

Apollon

- ❖ Gott des Lichts, der Heilung, der Künste, der Weissagung und des Friedens
- ❖ Trauma-Schutzgott für unsere Vorstellung



LPP – Planung für das 4. Modul

Samstag von 09:30 bis 13:00

- ✚ Organisatorisches, Check-in
- ✚ Trauma-Thema: Forschung und Phänomene
- ✚ Übungen: Schutz und Grenzen

Samstag von 14:00 bis 17:30

- ✚ Gehirnforschung
- ✚ Kreis der Gesten
- ✚ Transgenerationale Weitergabe
- ✚ Check-out

Sonntag von 09:30 bis 13:00

- ✚ Check-in und Fragen
- ✚ Der Liebescode - Porges
- ✚ Einführung in die Pessu-Boyden-Trauma-Arbeit

Sonntag von 14:00 bis 17:30

- ✚ Trauma – therapeutische Praxis
- ✚ Trauma, Trigger, Paarbeziehung
- ✚ LPP – therapeutische Bindungsangebote
- ✚ Check-out und Ausblick

Trauma: Einführung

- ❖ „Trigger“ beim Traumathema - Auslöser von Erinnerungen (Zell-, Körper- oder Leib-Gedächtnis – im Trauma-Modus leben) an traumatische Erlebnisse (Bilder, Worte, Emotionen, Stimmungen).
- ❖ Seminar-Schutzfigur – Unser Vorschlag: APOLLON - Gott des Lichts, der Heilung, der Künste, der Weissagung und des Friedens.
- ❖ im Seminar: bitte sensibel wahrnehmen, wenn etwas zu viel wird – individuelle Schutzfigur erfinden.
- ❖ Zusammenhang: „see-do“.
- ❖ Alltag: Wahrnehmung – sehen, hören, riechen, schmecken, berühren – Eindrücke gehen direkt in den Körper hinein und lösen Bilder/Szenen/Emotionen/Handlungen aus – wahrnehmen ist erinnern – dann folgen mit der Trauma-Bearbeitung: Bewusstsein, Worte, Einordnung, neue Bewertung, Gegenbilder.
- ❖ Therapiewege: Wahrnehmung nach innen ermöglichen - wenn wir sprechen, sehen wir innere Bilder/Szenen mit Hilfe der Bezeugung, der Körper/die Motorik springt an, wir haben Emotionen: Wir spüren Symptome, die sich verfestigt haben (Schulter-, Nacken- oder Schmerzen in den Beinen, Panikregungen, Angststimmung, Sinnlosigkeitsgefühle usw.).
- ❖ Beispiel: Du siehst den Vater innerlich und spürst, wie du dich damals ihm gegenüber gefühlt hast - dein Körper tut etwas: Wenn du ihn geliebt hast, willst du ihn umarmen; wenn du ihn gehasst hast, willst du ihn umhauen. Das wird in der Struktur mit den entsprechenden Kindheitsgefühlen und mit Rollenspieler*innen oder vorgestellten Figuren bearbeitet. Nicht adäquat ausgelebte Wünsche und Impulse erzeugen Symptome.

Trauma-Phänomene: Übersicht

- ❖ Begriff Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Verletzung“ oder „Wunde“.
- ❖ Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten.
- ❖ Auslöser sind:
 1. die Natur
 2. Unfälle
 3. das Leben selbst, der Körper und die Wirkung auf Kinder
 4. der Mensch als Täter
- ❖ Schädigung des Regulationssystems im Organismus: Gehirn, Nerven-, Hormon- und Immunsystem.
- ❖ Die Menschheitsgeschichte ist angefüllt von nicht enden wollenden Grausamkeiten.
- ❖ Erst 1980 wurde die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als Diagnose in DSM und ICD anerkannt.
- ❖ Unterscheidung:
 - Trauma Typ-1: ein kurzes, akutes und begrenztes Ereignis: Unfall, Tod eines nahen Angehörigen, Kriegserlebnis, Naturkatastrophe.
 - Trauma Typ-2: wiederholte und länger andauernde Bedrohungen, wie Gewalt durch nahestehende Menschen, familiäre Gewalterfahrungen, Missbrauchssituationen, Entwertungen und Vernachlässigungen oder Überversorgungen von Kindern.
 - Die Typ-2-Traumata sind weniger offensichtlich, meist tabuisiert und mit Scham besetzt.
- ❖ Geschichte der Kindheit – Aries und deMause

Umgang mit Trauma: Opfer, Täter und (angeblich) Unbeteiligte

- Judith Herman: Beim Trauma geht es um Opfer, Täter und Zuschauer/Berichterstatter.
- Wir nennen letztere „angeblich Unbeteiligte“ – ihr Einfluss auf das allgemeine „Trauma-Bild“ ist immens.
- Seit Jahrhunderten werden die Täter von diesen angeblich Unbeteiligten („Wissenschaftler“, Journalisten, Politiker, Behandler, öffentliche Meinung) geschont, während das Leiden der Geschädigten verharmlost wird. Unsere Vermutung: Berichterstatter sind selbst traumatisiert – Abwehr des eigenen Traumas.
- Die Täter erwarten und erzeugen beim Zuschauer (und auch konkret von den Opfern) Untätigkeit.
- These: Auf dem Hintergrund eigener erlittener Traumata fügen sich Berichterstatter dieser gesellschaftlich inhärenten Gewalt der Täter. Beispiele: Dörner, Padberg.
- Weil die Betroffenen oftmals unter einer traumabedingten Amnesie leiden, neigen Behandler*innen auf dem Hintergrund der „wünschbaren“ Einstellung dazu, die Opfer als unglaubwürdig einzuordnen.
- Die von traumatischen Erlebnissen betroffenen Menschen leiden zutiefst unter dem Zwiespalt, die schrecklichen Erfahrungen aus Schamgründen zu verleugnen und dem Wunsch, sie laut rauszuschreien.
- Bei Naturkatastrophen oder Ereignissen, die auf „höhere Gewalt“ zurückzuführen sind, ist es für den Berichterstatter leicht, Mitleid für die Opfer zu empfinden. Ist das traumatische Ereignis jedoch Ergebnis menschlichen Handelns, ist der Berichterstatter im Konflikt zwischen Opfer und Täter gefangen. Es ist moralisch unmöglich, neutral zu bleiben. Der Zuschauer muss Stellung beziehen. Meist entscheidet er sich für die Machtseite. Erst seit einigen Jahren hat sich die Stimmung leicht verändert.

Die ACE Studie

ACE ist eine Abkürzung und steht für „Adverse Childhood Experiences“, was übersetzt so viel heißt wie „Abträgliche Erfahrungen in der Kindheit“ oder schlichtweg „Kindheitstraumata“. Diese Studie wurde Ende der 90er Jahre von amerikanischen Krankenversicherungen, der Gesundheitsorganisation und der Staatlichen Gesundheitsbehörde in Auftrag gegeben. Für diese Studie wählten Dr. Vincent Felitti und Dr. Bob Anda ca. 17.500 vorwiegend weiße und gut gebildete Teilnehmer aus der Mittel- und unteren Oberschicht im Alter von 19 bis 92 Jahren (mittleres Alter: 56 Jahre) aus.

ACE-Fragebogen

Vor Ihrem 18. Geburtstag

1. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie oft oder sehr oft **beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt**, oder Sie so behandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden?
2. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie oft oder sehr oft **gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen**, oder Sie jemals so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden?
3. Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war, Sie jemals auf **sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst, deren Körper in sexueller Art und Weise zu berühren**, oder versucht, oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr mit Ihnen zu haben oder tatsächlich mit Ihnen gehabt?
4. Haben Sie oft oder sehr oft empfunden, dass **niemand in Ihrer Familie Sie liebte** oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas Besonderes, oder haben Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufgepasst, sich einander nicht nahe gefühlt oder sich gegenseitig nicht unterstützten?
5. Haben Sie oft oder sehr oft empfunden, dass Sie **nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten** und niemanden hatten, der Sie beschützte, oder waren Ihre Eltern zu betrunken oder “high”, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum Arzt zu bringen, wenn Sie es benötigten?
6. Verloren Sie jemals ein **biologisches Elternteil durch Scheidung**, dadurch, dass es Sie verlassen hat, oder aus anderen Gründen?
7. Wurde Ihre **Mutter oder Stiefmutter oft oder sehr oft gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen**, oder wurde manchmal, oft oder sehr oft jemand getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten Gegenstand geschlagen, oder wurde jemand über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole oder einem Messer bedroht?
8. Haben Sie in der Kindheit mit jemandem zusammengelebt, der **Alkoholprobleme** hatte, alkoholabhängig war oder Drogen konsumierte?
9. War ein Mitglied Ihres Haushalts **depressiv oder psychisch krank** oder hat ein Mitglied Ihres Haushalts einen **Suizidversuch** unternommen?
10. War ein Mitglied Ihres Haushalts im **Gefängnis**?

Das Minnesota Parent-Child Project (MPCP)

- seit 1975 die wohl aufwändigste Längsschnittstudie (40 Jahre) mit bindungstheoretischer Schwerpunktsetzung (Alan Sroufe).
- teilnehmende Familien: „Hoch-Risiko-Familien“ - 267 schwangere Frauen - unterhalb der Armutsgrenze und mit weiteren Risikofaktoren auf der Bindungsskala.
- Schwerpunkte der Untersuchung
 - Welchen Einfluss hat das in früher Kindheit festgestellte Bindungsmuster auf die Entwicklung?
 - Was ermöglicht es Kindern, zu gesunden und zu kompetenten Individuen heranzuwachsen?
- psychosoziale Weitergabe: Eltern waren selbst Opfer von Misshandlungen, Stress im Beruf, Mangel an Empathie, wenig Wissen um Entwicklung des Kindes. Frühkindliches Bindungsmuster bleibt relativ konstant.



Aufhebung des Misshandlungskreislauf nach MPCP

- An erster Stelle ist das Vorhandensein emotional unterstützender Personen (Verwandte, Pflegeeltern) zu nennen.
- Die zweite Variable ist eine stabile, intakte und als befriedigend erlebte Ehe- oder Partnerschaft.
- Die dritte entscheidende Variable ist die Inanspruchnahme einer intensiven, mindestens sechs Monate dauernden Beratung oder Psychotherapie.

Bindung oder Das Konzept der Feinfühligkeit (John Bowlby und Mary Ainsworth)

Säuglinge binden sich an die Personen, die ihre Signale und Bedürfnisse in feinfühlig und altersangemessener Weise beantworten, ohne sie durch ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche verzerrt zu interpretieren. Bei den Eltern/Pflegepersonen werden auch die eigenen Bindungserfahrungen wachgerufen.

Sichere Bindung

bei gefühlter oder realer Bedrohung oder Gefahr sucht das Kind die „sichere Basis“ auf, mit der Erwartung nach Schutz, Geborgenheit und Trost.

Babywatching: Mutter und Kind in einem Raum – Mutter geht raus und kommt nach kurzer Zeit wieder rein – wie reagiert das Kind?

Unsicher-vermeidende Bindung

Pflegeperson reagiert auf dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte immer wieder mit Zurückweisung auf die Bindungsbedürfnisse des Kleinkindes. Es verinnerlicht diese Dynamik und reagiert bei gefühlter Gefahr „cool“.

Babywatching: Wie reagiert das Kind?

Unsicher-ambivalente Bindung

Eltern reagieren manchmal feinfühlig und manchmal plötzlich ablehnend. Bei gefühlter Gefahr reagiert das Kind mit intensiven, anklammernden Bindungsbedürfnissen.

Babywatching: Wie reagiert das Kind?

Desorganisierte/desorientierte Bindung

Eltern selbst werden vom Kleinkind als Quelle der Angst und der Bedrohung wahrgenommen, weil sie in Bindungssituationen aggressiv/missbrauchend reagieren oder selbst unsicher und ängstlich dem Kind gegenüber sind. Wenn Eltern aus Schuldgefühlen „alles wieder gut“ machen wollen, trägt das Kind ein inneres desorientiertes „Arbeitsmodell“ von Bindung in sich.

Babywatching: Wie reagiert das Kind?

4. SCHUTZ – wie im Uterus – auf Indikation achten

- ✚ Einen Schild bilden gegen etwas. Um das zu gewährleisten, kehren die IE ihren Rücken zum Klienten. Sie wehren die Gefahr von außen ab. Es geht aber auch um das Austesten der Schutzfunktion von IE.
- Die Hände der Schutzfiguren können abwehrend ausgestreckt werden, so dass der Klient sie seitlich sehen kann.
- IE legen ihre Hände auf die Brust des Klienten. Das hat auch eine bestätigende Bedeutung.
- Brust und Bauch sind sehr verletzlich, IE können seitlich stehen.
- Erweiterungsfiguren (auch mit Decke – in einer Höhe! – um die Gefahren von außen abzuwehren.
- IE binden die Klientin in die Decke ein, halten sie hinten zusammen (wie ego-skin).
- I Schutzfiguren als Wall um die Klientin.
- Klient kann durch die Löcher gucken, oder an den Schultern anlehnen.
- Klient kann mit Kraft gegen die Rücken drücken, ob IE standhalten.
- Klient hockt sich hinter die IE, guckt durch die Löcher zwischen den Beinen, *testet*, ob er sie auseinanderkriegt. Eventuell für Erweiterungsfiguren sorgen.

5. Grenzen – wie im Uterus – auf Indikation achten

- ✚ In einer IE-Übung kann der Fokus auf Limitierung sein. Es geht darum, die Kraft des Klienten willkommen zu heißen. Sie ist nicht gefährlich. Dabei sind oft Erweiterungsfiguren nötig, was die Teamarbeit erfordert und begünstigt. Ziel: Bestätigung, Befriedigung, Integration.
- ✚ Kontrakt zwischen Klienten, Akkommodatoren und Therapeuten. Stopp-Vertrag. Test mit verminderter Kraft, Absprache des Ziels. Die Sprache ist positiv. Sicherheit und Schutz werden so stimuliert. Vorsicht bei körperlichen Beeinträchtigungen!

Wenn jemand keine Rolle haben möchte, soll er das vorher ankündigen. Der erste Schritt ist, den Plan vom Klienten zu erkunden bzw. für Ausführbarkeit seines Ziels zu sorgen. Was möchtest du ausprobieren (heitere, einladende Tonalität)? Wie sieht das körperlich aus? Der Kontrakt besteht darin, dass die IE mit limitierender Qualität nur das machen, was du möchtest, dass alles gut läuft, dass du zur rechten Zeit das bekommst, was du damals gebraucht hättest.

Verkörperung von Grundbedürfnissen

- ✚ Test: die IE auseinanderdrücken bei mangelnder Triangulierung, Stimmeinsatz der Klientin. Die Kraft soll gehalten und wertgeschätzt werden.
- ✚ Selbstbehauptung und Verteidigung mit Aggressionen – Validierung der Kräfte
- ✚ Klient spürt, welche Impulse kommen
- ✚ Test: „Du könntest versuchen, uns zu verletzen, aber wir würden das nicht zulassen. Es ist ok, dass du es versuchen willst, aber wir lassen es nicht zu.“ Auch lautmäßig die passende Antwort suchen.

Übung: Kreis der Gesten

- Der Mensch als soziales Wesen lebt ständig in Interaktion – im Inneren, von innen heraus und als Reaktion nach außen – wir geben und empfangen Impulse.
- Gesten haben dabei eine starke symbolische Bedeutung. Sie haben einen kulturellen Hintergrund. Gesten können für sich stehen, einen Handlungsimpuls fordern oder auslösen. Beispiel: Zeigegeste.
- In dieser Übung sieht die Person in der Mitte des Kreises symbolische Signale von außen. Diese haben eine Wirkung auf den Körper, sie wecken Gefühle, Gedanken oder Erinnerungen.
- Vier Gesten werden von den Personen des Kreises ausgeführt – eine Person steht oder bewegt sich in der Mitte und lässt die Gesten auf sich wirken – wir haben keinen Blickkontakt – nach jeder Geste kann die Person in der Mitte ihre Eindrücke mitteilen.
- **Die erste Geste:** Die Arme sind auf Schulterhöhe ausgebreitet hinter den beiden Personen, die neben euch stehen, ohne diese Personen zu berühren.
- **Die zweite Geste:** Haltet euch mit euren Nachbarn an den Händen.
- **Die dritte Geste:** Streckt eure Arme in Schulterhöhe gerade nach vorne, mit den Handflächen nach vorneweisend.
- **Die vierte Geste:** Die Arme sind wieder in Schulterhöhe nach vorne gestreckt, aber nun weiter auseinander, die Handflächen sind einander zugewandt.
- Für die zentrale Person: Nimm dir Zeit, herauszufinden, was diese Gesten bei dir auslösen: körperliche Reaktionen oder Empfindungen, Bewegungsimpulse, aber auch Gefühle, Gedanken oder Erinnerungen. Zeige an, wann die nächste Geste erfolgen soll. Beende die Übung mit der Geste, die du im Moment am angenehmsten oder reizvollsten findest.

Transgenerationale Weitergabe von Traumata: Das Teleskoping-Konzept

- ❖ Das emotionale Verwoben-Sein und Ineinandergeschoben-Sein der tradierten Trauma-Erfahrungen oft mehrerer Generationen bis in die Gegenwart wird Teleskoping genannt. In diesem „Treibhausklima“ wachsen Kinder auf.
- ❖ Durch Trauma-Erfahrungen sind Eltern im sozialen Umgang massiv beeinträchtigt und behindern die freie Entwicklung ihrer Kinder.
- ❖ Die Kinder bleiben lebenslang „Gefangene der Bedürfnisse ihrer Eltern“ und übermitteln diese „Gefangenschaft“ wiederum an ihre Kinder.
- ❖ „Gewinn“ für die traumatisierten Eltern: Die Illusion der „Entlastung“ und der Wunsch nach „Wunschkindern“. Sind die Eltern enttäuscht, haben Kinder Schuldgefühle, die sie wiederum an die Eltern binden.
- ❖ Einschränkungen für das Kind und den späteren Erwachsenen.
- ❖ Veränderungsmöglichkeiten?



Transgenerationale Weitergabe von Traumata: Epigenetik

- ❖ Das Epigenom: Bindeglied zwischen Umwelteinflüssen und Genen – Genregulation.
- ❖ Erkenntnis bis heute: Epigenetische Prägung/Markierung im Uterus auf den Fötus ist sicher, epigenetische Vererbung als festgeschriebener Standard kann bis zur dritten Generation stattfinden.
- ❖ Beispiel: „Hungerwinter“ 1944/1945
- ❖ epigenetische Markierungen
- ❖ Beispiel: Traumaschema „ungewollt sein“
- ❖ vielschichtige Mechanismen: Trauma der Mutter oder des Vaters – epigenetische Markierung beim Fötus durch die „Umwelt Mutter/Vater“. Einschränkung der Gehirnentwicklung, veränderter Hormonspiegel, Darmflora sorgt für eine Schwächung des Immunsystems, Vagusnerv wird auf „Vorsicht“ eingespart, defizitäre soziale Entwicklung, HIR.

Der neuronale Liebescode – der ventral-vagale Komplex (VVK) nach Stephen Porges

- ❖ Zweig des Vagusnervs (Hirnnerv) verbindet zahlreiche Organe auf der Vorderseite des Körpers:
 - Kopfhaltung und -bewegung: Gesicht zeigen - Sozialphobie, Augenkontakt
 - Gesicht - Mimik: freundlich, aggressiv, ängstlich – unser Microtracking
 - Stimme: einladend, gepresst, schrill, leise
 - Nacken: Kraft, Angriff, geduckt, aufrecht
 - Lunge: atmen – sich anfüllen und entspannen, Luft reinpressen, nicht ausatmen können
 - Schultern: hochgezogen, verspannt
 - Herz, Blutdruck: Rhythmus, Stress, vital – ohne Energie
 - Magen: essen – Stimmung beim Essen – schlägt auf den Magen, Essstörungen
 - Darm: „glücklich gluckern“, verstopft, nervös
 - Geschlechtsorgane: ansprechbar oder „abgeschaltet“
 - Muskulatur auf der Vorderseite: „Panzer“ oder weich
- ❖ Das ist die soziale oder mögliche Liebeseite des Menschen, die blockiert sein kann.
- ❖ Die Polyvagal-Theorie ist keine monadische Auffassung mehr, sondern zielt auf Interaktion.

Fortsetzung: Der neuronale Liebescode – oder die große Frage: Wer hat angefangen?

Auf diesem Hintergrund lassen sich Trigger noch genauer bestimmen – wichtig für Paarbeziehungen:

- Leichte Veränderungen der Augenbrauen, **das Runzeln der Stirn**, die Augen nach oben drehen, das Rümpfen der Nase, die Bewegungen der Lippen, die Haltung des Halses, die Atmung, die Bewegungen der Schultern, die Veränderungen der Muskulatur, die Stimmlage – laut, leise, gepresst, geflüstert usw.
- Person A nimmt diese Signale bei Person B auf dem Hintergrund ihrer Biografie wahr und spürt die Stimmungslage des Gegenübers auf: **gereizt**, misstrauisch, weinerlich, angstvoll, aggressiv, genervt usw. Der Trigger bewirkt, dass sie es auf sich bezieht und sich gekränkt, fundamental abgelehnt, zur Hilfeleistung manipuliert, **kritisiert**, missachtet, vernichtet usw. fühlt.
- Die Wahrnehmungen und Projektionen von Person A führen zur Anpassung, Flucht, mechanischen Zuwendung, Erstarrung, zum Liebsein, Angriff, **sich verschließen**, Ersatzbefriedigung suchen usw.
- Person A sendet dann zur Person B diese Signale aus, die körperbasiert sind. Es entsteht eine Dynamik, aus der es kaum ein Entrinnen gibt. Person B ist nun aufgeregt, fühlt sich missverstanden, abgelehnt, hat **Schuldgefühle** („Darf ich denn hier nichts mehr machen!“), ihr Herz rast, die Atmung geht schnell oder sie ist kurz davor, anzugreifen, sich zurückzuziehen, **sarkastisch zu werden** usw.
- Wenn wir das Signal in der Kindheit erhalten: „Bei mir bist du in Sicherheit!“ entspannen wir uns, und wenn das Gefühl anhält und sich bestätigt, fühlen wir uns genährt, unterstützt, erfrischt. Im Gesicht, den Augen und den muskulären Bewegungen suchen wir immer wieder die Bestätigung.
- **Es findet Menschsein mit unserer persönlichen Einzigartigkeit auf dem Hintergrund von biologisch angelegter sozialer Vernetzung statt: Wir werden „stark“ und ambivalenzfähig.**
- Fast alle Leidenszustände haben zu tun mit nicht funktionierenden Beziehungen in der Gegenwart und traumatischen Erlebnissen sowie nicht erfüllten Bedürfnissen in der Kindheit.

Vielschichtige Bindungsangebote in der LPP

- ❖ Bezeugung: Spüren die Patient*innen die Emotionen, mit denen sie etwas aussprechen? Muss der Prozess verlangsamt werden durch direkte Pilotenaktivierung, durch eine*n Rollenspieler*in Zeugenfigur, durch mehr Sicherheit und Kontrolle im Therapiesetting?
- ❖ Platzhalter: Was passiert bei der Auswahl? Ist deutlich, dass der Platzhalter keine reale Person ist, sondern nur Träger von Informationen?
- ❖ Fragmentfiguren: Erstes „Nähe-Angebot“ und Test, ob etwas angenommen werden kann.
- ❖ Traumathema: Zuerst Schutzfigur anbieten, damit die Rezeptivität erhöht werden kann.
- ❖ Berührungen: Immer mit Kontrolle der/des Betreffenden – Sicherheit und gesunde Autonomie.
- ❖ heilsame Szenen mit idealen Figuren: Werden die realen Personen „eingeschmuggelt“? Unter welchen Bedingungen können ideale Figuren angenommen werden? Findet eine „Als-ob“-Struktur statt? Patient*innen tun es uns zuliebe oder weil andere Gruppenmitglieder (-geschwister) es (angeblich) können. Wie kann die mentale Stärke zur sinnvollen therapeutischen Regression erhöht werden, die mit dem Kindheitsschmerz und –trauma verbunden ist?
- ❖ Verkörperungen: Stufen der Annäherung finden und den Patient*innen die Verantwortung überlassen. Sie sorgen für ihr „gutes Ende“.
- ❖ Trauma-Amnesie: Welche Hinweise gibt es trotzdem?
- ❖ Trauma und heilsame Szenen: Rezeptivität ist aus Schutzgründen eingeschränkt – Angst vor Retraumatisierung – sie haben den Eltern bei der Traumaverarbeitung geholfen (holes in roles), Angst vor dem Trauma-Schmerz und vor Kontrollverlust, Überflutungsangst, „Berührung als Angriff“, peinliche sexuelle oder aggressive Regungen - zu große Offenheit.

Das traumakompensatorische Schema

- entsteht im traumatischen Prozess (Traumaschema) auf dem Hintergrund von Ereignis und Erlebnis
- umfasst Gegenmaßnahmen zur Kontrolle des Schreckens und Vermeidung einer Wiederholung
- ein System von Selbstschutzmaßnahmen wird errichtet
- Teil der Therapie in der Gegenwart: Mit den Patient*innen ein Gegenmodell zum Traumaschema entwerfen
- Umkehr des Traumaschemas: aus hilfloser Abhängigkeit soll Sicherheit, aus Schwäche Stärke werden

Das traumakompensatorische Schema umfasst drei individuell geprägte Aspekte:

1. ätiologischer Teil: eigene „naive“ Traumatheorie; Annahme, wie es zum Trauma kommen konnte (Ursachentheorie) – „Ich war schuld“ – „Ich war/bin dem ausgeliefert“
2. reparative Strategie: Annahmen, wie das Trauma geheilt werden kann (Heilungsstrategie): Rückzug – angepasst sein - offensiv sein, Traumatherapeut*in werden usw.
3. präventive Strategie: Annahmen, was geschehen muss, um eine Retraumatisierung oder eine erneute traumatische Erfahrung zu vermeiden (Vorbeugungstheorie): extreme Vorsicht – boxen lernen

Traumafolgestörungen

- Wiedererleben der traumatischen Erlebnisse, belastende Gefühle wie Angst/Panik, Hilflosigkeitsgefühle, Aggressionen, Rache, Schuldgefühle, Trauer.
- Starke Anspannungszustände mit Herzrasen, Schwitzen, Schlafstörungen, Alpträumen, Schmerzen, Magen-Darm-Beschwerden.
- Depression, Burn Out, Anpassungsstörung, Alkoholabhängigkeit, Medikamentenmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen, Angststörungen, Essstörungen usw.

Prozesse der Traumaverarbeitung

Stufe 1: Die protosensorische Anlage

Stufe 2: Primäre Zeichen und Signale

Stufe 3: Symbolische Funktion

Stufe 4: Sprache

Stufe 5: Sekundäre Symbolisierung

Stufe 6: Der Strukturprozess