„Konzentrative Bewegungstherapie zur Stabilisierung für Menschen mit posttraumatischen Belastungen bei Trauma und Dissoziation“

Eine theoriegegründete quantitative empirische Studie

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (Psychotherapie)

im Universitätslehrgang Psychotherapie
ÖAKBT Upgrading 1

von
Waldtraut Fetscher, Gröbenzell

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
an der Donau-Universität Krems

Gröbenzell/München, 31. Dezember 2012

Gutachterinnen:

Erstbegutachtung:
Prof. Dr. Andrea Kerres
Buchenweg 2
86511 Schmiechen
Tel: +49-8206 903361
www.andrea-kerres.de

Zweitbegutachtung:
Dr. Brigitte Windisch
Kirchberggasse 26/4
1070 Wien
Tel: +43-1-5246768

Waldtraut M. Fetscher, Donau Universität Krems 2013

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Waldtraut Fetscher, geboren am 06. März 1955 in Bassum/DE, erkläre,

A. dass ich meine Master Thesis selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

B. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner

Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

C. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen (Klinik) betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

Gröbenzell, ...

Ort, Datum Unterschrift

DANKSAGUNGEN

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen TeilnehmerInnen der Fragebogen-Studie für ihre Teilnahmebereitschaft und die von ihnen zur Verfügung gestellte Zeit bedanken.

Mein Dank gilt der Forschungswerkstatt des DAKBT, die mir großzügig alle Unterlagen und Forschungsergebnisse zum Erstellen meines Studiendesigns zur Verfügung gestellt, sowie meinen KBT-Kolleginnen, die mir die Fragebogen-Studie praktisch ermöglicht haben, Gabriele, Gaby, Sissi, Thekla, Ulrike und auch denen, die sich darum bemüht haben und in deren Klinik es nicht möglich war PatientInnen zu befragen.

Ich danke Prof. Dr. Andrea Kerres und Dr. Brigitte Windisch für ihre wohlwollende und anregende Betreuung bei der Anfertigung dieser Arbeit. Daniela Schwab und Gregor Liegl gilt mein Dank für den fachlichen Austausch und ihre Bereitschaft, die Fragebogen-Ergebnisse zu erstellen, zu analysieren und mit mir zu diskutieren. Von Dr. Karin Schreiber-Willnow erhielt ich viel Impulsierung und Ermutigung für diese Studie; Lutz Besser, Sabine Reimold und Maria Sagl haben mich in Detailfragen sehr unterstützt. Meinem Chefarzt, Dr. Franz Pfitzer, danke ich für die Erlaubnis und Unterstützung, welche er mir vielfältig für meine Arbeit an der Masterthese zukommen ließ. Dankbar bin ich Michael Höhne für das Komplettieren der Fragebögen und Harriet Gerstendörfer für die umsichtige Korrektur.

Meinem Lebenspartner Thomas und meiner Tochter Tabea danke ich für ihre Unterstützung und vor allem für das Verständnis, denn nur dadurch ist diese Arbeit möglich geworden. Meinem Sohn Tobias danke ich für die Mithilfe bei technischen Details.

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit beschreibt mittels einer phänomenologischen Herangehensweise das Thema Dissoziation. Dieser Begriff scheint eng verwoben mit dem Trauma-Thema und zugleich mit dem therapeutischen Vorgehen in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) zu sein. Parallel dazu beziehen Trauma-Therapiemethoden aufgrund der Ergebnisse der Neurobiologie den Körper als Ort des psychischen Geschehens ein.

Eine empirische Studie, die in Zusammenarbeit mit der DAKBT-Forschungswerkstatt entwickelt wurde, dokumentiert die Möglichkeiten eines integrativen Behandlungsansatzes in stationären KBT-Gruppen, der auf die strukturellen Bedingungen der PatientInnen abgestimmt ist. Der Nutzen der KBT, bezogen auf die Therapieanfangsphase, wurde im Hinblick auf PTSD-PatientInnen untersucht. Die gewonnenen Fragebogendaten wurden deskriptive und interferenzstatistisch ausgewertet.

Stichwörter: DAKBT-Forschungswerkstatt, Dissoziation, Konzentrative Bewegungstherapie, KBT, körperbezogenes Selbsterleben, Psychotherapie, Toleranzfenster

Abstract

The purpose of the research is to describe the psychological phenomenon of dissociation. Dissociation is a phenomenon principally mentioned in the context of traumatic experiences and it influences the processes in concentrative movement therapy (CMT). Based on recent neurobiological research on dissociation processes showing significant neuroanatomic correlates and changes in the neurotransmitter systems many traumatherapies have acknowledged the importance of body processes as part of the dissociation.

An empirical study designed in cooperation with the research laboratory of DAKBT shows the effectiveness of an integrative treatment approach in in-patient CMT-groups adapted to several levels of structure in the patients` personality. The CMT`s benefit in the early treatment phase was explored in patients with and without PTSD. The questionnaires were analysed with descriptive and interference statistics showing a higher benefit for PTSD-patients.

1 Inhaltsverzeichnis

1 INHALTSVERZEICHNIS 5

2 EINLEITUNG 10

3 KONZENTRATIVE BEWEGUNGSTHERAPIE (KBT) 13

3.1 Theorie und Grundbegriffe 13
3.1.1 KBT als Psychotherapieverfahren 13
3.1.2 Definition 13
3.1.3 Historischer Abriss 14
3.1.4 Das Menschenbild 15
3.1.5 Konzentrativ in Bewegung 15
3.1.6 Die Grundbegriffe der KBT 16
3.1.7 Das Dissoziationsmodell nach Cserny 20
3.1.8 Sensomotorische Intelligenz nach Piaget und Grenzerfahrungen in der Entwicklung 20
3.1.9 Körperbild und Körperschema 22
3.1.10 Der Gestaltkreis nach Weizsäcker 23

3.2 Diagnostik und Vorgehensweise in der KBT 24
3.2.1 Das Phänomen 24
3.2.2 Psychische Repräsentanzen 25
3.2.3 Die Sprache 26
3.2.4 Gegenstände in der KBT 26
3.2.5 Die therapeutische Beziehung 27
3.2.6 Symbolisierung 27
3.2.7 Wahrnehmungsschulung - das eigentliche Hauptanliegen der KBT 30
3.2.8 Formen der Wahrnehmung 30
3.2.9 Sinne des Menschen 31
3.2.10 Die Sinneslehre als eigenständiges Wissenschaftsgebiet 32

4 POSTTRAUMATISCH BELASTETE PATIENTINNEN 45

4.1 Traumatisierte und Traumafolgen 46
4.1.1 Begriff Traumatisierung 46
4.1.2 Posttraumatische Störungen 46
4.1.3 Peritraumatische Reaktionen 47
4.1.4 Janets Einfluss auf die Psychotraumatologie 48
4.1.5 „Katharsis“ 49

4.1.6 Moderne Traumatologie auf der Grundlage von Janet 51
4.1.7 Erinnerungsphobie 51

4.2 Traumakonzepte und ihre wissenschaftliche Entwicklung 53
4.2.1 Entstehen der posttraumatischen Störungen 53
4.2.2 Welche Spuren ein Trauma in der Persönlichkeit hinterlässt: Interpersonelle Probleme 53
4.2.3 Posttraumatische Krankheitsbilder nach ICD-10 54
4.2.4 Komplexe Traumafolgestörungen 55

5 DISSOZIATION 56

5.1 Begriff 56

5.2 Dissoziation als therapeutische Technik 58

5.3 Dissoziation als Ressource 59

5.4 Dissoziation als ein Verschieben von Wahrnehmungselementen 60
5.4.1 Alltagsdissoziation 60
5.4.2 Wahrnehmungswechsel 61
5.4.3 Entfremdung 62
5.4.4 Gewohnheiten 62
5.4.5 Das Üben - ein subjektiver Nutzen 63
5.4.6 Achtsamkeit, Meditation und Geistesschulung 63
5.4.7 Schlaf und Todesnähe 66

5.5 Definition, ICD 10 67
5.5.1 Psychiatrische Definition 67
5.5.2 Primäre, sekundäre und tertiäre Dissoziation 69
5.5.3 Dissoziative Störungen 70
5.5.4 Dissoziative Phänomene 71
5.5.5 Diagnostische Instrumente 72

5.6 Dissoziation Konversion und Somatisierung (Beispiel aus der KBT) 73
5.6.1 Komorbidität 73
5.6.2 Dissoziation als ein Bewusstseinsphänomen 74
5.6.3 Beruhigung und Entängstigung mit KBT 75

5.7 Neurowissenschaftliche Gesichtspunkte 75

5.8 Behandlungen als Handlungen verstehen 76

5.9 Gehen wirkt … 77

5.10 Dissoziation und neurobiologische Forschung 78
5.10.1 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung 78
5.10.2 Unterschiedliche psychobiologische Reaktionsweisen bei traumatischen Belastungen 79

6 BEHANDLUNGSVERFAHREN UND DISSOZIATION 81

6.1 Stabilisierung in der Therapieanfangsphase mit KBT 81
6.1.1 Für Unsagbares eine Sprache finden 81
6.1.2 Traumaspezifisches KBT-Setting 82
6.1.3 Vertrauen finden in die alten und neu erworbenen Fähigkeiten 83
6.1.4 Körperpsychotherapie in der Medizin und Psychotherapie 84

6.2 KBT-Behandlung mit dem Dissoziationsmodell nach Cserny 85
6.2.1 Grundgedanke der symbolischen Transformation 85
6.2.2 Heilsame Erfahrung 86
6.2.3 Das Dissoziationsmodell in der KBT-Behandlung 87
6.2.4 Stimulationsregulierung und interpersonelle Probleme 88

6.3 Gindlers Spürarbeit für Alltag und Therapie 91

6.4 Bipolare Therapie und EMDR 92
6.4.1 Moderne Traumatherapie 92
6.4.2 Prinzipien mentaler Reorganisation 94
6.4.3 Prinzip der Körperlichkeit 95
6.4.4 Das bipolare Prinzip in der Psychotherapie 97

7 DAS TOLERANZFENSTER BEI DISSOZIATIONSBEWÄLTIGUNG 99
7.1.1 Die Sensumotorische Psychotherapie 99
7.1.2 Traumatisierte im Hyperarousal 100
7.1.3 Arousal- Zusammenhänge 102
7.1.4 PITT - Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie nach Reddemann 117

7.2 Angebote/Übungen zum körperbezogenen Selbsterleben bei Dissoziation 121
7.2.1 Sensumotorische Therapie 121

8 EMPIRISCHE FORSCHUNG IM UMFELD DES THEMAS 128

8.1 Heilungschancen bei PTSD und Salutogenese 128
8.1.1 Resilienz 128
8.1.2 Salutogenese 129
8.1.3 PTSD-Behandlung im Therapie-Alltag 130
8.1.4 Psychodynamische Therapien 130

8.1.5 Antonovsky zur Salutogenese 131
8.1.6 „Sense of coherence“ 133

8.2 EMDR nach Shapiro – ein imaginativ-körperorientierter Ansatz 135
8.2.1 Theorien 135
8.2.2 Acht Phasen der EMDR-Therapie nach Shapiro 135

8.3 Forschungsergebnisse der Gruppentherapie 139
8.3.1 Teilstudie 2 der DAKBT-Forschungswerkstatt von 2011 139
8.3.2 Pilotstudie zum Körperselbsterleben mit KBT 139
8.3.3 Gruppen-Wirkfaktoren nach Yalom 140
8.3.4 Wirkfaktoren der KBT, erste klinische KBT-Studie, Schreiber-Willnow, 2000 141

9 QUANTITATIVE STUDIE ZUR STATIONÄREN KBT-GRUPPENTHERAPIE 142

9.1 Studiendesign 143
9.1.1 Ausgangspunkte für die Fragebögen 144
9.1.2 Auswertung 144
9.1.3 Titel der Studie 144

9.2 Verlauf der quantitativen empirischen Untersuchung 145
9.2.1 Resümee der Teilstudie 2 der DAKBT-Forschungswerkstatt 2010 146
9.2.2 KBT-Behandlungskonzept 146
9.2.3 Fragestellung und Studienhypothesen 147

9.3 Methoden 152
9.3.1 Stichprobe 152
9.3.2 Auswertungsinstrumente 152
9.3.3 Abfolge des Forschungsprozesses 155

9.4 Ergebnisse 155
9.4.1 Voranalysen: Reliabilitätsanalysen 155
9.4.2 Erster Überblick über die Zusammenhänge 156
9.4.3 Resultate bezüglich der Studienhypothesen 157

9.5 Zusammenfassung / Diskussion der Ergebnisse 165
9.5.1 Resultate und Studienhypothesen 165
9.5.2 Diskussion der Resultate 166

10 SCHLUSS 167

11 QUELLENVERZEICHNIS 169

11.1 Literaturverzeichnis **169**

11.2 Abbildungsverzeichnis **177**

11.3 Abkürzungsverzeichnis **179**

11.4 Anhang **180**

2 Einleitung

Einen ersten Ausgangspunkt in dieser Arbeit bilden Überlegungen zu dem Nutzen und der Wirksamkeit der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) im klinischen Alltag, in der Traumatherapie sowie in der Literatur.

Den zweiten Ausgangspunkt sehe ich in den Überlegungen zur Dissoziation. Einerseits: Was ist Dissoziation? Wie wirkt sie? Und andererseits: Was kann Dissoziation im menschlichen Bewusstsein und Organismus leisten und darüber hinaus bewirken? Was die somatopsychischen Faktoren betrifft, gibt es hierüber viele Veröffentlichungen, die sich vorrangig mit der Bewältigung und Kontrolle der dysfunktionalen Seite im Zusammenhang mit Traumaerleben und bei posttraumatischen Persönlichkeitsstörungen sowie bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) auseinandersetzen.

Das Thema Dissoziation im eigentlichen Sinne war für hundert Jahre im Verborgenen und kam vor etwa 30 Jahren zum Vorschein, als sich die moderne Traumaforschung entwickelte aus Anlass der vielen traumatisch Belasteten von den Kriegsschauplätzen der Welt. Mit dem Schweigen/Verstummen z.B. der Holocaust-Überlebenden und andererseits der damaligen Hinwendung der allgemeinen Psychotherapie-Wissenschaft zur Freudschen Triebtheorie, die dieser später entwickelt hatte, war es bis dahin möglich gewesen die Dissoziation zu „vergessen“. Jetzt ist eine Wende vollzogen: der Therapie stehen durch die Neurobiologie Erkenntnisse zur Verfügung - da gibt es Durchblick, Transparenz - und alles, was unter den Teppich gekehrt wurde, hat die Möglichkeit ans Tageslicht zu gelangen. Die bereits von Pierre Janet (1889) aus seinem dynamischen Verständnis gemachten Aussagen erweisen sich als wesentlich und dem heute Erforschten entsprechend.

Was aber bewegt den Menschen an sich, den Körper bei bestimmten (unerträglichen) Gegebenheiten freiwillig oder unfreiwillig zu verlassen, sich zu distanzieren, eine Entkoppelung zwischen Körper und Seele vorzunehmen? Wenn wir in den Therapiestunden zur Wahrnehmung anleiten, dann geht es einerseits um die Kopplung bestimmter Sinnesqualitäten mit Erfahrungen. Diese haben eine emotionale Ladung und gelangen ins Bewusstsein. Das ist *Assoziation.* Für die

Entkoppelung vom emotionalen Bedeutungsgehalt ist *Dissoziation* wirksam. Sie wird willentlich herbeigeführt. Wie es damit gelingt über Wahrnehmungs- und Symbolisierungserleben zur *Differenzierung* in ein neues Gefühls- und Affektrepertoire bzw. zu neuen Repräsentanzen zu gelangen, soll hier näher in einem aus der Salutogenese geführten Ansatz untersucht werden.

Ein dritter Ausgangspunkt, der sich ergibt, ist das Thema „Psychotherapie und Spiritualität“, denn das Dissoziationsthema grenzt an dieses Gebiet an. Viele PsychotherapeutInnen nutzen ohnehin ihren eigenen spirituellen Hintergrund als wertvolle Ressource im Therapiealltag. Andere möchten sich davon distanzieren und lehnen es ab. (vgl. (Cserny und Paluselli (Hg.), Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie 2006, 62)

Mit diesen drei Punkten ist die Ausgangslage für die vorliegende Arbeit beschrieben. Es wird das komplexe Thema anhand von drei empirischen Forschungsfragen exploriert:

- Welche hilfreichen Möglichkeiten bietet die KBT bei PatientInnen mit PTSD im Vergleich zu anderen PatientInnen ohne PTSD?
- Inwieweit können sich PatientInnen mit/nach belastenden Lebensereignissen durch entsprechende therapeutische Angebote (z.B. Nähe-Distanz-Regulation, Stimulationssteuerung) stabilisieren?
- Wie kann die Dissoziation (im Sinne von Entkoppelung) in diesem Zusammenhang unterstützen und entlasten?

In der quantitativen Studienarbeit (Kapitel 8 und 9) werden Ergebnisse gesammelt und beschrieben, und danach interpersonelle Probleme (Abgrenzungsverhalten) bei geringeren oder stärkeren Belastungsgraden von PatientInnen in zwei Vergleichsgruppen festgestellt. Daneben wird untersucht, ob traumatisch Belastete die KBT-Gruppenstunden als nützlich/hilfreich erleben und wie sich ein geringes körperbezogenes Selbsterleben dabei auswirkt.

Wir nehmen den PatientInnen nicht den Leidensdruck, doch viele PatientInnen, die gerade über das unsägliche Drama, das ihr Leben beherrscht, nicht sprechen können, haben über die Symbolisierungs- und strukturierte Körperarbeit in der KBT die Möglichkeit über Sinneswahrnehmungen auf genaue Weise hinzuspüren, sich in einem permanent symbolisierenden, formenden Prozess zu erinnern. In welchem Ausmaß dabei Gesundung geschieht oder auch Einschränkungen bleiben, ist nicht so entscheidend wie die Annahme und Würdigung des Geschehenen im Rahmen der Traumaarbeit. Es soll dabei dasjenige an Verantwortung zurückgewonnen werden, was von den Ärzten im 19. Jh. dem Glauben an ein biomedizinisches Krankheitsmodell (von der Hoffnung auf eine perfekte Gesundheit) geopfert wurde. Leben wir nicht alle mit einem gewissen Ausmaß von Gesundheit und bewegen uns dynamisch darauf zu und wieder davon weg? - Halten und Sichern gibt es nicht, nur als zeitweilige Illusion. Denn alle sind wir sterblich, (vgl. (Antonovsky 1997, 23)), auch wenn uns anderes vorgegaukelt wird.

Als Psychotherapeutin mit KBT in einer Klinik arbeitend Menschen auf ihrem Weg zu begleiten ist mein wesentliches Anliegen. Es braucht Interesse und persönlichen Einsatz, um mit den PatientInnen den Abbau von jahrelangem Stress zu leisten bis zum Finden der Autonomie: das bedeutet Handlungsfähigkeit und Impulswahrnehmung, das heißt Kohärenzsinn stärken (vgl. (Breitenborn 2006, 182)). Meine ganzheitliche Arbeitshaltung, verbunden mit der in mir entzündeten Gindlerschen „körperkulturrevolutionären“ Seite, steht neben dem Vertrauen, dass PatientInnen ihren gesunden Anteil mitbringen oder zeitnah wieder zur Verfügung haben können. Dissoziation wird dabei als Fähigkeit und Hindernis stetig eine Rolle spielen.

3 Konzentrative Bewegungstherapie (KBT)

Es ist
„Das Sich-Bewegen,
Also die gesamten motorischen Funktionen eines Menschen,
Das Bewegt-Sein,
Also das Erlebnis der Bewegung
Und damit auch ein innerlich Bewegendes und Bewegtes,
Das Auf-dem-Weg-Sein,
Also die Schritte eines Menschen in seiner Entwicklung und Entfaltung-
Auch in den kleinen Schritten
Der Überwindung
Tatsächlicher oder vorgestellter äußerer und innerlicher Behinderungen",
Wenn wir von Bewegungstherapie sprechen (Stolze (Hg.) 1989, 222).

3.1 Theorie und Grundbegriffe

3.1.1 KBT als Psychotherapieverfahren

Die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) ist seit 2001 in Österreich als ein **eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren**, basierend auf einer konsistenten und wissenschaftlichen Theorie, anerkannt. Gegründet auf entwicklungspsychologischen, psychodynamischen und lerntheoretischen Modellen kann sie zur Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Leidenszuständen und Verhaltensstörungen beitragen (Pokorny, Hochgerner und Cserny 1996).

3.1.2 Definition

„KBT ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode, bei der Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage für Erfahrung und Handeln genützt werden. Auf der Basis entwicklungs- und tiefenpsychologischer Denkmodelle werden unmittelbare Sinneserfahrungen verbunden mit psychoanalytisch orientierter Bearbeitung." (ÖAKBT 1990)

Die KBT findet Anwendung als Gruppen- und Einzeltherapie in Kliniken sowie in freier Praxis. Das Einbeziehen von Wahrnehmung und Bewegung in den therapeutischen Prozess ist kennzeichnend, indem im Gespräch auftauchende

Problembereiche ins Körperliche übersetzt werden. Das macht Begreifen im umfassenden Sinne möglich. (Schmitz 2004, 16)

3.1.3 Historischer Abriss

Ihre Wurzeln hat KBT in der Gymnastikbewegung von vor etwa hundert Jahren, bei der es um die Befreiung von der bürgerlichen und körperlichen Einengung ging. Dies wurde Ausdruckstanz, neue Gymnastikschulen, die körperliche Bewegung heraus aus den wiederholenden mechanischen Übungen hin zu einem eigenen Ausdruck in der Bewegungsvielfalt.

Elsa Gindler (1885-1961) entwickelte nach dem ersten Weltkrieg in Berlin unter dem Namen „pflegerische Gymnastik“ eine Methode, die sich an werktätige Frauen in Berlin wandte, wo es nicht um die ästhetischen Idealvorstellungen vom menschlichen Körper ging, sondern um „lebendig und wach sein, in Finger und Zehenspitzen genauso wie im Herzen und im Verstand. Aus ganzer Seele wach sein und bereit zu reagieren, das war ihr Wesen und das wollte sie lehren.“ (Dr. Rudolf Wilhelm) Wenn sie 1926 in „Die Gymnastik des Berufsmenschen“ schreibt: „Es wird uns allen immer mehr fühlbar, dass wir mit unserem Leib nicht mitkommen, dass das Gleichgewicht der körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte gestört ist. …Die Unzulänglichkeit beherrscht uns im ganzen und im einzelnen. Täglich gibt es die kleinen Malheure … Man findet es nun gewiss anmaßend, dem … mit Gymnastik nahekommen zu wollen.“ Aber „ … die Gymnastik tut’s freilich nicht, sondern der Geist, der mit uns bei der Sache ist.“ Und daraus entsteht für ihre Schülerschaft, im ‚Gindler-Geist‘ zu arbeiten, was heißt zu versuchen Reaktionsfähigkeit und das Entwicklungspotential im Menschen zu wecken, aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen. „Mit der Zeit entdeckte ich, dass dieses Sich-selbst-Spüren keine Technik ist und auch nichts Dramatisches. Es ist sehr einfach, und darin liegt die Schwierigkeit. Ich musste lernen, meine Bemühungen auf das Einfachste zu reduzieren – was das Schwierigste auf der Welt ist (Gertrud Heller)“ (Sensory Awareness 1991, 8ff).

3.1.4 Das Menschenbild

Für die KBT gilt einerseits die Orientierung an der Definition zur wissenschaftlichen Psychotherapie des Psychotherapiegesetzes von 1991, und sie richtet sich an dem ihr eigenen Menschenbild aus:

> Wir sehen den Menschen als ein sich **ständig in Entwicklung** (körperlich, seelisch, geistig) befindliches **Individuum** als Teil **eines** kulturellen, sozialen, ökologischen und spirituellen **Ganzen**. Er ist davon geprägt und bestimmt und prägt und bestimmt es seinerseits. In der KBT fördern wir die Entwicklung seiner Fähigkeiten, sich wahrzunehmen, zu bewegen, zu spüren, zu fühlen, zu denken und zu wollen, mit dem Ziel, dass der Mensch **entscheidungsfähig**, **beziehungsfähig** und **verantwortlich** in der Welt **handelt** und er ein für ihn adäquates körperlich-seelisch-geistiges **Gleichgewicht** erreicht. (Cserny und Paluselli (Hg.), Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie 2006, 12)

3.1.5 Konzentrativ in Bewegung

Im Wechsel von Wahrnehmung, Bewegung, Gespräch, Assoziationen, Erinnerungen, bearbeitendem Gespräch, Probehandeln verständigen sich PatientIn und TherapeutIn. Letzterer hat die Aufgabe, die Probleme von PatientInnen in der geschaffenen Situation zu erkennen und für PatientInnen zu übersetzen. Das bringt oft nahes Miteinander. Der tonische Dialog beinhaltet die Nähe, und das „am Körper arbeiten“ führt zu einem Erlebnis von konkreter und handlungsbezogener Begleitung.

Das Begleiten eines kompetenten Patienten i.S. der humanistischen Psychologie bestimmt die Begegnung. Diese ist auf das gegenwärtige Geschehen bezogen, und erst die verbale Auseinandersetzung greift in den lebensgeschichtlichen Zusammenhang zurück. Mit veränderten Erfahrungen - aus neuen Wahrnehmungen gewonnen - können PatientInnen und TherapeutIn „In-Bewegung-Kommen“ und neue individuelle Möglichkeiten ergreifen. **Die konzentrative Bewusstseinslage** meint dabei jene Bewusstseinsqualität, die durch wache Bereitschaft zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, zur Realisation des Geschehens **im „Hier und Jetzt“** gekennzeichnet ist. Dieser Zustand bezeichnet im Gegensatz zum herkömmlichen Verständnis (konzentriert=eingeengt) eine weite **Öffnung des**

Wahrnehmungsfeldes für inneres und äußeres Erleben. Diese Bewusstseinslage kann auch zu tiefer Regression führen und vorher **Unbewusstes** der Bearbeitung zugänglich machen. (Pokorny, Hochgerner und Cserny 1996, 31)

3.1.6 Die Grundbegriffe der KBT

3.1.6.1 „KÖRPERINTERVENTION“

Wenn für die KBT der Körper der Ort des psychischen Geschehens ist, so kommen die üblicherweise eingesetzten Körperinterventionen nicht in Betracht. Während bei anderen körperorientierten Therapien (Cserny und Tempfli, Wirkung der Körperinterventionen auf das psychische Geschehen und dessen Veränderung. 1999, 30) mittels Übungsanleitungen das Auslösen von Körpersensationen stimuliert wird, durch die psychisches Material zugänglich wird, basiert unsere Arbeitsweise auf der Erkenntnis, dass der Körper sowohl Subjekt als auch Objekt ist und somit der Satz von Gabriel Marcel aus der Existenzphilosophie für die KBT zutrifft: „Corps que j’ai et corps que je suis.“ „Ich habe einen Körper und bin mein Leib“. - Für uns geht der Zugang über den ganzen Menschen mit allen Sinnes-, Seelen- und geistigen Aspekten, in die der Körper integriert ist. Insofern *ist* der Körper der Ort des gesamten psychischen Geschehens. (Cserny und Tempfli 1999, 13)

3.1.6.2 Das KBT- Angebot

Wir machen KBT-Angebote; diese können, müssen aber nicht angenommen werden. Auch wenn konkrete (therapeutische) Ziele dabei verfolgt werden - sei es sich anzunähern an Stimmungen und Gefühle, die sich aufgrund bestimmter Sinneseindrücke zeigen, die wiederum einen emotionalen Bedeutungsgehalt tragen - gilt bei allem das Prinzip der Freiwilligkeit.

Der Mensch wird durch die Therapie zur Wahrnehmung angeleitet, „entweder

- der eigenen Bewegung,
- der eigenen Haltung,
- des Ausdruckes,
- der Struktur, Gestalt des Körpers,

- eines Gegenstandes (belebte und unbelebte Objekte),
- von Raum und Zeit,…“ (Cserny und Tempfli 1999, 13).

Das leitet über zu konkretem Handeln und Experimentieren um die ganze Sinnesfähigkeit auszuprobieren und von dem sinnlich Wahrgenommenen das gefühlvoll Erfahrene in Worte zu bringen.

Mit gezielter und ausgewählter Sprache werden die Menschen über Fragen an unsere Angebote herangeführt, z.B.

- „Wie ist das?“
- „Was fühlst du?“
- „Was denkst du?“

Es werden immer untrennbar **drei Ebenen, die sinnliche, emotionale und gedankliche Ebene** angesprochen, und somit das gesamte psychische Geschehen (Cserny und Tempfli 1999).

3.1.6.3 Wahrnehmungstätigkeit auf drei Ebenen: Assoziation – Dissoziation - Differenzierung

Sinnesempfindung und Erfahrung ermöglichen die menschliche Wahrnehmung (Merlau-Ponty, vgl. (Cserny und Paluselli (Hg.) 2006, 72)), wobei unter der hier gemeinten Erfahrung jeweils die subjektive Lebens- und Lerngeschichte eines Individuums verstanden wird. Wahrnehmung bezieht sich auf „die Hinwendung der Beobachtung auf ‚Etwas‘, die Bewusstwerdung realer Gegenstände und Vorgänge der Außenwelt – zunächst in ‚äußerer‘ Wahrnehmung – durch die Sinne und die Verstandestätigkeit, die bereits unbewusst die Empfindung bearbeitet.

„Die ‚innere‘ Wahrnehmung hingegen gilt der Erfassung von ‚inneren‘ Erlebnissen und seelischen Vorgängen in uns selbst. In beiden Fällen steht die Wahrnehmung im Gegensatz zu bloßem Empfinden und Fühlen.“ (Cserny, Das Leib-Seele Problem. Entwicklungspsychologische Grundlagen für eine körperorientierte Psychotherapie am Beispiel der Konzentrativen Bewegungstherapie. 1989, 58) Da das menschliche Erfassen der Sinneswelt über Denken und Sinneswahrnehmung eine Verbindung schafft, kann sich die Wahrnehmung weiten um Dinge zu erfassen

und zu benennen (Erkenntnistheoretischer Idealismus, (Cserny, Das Leib-Seele Problem. Entwicklungspsychologische Grundlagen für eine körperorientierte Psychotherapie am Beispiel der Konzentrativen Bewegungstherapie. 1989). Diesem Thema ist ein weiteres Kapitel gewidmet.

Für die Wahrnehmung ist nur die Gegenwart entscheidend und KBT-Angebote zielen darauf ab, dort „einerseits **vorhandene Koppelungen** bestimmter Sinnesqualitäten mit Erfahrungen und deren emotionalem Gehalt **ins Bewusstsein zu heben** (Assoziation), andererseits Sinnesqualitäten aus ihrem Erfahrungszusammenhang zu lösen, d. h. Sinnesqualitäten von ihrem emotionalen Bedeutungsgehalt **zu entkoppeln** (Dissoziation) und die **Wahrnehmungs-fähigkeit zu entwickeln** (Differenzierung)“ (Cserny und Tempfli 1999, 14).

- Assoziation

Wenn Sinnesqualitäten und Gefühle als **komplexe Bilder und Erinnerungen** entlang einer Reihe von assoziativen Verknüpfungen mit deren positiver und auch mit deren negativer affektiver Besetzung aus dem Unbewussten auftauchen, dann ist es an dieser Stelle möglich lang verschüttete Gefühle wieder zu beleben und über daran anknüpfende KBT-Angebote ins gegenwärtige Erleben zu integrieren.

- Dissoziation

Hierbei ist die Dissoziation die verstanden wird als ein **Prozess der Entkoppelung** zentral für das therapeutische Vorgehen: Sinnesempfindungen können über diesen Prozess von Erfahrungen getrennt werden. Mithilfe von Dissoziation können sie in der Gegenwart von den angekoppelten Affekten, welche lebens- und lerngeschichtlich bedingt sind, getrennt und in ihrer Ursprünglichkeit wieder erlebt werden. In den therapeutischen Sitzungen werden neue, aus einer anderen Lebensphase beeindruckte Sinneserfahrungen gemacht, die daher wiederum auf neue Weise affektiv besetzt werden. So kommen zu der bisherigen alten Verknüpfung (Perzeption 1 wurde zur Apperzeption 1) ganz andere Wahrnehmungsfelder und damit verbunden eine

aktuelle (zusätzliche) Verknüpfung an die neue Wahrnehmung (Perzeption 1 wird zur Apperzeption 2).

- Differenzierung

Die **Anleitung zur differenzierten Sinneswahrnehmung** spielt eine ebenso große Rolle, weil diese ermöglicht, Gefühle zu differenzieren. Wenn die Affektbrücke geschlagen ist, dann kann das im Weiteren zu einer Differenzierung von Begriffen und im Denken führen. Das ist Aufgabe des therapeutischen Behandlungswegs (vgl. (Cserny 1989, 58).

Die Aufgabe der TherapeutIn besteht darin, die Angebote sprachlich präzise und adäquat zu formulieren, damit sowohl Assoziation als auch Dissoziation im weiteren Verlauf eine gute „Verkoppelung“ (Synapsenbildung und deren Verschaltungen), neue Wahrnehmungsdifferenzierungen möglich werden. Ebenso gilt für die PatientIn ihr subjektives Erleben zu verbalisieren, um das affektiv neu Besetzte in ihr Bewusstsein zu heben und zu verarbeiten (Cserny 1989) .

Mit dem **körperbezogenen Selbsterleben** in einer Abfolge, welche vom Liegen zum Stehen führt, regt die Therapie motorische Entwicklung an und begleitet PatientInnen aus den gewordenen Bewegungs- und Handlungsmustern heraus, welche – wenn sie wiederbelebt sind -, in ihrer hemmenden und blockierenden Energie erkannt und im Idealfall durch bisher fehlende, neue ersetzt werden. Ob Angebote zum Sitzen, Krabbeln, Liegen oder Gehen und in welcher Reihenfolge gemacht werden und was hier methodisch adäquat ist, entscheidet die TherapeutIn. Bei Berücksichtigung des Entwicklungsstandes der Wahrnehmungs- und Bewegungsstrukturen kann der Zusammenhang zur motorischen Stufe und zur psychoanalytisch entsprechenden Phase der Individuationsentwicklung hilfreich sein (vgl. (Ermann 2007, 54)). Auch wird es dem Beziehungsraum zwischen PatientIn und TherapeutIn zuträgliche Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote geben. Vom jeweiligen Grad der Entwicklungsstörung ist abhängig, wie und ob diese **„Neubildung der Wahrnehmung“** (Apperzeption) gelingt (Cserny und Paluselli (Hg.) 2006, 72ff).

3.1.7 Das Dissoziationsmodell nach Cserny

Das von **Cserny** konzipierte **Dissoziationsmodell** (1989) folgt dem KBT-Prozess und basiert auf folgenden Gedankenansätzen:

- auf dem Strukturmodell des Gestaltkreises von V.v.Weizsäcker und
- auf der genetischen Erkenntnistheorie Jean Piagets.

„Dieser bewegungs- und wahrnehmungstherapeutische Ansatz geht davon aus, dass die Entkoppelung von Sinnesempfindung und Erfahrung möglich ist, und somit neue Apperzeptionen entstehen können, die gleichermaßen auf allen Ebenen, der motorischen, der emotionalen und der kognitiven wirksam werden“ (Cserny 1989, 73).

Eine resonante und zugleich fürsorgliche (im Sinne von ‚holding function‘ nach Winnicott) therapeutische Begleitung hat auf das Gelingen dieser Neuorientierung auf allen Ebenen einen entscheidenden Einfluss, und die haltgebende Atmosphäre verbunden mit einer adäquaten Abstinenz schafft den PatientInnen einen symbolischen Spielraum, der gerade in unserer Therapieform typisch ist.

3.1.8 Sensomotorische Intelligenz nach Piaget und Grenzerfahrungen in der Entwicklung

Aus einer Annahme von einem ständigen Wechselwirkungsprozess zwischen motorischen, emotionalen und kognitiven Abläufen, bei dem zugleich laufend in vorhandene Erkenntnisstrukturen assimiliert wird, kann die Erkenntnis Piagets für die KBT fruchtbar werden:

> So wie Sinneserfahrungen in der kindlichen Entwicklung anfänglich noch recht undifferenziert sind, ebenso wie die sie begleitenden Affekte und Gefühle, so nimmt mit der Differenzierung der Sinneswahrnehmung auch die Ausfaltung des Gefühls- und Affektrepertoires zu (Lust, Unlust, Freude, ...). Gleichzeitig wird auch die **Schematabildung** immer differenzierter und vernetzter (kreuzmodale Wahrnehmung) und schreitet mit der Denkentwicklung voran (Cserny und Tempfli 1999, 15).

Zu Beginn des Lebens wird der Körper nur wenig als eigener Körper erlebt, sondern entspringt einem kommunikativen Beziehungsgefüge mit der Pflegeperson, das von unverwechselbarer Bedeutung ist. Detailreiche Erkenntnisse aus der **Säuglingsforschung** erweitern Piagets Sicht und beschreiben das frühe Unterscheidungsvermögen des „kompetent“ geborenen Säuglings (vgl. Stern 1985, Dornes 1993, zit. nach (Ermann 2007, 53)). Dennoch ist die Befriedigung vor allem bei **Begrenzung körperlicher Bedürfnisse** für die Entwicklung (und die Entstehung des Körperbildes) von grundlegender Bedeutung. Das Kind verinnerlicht die ersten Erfahrungen, das führt zur Bildung von Repräsentanzen. „F.Dolto (nach Küchenhoff, 1992) spricht hier von der „castration symboligene“, von Kastrationserfahrungen, aus denen Symbolisierungen hervorgehen (Schmidt, Zur Bedeutung des Körperbildes 2006, 6-10).

> Wenn die Grenzerfahrungen in den verschiedenen Entwicklungsphasen ... im Sinne von D. W. Winnicott ‚gut genug’ für das Kind verlaufen, dann wird das Bedürfnis des Kindes in einen Anspruch und in einen Wunsch umgewandelt werden und anerkannt werden können. Die Erfahrung von Grenzen führt nicht zur Vernichtung, sondern zur Verankerung des Wunsches. Das Kind, das abgestillt wird und sich zugleich dabei von der Mutter nicht abgelehnt, sondern gehalten fühlt, muss nicht den oralen Partialtrieb abspalten, sondern erlebt ihn durch diese Grenzerfahrung als eigenen und wird Substitutionen aufsuchen. … Die Anleitungen und Verbote werden von den Eltern sprachlich geäußert. Das Kind ist immer von Sprache oder von symbolischen Gesten oder Handlungen der Eltern umgeben, die aus ihren sozialen Sinnbezügen stammen. (Küchenhoff zit. nach (Cserny und Tempfli 1999, 18)

Dies erschafft auf der jeweiligen Entwicklungsstufe des Kindes eine **adäquate Nähe-Distanz-Regulation**. Die weitere **Organisation des Körperbildes** bedarf nach F. Dolto einer **Erfahrung von Grenzen**, einer **Spiegelerfahrung** oder Identifikation mit einem Spiegelbild, das durch einen anderen Menschen möglich wird. Am Anderen **erfährt das Kind seinen Körper als Ganzes**. Es kann sich als **abgetrennt und unterschieden finden.** „Das Spiegelbild ist die **erste Einheitserfahrung des Körpers als Einheitsbild**, als einheitliche Vorstellung vom Körper. Diese Erfahrung eines abgegrenzten einheitlichen Körpers und die Bildung eines abgegrenzten Ichs gehören zusammen“ (Cserny und Tempfli 1999, 19).

3.1.9 Körperbild und Körperschema

Ein ganzheitlicher Körper kann daher nur Effekt und nicht Ursache der Repräsentationen sein. Überschreitung von (Körper-)grenzen im traumatisierenden Kontext hat einschneidende Konsequenzen. Die Behandlung bezieht sich daher auf das **Körperbild** (Körpergrenzen, Nähe-Distanz-Regulationsförderung), das verstanden wird als **‚die Summe der psychischen Repräsentanzen des Körpers und seiner Organe**‘.(Lemche 1993 zit. nach (Cserny und Tempfli 1999, 18)) Es steht für die **Vorstellung einer individuellen Instanz** und darf nicht fehlen bei der Ausbildung des Ich. Körperbild und tatsächlicher Körper stimmen insofern nicht überein.

Hingegen „das **Körperschema** ist eine psychische Repräsentanz, nämlich die **neurophysiologisch bestimmte Abbildung des organischen Körpers**, eine Abbildung, die noch keine individuellen Ausformungen enthalten muss.“ (Küchenhoff 1992 zit. nach (Cserny und Tempfli 1999, 18)). Es vermittelt dem Menschen das **Wissen um seine Körperlichkeit**, sei es

- der Umgang mit dem Körper;
- die Körperstellung im Raum;
- die Koordinationsvorgänge (Tiefensensibiltät, **Propriozeption**) und
- die **Wahrnehmung** taktiler, optischer, akustischer und olfaktorischer und anderer **Sinneseindrücke** (Cserny und Tempfli 1999)**.**

Der **Körper** ist bei ungestörtem Körperschema verfügbar und **vermittelt Sicherheit**, wobei sich unter traumatischen Ereignissen das bei seiner Entwicklung beschädigte **Körperschema** insbesondere hinderlich auf die Repräsentanzenbildung auswirkt.

3.1.10 Der Gestaltkreis nach Weizsäcker

Mit der theoretischen Begründung der KBT und der dazu angestrebten Überwindung des Leib-Seele-Dualismus (Pokorny, Hochgerner und Cserny 1996, 27) entwickelte Helmuth Stolze 1972 aus der Verbindung von Viktor v. Weizsäckers **kinästhetischem Gestaltkreis** und aus Piagets Erkenntnissen (sog. **verbaler Gestaltkreis**) den für die KBT relevanten erweiterten **Gestaltkreis des Begreifens** (Purschke-Heinz und Schwarze (Hg.) 2006, 83).

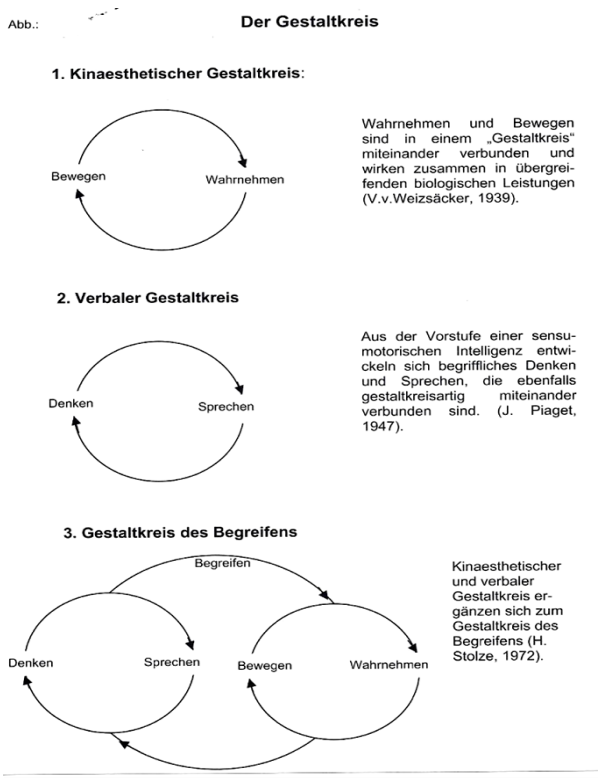

Abbildung 1: Der Gestaltkreis nach Weizsäcker

So wie Bewegung und Wahrnehmung sind auch Sprechen und Denken keine gesonderten Vorgänge, sondern in einem Gestaltkreis aufeinander bezogen. Beide Gestaltkreise, der **averbale** des **Bewegens und Wahrnehmens**, und der **verbale** des **Denkens und Sprechens** sind Teile eines größeren Gestaltkreises, des **Begreifens,** (der Erkenntnis).

Angeborene (motorische, sensorische und affektive) **Verhaltensweisen** bilden, gestaltkreishaft miteinander verknüpft, die **Grundlage für Selbstbewahrung, Selbsterfahrung und Selbstentfaltung des Ich**. Übergeordnete Bezeichnung für die Funktionen dieser sensomotorischen Ausstattung ist das „Begreifen", womit gleichzeitig zum Ausdruck gebracht wird wie die Gestalt „Bewegen und Wahrnehmen" mit der Gestalt „Denken und Sprechen" **im Dienste der Ich-Entwicklung** in einem umfassenden Gestaltkreis zusammengeschlossen sind (H.Stolze, 1972, S.72-74 zit. nach (Pokorny, Hochgerner und Cserny 1996, 49)). - Markus Hochgerner vertieft diesen Gedankenansatz in seiner Arbeit über den erweiterten Gestaltkreis (vgl. (Hochgerner, Die Verwendung von Gegenständen in der Psychotherapie Erwachsener. Masterthese zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science-MSc/Psychotherapie" 2007)).

3.2 Diagnostik und Vorgehensweise in der KBT

3.2.1 Das Phänomen

Das Erscheinungsbild (Phänomen) von PatientInnen, was sich offenbart, ist beim Erstellen einer Diagnose entscheidend. Auch Argelander bezeichnet die szenische und situative Situation als bedeutungsvoll, wo es nicht nur darauf ankommt, Daten aufzunehmen, sondern primär das aufzufassen, was der Patient subjektiv als bedeutend mitteilt. (Argelander 1999, 14) Dabei fordert er von dem Interviewer eine bestimmte Haltung, die sich aus dem Wissen von der Bedeutung der einmaligen Situation des ersten Kennenlernens ergibt:

> Die alleinige Absicht des Interviewers, den Patienten zu verstehen, ermutigt ihn, die alltäglichen Gesprächserfahrungen und die mit ihnen verbundene **Zurückhaltung abzulegen** und sich **dem Ungewöhnlichen der Situation zu überlassen**. Der Erstinterviewer kritisiert und urteilt nicht, sondern nimmt alles hin, wie es angeboten wird, und forscht nur nach seinem Sinn. Das gilt sowohl für banale Daten als auch für peinlichste Intimitäten und aufregende reale Tatbestände. Die meisten Patienten schließen sich unter dieser Haltung erstaunlich schnell auf und sprechen mit Erleichterung über Dinge, die sie sonst niemandem anvertrauen. Diese Haltung, die sich in Verhaltensweisen des **ruhigen Abwartens**, der Zuwendung, der **gleichschwebenden Aufmerksamkeit** und des **Interesses** dokumentiert, hat einen entscheidenden Einfluss auf den **Tiefgang des Gesprächs**. Scham, Peinlichkeit und Angst vor der Intimität sind nicht mehr realitätsgerecht, wenn diese Haltung relativ **störungssicher** ist. Stattdessen erscheinen sie als **Phänomen der unbewussten Thematik** der Gesprächssituation und gewinnen in ihr eine **eigene individuelle Bedeutung mit Aussagecharakter über die Persönlichkeit** des Patienten. (Argelander 1999, 43)

So kann im **aktuellen Beziehungsgeschehen** eine Fülle von Hinweisen auf die Beziehungsfähigkeit der PatientInnen in Erscheinung treten, die für die Arbeit mit der KBT relevant sein werden, sei es die Art und Weise wahrzunehmen und sich zu bewegen, woran strukturelle Möglichkeiten oder Defizite deutlich werden. Der gesamte Ausdruck des Patienten wird phänomenologisch verstanden: Körperhaltung, Mimik, Gestik, seine Bewegungen, Körperschema, Körperbild, die

Art und Weise seines Umgangs mit belebten und unbelebten Objekten, die Art und Weise seiner Beziehungsaufnahme und Symbolisierungsfähigkeit sowie seine Sprache. Dies ist **Ausdruck von psychischen Repräsentanzen**, und die KBT-TherapeutIn nimmt sie auf drei Ebenen wahr:

- auf der sensomotorischen,
- der emotionalen und
- der gedanklich/sprachlichen Ebene.

Weitere Phänomene liefert der TherapeutIn an dieser Stelle der spontane Umgang (Art und Weise der Beziehung) mit belebten und unbelebten Objekten, die bereits zu Wahrnehmungs- und Handlungsangeboten in der konkreten Situation führen. Dieser Ausdruck von psychischen Repräsentanzen wird gedeutet, und das so erfahrene Phänomen zeigt sich als diagnostisch wertvoll - auch bei der sich ständig erweiternden Diagnose im Fortgang der Therapie - auf dem Hintergrund der Konzepte von Körperschema und Körperbild, der psychoanalytischen Theorie der Persönlichkeitsentwicklung und der Entwicklung des Denkens (Piaget) und der Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit (vgl. (Cserny und Tempfli 1999)).

3.2.2 Psychische Repräsentanzen

Selbst-, Objekt-, Affektrepräsentanzen werden als **symbolisierte Erfahrungen** (s.a. Langer, 1984; Reddemann, 2003, Schreiber-Willnow, 2000) verstanden. Die Symbolisierungsfähigkeit entwickelt sich im Lauf des Lebens, daher spricht man folgerichtig von frühen und späteren Formen der psychischen Repräsentanzen. Dies spielt im **Umgang mit Traumatisierten** eine Rolle, denn neurophysiologisch ist dieser Zusammenhalt der gegebenen Repräsentanzen auf *allen* Ebenen (sensomotorisch- perzeptuell- affektiv) bei dem nicht erinnerbaren belastenden Ereignis zugleich symbolisierte Erfahrung, und der Zugang ist über die herkömmlichen Sprachtherapien nicht möglich.

Psychische Repräsentanzen beinhalten dabei die Gesamtheit aller symbolisierten Erfahrung, angefangen von einfachen sensomotorisch-perzeptuell-affektiven Schemata bis hin zu komplexen Handlungs-, Wahrnehmungs-, Affekt- und Denkmustern. Sie sind **Nahtstellen zwischen Somatischem und Psychischem**, denn alle sensomotorischen Empfindungen (Wahrnehmungs- und

Handlungsempfindungen) in ihrem affektiven und interaktionellen Kontext werden durch sie mittels Symbolisierungsvorgängen psychisch repräsentiert als sog. Schemata (vgl. (Cserny und Tempfli 1999)). Diese gespeicherten Erinnerungs-spuren in ihrer Gesamtheit bewirken bei Traumatisierten den Verlust des autonomen Arousals (S. Kap. 7.1.2).

3.2.3 Die Sprache

Der Sprache kommt hierbei eine eigene Rolle zu, denn in der KBT ist die **Übersetzung vom Sprechen ins Handeln** und vom Handeln ins Sprechen etwas sehr Spezifisches. Dazu gehört es, geeignete Angebote und Szenen gestalten zu können, in denen die PatientInnen sich und ihre Anliegen wiederfinden, vorgegebene Handlungsschemata erkennen und Neues ausprobieren können. Auch können durch **spielerischen Umgang mit der Sprache** Anregungen gegeben werden, die nicht bewussten Nebenbedeutungen von Worten und Begriffen (z.B. sich ver-Halten; Auf-Richtigkeit; in der Lage sein) sowie die damit verbundenen Affekte ins Bewusstsein kommen zu lassen, um so einen **neuen Zugang zu verborgenen Erlebniswelten** zu erlangen. Dies kann **Ressourcen** freilegen oder eine **schmerzhafte Aufarbeitung verdrängter Erfahrungen** ermöglichen, durch die bisher gebundene Energien bewusst zur Verfügung gestellt werden (vgl. (Betker 2006)).

3.2.4 Gegenstände in der KBT

In der KBT wird aufgrund der entwicklungspsychologisch begründeten Umgangsweise mit Gegenständen im therapeutischen Prozess gearbeitet. Individuelle Stabilisierung und psychische Entwicklung der PatientInnen werden gefördert. Das basiert auf der Grundannahme, dass die Arbeit mit Gegenständen auf dem Hintergrund einer psychodynamischen Arbeit zum heilsamen und förderlichen Verlauf bei der Anwendung in KBT-Angeboten beitragen. (Habermas 1999, Becker 2001, Pokorny, Hochgerner et al 2001, Gräff 2001)

3.2.5 Die therapeutische Beziehung

Der interaktionelle Raum in der KBT ist der Beziehungsraum. Interaktion und Kommunikation findet auf drei Ebenen statt:

- Übertragung und Gegenübertragung
- Resonanz/Empathie und Spiegeln
- TherapeutIn als reales Objekt.

Für die KBT spezifisch ist, dass sich die Therapeutin als Wahrnehmungs- und Erfahrungsobjekt zur Verfügung stellt. Die PatientIn kann mit ihr Grunderfahrungen menschlichen Lebens machen wie z. B. Nähe und Distanz, Hinbewegen und Ankommen, Widerstand und Hingabe, Herausforderung und Zumutung, Unterstützung und Entgegenkommen. Sie kann sich auf allen Ebenen (sensomotorisch, emotional und kognitiv) erproben und mit der Therapeutin als reales Gegenüber Probehandeln. Dabei orientiert sich die Therapeutin am Entwicklungsstand, den Störungen, Defiziten und Ressourcen der PatientInnen und schafft so **„gut genug"-Bedingungen für das Bewusstwerden alter Traumata und die Integration abgespaltener Gefühle.** Im Weiteren wird Auflösen alter Symbolisierungen, Nachreifen und Entwickeln neuer Erlebens- und Verhaltensweisen und Verarbeitungsmodi (Neusymbolisierungen) möglich (Cserny und Tempfli 1999, 22).

3.2.6 Symbolisierung

- Begriff

Das Symbol ist ein stellvertretender anschaulicher Ersatzausdruck für etwas Verborgenes, mit dem es sinnenfällige Merkmale gemeinsam hat oder durch innere Zusammenhänge assoziativ verbunden ist. Sein Wesen liegt in der Zwei- und Mehrdeutigkeit, wie es ja selbst auch durch eine Art Verdichtung, ein Zusammenwerfen (griech. symballein) einzelner charakteristischer Elemente entstanden ist (Pokorny, Hochgerner und Cserny 1996, 60).

- Verarbeitung von Information im weitesten Sinne

Der **über die sprachliche und vorstellungsmäßige Welterkenntnis hinausgehende Zugang zur Welt** wird durch die sinnlich-sinnhaften Momente geschaffen und zugleich liegt in diesem Zusammenhang die Ausgangsmöglichkeit für jegliche weitere Symbolisierung des erlebenden Menschen: „**Auf diese Weise fühlen wir uns mit der Welt und dem eigenen Körper verbunden**“ (Schmidt, Sprechen und Bewegen. Sprechen und Bewegen aus der Sicht der Konzentrativen Bewegungstherapie 1994, 14). KBT ist Bildungs- und Formungsarbeit an den sinnlichen Grundlagen, sie gibt in ihren Angeboten Raum für Empfindungssensibilisierung und Bewegungsvielfalt. Der Zuwachs an Selbstempfinden und Selbstgefühl auf allen Ebenen wird über solche Formungsarbeit erreicht (Schmidt 1994, 13) und kann aufgrund der vielschichtigen Dysfunktionalität (emotionale Taubheit, Blockierung der kognitiven Verarbeitung, verringerte physische Bewegungsfähigkeit, gesteigerte Empfindungsfähigkeit, intrusive Bilder) Traumatisierter erst wieder neu entdeckt werden.

Empfinden und Bewegen als praktische Grundlage der KBT gilt vorrangig in der Arbeit mit erkrankten Menschen. Es ist das Symbolisierungsgeschehen eine Aufforderung zur Verwandlung: **Symptome sind Symbolschöpfungen aus dem Nonverbalen** (vgl. (Schmidt 1994, 12)), dem man mit diesem Weg einen **Ansatz zur Neuschöpfung** ermöglicht. Der Transformationsprozess ist anhaltend: „Der symbolische Leib wird ständig geschaffen und überarbeitet, ist keine feste Gegebenheit.“ (Schmidt 1994, 21) Die Formbarkeit und Verwandlungsmöglichkeit der Leiblichkeit beruht auf einer Aufeinanderfolge kreativer Akte, da ist kein bloßes Abrufen von einmal vorgegebenen festen Repräsentanzen. Der Blick auf diese Wandlungsfähigkeit des Seelisch-Geistigen zeigt die **permanente Entwicklungsmöglichkeit der menschlichen Seele und das erneuerte Krankheitsbild**. Dies zeugt mehr von „Hilfe zur Selbsthilfe“ beim Heilen, gibt PatientInnen also konstruktive und echte Handlungsbereitschaft in der Begleitung bei gleichzeitigem Anregen der Selbstverantwortung für das eigene Gesundheitsleben (vgl. (Schmidt 1994, 15)).

Die Fähigkeit zur Symbolisierung ist veranlagt und entwickelt sich, und zwar analog zur Entwicklung des Denkens, wie Jean Piaget in seiner genetischen Erkenntnistheorie darstellt. Dieses Konzept von Symbolisierung ist zentraler Ausgangspunkt für unsere Arbeitsweise. (vgl. (Cserny und Tempfli 1999, 23) Im

Zusammenhang damit sieht Cserny in der KBT „die einzige Therapiemethode, welche direkt mit Bezugnahme auf die entwicklungspsychologischen Phasen arbeitet, sie also nicht nur als Grundlage und Erklärungsmuster für aufgetretene Störungen benutzt, sondern sie aktiv in den Entwicklungs- und Entfaltungsprozess des Patienten im Therapieverlauf mit einbezieht“ (Cserny 1989, 67).

> Durch die Methode des aufmerksamen Hinspürens in der KBT wird die Sinnesempfindung von der damit verbundenen persönlichen Erfahrung zunächst ‚dissoziiert‘ (pers. Mitteilung Cserny, Jahrestagung des ÖAKBT Wien, 1996), damit wird alten hinderlichen Mustern, die so ins Bewusstsein kommen können, ihre Selbstverständlichkeit und Unbedingtheit genommen. Der Prozess des bewussten Wahrnehmens macht eine Trennung der in einem zusammenhängenden Bild gespeicherten Körperempfindungen und assoziierter Gedächtnisinhalte möglich. (Schreiber-Willnow, Körper-, Selbst- und Gruppenerleben der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie. 2000, 47)

Durch Gegenstandserfahrungen werden lebensgeschichtlich frühe Erfahrungen wieder belebt und damit therapeutisch bearbeitbar. Es können korrigierende Erfahrungen erarbeitet werden, die sensomotorische Defizite verringern helfen und den Symbolisierungsprozess auch im szenisch-bildhaften und sprachlichen Bereich anregen. Im geglückten Fall ergibt sich die verbesserte Möglichkeit differenziert wahrzunehmen und über sich selbst und andere vielfältiger nachdenken zu können (Hochgerner 2007, 119).

- Neusymbolisierungen bei Traumatisierten

Fortwährende Neu-Symbolisierungen („Symbolische Transformationen“ im Sinne von Schmidt, Langer, Reddemann, Schreiber-Willnow) veranlassen bei traumatisch Belasteten sukzessive Veränderungen im Umgang mit der Welt und sich selbst, was für Traumatisierte eine entscheidende Hilfe darstellt. Kann ein Patient Erfahrungen nicht anders als traumatisch symbolisieren und verarbeitet er seine aktuellen Erfahrungen wieder auf dieselbe Weise, dann ist im aktuellen therapeutischen Kontext die Möglichkeit gegeben, diese Symbolisierungen über Wahrnehmung und Dissoziation aufzulösen und durch Neusymbolisierungen auf

der sensomotorischen, auf der emotionalen und auf der kognitiven Ebene zu bewirken (vgl. (Cserny und Tempfli 1999, 24)).

3.2.7 Wahrnehmungsschulung - das eigentliche Hauptanliegen der KBT

In der Vernetzung des Menschen mit sich selbst, dem Kosmos und der materiellen sowie psychosozialen Umgebung soll es durch das „korrigierende“ Eingreifen der KBT (im Sinne von Hinspüren und Bewusstwerdung) zum „Umlernen“ von Bewegungsabläufen sowie Neubewertung und Neuverankerung von Sinnes-Wahrnehmungen im weitesten Sinne kommen (Cserny, 65). – Wahrnehmung ist das Zusammenwirken von Sinnesempfindung und Erfahrung, und dann „ergibt eine Veränderung der Wahrnehmung auch eine Bewusstseinsveränderung. So kommt die KBT zu der Forderung, in der **Wahrnehmungsschulung ihr eigentliches Hauptanliegen** zu sehen“ (Cserny 1989, 67).

Körperbezogenes Selbsterleben und die damit verbundene Sinneswahrnehmung spielen hier eine Rolle: „Der eigene Leib ist in der Welt wie das Herz im Organismus: Er ist es, der alles sichtbare Schauspiel unaufhörlich am Leben erhält, innerlich ernährt und beseelt, mit ihm ein einziges System bildend“ (‚Phänomenologie der Wahrnehmung‘, Merleau-Ponty; (vgl. (Pokorny, Hochgerner und Cserny 1996, 24)). Das ermöglicht die organische Verbindung des Menschen mit dem Dasein. Insofern ist KBT nicht symptomorientiert, sondern auf Wahrnehmungsveränderung hin arbeitend (vgl. (Cserny 1989, 67)).

3.2.8 Formen der Wahrnehmung

Die Psychologie unterscheidet zwischen der Extero- und der Interozeption: **Exterozeption** ist allgemein die Wahrnehmung der Außenwelt; **Interozeption** benennt die Wahrnehmung des eigenen Körpers unter zwei Aspekten:

- **Propriozeption**(Wahrnehmung von Körperlage und -bewegung im Raum)
- **Viszerozeption** (Wahrnehmung von Organtätigkeiten).

Wahrnehmung nach außen bedient sich der "fünf Sinne": Riechen, Sehen, Hören, Schmecken und Tastsinn. Letzterer unterteilt sich einerseits nach der Wahrnehmung von Berührung, Schmerz und Temperatur (Oberflächensensibilität) und andererseits in aktives Erkennen (haptische Wahrnehmung) und passives "berührt werden" (taktile Wahrnehmung). - Es ist naheliegend noch weitere Sinne (Gleichgewichtssinn, Zeitsinn) zu definieren (vgl. (wikipedia, http://de.wikipedia.org/wiki/Wahrnehmung 2012)).

3.2.9 Sinne des Menschen

Es ist das Ziel von einem KBT-Angebot, „die Sinnesqualitäten und den emotionalen Bedeutungsgehalt (Stimmungen, Gefühle) dieser Sinneseindrücke wahrzunehmen, ebenso Inhalte (Bilder, Gedanken, Vorstellungen) auf der gedanklichen Ebene zu erfassen und ins Wort zu bringen“ (Cserny und Tempfli 1999, 13). Dabei zeigt sich am Phänomen die Erweiterung der (Fünf-) Sinneslehre, denn auch das Gleichgewicht, die Wärme, die Sprache werden als Sinnesqualitäten erlebbar.

„**Unser Organismus**“, so entwickelt dies Elsa Gindler in ihren Kursnotizen 1952, „**ist ein riesiges Erfahrorgan**, von dessen Ungestörtheit oder Gestörtheit die Qualität der Wahrnehmungen und Handlungen und des Denkens abhängt“ (Ludwig (Hg.) 2002, 149).

Gindler möchte gern eine einfache Aufgabe immer erneut versuchen und damit ihre eigene „Materie“ und deren „Ladung“ (Berührbarkeit) wahrnehmen, also das erleben und spüren, was lebendig und mobil ist, was mit Spannungen zu tun hat. Der Gesichtssinn kann eher störend sein. Bei dem unmittelbaren Erfahren kommt das **Bewusstsein zu der Bewusstwerdung eines Vorgangs**, indem mit dem Bewusstsein in die Glieder hineingegangen wird. – Gindlers Gedanken zu der ausgebreiteten, wahrgenommenen Sinnlichkeit, „dem **Wahrnehmen der eigenen Materie**: wir erwarten meist Eindrücke, etwa wie beim Greifen des Körpers von außen mit den Händen. Sinneseindruck der eigenen Materie ist völlig anderer Art. Zur Wahrnehmung der leisen Spannungen und Lösungen in der Materie …“ (Elsa Gindler zit. nach (Ludwig (Hg.) 2002, 149)) gehört ihre Frage, ob es zur Überwindung der Subjekt-Objekt-Spaltung in der Sinneslehre kommt.

Einerseits ist da der Prozess, der sich im Sinnesnervensystem vollzieht, und ebenso sind da die Erlebnisse des Erkennens des Subjekts. Nach den Einsichten von Gindler (Ludwig 2002, Arps-Aubert 2012) und Scheurle (1984), der Wahrnehmen und Denken als Gesamtsinnesmannigfaltigkeit in einem monistischen Begriffsschema auffasst, wird hier eine differenzierte Sinneslehre beschrieben.

Mit der Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins bezieht sich Scheurle auf Husserl und lässt damit deutlich werden, dass das Denken als „Zeitsinn“ zu verstehen ist. (Scheurle 1984, 45) Das Denken hat eine Sonderstellung in der Mannigfaltigkeit der Sinne, es hat die Fähigkeit sowohl größere Zeiträume zu umfassen als auch alles in einer kleinsten Einheit zusammenzudrängen. Es hat Eigenschaften verschiedenster Nuancen: Gedankenverlorenheit, Erinnerung und Erwartung, konzentriertes Nachdenken usf. Vor allem ist aber evident, dass es unmittelbar ist und gegenwärtig „da seiend“. Das trifft auch zu für alle anderen Sinnestätigkeiten, denn die Wahrnehmung geschieht im Hier und Jetzt.

Über drei Kriterien:

1. Sinneserkennen
2. Sinnesempfindung
3. Intentionalität

kommt Scheurle zur Auflösung eines Grundwiderspruchs, der in der Spaltungsproblematik liegt: der Realitätsbegriff darf nicht abgetrennt sein von den Phänomenen und somit gilt, dass subjektive Wahrnehmungsinhalte in der symbolisierten (Langer 1984; Schmidt 1994) Wirklichkeit und nicht ‚nur in der Einbildung‘ vorhanden sind (vgl. (Scheurle 1984, 66)).

3.2.10 Die Sinneslehre als eigenständiges Wissenschaftsgebiet

3.2.10.1 Die herkömmlichen fünf Sinne und ihre Wahrnehmung

- Visuelle Wahrnehmung, auch **Gesichtssinn** oder Sehen: Dient der Wahrnehmung von visuellen Reizen wie z. B. Helligkeit, Farbe, Kontrast, Linien, Form und Gestalt, Bewegung und Räumlichkeit. Das zuständige Sinnesorgan ist das Auge.

- Auditive Wahrnehmung oder akustische Wahrnehmung, auch **Gehörsinn**, Gehör oder Hören: Dient der Wahrnehmung von Schall, insbesondere von Geräuschen, Tönen und Klängen. Das zuständige Sinnesorgan ist in erster Linie das Ohr. Sehr laute Schallereignisse können jedoch auch mit dem ganzen Körper, insbesondere durch den **Tastsinn** wahrgenommen werden. Sehr niederfrequente Schallereignisse werden ebenfalls mit anderen Organen als dem Ohr wahrgenommen.
- Sensibilität, auch **Tastsinn**, Gefühl oder Fühlen: sie ist die Vereinigung von taktiler Wahrnehmung und Tiefensensibilität und dient damit der Wahrnehmung von (körperlichen) Gefühlen wie beispielsweise Berührungen, Härte oder Hitze … Zuständig für diese Sinneswahrnehmung ist die Gesamtheit aller **Tast-, Wärme- und Kälte- Rezeptoren**, die nach folgenden Untersystemen angeordnet sind:
    - **Tiefensensibilität:** Dient der Wahrnehmung der Stellung der Körperglieder zueinander und damit der Körperhaltung. Anstatt eines einzelnen Organs ist eine Vielzahl von Rezeptoren in Gelenken, Muskeln und Sehnen für die Reizaufnahme zuständig, die meistens unter dem Begriff **Muskelsinn** zusammengefasst werden. Zu diesem System wird außerdem die **propriozeptive Wahrnehmung** gerechnet, die die Wahrnehmungen der eigenen Organe umfasst. Dazu Gindler: „Was orientiert uns in der Leiblichkeit? Propriozeptivität.“ … „Unmittelbare Körperwahrnehmung: Propriozeptivität. Der 6. Sinn.“ … Was orientiert uns im Organismus über zweckmäßiges und unzweckmäßiges Verhalten? Die Propriozeptivität.“ (Gindler-Notizen zit. nach (Ludwig (Hg.) 2002, 136))
    - **Taktile Wahrnehmung:** Dient der Wahrnehmung von Druck, Berührung und Vibrationen sowie der **Temperatur.** Das zuständige Sinnesorgan ist die Haut und zwar sowohl deren Tast- als auch Wärme- und Kälterezeptoren. Man unterscheidet Untersysteme.
    - **Olfaktorische Wahrnehmung**, auch **Geruch** oder Riechen: Dient der Wahrnehmung von Riech- und Duftstoffen. Das zuständige Sinnesorgan ist die Nase, genauer gesagt deren Riechschleimhaut.
    - **Gustatorische Wahrnehmung**, auch **Geschmack** oder Schmecken: Dient der Wahrnehmung von chemischen Qualitäten von Nahrung.

Das zuständige Sinnesorgan ist die Zunge mit ihren Geschmacksknospen. (vgl. (wikipedia 2012))

Weitere Sinne können im Alltag und in der Therapie entdeckt werden und machen kreative Erweiterungen im Behandlungsrahmen möglich.

3.2.10.2 Die Sinneslehre als Wissenschaft

Die Sinneslehre ist die Wissenschaft von der Wahrnehmung und lässt sich nach Scheurle mit Berufung auf V.v.Weizsäcker als ein eigenständiges wissenschaftliches Gebiet „verstehen, für dessen Darstellung und Methode vor allem sinnesphänomenale, also auf das unmittelbare Erfahren der Sinneswahrnehmung gerichtete Betrachtungsweisen, wie auch erkenntnistheoretische Überlegungen von wesentlicher Bedeutung sind. Als eine wesentliche Arbeit ist in dieser Hinsicht … vor allem der ‚**Gestaltkreis** - Theorie und Einheit von Wahrnehmung und Bewegen‘ von Victor von Weizsäcker zu nennen“ (Scheurle 1984, 5). Weizsäcker fordert für die Sinneslehre die **Vertiefung und Überwindung der bloß naturwissenschaftlichen Objektivität**. Diese entstehe überall dort, wo Distanzierung möglich wird von einem Konstrukt und dieser Abstand auch die Begrenztheit einer Anschauung (in diesem Fall o.g. Objektivität) deutlich macht, das Trügerische benennt: Denn durch die menschliche Sinnesfähigkeit zum Beispiel eines Abraham Newton sei die Naturwissenschaft entstanden, und somit könne auch hier der Schein trügen. Die sinnliche Natur selbst lehre auf einer tieferen Ebene der Erkenntnis, wobei das Bewusstsein (Begreifen) weiter hinaus führe mit der Lehre von den Sinnen als in eine bloße Mechanik ihrer Organe (vgl. Weizsäcker zit. nach (Scheurle 1984, 4)).

Das Postulat der Voraussetzungslosigkeit und die Auseinandersetzung mit verschiedenen Wahrnehmungstheorien, wie Scheurle sie ausführt, können an dieser Stelle nicht referiert werden, gehören allerdings zu der weiteren Auseinandersetzung mit diesem Thema. Für diesen Moment geht es der Autorin um den bei Scheurle gezeigten ganzheitlichen Sinnes-Überblick. Es werden die Sinne kurz zusammengefasst, für das Thema dieser Arbeit werden allerdings nur vier dieser erweiterten Sinne näher beschrieben: Lebenssinn/Behagenssinn, Gleichgewichtssinn, Bewegungs- und Wärmesinn.

3.2.10.3 Die Gesamtsinnesorganisation nach Scheurle

- Sinnesmannigfaltigkeit
  - Gesamtheit der Sinne
  - Problem der Sinnesgliederung
- Drei Sinnesbegriffe
  - Der Gemeinsinn – Sensorium Commune und Synästhesien
  - Begriff des aktualen Sinnes – Die Bildung intentionaler Sinne
  - Die eigentlichen Sinne – Der Begriff des Modalbereichs
- Modale Sinne
  - Leibsinne
    - Lebenssinn, Behagenssinn
    - Tastsinn, Plastischer Sinn
    - Bewegungssinn
    - Gleichgewichtssinn
  - Raumsinne
    - Geruchssinn
    - Geschmackssinn
    - Lichtsinn, Farbsinn
    - Wärmesinn
  - Zeitsinne
    - Tonsinn
    - Lautsinn oder Klangsinn
    - Wortsinn oder Gedankensinn
    - Ich-Sinn

(vgl. (Scheurle 1984, 79ff)).

3.2.10.4 Lebenssinn, Behagenssinn

Lebenssinn zu spüren heißt Vertrauen in die eigenen Wahrnehmungen haben: „Die Sinne trügen nicht, aber das Urteil trügt.“ (Goethe, Sprüche in Prosa) - Was ist das ‚Angenehm finden‘ und ‚Unangenehm finden‘ in unserer menschlichen Natur? Mit dieser Frage beschäftigen sich PatientInnen und TherapeutInnen nahezu in jeder KBT-Stunde. Der subjektive Eindruck zur eigenen Befindlichkeit darf ernst genommen werden, wenn das Dogma des Objektivismus‘ der exakten Wissenschaften überwunden ist (Cserny 1989,

Langer 1984, Scheurle 1984). Es darf an dem Erleben im Hier und Jetzt geübt werden, und es geht um die direkte und unmittelbare Auseinandersetzung des wahrnehmenden Menschen mit sich selbst. Seine individuellen Bewertungen von Befindlichkeit sind zentral für das Geschehen.

Lebensqualitäten finden Entsprechung in **Wertungen, welche den Behagensbereich zur Quelle von Annahme und Ablehnung von Gegebenem machen**. Auf den drei Ebenen zeigen sich hierfür verschiedene Bewertungen:

- Leibliche Zustände: angenehm, unangenehm oder indifferent (neutral)
- Seelische Verhältnisse: Sympathie und Antipathie
- Geistige Beziehungen: Liebe und Hass

> Indem Lebensempfindungen den individuellen Zustand des Menschen widerspiegeln, sind sie wie gesagt nicht etwa selbst als subjektiv, im Sinne von unzuverlässig anzusehen. Tatsächlich zeigen nämlich die Behagensemfindungen den Lebenszustand, wie er ist, an. Sie sind demnach nicht vage, sondern vielmehr sehr bestimmt. Was uns angenehm ist und was uns unangenehm ist, wissen wir gewöhnlich ganz genau. (Scheurle 1984, 88), weitere Erkenntnis- und Deutungsfragen siehe dort.

Schmerz weist auf Krankheit oder körperliche Schädigung hin und dem gegenüber steht **körperliches Wohlsein**. **Trauer und Leid** bindet die Seele**, Freude und Begeisterung** bilden den Pol der Entfaltung. Und das Lebensgefühl kennt keine Grenzen vom Leiblichen zum Seelischen und zur geistigen Ebene. „In den wechselnden gegenwärtigen Stimmungen erfahren wir gleichsam ein Integral aus unserem eigenen Zustand und dem Verhältnis zur Umwelt. Wir erleben in ihnen unsere Befindlichkeit, wie sie u.a. in Gesundheit und Krankheit auftritt“ (Scheurle 1984, 87).

Wo der Behagenssinn durch Schmerzempfindungen bewusst wird - manchmal ‚wie von außen‘ -, sind Erkenntnis- und Lernprozesse angesagt: „Das gilt schon für den gewöhnlichen Schmerz. Die Urbedeutung des Schmerzes, nämlich eine Schädigung anzukündigen, muss offenbar erst gelernt werden, damit er wirklich als solcher erlebt wird. So gibt es, wie Melzack (vgl. (Scheurle 1984, 89)) beschrieben

hat, **Menschen, die unfähig sind Schmerz wahrzunehmen** und die aus dem **Beschwerdeerleben** keine entsprechenden Konsequenzen ziehen.

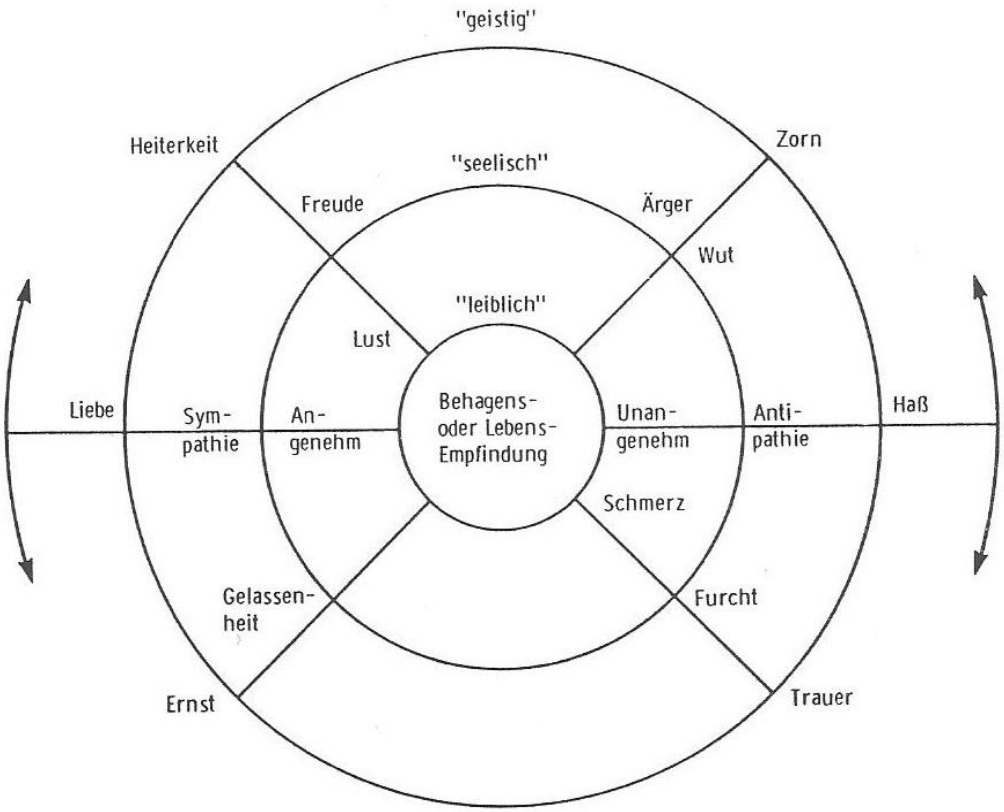

Abbildung 2: Zifferblatt der Qualitäten nach Scheurle

> Die Bedeutung des Schmerzes muss jedoch nicht nur in früher Kindheit, sondern auch im späteren Leben immer wieder neu gelernt werden. Darauf beruht sowohl der Sinn der akuten Schmerzerfahrung, nämlich eine Situation im gegenwärtigen Lebensaugenblick zu erkennen, als auch die Fähigkeit, den Schmerz intentional zu beeinflussen, zu beherrschen. (Scheurle 1984, 89f)

In Bezug auf die KBT-Arbeit im direkten Umgang mit PatientInnen liegt hierin eine große Möglichkeit, wenn Lernschritte im Sinne von Erfahrbereitschaft gemacht werden können und in der direkten Umsetzung den PatientInnen Neusymbolisierungen ermöglicht werden.

3.2.10.5 Gleichgewichtssinn

In der Objektwelt dient Gleichgewichtssinn uns für die Richtung, Symmetrie und Gleichheit; er ist ausgerichtet auf den Erdmittelpunkt. Richtung ist auch **Auf-Richtung**.

> Diese orientiert sich allein am Schwerefeld der Erde und ist dadurch, im Unterschied zu allen übrigen Raumesrichtungen, nicht variabel oder relativierbar. Indem wir uns gegen die Erde aufrichten, bilden wir als polare Gegenbewegung zur ‚Schwere' die körperliche ‚Leichte' aus. Im Wechselspiel von Leichte und Schwere, von Aufrichtung und Fallneigung entstehen die besonderen Gleichgewichtsqualitäten.(Scheurle 1984, 109)

Auf die folgenden für die KBT sehr relevanten Ausführungen über das statische Gleichgewicht kann hier nicht eingegangen werden; es geht der Blick auf die nächste, die seelische Ebene hin, wo das Bild der Waage, die der Symmetrie bedarf, eingeführt wird. Die ganze körperliche Gestalt sucht und findet Gleichgewicht: jeder einzelne **Wirbel** (in der symmetrischen Körper-) **Säule** hält sensibel das Gleichgewicht, und der Schultergürtel mitsamt Armen und Händen bildet die **‚Waagschalen'**, welche immer nach Ausgleich suchen, häufig aber ins Extrem ausschlagen.(vgl. (Scheurle 1984, 112)) Raum- und Richtungserfahrung gibt uns der **Gleichgewichtssinn im äußeren und ebenfalls im inneren Raum**, womit in der KBT vielfältig gearbeitet wird. (KBT-Angebote mit dem Stab und/oder im Gehen, Anm. W.F.) Dabei ist die Korrespondenz von Körpergleichgewicht und Umwelt vollkommen. „Nur beim Menschengeschlecht ist es der Fall, dass die natürlichen Teile auch die natürliche Lage haben und dass sein ‚Oben' zum Oben des Weltalls hinzeigt, weil von allen Geschöpfen allein der Mensch aufrecht geht" (Aristoteles zit. nach (Scheurle 1984, 114)).

Geht im Leben die Orientierung verloren, so mangelt es an seelischem, innerem Gleichgewicht:

> Das Ungeordnete, das Chaos findet sich im spezifischen Erleben dieses Sinnesbereiches wieder. Störungen des Gleichgewichts werden als **Schwindel** erlebt und spielen im **Beschwerdeerleben** vieler (Trauma-)-PatientInnen eine Rolle. Wie sich beim Schwindel alle Gestalten durchmischen und **alle Richtungen unentwirrbar durcheinanderlaufen**,

gibt uns umgekehrt die Aufrichte einen Aspekt der Klarheit und Vernunft, welcher sich auf die Beurteilung der Dinge im Raum erstreckt. Indem *wir* uns aufrichten, richtet sich in der Wahrnehmung auch die Welt mit auf: Der Berg wird so erst zum Berg, das Tal zum Tal und somit auch die Ebene zur Ebene. – **Die Gleichgewichtsempfindung ist schöpferisch, indem sie die Qualitäten der Richtung hervorbringt.** (Scheurle 1984, 114)

‚Der Lebensvorgang ist nicht eine Suczession von Ursache und Wirkung, sondern eine Entscheidung. **Das Gleichgewicht etwa ist in jeder Körperhaltung** (liegen, sitzen, stehen, gehen, springen) nicht gegeben, sondern ‚aufgegeben', d.h. es **muss von Moment zu Moment** durch Innervation von Bewegung (bzw. Haltung) **hergestellt werden.** Also ist das Körpergleichgewicht eine aktive biologische Leistung.' (V.v. Weizsäcker zit. nach (Schreiber-Willnow 2000, 29))

Reife oder weniger reife Bewältigungsstrategien, sog. Werte des Menschen, die beim Behagenssinn ihre Be-Wertung finden (wie oben beschrieben und vom Gleichgewichtssinn weiter unten), wurden in dieser Arbeit in dem schematischen Überblick zusammengeführt, den Gerald Hüther und Lutz Besser (KReST,

	Primäre Bewältigungsstrategien	Zur Abhängigkeit gebahnte Bewältigungsstrategien	Sekundäre Ängste der Persönlichkeit	Werte einer Persönlichkeit -- Reife Bewältigungsstrategien
PRIMÄRE ÄNGSTE	Wissen Kompetenz Leistung	Besserwisserei Erfolgssucht Karrieresucht	Unsicherheit Verletzbarkeit Ratlosigkeit	Selbstbestätigung Selbstvertrauen Befriedigung
	Macht Reichtum Status	Machthunger Prunksucht Großmannssucht Geltungssucht Streitsucht Tobsucht	Verzweiflung Hilflosigkeit	Genugtuung
	Ablenkung Aufregung Bewegung	Vergnügungssucht Spielsucht Hyperaktivität	Unzufriedenheit Ohnmacht	Ablenkung Ruhe Kreativität
	Essen Fasten	Fress-Sucht Magersucht	Missgunst Geiz	Zufriedenheit Harmonie
	Medikamente Alkohol Drogen	Medikamentensucht Alkoholsucht Drogensucht	Eifersucht Neid Wut	Gleichgewicht Glück
	Bindung	Eifersucht	Hass	Beziehungsgestaltung

Abbildung 3: Werte der Persönlichkeit nach Besser/Hüther 2010, Fetscher 2012

Hannover) zusammengestellt haben. Die Autorin war Teilnehmerin der KReST-Psychotraumatherapie-Ausbildung, und der Inhalt ist den eigenen Mitschriften entnommen. Die Frage nach der Ausgeglichenheit, eines stabilen inneren Gleichgewichts, stellt sich jedem von uns in jedem Moment der Auseinandersetzung, und dabei wirken sich primäre und sekundäre Ängste verschieden auf die Bewältigungsstrategien aus:

3.2.10.6 Bewegungssinn

„In jedem Akt sind Wahrnehmen und Bewegen fest verschränkt“ (V.v. Weizsäcker zit. nach (Scheurle 1984, 98)). Und dem Ursprung der Bewegung auf die Spur zu kommen ist das Thema Scheurles in seinem Kapitel ‚Bewegungssinn‘; - das kann an diesem Ort nicht beschrieben werden. Hier geht es um den Zusammenschluss dieser Anschauungen im Blick auf Elsa Gindlers Bewegungsansatz bzw. dem der KBT im Sinne von Weizsäckers Gestaltkreis.

> Jede Form des **Wahrnehmens und Bewegens** ist ein subjektives Konstrukt, eine Entscheidung der handelnden Person. Darüber hinaus hat jede Bewegung die Qualität eines Bewegungserlebnisses, wenn die Aufmerksamkeit darauf gerichtet ist. Die bewusste Wahrnehmung führt dann zum Prozess des Begreifens und Verstehens. - ‚**Die Chance des Menschen, sich am Leben zu erhalten und sein Leben zu entfalten, gründet in seiner Fähigkeit sich zu bewegen**, zu atmen, zu saugen, zu schlucken, zu greifen. ‚Greifen‘ meint aber mehr als nur Zufassen, Zupacken, also als Ergreifen; es meint auch das **Begreifen als Wahrnehmen**, **Aufnehmen und Erfassen**.‘ (Stolze 1972 zit. nach (Schreiber-Willnow 2000, 29)) … In der Bewegung nehmen wir Ereignisse und Akte wahr, die sich als Veränderung einer Gestalt in der Zeit offenbaren, und umgekehrt erfahren wir unseren eigenen Gestaltwandel, indem wir eine Veränderung unserer Körperform bzw. unserer Raumbeziehung zur Umwelt erleben. **Wandlung** ist das eigentliche Erlebnis der Bewegung. Ortsveränderung, Wachstum, Erweiterung, Ausdehnung, Kontraktion Fortbewegung usw. sind Spielarten dieser Qualitätenmannigfaltigkeit. …. In jeder Bewegung schafft sich die Erfahrung … den notwendigen Platz, der ins Unendliche immer weitergeht, sodass der Raum immer so groß ist wie die Bewegung, als deren Funktion er sich aufbaut. Ein determinierter, ‚objektiver‘

Raum müsste irgendwo Grenzen haben, als Raum aufhören. Dies jedoch widerspricht dem realen Raumerleben… (Scheurle 1984, 98-100); hierzu siehe auch entsprechende KBT-Angebote bei Gräff (Gräff 2000, 48ff).

„Stolze fasst nun das **Begreifen als einen größeren Gestaltkreis, an dem das Ich Bewegen und Wahrnehmen mit Denken und Sprechen verbindet**. Auf die damit gewonnene **Einsicht in das eigene Sein und Verhalten** zielt die KBT als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie." (Schreiber-Willnow 2000, 29) Sobald Bewegung real einsetzt „und wir ‚in Bewegung' sind, wirken weitere Denkakte eher störend. Wir müssen nun versuchen, uns nur noch auf die Bewegung selbst zu konzentrieren und keinen Augenblick lang an anderes denken. Das heißt, an die Stelle des Bewegungsentwurfs, der als Plan seine Aufgabe erfüllt hat, uns vorzubereiten, tritt nun die gegenwärtige Bewegungswahrnehmung, die unmittelbare (gestaltkreishafte; Anm. W.F.), ungeteilte Geistesgegenwart. Jeder Bewegungsaugenblick ist deshalb **unwiederholbarer, einmaliger Ich-Akt**." (Scheurle 107). … die gegenwärtige Bewegung ist in sich ungeteilt. Aber zwischen zwei Erfahrungen liegen zeitliche Verzögerungen … Der hierbei zwischen den Erfahrungen liegende Zeitraum des Lernens (=Begreifen) befähigt uns zur zeitlich versetzten **Rückkopplung** (entsprechend KBT-Dissoziationsmodell nach Cserny) verschiedener Bewegungen. Diesen Zeitraum der Rückkopplung – und darin liegt das Wesentliche bei der Wahrnehmung – gibt es jedoch *nicht innerhalb des gegenwärtigen Bewegungsaugenblicks.* „Hier hat jede Bewegung unwiderrufliche Einmaligkeit. Wollen, Erkennen und Empfinden sind in der bewussten Bewegung nicht getrennt, sondern fallen zeitlich völlig zusammen. Lediglich in der Erinnerung können die drei kritischen Elemente voneinander getrennt werden, nicht jedoch in der Gegenwart." (Scheurle 1984, 107)

Nach Cserny „… ist zu betonen, dass die KBT nicht primär darauf aus ist, direkt auf Störungen einzugehen. Vielmehr möchte sie **durch ein Wieder-Herholen von Entwicklungsschritten ‚schrittweise' die Wahrnehmung verändern**, was unserer Definition nach nur im erneuten Einüben der Bewegung und der damit entwickelten Sinnesempfindungen und sich daraus ergebenden neuen Erfahrungen geschehen kann." (Cserny 1989, 67)

Gindler beschreibt Bewegungen i.S. von Tätigkeiten, die allzu automatisch verrichtet werden: „Wir machen alles, damit es fertig ist und das nächste kommt

(Kaffee trinken, Zähne putzen, Saubermachen …).“ Und sie meint, dass das mit Sinn Getane dabei zu kurz kommt. Um die Qualität bedeutend zu erhöhen beschreibt sie eine Verfassung, die sinnlicher und auch kreativ ist:

> Denn immer, wenn eine Leistung durchdacht ausgeführt wird, wenn wir zufrieden mit uns sind, haben wir ein Bewusstsein. Ich meine damit **das Bewusstsein, das immer in der Mitte steht**, auf die Umwelt reagiert und denken und fühlen kann. Ich unterlasse es absichtlich, dieses Bewusstsein als Seele, Psyche, Geist, Gefühl, Unterbewusstsein, Individualität oder gar Körperseele zu definieren. Für mich fasst das kleine Wort ‚ich‘ dies alles zusammen, … (Gindler zit. nach (Ludwig (Hg.) 2002, 84)).

Dieses aber entspricht „unserer wirklichen Erfahrung, infolge welcher wir über stetige, selbstbewusste, kontrollierbare Akte verfügen. Sich ichhaft bewegen und handeln, bedeutet daher, über absolute, ungeteilte Gegenwart zu verfügen..“ (Scheurle 1984, 108)

3.2.10.7 Wärmesinn

„Für eine **phänomenologische Sichtweise ist Wärme gleichsam als Urzustand der Dinge zu betrachten**. Wärme gehört ursprünglich zu allem Dasein und elementaren Zuständen ihrem Wesen nach hinzu“ (Scheurle 1984, 151), auch wenn es möglich ist, sie gedanklich abzutrennen. Körperliche Eigenwärme wird positiv erlebt, mehr als Neutralität, sondern als ein inneres Lebensgefühl verbunden mit Lebensintensität. Kälte und Wärmemangel zeugen von verringerter Eigentätigkeit, geringerem Muskeltonus. Es gibt Parallelen zum Gleichgewichtssinn,: **das thermische Gleichgewicht**, d.h. ein Mensch ist von der Umgebung unabhängig **und stellt sich die ihm gemäßen Lebensbedingungen immer wieder selbst her. Er behauptet sich selbst gegenüber äußeren Einwirkungen.**

„Körperwärme entsteht bei Stoffwechselvorgängen, so zum Beispiel beim Verbrauch von Adenosintriphosphat (ATP), dem „Sprit“ unserer Zellen. Wird dieses Molekül im Rahmen der Zellatmung gespalten, werden rund 40 Prozent der nutzbaren Energie als Wärme freigesetzt, bei Muskelarbeit sogar 50 Prozent. Deshalb wird uns warm, wenn wir uns bewegen“ (Pfitzer 2008, 21).

Bei dissoziationsspezifischen KBT-Angeboten ist der Wärmesinn von großem Nutzen: „Ist uns kalt, dann verringert sich die Körpertemperatur, der Körper verkleinert die Durchblutung von Haut und Extremitäten.“ (Scheurle 152) Eine Behandlung im Sinne von Stimulierungs-Regulation aufgrund von Wärme- und Kältereizen bietet das ‚Skills-Training‘. Dies lässt sich zur Reorientierung bei Dissoziationen nutzen (s. a. Sendera/Linehan, 2005), und es kommt in der KBT in Wahrnehmungsangeboten zum Ausdruck (z.B. barfuss im taubedeckten Gras).

Die richtige Balance zu finden zwischen kalt und warm ist je nach Stoffwechsel individuell. Ebenso wirken seelisch-geistige Verfassungen darauf ein, denn menschliche **Wärme ist unsere innere Schutzhülle**. (Pfitzer 2008) - Den Menschen als Wärmesinneswesen zu verstehen gelang auch Elsa Gindler in ihren Studien zur Befähigung des Alltagsmenschen. „Während Wärme und Kälte der Umwelt stets als Gleichgewichtszustände erscheinen, wird der physiologische Vorgang des Angleichens an den Umraum polar empfunden. Was unterscheidet heiß von warm, was damit warm und schmerzhaft?“ (Gindler zit. nach (Ludwig (Hg.) 2002, 149)). Sie vermittelte ihren SchülerInnen einen lebendigen Zugang zu ihren Füßen:

> … und in den beiden großen Zehen hat es zu kribbeln begonnen. Natürlich! Auf die ‘Erweckung‘, das ‚Lebendigmachen‘ der Füße hatte es Frau Gindler besonders abgesehen. Sie zeigte uns, wie man diese ‚toten Klumpen‘ ohne eine einzige Bewegung, nur durch genaues ‚Durchfühlen‘ in **warme, pulsierende Teile des physischen Selbst** verwandeln kann. (Robert Jungk, zit. nach (Ludwig (Hg.) 2002, 149))

Ein Grundprinzip im Heilwesen ist die Verbindung von Interventionen – medikamentös, psychotherapeutisch –, die integrativ auf Leib, Seele und Geist wirken. Alles in dieser Richtung Veranlasste beeinflusst die Zu- und Abnahme der **inneren Wärme**. Das gilt physiologisch (Temperatur), seelisch (Gefühle) und mental (bei der Gesprächs- und Beziehungsarbeit, ‚in der Wärme des nach Lösung suchenden Willens‘. (Martin Straube bei (Pfitzer 2008, 21))

> Die **Anthroposophie** unterscheidet beim Menschen **vier Organisationsebenen**, analog zu den vier Elementen: Festorganismus, Flüssigkeits-, Luft- und Wärmeorganismus. Diese greifen zwar ineinander

über, funktionieren aber nach jeweils eigenen Gesetzmäßigkeiten. Wärme stellt die übergeordnete Qualität dar, da sie die anderen (Luft, Flüssiges, Festes) durchdringen kann. Das Beherrschen der **Wärme als ursprünglichste Form von Energie ist Grundlage allen Handelns**. Wärme ist daher elementar für die ‚Ich-Organisation': Diese ist nach anthroposophischem Verständnis der Ausdruck des Menschseins, indem sie Denken, Fühlen und Handeln sowie alle Vorgänge im Organismus koordiniert und integriert. Auf diese Weise bildet der **Wärmeorganismus** die Brücke zwischen Körper, Geist und Seele. (Pfitzer 2008, 21)

Bisher wird das Phänomen Wärme im allgemeinen Sprachgebrauch *physikalisch als* eine über eine Systemgrenze hinweg transportierte thermische Energie und *allgemein als* Herzlichkeit betrachtet. (wikipedia 2012)

Für die menschliche Existenz ist Wärme allerdings so elementar wie Sauerstoff und Wasser. Die Wärme ist körperorientiert, sie begleitet den Menschen wie Seele und Geist. Diesem häufig unbeachteten Phänomen schenkt der Mediziner Peter Selg zentrale Beachtung. Wo einerseits Wärme und Licht und Geborgenheit als Bezugspunkte zur Wärme entstehen, steht polar gegenüber die Kälte und Dunkelheit sowie die Erstarrung.

„**Nächster Bezug der Wärme ist die Bewegung**: alles, was sich lebendig bewegt, ist von Wärme durchzogen. Wärme ist die Grundbedingung für jegliches menschliche Leben und dieser unbeachtete Aspekt (in der Bindungslehre, Medizin, Pädagogik, Psychotherapie), dieses Phänomen wird als Grundbedingung vorausgesetzt und hat keine wissenschaftliche Relevanz in der heutigen Geisteswissenschaft." (Aus Zsf: Peter Selg, "Die Wärme-Meditation", Quelle: Internet)

4 Posttraumatisch belastete PatientInnen

Die bereits in der Kindheit traumatisch belasteten Menschen, genauso Kriegsveteranen oder Überlebende von Naturkatastrophen zeigen vergleichsweise häufig verschiedene nichtorganische körperliche Symptome. Dies sind traumaassoziierte Körperbeschwerden, was umfasst körperliche Missempfindungen und Funktionsstörungen im Sinne dissoziativer Störungen der Bewegung und Wahrnehmung sowie Schmerzzustände, und sehr häufig werden Erschöpfungssymptome beschrieben. Diese Störungen sind nicht primär durch eine körperliche Erkrankung bedingt. Dennoch spielen Körperbeschwerden in der Behandlung traumatisierter Patienten eine sehr wichtige Rolle. Stellvertretend für den seelischen Schmerz der Misshandlung oder Traumatisierung steht der körperliche Schmerz. Die in der Kindheit traumatisierten PatientInnen erleben häufig, dass ihre Schmerzen sich bei der Zuwendung, die sie sich selbst in der Trauma-Therapie zu geben lernen, die zugrundeliegenden traumatischen Erinnerungen sich bessern oder sogar ganz auflösen. (Sack, Der Einfluss akuter dissoziativer Symptome auf die autonom-vegetative Regulation. Korrigierte Fassung der Habilitationsschrift an der Medizinischen Hochschule Hannover 2005, 17)

Das Plädoyer für die Entwicklung eines eigenständigen Fachgebietes der Psychotraumatologie neben der chirurgischen Traumatologie findet sich in dem Lehrbuch von Fischer und Riedesser (2009), das eine umfassende Darstellung sämtlicher Aspekte der Psychotraumatologie bietet. Sehr strukturiert und informativ wird die spezielle Traumatologie mit Kapiteln über Kindheitstrauma, Vergewaltigung, Holocaust, Folter und Exil, Gewaltkriminalität etc. aus der europäischen Sicht, die sich von der amerikanischen vollständig unterscheidet, ausgeführt. Begriffe wie Psychotraumatologie (psychologische und psychosomatische Traumatologie) werden neu geprägt und von der chirurgischen Traumatologie abgegrenzt. So kann die Psychotraumatologie aus ihrem Schattendasein hinausgeführt werden, und dies nicht zuletzt deshalb, weil hier unmissverständlich beschrieben wird, dass Traumatisierte unbedingt einer spezialisierten Klinik und nachfolgend im ambulanten Setting kenntnisreicher ambulanter Spezialisten bedürfen (vgl. (Fischer und Riedesser 2009)).

4.1 Traumatisierte und Traumafolgen

4.1.1 Begriff Traumatisierung

Der Begriff Traumatisierung im psychoanalytischen Sinne wird als Reizüberflutung des Ich durch überwältigende Affekte von innen (Furst 1967 zit. nach (Reddemann und Sachsse, Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen PTBS vom Phänotyp Borderline-Persönlichkeitsstörungen 2001, 555)) verstanden. Im Sinne von Reddemann-Sachsse geht es um von außen auf die Person einwirkende Ereignisse.

> Das traumatische Ereignis beinhaltet das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat, oder die Beobachtung eines Ereignisses, das mit dem Tod, der Verletzung oder der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat, oder das Miterleben eines unerwarteten oder gewaltsamen Todes oder der Verletzung eines Familienmitgliedes oder einer nahestehenden Person. (APA 1994 bei (Reddemann und Sachsse 2001, 556))

4.1.2 Posttraumatische Störungen

Unter **posttraumatischen Störungen** sind psychogene Erkrankungen zu verstehen, welche aufgrund von Traumatisierungen bewirkt werden; diese seelischen Verletzungen beruhen auf unterschiedlichen Arten von katastrophalen Erlebnissen, seien es Unfälle, Naturkatastrophen, zwischenmenschliche Gewalt, Missbrauch oder Zeugenschaft. Sie können von den Betroffenen schwer oder gar nicht bewältigt werden und treten häufig mit zeitlicher Verzögerung auf, ganz unabhängig von der Konstitution oder gesundheitlichen Verfassung eines Menschen. (Ermann 2007, 141ff). Die Gesamthäufigkeit (Punktprävalenz) der PTSD beträgt 5-10% der Bevölkerung, das ist ein Fünftel der psychischen Störungen! (Ermann 2007, 146)

4.1.3 Peritraumatische Reaktionen

Peritraumatische Reaktionen sind die direkte Folgeerscheinung in Form von Angst, Schrecken, Erstarrung und Erregung oder Dissoziation. Nach einer Latenz von einigen Tagen oder Wochen folgt eine akute Traumareaktion, die im einen Fall abklingt, im anderen Fall in eine anhaltende posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) übergehen kann.

Weil das aufs Höchste bedrohte Selbst in Sicherheit zu bringen ist, kommt es zu einer Fluchtreaktion, bei der Betroffene aus sich heraustreten und die Situation von außen erleben (Derealisation, Depersonalisation); sie stehen neben sich oder meinen das Geschehen beträfe einen anderen. Diese Unterbrechung/Entkoppelungsfähigkeit, bei der das Bewusstsein auf hohem Niveau weiter funktioniert und die Körper- und Sinneswahrnehmungen abgetrennt sind, ist die **peritraumatische Dissoziation**. Im akuten Zustand irren die so aus sich herausgetretenen Menschen umher oder verfallen in Erstarrung. Erst nach Stunden oder Tagen ist eine Reorientierung möglich und es bleibt eine Amnesie zurück. (Peichl, Innere Helfer, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst. 2007, 80)

Das **Ereignis eines Traumas hat im seelischen Inneren kein Vorbild** (Repräsentanzen), so ist es auch mit grenzüberschreitenden Erfahrungen anderer Art (Nahtodeserfahrung/Meditation/Drogen/‘EPs‘). Ermann beschreibt hier Ich-Regression, -Schwäche, -Fragmentierung und wie die Traumaerinnerungen auf der Sinnes- und Körperebene abgespalten sind und daher nicht als diese identifiziert werden können. (Peichl 2007, 149)

Wenn ein geschwächtes Ich seine Funktionen aufrecht erhalten will, so isoliert es das Trauma in der Erinnerung und setzt **als Notabwehr die Dissoziation** fort. **Posttraumatische Dissoziation** hält den zerrissenen Bewusstseinsvorgang aufrecht, ein abgespaltenes Traumaintrojekt. Küchenhoff (1990) nennt die „Introjektion einen „frühen“ Abwehrmechanismus gegen überwältigende Angst (Kernberg 1976). So kann die Beziehungserfahrung als ein inneres Bild festgehalten werden und wird benutzt, um Angsterlebnisse zu binden. (vgl. (Ermann 2007, 150))

4.1.4 Janets Einfluss auf die Psychotraumatologie

Am Beginn der Psychotherapie stand die Traumaforschung - würden wir aus heutiger Sicht sagen. Pierre Janet (1859 - 1947) und Jean Martin Charcot (1825-1893) suchten reale Ursachen von vor allem psychosomatischen Phänomenen wie Schwitzen, Ohnmachtsanfälle, Stotteranfälle etc. zu erforschen. Sie entwickelten hierfür Gegenmittel durch die **hypnotische Behandlung** und **psychologische Kuren**. Der Arzt tritt noch im traditionellen medizinischen Kontext als Autorität und Inhaber des Wissens auf, aber es geht jetzt darum, ob Ursache und Wirkung im Krankheitsbeginn und -verlauf verstanden werden können.

Im Zentrum stehen plötzlich Subjektivität, die Intimität des Gesprächs, Katharsis, Lösen und Ausdrücken von Gefühlen und das Verstehen als konstituierende Faktoren der therapeutischen Situation. Gegenüber der üblichen Heilbehandlung, die mehr medizinisch orientiert war, wird gearbeitet mit der subjektiven Erzählung, mit der Bedeutungsgebung. Der Weg in die Zusammenhänge wird gesucht, entscheidend wirkt die Bedeutungsgebung des Patienten selbst. Nicht der Arzt oder der Behandler ist der Wissende, der diagnostiziert und verschreibt, sondern es geht um das subjektive Erschließen der persönlichen Wahrheit im Dialog, im Vieraugen-Gespräch. Janet war beeindruckt, wie unterschiedlich die Krankengeschichten sind, wenn er sie am Krankenbett mit Zuschauern oder unter vier Augen explorierte. Das war der Beginn des intimen ärztlichen Gesprächs. Vorbedingungen, Auslöser und mangelnde Verarbeitung einer Situation wurden erforscht und sodann als Ursache von psychischer Erkrankung postuliert. Es geht also fortan um die Behandlung in der intimen Szene, um die Erschließung der schädigenden Momente, um Kontextualisierung einer missglückten Verarbeitung, um die Lösung von Affekten. Und es geht um neue assoziative Verknüpfungen, letztlich um Bewusstwerdung und sprachliche Verarbeitung. Das sind wohl die konstituierenden Faktoren für alle Psychotherapien, so auch der KBT. (Hochgerner und Fetscher (Hg.), Werte und Visionen schaffen Wirklichkeiten. KBT als Psychotherapieverfahren in Österreich und in der Slowakei Nr.42, 2011, 79)

Pierre Janet war der Begründer der *modernen dynamischen Psychiatrie* des 19. Jahrhunderts. Zugleich Philosoph sowie Psychiater und Psychotherapeut, hat er in seinen therapeutischen Ansätzen **das moderne Verständnis der Dissoziation** geprägt. Dissoziation - heute ein wichtiger Begriff aus der Psychotraumatologie - ist in wesentlichen Teilen durch ihn vorweggenommen worden (wikipedia 2011).

In gründlichen Dokumentationen wurden die Forschungen festgehalten, und in den 1880er Jahren wurde das Konzept der Beziehung zwischen Trauma und Dissoziation in Frankreich dargestellt. Charcot bemerkte, dass „aufgrund der **leichten Dissoziation der kognitiven Einheit bestimmte Zentren des psychischen Organs in Gang gesetzt werden können**, ohne dass die anderen Regionen des psychischen Organs sich dessen bewusst werden“ (vanderHart 1993). Mit dem Aufhören bestimmter Körperempfindungen bei Hysteriepatienten erfasste Gilles de la Tourette das Konzept der Dissoziation (van der Hart 1993), und schließlich widmete sich Pierre Janet zunächst in LeHavre und dann in dem Pariser Le Salpetrière zum ersten Mal der systematischen Erforschung der Beziehungen zwischen Dissoziation und seelischem Trauma (Janet 1889; vanderKolk&vanderHart 1989, 1991 (vgl. (vanderKolk, et al. 2000, 246ff)).

4.1.5 „Katharsis“

Die zwei Wiener Ärzte Josef Breuer und Sigmund Freud konnten viele Befunde Janets bestätigen. Bei einem Besuch Freuds bei Charcot in Salpetrière übernahm er viele dieser neuen Ideen. Breuer, der anfänglich mehr dem verbalen Gefühlsausdruck mehr Beachtung schenkte als dem emotionalen, fand dann mit Freud heraus, dass die vielfältigen hysterischen Symptome im Lauf der hypnotischen Explorationen bei der berühmten Patientin Anna O. ein lebhaftes Wiederbeleben der traumatischen Ereignisse, in Verbindung mit dazugehörigen Affekten, zur Auflösung ihrer Symptome führte. Pathogene traumatische Erinnerungen ins Bewusstsein zu bringen war das Vorgehen Breuers, und dann die quälenden Emotionen, die Bezug hatten zu betreffenden Ereignissen, zu verbalisieren und mit Hilfe eines **Verfahren**s, das von Bauer und Freud „**Katharsis“**, im Sinne von Abreaktion, genannt wurde, **die aktuellen Emotionen zur Entladung zu bringen** ermöglicht wurde.

Nach dem weltweit regen Anfangsinteresse an der Beziehung zwischen Trauma und Dissoziation flaute das Interesse ab, und die Entwicklung nahm eine andere Richtung ein. Mit seiner Neuformulierung des Charakters der Symptombildung und der innerseelischen Konflikte bei Hysterie - wonach Hysterikerinnen nicht unter traumatischen Erinnerungen litten, sondern in Wirklichkeit seien es sexuelle Phantasien, wie sie in der kindlichen Sexualentwicklung aufzutreten pflegen -, wandte sich Freud von der Dissoziationsforschung ab, und die offizielle Psychiatrie folgte Freud in dieser Auffassung (vgl. (vanderKolk, et al. 2000, 247f)).

Beide Weltkriege konfrontierten die Psychiatrie wieder mit dem Thema Dissoziation, es gab Diskussionen (bei engl. Behandlern von Kriegsopfern), wobei C.G. Jung Abreaktionen als nutzlos und häufig sogar schädlich bezeichnete, also die Entladung eines Emotionsüberschusses in der Therapie nicht funktioniere. Seine Sicht darauf war, dass bei posttraumatischen Belastungen das wesentliche die psychologische Dissoziation sei. „Er behauptete, dass eine traumatische Erinnerung eine Dissoziation in der Psyche erzeugt: ‚Sie ist der Kontrolle durch den Willen entzogen und besitzt dadurch die **Eigenschaft der seelischen Autonomie**.' … ‚Unterstützung und Verständnis von Seiten des Therapeuten erhöhen das Bewusstseinsniveau des Patienten und befähigen ihn, bewusst die autonome dissoziierte traumatische Erinnerung wieder unter willensmäßige Kontrolle zu bringen'" (C.G. Jung zit. nach (vanderKolk, et al. 2000, 249)). - Nochmals jedoch geriet das schwer erarbeitete Wissen über die Zusammenhänge der dissoziativen Phänomene in Vergessenheit, bis Kliniker erst **nach hundert Jahren**, in den 1980er Jahren des 20. Jahrhunderts, den Zusammenhang zwischen dissoziativen Störungen und Traumata **wiederentdeckten** (vgl. Spiegel 1984; Putnam 1985 zit. nach (vanderKolk, et al. 2000, 248)).

4.1.6 Moderne Traumatologie auf der Grundlage von Janet

Janet hielt die Dissoziation für den kritischen Faktor, der für die schließliche Adaption an eine traumatische Erfahrung ausschlaggebend ist. Die Frage**, warum Menschen dissoziieren**, beantwortet Janet folgendermaßen:

> Bei vielen Probanden war ich gezwungen, die Rolle eines oder mehrere Ereignisse in ihrem vergangenen Leben anzuerkennen. Diese Ereignisse, die mit heftigen Emotionen und der Zerstörung des psychologischen Systems einhergingen, hatten Spuren hinterlassen. Die **Erinnerung** an diese Ereignisse nahm eine **große Menge Energie in Anspruch** und spielt eine Rolle bei der anhaltenden Schwächung (1932).

Für Janet gibt es zwei abhängige Variablen, welche die „heftigen Emotionen" bestimmen:

- Der emotionale Zustand des Opfers zur Zeit des Ereignisses,
- Die kognitive Bewertung der Situation

(vgl. (vanderKolk, et al. 2000, 246).

4.1.7 Erinnerungsphobie

Das bedeutet, dass nicht das Ereignis selbst, sondern die Bewertung des Ereignisses die Intensität bestimmt. Daraus schließt er „psychopathologisch: ‚Das **Individuum, von heftigen Emotionen überwältigt, ist nicht es selbst**. Das Vergessen des Ereignisses, das der Emotion vorausgegangen ist, findet sich häufig in Form einer andauernden retrograden Amnesie als Begleiterscheinung emotionaler Erfahrungen' (Janet 1909b, 1607). In solchen Fällen ist der Betreffende ‚unfähig zu der verbalen Schilderung, die wir narrative Erinnerung nennen, und doch bleibt er mit der schwierigen Situation konfrontiert' (Janet 1919/1925, Bd.1, 660). Die resultierende „ … ‚**Erinnerungsphobie'** verhindert die Integration **(‚Synthese'**) der traumatischen Ereignisse und spaltet die traumatischen Erinnerungen vom gewöhnlichen Bewusstsein ab (Janet 1898, bei vanderKolk 145). Solange diese abgespaltenen **Erinnerungsspuren** nicht in eine persönliche Schilderung umgewandelt wurden, werden sie sich weiterhin in Form von furchterregenden Wahrnehmungen, Zwangsvorstellungen und somatischem

Wiedererleben intrusiv aufdrängen“ (vanderKolk&vanderHart 1991, zit. nach (vanderKolk, et al. 2000, 246)).

„Traumatische Erlebnisse führen zur plötzlichen oder andauernden Reizüberflutung, lähmen das Ich und setzen seine Bewältigungsfunktionen außer Kraft. Archaische unbewusste Ängste und Phantasien werden plötzlich Wirklichkeit, die Grenze zwischen Phantasie und Realität wird aufgelöst“ (Freud 1917 zit. nach (Ermann 2007, 147)). Mit dieser **Überflutung durch überwältigende Stimuli** geht ein Realitätsverlust einher, der die Fähigkeit zwischen innen und außen zu unterscheiden, zusammenbrechen lässt. Aufgrund der unerwarteten und überwältigenden Erfahrung entstehen katastrophale Orientierungslosigkeit, weiter auch psychische Hilflosigkeit und Ohnmacht bis hin zu wie psychotisch wirkender Desorientiertheit (vgl. (Ermann 2007, 147)).

Folgt eine Bewusstwerdung der somatosensorischen Elemente durch betreffende Erinnerungsauslöser, kann das Trauma wiederbelebt werden in Form von körperlichen Empfindungen (z.B. Panikanfällen), visuellen Bildern (z.B. Flashbacks und Alpträumen), zwanghaftem Grübeln oder verhaltensmäßigen Reinszenierungen (Janet 1904). Menschen dissoziieren nicht aufgrund eines aktiven Verdrängungsvorgangs, vielmehr „weil ihre **geistigen Fähigkeiten** durch „heftige Emotionen“, die ihre Fähigkeit beeinträchtigen, mentale Inhalte zu integrieren, **geschwächt sind.** Das traumatisierte Individuum ist unfähig, die Erinnerung an das Trauma in das persönliche Bewusstsein zu integrieren (Janet 1904, 1909/1925)“ (vanderKolk, et al. 2000, 248).

Die von Janet beschriebene Phobie steht im deutlichen Widerspruch zu der Auffassung der Psychoanalyse des aktiven Ausstoßens durch Verdrängung, und er glaubt, dass bei dissoziativer Störung die Abreaktion keine heilende Wirkung hat. Aufgrund der Pathologie kommen PatientInnen immer wieder in Zustände des Wiedererlebens ohne dass Besserung eintritt. „**Das Ziel muss es sein, die Dissoziation unter Kontrolle zu bringen und die traumatischen Erfahrungen zu integrieren**“ (vanderKolk, et al. 2000, 248).

4.2 Traumakonzepte und ihre wissenschaftliche Entwicklung

Wir stehen noch inmitten der wissenschaftlichen Erforschung und Konzeptualisierung der posttraumatischen Störungen. Nicht nur die Klassifikation im allgemein gültigen DSM-, ICD-10 Schlüssel, auch die Terminologie, Nosologie sowie die Behandlung nehmen in der wissenschaftlichen Welt Raum bei Diskussionen ein, insbesondere die Frage, ob PTSD neben den anderen psychogenen Störungen eine Sonderstellung einnehmen sollte oder nicht (vgl. (Ermann 2007, 143)).

4.2.1 Entstehen der posttraumatischen Störungen

Wird das Trauma nicht im oben beschriebenen Sinne verarbeitet, dann entsteht eine posttraumatische Persönlichkeitsentwicklung mit entsprechendem **Beschwerdeerleben im Alltag**. Affekte bleiben in dissoziativer Form erhalten, d.h. von den bewussten Erinnerungen abgespalten. Chronische **Abwehrhaltungen gegen das Auftauchen von Erinnerungen, eine Erinnerungsphobie (**Ermann 2007, Heinz 2012 (Heinz und Wild in Druck)), bedeuten eine dauernde Persönlichkeitsänderung.

4.2.2 Welche Spuren ein Trauma in der Persönlichkeit hinterlässt: Interpersonelle Probleme

Die aus Traumatisierungen entstandenen Störungen, z.B. bei Kindern (Vernachlässigung, Missbrauch, Gewalt) wurden früher unter allen möglichen Diagnosen geführt, weil die traumatische Ätiologie noch bis vor kurzem weder angemessen gewichtet noch erkannt worden ist. Die Bedeutung von Traumaerfahrung in den ersten zwei Lebensjahrzehnten, (mittlerweile als wesentliche und entscheidende Jahre der Entwicklung bekannt), ist erst kürzlich in ihrem vollen Ausmaß deutlich geworden (1980er Jahre). Wie wichtig es ist, dass Vertrauens-/Bezugspersonen zur Verfügung stehen, die als Vorbild dienen und genügend Sicherheit und Ruhe im Leben bieten (Mentzos 1984, 197) solange diese noch nicht aus eigenen Kräften zur Verfügung stehen. Hier entsteht dann ein Dilemma, denn wenn alle sorgenden und haltgebenden Funktionen des

Familienverbandes wegfallen, Fehlentwicklung und Ich-Regression sind die Folge, und damit besteht das Risiko der **Komorbidität.** (s. Kap. 5.6)

Intrusive Symptomatik		***Konstriktive Symptomatik***
Sich aufdrängende Erinnerungen, zwanghafte Gedanken an das Trauma	*Gedanken*	*Erinnerungslücken, Konzentrationsstörungen*
Angst, fehlendes Sicherheitsgefühl, Ohnmacht, Hilflosigkeit	*Affekt*	*Gefühllosigkeit, emotionale Vertaubung, Lustlosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive*
Körpererinnerungen, Schmerzsymptome; chronische Verspannungszustände	*Körpererleben*	*Entfremdungserleben, Verlust von Funktionen der Wahrnehmung und Motorik*
Unkontrollierbare Stressreaktionen, Abreaktionen	*Ausdrucksverhalten*	*Stupor, Lähmung, Kraftlosigkeit, extreme Müdigkeit*

Abbildung 4: Polarität der posttraumatischen Symptomatik, Sack, 2005

Erwachsene aus einer stabilen Lebenssituation können nach großen Erschütterungen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Restitution kommen. Andere haben, z.B. nach Extremtraumatisierungen (Krieg, Folter, politische Gewalt), bei denen ihre **Persönlichkeit zerbrochen** ist, lange Zeit unter dem völligen Erlahmen der Ich-Funktionen zu leiden. Nur mit größter Mühe können sie sich wieder erholen. **„Diese Menschen leben, als sei das Trauma immer noch gegenwärtig. Die Welt und sie selbst haben sich durch das Trauma grundlegend gewandelt.“** (Ermann 2007, 154)

4.2.3 Posttraumatische Krankheitsbilder nach ICD-10

Gegenwärtig gibt es im ICD-10 folgende Formulierungen. Sie wirken sich auf das Thema dieser Arbeit nur gering aus und werden im Überblick genannt.

- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F43.—
- Akute Belastungsreaktion F43.0
- Posttraumatische Belastungsstörung F43.1
- Anpassungsstörungen F43.2

4.2.4 Komplexe Traumafolgestörungen

Das Spektrum der traumaassoziierten Symptome geht weit über den eng eingegrenzten Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörung hinaus und wird durch diese diagnostische Kategorie nur unzureichend erfasst. Schon seit langem wurde **in der Diskussion über die Folgen von sexueller Gewalt und Misshandlung in der Kindheit kritisiert, dass hier Handlungsbedarf besteht**. Es gibt einmalige Traumatisierungen (Typ-I Trauma), wie z.B. Unfälle oder Naturkatastrophen, die sich in ihrer Pathogenität und im Ausmaß der potentiellen psychischen Folgesymptome von Extremtraumatisierungen (Typ-II Trauma) unterscheiden, denn diese sind besonders schwerwiegend, waren wiederholt oder langdauernd einwirkend. „Als Langzeitfolgen von lebensgeschichtlich frühen, besonders schweren oder langdauernden Traumatisierungen lassen sich körperliche Beschwerden unklarer Ätiologie, dissoziative Symptome, chronisches selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten sowie eine verzerrte kognitive und affektive Selbstwahrnehmung beispielsweise im Sinne von Schuld und Schamgefühlen beschreiben“ (Sack 2005).

Aus dieser Situation wurde daher ergänzend zur Diagnose PTBS die Diagnose **'Komplexe posttraumatische Belastungsstörung'** vorgeschlagen (Herman 1992; Sack 2004). Zugehörige Symptombereiche sind Störungen der Affektregulation, **dissoziative Symptome,** gestörte Selbstwahrnehmung, Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung sowie Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen. „**Trotz empirischer Befunde, die eine hohe Prävalenz komplexer Traumafolgestörungen belegen, hat die Diagnose komplexe PTBS noch nicht Eingang in die internationalen Klassifikationssysteme gefunden.**“ (Mehr Informationen: Forschungsforum komplexe Traumafolgestörungen, M. Sack, München/Internet)

5 Dissoziation

5.1 Begriff

Der Begriff Dissoziation stammt von Janet, der ihn als Abspaltung von Bewusstseinsinhalten definierte. Heute wird er verstanden als ein Mechanismus der Krankheitsentstehung.

Die Psychologie beschreibt den teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen, und neurophysiologisch wird die Trennung von neuronalen Prozessen darunter verstanden. Der Begriff findet Anwendung in der Soziologie und meint die Trennung bestimmter Werte und Normen der beteiligten Gruppierungen bzw. Schichten voneinander. Beim Tango ist es die Trennung von Oberkörper und Unterkörper bei der Ausführung von Bewegungen. (wikipedia 2011)

Bei Dulze und Sachsse hat Dissoziation mit Schutz und Störung zu tun: „Dissoziation ist eher geeignet, das Individuum vor intolerablen Gefühlen zu schützen.“ (zit. nach Kernberg, 248), während Sack dissoziative Symptome als Schutzmechanismen vor überfordernden Belastungen versteht (Krystal et al. 1996 zit. nach (Sack, Der Einfluss akuter dissoziativer Symptome auf die autonom-vegetative Regulation. Korrigierte Fassung der Habilitationsschrift an der Medizinischen Hochschule Hannover 2005). Weiter betont er:

> Nach wie vor besteht eine **Kontroverse darüber, ob Dissoziation als ein kontinuierlicher Prozess anzusehen ist,** der von alltäglichen dissoziativen Phänomenen bis hin zu schwersten dissoziativen Störungen reicht, oder ob eine nicht-pathologische Dissoziation von einer pathologischen Dissoziation kategorial klar voneinander unterschieden werden kann. (Waller et al. 1996 bei (Sack, Der Einfluss akuter dissoziativer Symptome auf die autonom-vegetative Regulation. Korrigierte Fassung der Habilitationsschrift an der Medizinischen Hochschule Hannover 2005)

Als Primäraffekt wird heute die Angst gesehen und nicht wie früher die Aggression. Dissoziation ist ein ‚Sich-Heraushalten aus dem gemarterten Leib‘*:*

> Man kann sich also die so vorstellen, dass ein massiver Affektdruck (das heißt Schmerz) in einer unerträglichen Situation, insbesondere bei regelhafter Wiederholung solcher Situationen, zu einer Kanalisierung und Automatisierung des Erlebens auf mehreren ‚Bahnen' führt, die dann zu abgrenzbaren Gedächtnissen, Emotionen und Verhaltensweisen – bis hin zu Persönlichkeiten, die sich ausbilden, werden … Was dann in der Situation bleibt, ist gewissermaßen nicht mehr er selbst; er hat sich entzogen und im bildlichen und wörtlichen Sinn nur seinen Körper zurückgelassen (Hoffmann zit. nach (Lüderitz 2005, 144)),

und Butollo sieht im Vordergrund die "strukturelle Aufspaltung mentaler Prozesse, bei der es zur Abspaltung von Wahrnehmungen, Bedeutungen, Gefühlen, Erinnerungen oder gar Teilen der Identität kommen kann." (Butollo et al., 1999, zit. nach (Klampfl 2007, 45)).

Im Überlebensmechanismus und Entfremdung beschreibt Janet: ‚Das **Individuum, von heftigen Emotionen überwältigt, ist nicht es selbst**. Das Vergessen des Ereignisses, das der Emotion vorausgegangen ist, findet sich häufig in Form einer andauernden retrograden Amnesie als Begleiterscheinung emotionaler Erfahrungen' (Janet 1909b, 1607), und für Peichl ist Dissoziation „ein Überlebensmechanismus, der unter traumatischem Stress das Weiterleben sichern soll und in diesem Moment höchst funktional ist" (Peichl, Jedes Ich ist viele Teile. Die inneren Selbst-Anteile als Ressource nutzen 2010, 51). Dies kann sich auswirken auf die gesamte Persönlichkeit: „Dissoziation ist der teilweise oder völlige Verlust der integrativen Funktionen von Bewusstsein, Gedächtnis, personeller Identität und der Selbst- und Umweltwahrnehmung" (Peichl 2007, 78).

Unter dem Aspekt der Unterbrechung und Entkoppelung ist **Dissoziation einerseits dazu da, Erkenntnis zu verhindern** (Huber, Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1 2003, 7), wenn im Moment des Traumas dissoziiert wird, und mit der Erhöhung von Stress steigert sich Dissoziation (Huber 2003, 57). Und andererseits, unter einem anderen Blickwinkel, ist Dissoziation aus der Sicht von Cserny-Tempfli damit verbunden angekoppelte lebens- und lerngeschichtlich bedingte Affekte absichtlich zu trennen: „**Der Prozess der Entkoppelung, die Dissoziation, ist zentral für unser therapeutisches Vorgehen.** Mit Hilfe der Dissoziation können Sinnesempfindungen von Erfahrungen

getrennt werden“ (Cserny und Tempfli 1999, 14). VanderKolk beschreibt Dissoziation als eine Weise, Informationen zu organisieren (vanderKolk, et al. 2000, 244).

Demgegenüber stehen die Formulierungen des ICD-10 (F44.44 – F44.7): er beschreibt intolerable Verhältnisse für PatientInnen von teilweise oder völligem Verlust der normalen Integration verschiedener psychischer Fähigkeiten und bezeichnet dissoziative Störungen als störende Persönlichkeits- und Wahrnehmungseinschränkungen. Zeigen sich Symptome der Bewegung oder der Sinnesempfindung (Haut + Tastsinn) … ohne somatische Befunde, so ist das für Behandelnde als Verleugnung zu diagnostizieren, weil der „Patient körperlich krank wirkt, ohne dass seine körperliche Ursache zur Erklärung nachweisbar ist. … Zusätzlich, … obwohl die **Probleme oder Konflikte mit anderen klar** sein können, **verleugnet die betroffene Person** sie häufig und führt jegliches Leiden auf die Symptome oder die daraus entstehende Behinderung zurück“ (Dilling (Hg.) 2000, 179).

Mit der heutigen Sicht aus der Traumaforschung haben sich seit 2000 auch die Beschreibungen verändert, doch das System folgt nur sehr langsam den neuen Erkenntnissen (s. dazu Sack Kap. 4.2.4).

5.2 Dissoziation als therapeutische Technik

Der **KBT-Prozess** der Entkoppelung, wie ihn Sylvia Cserny in ihrer Dissertation (1989) für das Dissoziieren beschreibt, macht die Dissoziation im therapeutischen Vorgehen zu einem zentralen Instrument. Über die Entkoppelung können neue Sinneserfahrungen gemacht werden, die affektiv neu besetzt werden, was in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurde. Cserny hat damit, während es in den USA die ersten Traumaforschungen gab, in den 80er Jahren bereits Dissoziation als Bestandteil des therapeutischen Prozesses eingesetzt. Daneben stehen andere deutsche ForscherInnen, die auf die Dissoziationstechnik bauen: in der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Reddemann ist Dissoziation ein wichtiges Element der therapeutischen Arbeit. Das daraus entwickelte Konzept der Egostates ist bei dissoziativen PatientInnen besonders hilfreich.

Auch das EMDR verwendet diese Möglichkeit der Nähe-Distanz-Regulation:

> Im Unterschied zu einer dissoziativen Störung ist Dissoziation der in traumatisierenden Lebensumständen gewöhnlich erfahrene **Prozess emotionaler Distanzierung**. Bei der traumatischen Abreaktion wird diese von der KlientIn oft als Taubheit oder Verwirrung erfahren. Wenn die KlientIn weder unter einer dissoziativen Störung leidet noch im Behandlungssetting dissoziiert zur Vermeidung eines intensiveren Belastungsniveaus, wird Dissoziation in der EMDR-Behandlung wie eine weitere Schicht von Gefühlen behandelt und im Folgenden der Weiterbearbeitung unterzogen. (Shapiro, EMDR-Manual, Modul 3 1994b, 120)

5.3 Dissoziation als Ressource

Wenn man dissoziatives Verhalten therapeutisch nutzt, erweist sich dies als hervorragender Schutz (Ressource) gegen Affektüberflutung, PITT nutzt verschiedentlich die bei komplex traumatisierten PatientInnen üblichen dissoziativen Mechanismen. Viel Wahrnehmungsarbeit, ausdrücklich "ohne zu urteilen", also ohne Gefühle beobachten und wahrnehmen lernen. Dies ist ein bewusstes und aktives Dissoziieren, und es ist PatientInnen vertraut als ein dem Mechanismus der Dissoziation verwandtes Handeln. Kontrolle kann erlebt werden statt Angst vor Gefühlsüberflutung, wodurch dann Gefühle mehr toleriert werden (Reddemann, Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann 1. Jg. 2003, 6).

Wenn Traumatisierte von den Stimuli der KBT-Stunden nicht überflutet werden, dann können diese ihnen helfen, sich weniger in der dauernden inneren Beschäftigung mit den Traumainhalten zu verfangen und stattdessen kommen sie zu ressourcenorientierten, neuen Wahrnehmungen.

> Der Körper dankt es uns, wenn wir uns endlich achtsam um ihn kümmern. Das achtsame Wahrnehmen des Körpers bleibt nicht ohne – positive – Folgen. Endlich spürt unser Körper, dass wir ihn überhaupt zur Kenntnis nehmen, nachdem wir ihn jahrelang schlechter als unser Auto behandelt und nur

erwartet haben, dass er funktioniert, … Übung des achtsamen Wahrnehmens des Körpers ist auch geeignet, um sich stärker zu erden und zu spüren, insbesondere, wenn Sie am Anfang und am Ende achtsam wahrnehmen, dass ihr Körper Grenzen hat, die Kontakt mit dem Boden haben. … Wir meinen, dass eine achtsame Arbeit mit dem Körper, bei der es vor allem ums Spüren geht, die beste Form der Körperarbeit mit und für traumatisierte Menschen darstellt. Der Körper ist der Ort der Traumatisierung, d.h. wir müssen ihn mit einbeziehen. Jede Traumatherapie, die Erfolg zeitigen soll, wird Wege finden müssen, den Körper mit einzubeziehen. (Reddemann, Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Reihe Leben lernen 141 2001, 91f).

5.4 Dissoziation als ein Verschieben von Wahrnehmungselementen

„Der psychische Mechanismus der Dissoziation wird manchmal auf **einem Kontinuum** dargestellt, das von alltäglichen Erfahrungen, wie z.B. das Tagträumen, über das Abspalten von körperlichen Sensationen, Gefühlen oder Erinnerungen bis hin zu anderen Bewusstseinszuständen (z.B. Trance-Phänomenen) und im Extremfall dem Abspalten von Identitäten reicht (Deistler, 2005, zit. nach (Klampfl 2007, 43)). Das Dissoziieren als komplexe Leistung wird unter Umständen als Regulationsfunktion aufrechterhalten, nachdem sie in existentiellen Situationen als entlastend erlebt wurde" (Votsmeier, 1999, S. 724 zit. nach (Klampfl 2007, 43)). Und damit wird offensichtlich, wie vielfältig die Dissoziation im menschlichen Dasein zum Ausdruck kommen darf. - „Sie ist **der Kontrolle durch den Willen entzogen** und besitzt dadurch die **Eigenschaft der seelischen Autonomie**“ (C.G. Jung zit. nach (vanderKolk, et al. 2000, 246)).

5.4.1 Alltagsdissoziation

Eine sog. Alltagsdissoziation wie sie alle kennen, geschieht beim Autofahren, wo nicht willentlich die Körperwahrnehmungen, Gefühlshaushalt und Sinneswahrnehmungen gesteuert werden, um sich effektiv an einem Geschehen wie Autobahn, Geschwindigkeit, Stau zu beteiligen, ohne dass wir etwas bemerken: Im Grunde meint Dissoziation „ein Phänomen, das sich als Kontinuum zwischen

normaler Alltags-Dissoziation auf der einen Seite und pathologischer Dissoziation auf der anderen Seite erstreckt“ (Peichl 2007, 76). Und da ist ein Umschlagpunkt, der hat eine Seite von Freiheit; wir selbst bestimmen, wie lange wir diese „Ab-Spaltung“ aufrecht erhalten wollen, ob bis zum Reiseziel oder zum nächsten Parkplatz. - Wer gut dissoziieren kann, hat auch einen Vorteil, denn das „**Abschalten**“ von Gegebenheiten der Alltagsrealitäten fällt leicht, dagegen sind andere „immer voll da“, und diese Menschen haben zwar die Fähigkeit lange und detailliert zu assoziieren, und damit kohärent -zusammenhängend - wahrzunehmen, bleiben aber unter Umständen in einer Reizüberflutung hängen, können eben **schlecht „abschalten“** (vgl. (Huber 2003, 54ff)).

Menschen mit dissoziativer Belastung, ganz gleich in welchem Grad oder auch evtl. im Zusammenhang mit einer psychischen Störung, haben diesen Freiheitsmoment des Abschaltens nicht. Sie sind von ihren Dissoziation überwältigt, sind daran gewöhnt oder nutzen sie, wenn es darum geht, den Alltag zu bewältigen, um z.B. belastende Erinnerungen, die zu körperlich-emotional-kognitiven Einschränkungen führen würden, zu organisieren. Sie können nicht um- bzw. abschalten.

5.4.2 Wahrnehmungswechsel

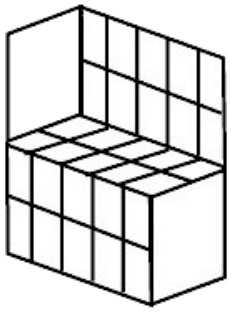

Abbildung 6: Kippfigur

Ein anderer Dissoziationsmodus, wo das Organisieren erlebbar wird, liegt bei grafischen Gebilden vor, die zum „doppelt“ Schauen einladen. Diese Gestaltwechsel induzierenden Stimuli nennt man Kippfiguren (engl. Fachbegriff: ambigous patterns; s.a. Bilder von M. C. Escher und Salvador Dalí).

Das Faszinierende an multistabilen Wahrnehmungen ist ihr absolut endogener Charakter **sowie die Dissoziation der Wahrnehmung von der eigentlichen Stimulation.** Für das Eintreten von Wahrnehmungswechseln bedarf es weder Änderungen der Reize selbst noch aktiver Veränderungen auf Seiten des Beobachters (wikipedia 2012).

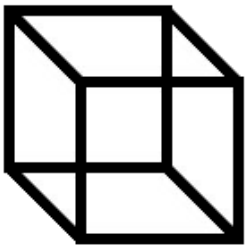

Abbildung 5: Kippfigur

5.4.3 Entfremdung

„Depersonalisationserfahrungen (Entfremdungsphänomene) treten auch bei Gesunden auf, z. B. bei **großer Müdigkeit**, nach stressauslösenden oder **lebensbedrohlichen Situationen**, während **spiritueller Erfahrungen** (Meditation, Trance) oder unter dem **Einfluss halluzinogener Drogen**“ … (wikipedia, http://de.wikipedia.org/wiki/Wahrnehmung 2012).

5.4.4 Gewohnheiten

Gewohnheiten erleichtern es uns, den Alltag befriedigend zu gestalten und automatische Abläufe ohne viel Kraftaufwand (Hausarbeit, Radfahren, Klavierspiel) zu vollbringen. Auch das Gebiet der ritualisierten Handlungen fällt in diesen Bereich, wenn wir regelmäßig uns einer Qualität zuwenden. Ein Ereignis von außen, wie z.B. ein Umzug, befördert neue Situationen und nicht mehr gewohnte Handlungen (Hausarbeit in einem „fremden“, weil ungewohnten Haushalt) in unser Leben, und darin können wir dissoziierende Momente beobachten bis unser Leben wieder Gewohnheit ist. Es dauert eine Weile bis neue Sinneswahrnehmungen gedanklich verarbeitet und als neue Erfahrungen integriert sind. - Hierzu das Pygmäenbeispiel:

> Ein Anthropologe namens Colin Turnbull beschäftigte sich im Kongo mit Pygmäen. Sie leben im Urwald, haben nicht gelernt wie auf einer weiten Ebene weit entfernte Objekte zu beurteilen sind. Der Forscher brachte den Pygmäenführer Kenge dazu, mit ihm gemeinsam den Wald zu verlassen. Sie sahen auf einer Steppe in der Ferne eine grasende Büffelherde. „Kenge fragte mich, was für Insekten das seien, und ich sagte ihm, das seien Büffel, doppelt so groß wie die Waldbüffel, die er kannte. Er lachte laut und meinte, ich solle ihm nicht so dumme Geschichten erzählen … Wir setzten uns ins Auto und fuhren auf die weidenden Büffel zu. Er beobachtete, wie sie immer größer wurden, und obwohl er ein sehr mutiger Pygmäe war, rutschte er zu mir herüber, saß dicht bei mir und murmelte etwas von Hexerei … Als er erkannte, dass es wirkliche Büffel seien, hatte er keine Angst mehr, aber er zerbrach sich den Kopf, warum sie so klein gewesen wären und ob sie wirklich so klein gewesen und plötzlich gewachsen wären oder ob es ein Trick gewesen sei (Turnbull bei (Nørretranders 1994, 276)).

5.4.5 Das Üben - ein subjektiver Nutzen

Nørretranders stellt weiter die Frage: „Welche Bedeutung hat das bewusste Ich für das Lernen und unsere Fähigkeiten?“ - In der Ausführung der Routine (Radfahren, Klavierspiel) stört zu viel Bewusstsein. Üben wir eine neue Fähigkeit ein, so tritt ein Nutzen von Bewusstsein und Ich auf, den Nørretranders beschreibt: „Die Funktion des Ich beim Lernen besteht darin, dass es das Nicht-Bewusste, das Selbst, dazu zwingt, zu trainieren, **sich zu üben**, oder überhaupt aufmerksam zu sein. Das Ich ist eine Art Auftraggeber, der dem Selbst sagt, was es zu üben hat.“ … „Das Ich kann also die Ursache der Freude sein, die im Selbst aufkommt, wenn wir etwas tun, bei dem wir uns **sicher fühlen**. Das Gefühl der Sicherheit kommt ja daher, dass wir die Tätigkeit schon in Situationen geübt haben, in denen wir uns nicht so sicher fühlten“ (Nørretranders 1994, 434).

5.4.6 Achtsamkeit, Meditation und Geistesschulung

5.4.6.1 Meditation und Geistesschulung

Das Labyrinth in vielen Kulturen zu finden, stellt ein treffendes Bild dar, worum es geht bei der Suche nach dem höheren Selbst, bei der Neuorientierung der eigenen Lebensführung im Krankheits- oder Krisenfall. „Was habe ich bis heute gemacht auf meinem Lebensweg? Was steht mir bevor? Wird es mir gelingen, bestimmte Gewohnheiten loszulassen,…und mich zu befreien? Werde ich dann in Freiheit meine Beziehungen zu anderen Menschen neu gestalten können?“ (Glasl 2007, 27)

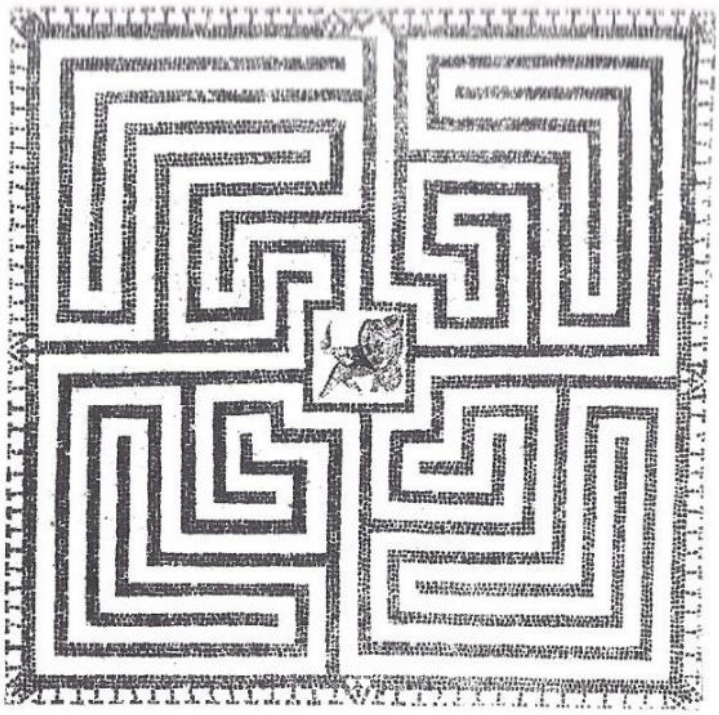

Abbildung 7: Das minoische Labyrinth, Glasl 2007

Von dieser Art konnten die Fragen bei Menschen sein, wenn sie sich auf den Weg durch das Labyrinth gemacht haben. Vorweg hatten Heilung Suchende im Asklepieion des alten Griechenlands eine intensive, drei Stufen enthaltende Vorbereitung zu machen, wodurch vieles in Bewegung war, bevor sie an dieser Stelle die vierte Stufe erreichten. Das Durchtanzen des Labyrinths versetzte sie in eine besondere Trance-stimmung, dadurch wurde ihre ganze Organisation gelockert (1. Entkoppelung =Dissoziation als therapeutischer Ansatz). „Jetzt rückte der geistige Kern des Menschen - nämlich sein Ich, sein Selbst – in den Mittelpunkt des Heilgeschehens.“ (Glasl 2007, 27) … Kern schreibt dazu in seinem Buch (Labyrinthe, Erscheinungsformen und Deutungen, 5000 Jahre Gegenwart eines Urbilds): „**Im Labyrinth verliert man sich nicht. Im Labyrinth findet man sich. Im Labyrinth begegnet man nicht dem Minotauros. Im Labyrinth begegnet man sich selbst**. …“ (H. Kern zit. nach (Glasl 2007, 27)). Danach konnten die Menschen, die diesen Weg gegangen waren und sich in einem Bewusstseinszustand höherer Achtsamkeit befanden, im Tempel unter Götterstatuen schlafen. Der Tempelschlaf, der nach dem rituellen Gang durch das Labyrinth zum Höhepunkt gehörte, war das entscheidende heilende Erlebnis (Dissoziation/ Entkoppelung). Rätselhafte Botschaften (aus dem Unbewussten/ Träumen/von den Göttern/Sphinxen) wurden empfangen wie: „Du kannst dein Leben ändern! Denn du selber hast ja in deinem bisherigen Leben oder auch davor an dir und an Anderen so manches getan, das dich krank gemacht hat!“ (Glasl 2007, 28). Diese Rätsel wurden ihnen von Priester- HeilerInnen übersetzt. Moderne

Abbildung 8: Das christliche Labyrinth von Chartres, Glasl 2007

Therapieformen haben viele Ähnlichkeiten und Anknüpfungspunkte, (vgl. (Glasl 2007, 28)) die in dieser Arbeit nicht weiter erörtert werden können.

5.4.6.2 Achtsamkeit

Achtsamkeit in eine grundlegende anthropologische Ressource zu Heilung und Selbstheilung, „ … bei der Dissoziation auch eine Rolle spielt.“ In einem 2007 veröffentlichten Achtsamkeitsbuch wird auch die **KBT als „Achtsamkeit im Spannungsfeld zwischen Gegenwärtigkeit und Körpererinnerung“** neben Meister Eckhart, Buddhas Weg, Jon Kabat-Zinn dargestellt, incl. Stand der empirischen Forschung bei achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen. Für Betroffene mit Traumafolgeschädigungen wird in Ratgebern und traumatherapeutischen Fachbüchern zumindest "Achtsamkeit" als bedeutsame Ressource erwähnt (vgl. (Anderssen-Reuster (Hg.) 2007).

Auch in dem im Mai 2010 eingeführten störungsspezifischen stationären Behandlungsprogramm für komplex traumatisierte Patientinnen in der Klinik St. Irmingard/Prien besteht eine Herausforderung darin, einen **schonenden Zugang zu affekt- und körperbezogenen Phobien** zu vermitteln, um das Gruppensetting mit Traumatisierten zu konzipieren. (vgl. (Heinz und Wild in Druck)): Wo früher selbstzerstörerische automatisierte Bewältigungsstrategien das Übergewicht hatten, erscheint für die PatientInnen ein neuer Weg, nämlich **die Wahlmöglichkeit**: Affekte identifizieren, Kenntnisse über die Affektkurven haben, und dann mit dem mehrschrittig eingesetzten Skills-Training (nach Linehan) zu entlastenden Erlebnissen kommen.

Hierbei spielen Übungen aus der vielfältigen Körpertherapie (u.a. KBT) zum Initiieren und Stoppen von Impulsen und auch für das Variieren von Intensität und Form eine wesentliche Rolle. Das Anschwellen, Rhythmisieren, Wellenförmige in den Bewegungen wirkt sich aus.

Ebenso wesentlich wird beschrieben, dass **eine „unentbehrliche Übung auch das Beobachten von Gedanken** ist. Jeder Gruppenteilnehmer sucht sich im Raum einen Gegenstand und denkt zwei Minuten lang über dessen Aussehen, Beschaffenheit, Herstellung etc. nach. Anhand der gemachten Erfahrungen kann man in der Nachbesprechung sehr gut die Unterschiede zwischen Fakten,

Fantasien und Bewertungen herausarbeiten“ (Heinz und Wild in Druck, 158). Daran lassen sich Brücken schlagen zu den dysfunktionalen Überzeugungen des Lebensalltags, und das schafft Zuordnung von Gefühlen. Neben dem Beobachten von Gedanken werden die PatientInnen auch angeleitet zur Wahrnehmung der Sinne (vgl. (Heinz und Wild in Druck, 163)).

Achtsamkeit und Selbstfürsorge sind eine verbindliche Richtschnur der Therapie.

> Nicht zu unterschätzen ist auch die Phobie bezüglich freudvoller Affekte. Insbesondere wenn Freude mit einem Erleben intensiven Berührtseins verbunden ist, kann die damit einhergehende Erregung als Trigger wirksam sein. Das Empfinden von Glück kann auch mit der sekundären Überzeugung, es nicht verdient zu haben, verbunden sein und somit Schuldgefühle oder Angst vor Bestrafung aktivieren. (Heinz und Wild in Druck, 159)

Das Koppeln mit Erleben von Sicherheit und Berechtigung verhindert Selbstbestrafung. Ebenso zu beachten ist beim Erlernen der Wahlfreiheit die Angst vor dem Steuerungsverlust, was therapeutisch mit einer Verbesserung der Realisation und Mentalisierung begleitet wird.

5.4.7 Schlaf und Todesnähe

Einschlaf- und Aufwachmomente sind Entkoppelungs-Phänomene vom Tagesbewusstsein zum Schlafbewusstsein bzw. umgekehrt, und sie machen einen dissoziativen Moment erlebbar.

Nahtoderfahrungen umfassen einen weiten Bereich individueller Erfahrungen mit überwiegend charakteristischen Erlebnismustern am Rande des Todes. Vielen Nahtoderfahrungen sind bestimmte Empfindungen wie Frieden, Liebe und Glück, und Erlebnismuster wie Blick in einen „Tunnel“, Verlassen des eigenen Körpers, Begegnungen mit Toten oder übernatürlichen Wesen oder eine Rückschau auf das eigene Leben gemeinsam, die als Erlebniswirklichkeiten beschrieben werden. Auch negative Nahtoderfahrungen sind von einzelnen Personen berichtet worden. Da in einer Nahtodeserfahrung die Persönlichkeit als vom Körper, seinen Schmerzen und den damit verbundenen Ängsten abgelöst erlebt wird, handelt es sich hierbei definitionsgemäß um eine dissoziative Erfahrung. (wikipedia 2011)

5.5 Definition, ICD 10

5.5.1 Psychiatrische Definition

Der Begriff Dissoziation beschreibt laut Definition des **DSM-IV** die Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt. Dissoziation im psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Sinne kann als ein Defekt der mentalen Integration verstanden werden, bei der eine oder mehrere Bereiche mentaler Prozesse vom Bewusstsein getrennt werden und unabhängig voneinander ablaufen (Abspaltung von Bewusstsein). Demgegenüber umfasst **Konversion** somatische, also sensorische und motorische Phänomene. Im Gegensatz dazu werden **in der Klassifizierung der ICD 10 die Begriffe dissoziative Störung und Konversionsstörung synonym verwendet**. „Nach neueren Forschungen (um 2006) werden die Psychosomatische Störung und Konversionsstörung dem Oberbegriff **Somatoforme Dissoziation** zugeführt und (in Abgrenzung zur psychoformen Dissoziation) den dissoziativen Störungen zugeordnet“ (wikipedia 2011).

Nijenhuis unterscheidet den **Bereich der mentalen Beeinträchtigungsphänomene** wie Erinnerungsvermögen, Bewusstsein und Identität (nach Atchison & Mc Farlaine 1994) bei Dissoziation und nennt sie **psychoforme Dissoziation** (Nijenhuis, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden 1996), weil es sich um Manifestationen von Dissoziation verschiedener psychischer Variablen handelt. Wie bereits in der frz. Psychiatrie des 19. Jh. bekannt, drücken die Dissoziation sich in Form von Beeinträchtigungen der Empfindungs- und Bewegungsfähigkeit ebenso wie anderer körperlicher Funktionen aus (Briquet 1895; Charcot 1887; Janet 1901; Pitres 1891). Von o.g. Verfassern wird diese Beeinträchtigung (z.B. Anästhesie; motorische Hemmungen) **somatoforme Dissoziation** genannt (Nijenhuis 2006, 89). Auch unterscheiden sie **negative** (Gefühl der eigenen Unvollständigkeit sowie möglicher Verlust aller mentalen Funktionen) und **positive** (intrusive Phänomene wie örtlich begrenzte Schmerzen sowie wechselnde Geschmacks- und Geruchspräferenzen) **dissoziative Symptome** (nach Janet: „mentale Akzidenzien und mentale Stigmata“/Nijenhuis; vgl. (Nijenhuis 2006, 90)).

Psychisch	*Somatisch*
• Negative Symptome - Amnesie - Depersonalisation - Emotionale Betäubung	• Negative Symptome - Schmerzlosigkeit - Körperliche Betäubung - Motorische Hemmungen
• Positive Symptome - Stimmenhören - „Gemachte“ Emotionen - Wieder-Erleben des Traumas, affektive und kognitive Komponenten	• Positive Symptome - Lokalisierte Schmerzen - „Gemachte“ Körperempfindungen - Wieder-Erleben des Traumas - Körperliche Komponenten

Abbildung 9: Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2001

Wenn Janet 1901 von **Hysterie** spricht, so treffen seine Beschreibungen im Grunde für die Dissoziation zu. „Nach seiner Auffassung wurden dissoziative Symptome oft durch psychische Traumata, schwere Krankheiten und Erschöpfungszustände verursacht (Janet 1909). Menschen, die solchen Ereignissen ausgesetzt sind, gelingt es nicht immer, ihre Erlebnisse und Reaktionen zu integrieren; stattdessen werden diese als dissoziierte „Systeme von Ideen und Funktionen“ gespeichert. Diese Systeme sind dem normalen Gewahrsein völlig oder teilweise unzugänglich, sie sind unabhängig von der Willenskontrolle aktiv, und sie können somatoforme Komponenten des Erlebens sowie entsprechende Reaktionen und Funktionen beinhalten“ (Janet 1901, 1907 zit. nach (Nijenhuis 2006, 90)).

Janet, Breuer und Freud entwickelten Ansichten dazu, die bis heute das Gedankengut bestimmen, ob es sich bei den somatoformen Dissoziationen um Phantasien und somit **Konversionen** (Transformation unakzeptabler Geistesinhalte in ein somatisches Symptom) handele oder um reale (sexuelle) Traumata. Aus klinischen und theoretischen Gründen wurden diese Anschauungen wiederholt kritisiert, und diese Kritik konnte einfließen in die Überarbeitung der „International Classification of Diseases, 10th Edition“ (ICD-10- WHO 1992). So konnte bewirkt werden, dass die sog. Konversionsstörungen als „**Dissoziative Störungen des Bewegungs- und Empfindungsvermögens**“ aufgenommen wurden.

Generell besteht weiterhin Verwirrung bzgl. der Klassifikation von Somatisierung, Konversion und Dissoziation, denn z.B. das DSM-IV beschreibt weiterhin die

Symptome der somatoformen Dissoziation als „Konversionsstörung, Somatisierungsstörung und Schmerzstörung“. Das aktuelle wissenschaftliche Interesse geht dahin, die **psychoforme Dissoziation** durch vielfältige **Selbstberichtsfragebögen (DES; DIQ-Q; SCID)** zu manifestieren. Erst ganz kurze Zeit gibt es auch für die Messung der somatoformen Dissoziation (Nijenhuis et al.1996, 1998a) einen 20 Items umfassenden **Selbstberichtsfragebogen (SDQ-20)**, der bereits so weiterentwickelt werden konnte, dass sich durch statistische Methoden bereits unterscheiden lässt zwischen PatientInnen mit dissoziativer Störung und PatientInnen mit anderen psychiatrischen Störungen. Dies wurde mit Hilfe einer Untersuchung bekräftigt, in der sich herausstellte, dass Beschreibungen von PatientInnen mit somatoformer Dissoziation nicht mit der Tendenz gleichzusetzen wären, wie sonst über körperliche Beschwerden berichtet würde. „Die Erkenntnisse stützen in erheblichem Maße die Diskriminanzvalidität des SDQ-20 und liefern den **Beweis** dafür, **dass somatoforme Dissoziation von allgemeiner Psychopathologie unterschieden werden muss**.“ (a.a.O, S. 101) Aus dem SDQ-20 entstand **als Screening- Instrument der SDQ-5** für das schnelle Entdecken dissoziativer Störungen, das sich als zufriedenstellend erwiesen hat. (Nijenhuis 2006, 91) Dieses Instrument hätte für die vorliegende empirische Studie Verwendung finden können, wenn sie der Autorin bekannt gewesen wäre.

5.5.2 Primäre, sekundäre und tertiäre Dissoziation

Systematisierung der unterschiedlichen Dimensionen dissoziativer Phänomene bietet die **Einteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Dissoziation** (vanderKolk et al. (1996b zit. nach (Sack 2005, 14)): „**Die primäre Dissoziation** entspricht der Fragmentierung von Teilen des Erlebens während überwältigender Bedrohung, mit dem Resultat einer fehlenden Integration traumatischer Erlebnisinhalte in das Gedächtnis. Folge der primären Dissoziation ist die Aufspaltung des Erlebens in einzelne somatosensorische Anteile, die vom normalen Bewusstsein abgeschnitten sind“ (Ausbildung sog. 'ego-states'). Dieser Ausprägung entspricht wesentlich **Theorie der strukturellen Dissoziation** (Van der Hart et al. 1993). Entscheidender ätiologischer Faktor ist die Ausbildung von intrusiven Symptomen, Alpträumen und Flashbacks. Da sich ähnliche Ausprägungen bei

PTSD und Dissoziation zeigen, vermutet Hofmann (2004), dass Dissoziation der wichtigste pathogene Faktor in der Genese traumabezogener Störungen ist.

Die sekundäre Dissoziation entspricht einer intrapsychischen Aufspaltung in ein beobachtendes und ein erlebendes Selbst. Diese Aufspaltung ist mit einer Distanzierung von Gefühlen und Emotionen verbunden, oder mit dem Gefühl, aus dem Körper 'auszusteigen' und das Geschehen von außen wahrzunehmen. Auch ein verzerrtes **Wahrnehmen von Raum und Zeit** entspricht diesem Reaktionsmuster. Der Kontakt zu den Gefühlen und Emotionen, die mit dem Trauma verbunden sind, wird hier unterbrochen, sekundäre Dissoziation kann daher als eine Schutzreaktion bei psychisch überwältigenden Ereignissen angesehen werden. Die sekundäre Dissoziation ist häufig auch als **peritraumatische Dissoziation** bekannt (Marmar et al. 1998).

„Mit **tertiärer Dissoziation** wird nach van der Kolk et al. (1996b) die Fragmentierung der Persönlichkeit bezeichnet, im Sinne der Entwicklung getrennter Persönlichkeitsanteile (sog. Alters) mit eigenen Kognitionen, Affekten und Verhaltensweisen. Das Vollbild dieser Symptomatik, die auch als komplexe dissoziative Störung bezeichnet wird, ist die dissoziative Identitätsstörung“ (Gast 2002 zit. nach (Sack 2005, 14)).

5.5.3 Dissoziative Störungen

Die unterschiedlichen dissoziativen Phänomene, wie sie als Störung im ICD-10 benannt werden, sind hier aufgeführt. Sie haben im klinischen Alltag ihre Bedeutung und werden deshalb hier erwähnt.

Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) F44.-

Dissoziative Amnesie (F44.0)

Dissoziative Fugue (F44.1)

Dissoziative (psychogene) Bewegungsstörungen (F44.4)

Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)

Ganser-Syndrom (F44.80)

Dissoziative Identitätsstörung (F44.81) (DIMDI 2012)

5.5.4 Dissoziative Phänomene

Als **dissoziative Phänomene** ohne ausdrückliche Nennung im ICD-10 sind folgende aufgelistet und werden in dieser Arbeit beschrieben. Diese Symptome sind insofern aussagekräftig als sie im Kontext von dazugehörenden Belastungen gesehen werden können.

Depersonalisation

Derealisation

Licht- und Geräuschempfindlichkeit

Tunnelblick oder Thousand-yard stare

das Gefühl, als wäre der eigene Körper ausgeweitet

das Gefühl, als wäre der Körper eingegangen

stationäre Gegenstände scheinen sich zu bewegen

Zeitverlust (wikipedia 2011)

Hysterische Dissoziation: Verknüpfung von defensiver Spaltung, Verdrängung und Verleugnung mit dem Ergebnis, dass ein Teil der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses bzw. der Erinnerungen sowie der Affektivität und Identität **unbewusst werden**, während der verbleibende Teil die Phänomenologie der Persönlichkeit bestimmt. Dadurch entsteht der Eindruck der Fassade, des Gespielten und Unechten. Dieser macht das typische Schillern der hysterischen Persönlichkeit aus. (Ermann 2007, 176)

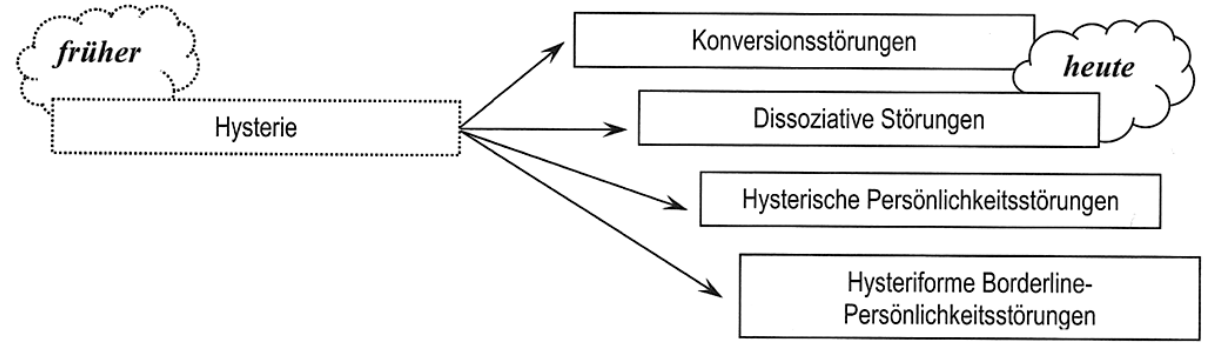

Abbildung 10: Das Konzept der Hysterie im Wandel, Ermann 2007

5.5.5 Diagnostische Instrumente

Neben den oben beschriebenen diagnostischen Instrumenten nach Nijenhuis zur **Somatoformen Dissoziation** gibt es Erhebungsmöglichkeiten zur Diagnostik von Dissoziation. Es gibt FBö zur Selbst- und Fremdbeurteilung:

Selbstbeurteilung:

- Dissociative Experience Scale (**DES**) Fragebogen zur dissoziativen Symptomen (**FDS**)
- Impact of Event Scale (**IES**) – Der Fragebogen misst Intrusion und Vermeidungsverhalten nach Trauma.

Fremdbeurteilung:

- Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (**SCID-D**)
- Dissociative Disorders Interview Schedule (**DDIS**) (vgl. (wikipedia 2011))

Beide Selbstbeurteilungsbögen finden Anwendung in der vorliegenden Studie.

5.6 Dissoziation Konversion und Somatisierung (Beispiel aus der KBT)

5.6.1 Komorbidität

Für die Arbeit mit Traumatisierten ist **die Komorbidität** ein wichtiges Thema, denn sie bedingt Dissoziation als mittelgradig strukturierter psychischer Abwehrprozess in der Hierarchie von Konversion und Somatisierung.

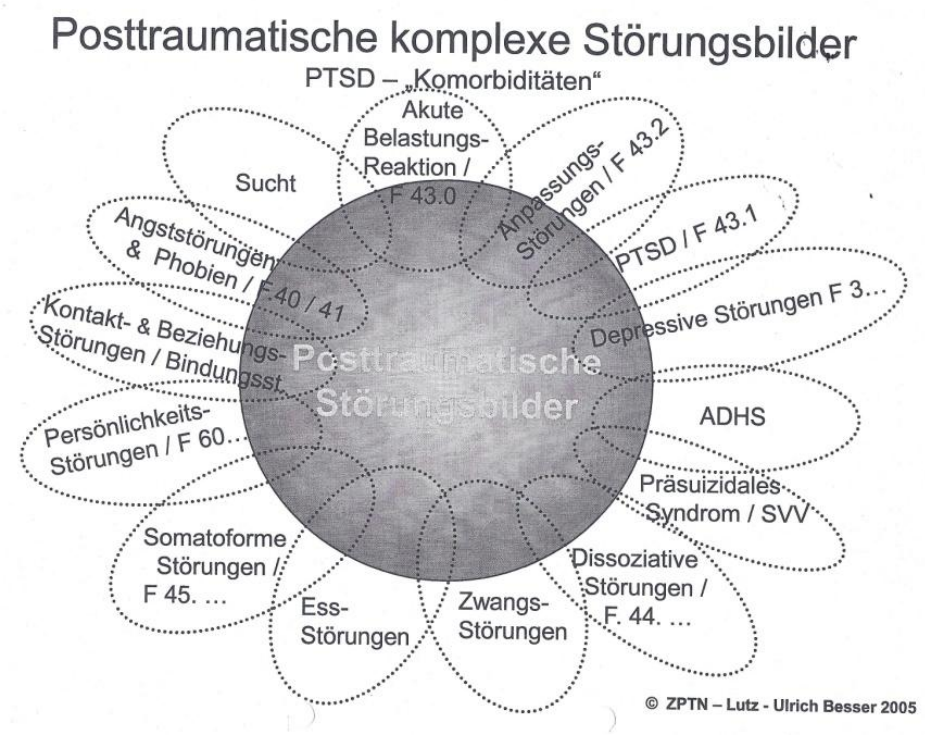

Abbildung 11: Komorbiditäten, Besser 2005

In ihrem Artikel beschreibt Schreiber-Willnow bei der Behandlung psychogener Bewegungsstörungen mit KBT die Krankheitskonzepte der **Dissoziation, der Konversion und der Somatisierung.** „Körpersymptome werden als **symbolischer Ausdruck** von unbewussten Konflikten, strukturellen Einschränkungen oder Traumafolgen verstanden“ (Schreiber-Willnow, Die symbolische Bedeutung des Körpersymptoms. Zur Behandlung psychogener Bewegungsstörungen mit Konzentrativer Bewegungstherapie 2009, 125).

Im Setting der psychosomatischen Klinik erfordert die Behandlung von PatientInnen mit psychogenen Bewegungsstörungen ein multimodales Vorgehen: Psychodynamische und körperorientierte Psychotherapie sowie spezifische

pflegerische Ansätze und Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) sind Aspekte der multiprofessionellen Behandlung (vgl. (Schreiber-Willnow 2009)).

Hier wird die **Dissoziation** diagnostisch als ein psychischer Prozess gesehen, „bei dem **ein oder mehrere Bereiche mentaler Prozesse vom Bewusstsein getrennt werden und unabhängig von ihm ablaufen**." (Schreiber-Willnow 2009, 125) Traumafolgeerkrankungen haben bewirkt, dass der Begriff der **Dissoziation** in der letzten Zeit vielfach Verwendung findet. Dissoziative Phänomene im Zusammenhang zu sehen mit Bewusstseinsstörungen ist die eine Komponente; der ICD-I0 ordnet ihnen nun auch die Bewegungsstörungen zu (vgl. (Schreiber-Willnow 2009, 126)). **Konversion** wird als Abwehrmechanismus verstanden, bei dem ein innerer Konflikt und seine Bestandteile in einen körpersprachlichen Ausdruck gebracht werden. Als **Somatisierung** bezeichnet man eine Form der Beschwerden, bei denen „Klagen über organisch unerklärte Körperbeschwerden" eine Rolle spielt (Henningsen et al. 2006). Affekte, Spannungen oder Konflikte werden nicht wahrgenommen, sondern stattdessen zeigen sich Körperbeschwerden. Eindeutige symbolische Bedeutungen des Symptoms im Sinne einer Konfliktgestaltung/-lösung lassen sich im Unterschied zur Konversion nicht finden. Die körperlichen Beschwerden versteht man als funktionelle Begleitsymptome eines Affekts (vgl. (Schreiber-Willnow 2009, 126)).

5.6.2 Dissoziation als ein Bewusstseinsphänomen

Im Vergleich der drei Konzepte (strukturbezogen) ergibt sich

> eine **Hierarchie bezüglich des Grades der psychischen Strukturiertheit**: So wäre Konversion ein hochstrukturierter, die Dissoziation ein weniger hoch strukturierter Abwehrprozess, und die Somatisierung steht am unteren Ende der Skala (Eckhardt-Henn und Hoffmann 2004). **In der Hierarchie zwischen Körper-und Bewusstseinsnähe ist Dissoziation eher ein Bewusstseinsphänomen,** Somatisierung ein körperliches, und die Konversion steht dazwischen. Die psychogenen Bewegungsstörungen siedeln sich individuell im überlappenden Feld von Konflikten, strukturellen Störungen und/oder Trauma-Erfahrungen an (Kruse 2006). Es sollen der Anteil und die Bedeutung von strukturellen Einschränkungen, unbewussten Konflikten und Traumabiografie im Einzelfall diagnostiziert werden um Behandlungen darauf auszurichten. (Schreiber-Willnow 2009, 126).

5.6.3 Beruhigung und Entängstigung mit KBT

Wenn es in der KBT zur sprachlichen Symbolisierung kommt, so werden irritierende Körpersensationen anders und damit neu gesehen, was zu **Beruhigung und Entängstigung** beiträgt (vgl. (Schreiber-Willnow 2009)). In neurobiologischer Terminologie ließe sich dieser Vorgang als ein Übergang von Gedächtnisinhalten aus dem prozeduralen in das episodische Gedächtnis beschreiben (Welzer und Markowitsch 2001). KBT ermöglicht ein Gleiten durch verschiedene Symbolisierungsebenen: Körper, Bilder, Handlung und Worte (vgl. (Schmidt, Sprechen und Bewegen. Sprechen und Bewegen aus der Sicht der Konzentrativen Bewegungstherapie 1994)).

„Empirisch konnte gezeigt werden, dass PatientInnen, die eine stationäre Therapie erfolgreich abschlossen, in der KBT-Gruppe einen **besseren Zugang zu ihrem Körper gewonnen** hatten (Schreiber-Willnow 2000), das verbesserte Körpererleben war auch katamnestisch nach zwei Jahren stabil“ (Schreiber-Willnow und Seidler 2005 zit. nach (Schreiber-Willnow 2009, 127)).

5.7 Neurowissenschaftliche Gesichtspunkte

KBT-Angebote sind Herausforderungen, und das Gehirn braucht ständig Herausforderungen an denen es wachsen kann (vgl. Hüther 2003 bei (Paluselli 2006, 202)). Aus neurobiologischer Sicht ist eine Methode wie die KBT bei strukturellen Erkrankungen (Komorbiditäten bei Traumatisierten) für die Entwicklung und Nachreifung bedeutsam, denn die Erlebnis- und Handlungsebene bilden bei der KBT die Grundlage therapeutischen Geschehens. Mit den Wahrnehmungs- und Bewegungsangeboten wird der Zugang zu neuronalen Strukturen gebahnt.

5.8 Behandlungen als Handlungen verstehen

Konzentrativ ausgerichtet sein fördert die Wahrnehmung und ermöglicht neue Erfahrungen, die, wenn sie sich als Herausforderung herausstellen, mit Mut und Offenheit zu tun haben. Kompetenz und Kreativität sind gefragt, sich sogar auf Unsicherheiten einzulassen, spontan zu reagieren. Auch mit Unfähigkeiten, mit Fehlern können wir Erfahrungen machen. „Mit einem Angebot sind wir hineingestellt in Situationen, in denen wir uns zurechtfinden wollen können. Und wer hat sich auf der Suche nach Lösungen, nach möglichen Wegen, nicht wiedergefunden zwischen den ambivalenten Gefühlen, widerstreitenden Impulsen, ängstlich unterdrückten Wünschen oder trauriger Resignation“ (Paluselli 2006, 203). … „Die Aktivierung der emotionalen Zentren und die damit einhergehende Ausschüttung von Botenstoffen sind entscheidende Auslöser für Umbauprozesse vorhandener Verschaltungsmuster in unserem Gehirn“ (Hüther, 2003 bei (Paluselli 2006, 203)). KBT-Angebote sprechen den ganzen Menschen an, und sie sprechen alle Ebenen (sensumotorisch, emotional und kognitiv) an. Sie geben in einem geschützten Rahmen die Möglichkeit das Leben auszuprobieren, also dasjenige zu üben, was im Leben bisher oder nicht mehr gelang. Die **Freude am Problemlösen** kann wieder Zugang zu innerer und äußerer Bewegung schaffen, was häufig im Krankheitsprozess verloren gegangen ist. „Über kontrollierbare Belastungen (Stimulation) gelingt es, **effizientere Bewältigungsstrukturen für etwaige Störungen** auszubilden.“ Verschaltungen (Synapsenverbindungen), die sich zwar prinzipiell für die Beseitigung einer Störung eignen, aber noch nicht stabil genug sind, werden gestärkt, um dann vollständiger und im **Handlungsablauf routinemäßig ablaufen zu können** (vgl (Paluselli 2006, 203)). **Bei PTSD-Patienten mit dissoziativen Symptomen** ist die **Veränderung in dieser Hinsicht hilfreich,** auch wenn sie zugleich schwierig ist. Strukturen werden zurückgebunden an das implizite Gedächtnis, und zwar über Wiederholung von kontrollierter Belastung, die chaotisierend (dissoziierend) wirkt, zunehmend in eine Routine gewordene Reaktion mündet. Auch unkontrolliertes Chaos schafft Möglichkeiten zur Neuorientierung und ist neurobiologisch durchaus sinnvoll (Hüther 2001 bei (Paluselli 2006, 204)). Das Maß und die Dauer sind dabei entscheidend, ob eine unkontrollierte Stressreaktion in der Therapie zum Scheitern führt, es kann als Orientierung gelten. Jegliche Weiterentwicklung im Menschen wird durch die Stimulation des Gehirns erreicht (vgl. (Paluselli 2006, 205)).

5.9 Gehen wirkt …

Um irgendetwas gut zu verrichten, sollte es wie schon beschrieben möglichst oft **geübt** werden. Eine Tätigkeit, die wir häufig ausüben, wird schließlich zu einer **inneren Fähigkeit**. Die Menschennatur vermag durch häufige Wiederholung sich auch manche Seelenstimmung zur Gewohnheit zu machen. Die „Wiederholung erzeugt Gewohnheiten und verwandelt sich in unsere Natur“ (Vater Isichy zit. nach (Selawry 1976, 43)).

Dies gilt sowohl für die alltäglich wiederkehrenden Notwendigkeiten des Lebens, die ihren Sinn darin haben, dass sie schön und anmutig gestaltet werden, bejaht sind, als auch für die hinzugefügten, kulturbedingten Notwendigkeiten des seelischen Lebens: die Meditation, das Gebet oder auch das Gehen und Spüren. Ebenso ist der Alltagsstress eine Komponente für das tägliche Üben. „Für die Neurobiologen ist das Gehirn auch das Reaktionsorgan auf Veränderung. **Es muss mit Stress fertig werden**. Situationen, die uns aus dem Gleichgewicht bringen, rufen in unserem Gehirn asynchrone Zustände hervor. In bedrohlichen Situationen wird im Unbewussten die Amygdala aktiviert, die auf das limbische System wirkt. Das Gehirn strebt aber danach, aus einem asynchronen wieder in einen synchronen Zustand zu gelangen“ (Paluselli 2006, 205).

Vier Möglichkeiten nennt Hüther, die dem Gehirn dafür zur Verfügung stehen:

- Drogen wie Ecstasy, die den Botenstoff Serotonin ausschütten und damit **chemisch wirken**,
- Rhythmen wie **Gehen** oder **Gebet**, jedenfalls das mantrische Wiederholen von immer Gleichem
- **Entspannung und Konzentration**, wie sie in verschiedenen Meditationen bewirkt wird,
- und die **Bewältigung** des Stress auslösenden Faktors

(vgl. Hüther zit. nach (Paluselli 2006, 210).

Gehen synchronisiert durch seine rhythmischen, unbewussten Bewegungen – dabei werden Signale aus dem Hirnstamm kommend hervorgerufen, die das innere Erregungsniveau zu einem mittleren Niveau ausbalancieren. Wie im Stress-Toleranzfenster (Siegel 2006) dargestellt zeigt sich, wie unser inneres Erregungsniveau unsere Wahrnehmung steuert.

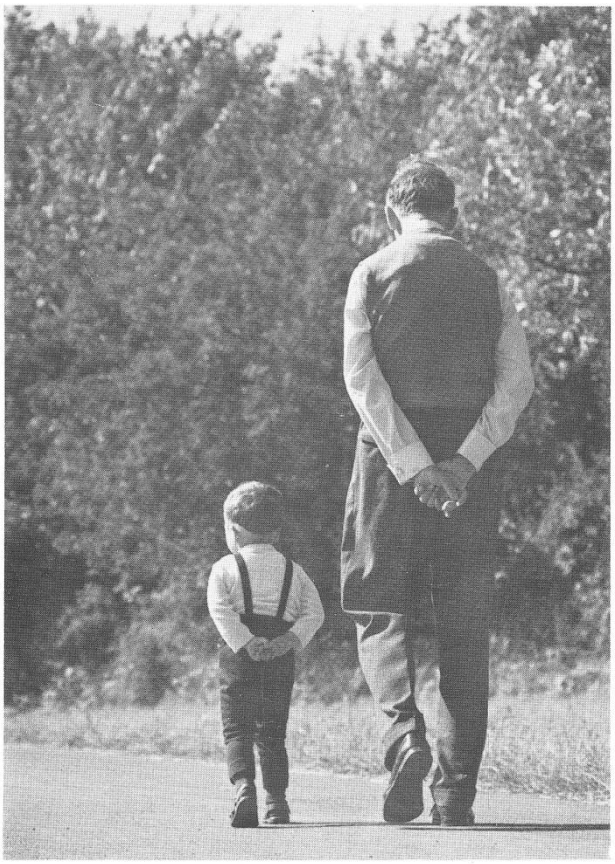

Abbildung 12: Der Austausch mit der Umwelt formt neuronale Netze aus

Asynchronität schafft Ungleichgewicht in Form von Nervosität und Erregung. Die Neuronen sind anderweitig beschäftigt, was zu weniger Zusammenschau und verminderter Verschaltung führt. Über Synchronität zu verfügen bedeutet komplexe Zusammenschau und Vernetzung, und **Gehen verhilft zur Synchronisierung**, es mindert die Erregung in der Schaffung des Gleichgewichts. So kommt es zu mehr Vernetzungen (vgl (Paluselli 2006, 210)).

5.10 Dissoziation und neurobiologische Forschung

5.10.1 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Während die PTSD-Erkrankungen auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie in den letzten Jahren ein zunehmendes Interesse erfahren haben, wurde in der Traumforschung aktuell Kenntnisse weiter diskutiert, nämlich die übergreifende Diagnose einer ‚**Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung**'. Dies geschieht, „ …um die Folgen einer gravierenden Belastung in der Kindheit in Form von schwerer Vernachlässigung sowie emotionaler, körperlicher und sexueller Gewalt angemessen zu kategorisieren" (Gast, Nijenhuis, Reddemann zit. nach (Shapiro, EMDR-Manual, Modul 3 1994b, 110)). Dies scheint für den klinischen Alltag geeignet. Forschungen belegen, dass

PatientInnen von den Trauma-adaptierten Therapieprogrammen in der Regel gut profitieren. Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) und Somatisierungsstörungen werden als Diagnosen mittlerweile gut akzeptiert, während die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) im ICD-10 als seltene Erkrankung angegeben wird. In Wirklichkeit weist die DIS eine ähnliche Häufigkeit auf wie die BPS (2006, vgl. (Shapiro, EMDR-Manual, Modul 3 1994b, 110)).

.

5.10.2 Unterschiedliche psychobiologische Reaktionsweisen bei traumatischen Belastungen

Funktionelle Hirnuntersuchungen finden je nach aktiviertem Persönlichkeitszustand unterschiedliche psychobiologische Reaktionsweisen. Reinders et al. (23) untersuchten PatientInnen, die in der Untersuchungssituation kontrolliert aus dem Zustand eines ‚anscheinend normalen Anteils der Persönlichkeit' (NP) in den eines ‚emotionalen Anteils der Persönlichkeit' (EP) wechseln konnten (Grafik).

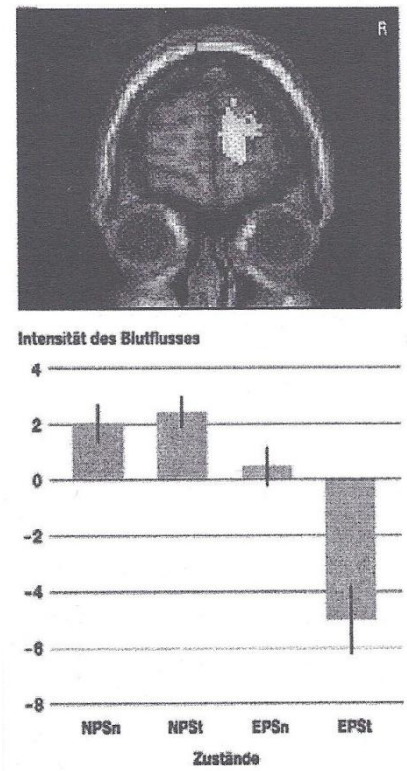

Abbildung 13: Intensität des Blutflusses im CT, Reinders et al. bei Shapiro 1994b

Sie fanden nicht nur zustandsabhängig unterschiedliche Herzraten, Blutdruckwerte und Herzratenvariabilitäten, sondern auch eine wechselnde Hirnaktivität im PET auf Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen. Im Zustand des NPs zeigte sich eine starke Aktivität in den inhibitorischen Hirnbereichen des rechten mediofrontalen Kortex. Im Zustand des EPs – insbesondere bei Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen – siehe EPSt – fand sich diese Hemmung jedoch nicht und führte zu einer signifikant geringeren Durchblutung dieser Cortexregion. Die Autoren interpretieren die Befunde dahingehend**, dass im Zustand des überwiegend im Alltag aktiven NP emotionale Reaktionen auf bedrohliche Situationen und Stimuli stark gehemmt** werden, was den Betroffenen dabei hilft, alltägliche Aufgaben relativ gut und unauffällig zu bewältigen. ….

Waldvogel et al. (e25) beschreiben den eindrucksvollen Heilungsprozess einer DIS-Patientin, die nach 15-jähriger, als ‚kortikal'-diagnostizierter Blindheit im Laufe der Psychotherapie schrittweise wieder zu sehen begann. **Zunächst betraf dies nur einige Selbstzustände**, während andere weiterhin blind waren. Dies konnte durch elektrophysische Untersuchungen bestätigt werden, in denen die noch blinden Selbstzustände ausbleibende, die sehenden Zustände hingegen völlig unauffällige, reguläre evozierte Potenziale aufwiesen. Als neuronale Grundlage der psychogenen Blindheit vermuten die Autoren eine ‚top-down'- Modulation der Aktivität der primären Sehbahn auf der Ebene des Thalamus oder des primären visuellen Kortex.

Diese ersten Untersuchungen an DIS-PatientInnen zeigen, dass sich für das subjektive Erleben und die klinische Beobachtung verschiedener dissoziativer Phänomene signifikante psychophysiologische Korrelate finden lassen (2006, vgl. (Shapiro, EMDR-Manual, Modul 3 1994b, 115)).

6 Behandlungsverfahren und Dissoziation

6.1 Stabilisierung in der Therapieanfangsphase mit KBT

6.1.1 Für Unsagbares eine Sprache finden

„Für Unsagbares eine Sprache finden“ – unter diesem Titel gab es vor über zehn Jahren eine Traumagruppe am Klinikum Nürnberg, aus deren Arbeitsergebnissen und Therapieerkenntnissen das Buch von der KBT-Therapeutin Ulrike Schmitz entstanden ist, in dem sie die KBT als Traumatherapie vorstellt (2004). Sie stellt fest, dass es aus dem derzeitigen Stand der Traumaforschung vier Voraussetzungen zu erfüllen gebe und dass die KBT diese über ihren wahrnehmungs- und handlungsorientierten Ansatz bei Berücksichtigung bestimmter Faktoren in hohem Maße erfülle, was zu der Traumatherapie wesentlich beiträgt.

Bevor dieses näher beschrieben wird, soll der aus der Sicht der Autorin ganz entscheidende Faktor der sicheren Anbindung an ein entsprechendes Klinik-Setting, wo die KBT im Bunde mit anderen Erlebnistherapien, sehr angesehen ist und ihr Wesen verstanden wird. Das ist eine ebenso gültige Voraussetzung, um einen wohltuenden Rahmen im Sinne von Mitmenschlichkeit und Sicherheit (i.S.v. Behaglichkeitssinn stimulierend) für diese Arbeit zu schaffen. Dies trifft für die o.g. Traumagruppe zu. Aus seiner langjährigen Erfahrung der Zusammenarbeit mit Ulrike Schmitz, der sich in eigener Arbeit auch den traumatisch belasteten Menschen verschrieben hat (Ego-States und innere Helfer), sagt Jochen Peichl (Oberarzt an jener Klinik), dass er sich mit dem Thema „Trauma und Traumatherapie am Anfang sehr schwer tat.

> Ich wollte wie viele andere davon nichts wissen, hatte ich doch Angst, dass es mich zu sehr berühren und mich mit meinen eigenen Ängsten und Unsicherheiten in Kontakt bringen könnte. Wenn ich lange in den **Abgrund** blicke, schreibt Nietzsche, dann blickt der Abgrund auch in mich.
>
> Davor die Angst zu verlieren, hinzublicken und auch dem Widerblick standzuhalten, das war eine gemeinsame Erfahrung, auf die ich in den letzten Jahren in unserem Ringen um Empathie für unsere PatientInnen im Team mit Ulrike Schmitz nicht verzichten möchte. Von ihr habe ich gelernt, nachgebend standzuhalten den oft unaussprechlichen Zumutungen, mit

denen viele unserer PatientInnen zu uns kamen. Von ihr habe ich gelernt, dass jenseits der Worte der Körper die Erinnerungen behält, in einem Alphabet der **Körperspuren** – ‚the body keeps the score', so schrieb einmal Bessel vanderKolk.

Für mich als Psychoanalytiker ist die KBT die Anwendung psychoanalytischen Denkens in einem **interaktiven Therapiekonzept** – es ist eine Form von Begegnung zweier Körper in einem reflektierenden Handeln unter Nutzung mir immer noch wichtiger Essentials der Psychoanalyse: die Beachtung von Übertragung und Gegenübertragung. Für mich überzeugend ist, dass der Therapeut auf zwei Ebenen den Patienten bei seinem Ringen um **Differenzierung** und **Nachreifung** begleiten kann: zum einen durch einen präverbalen Prozess von Wahrnehmungen und Begegnen im direkten Körper- und Bewegungsdialog, zum anderen im verbalen Dialog, im Denken und Sprechen: **Therapie als eine Art korrigierende Bewegungs- und Beziehungserfahrung**. Das szenische Verstehen, für uns Psychoanalytiker oft nur eine intellektuelle Metapher nach Argelander, hat hier für mich eine nachvollziehbare Bedeutung, im Sinne von Körperresonanz bekommen. (Peichl zit. nach (Schmitz 2004, 11-12)

6.1.2 Traumaspezifisches KBT-Setting

Wenn diese Haltung unter TherapeutInnen sich ausbreitet, dann kann es Hoffnung geben für traumatisch belastete Menschen. Dieses Kapitel ist dieser gemeinsamen Energie gewidmet, die auf vielfältigen Schauplätzen für das Unsagbare eine Sprache gefunden hat und soll zeigen wie vielfältig im körperorientierten Kontext Traumatherapie Platz greift.

Aus der Sicht der Autorin kommt in den von Ulrike Schmitz genannten „vier Voraussetzungen" zum Tragen, was traumatisch belastete Menschen, bei denen die Dissoziation fortwährend in negativer Weise ein Thema ist, suchen.

- Sie brauchen Möglichkeiten, wo dem Auftreten von somatosensorischen Rückblendeerinnerungen (Flashback) entgegengesteuert und diese begrenzt werden können.

- Auch bewusst heraus zu kommen durch Selbstregulation aus Zuständen der hohen emotionalen und vegetativen Erregung (Hyperarousal) oder Zuständen von stumpfem Desinteresse oder Handlungsunfähigkeit (numbing, freezing) lässt die eigene Kompetenz und Selbststeuerung zur Erscheinung kommen.
- Unter Aufrechterhaltung der derzeitigen Realität können sie **lernen, bewusst in traumatische Erinnerungen herein zu gehen**, die **Dosierung selbst zu bestimmen** und (sich) dabei das „Traumamaterial" zur Verarbeitung mit symbolischen Funktionen bis hin zur Sprache zugänglich zu machen, damit es dadurch in das biografische Gedächtnis integriert werden kann.
- Unbewusstes Wiederholen von traumatisierenden Beziehungsgestaltungen mögen ihnen erspart bleiben und sich stattdessen neu symbolisierte oder an die alten Ressourcen anknüpfende Beziehungs- und Handlungserfahrungen auftun (vgl. (Schmitz 2004, 15)).

6.1.3 Vertrauen finden in die alten und neu erworbenen Fähigkeiten

Aus der Vorbereitung einer Traumaexposition mit KBT und dem Mitbringen von „schützenden Kleidungsstücken" : „**Neben der Akzeptanz und dem Vertrauen in die altbekannten und neu erworbenen Fähigkeiten** der PatientIn von Seiten der TherapeutIn liegt in diesem Geltenlassen der eigenen Bedingungen noch eine ganz andere Bedeutung. Die … Überzeugung, dass der **Umgang mit diesen Themen nicht nur schwer, drückend und schlimm sein muss, sondern auch eine spielerische Komponente im Sinne Winnicotts haben darf**, wird noch einmal betont und ausgebaut. Der spielerische Umgang mit diesem schweren Thema wirkt einerseits **entängstigend und fördert andererseits die Symbolisierungsfähigkeit**. … Judith Hermann (Die Narben der Gewalt, München 1993, S.60) betont, dass 'das Übergewicht von Bildern und körperlichen Empfindungen bei gleichzeitigem Fehlen einer verbalen Erzählung … traumatische Erinnerungen mit den Erinnerungen von Kleinkindern' verbindet. Sie können **über ihre Erinnerungen nicht sprechen, diese jedoch mit erstaunlicher Genauigkeit im Spiel wiedergeben**. - Van der Kolk (1989, zit. nach (Schmitz 2004, 12)) zeigte mit seinen Forschungen auf, ‚dass traumatische Erinnerungen als **sensorische und emotionale Repräsentationen mit eingeschränkter Ausdrucksfähigkeit in**

kommunikativer Sprache wiederbelebt werden. Das Unvermögen, Informationen symbolisch zu verarbeiten, …scheint für die Pathologie von PTSD der zentrale Punkt zu sein. … Die scheinbar relative Abnahme der hemisphärischen Funktion während der Reaktivierung des Traumas deutet darauf hin, dass es wichtig ist, **PTSD-Patienten zu helfen eine Sprache zu finden, in der sie ihre Erfahrungen verstehen und anderen mitteilen können**.' Diese kommunizierbare Sprache kann in der KBT über das gesamte **Spektrum des szenischen Verstehens**, des **symbolischen Spiels**, der **Verwörterung in der Kontrasterfahrung** angeregt und gefördert werden" (Schmitz 2004, 98).

Ein Behandlungskonzept für Traumatisierte ist nur realistisch oder effektiv, wenn es zugleich mit Körperpsychotherapie verknüpft ist.

> Das Entscheidende ist, dass in der KBT als einer das Leibliche einbeziehenden, psychotherapeutischen Arbeitsweise **nicht nur das im Körperlichen Symbolisierte wahrgenommen und übersetzt wird in Sprache**, sondern dass mit und an dem im Körperlichen Symbolisierten therapeutisch gearbeitet wird. (Stolze zit. nach (Schmidt, Zur Bedeutung des Körperbildes 2006, 21)

6.1.4 Körperpsychotherapie in der Medizin und Psychotherapie

Die **Erkenntnis, dass Einsicht und Verstehen nicht reichen**, um Traumatisierte davon abzuhalten, sich immer wieder so zu fühlen und immer wieder so zu handeln, als ob sie erneut traumatisiert würden, zwang Kliniker dazu Techniken zu erforschen, die uns ermöglichen, solche automatischen physischen Reaktionen umzuprogrammieren. Natürlich mussten solche Techniken **Methoden berücksichtigen, die Klienten helfen, ihrer inneren Empfindungen und ihrer physischen Handlungsmuster bewusst zu werden**. In vielen Kulturen gibt es traditionelle Heilungssysteme, die **Körperbewegungen und Atemtechniken nutzen**," andernorts haben sich Ansätze , die auf der Arbeit von Wahrnehmungen, Empfindungen und Bewegungen basieren, in vielen Körpertherapieansätzen entwickelt, die jedoch „isoliert geblieben und nie in den „offiziellen" Kanon der Medizin und Psychotherapie integriert worden (sind).… (Ogden, Minton und Pain 2010, 21).

6.2 KBT-Behandlung mit dem Dissoziationsmodell nach Cserny

6.2.1 Grundgedanke der symbolischen Transformation

Wenn der Mensch sich als ein schöpferisches Wesen im Symbolisierungsakt fortwährend selbst und auch seine Umwelt erschafft, dann ist das „eine ebenso ursprüngliche Tätigkeit des Menschen wie essen, schauen oder sich bewegen. Die Symbolisierung ist der fundamentale, niemals stillstehende Prozess des Geistes. … Nur ganz bestimmte Hervorbringungen des symbolbildenden Gehirns sind brauchbar … Darüber hinaus ist jeder Geist im Besitz eines gewaltigen Vorrats anderen symbolischen Materials, das zu verschiedenen Zwecken, vielleicht auch gar nicht gebraucht wird … ein Reservefonds von Vorstellungen, Überschuss geistigen Reichtums“ (Langer 1984, 49).

Diese Fähigkeit beinhaltet eine weitere, die Schmidt (1994) beschreibt als die ‚symbolische Transformation‘, bei der in Verbindung mit der inneren und äußeren Welt die Sinneswahrnehmungen und Stimuli in Formen und Gestalten verwandelt werden. „Bereits Wahrnehmungsprozesse wie das Zuordnen etwa visueller Sinnesreize zu formen beim Erkennen von Gegenständen begreift Langer als symbolische Formulierung, als Verwandlung von Sinnesdaten in Formen“ (Schmidt 1994, 4).

Die Besonderheit des Menschen über ‚symbolische Transformation‘ in Kunst, Wissenschaft und Religion Ideen auszudrücken, im Lachen oder Weinen, erlaubt es, dass aus dem Chaos der Sinneseindrücke Form und Gestalt entstehen kann. Mit Hilfe der Sprache zeigen sich Gesten, Gefühlsausdruck, Bewegungen, die den Fluss der stetigen Wahrnehmungen gestalten (vgl. (Schmidt 1994, 5)).

Für die Sicherheitsbedürfnisse jedes Menschen ist dies notwendig, um in der Komplexität der Welt vielfältig und in Fülle Erfahrungen zu machen, die Sicherheitsinformationen beinhalten, z.B. im Fluss der Zeit Ähnliches wiedererkennen zu können.

Der Strom der Ereignisse ist ein chaotischer Prozess, und erst die Entdeckung von Ordnung ermöglicht Chaos-Reduktion und daraus ergibt sich **Voraussagbarkeit** und **Planbarkeit** im Leben. In der Weltgeschichte ist kein Morgen wie die

vorhergehenden; es ist ein stetiger Wandel und nichts bleibt wie es ist. Dennoch kann der Mensch Sinnvolles in sein Leben hineintragen.

Das Kind erkennt von Anfang an die Mutter wieder, erlebt darin vom ersten Lebenstag an **Regelmäßigkeit in der erfahrbaren Welt** (Dornes 1993; vgl. (Schreiber-Willnow 2000, 32)) Traumatisch belasteten Menschen, besonders wenn sie schwer belastet sind, widerfährt das Chaos im inneren sowie im äußeren Leben. Es war vielleicht keine erfahrbare Ordnung im bisherigen Leben, das kennzeichnet häufig die Situation. Und sie können aus sich heraus auch nur bedingt oder gar nicht die Energien aufbringen, um in ungestörter Weise Augenblicke der Ordnung zu erleben bzw. zu gestalten. (vgl. (Schreiber-Willnow 2000, 32))

6.2.2 Heilsame Erfahrung

Auf diesem erkenntnistheoretischen Hintergrund von Langer eröffnet Schmidt für die KBT die Quelle der Symbolisierung als beständige und schöpferische geistige Tätigkeit den Blick auf die ganze Bandbreite des menschlichen Handelns. Ausgehend von der Sinneswahrnehmung zum gestisch-mimischen Geschehen bis hin zur Begriffe bildenden Sprache ist alles seinem Wesen nach symbolisches Handeln. „Aus dieser Sicht erscheint die KBT als ein Gleiten durch verschiedene Formen des symbolischen Vorgangs oder auch in einigen Fällen, als ein Verweilen und Ausgestalten einer Form. (Schmidt zit. nach (Schreiber-Willnow 2000, 61))“

Nehmen wir in der KBT die Tasterfahrung als einen symbolischen Vorgang, so wird bei der Frage nach dem inneren Bild und dem Bewegungserleben (auf verschiedenen Ebenen) der Sprachsinn angeregt und Worte gefunden. So wird daraus ein ‚symbolisches Netz‘, das auch im Sinne von Damasio (vgl. Schreiber-Willnow) auf der neuronalen Ebene eine Entsprechung vollzogen, indem sich Körpersensationen und Sinneseindrücke verknüpfen. Alte und neue Vorstellungsbilder prägen unser Empfinden und Denken, und Cserny hat darauf hingewiesen, dass in der KBT-therapeutischen Situation alte ungünstige Verknüpfungen wieder dissoziiert werden. Schmidt greift es auf und vermittelt in einem nächsten Schritt wie das aufmerksame Hinspüren (Gindler) in den KBT-Angeboten zu neuen Verknüpfungen des Netzes führt, und dabei werden Körper- und Umgebungseindrücke in einem laufenden Prozess der Formung aus dem

Chaos des Erfahrungsstroms genommen und in eine Gestalt gebracht. „Im therapeutischen Prozess geht es darum, zunächst eine Empfindung wahrzunehmen, ggf. ein Bild zu finden, Worte dafür zu finden und eventuell den sprachlichen Assoziationen zu folgen. Die **Neuorientierung, die bis in die Körperlichkeit zurückwirkt**, kann sich einschreiben und was zuvor abgelehnt wurde, z.B. Berührungskontakt in der Gruppe, kann neu gefasst und gespürt werden. (vgl. (Schreiber-Willnow 2000, 62)) Besonders TraumapatientInnen machen so neue Körpererfahrungen, die sich einschreiben können bei Wiederholung, und so wird in diesem symbolischen Transformationsprozess über das Bewusstsein und über neue Berührungserfahrung eine alte, ungünstige Erfahrung heilsam verändert. Auch aus der Bindungstheorie sind erstaunliche Ergebnisse zu finden, die bei Besser/Brisch (2009) in der KReST-Therapie Anwendung finden (Besser 2009-2011).

6.2.3 Das Dissoziationsmodell in der KBT-Behandlung

Für die **KBT-spezifische Krankheitslehre** entwickelte Sylvia Cserny für den Behandlungsweg das Dissoziationsmodell wie eingangs beschrieben aus der Aufeinanderfolge von Assoziation – Dissoziation -- Differienzerung. Aus der Sicht der KBT zeigen sich bei den meisten Krankheitsbildern strukturelle Entwicklungsstörungen im Sinne der Wahrnehmungs- und Denkstrukturen, wie sie Jean Piaget, beschreibt, und sie zeigen sich als Persönlichkeitsstörungen. Als Entwicklungsdefizite sind Störungen in der Raum- und Zeitwahrnehmung, der Körperwahrnehmung und der Objektwahrnehmung zu verstehen.

Die bewegungspsychotherapeutische Diagnostik befasst sich insofern mit Einschränkungen, Blockierungen, Hemmungen, anästhesierten Wahrnehmungs- und Bewegungsmustern und –abläufen. **Beziehungsstörungen gehen mit Wahrnehmungs- und Bewegungsstörungen einher.**

6.2.4 Stimulationsregulierung und interpersonelle Probleme

„Die **Stimulationsregulierung** ist … in der KBT von großer Bedeutung, wenn es darum geht, die Selbst- und Fremdwahrnehmung des Patienten anzuregen und ihm zu helfen, mit überflutenden Gefühlen umgehen zu lernen. Dabei gilt es die Botschaften des Patienten aufmerksam aufzugreifen.“ In einem PatientInnen-beispiel schildert Breitenborn (2007) die Angst, die ein Patient davor hat von den eigenen Nähewünschen ‚überflutet‘ zu werden und dass er daher jede nahe Beziehung meide. Es wurden daher KBT-Angebote zum Erproben der Nähe-Distanz-Regulierung zum Fokus der ersten Therapiephase gemacht.

„Thure von Uexküll (1998) hat uns dazu eine wunderschöne und hilfreiche Formulierung gegeben: ‚Therapie heißt Antworten geben, die dem Patienten zeigen, dass die Zeichen, die er auf einer körperlichen, psychischen oder sozialen Ebene sendet, verstanden werden.‘ (Breitenborn, Zur Phänomenologie des chronischen Schmerzes. Der KBT-spezifische Ansatz zur Affektdifferenzierung bei Patienten mit chronischer Schmerzerkrankung 2007, 28f)

Breitenborn beschreibt an anderer Stelle ihre Beobachtung: „Zu lange Sprechpausen, also die Stille im Raum (während eines KBT-Angebots, bei dem alle PatientInnen ihre Augen geschlossen haben, Anm.W.F.), kann Angst aktivieren. Folgen die verbalen Anregungen zu schnell aufeinander, fehlt der Zeit-Raum für die neugierige Erkundung und die Entwicklung und die Entwicklung von inneren Bildern. Hier wird der … **Stimulationsgrad** bedeutsam“ (Breitenborn, Zur Phänomenologie des chronischen Schmerzes. Der KBT-spezifische Ansatz zur Affektdifferenzierung bei Patienten mit chronischer Schmerzerkrankung 2007, 23).

> Ganz allgemein lassen sich Affekte nach Lichtenberg und anderen Neugeborenenforschern als Signale sehen, die eine bedeutsame Rolle für das Wachstum und die Entwicklung von Kommunikation innerhalb des interaktionalen Systems Säugling-Bezugsperson spielen. ‚So ist z.B. das **Schreien** schon unmittelbar nach der Geburt als **starkes soziales Signal** anzusehen, das die Bezugsperson herbeiruft, damit ein unangenehmer Zustand verändert werden kann. Wenn auf das Schreien als phasenspezifisches frühes Signal angemessen eingegangen wird, so wird es mit der Zeit durch andere kommunikative Verhaltensweisen abgelöst werden. Jeder Affekt wird durch eine bestimmte neuronale Feuerungsfrequenz

aktiviert, wobei der **Stimulationsanstieg**, der **Stimulationsgrad** und der **Stimulationsabfall** eine entscheidende Rolle spielen. Plötzlich einsetzende und steil ansteigende Stimulation aktivieren eine angeborene Schreckreaktion; die weniger steil ansteigende Stimulation aktiviert Furcht und unter noch weniger steil ansteigender Stimulation wird Interesse aktiviert.‘ (1991a,S.19)“ (Breitenborn, Zur Phänomenologie des chronischen Schmerzes. Der KBT-spezifische Ansatz zur Affektdifferenzierung bei Patienten mit chronischer Schmerzerkrankung 2007, 16)

Der früh geglückte Dialog zwischen Mutter und Kind als Ausgangspunkt für Stimulationsregulierung ist bei Hochgerner, „Der erweiterte Gestaltkreis“, bearbeitet. (Hochgerner, Die Verwendung von Gegenständen in der Psychotherapie Erwachsener. Masterthese zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science-MSc/Psychotherapie“ 2007, 198) Wenn etwas mehr oder wenig geglückt ist, zeigen sich die im Stress-Toleranzfenster (Siegel 2006/Besser 2009) angezeigten Ausschläge nach oben und unten:

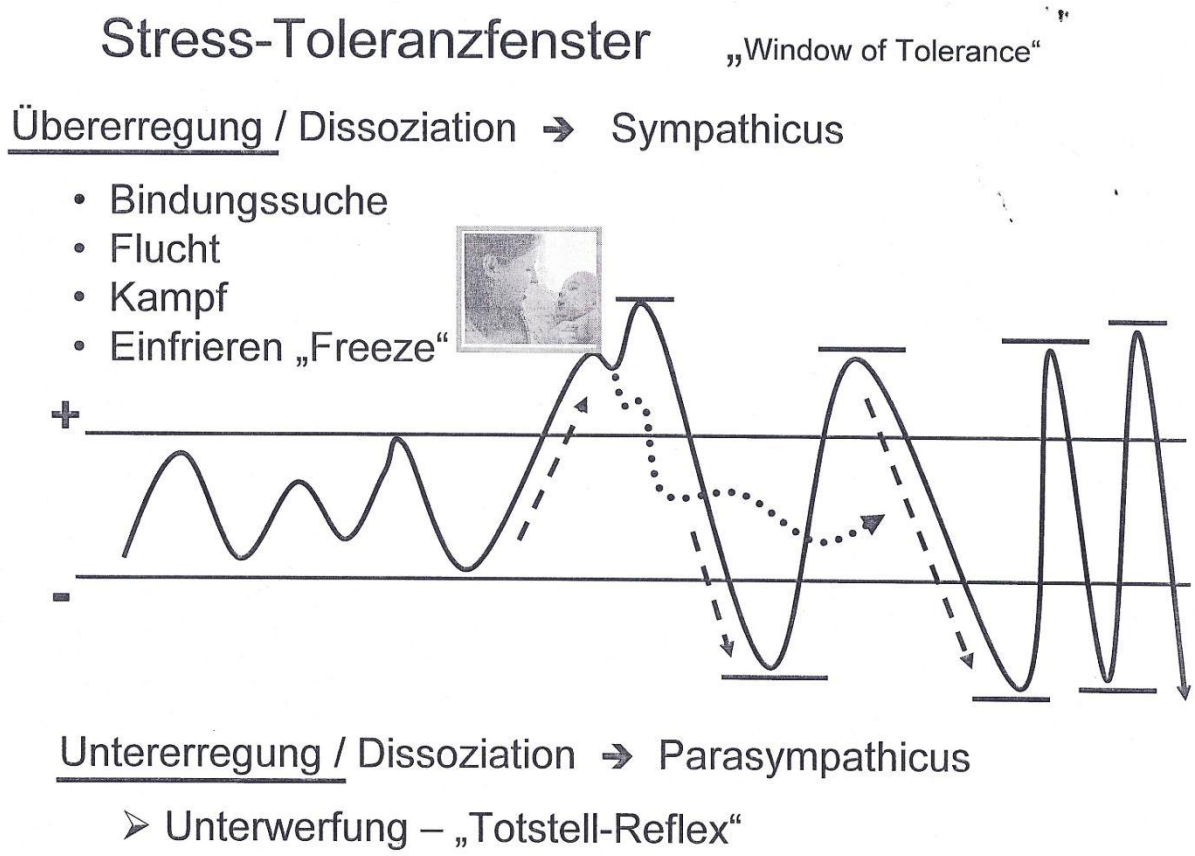

Abbildung 14: Stress-Toleranzfenster nach Siegel 2006, Besser/ Brisch 2009

Spezifischer Aspekt in der KBT ist die Arbeit am Körperbild. „Körperbild und Körperschema erfahren ihre erste Ausprägung im frühen tonischen Dialog …. die **Wahrnehmung der Außengrenzen** …. Bei mangelhafter Differenzierung des Körperbildes bei strukturellen Ich-Störungen kommt es durch Psychotherapie mit KBT zur Nachreifung, **bei Anästhesierung zu Wiederbelebung** …“ (Pokorny, Hochgerner und Cserny 1996, 53;58).

6.3 Gindlers Spürarbeit für Alltag und Therapie

Die **„Spürarbeit“** war für Elsa **Gindler** zunächst nicht gemeint zur Krankheitsbewältigung, sondern diente der Lebensbewältigung. - Insofern lässt sich mit der KBT im Bereich der Selbsterfahrung und auch in der Salutogenese vieles verbinden. Qualität des Lebendigen strömt durch die Bewegungstherapie. Ein Ziel ist die **Veränderung und Entwicklung des ganzen Menschen** als körperlich-seelisch-geistiges Wesen als Teil eines kulturellen, sozialen, ökologischen und spirituellen Ganzen.

Sei es das „Säuglingserwachen“ oder verschiedene Gehphasen, das „Atemerleben ohne Routine“, das „Überlassen üben“ oder „Spüren von Widerstand und Bewegung der Masse“, in dem Werk Gindlers steckt eine Fülle von Anregungen (vgl. (Ludwig (Hg.) 2002)). Ihre Kurse hatten einen hohen Bildungsgehalt und forschend konnten Lernende der Thematik, mit der sie sich auseinandersetzten, begegnen.

Gindler bot unzählige Versuche an, zum Beispiel das ‚Liegen auf der Stange‘, die zu ungewohnten Erfahrungen führten. …. **Propriozeption** und Aufmerksamkeit, was meinte, dass die eigene Masse veränderbar ist und damit Erfahrungen zu machen den eigenen Zustand, das Erfahrene wurde besprochen. „**Der eigene Körper wurde so zum Auskunftsorgan über den jeweiligen Zustand.** (Arps-Aubert 2012, 295-296) Fünf Zugänge beschreibt Arps-Aubert aus den Kursnotizen von Gindler: ‚Antennig werden‘, ‚Wachheit erlangen‘, den Organismus als Orientierungshilfe begreifen, Wahr-nehmungsversuche, Erfahrbereitschaft entwickeln (vgl. (Arps-Aubert 2012, 304)). Gindler ist die Überleitung zu den anderen Therapieansätzen, denn die Spürarbeit umfassend, und Wahrnehmungsaspekte stehen im Vordergrund.

Abbildung 15: Walking Man, München,

http://www.cio.de/strategien/projekte/2228864/

6.4 Bipolare Therapie und EMDR

6.4.1 Moderne Traumatherapie

“Traumatisierte geraten in Situationen, die zum Leben nicht mehr geeignet sind. Mensch und Umwelt bilden keine Einheit mehr.“ (Plassmann, et al. 2007, 22) Diese kurze Definition eines Traumas nach Plassmann bedeutet, dass auch alle Menschen, die niemals Psychotherapie brauchen, aber in einer Welt allgegenwärtiger Gewalt und elend leben, durchaus emotionale Belastungen aller Schweregrade haben und ggf. über günstige Umstände bei ihnen die Chance besteht, sich mittels des Reorganisationsprozesses von beispielswiese Tinnitus, Allergien, Spannungskopfschmerz oder Schlafstörungen, die sich als emotionale Belastungskomplexe zeigen, zu befreien. Daraus wird eine relative Alltagsgesundheit, d.h. dass niemals jemand langfristig und vollständig symptom- und beschwerdefrei sein wird. Die **Alltagsgesundheit** ist ein relativ gesunder Zustand mit einem akzeptablen Anteil ungelöster Probleme. Wie Freud es ausdrückte, gehe es darum den Menschen liebes- und arbeitsfähig zu machen. Arbeitsziel ist nicht die (illusionäre) vollkommene Gesundheit, sondern die Alltagstüchtigkeit eines Menschen wieder herzustellen nach traumatisierenden Ereignissen und dabei die enormen Reorganisationsfähigkeiten zu nutzen, über die der menschliche Organismus verfügt. Dabei gewinnt die Psychosomatik eine ganz neue Bedeutung (vgl. (Plassmann, et al. 2007, 22; 137)).

Unter diesem Gedankenansatz wird heute in der (stationären) Traumatherapie viel Wert gelegt, PatientInnen über eine lange Phase der Stabilisierung und Ressourcenaktivierung in genau diese Alltagsgesundheit zu versetzen und von dort ausgehend dann die Traumaexposition/-synthese zu ermöglichen. Es ist nicht so klug, den Expositionsprozess zu mystifizieren, der wohl als ein katharsischer Prozess verstanden werden darf, jedoch nicht in den Mittelpunkt des Geschehens rücken sollte, denn „die **Reorganisation in kleinen Schritten** wird entwertet oder halbherzig betrieben im Warten auf die große, endgültige Katharsis.“ **Ist das Selbstbewusstsein der PatientInnen während der Stabilisierung und Ressourcenphase gestärkt worden, weil sie aus dem ständigen Üben und Wiederholen im Umgang mit starken Emotionen wissen, dass sie selber viel tun können,** ist es klar, „dass Exposition mit einem Ergebnis vollständiger und restloser Auflösung von Traumamaterial als Möglichkeit im seelischen Apparat

angelegt ist und mit den heutigen traumatherapeutischen Verfahren auch kontrolliert und systematisch erreicht werden kann..“ Das **Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten der Selbstorganisation** zur vollständigen und restlosen Reorganisation des mentalen Materials ist sehr nützlich, die Methode ist dabei nur mehr ein gesetzter Rahmen, in dem die „Reorganisationsprozesse, die im Organismus vorhanden sind, die jedoch blockiert waren, sei es durch die Stärke des Belastungsmaterials, sei es durch eigengesetzliche Chronifizierungsprozesse (z.B. die Ausbreitung von Negativmustern) oder sei es durch ungünstige Umstände“ (Plassmann, et al. 2007, 139). In diesem Sinne leitet auch vanderHart PatientInnen an zur „Überwindung der Phobie hinsichtlich des normalen Lebens“. Was erlernt wird, wenn der Alltag nicht mehr chaotisch sein muss, sind Routinehandlungen (Gewohnheiten), die in ruhige und friedliche Atmosphäre münden. (VanderHart, Nijenhuis und Steele 2006, 395f)

Reorganisationsprozesse für die Therapie nutzbar zu machen gelang Francine **Shapiro** als sie 1987 auf einem Spaziergang bei sich selbst spontane Augenbewegungen wahrnahm, was bei ihr zum Verschwinden von einer blockierenden emotionalen Belastung führte. Sie hat dann im Selbstversuch die Wirksamkeit von Augenbewegungen auf emotionale Belastung geprüft. In ihrem Buch (EMDR in Aktion, 1998a zit. nach (Plassmann, et al. 2007, 22)) beschreibt sie, wie die mentale Reorganisation und die Bedingungen, wie es dazu kommt, sehr schnell klar geworden waren. **Reorganisation geht von selbst vor sich**, und es war evident, dass dabei ein gesunder Persönlichkeitsanteil im Spiel ist, der blockiert gewesen war. Im Kern ist dieser Heilungsvorgang eine Umorganisation negativer, belastender Emotionen, schreibt sie, und stellte auch fest, dass **emotionale Belastung immer mit Körperreaktion verbunden** war.

Sie legte in Kürze methodische Grundlagen, indem sie mit PatientInnen alles Belastende auf kontrollierte Weise in der Therapiestunde gegenwartsbezogen erfühlen ließ. Der **Heilungsprozess** wurde am besten stimuliert, wenn **der schlimmste Moment** von dieser belastenden Situation (und somit auch der Moment der **höchsten emotionalen Belastung**) genau fokussiert wurde.

Shapiro hat seit 1989 dann systematisch mit Kriegstraumatisierten die neue von ihr so benannte **EMDR-Methode** („**E**ye **M**ovement **D**esensitization and **R**eprocessing“) angewandt. Sie sah dabei Heilungsprozesse, die vorher unbekannt waren.

Verschiedenste PTSD-PatientInnen nahmen in den USA an ihren Therapien des gezielten Reprozessierens teil. Das Ergebnis ihrer Studie (Shapiro 1989) war verblüffend:

> Die Teilnehmer waren 22 Patienten im Alter zwischen 11 und 53 Jahren, schwer traumatisiert durch Vergewaltigung, sexuellen Missbrauch oder Kriegserlebnisse in Vietnam. Die Traumata lagen im Mittel 23 Jahre zurück und alle Patienten hatten erfolglose Vorbehandlungen von im Mittel 6 Jahren Dauer absolviert, alle litten an einem oder mehreren typischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung wie Flashbacks, Alpträumen, Schlafstörungen, Arbeits- und Beziehungsstörungen. Nach einer einzigen EMDR-Sitzung ergab sich in der Ein- und Drei-Monats-Katamnese ein stabiles Verschwinden des subjektiven Angst- und Belastungsniveaus sowie der klinischen Symptomatik. Die posttraumatische Belastungsstörung war praktisch ausgeheilt. Die Daten der Kontrollgruppe belegen, dass es sich nicht um Spontanheilungen handelte, die auch ohne Therapie eingetreten wären.
>
> EMDR ist mittlerweile das am besten untersuchte traumatherapeutische Verfahren (Hofmann 1999). Die Studien der letzten Jahre haben die Wirksamkeit bestätigt. (Plassmann 2002 zit. nach (Plassmann, et al. 2007, 24))

6.4.2 Prinzipien mentaler Reorganisation

Frühe Beobachtungen Shapiros und weitere Behandlungserfahrungen haben sechs Prinzipien mentaler Reorganisation herausgebildet:

1. Prinzip der Selbstorganisation
2. Bipolares Prinzip
3. Emotiozentrisches Prinzip
4. Prinzip der Körperlichkeit
5. Prinzip der Gegenwärtigkeit
6. Prinzip der Fokussierung

Mentale Heilungsprozesse laufen selbstorganisatorisch ab. Ausreichender Ressourcenkontakt ist wichtig. Die wichtige Botschaft ist, dass **alles Belastungsmaterial sowie Ressourcen im Kern aus einer Emotion bestehen, nicht aus einer Kognition. Körperrepräsentanzen haben entscheidenden Einfluss auf den Heilungsvorgang.** Heilung ist ein Vorgang des Hier und Jetzt (wie bei der Operation und im Evangelium). Und dasjenige, was fokussiert wird, kann heilen. - Von den sechs Prinzipien findet dieser Arbeit nur eine Auswahl Beachtung, was aber über die Wichtigkeit nichts aussagt.

6.4.3 Prinzip der Körperlichkeit

Kurz gesagt, ist der Körper durch jedes Trauma als Schema und jede Ressource als innere (Körper-) Repräsentanz im größten Umfang beteiligt. Ihn einzubeziehen unter Berücksichtigung aller Körperrepräsentanzen bedarf es, da ein vollständiger Heilungsvorgang nur dadurch ermöglicht wird. (Plassmann, et al. 2007, 27)

Wenn also der Körper ein Heilungssystem mit beeinflusst und wirksam ist, dann kann die Frage gestellt werden,

„Warum sind Körperrepräsentanzen so bedeutsam?“

Sie sind sozusagen der nächste Verwandte der Emotion und beide blieben früher, weil sie der Sprache entbehren, in der Therapie eher im Hintergrund. Sie werden nun zu Helfern in der Therapie. Emotionen sind nicht isoliert denkbar. Es geht um die Vermittlung von Emotionen, Erinnerungsmustern, Sinneseindrücken mit den Körperwahrnehmungen (s. Gestaltkreis nach Weizsäcker). Sherrington (1906) spricht von der sog. **Propriozeption**, an der bereits Gindler jahrelang geforscht und gearbeitet hat. Die Körperwahrnehmungen geben Emotionen jene Ordnung, die mit der physischen Realität des Menschen übereinstimmt. (Plassmann, et al. 2007, 39)

In den (Gehirn-)Zentren sind daher emotionale Intelligenz mit Wahrnehmungszentren für Körpergefühle im Hirnstamm und im Hypothalamus verbunden. „Sie organisieren aus Emotion und Körpergefühl dasjenige, was uns die Gewissheit gibt: das bin ich. …“ (Plassmann, et al. 2007, 39)

In den Heilungsprozess einbezogen tauchen die starken Begleiterscheinungen, die sich aus überstarken negativen emotionalen Energien als emotionales

Belastungsmaterial im Körpergedächtnis repräsentiert haben, als Körperrepräsentanzen auf (s.a. Cserny-Tempfli 1999). Sie zeigen sich als Symptom und sind Bestandteil des Traumaschemas (gewesen). Unter diesem Gesichtspunkt werden eine Anzahl psychosomatischer Erkrankungen (chronische Schmerzzustände, Muskelverspannungen, Körperhaltungen, Verhaltensmuster), die sich unter traumatisierendem Einfluss ins Körpergedächtnis eingebrannt haben, besser verstanden werden. (vgl. (Plassmann, et al. 2007, 40))

> Organe und Organsysteme sind mit den Zentren der emotionalen Intelligenz aufs Engste verbunden und wenn sie von emotional belastenden Ereignissen betroffen sind, dann reagieren sie wie Lebewesen, also wie Subjekte, mit einer Antwort, die vom emotional empfundenen Grad der Belastung abhängt. - Ich vermute, dass wir grundsätzlich drei Reaktionsformen auf Organebene unterscheiden können: den kohärenten Zustand, den chaotischen Zustand und den traumatischen Zustand. (Plassmann, et al. 2007, 40)

EMDR bezieht das Körpergefühl in den Therapieprozess mit ein. Im Standardprotokoll wird es fokussiert: zum einen sind es Ressourcen und zum anderen belastende Körperempfindungen, die auftreten. Ein tief befreiender Atemzug, die spontan sich veränderte Sitzhaltung oder der veränderte Blick, der seine Starre verliert, zeigen körperrepräsentierte Heilungselemente an. Körperorientiert arbeiten heißt in der Ganzheit zu leben (Rothschild 2002): während auf der mentalen Ebene durch Gedanken, Bilder und auch durch Spaltung, Verleugnung und Dissoziation strikte Trennung sich vollziehen kann, geht dies auf der Körperebene nur begrenzt. Organe und Körperteile bleiben miteinander verbunden, **der Körper löst nicht seine Gestalt auf.** Aufgrund dessen können sich in der Körperrepräsentanz sehr schnell und natürlich Integrale aus Traumaschema und Heilungsschema bilden.

Was aus der Vergangenheit in die Gegenwart drängt, ist niemals das Traumaschema in seiner ursprünglichen Gestalt. Was im Hier und Jetzt sich darbietet, ist zwar unverarbeitbar und desintegriert geblieben und breitet sich ständig im Gegenwärtigen aus, doch ist es im sog. **traumatischen Prozess** (Fischer,Riedesser, 1999) einer umfangreichen Bearbeitung ausgesetzt,

> … weil der psychische Apparat in seinen Versuchen, Desintegriertes zu integrieren niemals ruht. Wir begegnen deshalb in der Gegenwart dem ursprünglichen Traumaschema nicht nur in der Form des katastrophalen Einbruchs des Damals und Jetzt, sondern sehr viel häufiger in Gestalt seiner Abkömmlinge. Dies sind kleine psychische Komplexe mit niedrigerem Belastungsgrad, die sich häufig fast unbemerkt in den Alltag der Patientin und der Therapeutin einweben. Sie sind gleichsam das Geröll, welches der psychische Verarbeitungsapparat schon vom Berg des Traumas abgetragen hat. Dieser Verkleinerung und Wiederholung liegt ein reparativer Versuch zugrunde. Aus dem großen, unverarbeiteten im Damals soll das kleine, verarbeitbare in der Gegenwart geformt werden, durch eine Art psychisches Kauen … (Plassmann, et al. 2007, 43)

Daraus entsteht ein Bereich der **Mikrotraumatologie**. In der **Mini-PTBS**, das ist alltägliches Belastungsmaterial, welches in typischer Weise auf dem Krankheitsbild basiert und zur Bearbeitung ausgewählt wird aufgrund der aktuell fühlbaren Belastung. Es wird strikt fokussiert nach Ort und Zeit und einer genau bestimmbaren Situation, die zur Reorganisation ansteht. Jegliches Ausweichen würde stören und den vollständigen Prozess des Reprozessierens beeinträchtigen. (Pesso 2006). Da sich die PatientInnen im Bereich des nicht-traumatischen Materials bewegen, ist die Fähigkeit zu Fokussieren vorhanden und die Kontrolle zu behalten. Mit dieser kontrollierten Fokussierung wird beim EMDR-Standard-Protokoll das Belastungsschema in maximaler Deutlichkeit herausgearbeitet, und es zeigt sich außerdem woran der Patient in der Gegenwart am intensivsten leidet. (vgl (Plassmann, et al. 2007, 160))

6.4.4 Das bipolare Prinzip in der Psychotherapie

> **Das bipolare Prinzip** in der Psychotherapie ist nicht nur auf EMDR, sondern auf jedes Psychotherapieverfahren übertragbar, auch auf Kunst-, Musik- und Körpertherapie. Stets ist das Ziel, im Hier und Jetzt der Therapiestunde eine optimale Balance zwischen **Traumaschema** und **Heilungsschema** herzustellen. Diese Balance ist nicht nur heilsam durch die Aktivierung des Absorptionsprozesses (=Ressourcenaktivierung), sondern sehr lehrreich. (Plassmann, et al. 2007, 133)

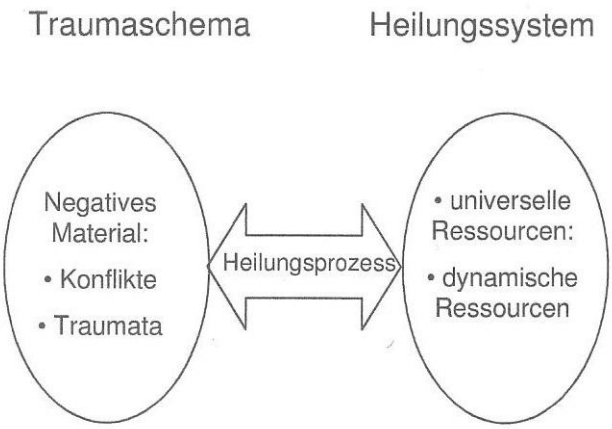

Abbildung 16: Bipolares Prinzip zur Ressourcenorganisation, Plassmann 2007

Stark abnehmen kann dadurch das subjektive Leiden, denn in der Stabilisierung finden fortlaufend lebhafte **Absorptionsprozesse** statt, welche dadurch aktiviert werden konnten, weil die PatientInnen sich fast durchgehend im ‚**Window of Tolerance‘** (Ogden, Minton 2000, vgl. (Plassmann, et al. 2007, 136)) befinden. Emotionales, stark belastendes Material wie Traumaschemata oder ungelöste Konflikte sind deshalb kontrollierbarer geworden, weil die gefühlte Belastung zurückgegangen ist und Teile ehemals blockierten Materials in Fluss gekommen sind.

7 Das Toleranzfenster bei Dissoziationsbewältigung

"Aus einer Vielzahl von Gründen wird der Körper immer aus der >Redekur< übergangen." Pat Ogden

Das Buch „Trauma und Körper“ von Pat Ogden et al. ist ein sensumotorisch (sic) orientierter psychotherapeutischer Ansatz und hat die Psychotraumatologie um eine wichtige praktische und theoretische Stütze erweitert, um die zentrale Bedeutung fixierter sensumotorischer Muster bei Traumatisierten zu verstehen. Es kann durch Einbeziehung sowohl körperlicher als auch psychischer Manifestationen des Traumas dazu beitragen, eine integrierte Form der Heilung bei PTSD anzustreben und ggf. zu ermöglichen.

7.1.1 Die Sensumotorische Psychotherapie

Die **Sensumotorische Psychotherapie** (SMP) nach Pat Ogden basiert auf der Prämisse, dass Traumatisierte, um sich nicht mehr in ihrer Vergangenheit zu verfangen, (1) ihrer automatischen dysfunktionalen Handlungstendenzen bewusst werden müssen, (2) anfängliche Impulse zu hemmen lernen und (3) mit verschiedenen Alternativen experimentieren müssen, um unabgeschlossene, erstarrte Handlungen, die sich im Augenblick des Traumas als nutzlos erwiesen haben, zum Abschluss zu bringen, und dass sie (4) Möglichkeiten erproben müssen, alternative, effektive Handlungen auszuführen. Pat Ogdens Buch ist das erste, das versucht, unser Wissen über körperorientierte Psychotherapie, Neurowissenschaft und Bindungstheorie zu einer umfassenden Behandlungsmethode zu integrieren. (vanderKolk zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 26))

SMP geht von der Annahme aus, dass die meisten Traumatisierungen auf die interpersonalen Beziehungen in der Biographie zurückgehen. Grenzverletzungen, der Verlust der Fähigkeit autonom zu handeln und sich selbst zu regulieren sind die Folge von Misshandlungen und häuslicher Gewalt, keine ausreichende Unterstützung zu bekommen, von Inhaftierungen, weil bei allem es häufig der Fall ist, dass Menschen mit mechanischer Einwilligung oder resigniert Unterwerfung

reagieren. Diesen traumatisierenden Einflüssen ständig oder wiederholt ausgesetzt zu sein bedingt permanente physiologische Dysregulation (d.h. Zustände extremen Hypo- und Hyperarousals) mit physischer Immobilität verbunden.

> Viele Traumatisierte lernen zu dissoziieren und bestimmte Anteile abzuspalten: Sie wirken dann möglicherweise die meiste Zeit über kompetent und fokussiert, können aber plötzlich in primitive und unflexible Zustände der Hilflosigkeit und der Immobilität verfallen, wenn sie mit Situationen oder Empfindungen konfrontiert werden, die sie an das erlebte Trauma erinnern." Ein körperorientierter Ansatz befasst sich statt der üblichen Tendenz der Kliniker, die sich den Emotionen und Verhaltensweisen zuwenden, „insbesondere mit dissoziativen Symptomen, die Körperempfindungen, Bewegungsstörungen, Dysregulation des physiologischen Arousals, Mangel an Körperempfindungen und das Wiederbeleben des Traumas in somatosensorischen Bruchstücken beinhalten". Für die Auseinandersetzung mit ihrer Vergangenheit ist es für Traumatisierte notwendig, ihren **medialen Präfrontalkortex und damit ihre Introspektionsfähigkeit aktivieren** („konzentrativ"). Neugier, Interesse und die Verwendung von Sprache haben beträchtlichen Einfluss auf ihre physiologischen Zustände. Subtile **Körperbewegungen** wie Drehen, Umwenden oder Zurückweichen, was als unbewusste oder beschränkende Hemmung erlebt wird, ausführen und verstärken. Diese **führt zum Abschluss zuvor unabgeschlossener traumabezogener Handlungstendenzen**. (Van der Kolk,B. im Vorwort zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 23; 25))

7.1.2 Traumatisierte im Hyperarousal

Chronisches Hyperarousal ist gewöhnlich ein typisches Zeichen für Traumaerlebnisse. Damit wird die Fähigkeit adaptive **Entscheidungen zu treffen generell beeinträchtigt**. Für Menschen, die sich in diesem Zustand befinden, entstehen Schwierigkeiten, Emotionen als Signale für sich zu nutzen, um Sinnzusammenhänge zu erkennen. Sie verstehen in ihrem Zustand übermäßiger Erregung harmlose Reize als gefährlich. Auch wird durch die Intensität und Geschwindigkeit, mit der Sinnesreize, Sinnesempfindungen und Emotionen auftauchen, das rationale Denken und die Möglichkeit zur reflektierenden

‚Realitätsprüfung‘ gemindert. Vom Hyperarousal beeinträchtigt können **Traumatisierte „ihren körperlichen Hinweisen zur Warnung vor bevorstehender Bedrohung nicht mehr trauen, … und diese ‹verlieren› dadurch ihre Alarmfunktion** (vanderKolk, vanderHart, McFarlane 1996/2000, dt.S.313 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 75)). "

Beim Hyperarousal besteht eine Aufteilung der Wahrnehmung in emotionale und/oder sensorische Elemente. Solche dissoziierten Fragmente der Wahrnehmungserinnerungen treten später als Symptome (Flashbacks/Alpträume) wieder in Erscheinung und führen zu somatischen Beschwerden (Beschleunigung der Herzfrequenz, Erhöhung des Blutdrucks, Veränderung der Leitfähigkeit der Haut). Auch somatoforme Störungen (gesteigerte physische Empfindungsfähigkeit, Anspannung und unwillkürliche oder unkontrollierte Bewegungen) tragen zu der Angst und Panik in einer solchen Reinszenierung bei. „Die Betroffenen werden in solchen Situationen der aktuellen Realität entfremdet, sie glauben, eine in der Vergangenheit erlebte Situation wiederhole sich, und entsprechend handeln sie (vanderKolk, vanderHart, Marmar 1996/2000 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 75))." Hier begründet sich das klinische Bild von Traumatisierten, die aufgrund ihrer früheren Erlebnisse so stark sensibilisiert sind, dass eine eigentlich ungefährliche, im Toleranzbereich liegende Situation im sozialen Kontakt mit anderen aus der großen Verunsicherung und fälschlich interpretierten Signalen (Missverständnisse) gedeutet wird und es dadurch zu **inadäquaten Reaktionen aus dem Kampf- oder Fluchtmechanismus** herauskommt (vgl (Ogden, Minton und Pain 2010, 74)).

Ganz im Gegensatz dazu bereitet das **Hypoarousal** Störungen des Erinnerungsvermögens, motorischer oder affektiver Funktionen und der somatosensorischen Wahrnehmung, wie sie peritraumatisch in etwa abgelaufen sein müssen (vanderHart et al. 2004 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 75)).

> **Die mit Hypoarousal verbundenen Defizite** (somatoforme dissoziative Symptome wie kognitive Abnormalitäten, Amnesie, Fugue-Zustände, Verwirrungszustände und Aufmerksamkeitsdefizite (Nijenhius, VanderHart 1999 bei (Ogden, Minton und Pain 2010, 76)) sind für Therapeuten und Klienten oft gleichermaßen verwirrend, und sie werden **häufig als Depression, Widerstand oder passiv-aggressives Verhalten**

missverstanden. Angemessener wäre es, solche Defizite als eine im Hypoarousal-Zustand gemäße Reaktion auf ein erlebtes Trauma zu verstehen. (Ogden, Minton und Pain 2010, 76)

Mangelnde Empfindungsfähigkeit und das Gefühl vom eigenen Körper getrennt zu sein sowie verzögerte oder geschwächte Körperreaktionen, die sich so langsam abspulen, dass sie von anderen nicht gesehen werden, können ebenso beeinträchtigen wie die kognitive Verlangsamung, die klare Denkfähigkeit beeinträchtigt und ggf. eine adäquate Einschätzung von gefährlichen Situationen behindert. Muskuläre Aktivität oder die Aufmerksamkeit zu fokussieren stehen vermutlich in Verbindung mit der Erhöhung des dorsal-vagalen Tonus (Frijda 1986, S.159 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 76)).

Ein ständig in der Hyper- oder Hypoarousal-Zone verbleibender Mensch wird ein unstrukturiertes Verhalten zeigen, und es zeigen sich reflexhaft defensive Handlungstendenzen wie zufällig und desorganisiert. Hier spielt ein höherer und niederer Modus eine Rolle, in den Traumatisierte dauerhaft wechseln, solange das traumatische Erlebnis nicht in ein Ganzes oder ganzheitliches Selbstempfinden (re-) integriert werden kann (Siegel 1999/2006, dt. S.283 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 77)), die anhaltende „**Teilung des Selbstempfindens** … hat eine allmähliche **Verstärkung von Desorientiertheit und Dissoziation** zur Folge und führt zur Verstärkung der ohnehin schon bestehenden Schwierigkeiten bei der Beeinflussung des Erregungsgrades“ (Ogden, Minton und Pain 2010, 77).

7.1.3 Arousal- Zusammenhänge

7.1.3.1 Dreieiniges Gehirn

Die von Ken Wilber (1996/1997 bei (Ogden, Minton und Pain 2010, 41)) entwickelte Vorstellung einer hierarchischen Informationsverarbeitung beschreibt evolutionäre und funktionale Hierarchie zwischen den **drei Ebenen organisierten Erlebens: die kognitive, emotionale und sensumotorische Dimension**. Der Neurologe McLean bildete ähnliche Vorstellungen mit dem ‚dreieinigen Gehirn‘ als eines ‚Gehirns mit einem Gehirn mit einem Gehirn im Gehirn‘. Drei Ebenen entsprechen der Architektur des Gehirns:

- Das in der Evolutionsgeschichte zuerst entstandene **Stammhirn** (Reptiliengehirn) steuert das **Arousal**, das ist der allgemeine Erregungszustand des Organismus‘, sowie die Homöostase und der Fortpflanzungstrieb. Locker verbunden mit der **sensumotorischen Ebene** sind die Informationsverarbeitung, das Empfinden und programmierte Bewegungsimpulse.
- Die **emotionale Ebene** der Verarbeitung entspricht dem **limbischen Gehirn** (alle Säugetiere), das alle Emotionen, Gedächtnis sowie einen Teil des Sozialverhaltens und Lernens vermittelt.
- Zuletzt ist entwicklungsgeschichtlich entstanden die kognitive Ebene, der **Neocortex** (Menschen), sie dient der Informationsverarbeitung in Form von **Selbstgewahrsein und bewusstem Denken**. Sie umfasst große Teile des ‚Balkens‘, welcher die rechte und linke Hirnhälfte miteinander verbindet (McLean 1985 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 42)) und trägt zur Konsolidierung von Informationen bei.

Unterschiedliche Arten des Wissens haben diese drei ‚Gehirne‘, kurz instinktives, affektives, deklaratives, und somit hat jedes Gehirn auch eine andere Art des Verständnisses entwickelt für/von der Umgebung und reagiert dementsprechend. Obwohl die drei Ebenen eng miteinander verflochten sind (Damasio 1999 bei (Ogden, Minton und Pain 2010, 42)) und sie miteinander fungieren, kann **jede dieser Ebenen auch ‚dominant‘ werden** und je nach inneren und äußeren Bedingungen die anderen außer Funktion setzen.

7.1.3.2 Informationsverarbeitung

Primitive Reflexe bis hin zu komplexen Bewegungsmustern sind auf der sensumotorischen Ebene veranlagt, und die Verarbeitung auf dieser Ebene hat mit Automatisierung und Festlegung zu tun, weil das körperliche Sicherheit gibt.

Flexibilität und Reaktionsmöglichkeiten nehmen auf den höheren Ebenen zu, Fixiertheit und Konkretion der Reaktion sind der sensumotorischen Ebene zugeordnet. Nach traumatischen Erlebnissen arbeiten die drei Ebenen nur unzureichend zusammen. Wenn dysreguliertes Arousal die Führung übernimmt, dann äußert sich das auf den beiden anderen Ebenen entsprechend: Emotionen

nehmen überhand, Gedanken jagen einander und aktuelle Signale aus der Umwelt werden fälschlich einem früher erlebten Trauma zugeordnet (vanderKolk 1996a bei (Ogden, Minton und Pain 2010, 44)).

Die in der SMP von Pat Ogden - auch KBT-relevanten - Themen wie die sensumotorische Verarbeitung/Körperempfinden, sowie die Wahrnehmung über die Sinnesorgane in der Beeinflussung und Gestaltung von Bewegungen, in Bezug auf die moderne Psychotraumatologie (Ogden, Minton und Pain 2010, 52-56), kommt hier nicht zur Beschreibung. Die Begrenzung auf einen bestimmten Umfang dieser Arbeit und die Ausrichtung auf Dissoziation kommt hierbei zum Tragen, und es wird daher auf den lesenswerten Originaltext verwiesen. Hier geht es um Erläuterungen der Dissoziation im Arousal-Zusammenhang, nachdem einige Grundfragen erläutert sind.

7.1.3.3 Das Toleranzfenster: Die Fähigkeit, Arousal zu modulieren

Wenn wir uns sicher fühlen, ist der Kontakt mit unserer Umgebung eine willkommene oder zumindest verträgliche Option, sind wir das aber nicht, d.h. wenn wir bestimmte Signale aus unserer Umwelt fälschlich als gefährlich deuten, dann werden physiologische Zustände aktiviert, die Verteidigungsstrategien unterstützen (vgl. Porges 2004/2010 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 74)). Dann werden überlebensbezogene Handlungstendenzen eine schnelle Mobilisierung unseres autonomen Nervensystems beeinflussen.- Das sog. (Hyper-)Arousal ist bei alltagstauglichen Menschen eher der Ausnahmefall, bei Traumatisierten kommt es dagegen häufig zu chronifizierten Handlungs- und Bewegungsreaktionen auf traumatisierende Reize, weil dieser im Grunde gesunden Schutz-Reaktion eine noch weitere Schutzmaßnahme zugrunde liegt. Sie sind anfällig für ein dysfunktionales Arousal, das sich als **chronisches Hyper- bzw. Hypo-Arousal** im Über- und Unterspannungszustand zeigt. Im ersten Fall erleben sie starke Mobilisierung, im zweiten Fall Immobilisierung, in beiden Fällen sind diese Menschen der Willkür des dysregulierten Arousal ausgeliefert, werden ‚getriggert'.

Drei Arousal-Zonen lassen sich in jedem Menschen aktivieren und stehen als Stressreaktionsprozess zur Verfügung, und je nach Menschentyp sind wir verschieden in der Lage unter dem Einfluss von äußeren oder inneren Eindrücken

zu reagieren (vgl. Bremner, Brett 1997, Spiegel 1997, vanderHArt et al 2004 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 66)):

- Eine Gruppe erlebt den Erregungszustand so stark, dass sie Informationen nicht effektiv verarbeiten kann, und es kommt zu intrusiven Bildern, Affekten und entsprechenden Körperempfindungen.
- Die anderen leiden unter physischen Erscheinungen wie Mangel an Gefühlen und Empfindungen, Gefühle der Taubheit, Leere, Passivität, Abgestorbenheit oder Lähmung - vom aktuellen Leben distanziert.

Sowohl für Alltagsmenschen sowie theoretisch auch für Traumatisierte gilt nach einem gefährlichen Ereignis, dass die Gegebenheiten der Vergangenheit in einer ‚Zone optimalen Arousals' (Wilbarger, Wilbarger 1997) verarbeitet werden.

> Diese Zone liegt zwischen den beiden Extremen Hyper- und Hypoarousal, und sie wird auch als ‚**Toleranzfenster**' (Siegel 1999/2006) bezeichnet. **Innerhalb dieses Fensters können verschiedene Intensitäten emotionaler Erregung verarbeitet werden …, ohne dass die Funktionstüchtigkeit des Systems gestört wird**' (Siegel 1999/2006, dt. S.282 bei (Ogden, Minton und Pain 2010, 67)). (Der Alltagsmensch kann sich autonom dieses Fensters bedienen, W.F.), und arbeiten Klienten im Bereich eines solchen Toleranzfensters, können sie Informationen aus der inneren und äußeren Umgebung integrieren. (Ogden, Minton und Pain 2010, 67)

In der Lage zu sein den unablässigen Ansturm sensorischer Informationen (Sinneseindrücke) zu integrieren, dabei zugleich die dabei entstehenden aus der früheren Erfahrung stammenden eintreffenden Informationen zu assimilieren, ist die Bewältigungsaufgabe. (Das Nachdenken und Reden und dabei einen kongruenten Ton und Selbstempfinden aufrecht zu erhalten ist dann häufig Inhalt der Therapiestunden. In der Zone des optimalen, d.h. autonomen Arousals ist kortikale Aktivität, und wird diese aufrecht erhalten, dann können Informationen auf der kognitiven, emotionalen und sensumotorischen Ebene integriert werden (vgl. (Ogden, Minton und Pain 2010, 66)).

Es lassen sich schematisch die drei Arousal-Zonen voneinander abgrenzen; da zeigt sich der mittlere, optimale sowie oben und unten der Hyper- und Hypoarousal-Bereich. Abhängig von verschiedenen Faktoren (Energieniveau, Erschöpfungsgrad,

Hunger) fluktuiert das Arousal in Reaktion auf die Umwelteinflüsse und dem aktuellen inneren Zustand innerhalb der optimalen Zone. Die Aktivität des sympathischen und parasympathischen Zweiges des autonomen Nervensystems bleibt in einem relativen Gleichgewichtszustand. Wir sind in der Lage mit geringen Veränderungen diesen Erregungszustand zu regulieren, sei es uns dahingehend anzupassen, dass wir einschlafen möchten und ein geringer Erregungszustand ermöglicht uns, uns zu entspannen und schläfrig zu werden oder sei es wach zu bleiben, wenn eine wichtige Aufgabe auf uns zukommt, da kann ein erhöhter Erregungszustand helfen, um die entsprechende mentale Energie vollständig zu aktivieren (vgl. (Ogden, Minton und Pain 2010, 68)).

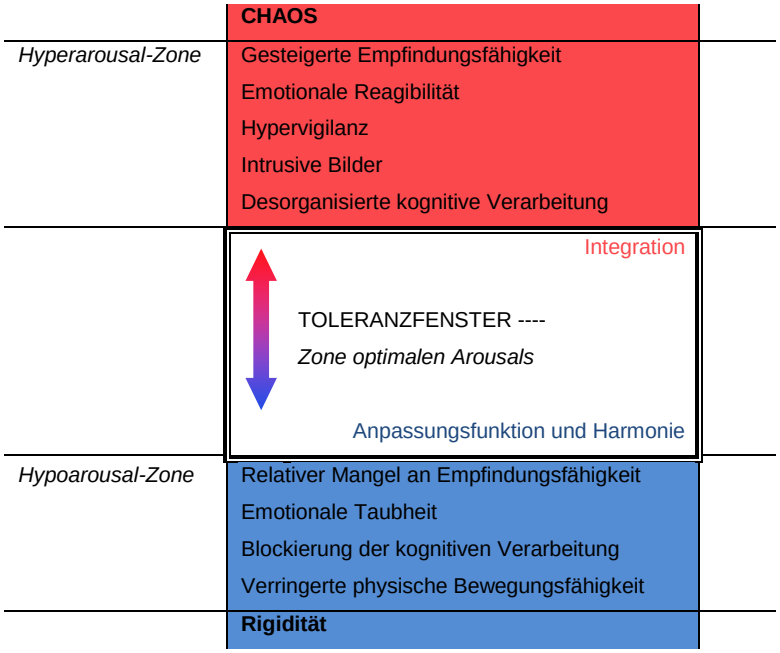

Abbildung 17: Die drei Arousal-Zonen: ein einfaches Modell zum Verständnis der Regulierung des autonomen Arousals, Siegel 2006/Ogden 2010/Fetscher 2012

Jeder Mensch hat ein Toleranzfenster von charakteristischer Größe, und wenn **Gindler** von Erfahrbereitschaft spricht, wenn es ihr gelungen ist Menschen während des 2. Weltkriegs in Berlin ihre sog. „Spürarbeit“ zu ermöglichen und das den Menschen zwischen den Bombenangriffen so wichtig war, dass sie mit großen Anstrengungen zu den Stunden gekommen sind, dann ist genau dort wirkungsvoll

an den drei Zonen und den Schwellen des (Stress-)Toleranzfensters geübt worden: Eine Schülerin schreibt von 1941:

> Zu der Zeit verbrachten wir vieler dieser Kursabende im Luftschutzkeller: Auch wenn neben uns die Wand einstürzte, die Ruhe behalten, nicht in Hysterie verfallen, die innere Stille zu suchen und gelassen zu bleiben. Mit uns war eine Ärztin in diesem Kurs, der das überhaupt nicht gelang. Wir hatten manche Not mit ihr, dass sie dieses Geschehen um uns herum ertragen konnte. Gingen wir aber nach Ende der Angriffe auf dem Heimweg gemeinsam durch die Straßen, dann war sie ganz und gar Ärztin: Wir haben oft gemeinsam Verwundete aus den Trümmern geborgen, dann war sie voll wieder da. Aber bei den Angriffen selbst kam sie außer sich. (Ludwig (Hg.) 2002, 57)

Mit der Größe bestimmt sich die Verarbeitungsfähigkeit von Informationen bei jedem Einzelnen. Große Toleranzfenster ermöglichen dem Betreffenden, wie oben beschrieben, mit extremen Erregungszuständen fertig zu werden und dabei komplexe und stark stimulierende Informationen effektiv zu verarbeiten, andere werden aus dem Gleichgewicht gebracht. Bei Traumatisierten zeigt sich ein kleines Toleranzfenster, sodass sie bereits bei völlig normalen Veränderungen des Erregungszustandes aus dem Gleichgewicht gebracht werden können (Taylor, Koch, McNally 1992, vgl. zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 68)).

7.1.3.4 Schwellenreaktion bei Überstimulation

Eine ‚Schwellenreaktion', die abhängig ist von der Größe des Toleranzfensters, wird bei einem bestimmten Grad von Stimulation ausgelöst: ist sie niedrig, so wird das Nervensystem bereits bei sehr geringem Input erregt, ist sie hoch, dann ist mehr Input möglich vor einer Reaktion. Es gibt dabei ein optimales Maß der Funktionsfähigkeit, einerseits die Komplexität und die Stimulation zu ertragen und zum anderen, „subtile Veränderungen und neu auftauchende Phänomene in der Umgebung wahrzunehmen (Williamson, Anzalone 2001 S. 28 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 68))".

Die Schwelle unterliegt verschiedenen Faktoren und variiert von Mensch zu Mensch:

1. Art der sensorischen Reize (Sensibilität auf visuelle oder auditive Reize)
2. Zeitspanne der Wirkung (Zeitspanne für Erholungsbedarf)
3. Ursprüngliches Arousal-Niveau des Betreffenden
4. Vorangegangene Erlebnisse (Williamson, Anzalone 2001)
5. Temperament (Siegel 1999/2006)

(vgl. (Ogden, Minton und Pain 2010, 68))

Auch die Art der Stimulation wirkt variierend auf die Schwellen: Bei einem ist die kognitive Stimulation in einer Diskussion sehr hoch, bei deinem Ehepartner im Kontext einer Meinungsverschiedenheit die emotionale Stimulation sehr niedrig. Traumatisierte zeigen gewöhnlich sehr hohe oder sehr niedrige Schwellen. Manche Hinweise ergeben sich über besondere Empfindlichkeiten, über traumabedingte Verzerrungen und darüber, ob und wie jemand Informationen effektiv verarbeiten kann.

Ziel ist es PatientInnen dabei zu helfen sich dieser emotionalen Schwellen bewusst zu werden und die somatischen Anzeichen zu erkennen, wo Erregungsgrade über der optimalen Zone liegen. Dann werden sie irgendwann in der Lage sein, die **Größe ihres Toleranzfensters mittels somatischer Interventionen zu verändern** (z.B. gleichmäßig und tief atmen, Blickkontakt halten, Rücken an der Stuhllehne ruhen lassen.)

7.1.3.5 Polyvagale Hierarchie erklärt die drei Arousal-Zonen

Porges (1995/2010, 2001a, 2001b, 2004/2010, 2005) zeigt in der ‚**polyvagalen Theorie‘** wie das komplexe Zusammenspiel von parasympathischem und sympathischem Nervensystem (NS) funktioniert. Hier ist ein differenzierterer und zugleich integrativer Zugang des autonomen Nervensystems sichtbar als bei früheren Theorien des Arousals. Wo zuvor alle Erregungszustände der Aktivität des sympathischen NS zugeschrieben wurden, hat Porges seine Theorie im Sinne einer Hierarchie der Antworten, wo zwei gegensätzliche Tendenzen nach Gleichgewicht streben, formuliert.

Der polyvagalen Theorie zufolge existieren drei hierarchisch organisierte Subsysteme des autonomen NS, die unsere neurobiologischen Reaktionen auf Stimulation aus der Umgebung beeinflussen: der **ventral-parasympathische Zweig des Vagusnervs** (dieser steht für das **System soziales Engagement;** s.a. VanderHart et al., Das verfolgte Selbst, 2006/2008, S. 49f), das **sympathische System** (**Mobilisierung**) und der **dorsal-parasympathische Zweig des Vagusnervs** (**Immobilisierung**). Jedes dieser Subsysteme entspricht einer der drei Arousal-Zonen des Modulationsmodells: Der (ventral-vagale) des Systems soziales Engagement entspricht der Zone optimalen Arousals, das sympathische NS entspricht der Hyperarousal-Zone, und das dorsal-vagale System der Hypoarousal-Zone. (Ogden, Minton und Pain 2010, 69)

Das komplexeste und zuletzt aufgetretene Subsystem, der ventral-vagale Komplex, wird aktiviert, wenn ein Mensch sich flexibel in der Kommunikation mit anderen befindet und sowohl dabei Körperbereiche (Kontrolle über die Augenlider, Kau-Sprechmuskeln, Gesichtsmuskeln-Mimik, Muskeln des Mittelohrs, Kehlkopf-Rachen-Muskulatur) als auch auf die Umgebung gerichtete Interaktion erforderlich ist. (Porges 2003b, S. 35 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 70))

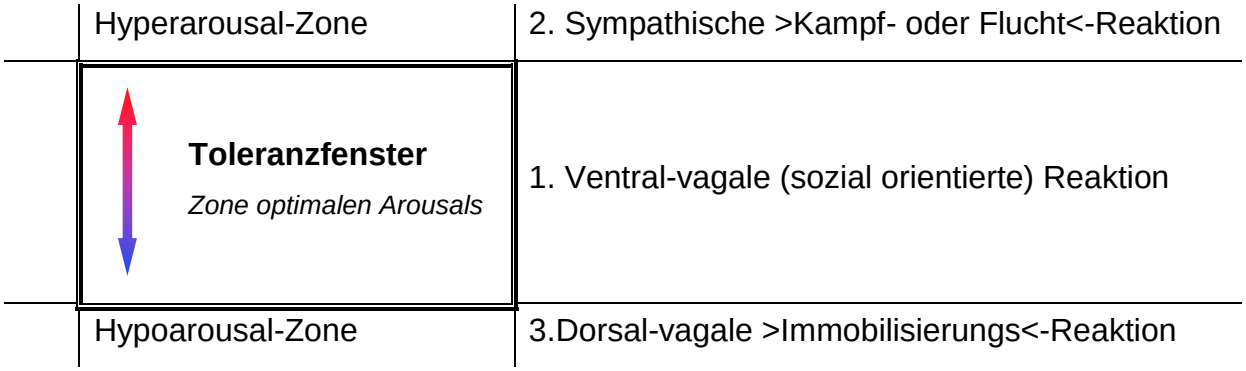

Abbildung 18: Die Korrelation der drei Arousal-Zonen und die polyvagale Hierarchie

Insgesamt ermöglichen die Bestandteile für soziales Engagement das schnelle Eingehen auf die Umgebung, auch das Abwenden und dies alles, ohne dass das sympathische NS dazu mobilisiert werden müsste. So ergibt sich Lebhaftigkeit

neben Stille im Reden und Zuhören, Stimme und Mimik werden entsprechend angepasst. „Die komplizierten ‚**Bremsmechanismen**‘ des Systems soziales Engagement können die Herzfrequenz schnell steigen oder sinken lassen und ermöglichen uns dadurch, ‚herunterzuschalten‘ und uns wieder zu remobilisieren, wobei wir die primitiven Verteidigungsmechanismen hemmen (Porges, 2005). Das System soziales Engagement regelt bei nichtbedrohlichen Situationen das Arousal-Niveau im Toleranzfenster und ermöglicht es, uns einzulassen, positive Bindungen und soziale Beziehungen zu entwickeln. Selbst in Extremsituationen kann ein Mensch mit guter Anpassungsfähigkeit sein System soziales Engagement nutzen, wenn er einen potentiellen Angreifer in ein Gespräch verwickelt (vgl. (Ogden, Minton und Pain 2010, 70)).

Wird das entwicklungsgeschichtlich primitivere und weniger flexible sympathische NS angesprochen, so werden im Fall einer Bedrohung Kampf- und Flucht-Verhalten aktiviert, und sobald der Tonus des NS hoch wird, gelangt das Arousal zum oberen Rand des Toleranzfensters. Werden vom Gehirn Anzeichen auf akute Gefahr wahrgenommen (aktuelle Sinnesempfindung und Erfahrung (biografischer Anteil), KBT), wird eine Geist-Körper-Kettenreaktion initiiert. Alarmsignal der Amygdala veranlasst Hypothalamus, das sympathische NS einzuschalten, dadurch werden neurochemische Stoffe ausgeschüttet, dadurch wird das Arousal erhöht (McEvan 1995, van derKolk McFarlane, VanderHart 1996/2000, Yehuda 1997, 1998 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 71)). Um einer Bedrohung wirksam entgegenzutreten, wird diese Energie mobilisiert, eine ‚Notfallreaktion‘ inszeniert. Atmung wird beschleunigt und vertieft, in die Muskeln fließt mehr Blut, zum Kortex wird Zufuhr verringert, Wachsamkeit der Umgebung erhöht sich und die Aktivität aller nicht für die Verteidigung notwendigen Körpersysteme eingeschränkt. – Führen diese intensiven Reaktionen zum Erfolg, dann verringert sich das Ausmaß der Bedrohung und es werden die ausgeschütteten Botenstoffe abgebaut, was zu einer Rückkehr des Arousal-Niveaus in das Toleranzfenster führt und der Zustand des Hyperarousals löst sich langsam auf.

Wenn aber weder das soziale Engagement noch das sympathische NS die Sicherheit gewährleisten können, so wird der andere Zweig des parasympathischen NS, der dorsal-vagale Komplex als weitere Verteidigungslinie installiert. Er ist das primitivste unter den Systemen und es wird durch Hypoxie (Sauerstoffmangel in

den Geweben) das Arousal in die Hypoarousal-Zone gesenkt. Der dorsal-vagale Zweig sichert das Überleben durch Immobilisierung in Form von Totstellen, Reglosigkeit (Nichtverhalten) und Ohnmachtszuständen. Das ist mit Energieerhalt verbunden. Einschränkung vieler Körperfunktionen führt zu einem relativen Absinken der Herz- und Atemfrequenz und damit zu einem Zustand der Verschlossenheit und Taubheit sowie Distanziertheit, bzw. Dissoziation vom Selbstempfinden. Erbrechen und Verlust der Kontrolle des Afterschließmuskels können auftreten, also Phänomene für den Fall, dass eine Aktivierung in der Situation zum Schutz nicht möglich ist.

Welches der drei Systeme aktiviert wird, ist fluktuierend, doch Menschen in von außen kommenden Bedrohungen reagieren normalerweise hierarchisch. Allgemein ist das komplexe, sensiblere und weniger primitive System soziales Engagement als erste Verteidigungslinie mit Erhöhung des ventral-vagalen Tonus bei relativ großem Toleranzfenster im Einsatz. Geht es um traumatisierende Ereignisse, so bietet die neuronale Hierarchie Überleben sichernde Strategien. Vorteil ist das instinktgesteuerte und mit bestimmten vorgefertigten Alternativen ausgestattete System. Im nicht-traumatischen Alltag wird der Erregungszustand wieder reguliert, jedoch wenn ein Mensch erlebt, dass das **System soziales Engagement immer wieder versagt und nicht den Schutz und die notwendige Sicherheit bietet, schaltet sich das System dauerhaft ab**. Der eine Zweig des parasympathischen Systems, welcher als ventral-vagaler Komplex bezeichnet wurde, steht insofern gerade Menschen, die in ihrer Kindheit chronisch traumatisiert wurden, nicht zur Verfügung. „Hingegen bleibt das sympathische oder das dorsal-vagale NS stark aktiviert, weil die ‚Bremse' in Form des Systems soziales Engagement ihre Aufgabe nicht erfüllt, mit der Folge, dass das Arousal den Bereich des Toleranzfensters verlässt" (Ogden, Minton und Pain 2010, 73).

Verhaltensmerkmale bei PTDS-Patientinnen, die beobachtet werden konnten, wie unzulängliches Sozialverhalten, Mangel an positiver emotionaler Ausdrucksfähigkeit, ebenso mit Problemen bei der neuronalen Regulierung der Kopf- und Gesichtsmuskeln und fehlerhafte vagale Regulierung der Herzfrequenz, lassen darauf schließen, dass der ventral-vagale Komplex beeinträchtigt ist (vgl. Saher, Shalev, Porges 2001 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 73)).

7.1.3.6 Dissoziation und Arousal-Zonen

Menschen im Hyper- oder Hypoarousal-Zustand können ihre Reaktionen auf traumatisierende Ereignisse nicht integrieren. Kommen sie wieder in sichere Umstände, so können sie ihr Arousal wieder in Richtung Toleranzfenster bewegen; dabei werden dissoziierte Elemente nach und nach integriert und assimiliert. Bei der Berührung mit traumabezogenen Reizen kehren die Übererregungszustände zurück und es bleibt dauerhaft unmöglich, das Erlebte zu integrieren. Manche Autoren bringen das Hyperarousal nicht mit Dissoziation in Verbindung, doch Janet (1889, 1907 zit. nach Ogden 77) beschreibt die **Dissoziation als ein Versagen der Integrationsfähigkeit bei beiden dysfunktionalen Arousal-Zuständen**. (vgl. Allen 2001, Krystal, Bremner, Southwick, Charney 1998, vanderHart et al. 2004 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 77))

Im Gegensatz zu Menschen, die nicht traumatisiert sind, und die bei einem Arousal innerhalb des Toleranzfensters keine dissoziativen Reaktionen haben - bei fluktuierendem Arousal innerhalb der optimalen Zone mit den Elementen ihres Erlebens auf allen drei Ebenen (kognitiv, emotional, sensomotorisch) – kann es sein, dass bei traumatisch Betroffenen sich das Arousal im Toleranzfenster bewegt und die Informationen dissoziiert werden.

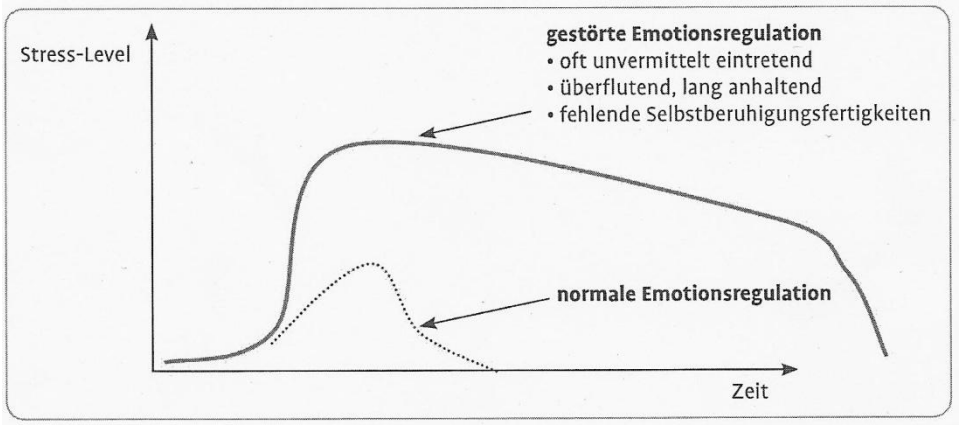

Abbildung 19: Traumatische Affekte und normale Emotionsregulation, Heinz/Wild 2012

Wenn Hyper- und Hypoarousal-Zustände extrem und/oder dauerhaft sind, dann können die normalerweise integrierten und verbundenen Reaktionen und Prozesse chronisch werden und dissoziiert verlaufen. Vor hundert Jahren hatte Janet erklärt,

Menschen mit komplexen traumabezogenen Störungen entwickelten „eine Tendenz zur Dissoziation und Emanzipation der Systeme von Ideen und Funktionen, welche die Persönlichkeit ausmachen.“ (1907, S. 332 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 78)) Denn auch im Toleranzfenster sich befindende Traumatisierte bleiben von den Elementen der traumatischen Erinnerung dissoziiert: der betreffende Kontext wie auch Handlungstendenzen. Sie kommen dann alle zum Vorschein, wenn ihr Arousal in die Über- oder Untererregung geht.

> VanderHart und Kollegen (2006/2008) beschreiben die **Dissoziation als eine Spaltung der Persönlichkeit in mindestens zwei dissoziative Aspekte**: Von diesem fährt nach dem Trauma einer mit der Fortführung der lebensnotwendigen Aktivitäten fort und vermeidet Erinnerungen an das erlebte Trauma sowie alles, was solche Erinnerungen wecken könnte. Der andere dissoziierte Teil hingegen birgt die traumatischen Erinnerungen, er ist empfänglich für Trauma-Trigger, er wird in extreme Arousal-Zustände versetzt und initiiert im Falle eines Bedrohungsgefühls Defensivhandlungen. (Ogden, Minton und Pain 2010, 78)

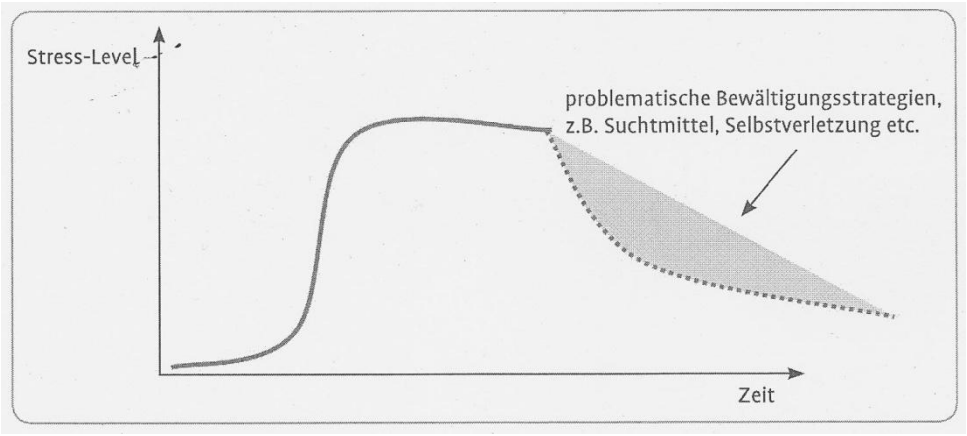

Abbildung 20: Ungeeignete Bewältigungsstrategien, Heinz/Wild 2012

Auch wenn Traumatisierte in der Lage sind, sich im Arousal des Toleranzfensters zu halten, sind sie dennoch dissoziiert von dem Teil ihrer Persönlichkeit, der das Trauma wiedererlebt. Damit sind häufig somatoforme und psychoforme dissoziative Symptome verbunden, die meist als Dysthymie diagnostiziert und nicht als traumabasierte Störungen erkannt werden.

7.1.3.7 Integration

Menschen unter schwerem chronischem Trauma sind häufig nicht fähig, die notwendigen Erholungsphasen bei Therapieschritten zum Abschluss zu bringen, auch gelingt es ihnen nicht, das im Lauf der Zeit Erlebte in ihr Bewusstsein zu integrieren.

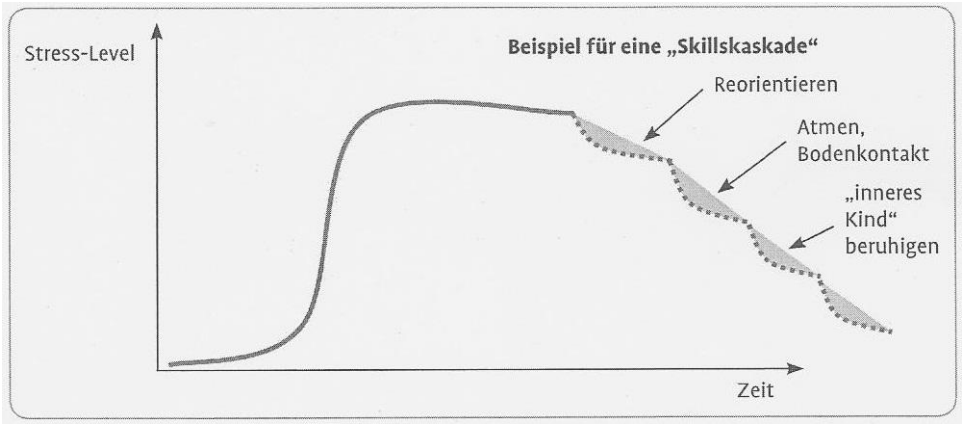

Abbildung 21: Traumatische Affekte und mehrschrittiger Einsatz von Skills, Heinz/Wild 2012

Die dissoziative Abtrennung, die charakteristisch ist für schwere traumabasierte Störungen, bedingt, dass die verletzten und verängstigten Teile dissoziiert bleiben und die Menschen sich damit wieder den Alltagsaktivitäten widmen als sei nichts geschehen. Das deutet auf ein starkes Versagen der Integrationsfähigkeit hin (Janet 1907 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 159)). Die **Integration ist ein langfristiger Reorganisationsprozess**, bei dem sowohl physische als auch psychische Assimilationen des traumatischen Erlebnisses nachverarbeitet werden.

Es soll mit Kennenlernen, Erforschen und Integrieren schließlich möglich sein, dass die das Überleben sichernde ‚Stress-Maschine‘ (Shalev, 2001) abgeschaltet wird. Hierfür müssen alle wichtigen und insbesondere alle traumatischen Ereignisse „in dieser **Lebensgeschichte**, die jeder von uns unablässig weiterentwickelt und die für uns alle **ein wichtiges Element unserer Persönlichkeit** ist, an den ihnen gebührenden Platz gestellt werden (Janet 1925, S. 662 zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 159)).“

7.1.3.8 Abgeschlossene Handlung

Menschen werden in tiefgreifender Weise verändert durch Traumaerleben. Das gilt sowohl bei Betroffenen, die das traumatische Erlebnis erfolgreich bewältigen konnten und umso mehr bei denen, die dem Ereignis nicht ausweichen konnten. Hinzu kommt: „Die behavioralen und biochemischen Folgeerscheinungen eines Schocks, dem man auszuweichen vermag, sind das genaue Gegenteil der Auswirkungen eines Schocks, dem auszuweichen nicht möglich war." (VanderKolk 1987, S. 67 bei (Ogden, Minton und Pain 2010, 159)) **Ein nicht verhinderbares Trauma beeinträchtigt die Resilienz**, während **im anderen Fall** sich die mobilisierenden Defensivreaktionen als wirksam erweisen und **meistens die Resilienz gestärkt und die Integrationsfähigkeiten verbessert werden kann**. Der Triumph über die Bedrohung äußert sich in verschiedensten positiven Emotionen – Ausgelassenheit, Erleichterung, Freude, Dankbarkeit. Dieses Gefühl der Freude schließt dasjenige ein, was Janet als **„abgeschlossene Handlung"** bezeichnet. Er weist auch darauf hin, wie es ebenso die notwendige „Resignation" gibt, das ist das Akzeptieren der traumatischen Ereignisse, ihre irreversiblen Wirkungen und evtl. Verluste beinhaltet. Integration geht einher mit der Resignation, weil dadurch der Mensch mit der Vergangenheit „Frieden schließt".

7.1.3.9 Die „unabgeschlossene Handlung"

Wenn ein traumatisches Ereignis so schwerwiegend ist, dass der Betroffene keine andere Möglichkeit hat, als zu erstarren oder sich zu unterwerfen, dann wird das Defensivsystem nachher in einen desorganisierten Zustand gebracht: „Ist weder Widerstand noch Flucht möglich, ist das Selbstverteidigungssystem des Menschen überfordert und bricht im Chaos zusammen. Die übliche Reaktion auf Gefahr ist sinnlos geworden, und jedes Element des komplexen Reaktionsgefüges besteht fort, meist in veränderter und übersteigerter Weise, noch lange nachdem die akute Gefahr vorüber ist." (Herman 1992/2003, dt. S. 54f zit. nach (Ogden, Minton und Pain 2010, 161)) Der schwierigste Punkt daran ist das Weiterbestehen veränderter Defensivreaktionen sowie dysfunktionaler Orientierungsreaktionen, die noch Jahrzehnte andauern können. Die SMP nimmt an, „dass **diese habituell unterbrochenen und ineffektiven defensiven physischen Bewegungs-sequenzen erheblich zur Aufrechterhaltung der Traumasymptome beitragen** und dadurch deren Auflösung verhindern**. Ihre Dissoziation von anderen**

Selbstaspekten hält sie separat und verhindert ihre Integration in das aktuelle Leben und Erleben des Betroffenen“ (Ogden, Minton und Pain 2010, 161).

In ihrem zweiten Buchteil führt Ogden **Behandlungsprinzipien** auf, wie von ihrer Theorie zur Praxis gefunden wird durch die Organisation des Erlebens: Fertigkeiten für die Arbeit am Körper in der Gegenwart sowie die entsprechenden Behandlungsphasen:

1. Entwickeln somatischer Ressourcen für die Stabilisierung;
2. Verarbeitung traumatischer Erinnerungen und Wiederherstellung triumphierender Handlungen;
3. Integration und Erfolg im Alltagsleben.

7.1.4 PITT - Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie nach Reddemann

Komplex traumatisierte Patientinnen und Patienten benötigen mehr als traumakonfrontative Arbeit, die bei nicht komplexen Traumafolgestörungen als zentral gilt (Flatten et al., 2001 bei (Reddemann, Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann 1. Jg. 2003)). Meines Erachtens ist die Traumakonfrontation nur eine Intervention unter vielen, die nicht vorrangig ist. Viele Patientenprofitieren so sehr von der Arbeit mit ihren verletzten Teilen, dass Traumakonfrontation nicht mehr notwendig ist.

In der PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie) wird über das **Medium einer hilfreichen Beziehung vor allem die Selbstbeziehung betont und mittels Imagination angeregt, diese neu zu gestalten** und seelische Wunden damit einer Heilung zuzuführen. Dabei ist die Beachtung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens von zentraler Bedeutung. (Reddemann 1. Jg. 2003, 4)

Dieses Konzept nach Luise Reddemann legt mittlerweile das Hauptgewicht der therapeutischen Arbeit auf die **Betonung der Selbstregulation und Selbstheilung**. Wie kam es dazu? - Die Vorstellung, PatientInnen seien ganz hilflos, musste infrage gestellt werden, und es wurden die Ressourcen der PatientInnen stärker in den Blick genommen. In dem Bemühen, Aspekte einer hilfreichen Beziehung zu gewährleisten und mit traumatisierten Patientinnen herauszuarbeiten, dass **ein freundliches, eher "alltagsweltliches" Verhalten erheblich weniger Stress bedeutet,** lag die Erweiterung der früheren Vorgehensweisen. Im Anschluss daran wird der Selbstregulationsaspekt betont, und wenn die PatientInnen für diese Sichtweise gewonnen werden, dann beginnen sie sich unter Anleitung den bzw. die verletzten inneren Teile vorzustellen. Danach können sie diese an einen guten, sicheren Ort bringen und von hilfreichen Wesen bzw. ihren „idealen Eltern“ versorgen und trösten lassen. Dieser imaginäre Ort, an dem alle regressiven Wünsche wahrgenommen und imaginativ befriedigt werden können, ist **die "innere Bühne".** Dort gibt es also die idealen, immerwährend verfügbaren und verständnisvollen Objekte (ideale Eltern oder Helferwesen). **Aus langjährigen Beobachtungen und nach dem heutigen Verständnis zeigt sich**

als die am meisten Ichstärkung fördernde Intervention diese Imagination des traumatisierten Ichs. Das ist meist ein Kind, und das kann in Verbindung mit der Imagination eines guten inneren Ortes, der Wohlbefinden und Sicherheit spendet, sowie hilfreiche Wesen beheimatet, hilfreich sein, um aus der Hilflosigkeit sich selbst gegenüber herauszukommen (vgl. (Reddemann 1. Jg. 2003, 3)).

In Karin Schreiber-Willnows KBT-Arbeit kommen ähnliche Aspekte zum Tragen: Bei ihr gibt es Raum dem Leid Worte zu geben und auch zu klagen. KBT-Angebote sind vor allem elementare Körperspürarbeit (Sitzen, Liegen, Abrollen mit dem Igelball; Beweglichkeit verschiedener Gelenke erfahren). Arbeit mit Gegenständen, die dazu dienen die Befindlichkeit zu symbolisieren, diese zunächst mit den Händen erkunden. Auch wird angeregt, für sich selbst mit Materialien einen guten und sicheren Platz einzurichten oder zu zweit mit Gegenständen „etwas zu bauen".

> **Während des Anspürens des Körpers** tauchen Bilder, Erinnerungen oder Assoziationen auf, die sich als "Übergang" von den körperlichen Beschwerden zur seelischen Not oder zu biografisch bedeutsamen Ereignissen verstehen lassen. **Das Ertasten eines Gegenstandes** mit den Händen weckt haptische Erinnerungen, die dann versprachlicht werden können. Dieser **direkte Zugang auf das implizite Gedächtnis** über die Körperwahrnehmung ist oft hilfreich und überraschend für die PatientInnen. (Schreiber-Willnow 2009, 128)

7.1.4.1 Imagination und innere Bühne

Mit der inneren Kind-Arbeit ist verbunden eine Chance für Traumatisierte auch mit Intimität und Nähe in Kontakt zu kommen; sie können dies ohne Vorbehalt mit ihrem inneren Kind zulassen. Während der verletzte innere Anteil an dem sicheren Ort mit Helfern umsorgt ist, also in Sicherheit gebracht wurde, kann der Erwachsene, auf sich gestellt, neue Erfahrungen machen. Bewusste Abspaltung mit gleichzeitiger Versorgung des verletzten Teils zur Erfahrungsdifferenzierung nutzen. … Dieses Medium einer hilfreichen Beziehung in der PITT regt vor allem die Selbstbeziehung an. Sie wird mittels Imagination gestaltet, sodass seelische Wunden dadurch einer Heilung zugeführt werden können.

Die **Beachtung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens** ist dabei von zentraler Bedeutung. Es wird dann allerdings eher dazu genutzt, die Patientin zu einem veränderten imaginativen Umgang mit sich selbst anzuregen, was nicht bedeutet, dass wir auf das Mittel der Deutung gänzlich verzichten. Mitgefühl und Trost, aber auch Anerkenntnis des geschehenen Unrechts werden im Umgang des erwachsenen Selbst mit den jüngeren Teilen stark betont. (Reddemann 1. Jg. 2003, 4)

Handlungsspielräume nutzen zu einem gemeinsamen imaginären Raum kann die "**innere Bühne**", mit der die PatientIn "spielen" kann (ggf. mit Unterstützung). Dadurch wird sie wieder handlungsfähiger. Die Sorge, die schwer gestörte PatientInnen haben, wenn sie so viel Verantwortung für sich selbst tragen, mag seltsam erscheinen. Tatsächlich gelingt es auch nicht allen PatientInnen. Doch zeigt es sich, wie viel Menschen können, wenn man es ihnen nur zutraut.

Zur PITT gehört auch die "**Imagination**", dass sehr viele PatientInnen über selbstregulative Kräfte verfügen und sie trotz großer Beschädigungen viel, viel mehr sind als das, was von ihnen zur Erscheinung kommt. Reddemann empfiehlt TherapeutInnen "beidäugiges Sehen" (Fürstenau 2002), d.h. das **Wahrnehmen der Stärken und der Probleme zugleich**. So kommt es auch hier wie in der KBT zur Übernahme von Hilfs-Ichfunktionen sei es i.S. von Ermutigung, die eigenen selbstregulativen Kräfte aufzuspüren. (Reddemann 1. Jg. 2003, 6)

7.1.4.2 Theoretische Grundlagen

Neben der Vorstellung des Unbewussten, der Nutzung der Wahrnehmung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen, der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und der Ich-Psychologie nutzt PITT sowohl das EMDR als auch das Konzept der ego states (Federn1952; Watkins & Watkins 1997). Die Vorstellung verschiedener Ichs ist dem psychoanalytischen Denken vertraut. … Ego State Arbeit erfordert es, auf verschiedenen Beziehungsebenen zu arbeiten: Der Ebene der Patientin mit der Therapeutin, der Ebene der verschiedenen states mit der Therapeutin, der Ebene der Beziehung zwischen der Patientin und ihren states und der Ebene der Beziehung der states miteinander (Patientin meint hier, der Teil,

der aktiv in die Therapie kommt**). Das Konzept der ego-states ist besonders bei dissoziativen Patienten hilfreich.** (Reddemann 1. Jg. 2003, 6)

7.1.4.3 Arbeit mit dem Körper

Imagination ist sehr geeignet, den Körper in die therapeutische Arbeit mit einzubeziehen, ohne dass der Körper berührt werden muss, was ja für Menschen, die in zwischenmenschlichen Beziehungen traumatisiert wurden, oft ein Problem darstellen würde. Andererseits ist **der Körper der Ort der Traumatisierung**. Achtsames Wahrnehmen des Körpers und der Körperbedürfnisse wird daher fortwährend angeregt, die Auswirkungen von Vorstellungen auf den Körper und sein Befinden sind unmittelbar wahrnehmbar und helfen der Patientin, sich bewusst und aktiv auf funktionalere und heilsamere Vorstellungen einzulassen. **Das Berühren des Körpers durch die Patientin selbst oder das bewusste und achtsame Ausführen verschiedener Handlungen, die stimmungsaufhellend sind, wie z.B. bewusstes Gähnen, Prusten, Schnauben, Schütteln und nicht zuletzt Lachen und Lächeln** (Henderson 2001), sowie **das Pendeln zwischen verschiedenen körperlichen Zuständen** (Levine 1998; Rothschild 2002) unterstützt und ergänzt die imaginative Therapie im engeren Sinn und hat.

Die hier skizzierte Arbeitsweise hat dazu geführt, dass agierendes Verhalten bei unseren Patientinnen und Patienten deutlich abgenommen hat. **Die PatientInnen geben an, dass sie sich in ihrer Eigenmacht gestärkt und dadurch besser fühlen.** (Reddemann 1. Jg. 2003, 6)

7.2 Angebote/Übungen zum körperbezogenen Selbsterleben bei Dissoziation

7.2.1 Sensumotorische Therapie

Mit der Sensumotorischen Therapie wurde im Theorieteil bereits die Verbindung zur KBT angesprochen, und hier im Teil der dissoziationsspezifischen Angebote wird das Methodische in den Bsp. verdeutlicht, und es werden Brückenschläge zu KBT-spezifischen Angeboten aufgezeigt.

7.2.1.1 Zentrum und Peripherie

Das Gefühl, ein Zentrum, eine Mitte zu haben bedeutet eine stabile Ausgangslage für die Interaktion mit der Umgebung. Infolge von Vernachlässigung und /oder Misshandlung und Missbrauch kann es zu starker Isolierung oder mangelhaftem Abgrenzen kommen, wo Menschen in extremer Weise das Bedürfnis nach einem mittleren Arousal aufsuchen möchten. Muster extremer interaktiver Regulation bewirken, dass das Zentrum des Körpers in unzureichender Weise mit dem Selbst verbunden ist. Soll es möglich werden, dass sich Traumatisierte (wieder) in ein mittleres Arousal einpendeln, damit an die Unter- oder Obergrenze des Toleranzfensters anstoßen, so bedarf es der Autoregulation, die über diverse Stabilisierungsmaßnahmen möglich gemacht wird (vgl. (Ogden, Minton und Pain 2010, 302f)).

Ogden hat im ersten Behandlungsteil, wo es um die Stabilisierung geht, neben Oszillationstechniken, Verstärkung und Differenzierungsübungen (Körperempfindungen von Emotionen zu unterscheiden) praktische Übungen entwickelt, die hier beschrieben werden sollen und auch für die KBT geeignet scheinen (vgl. (Ogden, Minton und Pain 2010, 300)).

Da das Thema D mit dem Blick auf die Regulierungsfähigkeit gut eingegrenzt werden kann, bleibt D Thema der vorliegenden Arbeit. Ogden beschreibt, dass es bei allen Stabilisierungsarbeiten um ständiges Wiederholen geht, ums Üben der erlernten Handlungsabläufe und dass es den Zeitfaktor zu beachten gilt. **Es geht bei diesen Prozessen nichts von heute auf morgen.**

7.2.1.2 Somatische Ressourcen

Entdeckung von alten und Erüben von neuen somatischen Ressourcen: Die **vertikale Ausrichtung** gilt als eine zentrale Übung, die PatientInnnen nützlich ist und ermöglicht sich zu zentrieren. Wird an der Aufrichte gearbeitet, dann ist gemeint, dass der Kopf sich in zentrierter Position befindet, die Brust auf der unteren Hälfte des Rumpfes ruht usf. Man kann den Menschen seitlich beobachten und die lotrechte Linie verfolgen, die vom Ohr über Gelenke (Schulter, Hüfte, Knie, Knöchel) verläuft. **Wird die Schwerkraft aus Haltungsgründen nicht optimal übertragen, dann wirkt sich das auf die muskulöse Spannung aus und beeinflusst zugleich auf die seelische Verfassung**. Am wenigsten Kraft ist erforderlich, wenn die Ausrichtung stimmt. Mit PatientInnen die vertikale Ausrichtung zu untersuchen, sie zu einer Veränderung anleiten bedeutet dann zugleich, deren psychische Entsprechung klarer erlebbar zu machen. „Eine Vorstellung wie die, man werde vom obersten Punkt des Kopfes aus aufwärts gezogen, während die Füße fest auf dem Boden stehen, kann dazu beitragen die Wirbelsäule aufzurichten und den Brustkorb zu heben, was sich wieder positiv auf die Atmung auswirkt. Obwohl sich diese Korrektur manchmal zunächst unangenehm anfühlt, wenn die Haltung eines Klienten stark deformiert ist, wird sie durch entsprechende Übung im Laufe der Zeit immer angenehmer“ (Ogden, Minton und Pain 2010, 306).

In den Therapieverläufen liegt Gelingen, erklärt Christine Gräff, wenn das in den Therapiegesprächen Verbalisierte durch die Möglichkeiten der KBT über die emotionale Ebene und Sensibilisierung auf die Handlungsebene gebracht wird, wenn das Erfahrene in der Probehandlung dazu führt, dem Suchenden nach dem Individuellen zu seinem Selbst zu führen. Mit den Möglichkeiten, in der KBT durch den Boden den tragenden Grund, die Wände als Begrenzung des Lebensraumes zu erfahren, kann bereits sinnbildlich an der Biografie gearbeitet werden, wenn es um Sicherheit/Urvertrauen oder um Freiheit und Bindung geht. Die menschliche Existenz ist bestimmt von Körperlichkeit ebenso wie von Sinneserfahrung. In den Grundpositionen liegen, sitzen, stehen, gehen finden wir den Säugling, das Schulkind, den im vollen Leben stehenden und den Greis. Je nach Lebensgeschichte, nach individueller Verfassung in Bezug auf Gesundheit und Krankheit sind diesen vier Grundpositionen längere oder kürzere Verweilzeiten gewidmet. - Unabhängig von all den Vorbedingungen und der Vergleichbarkeit mit

Normen aus der Forschung ist es das wesentliche Interesse eines Therapieprozesses herauszuarbeiten *wie* jemand liegt, sitzt oder steht. Und mit dem sensiblen Wahrnehmen auf der Sinnesebene, in der sensumotorischen Vielfalt oder Einschränkung kommt der eigene Körper dazu sich in seinen Funktionen zu entfalten (vgl. Gräff, Christine; sinngemäß).

In der Sensumotorischen Therapie gibt es auch Übungen, die die **Körperrückseite zu aktivieren**: „Eine Klientin im Zustand des Hyperarousals entdeckte, dass sie ihren Rücken praktisch überhaupt nicht wahrnahm. Ihr wurde beigebracht, den Rücken gegen die Wand zu drücken und so die Empfindungsfähigkeit in diesem Bereich zu verbessern; außerdem experimentierte sie damit rückwärts zu gehen und mit ihrem Rücken ‚Sehen' zu lernen. Die genannten Übungen halfen ihr, sich mit der Rückseite ihres Körpers vertrauter zu machen, wodurch sie das Gefühl entwickelte, ein ‚Rückgrat' zu haben, und es ihr außerdem gelang, ihr Arousal wieder in den Bereich des Toleranzfensters zu bringen" (Ogden, Minton und Pain 2010, 306).

Angeregt werden Klienten, die zu aggressiven Impulsen neigen, ihre **Reizbarkeit** in der Art zu **regulieren**, dass sie Zentrierungsübungen machen: wenn sie in der Lage sind, Empfindungen zu unterscheiden (die zu aggressiven Durchbrüchen führen und die Erhöhung des Arousals ankündigen), dann bringt man ihnen bei, die eine Hand auf ihren Bauch und die andere über ihr Herz zu legen. Und in der Folge sollten sie nichts weiter tun als zu beachten *wie* sich ihre Empfindungen verändern. Es wurde Klienten dadurch möglich, ihre Reaktionen zu verlangsamen und eine Alternative zu gewalttätigem Handeln zu finden in einer Bewegungsalternative, die sich beruhigend und zentrierend auswirkt. (Sinclair 2001, Arbeit mit gewalttätigen männlichen Gefängnisinsassen bei (Ogden, Minton und Pain 2010, 306)).

„**Erdung** erzeugt durch die Wirbelsäule hindurch ein Gefühl der Selbstunterstützung und Integrität. Erdung ist eine dem Zentrum zuzuordnende somatische Ressource und beinhaltet den physischen Prozess, der eigenen Beine und Füße gewahr zu sein, ihres Gewichtes und ihrer Verbindung zum Boden." (Ogden, Minton und Pain 2010, 307) Wer sich die fokussierten Übungen aneignet, lernt die Unterstützung der Erde zu erleben, was einem ein Gefühl sowohl von physischer als auch von psychischer Festigkeit und Stabilität gibt. Vielfältige Arretierungen können das Erden verhindern, und das Gewahrsein der Füße und Beine, das mit diesen

Übungen gesteigert wird, kann je nach Bedarf fortgesetzt werden mit dem Stehen und pendelnden **Verlagern des Körpergewichts** auf die Zehen, Fersen, auch auf Seitenkanten und dann anschließend das Verteilen des Körpergewichts auf die gesamten Fußsohlen. Auch kann die Empfindungsfähigkeit anderer Gliedmaßenteile angesprochen werden, was durch Reiben, Massieren erreicht werden kann (vgl. (Ogden, Minton und Pain 2010, 307)).

Was die **Atmung** betrifft, wird auf Janet verwiesen, der als Erster bereits im 19. Jahrhundert in der westlichen Medizin darauf aufmerksam machte, dass Traumatisierte nützliche Ressourcen darin finden können (Janet 1925). Autonomes Arousal führt immer zu Veränderung des Atemmusters, es gibt keine ‚korrekte Art' zu atmen, und entsprechend der Umstände werden sie variiert (Aposhyan 1999 bei (Ogden, Minton und Pain 2010, 307)). Hierzu kann auf die Forschungen von Gindler und Ludwig verwiesen werden, die genau das bestätigen: ‚Machen und Geschehen lassen'.

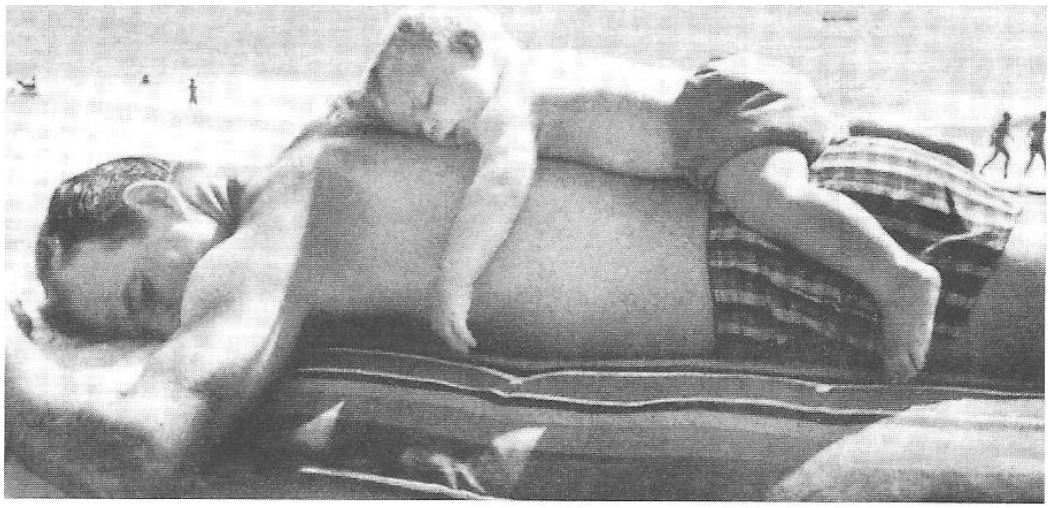

Abbildung 22: Geschehen lassen, Gindler bei Ludwig, 2002

So wie kleine Kinder es lernen sich gegenüber der Pflegeperson und deren zunächst natürlicher Nähe eine ihnen entsprechende Entfernung zu erwirken, - das Krabbeln, und später auf die Erwachsenen zu tapsen sind die Phänomene des Nähe/Distanz Regulierens im frühen Lebensalter -, so liegt in dieser Entwicklung die **Geste des Wegstoßens mit den Armen** und das **in Bewegung setzen der Beine** als die neue Möglichkeit einen Abstand zwischen sich selbst und anderen zu schaffen.

Mit Traumatisierung erleben die Betroffenen eine Verletzung von interpersonalen Grenzen. „Weil dadurch die physische und psychische Integrität erschüttert wird, entsteht bei den Betroffenen das Gefühl, schutzlos und in erhöhtem Maße verletzlich zu sein.“ Daher ist es unerlässlich **in der Stabilisierungsphase Grenzen zu entwickeln, die das Gefühl der Sicherheit vermitteln** (Kepner 1987, 1995; Levine 1997/1998).

Während traditionelle Behandlungsformen auf die Grenzverletzungen dann nur auf psychischer Ebene eingehen, kann das wesentliche **Element des somatischen Grenzempfindens** ausschließlich in einer körperorientierten Arbeit Berücksichtigung finden. Rein verstandesmäßig lässt sich die äußere Sicherheit nicht abhandeln, die gefühlsmäßig repräsentiert ist; - Überzeugungen des Klienten auf der kognitiven Ebene können die somatischen Handlungstendenzen nicht kontrollieren, und das ist dann fatal für Traumatherapie, denn „beobachtet der Therapeut … eine Einschränkung der Atmung oder dass der betreffende Klient sehr hoch in den Brustkorb oder sehr schnell atmet, oder andere Anzeichen für Hyper- oder Hypoarousal, verfügt dieser wahrscheinlich nicht über ein adäquates somatisches Empfinden von Sicherheit oder Abgrenzung.“ (Ogden, Minton und Pain 2010, 309)

> **Die Bezogenheit des Menschen zu seinen Grenzen bestimmt das Sein im Raum**. Erfahre ich im Bewegen Raum, nehme ich dessen Grenzen wahr. Körperinnenräume werden durch die Körperwände empfunden. Der Außenraum ist bestimmt durch Wände, Dach und Boden, der Naturraum durch Landschaft, Himmel und Erde. Als weiterer Raum tritt beim Menschen der der Phantasie hinzu. Die Art, wie sich jeder Mensch auf seine Grenzen bezieht, sagt etwas aus, wie er im Raum ist, in seinem Lebensraum existiert. Damit spreche ich seine Innenräume an, also Organe, Brustraum, Bauchraum, Gelenkräume, aber auch seinen Umraum, in den er sich durch seine Bewegung hineinbegibt. (Gräff 2000, 80)

Mit der Erforschung der Wiederaktivierung der Gliedmaßen erfahren die KlientInnen eine Wiederherstellung des Gefühls, dass Grenzen bestehen. Auf der einen Seite sind es die direkten Körpergrenzen zur Reintegration des Körperbildes, andererseits ist das **Wegstoßen von Objekten** mit den Armen oder das Treten mit den Beinen wie auch das **Weggehen** wesentlich für die Regulation von Nähe und

Distanz. Vielfältige Übungen wären zu machen, um KlientInnen erlebbar zu machen, wie eine adäquate persönliche Distanz ein Gefühl der Sicherheit erzeugen kann.

> Beispielswiese kann der Therapeut auf der gegenüberliegenden Seite des Raumes stehen und langsam auf den Klienten zugehen, bis dieser (somatisch) empfindet, dass der Therapeut stehenbleiben sollte – was er durch entsprechende Stopp-Gesten (Erheben der Hände mit nach vorn gerichteten Handflächen) und/oder durch den verbalen Ausdruck einer entsprechenden Botschaft anzeigt. **Somatische Reaktionen auf Nähe zu studieren** ist besonders wichtig für Klienten, die nicht in der Lage sind, mit Hilfe der Sprache oder ihrer Stimme eine Grenze zu setzen oder nein zu sagen. Ein Klient sagte einmal: ‚Es fühlt sich besser an, wenn mein Körper spricht (indem er die Arme erhebt, um ein ‚Stopp'-Signal zu geben), als wenn ich spreche.' Die Identifikation der ‚Nein'-Reaktion im Körper ist eine Voraussetzung für die Fähigkeit, eine Grenze festzulegen. (Ogden, Minton und Pain 2010, 309)

Experimentieren ist hilfreich. Falls die KlientInnen womöglich diese intrusive Bewegung der TherapeutIn nicht vertragen, kann ein Kissen sacht geworfen werden oder einen Ball, der gerollt wird, können KlientInnen dann wegstoßen. Es geht darum **die Fähigkeit zu stärken, Dinge von sich fern zu halten**.

Auch einen Kreis zu legen mit Kissen, die die Grenze des persönlichen Raumes spüren lassen ist ebenso Stabilität fördernd wie gegen eine Mauer zu drücken und zu spüren wie sich die Energie langsam durch den Körper bewegt und abgeleitet wird. Aus Schutzlosigkeit und Bedürftigkeit wird in diesem Interaktionsrahmen ebenso durch die **Aktivität der Vorwärtsbewegung** (Lokomotion) kontinuierlich ein Identitätsempfinden angeregt, das über die Veränderung der Fortbewegungsmuster die Interaktionen des Klienten mit seiner Umgebung bessert. Und wird dann dieses neue Fortbewegungsmuster bewusst, dann kann der Klient daran eine adaptivere Art des Gehens üben, mit der Zeit ein stärkeres Gefühl der Sicherheit bekommen(vgl. (Ogden, Minton und Pain 2010, 310f)).

Vom Zentrum zur Peripherie auf der Körperebene die interaktionellen Muster zu üben schafft neue Bewegungsmuster, welche sich in Verlauf auch auf die

Orientierungsfähigkeiten auswirken können. Ogden beschreibt, wie ein Sohn gegenüber seinem Vater aus den früheren Gegebenheiten in einer unterwürfigen Haltung verharrt war. Nach den Beobachtungen, was beim Gedanken an den Vater in ihm vorging und wie sich dadurch die Haltung veränderte, konnte der Mann von dem Gefühl der Niederlage zu einem der Stärke gelangen und dies körperlich integrieren. So kam in der darauffolgenden Begegnung mit seinem Vater eine "Integrität seines Zentrums" zum Tragen, wo er sich früher „selbst verloren" hatte (vgl. (Ogden, Minton und Pain 2010, 312)).

8 Empirische Forschung im Umfeld des Themas

8.1 Heilungschancen bei PTSD und Salutogenese

8.1.1 Resilienz

Clark und Hanisee untersuchten den **Lebensweg von aus Entwicklungsländern adoptierten Kindern**, die unterernährt waren und traumatische Kindheitserfahrungen gemacht hatten. Die Kinder wurden von amerikanischen Familien aus der oberen Mittelschicht adoptiert. Entgegen der Annahme, dass diese Kinder unter schweren Beeinträchtigungen leiden würden, erwiesen sie sich als überdurchschnittlich intelligent und überdurchschnittlich sozial kompetent. Beim Peabody Picture Vocabulary Test erreichten sie einen IQ von 120, auf der Vineland Social Maturity Scale erreichten sie im Schnitt 137 Punkte. 100 Punkte gelten als Durchschnitt, 137 als außerordentlich gut. Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass **unterernährte und traumatisierte Kinder** sich als **erstaunlich resilient** erweisen, **wenn sie in stabile Familienverhältnisse adoptiert werden**. Unter Resilienz wird die Fähigkeit verstanden, schwierige Lebenssituationen erfolgreich zu meistern. Resiliente Personen haben typischerweise eine Reihe von Eigenschaften:

- Sie gehen mit Stress effektiv um.
- Sie haben gute Problemlösefähigkeiten.
- Bei Problemen bitten sie um Hilfe.
- Sie glauben, dass es Möglichkeiten gibt, mit Lebensproblemen umzugehen.
- Ihre Beziehungen zu Freunden und Familienmitgliedern sind eng.
- Sie teilen vertrauten Menschen mit, ein Trauma erlebt zu haben.
- Sie sind oft spirituell/religiös eingestellt.
- Statt als „Opfer“ (*victim*) sehen sie sich als „Überlebende“ (*survivor*) – diese Unterscheidung im Englischen betrifft, ob sich die traumatisierte Person als passiv und hilflos („Opfer“) erlebt oder als stark und selbstbestimmt, in der Regel in Verbindung mit einem bewussten Umgang mit dem Trauma („Überlebender“).
- Sie helfen Anderen.

- Sie versuchen, dem Trauma etwas Positives abzugewinnen (vgl. (wikipedia 2012)).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Aaron Antonovsky. Der amerikanisch-israelische Stressforscher und Medizinsoziologe untersuchte 1970 in einer seiner Forschungsprojekte in Israel Frauen unterschiedlicher ethnischer Gruppen in ihrer Adaptation der Menopause. In Mitteleuropa geboren und in Konzentrationslagern inhaftiert gewesen, zeigte sich eine Gruppe dieser Frauen, die sich in guter emotionaler Befindlichkeit fanden. Der Anteil der in ihrer Gesundheit nicht beeinträchtigten Frauen betrug in der Kontrollgruppe 51 Prozent, im Vergleich zu 29 Prozent der KZ-Überlebenden. Mit der Tatsache, dass in der Gruppe der KZ-Überlebenden 29 Prozent der Frauen **trotz der unvorstellbaren Qualen** eines Lagerlebens mit anschließendem Flüchtlingsdasein **als körperlich und psychisch gesund beurteilt** wurden, ergab sich eine unerwartete Blickrichtung, was sein Interesse in besonderem Maße weckte und seinen Fokus in Theorie und Praxis veränderte. Ihn beschäftigte die Frage, wie diese Frauen es geschafft hatten, gesund zu bleiben; allgemeiner formuliert: Was bewirkt, dass sich manche Menschen in Richtung der Gesundheit zubewegen, ganz unabhängig von den Folgen extremer Belastung? Was hält sie trotz massiver pathogener Einflüsse gesund? Welche Kräfte lassen Menschen sich in Richtung Gesundheit bewegen? (vgl. Antonovsky 1997 zit. nach (Fetscher 2009, 33)).

8.1.2 Salutogenese

Auf dieser Basis von Fragen formulierte Antonovsky sein **Konzept der Salutogenese**. In seinen empirischen Forschungsarbeiten entwickelte er das Konzept vom **Gesundheits-Krankheits-Kontinuum**. Dabei wird Gesundheit als ein dynamisch regulierendes Geschehen sowie als kraftgespannte Heterostase (Ungleichgewicht) anstatt statischer Homöostase (Gleichgewicht) beschrieben. Andere wesentliche Teile des Konzepts sind die generalisierten Widerstandsressourcen, das Stressmodell. „Kernstück des Salutogenesemodells jedoch ist das **Kohärenzgefühl,** das Antonovsky als eine Art Persönlichkeitsanteil, Grundhaltung und Weltanschauung und als ursächlich für Gesundheitsentstehung beschreibt (vgl. Bengel et al.2000, S.25ff)“ (Fetscher 2009, 34).

8.1.3 PTSD-Behandlung im Therapie-Alltag

Die häufigsten PTSD-Erkrankungen chronifizieren, doch immer wieder wird beobachtet, dass sich durch Therapien oder auch spontan von selbst die Beschwerden bessern. Immer wieder beweisen Studien, wie wichtig soziale Unterstützung bei der Überwindung traumatischer Erfahrungen ist. (vgl. (wikipedia kein Datum))

Obwohl die PTSD zu den häufigsten psychiatrischen Störungen gehört, stecken die Untersuchungen, was eine effektive Behandlung ausmacht, noch in den Kinderschuhen. Langzeitprognosen zeichnen ein düsteres Bild, wobei Studien mit positiven Ergebnissen zur Besserung einer PTSD-Symptomatik bei Behandlungsstudien der kognitiv-behavioralen Therapie, sowie bei EMDR und Pharmakotherapie vorliegen. (vgl. (vanderKolk, et al. 2000, 309))

Ungeachtet dieser Studien mit der Besserung der PTSD-Symptomatik „praktizieren die meisten Kliniker, die traumatisierte Patienten behandeln, nach wie vor psychodynamische Therapie (Blake 1993 zit. nach (vanderKolk, et al. 2000, 309)). Daraus ergibt sich die Frage, ob sich die Kliniker mit ihrer Wahl auf dem falschen Weg befanden oder ob die meisten Patienten mit PTSD in erster Linie eine Behandlung suchten, wo der Zusammenhang zwischen den Merkmalen der PTSD als da sind Affektdysregulation, dissoziative Problematik, Somatisierung, Depression und **Schwierigkeiten in Bezug auf Vertrauen und Vertrautheit**, eine wichtige Rolle spielt bzw. die PTSD-PatientInnen auf dynamische Therapien am besten ansprechen. Auf diese Fragen ist bisher keine Studie eingegangen und ebenso fehlen Vergleichsstudien zwischen schulmäßig durchgeführter kognitiv-behavioraler Behandlung mit einem streng psychodynamischen Ansatz.

8.1.4 Psychodynamische Therapien

Das Kernproblem der PTSD besteht in der Unfähigkeit eine nahezu unerträgliche Erfahrung in das autobiografische Gedächtnis zu integrieren. Es braucht Bedingungen, in denen die Betroffenen in die Lage versetzt werden können, die Realität dessen, was passiert ist, anzuerkennen. Umwandlung geschieht in der

Traumatherapie, wo in einem sicheren Umfeld mit vertrauenswürdigen TherapeutInnen im Lauf der Therapie, sich der traumatischen Erinnerung gestellt werden kann – soweit es nicht möglich ist wie oben bei Clark und Hanisee erforscht wurde, in einen zwischenmenschlich intakten (Familien-) Zusammenhang zu kommen. Eine sichere Bindung an den Therapeuten und das daraus erfolgende Arbeitsbündnis bilden die Grundlage für das notwendige Wohlergehen (**Kohärenzgefühl**, s.u.) der PatientInnen, „das sich ihnen in Form eines subjektiven Gefühls der Sicherheit mitteilt und überträgt." (vanderKolk, et al. 2000, 323)

8.1.5 Antonovsky zur Salutogenese

Zwei Metaphern stehen für Antonovskys Salutogenesebegriff. Sie verdeutlichen Grundgedanken und Dynamik der Salutogenese und Kohärenzgefühl und grenzen sinnvoll zur Pathogenese ab.

8.1.5.1 Metapher des Seiltänzers

Die eine Metapher des Seiltänzers illustriert „die **Allgegenwart der Stressoren**" (Antonovsky, 1997, S.91), die eine „dynamische Homöostase" (ebd.), bzw. Heterostase (Ungleichgewicht) bedingt. Der Seiltänzer balanciert auf dem Seil von einem Ende zum anderen und wird durch Situationen in seiner Balance herausgefordert (beispielsweise Kleider zu wechseln, Gegenstände aufzufangen oder die Erschütterung des Seils durch einen zweiten Seiltänzer auszugleichen). Bei kleinen Herausforderungen kann er sein Gleichgewicht gut halten. Doch bei größeren Erschütterungen oder Anstrengungen kann es auch dazu kommen, dass er vom Seil abrutscht, vielleicht das Seil noch packen kann und wieder sicheren Stand erlangen vermag. Oder aber er rutscht vom Seil ab, fällt ohne Sicherheitsnetz auf den Boden und verletzt sich schwer, vielleicht so, dass er nicht mehr genesen kann (vgl. Antonovsky 1997, S.91 zit. nach (Fetscher 2009)).

„Die ausgebildete Fähigkeit, das Gleichgewicht zu halten bzw. wieder herzustellen, entspricht jener Kraft (Kohärenzgefühl), die die Gesundheit einer Person stärkt. Die **unentwegte Aktivität der Gleichgewichtsherstellung** (s. Gleichgewichtssinn) auf dem Seil gleicht der Heterostase des fortwährenden Stress-Coping-Prozesses." (Fetscher 2009, 34)

8.1.5.2 Metapher des Flusses

Die zweite Metapher, die des Flusses mit Stromschnellen, beschreibt einen Fluss von der Quelle bis zur Mündung. Auch Biegungen und Stellen seichten Wassers hat der Fluss, und in ihm schwimmen Menschen. Eine pathogenetische Orientierung würde mit großem Aufwand und enormen Mitteln versuchen, diese aus dem Fluss herauszuholen und vor dem Ertrinken zu retten. Ganz anders wirft die Salutogenese einen Blick flussaufwärts und sucht nach den Faktoren, durch welche die Menschen in den Fluss geraten sind.

„Die behaviorale Sichtweise des Lebensstil-Konzeptes nimmt an, dass die Individuen, bedingt durch ihr soziales und kulturelles Umfeld, ‚aus freiem Willen in den Fluss (!) springen und sich weigern, schwimmen zu lernen' (Antonovsky, 1997, S.92 zit. nach (Fetscher 2009, 34))." Antonovskys salutogenetische Perspektive:

> … meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der **Fluss der Strom des Lebens** ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: ‚**Wie wird man**, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, **ein guter Schwimmer?**'" (Antonovsky 1997, S.92 zit. nach (Fetscher 2009, 35)). …
>
> Ob eine Person ein guter Schwimmer ist und sich gut in den Fluten des Lebensstroms halten kann, wird zu einem erheblichen Anteil durch das Kohärenzgefühl bestimmt, welches insbesondere in der Kindheit erworben wird.
>
> So beschreibt Antonovsky den salutogenetischen Ansatz als pessimistisch, da dieser „den Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich [betrachtet]" (Antonovsky 1993, zit. nach Bengel et al. 2000, S. 26). Jedoch kann die Sichtweise, dass die Möglichkeit besteht, das Schwimmen zu lernen, auch als optimistisch interpretiert werden. (Fetscher 2009, 35)

8.1.6 „Sense of coherence“

Im Sinne von Kap. 3.2.10 ist hier ein weites Feld der Forschung eröffnet, wie die Erfahrungen des Menschen die qualitative Entfaltung der Sinne beeinflussen und ggf. anreichern. In dieser Beschreibung des „**sense** of coherence“- Kohärenz-„Gefühl“ genannt, wird einiges deutlich:

> Die Qualität der Gesundheit eines Individuums wird nach Antonovsky entscheidend durch ein individuell-psychologisches Element im Menschen bestimmt, welches er mal als **eine Grundhaltung der Welt gegenüber**, mal als Persönlichkeitsanteil …und mal als Weltanschauung oder als Lebenseinstellung beschreibt (vgl. Antonovsky 1997, S.33). Er nennt diese gesund erhaltenden Kräfte „**sense of coherence**“ (Franke 1997, S.16). Alexa Franke (ebd.) verdeutlicht die Schwierigkeit einer treffenden Übersetzung, da der Begriff *sense* im Englischen mehrere Bedeutungen hat: *Sinn* sowohl auf die *fünf Sinne* bezogen als auch in der Bedeutung von *sinnvoll* oder *sinngebend*. Zugleich bedeutet *sense* sowohl *Verstand* als auch *Gefühl* (vgl. Duden 1998, S.472). Somit hat das Wort *sense* eine kognitive, emotionale und motivationale Qualität und in dieser **Dreideutigkeit** ist es in diesem Zusammenhang auch zu verstehen. Das englische Wort *coherence* bedeutet *Zusammenhang* (Duden 1998, S.111). Die meistgebrauchte Übersetzung für ***sense of coherence*** (SOC) ist das Kohärenzgefühl. Es ist eine ‚Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben‘ (Bengel et al. 2000, S.29), **eine ‚Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens** darauf ausdrückt, dass
>
> 1. die Ereignisse im Leben strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
> 2. die Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen gerecht zu werden;
> 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Interventionen und Engagement lohnen‘ (Antonovsky übersetzt von Köhle 1994, zit. nach Schüffel et al. 1998, S.2).

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei zentralen Komponenten zusammen, die Antonovsky **Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit** nennt (Fetscher 2009, 35).

Diese Inhalte sind im Sinne des Themas dieser Arbeit zentral und auf der Sinnesebene zu betrachten; in der direkten, einprägsamen Übersetzung für die KBT spricht Breitenborn von **Kohärenz-Sinn** (vgl. (Breitenborn 2006, 182).

8.2 EMDR nach Shapiro – ein imaginativ-körperorientierter Ansatz

8.2.1 Theorien

Gegenwärtig ist zu wenig über die Funktionsweise des Gehirns bekannt, um mit Sicherheit sagen zu können, wie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) oder irgendeine andere Psychotherapieform ihre Wirkung entfaltet. Unter diesem Vorbehalt sind auch die Hypothesen zur Erklärung der Wirksamkeit von EMDR zu sehen. Ein Erklärungsmodell postuliert, dass das traumatische Ereignis das biochemische Gleichgewicht des Informationsverarbeitungssystems zum Entgleisen bringt. Diese biochemische Entgleisung blockiere das **Informationsverarbeitungssystem des Gehirns** bei seinem Streben nach einer adaptiven Lösung. Stattdessen scheinen Wahrnehmungen, Gefühle, Gedanken und Sinngebung, die von diesem Ereignis herrühren, regelrecht im Nervensystem steckengeblieben zu sein.

Die EMDR-Methode könnte dann als eine Form von Aktivierung des Informationssystems verstanden werden, durch die die Blockade gelöst wird. Es scheint denkbar, dass EMDR dabei einen ähnlichen Mechanismus benutzt, wie er für die Lern- und Gedächtnisleistungen im REM-Schlaf festgestellt wurde. Eine ähnliche Möglichkeit wäre, dass EMDR eine **Orientierungsreaktion** auslöst und so direkt zu einem **De-Arousal**, einer Desensibilisierung und einer folgenden Verarbeitung der traumatischen Erinnerung führt. (Sack 2004, Barrowcliff et al. 2001, Armstrong u. Vaughan 1994, Lipke 1992). Eine Folge könnte sein, dass die blockierende Verarbeitung, die sich in Seitenunterschieden zwischen entsprechenden Arealen in den beiden Hemisphären manifestiert durch die rhythmische EMDR-Stimulation löst, die interhemisphärische Kommunikation verbessert wird und so die ‚steckengebliebene' Information verarbeitet werden kann (Nicosia 1994, Stickgold 2002). (Shapiro, EMDR-Manual, Modul 1 1994a, 137)

8.2.2 Acht Phasen der EMDR-Therapie nach Shapiro

1. Behandlungsplanung

   Zunächst klärt der Therapeut die Vorgeschichte des Traumas sowie die Symptome. Außerdem gilt es, die psychische Belastbarkeit des Patienten

einzuschätzen, um eine mögliche Gefährdung durch das Wiedererleben der schlimmen Erinnerungen auszuschließen.

2. Stabilisierung

   Nachdem der Patient über den Behandlungsablauf und die Therapiemethode aufgeklärt wurde, können Entspannungstechniken oder imaginative Verfahren helfen, ihn psychisch zu stabilisieren – in seltenen Fällen auch Medikamente.

3. Bewertung des Erlebten

   Eine ausgewählte Erinnerung mit all ihren Facetten (visuell, emotional, und sensorisch) dient als „Knoten“ für die weitere Behandlung. Der Patient soll:

   - sich den ‚schlimmsten Moment‘ möglichst bildhaft vorstellen,
   - einen negativen Gedanken fassen, der die Verletzung seines Selbstwertgefühls ausdrückt (‚Ich bin schuld!‘),
   - nach positiven Alternativen suchen, die er gern stattdessen denken würde (‚Ich habe getan, was ich konnte!‘),
   - den Grad der emotionalen Belastung und sein Körpergefühl einschätzen.

4. Restrukturieren und Desensibilisieren

   Der Patient wird aufgefordert, sich innerlich auf das Erinnerungsbild (‚Täter mit Eisenstange‘), den negativen Leitgedanken (‚Ich bin hilflos!‘)sowie das begleitende Gefühl (‚Angst im Bauch‘) zu konzentrieren. Gleichzeitig beginnt der Therapeut – meist über geführte Augenbewegungen – mit der bilateralen Stimulation.

5. Verankerung

   Sobald der emotionale Druck der Erinnerung abnimmt, wird diese positiv neu bewertet (‚Ich habe überlebt!‘) und ebenfalls durch Stimulation verstärkt.

6. Körpertest

   Auf der Gedankenreise durch den eigenen Körper spürt der Patient Resten der Traumatisierung nach.

7. Abschluss

   Therapeut und Patient besprechen den erzielten Behandlungserfolg und vereinbaren Verhaltensmaßregeln für den Notfall.

8. Nachbefragung

   Oft zeigen sich noch Jahre später in intensiven Träumen weiter zu bearbeitende Aspekte des Traumas. (Gehirn und Geist 5/2004 zit. nach (Shapiro 1994a, 146))

Bei der Traumabearbeitung mit EMDR zeigen sich in der sog. Lee-Studie (2006, vgl. Shapiro1994b 19), bei der 44 PatientInnen untersucht wurden, eine signifikante Möglichkeit der Distanzierung (p<.oo1). Dem geht voraus eine Stabilisierung der psychosozialen Situation auf der körperlichen sowie auf der psychischen Ebene.

> Der traumatischen Vergangenheit soll **eine sichere Gegenwart** entgegengestellt werden. Hauptziel dieser Behandlungsphase ist die körperliche, soziale und psychische Stabilisierung sowie der Ausbau von äußeren und inneren Ressourcen, die Entwicklung von Affekttoleranz, insbesondere aber **die Aneignung spezieller, meist psychoimaginativer Techniken**, mit denen sich der Patient gegen das Eindringen intrusiver Erinnerungsfragmente schützen kann. (30,31, Deutsches Ärzteblatt, Feb 2002 zit. nach (Shapiro 1994a, 298))

Um eine Reorganisation zu erlangen, werden rasche Augenbewegungen, das Berühren der Hände oder die Tonstimulation über Kopfhörer beim Prozessieren eingesetzt. Bei der beidseitigen (bifokale Stimulation) Gehirnaktivierung über Augen, Ohren oder Tastsinn können Erinnerungsbilder nicht nur verblassen, sondern sich verwandeln. Werden anfangs nur Bruchstücke erinnert, so kann sich eine Episode vervollständigen, sich das Erinnerte in den biografischen Kontext einarbeiten usf. Es werden also nicht nur unliebsame Erinnerungen desensibilisiert, sondern es vollzieht sich eine regelrechte Neuverarbeitung des Schemas im Sinne von Neusymbolisierungen (Cserny und Tempfli 1999).

> Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation ist durch retrospektive und prospektive Studien gut belegt (siehe Übersichtsarbeit 22, in der 25 retrospektive, drei prospektive Studien sowie eine Metaanalyse über 38 Studien beschrieben werden). In retrospektiven Studien bei DIS-Patienten werden in über 90 Prozent der Fälle traumatische Erfahrungen in der Kindheit in Form von schwerer Vernachlässigung, seelischer, körperlicher und sexueller Misshandlung angegeben (3,15,18). Auf der

Grundlage dieser Befunde wurde ein Diathese-Stress-Modell, wonach die Erkrankung als psychobiologische Antwort auf die erlittenen Traumatisierungen in einem bestimmten Zeitfenster der frühen Kindheit verstanden wird. (15). Ein **wichtiger kindlicher Entwicklungsschritt**, nämlich **die Herausbildung eines zentralen integrierenden Bewusstseins**, wird durch die chronischen Traumatisierungen **erschwert oder verhindert** (11). Nijenhuis et al. (12) postulieren im **Modell der strukturellen Dissoziation** die **mangelnde Integration zweier angeborener Funktionssysteme** – ein normales Alltagssystem und ein Überlebenssystem für extreme Bedrohungen – die wechselweise aktiviert und im Laufe der kindlichen **Entwicklung nicht ausreichend miteinander vernetzt werden** konnten.

Es wird weiter vermutet, dass die mangelnde Integrationsfähigkeit den psychodynamischen Bewältigungsmechanismus einer radikalen **Verleugnung und Abspaltung** begünstigt und einem traumatisierten Kind die Vorstellung ermöglicht, das erlittene Trauma sei nicht ihm, sondern ‚einem anderen' passiert. Die **individuelle Phantasiefähigkeit und Vorstellungskraft des Kindes**, insbesondere die Schaffung von Projektionsfiguren, geben den verschiedenen Persönlichkeitsszuständen schließlich ihre individuelle Ausprägung. Der beschriebene Prozess wird bei Kindern mit innerfamiliären Traumatisierungen, insbesondere bei inzestuösem sexuellem Missbrauch noch verstärkt, da das extrem inkonsistente und widersprüchliche Verhalten der Beziehungspersonen und deren Verleugnung der vom Kind erlittenen Traumatisierungen die dissoziative Bewältigungsstrategie zusätzlich fördern. (Shapiro 1994b, 11)

8.3 Forschungsergebnisse der Gruppentherapie

8.3.1 Teilstudie 2 der DAKBT-Forschungswerkstatt von 2011

In der Studie der DAKBT-Forschungswerkstatt (Nov. 2011) unter dem Titel: „Welche Patienten erleben die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) als hilfreich? Zum Zusammenhang von Patientenmerkmalen und Stundenerleben in der KBT“, heißt es: „Für das Erleben, die Therapiestunde produktiv nutzen zu können, erweist sich nur der interpersonale Problembereich ‚zu ausnutzbar/nachgiebig‘ als prädiktiv. **Demnach können Patienten umso mehr profitieren, je mehr sie interpersonelle Probleme aufweisen, die sich insbesondere darin manifestieren, sich zu wenig abgrenzen zu können.** Offenbar bietet die KBT-Gruppenbehandlung, in der **häufig die Nähe-Distanz-Regulation thematisiert** wird, diesen Patienten ein gutes Übungsfeld.“ (Seidler, Epner, et al., Welche Patienten erleben die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) als hilfreich? Zum Zusammenhang von Patientenmerkmalen und Stundenerleben in der KBT-Stunde. 2011)

8.3.2 Pilotstudie zum Körperselbsterleben mit KBT

Begründet auf einer Untersuchung (Völz, Heidrun 1992, Empirische Untersuchung, Universität Bielefeld, unveröff. Diplomarbeit) zur Wirkungsweise der KBT in einer Pilotstudie bei neun TeilnehmerInnen einer studentischen Selbsterfahrungsgruppe mit FB und Interview: „Bei allen Teilnehmern war **verstärkte Körperwahrnehmung** möglich, die **Körperakzeptanz** und **Integration des Körpers im Selbsterleben** nahm zu, es kam zu Muskeltonusregulierungen, die als Entspannung empfunden wurden. Bei allen Teilnehmern kam es zum Wiedererleben lebensgeschichtlicher Ereignisse. Lernen am Modell und Probehandeln war möglich. Generell wurden mehr positive als negative Erfahrungen gemacht. **Alle erlebten den konzentrativen Zustand als positiv** und profitierten davon. Die Sensibilität für die eigene Person und für die Beziehungen zu anderen nahmen zu.“ Messinstrumente: FB (prae-post-Testung) und Leitfadeninterview (Pokorny, Hochgerner und Cserny 1996, 88)

8.3.3 Gruppen-Wirkfaktoren nach Yalom

Auch wenn es über das Thema dieser Studie hinausreicht, kann es bestätigend sein, wenn sich Yalom in seinen vielfachen quantitativen Studien ausführlich mit der Nützlichkeit der Gruppentherapie befasst hat. Er entwickelte zwölf Kategorien, die er ausführlich beschreibt; sie werden hier in ihrer Rangordnung aufgezählt, denn es ergibt ein Bild für das Gruppengeschehen im Allgemeinen. Mit 60 zugrunde gelegten Items haben sich die KlientInnen befasst, und diese waren den Kategorien zugeordnet.

1. Interpersonales Lernen – Input
2. Katharsis
3. Kohäsivität
4. Sich-Selbst-Verstehen
5. Interpersonales Lernen – Output
6. Existenzielle Faktoren
7. Universalität des Leidens
8. Hoffnung-Wecken
9. Altruismus
10. Reinszenierung der Familiensituation
11. Anleitung
12. Identifikation

(vgl (Yalom 2007, 117))

Für die Erfassung des Prozessgeschehens, so Tschuschkes Forschungen (vgl. (Schreiber-Willnow 2000)), können hieraus Wahrnehmungsveränderungen und gute Beziehungsaufnahme, die in mehreren Studien mit Behandlungserfolg korrelieren, beschrieben werden.

8.3.4 Wirkfaktoren der KBT, erste klinische KBT-Studie, Schreiber-Willnow, 2000

Ob sich darüber hinaus **methodenspezifische Wirkfaktoren für die KBT** finden lassen, beantwortet Schreiber-Willnow in ihrer klinischen Studie: „Die Ausführungen zum Leiberleben und zur ‚symbolischen Transformation' (Langer 1984) haben den Theorieansatz skizziert, nach dem KBT-Therapeutinnen arbeiten. Daraus lässt sich der **Zugang zum eigenen Körper und zu den Empfindungen** als ein methodenspezifischer Faktor benennen." (Schreiber-Willnow 2000, 81f)

Der von Schreiber-Willnow (mit) entwickelte GEB-KBT Prozess-FBo hatte sich beim ersten Einsatz (1997-99) bewährt, und es folgten darauf weitere Studien. (Schreiber-Willnow 2000, 194) Zum einen geht es bis heute um die Frage, auf **welche Weise die KBT als Gruppentherapie zum Behandlungserfolg des Einzelnen beiträgt** (Studienfragestellung vgl. (Schreiber-Willnow 2000, 90)), andererseits um das Zugeben, dass den Forderungen nach ‚objektiver' Forschung schwer nachzukommen ist. Und daher stehen die Ergebnisse nicht allein im Vordergrund – auch lebt im Forschen die Neugier nach dem ‚Wie' menschlicher Erlebniswelten, was immer individuell ist. Elsa Gindlers Ansatz schafft für KBT-TherapeutInnen die Verbindung der so unterschiedlichen Felder: Erfahrbereit bleiben oder werden und sich zugleich immer wieder neu auf das Alltägliche einzulassen (vgl.bei (Schreiber-Willnow 2000, 195)).

9 Quantitative Studie zur stationären KBT-Gruppentherapie

Das von Schiepek (1994) vertretene naturalistische Studiendesign ist für diese Prozessforschung aufgegriffen, denn dieser distanziert sich von Modellen der pharmakologischen Effektforschung. Es geht ihm um den Gegenstand der Psychotherapie als ein „dynamisches bio-psycho-soziales System“. Seine Orientierung an der nicht-linearen Modellbildung der Chaos-Theorie kommt dem Anliegen dieser Arbeit entgegen. Er sagt: „Aus Gründen externer und ökologischer Validität sollten therapeutische Prozesse mit einigermaßen repräsentativen, unselektierten Klienten und Therapeuten untersucht werden. Auch das Setting sollte nicht zu Forschungszwecken entfremdet werden.“ (Schiepek zit. nach (Schreiber-Willnow 2000, 79))

In ausführlichen, gewissenhaften Befragungen von KollegInnen und Recherchen in der Literatur wurden entsprechende Fragebögen für die Forschungsfrage gefunden. Die verwendeten Fragebogen sind bereits an großen Stichproben validiert worden und sind deswegen selbstentwickelten Fragebögen vorzuziehen. Mit erfahrenen KBT-TherapeutInnen und VertreterInnen der Forschungswerkstatt des DAKBT wurde ein Studiendesign entworfen und darauf basierend eine Auswahl an geeignetem Fragebogenmaterial getroffen.

Mit einer überschaubaren Datenmenge auszukommen war ein Anliegen, um mit den Befragungen den Klinikalltag nicht allzu sehr zu belasten, und für die PatientInnen sollte der Vorgang leicht sein.

In der DAKBT-Forschungsgruppe kam ein neu entwickelter Stundenbogen für die KBT zum Einsatz. Es gibt Validitätsprüfungen und erste Ergebnisse dazu, die im Forschungsteil Erwähnung finden. Von diesen bereits vorhandenen Erfahrungen mit (KBT-)spezifischen FBö konnte ich profitieren und das von der Forschungswerkstatt bereits eingesetzte Material erweitern und verwenden.

9.1 Studiendesign

Als Studiendesign wurde ein Design mit Messwiederholung gewählt. Die Teilnehmer erhielten vor der ersten KBT-Stunde (Messzeitpunkt 1) eine Fragebogenbatterie mit dem BSI-18, IIP-32, FKB-20 sowie den diagnostischen Fragebögen PDS/1 und IES. Zweiter Messzeitpunkt war die dritte KBT-Stunde, dritter Messzeitpunkt die vierte KBT-Stunde. Hier erhielten die TeilnehmerInnen jeweils am Ende der Stunde die Prozessfragebögen SB-KBT-G und SEQ.

Bei den genannten FBö handelt es sich um Fragebatterien mit geschlossenen und skalierten Fragen. Alle Fragen bzw. Aussagen waren in der Fragebogen-Konstruktion vorgegeben. Die Fragebogenitems waren so formuliert, dass sie möglichst leicht verständlich sind und wenig Interpretationsspielraum lassen. Dies ist für die Objektivität und Zuverlässigkeit (Reliabilität) der Messung wichtig (Kirchhoff, et al. 2010).

Zum ersten Messzeitpunkt wurden folgende Informationen erhoben:

- Somatopsychische Belastungen (BSI-18)
- Interpersonale Belastungen (IIP-32)
- Körpererleben (FKB-20)

Hinzu kamen für die Fragestellung in dieser Studie noch Fragebatterien zu

- Traumatische Belastungen (PDS/1; IES)

Die Prozess-Fragebögen (SB-KBT-G; SEQ, Stiles, Form 5), die in der Anfangsphase der Therapie (Sitzung 3 und 4) zum Einsatz kamen, erfragten das Nutzen-Können, die körperliche Verfassung sowie den Eindruck von der einzelnen Therapiestunde.

Neben den Fragebögen wurden Datenschutz- und Vorgehensbeschreibungen für den Ablauf der Befragungen erstellt, die mit den Fragebögen zusammen den Anhang bilden.

9.1.1 Ausgangspunkte für die Fragebögen

Mit „Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung“ von Sabine Kirchhoff et al. (2010) konnte eine erste Orientierung möglich werden. Die bereits im Jahr 2011 publizierten mir zur Verfügung gestellten Fragebögen aus der DAKBT-Forschungswerkstatt in Bad Honnef bildeten die konkrete Vorlage, auf der die Forschungsfragen erarbeitet werden konnten.

9.1.2 Auswertung

Die Dateneingabe erfolgte zuerst in Excel. Der Datensatz wurde zur weiteren Auswertung in SPSS exportiert. Die Auswertung umfasste deskriptive und interferenzstatistische Statistiken. Die Datenaufbereitung erfolgte mit SPSS. Es war der Wunsch, dabei absoluten und relativen Häufigkeiten, arithmetischen Verteilungen und der Darstellung von beschreibender Statistik mit Grafiken oder Tabellen Raum zu geben, welche die möglichen Zusammenhänge darstellen könnten.

9.1.3 Titel der Studie

„Differenzierte Untersuchung der Eingangsbeschwerden und Stundenerleben von psychosomatischen PatientInnen mit oder ohne PTBS-Diagnose in Gruppenstunden der Konzentrativen Bewegungstherapie.“

9.2 Verlauf der quantitativen empirischen Untersuchung

Das klinische Setting mit all seinen Varianzen in der therapeutischen Arbeit ermöglichte einerseits eine gute Abbildung von Alltagsbedingungen, andererseits auch die statistische Überprüfung der Hypothesen (vgl. (Schreiber-Willnow 2000, 82))

Einer Prä-Messung folgten zwei Prozessmessungen (3. + 4. KBT-Stunde). Es sind normative Erhebungen mittels Fragebögen durchgeführt worden, dabei haben die Prozessmessungen das aktuelle Erleben der PatientInnen in der KBT-Gruppenstunde zum Gegenstand.

Eine Vollzeiterhebung war in dieser Studie aufgrund der Machbarkeit und des Umfangs nicht geplant. Im klinischen Setting ist es zudem nicht möglich, den Anteil der KBT an den Veränderungen von dem Anteil der übrigen Therapien zu trennen. In Anlehnung an die Studie des DAKBT (2011) und aus dem Erfahrungsaustausch mit Karin Schreiber-Willnow wurde deutlich, dass eine Beschränkung auf diesen Umfang sinnvoll ist.

Die Studie (2011) der DAKBT-Forschungswerkstatt enthielt eine Befragung der PatientInnen nach dem Nutzenkönnen und körperbezogenen Selbsterleben nach KBT-Therapie ohne Diagnose-Nennung. Mich interessierte zusätzlich, ob es Unterschiede zwischen PatientInnen mit und ohne PTSD-Diagnose gibt. Die PTSD-Diagnose wurde entweder mittels klinischer Diagnostik durch Ärzte bzw. Psychologen gestellt. Da bei komplex traumatisierten PatientInnen häufig die Traumafolgestörungen im Vordergrund stehen, wird die Diagnose PTSD oft nicht zusätzlich vergeben, obwohl möglicherweise ein Trauma in der Vergangenheit vorlag. Den teilnehmenden PatientInnen wurden deswegen die zwei Trauma-FBö PDS/1 und IES vorgelegt, um über die klinischen Diagnosen hinaus PatientInnen mit PTSD-Symptomatik zu identifizieren. Diesen PatientInnen wurden PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik gegenübergestellt.

Auf den vier untersuchten Stationen von psychosomatischen Kliniken in Bayern wird KBT in halboffenen Gruppen bei einer 4-6 wöchigen Verweildauer angeboten. Alle PatientInnen, die befragt wurden, waren GruppenteilnehmerInnen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes. Untersuchungsgegenstand ist das subjektive Erleben der PatientInnen von KBT-Gruppenstunden in der Therapieanfangsphase.

9.2.1 Resümee der Teilstudie 2 der DAKBT-Forschungswerkstatt 2010

„Um **relevante Merkmale des Therapieprozesses** in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) zu erfassen, wurde der **Stundenbogen** zur Konzentrativen Bewegungstherapie (SB-KBT) entwickelt. Dieser liegt in Versionen für die Gruppen- und Einzeltherapie vor (**SB-KBT-G** bzw. SB-KBT-E). In einer vorangegangenen Untersuchung fanden sich drei Dimensionen des Selbst- und Körpererlebens für die Einzeltherapie (positiver vs. negativer Körperbezug, Selbst- und Beziehungsregulation, bedeutsames vs. nicht bedeutsames Körpererleben) und zwei für die Gruppentherapie (positiver vs. negativer Körperbezug, Nutzenkönnen der Therapiestunde). … Die maximale Höhe der korrelativen Zusammenhänge belegt zudem, dass die vom SB-KBT erfassten Merkmale nicht in den vom BIKEB oder GEB erfassten Merkmalen aufgehen, auch wenn es Zusammenhänge zu diesen gibt. **Der SB-KBT stellt insofern ein verfahrensbezogenes Erhebungsverfahren für die Prozessdiagnostik in der KBT dar.** Eine Überprüfung dieser (erneut) revidierten Version des SB-KBT an einer weiteren Stichprobe ist notwendig, um die Stabilität der hier gefundenen Ergebnisse zu überprüfen“ (Seidler, Schreiber-Willnow und Grützmacher, Wie erleben Patienten die KBT-Stunde? Ergebnisse der Untersuchung zum revidierten KBT-Stundenbogen 2010, Nr.41, 32).

9.2.2 KBT-Behandlungskonzept

Das Konzept besteht darin, die Leiblichkeit der PatientInnen ins Erleben zu bringen. Es wird Aufmerksamkeit gelenkt auf die einzelnen PatientInnen und ebenso auf den Prozess der Gruppe. Das im Team-Konzept vorgesehene Setting kann häufig dazu beitragen, dass die in der Anfangsphase der Therapie ablehnende Haltung zum eigenen Körper sowie zu Körpertherapie überwunden wird. KBT versteht sich als Mitgehen mit den PatientInnen. Es wird ressourcenorientiert gearbeitet und je nach Zusammensetzung der Gruppe mehr konflikt- oder strukturbezogen (vgl. (Schreiber-Willnow 2000, 88)).

9.2.3 Fragestellung und Studienhypothesen

Zu Beginn meiner Beschäftigung mit dem Thema meiner Arbeit stand im Hintergrund die Frage: „Welche Möglichkeiten bietet die KBT bei chronifizierten traumatisierten PatientInnen mit dem Dissoziationsdruck/-fähigkeit umzugehen?“ KBT vermittelt handlungs- und beziehungsorientiert den PatientInnen Nähe-Distanzregulation zur Selbst-Steuerung sowie Symbolisierungen mit Gegenständen, um durch konkrete Abgrenzungsaufgaben auf verschiedenen Ebenen die Verarbeitungsmöglichkeit von Informationen wieder zu beleben.

Ich fragte mich: „Können speziell Trauma-PatientInnen diese KBT-Erfahrungen für sich nutzbar machen?“, und so wurde es mein Ziel, in einer empirischen Studie zu ermitteln, ob sich KBT-Gruppenbehandlung bei Traumatisierten (PTSD) im Vergleich zu anderen psychosomatischen Diagnosen in Bezug auf ihr Abgrenzungsverhalten und das Nutzen-Können der KBT-Gruppentherapie verschieden auswirkt. Dies ergab jedoch in Bezug auf Dissoziation keinen für mich befriedigenden Forschungsansatz. Nach umfangreichen Überlegungen und Recherchen kam ich zu der

Hauptfrage: „Auf welche Weise ist die Konzentrative Bewegungstherapie in der integrativen stationären Gruppentherapie hilfreich bei PTSD-PatientInnen (Gruppe P) im Unterschied zu psychosomatisch erkrankten PatientInnen (Gruppe A)?“

Aus der Forschungsfrage ergaben sich folgende Hypothesen**:**

H 1	**Traumatisierte** können in der **Therapieanfangsphase** die KBT-Angebote besser für sich nutzen als PatientenInnen ohne PTSD-Symptomatik.
H2	Der Zusammenhang zwischen Diagnose und Nutzenkönnen der KBT-Angebote wird durch den Grad des Beschwerdeerlebens vermittelt. Traumatisierte haben ein höheres Beschwerdeerleben als Nicht-Traumatisierte und PatientInnen mit einem höheren Beschwerdeerleben haben einen höheren Nutzen.

H3	Traumatisierte haben in der Therapieanfangsphase ein geringeres körperbezogenes Selbsterleben als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik.
H4	Der Zusammenhang zwischen Diagnose und körperbezogenem Selbsterleben wird moderiert durch die ablehnende Körperbewertung (FKB) am Anfang der Gruppentherapie. Nur PTSD-PatientInnen mit hoher ablehnender Körperbewertung haben ein geringes körperbezogenes Selbsterleben.
H5	Der Zusammenhang zwischen Diagnose und Nutzenkönnen der KBT-Angebote wird durch den Grad der interpersonellen Problematik vermittelt. Traumatisierte können sich schlechter abgrenzen als Nicht-Traumatisierte und PatientInnen mit geringerer Abgrenzungsfähigkeit haben einen höheren Nutzen.

Abbildung 23: Studienhypothesen

9.2.3.1 Hypothese 1: Traumatisierte können in der Therapieanfangsphase die KBT-Angebote besser für sich nutzen als PatientenInnen ohne PTSD-Symptomatik.

Konkretes Handeln (Kap.5.8) und Experimentieren zur Erlangung ganzheitlicher Sinneserfahrung (Kap.3.2.10) sowie das Heranführen der Menschen an ihre Themen mit einer gezielten und ausgewählten Sprache auf drei Ebenen ermöglicht das Erreichen des gesamten psychischen Geschehens (Kap. 3.1.6.2). Beruhigung und Entängstigung gehen damit einher (Kap. 5.6.3). Diese Anliegen sieht Schmitz in der KBT in hohem Maße erfüllt (Kap. 6.1.1). Den konzentrativen Zustand der KBT-Stunden bezeugten TeilnehmerInnen einer Pilotstudie (Kap. 8.3.2).

Über KBT-Angebote die handelnde Erfahrung anregen zu können ergibt die Aussicht, dass Traumatisierte dies hilfreich erleben werden.

9.2.3.2 Hypothese 2: Der Zusammenhang zwischen Diagnose und Nutzenkönnen der KBT-Angebote wird durch den Grad des Beschwerdeerlebens vermittelt. Traumatisierte haben ein höheres Beschwerdeerleben als Nicht-Traumatisierte, und PatientInnen mit einem höheren Beschwerdeerleben haben einen höheren Nutzen.

Nutzenkönnen bedeutet neben der Akzeptanz auch das Vertrauen in alte und neue Fähigkeiten zu finden wie Schmitz im KBT-Traumasetting, bei dem der Einsatz körperbezogener psychotherapeutischer Arbeitsmittel beschrieben wird (Kap. 6.1.3). Den Lebensvorgang als eine Entscheidung aufzufassen, etwas aufzugeben oder loszulassen (s. Kap.3.2.10) kann bei PTSD-PatientInnen schwer sein aufgrund des verlorenen inneren Gleichgewichts sowie dem Leiden an dem Mangel an Schöpferischem. Alle komplexen Handlungsschemata können mittels Symbolisierungsvorgängen neu psychisch repräsentiert werden, und das achtsame Wahrnehmen des Körpers hat positive Folgen (Kap. 5.3), sobald sich unbewusste Konflikte und Traumabiografie ordnen (Kap.5.6.2).

Ich erwarte eine strukturelle Veränderung bei Verbesserung der Selbst- und Körperrepräsentanzen, wobei dies nur schwer in der Therapieanfangsphase messbar sein dürfte.

9.2.3.3 Hypothese 3: Traumatisierte haben in der Therapieanfangsphase ein geringeres körperbezogenes Selbsterleben als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik

Traumatisierte sind permanent mit einem Teil ihrer Persönlichkeit dissoziiert (Kap. 7.1.3.6). Nur bei einem ungestörten Körperschema, das Sicherheit vermittelt, kann ein größeres körperbezogenes Selbsterleben erwartet werden. Es ist jedoch durch Traumatisierung beschädigt (Kap.4.1.1), und das wirkt sich hindernd auf die Repräsentanzenbildung aus (Kap.3.1.9). Der Verlust der Möglichkeit autonom zu handeln und eine permanente physiologische Dysregulation (Kap.7.11) sind zunächst im Vordergrund. Ebenso sind damit verbunden ein mangelnder Zugang zur Symbolisierungsfähigkeit (Kap. 3.2.6) sowie Komorbidität (Kap.5.6; Kap. 4.2.2).

Die Bahnung von neuronalen Netzwerken über KBT ist als Ich-Stärkung möglich (Kap.5.7) und geht über das kognitive Verstehen hinaus (Kap. 6.1.4), und so kommt

Cserny zu der Erkenntnis, dass das eigentliche Hauptanliegen der KBT in der Wahrnehmungsschulung zu sehen ist (Kap. 3.2.7). Die fünf Zugänge nach Gindler (Kap.6.3) erhöhen den integrativen Ansatz der KBT, während ähnlich dazu Reddemann und Ogden z.B. das wirksame Pendeln zwischen körperlichen Zuständen beschreiben (Kap.7.1.4.3; Kap. 7.2.1.1), was einen möglichen Gewinn für das körperliche Selbsterleben erbringen wird.

9.2.3.4 Hypothese 4: Der Zusammenhang zwischen Diagnose und körperbezogenem Selbsterleben wird moderiert durch die ablehnende Körperbewertung (FKB) am Anfang der Gruppentherapie. Nur PTSD-PatientInnen mit hoher ablehnender Körperbewertung haben ein geringes körperbezogenes Selbsterleben.

Soweit eine ablehnende Körperbewertung noch nicht entkoppelt (dissoziiert) ist, steht sie der Möglichkeit einer erweiterten Wahrnehmung (körperbezogenes Selbsterleben) im Weg. Erst mit dem Erkennen und der Anregung motorischer Entwicklung kann therapeutisch eine affektive Neubesetzung erreicht werden (Dissoziationsmodell nach Cserny; s. Kap. 3.1.6.3; Kap 3.1.7; Kap 5.2; Kap 6.2.3). Davor sind Traumatisierte im Körper- und emotionalen Erleben erheblich beeinträchtigt (Kap. 7.1.2) und gestört (4.2.1), sind „kortikal gehemmt“ (Kap. 5.10.2). Die Fähigkeit adaptive Entscheidungen zu treffen bessert sich beim permanenten Üben, und es zeigt sich, wie PatientInnen in der Regel in traumaspezifischen stationären Therapieprogrammen gut profitieren (Kap. 5.4.5; Kap 5.10.1).

Der Vorgang des Übersetzens von Sprechen ins Handeln in der KBT ermöglicht so einen neuen Zugang zu verborgenen Erlebniswelten trotz häufig schmerzhafter Aufarbeitung der negativen Kognitionen und Haltungen (Kap 3.2.3; Kap. 6.8.). In der KBT-Gruppe kann nach Schreiber-Willnow (Kap 5.6.3) ein besserer Zugang zum Körper erreicht werden.

9.2.3.5 *Hypothese 5: Der Zusammenhang zwischen Diagnose und Nutzenkönnen der KBT-Angebote wird durch den Grad der interpersonellen Problematik vermittelt. Traumatisierte können sich schlechter abgrenzen als Nicht-Traumatisierte und PatientInnen mit geringerer Abgrenzungsfähigkeit haben einen höheren Nutzen.*

Cserny und Tempfli (1999) formulieren zum Körper als Einheitsbild: „Diese Erfahrung eines abgegrenzten einheitlichen Körpers und die Bildung eines abgegrenzten Ichs gehören zusammen.“ Es kann die Abgrenzungsfähigkeit und damit das Körperbild (Körpergrenzen, Nähe-Distanz-Regulationsförderung) aufgrund von gespeicherten Erinnerungsspuren beeinträchtigt sein (Kap.3.1.9). Es geht dabei um „gut genug“-Bedingungen (Stimulationsregulierung erlangen, s. Kap. 6.2.4), die PatientInnen sich selber schaffen werden (Kap.3.2.5 + 5.3), wenn es gelingt, traumatische Erfahrungen zu integrieren (4.1.7). Effizientere Abgrenzungs-Bewältigung wird bei Paluselli (Kap. 5.8) beschrieben, was eine Neuorientierung bis ins Körperliche bewirkt (Kap.6.2.2). Dies wird im ‚System soziales Engagement‘ wieder zu positiven Bindungen und sozialen Beziehungen führen (Kap. 7.1.3.5), denn körperorientiertes Arbeiten eröffnet somatische Ressourcen (Kap. 7.2.1.2), die das bisherige Bedrohungserleben begrenzen und stärker abgrenzbare innere Anteile in den Mittelpunkt stellen.

Den effektiven Nutzen der KBT bei Nähe-Distanz-Regulation thematisiert auch die Teilstudie 2 der DAKBT-Forschungswerkstatt (Kap. 8.3.1.).

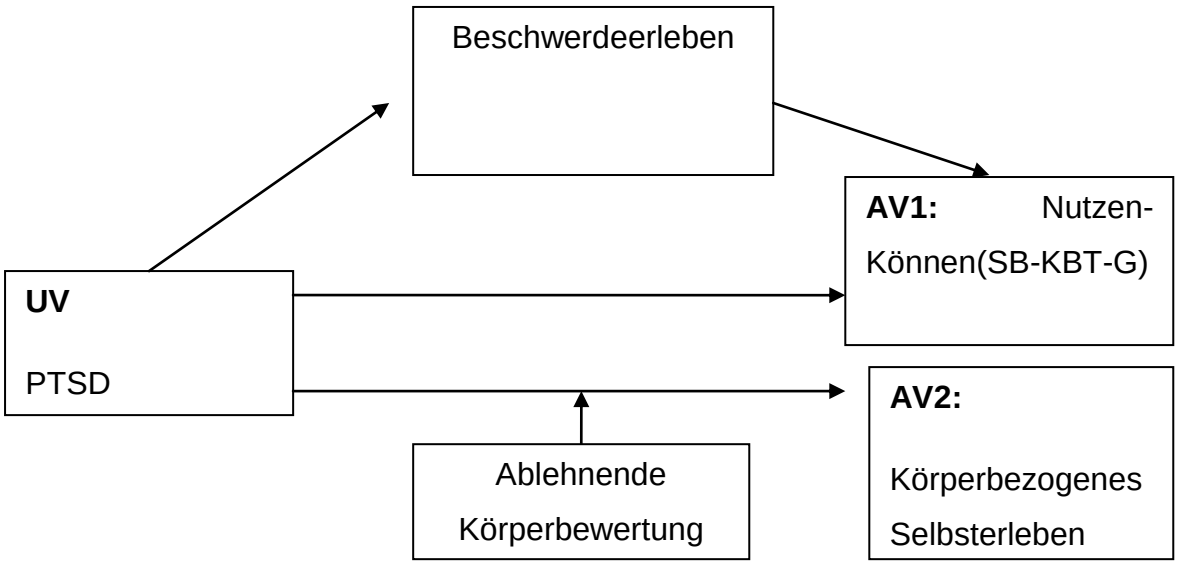

Abbildung 24: Überblick über Zusammenhänge der einzelnen Variablen, Schwab 2012

9.3 Methoden

9.3.1 Stichprobe

Es wurden PatientInnen (Merkmalsträger) mit vier- bis sechswöchigen stationärem Aufenthalt in deutschen und österreichischen psychosomatischen Kliniken rekrutiert, die aufgrund ihrer psychosomatischen Symptomatik, wie Depression, Angst und somatoformen Störungen behandelt wurden. Die Daten wurden zwischen Mai und November 2012 (6 Monate) erhoben. Die Größe der endgültigen Stichprobe beträgt n=77 (ca. 47% Rücklauf). In einem interdisziplinären Rahmen waren es 53 (68,8 %) Frauen und 24 (31,2 %) Männer, die an KBT-Gruppen teilgenommen haben.

Bei 12 (15,6 %) der TeilnehmerInnen war eine Posttraumatische Belastungsstörung vordiagnostiziert, bei zusätzlichen 23 (29,9 %) der Teilnehmer ergab sich gemäß PDS/1 und IES der Verdacht einer PTSD, bei 42 (54,5 %) der Teilnehmer wurde keine PTSD angenommen. Das Durchschnittsalter betrug 47,61 Jahre (*SD* = 11,90).

9.3.2 Auswertungsinstrumente

Für die Messung wurden die bereits erprobten Erhebungsinstrumente verwendet, die als geeignete Zusammenstellung für sämtliche Variablen, die in die Datenbearbeitung einbezogen werden, angesehen werden (vgl.Raithel 28). Hinzu kommen der PDS/1 und IES als diagnostische Instrumente, um über eine klinische Diagnose hinaus die Symptomatik einer PTSD (IES>26) messen zu können.

Folgende sieben FBö als standardisierte Messinstrumente (vgl. (Raithel 2008, 41)) sind zum Einsatz gekommen:

9.3.2.1 BSI-18

„Die aus dem BSI entstandene Kurzversion, das BSI-18 (Brief Symptom Inventory-18) ist ein kurzes Screening-Instrument für die Erfassung der psychischen Belastung und umfasst 18 Items auf drei Dimensionen: *Depressivität*, *Ängstlichkeit* und *Somatisierung*. …Das BSI-18 wurde bereits in einer Vielzahl von

internationalen und nationalen Studien eingesetzt, um u.a. die psychometrischen Kennwerte zu prüfen“. … BSI-18 konnte als kurzes und praktikables Screening-Instrument zur schnellen Erfassung der psychischen Belastung Verwendung finden (vgl. Rusdorf et al., Psychometrische Prüfung des BSI-18, Hochschule Magdeburg/ Internet, 20.11.2012).

9.3.2.2 PDS/1

Die PDS/1 ist für ein Traumascreening geeignet. Die 13 Items der ‚posttraumatic diagnostic scale‘ (Foa 1995, dt. Übersetzung Ehlers, Steil und Winter) fragen nach der Lebenszeitprävalenz von Traumatisierungen. Es gilt als gutes Instrument zum diagnostischen Screening auf das Vorliegen von Traumatisierungen. (vgl. Hausinterne Mitteilung der Klinik St. Irmingard, Juli 2007; P. Heinz)

9.3.2.3 IES

Der IES kann nach Horowitz (1979) verrechnet werden. Eine Diagnose für eine PTSD lässt die ausschließliche Untersuchung mit dem IES nicht zu. Der IES wird aber häufig und erfolgreich in Studien eingesetzt, um PatientInnen mit und ohne PTSD-Symptomatik voneinander zu unterscheiden. Die deutsche Version erhielt bei einem Test mit 426 PatientInnen das Gütekriterium „hervorragend“.

Mit Hilfe des PDS und IES wurde es möglich, die PatientInnen in zwei Gruppen zu verteilen, diejenigen mit erheblichen (IES>=26) traumatischen Belastungen und anderen mit anderen psychosomatischen Symptomen. So ergaben sich für die Analyse die Vergleichsgruppen A und P.

9.3.2.4 IIP-32

„Das IIP, ein Verfahren zur Selbstbeurteilung von G. Franke, wird üblicherweise in einer 64-Item-Form (die sich zu acht Skalen zusammenfassen lassen) verwendet (Horowitz et al., 2000). Mit den Items des Fragebogens können Probanden beschreiben, wie sehr sie unter spezifischen Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen leiden.“ … Das IIP-32 hat weltweite Verbreitung, eine hinreichende Erfassung des interpersonellen Raumes ist gegeben. Es existieren

dazu zahlreiche Vergleichsgruppen und Validitätsstudien (vgl. Dr. Robert Mestel, Dipl.-Psych. – Version Januar 2006/Quelle: Internet).

Item 1, 4, 11, 19 und 25 wurden als Maß für die Fähigkeit zur Abgrenzung genommen. Hohe Werte auf der Skala sprechen für Schwierigkeiten bei der interpersonellen Abgrenzung.

9.3.2.5 FKB-20

Der FKB-20 ist ein kurzer Fragebogen zur Diagnose von Körperbildstörungen und zur Erfassung subjektiver Aspekte des Körpererlebens. Der Fragebogen misst sehr ökonomisch (je 10 fünfstufige Items, 0-4 wie SB-KBT) zwei unabhängige Dimensionen des Körperbildes. Mit der Skala «Ablehnende Körperbewertung» (AKB) wird einerseits die äußere Körpererscheinung beurteilt, andererseits wird das Gefühl der Stimmigkeit sowie das Wohlbefinden im eigenen Körper wertend beschrieben. Die Skala «Vitale Körperdynamik» (VKD) thematisiert den energetischen und bewegungsbezogenen Aspekt des Körperbildes. Sie beschreibt, in welchem Ausmaß Kraft, Fitness und Gesundheit empfunden werden. Die beiden Skalen sind faktoriell, inhaltlich und kriteriumsvalidiert (Seidler et al., 2012).

9.3.2.6 SBK-KBT-G

Als ein verfahrensbezogenes Erhebungsverfahren für die Prozessdiagnostik dient der SB-KBT in der KBT-Forschung. Er wurde mehrfach überprüft und steht in einer erneut revidierten Version zur Verfügung. An einer weiteren Stichprobe wird gearbeitet, um die Stabilität der bisherigen Ergebnisse zu überprüfen. (vgl. Seidler, 2010) Die in dieser Studie erhobenen Daten sollen hierbei Berücksichtigung finden.

9.3.2.7 SEQ, Stiles Form 5

Über diesen FBo liegen keine Beschreibungen vor.

9.3.3 Abfolge des Forschungsprozesses

Der aus den Fragebögen gewonnene Datensatz beinhaltete m = 130 Variablen, die in Excel eingegeben wurden und auf ihre richtige Übertragung hin überprüft wurden. Bei der Eingabe wurden die Items des SB-KBT-G bereits umkodiert. Die Items der anderen Fragebögen wurden nach der Eingabe umkodiert. Die gewonnene Exceldatei wurde dann in das Statistik-Programm SPSS 19 zur weiteren statistischen Auswertung exportiert und mit Unterstützung einer Diplompsychologin ausgewertet. Für die Auswertung wurden zunächst Skalenmittelwerte ermittelt und auf ihre Reliabilität (Cronbachs Alpha) hin überprüft. Es folgten deskriptive Statistiken, Korrelationsanalysen, Chi-Quadrat-Tests, ANOVAs und Regressionsanalysen für die Mediations- und Moderationsanalysen. Bei fehlenden Werten erfolgte ein listenweiser Fallausschluss.

9.4 Ergebnisse

„Beschreibt man das Ergebnis eines Therapieprozesses in Zahlen, etwa als Skalenwerte eines FBo, so spricht man von einer Messung. Jede Messung ist im Prinzip fehlerbehaftet, „wahre“ Messungen gibt es nicht“ (Kordy & Hannöver zit. nach (Schreiber-Willnow 2000, 96)).

9.4.1 Voranalysen: Reliabilitätsanalysen

Cronbachs Alpha-Modell ist die Standardmethode, mit der die Brauchbarkeit der Items gemessen wird. Und der Cronbachs Alpha-Koeffizient (Cronbach 1951, vgl. bei Raithel, 113) stellt die gängigste Möglichkeit zur Schätzung der inneren Konsistenz (*Reliabilität)* dar.

Alphawerte über a= 0.70 können als akzeptabel betrachtet werden. (Cortina 1993) Die Reliabilität einer Skala (z.B. BSI-Somatisierung) zeigt an, wie zuverlässig die Fragen der Skala das zu messende Merkmal (hier: Symptombelastung/ Somatisierung) messen. Cronbachs Alpha gibt auch einen Hinweis, ob die Skalen richtig berechnet und Items umkodiert wurden.

Die Eigenschaften (Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbachs Alpha) der Skalen sind in Tab. 1 angegeben. Mit Ausnahme von SB Körpererleben (4. Stunde) sind alle internen Konsistenzen im akzeptablen Bereich.

Skala	Mittelwert	Standardabweichung	Cronbachs Alpha
BSI Somatisierung	1.12	0.82	.78
BSI Depression	1.38	0.91	.85
BSI Angst	1.40	0.87	.79
FKB-20 Vitale Körperdynamik	1.28	0.64	.85
FKB-20 Ablehn. Körpbewertg	1.79	0.95	.89
IIP Abgrenzung	2.62	0.88	.79
SB Nutzenkönnen (3. Stunde)	2.75	0.73	.70
SB Körpererleben (3. Stunde)	2.45	0.96	.79
SB Nutzenkönnen (4. Stunde)	2.84	0.83	.81
SB Körpererleben (4. Stunde)	2.56	0.83	.68

Abbildung 25: Tabelle: Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbachs Alpha, Schwab 2012

9.4.2 Erster Überblick über die Zusammenhänge

Abb. 25 (weiter oben) gibt einen ersten Überblick über die Zusammenhänge der einzelnen Variablen. Es wurden Spearman Rangkorrelationen gerechnet, da wir weder Intervallskalierung noch Normalverteilung annehmen.

Von Interesse ist hier einerseits, dass keine der unabhängigen Variablen signifikant mit der abhängigen Variablen „Nutzenkönnen der 3. Stunde“ (SB-KBT-G) korreliert. Mit dem Nutzenkönnen der 4. Stunde korrelieren dagegen signifikant die Diagnose (r =0.26), BSI-Somatisierung (r =0.27) und BSI-Angst (r= 0.26).

Zudem korreliert die Diagnose signifikant mit:

- BSI_Somatisierung: r = 0.23*
- BSI_Depression: r = 0.40**
- BSI_Angst: r = 0.41**
- BSI_Score: r= 0.42**
- IIP-Score: r=0.33**
- FKB_AK: r= 0.29*
- FKB_VK: r = -0.23*

TraumapatientInnen scheinen stärker belastet zu sein (BSI), mehr interpersonelle Probleme (IIP), eine höhere ablehnende Körperbewertung (FKB-AK) und eine geringere vitale Körperdynamik (FKB-VK) als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik zu haben.

9.4.3 Resultate bezüglich der Studienhypothesen

9.4.3.1 Hypothese 1: Traumatisierte können in der Therapieanfangsphase die KBT-Angebote besser für sich nutzen als PatientenInnen ohne PTSD-Symptomatik.

Zur Überprüfung der ersten Hypothese, ob PatientInnen mit PTSD-Symptomatik die KBT besser für sich nutzen können als die PatientInnen ohne PTBS-Symptomatik, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben mit der abhängigen Variablen „Nutzenkönnen“ in der 3. bzw. 4. KBT- Stunde (SB-KBT, Skala Nutzenkönnen) gerechnet. Abbildung 27 zeigt die Mittelwerte der Skalen Nutzenkönnen des SBK-KBT-G für die 3. und 4. Stunde. In der Grafik zeigt sich, dass PatientInnen mit PTSD-Symptomatik tendenziell einen größeren Nutzen sowohl in der 3. als auch 4. Stunde haben. Ein Vergleich der Mittelwerte mittels t-Test ergab, dass der Unterschied in der vierten Stunde statistisch signifikant wurde. TraumapatientInnen (M = 3.08, SD = 0.67) können die vierte KBT-Stunde signifikant besser für sich nutzen als Pat. ohne PTSD (M = 2.64, SD = 0.90), t (1, 74) = -2.35, $p < .05$. Der Unterschied in der 3. Stunde zwischen Pat. mit PTBS (M = 2.87, SD = 0.74) und

PatientInnen ohne PTBS (*M* = 2.65, *SD* = 0.71) wurde auf dem 5%-Signifikanzniveau leider nicht signifikant, *t* (1,74) = -1.34, *p*= .09.

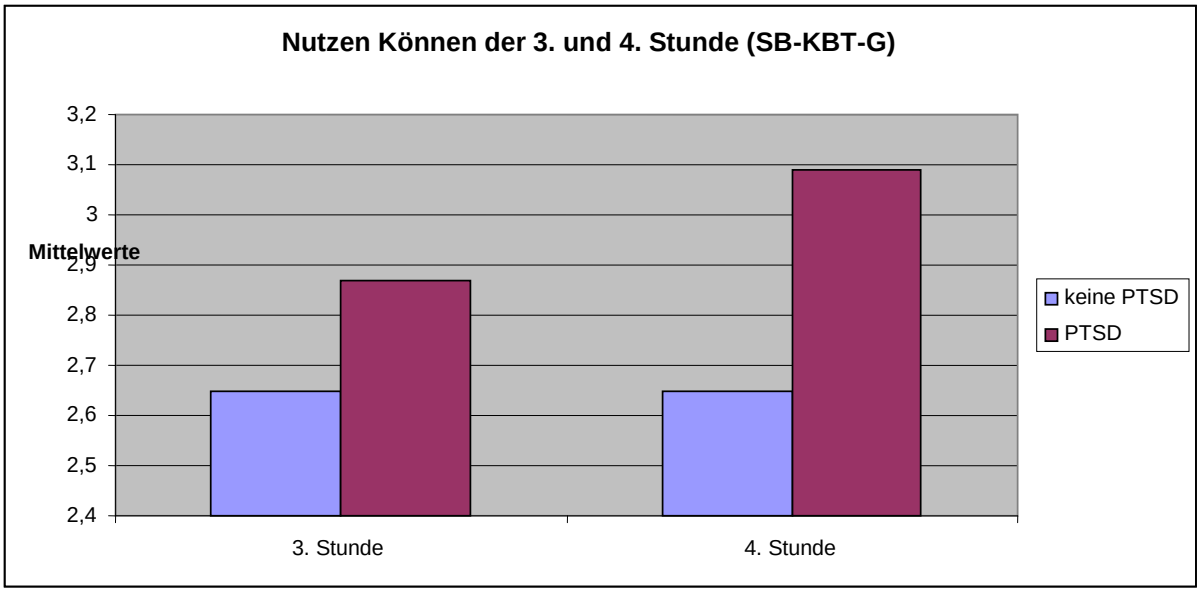

Abbildung 26: ‚Nutzen Können' der 3. + 4. Stunde/SBK-KBT-G, Schwab 2012

Um Aussagen über das Nutzenkönnen der KBT-Stunde treffen zu können, wurde auch der Stundenfragebogen SEQ herangezogen. Hier gab es eine bipolare Skala mit den Polen „nützlich-wertlos". Abbildung 28 zeigt die Verteilung der Antworten getrennt nach den Diagnosen (PTSD, keine PTSD) für die 3. Stunde. Über alle PatientInnen hinweg zeigt sich eine zweigipflige Verteilung. Es gibt viele, die die dritte Stunde nützlich finden („1" und „2") und viele, die eher unentschlossen („mittig") geantwortet haben. Nur wenige bewerteten die dritte Stunde als wertlos („6" und „7"). Pat. mit PTSD-Symptomatik gaben häufiger die „1", „3" oder „4" als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik. Die „2", „5" und „6" haben die PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik häufiger angegeben. Es zeichnet sich übereinstimmend mit den Ergebnissen mittels SB-KBT die Tendenz ab, dass PatientInnen mit PTSD-Symptomatik die KBT-Stunden am Anfang als nützlicher empfinden. In Abbildung 29 wurde die 4. KBT-Stunde diagnoseübergreifend häufiger als nützlich als als wertlos bewertet. Es zeigen sich jedoch keine eindeutigen Unterschiede in den Antwortmustern zwischen PatientInnen mit und ohne PTSD-Symptomatik.

Zur Überprüfung, ob sich die beiden Patientengruppen in den Häufigkeiten ihrer Antworten (1 bis 7) unterscheiden, wurden Chi-Quadrat-Tests gerechnet. Diese wurden nicht signifikant (3. Stunde: $\chi(6) = 6.64$, $p = .36$; 4. Stunde: $\chi(6) = 7.48$, $p = .28$)

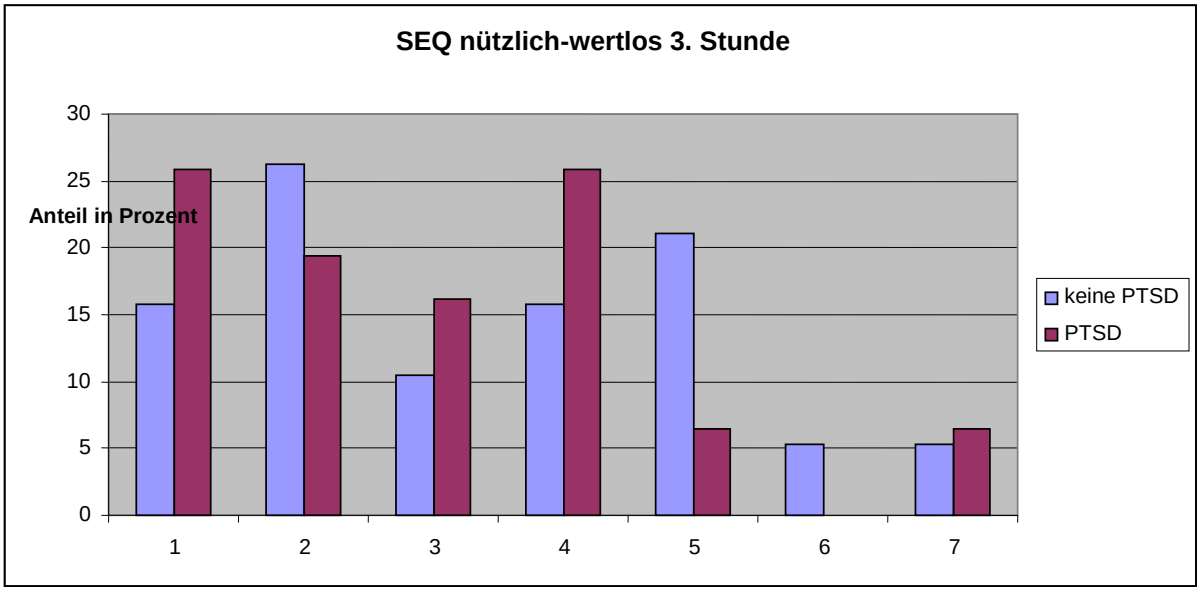

Abbildung 27: ‚Nützlich-Wertlos', 3. Stunde/SEQ, Schwab 2012

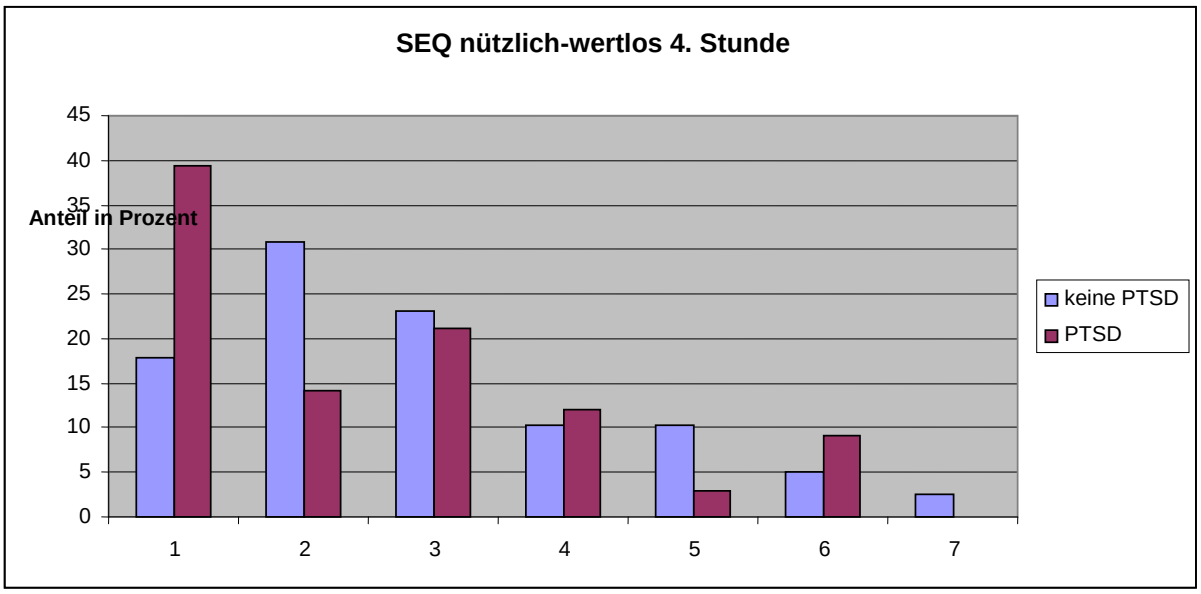

Abbildung 28: ‚Nützlich-Wertlos', 4. Stunde/SEQ, Schwab 2012

Die Ergebnisse sprechen insgesamt für Hypothese 1: PatientInnen mit PTSD-Symptomatik profitieren am Anfang der KBT mehr vom Therapieangebot als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik. Dies ist wiederum eine Bekräftigung für die körperbezogene Traumatherapie wie sie in der vorliegenden Arbeit beschrieben wurde.

9.4.3.2 Hypothese 2: Wird der diagnoseabhängige Nutzen durch das initiale Ausmaß an Beschwerden erklärt.

Zur Überprüfung der 2. Hypothese wurde eine Mediationsanalyse gerechnet (siehe Abbildung 30). Unter einer Mediation versteht man, dass eine Drittvariable den Zusammenhang zwischen zwei anderen Variablen erklärt.

Um von einer Mediation sprechen zu können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein (Preacher 2010):

1. Die Diagnose (UV) hat einen signifikanten Effekt auf das Beschwerdeerleben BSI (Pfad a),

2. Die Diagnose (UV) hat ohne Einbeziehung des Mediators einen signifikanten

Effekt auf das Nutzenkönnen (Pfad c) und,

3. Das Beschwerdeerleben (M) sagt signifikant das Nutzenkönnen (AV) vorher (Pfad b).

Eine Mediation liegt dann vor, wenn der Regressionspfad von Diagnose (UV) auf Nutzenkönnen (AV) unter Hinzunahme des Mediators in das Messmodell signifikant abnimmt (Baron 1986).

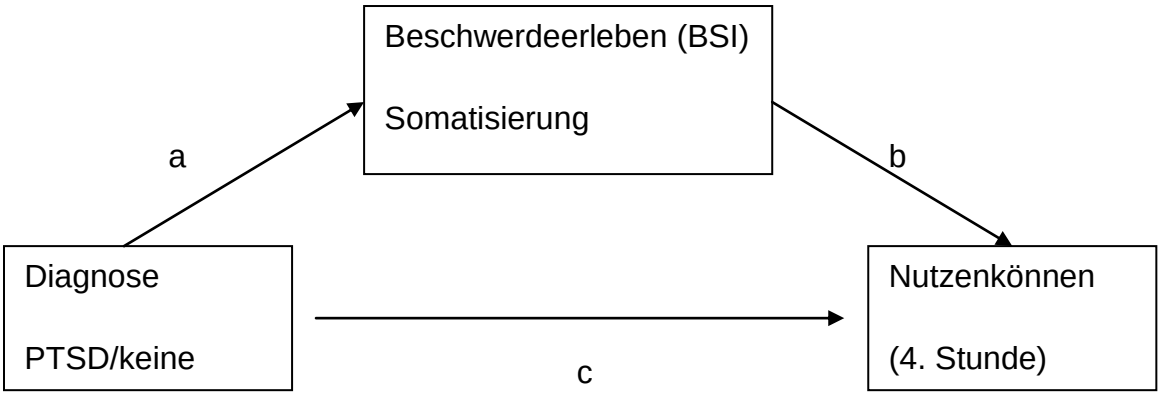

Abbildung 29: Mediationsmodell nach Preacher und Leonardelli 2010, Schwab 2012

Aus der Korrelationstabelle und aus den Ergebnissen zur Überprüfung der Hypothese 1 wissen wir, dass die Diagnose nur einen signifikanten Effekt auf das Nutzenkönnen der 4. Stunde hat. Wir werden deswegen den Mediationseffekt nur mit der abhängigen Variablen „Nutzenkönnen der 4. Stunde“ rechnen. Zudem ist aus der Korrelationstabelle zu entnehmen, dass die erste Bedingung des Mediationsmodells nach Preacher und Leonardelli (2010) für alle drei Skalen des BSI erfüllt ist. Die Diagnose korreliert mit dem Grad der Somatisierung (r = 0.23), dem Grad der Depression (r = 0.40) und dem Ausmaß an Angst (r = 0.41).

Bezüglich der dritten Bedingung (Pfad b) wissen wir, dass BSI-Somatisierung (*r* =0.27) und BSI-Angst (*r*= 0.26) signifikant mit dem Nutzenkönnen der 4. Stunde korrelieren.

Als nächster Schritt wurde ein Sobeltest gerechnet. Preacher stellt im Internet ein kostenloses Tool zur Verfügung (http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm), mit dem sich der Sobeltest mit Eingabe der Regressionskoeffizienten und Standardfehler berechnen lässt.

Für die Variable Beschwerdeerleben-Angst (BSI) ergab sich ein nichtsignifikanter Sobeltest, z = 1.54, p = .12. Auch für die Variable Beschwerdeerleben-Somatisierung (BSI) ergab sich kein signifikantes Ergebnis, z = 1.05, p = .29. Die Ergebnisse sind so zu interpretieren, dass der Zusammenhang zwischen der Diagnose und dem Nutzenkönnen der 4. Stunden nicht ausreichend durch den Beschwerdegrad (Angst bzw. Somatisierung) erklärt werden kann.

9.4.3.3 *Hypothese 5: Welche Rolle spielt die interpersonelle Abgrenzungsfähigkeit. Ist die interpersonelle Abgrenzungsfähigkeit ein Mediator des Zusammenhangs zwischen Diagnose und Nutzenkönnen der 4. Stunde.*

In Bezug auf die Abgrenzungsfähigkeit konnte ein signifikanter Unterschied zwischen PatientInnen mit und ohne PTSD-Symptomatik gefunden werden, t (1,72) =-3.41, $p < .001$. Ein Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass sich PatientInnen mit PTSD-Symptomatik (M = 2.97, SD = 0.76) größere Abgrenzungsschwierigkeiten haben als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik (M = 2.31, SD = 0.87).

Die Korrelationsanalyse zeigt außerdem, dass die interpersonelle Abgrenzungsschwierigkeit, gemessen mittels IIP-32 (Item 1, 4, 11, 19, 25), positiv mit dem Nutzenkönnen der 3. und 4. Stunde korreliert (3. Stunde: $r = 0.23$, $p < 0.05$; 4. Stunde: $r = 0.25$, $p < 0.05$). Je geringer sich die PatientInnen abgrenzen können, desto besser können sie das KBT-Angebot nutzen.

Auch hier rechneten wir einen Sobeltest, um zu überprüfen, ob die Abgrenzungsfähigkeit ein Mediator für das Nutzenkönnen von KBT-Angeboten ist. In Bezug auf die 4. Stunde ergab sich kein signifikanter Mediationseffekt: $z = 1.26$, $p = .21$.

9.4.3.4 *Hypothese 3 und 4.: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Diagnose, dem körperbezogenen Selbsterleben (SB-KBT-G) und der ablehnenden Körperbewertung (FKB)?*

Zur Überprüfung der dritten Hypothese, ob PatientInnen mit PTSD-Symptomatik ein geringeres körperbezogenes Selbsterleben haben als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben mit der abhängigen Variablen „Körperbezogenes Selbsterleben“ in der 3. bzw. 4. KBT- Stunde (SB-KBT) gerechnet. Abbildung 31 zeigt die Mittelwerte der Skalen Körperbezogenes Selbsterleben des SBK-KBT-G für die 3. und 4. Stunde. In der Grafik zeigt sich, dass PatientInnen mit PTSD-Symptomatik tendenziell ein geringeres körperbezogenes Selbsterleben sowohl in der 3. als auch 4. Stunde haben. Ein Vergleich der Mittelwerte mittels t-Test ergab, dass der Unterschied in der dritten Stunde zwischen PatientInnen mit PTSD ($M = 2.23$, $SD = 1.10$) und PatientInnen

ohne PTSD-Symptomatik (*M* = 2.64, *SD* = 0.79) signifikant wurde, *t* (1, 74) = 1.89, *p* < .05. In der vierten Stunde wurde dieser Unterschied (PTSD: *M* = 2.48, *SD* = 1.03; keine PTSD: *M* = 2.63, *SD* = 0.64) nicht signifikant, *t* (1, 74) = 0.76, *p* = 0.22.

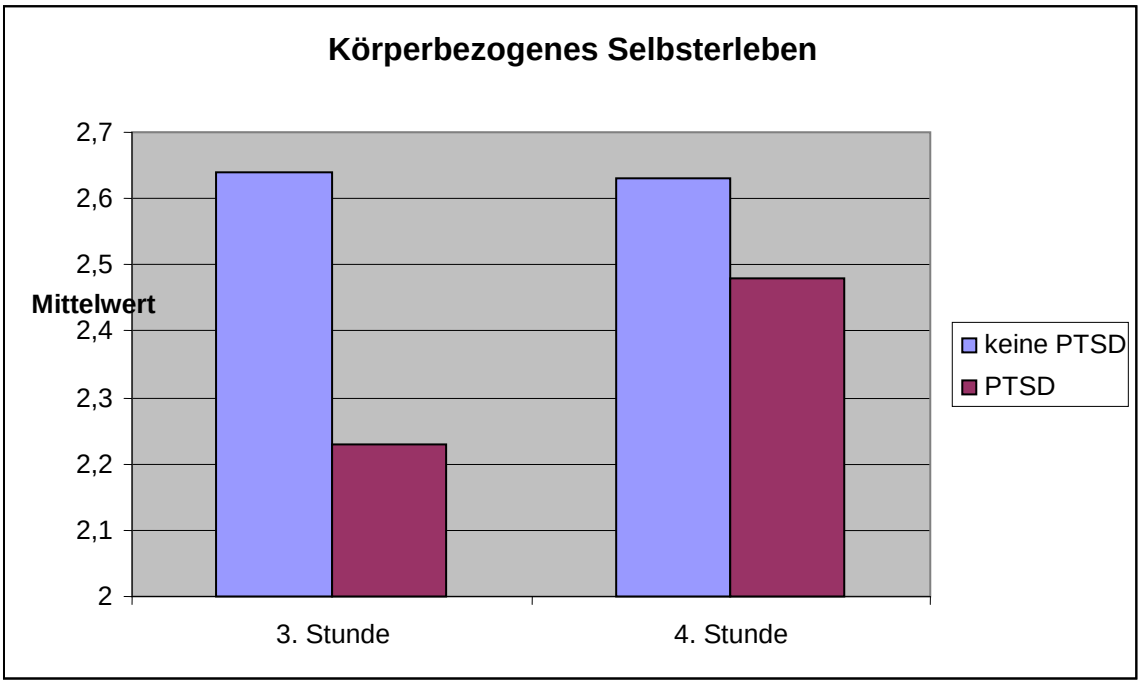

Abbildung 30: Körperbezogenes Selbsterleben 3. + 4. Stunde/FKB-20, Schwab 2012

Uns interessierte außerdem, ob der Zusammenhang durch das Ausmaß an ablehnender Körperbewertung, gemessen mit dem FKB, moderiert wird (Hypothese 4). Wir nehmen an, dass nur bei PTBS-Patienten mit hoher ablehnender Körperbewertung auch ein geringes körperbezogenes Selbsterleben eintritt. Dazu berechneten wir einen Interaktionsterm (FKB-AK x Diagnose) und rechneten eine zweistufige Regressionsanalyse. Wenn der Interaktionsterm signifikant wird, kann man davon ausgehen, dass das Ausmaß an ablehnender Körperbewertung ein Moderator ist. Für die dritte Stunde ergab sich dadurch ein signifikanter Interaktionsterm, ß = -1,35, *p* < .05.

Prädiktor	ß	*p*
Diagnose	0.50	.03
Ablehn. Körperbewertung	0.60	.09
Interaktion	-1.35	.004

Anmerkung. β = standardisierter Regressionskoeffizient, abhängige Variable = körperbezogenes Selbsterleben in der 3. Stunde.

Abbildung 31: Gestufte Regressionsanalyse mit dem Interaktionsterm aus Diagnose und ablehnender Körperbewertung, Schwab 2012

Teilt man die Stichprobe in PatientInnen mit hoher ablehnender Körperbewertung (> M+ 1 SD) und Pat. mit niedriger bis mittlerer ablehnender Körperbewertung ein und rechnet für beide Gruppen getrennt Regressionsanalysen, so erhält man für die erste Gruppe (hohe ablehnende Körperbewertung) einen signifikanten Regressionskoeffizient (β = -0.76, $p < .05$). Der Regressionskoeffizient in der zweiten Gruppe (niedrige/mittlere ablehnende Körperbewertung) ergab sich kein signifikanter Regressionskoeffizient, β = -0.02, $p < .90$. Dies zeigt, dass PTSD-PatientInnen nur ein geringeres körperbezogenes Selbsterleben haben, wenn sie eine hohe ablehnende Körperbewertung haben. Bei niedriger bis mittlerer ablehnender Körperbewertung gibt es keine Unterschiede zwischen den Diagnosen.

Für die 4. Stunde ergab sich kein signifikanter Interaktionsterm, ß = -0.74, $p = .14$.

9.5 Zusammenfassung / Diskussion der Ergebnisse

9.5.1 Resultate und Studienhypothesen

Zusammenfassend zeigte sich, dass PatientInnen mit PTSD-Symptomatik das KBT-Angebot am Anfang der Therapie (4. Stunde) besser nutzen können als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik. PTSD- PatientInnen haben eine höhere Symptombelastung, gemessen mit dem BSI und den drei Aspekten Somatisierung, Depression und Angst. Nachdem eine höhere symptomatische Belastung mit einem höheren Nutzenkönnen einherging, war zu vermuten, dass das Ausmaß an Symptombelastung ein Mediator ist. Die Symptombelastung war jedoch keine ausreichende Erklärung für den unterschiedlichen Nutzen je nach Diagnose. Hypothese 2 konnte hier nicht bestätigt werden.

Auch die interpersonelle Abgrenzungsfähigkeit korrelierte mit dem Nutzenkönnen. Das KBT-Angebot ermöglicht gerade für Pat. mit Schwierigkeiten bei der interpersonellen Abgrenzung die Stunde für sich sinnvoll nutzen zu können. Auch hier ergab sich kein signifikanter Mediationseffekt, ob PTSD-PatientInnen gehäuft Schwierigkeiten mit der Abgrenzungsfähigkeit bzw. Nähe-Distanz-Regulation haben. Am Sobeltest ist allerdings kritisch anzumerken, dass er stark von der Stichprobengröße abhängig ist und eine Normalverteilung der Variablen annimmt.

Wir untersuchten auch, ob es Unterschiede bei den PatientInnen mit und ohne PTSD-Symptomatik in Bezug auf das körperbezogene Selbsterleben am Therapieanfang gibt. Es zeigte sich, dass gerade PTSD-PatientInnen ein geringeres körperbezogenes Selbsterleben am Therapieanfang haben. Dies stimmt gut mit bisherigen Befunden überein, dass PTSD-PatientInnen eine eingeschränkte Körperwahrnehmung haben, die sich auch nicht so schnell ändern kann. Interessanterweise ließ sich dieses Muster auch in Form eines Moderationseffektes abbilden. PTSD-Patienten haben anfangs nur ein geringeres körperbezogenes Selbsterleben als die anderen PatientInnen, wenn sie mit einer hohen ablehnenden Körperbewertung in die Therapie starten.

9.5.2 Diskussion der Resultate

Es hat sich mittels IIP-32 gezeigt, dass traumatisch Belastete sich weniger abzugrenzen vermögen als PatientInnen ohne PTSD-Symptomatik. Vermutlich liegt die Ursache dafür in der komplexen Vorgeschichte vieler traumatisierter PatientInnen. Da diese Abgrenzungsschwierigkeit positiv mit dem Nutzenkönnen in der 3. und 4. Stunde korreliert, wird hierdurch der in der Praxis gute und nützliche Prozess in der KBT-Gruppentherapie deutlich: die ressourcenorientierten KBT-Angebote sowie auf Stabilisierung Wert legende TherapeutInnen schaffen eine sichernde Basis in der Therapieanfangsphase, auf der Traumatisierte ihre Themen bearbeiten können. Und je geringer sich PatientInnen abgrenzen können, umso besser nutzen sie das KBT-Angebot. Dafür ist das in der vorliegenden Arbeit bearbeitete Thema der Wiederholung und des Übens im Alltag (Cserny/Tempfli; Heinz/Wild; Ogden; Paluselli; Plassmann; Reddemann; Schmitz) mit bestimmend: eine langfristig angelegte Therapie, um annehmen zu können was war und wie es ist im Hier und Jetzt, und dann das jedem Einzelnen gemäße **Abgrenzungspotential** (z.B. Zentrieren/Wegstoßen/Gleichgewicht) im therapeutischen Kontext wirklich entfalten zu dürfen. Damit kann sich ihre Lebenssituation nachhaltig bessern. In der Therapieanfangsphase ist genau dieser Schritt noch nicht vollzogen, was der 4. Hypothese und auch dem Ergebnis entspricht, indem sich zeigt, dass eine hohe ablehnende Körperbewertung bei PTSD-PatientInnen mit einem geringen körperbezogenen Selbsterleben zusammenkommt.

Auch aus dem Ergebnis (Stundenfragebogen SEQ) ist zu ersehen, dass die Mehrzahl der PatientInnen die KBT-Stunde ‚nützlich' finden, nur wenige bewerteten sie als ‚wertlos'. Traumatisierte können in einem störungsspezifischen stationären Behandlungsprogramm bei den damit verbundenen Aufgaben lernen, ihre Unterscheidungsfähigkeit im Umgang mit starken Affekten (traumatisch oder der Situation angemessen) zu schulen, wie es in dieser Arbeit beschrieben wurde. Traumatisierte können erleben, dass sie mit der Wahrnehmungsschulung und symbolisierenden Transformation in ein **autonomes Arousal** zurückkehren können, das ihnen adäquate Toleranzfenster zugänglich wird und sie es verwalten. Dann haben sie die Möglichkeit ihre Abgrenzungsschwierigkeiten in der Nähe-Distanzregulation auf verschiedenen Ebenen zu steuern, und sie gewinnen damit eine neue Lebensqualität.

10 Schluss

„Ich finde deine Fragestellung interessant, die unbewusste Abwehrstrategie Dissoziation bewusst "handhabbar" zu machen und damit den salutogenetischen Aspekt in den Vordergrund zu stellen. Die Idee von Schigl, speziell auf Angebote zu achten, finde ich interessant.“

Aus einer Email meiner KBT-Kollegin Karin Pernstich 2010

Die hier vorgelegte Arbeit folgt im Wesentlichen der Frage nach der vielfältigen Qualität des Dissoziierens, ob es darin eine Balance gibt, mit der Menschen in unerträglichen oder unerwarteten Situationen auf allen Daseinsebenen, konstruktiv die damit einher gehenden Ängste und Grenz(überschreitungs)erfahrungen bewältigen können.

Die KBT mit dem Dissoziationsmodell nach Cserny sowie moderne traumatherapeutische Methoden mit ihrem körperorientierten Ansatz erfüllen die Schulung der Sinne (Cserny/Scheurle), das Klären von Grenzen, das „Da sein“ in körperbezogenem Selbsterleben sowie den Aspekt der inneren Ruhe (Achtsamkeit/Awareness) in jeder Weise.

Nach der Darstellung der posttraumatischen Belastungsstörung und Klärung der Vielschichtigkeit von Dissoziationen wird deutlich, dass die Effizienz der PTSD-Behandlung nur im Rahmen von bewusster Körpererfahrung gegeben ist. Wie darin die KBT eingebunden ist, erbrachte die quantitative Studie, denn die nutzenbringende Rolle der KBT-Gruppentherapie bei traumatisch Belasteten in psychosomatischen Kliniken konnte gezeigt werden. Der subjektive Nutzen für PTSD-PatientInnen wurde sichtbar gemacht: PTSD-PatientInnen konnten die vierte KBT-Stunde signifikant besser nutzen als PatientInnen ohne PTSD (Kap. 9.4.3/Abb.“Nutzenkönnen“).

77 ausgefüllte Fragebögen bilden die Grundlage für diese Studie, deren Ergebnisse im Zusammenhang gesehen werden dürfen mit den Studien der DAKBT-Forschungswerkstatt. Hier wurde im Unterschied dazu das Augenmerk auf Traumatisierte gelegt.

Wenn PTSD-PatientInnen bei geringerem körperbezogenem Selbsterleben bei gleichzeitig ablehnender Körperbewertung in den Therapiestunden die Angebote der KBT nur gering nutzen konnten, so entspricht das der Verfassung eines traumatisch belasteten Menschen: um zurück in das autonome Arousal zu kommen, benötigt es eine langfristige Stabilisierung. Dann erst kann besserer Zugang zum Körper gefunden werden. Die Beschäftigung mit dem Toleranzfenster hat darüber Aufschluss gegeben.

Die Darstellung der Traumakonzepte der Gegenwart (PITT, EMDR, SMP usw.) aus dem Blickwinkel der Stabilisierung wurde mit der KBT in enge Beziehung gesetzt. Sie alle erfüllen die Bedürfnisse, die traumatisch belastete PatientInnen in ihrem Heilungsprozess haben, wenn sie sich von dem negativen Material, das sie belastet zu dem Bereich der universellen Ressourcen bewegen (s. Plassmann Kap. 6.4.4). Unter dieser Anregung (Erlernen von nachhaltigen Escape-Strategien sowie das vertiefte Selbsterleben über die Symbolisierungsarbeit) werden traumatisch belastete Menschen in sukzessivem Vorgehen (wieder) beziehungsfähig und kommen durch normalisierte Emotionsregulation in die eigenverantwortliche Steuerung ihrer individuellen Lebensverhältnisse.

Die Selbstwirksamkeit der Menschen zu fördern steht an erster Stelle für den traumatherapeutischen Prozess. Dies stellt einen Brückenschlag zwischen der KBT und traumatherapeutisch-körperorientiertem Wirken (im Sinne von Huber, Ogden, Peichl, Reddemann, Schmitz, Shapiro, Plassmann, vanderHart, vanderKolk u.a.) dar.

11 Quellenverzeichnis

11.1 Literaturverzeichnis

Anderssen-Reuster (Hg.), Ulrike. *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode.* Stuttgart: Schattauer, 2007.

Antonovsky, Aaron. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: Dgvt, 1997.

Argelander, Hermann. *Das Erstgespräch in der Psychotherapie.* Darmstadt: Primus, 1999.

Arps-Aubert, Edith von. *Das Arbeitskonzept von Elsa Gindler (1885-1961) dargestellt im Rahmen der Gymnastik der Reformpädagogik. ‚Zulassen, dass sich etwas ändert'.* Hamburg: Kovac, 2012.

Baron, R. M. & Kenny, D. A. „The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations." *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1986: 1173-1182.

Becker, Hans. *Konzentrative Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess.* Gießen: Psychosozial, 2001.

Besser, Lutz. *Psychotraumatologie und Traumatherapie. "KReST"-Seminarmappe.* Isernhagen/Bad Endorf: Zentrum für Psychotraumatologie und Traumatherapie Niedersachsen "zptn", 2009-2011.

Betker, Waltraut. „Sprechen und Handeln." In *Lehrbuch Konzentrative Bewegungstherapie. Grundlagen und klinische Anwendung*, von Evelyn Schmidt (Hg.), 76-79. Stuttgart: Schattauer, 2006.

Breitenborn, Christine. „Chronischer Schmerz." In *Lehrbuch der Konzentrativen Bewegungstherapie. Grundlagen und klinische Anwendung*, von Evelyn Schmidt (Hg.), 179-195. Stuttgart: Schattauer, 2006.

—. *Zur Phänomenologie des chronischen Schmerzes. Der KBT-spezifische Ansatz zur Affektdifferenzierung bei Patienten mit chronischer Schmerzerkrankung.* München: Zulassungsarbeit zur Lehrbeauftragung des DAKBT, 2007.

Cortina, J. M. „What is coefficient alpha? An examination of theory and applications.“ *Journal of Applied Psychology, 78*, 1993: 98-104.

Cserny, Sylvia. *Das Leib-Seele Problem. Entwicklungspsychologische Grundlagen für eine körperorientierte Psychotherapie am Beispiel der Konzentrativen Bewegungstherapie.* Salzburg, 1989.

Cserny, Sylvia, und Christa Paluselli (Hg.). *Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens. Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie.* Würzburg: Königshausen & Neumann, 2006.

Cserny, Sylvia, und Ulrike Tempfli. „Wirkung der Körperinterventionen auf das psychische Geschehen und dessen Veränderung.“ In *Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens.*, von Sylvia Cserny und Christa Paluselli, 11-30. Würzburg: Königshausen & Neumann, 1999.

Dilling (Hg.), H. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen.ICD-10 Kapitel V (F).* Bern: Huber, 2000.

DIMDI. „Dissoziative Störungen.“ *ICD-10-GM Vers. 2013.* Okt 2012.

Ermann, Michael. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage.* Stuttgart: Kohlhammer, 2007.

Fetscher, Michaela. *Von der Pathogenese zur Salutogenese. Gesundheitsstärkung bei Frauen durch Selbstfürsorge.* Kiel: Diplomarbeit an der FH Kiel, 2009.

Fischer, Gottfried, und Peter Riedesser. *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* München: Reinhardt, 2009.

Gindler, Elsa. „Die Gymnastik des Berufsmenschen (1926).“ In *Elsa Gindler - von ihrem Leben und Wirken. 'Wahrnehmen, was wir empfinden'*, von Sophie Ludwig (Hg.), 83-93. Hamburg, 2002.

Glasl, Friedrich. *Konflikt Krise Katharsis.* Stuttgart: Freies Geistesleben, 2007.

Gräff, Christine. *Konzentrative Bewegungstherapie in der Praxis.* Stuttgart: Hippokrates, 2000.

Heinz, Peter, und Gabriela Wild. „Mit der Phobie vor der Wahrnehmung von Gefühlen und Körperempfindungen umgehen lernen - ein störungsspezifisches Gruppenkonzept für PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen.“ 150-165. Stuttgart: Schattauer, in Druck.

Hochgerner, Markus. *Die Verwendung von Gegenständen in der Psychotherapie Erwachsener. Masterthese zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science-MSc/Psychotherapie“.* Krems: Donau-Universität, 2007.

Hochgerner, Markus, und Waldtraut Fetscher (Hg.). „Werte und Visionen schaffen Wirklichkeiten. KBT als Psychotherapieverfahren in Österreich und in der Slowakei.“ *Konzentrative Bewegungstherapie Zeitschrift DAKBT & ÖAKBT*, Nr.42, 2011: 75-82.

Huber, Michaela. *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1.* Paderborn: Junfermann, 2003.

—. *Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung.* Paderborn: Junfermann, 2005.

—. *Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2.* Paderborn: Junfermann, 2009.

Hüther, Gerald. *Was wir sind und was wir sein könnten. Ein neurobiologischer Mutmacher.* Ffm: Fischer , 2011.

Kernberg (Hg.), Otto, Bürger Dulz, und Ulrich Sachsse. *Handbuch der Borderline-Störungen.* Stuttgart New-York: Schattauer, 2000.

Kirchhoff, Sabine, Sonja Kuhnt, Peter Lipp, und Siegfried Schlawin. *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung.* Wiesbaden: Springer, 2010.

Klampfl, Petra. *Selbstzerstörung und Selbstfürsorge im Kontext stationärer Krisentherapie bei Menschen mit Persönlichkeitsstörung, Masterthese zur*

Erlangung des akademischen Grades „Master of Science-MSc/Psychotherapie". Krems: Donau-Universität , 2007.

König, Karl. *Abwehrmechanismen.* Göttingen: VandenHoeck & Rupprecht, 1996.

Langer, Susanne. *Philosophie auf neuem Wege.* Ffm: Fischer, 1984.

Lüderitz, Susanne. *Wenn die Seele zersplittert.* Paderborn: Junfermann, 2005.

Ludwig (Hg.), Sophie. *Elsa Gindler – von ihrem Leben und Wirken. ‚Wahrnehmen, was wir empfinden'.* Hamburg: Christians, 2002.

Mentzos, Stavros. *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven.* Ffm: Fischer, 1984.

Nijenhuis, Ellert. *Somatoforme Dissoziation, Phänomene, Messung und theoretische Aspekte. .* Paderborn: Junfermann, 2006.

Nørretranders, Tor. *Spüre die Welt, Die Wissenschaft des Bewusstseins. .* Hamburg: Rowohlt, 1994.

ÖAKBT. „Methodenbeschreibung und Ziele in der KBT." *Jahresprogramm.* Salzburg, 1990.

Ogden, Pat, Kekuni Minton, und Clare Pain. *Trauma und Körper, Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz.* Paderborn: Junfermann, 2010.

Paluselli, Christa. „KBT im Lichte der Neurowissenschaft - KBT als expliziter Zugang zu impliziten, unbewussten Gedächtnisinhalten, Zulassungsarbeit als Lehrtherapeutin im ÖAKBT." In *Der Körper ist der Ort des psychischen Geschehens.Grundlagenwissen der Konzentrativen Bewegungstherapie*, von Sylvia Cserny und Christa Paluselli (Hg.). Würzburg: Königshausen & Neumann., 2006.

Peichl, Jochen. *Innere Helfer, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst. .* Stuttgart: Klett-Cotta., 2007.

—. *Jedes Ich ist viele Teile. Die inneren Selbst-Anteile als Ressource nutzen.* München: Kösel, 2010.

Pfitzer, Joachim. „Wunderbare Wärme.“ *Weleda Nachrichten. Schwäbisch Gmünd*, Nr. 251 2008: 18-23.

Plassmann, Reinhard, Marion Seidel, Thomas Burkart, und Christian Uebele. *Die Kunst des Lassens. Psychotherapie mit EMDR für Erwachsene und Kinder.* Gießen: psychosozial, 2007.

Pokorny, Veronika, Markus Hochgerner, und Sylvia Cserny. *Konzentrative Bewegungstherapie. Von der körperorientierten Methode zum psychotherapeutischen Verfahren. Dokumentation zur Einreichung als fachspezifische Psychotherapiemethode bei BMfG, Wien.* Wien: Facultas, 1996.

Preacher, K. J. & Leonardelli, G. J. *Calculation for the Sobel test. An interactive calculation tool for mediation tests.* http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm, 2010.

Purschke-Heinz, Barbara, und Renate Schwarze (Hg.). *KBT auf dem Weg. Gedenkschrift für Helmuth Stolze, den Begründer der Konzentrativen Bewegungstherapie.* Telgte: DAKBT, 2006.

Raithel, Jürgen. *Quantitative Forschung. Ein Praxisbuch.* Wiesbaden: Springer, 2008.

Reddemann, Luise. *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Reihe Leben lernen 141.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta , 2001.

—. „Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann.“ *Zeitschrift für Psychotraumatologie & Psychologische Medizin* , Heft 2 1. Jg. 2003.

Reddemann, Luise, und Ulrich Sachsse. „Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen PTBS vom Phänotyp Borderline-Persönlichkeitsstörungen.“ In *Handbuch der Borderline-Störungen*, von Otto Kernberg (Hg.), 555-571. Stuttgart-New York: Schattauer, 2001.

Rudolf, Gerd. *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen.* Stuttgart: Schattauer, 2005.

Sack, Martin. *Der Einfluss akuter dissoziativer Symptome auf die autonom-vegetative Regulation. Korrigierte Fassung der Habilitationsschrift an der Medizinischen Hochschule Hannover.* Hannover: Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2005.

—. „Folgen schwerer Traumatisierungen – klinische Bedeutung." *http://www.martinsack.de/_downloads/Sack_Komplexe_PTBS_2005.pdf.* 2005.

Sack, Martin. „Vortrag DAKBT-Jahrestagung, Bad Hoechst 2009." *Konzentrative Bewegungstherapie, Zeitschrift des DAKBT und ÖAKBT* , Nr.41, 2010.

Scheurle, Hans-Jürgen. *Die Gesamtsinnesorganisation. Phänomenologische und erkenntnistheoretische Grundlagen der allgemeinen Sinnesphysiologie.* Stuttgart: Thieme, 1984.

Schmidt, Evelyn. *Sprechen und Bewegen. Sprechen und Bewegen aus der Sicht der Konzentrativen Bewegungstherapie.* Buschhoven: Zulassungsarbeit i.R. der Lehrbeauftragtenprüfung beim DAKBT, 1994.

Schmidt, Evelyn. „Zur Bedeutung des Körperbildes." In *Lehrbuch Konzentrative Bewegungstherapie*, von Evelyn Schmidt (Hg.), 3-20. Stuttgart: Schattauer, 2006.

Schmitz, Ulrike. *Konzentrative Bewegungstherapie zur Traumabewältigung.* Göttingen: Vandenhoeck+Rupprecht, 2004.

Schreiber-Willnow, Karin. *Körper-, Selbst- und Gruppenerleben der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie.* Gießen: Psychosozial, 2000.

—. „Die symbolische Bedeutung des Körpersymptoms. Zur Behandlung psychogener Bewegungsstörungen mit Konzentrativer Bewegungstherapie ." *Psychotherapie Forum 17*, 2009: 125-130.

Schwarzmann, Melitta, und Markus Hochgerner. „Seinsangst oder mangelnde Selbstgewissheit." *Psychotherapieforum, 8.*, 2000.

Seidler, Klaus-Peter, Alexandra Epner, Swantje Grützmacher, und Karin Schreiber-Willnow. „Welche Patienten erleben die KBT als hilfreich? Zum Zusammenhang von Patientenmerkmalen und Patientenerleben in der KBT-Stunde." *Vortragsmanuskript (powerpoint).* Bad Bevensen: AK Stationäre Gruppentherapie-Treffen, 26./27.10.12.

—. „Welche Patienten erleben die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) als hilfreich? Zum Zusammenhang von Patientenmerkmalen und Stundenerleben in der KBT-Stunde.“ 2011.

Seidler, Klaus-Peter, Karin Schreiber-Willnow, und Swantje Grützmacher. „Wie erleben Patienten die KBT-Stunde? Ergebnisse der Untersuchung zum revidierten KBT-Stundenbogen.“ *Konzentrative Bewegungstherapie. Zeitschrift des DAKBT und ÖAKBT*, 2010, Nr.41: 32.

—. „Wie erleben Patienten die KBT-Stunde? Ergebnisse der Untersuchung zum revidierten KBT-Stundenbogen.“ *Zusammenfassung des gleichlautenden Vortrags, gehalten auf der 12. KBT-Forschungswerkstatt.* Bad Honnef: DAKBT-Forschungswerkstatt, Feburar 2010.

Selawry, Alla. *Das immerwährende Herzensgebet: Ein Weg geistiger Erfahrung.* Barth, 1976.

Sendera, A., und M. Sendera. *Skills-Training bei borderline- und posttraumatischer Belastungsstörung.* Wien – New York: Springer, 2005.

Sensory Awareness, Foundation. *Erinnerungen an Elsa Gindler. Berichte, Briefe, Gespräche mit Schülern.* München: Zeitler, 1991.

Shapiro, Francine. *EMDR-Manual, Modul 1.* Bergisch Gladbach: EMDR; Hofmann, Arne, 1994a.

—. *EMDR-Manual, Modul 3.* Bergisch Gladbach : EMDR; Hofmann, Arne, 1994b.

Stolze (Hg.), Helmuth. *Die Konzentrative Bewegungstherapie, Grundlagen und Erfahrungen.* Berlin: Springer Verlag, 1989.

VanderHart, Onno, Ellert Nijenhuis, und Kathy Steele. *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung.* Paderborn: Junfermann, 2006.

vanderKolk, Bessel, Alexander McFarlane, Lars Weisaeth, und Hg. *‚traumatic stress‘, Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie.* Paderborn: Junfermann, 2000.

wikipedia. „http://de.wikipedia.org/wiki/Antonovsky.“ Okt 2012.

—. „http://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation.“ 2011.

—. „http://de.wikipedia.org/wiki/Multistabile_Wahrnehmung.“ Sept 2012.

—. „http://de.wikipedia.org/wiki/Pierre_Janet.“ Mai 2011.

—. „http://de.wikipedia.org/wiki/PTBS.“

—. „http://de.wikipedia.org/wiki/Sinn_%28Wahrnehmung%29.“ Nov 2012.

—. „http://de.wikipedia.org/wiki/Wahrnehmung.“ Dez 2012.

—. „http://de.wikipedia.org/wiki/Wärme.“ Sept 2012.

Yalom, Irvin. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie.* Stuttgart : Klett-Cotta, 2007.

11.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Gestaltkreis nach Weizsäcker 23
Abbildung 2: Zifferblatt der Qualitäten nach Scheurle 37
Abbildung 3: Werte der Persönlichkeit nach Besser/Hüther 2010, Fetscher 2012 . 39
Abbildung 4: Polarität der posttraumatischen Symptomatik, Sack, 2005..... 54
Abbildung 5: Kippfigur 61
Abbildung 6: Kippfigur 61
Abbildung 7: Das minoische Labyrinth, Glasl 2007 63
Abbildung 8: Das christliche Labyrinth von Chartres, Glasl 2007 64
Abbildung 9: Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2001 68
Abbildung 10: Das Konzept der Hysterie im Wandel, Ermann 2007..... 71
Abbildung 11: Komorbiditäten, Besser 2005..... 73
Abbildung 12: Der Austausch mit der Umwelt formt neuronale Netze aus 78
Abbildung 13: Intensität des Blutflusses im CT, Reinders et al. bei Shapiro 1994b 79
Abbildung 14: Stress-Toleranzfenster nach Siegel 2006, Besser/ Brisch 2009..... 89
Abbildung 15: Walking Man, München, ... 91
Abbildung 16: Bipolares Prinzip zur Ressourcenorganisation, Plassmann 2007.... 98
Abbildung 17: Die drei Arousal-Zonen: ein einfaches Modell zum Verständnis der Regulierung des autonomen Arousals, Siegel 2006/Ogden 2010/Fetscher 2012 106
Abbildung 18: Die Korrelation der drei Arousal-Zonen und die polyvagale Hierarchie 109
Abbildung 19: Traumatische Affekte und normale Emotionsregulation, Heinz/Wild 2012..... 112
Abbildung 20: Ungeeignete Bewältigungsstrategien, Heinz/Wild 2012 113
Abbildung 21: Traumatische Affekte und mehrschrittiger Einsatz von Skills, Heinz/Wild 2012 114
Abbildung 22: Geschehen lassen, Gindler bei Ludwig, 2002..... 124
Abbildung 23: Studienhypothesen 148
Abbildung 24: Überblick über Zusammenhänge der einzelnen Variablen, Schwab 2012..... 151
Abbildung 25: Tabelle: Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbachs Alpha, Schwab 2012..... 156
Abbildung 26: ‚Nutzen Können‘ der 3. + 4. Stunde/SBK-KBT-G, Schwab 2012... 158
Abbildung 27: ‚Nützlich-Wertlos', 3. Stunde/SEQ, Schwab 2012..... 159

Abbildung 28: ‚Nützlich-Wertlos‘, 4. Stunde/SEQ, Schwab 2012..... 159
Abbildung 29: Mediationsmodell nach Preacher und Leonardelli 2010, Schwab 2012 161
Abbildung 30: Körperbezogenes Selbsterleben 3. + 4. Stunde/FKB-20, Schwab 2012..... 163
Abbildung 31: Gestufte Regressionsanalyse mit dem Interaktionsterm aus Diagnose und ablehnender Körperbewertung, Schwab 2012..... 164

11.3 Abkürzungsverzeichnis

AVs: Abhängige Variablen

D: Dissoziation

DAKBT: Deutscher Arbeitskreis für Konzentrative Bewegungstherapie

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)

DUK: Donau-Universität Krems

EMDR: EMDR-Methode („Eye Movement Desensitization and Reprocessing“)

EPs: Emotionale Persönlichkeits-Anteile

FBo/Fbö: Fragebögen

ICD-10: International Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation der Krankheiten), 10. Revision

KBT: Konzentrative Bewegungstherapie

KReST: Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie

NP/ANPs: (anscheinend) normale Persönlichkeits-Anteile

ÖAKBT: Österreichischer Arbeitskreis für Konzentrative Bewegungstherapie

OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

PITT: Psychodynamisch Imaginative Trauma-Therapie

PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung (Posttraumatic-Stress-Disorder)

SMP: Sensumotorische Psychotherapie

UVs: Unabhängige Variablen

ZNS: Zentrales Nervensystem

11.4 Anhang

Masterarbeit Waldtraut M. Fetscher
Psychotherapeutin/Konzentrative Bewegungstherapie ÖAKBT
Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

PatientInnen-Information

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meines Studiums an der Donau-Universität Krems (DUK) verfasse ich eine wissenschaftliche Arbeit (Masterthese), in der ich untersuche mit welchen Beschwerden, belastenden Ereignissen, zwischenmenschlichen Problemen und mit welchem Erleben des eigenen Körpers PatientInnen in der Klinik ankommen und bei welchen PatientInnen sich die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) besonders hilfreich erweist.
Diese Wirksamkeitsstudie verläuft in Zusammenarbeit mit der Forschungswerkstatt des DAKBT e.V., welche im letzten Jahr Fragebögen entwickelt und bereits in Anwendung gebracht hat. Ich möchte in einem eigenständigen Projekt weitere Fragen untersuchen, um Beschwerden, zwischenmenschlichen Problemen und eigenem Körper-Erleben sowie Fragen bei belastenden Erlebnissen, die PatientInnnen hatten oder haben, nachzugehen und zu erfragen wie diese durch die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) verändert werden können. Es soll erfasst werden, wie die KBT-Behandlungsstunden von Patienten erlebt werden, um dann feststellen zu können, welche Patienten (mit welchen Problemen) die KBT als besonders hilfreich erleben.

Dafür ist es notwendig, dass viele PatientInnen in der Gruppenbehandlung mit KBT zunächst zu Beginn ihrer KBT-Behandlung Fragebögen zur Eingangsdiagnostik ausfüllen. Zwei weitere kurze, sogenannte Stundenbögen sind dann jeweils am Ende von zwei aufeinander folgenden Therapiestunden in der Anfangsphase der Behandlung auszufüllen.

Die Beantwortung der Fragebögen erfolgt **anonym**. Um aber die Fragebögen der Eingangsdiagnostik den Stundenbögen zuordnen zu können, benötigen wir von Ihnen einen Code (dieser wird auf den Fragebögen näher erläutert). Die ausgefüllten Fragebögen sollen dann dem/der KBT-TherapeutIn zurückgegeben werden. Diese/r fügt den Diagnoseschlüssel hinzu und übermittelt **ohne** weitere Informationen zur/m PatientIn die ausgefüllten Fragebögen zur statistischen Auswertung an mich bzw. die DAKBT-Forschungsgruppe weiter.

Die Teilnahme an dieser Forschungsstudie ist **freiwillig**. Wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen möchten, hat dies keinerlei Nachteile für Sie. Sie können auch jederzeit ohne Nachteile und Angabe von Gründen Ihre Teilnahme an der Studie beenden (z.B. die erhaltenen Fragebögen nicht ausfüllen).
Für weitere Informationen oder bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung (Waldtraut Fetscher, Edelweißstr. 8c, 82194 Gröbenzell/München Tel: 0151-57303830, Email: w.fetscher@gmx.at).

Besten Dank für Ihre Teilnahme!

Waldtraut Fetscher

Edelweißstr. 8c, 82194 Gröbenzell/München Tel: 0151-57303830, Email: w.fetscher@gmx.at

Datenschutzerklärung

(Bitte in der PatientInnen-Akte ablegen)

Titel der Studie:
„Differenzierte Untersuchung der Eingangsbeschwerden und Stundenerleben von PatientInnen in Gruppenstunden der Konzentrative Bewegungstherapie bei PTBS und anderen Diagnosen"

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten von mir in anonymisierter Form erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie Daten von mir unter Zusicherung voller Anonymität in Papierform erfasst und auf elektronischen Datenträgern für die Bearbeitung der Daten in der Masterthese von Waldtraut Fetscher (Donau-Universität Krems) sowie von der Forschungsgruppe des Deutsches Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT e.V.) aufgezeichnet und zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

2. Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ist unwiderruflich. Ich bin bereits darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der Studie beenden kann. In diesem Fall werden keine Daten von mir erhoben bzw. aufgezeichnet.

3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung der Studie zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

_____	_____	_____
Name	Datum	Unterschrift

Edelweißstr. 8c, 82194 Gröbenzell/München Tel: 0151-57303830, Email: w.fetscher@gmx.at

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf den folgenden Seiten finden Sie Fragebögen, in denen es darum geht, in welchem Ausmaß Sie zu Beginn ihrer KBT-Behandlung unter Beschwerden leiden, welche Probleme Sie im zwischenmenschlichen Bereich erfahren, wie Sie Ihren Körper erleben und ob belastende Erlebnisse eine Rolle spielen.

Wir möchten außerdem erfassen, welche Erfahrungen Sie in der KBT machen. Hierzu werden Sie am Ende Ihrer dritten und vierten KBT-Stunde zwei weitere sehr kurze Fragebögen erhalten. Für die Zuordnung der Fragebögen wird ein Code von Ihnen benötigt. Geben Sie bitte diesen bei den folgenden **Angaben zu Ihrer Person** mit an.

(1) **Code:** ☐☐☐☐☐

1. Buchstabe des Vornamens der Mutter*
1. Buchstabe des Vornamens des Vaters*
1. Buchstabe des eigenen Geburtsorts*
Geburtsjahr der Mutter (z.B. 1932 = 32)*

* falls unbekannt, bitte Fragezeichen stattdessen einsetzen

(Beispiel: Wenn der Vorname der Mutter Elfriede und der des Vaters unbekannt ist, Hamburg der Geburtsort ist und die Mutter 1932 geboren wurde, dann lautet das Codewort: E?H32)

(2) **Alter:** ☐☐

(3) **Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich

(4) **Schulabschluss:** ☐ Volks/Realschule ☐ Abitur/Matura

(5) **Behandlungsdauer:** ☐ 4 – 6 Wochen ☐ über 6 Wochen

(6) **Behandlungsrahmen:**

☐ (teil-) stationär (z.B. psychosomatische Klinik, Tagesklinik)

☐ ambulant (z.B.Beratungsstelle, psychotherapeutische Praxis)

(7) **Behandlungsform:**

☐ KBT-Einzelbehandlung

☐ KBT-Gruppenbehandlung

(8) **Entlassungs-Diagnosen (vom Therapeuten einzutragen):**

…… ICD-10 …..……..

…… ICD-10 …..……..

…… ICD-10 …..……..

© Masterarbeit Waldtraut Fetscher, Donau-Universität Krems 2012; Forschungsgruppe des Dt. Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT), 2010

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie die einzelnen Beschwerden sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute.**

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das zutreffende Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ....?	*überhaupt nicht*	*ein wenig*	*ziemlich*	*stark*	*sehr stark*
1. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
2. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
3. Nervosität oder innerem Zittern	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
4. Herz- oder Brustschmerzen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
5. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
6. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
7. Übelkeit oder Magenverstimmung	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
8. Schwermut	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
9. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10. Schwierigkeiten beim Atmen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
11. dem Gefühl, wertlos zu sein	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
12. Schreck- oder Panikanfällen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
13. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
14. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
15. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
16. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
17. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
18. Furchtsamkeit	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4

© Masterarbeit Waldtraut Fetscher, Donau-Universität Krems 2012; Forschungsgruppe des Dt. Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT), 2010

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge

Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war und Nein, wenn dies nicht der Fall war.

		Eigene Erlebnisse		*Als Zeuge*	
		JA	***NEIN***	***JA***	***NEIN***
1.	Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)	❑	❑	❑	❑
2.	Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)	❑	❑	❑	❑
3.	Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	❑	❑	❑	❑
4.	Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schuss-waffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)	❑	❑	❑	❑
5.	Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	❑	❑	❑	❑
6.	Sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	❑	❑	❑	❑
7.	Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet	❑	❑	❑	❑
8.	Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel)	❑	❑	❑	❑
9.	Folter	❑	❑	❑	❑
10.	Lebensbedrohliche Krankheit	❑	❑	❑	❑
11.	Anderes traumatisches Ereignis Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis. …… …… ……				
12.	Wenn sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Ereignisses an, das Sie am meisten belastet: Nr. ……..				

© Masterarbeit Waldtraut Fetscher, Donau-Universität Krems 2012; Forschungsgruppe des Dt. Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT), 2010

Im Folgenden sind Aussagen aufgeführt, die Menschen nach belastenden Lebensereignissen formuliert haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen in Bezug auf **Ihr belastendes Erlebnis** (siehe vorherige Fragebogenseite).

Wenn Sie kein stark belastendes Ereignis erlebt haben, braucht dieser Fragebogen nicht ausgefüllt werden.

Lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie an, wie häufig sie **innerhalb der letzten sieben Tage** zutraf. Wenn eines der beschriebenen Ereignisse während dieser Zeit nicht aufgetreten ist, kreuzen Sie bitte die Spalte ‚überhaupt nicht' an.

		über-haupt nicht	*selten*	*manchmal*	*oft*
1.	Jede Art von Erinnerung weckte auch die Gefühle wieder	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
2.	Ich hatte Mühe, einzuschlafen oder durchzuschlafen, weil mir Bilder davon oder Gedanken daran durch den Kopf gingen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
3.	Andere Dinge erinnerten mich wieder daran	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
4.	Ich dachte daran, wenn ich nicht daran denken wollte	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
5.	Ich unterdrückte meine Aufregung, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
6.	Mir kam es vor, als wäre es nicht wahr oder als wäre es gar nicht passiert	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
7.	Ich blieb von allem fern, was mich daran erinnerte	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
8.	Bilder davon drängten sich mir in den Sinn	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
9.	Ich versuchte, nicht daran zu denken	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
10.	Mir war zwar bewusst, dass ich noch gefühlsmäßig damit zu tun hatte, aber ich kümmerte mich nicht darum	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
11.	Ich hatte deswegen starke Gefühlsaufwallungen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
12.	Ich versuchte es aus meiner Erinnerung zu löschen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
13.	Ich habe davon geträumt	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
14.	Ich versuchte nicht darüber zu sprechen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
15.	Meine Gefühle darüber waren wie betäubt	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3

© Masterarbeit Waldtraut Fetscher, Donau-Universität Krems 2012; Forschungsgruppe des Dt. Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT), 2010

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellen und zwar bezogen auf **irgendeine** Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Teil I: Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.

Es fällt mir schwer ...	*nicht*	*wenig*	*mittel-mäßig*	*ziemlich*	*sehr*
1. anderen gegenüber "Nein" zu sagen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
2. mich Gruppen anzuschließen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
3. mich fremden Menschen vorzustellen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
4. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
5. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
6. mich mit jemand anderem zu streiten	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
7. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
8. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
9. mit anderen zurechtzukommen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
11. wenn nötig, standfest zu sein	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
12. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
13. mich anderen nahe zu fühlen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
14. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
15. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
16. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
17. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
18. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
19. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4

© Masterarbeit Waldtraut Fetscher, Donau-Universität Krems 2012; Forschungsgruppe des Dt. Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT), 2010

Teil II: Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.	*nicht*	*wenig*	*mittel-mäßig*	*ziemlich*	*sehr*
20. Ich öffne mich anderen zu sehr	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
21. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
22. Ich lege zu viel Wert darauf, beachtet zu werden	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
23. Ich vertraue anderen zu leicht	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
24. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
25. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
26. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
27. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
28. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
29. Ich streite zu oft mit anderen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
30. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
31. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
32. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4

© Masterarbeit Waldtraut Fetscher, Donau-Universität Krems 2012; Forschungsgruppe des Dt. Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT), 2010

Der folgende Fragebogen beschreibt das körperliche Empfinden und die Einstellung zum eigenen Körper.

Wir möchten Sie bitten, bei den folgenden 20 Aussagen anzukreuzen, wieweit diese für Sie selbst **gegenwärtig** zutreffen.

		trifft ***nicht*** *zu*	*trifft* ***kaum*** *zu*	*trifft* ***teil-weise*** *zu*	*trifft* ***weit-gehend*** *zu*	*trifft* ***völlig*** *zu*
1.	Insgesamt empfinde ich mich als robust und stark.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
2.	Mit meinem Aussehen stimmt etwas nicht so recht.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
3.	Ich bin gesund.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
4.	Manchmal spüre ich eine unbändige Energie in mir.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
5.	Ich kann mit meinen körperlichen Unvollkommenheiten gut leben.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
6.	Mir ist mein Körper oft lästig.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
7.	Ich fühle mich voller Kraft.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
8.	Mit meiner Figur bin ich unzufrieden.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
9.	Oft spüre ich mich voll erotischer Spannung.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
10.	Ich wünsche mir einen anderen Körper.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
11.	Manchmal verspüre ich Ekel mir selbst gegenüber.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
12.	Ich habe genügend kraftvolle Spannung in mir.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
13.	Auf Fotos gefalle ich mir nicht.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
14.	Ich fühle mich topfit.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
15.	Meine körperlichen Mängel stören mich schon sehr.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
16.	Mit meinen sexuellen Wünschen beschäftige ich mich gern.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
17.	Ich traue mir körperlich einiges zu.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
18.	Manchmal wünsche ich mir, völlig anders auszusehen.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
19.	Ich fühle mich in meinem Körper zu Hause.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
20.	Ausgelassen zu tanzen macht mir großen Spaß.	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4

© Masterarbeit Waldtraut Fetscher, Donau-Universität Krems 2012; Forschungsgruppe des Dt. Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT), 2010

Stundenbogen zur Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) in der Gruppenbehandlung (SB-KBT-G)

Im Folgenden finden Sie Fragen zu Ihrem Erleben und Ihren Erfahrungen in der heutigen KBT-Stunde. Bei jeder Aussage können Sie ankreuzen, wie sehr diese für Sie persönlich stimmt, d.h. inwieweit diese für die KBT-Stunde - insgesamt betrachtet - zutreffend ist. Sollte bezüglich einer Fragestellung Ihr Erleben in der KBT-Stunde sehr unterschiedlich ausgefallen sein, so nutzen Sie gegebenenfalls die Antwortkategorie "teils/teils". Grundsätzlich gilt, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt - wichtig ist, was für Sie individuell zutrifft. Auch wenn einmal eine Fragestellung nicht exakt auf Sie persönlich zugeschnitten ist, bitte kreuzen Sie jede Frage bestmöglich an.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1. Mit dem, was ich heute erfahren und erlebt habe, kann ich viel anfangen.	○	○	○	○	○
2. Ich war heute in Sorge, dass mir die anderen Gruppenteilnehmer zu nah kommen könnten.	○	○	○	○	○
3. Heute habe ich nichts Besonderes im Körper gespürt.	○	○	○	○	○
4. Im Umgang mit meinem Körper war ich heute unbekümmert und spontan.	○	○	○	○	○
5. Heute erlebte ich mich gehemmt und zögerlich in meinen Bewegungen.	○	○	○	○	○
6. Was ich heute erlebt und erfahren habe, hat für mich keine besondere Bedeutung.	○	○	○	○	○
7. In der heutigen Gruppenstunde hatte ich das Empfinden, dass alle Eindrücke etwas zu stark auf mich einströmen konnten.	○	○	○	○	○
8. Heute konnte ich meinen Körper so annehmen, wie er ist, mit all seinen Stärken und Schwächen.	○	○	○	○	○
9. Ich habe bei den Angeboten der heutigen Gruppenstunde mitgemacht, obgleich ich etwas das Gefühl hatte, dass diese für mich nicht richtig passend und geeignet waren.	○	○	○	○	○
10. Meine körperlichen Erfahrungen bzw. Empfindungen in der heutigen Gruppenstunde haben viel bei mir ausgelöst.	○	○	○	○	○

© Forschungsgruppe des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrative Bewegungstherapie (DAKBT), 2010

Stundenfragebogen
(SEQ, Stiles, Form 5)

Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die am besten dem entspricht, wie Sie diese Stunde finden.

Diese Stunde war ...

schlecht	 1	2	3	4	5	6	7	gut
schwierig	 1	2	3	4	5	6	7	leicht
nützlich	 1	2	3	4	5	6	7	wertlos
oberflächlich	 1	2	3	4	5	6	7	tief
entspannt	 1	2	3	4	5	6	7	angespannt
unangenehm	 1	2	3	4	5	6	7	angenehm
voll	 1	2	3	4	5	6	7	leer
schwach	 1	2	3	4	5	6	7	stark
außergewöhnlich	 1	2	3	4	5	6	7	gewöhnlich
holprig	 1	2	3	4	5	6	7	flüssig
bequem	 1	2	3	4	5	6	7	unbequem

Bitte machen Sie abschließend noch folgende Angaben zu Ihrer Person und Ihrer aktuellen KBT-Behandlung:

(1) **Code:** ☐☐☐☐☐

1. Buchstabe des Vornamens der Mutter*
1. Buchstabe des Vornamens des Vaters*
1. Buchstabe des eigenen Geburtsorts*
Geburtsjahr der Mutter (z.B. 1932 = 32)*

* falls unbekannt, bitte Fragezeichen stattdessen einsetzen

(Beispiel: Wenn der Vorname der Mutter Elfriede und der des Vaters unbekannt ist, Hamburg der Geburtsort ist und die Mutter 1932 geboren wurde, dann lautet das Codewort: E?H32)

(2) Um Ihre **wievielte KBT-Gruppenstunde** handelte es sich heute? _____

Masterarbeit Waldtraut M. Fetscher
Psychotherapeutin/Konzentrative Bewegungstherapie ÖAKBT
Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

KBT-Fragebogen im Rahmen einer Masterarbeit

München, im August 2012

Liebe KBT-Kollegin, lieber KBT-Kollege,

nach unserem Telefonat danke ich Dir/Ihnen an dieser Stelle sehr herzlich für die Zusage der Unterstützung.
Bei der Umfrage zum Thema der Dissoziation im Rahmen meiner Masterthese an der Donau-Universität Krems/Österreich habe ich viele KollegInnen, die KBT-Gruppen leiten, einzubeziehen, um ein repräsentatives Ergebnis zu ermöglichen. Ich sende dir/Ihnen wie besprochen die Fragebögen zu, dabei sollen KBT-PatientInnen insgesamt dreimal befragt werden (wird genau beschrieben). Es sollen möglichst viele Befragungen stattfinden im Zeitraum von Mitte Juni bis Ende September 2012, aber natürlich immer nur soweit die Lust und Kapazität dafür vorhanden ist!!

Im Zusammenhang mit dem in 2011 neu gestarteten Forschungsprojekt bei der Forschungswerkstatt des DAKBT (Teilstudie 2: „Welche Patienten erleben die KBT als hilfreich?") setze ich in meiner Arbeit mit einer spezifizierten Fragestellung fort: „Inwiefern unterscheiden sich die KBT-Gruppentherapie-Erfahrungen bei der Diagnose einer PTBS von denen anderer PatientInnen?" Hierfür habe ich den Fragebogen der Forschungswerkstatt (SB-KBT-G) freundlicherweise zur Verfügung gestellt bekommen und um zwei weitere Diagnose-Fragebögen erweitert.

Mit Ihrer/Deiner Zusage zur Mitarbeit würde sich die Ausarbeitung meines Projekts verwirklichen lassen, und der hiermit gesendete Pack von vorbereiteten Umschlägen mit den Fragebögen enthält genaue Beschreibungen für die Durchführung und den Ablauf.
Gerne können wir bei Rückfragen per Email oder telefonisch in Kontakt treten und ich dann hoffentlich Klarheit und gute Zusammenarbeit bewirken.

Danke im Voraus für die Aufmerksamkeit!

Freundliche Grüße

Waldtraut Fetscher

Edelweißstraße 8c DE 82194 Gröbenzell
Tel: 08142-4411913 Mobil: 0151-57303830 Email: w.fetscher@gmx.at

Masterarbeit Waldtraut M. Fetscher
Psychotherapeutin/ Konzentrative Bewegungstherapie ÖAKBT
Dep. f. Psychosoz. Medizin + Psychotherapie, Donau-Universität Krems

KBT-Gruppen-Fragebögen im Rahmen meiner Masterarbeit

DURCHFÜHRUNGSBESCHREIBUNG

München im Mai 2012

Liebe KBT-Kollegin, lieber KBT-Kollege,

für die Bereitschaft bei meiner Masterthese mitzuarbeiten und einen erheblichen Einsatz dafür zu leisten, möchte ich mich an dieser Stelle recht herzlich bedanken.
Hier werde ich die **Durchführung** erläutern und hoffe, dass alle Details verständlich und leicht durchführbar sind. Ich selber habe im Februar in meinen KBT-Gruppen einen Probelauf gemacht und gebe das, was mir praktisch erscheint, auch gleich weiter.

Pat-Info: Meist reicht eine kurze mündliche Erläuterung für die Patienten darüber aus, dass die Auswertung der Fragebögen dazu dient, die KBT innerhalb einer Masterarbeit wissenschaftlich zu untersuchen. Falls PatientInnen weitere Informationen wünschen, kann das beigefügte Informationsblatt verwendet werden. Ebenso ist für jeden an dem Projekt Teilnehmenden eine – von der DUK vorgegebene – schriftliche Datenschutzerklärung beigefügt. Die verbleibt in der Pat.-Akte.

Durchführungshilfe!! Die Kuverts enthalten drei Fragebogen-Sets in verschiedenen Farben (blau, gelb, grün), was die Abläufe bei halboffenen Gruppen sehr hilfreich ist, wenn sie den PatientInnen von Therapiebeginn bis nach der vierten Therapiestunde zu verschiedenen Zeiten ausgehändigt werden sollen. Und insofern erleichtert der beigefügte „Laufzettel" (während der Befragungsphase auf das Kuvert geheftet) die Abwicklung, wenn darauf eingetragen wird, welcher Schritt (blau, gelb, grün) gerade gemacht wurde. **Nach** der gesamten Befragung und Eintragung der Entlassungs-Diagnosen wird das Kuvert zugeklebt, der Laufzettel vernichtet. Damit ist die **Anonymisierung gegenüber Dritten gewährleistet**.

Einen frankierten Großumschlag habe ich mit meiner Adresse versehen beigefügt, damit für Sie/Dich der materielle Aufwand möglichst gering bleibt. Dennoch ist der Aufwand groß, allein schon durch die wünschenswerte Aufmerksamkeit bei der Verlaufsbefragung!

Durchführungsbeschreibung für die Fragebögen:

TEIL 1:
Anamnestischer Teil (Zeitaufwand ca. 15 Min.):
Die PatientInnen erhalten **zu Beginn ihrer Gruppenbehandlung** den blauen Fragebogen. Ein Kürzel, das als **Code** Verwendung findet, wird für die gesamte Abwicklung des Projektes von den Pat. eingetragen, um die (anonyme) Zuordnung zu sichern. Der **Laufzettel** kann darüber hinaus während des Frageverlaufs Ihnen/Dir die genaue Orientierung ermöglichen, darauf sollte deshalb der Pat.-Name bis zum Ende der Befragung stehen.
TEIL 2:
Erfahrungsteil (Zeitaufwand ca. 2 mal 5 Min.):
Zum Ende der dritten **und** der vierten (regulären) Therapiestunde (gezählt **nach** den diagnostischen oder Vorgruppen-Stunden) sind dann **die** gelben **(3.)** und grünen **(4.)** Stundenbögen vorzulegen.
Bitte jeweils die Bögen wieder in das entsprechende Kuvert einsortieren (lassen), denn eine patientenbezogene Zuordnung ist später bei der Auswertung unerlässlich.
TEIL 3:
Diagnostischer Teil (von/m TherapeutIn einzutragen):
Nach der Befragung bzw. am Ende des Aufenthaltes sind noch die **Entlassungs-Diagnosen** auf dem blauen Fragebogen (Seite 1) einzutragen.
Bitte die Briefkuverts, in die die Patienten ihre Fragebögen nach dem Ausfüllen hineinstecken, **erst danach verschließen**, um dann die Anonymität zu sichern.

Bitte bei Fragen jederzeit und gerne mit mir in Kontakt treten!
Mit herzlichem Dank für die Unterstützung und
herzliche Grüße
von Waldtraut Fetscher

Edelweißstraße 8c DE 82194 Gröbenzell
Tel: +49-8142-4411913 Mobil: +49-151-57303830
Email: w.fetscher@gmx.at