

## Somatic Experiencing / SE®

### Einführung

1. Definition von Trauma
    - 1.1 Traumakategorien
    - 1.2 Die traumatische Erfahrung
    - 1.3 Anatomie
  2. Wesentliche SE - Prinzipien für die Traumaverarbeitung
  3. SE ist hilfreich bei....
  4. Neurozeption in Verbindung mit Trauma – die Polyvagale Theorie
  5. Positionierung als Körperpsychotraumatologie
  6. Schlussfolgerung
    - 6.1 Die schlechte Nachricht
    - 6.2 Die gute Nachricht
- Quellen

### **1. S o m a t i c - E x p e r i e n c i n g (SE)® - eine Methode der Körperpsychotraumatologie**

Psychotraumatologie ist eine Wissenschaftsdisziplin, die sich mit den Ursachen, dem natürlichen Heilungsverlauf und den therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten traumatischer Erfahrungen befasst.

Das Phänomen Trauma ist in unserem Leben allgegenwärtig. Viele Menschen haben im Lauf des Lebens traumatische Erfahrungen gemacht. Ein Trauma ist jedes besonders belastende Ereignis außerhalb der normalen menschlichen Erfahrungsnorm, das das subjektive Erleben von absoluter Überwältigung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und existenzieller Bedrohung sowie intensive Furcht und Entsetzen auslöst. Auch das Miterleben solcher Situationen kann traumatisierend wirken.

Überwältigende Erlebnisse und Schocktraumata wie Verkehrsunfälle, Stürze, Operationen, schwere Krankheiten, Missbrauch, Gewalt und Bedrohung, Verlust eines nahen Menschen, Naturkatastrophen, Krieg u. a. mehr können das Leben der Betroffenen tiefgreifend verändern. Viele Menschen können schwere Erlebnisse aus eigener Kraft gut verarbeiten. Bei anderen entstehen verwirrende, beängstigende Symptome wie Übererregbarkeit, Schlaflosigkeit, Panik, Depressionen, Ängste, Lern- und Konzentrationsstörungen, psychosomatische Beschwerden u. a.

Symptome können ihre Wurzeln auch in Ereignissen haben, die wir nicht erinnern oder die allgemein als 'übliche' Geschehnisse angesehen werden wie Unfälle, medizinische Eingriffe, Verlust oder länger andauernde emotional belastende Erfahrungen.

Traumata wurden bisher als psychische Störung verstanden. Die meisten Therapiemethoden berücksichtigen in der Regel nicht in ausreichender Weise die während eines bedrohlichen Ereignisses ablaufenden körperlichen Reaktionen. Die wichtige Rolle, die der Körper bei der Entstehung von Trauma spielt, findet leider noch zu wenig Beachtung.

Anders bei dem von Peter A. Levine entwickelten Modell zur Überwindung und Integration

traumatischer Ereignisse. Es beruht auf Verhaltensbeobachtungen in der Tierwelt; die Grundlage bildet der ursprüngliche Reiz-Reaktionszyklus der Überlebensinstinkte mit grundsätzlich drei Optionen: Flucht, Kampf und Erstarrung durch einen biologisch ausgelösten Totstell-Reflex (freeze). In der Folge oder parallel dazu kann es zur völligen Unterwerfung und Aufgabe (Kollaps) kommen. Tiere in freier Wildbahn sind häufig lebensbedrohlichen Gefahren ausgesetzt, werden jedoch nicht nachhaltig traumatisiert. Sie verfügen über angeborene Mechanismen, die es ihnen ermöglichen, die hohe, im Überlebenskampf mobilisierte Stress-Energie wieder abzubauen. Wir Menschen sind mit grundlegend gleichen Regulationsmechanismen ausgestattet, doch wird die Funktionsfähigkeit dieser instinktgeleiteten Systeme häufig durch den rationalen Teil unseres Gehirns gehemmt und außer Kraft gesetzt.

Dies kann bei uns Menschen dazu führen, dass die vom Körper im Alarmzustand bereitgestellte Überlebensenergie vom Nervensystem verzögert und unvollständig aufgelöst wird. Wenn der Organismus in freeze oder Kollaps fällt und dort über längere Zeit stecken bleibt, kann sich die geballte Energiemenge im Körper nicht mehr selbst auflösen.

Trauma ist also ursprünglich ein Schutzreflex des Körpers in einer bedrohlichen Situation, keine psychische Störung. Mechanismen wie Erstarrung und Dissoziation helfen uns, die Situation durchzustehen. Wenn sich dieser Schutzreflex jedoch nicht löst, wenn die Bedrohung zu Ende ist, entsteht ein Teufelskreis, der zur Überlastung des Systems führt. Ständige Übererregung und Stress (Hyperarousal), aber auch Kraftlosigkeit, rasches Ermüden, Ohnmachtsgefühle, Angst, Alpträume und Flashbacks, chronische Muskelverspannungen und Syndrome, Schmerz, Schwindel, veränderte Körperwahrnehmung, Konzentrations- und Sehstörungen und viele andere Beschwerden auf körperlicher und psychischer Ebene können die Folge sein. Gedanken und Gefühle, Verhalten und Überzeugungen traumatisierter Personen sind noch mit den erschreckenden Erfahrungen der Vergangenheit gekoppelt und können jederzeit durch so genannte Trigger wieder neu ausgelöst werden.

Die oben angeführten Symptome sind Hinweise auf das Vorliegen einer PTBS, die auch erst nach längerer Zeit oder in einer späteren Lebensphase auftreten kann. Meist kann keine organische Ursache nachgewiesen werden, häufig kommt es zu Fehldiagnosen. Ein Kennzeichen von Traumasymptomen ist, dass sie sich verselbständigen und verändern. Hauptsächlich aus diesem Grund versagen viele Therapieformen bei der Erkennung von Trauma und der Traumabehandlung. Bei der Aufarbeitung der Folgen von Schock und Trauma muss deshalb die körperliche Reaktion auf das verursachende Ereignis als eigenes Phänomen verstanden und berücksichtigt werden. Gelingt es dem Menschen, die blockierten biologischen Prozesse schrittweise und langsam zu entkoppeln und wieder in Fluss zu bringen, so kann er wieder Zugang finden zu seinen angeborenen, lebenswichtigen Reaktionsmöglichkeiten wie Orientierung und Verteidigung. Die angeborene Lebensenergie, die zum Zeitpunkt der Überwältigung nicht zur Verfügung stand bzw. eingefroren war, wird zurück gewonnen, die Person kann zum Gefühl von Normalität, Spannkraft und Wohlbefinden zurückfinden.

## **1. Definition von Trauma**

Psychische Traumatisierung wird beschrieben als objektives, plötzliches, kurz oder lang anhaltendes oder wiederkehrendes, existenziell bedrohliches

und auswegloses Ereignis außerhalb der normalen menschlichen Erfahrungsnorm, das das subjektive Erleben von absoluter Hilflosigkeit, Ohnmacht, intensive Furcht und Entsetzen auslöst.

### 1.1 Traumakategorien

Es gibt heute mehrere Unterscheidungen verschiedener Traumatisierungen, wie Einmal- und Mehrfachtraumata, komplexe Traumatisierung, kumulatives Trauma, big –T- Trauma, small- t- Traumata, Kindheits-, Entwicklungs – und Erwachsenentraumata. Trauma hat eine oder mehrere exogene Ursache(n) und beruht nicht auf einem innerpsychischen Konflikt.

Peter A. Levine kategorisiert Traumata nach deren Ursache.

“Globale Hohe Aktivierung“ (GHA) wird beschrieben als massive, globale, plötzliche oder anhaltende Stimulierung des zentralen Nervensystems ohne Entkommen; eine Überwältigung des gesamten Nervensystems mit Anspringen sämtlicher Überlebensreaktionen (Über- und Unterkopplung, Fragmentierung, Dissoziation, hohes Arousal)

GHA entsteht durch

I. Prä- oder perinatalen Stress, frühe chirurgische Eingriffe

II. Unvermeidbaren Angriff mit physischer Verletzung durch einen Angreifer, keine Fluchtmöglichkeit durch physischen oder psychischen Mangel an Hilfe

Angriff durch Tiere oder Menschen

Vergewaltigung, Nötigung, Kriegssituationen mit Bomben, hohe Lärmbelästigung  
geschlagen Werden, gewürgt Werden

Kidnapping

III. Physische Verletzung durch innere Verletzungen, invasive Eingriffe, Horror durch Blut:

Anästhesie

Operationen, Augenoperationen an kleinen Kindern

Vergiftungen

Halluzinogene, Psychosen

Verbrennungen

hohes Fieber

Krankenhausaufenthalt, mit Festgebundensein, Begegnungen mit Tod, Selbstmord, Mord

Unfälle, Kopfverletzungen, Blutbad (Horror)

IV. Versagen der körperlichen Abwehr- und Schutzmechanismen

Große Wucht, Aufprall bei Sturz aus großer Höhe (Schwerkraft)

Starkes Abbremsen, Sich-Überschlagen, Schleuder-Trauma

Ertrinken, Ersticken

Kopfverletzungen

V. Emotionales Trauma

Dauernder körperlicher und/oder sexueller Missbrauch (sadistisch oder narzisstisch), Inzest

Emotionaler Missbrauch

Schwere Vernachlässigung, körperlich und emotional verlassen Werden, schwerer Verlust (vor dem 11. Lebensjahr)

Mobbing

Terror

VI. Naturkatastrophen

Erdbeben, Flutkatastrophen, Feuersbrunst

Verlust der sozialen Umgebung (Flucht, Vertreibung)

Horror (Zeuge Sein)

Folter, Krieg, ritueller Missbrauch

Aus dieser Kategorisierung ergeben sich unterschiedliche SE spezifische Arbeitsprinzipien für die Traumabehandlung.

## 1.2 Die traumatische Erfahrung

Zwei der bedeutsamsten Reaktionsweisen während einer traumatischen Erfahrung und zugleich Prädiktoren für die Entwicklung psychotraumatischer Komplikationen sind

- das Erleben völliger Ohnmacht und Hilflosigkeit (mit Freeze und/oder totaler Unterwerfung, Kollaps) und in der Folge
- die peritraumatische Dissoziation (Abspaltung, Ausblendung, Verdrängung) unerträglicher Erlebnisinhalte (Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen wie Schmerz) vom normalen Tages-Wach-Bewusstsein, um auf diese Weise das Unerträgliche auszuhalten.

Es kommt zu einer Abspaltung und Fragmentierung körperlicher, emotionaler und sensorischer Aspekte des Geschehens vom Bewusstsein und zu einer Verhinderung deren Integration in Gedächtnis und Identität. Die abgespaltenen Inhalte unterliegen nicht mehr der bewussten Kontrolle der Person.

Bei der Dissoziation handelt es sich um einen autonomen Notfallmechanismus, keine gewählte Strategie oder Störungssymptomatik, eine Schutzfunktion der Natur, die durch das Anspringen des körpereigenen Opiatsystems zu einer Schmerz- und Angstreduktion bzw. Abschaltung führt.

Peritraumatische Dissoziation zeigt sich in Desorientierung/Verwirrung, verändertem Zeitgefühl (Zeitlupentempo vs. Schnelldurchlauf), Derealisation, Depersonalisation, Teil- und Vollamnesien, Freezing, bis zum Erleben von Leichtigkeit, Schmerz- und Furchtlosigkeit bis hin zur völligen Aufgabe.(submit).

Dissoziation wird als ein Kontinuum beschrieben, das von geringfügigem Abschalten im Alltagsleben, wie Tagträumen, bis zu starken dissoziativen Störungen wie der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) reichen kann. Es kommt dabei zu einer mehr oder weniger starken Veränderung der Identität, und die Erinnerung an Ereignisse, die während dieses Zeitraums stattgefunden haben, ist gestört. Es gibt deutliche Hinweise für eine Beziehung zwischen der Entstehung einer dissoziativen Identitätsstörung und wiederholten schweren traumatischen Erfahrungen, meist in der frühen Kindheit.

Somatic Experiencing / SE®: Traumatherapie Mag. Ulrike Zahlner

Begünstigende Faktoren für eine peritraumatische Dissoziation sind

1. geringes Alter,
2. invasives Trauma mit starken körperlichen Schmerzen und
3. weibliches Geschlecht.

Zwei der häufigsten daraus resultierenden Symptome sind Amnesien und Flashbacks. Trotz der vollständigen oder teilweisen Amnesie können partielle Traumabilder und Szenenabläufe gespeichert werden, die später als ängstigende Flashbacks oder belastend bleibende filmartig ablaufende Erinnerungen, als Intrusionen auftauchen.

Die Traumafragmente werden wie Splitter eines zersprungenen Spiegels oder Mosaiksteine eines zerborstenen Mosaiks isoliert bzw. dissoziiert gespeichert.

Solche Splitter sind die autoprotektive Wahrnehmungsstörung mit ihrem Schutz- bzw. Abwehrmechanismus

der Spaltung/Dissoziation und die vorangegangene Angst und Hilflosigkeit ebenso wie eine schockinduzierte Ohnmacht und/oder Amnesie, die jeweils engrammiert werden.

Dieser physiologische Vorgang kann als komplexe Dissoziation bezeichnet werden und meint die mangelnde Integration zwischen verschiedenen traumatischen Erinnerungen (nicht integrierte und deshalb dissoziierte Erlebnisse). Dissoziation wird heute allgemein als strukturelle Dissoziation gesehen.

### **1.3 Anatomie**

Traumatisierte Personen zeigen unterschiedliche und manchmal auch bei einer Person einander genau entgegengesetzte neurochemische, neuroanatomische und psychophysiologische Reaktionsweisen. Solche Unterschiede wurden auch bei Tieren beobachtet. Sie umfassen widersprüchliche Kortisolspiegel und Reaktionen des autonomen Nervensystems (Hyper- und Hypoarousal) sowie unterschiedliche Muster der Gehirndurchblutung. Diese Unterschiede sind anscheinend nicht zufällig; die psychobiologische Funktionsweise von Traumatisierten verändert sich in Abhängigkeit der aktivierten dissoziativen Anteile.

Verschiedene Traumatisierte können jeweils unterschiedliche Kortisolspiegel aufweisen.

Eine traumatisierte Person kann situationsbezogen unterschiedliche neuroendokrine, neuroanatomische und psychophysiologische Reaktionsweisen zeigen.

## **2. Wesentliche SE - Prinzipien für die Traumaverarbeitung**

Somatic experiencing/ SE ist eine psychophysiologische Behandlung für Menschen, die durch traumatische Erfahrungen belastet sind. Sie befasst sich mit den Folgen überwältigender Lebensereignisse in Psyche, Körper und Nervensystem und bietet Unterstützung und Begleitung im Prozess der Traumaverarbeitung. Wir Menschen besitzen die Fähigkeit, Trauma zu verarbeiten und uns wieder zu erholen. Viele der beschriebenen Symptome sind reversibel.

Insgesamt gilt: Je schwerer und länger die Traumatisierungen waren, je früher in der Kindheit sie begonnen haben, und je näher, emotional oder familiär, die Menschen waren, die das Trauma hervorgerufen haben, umso massiver sind die Symptombildungen und desto länger wird die Therapiedauer sein.

SE ist eine psychophysiologische Therapiemethode, die je nach Art des Traumas verschieden lang angewendet wird. Sie ist eine nicht übertragungs-, beziehungs- und problemorientierte Methode.

Es geht darum, aus der Position der Stärke und Kraft heraus etwas Schwierigem und Unbekanntem zu begegnen.

Auf dieser Basis wird das traumatische Ereignis körperlich und geistig 'neu verhandelt'. Dabei ist nicht nur das Ereignis selbst entscheidend, sondern die Art und Weise, wie die physiologischen Regulationskräfte des Nervensystems mit der Bedrohung fertig werden.

Der/die SE Therapeut/in hilft der Klientin/dem Klienten über den Kontakt mit dem vegetativen Nervensystem Blockaden behutsam aufzulösen. Die 'eingefrorene Energie' wird dabei in kleinen Dosen (titriert) aufgetaut und kommt schrittweise zur Entladung. Jede Überforderung und Katharsis wird dabei vermieden.

Wenn es emotional zu belastend erscheint oder die bewusste Erinnerung fehlt, kann ein Trauma auch bearbeitet werden, ohne über das Ereignis zu sprechen.

Durch das Aufspüren und Wiederbeleben der biologischen, körperlichen Abwehrkräfte entstehen aus dem traumabedingten Gefühl von Lähmung und Erstarrung ein Gefühl von Lebendigkeit, Lebensfreude und eine Öffnung von neuen Möglichkeiten und Handlungsspielräumen im Leben.

SE Arbeit ist also das Tracken des Nervensystems der Klientin/des Klienten mit SE eigener Sprache, Langsamkeit, Pendeln und Titrieren, der Arbeit mit dem SIBAM-Modell (Sensation, Image, Behavior, Affect und Meaning) und dem Abholen der Entladung.

SE beinhaltet auch und besonders die Arbeit mit Syndromen (chronische Müdigkeit, Fibromyalgie, Asthma, Migräne...), dafür werden unter anderem SE-spezifische Augenarbeit und Körperarbeit eingesetzt.

### 3. SE ist hilfreich bei....

Trauma ist keine psychische Störung sondern eine chronische Stressverarbeitungsstörung des Nervensystems. Es entstehen jedoch Beschwerden auf körperlicher und psychischer Ebene, wenn Dissoziation, Kontraktion und Hyper- bzw. Hypoarousal anhalten. Dabei erscheinen Symptome oft erst einige Zeit nach dem Ereignis, sie können auch erst in einer späteren Lebensphase auftreten, und meist kann medizinisch keine organische Ursache nachgewiesen werden. Nach Auflösung dieser Blockade im Nervensystem verringern sich die Symptome oder verschwinden vollständig.

Körperliche Beschwerden

Chronische Muskelverspannungen

Anhaltende Erschöpfung

Chronische Schmerzen

Syndrome

Flashbacks

Migräne

Schwindel

Empfindlichkeit auf verschiedene Sinneseindrücke wie Licht und Lärm

Atembeschwerden  
Unruhe in den Extremitäten  
Schlafstörungen  
Geschwächtes Immunsystem  
Verdauungsprobleme  
Herzbeschwerden ohne Befund  
Wandernde Beschwerden  
Empfindung von Erstarrung  
Körperteile als abgetrennt oder nicht vorhanden empfinden, u.a.

Psychische Beschwerden  
Angstzustände  
Hyper-oder Hypoarousal  
Schreckhaftigkeit  
Flashbacks – mit früheren Gefühlszuständen  
Dissoziation – fehlender Selbstkontakt  
Gefühl von Hilflosigkeit und Machtlosigkeit  
Scheinbar grundlose Trauer  
Häufige Alpträume  
Depression  
Bindungsunfähigkeit  
Hypervigilanz  
Hyperaktivität u.a.

#### **4. Neurozeption in Verbindung mit Trauma – die Polyvagale Theorie**

Das Nervensystem bewertet über die Verarbeitung von Sinnesinformationen aus der Umwelt ständig die Situation. Neurozeption ist ein von Stephen Porges eingeführter Begriff für die Unterscheidung zwischen drei neuronalen Regel- oder Schaltkreisen. Aufgrund des Erbes unserer Spezies findet Neurozeption in den primitiven Teilen unseres Gehirns, im Reptiliengehirn, statt, ohne bewusste Erkenntnis. Je nachdem, ob wir eine Situation als sicher oder gefährlich wahrnehmen, löst das ein neurobiologisch gesteuertes, prosoziales oder ablehnendes Verhalten aus. Auch wenn wir uns der Gefahr kognitiv nicht bewusst sind, hat unser Körper auf der neurophysiologischen Ebene bereits eine Sequenz neuronaler Prozesse gestartet, die zu adaptivem Verteidigungsverhalten wie Kampf, Flucht, Starre oder Unterwerfung führen.

Es ist wichtig, sich daran zu erinnern, dass die Neurozeption von Gefahr oder Lebensbedrohung in Bezug auf die externe Umwelt (Person oder Situation) und auch auf die innere Umwelt (unangenehme Symptome) vorkommen kann. Die komplizierten neuronal dirigierte Systeme, die das Verhalten von Menschen steuern, haben sich gemäß der polyvagalen Theorie von Stephen Porges in der Evolution bei Säugetieren, insbesondere Primaten, entwickelt, um sowohl soziales als auch defensives Verhalten zu regulieren. Säugetiere – auch der Mensch – haben in einem langen phylogenetischen Prozess Gehirnstrukturen entwickelt, die uns mit der Fähigkeit ausstatten,

Emotionen auszudrücken, zu kommunizieren und körperliche wie verhaltensbezogene Zustände zu regulieren.

Die Polyvagale Theorie beschreibt drei Stadien von Entwicklung im Autonomen Nervensystem von Säugetieren:

#### > **Mobilisierung, Kampf- und Fluchtreaktion**

Abhängig von der Wirkung des Sympathischen Nervensystems, das mit vermehrter metabolischer Aktivität und der Erhöhung des Herzschlags (schnellerer Herzschlag, stärkere Herzkontraktionen) assoziiert ist..

Dieses unmyelinisierte System unterstützt Kampf und Flucht. Es schließt die Nebennieren mit ein (Adrenalin, Noradrenalin und Kortisol), gibt viel Energie vom metabolischen endokrinen System. Es braucht Zeit, die Erregung wieder abzubauen. Überkoppelt: agitiert, außer sich, Hyperarousal, krampfhaft.

#### > **Immobilisierung, Totstellreflex, Verhaltensstarre**

Die Immobilisierung geschieht durch den ältesten Zweig des Vagus-Nervs (dorsaler Vagus, Parasympathikus), einem unmyelinisierten Teil des Nervensystems, der einem Areal des Stammhirns entstammt, welcher als dorsaler motorischer Nucleus des Vagus benannt ist und auch bei den meisten Wirbeltieren vorkommt. Unterkoppelt: Koma

Dieses frühe System verursacht die Abschaltung (Erstarrung), wie man sie bei schwerem Trauma beobachtet. Es verlangsamt Herzschlag, Atmung, Stoffwechsel, Energieverbrauch und ist verbunden mit allen Organen unterhalb des Zwerchfells: Herz, Lunge, Zwerchfell, dem enterischen Nervensystem (Information aus den Baueingeweiden, Bauchgefühl).

#### > **Soziales Engagement, Gesichtsausdruck, Stimmgebung, Zuhören**

Abhängig vom myelinisierten ventralen Vagus, der seinen Ursprung in einem Areal des Stammhirns hat, das als Nucleus Ambiguus bekannt ist.

Der myelinisierte Vagus fördert Gelassenheit, indem er den Einfluss des sympathischen Nervensystems auf das Herz hemmt. Es unterstützt soziale Verbundenheit, Kopplung mit dem Gesicht, erleichtert Wachstum, Lernen, soziale Verbindung und die Wahrnehmung von Berührung, steuert die subtile Abstimmung der Herzschlagrate, spart Energie auf, bis das Ausmaß einer möglichen Bedrohung festgestellt ist. Während geringfügiger Bedrohung hemmt der ventrale Vagus die Übernahme durch den Sympathikus. Verbunden mit Nerven, welche die Augen, Ohren, Gesicht, Kehle und Innenohr innervieren, auch Herz und Lunge.

Diese drei definierten Schalt- und Regelkreise unterstützen soziales Verhalten, Mobilisierung und Immobilisierung.

Beide Äste des Parasympathikus (ventral und dorsal) können hohe Erregung dämpfen, aber sie arbeiten unterschiedlich. Beide können die Herzfrequenz senken, wenn die Dämpfung durch einen der beiden wegfällt, steigt die Herzfrequenz.

Um einem Klienten zu folgen, ist es notwendig zu verstehen, welches System arbeitet oder in seine Funktion zurückkehrt (Tracking).

## 5. Positionierung als Körperpsychotraumatologie

In der Arbeit mit SE geht es nicht wie in der Körperpsychotherapie um verdrängte Gefühle, Bedürfnisse und emotionale Konflikte und deren Bewusstwerden, sondern um durch traumatische Erfahrungen im Körper blockierte Lebensenergie.

Bei Trauma sind Gefühle nicht verdrängt sondern dissoziiert und abgespalten, die abgespaltenen Anteile, Gefühle, Körperempfindungen, Sprache etc. sind dem Bewusstsein nicht zugänglich. Mit dissoziierten, fragmentierten Anteilen kann man auch nicht in einer Übertragungsbeziehung arbeiten. Wenn solche "verdrängten" - in Wirklichkeit dissoziierten - Gefühle in einer (Körper-) Psychotherapie „aufgetaut“ werden, ohne dass der Patient/die Patientin einen anderen Schutzmechanismus zur Verfügung hat, kommt es zu einer erneuten Überwältigung und Retraumatisierung, der Patient landet im Traumavortex, es kommt zu erneuter Dissoziation. SE bezweckt keine Veränderung am Körper oder über den Körper durch Therapeuten, unterstützt aber Menschen in ihrer Körperwahrnehmung auf ihrem Weg aus dem Trauma zu mehr Gesundheit, Wohlbefinden und Lebendigkeit.

Ziel ist das langsame Entkoppeln von physiologischer und psychischer Traumareaktion (Triggersituation) und Dissoziation.

Die Therapeutin/der Therapeut stellt sein eigenes stabiles Nervensystem dem verletzten Nervensystem der Klientin/des Klienten zur Verfügung, um ihm selbst seinen eigenen Weg zur Heilung zu ermöglichen. Sie/er hilft der Klientin/dem Klienten über den Kontakt mit dem vegetativen Nervensystem Blockaden behutsam aufzulösen.

Wie die Methoden Pat Ogden's, Babette Rothschild's und Anngwyn St. Just's ist SE eine Körperpsychotraumatologie.

Eine lange und intensive Ausbildung, Selbsterfahrung und Supervision stellen sicher, dass SE - Therapeutinnen/en eigene traumatische Erfahrungen bearbeitet und möglichst integriert haben, um nicht sich oder den Klienten Schaden zuzufügen.

## 6. Schlussfolgerung

### Die schlechte Nachricht

Während Menschen und Tiere dieselben auf die Beantwortung von Bedrohung gerichteten Mechanismen des Nervensystems teilen, haben viele von uns die Fähigkeit verloren, unsere Begegnungen mit Gefahr 'abzuschütteln'. Stattdessen sind wir als Traumaopfer gelähmt – physisch, emotional und mental. Zentrales therapeutisches Ziel in der Traumatherapie muss daher sein, Resilienz, die Befähigung zu Selbstregulation, zu Kohärenz zu entwickeln.

Viele Trauma-Überlebende haben einen langen Leidensweg hinter sich und haben im Laufe der Zeit mehrere Psychotherapeuten konsultiert, die jeweils eine andere mentale oder neurotische Störung (neurotische Depression, soziale Phobie, Psychose..) diagnostizierten. Der Grund dafür kann die Vielzahl der Symptome sein oder der ständige Wechsel der jeweils dominierenden Symptome, bzw. das geringe Wissen um die Auswirkungen von erlebter Gewalt, Schock und Trauma. Traumatisierte Menschen erscheinen bezüglich der geschilderten Symptompalette daher auch nach jahrelangen und wiederholten analytisch-tiefenpsychologischen und anderen Psychotherapien häufig therapieresistent.

Sie erleben sich dadurch als Versager oder hoffnungslos krank und gestört – das ist ihnen auch oft von ebenso überforderten Therapeuten (aggressiven Gegenübertragungsphänomenen und narzisstischen Kränkungen oder Selbstüberschätzungen zufolge) direkt oder indirekt vermittelt worden. Somit bleiben diese Patienten Gefangene ihrer alten Traumatisierungen und erfahren auf der therapeutischen Bühne erneut die Unabwendbarkeit, das Ausgeliefert-Sein an ihr Schicksal, die Ohnmacht und Hilflosigkeit und auch das Selbst-daran-schuld-Sein. Sie werden so vom Helfersystem zusätzlich retraumatisiert, insbesondere wenn der Schwere und Bedeutung der Gewalterfahrungen nicht in einer traumazentrierten Methode Rechnung getragen wird.

Traumatherapie erfordert eine andere Haltung als Psychotherapie, die Grundprinzipien der Trauma-Arbeit sind unter anderem Kontrolle, Information, Transparenz, Authentizität und solides Fachwissen. Eine ‚Wiederholung‘ der alten Geschichte zum Zweck des ‚Durcharbeitens‘, wie es oft in tiefenpsychologisch orientierten Therapien passiert, ist das Schlimmste, das betroffenen Patienten widerfahren kann. Triggersituationen und Traumareaktionen werden hier oft verwechselt mit frühkindlichen Konflikten, verdrängten Gefühlen und Übertragung.

Luise Reddemann beschreibt eine solche Therapie mit der Metapher ‚mit dem Fahrstuhl zur Hölle‘ oder ‚Operation ohne Vollnarkose‘. Von ihr stammt die Forderung, die ich unterstreichen möchte: „Der Traumatherapeut selbst sollte noch einmal mehr vertraut sein mit eigenem seelischen Leid und möglicherweise traumatisierten Anteilen, er sollte dies Leid kennen und verstehen sowie weitestgehend integriert haben in sein Lebenskonzept, um nicht sich und dem Klienten weiteren Schaden zuzufügen.“ (Luise Reddemann, Psychodynamisch imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche, S. 12)

Originalzitat Gottfried Fischer:

„Traumatherapie steht im Gegensatz zur Technik der Übertragungsneurose und zur NurÜbertragungsanalyse.

Werden diese beiden Konzepte in der Therapie angewandt, so bedeutet das, dass sich die traumatische Situation in der Beziehung zur Therapeutin buchstäblich wiederherstellen muss, damit sie durchgearbeitet und überwunden werden kann – was einer speziellen Größenphantasie der Therapeutin bedarf. Die Patientin verliert die Fähigkeit, zwischen Gegenwart und Vergangenheit zu differenzieren. Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass der Vorgang einer traumatischen Übertragung an sich therapeutisch wäre. Die Therapie verkompliziert sich, es steigt die Gefahr der Retraumatisierung und des Scheiterns.

Im Katalog der Therapiefehler steht es an erster Stelle. In der Traumatherapie wirkt sich diese Haltung noch destruktiver aus als in anderen Therapien.“ (Gottfried Fischer, Kausale Psychotherapie, S. 350)

Eine defizit-, problem- und übertragungsorientierte Therapie, in der weder das unermessliche Leid der betroffenen Patienten, noch ihre Kraft und ihr Mut, den es kostet, sich den belastenden Erfahrungen zu stellen, Platz finden, hingegen Betroffene pathologisiert und stigmatisiert werden, führt zu weiteren Einbrüchen im Selbstkonzept dieser Patienten.

Bei Verdacht auf eine traumabedingte Folgeerkrankung ist unbedingt eine traumazentrierte Therapie, nicht aber eine herkömmliche Psychotherapie anzuraten.

**Die gute Nachricht...**

In der Geschichte der therapeutischen Arbeit ist immer angenommen worden, dass psychische Veränderung in erster Linie durch das Vehikel von Einsicht und Verstehen oder durch Verhaltensmodifikation entsteht. Es hat sich jedoch erwiesen, dass das Studium mentaler Prozesse nur begrenzten Wert dabei hat, Menschen zu helfen, Trauma zu transformieren.

Veränderliche, körperbasierte Gefühle, geformt aus physischen Empfindungen, bilden die eigentliche Grundlage dessen, wie wir uns fühlen und uns erkennen. Durch empfindende Körpererfahrung ('Felt sense') ist der Mensch in der Lage, sich durch emotionalen und physischen Schmerz hindurchzubewegen und wieder Zugang zu finden zu seinen grundlegendsten Empfindungen von Lust und Gefühlen des Wohlseins. Diese formen den vitalen Kern von Balance, Selbstentdeckung und wiedererlangter Ganzheit – das gewöhnliche Wunder der Heilung.

Trauma ist eine allgemein menschliche Erfahrung, die jedem von uns begegnen kann. Durch Traumatherapie sind viele der beschriebenen Symptome reversibel. Dies muss nicht unbedingt ein langfristiger Prozess sein. Wenn es gelingt, das Nervensystem zu beruhigen und zu stabilisieren, kann der Heilungsprozess auch schneller durchlaufen werden.

Durch die Neuroplastizität unseres Gehirns besitzen wir Menschen die Fähigkeit, ein Trauma zu verarbeiten und sind dazu fähig, uns wieder zu erholen und den passenden Weg dafür zu finden. Unser Weg aus dem Trauma zwingt uns auch, die Illusion der Sicherheit abzulegen und eine völlig andere Lebensphilosophie zu erlernen. Die Energien, die bei der Heilung eines Traumas befreit werden, können eine Quelle für Transformation und für mehr Ganzheit und Vollständigkeit sein. Wir entwickeln Vertrauen in unsere Fähigkeiten, mit den traumatischen Erfahrungen und unserer Reaktion darauf umzugehen. Traumaaarbeit verstärkt unsere Erlebnisfähigkeit, Kontrollfähigkeit, unser gesamtes Potential, unsere Gefühle, die spirituelle Dimension, unsere Ressourcen und unsere Resilienz, wirkt bewusstseinsweiternd und eröffnet uns eine Dimension, die wir vorher nicht gekannt haben.

**Quellen:**

Peter A. Levine, Ph.D, Begründer von Somatic Experiencing, Präsident der Foundation for Human Enrichment, Colorado

Prof. Dr. Stephen W. Porges, Polyvagale Theorie; Illinois University, Chicago

Ellert R.S. Nijenhuis, Ph.D., Traumaforscher, Niederlande

Antonio Damasio, Neuropsychologe

Michaela Huber, Ausbilderin in Traumabehandlung, Kassel

Luise Reddemann, Ärztin, Psychanalytikerin, Traumatherapeutin, Bielefeld