung, damals unterdrückte oder nicht umfangreich ausgedrückte Emotionen wahrzunehmen, körperlich auszudrücken und sie auch gedanklich zuzuordnen, können also die eingefrorenen Affekte und Körperimpulse in der sicheren Umgebung des Therapie-Raumes befreit werden, hat der Klient eine Chance, sein traumatisches Erlebnis zu integrieren und als vergangenheitsfähig in die Bibliothek seiner Erfahrungen abzulegen.

Der Gradmesser für eine psychische Integration ist der Körper. Reaktionen des Körpers können immer wieder als „gesund“ übersetzt werden: die Reaktionen im „Dort und Damals“, weil sie intuitiv dem Überleben dienen und die Reaktionen im „Hier und Jetzt“, weil sie zeigen, welche Körpererinnerungen in der traumatischen Bedrohung gespeichert worden sind. Durch die Bitte der Übertreibung eines körperlichen Impulses kann eine Bewegung Bahn finden, die zum ersten Mal empfunden und ausgedrückt werden kann. Sie setzt ebenfalls fördernde Kräfte frei, die zu neuen Emotions-, Kognitions- und Verhaltensmustern führen können. Durch die Betonung der Atmung wird das Atemschema gestoppt, das mit Angst und Schock einhergeht. Und durch die Frage nach dem Zustand des Körpers nach der Beendigung einer Sequenz behält der Klient mit seinem Reaktionsmuster die Kontrolle über das Tempo der Filmbetrach-

tung. Auch am Ende des Films wird nach den Körperreaktionen gefragt, um festzustellen, inwiefern der Klient durch die Trauma-Exposition eine Verbesserung seines Zustandes erfahren hat, bzw. ob er die Sitzung entspannt beenden kann. Ist beim Klienten noch eine Restbelastung körperlich spürbar, kann durch eine Atemübung ein Abklingen dieser Belastung erzielt werden. Die Sitzung kann abgeschlossen werden, wenn keine Belastung mehr zu spüren ist und das Trauma jetzt erinnert werden kann, ohne eine emotionale Überflutung entsteht. Das Trauma ist nicht vergessen, sondern integriert. Die Neurobiologen würden sagen, es führt auf der Ebene des Neokortex zu neuen Überlegungen und Bewertungen, auf der Ebene des limbischen Systems und des Hirnstamms zu verringerter Alarmbereitschaft, die sich in einem körperlich optimalen Erregungsniveau bemerkbar macht, einem Gleichgewicht jenseits von Über- bzw. Untererregung.

Bessel van der Kolk bemerkt: „Aufgabe des Therapeuten ist es bei alledem, Selbstgewahrsein und Selbstregulierung zu fördern, statt das Trauma zu bezeugen und zu deuten. In der Therapie wird an Empfindungen und Handlungstendenzen gearbeitet, um dem Klienten neue Arten der Orientierung in der Welt und der Bewegung durch die Welt zu erschließen. ... Bei der Arbeit an einem Trauma geht es ebenso sehr darum, dass sich der Klient erinnert, wie es ihm gelungen ist zu überleben, wenn es um die Arbeit an der Heilung geht. Es geht darum, die im Stich gelassenen befähigenden aktiven Abwehrmöglichkeiten zu entdecken, die zur Zeit des Traumas unwirksam waren.“ (van der Kolk, 2010, S. 24)

Unter Zuhilfenahme des KReST-Modells setzten sich Menschen schrittweise und kontrolliert mit den Geschehnissen der Vergangenheit auseinander, nehmen die Reaktionen ihres Körpers bewusst wahr, registrieren sorgfältig die Ebbe- und Flut-Bewegungen der Körperempfindungen und lernen physische Handlungen auszuführen, die ihre Kompetenz vergrößern. Das obige Beispiel hat einen kleinen Ausschnitt daraus gezeigt, ohne die komplexen Abläufe insgesamt zu beschreiben, die dieses Modell ausmachen.

Der Körper als gemeinsame Basis des zersplitterten Selbst

Haben Menschen in ihrer frühen Kindheit eine Traumatisierung erlitten und handelte es sich hierbei um wiederkehrende Misshandlungen oder Vernachlässigungen, spricht man von einer sequentiellen Traumatisierung, bzw. von einer Entwicklungstraumatisierung (van der Kolk, 2005). Einige Therapeuten gehen davon aus, dass sich das Resultat dieser frühen Trauma- und Bindungsstörungen in Form von in Unordnung geratenen Ich-Zuständen zeigt. Jemand mit einer so genannten Ego-State-Disorder gerät immer wieder in Persönlichkeitszustände, die zum Beispiel zu besonders aggressiven, depressiven, suizidalen oder selbstzerstörerischen Handlungen neigen. Diese Persönlichkeitszustände sind komplexe Körper-Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster, die sich in nutzungsbedingten neuronalen Verschaltungen herangebildet haben, also auf der Ebene des Gehirns isoliert verknüpfte Aktionssysteme darstellen (Hüther et al. 2010). Neben alltagstauglichen und funktionalen Seiten der Persönlichkeit existieren andere, dysfunktionale Seiten, die zwar wahrgenommen aber nur sehr ungenügend gesteuert werden können oder sich kortikaler Einflussnahme völlig entziehen. Die Menschen sind immer wieder „außer sich“, „nicht sie selbst“, „die Pferde gehen mit ihnen durch“, sie „verlieren den Boden unter den Füßen“.

Betrachtet man diese nach Onno van der Hart bezeichnete „Sekundäre strukturelle Dissoziation“ (van der Hart et al. 2008) unter Aspekten der Hirnentwicklung, können wir annehmen, dass bei diesen Menschen die Verschaltungsmuster im Hirnstamm, im Limbischen System und anderen subkortikalen Strukturen bereits vorgeburtlich weitgehend ausgereift und erfahrungsabhängig miteinander verknüpft worden sind (Hüther et al. 2010). Ohne jetzt die erforderlichen Bedingungen für eine therapeutische Veränderung der Ego-State-Disorder und die dazu erforderlichen Schritte differenziert zu schildern (siehe dazu beispielsweise Peichl 2007), will ich an dieser Stelle nur anmerken, dass aufgrund des gemeinsamen Körpers all dieser Ich-Zustände **ein** wesentlicher Integrationsaspekt in körperzentrierten Ansätzen liegt. Schon lange ist bekannt, dass zum Beispiel Qi-Gong, Massage und Yoga nicht nur die Selbstkontrolle des Körpers stabilisieren, sondern auch der Psyche zu einer vermehrten Steuerung der ungewünschten Zustände verhelfen. Die Wahrnehmung eines gemeinsamen Körpers als Basis des in der traumabelasteten Biographie zersplitterten Selbst ist der Beginn von Kontrolle über zerstörerische Persönlichkeitsanteile. Die Genesung kann dort beginnen, wo in der pränatalen Entwicklung des Gehirns noch keine Zersplitterung der neuronalen Strukturen stattgefunden hat. Rhythm is it!

Systemische Trauma-Arbeit: Körper und Beziehung

Auch wenn mit Paaren oder Familien gearbeitet wird, darf der Körper nicht außer Acht gelassen werden. In der Arbeit mit Paaren begegnet uns das Trauma häufig als Teil der Vergangenheit eines Partners, sei es aus der jüngsten Vergangenheit, wie zum Beispiel bei einem Soldaten, der in Afghanistan stationiert war, oder wie zum Beispiel bei einer Partnerin, die in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt erleiden musste. Auch wenn das vorrangige Setting der Wahl in beiden Fällen Einzeltherapie wäre, könnten doch ergänzend Paargespräche zu den systemischen Auswirkungen, den genannten sekundären Traumatisierungen, angeboten werden (Korittko 2010). Hierbei wird unter anderem in der Methodik darauf zu achten sein, dass jede im Paargespräch erzielte Veränderung auch einen körperlichen Ausdruck findet.

In einem therapeutischen Gespräch mit einem Soldaten und seiner Frau beklagte sich die Ehefrau, dass der Mann sich immer mehr zurückziehe und sie offensichtlich nicht mehr lieben würde. Der Soldat, der seine Frau vor seinen plötzlichen Wutausbrüchen als Symptom seiner Posttraumatischen Belastungsstörung schützen wollte, hatte keine Ahnung, wie sehr sie nun unter seiner selbst gewählten Isolation litt. Er versprach, zukünftig wieder häufiger ihre Nähe suchen zu wollen, wenn es ihm gut ginge. Diese Aussage erschien erst dann für seine Partnerin authentisch, als er gegen Ende des Gesprächs aufstand und sie in den Arm nahm. Er war tatsächlich physisch „auf sie zugekommen“. Gefühle (E-motions), die in zwischenmenschlicher Interaktion entstehen, suchen einen Weg, uns oder unser Gegenüber derart zu *bewegen*, dass unser Körper ins Gleichgewicht zurückfindet.

In der gemeinsamen Arbeit mit Eltern und Kindern nach einer simultanen Traumatisierung kann ein Modell genutzt werden, das von Bennett Braun als BASK-Modell bekannt gemacht wurde (Braun 1988) und in seiner Anwendung mit Familien nach außerfamiliären Traumata von mir ausführlich bereits andernorts beschrieben wurde (Korittko u. Pleyer 2010). Die Grundidee ist hierbei, die Familienmitglieder nach einer Phase der Stabilisierung in einer Art

„kollektiver Exploration“ zum Beispiel Zeichnungen der bedrohlichsten Situation anfertigen zu lassen (etwa der Zusammenprall zweier Autos bei einem Unfall) und diese Zeichnungen in drei Schritten gemeinsam zu betrachten. Dabei können in einer ersten Runde Fragen zu den Inhalten der Zeichnungen gestellt und beantwortet werden (B = Behavior, Verhalten; Was oder wer ist dort dargestellt? Wer macht was? Was ist sonst noch zu sehen? Welche Bedeutung haben die gezeichneten Gegenstände?). In der zweiten Runde wird ein Familienmitglied gefragt, welche Gefühle dabei entstehen, wenn er oder sie diese Zeichnungen betrachtet (A = Affekt, Welche Emotionen werden bei der Betrachtung der Zeichnungen ausgelöst?). „Wo sind diese Gefühle im Körper wahrzunehmen?“ kann die nächste Frage an dasselbe Familienmitglied sein (S = Sensation, Körpergefühl, Körperempfindung). Und anschließend wird nach einem Satz gefragt, der zu dem Gefühl und der Körperempfindung passt (K = Kognition, Gedanke). Die anderen Familienmitglieder werden im dritten Schritt um Rückmeldung zu dem geäußerten Satz gebeten. Ein Gespräch miteinander wird an diesem Punkt gefördert. Danach wird das nächste Familienmitglied nach Gefühl, Körperempfindung und Kognition befragt.

Die Zeichnungen würden in diesem Beispiel einen gemeinsamen Fokus der Eltern und Kinder erleichtern. Das BASK-Modell spricht wesentliche Wahrnehmungskanäle an und stellt gleichzeitig ein Modell dar, das auch die unterschiedlichen Ebenen der Trauma-assoziierten neuronalen Verschaltungen im Gehirn berührt. Die Frage nach dem Inhalt spricht die äußere Schale, den Neokortex an, die Frage nach dem Gefühl das Limbische System und die Frage nach den Körperempfindungen den Hirnstamm. Die abschließende Kognition passt zur Ebene der Bewertung, die wiederum im Neokortex und hier in der präfrontalen Rinde verortet ist. Es ist vielleicht ein wenig gewagt, doch die Idee einer „hirnfrendlichen Therapie“ bietet sich im Rahmen dieser Betrachtung an. Ein anderes Bild, das mir hierzu einfällt, wäre der Dialog der Gehirne miteinander, die sich gegenseitig zu einer Neubewertung des Traumas anregen und die durch die Informationen, die sie von ihren Körpern im Hier und Jetzt bekommen, sagen können: wir sind in Sicherheit, das Trauma ist überwunden, wir haben überlebt.

Ausblick

Gehirn und Körper sind Beziehungssysteme. Wenn ein Mensch auf die Welt kommt, hat er in seinem Gehirn die Erfahrung von Nähe und Verbundenheit gespeichert, aber auch von Autonomie und Freiheit. Dies sind die grundsätzlichen Bedingungen, die das menschliche Leben ausmachen: dazugehören und selbständig wachsen. Der Körper benötigt die Erfüllung dieser „neurobiologischen Erwartungen“, um sich gesund zu entwickeln. Werden diese Erwartungen erfüllt, stellt sich ein zufriedenes Gefühl ein, das im Körper zu spüren ist.

„Weil er ursprünglich so eng mit dem Gehirn und allem, was dort geschah, verbunden war, bietet der Körper einen besonders leichten Zugang zu allen Ebenen des Erlebens und Verhaltens, zu den im Gehirn abgespeicherten Sinneseindrücken, den Gefühlen, den unbewusst gesteuerten Verhaltensmustern und nicht zuletzt zu den frühen Erinnerungen.“ (Hüther 2010, S. 97)

Wenn der Körper mit der äußeren Welt im Einklang ist, entsteht eine neurobiologische Kohärenz. Hierbei spielen besonders emotional nahe stehende Menschen eine Rolle. Hier passt das

Konzept des *Embodiment*: Der Geist und die Psyche stehen mitsamt ihrem Organ, dem Gehirn, immer im Bezug zum gesamten Körper, wobei wiederum Gehirn und Körper in die restliche Umwelt eingebettet sind (Storch et al. 2010). Traumatisierte erleben diese Kohärenz zwischen innerer und äußerer Welt häufig nur schwer. Sie sind oft in einem Kreislauf von emotionaler Überflutung, körperlicher Notfallreaktion und dissoziativen Betäubungszuständen gefangen, dass der eigene Körper als fremd oder sogar feindlich erlebt wird. Manchmal sind auch die Erfahrungen mit Menschen so negativ gewesen, dass der Körper keine korrigierenden Erlebnisse mit Menschen zulassen kann. Dann kann zum Beispiel durch tiergestützte Therapie mit Pferden Selbstwirksamkeit und Kontrolle, Fähigkeit zu Konzentration und positiven Emotionen reifen und nicht zuletzt durch den psychischen Kontakt zum Tier ein Gefühl von Kohärenz entstehen. Hierzu sind vielversprechende Ansätze entwickelt worden (Heintz 2005, Opgen-Rhein et al. 2011). Der Mensch wird durch das Pferd im Getragensein berührbar, lässt sich auf Bindung ein und entdeckt seine inneren Ressourcen.

Der Körper ist Ausgangspunkt und Medium für elementare Erfahrungen. Wenn er wieder als Zuhause erlebbar wird, kann ein Mensch sich auf den Weg machen, besser für sich zu sorgen. Der eigene Leib kann zum wichtigsten Ort werden, um Sinn, Halt und Orientierung zu finden. Während in der postindustriellen Gesellschaft die Optimierung unserer äußeren Erscheinung – schöner, allzeit jung und fit – befreit von Rollenvorgaben inszeniert wird und der Körper durch Piercings, Tattoos, Schönheitschirurgie und Fitnesskult aufgewertet wird, verschwindet er in SMS- und Online-Kommunikation, Twitter und Chatrooms aus der persönlichen Begegnung. Gehen wir also wieder häufiger „in uns“, um herauszufinden, was uns gut tut.

Literatur:

- Bauer, J. (2006) Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Piper, München Zürich
- Besser, L. (2001) Traumata – Vom Zwang des Vergessens, der Sprachlosigkeit, der Wiederholung zum heilsamen Erinnern. ZPTN, Isernhagen
- Braun, B. C. (1988) The BASK model of dissociation. *Dissociation I* (1), S. 4 - 23
- Downing, G. (2007) Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. Kösel, München
- Felitti, V. (2002) The relationship between adverse childhood experience (ACE) to adult health: Turning gold into lead. *Z Psychosom Med Psychother*, Vol. 48, S. 359 – 369
- Ferenczi, S. (1988) Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Heintz, B. (2005) Lucia – Therapie einer Jugendlichen mit Posttraumatischem Belastungssyndrom. In: FAPP u. DKthR (Hg.) *Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis*. FN Verlag, Warendorf, S. 64-75
- Huber, M. u. Frei, P. (2009) Von der Dunkelheit zum Licht. Wie Persönlichkeit sich entwickeln kann. Junfermann, Paderborn

- Hüther, G. (2010) Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In: Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. u. Tschacher, W. (2010) Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Verlag Hans Huber, Bern. S. 75 - 97
- Hüther, G., Korittko, A., Wolfrum, G. u. Besser, L. (2010) Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung Psychotraumabedingter Symptomatiken. In: Trauma und Gewalt, 4. Jg., Heft 1, Februar, S. 18 – 31
- Hüther, G., Korittko, A., Wolfrum, G. u. Besser, L. (2012) Neurobiologische Erkenntnisse zur Herausbildung Psychotraumabedingter Symptomatiken und ihre Bedeutung für die Traumapädagogik. In: Trauma und Gewalt, 6. Jg., Heft 3, August, S. 2 – 9
- Korittko, A. (2010) Wenn die Familie des Soldaten mitleidet: Sekundäre Traumatisierung. In: Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, 28. Jg., Heft 3. S. 111-117
- Korittko, A. u. Pleyer, K. H. (2010) Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Levine, P. (1998) Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Synthesis, Essen
- Levine, P. (2011) Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. Kösel, München
- Nijenhuis, E. (2006) Somatoforme Dissoziation. Phänomene, Messung und theoretische Aspekte. Junfermann, Paderborn
- Odgen, P. u. Minton, K. (2000) Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. Traumatology VI (3): S. 149-173
- Odgen, P., Minton, K. u. Pain, C. (2010) Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz. Junfermann, Paderborn
- Opgen-Rhein, C., Kläschen, M. u. Dettling, M. (2011) Pferdegestützte Therapie bei psychischen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart
- Peichl, J. (2007) Innere Kinder, Täter, Helfer und Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst – Theorie und Praxis. Klett-Cotta Leben Lernen, Stuttgart
- Pesso, A. (1996) Movement in Psychotherapy, New York
- Pieper, G. u. Bengel, J. (2007) Traumatherapie in sieben Stufen. Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual (SBK). Verlag Hans Huber, Bern
- Possemeyer, I. (2013) Das Gedächtnis des Körpers. In: GEO 2/Februar, S. 80 - 91
- Reddemann, L. (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Klett Cotta, Stuttgart
- Rothschild, B. (2011) Der Körper erinnert sich: Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung, Synthesis, Essen
- Rüegg, J.C. (2010) Mind & Body. Wie unser Gehirn die Gesundheit beeinflusst. Schattauer, Stuttgart
- Shapiro, F. (1999) EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. u. Tschacher, W. (2010) Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Verlag Hans Huber, Bern
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2008) Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung . Junfermann, Paderborn
- Van der Kolk, B. (1994) The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Review of Psychiatry 1, 253-265

- Van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. Hrsg. (2000) Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann, Paderborn
- Van der Kolk, B. (2005) Developmental Trauma Disorder. A new rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 35. Jg. Zugriff unter www.traumacenter.org/PsychiatricAnnals3apdf
- Van der Kolk, B. (2010) Vorwort In: Odgen, P., Minton, K. u. Pain, C. (2010) Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz. Junfermann, Paderborn, S. 15 - 26
- Vogt, R. (2008) Handlungsaktive Symbolisierungsmethoden in der Psychotraumatherapie. Trauma und Gewalt, 2. Jahrgang, Heft 1, S. 54 – 62
- Yehuda, R. (2005) Intergenerational Predisposition of PTSD. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, May, 211 – 219

Endfassung: April 2013

Geplante Veröffentlichung: Herbst 2013. „System und Körper. Sammelband zur DGSF-Tagung in Berlin“, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen