



**SHIATSU  
MASSAGEN**



## **DIPLOMARBEIT**

# **Shiatsu und Trauma**

**Traumata und ihre Rolle in der Shiatsupraxis**

**Romina Salerno**

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
Einleitung.....	5
Trauma – Entstehung, Folgen und Heilung .....	6
Was ist ein Trauma? .....	6
Ursachen von Traumata .....	7
Traumatisierende Ereignisse.....	7
Offensichtliche Ursachen .....	7
Subtile Ursachen .....	8
Sekundäre Traumatisierung.....	8
Die Rolle der Bindungsmuster .....	8
Genetische Veranlagung .....	9
Wirkung eines Trauma auf den Körper .....	9
Phasen einer Traumatisierung .....	9
1. Schockphase .....	9
2. Einwirkungsphase .....	9
3. Erholungsphase .....	10
Die Abläufe im Gehirn und im Nervensystem .....	10
Die Polyvagale Theorie .....	10
Trauma aus östlicher Sicht .....	12
Wasser.....	12
Erde .....	13
Holz .....	13
Feuer .....	13
Metall .....	14
Traumafolgen.....	14
Die Akute Belastungsreaktion .....	14
Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) .....	15
Die lange Liste der Symptome .....	15
Weitere Störungsbilder als Folge von Traumatisierungen.....	16
Die Borderline-Störung .....	16
Dissoziatives Verhalten und dissoziative Störungen.....	17
Burnout.....	18
Der Wiederholungszwang .....	18
Risikofaktoren / Schutz- und Bewältigungsfaktoren.....	18
Traumaheilung .....	19

Geschichte des Traumakonzepts.....	19
Traumatherapien.....	20
Kognitive Verhaltenstherapie.....	20
Psychodynamische Therapien.....	20
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	21
Somatic Experiencing® (SE).....	21
Imagery rehearsal therapy (IRT).....	21
Psychopharmakotherapie.....	22
Die Bedeutung von Körperarbeit in der Traumatherapie.....	22
Rituale – Sprache des Herzens.....	23
Trauma und Shiatsu.....	24
Traumaklienten erkennen.....	24
Typische Beschwerden und Symptome.....	24
Typische „Verhaltensmuster“.....	25
Typische Merkmale und Reaktionen des Körpers.....	26
Typische energetische Befunde.....	26
Traumaklienten begleiten.....	27
Die nötigen Voraussetzungen.....	27
Authentizität und Menschlichkeit.....	27
Mitgefühl und therapeutische Resonanz.....	27
Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung.....	28
Stabilität und Klarheit.....	28
Interdisziplinäre Vernetzung und Notfallszenarien.....	28
Grundsätze und Methoden.....	29
Orientierung und Sicherheit schaffen.....	29
Körperwahrnehmung verbessern.....	30
Erdung und Zentrierung festigen.....	31
Resilienz und Ressourcen stärken.....	31
Grenzen fühlen und setzen.....	32
Entladung und Aktivierung zulassen – Retraumatisierung und Dissoziation vermeiden.....	33
Traumabezogene Meridianarbeit.....	33
Spezifische Shiatsutechniken.....	35
Heikle Körperzonen und Techniken.....	36
Achtsamkeit, innere Distanz und Gegenwartsbezug fördern.....	36
Eigenverantwortlichkeit erhöhen.....	36
Rituale schaffen.....	37
Das begleitende Gespräch.....	37

Reflexion und Schlusswort .....	38
Literaturverzeichnis .....	40
Weitere Empfehlungen und weblinks.....	41
Anhang: Diagnosemanuals .....	42

## Einleitung

Kaum jemand ist in seinem Leben noch nie direkt oder indirekt mit einem Trauma konfrontiert worden. Man geht davon aus, dass weltweit mindestens 75% aller Menschen in ihrem Leben mindestens einmal eine traumatische Erfahrung machen. Bei vielen Menschen sind es leider meistens viele, sich wiederholende Erfahrungen, und oft schon in ganz jungen Jahren, wenn die körpereigenen Schutz- und Bewältigungsmechanismen noch gar nicht greifen. Etwa 75% der traumatisierten Menschen gelingt es, das Ereignis zu verarbeiten und ihr Leben mehr oder weniger unbeschadet weiterzuführen. Bei 25% der Betroffenen funktioniert dieser spontane Heilungsprozess nicht. Es treten zum Teil sehr schwerwiegende Folgen auf, die den Menschen als Ganzes und sein Leben in vielerlei Hinsicht beeinträchtigen, manchmal auch erst viele Jahre nach dem traumatisierenden Ereignis. Diese Menschen landen dann manchmal in unserer Shiatsu-Praxis. Oft haben sie bereits vieles versucht, wurden von Ärzten und Psychotherapeuten „aufgegeben“, sind verzweifelt und doch voller Hoffnung, irgendwann wieder ein „normales Leben“ führen zu können. Sie leiden unter unerklärlichen somatischen und psychosomatischen Symptomen, sind unfähig, intime, lebendige Beziehungen einzugehen oder wachen nachts von den immer wiederkehrenden Alpträumen auf. Die Liste der Folgen, die ein Trauma mit sich bringen kann, ist endlos lange.

Die Relevanz des Themas und mein persönlicher Wunsch nach mehr Hintergrundwissen haben mich dazu bewogen, meine Diplomarbeit diesem Thema zu widmen. Mit der Zeit ist aus dieser Motivation der Wunsch gewachsen, eine Art „Handbuch“ für andere Shiatsu-Therapeuten zu erstellen, welches kurz und knapp die wichtigsten Fakten rund um „Trauma“ zusammenfasst und Ideen und Impulse liefert, wie wir dem Thema in unserer Shiatsu-Praxis begegnen können. Die Arbeit richtet sich deshalb in erster Linie an interessierte Shiatsu-Therapeuten, die mit dem Thema noch wenig vertraut sind oder sogar noch etwas Berührungssängste haben. Dass wir früher oder später als praktizierende Shiatsu-Therapeuten – und auch im Alltag – mit Traumata konfrontiert werden, scheint mir ein unausweichliches Faktum zu sein.

Die Arbeit gliedert sich in zwei Teile: einen ersten allgemeinen, eher theoretischen Teil über das Phänomen „Trauma“, die Ursachen, Folgen und Therapieverfahren und einen zweiten Teil, der sich mehr der Rolle von Traumata in der Shiatsu-Praxis widmet. In diesem zweiten Teil gehe ich auch auf die speziellen Voraussetzungen und Grundsätze ein, die in der Arbeit mit traumatisierten Menschen wichtig sind. Ausserdem biete ich konkrete Übungen und Anregungen an, wie wir traumatisierte Klienten unterstützen und begleiten können. Ich bin davon überzeugt, dass dies uns Shiatsu-Therapeuten auch ohne traumatherapeutische Zusatzausbildung grundsätzlich gelingen kann – wenn wir ein minimales grundsätzliches Verständnis über die Hintergründe und Abläufe bei Traumatisierungen haben und gewisse Regeln beachten. In dem Sinne wünsche ich allen Kollegen und Kolleginnen ganz spannende, bereichernde und entspannte Begegnungen mit dem Thema.

Ich möchte mich an dieser Stelle von Herzen bei allen Menschen bedanken, die mich die letzten Wochen, Monate, Jahre und überhaupt durchs Leben begleitet, an mich geglaubt, mich inspiriert und unermüdlich ermutigt haben, immer wieder einen neuen Schritt zu gehen. Ich danke meinen Klienten, die mich so viel lehren und täglich reich beschenken. Und ich danke meinen Shiatsu-Lehrern und -Lehrerinnen, für all das wertvolle Wissen, das sie mit mir geteilt haben, für ihre Offenheit, ihre Geduld, Ausdauer und Unterstützung. Und ich danke meinem allergrössten und wichtigsten Lehrer, meinem wunderbaren Sohn Elia, für seine endlose Geduld, für all seine Entbehrungen und seine unerschütterliche Liebe und ungebändigte Lebensfreude. Und ich danke vor allem dem Leben – diesem wundervollen, einzigartigen, reichen und kostbaren Geschenk!

## Trauma – Entstehung, Folgen und Heilung

Laut neuester Forschungsergebnisse machen weltweit mindestens 75 % der Menschen im Laufe ihres Lebens eine traumatische Erfahrung. 25% der Betroffenen leiden an Traumafolgestörungen, die manchmal auch erst viele Jahre nach dem traumatischen Erlebnis auftreten können<sup>1</sup>. Doch was ist eigentlich ein *Trauma*? Wie kommt es zu einem Trauma und was sind die möglichen kurz- und langfristigen Folgen? Ist ein Trauma „heilbar“? Diesen und weiteren Fragen gehe ich in den folgenden Kapiteln nach.

### Was ist ein Trauma?

Ursprünglich kommt das Wort *Trauma* aus dem Griechischen und bedeutet allgemein *Verletzung* oder *Wunde*. In der Medizin bezeichnet man mit dem Begriff Trauma eine Verwundung des Körpers, hervorgerufen durch einen Unfall oder eine Gewalteinwirkung. Der Zweig der Medizin, der sich mit diesen Traumata beschäftigt ist die *Chirurgische Traumatologie*. In der Psychologie versteht man unter einem psychologischen, mentalen oder seelischen Trauma (Psychotrauma) eine starke psychische Erschütterung, die durch ein traumatisierendes, die Psyche (Seele) verletzendes Erlebnis hervorgerufen wurde.

Für Peter A. Levine, einer der bekanntesten Traumatherapeuten und Begründer der Traumaheilungsmethode Somatic Experiencing®, ist die Frage vieler Menschen nach einer Definition für den Begriff *Trauma* „selbst nach 30 Jahren immer noch eine Herausforderung“ (Levine, 2014, S. 15). Eine der Schwierigkeiten für eine klare Begriffsdefinition mag wohl daran liegen, dass der Begriff *Trauma* nicht einheitlich, sondern oft für das auslösende Ereignis, aber auch für die Symptome bzw. das hervorgerufene innere Leiden gleichzeitig verwendet wird. Trotz einer über hundertjährigen Geschichte der wissenschaftlichen Erforschung von Traumata, wurde der Begriff immer unübersichtlicher und unspezifischer verwendet. Es existieren diverse Studien zur Klärung des Traumabegriffs<sup>2</sup>. Folgende Aspekte der Bedeutung des Traumabegriffs werden zusammenfassend in der psychoanalytischen Literatur verwendet (Barwinski Föh, 2000):

I. Trauma als Verletzung oder Wunde

II. Trauma als reales „äusseres“ Ereignis

III. Trauma als Erlebnis

IV. Trauma als unmittelbare oder langfristige Folge im Sinne einer nosologischen<sup>3</sup> Kategorie

Im ICD (International Classification of Diseases) - 10<sup>4</sup> wird Trauma definiert als

*„ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmasses (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“.*

In dieser Definition wird *Trauma* ausschliesslich auf das Ereignis bezogen, während die Begriffsbestimmung des Traumas als *Wunde* ursprünglich eigentlich deutlicher auf die Bedeutung und die Folgen für den Betroffenen hinweist. Das DSM-IV (US-amerikanisches – international genutztes – diagnostisches Handbuch für psychische Krankheiten) definiert *Trauma* als

---

<sup>1</sup> Beispielsweise kann man in Deutschland beobachten, dass viele ältere Menschen, die den letzten Weltkrieg miterlebt haben, erst jetzt unter den Folgen zu leiden scheinen (Reddemann/Dehner-Rau, 2013, S. 25).

<sup>2</sup> z.B. Sandler, J. et al. (1988), Psychisches Trauma. Ein psychoanalytisches Konzept im Theorie-Praxis-Zusammenhang; Materialien aus dem Sigmund-Freud-Institut Frankfurt, Nr. 5.

<sup>3</sup> Nosologie = Lehre von den Krankheitsbildern.

<sup>4</sup> Siehe Diagnosemanuals im Anhang (ICD-10 und Neuerungen in der soeben, erst in Englisch erschienenen neuesten Version des DSM-5).

„potenzielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“.

Diese beiden Definitionen sind in der Traumaliteratur leitend, sie wurden jedoch von diversen führenden Fachpersonen der Traumatologie erweitert und modifiziert. Die Definition aus dem Lehrbuch der Psychotraumatologie von Fischer und Riedesser (Fischer/Riedesser, 2009) stellt bei der Erläuterung des Begriffs *Trauma* die traumatische Erfahrung in den Vordergrund:

„vitaler Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

## Ursachen von Traumata

Bei einer Traumatisierung ist unsere Fähigkeit, mit einer als bedrohlich wahrgenommenen Situation umzugehen auf irgendeine Weise überlastet (Levine, 2014). Im Prinzip kann jedes beliebige Ereignis, das (bewusst oder unbewusst) als lebensbedrohlich wahrgenommen wird zu einer Traumatisierung führen. Diese Wahrnehmung hängt von Alter, der Lebenserfahrung und sogar von der Konstitution ab. Sie ist bei einer Traumatisierung der kritische Faktor sowie die Unfähigkeit, mit ihr umzugehen.

## Traumatisierende Ereignisse

Nicht jedes belastende Lebensereignis ist ein Trauma bzw. führt zu einem Trauma. Bei traumatischen Ereignissen findet eine Überwältigung statt, welche die körpereigenen Schutzmechanismen ausser Kraft setzt. Ein traumatisches Ereignis ist verbunden mit Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühlen extremer Art und mit Schock. Oft kommt es zu Gefühlsüberflutung, Panik und Todesangst. Die traumatische Wirkung geht nicht allein von dem Ereignis aus, sondern aus seiner Diskrepanz zu den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten. Dabei kommt eine Dynamik in Gang, die das Gehirn „in die Klemme“, in die *traumatische Zange* bringt (Huber, 2003).

Das traumatisierende Ereignis (Itin, 2007)

- wird erlebt oder beobachtet
- kommt unerwartet oder ist unausweichlich
- stellt eine ernsthafte Gefahr für den Körper und die Existenz dar
- hat Folgen, welche lange anhalten und sich auch erst Jahre später zeigen können.

Traumatisierende Ereignisse werden in verschiedene Kategorien und Typen klassifiziert. Beispielsweise unterscheidet Petzold die drei Traumakategorien (Suchanek, 2003):

- Kategorie I: Man Made Disaster (Kriegshandlungen, Folter, etc.);
- Kategorie II: Natural Disaster (Erdbeben, Feuer, etc.);
- Kategorie III: Technical Disaster (Gasexplosionen, Verkehrsunfälle, etc.).

Oder man unterscheidet nach den Arten der Exposition folgende Traumtypen:

- TYP 1 Traumen (verursacht durch Einzelereignis);
- TYP 2 Traumen (Serielle Traumaerfahrungen, z.B. länger andauernde Gefangenschaft, u.ä.);
- TYP 3 Traumen (Polytraumatisierungen).

Peter Levine teilt die Traumata in eine Kategorie der *offensichtlichen* und eine Kategorie der *subtilen Ursachen* ein (nach Levine, 2014). Diese Einteilung dient hier als Grundlage für die Auflistung der möglichen Ursachen von Traumata:

## Offensichtliche Ursachen

Zu den offensichtlichen Ursachen eines Traumas gehören:

- Krieg

- schwerer emotionaler, körperlicher oder sexueller Missbrauch in der Kindheit
- Vernachlässigung (körperlich, psychisch, emotional), Verrat oder Verlassenwerden in der Kindheit
- die Erfahrung oder das Miterleben von Gewalt; Folter
- Vergewaltigung
- schwere Verletzungen oder Krankheit

### Subtile Ursachen

Zu den subtilen Ursachen eines Traumas gehört eine grosse Palette von scheinbar gewöhnlichen Ereignissen:

- Unfälle und Beinahe-Unfälle, insbesondere wenn sie ein Schleudertrauma zur Folge haben
- Stürze und Verletzungen, insbesondere bei Kindern und älteren Menschen
- Invasive Behandlungsmassnahmen beim Arzt oder Zahnarzt, vor allem bei Kindern die festgehalten oder narkotisiert werden<sup>5</sup>
- Naturkatastrophen jeder Art
- Krankheiten (insbesondere bei hohem Fieber und Vergiftungen), auch psychische Krankheiten
- Alleingelassen werden, v.a. bei Säuglingen und kleinen Kindern
- Anhaltende Ruhigstellung
- Extrem heisse oder kalte Temperaturen
- Plötzliche laute Geräusche
- Geburtsstress (für Mutter und Kind)
- Der Verlust einer nahe stehenden Person oder eines geliebten Tieres, insbesondere im Kindsalter oder unerwartet
- Plötzlicher Verlust/Zerstörung von Haus oder Wohnumgebung

### Sekundäre Traumatisierung

Die Konfrontation mit Traumafolgen als Helfer (Polizisten, Feuerwehrleute, Sanitäter, Ärzte, Therapeuten, Seelsorger) sowie das Zusammenleben als Kind mit traumatisierten Eltern (z.B. Holocaustopfer, Kriegsopfer oder Opfer von sexueller Gewalt) können ebenfalls traumatisierend sein. Hier spricht man von sekundärer oder indirekter Traumatisierung bzw. auch von „Second-Generation-Phänomenen“.

### Die Rolle der Bindungsmuster

Die Reaktion auf ein traumatisierendes Ereignis ist entscheiden von der Bindung als Kind zu den nahen Bezugspersonen – meist die Eltern – abhängig. Traumatische Erfahrungen und Bindungsstörungen beeinflussen sich wechselseitig. Viele seelische Störungen können auf einen Mangel an Sicherheit, Schutz und Geborgenheit in den ersten Lebensjahren zurückgeführt werden<sup>6</sup>. Gemäss der in den 1950er-Jahren vom Psychoanalytiker John Bowlby entwickelten „Bindungstheorie“ besitzt der Mensch und auch andere Lebewesen ein biologisch angelegtes „Bindungssystem“, das bei jeder Gefahr aktiviert wird. Dabei wendet sich ein kleines Kind an die ihm vertraute Person, zu der es eine besondere „Bindung“ aufbaut. Die Art der Gefühle, Erwartungen und Verhaltensweisen in dieser Bindungsbeziehung ist abhängig von den Erfahrungen mit den wichtigsten Bezugspersonen. Werden die Bedürfnisse befriedigt, kann sich Vertrauen entwickeln. Unser Bindungssystem, das sich während der ersten Lebensjahre ausprägt, bleibt uns das ganze Leben mehr oder weniger konstant erhalten. Auch als Erwachsener wird in Gefahrensituation das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit

---

<sup>5</sup> Es ist erwiesen, dass die Verwendung von Äther die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung erhöht (Levine, 2014 und Schmidt, 2013).

<sup>6</sup> Vgl. hierzu beispielsweise Brisch, K.-H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 11. Aufl. Stuttgart, Klett-Cotta 2011.

durch eine zuverlässige Bindungsperson aktiviert. Bei einer unsicheren Bindung ist die Reaktion auf eine Belastungssituation i.d.R. einschneidender.

### Genetische Veranlagung

Seit einigen Jahren wird intensiv nach den Zusammenhängen von Traumata und Genen geforscht. Es existieren diverse Forschungsprojekte und Studien, die aufzeigen, dass insbesondere frühkindliche, schwere Traumatisierungen, aber auch extremer Stress und feindliche Lebensumstände die Gene epigenetisch<sup>7</sup> verändern und somit mit dem Erbgut – über die Keimzellen - an die nächste Generation weitergegeben werden können. Die veränderte Aktivität der Gene kann zu einer dauerhaften Fehlregulation des Stresshormonsystems führen und zu einer damit verbundenen erhöhten Stressanfälligkeit und Ängstlichkeit der Betroffenen.

### Wirkung eines Trauma auf den Körper

Bei einer Traumatisierung findet eine Überwältigung statt. Die körpereigenen Schutzfunktionen Kampf oder Flucht („Fight or Flight“) sind ausser Kraft gesetzt. Als letzte mögliche Überlebensstrategie tritt der „Totstellreflex“ („Freeze and Fragment“) ein. Was dabei im Körper, im Gehirn und im Nervensystem passiert, möchte ich gerne im folgenden kurz erläutern. Ich erachte es als wichtige Voraussetzung – in der Arbeit mit traumatisierten Menschen – ein grundlegendes Verständnis für diese Abläufe zu haben.

### Phasen einer Traumatisierung

Die Traumatisierung läuft üblicherweise in drei Phasen ab (nach Reddemann/Dehner-Rau, 2013 und Fischer/Riedesser, 2009):

#### 1. Schockphase

Die Schockphase beginnt mit der durch das traumatische Ereignis verursachten Überwältigung. Sie dauert von einer Stunde bis zu einer Woche. Das Ausmass der Katastrophe wird oft erst nach Stunden oder Tagen klar. Die Betroffenen können nicht glauben, was passiert ist. Ohnmacht und Hilflosigkeit, Entsetzen, intensive existenzielle Angst und Sprachlosigkeit und Orientierungslosigkeit werden erfahren. Der Totstellreflex tritt ein, die Wahrnehmung wird blockiert und verändert, die Erfahrung wird zersplittert. Veränderung des Zeiterlebens wie beispielsweise Zeitraffer oder Zeitlupe sind kennzeichnend. Auch das Hormonsystem ist beteiligt: eine Flut von Endorphinen – schmerzbetäubende körpereigene Opiate – und Noradrenalin aus der Nebennierenrinde unterstützen das „geistige Wegtreten“ und neutralisieren die akute Todesangst.

#### 2. Einwirkungsphase

In der Einwirkungsphase, welche einige Zeit nach dem Ereignis beginnt und bis zu vier Wochen dauern kann, klingt die stärkste Erregung allmählich ab, aber das traumatisierende Ereignis wirkt bei den Betroffenen immer noch nach. Charakteristisch ist Ärger, manchmal am Arbeitsplatz gegen Vorgesetzte und Mitarbeiter. Oft treten sogenannte „flashbacks“ – blitzartige Rückblenden des Geschehenen auf, auch Alpträume sind häufig. Gefühlslosigkeit, Hilflosigkeit, Schlafstörungen, erhöhte Schreckhaftigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen treten immer wieder in Erscheinung. Auch starke Selbstzweifel, Depressionen und Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht sind häufig.

---

<sup>7</sup> Epigenetisch bedeutet ausserhalb der Genexpression und Genregulation.

### 3. Erholungsphase

In der Erholungsphase klingen die Folgeerscheinungen der Traumatisierung nach 2 – 4 Wochen langsam ab, falls eine spontane Heilung möglich ist. Das traumatische Erlebnis hat zwar noch eine Bedeutung und muss noch weiter verarbeitet werden, aber der Betroffene findet wieder zum „normalen Leben“ zurück. Diese Erholungsphase ist umso erfolgreicher, je mehr Ruhe und Raum zur Erholung und Entladung des Nervensystems gegeben wird. Alkohol und Drogen sollten in dieser Phase vermieden werden. Soziale Unterstützung und über das Erfahrene reden zu können unterstützen den Heilungsprozess. In 25% der Fälle ist diese Erholung nicht möglich und die Betroffenen leiden an längerfristigen Folgen und Symptomen der Traumatisierung. Das Trauma bleibt im Körper und im Nervensystem gespeichert. Die Inanspruchnahme von fachlicher Hilfe sollte erwogen werden.

#### Die Abläufe im Gehirn und im Nervensystem

Unser Gehirn ist nicht etwa statisch, sondern es verändert sich das ganze Leben und passt sich den äusseren Bedingungen an („Neuroplastizität“). Für das Lernen von neuen Wissensinhalten ist der Hippocampus zuständig. Der Hippocampus ein kleiner, seepferdchenförmiger Teil unseres Gehirn, der als Zwischenspeicher für das Gelernte dient, bevor es in den Tiefschlafphasen in den Langzeitspeicher der Grosshirnrinde übertragen wird. Die Amygdala (Mandelkerne) arbeitet normalerweise eng mit dem Hippocampus zusammen. Sie speichert die mit einer Erfahrung verbundenen Gefühle ab und sorgt dafür, dass wir unangenehme Erlebnisse sehr rasch lernen und in Zukunft vermeiden. Ein traumatisches Ereignis, verbunden mit grosser Angst führt zu einer Übererregung der Amygdala und zu einer Störung der für die Verarbeitung des Erlebten nötigen Zusammenarbeit mit dem Hippocampus. Das Erlebnis wird nicht vergessen und es kann nicht in einen Gesamtzusammenhang gebracht werden. Stattdessen wird es im „Körpergedächtnis“ mit der damit verknüpften Emotion, verbunden mit körperlichen Reaktionen und Bildern, abgespeichert. Bei anhaltenden bzw. unverarbeiteten Traumfolgen bleibt i.d.R. die Amygdala aktiviert. Eine Verknüpfung mit bereits bekannten Inhalten ist nicht mehr möglich und zukünftige, als ähnlich erachtete Situationen können die Amygdala alarmieren und zum Auslöser von starken somatischen Reaktionen wie Panik, Übelkeit, Apathie, Ohnmacht etc. werden, unabhängig davon ob sie objektiv vergleichbar und/oder ob eine Erinnerung an das ursprüngliche Ereignis besteht. Diese Auslöser werden *Trigger* genannt. Der Sympathikus bleibt überregt und es werden konstant Stresshormone wie Cortisol ausgeschüttet, welche sich ungünstig auf die Nervenzellen des Hippocampus und somit auch auf die Fähigkeit einer angemessener Steuerung von emotionalen Reaktionen auf gespeicherte Erinnerungen auswirken (Itin, 2007, S. 280).

Entwicklungsgeschichtlich steht das Amygdala-System früher zur Verfügung, es arbeitet bereits ab Geburt, zumindest in rudimentärer Form (Huber, 2003, S. 49). Das Hippocampus-System wird erst im Alter zwischen zwei und drei Jahren funktionstüchtig und ist erst im Alter von zehn bis zwölf Jahren voll ausgebildet. Ausserdem benötigt es die Sprache, um stressreiche Erinnerungen gut integrieren zu können. Dies erklärt, weshalb sehr frühe traumatische Erfahrungen oft so gravierend sind und eher als emotionale Erinnerungen wiedererlebt werden, die nicht in Worte ausgedrückt werden können.

Um die Abläufe im Nervensystem und die daraus resultierenden Körperreaktionen verstehen zu können, ist die Polyvagale Theorie von Porges sehr hilf- und aufschlussreich.

#### Die Polyvagale Theorie

Die Polyvagale Theorie wurde erstmals 1997 von Prof. Dr. Stephen W. Porges beschrieben. Sie dreht sich um zwei Bereiche, die auch für die Traumaheilung relevant sind: *Wahrnehmung* und *soziales Verhalten* (Schmidt, 2014, S. 77).

Auf der Basis von stammesgeschichtlichen Studien kam Porges zu der bahnbrechenden Erkenntnis, dass das autonome Nervensystem aus drei hierarchisch organisierten neuralen Kreisläufen als Regulatoren für unser reaktives Verhalten besteht. Der Parasympathikus ist gemäss Porges

zweigeteilt in einen dorsalen und einen ventralen Vagus. Beide Zweige des 10. Hirnnerv (Vagusnerv) entspringen unterschiedlichen Bereichen des Hirnstamms und erfüllen unterschiedliche Funktionen. Demzufolge besteht das autonome Nervensystem nicht wie bis anhin angenommen aus dem antagonistisch organisierten dualen System von Sympathikus und Parasympathikus, sondern aus drei Subsystemen, die eine klare phylogenetisch<sup>8</sup> entwickelte Reaktionshierarchie formen:

1. Der dorsal-parasympathische Zweig des Vagus: **Immobilisierung** (Erstarrung)
2. Das sympathische System: **Mobilisierung** (Kampf-Flucht-Verhalten)
3. Der ventral-parasympathische Zweig des Vagusnervs : für das **System soziales Engagement**

Das Nervensystem bewertet über die Verarbeitung von Sinnesinformationen aus der Umwelt ständig die Risikosituation und schaltet unwillkürlich<sup>9</sup> den für *Gefahr*, *Lebensbedrohung* oder *Sicherheit* zuständigen Schaltkreis mit der jeweiligen Verhaltensstrategie ein. Porges hat dafür den Begriff *Neurozeption* geschaffen.

### **Lebensbedrohung – Immobilisierung**

Der neuronale Schaltkreis des dorsalen Zweig des Vagusnerv ist das primitivste, d.h. älteste System und dient in lebensbedrohlichen Situationen der Überlebessicherung durch innere „Abschaltung“, ein Urmechanismus der sogar bei einzelligen Organismen zu finden ist. Viele Säugetiere<sup>10</sup> nutzen die „Erstarrung“ bzw. den „Totstellreflex“ als letzte passive Strategie um Raubtiere abzuwehren, obwohl gemäss Porges das Sterberisiko bei dieser Vorgehensweise bei 20% liegt. Der dorsale, nicht myelinisierte Vagusnervkomplex innerviert die Bauch- und Beckenhöhle. In lebensbedrohlichen Notsituationen werden die Organe unterhalb des Zwerchfells praktisch abgeschaltet, was zu einer sofortigen Verminderung der Stoffwechselfähigkeit führt. Puls, Blutdruck und Atemfrequenz sinken drastisch ab. Als weitere Schutzfunktion wird die Schmerzschwelle durch die Ausschüttung von endogenen Opiaten stark reduziert. „Die Immobilisierung ist die unflexibelste, letzte Notfall-Reaktionsstrategie, die wir physiologisch erzeugen können, und sie unterstützt keine aktiven präventiven Verteidigungsmethoden. Die Selbstschutzmechanismen Kampf oder Flucht sind ausser Kraft gesetzt. Der Körper wird buchstäblich abgeschaltet, und die Klienten fühlen sich eingeschlossen. Der hochaktive Parasympathikus blockiert die Sympathikusaktivität. Wen wundert es, wenn dieser Zustand mit einem schrecklichen Gefühl von Panik, Hilflosigkeit, Wehrlosigkeit, des Überwältigtwerdens und der Todesnähe einhergeht? Diese körperliche Erstarrung kann als Vorbereitung auf das Ende gesehen werden, denn sie anästhesiert das Fühlen und ist begleitet von Körperstarre“ (Schmidt, 2014, S. 84). Die Erstarrungsreaktion wird relativ häufig von Säuglingen und Kleinkindern angewendet, die i.d.R. noch über keine oder wenig Möglichkeiten für eine aktive Verteidigung verfügen.

### **Gefahr – Mobilisierung**

Die nächste Stufe der Reaktionshierarchie ist die körperliche Aktivierung durch das sympathische Nervensystem bei akuter Gefahr. Der Sympathikus findet sich bei allen Tieren ab den Knochenfischen. Er innerviert Effektororgane für Mobilisierung, Kampf- und Fluchtverhalten. Dank der Myelinisierung des Sympathikusnervs sind schnelle Informationsübertragungen und Reaktionen möglich: Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz sowie die muskuläre Aktivität steigen, die Darmtätigkeit sinkt. Der Hypothalamus aktiviert das Nebennierenmark, welches das Stresshormon Adrenalin ausschüttet. Ausserdem schüttet der Hypothalamus ein Hormon aus (CRH, Kortikotropin-Releasing-Hormon), welches zur Folge hat, dass die Hypophyse vermehrt ACTH (adrenokortikotrope Hormone) produziert und in die Blutbahn abgibt. Diese regen in der Nebennierenrinde die Cortisolausschüttung an. Cortisol stellt Energie aus dem Körper zur Verfügung und erhöht die

---

<sup>8</sup> stammesgeschichtlich

<sup>9</sup> unwillkürlich bedeutet, dass das autonome Nervensystem den Reiz unabhängig und zeitlich gesehen vor dem Willkürbewusstsein wahrnimmt und auf diesen Input autonom reagiert (Schmidt, 2014, S. 81).

<sup>10</sup> z.B. Mäuse, Gazellen, Opossum.

Leistungsfähigkeit des Immunsystems. Die Fähigkeit zu Mitgefühl, vorausschauendes Denken und sozialer Kommunikation werden bei Gefahr stark eingeschränkt.

### **Sicherheit – Soziales Engagement**

Der phylogenetisch jüngste Schritt in der Reaktionshierarchie ist der myelinisierte ventrale Vaguskomplex. Der soziale Zweig des autonomen Nervensystems findet sich bei allen Lebewesen ab Stufe Säugetiere. Er reguliert unser soziales Verhalten und dämpft die sympatho-adrenale Aktivität, eine wichtige Voraussetzung um Beziehungen eingehen und aggressives Verhalten im Zaum halten zu können. Herz und Atmung, die zentralen non-verbale Kommunikationsorgane, werden direkt vom myelinisierten Vaguszweig gesteuert. Er ist aber auch mit weiteren Organen des „sozialen Nervensystems“ verbunden, welche die soziale Interaktion mit-regulieren: die gestreifte Gesichtsmuskulatur, Kehlkopf, Rachen, Kaumuskel, Innenohrmuskeln sowie die für die Kopfdrehung verantwortlichen Muskeln.

Je nachdem ob Sicherheit, Gefahr oder Lebensbedrohung vorherrschen, dominieren andere Teile unseres Nervensystems. Diese interagieren auf ganz unterschiedliche Art und Weise mit unserem Gehirn und dem Hormonsystem. Bei einem traumatisierenden Ereignis wird der Sympathikus extrem aktiviert, der Kampf-/Fluchtmechanismus wird überwältigt und die aktivierte und hochkomprimierte Energie bleibt im Körper stecken. Als Folge der Überwältigung findet als letzte Möglichkeit die durch den dorsalen Vagusnerv gesteuerte „Erstarrung“ und innere Abschaltung statt, in der traumatisierte Menschen bis zur Auflösung des Trauma gefangen bleiben können.

### **Trauma aus östlicher Sicht**

In der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) ist die Kategorie „Trauma und Verletzung“ eine der neun prinzipiellen Ursachen für die Entstehung von Krankheiten (Lundberg, 2007). Es wird dabei nicht unterschieden zwischen körperlichen, emotionalen und mentalen Aspekten. Bei einem traumatischen, überwältigenden Ereignis bleibt hochkomprimierte Energie im Körper stecken. Diese Blockaden verhindern den freien Fluss der Energie, sie frieren die Lebenskraft ein. Dies hat zwangsläufig Auswirkungen auf das energetische System, die Organe/Meridiane und den Menschen in seiner Ganzheit. Das ungehinderte Fließen der Lebensenergie Qi in den Meridianen, Organen und im ganzen Körper ist nach östlicher Auffassung die Grundlage für die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen. Im Idealfall ist Qi reichlich vorhanden und es kann sich kraftvoll entfalten, was uns befähigt, den Alltag zu bewältigen, schwierigen Einflüssen standzuhalten und heiter und gelassen zu sein. Ist diese Energie blockiert, dann entsteht ein Ungleichgewicht im Körper, was zu körperlichen und seelischen Problemen führen kann.

Meist ist die traumatische Erfahrung auch mit einer Abspaltung der Seele und den Gefühlen verbunden. Körper, Geist und Seele bilden keine Einheit mehr. Traumata treffen und beeinflussen den Menschen im Kern seines ganzen Wesens.

Im folgenden möchte ich stichwortartig mögliche Zusammenhänge zwischen dem Trauma und den 5 Wandlungsphasen aufzeigen. Im Kapitel Traumaklienten begleiten → Traumabezogene Meridianarbeit (S. 33ff) werden ich dann diese Ansätze nochmals aufgreifen und aufzeigen, wie wir mit den Meridian-Energien traumabezogen arbeiten können.

### **Wasser**

Das Element Wasser steht mit unseren tiefsten Urenergien und Urängsten und mit unserem innersten Kern in Verbindung. Es entspricht der Tiefe des Unbewussten, in der ein unverarbeitetes Trauma abgespeichert wird. Ein Trauma zerstört das Urvertrauen und die Verbindung zum Herzen. Das Nervensystem ist nicht mehr stabil. Traumata sind häufig Ursache für die dem Wasserelement zugeordneten tiefen Ängste. Ängste, die ohne erkennbaren Grund auftreten oder existenzielle Angst in akuter Lebensgefahr, wie sie bei einem traumatisierenden Ereignis vorkommt. „Schockerlebnisse und Traumata können auf Dauer die Energie der Wandlungsphase Wasser stören und eine Disharmonie verursachen“ (Hollweg/Schwarz, 2010. S. 44). Dann sind Gefühle von Kraftlosigkeit,

Alleingelassen-Sein und Schutzlosigkeit vorherrschend. Die Angst vor den verborgenen Ängsten im Innern ist ständig präsent.

**Stichworte:**

Urvertrauen, Sicherheit, Stabilität, Lebenssinn, Lebenskraft, Lebenswille, Regeneration, Entspannung, Ängste.

**Redewendungen/Assoziationen:**

„Der Schock geht durch Mark und Bein“. „Der Schreck sitzt in den Knochen“. „Ein Trauma geht an die Nieren“.

**Erde**

Die Erde verkörpert unsere „Mitte“ und ist von zentraler Bedeutung. Sie steht für unseren Alltag und den Boden auf dem wir stehen. Die Erde gibt uns die Kraft vom Denken ins Handeln zu kommen und stabilisiert und zentriert uns. Ein Trauma lässt einen den Boden unter den Füßen verlieren, es ist nicht „verdaubar“ und bewältigbar. Die Zentrierung und Stabilisierung ist beeinträchtigt. Oft leiden Traumabetroffene unter Selbstmitleid, Schuldgefühlen und irrationalen Ängsten und Befürchtungen.

**Stichworte:**

Grübeln und Befürchtung, Instabilität, Unsicherheit, Selbstmitleid, Schuldgefühle, Gedankenrasen; Heimat, Mitgefühl.

**Redewendungen/Assoziationen:**

„Den Boden unter den Füßen verlieren“. „Etwas nicht verdauen können“. „Den Appetit – auch auf das Leben – verlieren“.

**Holz**

Das Holz ist zuständig für die Regulierung von Anspannung und für den harmonischen Fluss der Lebensenergie. Unterdrückte Gefühle wie Wut, Ärger, Frust bringen das Holz-Element aus dem Gleichgewicht, was unter anderem zu Ängsten und Panikattacken führen kann. Bei einem traumatischen Ereignis sind Flucht und Kampf nicht möglich. Es findet eine Überwältigung und Erstarrung statt und als Folge davon Aggression und Wut. Orientierung und Bewegung gehen verloren.

**Stichworte:**

Aggression, Wut, Reizbarkeit, Bewegungslosigkeit, Starre, unterdrückte Gefühle, Stress, Nervosität, Unentschlossenheit.

**Redewendungen/Assoziationen:**

„Die Galle kommt hoch“. „Etwas ist über die Leber gekrochen“.

**Feuer**

Das Feuer steht für die Lebensfreude. Ein Trauma verletzt und zerbricht das Herz. Die spirituelle Seele Shen verlässt ihre Heimat und verliert die Identität. Gefühle werden abgespalten. Die Erinnerungen sind oft nur noch lückenhaft. Die Dinge fallen auseinander und können nicht integriert werden. Die Schutzmechanismen wurden überwältigt.

**Stichworte:**

Herz, Identität, Freude, Kommunikation, Intuition, Integration, Interesse, Verbindung, Rückzug.

**Redewendungen/Assoziationen:**

„Ein gebrochenes/blutendes Herz“. „Einen Stich ins Herz versetzen“. „Etwas nicht verstehen und integrieren können“.

## Metall

Metall steht für Weisheit und Wissen, Hoffnung und Glauben. Zum Metall gehört die Fähigkeit zuzuhören und sich berühren zu lassen, aber auch sich selbstbewusst mitteilen zu können. In ihm liegt die Kraft, Kontakt im Aussen ertragen und genießen zu können. Metall konzentriert sich auf das Wesentliche. Was unnötig und störend ist, wird verarbeitet und ausgeschieden. Ein Trauma hat immer mit Grenzverletzung zu tun und beeinträchtigt somit das Metallelement. Im Schock bleibt einem der Atem weg. Das Vertrauen in den Rhythmus des Lebens geht verloren.

### Stichworte:

Loslassen, Kontrolle und Kontrollzwänge, Grenzen, Ja zum Leben/zur eigenen Existenz, Kommunikation, Hingabe, Rhythmus.

### Redewendungen/Assoziationen:

„Die Luft bleibt einem weg.“ „Grenzen sind verletzt worden.“ „Trauer befreit“.

## Traumafolgen

Im ICD 10 und im DSM-IV sind Traumafolgestörungen seit noch nicht allzu langer Zeit als eigenständige Störungsbilder benannt. Diese Klassifizierungen erfassen jedoch längst nicht die ganze Spannbreite und Komplexität der durch Traumatisierungen verursachten Symptome und Phänomene. Entsprechend werde ich in den folgenden Abschnitten auch weitere mögliche Traumafolgen erwähnen, welche für ein breiteres Verständnis der Phänomene bei Traumatisierung hilfreich sind. Ich erachte es als wichtig, Symptome als ein Signal unseres Körpers zu sehen, dass irgendetwas in unserem Inneren nicht stimmt und unsere Aufmerksamkeit braucht. Werden diese Botschaften nicht beachtet, können daraus längerfristige, gravierende Folgen entstehen.

Grundsätzlich wird diagnostisch zwischen einer *akuten Belastungsreaktion* und der sogenannten *Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)*<sup>11</sup> differenziert<sup>12</sup>.

### Die Akute Belastungsreaktion

Die akute Belastungsreaktion – im ICD 10 als eine „*aussergewöhnliche physische oder psychische Belastung*“ definiert - tritt während des traumatischen Ereignisses auf und verschwindet i.d.R. nach wenigen Stunden oder Tagen wieder. Typische Symptome, die sich unmittelbar nach dem überwältigenden Ereignis zeigen, sind (nach Levine, 2014 und Reddemann/Dehner-Rau, 2013):

- *Übererregung*  
(z.B. Herzrasen, Schweissausbrüche, Atembeschwerden, Zittern, Kribbeln oder Zunahme von Zwangsgedanken, Gedankenrasen, Sorge).
- *Anspannung*  
(z.B. Erhöhung der Atmungstätigkeit und des Muskeltonus, Verengung der Blutgefäße, Hemmung der Verdauungstätigkeit).
- *Dissoziation und Verleugnung, Amnesie*  
(z.B. Ausschüttung von Endorphinen, Tunnelblick)
- *Gefühle der Hilflosigkeit, Bewegungsunfähigkeit oder Erstarrung*  
(z.B. Gefühl zusammenzubrechen, totale Kraftlosigkeit)

In den Wochen, evtl. auch Monaten nach dem traumatischen Erlebnis treten häufig zusätzlich noch erhöhte Reizbarkeit, Verwirrung, Fremdheitsgefühle und Panikanfälle auf. Oft wechseln sich auch

---

<sup>11</sup> auch als PTSD (engl: Posttraumatic Stress Disorder) bezeichnet.

<sup>12</sup> Siehe Diagnosemanuals im Anhang (ICD-10 und Neuerungen in der soeben, erst in Englisch erschienenen neuesten Version des DSM-5). Im DSM-5 wird diese Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Phase der PTBS nicht mehr gemacht. Neu spricht man erst von einer PTBS, falls die Symptome mindestens 4 Wochen lang fortbestehen. Es werden aber neu 2 Unterkategorien von PTBS differenziert (PTSD Preschool Subtype and PTSD Dissociative Subtype) und die Diagnosehauptkriterien von 3 auf 4 erhöht.

Phasen der *Intrusion*, in welcher das Bedürfnis nach einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Trauma vorherrscht, mit Phasen von *Konstriktion*, in denen das Trauma vermieden oder sogar gelehnet wird ab. Depressionen, Angst, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug lösen oft den anfänglichen Zustand von Betäubung ab. All dies zeugt, dass die Kräfte der Heilung und Selbstheilung am Werk sind und eine gesunde Verarbeitung des Traumas stattfindet (vgl. auch Kap. Phasen einer Traumatisierung, S. 9).

### Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Bei ca. 25 % aller von einer traumatischen Erfahrung Betroffenen klingen die Symptome der akuten Belastungsreaktion nicht innerhalb von 4 Wochen ab, sondern sie leiden an längerfristigen Symptomen und Folgeerkrankungen. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um ein Bestehenbleiben der oben genannten Symptome der akuten Belastungsreaktion. Medizinisch gesehen spricht man dann von einer *Posttraumatischen Belastungsstörung* (PTBS).

Dieser offiziell medizinische Begriff, den es in dieser Form erst seit 1980 gibt, wird nicht von allen Traumaexperten gleichermassen akzeptiert. Für Peter Levine ist „diese sterile medizinische Störung eine bequeme Abkürzung, die im Dienste wissenschaftlicher Leidenschaftslosigkeit steht, eine versachlichte Sammlung konkreter, messbarer Symptome; eine Diagnose, die sich gesicherten Forschungsergebnissen, gleichgültigen Versicherungsgesellschaften und den Strategien von Verhaltenstherapien fügt. Diese Begrifflichkeit verleihe dem realen Leiden eine objektive wissenschaftliche Legitimität und Sorge für eine sichere Distanz zwischen Ärzten und Patienten“ (Levine, 2012, S. 56). Andererseits hat aber auch gerade diese „wissenschaftliche Legitimität“ zu einem Paradigmenwechsel in der Psychotraumatologie geführt und viele neue Studien und erfolgreiche Therapieverfahren ins Leben gerufen. Dadurch werden heute weniger Menschen mit psychischen Problemen als „psychisch krank“ pathologisiert, sondern es werden vermehrt auch deren oft traumatischen Hintergründe und Ursachen erkannt und anerkannt und entsprechend traumaorientiert behandelt. Ob der Begriff „Störung“ dem „Leiden“ gerecht wird, sei dahin gestellt. Es gibt bereits seit längerem v.a. in militärischen Kreisen Bestrebungen, Störung („disorder“) durch Verletzung („injury“) zu ersetzen, da es weniger stigmatisierend sei und die PTBS eher als Folge der Kriegserfahrung und nicht als persönliche Schwäche darstellt. Dies würde bewirken, dass sich traumatisierte Soldaten eher trauen würden, Unterstützung zu beanspruchen. Dieses Anliegen hat sich im überarbeiteten Diagnosehandbuch DSM-5 nicht durchgesetzt. „Verletzung“ sei zu unpräzise und ein Begriff der Medizin.

### Die lange Liste der Symptome

Die folgende Liste von möglichen durch Traumata verursachte Symptome (nach Levine, 2014 u.a.) ist als Orientierungshilfe und nicht für diagnostische Zwecke gedacht. Manche Symptome können auch erst viele Jahre nach dem traumatischen Ereignis auftreten. Folgende Symptome treten oft in einer frühen Phase nach der Traumatisierung auf:

- übermäßige Wachsamkeit (ständig „auf der Hut sein“)
- bedrückende Bilder oder Rückblenden („flashbacks“)
- Alpträume und nächtliche Angstattacken
- hohe Licht- und Geräuschempfindlichkeit
- Überaktivität
- übertriebene emotionale Reaktionen und Schreckhaftigkeit
- abrupte Stimmungswechsel (Zorn, Wut, Ärger, Weinen)
- Scham und mangelndes Selbstwertgefühl
- herabgesetzte Fähigkeit mit Stress umzugehen
- Schlafstörungen

Die nächsten möglichen Symptome sind:

- Panikattacken, Ängste, Phobien
- Leere im Kopf oder Gefühle der Entrückung

- Vermeidungsverhalten
- erhöhte Risikobereitschaft
- Suchtverhalten
- übertriebene oder verminderte sexuelle Aktivität
- Gedächtnisverlust und Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten
- Unfähigkeit zu lieben oder Bindungen mit anderen Menschen einzugehen
- Angst zu sterben oder ein verkürztes Leben zu haben
- Selbstverletzung
- Verlust von unterstützenden Glaubenshaltungen (spirituell, religiös, zwischenmenschlich)

Die letzte Gruppe sind Symptome, die sich i.d.R. erst nach längerer Zeit herausbilden. Meist, aber nicht zwingend, gehen ihnen einige der oben genannten Frühsymptome voraus.

- übermäßige Scheu
- verminderte emotionale Reaktionen
- Unfähigkeit, Verpflichtungen einzugehen
- chronische Müdigkeit, niedriges körperliches Energieniveau
- Probleme mit dem Immunsystem wie Überempfindlichkeit gegenüber Sinneseindrücken
- hormonelle Probleme wie Fehlfunktionen der Schilddrüse
- psychosomatische Erkrankungen, i.B. Kopfschmerzen, Migräne, Nacken- und Rückenschmerzen
- chronische Schmerzen
- Fibromyalgie
- Asthma
- Hautbeschwerden
- Verdauungsprobleme (nervöser Darm)
- starkes prämenstruelles Syndrom
- Depression
- Gefühle von Getrenntsein, Entfremdung, Isolation
- verringerte Fähigkeit, Pläne zu machen.

Trauma-Symptome können stabil oder instabil sein. Oft werden sie durch Stress oder „Trigger“ ausgelöst, manchmal sogar erst nachdem sie jahrzehntelang verborgen geblieben sind. Die Symptome treten i.d.R. als Gruppe und nicht einzeln auf und sie werden mit der Zeit komplexer.

### Weitere Störungsbilder als Folge von Traumatisierungen

Die Komorbidität, d.h. das gleichzeitige Vorkommen verschiedener Erkrankungen, ist bei posttraumatischen Belastungsstörungen sehr hoch. Die Bandbreite umfasst psychiatrische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, Schizophrenie, Depression, Burnout, Somatisierungsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Essstörungen und Substanzmissbrauch. Diese Störungen erfüllen Funktionen und befriedigen Bedürfnisse und sind im Grunde genommen als kurzfristig hilfreiche Strategien zur Bewältigung, als „Notlösungen“ zu sehen. Längerfristig sind sie jedoch eher schädlich und gefährlich. Die Zusammenhänge und Abgrenzungsmöglichkeiten bezüglich der verschiedenen Störungsbilder und der PTBS werden in den Fachkreisen rege, zum Teil auch kontrovers diskutiert. Dies gilt insbesondere für das Borderline-Syndrom sowie die dissoziativen Störungen.

### Die Borderline-Störung

„Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (abgekürzt BPS) oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs ist die Bezeichnung für eine Persönlichkeitsstörung, die durch Impulsivität und Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Stimmung und Selbstbild

gekennzeichnet ist“<sup>13</sup>. Die emotionale Instabilität mit der Neigung zu Wutausbrüchen und depressiven Einbrüchen gleicht in vielerlei Hinsicht der Symptomatik nach schweren und lang anhaltenden Traumatisierungen (Reddemann/Dehner-Rau, 2012, S. 47). Borderline-Patienten weisen eine sehr hohe Rate von Traumatisierungen auf (75 – 90%), insbesondere in der frühen Kindheit. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Borderline-Störung eine Reaktion auf frühe Traumata, insbesondere sexueller Missbrauch, ist. Manche Traumaspezialisten bezeichnen die Borderline-Störung gar als schwere Form der komplexen PTBS. Andere Fachpersonen wiederum betonen, dass auf wissenschaftlicher Ebene keine Evidenz besteht, dass die BPS ein chronisches posttraumatisches Belastungssyndrom darstellt. Die wissenschaftliche Diskussion zu diesem Thema ist noch in Gange.

### **Dissoziatives Verhalten und dissoziative Störungen**

Dissoziatives Verhalten und dissoziative Störungen sind ein ziemlich sicherer Hinweis auf Traumafolgestörungen. *Dissoziation* bedeutet die Abspaltung von unterschiedlichen Bewusstseinsbereichen: Erinnerungen (Amnesie), Selbstwahrnehmung (Depersonalisation), veränderte Fremdwahrnehmung (Derealisation). Dissoziation ist ein natürlicher Schutzmechanismus, der das Überleben sichert. Bei traumatischen Erlebnissen können so überwältigende Gefühle und unerträgliche Schmerzen abgespalten werden, aber auch leichte Formen der Dissoziation wie Tagträumen und Desorientieren können im Alltag, in Belastungssituationen oder bei grosser Müdigkeit auftreten und hilfreich sein. Diese Fähigkeit zur Dissoziation wird zur Störung, wenn sie nicht mehr steuerbar ist. Ganz alltägliche Dinge oder Berührungen („Trigger“) können Erinnerungen an das vorangegangene Trauma auch unbewusst wachrufen und dissoziatives Verhalten auslösen. Menschen mit dissoziativen Störungen gehen in zwischenmenschlichen Beziehungen oft aus dem Kontakt, wenn sie sich „bedroht“ fühlen oder sie hören innere Stimmen. Dissoziation wird zum „Lebensstil“, der „gekennzeichnet ist durch extreme Formen von Regulationsversuchen, oftmals begleitet von Substanzmissbrauch, selbstschädigendem Verhalten, fehlender Anteilnahme oder Starrezuständen des ganzen Körpers bei wachem Bewusstsein“<sup>14</sup>.

Die dissoziativen Störungen werden von den dissoziativen Symptomen abgegrenzt, welche bei anderen psychischen Erkrankungen (z.B. PTBS, BPS) oder durch körperliche Fehlfunktionen bzw. Krankheiten auftreten können. Nach dem amerikanischen Psychiater Dell unterscheidet man zwischen *einfachen* und *komplexen dissoziativen Störungen* (Reddemann/Dehner-Rau, 2012). Zu den einfachen dissoziativen Störungen (Kriterium A) gehören folgende Symptome:

- Amnesie
- Depersonalisation
- Derealisation
- Flashback-Erleben
- Alters-Regression
- somatoforme Dissoziation<sup>15</sup>
- Trancezustände

Bei den komplexen dissoziativen Störungen ist zusätzlich das Identitäts- und Selbstempfinden mitbeteiligt. Dabei werden verschiedene Selbstzustände entweder als teilabgespalten (Kriterium B) oder als vollabgespalten (Kriterium C) erlebt.

---

<sup>13</sup> M. Hautzinger (Hrsg.), G.C. Davison, J.M. Neale: Klinische Psychologie. Beltz PVU, Weinheim, ISBN 3-621-27458-8 via wikipedia.

<sup>14</sup> Aus der Beschreibung des Seminars „Das Dissoziieren integriere“ von J.B. Schmidt (<http://www.apptitude-academy.com>).

<sup>15</sup> Störungen der Bewegung und Sinnesempfindung ohne körperliche Ursache.

## Burnout

„Das Burnout-Syndrom ist wissenschaftlich nicht als Krankheit anerkannt, sondern gilt im ICD-10 als ein Problem der Lebensbewältigung. Es handelt sich um eine körperliche, emotionale und geistige Erschöpfung aufgrund beruflicher oder anderweitiger Überlastung bei der Lebensbewältigung. Diese wird meist durch Stress ausgelöst, der wegen der verminderten Belastbarkeit nicht bewältigt werden kann“<sup>16</sup>.

Es ist zu vermuten, dass die Überbelastung beim Burnout nur begrenzt durch die Arbeitsüberlastung, sondern vor allem auch durch Regulationsüberlastung des Systems entsteht (Schmidt, 2014, S. 92). Die sympathische Erregung wird ständig im Zaum gehalten, was enorm viel Energie verbraucht und schliesslich zu Erschöpfung führen kann. Bei Menschen mit frühen Beziehungstraumata und/oder einem Mangel an elterlicher Zuwendung gibt es oft Defizite in der Fähigkeit zur Steuerung der Gefühle, der Selbstberuhigung und -regulation des Nervensystems. Oftmals werden insbesondere am Arbeitsplatz und Beziehungen auch Traumata „angetriggert“, was zu einer starken Belastung und Überforderung führen kann.

## Der Wiederholungszwang

Ein unverarbeitetes Trauma kann in seltenen Fällen auch zu einem Zwang führen, die Handlungen immer und immer wieder zu wiederholen, die das Problem ursprünglich verursacht haben: der Wiederholungszwang (Levine, 2014), der bereits von Sigmund Freud erwähnt wurde. Dabei werden die Folgen eines Traumas entweder durch körperliche Symptome, in Form einer intensiven Interaktion mit der äusseren Umwelt oder in stereotypen Alpträumen wiedererlebt. Die Wiederholungen können sich in intimen Beziehungen, Situationen am Arbeitsplatz, durch wiederholte Unfälle oder Missgeschicke und anlässlich anderer, scheinbar zufälliger Ereignisse abspielen. Oft treten sie auch als körperliche Symptome oder psychosomatische Erkrankungen in Erscheinung. Ein Hinweis auf ein Symptom eines Traumas ist die Häufigkeit des Auftretens der sich wiederholenden Ereignisse.

## Risikofaktoren / Schutz- und Bewältigungsfaktoren

Es gibt zahlreiche Studien über die Faktoren, welche das Risiko für eine längerfristige Erkrankung erhöhen (Risikofaktoren) beziehungsweise die spontane (Selbst-)Heilung begünstigen (Schutz- und Bewältigungsfaktoren).

Das Risiko für die Entwicklung von längerfristigen Störungen hängt von verschiedenen Faktoren ab. Risikofaktoren sind belastende Lebensereignisse oder Lebensumstände, die einzeln oder in ihrem Zusammenwirken eine psychische Störung oder Erkrankung begünstigen (Fischer/Riedesser, 2009, S. 161). Bei gleichzeitiger körperlicher Erschöpfung und körperlichen Erkrankungen (z.B. im hohen Alter), ist das Risiko grösser. Konfliktreiche und belastende Familienverhältnisse stellen ebenfalls ein grosser Risikofaktor dar. Das Risiko für schwerwiegende posttraumatische Folgen ist umso grösser (Itin, 2007, S. 276):

- je enger die persönliche Beziehung zur Tatperson war,
- je länger das traumatische Geschehen andauerte,
- je jünger die Person zum Zeitpunkt der Traumatisierung war,
- je grösser die Gefährdung und Betroffenheit war.

Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) wirken als schützend, wenn sie bei einer Traumatisierung zur Verfügung stehen. Dazu gehören insbesondere soziale Unterstützung und persönliche Ressourcen. Kommunikative Kompetenz und ein kohärentes Weltbild, wie der Glaube an Gott und die Welt, sind ebenfalls Schutzfaktoren (Huber, 2003, S. 82). Eine wichtige Grundvoraussetzung ist die Gewährleistung von Sicherheit: als erstes muss die reale Bedrohung beseitigt werden. Befindet sich die Person noch in der traumatisierenden Situation, ist eine Heilung gar nicht möglich.

---

<sup>16</sup> Ferdinand Jaggi: Burnout – praxisnah. Georg Thieme Verlag: Stuttgart 2008, S. 6–7 via wikipedia.

## Traumaheilung

Seit den schrecklichen auch in den Medien breit gestreuten Ereignissen wie der Erfurter Amoklauf, das Zugunglück in Eschede und die Terroranschlägen vom 11. September 2001 ist das Thema *Trauma* mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gelangt. Gleichzeitig haben diese 3 Ereignisse eine Fülle von neuen Forschungen zum Thema Trauma allgemein angeregt (Huber, 2003, S. 17).

Erste Schilderungen von Traumatisierungen, insbesondere die Reaktion der *Schreckstarre*, finden sich bereits in Mythen<sup>17</sup>, religiösen Schriften, literarischen und philosophischen Darstellungen des Altertums. Damals wurden vor allem Kriege und Katastrophen und deren seelischen Folgen thematisiert. Den Ureinwohner von Süd- und Mittelamerika sind die Essenz des Traumas und das Wesen der Angst schon lange bekannt. Sie sind in der Lage, traumatische Erfahrungen durch schamanische Heilungsrituale umzuwandeln und zu heilen und haben nach der Kolonialisierung durch die Spanier und die Portugiesen deren Wort *susto*<sup>18</sup> übernommen um die Reaktion bei einer Traumatisierung zu beschreiben (Levine, 2012).

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Phänomen Trauma begann erst Ende des 19. Jahrhunderts. Im folgenden möchte ich einen kurzen Abriss über die Geschichte des Konzeptes *Trauma* machen, bevor ich ausführlicher auf die möglichen Ansätze und Verfahren der Traumaheilung eingehe.

### Geschichte des Traumakonzepts

Ende des 19. Jahrhunderts befassten sich die Pioniere der modernen Psychotherapie<sup>19</sup> erstmals wissenschaftlich mit dem Phänomen *Trauma*, im Rahmen der damals fast für alle psychischen Beeinträchtigungen diagnostizierten „Hysterie“ bei Frauen als Folge von Traumata, vor allem sexueller Gewalt. Pierre Janet begründete 1889 in seinen Arbeiten den Begriff der „Dissoziation“, als Folge einer Überforderung des Bewusstseins bei der Verarbeitung traumatischer, überwältigender Erlebnissituationen. Seine Arbeiten blieben aber lange ohne Einfluss und wurden erst 100 Jahre später in ihrer Pionierrolle für die Psychotraumatologie gewürdigt. Anders verhielt es sich bei seinem Zeitgenossen Sigmund Freud, der 1896 in seinem Vortrag über Ätiologie<sup>20</sup> der Hysterie den Zusammenhang zwischen Hysterie und sexuellem Kindesmissbrauch beschrieb, was für viele noch heute als der Ursprung der modernen Psychotraumatologie angesehen wird. Freud revidiert 1905 teilweise seine Auffassung der sogenannten „Verführungstheorie“ und stellte die kindlichen Triebwünsche und Phantasiebildungen bei der Entstehung neurotischer Störungen in den Vordergrund. Er definierte Trauma als „Bruch in der Schutzbarriere gegen Stimulierung, der Gefühle von überwältigender Hilflosigkeit auslöst.“ (Levine, 2012, S. 55).

Bereits während des Amerikanischen Bürgerkriegs (1861 bis 1865) gab man dem traumatischen Zusammenbruch der Soldaten nach der Schlacht einen Namen: *soldier's heart* (Soldatenherz, gleichbedeutend wie Kriegsneurose) und *nostalgia* (Heimweh, Nostalgie).

Emil Kraepelin bezeichnete um 1909 in einem der ersten veröffentlichten diagnostischen Systemen diese stressbedingten Zusammenbrüche als *Angstneurosen* und zementierte mit dieser Definition den zentralen Aspekt der Angst bei Traumatisierungen.

Im Ersten Weltkrieg (1914 bis 1918) sprach man im Zusammenhang mit dem Schlachtfeldtrauma vom Bombenschock („*shell shock*“) und nannte die Soldaten *Kriegszitterer*.

---

<sup>17</sup> Ein Beispiel dafür ist der Mythos der gorgonischen Medusa, die ihre Opfer in Stein verwandelte, wenn sie ihr furchterregendes Haupt erblickten.

<sup>18</sup> *susto* wird wörtlich mit „Schreckstarre“ und „Verlust der Seele“ übersetzt.

<sup>19</sup> i.B. Jean-Marie Charcot (ein Hypnosearzt), Pierre Janet und Sigmund Freud, die an der Pariser Salpêtrière zusammenarbeiteten .

<sup>20</sup> Fachrichtung der Medizin und Psychologie, die sich mit den Ursachen der Entstehung von Krankheiten beschäftigt.

Im Zweiten Weltkrieg (1939 bis 1945) bezeichnete man das Leid der traumatisierten Soldaten abwertend als *Kampfmüdigkeit* und *Kriegsneurose*.

1941 umschrieb der Freud-Schüler Abram Kardiner mit dem Begriff der *Physioneurose* den gleichzeitig körperlich wie seelischen, chronischen Beeinträchtigungsprozess nach Traumatisierungen. Damit begann im Grunde die moderne Psychotraumatologie (Huber, 2003, S. 29).

Trotzdem wurde nach dem Korea-Krieg (1950 bis 1953) mit dem Begriff *Operativer Erschöpfungszustand*<sup>21</sup> das Kriegstrauma noch mehr versachlicht und entschärft.

Die heute übliche Bezeichnung *Posttraumatische Belastungsstörung PTBS* geht überwiegend auf die Erfahrungen im Vietnam-Krieg (1955 bis 1975) zurück. In Bezug auf innerfamiliäre Traumata (i.B. Misshandlungen, sexuelle Gewalt) hat vor allem die Frauenbewegung der 70er-Jahre auf das enorme Ausmass hingewiesen. Die PTBS wurde erst in den 80er-Jahren in die diagnostischen Verzeichnisse als Krankheitsbild aufgenommen.

### Traumatherapien

Horowitz hat die erfolgreiche Bewältigung einer traumatischen Reaktion definiert als Fähigkeit, das Trauma willentlich erinnern zu können und gleichermassen in der Lage zu sein, die Aufmerksamkeit anderen Dingen zuzuwenden (Fischer/Riedesser, 2009, S. 224). Manchmal wird dieses Ziel nicht auf „natürlichem“ Wege erreicht, sondern nur mit therapeutischer Unterstützung. Aber Trauma ist heilbar, auch wenn in der psychiatrischen Medizin viele der Langzeitfolgen von Traumata als eine unheilbare Krankheit angesehen werden. Ich bin wie Peter Levine und andere Traumatherapeuten überzeugt, das wir Menschen die angeborene Fähigkeit besitzen, ein Trauma zu besiegen und durch den Heilungsprozess tiefgreifende emotionale und spirituelle Transformation zu erfahren (Levine, 2014).

Für die Behandlung von Traumata gibt es inzwischen viele unterschiedliche Verfahren, die z.T. speziell für die Traumatherapie entwickelt wurden. Bei meiner Recherche nach Traumaheilungsverfahren bin ich sogar auf eine Online-Therapie am Psychologischen Institut der Universität Zürich gestossen<sup>22</sup>. Auch gibt es zahlreiche Verfahren und Bücher, die Übungen und Ansätze zur „Selbstheilung“ der Traumata anbieten (siehe z.B. Levine, 2014; Reddemann/Dehner-Rau, 2013), ein Weg der sicher, zumindest bei „einfachen“ Traumata zum Ziel führen kann. Auch Rituale, geistige, schamanische oder andere Heilverfahren können den Heilungsprozess unterstützen. Meistens werden jedoch psychotherapeutische Verfahren für die Traumabehandlung eingesetzt. In den nächsten Abschnitten werde ich einige Therapieansätze darlegen und danach auf die Rolle der Körpertherapie in der Traumaheilung eingehen.

### Kognitive Verhaltenstherapie

Bei der kognitiven Verhaltenstherapie, auch kognitiv-behaviorale Therapie genannt, geht es darum, sich das Denken bewusst zu machen und sogenanntes dysfunktionales Denken, d.h. nicht hilfreiches oder ungesundes Denken zu korrigieren. Dabei werden Methoden auf kognitiver Ebene und Verhaltensebene verbunden. Beispielsweise können ungerechtfertigte Gefühle von Schuld und Scham, die bei traumatisierten Menschen häufig anzutreffen sind, mit Hilfe der kognitiven Verhaltenstherapie aufgespürt, analysiert und aufgelöst werden.

### Psychodynamische Therapien

Bei den psychodynamischen Therapieformen werden unbewusste Vorgänge stärker berücksichtigt. Das Verständnis und die Nutzung der therapeutischen Beziehung sowie die Einsichtsförderung

---

<sup>21</sup> Dieser Begriff lebte im Irakkrieg (2003) als *operative Kampfmüdigkeit* wieder auf.

<sup>22</sup> Siehe <http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/psypath/Psychotherapie1/Onlinetherapie.html>.

haben bei der psychodynamischen Therapie einen besonderen Stellenwert. Folgende speziell auf die Traumabehandlung abgestimmte Verfahren sind besonders zu erwähnen:

- *Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT)* von Gottfried Fischer  
In dieser Therapieform geht es vor allem darum, das traumakompensatorische Schema aus Trauma und Traumaverarbeitung zu verstehen und dem Patienten bewusst zu machen. Im Rahmen einer sicheren Beziehung werden gemeinsam neue Wege aus dem Trauma entwickelt.
- *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT)* von Luise Reddemann  
Diese Therapieform gründet auf der natürlichen Fähigkeit zur „Imagination als heilsame Kraft“. Dabei werden die Patienten angeregt, mit Hilfe ihre Vorstellungskraft gezielt heilsame Bilder zu entwickeln. Diese Bilder sollen ein Gegengewicht zu den Bildern des Grauens bilden.

### *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*

EMDR ist ein relativ junges speziell für Traumata von Francine Shapiro entwickeltes Therapieverfahren. Diese Methode ist bei der Behandlung von PTBS wissenschaftlich international anerkannt und wurde beispielsweise auch beim Tsunami im Indischen Ozean 2004 eingesetzt. Das Verfahren setzt aber voraus, dass das traumatische Erlebnis erinnert wird. Es hat sich vor allem bei Mono-traumatisierungen bewährt und wird auch im Rahmen von anderen Therapieverfahren angewendet. Der Klient wird dabei in einem geschützten Rahmen mit dem Trauma konfrontiert. Während er sich auf die inneren Vorstellungen des Traumas konzentriert, bewegt die Therapeutin ihre Finger vor seinen Augen und initiiert rhythmische Augenbewegungen, die eine beschleunigte Verarbeitung des Traumas im Gehirn ermöglichen.

Der genaue Wirkmechanismus von EMDR ist bisher unbekannt und wird weiter erforscht. Shapiro postulierte ein Informationsverarbeitungssystem im Zentralnervensystem (ZNS). Durch die Reizüberflutung während einer traumatischen Situation scheint dieses System zum Teil blockiert zu werden. Eine Hypothese lautet, dass durch die bilateralen Stimulationen diese Blockade überwunden werden kann.

### *Somatic Experiencing® (SE)*

Somatic Experiencing ist eine körperorientierte Form der Traumatherapie. Der amerikanische Biophysiker und Psychologe Peter Levine hat sie in den 1970er-Jahren aufgrund seiner Verhaltensforschungen im Tierreich entwickelt: wilde Tiere entwickeln i.d.R., obwohl sie ständig lebensbedrohenden Situationen ausgesetzt sind, keine traumatischen Folgestörungen, wenn sie die in der überlebenssichernden Erstarrungsreaktion gebundene Energie durch Zittern und Schütteln wieder abbauen können. Auch beim Menschen muss eine vollständige Entladung dieser Energie stattfinden, ansonsten bleibt sie im Nervensystem und im Körper gespeichert und verursacht Traumasymptome. Mit SE werden diese Energieblockaden – nach demselben Muster wie bei Tieren – schrittweise und sehr behutsam aufgelöst. Levine ist davon überzeugt, dass die „Heilung eines Traumas....primär ein biologischer oder körperlicher Prozess ist, der häufig mit psychologischen Auswirkungen einhergeht. Das gilt vor allem dann, wenn ein Trauma mit dem Verrat durch Personen einhergeht, deren Aufgabe es gewesen wäre, uns zu beschützen.“ (Levine, 2014, S. 34). Somatic Experiencing ist eine Heilungsmethode, die eine Verbindung zum Körper herstellt. Die biologischen, körperlichen Abwehrkräfte werden aufgespürt und wiederbelebt. Die Angst wird von der Erstarrungsreaktion entkoppelt. Es ist möglich mit SE ohne Erinnerung und Inhalt zu arbeiten.

### *Imagery rehearsal therapy (IRT)*

Imagery rehearsal ist ein Verfahren zur Behandlung von Alpträumen, welche häufig als Traumafolge auftreten. Dabei werden die Träume untertags visualisiert und gedanklich zu einem guten Ende geführt. Diese bewusste Veränderung des im Gehirn gespeicherten „Alpträumdrehbuchs“ führt

erfahrungsgemäss schneller zur Linderung der Alptraumproblematik und anderen Symptomen als beispielsweise das Konfrontationsverfahren.

### **Psychopharmakotherapie**

Ergänzend zur Psychotherapie werden manchmal auch Psychopharmaka verabreicht, insbesondere bei ausgeprägter Symptomatik oder in der Anfangsphase der Psychotherapie zur Stabilisierung des Betroffenen. Es gibt vergleichsweise wenige Studien zum umstrittenen Einsatz von Psychopharmaka bei PTBS. Bei Traumaklienten kommt es öfters zu Missbrauchsverhalten und die Suchtgefahr von Beruhigungsmitteln – aber auch Alkohol und Drogen – ist gross. Desweiteren wird die Chance für einen gesundheitsfördernden Verarbeitungsprozess bei Langzeiteinnahme von Psychopharmaka minimiert.

Folgende Substanzen werden, abhängig von den im Vordergrund stehenden Beschwerden eingesetzt (nach Reddemann/Dehner-Rau, 2012 und wikipedia):

- *Antidepressiva*  
Bei Depression, Angst- und Zwangsstörungen, Schmerzstörungen, Schlafstörungen.  
(Beispiel: Sertralin, Paroxetin, Amitriptylin).
- *Neuroleptika*  
Bei akuten Angst- und Unruhezuständen, psychoseähnliche oder psychosenahe Zustände, Selbstverletzungsdruck  
(Beispiele: Promethazin, Perazin, Olanzapin, Risperidon).
- *Benzodiazepine oder Tranquilizer*  
Zur kurzzeitigen Behandlung bei akuten Erregungszuständen (hohes Abhängigkeitspotenzial!)  
(Beispiel: Alprazolam).

Die Rolle der Selbstregulierung, eine mehr ressourcenorientierte Ausrichtung und die Integration des physischen und feinstofflichen Körpers und energetischer Aspekte scheinen in den letzten Jahren in der Traumatherapie an Bedeutung gewonnen zu haben. Neue Therapieansätze sind entstanden: beispielsweise NARM - *Das Neuroaffektive Relationale Modell* oder die *Integrale Somatische Psychotherapie (ISP)*. SOMA – ist ebenfalls eine neue Synthese für körperzentriertes Begleiten von traumatisierten Menschen – mit Wurzeln im Somatic Experiencing®, im Rolfing, den Neuro-Wissenschaften und im Tonic Functional Modell des Pariser Tänzers und Wissenschaftlers Hubert Godard. Die Auseinandersetzung und Darlegung aller bestehenden Therapiemethoden würde den Umfang dieser Arbeit aber bei weitem sprengen.

### **Die Bedeutung von Körperarbeit in der Traumatherapie**

Körpertherapie hat eine lange Geschichte: bereits in der Antike wurden Bewegungs- und Atemtherapie, Massagen und physische Mobilisierung eingesetzt. Schon immer wurden psychische und physische Methoden miteinander kombiniert. Auch in den Anfängen der Psychiatrie kamen bereits Massagen sowie Wärme- und Kälteanwendungen zum Einsatz. Aber die Körpertherapie war und ist immer noch im Spannungsfeld zwischen Medizin und Psychotherapie angesiedelt.

Einige wichtige körpertherapeutische Ansätze entstanden in der Schauspielszene und im Theater, von wo aus schon früh Impulse in die Tanz- und Bewegungstherapie gingen. Auch aus den indischen und asiatischen Traditionen flossen wichtige Einflüsse in die körperzentrierten Therapieansätzen (Yoga, Qi Gong, Shiatsu etc.). Die Geschichte der modernen Körpertherapie in Europa wurde vor allem durch die Psychoanalyse und ihre Weiterentwicklungen geprägt. Doch die Resonanz war im Mainstream der Psychoanalyse zu klein, so dass sie lange nicht weiterentwickelt wurden und es kam immer mehr zu einer strikten Trennung zwischen physischen und psychologischen Interventionen (Abstinenz- und Berührungsverbot). Erst mit der *Bioenergetik*, die Alexander Lowen, ein Patient und späterer Schüler von Wilhelm Reich 1947 auf der Grundlage der *Vegetotherapie* Reichs entwickelte, wurde ein Durchbruch in der körperbezogenen Therapie erzielt. Eine weitere bekannte Körper-

therapie ist die *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie* nach H. Petzold. Sie ist ein Teil der „Integrativen Therapie“, in der auch Kunst-, Musik- und Tanztherapie integriert sind.

Heute stellen Körpertherapien nahezu in allen Therapieeinrichtungen (z.B. in Form von körperorientierter Psychotherapie, Physiotherapie oder Körperarbeit) integrale Bestandteile der Behandlungskonzepte dar. Sie kommen vor allem bei Störungen des Körper- und Beziehungserlebens, Veränderungen der Körperwahrnehmung (z.B. Abspaltung) und chronischen Schmerzen ergänzend zur Psychotherapie zum Einsatz. Als eigenständige, anerkannte Therapieformen fristen die körperorientierten Methoden immer noch ein Schattendasein, obwohl die Tatsache, dass sich ein Trauma auch oder vor allem als unbewusste, im Körpergedächtnis abgespeicherte Schmerzen und Erinnerungen manifestiert, allgemein bekannt und akzeptiert wird. *Embodiment* – die Verkörperung, definiert als einen Zustand bewusster Wahrnehmung der körperlichen Präsenz, ist in den letzten Jahren in der Traumatherapie zu einem internationalen Modebegriff geworden. Somatic Experiencing® beispielsweise, als körperorientierten, vielversprechenden Ansatz zur Heilung von Traumata wird nicht anerkannt, da die 3-jährige Ausbildung nicht nur auf akademische Psychotherapeuten begrenzt, sondern auch offen für Körper- und Gesprächstherapeuten ist. Eine weitere körpertherapeutisch orientierte Traumatherapie wurde von Babette Rothschild entwickelt. Mit ihrer „Somatic Trauma Therapy“ versucht sie eine Verbindung zwischen der Körperarbeit und der kognitiven Methoden der Psychotherapie herzustellen. Soweit ich das beurteilen kann, scheint sich ihre Methode, zumindest im deutschsprachigen Raum nicht durchzusetzen. Es gibt aber offenbar eine steigende Anzahl von Körpertherapeuten (v.a. Polarity, Craniosacraltherapie und Shiatsu), welche sich traumatherapeutisch weiterbilden und ihre Methoden kombiniert anwenden.

Die biologischen Rhythmen als Grundlage der Selbstregulation und die Bedeutung der Myofaszien sind wichtige Stichworte in den neuen körperzentrierten Therapiemethoden. Auch in der Tanz- und Bewegungstherapie finden sich vermehrt Ansätze, die sich auf die Arbeit mit von Traumata Betroffenen ausrichten.

### Rituale – Sprache des Herzens

Rituale, die wohl ältestes und am weitesten verbreitete Sprache der Menschen, besteht aus Symbolen. Sie ist eine Art Ursprache und verbindet uns mit „dem grossen Ganzen“. In der buddhistischen Psychologie (aber auch in anderen, z.B. schamanischen und afrikanischen Traditionen) wird die Kraft des Rituals eingesetzt, um das Bewusstsein umzuwandeln (Kornfield, 2008). Mit der Kraft der Elemente können wir uns wieder verbinden mit der Erde, auf der wir leben. Die Bedeutung der Rituale ist in unserer Gesellschaft – und auch in der Psychotherapie - weitgehend vergessen gegangen. Jack Kornfield, Psychotherapeut und bedeutender Vermittler von buddhistischem Gedankengut für den westlichen Alltag formuliert diesen Umstand folgendermassen: „In der westlichen Psychologie werden Rituale weitgehend ausgeblendet. Unsere Heiler, die Psychotherapeuten, treffen ihre Patienten in sterilen Klinikräumen oder Praxen, wo man auf unbequemen Stühlen sitzt und die Sprache des Rituals nie nutzt. Andererseits haben wir eine eigene Ritualsprache aufgebaut, die noch merkwürdiger ist: keine Berührung, keine Umarmung, keine Fragen an den Therapeuten... All das hat nur den einen Zweck, der Arbeit des Herzens einen ordnungsgemässen Anstrich zu verleihen und das Ganze an die Sichtweise von Medizin und Wissenschaft anzupassen, wie man das Leben zu analysieren hat“ (Kornfield, 2008, S. 400).

## Trauma und Shiatsu

„Traumaklienten finden sich in jeder Shiatsupraxis“ (Itin, 2007, S. 280). Wie aber können wir sie erkennen? Und welche Möglichkeiten haben wir, Sie mit Shiatsu und anderem zu unterstützen? Was brauchen Traumaklienten? Und was brauchen wir, damit wir traumatisierte Menschen begleiten können?

Im nächsten Teil meiner Diplomarbeit möchte ich diesen Fragen nachgehen. Ich stütze mich dabei einerseits auf die Erfahrungen und Berichte von erfahrenen (Trauma)-Therapeuten aus der Literatur oder aus persönlichen Berichten. Andererseits fließen aber auch meine eigenen Erfahrungen, Ideen und Beobachtungen als Shiatsutherapeutin und –klientin mit ein. Meine Ausführungen sind als Anregung gedacht für Shiatsutherapeuten, die in ihrer Praxis mit Traumaklienten in Kontakt kommen und diese gerne begleiten und unterstützen möchten.

Gerne möchte ich an dieser Stelle vornweg nehmen, dass ich es nicht als sinnvoll erachte, mit Shiatsu ohne entsprechende Zusatzausbildung traumatherapeutisch zu arbeiten. Ich bin aber überzeugt, dass wir traumatisierte Menschen mit Shiatsu sehr wohl unterstützen und begleiten können – vorausgesetzt wir berücksichtigen einige Grundsätze, trauen es uns zu und erkennen rechtzeitig, wann spezifische Hilfe durch Traumatherapeuten, Psychotherapeuten, Ärzte etc. nötig ist. Dieser Überzeugung sind offenbar auch viele andere Shiatsu- und weitere Körpertherapeuten, wie der zunehmende Trend von Verbindung der Körperarbeit mit der Traumarbeit in vielen Praxen vermuten lässt. Peter Itin, Shiatsu- und SE-Traumatherapeut, der in seiner Shiatsupraxis die Traumarbeit schon seit längerem mit Shiatsu kombiniert, sieht den Beitrag von Shiatsu bei traumatisierten Menschen v.a. in (Itin, 2007, S.282):

- der Linderung von körperlichen Symptomen
- der Verbesserung der emotionalen Stabilität, dem Wohlbefinden, der Lebensfreude und Lebensqualität
- Lösen von Energieblockaden und der Wiederherstellung von Verbindungen
- der Stärkung des Körperbewusstsein, des Selbstbewusstsein und der Abgrenzungsfähigkeit.

### Traumaklienten erkennen

Im Jahr 2003 führte die Shiatsu Gesellschaft Schweiz (SGS) bei ihren Mitgliedern eine Umfrage durch, die zwar nicht repräsentativ ist, jedoch ein gutes Bild über das Spektrum der therapeutischen Anwendung von Shiatsu in der Schweiz abgibt (Itin, 2007, S. 216). Die Umfrage ergab, dass bei 75% der Shiatsuklienten konkrete Beschwerden bzw. eine Kombination von mehreren Beschwerden als Hauptbeweggrund für die Inanspruchnahme der Behandlungen angegeben wurde. Als eigentliche, tiefere Ursache für viele körperliche Beschwerden werden neben Stress und Lebenskrisen/Umbruchphasen auch Folgen von Traumatisierungen angegeben. Mehr als ein Drittel der an den eingereichten Fallstudien mitwirkenden Klientinnen litten unter posttraumatischen Belastungsstörungen.

Es geht mir mit den folgenden Hinweisen auf eine mögliche Traumatisierung bei Shiatsuklienten nicht darum, dass wir als Shiatsutherapeuten eine medizinische Diagnose stellen können, denn das ist m.E. nicht unsere Aufgabe und auch für die Wirksamkeit unseres Shiatsu nicht entscheidend. Trotzdem bin ich der Ansicht, dass es wichtig ist, die Erkennungsmerkmale für mögliche, vielleicht bis anhin unerkannte Traumatisierungen zu kennen, damit wir den Traumaklienten in einer angebrachten Art und Weise begegnen, Unterstützung anbieten oder sie gegebenenfalls weiter vermitteln können.

### Typische Beschwerden und Symptome

Die Klienten suchen i.d.R. nicht mit der expliziten Absicht einer Traumabehandlung einen Shiatsutherapeuten auf, da sie sich oftmals eines Traumas oder dessen Tragweite nicht bewusst sind. Oft

sind auch keine Erinnerungen an traumatische Ereignisse mehr vorhanden, insbesondere, wenn diese in der frühen Entwicklungsphase oder sogar pränatal stattgefunden haben.

Im Prinzip können bei Traumaklienten alle Symptome vorliegen, die im Kap. Traumafolgen (siehe S. 14 ff) aufgelistet wurden. Häufig werden in der Praxis folgende „Beschwerden“ und Probleme genannte, die uns als Shiatsu-therapeuten aufhorchen und eine mögliche Traumafolgestörung in Betracht ziehen lassen sollten (Itin, 2007, S. 281):

- psychosomatische Störungen (Somatisierung mit körperlichen Beschwerden ohne organische Ursache)
- Angst
- Unsicherheit
- Unzulänglichkeit
- rasches Ermüden
- Konzentrationsprobleme
- Schuldgefühle
- Überempfindlichkeit

Auch Depressionen und andere psychische Erkrankungen haben ihren Ursprung häufig in Traumatisierungen. Die Depression ist oftmals eine Folge des massiven Rückzugs und der permanenten Angst sowie der Trauer, die nicht zugelassen werden kann.

### Typische „Verhaltensmuster“

Traumatisierte Menschen entwickeln oft typische „Verhaltensmuster“, welche zum Teil bereits erwähnt wurden und hier lediglich als Sammlung von Stichworten nochmals wiedergegeben werden (nach Itin, 2007 u.a.):

- Gestörte Liebes-, Bindungs und Beziehungsfähigkeit
- Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Autoritäts- und Integrationsprobleme
- Dissoziatives Verhalten und Vermeidungsstrategien
- Suizidversuche oder -gedanken
- Essstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Selbst- und Weltverständnis ist dauerhaft erschüttert
- Erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität
- Geringe Frustrationstoleranz
- Geringe Belastbarkeit bei Stress
- Finden sich immer wieder in den gleichen Situationen, Schwierigkeiten, Beziehungsmuster etc. (Wiederholungszwang)
- Opferbewusstsein, Opferrolle
- Fehlende Lebensfreude und Lebenssinn, Gefühl von „feststecken“, an der Vergangenheit festhalten
- Rückzug und Isolation
- Verzerrte Wahrnehmung
- Schwierigkeiten über Gefühle zu reden. Gefühle sind oft abgespalten. Allgemein Sprachlosigkeit
- Mühe „Nein“ zu sagen, Grenzen zu spüren und zu setzen
- Hohe Anpassungsfähigkeit
- Hohe Risikobereitschaft
- Erhöhte Wachsamkeit, ständig „auf der Hut“ - Sein
- Schuld- und Schamgefühle
- Feindliche Haltung der Welt gegenüber
- Religiöser Wahn
- Verleugnung.

Meine intuitive Vermutung, dass bei Klienten, die schon viele Behandlungen durchlaufen haben, aber keinen Fortschritt erfahren, sondern immer wieder an den gleichen Punkt zurückkommen, eine Trauma vorliegen könnte, habe ich in der Literatur bestätigt bekommen (siehe Lundberg, 2007).

### Typische Merkmale und Reaktionen des Körpers

Oftmals haben traumatisierte Menschen ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper oder zu einzelnen Körperteilen. Die Körperselbstwahrnehmung ist stark eingeschränkt oder einzelne Körperteile fühlen sich wie abgespalten, wie nicht als Teil des ganzen Körpers an. Die Grenzen, auch die Körpergrenzen, sind nicht oder nur schwer spürbar. Die eingefrorene Energie des Trauma, das Entsetzen manifestieren sich oft in Steifheit und Unflexibilität des Körpers oder einzelner Körperteile, insbesondere der Extremitäten und Gelenke. Fast immer zeigt sich eine besondere Anspannung im oberen Hara und dem Zwerchfell. Insgesamt wirkt der obere Teil des Körpers einschliesslich Kopf angespannt und energetisch voll, der Unterbauch und die Beine hingegen wirken energetisch leer (Kockrick, 2011). Oft sind auch die Handgelenke und die Kaumuskelatur auffällig und sehr angespannt.

Wenn alle 3 grundlegenden Diaphragmen im Körper (Kopf, Zwerchfell, Beckenboden) eingefroren und blockiert sind, dann ist dies ein ziemlich klares Indiz für das Vorliegen eines traumatischen Schocks (Lundberg, 2007).

Häufig leiden Traumaklienten an chronischen und wandernden Schmerzen sowie an psychosomatischen Körperreaktionen. Insbesondere Migräne, Kopf-, Rücken- und Nackenschmerzen sowie Verdauungs- und Unterleibsprobleme, aber auch Asthma und Herzrasen treten häufig auf. Wird das Trauma reaktiviert, werden u.a. rasch Schlaflosigkeit und Schlafstörungen, Durchfall, Schweißausbrüche und Hautausschläge ausgelöst.

Zu beachten ist, dass sich das vegetative Nervensystem bei traumatisierten Menschen auf einem höheren Erregungsniveau befindet. Die Fähigkeit, Erregung auszuhalten sinkt oder die Anspannung ist ständig zu hoch. Entspannung ist nicht oder nur schwer möglich.

Ausgehend von der polyvagalen Theorie (siehe S. 10ff) kann sich ein Trauma und die damit verbundene Immobilität bei den Klienten folgendermassen im Körper zeigen (Itin, 2009):

- als muskuläre Starre auf hohem Energieniveau als Zeichen einer Übererregung, bei welcher der Sympathikus dominant ist
- als kollabierte, dumpf-träge Energie, als Leere und energetische Unverbundenheit von Körperteilen als Zeichen einer Untererregung und Dominanz des dorsalen Vagus.

### Typische energetische Befunde

Es existieren keine eindeutigen energetischen Befunde bzw. Diagnosen, welche zweifelsohne auf eine traumatische Erfahrung bzw. auf eine Traumafolgestörung schliessen lassen. Aber es gibt Tendenzen und Erfahrungen aus der Praxis, welche Anhaltspunkte liefern und helfen, die energetischen Zusammenhänge besser zu verstehen und einen guten Zugang und Kontakt zum ganzen System zu finden. Vergleiche hierzu auch die Ausführungen über die Wirkung von Traumata auf den Körper aus östlicher Sicht (S. 12ff). Ausgangspunkt einer jeder Shiatsubehandlung sollten aber auf jeden Fall die Informationen aus der eigenen subjektiven Wahrnehmung z.B. in Form einer energetischen Einschätzung / Diagnose sein. Es ist auch möglich, rückwirkend eine Hara-Diagnose für die Vergangenheit, beispielsweise zum Zeitpunkt des traumatischen Ereignisses durchzuführen (Itin, 2007).

Beispiele für typische energetische Befunde sind:

- Der mittlere Erwärmer ist oft auffällig in Form von gestauter Leberenergie und/oder einer angespannten, kompakten Magenenergie. Das Zwerchfell wirkt manchmal wie eine Schleusentor, das die Energie im Oberkörper hält (Kockrick, 2011)
- Die energetischen Organe von Feuer und Wasser zeigen sich bei einer traumatischen Belastung im Bereich Bindung und Beziehung häufig kyo (Kockrick, 2013)

- Die Milz-Pankreas-Energie kann bei prä- und perinatalen Traumata und bei traumatischen Belastungen der Bedürfnisstruktur in den Eingeweiden gefrieren (Kockrick, 2013)

Weitere mögliche Befunde lassen sich aus den bereits gemachten Ausführungen und Aussagen ableiten.

## Traumaklienten begleiten

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen ist herausfordernd, aber auch sehr bereichernd. Sie bedingt die Einhaltung von einigen Grundregeln und fordert von den Therapeutinnen ganz bestimmte Fähigkeiten. Auf diese Voraussetzungen möchte ich hier eingehen, bevor ich mich im Anschluss den ganz konkreten Themen und Methoden zuwende, die in der Begleitung von Traumaklienten mit Shiatsu zur Anwendung kommen können.

### Die nötigen Voraussetzungen

In der Begleitung von traumatisierten Klienten geht es in erster Linie darum, einen Raum zu schaffen, in dem der Klient:

- einfach sein darf
- gesehen und akzeptiert wird
- sich entspannen kann
- sich sicher und geborgen fühlen kann
- wieder zurück in die Gegenwart findet
- Anerkennung, Wertschätzung und Respekt erfährt
- wieder einen positiven Zugang zu seinem Körper findet
- seine Selbstregulation und Selbstheilungskräfte gestärkt werden

Dabei sind weniger fachliche Methoden und bestimmte Techniken gefragt, als persönliche Fähigkeiten, Wach- und Achtsamkeit und natürlich auch Erfahrung, inkl. Selbst- und Lebenserfahrung. Es geht darum, bewusst das therapeutische Feld zu gestalten und zu halten, das Feld „in dem Transformation und Heilung der Wunden möglich ist“ (Itin, 2007, S. 293). Der Traumatherapeut Johannes Schmidt definiert die Rolle des Therapeuten als „die eines Hüters der Sicherheit und des Raums“ (Schmidt, 2014, S. 71).

### Authentizität und Menschlichkeit

Traumatisierte Menschen sind meist sehr wachsam und feinfühlig. Sie durchschauen den Therapeuten, seine Intention und seine Aufmerksamkeit. Sie spüren, ob wir authentisch und wahrhaftig sind, oder ob wir unsere eigene Verletzlichkeit hinter unserer Rolle als Therapeuten verstecken und Distanz bewahren und meinen uns damit „schützen“ zu können. Wenn wir nicht in der Lage sind, unsere eigene Verletzlichkeit einzugestehen und auszudrücken, dann wird dies auch für unsere Klienten nicht möglich sein. Die Bereitschaft, dem Klienten auf menschlicher Ebene zu begegnen, mit allem was uns als Person ausmacht, ist entscheidend für seinen Heilungsprozess. Das fordert von uns Hingabe, Herzengüte und die Offenheit, mit unserem Klienten ganz in Kontakt zu gehen, ihm zu begegnen und auch etwas von ihm anzunehmen. Wir müssen bereit sein, uns dem allem zu stellen und dabei ein Risiko einzugehen.

### Mitgefühl und therapeutische Resonanz

Wir kommunizieren am tiefsten durch Einfühlung. Dies setzt voraus, dass wir mit den Gefühlen und Emotionen anderer Menschen in Resonanz treten können. Das bedeutet, dass wir in der Lage sein müssen, das gleiche wie die Menschen um uns herum zu fühlen und dies auch zeigen zu können – primär auf nonverbale Weise, durch unsere Körpersprache und Emotionen. Wir müssen dafür das Gespür für unsere eigenen Körperempfindungen und Körperreaktionen auf Emotionen verfeinern und erweitern und lernen mit dem ganzen Körper zuzuhören. Dies ist die Grundlage für die *therapeutische Resonanz*, die eine zentrale Bedeutung bei der Unterstützung der Menschen bei der

Auflösung von Traumata hat. Sie macht es möglich, dass sich der innere Zustand des Klienten auf denjenigen des Therapeuten übermitteln, ohne dass der Klient mit aufdringlicher Aufmerksamkeit, zu vielen neugierigen Fragen etc. überfordert wird. Es ist nämlich eine grundsätzliche Vorbedingung, dass wir in der Arbeit mit traumatisierten Menschen unsere „Neugier, Hilfsbereitschaft und mitfühlendes Nachfragen im Zaum halten“ (Schmidt, 2014, S. 134) und so die Grenzen unserer Klienten respektieren und wahren.

### **Selbstwahrnehmung und Selbsterfahrung**

Authentizität und Resonanz setzen voraus, dass wir unsere eigenen Körperempfindungen und Emotionen gut wahrnehmen und verstehen können. Wenn wir nicht wissen und wahrnehmen können, wie wir selbst körperlich auf Angst, Wut, Hilflosigkeit etc. reagieren, dann können wir unsere Klienten nicht durch deren „manchmal tückischen (wenn auch therapeutischen) Gewässer traumatischer Empfindungen begleiten“ (Levine, 2012, S. 65). Wir als Therapeuten müssen uns mit unseren eigenen Traumata auseinandersetzen und ihnen begegnen wollen. Die Selbsterfahrung ist eine Grundvoraussetzung, damit wir präsent und ohne Angst den Raum für unsere Klienten halten können. Sie schützt uns auch davor, die Emotionen oder die damit verbundenen Körperhaltungen der Klienten unbewusst zu übernehmen (Übertragung und Gegenübertragung). Gegebenenfalls benötigen wir als Therapeuten dafür professionelle Unterstützung durch eine Trauma- oder Psychotherapie und/oder Supervision.

### **Stabilität und Klarheit**

Die Arbeit mit traumatisierten Menschen setzt voraus, dass wir selber körperlich, emotional und spirituell stabil und klar sind. Die eigene innere Zentriertheit und Erdung ist enorm wichtig, um in einer klaren Ausrichtung, präsent und achtsam da zu sein und den Raum halten zu können. Sie sind auch eine Grundvoraussetzung, um das richtige Mass an Nähe und Distanz einhalten und um spüren zu können, wann es angebracht ist, nichts zu tun und wann der richtige Moment gekommen ist, um zu intervenieren. Diese Fähigkeit ist beispielsweise bei einer Aktivierung sehr wichtig. Da müssen wir spüren, wann es Zeit ist zu intervenieren, damit der Klient nicht in den Traumasog gezogen wird und eine Retraumatisierung erfährt (vergleiche hierzu auch S. 33). Das erfordert innere Stabilität und Klarheit. Um diese zu stärken, müssen wir selber gut für uns sorgen können und uns Zeit nehmen für die Dinge, die uns nähren, stabilisieren und zentrieren: sei dies Yoga, QiGong, Meditieren, Achtsamkeitsübungen, Lebensfreude, befriedigende und nährend soziale Kontakte, Körperarbeit, ausreichend Schlaf, gesunde Ernährung etc.

Weitere Voraussetzungen, die im Grunde genommen alle miteinander und mit den oben erwähnten Prinzipien in Verbindung stehen sind: Präsenz, Bewusstsein, Wachheit, Absichtslosigkeit, Ehrlichkeit, Offenheit, Güte, Hingabe, Akzeptanz, Wertschätzung, Liebe.

**„Bedingungslose Akzeptanz und tiefe Liebe zum Menschsein bilden die unverzichtbare Grundlage für die Möglichkeit von Heilung.“ (Schmidt, 2014, S. 135)**

### **Interdisziplinäre Vernetzung und Notfallszenarien**

Wenn wir als Shiatsu-therapeuten mit traumatisierten Klienten arbeiten, ist die interdisziplinäre Vernetzung, sprich der Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen (Therapeuten, Psychotherapeuten, Coaches, Ärzte) besonders wichtig. Oftmals ist es nötig, dass wir unsere Klienten an eine andere, ergänzende oder besser passende „Therapie“ weiter verweisen. Es empfiehlt sich, eine Liste zu führen, von Fachpersonen, mit denen man gerne zusammenarbeitet und die man den Klienten gerne weiterempfiehlt. Dafür ist es von Vorteil, wenn man selber Probesitzungen oder zumindest einen persönlichen Kontakt mit diesen Fachpersonen hatte, um ein Gespür zu entwickeln, ob die „Chemie“ zwischen ihnen und unseren Klienten passen könnte. Denn das ist eine wichtige Grundvoraussetzung für eine konstruktive und erfolgreiche Zusammenarbeit.

Befindet sich unsere Traumaklientin parallel in einer Psycho- oder Traumatherapie, dann sollte man sich mit ihrer Therapeutin absprechen und die Unterstützungsmöglichkeiten klären, die ihrem Konzept nicht zuwiderlaufen. Hat der Klient bereits im Rahmen dieser Therapie viele Übungen zu machen, dann ist es angebracht uns etwas zurückhalten mit Ideen und Vorschlägen um die Klientin nicht zu überfordern. Wir können uns dann einfach mehr auf die Körperarbeit konzentrieren.

Ausserdem erachte ich es als unerlässlich, dass wir in einem Notfall wissen, wie zu reagieren ist und an wen wir uns wenden können. Dafür müssen wir vorbereitet und gewappnet sein. Gibt es z.B. jemand im Haus, den wir kontaktieren und um Hilfe bitten können oder der kurzzeitig beim Klienten bleiben könnte während wir Hilfe holen? Andere Therapeuten, Ärzte, Freunde, Nachbarn etc. Dies müsste vorab abgesprochen werden. Telefonnummern der Ambulanz, des psychiatrischen Notfall und des nächst gelegenen Kriseninterventionszentrum sowie eines Taxiunternehmens sollten für einen Notfall unverzüglich zur Verfügung stehen. Eventuell ist es auch sinnvoll, zuerst den zuständigen Psychotherapeuten oder Arzt des Klienten anzurufen. Auch dafür müssen wir die Telefonnummern kennen und bereit haben.

### **Grundsätze und Methoden**

Wie bereits erwähnt, erachte ich es als durchaus möglich und sinnvoll, traumatisierte Menschen mit Shiatsu zu begleiten und zu unterstützen. Nachdem ich auf den vorangegangenen Seiten auf die aus meiner Sicht wichtigen Voraussetzungen seitens Therapeutin für die Arbeit mit Traumaklienten eingegangen bin, möchte ich nun ganz konkrete Themen und spezifische Methoden, Übungen, Empfehlungen etc. vorstellen. Wie immer ist es, aufgrund der Komplexität und auch Subjektivität dieses Themas nicht möglich, im Rahmen dieser Arbeit eine abschliessende und vollständige Betrachtung anzubieten, sondern lediglich Impulse und Ideen.

### ***Orientierung und Sicherheit schaffen***

Es ist existenziell wichtig, dass unsere Klienten ein Gefühl von relativer Sicherheit im Hier und Jetzt bekommen, damit das soziale Nervensystem aktiviert und die automatische Kampf- und Fluchtreaktion des Sympathikus abgeschaltet wird. Ohne dieses Gefühl von Sicherheit können wir uns nicht öffnen und entspannen. Wir ziehen uns zurück oder grenzen uns ab. Dass dies keine gute Basis für eine Shiatsubehandlung ist, leuchtet ein. Insbesondere bei traumatisierten Klienten, bei denen in der Regel eine sehr hohe Aktivierung des Sympathikus vorherrscht, ist dieses Gefühl von relativer Sicherheit eine notwendige Voraussetzung. Wir nehmen als Therapeuten intuitiv, mehrheitlich durch die Stimme, Blickkontakt, stimmige Gesichtsmuskelaktivitäten, Lächeln etc. Kontakt mit unseren Klienten auf, um ihnen ein gutes Gefühl und Sicherheit zu geben. Dies geschieht mehr oder weniger bewusst, meist aber automatisch.

Die Orientierung ist sehr hilfreich bei der Erlangung eines Gefühls von Sicherheit. Wenn wir einen neuen Raum betreten, orientieren wir uns ganz instinktiv und automatisch in diesem Raum, suchen einen Platz, wo wir uns wohl fühlen und checken auch die Fluchtwege ab. Bei Tieren, z.B. Hunde die einen für sie neuen Raum betreten, kann man dies sehr gut beobachten. Im folgenden sind zwei Vorschläge für Übungen, die den Klienten unterstützen können, Orientierung und Sicherheit im Hier und Jetzt zu erhalten, indem sie das Hier und Jetzt mit allen Sinnen wahrnehmen.

#### **Übung 1: Orientierung im Raum**

Der Klient soll sich die Zeit nehmen den Raum/die Räume zu erforschen, herumzugehen und sich einen Platz zu suchen, an dem er sich wohl fühlt. Hier kann er für einige Zeit verweilen, sich umschauen, Gedanken, Körperempfindungen, den Atem wahrnehmen etc. Wenn er will, kann er den Platz auch wieder wechseln. Im Anschluss an die Übung, kann der Klient evtl. mitteilen, wie er die Übung erlebt hat, was sich verändert hat und wie er sich im Moment gerade fühlt.

### Übung 2: Sicherheit und Halt am Sitzplatz

Die Klientin soll sich bequem auf einen Stuhl oder auf den Boden an eine Wand angelehnt setzen. Als erstes kann sie wahrnehmen, wie die Rückenlehne oder die Wand ihre Wirbelsäule stützt und wie die Sitzfläche ihr Gesäss aufnimmt. Dann soll sie auch den Kontakt mit den Füßen auf dem Boden spüren. Die Klientin kann sich viel Zeit nehmen und diese Unterstützung auf eine direkte, körperliche Weise spüren.

Beide Übungen können in der Shiatsu-Praxis durchgeführt, aber auch in den Alltag integriert werden. Die Übungen beruhigen auch das vegetative Nervensystem. Je öfter und regelmäßiger diese Übungen durchgeführt werden, desto schneller kann sich ein Gefühl von Sicherheit einstellen und auch die Wahrnehmung für den eigenen Körper und seine Grenzen wächst von Mal zu Mal.

Während der Shiatsubehandlung kann das Gefühl von Sicherheit beim Klienten auch dadurch gestärkt werden, dass wir nachfragen, ob die Berührung, der Druck, das Tempo, die berührte Stelle etc. für ihn so o.k. sind. Wir können ihm auch immer wieder anbieten, dass er jederzeit intervenieren und die Behandlung abbrechen darf. Das schafft Sicherheit und die Klientin kann sich entspannen.

### *Körperwahrnehmung verbessern*

„Körperempfindungen sind viel eher der Schlüssel zur Traumaheilung als intensive Emotionen“ (Levine, 2014, S. 44). Oftmals ist es aber so, dass traumatisierte Menschen ihre Körperempfindungen gar nicht mehr wahrnehmen können, ja sogar den Körper oder Teile davon nicht mehr richtig spüren und als etwas Fremdes empfinden oder gar ablehnen. Die Erfahrung, sicher in unseren Körper zurückkehren zu können, ist für die Heilung von Traumata existenziell wichtig, insbesondere wenn heftige Körperreaktionen, Gefühle und Dissoziation uns zu überwältigen drohen. Der Körper ist das Gefäß für unsere Gefühle. Ihn wieder als einen Ort von Stabilität, Sicherheit, Lebendigkeit und Ruhe zu erfahren, erhöht die Lebensqualität, die Selbstregulation und die Lebensfreude und -kraft. Die achtsame Berührung im Shiatsu ist eine wundervolle Möglichkeit um die Körperwahrnehmung unserer Klienten zu verbessern. Wir können unsere Klienten zusätzlich darin unterstützen, indem wir sie immer wieder einladen, die Empfindungen in ihrem Körper wahrzunehmen. Dies lässt sich sehr gut während der Behandlung umsetzen. Die folgenden zwei unterstützenden Übungen, können unsere Klienten auch alleine zuhause ausführen.

### Übung 1: Körper abklopfen

Die Klientin soll zu Beginn mit den Fingern der rechten Hand sanft die Handfläche der linken abklopfen, bis sie ein Gefühl für diesen Teil des Körpers bekommen hat. Danach kann sie sich etwas Zeit nehmen, um nachzuspüren. Wie fühlt sich die Hand an? Kribbelt es? Fühlt es sich taub an? Dann soll sie ihre Hand anschauen und sagen: „Das ist meine Hand. Meine Hand gehört zu mir. Meine Hand ist ein Teil von mir“ (es können auch eigene Worte benutzt werden). Als nächstes wird das Klopfen, Nachspüren und Benennen des Körperteils am Handrücken ausgeführt. Danach kann diese Abfolge an jedem beliebigen Teil des Körpers durchgeführt werden.

### Übung 2: Körperreise

Der Klient soll sich bequem auf den Rücken legen und eventuell eine schöne, ruhige Musik auflegen. Danach kann er, bei den Füßen beginnend mit seiner Aufmerksamkeit langsam durch seinen Körper nach oben wandern. Er soll dabei versuchen zu spüren, wie sich der Körperteil anfühlt und ihn wenn möglich ganz loslassen und entspannen. (Dies ist eher eine Übung für „Fortgeschrittene“, da sie voraussetzt, dass der Klient selbständig seinen Körper bzw. Teile davon wahrnehmen, spüren und aktiv entspannen kann. Diese Voraussetzung ist nicht immer gegeben und bedarf manchmal einer längeren vorbereitenden Phase von Körperarbeit und -übungen.)

## **Erdung und Zentrierung festigen**

Eine Traumatisierung zieht einem meist den Boden unter den Füßen weg. Der Kontakt zur Erde und zur eigenen inneren Mitte ist verloren gegangen. Die Wiederherstellung einer Beziehung zu diesen beiden wichtigen „Zentren“ ist in der Traumaheilung sehr zentral. Eine gute Erdung und Zentrierung schafft Sicherheit und ermöglicht uns, in schwierigen Situationen im Gleichgewicht zu bleiben. Shiatsu bietet viele Möglichkeiten, die Erdung und Zentrierung unserer Klienten zu unterstützen. Erwähnt seien hier insbesondere die Arbeit am Hara und an den Füßen, sowie die gezielte Arbeit an den Meridianen Magen und Milz. Auch viele Körperübungen, Qi Gong etc. zielen auf eine Stärkung des Gefühls von Erdung und Zentriertheit ab. Mit den Füßen auf den Boden stampfen, Tanzen, Trommeln und vieles mehr erdet uns. Die beiden nachfolgenden Übungen unterstützen ebenfalls die Erdung und Zentrierung.

### Übung 1: Den Boden spüren

Der Klient soll sich erstmal einfach nur hinstellen und wahrnehmen, wie die Füße den Boden berühren. Wie fühlt sich dieser Kontakt zur Erde an? Danach kann er langsam von den Knöcheln ausgehend zu schwingen beginnen – erst von einer Seite zur anderen, danach vorwärts und rückwärts. Die Hände kann er dabei auf sein Hara, auf das Zentrum der Schwerkraft legen.

### Übung 2: Meditation

Die zweite Übung ist eine geführte Meditation, bei der es darum geht, alle im Körper festgehaltene Spannung, Sorgen, Ängste etc. gedanklich an die Erde abzugeben<sup>23</sup>. Die Klientin soll eine bequeme Sitzposition einnehmen und den Kontakt zum Boden spüren. Ausgehend vom Kopf wird sie angeleitet, alles was sie belastet, Spannung im Körper erzeugt etc. durch den Körper hindurch zur Erde zu leiten. Diese Visualisierung erfolgt für jeden Körperteil, mit der Aufmerksamkeit wandern wir dabei langsam vom Kopf bis zu den Füßen.

## **Resilienz und Ressourcen stärken**

Unter Resilienz versteht man die Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen erfolgreich zu meistern

Folgende Eigenschaften finden sich bei resilienten Personen (Tull, 2007):

- Effektiver Umgang mit Stress
- Gute Problemlösefähigkeiten
- Sie bitten bei Problemen um Hilfe
- Sie glauben, dass es Möglichkeiten gibt, mit Lebensproblemen umzugehen
- Sie pflegen enge Beziehungen zu Freunden und Familienmitgliedern
- Sie teilen vertrauten Menschen mit, ein Trauma erlebt zu haben
- Sie sind oft spirituell/religiös eingestellt
- Statt als hilfloses „Opfer“ sehen sie sich als „Überlebende“
- Hilfsbereitschaft
- Sie versuchen dem Trauma etwas Positives abzugewinnen.

Die Resilienz ist sehr stark mit den persönlichen Ressourcen gekoppelt. Ressourcen können etwas oder jemand sein, der das Gefühl von körperlichem, emotionalem, mentalem und spirituellen Wohlbefinden unterstützt und nährt (Levine, 2014, S. 53). Dies können zum Beispiel angenehme Empfindungen, Bilder, Erinnerungen, wiedergefundene Fähigkeiten oder positive Lebensereignisse sein. Natur, Freunde, Familie, Tiere, Musik etc. sind äussere Ressourcen. Innere Stärke, Lebendigkeit, Intelligenz, Begabungen etc. sind innere Ressourcen. Ressourcen und Resilienz sind bei traumatisierten Menschen oft schwach ausgeprägt oder in Vergessenheit geraten. Sie sind aber eine

---

<sup>23</sup> In Anlehnung an die buddhistische Meditation „Die Erde ist mein Zeuge“ von Kornfield, 2012.

wichtige Grundlage bei der Transformation eines Traumas. Sie stellen quasi eine Rettungsleine zur Gegenwart dar und fördern die Stabilität, Widerstandskraft und Selbstregulation. Es geht darum wieder Freude zu erfahren und seelische Kräfte und Stabilität für die Alltagsbewältigung zu entwickeln.

Wir können als Shiatsu-therapeuten unsere Klienten auf der Suche nach ihren persönlichen Ressourcen und der Stärkung ihrer Resilienz begleiten und unterstützen. Oft sind die Ressourcen in der Behandlung auch ein Ankerpunkt in schwierigen Situationen. Wir können uns dann mit der Ressource des Klienten und dem Ort im Körper, wo sie sich zeigt verbinden oder den Klienten mit der Erinnerung an die Ressource in die Gegenwart zurück holen.

#### Übung 1: Eigene Ressourcen festhalten und Ziele definieren

Wir können gemeinsam mit unserem Klienten eine Liste erstellen, in der er seine Ressourcen festhält. Stellt sich dabei heraus, dass Ressourcen fehlen, die der Klient gerne hätte bzw. stärken möchte, können wir zusammen Ideen entwickeln und ihn bei der Ausformulierung von konkreten Zielen unterstützen.

Die beiden folgenden Übungen bzw. Empfehlungen zielen darauf ab, der Freude und Dankbarkeit im Leben wieder mehr Raum und Aufmerksamkeit einzuräumen. Oftmals sind diese sehr verschüttet. Sie stellen aber eine sehr zentrale und wichtige Ressource bei der Traumaheilung dar. Die beiden Übungen zur Freude sollten mindestens drei Wochen lang möglichst konsequent durchgeführt werden. Dann wird sich garantiert der Fokus verändern. Plötzlich sieht man viel mehr Dinge, die Freude bereiten und Dankbarkeit auslösen, was vielleicht dazu beitragen kann, das Opfereidasein zu verlassen und etwas Neues auszuprobieren.

#### Übung 2: eine Freude am Tag

Morgens gleich nach dem Aufwachen, soll sich der Klient überlegen, auf was er sich heute freut bzw. wie er sich selber eine Freude machen kann (z.B. auf eine Begegnung mit einem bestimmten Menschen, einen Saunabesuch, ein Stück vom Lieblingskuchen am Nachmittag, ein abendliches Bad, ein Spaziergang in der Natur etc.). Es darf auch was ganz Kleines sein. Wichtig ist, dass der Klient die Freude dann auch bewusst wahrnimmt und genießt.

#### Übung 3: Freudetagebuch

Die Klientin einladen, dass sie sich ein schönes Büchlein kauft und ein „Freudetagebuch“ führt, wo sie jeden Tag mindestens etwas festhält, das ihr Freude bereitet hat und/oder wofür sie dankbar ist. Das kann z.B. auch ein schöner Spruch sein, das Vogelgezwitscher, ein Lächeln von einem Unbekannten etc.

#### **Grenzen fühlen und setzen**

Traumatische Erlebnisse haben immer mit einer Grenzverletzung zu tun. Oftmals haben traumatisierte Menschen Mühe, ihre Grenzen zu spüren und zu setzen. Durch die achtsame Berührung im Shiatsu und die damit verbundene Veränderung des Körperbewusstseins, lernt der Klient, die eigenen Grenzen wieder besser zu spüren. Es ist unerlässlich, dass wir als Shiatsu-therapeuten die Grenzen unseres Klienten wahren und respektieren. Wir sollten unachtsame Berührungen meiden und vorab klären, ob gewisse Körperzonen tabu sind. Immer wieder nachfragen, ob die Behandlungsweise so o.k. ist, unterstützt den Klienten dabei, seine eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen und sich seines Körpers und den eigenen Grenzen wieder bewusst zu werden. Dies stärkt auch die Eigenverantwortung und die Persönlichkeit.

Die Abklopf-Übung von S. 30 ist auch sehr gut geeignet, um das Gefühl der eigenen Grenzen zu stärken. Im folgenden schlage ich noch eine Übung vor, in der es auch um Grenzen setzen und den damit verbundenen Themen Nähe-Distanz und Stopp sagen geht. Stopp zu sagen fällt vielen, insbesondere traumatisierten Menschen schwer. Vielleicht braucht es dafür am Anfang einen anderen Ausdruck, der leichter auszusprechen ist (z.B. „gut“ oder „bis hier“). Die Art und Weise, wie jemand „Stopp“ sagt, offenbart viel über den Menschen und seinen Umgang mit Grenzen.

#### Übung: Grenzen setzen und Stopp sagen

Therapeut und Klient stehen sich im Raum gegenüber. Nun beginnt beispielsweise zuerst der Therapeut dem Klienten ganz langsam entgegen zu gehen. Beim ersten Gefühl von Unwohlsein, sagt dieser „Stopp“ und der Therapeut hält an und wartet, bis der Klient ihm sagt, er könne weitergehen. Er lässt den Therapeuten nur so weit näher kommen, wie es für ihn o.k. ist. In dieser Übung können auch die Rollen getauscht werden. Der Klient kann sie auch mit anderen Menschen machen und es wäre auch denkbar, die Übung mit geschlossenen Augen zu machen.

#### *Entladung und Aktivierung zulassen – Retraumatisierung und Dissoziation vermeiden*

Es kann vorkommen, dass es während einer Shiatsubehandlung oder auch im Gespräch zu einer Reaktivierung des Traumas kommt. Diese kann sich zeigen in körperlichen Symptomen (erhöhter Puls, Zittern, Schwitzen, Schwindel, Atemnot, Unempfindlichkeit von Körperteilen), flashbacks, Emotionen (Angst, Wut, Weinen), Gedankenrasen, Bedürfnis zu erzählen oder Verleugnen des Geschehenen. Bei der Aktivierung werden energetische Blockaden wiederbelebt, welche aufgrund einer traumatischen Belastung im Körper gespeichert sind. Die Entladung dieser stecken gebliebenen Energie ist grundsätzlich sehr zu begrüßen, da dadurch die Energie wieder dem Gesamtorganismus zur Verfügung gestellt wird und das Leben wieder vollständiger gelebt werden kann. Ist diese Aktivierung aber zu stark, kann es zu einer Retraumatisierung und zu einer Überwältigung durch den negativen Sog des Traumas kommen. Die Retraumatisierung – das Wiedererleben des Traumas – verhindert, dass etwas Neues entstehen kann. Manchmal findet dann als „letzte Möglichkeit“ eine Dissoziation statt: der Kontakt zum eigenen Körper oder zu Körperteilen, zur Umgebung und zur Gegenwart gehen verloren. Eine zu hohe Aktivierung und die Retraumatisierung erzeugen Stress und befreien die blockierte Energie nicht. Sie sollten deshalb vermieden werden, beispielsweise durch eine Veränderung der Behandlungsweise oder durch einen klaren Bezug zur Gegenwart und der Verbindung zu den Ressourcen. Das bewusste Pendeln zwischen den Ressourcen und der Aktivierung („Pendeln und Titration“) sollte bei Interesse in einer qualifizierten Weiterbildung erlernt und geübt werden. Wichtig ist es, dass wir Shiatsutherapeuten in solchen Situationen erhöhter Aktivierung selber sehr stabil und präsent sind, damit wir in der Lage sind, den Prozess zu halten und Da zu bleiben und falls nötig die „Notbremse“ zu ziehen. Diese ist mit dem Bezug zur Gegenwart immer möglich.

Nach einer Aktivierung mit heftigen Emotionen und/oder Körperreaktionen braucht die Klientin Ruhe und Zeit, damit sich ihr Organismus und das ganze System wieder beruhigen und stabilisieren kann. Auf keinen Fall sollte sie sich gleich im Anschluss ans Steuer setzen. Falls in der Praxis kein Raum zum Nachruhen zur Verfügung steht und bereits der nächste Kunde wartet, sollte dem Klient empfohlen werden, sich erst mal in ein nahe gelegenes Kaffee zu setzen oder einen Spaziergang zu machen. Bei schweren körperlichen Reaktionen und/oder Verdacht auf Suizidgefahr, Gefährdung von anderen oder sich selbst ist Hilfe zu holen. Ich erachte als wichtig, dass wir genug Zeit einplanen und auch nach der Behandlung (bzw. so bald wie möglich) zur Verfügung stehen, falls die Klientin das Bedürfnis hat, über das Erlebte zu sprechen.

#### *Traumabezogene Meridianarbeit*

Es ist möglich, ausgehend von der Diagnose und dem momentanen oder zum Zeitpunkt eines traumatischen Erlebnisses vorherrschenden Energiemuster gezielt traumabezogen mit den Meridianen/Organen zu arbeiten. Vergleiche hierzu auch die Hinweise über die Wirkung eines

Traumata aus östlicher Sicht auf S. 12ff. Die den jeweiligen Elementen zugeordneten Stichworte habe ich hier nochmals aufgeführt, um besser mit der entsprechenden Meridian-Qualität in Kontakt zu kommen. Folgende kurze Anregungen können allenfalls leichter zu einem persönlichen Zugang zur traumabezogenen Meridianarbeit verhelfen (nach Itin, 2007 u.a.):

### **Wasser**

#### **Stichworte:**

Urvertrauen, Sicherheit, Stabilität, Lebenssinn, Lebenskraft, Lebenswille, Regeneration, Entspannung, Ängste.

#### **Niere**

Stabilisierung und Urvertrauen stärken. Wiederherstellung der Verbindung zu einer universellen, grösseren Herzenergie.

Bei Antriebsmangel, chronischer Müdigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, Schmerzen im unteren Rücken, Knieproblemen.

#### **Blase**

Die im Körper festsitzende Angst und Energieblockaden auflösen/schmelzen. Verbindung mit dem Feuer herstellen.

### **Erde**

#### **Stichworte:**

Grübeln und Befürchtung, Instabilität, Unsicherheit, Selbstmitleid, Schuldgefühle, Gedankenrasen; Heimat, Mitgefühl.

#### **Magen**

Wieder Kontakt zum Boden und zur eigenen Mitte finden. Zentrierung und Stabilität fördern. Physisch und mit viel Körpergewicht arbeiten, v.a. an den Füßen und am Hara. Unverdautes kann verdaut werden und der Appetit (auch auf das Leben) nimmt zu.

#### **Milz**

Nährender, tröstender Fokus vermindert Selbstmitleid, Schuldgefühlen, Gedankerasen und Schwermut. Bei Essstörungen, Magen-Darm-Problemen, Ödemen und Schwächegefühlen.

### **Holz**

#### **Stichworte:**

Aggression, Wut, Reizbarkeit, Bewegungslosigkeit, Starre, unterdrückte Gefühle, Stress, Nervosität, Unentschlossenheit.

#### **Leber**

Unterdrückte negative Gefühle wahrnehmen, akzeptieren und dosiert zulassen lernen. Stress-Abbau.

#### **Gallenblase**

Bewegung aus der Immobilität und der Starre mit rhythmischen und kraftvollem Shiatsu unterstützen. Körperwahrnehmung fördern.

### **Feuer**

#### **Stichworte:**

Herz, Identität, Freude, Kommunikation, Intuition, Integration, Interesse, Verbindung, Rückzug.

#### **Herz**

Mit dem inneren wahren Wesenskern Kontakt aufnehmen. Verbinden mit Herzgouverneur, um den Schutz des Herzens wieder aufbauen.

#### **Dünndarm**

Verbinden aller Ebenen und abgespaltener Gefühle, Körperteile etc. Integrieren.

### Herzgouverneur

Überwältigter Schutzmechanismus führte zu Rückzug und Immobilität. Langsames Öffnen ermöglichen. Bewusstes „Pendeln“ zwischen schützen und öffnen (z.B. zuerst Yang- danach Yin-Meridiane behandeln).

### Dreifacher Erwärmer

Unverbundenes wieder verbinden und integrieren.

### **Metall**

#### **Stichworte:**

Loslassen, Kontrolle und Kontrollzwänge, Grenzen, Ja zum Leben/zur eigenen Existenz, Kommunikation, Hingabe, Rhythmus.

### Lunge

Dem Körper wieder Raum zum Atmen geben, universelles Qi durch die Atmung aufnehmen. Mit Rhythmus arbeiten und bewusst Raum schaffen.

### Dickdarm

Körperliche Grenzen wieder bewusst machen. Mit Thema Öffnen/Schliessen oder Loslassen arbeiten, viel Körpergewicht einsetzen.

### *Spezifische Shiatsu-Techniken*

Um die innere Stabilisierung, die Ausrichtung und die Handlungsfähigkeit zu stärken sind folgende Techniken geeignet (nach Itin, 2007):

- Arbeit am Hara → Zentrierung
- Arbeit am Lenker- und Konzeptionsgefäß sowie Blasenmeridian → Zentrierung und Ausrichtung in der Mittellinie
- Arbeit am Kopf und den Füßen → Ausrichtung, Verbindung zwischen Himmel und Erde
- Arbeit an den Händen → Handlungsfähigkeit

Die Behandlung wenn möglich bei der körperlichen Ressource beginnen, da dadurch Raum zur Ausdehnung geschaffen wird und der Klient bei einer allfälligen Aktivierung darauf zurückgreifen kann. Es empfiehlt sich auch, die Behandlung an den Beinen und Füßen zu starten, um die Erdung zu stärken, was ebenfalls eine gute Ressource darstellt.

Alle Techniken, welche im Nervensystem die Aktivierung des Sympathikus minimieren und den Parasympathikus die Führung übernehmen lassen sind förderlich und unterstützend für den weiteren Verlauf der Behandlung. Dies sind beispielsweise der Doppelkontakt, die Arbeit an der Wirbelsäule / Lenkergefäß und das Behandeln von Kopf und Füßen. Entspannung und Regeneration sind allgemein sehr wichtig. „Entspannung entsteht nicht nur durch ein Gefühl des Abschaltens, sondern vielmehr durch eine feinfühlig und differenzierte Auseinandersetzung mit sich selbst durch Berührung“ (Kockrick, 2011).

Verbindungen innerhalb von Körperbereichen und im gesamten Körperraum anbieten und unterstützen. Zu viele Impulse können das System überfordern. Deshalb ist es wichtig, klare, einfache Behandlungen anzubieten und nur kleine Schritte, die integriert werden können. Auch immer wieder innehalten unterstützt sehr. Satter, tiefer Kontakt und der Einsatz des vollen Körpergewichts helfen dem Klienten, sich selber, das Leben, das Substantielle und Stabile wieder zu spüren. Er kann dadurch seinen eigenen Körper oder abgespaltene Körperteile wieder bewusst wahrnehmen und mit dem Ganzen verbinden.

Grundsätzlich können wir aber alle uns bekannten Shiatsu-Techniken anwenden. Im folgenden Kapitel habe ich Shiatsu-Techniken und Körperzonen aufgeführt, bei denen wir gegebenenfalls Vorsicht walten lassen sollten.

Den ganzen Menschen zu sehen, seine Schönheit, Ressourcen und seine Kraft ist aus meiner Sicht der zentrale Anker der ganzen Behandlung.

### *Heikle Körperzonen und Techniken*

Bei folgenden Körperstellen und Techniken ist bei der Shiatsuarbeit mit traumatisierten Menschen Vorsicht angebracht:

- Im Kiefergelenk, Hals und Becken ist oftmals besonders viel komprimierte Energie eingefroren, deren Auflösung sehr heftige und retraumatisierende Reaktionen auslösen können. Das Kiefergelenk hält oft angestaute, unterdrückte Wut fest. Der Hals kann mit Würge-Erfahrungen, das Becken oftmals mit sexuellen Traumata in Verbindung stehen.
- Da die durch ein traumatisches Ereignis erlebte Überwältigung mit Kontrollverlust zu tun hat, soll allgemein der Klient nicht ermuntert bzw. mit entsprechenden Techniken dazu gebracht werden, dass er die Kontrolle aufgibt und damit diesen Schutzmechanismus ausser Kraft setzt. Aktive Dehnungen und Gelenkrotationen sind z.B. solche Techniken, die auf einen Kontrollverlust „abzielen“ und sehr behutsam eingesetzt werden sollten. Die Aufgabe der Kontrolle muss in kleinen, gut dosierten Schritten erfolgen, allenfalls können Visualisierungsübungen den Prozess unterstützen. Wenn bei Dehnungen und Rotationen starre Widerstände spürbar werden, so sollte man diese unbedingt respektieren.
- Ist der Klient in einem zu entspannten, fast tranceartigen Zustand, so kann das Risiko für Dissoziation steigen. Da ist es ratsam, immer wieder einen Bezug zum Hier und Jetzt zu schaffen, beispielsweise den Klienten anzusprechen oder die Behandlungstechnik- oder den Rhythmus zu verändern.
- Auch passive Dehnungen und Faszientechniken, insbesondere im Bereich des Beckens sind sehr behutsam anzuwenden.
- Kopf und Nacken halten oft bei unverarbeiteten Geburtstraumata eingefrorene Energie fest. Auch hier sind Vorsicht und Achtsamkeit beim Behandeln angesagt.

### *Achtsamkeit, innere Distanz und Gegenwartsbezug fördern*

Die Transformation eines Traumas ist nur möglich, wenn es uns wieder gelingt, uns auf die Gegenwart zu beziehen und wieder ganz im Hier und Jetzt anzukommen. Dafür braucht es Achtsamkeit und innere Distanz. Traumatisierte Menschen reagieren in der Regel weniger auf die gegenwärtige Situation als vielmehr auf ihren veränderten inneren Zustand, der sich noch auf die Situation in der Vergangenheit bezieht. Ein unbedeutendes Ereignis kann eine plötzliche Übererregung mit Angst, Entfremdung und Verzweiflung auslösen. Die Person ist dann überwältigt und hat keine Kapazitäten mehr wahrzunehmen, was gegenwärtig im Aussen passiert. Achtsamkeitsübungen und Distanzierungstechniken fördern die Fähigkeit, ganz in der Gegenwart zu sein. Auch das Konzentrieren auf den Atem, Atem- und Körperübungen, Körperreisen, Bewegung und Meditationen fördern den Gegenwartsbezug. Folgende Distanzierungstechnik ist sehr hilfreich um bei belastenden Ereignissen mehr innere Distanz und den Bezug zur Gegenwart zu erhalten.

#### Übung: Der innere Beobachter

In dieser Übung soll sich der Klient darauf konzentrieren, sich selbst zu beobachten und so genau wie möglich wahrzunehmen und zu beschreiben, was da genau ist. Dieser Beobachterstatus führt zu mehr innerer Distanz zur unmittelbaren Erfahrung.

### *Eigenverantwortlichkeit erhöhen*

Traumata stellen eine Herausforderung dar, uns mit dem erlebten Schmerz auseinanderzusetzen und die Verantwortung für unser Leben zurückzuerobern. Dies bedingt, dass wir uns aus dem Opferbewusstsein herausbewegen und bewusst neue Schritte wagen, um unsere Würde und Lebensfreude zurückzugewinnen. Wir haben die Möglichkeit, diese neuen Schritte zu wählen. Wir können das Trauma neu verhandeln.

Shiatsu ist eine guter Weg um sich diesen Schritten und der bewussten Übernahme der Verantwortung für sein eigenes Leben über den Körper und das Körpergefühl anstatt über die Vergangenheit zu nähern. Neue Erfahrungen und Interpretationen ermöglichen ein Umlernen. Es gibt für uns Shiatsutherapeuten unzählige Möglichkeiten unsere Klienten hierbei zu unterstützen. Beispielsweise können wir sie immer wieder ermutigen, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu äussern und gut für sich selber zu sorgen. Wir können ihnen Übungen vorschlagen und mit Ratschlägen und Tipps zur Seite stehen. Und wir können sie und ihr Verhalten spiegeln und ihnen Impulse zur Selbstreflexion, zum Umdenken und zu bewussten, neuen Entscheiden liefern. Dabei braucht es allerdings Feingefühl und Achtsamkeit. Missionieren, Kritisieren, Urteilen und Manipulieren sind aus meiner Sicht unangebracht und nicht zielführend.

### **Rituale schaffen**

Die Kraft und Wirkung von Ritualen ist unumstritten. „Bei den meisten Ritualen findet die Kraft der Elemente Anwendung, als ob es auch darum ginge, zu der Erde zurückzufinden, auf der wir leben“ (Kornfield, 2008, S. 402). Dieses „zur Erde zurückzufinden“ ist ein zentrales Element bei der Traumheilung. Rituale schaffen Verbindung und Sicherheit, oder sie unterstützen uns dabei, etwas loszulassen und einen neuen Weg einzuschlagen. Einfach Objekte und Gesten können Rituale sein. Eine brennende Kerze im Praxisraum, eine Umarmung, eine stimmige Musik zum Abschluss einer Behandlung etc. Den Möglichkeiten sind hier keine Grenzen gesetzt.

### **Das begleitende Gespräch**

Manche Klientinnen sind sich ihrer Traumata bewusst und sehen klar einen Zusammenhang zwischen ihren psychischen und/oder physischen Problemen und ihrem Trauma. Vielleicht befinden sie sich zurzeit sogar in einer Psychotherapie, Psychoanalyse oder Traumatherapie und sie suchen im Shiatsu eine Unterstützung und Begleitung primär auf der Körperebene. Einige Klienten sind sich ihrer Traumata nicht bewusst oder verschweigen diese, weil sie diese als unbedeutend erachten oder sich dessen schämen. In jedem Fall ist das begleitende Gespräch ein wichtiger Bestandteil jeder Begegnung und für die therapeutische Beziehung zwischen der Therapeutin und der Klientin. Im Gespräch kann der Therapeut der Klientin ein Gefühl von Sicherheit geben und ihr signalisieren, dass sie ernst und wahrgenommen wird, eine Grundvoraussetzung für die Entstehung einer Vertrauensbasis. Das Gespräch hilft der Therapeutin aber auch, ein Gefühl für die momentane seelische und emotionale Stabilität des Klienten zu erhalten.

Der Therapeut sollte im begleitenden Gespräch hauptsächlich darauf achten, dass

1. Überwältigung (Ohnmachtsgefühle, flashbacks, Dissoziation) vermieden wird und
2. Stabilität und Ressourcen aufgebaut werden.

Es ist nicht sinnvoll und heilsam, immer wieder über das traumatisch Erlebte zu sprechen, es kann dabei sogar zu einer Retraumatisierung kommen. Das heisst, dass die mit dem Trauma verbundenen Gefühle wie panische Angst und Ohnmacht erneut aktiviert und im Gehirn stabilisiert werden. Die Therapeutin muss klare Grenzen setzen können – auch zu ihrem eigenen „Schutz“ – und notfalls das Gespräch respektvoll beenden bzw. so lenken, dass die Klientin wieder im Hier und Jetzt und in ihrer Kraft ankommen kann. Die besondere Herausforderung für die Therapeutin besteht also darin, sich gleichzeitig mitfühlend auf den Klienten einzuschwingen und das therapeutische Feld zu halten einerseits, und andererseits rechtzeitig zu erkennen, wenn die Sogwirkung des Traumavortex einsetzt und entsprechend zu handeln. Dies setzt voraus, dass der Therapeut selber stabil und „in seiner Mitte“ ist, damit er die feinen Nuancen und Zeichen kurz vor dem „Umkippen“ wahrnehmen kann. Durch Fragen und Impulse kann die Therapeutin den Klientin in Richtung seiner eigenen Ressourcen lenkend unterstützen.

## Reflexion und Schlusswort

Eine Trauma ist im Körper gespeichert, deshalb geht der Weg der Transformation des Traumas über den Körper. Davon bin ich persönlich überzeugt – jetzt am Ende meiner Diplomarbeit noch mehr als vorher. Aber oft ist uns unser Körper fremd, wir haben den Zugang zu ihm verloren, vernachlässigen ihn oder ignorieren die Signale die er uns gibt. Shiatsu ist eine wundervolle Möglichkeit, die Menschen darin zu unterstützen, wieder den Zugang zu ihrem eigenen Körper und dem Körpererleben zu finden. Und über den Körper, finden wir auch wieder zu den verschütteten Emotionen, die auch ihren Platz haben, gesehen, gefühlt und transformiert werden möchten. Körper, Geist und Seele bilden eine untrennbare Einheit, die den Mensch als Ganzes ausmacht. Im Shiatsu geht es genau darum, dieses „Ganze“ auf allen Ebenen zu sehen und zu berühren.

Ich würde mir wünschen, dass zukünftig noch mehr Synergien zwischen der Psychotherapie und Körpertherapie genutzt werden und die Zusammenarbeit vertieft wird. Meine Hoffnung ist es, dass in Zukunft weniger die Unterschiede zwischen den beiden „Richtungen“ im Vordergrund stehen, sondern vielmehr das gemeinsame Ziel und die gegenseitige Ergänzung und Inspiration. Dass der Mensch vermehrt als Einheit von Geist, Seele und Körper gesehen und behandelt wird. Das ist auch ein persönliches Ziel für meine eigene Shiatsu-Praxis: mich noch mehr interdisziplinär vernetzen und mit anderen Therapeuten aus unterschiedlichen Richtungen konstruktiv zusammenzuarbeiten und mich auszutauschen.

Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Trauma“ hat mich sehr bereichert und inspiriert, aber auch auf verschiedenen Ebenen herausgefordert. Ich habe viel gelesen und recherchiert, und mit zunehmendem Wissen stieg das Interesse weiter an. Allmählich wurde mir die tatsächliche Komplexität und Tragweite des Themas immer mehr bewusst. Ich musste Kompromisse machen, damit die Arbeit nicht überbordete und irgendwann zu einem Abschluss kommen konnte. Folgende Themen hätte ich beispielsweise gerne noch vertieft behandelt, was aber aufgrund der Begrenzung von Zeit und Umfang der Arbeit nicht mehr möglich war.

- Trauma und Spiritualität
- Vorgeburtliche Traumata
- Familienstellen als Unterstützung für die Traumaheilung
- Traumata bei Kindern, Traumata vermeiden
- Schleudertrauma
- Somatic Experiencing, Titrieren, Pendeln etc.

Für mich stellt diese Diplomarbeit aber nur der Anfang der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema „Shiatsu & Trauma“ dar. Es ist für mich ganz klar, dass es weiter geht. Sei es, dass ich zweifelsohne dem Thema sowohl in meiner Shiatsu-Praxis, als auch im privaten Leben wieder begegnen werde, sei es, dass ich mich kontinuierlich auch auf diesem Gebiet weiterbilden werde.

Ich hoffe es ist mir gelungen, in dieser doch sehr knappen Arbeit das nötige Hintergrundwissen und Impulse zu liefern, damit noch mehr Shiatsu-Therapeuten sich zumuten, sich der herausfordernden, aber bereichernden Arbeit mit traumatisierten Klienten zu widmen. Wir brauchen davor keine Angst zu haben! Wir können als Therapeuten die Transformation des Traumas unserer Klienten ermöglichen und begleiten. Ob sie sich schlussendlich auf diesen mitunter schmerzhaften, oft langen aber befreienden Weg der Transformation begeben oder nicht, das liegt in ihrer eigenen Verantwortung. Aber wir können für sie Da-Sein und sie nach bestem Wissen und Gewissen auf ihrem Weg unterstützen. Ein Trauma zu heilen und zu transformieren kann ein Tor zum Erwachen sein – wir erwachen zu einem neuen Selbst und in eine neue Welt (Levine, 2014, S. 95). Auf jeden Fall erfordert dieser meist lebenslange Prozess eine sanfte Annäherung, Hingabe und sehr viel Geduld. In diesem Sinne möchte ich gerne meine Diplomarbeit mit diesen weisen und schönen Worten von Rainer Maria Rilke über die Geduld abschließen.

Man muss den Dingen  
die eigene, stille  
ungestörte Entwicklung lassen,  
die tief von innen kommt  
und durch nichts gedrängt  
oder beschleunigt werden kann,  
alles ist austragen – und  
dann gebären...

Reifen wie der Baum,  
der seine Säfte nicht drängt  
und getrost in den Stürmen des Frühlings steht,  
ohne Angst,  
dass dahinter kein Sommer  
kommen könnte.

Er kommt doch!

Aber er kommt nur zu den Geduldigen,  
die da sind, als ob die Ewigkeit  
vor ihnen läge,  
so sorglos, still und weit...

Man muss Geduld haben  
Mit dem Ungelösten im Herzen,  
und versuchen, die Fragen selber lieb zu haben,  
wie verschlossene Stuben,  
und wie Bücher, die in einer sehr fremden Sprache  
geschrieben sind.

Es handelt sich darum, alles zu leben.  
Wenn man die Fragen lebt, lebt man vielleicht allmählich,  
ohne es zu merken,  
eines fremden Tages  
in die Antworten hinein.

(Rainer Maria Rilke)

## Literaturverzeichnis

- Barwinski Fäh, Rosmarie (2000), „Psychisches Trauma“ – ein unmögliches Konzept, in Internet-Zeitschrift für Psychotraumatologie, Nr. 1, Thieme-Verlag, 2000.
- Beresford-Cooke Carole (2003), Shiatsu, Grundlagen und Praxis (2. Auflage), Urban&Fischer Verlag, München.
- Daniels, Judith (?) Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von TherapeutInnen (online  
[http://www.sekundaertraumatisierung.de/uploads/assets/Artikel\\_Psychotherapeut.pdf](http://www.sekundaertraumatisierung.de/uploads/assets/Artikel_Psychotherapeut.pdf))
- Ferguson, Pamela Ellen (2007), Traumata. Veröffentlichung der deutschen Übersetzung in Shiatsu Journal Nr. 49, Sommer 2007.
- Fischer, Gottfried / Riedesser, Peter (2009), Lehrbuch der Psychotraumatologie (4. Auflage), Reinhardt Verlag,
- Hollweg, Petra / Schwarz, Wolfram (2010), Fernöstliche Heilkunst für die Seele. TRIAS Verlag, Stuttgart.
- Huber, Michaela, (2003), Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Junfermann Verlag, Paderborn.
- Itin, Peter (2007), Shiatsu als Therapie. Rahmen – Essenz – Felder. Books on Demand GmbH, Norderstedt.
- Itin, Peter (2013), Psychosomatische Störungen nach traumatischen Erlebnissen – 1 und 2 in Rappenecker, W. (Hrsg.) (2013), Fälle aus der therapeutischen Shiatsu-Praxis (1. Auflage), Urban&Fischer Verlag, München, S.107 – 116 und S. 117 – 123.
- Kockrick, Meike (2013), Posttraumatische Belastung in Rappenecker, W. (Hrsg.) (2013), Fälle aus der therapeutischen Shiatsu-Praxis (1. Auflage), Urban&Fischer Verlag, München, S.171 – 179.
- Kockrick, Meike (2011), Shiatsu und Somatic Experiencing (SE). Verbindung von Shiatsu und Somatic Experiencing (SE) bei der Behandlung von Migräne und Burnout Syndrom. Artikel z.H. 3. Europäischer Shiatsu Kongress im Oktober 2011, Kiental, Schweiz.
- Kornfield, Jack (2008), Das weise Herz. Die universellen Prinzipien buddhistischer Psychologie (5. Auflage). Verlag arkana, München.
- Levine, Peter A. (2012), Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt (3. Auflage), Kösel-Verlag, München.
- Levine, Peter A. (2014), Vom Trauma befreien. Wie Sie seelische und körperliche Blockaden lösen (8. Auflage), Kösel-Verlag, München.
- Lundberg, Paul (2007), Shiatsu und Trauma-Therapie. Das Erkennen und der Umgang mit dem chronischen Schockzustand. Artikel im Kongressband „Europäischer Shiatsu-Kongress Kiental 2007“.
- Rappenecker, Wilfried (2002), Shiatsu als therapeutische Methode.
- Rappenecker, Wilfried (2004), Shiatsu bei seelischen Problemen. Mit energetischen Mustern arbeiten.
- Rappenecker, Wilfried (2007), Fünf Elemente und Zwölf Meridiane, Ein Handbuch für Akupunktur, Shiatsu und Körperarbeit (2. Auflage), Felicitas Hübner Verlage, Lehrte.
- Reddemann, Luise / Dehner-Rau, Cornelia (2013), Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele (4. Auflage), TRIAS Verlag, Stuttgart.
- Schmidt, Johannes B. (2014), Der Körper kennt den Weg. Trauma-Heilung und persönliche Transformation (4. Auflage), Kösel-Verlag, München.

Suchanek, Gilbert (2003), Körpertherapie und Psychotrauma. Überarbeitete Fassung der Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades: Magister der Philosophie (Studium: Psychologie). Universität Klagenfurt, Fakultät für Kulturwissenschaften.

Tull, Matthew (2007), Posttraumatic Stress (PTSD): Overcoming Trauma. (online <http://ptsd.about.com/od/causesanddevelopment/a/resiliency.htm>).

## Weitere Empfehlungen und weblinks

Kornfield, Jack (2012), Das innere Licht entdecken. Meditationen für schwierige Zeiten. Hörbuch.

Levine, Peter / Kline, Maggie (2005), Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können (8. Auflage), Kösel-Verlag, München.

Reddemann, Luise. (2014), Eine Reise von 1'000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Seelische Kräfte entwickeln und fördern (9. Auflage), Verlag Herder, Freiburg im Breisgau.

Rothschild, Babette (2011), Der Körper erinnert sich: Die Psychophysiologie des Trauma und der Traumabehandlung (5. Auflage), Verlag Synthesis.

<http://ptsd.about.com>

<http://stephenporges.com/index.php>

<http://peteritin.wordpress.com>

<http://www.aspis.at>

<http://www.sekundaertraumatisierung.de>

<http://www.traumahealing.ch>

<http://www.shiatsu-austria.at/magazin/magazin.htm>

## Anhang: Diagnosemanuals

### ICD-10-GM Version 2015

(Quelle: DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)).

#### **F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen**

Die Störungen dieses Abschnittes unterscheiden sich von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Obwohl weniger schwere psychosoziale Belastungen ("life events") den Beginn und das Erscheinungsbild auch zahlreicher anderer Störungen dieses Kapitels auslösen und beeinflussen können, ist ihre ätiologische Bedeutung doch nicht immer ganz klar. In jedem Fall hängt sie zusammen mit der individuellen, häufig idiosynkratischen Vulnerabilität, das heißt, die Lebensereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten und die Art der Krankheit zu erklären. Im Gegensatz dazu entstehen die hier aufgeführten Störungen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.

#### **F43.0**

##### **Akute Belastungsreaktion**

Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinsengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden.

Akut:

- Belastungsreaktion
- Krisenreaktion

Kriegsneurose

Krisenzustand

Psychischer Schock

#### **F43.1**

##### **Posttraumatische Belastungsstörung**

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

---

## DSM-5 Neuerungen betreffend Posttraumatischer Belastungsstörung

(Quelle: American Psychiatric Association, [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org))

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) will be included in a new chapter in DSM-5 on Trauma- and Stress- or-Related Disorders. This move from DSM-IV, which addressed PTSD as an anxiety disorder, is among several changes approved for this condition that is increasingly at the center of public as well as professional discussion.

The diagnostic criteria for the manual's next edition identify the trigger to PTSD as exposure to actual or threatened death, serious injury or sexual violation. The exposure must result from one or more of the following scenarios, in which the individual:

- directly experiences the traumatic event;
- witnesses the traumatic event in person;
- learns that the traumatic event occurred to a close family member or close friend (with the actual or threatened death being either violent or accidental); or
- experiences first-hand repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event (not through media, pictures, television or movies unless work-related).

The disturbance, regardless of its trigger, causes clinically significant distress or impairment in the individual's social interactions, capacity to work or other important areas of functioning. It is not the physiological result of another medical condition, medication, drugs or alcohol.

### Changes in PTSD Criteria

Compared to DSM-IV, the diagnostic criteria for DSM-5 draw a clearer line when detailing what constitutes a traumatic event. Sexual assault is specifically included, for example, as is a recurring exposure that could apply to police officers or first responders. Language stipulating an individual's response to the event—intense fear, helplessness or horror, according to DSM-IV—has been deleted because that criterion proved to have no utility in predicting the onset of PTSD.

DSM-5 pays more attention to the behavioral symptoms that accompany PTSD and proposes four distinct diagnostic clusters instead of three. They are described as re-experiencing, avoidance, negative cognitions and mood, and arousal.

Re-experiencing covers spontaneous memories of the traumatic event, recurrent dreams related to it, flashbacks or other intense or prolonged psychological distress. Avoidance refers to distressing memories, thoughts, feelings or external reminders of the event.

Negative cognitions and mood represents myriad feelings, from a persistent and distorted sense of blame of self or others, to estrangement from others or markedly diminished interest in activities, to an inability to remember key aspects of the event.

Finally, arousal is marked by aggressive, reckless or self-destructive behavior, sleep disturbances, hyper-vigilance or related problems. The current manual emphasizes the “flight” aspect associated with PTSD; the criteria of DSM-5 also account for the “fight” reaction often seen.

The number of symptoms that must be identified depends on the cluster. DSM-5 would only require that a disturbance continue for more than a month and would eliminate the distinction between acute and chronic phases of PTSD.

#### **PTSD Preschool Subtype and PTSD Dissociative Subtype**

DSM-5 will include the addition of two subtypes: PTSD in children younger than 6 years and PTSD with prominent dissociative symptoms (either experiences of feeling detached from one’s own mind or body, or experiences in which the world seems unreal, dreamlike or distorted).

#### **PTSD Debate within the Military**

Certain military leaders, both active and retired, believe the word “disorder” makes many soldiers who are experiencing PTSD symptoms reluctant to ask for help. They have urged a change to rename the disorder posttraumatic stress injury, a description that they say is more in line with the language of troops and would reduce stigma.

But others believe it is the military environment that needs to change, not the name of the disorder, so that mental health care is more accessible and soldiers are encouraged to seek it in a timely fashion. Some attendees at the 2012 APA Annual Meeting, where this was discussed in a session, also questioned whether injury is too imprecise a word for a medical diagnosis. In DSM-5, PTSD will continue to be identified as a disorder.

DSM is the manual used by clinicians and researchers to diagnose and classify mental disorders. The American Psychiatric Association (APA) will publish DSM-5 in 2013, culminating a 14-year revision process. For more information, go to [www.DSM5.org](http://www.DSM5.org).

APA is a national medical specialty society whose more than 36,000 physician members specialize in the diagnosis, treatment, prevention and research of mental illnesses, including substance use disorders. Visit the APA at [www.psychiatry.org](http://www.psychiatry.org) and [www.healthyminds.org](http://www.healthyminds.org). For more information, please contact Eve Herold at 703-907-8640 or [press@psych.org](mailto:press@psych.org).

© 2013 American Psychiatric Association