

Somatic Experiencing – Grundsätze und Positionierung

Jede große psychotherapeutische Schule hat im Verlauf der zurückliegenden ca. 20 Jahre einen eigenen Ansatz zur Behandlung traumatischer Störungen entwickelt. Schulen übergreifend zeigt sich, dass insbesondere stabilisierende Ressourcenorientierung und vorsichtig gesteuerte Begegnung mit den traumatischen Erfahrungen therapeutisch erfolgreich sind. Aus der inzwischen auch neurophysiologisch untermauerten Erkenntnis, dass traumatisierte Menschen eine von anderen psychologischen Störungsbildern deutlich verschiedene Dynamik und Physiologie aufweisen, haben sich auch Methoden entwickelt, die speziell der Traumabehandlung dienen. Die meisten dieser Behandlungsmodelle verstehen sich als integrativ, d. h. es werden verschiedene Interventionstechniken miteinander verbunden, die anderen therapeutischen Richtungen entstammen. Diese Interventionstechniken werden so eingesetzt, dass sie den speziellen Bedürfnissen Traumatisierter gerecht werden. Letztlich ist das gemeinsame Ziel, zu einer geordneten Verarbeitung des Traumas bzw. der Traumata zu kommen und dadurch die traumatypischen Symptome entweder zu begrenzen bzw. kontrollieren oder aufzulösen.

Einige der bekanntesten Behandlungsmodelle seien hier aufgeführt:

Traumazentrierte imaginative Therapie TIP (nach Reddemann und Sachse):

versteht sich als ein integratives und ressourcenorientiertes Verfahren, das vor einem psychoanalytischen Verstehenshintergrund Interventionstechniken verschiedener therapeutischer Richtungen verbindet und gezielt die Ressourcen der PatientInnen sowie Imagination als Mittel u. a. der inneren Distanzierung für den therapeutischen Heilungsprozess nutzt. Es wird darauf geachtet, dass die Patienten nicht, wie bei der Psychoanalyse gewünscht, während des Prozesses (zu tief) regredieren. Ein zweiter wichtiger Grundsatz in dieser Traumatherapie ist, dass alle therapeutischen Interventionen zu vermeiden sind, die erneut Stress verursachen und Gefühle wie Angst und Hilflosigkeit auslösen können. Für die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patienten bedeutet das, dass die PatientIn jederzeit die Kontrolle über den therapeutischen Prozess behalten soll.

Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie - PITT (nach Luise Reddemann):

ist ein innovativer Therapieansatz, der zur Behandlung von Traumafolgestörungen entwickelt wurde und sich in der Behandlung von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen, dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen klinisch bewährt hat. PITT integriert Elemente von angewandter Psychoanalyse mit solchen aus der kognitiven Verhaltenstherapie und imaginativen Verfahren sowie Prinzipien der Achtsamkeitsmeditation. Leitend ist das Konzept der Selbstregulation und Selbstheilung.

Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie - MPTT (nach Gottfried Fischer):

hier werden die Folgen eines Traumas und die Entwicklung psychischer Prozesse in einem Kräfte-Parallelogramm dargestellt und mit einem traumakompensatorischen Schema gearbeitet, welches als ein unbewusster Selbstheilungsprozess des Betroffenen verstanden wird. Die-

ser Selbstheilungsversuch wird als Vermeidungsverhalten auf drei Ebenen (ätiologisch, präventiv und reparativ) gesehen und ursächlich für die Entstehung von Phobien und Symptomen einer PTBS eingeschätzt. Die therapeutische Intervention setzt an der präventiven und reparativen Komponente des traumakompensatorischen Schemas dialektisch an, indem der Selbstheilungsprozess positiv weitergeführt wird. Ziel ist es, das traumakompensatorische System zu restrukturieren. Die Herangehensweise ist am verhaltenstherapeutischen Verstehenshintergrund orientiert.

Mehrphasige Integrative Trauma-Therapie & Dialogische Exposition - MITT-DE (nach Butollo):

ist ein integrativer Ansatz auf erfahensorientiertem Hintergrund (Gestalttherapie, Körpertherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie). Im Mittelpunkt steht die dialogische Exposition, die sich vor allem in der Behandlung der Symptomtrias (Vermeidung, Wiedererleben, erhöhtes körperliches Arousal) der Posttraumatischen Belastungsstörung bewährt hat.

EMDR - Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (nach H. Shapiro):

Die Verarbeitung belastender Gedächtnisinhalte und starrer Überzeugungen im Selbstkonzept geschieht hier durch therapeutisch angeleitete Konzentration auf die innere Wahrnehmung. Die psychodynamisch-behaviorale Behandlungsmethode EMDR gehört nach Jahren kritischer Forschung heute zum internationalen Behandlungsstandard. Es handelt sich um eine visuell-konfrontative, entspannende und stark unterstützende Methode. Hierzu bringen bilateral wechselnde Sinnesreize die Verarbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen neu in Gang und führen sie zu Ende.

Ebenso wie EMDR versteht sich Somatic Experiencing (SE) nicht als eine neue Therapierichtung, sondern als ein schulenergänzendes Zusatzverfahren.

Somatic Experiencing –SE (nach Peter Levine):

kombiniert eine körperorientierte Interventionstechnik mit Ressourcenarbeit und setzt sie gezielt zur Entängstigung, Selbstermächtigung (im Gegensatz zur traumaassoziierten Ohnmacht) und schließlich fraktionierten Traumaexposition sowie Neuverhandlung der symptomgenerierenden Reaktionsmuster und Kognitionen ein.

Es handelt sich um einen neurophysiologisch-psychologischen Ansatz, der die Geschichte des Traumas über die Körperreaktionen verfolgt und auf mehreren Ebenen die Geschichte, deren Bedeutung, die Traumaelemente und -reaktionen zu einer inneren Lösung bringt. Mit Somatic Experiencing bietet sich auch ein Werkzeug zur achtsamen Arbeit mit dissoziativen Symptomen an, da es teilweise noch unterhalb der mental-psychischen Ebenen bei den biologischen Überlebensreaktionen, die den Kern der Trauma-Reaktion bilden, ansetzt. Trauma wird nicht als Krankheit, sondern als eigentlich physiologisch sinnvolle Reaktion des Organismus angesehen, die nicht zum Abschluss gebracht werden konnte.

Wie auch Plassmann feststellt, ist in einer modernen Traumatherapie notwendige Voraussetzung, um einen Heilungsprozess in Gang zu setzen, dass eine "rhythmische Bewegung zwischen dem Ressourcenpol und dem Belastungspol" stattfindet. Im SE wird die Wiederherstellung der Rhythmik, der Pendulation, vor allem auf der Ebene der Körperreaktionen und Körperempfindungen unterstützt. Durch die Achtsamkeit und Schulung in der Selbstbeobachtung während der therapeutischen Begleitung können neue kreative Informationsverarbeitungsprozesse entstehen, die wiederum Erregungsnetzwerke modifizieren, neue Erfahrungen bahnen

und so wesentlich und grundlegend zur Stärkung und damit zur dauerhaften Verarbeitung des Erlebten beitragen.

Die Einbeziehung von Ereignisfaktoren, Risiko- und Schutzfaktoren und psychosozialen Aspekten bei der Arbeit, lässt sie dann in Übereinstimmung mit Maercker auf der Grundlage seines "Interaktionalen Modelles der PTBS", einen Satz integrativer Methoden in Anwendung bringen. Hierbei wird die Vollendung der oft implizit gespeicherten physiologischen, biologischen Überlebensreaktionen besonders berücksichtigt.

Im zurückliegenden Jahrzehnt ist zu beobachten, daß in allen traumatherapeutischen Ansätzen den Körperreaktionen und –empfindungen mehr Beachtung eingeräumt wurde, so wurde das EMDR-Protokoll z. B. in diesem Punkt deutlich erweitert. In SE ist das Hauptaugenmerk auf diese Körperreaktionen gerichtet, auf das an diesen ablesbare Stressniveau und die Wiederherstellung eines neurophysiologischen Gleichgewichtes, welches Grundlage emotionalen und körperlichen Wohlbefindens ist. Ziel ist, den Betroffenen eine traumatische Lebenserfahrung nicht nur mental, sondern auch im Empfinden als „überlebt“ einordnen zu helfen, das über die begleitete Erfahrung wiedergewonnene Vertrauen zum eigenen Körper bewusst zu machen und damit das meist empfindlich getroffene Selbstbewusstsein zu stärken. Dieser Ansatz schult die Selbstwahrnehmung des Patienten, lehrt einen konstruktiven Umgang mit den intuitiv-reflexhaften Überlebens- und vegetativen Reaktionen und trägt damit maßgeblich zu Entängstigung, Erhalt der Reaktionsfähigkeit und zu einem gesunden Selbstverständnis bei, hat damit also auch eine präventive Wirkung.

Zudem benutzt Somatic Experiencing eine Reihe von Metaphern, die, im Sinne einer Psychoedukation und in damit auch einer Selbstermächtigung sehr gut von den Patienten verstanden und angenommen werden. Sowohl im Sinne, "jetzt verstehe ich was mit mir los ist" als auch im Sinne "da gibt es jemanden, der versteht, was mit mir los ist". Insbesondere die Ebene der instinkthaften, intuitiv-reflexhaften Überlebensreaktionen werden auf diese Weise leichter zugänglich und als ersten Schritt aus dissoziativen Symptomatiken heraus zu verstehen. Das erleichtert den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, das Commitment für eine gemeinsame Arbeit. Eine kognitive, mentale Einordnung des eigenen Zustandes, hat deaktivierende Wirkung und damit im Sinne einer Deaktivierung des Nervensystems auch heilsame Wirkung auf die Traumatisierung.

SE zeigt sich gut umsetzbar in der praktischen Arbeit mit Traumatisierten. Auch in einigen psychosomatischen Kliniken wird SE inzwischen konzeptionell integriert.

Patienten, die schon vergeblich in eher kognitiv-orientierte Therapien, mit Schwerpunkt auf „Sprechen“ Hilfe gesucht hatten, eröffnet der körpernahe Zugang eine noch andere Ebene, die oft überraschende Verbesserungen bringt.

Erste systematische, quantitative Statistiken oder Forschungen können inzwischen vorgelegt werden.

Das Dilemma einer „modernen“ Methode ist immer, dass sie zunächst einmal Wenigen bekannt, daher noch wenig eingesetzt und oft auch wenig wissenschaftlich erforscht ist. Bei Somatic Experiencing ist das nicht anders, als es bei EMDR in den Anfängen war. In den wissenschaftlichen Fachgebieten Neurologie, Neurophysiologie und Neuroanatomie wird derzeit international intensiv geforscht - speziell in Bezug zur Traumaerfahrung, Traumasymptomen

und Effektivität spezifischer Interventionen. Die Forschungsergebnisse wie sie auch in neueren Publikationen (Daniel J. Siegel, G. Hüter, J. Bauer, Bessel Van Der Kolk u.a.m.) vorgestellt werden, belegen die zentrale Bedeutung der neurophysiologischen Vorgänge und der Rolle der Stresshormone während einer traumatisierenden Erfahrung und bei Entstehung der möglichen Folgereaktionen, welche in einer PTBS münden können. Diese Zusammenhänge ebenso wie die Notwendigkeit, körperliche Befindlichkeiten und Reaktionen mehr ins Augenmerk zu nehmen entspricht international anerkannter Vorgehensweise bei Traumatherapeuten von Rang: E. Nijenhuis, O. van der Hart, L. Reddemann, U. Sachsse, M. Huber, um nur einige zu nennen. Peter Levine, der die Methode Somatic Experiencing vorgestellt hat, ist in den USA promovierter Biophysiker und Psychotherapeut mit langjähriger klinischer Erfahrung im Bereich Traumabehandlung. Er steht in enger Zusammenarbeit u. a. mit B. Van der Kolk, Pat Ogden, Stephen W. Porges, Robert Scaer etc. Der Kontakt zu den aktuellen wissenschaftlichen und anerkannten therapiebeeinflussenden Kreisen ist also gegeben und fließt in Konzept und Vermittlung der Methodik ein.

Eine Einordnung zu psychotherapeutischen Methoden ist schwer, weil SE sich bewusst auf die beobachtbaren und vom Patienten rückgemeldeten physiologischen Reaktionen fokussiert. Am passendsten würde mir psychodynamisch-behavioral erscheinen. Die Neuverhandlung des individuellen intrapsychischen „Traumakonzeptes“ und „Lernen“ erfolgen durch die Erfahrung des körperlichen Empfindens, während das neocortical-mentale Denken aufgefordert ist, als neutraler Beobachter die Abläufe im Körper und auf der inneren Bühne zu registrieren und später einer Neubewertung zuzuführen. Es entsteht hierbei also eine innere Distanzierung, gewissermaßen vergleichbar wie in der TIP. Diese innere Haltung emotional überfordernden Situationen gegenüber wird mit den Patienten geübt, entspricht also einem verhaltenstherapeutischen Element. Von besonderer Bedeutung ist bei SE die Verlangsamung des inneren Prozesses, um das erlebte Stressniveau im tolerablen Bereich zu halten und Raum für die Orientierung und das Erfassen von Um-/Zuständen während des traumatisierenden Geschehens zu lassen, die im realen Leben zu schnell und zu massiv eingetreten sind, so dass die physiologischen Reaktionsmöglichkeiten überrumpelt wurden. Zur Verlangsamung dienen die bewusste Rückführung der Wahrnehmung auf das körperliche Empfinden, Screen-Techniken (Sachsse), Aufsuchen von Ressourcen im Körper selbst oder über Imagination z. B. von Helfern des realen oder virtuellen Lebens (Reddemann, Huber). Die Wiederherstellung der eigenen erfahrenen somato-psychischen Potenz und parallel meist auch der Trauma-Geschichte ist ein prozesshaftes Geschehen, das durch sparsame Interventionen unterstützt wird. Meist werden unwillkürliche Bewegungen aufgegriffen und den Betroffenen ins Bewusstsein gehoben, da sie Ausdruck unbewusster Reaktionen auf das innerlich wiedererlebte Geschehen und unvollständiger Handlungsentwürfe sind (Aspekte der Gestalttherapie). Die Beziehung zum Behandler kann von besonderer Bedeutung sein, durch die gezielte Ressourcenorientierung wird aber eine Bewusstwerdung/Aktivierung tragender Bindungen und/oder eigener Kräfte und Talente im Damals wie im Jetzt gefördert und damit auch einem regressiven Prozess entgegengewirkt.