Arbeitsgemeinschaft
Funktionelle
Entspannung

FUNKTIONELLE ENTSPANNUNG

BEITRÄGE ZU THEORIE UND PRAXIS

Heft 44 – November 2018

Inhaltsverzeichnis

Dr. Angela von Arnim
„Fremd bin ich ausgezogen" – Einführung ins Tagungsthema 4

Anna Willach-Holzapfel
Der Körper als Ressource in der Traumatherapie 14

Marie-Louise Redel
Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) mit traumatisierten, geflüchteten Menschen 26

Ulrich Sollmann
Nicht (nur) der Fremde ist fremd, sondern (auch) ich bin fremd 42

Ida Montanari
TraumaHelfer
Eine evaluierte Qualifikationsmaßnahme zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten im Umgang mit entsprechend belasteten Flüchtlingen 58

Hubert Wittmann
Psychosoziale Notfallversorgung mit Funktioneller Entspannung
Fallarbeit zur Erlangung des FE-Zertifikats 62

Inés Maria Reiners
Darstellung und Überprüfung eines strukturierten Programmes zum Erlernen der „Funktionellen Entspannung" nach Marianne Fuchs 70

Autor*innen 82

Vorwort

Das Thema der A.F.E. – Jahrestagung 2017 Das Fremde in uns – Chancen der Körperpsychotherapie bei der Integration traumatisierter Menschen gibt den diesjährigen BEITRÄGEN ZU THEORIE UND PRAXIS die Richtung.

Beginnend mit der Definition von Fremde und Fremdheit schlagen die Beiträge einen Bogen von Fluchterfahrung und Traumatisierung über Beschreibung und Behandlung von körperlichen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung mit Funktioneller Entspannung. Andere körperorientierte Ansätze in der Traumabehandlung sind enthalten (u.a. omatic Experiencing, KBT) sowie ein narrativer Text über das Fremde und wer nun eigentlich fremd ist. Ein Workshopbericht fasst die praxisnahe Qualifikationsmaßnahme zum TraumaHelfer zum besseren Umgang mit belasteten Flüchtlingen zusammen und ein Fallbeispiel beschreibt praxisnah die Psychosoziale Notfallversorgung mit Funktioneller Entspannung. Einblick erhalten Sie auch in die Forschungsergebnisse einer empirischen Studie zur Darstellung und Überprüfung eines strukturierten Programms zum Erlernen der Funktionellen Entspannung.

Das Redaktionsteam wünscht angenehmes und anregendes Lesen!
Petra Saltuari und Regine Wosnitza

„Fremd bin ich ausgezogen“ – Einführung ins Tagungsthema – Dr. Angela von Arnim

Das Schubert – Lied „Fremd bin ich ausgezogen, fremd zog ich wieder ein“ (aus: Franz Schubert, „Die Winterreise“) kam mir mit seiner berührenden Melodie in den Sinn, als es um die Beschäftigung mit dem Tagungsthema ging. Die Kunst kann helfen, die mit dem Sich fremd fühlen und dem In der Fremde sein verbundenen Gefühle auszudrücken.

Ein Bild des irakischen Künstlers Salam Qader: Heimat (2017)

Ein Beispiel ist das Bild „Heimat“, das uns der irakische Künstler Salam Qader zur Verfügung gestellt hat. Er hat erlaubt, es auf dieser Tagung zu zeigen und im Tagungsband zu publizieren. Es zeigt eindrücklich das Gefühl von Zerrissenheit, und diese Zerrissenheit bezieht sich sowohl auf die Heimat als auch auf den Körper.

Salam Qader ist verheiratet, hat 5 Kinder und ist mit seiner Familie aus dem Irak geflohen, da er als Christ vom IS schwer bedroht wurde, Verwandte und Bekannte wurden umgebracht. Jetzt lebt er mit seiner Familie in einer Übergangswohnung in einem Vorort von Frankfurt, in Deutschland, das für ihn das Fremde oder die Fremde bedeutet. Wir danken ihm dafür, dass er uns mit seinem Bild die Gelegenheit gibt, an seiner ausdrucksstarken künstlerischen Darstellung, die sich auf seine Körperempfindungen und Gefühle bezieht, teilhaben zu dürfen.

Keywords
PTSD
Halt
Grenze

Nun zum Tagungsthema

Wie kann man das Fremde oder die Fremde definieren? Wenn wir bei Wikipedia nachschauen, finden wir folgende Definitionen:

- Das Fremde bezeichnet etwas, das als abweichend von Vertrautem wahrgenommen wird, das heißt aus Sicht dessen, der diesen Begriff verwendet, als etwas (vermeintlich) Andersartiges oder weit Entferntes.
- Die Unterscheidung von Vertrautem (auch Bekanntem oder Gewohntem) und Fremdem ist eine Grunderfahrung des Menschen, der – parallel zur Entfaltung seines Ich – verschiedene Grade von Fremdheit bzw. Zugehörigkeit erfährt.
- Menschen, die als in diesem Sinne fremd wahrgenommen werden, werden als **Fremde** bezeichnet, im Unterschied zu Bekannten und Vertrauten.
- Als fremd empfundene örtlich verstandene Regionen – mehr oder weniger weit außerhalb des als „eigen" bzw. vertraut erfahrenen Lebensraums und der als „eigen" begriffenen kulturellen Gewohnheiten – werden oft als **Die Fremde** bezeichnet; sozusagen als dialektischer Gegenbegriff zu Heimat.
- Das Gefühl der **Fremdheit** entsteht durch den Ethnozentrismus, über den sich jede Ethnie definiert und von anderen Gruppen abgrenzt. Es kann Abwehr im Sinn von Angst bis hin zur Aggressivität hervorrufen (Xenophobie).

Diese Definitionen kommen uns vertraut vor, wenn wir an aktuelle Ereignisse und Tendenzen in ganz Europa denken: Menschen, die das Fremde fürchten, alles Belastende in ihrem Leben, wie Wohnungsnot, sich abgehängt fühlen, finanzielle Sorgen, Vertrauensverlust auf die fremden d.h. die geflüchteten Menschen projizieren. Populistische Parteien und Regierungen, die aus diesen Angstgefühlen Kapital schlagen.

Warum ist dieses doch in erster Linie politische Thema eins, das auch in den Bereich der Körperpsychotherapie gehört, und was hat es mit dem Körper zu tun?

Wir beschäftigten uns auf der Tagung mit Menschen, die ihre Heimat verlassen mussten, dort durch Krieg und Folter traumatisiert wurden und sich auf die Flucht begeben mussten, dort erneut häufig schwer traumatisiert wurden, ebenso durch Ablehnung, Schikanen und sogar Angriffe innerhalb des aufnehmenden Landes, d.h. in der Fremde.

Schon Freud bezeichnete die Entwicklung des eigenen Ich als ein zuallererst körperliches Phänomen – auf Grundlage der frühesten Erfahrungen des Menschen, die ja überwiegend körperlicher Natur sind.

In ganz ähnlicher Richtung beschrieb der bekannte Trauma-Forscher Bessel van der Kolk die traumatischen Erfahrungen, d.h. die Belastungen, die unsere Verarbeitungskapazität übersteigen, ebenso wie die Folgeerscheinungen dieser Überlastungen, als primär körperliche Phänomene. Auch das Traumatisiert worden Sein durch Verlust der vertrauten Heimat und durch Extrembelastungen in der Fremde ist ein primär erst einmal körperliches Geschehen, und der Anteil an körperlichen Traumafolge-Störungen, wie z.B. chronischer Schmerz oder Somatisierungsstörungen, ist dementsprechend bei Migrantinnen und Migranten extrem hoch.

Fremdheit und Körper

- Sigmund Freud: **Das Ich ist vor allem ein körperliches.**
- Bessel van der Kolk: **Das Trauma ist vor allem ein körperliches** (2017)
- A.F.E.-Jahrestagung 2017: **Auch das Gefühl von Fremdheit ist vor allem ein körperliches**
- Fremdheitsgefühle bei PTSD (post traumatic stress disorder)

PTSD wird als eine „somato-psychische Störung" (van der Kolk, 2017) gesehen, ein durch traumatische Erlebnisse ausgelöster Beschwerdekomplex. Die Symptome der Traumafolge-Störungen bestehen unter anderem in einer Entfremdung vom eigenen Körper, durch Taubheitsgefühle oder durch über starke Wahrnehmungen aufgrund von vegetativer Übererregbarkeit.

PTSD-Symptombereiche

- Wiedererleben: Intrusion
- Vermeidungsverhalten und Vertäubung: Hypoarousal, d.h. Verlust der Selbstwahrnehmung
- vegetative Übererregbarkeit: Hyperarousal (ICD 10/DSM IV)

Die Folgen sind z.B. einschießende Körperempfindungen und Schmerzen, auftretend bei bestimmten Themen und Erinnerungen, die als fremd erlebt werden. Darüber hinaus eine chronische Erschöpfung bei gleichzeitiger ständiger inneren Anspannung des Körpers.

Körperliche Beschwerden und Symptome bei Menschen mit komplexer PTSD

- Erhöhtes Vorkommen von somatoformen Störungen (Andreski e.a., 1998)
- „Vertäubung", d.h. reduzierte Körperwahrnehmung
- Flash-back-artige Körpersensationen
- einschießende Schmerzen bei traumatischen Erinnerungen
- Chronische Schmerzsyndrome (Engel, 1959)
- Erschöpfung
- Erhöhtes vegetatives Erregungsniveau, erhöhte Körperspannung

Aber auch im emotionalen Bereich verändert eine Traumatisierung das Erleben fundamental: Grundüberzeugungen werden aufgegeben, z.B. das Vertrauen darin, dass sich die Dinge gut entwickeln können. Die Folge ist ein depressiver Rückzug, mit Schlafstörungen und einem veränderten Tag-Nacht-Rhythmus. Die Menschen werden von Schuld- und Schamgefühlen geplagt - besonders bedeutsam ist die sogenannte Überlebensschuld, wenn Angehörige umgekommen sind. Auf kognitiver Ebene kommt es zu Konzentrationsstörungen und Verminderung des Kurzzeitgedächtnisses. Insgesamt sind dadurch die Beziehungen von traumatisierten Menschen zu anderen Menschen deutlich beeinträchtigt. Besonders jedoch durch die Shut-down-Erfahrungen in der Dissoziation.

Beziehungsprobleme traumatisierter Menschen

- Verminderte Fähigkeit, sich anzuvertrauen
- Rückzugtendenzen, Isolation
- Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus
- Konzentrationsstörungen, „Zeit verlieren" durch Dissoziation
- Schuldgefühle
- Scham
- Ekel
- Erschütterte Selbst- und Weltsicht
- Fremdheit im eigenen Körper - und gegenüber anderen

Das Thema Fremdheit sich selbst und anderen gegenüber fußt bei traumatisierten Menschen auf dem ganz basalen Fremdheitsgefühl am Anfang unseres Lebens, wenn wir uns nach der Geburt und in einem fremden Medium, in einer fremden Welt, losgelöst aus der Sicherheit des Uterus, ganz neu orientieren müssen. Am Anfang unseres Lebens ist daher das Thema „Bin ich willkommen?" von größter Bedeutung. Es entscheidet über die Qualität der Bindung zu den Bezugspersonen und damit darüber, mit welchem Vertrauen wir in die Welt gehen. Sind wir nicht willkommen, wurden wir abgelehnt, sind wir unerwünscht, werden wir gedemütigt, vielleicht sogar misshandelt, dann ist das frühe Entwicklungstrauma bereits wie ein Fremdkörper in unserem Selbst eingraviert. Arno Gruen beschrieb diesen Vorgang des sich selbst von Anfang an Fremdseins mit dem Begriff „Der Fremde in uns". Er analysierte in dieser Weise auch Fremdenfeindlichkeit, Hass auf Migrantinnen und Migranten als Folge der Ablehnung des Fremden in mir selbst durch Projektion auf Menschen, die dringend auf mein Mitgefühl und meine Unterstützung angewiesen sind, die ich jedoch ablehne, so wie ich den misshandelten und entwerteten Kern in mir selbst ablehne.

Themen und Thesen zum Tagungsthema

- Das Fremde und der/die Fremde ist in uns (Arno Gruen, 2002)
- Der Anfang unseres Lebens ist der Anfang der Fremdheit - es geht um sichere Bindung, d.h. Willkommensein versus unsichere Bindung - mit der Folge von Fremdsein im eigenen Körper
- Das Fremdsein mir selbst gegenüber bedingt die Skepsis gegenüber dem Fremden und den Fremden
- Die Angst der traumatisierten Geflüchteten trifft auf die Angst der „Einheimischen" vor den Geflüchteten

Es ergibt sich nun die Frage, die generell für die Körperpsychotherapie bedeutsam ist: Was kann bei diesen Zusammenhängen helfen? Ich bin der Meinung, die Körperpsychotherapie ist dort besonders bedeutsam, wo es um den Lebensanfang geht: um die Unterstützung von Schwangeren, um die Entwicklung in der Schwangerschaft, um die Geburt, um die nachgeburtliche und die Kleinkind - Zeit; aber auch in der Therapie mit Erwach-

senen, dort geht es um die Frage, wie kann die Körper-Fremdheit, die bei Menschen mit Entwicklungstraumatisierungen vorherrscht, mithilfe von respektvoller, kleinschrittiger körperpsychotherapeutischer Arbeit mit dem Körper nach und nach gemildert werden?

In ganz ähnlicher Weise stellt sich diese Tagung diesem Thema in Bezug auf den Umgang mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten: Wie kann Körperpsychotherapie eine therapeutische Chance sein in der Behandlung traumatisierter Geflüchteter?

Aus der Polyvagaltheorie (Porges, 2010) wissen wir, dass das Erleben chronisch traumatisierter Menschen häufig unter der Herrschaft des dorsalen Vagusnervs steht, dem Teil des vegetativen Nervensystems, der für Panikreaktionen und „shut downs" zuständig ist. Dies trifft sowohl auf Entwicklungstraumatisierungen als auch auf Traumata im Rahmen von Krieg, Folter oder Flucht zu. Häufig können diese Traumareaktionen nicht zu Ende geführt werden, d.h. die Menschen frieren sozusagen immer wieder ein und sind unfähig, sich zu entspannen. Durch ein vorsichtiges, Sicherheit und sichere Grenzen vermittelndes Körperverfahren, das die Körperwahrnehmung stärkt und das Beenden der traumatischen Panikreaktionen begünstigt, können traumatisierte Menschen allmählich wieder zu ihrer vorherigen Lebendigkeit und der Fähigkeit, Kontakt zu anderen aufzunehmen, zurückfinden.

Wichtigster Wirkfaktor der Behandlung traumatisierter Menschen

- Nur was mit Körper-Empfindung und Emotion gekoppelt ist, hat Wirkung!
- Neurobiologisch: Aus der Vorherrschaft der Panikreaktion (dorsaler Vagus i. S. der Polyvagaltheorie) wieder in eine entspannte Körpersituation (ventraler Vagus) gelangen können
- FE kann eine Hilfe sein zur Wiedererlangung der Vertrautheit im eigenen Körper

Warum eignet sich die Funktionelle Entspannung (FE) gut für die Arbeit mit traumatisierten Menschen? Die FE ist ein respektvolles, vorsichtig an der Körperselbstwahrnehmung ansetzendes Verfahren, das sich durch die Fokussierung auf die Wiedergewinnung von der Fähigkeit zur Entspannung und sozialem Engagement – neurobiologisch der Stärkung des zentralen Vagus – sehr gut für die Behandlung traumatisierter Menschen eignet.

Kennzeichen der Körperpsychotherapie mit Funktionelle Entspannung

- Die FE arbeitet nicht mit Übungen, sondern
- mit Angeboten zur leiblichen Selbstwahrnehmung, und zwar
- im Kontakt: Ich mit mir selbst und mit den anderen, d.h.
- Arbeit im Hier und Jetzt und im konkreten Raum
- Zugang zum eigenen Empfinden und Fühlen finden – anstelle von Entfremdung

Warum sind die Themen der Körperselbstwahrnehmung von Halt und Grenze zentral? Traumatisierte Menschen haben erlebt, dass ihre Körpergrenze nicht beachtet und vielfältig gewaltvoll überschritten wurde, traumatisierte Menschen empfinden gleichzeitig als besonders belastend den Verlust von Halt und Vertrauen. Daher sind diese „Therapie-Tools" die Voraussetzung für eine gelingende körperbezogene Traumatherapie.

Halt und Grenze

- Die Erfahrung von Sich-Aufgehoben-Fühlen
- Halt-Erfahren durch die Angebote der Therapeutin oder auch z.B. durch die Gruppe,
- und andererseits des Sich-Abgrenzen-Dürfens, als leibliche Grenz-Erfahrung,
- diese beiden basalen, biographisch frühen Erfahrungen sind in der Arbeit in FE-Einzelarbeit und in Gruppen elementar
- Aus der Erstarrung kommen: Durch Körpergrenzen aktivierende und Halt gebende Interventionen löst sich der Atemrhythmus aus der Starre des **dorsalen** Vagus in Richtung Loslassen und Entspannung, d.h. des **ventralen** Vagotonus

Die FE ist durch ihre Orientierung an Halt- Grenzen/Rhythmus-Raum für die Arbeit mit traumatisierten Menschen besonders gut geeignet. Verschiedene andere Körperpsychotherapie bzw. am Körpererleben orientierte Traumatherapie-Interventionen und -Methoden können helfen, zur ausreichenden Stabilisierung und Ressourcen-Reaktivierung beizutragen. Einige Vertreter der verschiedenen Zugangswege, wie Anna Willach-Holzapfel (SE – Somatic Experiencing), Marie-Louise Redel (KBT –Konzentrative Bewegungstherapie) und Ulrich Sollmann (Bioenergetik) sind auf dieser Tagung vertreten und beteiligen sich mit Beiträgen an diesem Tagungsband.

Zusammenfassung

- Die Fremdheit mir selbst gegenüber ist ursächlich mit körperlicher Entfremdung verbunden.
- Das trifft für Entwicklungstraumata gleichermaßen wie für die komplex traumatisierten Geflüchteten zu.
- Der Weg über die wieder gewonnene, verkörperte Selbstwahrnehmung ist – im Rahmen einer integrativen Traumatherapie - der Königsweg der Trauma-Heilung.
- Der Rahmen muss sicher sein, die Fokussierung auf die „Therapie-Tools", Arbeit mit der Grenze und dem Halt sind bei der Arbeit mit Geflüchteten bedeutsam.
- Das gilt auch auf der politischen Ebene: Das psychische Zuhause muss sicher sein, damit Offenheit und Toleranz gegenüber dem und den Fremden möglich wird!
- Der selbstwahrnehmende Umgang von uns als Therapeutinnen und Therapeuten kann dazu beitragen, mit dem uns fremden und verletzten Teil in uns immer wieder in Kontakt zu kommen. Dies kann uns Mut und Kraft geben, um auch politisch und gesellschaftlich aktiv gegen Fremdenfeindlichkeit und für Mitgefühl mit den Geflüchteten einzutreten.

Literaturauswahl

Arnim, A. v., Müller-Braunschweig, H., Joraschky, P. (2006). Körperbezogene Psychotherapie-Verfahren bei traumatisierten Menschen. In Remmel A., O.F. Kernberg, O. F., Vollmoeller W. & Strauss B. (Hrsg.), Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen (S. 401–425). Stuttgart: Schattauer Verlag.

Gruen A. (2002). Der Fremde in uns. München: dtv.

Heller L., Lapierre A. (2013). Entwicklungstrauma heilen. München: Kösel-Verlag

Kolk van der B. (2017). Verkörperter Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Lichtenau: G.P. Probst Verlag

Levine P. A., Jahn, J. (2011). Vom Trauma befreien - Wie Sie seelische und körperliche Blockaden lösen (inkl. CD). München: Kösel-Verlag.

Porges, S.W. (2018). Die Polyvagaltheorie. Lichtenau: G.P. Probst Verlag

Thielen M., Arnim A. v., Willach-Holzapfel A. (2018). Lebenszyklen-Körperrhythmen, Gießen: Psychosozial-Verlag.

Der Körper als Ressource in der Traumatherapie – Anna Willach-Holzapfel

Keywords

Trauma
Dissoziation

Ich stelle hier einen körperorientierten und phasenspezifischen Ansatz vor, in dem ich verschiedene traumatherapeutische Verfahren (u.a. Somatic Experiencing, EMDR, Arbeit mit Imagination, Ego-States und das Wissen um dissoziative Prozesse) integriere und dessen Interventionen den unterschiedlichen Zielen der drei Phasen einer Traumatherapie entsprechen: Stabilisierung, Konfrontation und Verarbeitung. Die Phasen verlaufen nicht linear (vgl. Willach-Holzapfel, 2013b; Willach-Holzapfel & Dressler-Bellmund, 2017; 2009).

Ich gehe dabei von der Grundannahme aus, dass umso früher und häufiger die traumatischen Erfahrungen gemacht werden und je abhängiger der Mensch von seinen traumatisierenden Bindungspersonen ist, desto prägender die Auswirkungen auf die Gehirnreifung, auf die Entwicklung eines (Körper)Selbst, auf die Emotionsentwicklung und auf die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit sind.

Erkenntnisse, die Stephen Porges in der Polyvagal-Theorie (Porges, 2010, 2017) zusammengefasst hat, verdeutlichen die Notwendigkeit, den Körper in die Traumatherapie zu integrieren. Diese Theorie beschreibt das Autonome Nervensystem nicht mehr als duales System von Parasympathikus und Sympathikus, sondern als drei hierarchisch organisierte Kreisläufe, die den Kontakt mit der Außenwelt regulieren und die physiologischen Zustände entsprechend modulieren. Diesen unbewussten Regulationsvorgang nennt Porges „Neurozeption".

Solange wir uns sicher fühlen, ist der phylogenetisch jüngste, ventral-vagale Zweig des Parasympathikus aktiv, der vor allem durch Blickkontakt, angenehmen Tonfall und freundliche Mimik aktiviert wird. Porges nennt diese Ebene SES (Social Engagement System).

Im nicht-bedrohlichen Kontext reguliert das Social Engagement System das sympathische Nervensystem und hilft, uns auf die Umgebung einzulassen, positive Bindungen und soziale Beziehungen zu entwickeln und zu erhalten.

Wenn Gefahr droht, dominiert das sympathische System, und wir reagieren mit zwei ganz instinktiv ablaufenden Verhaltensweisen: Wir versuchen zu fliehen bzw. suchen Schutz oder wir kämpfen.

Wenn das nicht gelingt, kommt es über die Aktivierung des ältesten Teils des ANS, dem dorsal-vagalen Zweig des Parasymphatikus, zum Zustand des „Freeze" bis hin zur völligen Schreckstarre. Der Organismus reagiert so aus Selbstschutz. In der Immobilisation kommt es zu einem Gefühl des Getrenntseins vom eigenen Körper. Wenn der Mensch nach der traumatischen Erfahrung in diesem Zustand bleibt, geht das Körpergefühl teilweise oder vollständig verloren.

Das traumatische Erleben wird anders als andere Erlebnisse in unverarbeiteter und ungeordneter Form gespeichert, das macht die Erinnerung besonders verwirrend. Die spezielle Arbeitsweise des Gehirns unter traumatischem Stress – wenn u.a. der Hippocampus seine ordnende Aufgabe des Einordnens und Abspeicherns nicht erfüllen kann – führt dazu, dass Körperempfindungen, Gefühle, Gedanken und Bilder bruchstückhaft gespeichert und nicht in eine kohärente Geschichte eingeordnet werden. Die einzelnen hoch geladenen Erfahrungselemente der traumatischen Situation werden dabei dissoziativ voneinander getrennt und unbewusst, unzusammenhängend und unverarbeitet im Gehirn und im Körper gespeichert. Sie können jederzeit unbewusst durch ähnliche Wahrnehmungen im aktuellen Erleben getriggert werden und zu Reaktionen führen, die für die Akutsituation vorgesehen und ursprünglich sinnvoll waren. Später ist es oft schwierig, die Trauma bedingten körperlichen Prozesse von Aktivierung einerseits (Sympathikus) und Erstarrung/Dissoziation andererseits (dorsaler Vagus) wieder zu erkennen und zu regulieren. Aus den mit der traumatischen Erfahrung verbundenen körperlichen Erregungsmustern können sich vielfältige Symptome entwickeln, die dem traumatischen Geschehen u.U. nicht mehr zugeordnet werden können. In diesen Symptomen (z.B. Ängste, Übererregbarkeit, Depression, Bindungsunfähigkeit, chronische Schmerzen, vielfältige körperliche Symptome, u.v.m.) wird sozusagen die Erinnerung an den erlebten Schrecken mit seiner immensen Erregung aufbewahrt, oft verbunden mit der Überzeugung nichts dagegen machen zu können. Der Körper wird dann vielleicht nur mehr als Objekt wahrgenommen oder gar zum Feind. Der Kontakt zum Körper kann als bedrohlich und beängstigend empfunden werden. Sich in der Therapie dem Körper wieder zuzuwenden, der die traumatischen Erinnerungen trägt, kann zu Beginn beunruhigend oder noch nicht möglich sein. Das braucht Psychoedukation, Zeit, Geduld, Herz, Kreativität, Achtsamkeit und auch u.U. den Einsatz anderer, nicht körperorientierter Methoden.

In der 1. Phase, der Stabilisierungsphase,

geht es darum, in einer Situation relativer Sicherheit, Stabilisierung auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene zu erforschen. Die Entwicklung der sicheren therapeutischen Beziehung als wesentliche Ressource ist hier besonders wichtig. Hilfreich ist auch die Vermittlung von Wissen, um das eigene bedrohliche innere Erleben verstehen zu können.

Die trotz oder auch wegen schlimmer Erlebnisse das Leben bereichernden und erleichternden Fähigkeiten, Stärken, Beziehungen, Lebensumstände werden als Ressourcen wertgeschätzt und anerkannt. Die Ressourcenaktivierung kann auch körperlich erfahren und verankert werden, wenn die Annäherung an den Körper schon möglich ist.

Die Verbesserung der Körperwahrnehmung durch Erforschung von allem, was sich schon im und mit dem Körper gut anfühlt und dem wiederholten und übenden Erspüren und Erleben von Körperressourcen wie Kraft, Erdung, Grenzen und Zentrierung kann eine wichtige Basis für die Entwicklung von mehr Stabilität und Sicherheit sein.

Durch die Erkundung der Ebene der Körperempfindung kann sich hier bereits die Fähigkeit entwickeln, die durch die Notfallreaktion des Körpers ausgelöste Über- oder Untererregung zu erkennen. So können wir beginnen, mit der Regulation dieser Erregungsmuster zu arbeiten.

Dem Nervensystem mag es so gelingen, sich wieder flexibler zwischen Übererregung und Untererregung und innerhalb einer Zone mittlerer Erregung, dem „Toleranzfenster", einzupendeln. Das subjektive Toleranzfenster vergrößert sich dadurch.

In dieser Phase werden auch Methoden zur Distanzierung von bedrohlichen inneren Prozessen und zur Entwicklung eines beobachtenden Bewusstseins genutzt, die den Körper beruhigen, aber weniger Angst und Körperabwehr auslösen, wie z. B. der „Sichere Ort", das „Innere Team", der „Innere Beobachter", der „Tresor", die „Bildschirmtechnik" und imaginativ „Verletztes in Sicherheit bringen".
(vgl. Reddemann, 2004; Hantke, L. & Görges, H.-J., 2012 u.a.).

In der 2. Phase, der Traumakonfrontation,

entwickelt der Patient durch die wiederentdeckten oder neu gefundenen Ressourcen, die verbesserte Körperwahrnehmung und die sichere therapeutische Beziehung, die Stabilität zur Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen oder den Symptomen, die darauf hindeuten.

Die besondere Ressource der von der Körperwahrnehmung ausgehenden Traumaverarbeitung (bottom up) im Unterschied zu eher kognitiv arbeitenden, Einsicht und Verstehen fördernden Traumatherapieansätzen (top down) besteht u.a. darin, die Empfindungsebene, den sogenannten „*Felt sense*" zu nutzen. Eugene Gendlin beschreibt den von ihm entwickelten (und u.a. von Peter Levine genutzten) Begriff wie folgt: „Ein „*Felt sense*" ist keine geistige, sondern eine physische Erfahrung, ein körperliches Wahrnehmen einer Situation, einer Person oder eines Ereignisses." (Gendlin, 1978, S. 41)

Indem ich die bewusste Wahrnehmung der Empfindungsebene einlade, ermögliche ich einen Zugang zum impliziten Gedächtnis, das ich mit kognitiver Herangehensweise nicht erreichen kann.

Empfindung ist die Sprache, die das Stammhirn versteht.

(Levine, 2010, S.110)

„Man kann kaum genug betonen, dass der „*Felt Sense*" des Körpers einen physiologischen Zugang zu prozeduralen Erinnerungen ermöglicht. Diese sind die entscheidenden impliziten Erinnerungen, die bei kognitiven Herangehensweisen schlichtweg nicht ins Spiel gebracht und bei kathartischen Ansätzen regelmäßig übergangen und niedergewalzt werden." (Levine, 2016, S.95)

Auf der Grundlage der Konzepte des *Somatic Experiencing* nach Peter Levine benutze ich hier das Pendeln als wesentliches Handwerkszeug.

Pendeln wird als natürliche, angeborene Fähigkeit zum Rhythmus zwischen Kontraktion und Expansion betrachtet, der uns hin- und herführt zwischen belastenden Empfindungen, Emotionen und Bildern und den im oder außerhalb des Körpers gefundenen Ressourcen. Im Pendeln zwischen den traumatischen Erfahrungen/Symptomen und den vorhandenen Ressourcen wird die immense im Körper zurückgebliebene, teilweise in Erstarrungsprozessen dissoziierte und fragmentierte „Überlebensenergie" kleinschrittig und bewusst, „titriert", entladen bzw. wieder assoziiert – z.B. als Reste von unvollendeten Kampf- und Fluchtbewegungsimpulsen oder als Zittern, Gähnen, Frieren, Darmperistaltik, emotionalem Ausdruck, plötzlichen Erinnerungen, Gedanken, Erkenntnissen und anderen. Die unvollendeten Kampf- und Fluchtimpulse gilt es vor allem zu entdecken und zu versuchen, sie zu vollenden, neue und effektive Abwehrbewegungen für sie zu finden. So kann vorsichtig ein bewusster Zugang zu dem Repertoire von Bewegungen wieder gefunden werden, mit denen frau/man sich schützen, kämpfen, fliehen und sich damit wieder als stark und selbstwirksam erleben kann.

Allmählich können so Wege gefunden werden aus der traumabedingten Unter- und Übererregung und der Starre der Immobilität.

Wenn der Zustand der Immobilität mit intensiver Angst einhergegangen ist, können Menschen aus Angst vor der Angst in eine traumatische Feedbackschleife geraten.

Angst und Immobilität müssen wieder entkoppelt werden, um das Trauma aufzulösen.

„Wir können die Angst, die Immobilität zugrunde liegt, grob betrachtet, in zwei Ängste unterteilen: die Angst, sich in die Immobilität hineinzubegeben, die gleichbedeutend ist mit der Angst vor Gelähmtheit, In-der-Falle-sitzen, Hilflosigkeit und Tod; und die Angst, aus der Immobilität herauszukommen und damit vor der intensiven Energie der auf Wut basierenden Empfindung des Gegenangriffs." (Levine, 2010, S.111)

Indem die überaus starken beängstigenden Gefühle und Erinnerungsinhalte ganz bewusst entkoppelt werden von den dazu gehörenden Empfindungen, erleben wir diese als weniger bedrohlich. „Wenn wir imstande sind Abstand zu gewinnen, zu beobachten und die Heftigkeit unserer Empfindungen und Emotionen zu mildern, bietet sich uns die Möglichkeit, auch die überlebenssichernden Reaktionen selbst zu wählen und zu modifizieren" (Levine, 2016, S. 177).

Hierfür helfen Fragen wie z.B.: Wie spürt sich das (bedrohliche Gefühl, die Erinnerung usw.) im Körper an? Welche Empfindung gehört zu Angst, Wut, Ekel usw.? Was verändert sich, wenn Sie dahin spüren? Was geschieht mit dem Gefühl, wenn Sie die dazugehörige Empfindung wahrnehmen? Was nehmen Sie weiter wahr? Was geschieht dann/noch? Wenn wir wissen, dass sich bedrohliche Gefühle und Empfindungen hin zu Bewegung, Fluss, Öffnung, Weite und Flexibilität ändern können, empfinden wir sie als weniger beängstigend. „Gerade dissoziative Klienten sind immer wieder fasziniert, wenn sie ohne zu bewerten spüren können, dass ihr Körper lebt, dass sich in ihrem Körper etwas bewegt, strömt, zittert, piekst, rast, friert, entlädt usw. und sie sich dadurch erleichtert, befreit und mitunter auch erschöpft fühlen. Die Möglichkeit, im Körper zu bleiben und den Körper zu spüren, anstatt gewohnheitsmäßig »auszusteigen«, wird damit geübt." (Willach-Holzapfel, A.& Dressler-Bellmund, M., 2017, S. 129)

Der Prozess kann ein ausschließlich körperlicher sein, kann aber auch bedeuten, dass sich die Fragmente wieder zu Bildern, Gedanken, Erkenntnissen und konkreten Erinnerungen zusammenfügen und dann als bewusste und verarbeitete Vergangenheit abgespeichert werden können.

Wenn der Organismus sich auf diese Weise beruhigt und gleichzeitig flexibler wird, können Hippocampus und Neocortex möglicherweise die traumatische Erfahrung verarbeiten und die fragmentierten, impliziten Erinnerungsstücke zusammensetzen. Die körperliche, emotionale, zeitliche, sprachliche und sinnhafte Verknüpfung ist dann vielleicht wieder möglich. „Es ist vorbei." Das Erlebte DARF, MUSS aber NICHT bewusst erinnert werden.

Das körperliche Erleben von Energie, Standvermögen, Aggression, lustvoller Kraft, Beweglichkeit, aber auch von Wohlgefühl, Entspannen, Atmen, Lachen, Spiel, Freude, Tanzen, angstfreiem Kontakt hilft dem betroffenen Menschen, dass sein Körper aus der traumabedingten Starre, der großen Angst, der ständigen Kampf- und Fluchtbereitschaft,

der Über- oder Untererregung wieder in größere Flexibilität findet und sich so ein Weg aus dem Traumazustand ebnen kann.

In der Phase der Traumakonfrontation mit Menschen mit frühen und komplexen Bindungs- und Beziehungsverletzungen ist auch die behutsame Arbeit mit den traumabedingten dissoziativen Prozessen und den dadurch entstandenen inneren Anteilen, vor allem Täterintrojekten und den verletzten kindlichen Anteilen wesentlich.

„Als hilfreich für das Verständnis für diese Prozesse hat sich das Konzept der strukturellen Dissoziation (van der Hart et al., 2008) erwiesen. Nach hochgradig belastenden Ereignissen dienen offenbar einer oder mehrere Teilbereiche der Persönlichkeit dazu, im Alltag weiter zu funktionieren (anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil – ANP). Um das tun zu können, muss der ANP die traumatischen Erinnerungen von sich fernhalten. Auf der anderen Seite entwickeln sich dann Teilbereiche der Persönlichkeit, die die schrecklichen Erinnerungen ganz oder in Fragmenten enthalten (emotionaler Persönlichkeitsanteil – EP). Bei anhaltender schwerer Traumatisierung bilden sich mehrere ANP und EP, die zum Teil nichts voneinander wissen. Abhängig vom Entstehungszeitraum werden diese Anteile zudem auch nur im Körpergedächtnis und nicht bewusst erinnert. In der stärksten Ausprägung entsteht so die sogenannte multiple Persönlichkeit (dissoziative Identitätsstörung – DIS). Ein Kind, das fortlaufend Gewalt, Missbrauch und Angst vor Vernichtung und Überwältigung erlebt, entwickelt also für sein Überleben und den Erhalt der lebensnotwendigen Bindung die Fähigkeit zu dissoziieren. Diese Fähigkeit wird in der Therapie wertgeschätzt und nicht als »Widerstand« oder »Abwehr« konfrontiert oder gar bekämpft.“ (Willach-Holzapfel, A.& Dressler-Bellmund, M., 2017, S. 129).

Die abgespaltenen inneren Anteile werden im therapeutischen Prozess achtsam eingeladen, sich wieder bewusst zu verkörpern und miteinander in Kontakt zu treten. Es geht darum, sie in ihrer Bedeutung für das innere Selbstsystem zu verstehen und wertzuschätzen. „Der erste Schritt auf dem Weg einer solchen Zusammenarbeit besteht darin, dem inneren System zu versichern, dass alle Anteile willkommen sind und dass sie alle – sogar die suizidalen oder destruktiven – entstanden sind, um das Selbstsystem als Ganzes zu schützen, auch wenn sie aktuell den Eindruck erwecken mögen, es zu bedrohen“ (van der Kolk, 2015, S. 335). Entsprechend ihres biografischen Alters mit den dazugehörigen Bedürfnissen und Reifeschritten, die sogenannten „inneren Kinder“, können auch diese dissoziierten Anteile wieder in ein Körper- und Selbstbewusstsein integriert werden. Hierfür ist die Erfahrung von Sicherheit in der therapeutischen Bindung eine wesentliche Ressource!

Der/die Psychotherapeut*in wird in einer Traumatherapie ganz besonders als sichere Bindungsperson gebraucht für die – verkörperte – Erkundung und Heilung der Bindungsverletzungen und -traumatisierungen der „inneren Kinder“.

Traumaverarbeitung in der Phase 3

bedeutet, das Erlebte wieder in dem gesamten Lebenszusammenhang betrachten zu können, zu betrauern, was geschehen ist und zu fühlen und zu wissen, dass es vorbei ist. Manche traumatischen Erfahrungen lassen sich aber in ihrem existenziellen Schrecken weder erinnern noch komplett verarbeiten, hier kann vielleicht nur eine tragfähige Stabilisierung erreicht werden.

In dieser Phase wird es vor allem um Betrauern, Neugestaltung, Sinnsuche gehen. „Wie will ich leben und arbeiten, wie kann ich fürsorglicher mit meinem Körper umgehen, was ist mir wirklich wichtig, wie kann ich trotz und mit diesen belastenden und traumatischen Erfahrungen weiterleben?“ Das sind Fragen, auf die jetzt Antworten gesucht und gefunden werden können.

Jetzt ist auch wieder „normale“ körper- und konfliktorientierte psychotherapeutische Arbeit möglich und sinnvoll, um destruktive Überzeugungen zu verändern, Gefühle wie Scham, Schuld, Wut,Verzweiflung und Trauer zu verarbeiten, den Körper zunehmend kennenzulernen und wertzuschätzen und schließlich die eigene Geschichte anzunehmen.

Die therapeutische Beziehung kann dabei ein geschützter Raum sein für Experimente mit Ausdruck, Nähe, Distanz, Grenzen, Konflikten, für das Erproben neuer Handlungsmöglichkeiten und für das Erfahren eines positiveren Körpergefühls. Der betroffene Mensch kann lernen, sich so wieder verstärkt der Gestaltung eines lebenswerten Alltags und der Verbesserung seiner Beziehungen zuzuwenden.
„Das Wissen, eine traumatische Erfahrung überlebt zu haben, kann zu einer tieferen

Wertschätzung des (verkörperten) Lebens und des Lebendigseins führen. Zu erfahren, dass Leid zum menschlichen Leben dazugehört und Vertrauen und Hoffnung dennoch bewahrt oder wiedergewonnen werden können, ist ein herausfordernder Entwicklungsschritt für jeden betroffenen Menschen.

Die Beschäftigung mit Sinnfragen und die Öffnung für spirituelle und religiöse Themen können hier eine neue Orientierung und ein Halt für das tief verunsicherte Lebensgefühl werden". (Willach-Holzapfel, A.& Dressler-Bellmund, M., 2017, S. 129)

Ich möchte enden mit einem Zitat von Bessel van der Kolk (van der Kolk, 2015, S.324): „Eine der klarsten Lektionen der heutigen Neurowissenschaften ist, dass unser Selbstempfinden in unserem Körper verwurzelt ist. Wir lernen uns erst dann wirklich kennen, wenn wir unsere Körperempfindungen spüren und deuten können; wir müssen sie wahrnehmen und auf sie eingehen, um sicher durch das Leben gehen zu können. ...

Traumatisierte müssen erkennen, dass sie ihre Empfindungen ertragen, sich mit ihrem inneren Erleben anfreunden und neue Handlungsmuster entwickeln können."

Literaturhinweise

Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2013). Traumabedingte Dissoziation bewältigen. Paderborn: Junfermann.

Emerson, D. & Hopper, E. (2011). Trauma-Yoga. Heilung durch sorgsame Körperarbeit. Lichtenau: Verlag G.P. Probst.

Gendlin, E.(1978). Focusing. Salzburg:Otto Müller Verlag
Hantke, L. & Görges, H.-J. (2012). Handbuch Traumakompetenz. Paderborn: Junfermann.

Heller, L & LaPierre, A. (2012). Entwicklungstrauma heilen. München: Kösel.

Huber, M. (2007). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Band 1. Paderborn: Junfermann.

Huber, M. (Hrsg.). (2011). Viele Sein. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.

Kahn, G. (2010). Das Innere-Kinder-Retten. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Levine, P.A. (1998). Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Essen: Synthesis.

Levine, P.A. (2007). Vom Trauma befreien. München: Kösel.

Levine, P.A. (2010). Sprache ohne Worte. München: Kösel.

Levine, P.A. (2016). Trauma und Gedächtnis.München: Kösel.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2010). Trauma und Körper. Paderborn: Junfermann.

Peichl, J. (2008). Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Stuttgart: Klett-Cotta.

Porges, S.W. (2010). Die Polyvagal-Theorie – Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Paderborn: Junfermann.

Porges, S.W. (2017). Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit. Lichtenau: Probst

Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2004). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT-Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Rothschild, B. (2002). Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.

Sack, M. (2010). Schonende Traumatherapie. Stuttgart: Schattauer.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, S. (2008). Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation: Die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.

Van der Kolk, B. (2015). Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Lichtenau: G.P. Probst Verlag.

Vogt, R. (2007). Psychotrauma, State, Setting. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Willach-Holzapfel, A. & Dressler-Bellmund, M. (2017). Der Körper – Feind und Ressource. Traumapsychotherapie nach sexueller Gewalt. In T.Harms & M. Thielen (Hrsg.), Körperpsychotherapie und Sexualität(S. 67–82). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Willach-Holzapfel, A. (2013a). Körper – Gruppe – Trauma. Versuch einer Integration. In M. Thielen (Hrsg.), Körper – Gruppe – Gesellschaft (S.67–82). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Willach-Holzapfel, A. (2013b). Der Körper als Ressource. körper – tanz – bewegung. Zeitschrift für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 03/2013, 127–134.

Willach-Holzapfel, A.& Dressler-Bellmund, M. (2009). Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Beispiele aus ambulanter und stationärer Praxis. In M.Thielen (Hrsg.), Körper – Gefühl – Denken (S.287–298). Gießen: Psych

Notizen

Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) mit traumatisierten, geflüchteten Menschen

– Marie-Louise Redel

Keywords
KBT
Trauma

Auf was müssen wir uns einstellen, wenn wir mit traumatisierten, geflüchteten Menschen arbeiten? Welche Verluste haben diese Menschen hinnehmen müssen?

Die Menschen, die zu uns geflüchtet sind, haben ihre Heimat verloren, damit ihre Wurzeln, ihre Kultur, den religiösen Kontext, ihre Sprache. Sie mussten ihren Besitz zurücklassen, Familie und Freunde. Sie haben ihren Beruf verloren, über den sie auch ihre Identität, Würde und Stolz hergeleitet haben. Im Ankunftsland müssen sie oft erst in Flüchtlingsunterkünften auf engstem Raum mit anderen Menschen leben. Sie haben keine Privatsphäre mehr, vermissen die Gemeinschaft und Verbundenheit aus der Heimat. In so einer Umgebung fällt es auch sehr schwer, Vertrauen aufzubauen, sich zu orientieren und eine Zukunftsperspektive zu entwickeln. Dieses neue Leben wird von einer großen Unsicherheit begleitet.

Die meisten der Geflüchteten leiden durch die Fluchterfahrung und die Situation im Ankunftsland unter Symptomen der sogenannten Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD).[1] Einige der PTSD Symptome sind:

Unsicherheit	Schmerzen
Angst/Panik	Zittern
Erschöpfung	Erstarren
Stress, Übererregung	Ohnmachtsgefühle
Schlafstörungen	Suchtverhalten
Konzentrationsstörungen	Einsamkeit
Selbstwertprobleme	Schuldgefühle
Misstrauen	Dissoziationen
Scham	Flashbacks
Psychosomatische Beschwerden	Affektstörungen

1 Da in dem während der 32. Jahrestagung gehaltenen Vortrag von Anna Willach-Holzapfel „Der Körper als Herausforderung und Ressource in der Traumatherapie" PTSD ausführlich beschrieben ist, habe ich in meinem Vortrag darauf verzichtet.

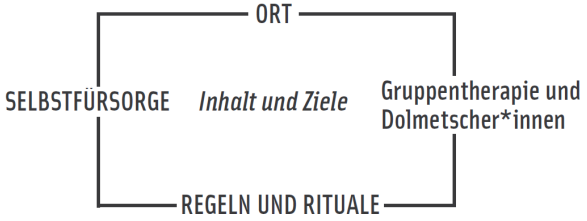
Außerdem müssen sie sich mit der Trauer um den Verlust der Heimat sowie der Sorge um die zurückgelassenen Angehörigen und Freunde auseinandersetzen. Sie hoffen auf eine Anerkennung ihrer Geschichte und ihres Leidens sowie auf soziale und medizinische Hilfe. An oberster Stelle steht ein gesicherter Aufenthalt, die Hoffnung auf eine Wohnung und damit verbunden Arbeit und eine Zukunftsperspektive.

*Was können wir als Körperpsychotherapeut*innen leisten/ anbieten? Mein Konzept*

Für diese Arbeit brauche ich einen klaren Rahmen, eine deutliche Struktur, damit ich mich sicher fühle und den Patient*innen Sicherheit vermitteln kann. Dazu gehören für mich: der Ort, an dem die Therapie stattfindet; meine Kenntnisse über die Zusammensetzung der Gruppe; die Sprachkenntnisse der Patient*innen; Regeln und Rituale, um Sicherheit zu schaffen; und die Selbstfürsorge meiner Person, da die Arbeit sehr belastend ist.

Wenn ich jetzt bei dem Bild von einem Rahmen mit seinen vier Leisten bleibe, dann sieht das so aus:

KBT mit traumatisierten, geflüchteten Menschen



Marie-Louise Redel, 2017

1. Leiste
ORT

Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin e.V. – Zentrum ÜBERLEBEN gGmbH
in Berlin Moabit

Seit 2001 arbeite ich als Honorarkraft mit geflüchteten Menschen im Behandlungszentrum für Folteropfer. Das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin e.V. (bzfo) wurde 1992 gegründet und feierte 2017 sein 25-jähriges Bestehen. Das Gründerteam wollte einen sicheren Ort für Menschen schaffen, die schwerstes Leid erfahren haben. Einen Ort, an dem verschiedene Berufsgruppen aus sozialen-medizinischen Bereichen multidisziplinär zusammenarbeiten. Neben dem Therapieangebot zunächst nur für Erwachsene und der Öffentlichkeitsarbeit gehörte zum Konzept des bzfo von Anfang an die Einrichtung einer Fachbibliothek zu den spezifischen Folgen von Folter, Verfolgung und Extremtraumatisierung.[2]

Über die Jahre erweiterte das bzfo sein Aufgabenspektrum mit

- Gutachtertätigkeiten
- einer Ambulanz für Kinder und Jugendliche
- einer Tagesklinik – seit 2003 in Kooperation mit der Charité Berlin Campus Mitte
- einem Wohnverbund für Frauen ab 18 Jahren
- Nachsorge Angeboten
- einem Interkulturellen Heilgarten
- Fortbildungsangeboten
- einer Forschungsabteilung

Die Konzentrative Bewegungstherapie ist seit 1992 durch Sylvia Karcher vertreten, die als Physiotherapeutin und Konzentrative Bewegungstherapeutin dort tätig ist, anfangs in der Erwachsenenambulanz, danach in der Tagesklinik.

2 https://www.ueberleben.org/bibliotheken/bibliothek/

2003 zog das bzfo in Räume auf dem Gelände des ehemaligen Krankenhauses Moabit, im Bezirk Berlin-Moabit.

2016 ist das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin e.V. in das Zentrum ÜBERLEBEN gGmbH übergegangen.

Seine Arbeit finanziert das Zentrum zu etwa 50% aus öffentlichen Mitteln u.a. der EU, des Auswärtigen Amts und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Berliner Senats.
Weitere nicht-öffentliche, sowie private Unterstützer*innen sind u.a. das Deutsche Rote Kreuz, Misereor, Aktion Mensch, die Hamburger Stiftung zur Förderung von Wissenschaft und Kultur, die Stiftung Deutsche Klassenlotterie, die Henry-Maske-Stiftung, die Dr. F. Samimi-Stiftung sowie zahlreiche private Spender*innen.

Im weiteren Verlauf meines Vortrages beziehe ich mich nur noch auf das Zentrum.

2. Leiste
Gruppentherapie und Dolmetscher*innen

In der Erwachsenenambulanz des Zentrums arbeite ich in therapeutischen Projekten, die über einen begrenzten Zeitraum in einer Gruppe mit festen Teilnehmer*innen stattfinden. Die Gruppen sind reine Frauen- oder Männergruppen. Die Sprachvermittlung erfolgt durch Dolmetscher*innen. Alle organisatorischen Aufgaben werden vom Zentrum geleistet. Eine Therapeutin aus dem Team der Erwachsenenambulanz leitet mit mir zusammen die Gruppe.

Die Dolmetscher*innen sind fester Bestandteil der Arbeit des Zentrums. Ihre Arbeit lernte ich kennen, als ich einen Tag in der Woche in der Ambulanz als Physio- und KBT Therapeutin arbeitete. Aufgabe der Dolmetscher*innen ist jedes Wort, das gesprochen wird, zu übersetzen.

Zu Beginn meiner Arbeit verunsicherte mich die Zusammenarbeit mit den Dolmetscher*innen und war mir sehr fremd. Wie soll Vertrauen in einer therapeutischen Beziehung entstehen, wenn da noch eine weitere Person präsent ist. Jemand, der alles hört, was wir, Patient*in und ich, besprechen?

Das war eine riesige Umstellung für mich. Aber ich erfuhr, dass Veränderungen nicht unbedingt zu Verschlechterungen einer Situation führen. Im Gegenteil – die therapeutische Beziehung wurde bereichert.

- Der Therapieprozess verlangsamt sich durch das Übersetzen und wird damit entschleunigt.
- Patient*innen können sich in ihrer Sprache ausdrücken. Das gibt ihnen die Sicherheit verstanden zu werden, gerade bei sehr belastenden Themen.
- Kulturelle Missverständnisse können durch die Dolmetscher*innen geklärt werden.
- Während der*die Patient*in erzählt, kann ich ihn*sie in Ruhe beobachten, auf seine*ihre Körpersprache achten und bekomme darüber schon eine Menge Informationen, die durch die Übersetzung dann vervollständigt werden oder auch im Widerspruch stehen zu dem, was ich erwartet habe.
- Durch Anwesenheit einer dritten Person fühlen sich einige Patient*innen sicherer, gerade am Anfang der Therapie.
- Anschließend an die Therapiestunde gibt es immer ein Nachgespräch mit den Dolmetscher*innen. Sie können ihre Eindrücke von der Stunde mitteilen. Wichtig dabei ist, dass sie auch Raum haben über die Themen zu sprechen, die für sie in der Stunde schwierig waren. Sie kommen oft aus denselben Herkunftsländern und haben selber ähnliche Erfahrungen gemacht.

Alle Dolmetscher*innen haben im Zentrum die Möglichkeit an einer speziellen Supervision für Dolmetscher*innen teilzunehmen, um die enorme Belastung ihrer Tätigkeit verarbeiten zu können.

In der Tagesklinik vertrete ich bei Bedarf meine Kollegin Sylvia Karcher. Die Gruppe in der Tagesklinik ist eine gemischte Gruppe, an der alle Patient*innen der Tagesklinik teilnehmen müssen. Die Patient*innen kommen aus unterschiedlichen Ländern und sprechen unterschiedliche Sprachen. In dieser Gruppe arbeiten wir ohne Dolmetscher*innen. Stellen Sie sich den Geräuschpegel innerhalb einer Gruppe vor, wenn z.B. fünf verschiedene Sprachen gleichzeitig übersetzt werden müssten. Die Übersetzungen würden viel Zeit einnehmen, was auf Kosten der Körperarbeit ginge.

3. Leiste
REGELN UND RITUALE

Was allen Beteiligten immer Sicherheit gibt sind Regeln und Rituale. Dafür gebe ich Ihnen ein Beispiel: Unsere Patient*innen bekommen ihre eigenen Socken. Wenn sie kommen, ziehen sie ihre Schuhe aus und ihre Socken an. Am Ende der Stunde ziehen sie ihre Socken wieder aus, die in einem mit ihrem Namen versehenen Beutel in der Tagesklinik bleiben.

Regeln müssen in den Gruppen besprochen werden.

1. Es gibt Schweigepflicht über das, was in der Gruppe besprochen wird.
2. Die Patient*innen sprechen in der Gruppe nicht über ihre traumatischen Erlebnisse, dafür gibt es Einzeltherapiestunden.
3. Jeder darf Stopp sagen wenn ihm*ihr etwas zu viel wird oder mit einem Handzeichen deutlich machen, dass es reicht. Dies übe ich immer wieder mit den Patient*innen und freue mich, wenn sie davon Gebrauch machen.
4. Es redet nur eine*r. Diese Regel ist besonders wichtig bei der Arbeit mit Dolmetscher*innen.
5. Jede*r redet nur in kurzen Sätzen, damit der*die Dolmetscher*in sich das Gesagte merken kann und alle anderen nicht den Faden verlieren.
6. Alle zeigen Respekt vor den anderen, keiner wird ausgelacht.
7. Danach frage ich die Patient*innen, ob ihnen noch andere Regeln wichtig sind, die sie einführen möchten.

4. Leiste
SELBSTFÜRSORGE
Für meine Sicherheit sind wichtig:

- Teambesprechungen
- in der Gruppe mit einer zweiten Person zu arbeiten
- Begleitung der Arbeit von Intervision und Supervision
- Selbstfürsorge
- Fortbildung

Wenn der Rahmen steht, kann ich mich mit dem Inhalt und den Zielen beschäftigen. Was möchte ich vermitteln?

- Sicherheit
- Mehr von sich spüren, als sich nur über Schmerzen wahrzunehmen
- Sich ganzheitlich erfahren
- Konzentration fördern
- Handlungskompetenz erweitern – lernen STOPP/Halt zu sagen
- Aktivität fördern
- Wieder Spaß haben dürfen, bei all der Schwere und Traurigkeit
- Durchatmen können – Arbeit mit dem Atem
- Gehört werden – Arbeit mit der Stimme
- Arbeit mit den Füßen und dabei den Boden spüren
- Eigene Ressourcen finden
- Die eigene Kraft spüren
- Das Gruppengefühl stärken – ich gehöre dazu
- Sich selbst besser zu verstehen. Die Zusammenhänge zwischen dem Trauma und den daraus folgenden Symptomen zu erklären, damit die Patient*innen sie für sich besser einordnen können.

Wie erreiche ich meine Ziele?

Ich erreiche diese Ziele hauptsächlich durch die Arbeit im ***Hier und Jetzt!***
Sich wahrnehmen, sich spüren sind die Grundlagen unserer Arbeit als Körperpsychotherapeut*innen.
Die Patient*innen sollen lernen zu spüren, was aktuell passiert. Wie fühlen sich jetzt meine Füße an, wie ist der Kontakt zum Boden?
Hat sich etwas verändert? Stehen die Füße jetzt anders auf dem Boden? Stehe ich jetzt anders, gehe ich jetzt anders?
Es ist phantastisch zu sehen, wie die Patient*innen von dieser Arbeit profitieren.

Nun komme ich zu der Arbeit in der Erwachsenenambulanz, zu dem Projekt „Psychosoziale Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen".

Bei diesem Gruppentherapieangebot handelte es sich um eine syrische Frauengruppe, die sich vierzehn Mal einmal wöchentlich für 1 ½ Stunden im Zentrum traf. Der Start war im September 2014. Insgesamt nahmen bis zu vierzehn Frauen teil, und es gab immer einen Kern von neun Frauen, die regelmäßig präsent waren.

Die Frauengruppe wurde von zwei Therapeutinnen geleitet, von Claudia Kruse, Sozialarbeiterin, Sozialpädagogin und Gestalttherapeutin, die im bzfo angestellt ist, und mir. Sehr wichtig für die Arbeit war die Dolmetscherin für Arabisch und Kurdisch, da die Frauen noch nicht Deutsch sprechen konnten. Außerdem wurde die Gruppe durch eine Psychologin in Psychotherapeutischer Ausbildung unterstützt.
Es handelte sich um junge und ältere Frauen, Akademikerinnen und einfache Arbeiterinnen, mit Kopftuch und ohne, mit Kindern und ohne, Frauen, die mit ihrer Familie geflüchtet waren, aber auch Frauen, die noch auf ihre Familie warteten, besonders auf schon erwachsene Kinder oder auch auf Eltern. Drei Mütter waren dabei, die ihre Babys mitbrachten, da sie noch gestillt wurden. Es war eine überaus lebendige Gruppe. Obwohl die Frauen so unterschiedlich waren, entstand eine große Verbundenheit. Und sie betonten immer wieder, wie gut ihnen diese gemeinsamen Stunden täten und wie sehr sie sich

die ganze Woche auf diesen Termin freuten. Sie brachten aktuelle Sorgen und Nöte in die Gruppe. Es gab eine große Offenheit und sie konnten sich gegenseitig unterstützen.

Im ersten Teil der Therapiestunde bearbeiteten wir Themen wie:

- Aktuelle Ängste und große Unsicherheiten in Bezug auf ihren Aufenthaltsstatus
- Informationen zum Dublinverfahren[3]
- Berichte über auftretende Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörungen.

Häufig berichteten die Frauen von starken Verspannungen, Schlafstörungen, Gefühlsschwankungen, Konzentrationsstörungen und dem Gefühl, keine Energie mehr zu haben. Themen waren auch die besonderen Anforderungen der Mütter, die sehr schwierigen Wohnverhältnisse, der Verlust der eigenen Arbeit und des sozialen Status. Aber auch die aktuelle Situation in Syrien war immer wieder Thema, die große Sorge um Familienmitglieder, Freund*innen und Nachbar*innen, die dort lebten. Der Umgang mit Medien wurde besprochen. Da war auf der einen Seite das Bedürfnis, sich über die Lage in Syrien zu informieren, auf der anderen Seite wurden sie durch die vielen fürchterlichen Bilder und Videos weiter stark belastet.

Den zweiten Teil der Therapiestunde übernahm ich und versuchte, die angesprochenen Themen über Körperangebote zu bearbeiten, das heißt: Körperwahrnehmung, Atemübungen und Konzentrationsübungen. Zum Beispiel berichteten die Frauen, wie schwer es ihnen gefallen war, ihre Heimat zu verlassen. Sie hatten das Gefühl, den Boden unter ihren Füßen zu verlieren. In einem syrischen Sprichwort heißt es „der Teppich wird einem unter den Füßen weggerissen". Damit verliert man im wahrsten Sinnes des Wortes die Bodenhaftung, steht und geht unsicher. Die Frauen wurden angehalten, ihre Füße im Hier und Jetzt mit Hilfe eines Igelballes abzurollen. Dadurch wurde die Aufmerksamkeit auf die Füße gelenkt, die somit besser gespürt werden konnten. Dies bedeutete, dass der Bodenkontakt spürbarer wurde und das Stehen und Gehen leichter fiel. Die Frauen lernten ihrer Atmung mehr Aufmerksamkeit zu schenken, um damit unter anderem ihren Anspannungen (oft verbunden mit Luft anhalten oder einer sehr flachen Atmung) etwas entgegenzusetzen. Ferner gab es Spiele, in denen die Konzentration gefordert wurde. Durch die Spiele entstand eine lockere, zum Teil fröhliche Stimmung, die ein Gegengewicht zu ihren schwierigen Lebenssituationen darstellte.

Meine Kollegin und ich brauchten eine Supervisionsstunde, um zu akzeptieren, dass diese Gruppe nach vierzehn Wochen beendet werden musste. Durch die Supervision schärfte sich unser Blick für das schon in dieser Gruppe erreichte, alle wesentlichen Themen waren bearbeitet und die Frauen hatten sich gut untereinander vernetzt. So konnten wir sie zufrieden verabschieden.
Warum hatten wir ein Problem, die Frauengruppe, wie verabredet, nach vierzehn Wochen zu beenden? Die Frauen erzählten uns Woche für Woche, wie sehr sie sich auf diese Therapiestunden freuten und wie sehr sie davon profitierten. Da hatten wir den Eindruck, dass wir ihnen ihre Montage, die der einzige Lichtblick der Woche für sie seien, nicht wegnehmen dürften. Sie genossen unter anderem die Kinder-freie-Zeit, es sei die einzige Zeit, in der die Väter die Verantwortung für die Kinder übernähmen, weil sie großen Respekt vor dem Ort des Zentrums hatten. Mit zunehmendem Vertrauen der Gruppe uns gegenüber wurden die Gespräche noch intensiver geführt.

Zur letzten Stunde sprachen die Frauen sich ab und brachten selbstgemachtes Essen mit. Im Anschluss an das Essen wurde getanzt. Es war eine unglaublich schöne, warme Abschiedsstunde.

Unser Resümee der therapeutischen Gruppenarbeit in der Erwachsenenambulanz

Wie wichtig den Frauen diese Gruppe war, spiegelte sich in ihrer regelmäßigen Teilnahme und ihrer großen Offenheit wider. Es wurden untereinander Kontakte geknüpft und wichtige Informationen weitergegeben. Die Frauen brachten zum Ausdruck, wie sehr sie sich im Zentrum willkommen fühlten. Sie nutzten die Therapie als Möglichkeit, ihre sehr unterschiedlichen Probleme zu besprechen. Sie lernten, sich Hilfe zu holen und damit ihre Selbstständigkeit deutlich zu verbessern. Ferner erlebten sie, dass sie nicht alleine mit ihren Problemen waren.

3 Im Dublin-Verfahren wird festgestellt, welcher europäische Staat für die Prüfung eines Asylantrags zuständig ist. Damit soll sichergestellt werden, dass jeder Asylantrag, der in der Europäischen Union, Norwegen, Island, der Schweiz und in Liechtenstein gestellt wird, inhaltlich geprüft wird, und zwar durch nur einen Staat. (www.bamf.de)

Sie erfuhren, welche Auswirkungen die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung haben können. Dadurch konnten sie ihre körperlichen und seelischen Beschwerden besser verstehen, zuordnen und diesen auch etwas entgegensetzen. In unterschiedlichen Angeboten wurden ihnen ihre Ressourcen deutlich.

Die Arbeit in der Tagesklinik

Jetzt möchte ich Ihnen noch von der Arbeit in der Tagesklinik berichten.
In der Tagesklinik gibt es neun Plätze für Frauen und Männer. Sie kommen aus verschiedenen Kriegs-und Krisengebieten, sprechen bis zu sechs verschiedene Sprachen.

Einmal in der Woche haben alle Patienten nach der Mittagsruhe einen festen Termin: zwei Stunden Gruppenkörperarbeit in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). Als Co-Therapeutin kommt entweder eine Krankenschwester oder eine Sozialarbeiterin aus der Tagesklinik mit. Diese Gruppe findet ohne Dolmetscher*innen statt.

In der Tagesklinik haben alle Patient*innen täglich zwei Stunden Deutschunterricht. Die Patient*innen werden angehalten, soviel wie möglich Deutsch zu sprechen. Außerdem unterstützen sich die Patient*innen gegenseitig, wenn jemand etwas nicht verstanden hat. Wir haben gelernt, die Angebote so zu gestalten, dass sie verstanden werden.

Wir beginnen mit der Begrüßung, nachdem alle ihre Socken anhaben. Dann folgt die Begrüßung: Jeder begrüßt jeden*jede in seiner*ihrer Sprache und alle wiederholen das. Jeder sagt seinen*ihren Namen laut und deutlich und aus welchem Land er*sie kommt. Das ist eine sehr gute Übung für den Alltag, denn die Patient*innen werden oft nach ihrem Namen und ihrem Herkunftsland gefragt. Häufig schließt sich die Frage an, wie es jedem*jeder geht. Daraus ergibt sich dann das weitere Vorgehen. Mal können wir im Stehen mit unseren Ritualen beginnen, mal holen sich die Patient*innen gleich Stühle, um zu zeigen, wie schlecht es ihnen geht, so dass sie unbedingt den Stuhl als Halt und Stütze benötigen.

Schaffen wir es, sie in Bewegung zu bringen und dabei auch Spaß haben zu dürfen, kommt richtig Leben in die müden, leidenden Gesichter. Es ist für mich immer wieder ein Hochgenuss zu sehen, wie sich über die Freude der ganze Mensch aufrichtet und darüber ganz anders ins Leben blickt. Für einen Moment mal alles Schwere zu vergessen und ganz im Hier und Jetzt zu sein – all das kann man hervorragend mit Spielen erreichen. Außerdem übt man bei den meisten Spielen die Dinge, die den Patient*innen verloren gegangen sind: sich zu zeigen, kreativ zu sein, sich zu konzentrieren, die anderen anzusehen, auszuhalten im Mittelpunkt zu stehen, Koordination, ein Zugehörigkeitsgefühl, sich in die Gruppe einzubringen, aus der Isolation zu kommen.

Am Ende der Stunde kommt das Abschlussritual, das meine Kollegin, Sylvia Karcher, für diese Gruppe entwickelt hat.

Alle stehen im Kreis. Jeder*jede achtet darauf, dass er*sie gut mit Kontakt zum Boden steht und seine*ihre Atmung spürt. Dann bücken wir uns zur gleichen Zeit und heben mit beiden Händen die imaginierte Energie vor uns auf. Diese Bewegung wird mit einem aufsteigenden Ton verbunden. Anschließend gehen wir in Schrittstellung und befördern die aufgenommene Energie in die Mitte des Kreises. Dabei nehmen wir unsere Arme mit einer kräftigen Bewegung nach vorne und stoßen dabei einen lauten Ton aus. Dann legen alle ihre Handflächen aneinander und zeigen sich ihre Kraft. Am Schluss steht jede Person wieder für sich und wir wünschen uns eine gute Woche.
Diese Übung ist bei den Patient*innen sehr beliebt. Ich schätze sie auch, zeigt sie doch den Wechsel vom ICH zum WIR und wieder zurück.

Anfangs war ich sehr skeptisch, ob das für die Patient*innen, die oft geräuschempfindlich sind, so gut sei. Nun habe ich diese Übung schon oft mit ihnen durchgeführt und ich muss sagen, es ist ein toller Abschluss. Häufig wird diese Übung von den Patient*innen eingefordert. Dann heißt es, wir wollen die Energie-Übung.

*Besonderheiten für mich in der Gruppenarbeit mit traumatisierten, geflüchteten Patient*innen*

Ich arbeite nur mit offenen Augen, da es äußert wichtig ist, dass die Patient*innen zu jeder Zeit sehen können, was in der Gruppe vor sich geht. Hier geht es darum, dem Bedürfnis nach Kontrolle nachzukommen. Daher arbeite ich mit den Patient*innen im Stehen, Sitzen auf Stühlen und auf dem Boden. Ich mache keine Angebote im Liegen, da es zu sehr zur Regression anregt, zur Hilflosigkeit und dazu sich ausgeliefert zu fühlen. Ich verwende keine Stäbe, Seile und Steine wie sonst in der KBT üblich, da diese Gegenstände zum Teil gegen die Patient*innen verwendet und ihnen damit große Schmerzen zugefügt wurden. Deshalb ist die Gefahr, dass dies zu Flashbacks führen kann, relativ groß.

Ich gebe mehr vor als in anderen Therapiestunden, übernehme mehr Verantwortung, da die Patient*innen erst wieder lernen müssen in Eigenverantwortung zu gehen. Dazu gehört mit ihnen ein „Stopp" zu üben, um ihnen zu zeigen, dass ihr Wort, ihre Entscheidung wieder Gewicht hat, dass ihre Stimme gehört wird.

Ganz besonders versuche ich das Zugehörigkeitsgefühl zu stärken, da es das ist, was sie unter anderem verloren haben. Ich versuche, viel Raum für Spaß und Lachen zu geben, weil es so wichtig ist, der Schwere etwas entgegen zu setzen. Lachen lässt das Zwerchfell vibrieren und fördert damit eine vertiefte Atmung – ein großartiger Nebeneffekt – und fördert auch die Selbstheilungskräfte.

Ich möchte meinen Vortrag beenden mit einem Zitat von dem vietnamesischen buddhistischen Mönch und Autor Thích Nhất Hạnh:

In der Gegenwart zu verweilen und zu handeln,
ist der einzige Weg,
Verletzungen aus der Vergangenheit zu heilen.

Literaturhinweise

Abdallah-Steinkopff, Barbara (2017): Zusammenarbeit mit Dolmetschern, Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse, in: Liedl, Alex, Böttche, Maria, Abdallah-Steinkopff, Barbara, Knaevelsrud, Christine (Hrsg.), Schattauer Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart, Seite 90-107

Alberti, Bettina (2010): Seelische Trümmer, Kösel Verlag

Bauer, Joachim (2006): Warum ich fühle was Du fühlst, Hoffmann und Campe Verlag

Berceli, David (2010): Körperübungen für die Traumaheilung, Norddeutsches Institut für Bioenergetische Analyse e.V.

Betker, Waltraut (2017): Spielen in der Konzentrativen Bewegungstherapie, Abschlussarbeit im DAKBT zur Lehrbeauftragten für Konzentrative Bewegungstherapie

Birk, Angelika, Pross, Christian, Lansen Johan (Hrsg.) (2002): Das Unsagbare, Springer Verlag

Gindler, Elsa (2003): Von ihrem Leben und Wirken wahrnehmen, was wir empfinden, bearbeitet im Auftrag der Heinrich-Jacoby/Elsa-Gindler Stiftung von Marianne Haag

Geuter, Ulfried (2015): Körperpsychotherapie, Springer Verlag

Haenel, Ferdinand (2016): Zum Einsatz von Dolmetschern in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten, in: ASU, Zeitschrift für medizinische Prävention, 51 (12), Seite 836-838

Haenel, Ferdinand (2001): Ausgewählte Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern, in: Verwey, Martine (Hrsg.), Trauma und Ressourcen, Trauma and Empowerment, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, Seite 307-315

Hüther, Gerald, Quarch, Christoph (2016): Rettet das Spiel, Carl Hanser Verlag

Karcher, Sylvia (2014): Konzentrative Bewegungstherapie als Gruppentherapie mit traumatisierten Flüchtlingen – Wie geht das?
Zeitschrift für Konzentrative Bewegungstherapie, Themenschwerpunkt: Trauma

Köllmann, Anke (2011): Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting, Eindrücke aus der Praxis, Meidenbauer Verlag, München

Levine, Peter A. (1998): Trauma – Heilung, Synthesis Verlag

Liedl, Alex, Schäfer, Ute, Knaevelsrud, Christine (2010): Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen, Schattauer Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart

Marks, Stephan (2007): Scham – Die tabuisierte Emotion, Patmos Verlag

Mosetter, Kurt/Mosetter, Reiner (2007): Kraft in der Dehnung, Praxisbuch bei Stress, Dauerbelastung und Trauma, Patmos Verlag

Poges, Stephen W. (2010): Die Polyvagal-Theorie, Junfermann Verlag, Paderborn

Pross, Christian (2009): Verletzte Helfer, Klett-Cotta Verlag

Schmitz, Ulrike (2004): Konzentrative Bewegungstherapie zur Traumabewältigung, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag

Thielen, Manfred (Hg.) (2013): Körper – Gruppe – Gesellschaft, Psychosozial-Verlag

van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Hrsg.) (2000), Traumatic Stress, Junfermann Verlag, Paderborn

Yalom, Irvin D. (2005): Im Hier und Jetzt, Richtlinien der Gruppenpsychotherapie, btb Verlag in der Verlagsgruppe Random House

Notizen

Nicht (nur) der Fremde ist fremd, sondern (auch) ich bin fremd – Ulrich Sollmann

Keywords

Interkulturalität

Der alte Mann saß nach vorne gebeugt, ruhig bis regungslos vor seiner Reisschüssel. Kraftlos führte er langsam die Stäbchen zum Mund. Dabei schien seine Aufmerksamkeit in einer eigenen inneren Welt zu verharren. Sein Haar schimmerte silbergrau. Sein Rücken, sichtlich gekrümmt, könnte gewiss unzählige Geschichten über die Belastungen des Lebens erzählen. Es schien, als könnte dieser alte Mann Menschen um sich herum nicht mehr gut wahrnehmen. Ihn so vor seiner Reisschüssel sitzend, kraftlos vornübergebeugt zu erleben, ließ in mir den Wunsch aufkommen, diese stille Szene im Gewirr der Menschen um ihn herum fotografisch festzuhalten.

Natürlich wollte ich den Mann nicht bei seiner Mahlzeit stören. Da ich etwa 30 Meter entfernt stand, außerhalb seines direkten Blickfelds, deutlich seitlich hinter ihm, wähnte ich mich sicher, dass er mich nicht sehen könnte. Ich baute dabei auf meine Erfahrung in ähnlichen Situationen. Doch urplötzlich, kaum hatte ich das erste Bild geschossen, durchfuhr den energielosen Körper ein Blitz von ursprünglicher Vitalität. Der alte Mann richtete sich unvermittelt auf, brüllte mich mit voller Kraft, lauter Stimme und einer mich erschreckenden Intensität an. Seine Augen waren weit aufgerissen, das Gesicht verzerrt, wie zu einer grausam dreinblickenden Maske. Wie durch ein Wunder zum Leben erweckt, durchfuhr diesen alten Körper eine Energie, eine Kraft, die ich zuvor in keinster Weise für möglich gehalten hätte. Der Schrei dieses Mannes hatte mich völlig schutzlos erwischt und gepackt. So muss es, dachte ich, jemandem ergehen, der wie von einem Blitz getroffen körperlich erstarrt ist und sich, mit all seinen Sinnen wie hypnotisiert, tot und lebendig zugleich wähnt. So etwas hatte ich noch nie in meinem Leben erlebt. Noch nie ist mir eine derartige Erschütterung im Körper in Erinnerung, eine Erschütterung, einer Naturgewalt gleich, die mich vollends im Griff hatte.

Natürlich habe ich nicht verstanden, was er brüllte. Und doch merkte ich unmissverständlich das Nachbeben im Inneren meines eigenen Körpers, sodass ich mich umgehend innerlich wie hypnotisiert abwandte. Ohne meine chinesische Kollegin zu fragen, was der Mann denn gemeint hätte, verließ ich wie durch einen verzögerten Sprung angetrieben schnellen Schrittes, noch immer im eigenen Erschrecken gebannt, den Platz. Ich weiß bis heute nicht, was der Mann gesagt hat. Ich weiß aber um die Bedeutung dieser Erfahrung: um die Bedeutung der Körper-zu-Körper-Kommunikation zwischen dem alten, grauhaarigen, kraftlos wirkenden Chinesen und mir, um die Bedeutung der existenziellen Überraschung, der tiefen Desorientierung und vollständigen Ohnmacht, mich nämlich nicht mehr auf die mir vertraute kognitive, emotionale und sinnliche Wahrnehmung verlassen zu können – eine Wahrnehmung, die mir (im westlichen Kulturkreis) Sicherheit und Orientierung gab und gibt. Nun aber, in solch einem Moment, war sie total unbrauchbar, drohte sogar zu zerreißen.

Warum erzähle ich Ihnen das? Was für eine Bedeutung messe ich dieser Erfahrung bei? Und was bewegt mich, Ihnen von meinen Erfahrungen in China zu erzählen? Das Erlebnis mit dem alten Chinesen könnte für manch einen eines der touristischen Abenteuer sein, von denen man nach dem Aufenthalt in einem exotischen Land gerne zu Hause bei einem Glas Wein berichtet. Für mich ist die geschilderte Begegnung mit all ihren sinnlichen und emotionalen Aspekten nicht nur eine Schlüsselszene, die mich damals innerlich vollends ergriffen hatte, sondern auch eine Schlüsselszene, die mich gleich bei meinem ersten Aufenthalt in China »angefixt« hat. Inzwischen hat sich das Nachbeben der damaligen Erschütterung in wache Neugier, lustvolle Inspiration, abenteuerliche Teilhabe und Wachheit gewandelt, in eine Entdeckerfreude, die ich nur zu gut aus meinem Leben kenne. Das Erlebnis hat mir augenblicklich den Schleier kultureller Enge von den Augen gerissen, den ich bereits abgelegt zu haben wähnte, bin ich doch schon immer jemand gewesen, der gerne und voller Neugier andere Länder bereist. Ich hatte mich dort immer unter die Leute gemischt, um unspektakulär an dem kulturellen Miteinander teilzuhaben, um mich auch den exotischen, unbekannten und verlockenden Gerüchen hinzugeben, um in das Meer überraschender Sinneseindrücke einzutauchen – ganz in dem Bemühen, mich nicht damit zu begnügen, nur meine kulturellen Schwimmkünste unter Beweis zu stellen, sondern mit der Absicht, in die tieferen Geheimnisse der Menschen in ihrem Alltag einzutauchen.

Vielleicht ist es ja auch die Lust meines Vaters, die in mir bereits seit früher Jugend zu wachsen begann, als ich nämlich mit ihm, natürlich auch mit Mutter und Bruder, in einem alten VW Käfer und einem Klappwohnwagen ganz Europa, Nordafrika und die Türkei bereiste. Ende der 1950er- und Anfang der 1960er-Jahre war dies tatsächlich ein exotisches Abenteuer, begnügte man sich damals doch damit, seinen Urlaub im Sauerland, in Bayern, eventuell noch in Norditalien zu verbringen. Vielleicht war diese Reiselust meines Vaters (auch) durch seine schreckliche Erfahrung im Zweiten Weltkrieg

genährt worden, suchte er doch, wie er es damals ausdrückte, ein Gefühl der Freiheit, ein Gefühl für sich selbst und eine Bestätigung des Menschseins im gemeinsamen Miteinander, über die kulturellen Grenzen hinweg zu erleben, ohne Krieg, ohne verlorene Jugend, ohne die Zwangsjacke der Notwendigkeit, wie im Krieg überleben zu müssen.

Das Erlebnis mit dem alten Mann hat mir auf überraschende und ungeschminkte Art und Weise die Tür zur chinesischen Kultur, zu den chinesischen Menschen, zu China geöffnet. Es hat aber auch eine wichtige Tür zu mir selbst geöffnet, indem mir plastisch, sinnlich und ungeschminkt klar wurde, *dass nicht nur der Fremde fremd ist, sondern in jedem Kulturkreis auch ich fremd bin.*
Ich möchte Ihnen an einem Beispiel aufzeigen, wie es wirkt, wenn sich das Fremde und das Vertraute, das Andere und das Eigene begegnen.

Plötzlich in Not in der Fremde

So, wie auch schon in den Vorjahren, meldete sich ein chinesischer Unternehmer, ich nenne ihn Li Ming, zusammen mit seiner Familie zur regelmäßigen ärztlichen Untersuchung in einem der größten Berliner Krankenhäuser an. Herr Li besaß kein Vertrauen in die chinesische Medizin, daher die regelmäßigen ärztlichen Konsultationen in Deutschland. Zum großen Schrecken der Familie, stellte sich heraus, dass der 84-jährige Großvater an einem außergewöhnlich großen Lungenkarzinom litt. Das behandelnde Ärzteteam riet aufgrund der Größe des Tumors, sowie der hierdurch bedingten, sehr stark eingeschränkten Lungenfunktion, aber auch vor dem Hintergrund des hohen Alters des Großvaters von einer Operation ab. Im Übrigen wurde von ärztlicher Seite eine Überlebenschance von ca. 8% attestiert.

Diese unerwartet eingetretene Notsituation stellte die Familie sicherlich vor große Probleme, verbunden mit der besonderen Herausforderung sich damit in einer völlig fremden Umgebung zurechtfinden zu müssen. Emotional könnte sich besagte Familie in einem Zustand psychosozialen Überlebens befunden haben. Dies wiederum reaktivierte eine spezifische, in diesem Fall eine Kultur spezifische „Psychodynamik" in der Familie. Vermutlich, und das bestätigte sich im weiteren Verlauf des Geschehens, verlor Familie Li gänzlich und völlig unvorbereitet ihre kulturelle Verhaltenssicherheit, auf die sie sich bei den vorausgegangenen Gesundheitschecks verlassen hatte. Die Familie hatte keinen kulturellen Notfallplan, wie man sich nun in der völlig fremden Umgebung zu bewegen hätte, um überleben zu können. (Im Weiteren spreche ich nur noch von Herrn Li, da er sich um seinen schwerstkranken Vater kümmerte.)

Wiedererlangen kultureller Selbst-Sicherheit

Herr Li beurteilte die Gründe für das Unterbleiben der Operation anders (oder wollte der ärztlichen Indikation nicht folgen). Er bemühte sich, ein anderes Ärzteteam in einem anderen Krankenhaus für eine Operation zu gewinnen. Mit Erfolg, wie sich herausstellte. Zum Erstaunen aller, natürlich zur Freude der Familie verlief die Operation erfolgreich. Der Gesundheitszustand des Großvaters besserte sich ebenso überraschend schnell. Nach einigen Tagen konnte der Großvater bereits im Bett sitzen und einige Flüssigkeit zu sich nehmen. Aufgrund der besonderen gesundheitlichen Gefährdungssituation durfte der Großvater aber nur eine ganz bestimmte, kleine Menge Flüssigkeit zu sich nehmen, um gesundheitsgefährdende Nebeneffekte so gering wie möglich zu halten. Aufgrund der speziellen Verfassung des Großvaters hätte ein Mehr an Flüssigkeit sowie leichte Nahrung bereits innerhalb von Stunden zu einer lebensbedrohlichen Krise führen können.

Die tatsächliche Verbesserung der Gesundheit des Großvaters ging einher mit dem Wegfall, zumindest aus Sicht des hoch erfreuten Sohnes, der zuvor bestehenden Angst, der Großvater könnte bald sterben. Verständlicherweise paarten sich die Erleichterung über die gesundheitliche Verfassung des Großvaters und die eigene emotionale Entlastung. Dies geschah in einer Weise, dass Herr Li sein eigenes Verhalten nicht mehr so stark kontrollierte, stattdessen voller Freude und Glücksgefühl, aus deutscher Sicht könnte dies wie enthemmt gewirkt haben, auf seine Umwelt reagierte. Zuvor war er wohl in der Lage, sein Verhalten recht gut auf die besonderen Gepflogenheiten in der ihm fremden Kultur, nämlich Deutschland, abzustimmen. Man könnte also nunmehr sagen, dass der emotionale Überlebensmodus sowie der überraschende Glücksmodus Herrn Li sich wieder so verhalten ließ, wie er es in seiner Heimat, in seiner eigenen Kultur, nämlich in China, gewohnt war.

„Wer ist denn nun fremd" - Ein Dilemma

Herr Li, der Rest seiner Familie war inzwischen nach China zurückgekehrt, genoss zusehends die Verbesserung des Gesundheitszustands seines Vaters. Hocherfreut fragte er das Pflegepersonal, warum man dem Großvater nicht mehr zu trinken oder gar zu essen gab. Trotz der erklärenden Worte des Behandlungspersonals drängte Herr Li, inzwischen sichtlich erregt und ärgerlich, das Behandlungspersonal, die Entscheidung zu korrigieren. Ohne Erfolg. Waren doch die Ärzte von ihrer Diagnose und Indikation verständlicherweise überzeugt und handelten verantwortlich, wie es die westliche State of the Art und Ethik vorgaben. Herr Li begründete sein oftmals lautstark vorgetragenes Bemühen mit dem Hinweis, sein Vater hätte immer viel getrunken und im Übrigen, er hätte geraucht und bis zur Operation keine großen Probleme gehabt.

Herr Li begann schließlich einige Stunden später, zum großen Erschrecken des Behandlungspersonals, seinem Vater mehr zu trinken bzw. ihm sogar gekochten Reis zu essen zu geben.

In China ist es vielfach kulturell üblich, dass sich die Familie im Krankheitsfall um die kranken Familienmitglieder kümmert. Warum sollte er, so könnte Herr Li gedacht haben, in der Fremde etwas Kultur-Fremdes tun, sich also nicht auch um seinen Vater kümmern. Darüber hinaus gibt es in China ein, man könnte fast schon sagen, historisch-kulturelles Misstrauen Ärzten gegenüber. Einem solchen Widerspruch seitens Patient und dessen Familie begegnen zu müssen, ist einem deutschen Behandlungspersonal gewiss sehr fremd. Der ärgerliche Versuch, verbunden mit massivem Druck, von Herrn Li den Behandlern gegenüber, sie zu einer Änderung ihres Verhaltens zu drängen, verstärkte sicherlich die Ressentiments des Behandlungsteams. Herr Li, der bereits durch seine kulturelle (chinesische) Herkunft als Fremder sichtbar war, bestärkte bei den Behandlern somit den Eindruck von Fremdheit. Man könnte sagen, Herr Li war sichtbar fremd und irritierte zusätzlich durch sein in dieser Situation als extrem fremd wahrgenommenes, da kulturell unpassendes, Verhalten. Dies verstärkte wegen der Aggressivität die Intensität der Fremdheitsgefühle auf Seiten des Behandlungsteams und provozierte, indem Herr Li Druck auszuüben versuchte, den Widerstand sowie die Gegenreaktion seines jeweiligen Gegenübers in der Klinik.

Im Sinne des Misstrauens vieler Chinesen Ärzten gegenüber handelte Herr Li gewiss logisch adäquat, musste er sich doch für seinen Vater besonders stark einsetzen, um einem möglichen Problem durch das von ihm kulturell befürchtete Verhalten der Ärzte früh genug vorzubeugen. Die zunehmende Zurückhaltung bis hin zum Widerstand des deutschen Behandlungspersonals musste Herr Li demnach als Bestätigung seines Misstrauens erleben.

Als Außenstehender könnte man sich nun fragen, wer ist denn nun fremd? Oder wann und unter welchen Bedingungen wird ein „normales" zu einem „fremden" Verhalten? Und wie kann ein solcher Unterschied überhaupt (auch als bedeutungsvoll, als relevant) wahrgenommen werden? Schließlich, wie verhält man sich, wenn ein solches Verhalten emotional so stark aufgeladen ist, wie es in diesem Fall sicherlich anzunehmen ist? Wie kann dann überhaupt noch eine Verhaltenskontrolle funktionieren, so dass man nach den kulturellen Verhaltensregeln, die einem im „Normalzustand" verfügbar sind, auch tatsächlich leben kann? Diese Regeln hatte man sich angeeignet. Sie hatten sich durch Erfahrung als brauchbar und hilfreich erwiesen. Nun, unter der besonderen Zuspitzung der Situation, funktionierten sie aber nicht mehr.

Eine Intensivstation ist (auch) eine Hölle

Wie erwartet, verschlechterte sich der Gesundheitszustand des alten Mannes im Stundentakt, so dass der Großvater auf die Intensivstation verlegt wurde. Dort lag er zusammen mit einem anderen Patienten, so wie es auf Intensivstationen in Deutschland vielfach üblich ist. Großvater Li hatte inzwischen sein Bewusstsein verloren, was seinen Sohn sichtlich beunruhigte. Er wich nicht von seiner Seite, beklagte sich gleichzeitig beim Behandlungspersonal über die Zweibettbelegung. Man solle den anderen Patienten doch verlegen, denn die Stimmen des Behandlungspersonals am Nachbarbett – es handelte sich dabei natürlich um Deutsch sprechende Stimmen – könnten den Großvater unbewusst zutiefst ängstigen. Der Großvater würde im Halbbewusstsein, zumal er selbst kein Deutsch konnte, sich wie in der Hölle fühlen, dies würde gewiss seinen Gesundheitszustand verschlechtern. Die fremden Stimmen und die offensichtlich kulturell bedingte, befürchtete Vorstellung in der Hölle zu sein, würde, so Herr Li, eine tiefe Angst im Großvater schüren, die sich natürlich verschlechternd auf den Gesundheitszustand auswirken würde.

Die Situation zeigt erneut Züge von „Überleben". Einerseits geht es ums faktische Überleben des Großvaters. Andererseits um das kulturelle „Überleben" von Herrn Li, sich nämlich mit aller Kraft gegen die „bösen Ärzte" durchzusetzen, damit es seinem Vater wieder besser gehen kann. Es geht aber auch um das „Überleben" der deutschen Behandler. Dies bezieht sich sowohl auf die medizinische Notwendigkeit, hier und jetzt umgehend im Sinne von deutscher Notfallmedizin überhaupt handeln zu können (es medizinisch „richtig" zu machen). Es bezieht sich auch auf die emotionale Notwendigkeit, sich von Herrn Li und seinen Angriffen abgrenzen zu können. Braucht man als Behandlungspersonal doch genügend (auch emotionale) Freiheit, um verantwortungsvoll arbeiten zu können. Dies schließt das hinreichende Vertrauen auf Seiten des Patienten in einen guten Ausgang der Behandlung mit ein.

Wie aber können deutsche Behandler den chinesischen Patienten und dessen Angehörige vor den möglichen Qualen einer (aus unserer Sicht imaginierten) Hölle bewahren? Wie viel Raum, so könnte man aus deutscher Sicht auch fragen, gibt es für ein Gespräch über möglicherweise empfundene Höllenqualen auf einer deutschen Intensivstation, die faktisch ja keine Hölle ist? Oder noch klarer ausgedrückt: was passiert, wenn zwei dermaßen unterschiedliche kulturelle Lebensvorstellungen aufeinanderprallen? Was heißt dies für den konkreten Umgang zwischen zwei sehr fremden Kulturen? Und wie wird man hierauf kulturpädagogisch oder didaktisch vorbereitet? Bringt es doch schon im eigenen Kulturkreis genügend Verunsicherung und Konflikthaftigkeit mit sich, wenn zwei unterschiedliche Lebensvorstellungen oder Paradigmen aufeinanderstoßen.

Beide Seiten springen über ihre Schatten

Das Behandlungspersonal wies auf die besonderen Bedingungen, Richtlinien, Arbeitsprozesse sowie medizinischen Gepflogenheiten hin, um sich der inzwischen wieder sehr erregten und ärgerlichen Vorgehensweise zu erwehren. Ohne Erfolg. Denn Herr Li ließ nicht locker. Schließlich, aus welchem Grund auch immer, wurde das zweite Bett frei geräumt und Herr Li stellte einen großen TV-Bildschirm auf das Bett, so dass der Vater 24 Stunden am Tag mit chinesischen Soaps und Nachrichtensendungen „beschallt" wurde. Herr Li glaubte, dass sein Vater sich hierdurch zuhause, vertraut und wohl fühlen würde, eben nicht in der Hölle des Herrn Li.

Wie durch ein Wunder kam es im Verhandlungsprozess zwischen den (deutschen) Vertretern von technischer, molekularbiologisch begründeter Medizin und dem (chinesischem) Vertreter einer eher mystisch anmutenden Behandlungsvorstellung doch noch zu einer Einigung. Vermutlich handelte es sich dabei nicht um eine Einigung über Differentialdiagnose und mehrperspektivische Indikation unter Fachleuten, sondern um einen für Außenstehende eher emotional, magisch begründeten Austausch von Ansichten und diesbezüglicher kultureller Passung. Man könnte vermuten, dass Herr Li über den Schatten seines eigenen Misstrauens Ärzten gegenüber sprang, und das Behandlungspersonal sich dem „Wohl beider Patienten", dem Großvater und Herrn Li gegenüber, verpflichtet fühlte.

Herr Li konnte, so vermute ich, sich gegen die „bösen" Ärzte durchsetzen, erlaubte ihnen aber auch die weitere Behandlung des Großvaters. Und die Behandler verzichteten auf ihre Überzeugung, Medizin (nur) nach westlicher State of the Art zu machen. Sie verzichteten offensichtlich darauf, sich weiterhin gegen die Zuschreibung zur Wehr zu setzen, die Intensivstation, würde man nicht auf die Veränderungsvorschläge des Herrn Li eingehen, würde sich zu einer Hölle wandeln, die dem Großvater nur schaden würde.

Begegnung mit dem „Fremden im Eigenen"

Das Behandlungspersonal war äußerst erstaunt und sichtlich erschrocken über die Art, wie der Sohn mit dem Vater umging. Dieser zuppelte nämlich ständig an seinem Vater herum, wunderte sich über dies und jenes und fragte beim Behandlungspersonal ständig nach, um plausible Erklärungen zu bekommen. Er blieb fast rund um die Uhr am Bett des Großvaters, so dass sich dieser Umstand auch störend auf den Ablauf der Arbeit auf der Intensivstation auswirkte. Aus völlig unerklärlichen Gründen machte sich Herr Li auch an den Geräten bzw. den Versorgungsschläuchen zu schaffen. Es mag gewiss seltsam und fast grotesk anmuten, wie Herr Li an seinem Vater rumzuppelte und die Kommunikation zwischen Behandlungspersonal und Herrn Li verlief. Die Situation nahm immer groteskere Züge an. Da Herr Li sich nur bedingt verbal austauschen konnte, war er gerade auf die nonverbale Kommunikation und die, wie es hieß, Körpersprache angewiesen. Diese verstand er nun gar nicht, was wiederum zu einer Zuspitzung dieser grotesken Situation auf der Intensivstation führte.

In der Begegnung zweier Kulturen ist man einerseits auf die verbale Kommunikation angewiesen, um über Sprache ein Minimum an gemeinsamem Verstehen zu ermöglichen. Kulturell unterschiedliche nonverbale Botschaften sind andererseits nur sehr schwer zu entziffern.

Aber nicht nur das: Nonverbale Botschaften bleiben entweder oftmals unbewusst in ihrer Wirkung oder lösen aufgrund ihrer Fremdheit (Andersartigkeit im Vergleich zur eigenen Kultur) u.U. stark emotionalisierte/emotionalisierende Wirkungen beim Gegenüber aus. Dieses Echo in Bezug auf das Fremde bleibt einem selbst vielfach (anfangs) verborgen. Die Begegnung mit dem Fremden, mit dem fremden Anderen, schafft somit dann ein Initial vom „Fremden im Eigenen". Hierunter verstehe ich die stark emotionalisierte, unbewusste Resonanz im „Eigenen". Wer in einem deutschen Behandlungsteam ist denn schon mal in seinem Leben mit dem Vorwurf konfrontiert worden, seine Intensivstation sei eine Hölle.

Das Zusammenspiel von dem sichtbaren, fühlbaren Fremden und dem Fremden als Resonanzphänomen im Eigenen könnte eine Erklärung sein für die Zuspitzung der geschilderten, grotesken Situation auf der Intensivstation. Entgegen der Notwendigkeit offen genug für das Fremde/für den Fremden zu sein und zu bleiben sucht man offensichtlich verstärkt Halt beim Eigenen, bei der eigenen, vertrauten Kultur(-erfahrung). Dies führt dann eher zu einer Zuspitzung als zu einer aufeinander bezogenen Begegnung zwischen Vertretern zweier Kulturen.

Das Fremde und das Eigene: immer *ein* Erfahrungsraum

Aber nicht nur das: Herr Li beschwerte sich über den Schichtdienst in der Pflege. Man sollte sich doch, so wie in China üblich, rund um die Uhr, getragen immer durch die gleichen Pflegekräfte mit dem Großvater beschäftigen. Der ständige Wechsel würde den Großvater nur noch mehr verunsichern und ängstigen.

Diesmal musste Herr Li sich den Strukturen, Pflegedienstplänen und medizinisch-ärztlichen Gepflogenheiten in der Klinik ergeben. Alles blieb, wie es war.

Kulturelle Unterschiede von Lebensbedingungen, Kontext usw. lassen sich oftmals relativ leicht feststellen und kommunizieren. Ein gutes Beispiel hierfür ist die besondere Form der Übergabe einer Visitenkarte in China oder Japan. Diese erfolgt ganz anders als in Deutschland. Diese Bedingungen sind aber stets auch mit spezifischen Erfahrungsräumen, mit Narrativen verknüpft. Diese begründen und nähren das Gefühl von Vertrautheit in der eigenen Kultur. Fehlen diese Erfahrungsräume dem Fremden (weil z.B. die Visitenkarte kulturell falsch, also fremd, übergeben wird), fehlt einem verständlicherweise auch eine entsprechende Vertrautheit in der anderen, der fremden Kultur. Nicht nur das, die Vertrautheit in der eigenen Kultur wird hierdurch wichtiger, bietet sie doch die „einzige", vor allem emotional überzeugende Vertrautheit und Orientierung in der „fremden" Welt. Man beginnt, sich an das kulturell „Eigene" verstärkt emotional zu klammern. Das kulturell Fremde wird somit emotional noch fremder. Dieser Vorgang betrifft beide, denjenigen, der die Karte übergibt und denjenigen, der sie entgegennimmt.

Die Bezugnahme auf solche Bedingungen, wie in unserem Fall die Art der Betreuung durch das Pflegepersonal, verkörpert einerseits eine kontextuelle Information (das Pflegepersonal ist eine bestimmte Stundenzahl anwesend), sowie andererseits ein Gefühl von Sicherheit „wenn das Pflegepersonal eine bestimmte Stundenzahl anwesend ist, kann es gut gehen". Dies heißt im Umkehrschluss für Herrn Li, wenn das Pflegepersonal „anders" anwesend ist, nämlich nur 8 bis 10 Stunden, dann könne es nicht gut gehen.

Bei der Begegnung zweier Kulturen, der Begegnung zwischen dem Fremden und dem Eigenen, handelt es sich (wenn es zu einer solchen Dynamik wie in dem hier geschilderten Fallbeispiel kommt) um einen Kampf von „richtig oder falsch", „gut oder böse", von „Ich oder Du". Sie können sich sicherlich ausmalen, wie gnadenlos und unerbittlich ein Kampf um „gut oder böse" meistens endet.

In unserem Fall ist es zu einer Klärung der Bedingungen vor Ort gekommen. Herr Li hat sich dem in Deutschland üblichen Pflegedienstplan „ergeben müssen", und das Behandlungspersonal in der Klinik kann sich offensichtlich wieder sicherer fühlen, hierdurch auch wieder „kompetenter", also weniger fremd sich selbst gegenüber. Dies wirkte offensichtlich beruhigend auf Herrn Li.

In Beziehung bleiben versus Beziehung beenden

Zum großen Erstaunen aller verbesserte sich der Zustand des Großvaters, so dass man überlegen konnte, ihn in häuslicher Umgebung weiter zu pflegen. Herrn Li schien dies sehr entgegen zu kommen, was zu seiner Forderung führte, ein ärztlich-pflegerisches Behandlungsteam mit kompletter medizinischer Ausrüstung nach China zu fliegen, um den Großvater dort in der häuslichen Umgebung der Familie zu betreuen. Verständlicherweise weigerte sich die Klinik einem solchen Unterfangen zu folgen, hatte man doch große Sorge vor den zu befürchtenden (eventuell auch politischen) Schwierigkeiten, die sich durch den Umstand ergeben würden, beim Tod des Großvaters als letztes Behandlungsteam verantwortlich gewesen zu sein (und vielleicht sogar die Schuld für den Tod zugeschrieben zu bekommen).

Man einigte sich schließlich auf eine „abgespeckte" ärztlich-pflegerische Unterstützung des Großvaters in Taiwan.

Man mag die Erwartung von Herrn Li als eine narzisstische Allmachtsphantasie verstehen. Andere mögen vermuten, dass Herr Li aufgrund seines Reichtums glaubt „alles und jeden kaufen zu können". Es gibt andere Stimmen, den Chinesen, aber auch der chinesischen Kultur an sich, Aspekte einer „oralen Struktur" zuzuschreiben. Es überrascht also nicht, dass viele Chinesen ihre Erwartungen und Wünsche sehr direkt, unmittelbar, sehr konkret und oftmals verknüpft mit einem Bestreben nach unmittelbarer und umfassender Befriedigung äußern. Wenn sie etwas haben wollen, dann muss es jetzt passieren. Ich selbst habe bei meinen Besuchen in China und der Begegnung mit Chinesen dies selbst regelmäßig erfahren können. Es scheint dann „kein Pardon zu geben", wenn man Hunger hat, hat man Hunger, und wenn man Hunger hat, isst man jetzt und nicht erst eine Stunde später.

Der Umstand der zunehmenden Verbesserung des Gesundheitszustands des Großvaters sowie die Klärung der „kulturell-emotionalen Fronten" (in Bezug auf den Pflegedienstplan) unterstützen die Entspannung auf beiden Seiten, schaffen emotionale Erleichterung und den dann später gefundenen Kompromiss dem Wunsch von Herrn Li zu folgen, ohne aber sich als Behandler möglicherweise politisch zu gefährden (Abgrenzung im Sinne von Selbst-Sicherung).

Mehr Spielraum durch kulturell-emotionale Vertrautheit

Die Möglichkeit nach Taiwan zurückzukehren, wurde offensichtlich unterstützt durch das Bemühen von Herrn Li, einen chinesischen Mediziner, der zu eben jener Zeit einen internationalen Ärztekongress in München besuchte, nach Berlin fliegen zu lassen, um den Gesundheitszustand des Großvaters zu begutachten und eine entsprechende Reise nach Taiwan zu indizieren.

Nach der Behandlung fuhr der Großvater wieder in seine familiäre Umgebung in Peking.

Die sichtlich entspannte Situation erleichtert es Herrn Li sein Verhaltens- und Reaktionsspektrum wieder zu erweitern, nämlich sich fachlich und kulturellen Beistand auch bei besagten chinesischen Experten zu holen und gleichzeitig die Bedingungen vor Ort in Berlin weiterhin zu nutzen.

Das Einbeziehen einer chinesischen Autorität ist auch Ausdruck der chinesischen Kultur, nämlich chinesisch-kulturell bedingter Beziehungsgestaltung (guanxi). Es ist daher zu vermuten, dass Herr Li nach Jahren des Misstrauens sich wieder vertrauensvoll in die Hände chinesischer Mediziner begeben kann, ohne auf die Vorteile westlicher Medizin verzichten zu müssen.

Nachdem man sich mit deutscher, praktisch-medizinischer Unterstützung und chinesisch-kulturellem, ärztlichen Segen nach Taiwan begeben hat, kommt es gewissermaßen zu einer Entscheidung, die durch Elemente beider Kulturen getragen ist. Sie ist emotional durch alle der Beteiligten sinnlich erfahren und hat sich als eine gemeinsame Entscheidung entwickelt. Man könnte dies auch als einen gelungenen Versuch transkultureller Integration verstehen. Man fühlt sich weiterhin kulturell, d.h. mit der eigenen Kultur identisch. Man akzeptiert die andere, die fremde Kultur in ihrer jeweiligen Besonderheit und lebt eine den konkreten Möglichkeiten entsprechende gelungene Passung.

Epilog

Mit Nazarkiewicz und Krämer (2012) sehe ich drei jeweils relevante Dimensionen in der Begegnung und Arbeit mit unterschiedlichen Kulturen:

- Die *interkulturelle Zugangsweise* (Kompetenz bezüglich der Lebensweise: **Wissen um die Kultur)**
- Die *multikulturelle Zugangsweise* (Kompetenz bezüglich der Spielregeln, Verhaltensmuster: **Wahrnehmen der Kultur)**
- Die *transkulturelle Zugangsweise* (Kompetenz bezüglich der Kohäsion: **Mit-Gestalten kultureller Begegnung**)

In diesem Fall (Behandler-Patient-Beziehung in der Medizin) handelt es sich um die Begegnung zweier sehr unterschiedlicher Kulturen. Der narrativ nachgezeichnete Prozess spiegelt implizit drei wesentliche Elemente transkultureller Kommunikation: nämlich die Bedeutung

- Kulturell unterschiedlicher *Selbstkonzepte*
- Diesbezüglich unterschiedlicher *Beziehungsgestaltung*
- *S*owie unterschiedlicher *hybrider Identitäten* (oder auch Patchwork-Identitäten).

Warum erzähle ich Ihnen diese Geschichte? Die Geschichte zeigt den Clash der medizinischen Systeme, der kulturellen Vorstellungen von Krankheit und ihrer Behandlung. Sie zeigt aber auch wie fremd diese unterschiedlichen Vorstellungen sind und wie intensiv, emotional heftig bis hin zu aggressiv die transkulturelle Verhandlung über die unterschiedlichen, zum Teil ja auch gegensätzlich wirkenden Behandlungsindikationen und Vorgehensweisen ist. Diese transkulturelle Verhandlung, Abstimmung oder Passung als gemeinsamer Erfahrungsprozess führt schließlich zu einem für beide Seiten akzeptablen Ergebnis.

Vielleicht ist ja gerade der narrative Zugang eine Möglichkeit, das, was Hasenzagel als multiparadigmatische Orientierung bezeichnet, für den Diskurs im psychotherapeutischen Feld zu nutzen. Geht es doch beim Narrativ um sichtbare, d.h. benennbare Aspekte sowie um einen immer mitschwingenden (kulturellen) Subtext. Insoweit wird, so könnte man heuristisch sagen, dazu Erlebtes in gemeinsam Erlebtes in Begriffe, Konzepte, Methoden und Theorien gebracht. Transkulturelle Integration nutzt sinnvollerweise das Mittel der Erzählung als Form der Sinngebung. Sinngebung eines gemeinsamen Erfahrungsraums. Dieser wird durch funktionalistische und interpretative Paradigmen gekennzeichnet. „Während das funktionalistische Paradigma von realen, sozialen Entitäten ausgeht, die über feste Strukturen miteinander verknüpft sind und die einer Wahrnehmung unabhängig vom beobachteten Individuum zugänglich sind, beschreibt die interpretative Position ein wissenschaftstheoretisches Paradigma, in dem soziale Realitäten durch die Individuen (also auch durch den Forscher) konstruiert und interpretiert werden."

Was ist meine hier gelernte Lektion?

- Kultur-Lernen geht über Ent-Lernen (eigener *kultureller* Rucksack)
- Professionelle Naivität als (gemeinsame) Erfahrung
- Wahrnehmung ist nicht gleich Wahrnehmung (vgl. Fische im Aquarium)
- Unterschiedliche Balance von Körper-Wahrnehmung und Welt-Wahrnehmung (vgl. Pulsschlagbeispiel, s. Northoff „Wie kommt die Kultur in den Kopf")
- Wagnis des verlängerten ersten Eindrucks
- Körpersprache als nonverbale Kommunikation ist Ausdruck und Eindruck zugleich. Narration als geeignetes Mittel der transkulturellen Kommunikation
- Wahrnehmen, Erkennen, Verstehen eines *Bedeutungsgewebes*
- *Hingabe als wissenschaftlicher Gehversuch*
- Körper-zu-Körper-Kommunikation als ein *gemeinsamer Bewegungskörper*
- *Ménage à quattre statt Ménage à trois* (Klient, Übersetzer, ich und emotionaler Resonanzkörper)
- Transkulturelle Kompetenz gleicht Küchen- oder Kochkompetenz. Man braucht: Zutaten, Gewürze, Rezepte, Werkzeug, Training, usw. Dies kann man lernen. Man braucht aber noch mehr, nämlich die Kompetenz zu schmecken, zu riechen und kreativ zu synchronisieren (nosing around, vgl. Lindner, 2004)
- Kultur-Lernen ist wie das Erlernen einer Sprache: Vokabeln (*interkulturell*), Grammatik (*multikulturell)* und miteinander reden (*transkulturell*)
- Eine Struktur des Vorgehens kann prinzipiell sein: einen Tag z.B. in Deutsch, einen zweiten in Türkisch und einen dritten gemeinsam gestalten.

Literatur

Geertz, C. (2003) Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Geuter, U. (2015) Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag

Honer, A. (2008) Lebensweltanalyse in der Ethnographie. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung – Ein Handbuch (S. 194–204). 6. Aufl. Hamburg: Rowohlt-Verlag.

Klüwer, C. (1974) Kinder und Jugendliche im psychosozialen Spannungsfeld. Unveröffentlichtes Vorlesungsmanuskript der Vorlesungsreihe am sozialpsychologischen Institut der Ruhruniversität Bochum.

Leonard, M. (2018) Der Alchimist, Süddeutsche Zeitung, 27.04.2018

Lindner, R. (2004) Walks on the wild side. Eine Geschichte der Stadtforschung. Frankfurt a.M./New York: Campus.

Lorenzer, A. (1972) Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie, Frankfurt: Suhrkamp.

Nazarkiewicz, K. & Krämer, G. (2012). Handbuch interkulturelles Coaching, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Northoff, G. (2015) Wie kommt die Kultur in den Kopf? Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Ricoeur, Paul (1973) Hermeneutik und Strukturalismus, München: Kösel-Verlag

Schatz, D. S. (2002). Klassifikation des Körpererlebens und körperpsychotherapeutische Hauptströmungen. Psychotherapeut, 44, 47–87.

Simon, F. B. (1997): Ent-Lernen. Einige konstruktivistische Grundlagen der Psychotherapie. Familiendynamik 22, 1997, 332 - 347

Sollmann, U. (2018) Begegnung im Reich der Mitte – mit psychologischem Blick unterwegs in China, Gießen: Psychosozial -Verlag

TraumaHelfer – Eine evaluierte Qualifikationsmaßnahme zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten im Umgang mit entsprechend belasteten Flüchtlingen

– Ida Montanari

Bericht über den Vorkurs von Thomas Loew und Beate Leinberger bei der 32. A.F.E. Jahrestagung 2017

Keywords
Therapie
PTSD
Flüchtlinge

Einführung

Thomas Loew und Beate Leinberger beschäftigen sich schon seit vielen Jahren mit Symptomen und Therapieansätzen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und haben seit 2015 ihr Augenmerk besonders auf die Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendliche unter den in Deutschland ankommenden Flüchtlingen gelegt. Im von ihnen geleiteten Kurs stellten sie ihr TraumaHelfer Projekt vor.

Gesellschaftliche Relevanz von Trauma und PTBS

Die Flüchtlingskrise hat Deutschland und Europa vor enorme logistische und humanitäre Herausforderungen gestellt. Die beiden Referenten stellten im Kurs neben der allgemeinen Symptomatik der PTBS besonders dar, warum gerade für junge Flüchtlinge die erforschten Mechanismen der Entstehung der PTBS von dramatischer Relevanz sind und an welchen Aspekten dieser Mechanismen das TraumaHelfer – Modell besonders ansetzt. Während zum einen der Traumabegriff in unserem Kulturkreis inflationär verwendet wird, ist die gesellschaftliche Relevanz der Konsequenzen von Traumatisierung noch nicht in das Bewusstsein breiter Teile der Öffentlichkeit westlicher Industriestaaten eingedrungen. Statistisch gesehen entwickelt z.B. in Deutschland jedes zehnte Opfer einer traumatischen Erfahrung wie etwa eines Einbruchs oder eines Verkehrsunfalls eine PTBS oder andere Krankheitsbilder wie Depression, Angst- oder Essstörung . Hinzu kommt der Anteil der von direkten und indirekten Kriegstraumata betroffenen Menschen.

Als PTBS bezeichnet man ein psychisches Krankheitsbild, welches innerhalb von sechs Monaten nach einer außergewöhnlichen Bedrohung von katastrophenartigem Ausmaß, z.B. Naturkatastrophe, Folter oder Terroranschlag entsteht. Während es sich beim Typ-I-Trauma um ein zufälliges Erleben einer traumatischen Erfahrung durch den Betroffenen handelt, sind Typ-II-Traumatas schwerer zu bewältigen, da sie den Betroffenen vor die Frage: „Warum ausgerechnet ich?“ stellen. Im Falle eines Typ-I-Traumas liegt die Antwort im Zufall und es handelt sich oftmals um eine kollektive Traumatisierung. Im man-made-trauma fühlt sich das Opfer hingegen willkürlich für den Gewaltakt ausgewählt. Diese Art von Traumatisierung zieht daher häufiger als ein Typ-I-Trauma schwere psychische Störungen nach sich . Beispiele für ein man-made-trauma sind: Trennung, Scheidung, Mobbing, medizinische Eingriffe sowie im Falle der Flüchtlinge Kriegserlebnisse diverser Art. Die neuroanatomische Verschaltung zwischen der Amygdala, dem Zentrum emotionaler Bewertung im Gehirn, und der Formatio reticularis, dem Steuerungszentrum vegetativer Körperfunktionen im Hirnstamm, ist entscheidend für die Entstehung der PTBS. Während eines traumatischen Erlebens erfolgt durch die Amygdala eine emotionale Bewertung der Situation. Daraufhin kommt es zur sympathischen Aktivierung des Organismus in Form von Kampf – oder Flucht – Reaktionen. Diese ereignen sich über die vegetativen Steuerungszentren in der Formatio reticularis. Problematisch hierbei ist, dass diese sympathische Aktivierung auch lange nach einem Trauma bestehen bleibt und durch Erinnerungen an das Trauma verstärkt werden kann. Der Traumatherapie muss es folglich gelingen, die Auslösung vegetativer Überaktivierung und Dissoziation durch Erinnerung an das Trauma zu vermeiden. Die Entstehung einer PTBS ist nicht nur von der Art des traumatischen Erlebnis, sondern auch von Persönlichkeit, genetischer Prädisposition und Erziehung abhängig. Entscheidend ist das Vorhandensein sog. B-Kriterien: sich aufdrängende Erinnerungen, Wiedererleben des Ereignis, sog. Flashbacks, sich wiederholende Alpträume sowie innere Bedrängnis bei traumaähnlichen Situationen. Ein Trauma führt ferner zu einer Störung der Hemisphärensynchronisation, die qualitativ und quantitativ als einseitig höhere neuronale Aktivität gemessen werden kann. Zudem liegt bei Traumatisierten eine Störung des REM-Schlafs vor. Zusätzlich zu den B-Kriterien wird die PTBS durch die C-Kriterien beschrieben: Vermeidung traumaähnlicher Situationen, Orte und Umstände. Nicht zuletzt wird die PTBS auch anhand der D-Kriterien diagnostiziert: Schlafstörungen, Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Übererregbarkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit sowie Reizbarkeit. Durch Triggerreize und Furchtkonditionierung befinden sich Traumatisierte in einem dauerhaften Zustand erhöhter Stressbelastung. So haben Traumatisierte bereits zu Beginn des Tages einen erhöhten Stresspegel.

PTBS – Kinderspezifische Symptomatik

Differentialdiagnostisch muss man kinderspezifische Symptomatik zur Abgrenzung von der Modediagnose ADHS beherrschen. Mögliche Anzeichen für das Vorliegen einer PTBS bei Kindern sind Regulationsstörungen von Körperfunktionen, z.B. Einnässen bis ins Jugendalter und Einkoten im Grundschulalter. Sensation und Danger-Seeking können auftreten wie auch selbstverletzerisches Verhalten. Um die psychophysische Anspannung zu reduzieren, unternehmen traumatisierte Kinder zahlreiche Selbstberuhigungsmaßnahmen wie Selbstbefriedigung an ungeeigneten Orten, das Kauen von Kleidung als orale Befriedigung, rhythmisches Schlagen an Gegenständen sowie Schaukelbewegungen.

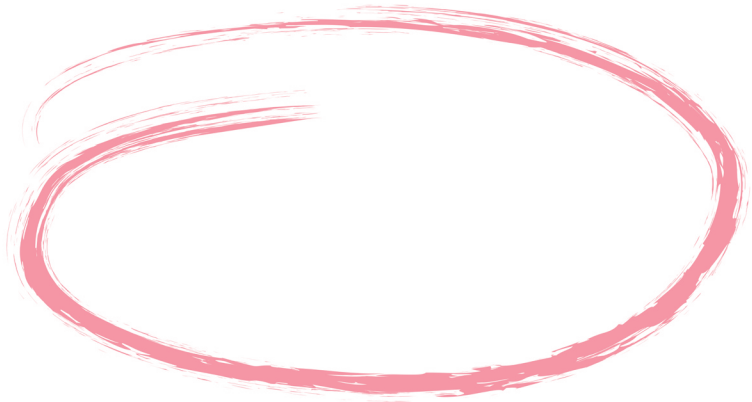
Das TraumaHelfer – Modell: Ziele und Methoden

Das TraumaHelfer Projekt versucht, eine derartige Fehlentwicklung der PTBS bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu vermeiden, indem es den Betroffenen einfache Methoden zur Selbststabilisierung beibringt, um ihren Stresspegel zu reduzieren. Zudem erfolgt durch bilaterale Stimulation sowie durch Sandspieltherapie eine nachhaltige Verarbeitung des Traumas, indem versucht wird, die Kopplung von Erinnerung an das Trauma und „fight or flight" bzw. Dissoziationsreaktionen zu durchbrechen. Es konnte nachgewiesen werden, dass Depression als Folgestörung der PTBS bei behandelten Patienten deutlich weniger häufig auftritt als bei unbehandelten Patienten.

Die erste Methode zur Vermittlung von Entspannung ist das Entschleunigte Atmen. Diese Methode hat sich bereits in der Behandlung von Asthma und Phobien als wirksam erwiesen. Der Patient atmet hierbei elf Minuten 4s lang ein und 6s lang aus, was zur Senkung von Herzfrequenz und Blutdruck führt. Ein kompletter Atemzyklus dauert folglich 10s, was sechs Atemzüge pro Minute bedeutet. Eine weitere einfache, im TraumaHelfer - Konzept enthaltene Methode zur Selbststabilisierung ist SURE (Short Universal Regulative Exercise). Es handelt sich hierbei um rhythmische Schaukelbewegungen des Oberkörpers von vorne nach hinten bzw. von rechts nach links, die sowohl im Stehen als auch im Sitzen durchgeführt werden. SURE ist im Grunde genommen eine ureigene menschliche Stabilisierungsmaßnahme. Sie lässt sich kulturunabhängig in diversen Weltreligionen beobachten, z.B. im islamischen Korangebet sowie in der Rezitation des jüdischen Talmuds.

Das Kernelement der Traumatherapie ist die Sandspieltherapie. Hierbei wird dem Kind eine Sandkiste mit diversen Spielfiguren zur Verfügung gestellt. Es bekommt somit die Möglichkeit, das traumatische Erlebnis in Anwesenheit des TraumaHelfers durch Spielen zu verarbeiten. Die Sandspieltherapie bietet dem Kind zudem einen taktilen Reiz, der es ihm ermöglicht, das Erlebte besser zu erinnern und zu speichern. Die Erinnerung an das Trauma ist wichtig, denn nur so können die Techniken der Selbststabilisierung gezielt angewendet werden, um der traumabedingten vegetativen Symptomatik entgegenzuwirken. Während einer Sandspieltherapiesitzung ist es essentiell, dass der Traumatherapeut den Dialog zum behandelten Kind vermeidet, da sonst der freie Gedankenlauf des Kindes, der für die Traumaverarbeitung nötig ist, unterbrochen wird. Fängt das Kind an zu erzählen oder Fragen zu stellen, soll der Therapeut diese kurz beantworten und genauso geringfügig reagieren, wenn das Kind ein Ereignis richtig kommentiert. Während der Sandspieltherapie macht das Kind unwillkürlich den TraumaHelfer nach, wenn er selbst stabilisiert ist und entschleunigt atmet.

Im Kurs konnten wir paarweise all die oben beschriebenen Aspekte der Sandspieltherapie ausprobieren. Abwechselnd wurde zu zweit eine Sandspieltherapiesitzung nachgeahmt, indem abwechselnd ein Teilnehmer in der Patientenrolle dem Übungspartner ein belastendes Lebensereignis im Sandspiel darstellte. Für den TraumaHelfer selbst ist es wichtig, dass ihm ein Angebot der Supervision zur Verfügung steht, damit er seine Erlebnisse mit dem Kind verarbeiten kann und eine sekundäre Traumatisierung aufgrund der zur Kenntnis genommenen Traumata des Kindes vermieden wird. Regelmäßige Stabilisierung ist also auch für TraumaHelfer zu diesem Zweck sehr wichtig.



Psychosoziale Notfallversorgung mit Funktioneller Entspannung – Hubert Wittmann

Fallarbeit zur Erlangung des FE-Zertifikats

Keywords
FE
Notfallintervention

Sabine ist eine 38jährige Frau, verheiratet und Mutter eines 16jährigen Sohnes, der bei nachfolgend beschriebenem Einsatz betroffen ist. Die Familie ist sozial eingeordnet und pflegt seit Jahren ein sehr inniges Verhältnis zu ihren Freundinnen und Freunden. Bei Problemen unterstützt sich die Freundesgruppe gegenseitig und sucht nach gemeinsamen Lösungen. Das Verhältnis innerhalb der Familie wird als sehr harmonisch und ohne größere familiäre Schwierigkeiten beschrieben.

Der Sohn von Sabine wird unmittelbar nach dem gleich beschriebenen Vorfall vom Unglücksort weggebracht und taucht dort auch nicht mehr auf. Sabine hält jedoch per Handy ständig Kontakt. Körperliche Berührungen mit ihrem ebenfalls anwesenden Ehemann finden nur sporadisch und ausgehend von Sabine statt. Ich lerne Sabine als psychisch stabil und unauffällig kennen. Mit zunehmender Dauer des Einsatzes wird sie jedoch immer dünnhäutiger und angespannter.

Anlass für diese Arbeit mit Funktioneller Entspannung (FE)

Im Juli 2016 verbringen fünf Jugendliche, drei Jungen und zwei Mädchen, das Wochenende mit ihren Eltern in unmittelbarer Nähe eines Wasserkraftwerkes. Die Jugendlichen unternehmen mit Erlaubnis der Eltern am Freitagabend des Aufenthalts gegen 20 Uhr eine Bootsfahrt auf dem angrenzenden Stausee. Etwa 50 Meter vom Ufer entfernt, kentert das Boot. Daraufhin schwimmen die Jugendlichen ans Ufer. Ein an letzter Stelle schwimmendes 14-jähriges Mädchen kommt dort nicht an. Bemerkt wird dies erst, nachdem die anderen Jugendlichen das Ufer bereits wieder erreichen. Hilfeschreie oder einen Hinweis auf eine gefährliche Situation gibt es nicht. Das Mädchen war nach Angaben der Beteiligten „einfach weg".

Nach einer groß angelegten Alarmierung von Rettungskräften wird noch am gleichen Abend gegen 22 Uhr auch die örtliche zuständige Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) des Bayrischen Roten Kreuzes (BRK) – Kreisverbandes Weiden zur Betreuung der betroffenen Angehörigen und Familien hinzugezogen. Da sich alle neun anwesenden betroffenen Personen weigern die Unglücksstelle zu verlassen, werden unmittelbar am Unglücksort in einem abgeschirmten Bereich erste Betreuungsmaßnahmen durchgeführt. Boote der Wasserwacht, bestückt mit Sonargeräten, Rettungsschwimmern und Tauchern, suchen die ganze Nacht nach dem vermissten Mädchen. Nach einer kurzen Unterbrechung in den Morgenstunden setzen sie die Suche am Samstag fort. Zusätzliche Unterstützung erfolgt durch Leichenspürhunde der Polizei, die vom Boot aus auf dem Wasser eingesetzt werden sowie durch einen Polizeihubschrauber. Die in die Nacht dauernde Suche verläuft ebenfalls erfolglos.

Da die eigenen Einsatzkräfte der PSNV Weiden nicht ausreichen, werden Kriseninterventionsteams aus der gesamten Oberpfalz und Oberfranken zur durchgehenden Betreuung der Betroffenen und Einsatzkräfte alarmiert und im Schichtbetrieb eingesetzt. Das Auffinden des toten Mädchens am Sonntagabend gegen 17 Uhr beendet einen dreitägigen Einsatz zwischen Hoffen und Bangen für alle Beteiligten.

Aufgrund meiner Leitungsfunktion innerhalb der PSNV Weiden bin ich von Beginn der Alarmierung mit der telefonischen Koordination des Einsatzes betraut. Anhand der Lagebilder verfolge ich zunächst die Dramatik dieses Einsatzes von mir zuhause aus. Die Rückmeldungen eingesetzter Mitarbeiter lassen ansatzweise erahnen, welche dramatischen Situationen sowohl die Rettungskräfte als auch die Angehörigen zu verarbeiten haben.

Bereits zu diesem Zeitpunkt kann ich erstmals die FE zur eigenen Stabilisierung einsetzen. Das Thema „Halt-haben-im-Halt-geben" spielt hierbei eine wichtige Rolle für mich. Beim Handeln und Wahrnehmen im Außen gleichzeitig auch eine entsprechende Wahrnehmung und diskretes Handeln nach innen stattfinden zu lassen war und ist hilfreich für mich. „Innehalten im Tun", sorgsam auf die eigene Sitzhaltung zu achten und selbst festen Boden unter den Füßen zu spüren, bilden nicht nur bei diesem Einsatz die Vorbereitung, um selbst nicht „außer sich" zu geraten.

Arbeit mit Halt und Raum, aber auch Rhythmus, sind für mich einige der wertvollsten Angebote im Sinne der FE als PSNV Fachkraft. Einsätze im beschriebenen Kontext treten meist unvorbereitet zu jeder Tages- und Nachtzeit ein und sind zeitlich nicht disponierbar. Auch die Möglichkeiten, das Setting einer Intervention zu gestalten, sind erfahrungsgemäß minimal.

Ziel und Aufgabenstellung der A.F.E.- Zertifikatsarbeit

Das Ziel der vorliegenden A.F.E.-Zertifikatsarbeit war es, die Methode der Funktionellen Entspannung im Rahmen der Psychosozialen Notfallversorgung bei Betroffenen einzusetzen, um diese akut psychisch traumatisierten und trauernden Personen zu stabilisieren und ihnen Beistand zu leisten.

Im Arbeitsumfeld der Psychosozialen Notfallversorgung gilt es, Menschen, die unerwartet mit plötzlichem Tod oder seiner realen Möglichkeit konfrontiert werden, zum frühesten Zeitpunkt äußere Stabilität und Sicherheit zu bieten.

Im Sinne der Funktionellen Entspannung ist es notwendig, zunächst die eigene Balance von Nähe und Distanz zum Betroffenen zu finden, dem Klienten zugleich Sicherheit und Kontakt zu bieten, aber auch ausreichend Abstand vom Geschehen zu finden, um angesichts der dramatischen Situation nicht selbst „den Boden unter den Füßen zu verlieren".

Es geht darum, sich als Mitarbeiter in solchen Akutsituationen immer aufs Neue die eigene Halterfahrung bewusst zu machen, die man in der Betreuung den betroffenen Personen bieten möchte.

Vor jedem Einsatz vorhandene Ressourcen mit Hilfe der FE ins Gedächtnis zu rufen, gehört inzwischen zu einem festen Bestandteil meiner Einsatzvorbereitungen.

Die Ausführung eines Auftrags innerhalb der vorgegebenen Struktur des BRK, das Wissen um eine abgeschlossene Ausbildung und die jahrzehntelange Berufserfahrung im Umgang mit verschiedensten Akutsituationen sind ein Teil meiner persönlichen Stabilität und tragen dazu bei, dass ich immer handlungsfähig gewesen bin.

Der Umstand des plötzlichen Unglücks oder Todes im Beisein des Betroffenen erfordert oftmals ein hohes Maß an Eigenhalt und Raum im Sinne der FE, denn gerade die Arbeit mit Trauer und Trauma schafft nicht selten große Nähe. Durch eigene Körperspürerfahrungen mit Hilfe der FE bemerke ich, wie sehr diese Nähe den Eigenhalt bedrohen kann und wie wichtig der sorgsame Umgang mit sich selbst und die ständige innere Beobachtung der Balance zwischen Nähe und Distanz sind.

Die PSNV bietet zahlreiche Möglichkeiten und Chancen einer peritraumatischen Intervention. Trotzdem gilt es immer wieder, sich auch deren Grenzen bewusst zu machen. Somit ist die PSNV ein wichtiger, letztendlich aber eben nur ein zeitlich begrenzter Impuls, den der Mitarbeiter setzen kann. Der Betroffene muss sich anschließend selbst seiner Ressourcen bewusst werden, um die Situation gut zu bewältigen.

Die FE stellt für mich in erster Linie eine zusätzliche und hilfreiche Methode dar, um mich in angemessener Weise meiner eigenen Fähigkeiten zu vergegenwärtigen.

Der nachfolgende Fall verdeutlicht, dass die Methode der FE jedoch auch im Einzelfall erfolgreich bei Betroffenen angewendet werden kann mit dem Ziel, die betroffenen Personen in relativ kurzer Zeit psychisch zu stabilisieren.

Beschreibung der Arbeit

Ich selbst bin am Sonntag von 6.00 Uhr bis zum Auffinden des Mädchens gegen 17.00 Uhr an der Unglücksstelle zur Betreuung der Betroffenen eingesetzt. Ich übernehme mit Unterstützung die Betreuung der insgesamt neun Personen.

Von den unmittelbaren Angehörigen befinden sich der Vater, der Großvater und die 16-jährige Schwester der Vermissten an der Unglücksstelle. Die Mutter der Vermissten hat sich vor längerer Zeit vom Ehemann getrennt und wohnt in räumlicher Distanz zum Rest der Familie. Obwohl sie über den Sachverhalt informiert ist, lehnt sie jede weitere Kontaktaufnahme ab und kommt auch nicht an den Unglücksort. Durch diese Konstellation gilt es zusätzliche, z.T. lautstarke Konflikte mit gegenseitigen Schuldzuweisungen innerhalb der Familie während der Suchaktion zu bewältigen. Die Ehefrau des Großvaters war wenige Wochen zuvor infolge einer Krebserkrankung verstorben, der Vater der Vermissten hat nach eigenen Angaben seit längerer Zeit ein Alkoholproblem. Die Schwester ist psychisch auffällig u.a. auch mit selbstverletzendem Verhalten und hat bereits Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinter sich.

Zusätzlich sind noch drei weitere Elternpaare vor Ort, deren Kinder ebenfalls im gekenterten Boot saßen.

Diese Jugendlichen werden nach erster medizinischer Versorgung noch am Un-

glücksabend entlassen und zuhause von Notfallseelsorgern betreut. Sie erscheinen während des gesamten Einsatzes nicht mehr an der Unglücksstelle. Die Elternpaare bleiben vor Ort.

Von ähnlichen Einsätzen weiß ich um den Umstand des plötzlichen Unglücks oder Todes, der im Beisein des Betroffenen dann sehr oft ein zusätzlich hohes Maß an Eigenhalt, Raum und Rhythmus im Sinne der FE notwendig macht. Bereits während der Anfahrt zum Einsatzort erinnere ich mich bewusst mit Hilfe der FE an meine vorhandenen Ressourcen.

Das Spüren des Autositzes im Rücken und die Auflagefläche meines Gesäßes auf dem Fahrersitz bieten mir sicheren Halt. Das „begleitende Tönen" bei der Ausatmung reduziert meine vorhandene Anspannung auf ein Minimum und vermittelt mir die innere Ruhe und Gelassenheit, den Einsatz gut zu bewältigen.

Nach der Vorstellung mit Namen und dem Hinweis, jetzt für die Betroffenen da zu sein, versuche ich zunächst einen guten Sitzplatz für mich zu finden, um den Betroffenen so meinen Beistand zu signalisieren. Dazu positioniere ich mich an einem für mich guten Platz und beginne das Setting entsprechend meinen Bedürfnissen anzupassen. Ich achte darauf, einen guten Kontakt zur Sitzfläche und zur Stuhllehne herzustellen. Meine Beine stehen nebeneinander und ich versuche mittels kleiner Bewegungen im Aus den Boden unter meinen Füßen zu erspüren. Gleichzeitig lasse ich „ES" bewusst – unbewusst weiteratmen. Dadurch spüre ich mehr Raum im Brustbereich und gleichzeitig eine Entlastung des Kopfes.

Die kurze Zuwendung vom Außen zum Innen vermittelt mir das Gefühl, dass die gelbe Farbe meiner Einsatzjacke eine störende Wirkung erzeugt. Ich ziehe sie mit dem entsprechenden Hinweis aus. Unmittelbar im Anschluss daran setzen sich der Großvater der Vermissten und die Klientin Sabine neben mich. Diese beiden begleite ich durch Gespräche und Angebote bis zum Auffinden des Mädchens.

FE in der geschilderten peritraumatischen Intervention bedeutete für mich in erster Linie den Betroffenen ohne viele Worte äußere Sicherheit und Schutz zu bieten. So organisieren wir gemeinsam Decken gegen die Kälte. Diese, anschließend über dem Körper getragenen Decken, signalisieren eine Abgrenzung nach Außen und bieten gleichzeitig Sicherheit und Wärme. An einem großen Tisch sitzt dann das Team mit den Betroffenen bei einer gemeinsamen warmen Mahlzeit und schafft ein angenehmes Setting.

Dabei fällt mir immer wieder auf, wie feinfühlig sich die Balance der Betroffenen zwischen Bewegung und Ruhephasen darstellt. Der Körper signalisiert, was er gerne hätte, und auch Sabine folgt diesen Impulsen ohne zu hinterfragen. Sabine reagiert auf Temperaturschwankungen durch Öffnen und Schließen der schützenden Decke vor dem Körper.

Sehr schnell wird in den Gesprächen klar, dass die Hoffnung das vermisste Mädchen lebend zu finden von Stunde zu Stunde schwindet. Wichtig ist jedoch vor allem dem Großvater, der seine Frau erst wenige Wochen zuvor durch eine Krebserkrankung verloren hatte, dass die Enkeltochter gefunden wird. Er möchte sich von seiner Enkeltochter verabschieden, um sie anschließend bestatten zu können.

Gegen 17 Uhr an diesem Abend wird das Mädchen dann von Polizeitauchern im See unter Wurzeln verhakt tot aufgefunden, geborgen und im Polizeiboot ans Ufer gebracht. Noch am Auffindeort wird durch unser Team, zusammen mit den Angehörigen und den verbliebenen Einsatzkräften, unmittelbar nach der Bergung eine situationsgerechte Verabschiedung gestaltet.

Sabine gerät emotional überwältigt so „außer sich", dass sie an Ort und Stelle zu hyperventilieren beginnt. Um einen Rettungsdiensteinsatz zu vermeiden, nehme ich Sabine höflich, aber bestimmt zur Seite und interveniere mit der „Bodenspürübung" im Sinne der FE. Um sie ins Hier und Jetzt zurückzuholen, lasse ich mir zunächst ein paar im Blickfeld liegende Wahrnehmungen beschreiben, mache ihr das Angebot, mit ihrer Aufmerksamkeit zu ihren Füßen zu gehen, den Boden im Rhythmus des Gehens zu spüren und die Spürqualität zu verbalisieren. Sabine lässt sich ohne nachzufragen auf das Angebot ein. Was ihr anfangs ziemlich schwer fällt, gelingt ihr im weiteren Verlauf der Intervention immer besser. Ihr Zittern am ganzen Körper lässt spürbar nach und die Atmung beruhigt sich sichtbar, sodass sie schon nach wenigen Minuten ohne ärztliche Unterstützung zurück zur Verabschiedung und ihrem Ehemann gehen möchte.

Nachdem der Leichnam weggebracht wurde, machen sich die betroffenen Familien und Angehörigen auf den Heimweg. Zeitgleich informiere ich die Rektorin der zuständigen Schule über den Sachstand des Auffindens der Vermissten. Die Nachricht über den Tod der Mitschülerin hatte sich zu diesem Zeitpunkt bereits über die sozialen Medien verbreitet. Auf Wunsch der Rektorin schließt sich am nächsten Tag ein Folgeeinsatz in der betroffenen Klasse der verstorbenen Schülerin an. Der Vormittag mit der Klasse wird von einer

Kollegin, die zugleich Religionspädagogin ist, und mir gestaltet. Ich selbst beginne die Stunde mit einer FE-Sequenz (Platz einrichten und anschließend den Bezug zum Boden und der Unterlage spüren) ein.

Dieses Angebot wird sehr gut angenommen. Die weitere Gestaltung des Unterrichts übernimmt die Kollegin. Wir beenden den Vormittag mit einem gemeinsamen Waldspaziergang und dem Hinweis für die Schüler, sich bei Bedarf gedanklich auf die unterschiedliche Spürqualität des Bodens zu konzentrieren und für sich Worte oder Bilder zu finden, die diese Verschiedenartigkeit am besten beschreibt.

Besondere Herausforderungen / Schwierigkeiten

Eine besondere Herausforderung für mich sind der lange Zeitraum der Betreuung am Unglücksort, die ständige Fokussierung auf die Eigenwahrnehmung und die Herausforderung, das Gleichgewicht zwischen Denken-Spüren-Handeln nicht zu verlieren. Die vielfältigen, zusätzlich zur Sprache gebrachten familiären Probleme der betroffenen Familie und insbesondere von Sabine, die das Geschehen im Hintergrund mitbestimmten, erschweren den Einsatz.

Hinzu kommt, dass sich circa zwei bis drei Stunden vor dem Auffinden des Mädchens unvermittelt eine weiße Taube am Ufer des Stausees niederlässt, ganz in der Nähe des späteren Auffindeortes. Diese Taube harrt bis kurz vor der Bergung des toten Mädchens am Ufer sitzend aus und lässt sich auch von Einsatzkräften nicht stören oder vertreiben. Sowohl die betroffenen Personen als auch einzelne Einsatzkräfte werden durch dieses Bild emotional sehr berührt. Die Angehörigen interpretieren die Taube als symbolische Kraft, als Zeichen der Seele und eines friedvollen Sterbens des verschwundenen Mädchens. Für den Vater wird das Bild der Taube ein wichtiger Bestandteil der anschließenden Trauerbewältigung.

Im Nachgang wird in mehreren internen Nachbesprechungen der Einsatz unseres Teams aufgearbeitet.

Hilfen in der Supervision

In der Supervision wird mir bewusst, dass ich mich im Verlauf des Einsatzes mit Hilfe der FE immer wieder selbst stabilisieren und Halt finden konnte. Dadurch gelang es mir zum einen, selbst nicht den Boden unter den Füßen zu verlieren. Zum anderen konnte ich durch meine eigene Stabilität, die sich auf der Resonanzebene übertragen hat, den Betroffenen Möglichkeiten der Stabilisierung anbieten. Außerdem konnte ich meine eigenen Reaktionen auf diesen Einsatz (Erschöpfung, das Gefühl, ausgelaugt zu sein, usw.) besser einordnen.

Ergebnisse der Arbeit

Mehrere Monate nach dem Einsatz treffe ich Sabine in einer örtlichen Gastwirtschaft wieder und werde an den Tisch gebeten. Im Verlauf des Gesprächs erfahre ich, dass sich sowohl der Vater, der Großvater und die Schwester der Verstorbenen in professioneller therapeutischer Behandlung befinden, und wie wertvoll und positiv die geleisteten peritraumatischen Interventionen für alle Betroffenen vor Ort waren. Insbesondere Sabine bedankt sich während der Verabschiedung für mein Angebot.

Sie kann sich noch an das gemeinsame Gehen und die Spürqualität des Bodens erinnern, der zunächst einer Art Schwamm entsprach, im weiteren Verlauf aber immer fester zu spüren gewesen sei. Sabine hat nach eigenen Angaben das schreckliche Ereignis für sich ohne weitere Hilfe gut verarbeitet und überwunden.

Darstellung und Überprüfung eines strukturierten Programmes zum Erlernen der „Funktionellen Entspannung“ nach Marianne Fuchs – Inés Maria Reiners

Keywords
Marianne Fuchs
FE – Strukturiertes Programm

Abstract
Eine empirische Studie anhand von Fragebogenauswertungen

Die Funktionelle Entspannung als phänomenologisch und tiefenpsychologisch orientierte Körpertherapie und als Körperpsychotherapieverfahren steht im Mittelpunkt dieser Studie. Physiologische und neurophysiologische Vorgänge werden im Zusammenhang mit der Wirkungsweise der Funktionellen Entspannung dargestellt. Die Propriozeption, der autonome Atemrhythmus und die Entspannungsreaktion nehmen hierbei eine zentrale Stellung ein. Die strukturierenden Grundelemente werden ihrem phänomenologischen Verständnis entsprechend mit festgelegten Begrifflichkeiten beschrieben. Im Rahmen von kurzzeitigen Gruppeninterventionen wurden diese Wirkungsphänomene ausschnitthaft untersucht. Die Kursangebote unterschieden sich in ihrem zeitlichen Rahmen, der Übungsauswahl und der Methodengegenüberstellung. Ein in Entwicklung befindlicher Fragebogen kam zum Einsatz. Über eine retrospektive Selbstauskunft wurden die Wirkungsweisen überprüft. Deutliche Effekte zeigten sich durch die Operationalisierung der Übungsauswahl. Der Umfang der Gesamtstichprobe lag bei N = 242. Es wurden Effekte zwischen d = .66 bis d = .90 für den Bereich der Körperwahrnehmung nachgewiesen. Für das weitere methodische Vorgehen wurden anschließend Verbesserungen unterbreitet.

Theoretische Einführung

Körperliches und psychischen Wohlbefinden sind zwei Komponenten, die sich gegenseitig beeinflussen und bedingen. Diese Abhängigkeit und der gegenseitige Bezug sind Ausgangspunkt für viele körpertherapeutisch orientierte Verfahren. Diese Wirkungsbezüge werden bei körpertherapeutischen Methoden unterschiedlich definiert, ebenso werden bei den Zielsetzungen in Bezug auf körperliche Funktionen oder psychisches Erleben verschiedene Schwerpunkte gesetzt. So sind bei den Zielsetzungen die beiden Unterscheidungen Körpertherapieverfahren, dazu gehören auch die Entspannungsverfahren, und Körperpsychotherapie zu treffen (Loew, Tritt, Lahmann, Röhricht 2006). Röhricht (2002) stellt in seinem Artikel „Klinische Körperpsychotherapie – Systematisierungsansätze und Standortbestimmung“ eine weitere Zuordnungsmöglichkeit für die unterschiedlichen Verfahren dar: hierbei wird in funktional-übungszentrierte Körpertherapie und konfliktorientiert-aufdeckende Körperpsychotherapie unterteilt.

Als gemeinsamer Nenner wird für körpertherapeutischen Methoden und Körperpsychotherapieverfahren die Aktivierung der Proprio- und Introzeption genannt (Mehling, 2010), die Propriozeption wird auch als physiologische Basis der Selbstwahrnehmung beschrieben. Sie zeigt sich durch die im Übungskontext angeregte Sensibilisierung der sensorischen Körperempfindungen. Stern (1992) beschreibt sie als zentrales Bindeglied zwischen körperlichem und psychischem Erleben und als grundlegendes strukturelles Element bei der Entwicklung des Sense of Self, welches sich schon im vorsprachlichen Erleben des Säuglings ausbildet, indem die körperlichen und sinnlichen Erfahrungen in ein psychisches Erleben eingebettet werden.

Die im Mittelpunkt dieser Untersuchung stehende Methode der Funktionellen Entspannung, im Weiteren auch als FE bezeichnet, wurde vor dem Hintergrund der Anthropologischen Medizin Viktor von Weizsäckers durch Marianne Fuchs entwickelt. Sie zielt mit ihrer tiefenpsychologisch orientierten Arbeit auf eine leiborientierte Entwicklungskorrektur ab und kombiniert dies mit einer phänomenologischen Betrachtungsweise (Leye, 2010). Mit ihrem Bestreben, die Selbstverwirklichung des Einzelnen zu fördern, hat die Methode auch einen Bezug zur Humanistischen Psychologie (Loew et al., 2006 zitiert nach Arnim, 1994; Fuchs, 1997). Über eine Fragebogenauswertung wird die Wirksamkeit der FE überprüft, die mit ihren Grundelementen und Spielregeln eine strukturierte Vorgehensweise ermöglicht. Es werden dabei Effekte am Spannungserleben, dem Atemgeschehen und die Auswirkung auf verschiedene Körperebenen untersucht. Auch die Effekte, die sich aus Variationen der zeitlichen Länge, Anzahl der Übungen sowie der Gegenüberstellung mit anderen körpertherapeutischen Übungen ergeben, sollen anhand der Fragebögen erörtert werden. Diese Studie wurde mit nichtklinischen Stichproben erhoben, um die bisher überwiegend in einem klinischen Kontext evaluierten Studien in ihrer Wirksamkeitsüberprüfung zu erweitern. Bei dem Fragebogeninstrument handelt es sich um eine Überarbeitung des von G. Krampen entwickelten AT-STD (1991) zur Veränderungsdiagnostik, der in zwei unterschiedlichen Versionen durch Loew (2006, 2015, beide nicht veröffentlicht) den methodischen Anforderungen der FE angepasst wurde. Bei den statistischen Berechnungen werden neben Häufigkeitsberechnungen mit deren

Verteilung und Streuung, Varianzanalysen eingesetzt, um die Veränderungsmodalitäten darzustellen.

Für die Printausgabe von Theorie & Praxis ist die Arbeit gekürzt. Die Gesamtfassung finden Sie auf der A.F.E. - Webseite unter https://afe-deutschland.de/studie-fe-reiners/ als pdf-Download. Dort ist das Kapitel "Theoretische Grundlagen" nachzulesen.

Aktueller Forschungsstand zu Wirksamkeit und Einsatzbereichen der FE

Bisher sind überwiegend Forschungsbefunde im Zusammenhang mit psychosomatischen Erkrankungen erhoben worden. Vor allem im Zusammenhang mit der Atemwegserkrankung Asthma bronchiale wurden mit unterschiedlichen Fragestellungen und Operationalisierungen diverse Interventionsstudien erhoben. Loew et al. (2006) berichteten in ihrem Übersichtsartikel „Körperpsychologie - wissenschaftlich begründet?" von einer der ersten Studien von Deter und Allert aus dem Jahre 1983, die einen Methodenvergleich zwischen Funktioneller Entspannung und Autogenem Training (AT) beinhaltete. Es wurden Patienten in drei Gruppen mit unterschiedlichen Interventionskombinationen aufgeteilt (FE und Psychoedukation, AT und Psychoedukation sowie einer Wartelisten-Kontrollgruppe). Die Kosten-Nutzen-Relationen der Therapien wurden mit soziodemographischen Variablen, Krankheitsdauer, Anzahl der Asthmaanfälle, Anzahl der Arztbesuche und Klinikaufenthalten innerhalb des letzten Jahres sowie mit einem Lungenfunktionstest vor und nach der Therapie bewertet. Bei einer Katamnese eineinhalb Jahre nach Beendigung der Gruppeninterventionen wurden erneut eine Befragung und Lungentestung durchgeführt. Ziel der Überprüfung war die Untersuchung von zusätzlichen Effekten durch Entspannungsverfahren im Anschluss an Patientenschulungen. Im Vergleich zu der Kontrollgruppe wurden signifikante Veränderungen festgestellt: Zunahme des intrathorakalen Gasvolumens, verminderte Trait-Angst, Verringerung von Atemnot und Asthmaanfällen, Reduktion des Medikamentenbedarfs, Rückgang der Schlafstörungen und des Hustenreizes sowie eine Verbesserung der subjektiven Bewältigungskompetenz. Weitere Studien mit veränderten Operationalisierungen zum Krankheitsbild Asthma bronchiale wurden in den Folgejahren an der Universitätsklinik Regensburg in der psychosomatischen Station unter der Leitung von Prof. Dr. Loew und Mitarbeitern durchgeführt: „Wirkung der Funktionellen Entspannung im Vergleich mit Salbutamol und einem Plazeboentspannungsverfahren bei akutem Asthma bronchiale" (Loew, Martus, Rosner, Zimmermann, 1996c); „Functional Relaxation reduces acute airway obstruction in asthmatics as effectively as inhaled terbutaline" (Loew, Siegfried, Martus, Tritt, Hahn, 1996b); „Die Wirkung von Funktioneller Entspannung bei akuter Bronchokonstriktion - vergleichbar mit dem Effekt eines Sympathomimetikums?" (Loew, Weber, Martus, Hahn, Siegfried, 1996a); „Efficiacy of Functional Relaxation in comparison to terbutalin and a placebo relaxation method in patients with acute asthma. A randomised, prospective, controlled, crossover experimental investigation" (Loew, Tritt, Siegfried, Bohmann, Martus, Hahn, 2001). Zu allen aufgeführten Studien wurden erkennbare Verbesserungen bei den Befunden in physischer und psychischer Hinsicht nach FE-Interventionen berichtet. Weitere in der Universitätsklinik Regensburg durchgeführte Studien zeigten ebenfalls positive Effekte beim Einsatz von FE-Angeboten: in unterschiedlichen Untersuchungssettings wurden Patienten mit Colon-irritable, Arterieller Hypertonie sowie chronischem Spannungskopfschmerz einbezogen.

In den letzten Jahren werden im Rahmen der Psychotherapieforschung vermehrt Untersuchungen zu Körperpsychotherapieverfahren (unter anderem zu der FE) vorgenommen (Röhricht, Seidler, Joraschky, Borkenhagen et a. 2005). Dies folgt dem Bestreben, die Körperpsychotherapie innerhalb eines Anerkennungsverfahrens als weiteres psychotherapeutisch methodisches Spektrum neben den tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und gesprächstherapeutischen Verfahren als vierte Säule einzureihen. Der Körper wird als Manifestationsort des Emotionserlebens, als Schnittstelle von Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln angesehen (Röhricht, 2002). Durch die verstärkte Fokussierung auf Emotionen bei der Psychotherapieforschung erhalten die körperpsychotherapeutischen Verfahren somit einen besonderen Stellenwert.

Fragestellungen und Hypothesen

Ausgangspunkt für die Untersuchungen, welche anschließend dargestellt werden, sind zwei einleitende Fragestellungen:

1. In welchem Umfang ist in der jeweiligen Untersuchungseinheit eine positive Wirkungsrückmeldung auf der Körperspürebene aufgrund von FE zu verzeichnen?

2. Wie groß ist der Anteil in der jeweiligen Stichprobe an positiver Wirkungsrückmeldung auf der Atemerlebensebene nach Durchführung von FE?

Hypothese 1
Übungseinheiten der Methode FE lassen positive Effekte bei der Aktivierung der Wahrnehmung am Spannungserleben erkennen.
Hypothese 2
Die Länge des angebotenen Übungszeitraumes beeinflusst die Intensität der Wirkung.
Hypothese 3
In Hinblick auf die Wahrnehmungsförderlichkeit sind unterscheidende Effekte zwischen FE-Übungen und Übungen aus anderen körpertherapeutischen Methoden zu erkennen.
Hypothese 4
Es gibt unterschiedliche Effekte durch die Übungsauswahl.

Für die Printausgabe von Theorie & Praxis ist die Arbeit gekürzt. Die Gesamtfassung finden Sie auf der A.F.E. – Webseite unter https://afe-deutschland.de/studie-fe-reiners/ als pdf-Download. Dort sind auch folgende Kapitel nachzulesen:

- Methodisches Vorgehen
- Stichprobenbeschreibung und Erhebungsmodalitäten
- Empirische Befunde
- Deskriptive Statistiken

Diskussion
Zusammenfassung der Ergebnisse

Ausgangspunkt der Studie war die Überprüfung von Wirkungsweisen der FE anhand einer strukturierten Methodik, die sich auf die von Marianne Fuchs entwickelten Grundelemente stützt.

Zu den zwei Fragenstellungen im Zusammenhang mit der Wirkungsüberprüfung werden eindeutig positive Tendenzen ermittelt. Nach der Durchführung von FE-Übungen berichtet der überwiegende Anteil der Kursteilnehmer eine Steigerung der Körperwahrnehmung und des Atemerlebens. Die sich anschließenden Untersuchungen zur ersten Hypothese zeigen dieses nochmal für den Bereich Spannungserleben. Hinsichtlich zeitlicher Parameter, wie sie zur zweiten Hypothese untersucht wurden, sind uneinheitliche Ergebnisse zu verzeichnen. Auch der Methodenvergleich, der für die Überprüfung der dritten Hypothese durchgeführt wurde, ist mit seinen Ergebnissen sehr inkonsistent. Durch abgeänderte Übungsauswahl konnten mittlere bis starke Effekte nachgewiesen werden. Diese Operationalisierung wurde aufgrund der vierten Hypothese vorgenommen. Bei der Gruppe, die Übungsanweisungen ohne explizite Anleitung zum Bodenkontakt bekommen hat, wurden durchgängig alle Items der Skala Körperwahrnehmung geringer bewertet als bei der Gruppe, die den Bodenkontakt mit einbezogen hatte.

Ergebnisbesprechungen

Die ersten beiden Fragestellungen und die erste Hypothese sind als vorbereitende Untersuchungseinheiten zu erklären. Es sollten dabei die in dieser Studie ausgewählten Skalen mit einer überwiegend deskriptiven Auswertung zum Tragen kommen. Die Skalen können auch als Verknüpfungspunkte zu den Grundelementen der FE angesehen werden. Die berechnete interne Konsistenz lag für die drei Skalen zwischen $\alpha = .53$ und $\alpha = .71$ und deutet auf eine geringe thematische Überdeckung der Items innerhalb der Skala. Dieser Aspekt sollte bei der weiteren Entwicklung des Fragebogens aufgegriffen werden.

Erste Fragestellung

Die überprüften Skalen zu Körperwahrnehmung, Atemerleben und Spannungserleben haben ihre Entsprechungen zu den Grundelementen in zusammengefasster Form. So steht die Körperwahrnehmungsskala für die Elemente Raum, Grenze und Halt. Das Element Raum findet sich bei Item 12 („Körperhöhlen, Löcher, Öffnungen) wieder. Halt hat seine Entsprechung in den Items 9 („Kontakt zum Boden, zur Unterlage"), 10 („Schwerkraft, Eigengewicht"), 11 („Skelett, Gerüst, Wirbelsäule") und 15 („Oberste, oberes, unteres Kreuz"). Der Grenze werden trotz Überlappungen mit den genannten Items am ehesten 9 und 10 gerecht. Die dargestellte Überschneidung der Grundelemente (Kapitel 2.2.5) erschwert die Generierung von trennscharfen Items, was für die bisher schlechte bis gerade annehmbare interne Konsistenz der Skalen spricht. Es stellt sich auch die Frage, ob es sinnvoll ist, eine pauschale Zusammenfassung der Elemente Halt, Raum und Grenze auf einer Körperwahrnehmungsskala vorzunehmen.

Zweite Fragestellung

Die gleiche Fragestellung ist für die Skalen Atemerleben und Spannungserleben zu stellen. Die Skala zum Atemerleben beinhaltet das Item 14 („Atemrhythmus") und die Items, die die Spielregeln abfragen: 16 („Alles nur 2-3 mal wiederholen") steht für die zweite, 17 („Nichts tun und nachspüren") für die dritte und Item 18 („Alles Empfinden, Entspannen, Bewegen im Aus(atem)) für die erste Spielregel. Das Item 13, das auch in Teilen dem Atemerleben zuzuordnen ist, fand keine Einbeziehung in die Atemerlebensskala wegen seiner Mehrfachbelegung durch andere Grundelemente der FE. Die berechnete interne Konsistenz lag für diese Skala ebenfalls im gerade annehmbaren Bereich mit $\alpha = .70$. Vom inhaltlichen Aspekt her erscheint diese Skala in den Items gut dargestellt. Entscheidend für die Bewertungsakzeptanz ist die Vermittlung der inhaltlichen Bezüge (Atemerleben und Spielregeln) während der Übungen. Bei der Betrachtung der Verteilungseigenschaften anhand von Box Plots ist für die dritte Stichprobe eine uneinheitliche Verteilung zu erkennen, im Besonderen bei Item 16, welches für die zweite Spielregel steht. Trotz hoch angelegtem Modus bei Skalenwert +2 befindet sich die Hauptverteilung unterhalb dieses Wertes. Die Items 14 und 18 weisen dagegen eine Hauptverteilung oberhalb des Modus auf. Für die vierte Stichprobe sind die Verteilungen gleichmäßiger ausgefallen (siehe auch Abbildung 4 und 5 im Anhang).

Hypothese 1

Die Spannungs- und Präsenzskala besteht aus der Vor- und Nachbefragung, die in der ersten Hypothese gegeneinander getestet wurden. Sie zeigten sowohl bei den errechneten Effekten als auch bei der internen Konsistenz geringe Einheitlichkeit. Bei der Überprüfung der Wirksamkeit wurde bei den gegeneinander getesteten Items 3 und 22 ein starker Effekt von $d = .88$ nachgewiesen. Auch die Items zur Konzentrationsabfrage und die Spannungs- und Präsenzskalen zeigten mittlere Effekte von $d = .60$ und $d = .61$. Diese Ergebnisse stützen somit die erste Hypothese. Lediglich die Items 1 (Vorbefragung: „Sind Sie schläfrig?") und 19 (Nachbefragung: „Wurden Sie schläfrig?) führten bei allen Untersuchungssettings zu inkonsistenten Ergebnissen. So wurde bei der Überprüfung der ersten Hypothese sogar ein Minuswert von $d = -.07$ ermittelt. Dieser Befund gibt an, dass die Teilnehmer nach den FE-Übungen schläfriger wurden. Die Betrachtung der Mittelwerte bestätigt dieses ebenfalls (siehe Tabelle 3).Die Schläfrigkeitsitems wurden invertiert. Konzentration und Ausmaß an Schläfrigkeit sollten Auskunft zur jeweiligen Vigilanz geben und damit den Status der „Präsenz" klären. Die Befunde zu den Items der Konzentration zeigten sich gegenläufig zu der „umkodierten Schläfrigkeit", was im Zusammenhang mit der Spannungs- und Präsenzrichtung nicht zu erwarten war. Es ist aufgrund der Ergebnisse davon auszugehen, dass die Konstrukte Konzentration und Schläfrigkeit wenig kongruent sind. Auch für das Spannungsempfinden ist eine eigene phänomenologische Ebene anzunehmen. Dieses kann eine Erklärung für die schlechte interne Konsistenz bei der Skala Spannungs- und Präsenzerleben sein. Für die Auswertung sind daher vorrangig die einzelnen Items zu betrachten.

Hypothese 2

Die Überprüfung von zeitlich bedingten Unterschieden in der Wirkungsbewertung ergab einen kleineren Effekt für das Atemerleben und einen mittleren Effekt für die Körperwahrnehmung. Erwartet wurden deutlich erkennbare Steigerungen der Wirkungsbewertung im Zusammenhang mit der Zeitdauer. Bei Item 9 (Bodenkontakt) bewerten die Teilnehmer der Zeitstufe 2 (2 – 4 Stunden) die Wirkung höher als die Teilnehmer der Zeitstufe 3 (4 – 6 Stunden). Dieses impliziert eine genauere Betrachtung der Operationalisierung bei der Datenerhebung sowie das Überprüfen der Berechnungsgrundlage. Als erster Schritt könnten die zeitlichen Abstufungen anders eingeteilt werden. Für

die Zeitstufe 1 (0 – 2 Stunden) wurde eine Stichprobe hinzugefügt, die im Zusammenhang mit dem Methodenmix aus Stichprobe 1 ungünstige Bedingungen mitbrachte. Die Teilnehmer hatten vor dem dreiviertelstündigen FE-Angebot schon drei andere Entspannungsverfahren erprobt. Eine genauere Betrachtung zu diesem Aspekt folgt bei der Besprechung zur dritten Hypothese. Die Stichprobe für die Berechnungen der zweiten Hypothese bestand aus unterschiedlich großen Teilstichproben, in Zeitstufe 1 (N = 28), in Zeitstufe 2 (N = 113) und in Zeitstufe 3 (N = 45). Die beschriebenen Erhebungsumstände bringen rechnerisch nicht kontrollierbare Konfundierungen mit sich. Für weitere Untersuchungen zeitlicher Einflüsse auf die Wirkung sollten bei der Auswahl der Untersuchungseinheiten folgende Voraussetzungen gegeben sein: möglichst gleich große Teilstichproben, differenzierte Zeitabstufungen und FE als einziges Übungsangebot für die Teilnehmer. Übungsanzahl, Intensitätsempfinden und differenziertere Zeiteinteilungen könnten bei weiteren Untersuchungen zu zeitlich bedingten Auswirkungen bedacht werden.

Hypothese 3

Bei Untersuchung der ersten Stichprobe stellte sich heraus, dass die vorgenommenen Operationalisierungen bereits verschiedene Konfundierungen enthielten. Bei vier hintereinander angebotenen Methoden in einem Zeitraum von 2 bis 3 Stunden durchdringen sich die Effekte in nicht mehr nachmessbarer Weise, wie z.B. die Entspannungsreaktion, die schon mit der Vorübung angelegt wurde. Eine weitere Schwierigkeit ergibt die Verwendung desselben Fragebogens ohne Abstimmung auf die jeweilige Methode. Eine Abfrage zu den Spielregeln ist nur für die FE relevant. Ebenso schienen weitere Items, die den Grundelementen der FE zugeordnet sind, nicht adäquat für die Beantwortung nach Durchführung der anderen Methoden. Dieses zeigte sich auch an den vielen Ausfällen bei einzelnen Items.

Der Methodenvergleich ist bei der Wirksamkeitsüberprüfung therapeutischer Methoden eine wichtige Komponente, die aber mit bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden sollte. Jede Methode bedarf einer eigenen Stichprobe, diese aber in vergleichbarer Zusammensetzung, und entsprechende Durchführungsweisen bezogen auf Übungsauswahl und zeitliche Rahmen. Bei den Erhebungsinstrumenten sollte die Balance zwischen gemeinsamen und spezifischen Elementen einer jeden Methode gewährleistet sein.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden nur Untersuchungen bei Gruppenangeboten vorgenommen. Die FE und viele andere körpertherapeutische Methoden haben einen Schwerpunkt in der Einzeltherapie, welche in ihrer Wirksamkeitsüberprüfung andere Voraussetzungen benötigt als die Gruppenangebote. Zwischen diesen therapeutischen Settings wären auch Vergleiche bzw. Unterscheidungen als Untersuchungsgegenstand denkbar.

Hypothese 4

Hier zeigten sich sehr eindeutig Effekte durch die vorgenommenen Operationalisierungen. Vor allem bei den Items zum Bereich Körperwahrnehmung wirkte sich die Manipulation durch Weglassen des Elementes Bodenkontakt z.T. mit mittleren bis starken Effekten aus. Für die Items zu den Bereichen Atemerleben und Spannungserleben waren mehr kleinere bis mittlere Effekte zu verzeichnen. Hier sind Hinweise auf die Umsetzung der Grundelemente als Wirkungsentitäten in Betracht zu ziehen. Das Spüren in Bezug zu Boden oder Unterlage, hier als Bodenkontakt zusammengefasst, ist ein wichtiges Element für die Körperspürebene und wird zu einem großen Anteil über die Propriozeption ermöglicht. Der Verzicht auf diesen Spürbereich bewirkt für den gesamten Bereich der Körperwahrnehmung eine Verringerung der Intensität. Übungsvariationen dieser Art können Ausgangspunkt für weitere Forschungssettings sein und bei weiteren Fragebogenentwicklungen zur Generierung trennschärferer Items dienen.

Anregungen für weitere Forschung

Zahlreiche Studien zur FE befassen sich mit deren Wirksamkeitsüberprüfung im Zusammenhang mit psychosomatischen und psychischen Krankheitsbildern. In der hier vorliegenden Studie wird hingegen die Wirksamkeit bei nicht klinischen Stichproben untersucht, um den klinischen Untersuchungen weitere Vergleichsanhaltspunkte zu geben. FE bietet präventive Konzepte für stressgeneigte Berufe wie Lehrer oder den Berufsmusiker, der für das Instrumentalspiel ein hochkomplexes neurologisch physiologisches Zusammenspiel der Muskulatur hervorbringen muss. Hier sind nicht selten Verschleißerscheinungen und neurologische bedingte Überreizungen anzutreffen (Bangert & Altenmüller, 2003). Es liegen Studien über die FE als Entspannungsverfahren vor, die expliziten

Wirkungselemente sind jedoch bisher seltener untersucht worden. Das gezielte Einsetzen etwa der Übungsauswahl (vierte Hypothese) verändert die anschließende Wirksamkeitsbeurteilung deutlich. Die Forschung zur Entspannungsreaktion mit einem physiologisch-neurologischen Schwerpunkt könnte als Erweiterung das psychische Erleben mit aufnehmen. Die hier eingesetzten Fragebögen enthielten teils trennscharfe Items, die von den Probanden auch gut angenommen wurden. Die bisher eingesetzten Konstrukte zum Spannungs- und Präsenzerleben bedürften einer Überprüfung und einer Neuausrichtung, gegebenenfalls auch in Zusammenhang mit einem „Entspannungsreaktionserleben". Die hier erörterte Untersuchungsmethodik lässt sich auf weitere Verfahren wie Beobachtung, Interview und Messung physiologischer Parameter ausweiten. Das Fragebogensystem AT-EVA von Krampen (1991) beinhaltet weitere Bögen, die zu verschiedenen Zeitpunkten eines Therapieverlaufes bzw. der Lernphase eines Entspannungsverfahrens zum Einsatz kommen können. Dieses System könnte Anhaltspunkte geben für weitere Fragebogenentwicklungen zur Wirksamkeitsüberprüfung der FE.

Fazit

Mit dieser Studie wurden verschiedene Wirkungsaspekte der Funktionellen Entspannung untersucht. Das Erlernen dieser Methode kann Lebensqualität ermöglichen, die sich aus positiv erlebter Körperlichkeit speist und psychisches Erleben wiederum positiv beeinflusst (Frank, 2011). Sie bedient sich sehr einfacher Mittel, um eine Wirkung zu erlangen. Kleinste kreisende und rotierende Bewegungen an allen dem Bewusstsein zugänglichen Gelenken zusammen mit passiv entströmendem Atem bringen den Übenden einer Entspannungsreaktion ein Stück näher. Auch bei psychosomatischen Krankheitsbildern sind Verbesserungen der Symptome sowie die Förderung der Krankheitsakzeptanz zu verzeichnen (Sokoliuk & Loew, 2003). Die über FE verstärkte Propriozeption bewirkt eine Veränderung von Körperbild und Körperschema und kann wiederum für psychische Komponenten wie Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle förderlich sein (Frank, 2011). Durch ihre strukturierte Methodik gibt die FE der Psychotherapieforschung Anhaltspunkte, um die Wirkungszusammenhänge körpertherapeutischer Verfahren genauer zu untersuchen. Diesen Fundus gilt es auszuweiten.

Für die Printausgabe von Theorie & Praxis ist die Arbeit gekürzt. Die Gesamtfassung finden Sie auf der A.F.E. – Webseite unter https://afe-deutschland.de/studie-fe-reiners/ als pdf-Download. Dort ist auch das Literaturverzeichnis zu finden.

Autor*innen

Montanari, Ida	Studentin der Humanmedizin an der Universität Regensburg, Doktorandin an der Abteilung für Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Regensburg, Stipendiatin bei der A.F.E. JT 2018 c/o Universitätsklinik Regensburg, Abtl. Psychosomatische Medizin Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Ida.Montanari@stud.uni-regensburg.de www.uniklinikum-regensburg.de/kliniken-institute/Psychosomatische_Medizin/
Redel, Marie-Louise	Supervisiorin DGSv, ECP, Konzentrative Bewegungstherapeutin, (HPG), Lehrbeauftragte an der Alice Salomon Hochschule Berlin, tätig in Fort- und Weiterbildung, Physiotherapeutin, seit 1997 eigene Praxis, seit 2001 Erfahrung mit der Arbeit im Zentrum Überleben gGmbH (Früher Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin e.V.) Grolmanstraße 23, 10623 Berlin, mlredel@gmx.de, www.mlredel.de
Reiners, Inés Maria	B.Sc. Psychologie, staatl. anerkannte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin, Sängerin: langjährige therapeutische und lehrende Tätigkeiten im sprachtherapeutischen Bereich mit den Schwerpunkten Stimme / Singstimme sowie Atemtherapie; aktuell als Psychologin in einem Wohngruppenprojekt für essgestörte junge Frauen. Neue Str. 21A, 30974 Wennigsen ines.reiners@htp-tel.de
Sollmann, Ulrich	therapeutische Arbeit als Körperpsychotherapeut in eigener Praxis in Bochum seit 1978, Lehr- und Vortragstätigkeit u.a. mit dem Schwerpunkt Körpersprache und nonverbale Kommunikation, Tätigkeit in der Weiterbildung von Psychotherapeutinnen (Lehranalyse, Supervision und Theorieseminare) als auch als Berater und Coach von Politikern und Führungskräften. Vortragstätigkeit, Blogger und Buchautor. Seit einigen Jahren regelmäßig tätig in China Höfestraße 87, 44801 Bochum, info@sollmann-online.de, www.sollmann-online.de

von Arnim, Angela, Dr. med.	Fachärztin für Innere u. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in eigener Praxis, Körperpsychotherapeutin, Dozentin, Lehrtherapeutin und Supervisorin am Institut für Psychotherapie Potsdam mit dem Schwerpunkt psychodynamische Körperpsychotherapie, Forschungs- und Publikationsthemen: Subjektive Anatomie, Körperbilddiagnostik, Körperbild-Skulptur-Test, Lehrbeauftragte der A.F.E. Viktoria-Luise-Platz 8, 10777 Berlin psychosomatik-dr.a.v.arnim@web.de
Willach-Holzapfel, Anna	Körperpsychotherapie (HPG) und Traumatherapie, seit 1983 in eigener Praxis. Kliniktätigkeit. Einzel- u. Gruppentherapie, Supervision, Fortbildung, Veröffentlichungen. Integration verschiedener traumatherapeutischer Ansätze: Somatic Experiencing, Psychodynamisch Imaginativer Traumapsychotherapie, Arbeit mit Ego States und dissoziativen Prozessen, EMDR Deidesheimer Str. 1, 14197 Berlin a.willachholzapfel@gmail.com www.willach-holzapfel.de
Wittmann, Hubert	Biberstraße 9a, 92637 Weiden fe@hubertwittmann.de www.funktionell-entspannen.de

ISSN 1617 - 9374

Mitglieder der A.F.E. erhalten ein Exemplar des Heftes kostenlos.
Weitere Exemplare können bei der Geschäftsstelle zum Preis von 5 Euro plus Portogebühren erworben werden.
Die neueren Theorie-Hefte sind unter www.afe-deutschland.de herunterzuladen.

Texte

Für den Inhalt der Beiträge tragen die AutorInnen selbst die Verantwortung

Redaktion und Gestaltung

Petra Saltuari, Regine Wosnitza

Konzeption

COXORANGE Kreative Gesellschaft

Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung e.V.
Bülowstraße 52/A6
10783 Berlin
030 - 38106556
info@afe-deutschland.de