

## Nähe in Zeiten des Abstands

- |                        |   |
|------------------------|---|
| HANS PETER<br>DREITZEL | Andere Zeiten – Zeitgemäße Gedanken zu Corona und anderen Pandemien                         |
| LEENA PETERSEN         | Schöpferische Relationalität – Über das Dazwischen in der Gestalttherapie                   |
| URSULA SCHORN          | Der Leib als Erkenntnisorgan– Phänomenologische Prinzipien im therapeutischen Handlungsfeld |
| RUTH REINBOTH          | Gestalt trifft Levinas – Unverfügbarkeit oder das Antlitz des Anderen                       |
| SYLVIA F. CROCKER      | Dramatische Gestalt-Traumarbeit   |
| CHRISTIAN FUCHS        | Gestalttherapie, Trauma und Polyvagaltheorie – Arbeiten mit autonomen Körperreaktionen      |
| OTTO GLANZER           | Zur Lage der Forschung  |
| ALBRECHT BOECKH        | Die soziale Funktion des Selbst   |



Editorial	1
<b>Nähe in Zeiten des Abstands</b>	
HANS PETER DREITZEL	
Andere Zeiten	3
Zeitgemäße Gedanken zu Corona und anderen Pandemien	
LEENA PETERSEN	
Schöpferische Relationalität	25
Über das Dazwischen in der Gestalttherapie	
URSULA SCHORN	
Der Leib als Erkenntnisorgan	39
Phänomenologische Prinzipien im therapeutischen Handlungsfeld	
RUTH REINBOTH	
Gestalt trifft Levinas – Unverfügbarkeit oder das Antlitz des Anderen	53
SYLVIA FLEMING CROCKER	
Dramatische Gestalt-Traumarbeit	62
CHRISTIAN FUCHS	
Gestalttherapie, Trauma und Polyvagaltheorie	86
Arbeiten mit autonomen Körperreaktionen	
<b>Aus der Forschung</b>	
OTTO GLANZER	
Zur Lage der Forschung	110
ALBRECHT BOECKH	
Die soziale Funktion des Selbst	114
Gestalttherapeutische Perspektiven der Theorie-Entwicklung und der empirischen Forschung	
<b>Stimmen aus dem Feld</b>	
OLIVER BAIOTTO	
So fern und doch nahe?!	126
Eine Vermessung	
<b>Nachruf</b>	
Roger Trenka-Dalton	130
<b>Rezensionen</b>	133
<b>AutorInnen</b>	138
<b>Termine</b>	140
<b>LeserInnenbriefe</b>	142

Umschlagbild:  
Nicholas Gray  
»Ohne Titel«  
*Reflexion einer Flussbrücke*

»GESTALT THERAPIE« /  
Abstracts  
Eine kontinuierlich aktualisierte  
Übersicht über alle Artikel aus der  
Zeitschrift GESTALT THERAPIE  
seit der Ausgabe 1/1987 mit Ab-  
stracts und Schlüsselbegriffen ist  
abrufbar über:  
[www.zeitschrift-gestalttherapie.de/](http://www.zeitschrift-gestalttherapie.de/)

#### Herausgeberin

Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie e.V. (DVG) *Dachverband für Gestalt-  
therapeutInnen und Gestaltinstitute in der Bundesrepublik Deutschland*  
Grünberger Straße 14, D-10243 Berlin  
Tel. 030 / 74 07 82 84, Fax 030 / 74 07 82 85  
[info@dvg-gestalt.de](mailto:info@dvg-gestalt.de), [www.dvg-gestalt.de](http://www.dvg-gestalt.de)

#### Vorstand

Sibylle Ahlbrecht, Frank Köhler,  
Dr. Hella Gephart

#### Redaktion

Dr. Albrecht Boeckh (verantwortlich),  
Josta Bernstädt, Dr. Leena Petersen,  
Prof. Dr. Thomas Schübel, Rosemarie Wulf

#### Koordination und Endlektorat

Monika Hassenkamp

#### Anschrift der Redaktion

Dr. Albrecht Boeckh  
Dorfstraße 35, 72119 Ammerbuch  
[redaktion@zeitschrift-gestalttherapie.de](mailto:redaktion@zeitschrift-gestalttherapie.de)  
[www.zeitschrift-gestalttherapie.de/](http://www.zeitschrift-gestalttherapie.de/)

#### Anschrift des Verlages

Edition Humanistische Psychologie EHP  
Postfach 1460 · D-58259 Gevelsberg  
Tel.: +49-(0)2332-666-4207 · Fax: -4209  
[bestell@ehp-koeln.com](mailto:bestell@ehp-koeln.com) · [www.ehp-verlag.de](http://www.ehp-verlag.de)  
Anzeigenverwaltung beim Verlag

#### Erscheinungsweise und Abonnement

Die Zeitschrift erscheint zweimal im Jahr. Der Abonnementpreis beträgt € 25,- /  
Einzelheft € 15,- zzgl. Versandkosten. Mitglieder der DVG erhalten die Zeitschrift  
im Rahmen ihres Jahresbeitrages kostenlos.  
Bestellungen bitte an den Verlag; Abbestellungen sind zum Jahresende unter  
Einhaltung einer dreimonatigen Frist möglich.

*Wir bitten um rechtzeitige Mitteilung von Adressenänderungen!*

Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, Nachdrucke sind nur mit schrift-  
licher Genehmigung und ausführlicher Quellenangabe zulässig. Mit Verfasser-  
namen veröffentlichte Beiträge decken sich nicht unbedingt mit der Meinung  
der Redaktion.

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe zu kürzen. Für unverlangt eingesandte  
Manuskripte wird keine Haftung übernommen.

Redaktionsschluss jeweils 1. Februar und 1. August

Die Zeitschrift wird ausgewertet von: [www.psyndex.de](http://www.psyndex.de)

#### Herstellung

Layout: MarktTransparenz Uwe Giese, Berlin  
Gedruckt in der EU

ISSN 0933 - 4238

# Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Nähe in Zeiten des Abstands ist ein Phänomen, mit dem wir uns als GestalttherapeutInnen neu befassen müssen. Nähe hat noch einige Facetten in unserer Wahrnehmung hinzugewonnen, auch Abstände müssen wir neu erkunden lernen. Die Frage bleibt, wie sich das Zeitgeschehen auf unsere Beziehungsgestaltung auswirken mag.

Dieses Heft besteht aus Beiträgen, die zu großen Teilen in dieser Zeit entstanden sind, und teilweise durch den Zeitgewinn geschrieben werden konnten, teilweise auf die Thematik explizit Bezug nehmen.

Der erste Beitrag ist entstanden als eine Reaktion auf den im letzten Heft von Norbert Prinz abgedruckten Beitrag *Psychotherapie im Angesicht der ökologischen Katastrophe*. **Hans Peter Dreitzel** untersucht in seinem Artikel den heutigen Zustand unserer Welt anhand der katastrophalen Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte. In seiner Analyse und seinen Kommentaren dazu, die nicht nur die Pandemie, sondern auch die gefährlichen Prozesse in so vielen Bereichen der Welt im globalen, aber auch im persönlichen Leben der Menschen betreffen, wird die Bedrohung fast unerträglich deutlich, und auch die Notwendigkeit eines Bewusstseinswandels, denn »Unsere Zeit läuft ab, wird mit jedem Tag knapper.«

Ausgehend von einem Verständnis der systematischen Ästhetik betrachtet **Leena Petersen** den Bereich des Relationalen, des Dazwischen einer therapeutischen Begegnung. Hier findet sie Möglichkeiten für eine ganzheitliche Vermittlung zwischen Verstand, Vernunft und den Sinnen. Mit dem Begriff der Resonanz wird das Dazwischen auf seine verschiedenen leiblichen

Ebenen unseres Wirklichkeitsbezuges verwiesen. Anhand ihrer ausführlichen Fallbeschreibung können wir diesen Weg der therapeutischen Begegnung verfolgen.

Wie ist es möglich, dass durch den Körper als bewegtem Ausdrucksraum jenseits von Sprache Erkenntnisprozesse möglich werden? Dieser Frage geht **Ursula Schorn** als Tanz- und Gestalttherapeutin nach. Die Antworten findet sie vor allem bei Merleau-Ponty und den Ergebnissen der Forschung von Daniel Stern. An einer Partnerarbeit macht sie deutlich, wie ein Wandel im emotionalen Erleben möglich wird, wenn sich zwei Personen durch Resonanz und Spiegeln und durch inneres Spüren in ihren Bewegungsprozessen im Tanz leiten lassen.

**Ruth Reinboth** geht in ihrem Beitrag der phänomenologischen Erforschung von Levinas über das Antlitz des Anderen nach. Sie verfolgt die sich daraus ergebenden Fragen und ihre möglichen Konsequenzen für die Gestalttherapie bis in unsere Gegenwart.

**Sylvia Crocker** ermutigt uns, mit Hilfe der dramatischen Methoden an Träumen zu arbeiten, die sie »als Manifestation der Fähigkeit des Organismus zur Selbstregulation« und »sein Bestreben, alles in seiner Erfahrung in ein funktionales Ganzes zu integrieren« versteht. Nach einem theoretischen Überblick stellt sie ausführlich ihre Methode dar, in der sie uns Einblick in mehrere ihrer Traumarbeiten in Gruppen gibt.

In **Christian Fuchs'** Artikel geht es um die Nutzbarmachung der Polyvagaltheorie für eine praktische Anwendung in der gestalttherapeuti-

schon Arbeit. Der Artikel zielt anhand einer Einführung in die Theorie sowie mit Beispielen aus der Praxis insbesondere auf ein Verständnis von autonomen Körperreaktionen in der Begleitung von Traumata und bietet für deren Therapie mögliche Hilfestellungen.

Die beiden folgenden Artikel widmen sich der Forschung:

In dem Bericht von **Otto Glanzer** über die – nunmehr schon zum 4. Mal veranstalteten Forschungstagungen – lesen wir von der enttäuschenden Lage der Forschung, die im Vergleich zu anderen Therapierichtungen viel zu spät Wirkungs- und Prozessforschung als Teil der Etablierung der Gestalttherapie eingesetzt hat. Es ist aber auch erfreulich zu berichten, dass die Vernetzung der an Forschung interessierten Gestalttherapeuten und auch die Ideen zu deren Organisation zur Verbreitung zugenommen haben.

**Albrecht Boeckh** beschreibt in seinem Artikel die mögliche Erweiterung der gestalttherapeutischen Theorie der Funktionen des Selbst um (s)eine soziale Funktion. Diese wird von ihm als sinnvoller und essenzieller Schritt zur dif-

ferenzierteren Erforschung der methodischen und klinischen Effektivität der Gestalttherapie vorgestellt.

In der Rubrik »Stimmen aus dem Feld« stellt **Oliver Baiocco** die neue Arbeitsgemeinschaft »Digitale Transformation und Online-Therapie« der DVG vor. In seiner Ankündigung wirft er einen kritischen Blick auf die zeitgenössische Entwicklung der Digitalisierung. Die AG soll entsprechend den Fragen nachgehen, inwieweit sich Gestalttherapie im Rahmen der neuen Medien theoretisch und praktisch verändern könnte oder müsste.

Damit endet diese Ausgabe mit einer noch unsicheren Aussicht auf die Formen von Nähe und Abstand, die uns die Zukunft bringen, festlegen und ermöglichen wird.

Mit diesem Heft begrüßen wir Prof. Dr. Thomas Schübel als neues Redaktionsmitglied. Wir freuen uns sehr, dass wir ihn für die Zusammenarbeit gewinnen konnten!

Für die Redaktion

LEENA PETERSEN UND ROSEMARIE WULF

CHRISTIAN FUCHS

# Gestalttherapie, Trauma und Polyvagaltheorie

## Arbeiten mit autonomen Körperreaktionen

Dieser Artikel beschreibt die Möglichkeit einer praktischen Umsetzung der Polyvagaltheorie in der gestalttherapeutischen Arbeit. Die Konzepte der Polyvagaltheorie werden erläutert und zur Gestalttherapie in Beziehung gesetzt. Es wird gezeigt, wie die Theorie durch die spezifischen Möglichkeiten der Gestalttherapie erfolgreich in der Praxis therapeutisch eingesetzt werden kann. Praxisbeispiele demonstrieren die Anwendung.

*Schlüsselbegriffe:* Polyvagaltheorie, Gestalttherapie, Trauma, Nervensystem, Körperarbeit

**Gestalt Therapy, Trauma and Polyvagal Theory – Working with Autonomous Body Reactions.** This article describes how the Polyvagal Theory can actually be put into practice in Gestalt therapy. The concepts of the Polyvagal Theory are explained and related to Gestalt therapy. The author shows how the theory can be successfully used in practice therapeutically based on the specific Gestalt approach. Practical examples demonstrate the application.

*Key terms:* Polyvagal Theory, Gestalt therapy, trauma, nervous system, body-work

### Vorwort

Es gibt kaum eine Therapieform, die geeigneter wäre, die Erkenntnisse der Polyvagaltheorie in die Praxis umzusetzen, als die Gestalttherapie. Es geht in diesem Artikel aber nicht um die Integration einer neuen Theorie in die Gestalttherapie, sondern um die Schaffung einer Verständnisgrundlage, wie im gestalttherapeutischen Prozess gezielt mit autonomen Körperreaktionen gearbeitet werden kann. Gerade beim erlebnisorientierten Vorgehen der Gestalttherapie sind diese autonomen Körperreaktionen sehr häufig zu beobachten und können gezielt für die Integration von traumatischem Erleben eingesetzt werden.

Die Polyvagaltheorie stellt ein Theoriegebäude vor, das autonome Körperreaktionen in ein Erklärungsmuster einbettet. Insbesondere in der Arbeit am Trauma, aber auch bei anderen seelischen Themenstellungen sind es zu einem nicht unerheblichen Teil diese unwillkürlichen Reaktionen, die in der Folge zu massiven Schwierigkeiten der Affektkontrolle wie Angst- und Panikattacken, Flashbacks, Depressionen, psychosomatischen Problemen und dissoziativen Symptomen führen. Betroffene sind diesen organismischen Reaktionen oft hilflos und ohnmächtig ausgeliefert. Diese auf einer Reaktion des



Christian Fuchs

autonomen Nervensystems basierenden Symptome treten nicht nur im Alltag, sondern meist in etwas abgeschwächter Form auch in Therapiesitzungen auf, wo sie sich häufig im Zusammenhang mit Kontaktunterbrechungen zeigen. Werden Betroffene an diesem Punkt bei der Regulation ihrer organismischen Reaktionen unterstützt, kann sich dies sehr förderlich auf den gestalttherapeutischen Prozess, die Auflösung der Kontaktunterbrechung und die Integration traumatischer Inhalte auswirken.

Trauma ist in dem hier zugrunde liegenden Verständnis in erheblichem Maße eine Überlebensreaktion des Organismus. Diese Überlebensreaktion wird zunächst durch bedrohliche und lebensbedrohlich empfundene Ereignisse in der Biografie von Betroffenen ausgelöst (Porges 2010, 290). Das Trauma bewirkt, dass in der Folge diese zum Teil sehr starken Überlebensreaktionen auch in Situationen aufgerufen werden, in denen eigentlich keine Bedrohung vorliegt, und dann in diesem Kontext dysfunktional erscheinen. Der Organismus bleibt in der traumatischen Situation stecken, indem er häufig und stark mit Defensivreaktionen reagiert. Im Trauma ist die Welt kein sicherer Ort mehr. Diese Sichtweise erweitert die medizinische Definition von Trauma. Trauma in dem hier dargestellten Verständnis sollte in der Ätiologie vieler psychiatrischer Diagnosen mitberücksichtigt werden. Das schließt dann auch Themenstellungen ein, die sonst nicht von der medizinischen Diagnostik erfasst werden, weil sie nicht diagnostischen Kriterien entsprechen. Trauma wird hier im Wortsinn als Verwundung verstanden. Die Größe der Verwundung wird primär durch das Empfinden der Betroffenen bestimmt und nur sekundär durch objektivierbare Kriterien. Durch diese Festlegung wird das, was unter einem Trauma verstanden wird, keinesfalls beliebig. Trauma wird nun durch das Maß der individuellen Verletzlichkeit bestimmt, und die immer noch unterschätzten physiologischen Folgen seelischer Verletzungen geraten vermehrt in den Fokus.

Bei der Suche nach Ursachen für eine traumatische Problematik wird man meist in der Biografie der Betroffenen fündig. Frühe Geburt und Krankenhausaufenthalte, körperlicher wie seelischer Missbrauch, Vernachlässigung, Unfälle, sexualisierter Missbrauch, Mobbing, psychische Erkrankungen der Eltern, transgenerationale Traumatisierung, strukturelle Gewalt und vieles andere mehr lassen sich mit organismischen Defensivreaktionen, wie sie von der Polyvagaltheorie beschrieben werden, in Zusammenhang bringen (vgl. Fuchs 2019, 29 ff.). Die Polyvagaltheorie ist eine medizinisch-naturwissenschaftliche Theorie, die menschliches Verhalten und menschliches Sein im Rahmen messbarer Kriterien zu fassen sucht. Wie viele andere naturwissenschaftliche Theorien reduziert die Polyvagaltheorie den Menschen auf seine biologischen Funktionen. Obwohl die Polyvagaltheorie ein bidirektionales Verhältnis zwischen mentalen Prozessen und unwillkürlichem Verhalten postuliert, geht sie nicht

näher auf dieses Zusammenspiel ein und bleibt im Rahmen eines biologischen Erklärungsmusters. Dieser naturwissenschaftliche Reduktionismus lässt wichtige Wirkmechanismen, die für eine erfolgreiche therapeutische Anwendung der Polyvagaltheorie notwendig sind, außer Acht.

Die hier vorgestellte praktische Umsetzung der Polyvagaltheorie geht immer wieder ›bottom up‹ vor, d. h. es werden Körperempfindungen als Ausgangspunkt für Veränderungsprozesse in den Mittelpunkt gestellt, statt ›top down‹, ausgehend von mentalen Prozessen, in Richtung Empfinden zu arbeiten. Die Rhythmisierung zwischen ›top down‹ und ›bottom up‹ ist entscheidend für die Wirksamkeit der hier beschriebenen Interventionen im Rahmen der therapeutischen Arbeit. Sowohl für das zentrale Konzept der Sicherheit als auch für die Rhythmisierung der Interventionen gibt es in der Polyvagaltheorie Erklärungsansätze. Diese sind aber für die therapeutische Arbeit nicht ausreichend ausgeführt, denn die klinische Anwendung gehört auch explizit nicht zum Forschungsgebiet der Polyvagaltheorie. Der bislang erfolgreichste Ansatz, dieses Vakuum zu füllen, ist die Methode des Somatic Experiencing von Peter Levine. Doch auch diese Methode argumentiert primär naturwissenschaftlich und setzt das Vorhandensein von wesentlichen Wirkfaktoren erfolgreicher Therapieverläufe mehr oder weniger als gegeben voraus. Begriffe wie Sicherheit, dialogischer Raum, leibliches Zwischen, Umfeld, Phänomen, Existenz, Hier und Jetzt, die für die gestalttherapeutische Arbeit wesentlich sind, sprengen die Grenzen naturwissenschaftlichen Denkens und werden folglich nicht konzeptualisiert, obwohl sie maßgeblich zur Wirksamkeit des Somatic Experiencing beitragen.<sup>1</sup>

Für die Polyvagaltheorie ist ganzheitlich empfundene Sicherheit die *conditio sine qua non*, um traumatisch ausgelöste Defensiv- und Verteidigungsreaktionen des Organismus der Situation angemessen zu regulieren. Der von Lore Perls geprägte gestalttherapeutische ›Ostküstenstil‹ mit seiner phänomenologisch-dialogischen Grundausrichtung, seiner existenzphilosophischen Verwurzelung und seiner Betonung des subjektiven Erlebens im Hier und Jetzt (vgl. Perls & Rosenblatt 1997) steht für eine therapeutische Ausrichtung, bei der die Interventionen zur Regulation des autonomen Nervensystems ihre Wirkung entfalten können. Im leiblich-dialogischen ›Zwischen‹ können die sicheren Räume entstehen, die eine Regulation der organismischen Defensivreaktionen erlauben. Dies macht die Gestalttherapie in der Arbeit am Trauma auch ohne den Hintergrund der Polyvagaltheorie so erfolgreich. Umgekehrt bestätigt die Polyvagaltheorie den ›Ostküstenstil‹ der Gestalttherapie für die Arbeit am Trauma.

**Gestalttherapeuten<sup>2</sup>** können die Polyvagaltheorie nutzen, um die Arbeit mit dem Erleben im Hier und Jetzt gezielter zu strukturieren. Die Polyvagaltheorie bietet einen Rahmen, der genuin gestalttherapeutisches Handeln theoretisch und empirisch fundieren kann und

- <sup>1</sup> Der hier beschriebene Arbeitsstil ist maßgeblich durch Somatic Experiencing beeinflusst.
- <sup>2</sup> Im Text sind immer beide Geschlechter angesprochen. Die Geschlechter werden daher im Wechsel verwendet und als austauschbar angesehen. Dies geschieht auch im Bewusstsein, dass ›männlich‹ und ›weiblich‹ letztlich gesellschaftlich und kulturell normierte Extreme geschlechtlichen Lebens markieren, zwischen denen sich Geschlechtlichkeit auch im Widerstand gegen diese Normen abspielt und Therapieverläufe beeinflusst. Nicht zuletzt ist Geschlechtlichkeit ein häufiger Ausgangspunkt von Traumatisierungen. Falls sich Geschlechterdifferenzen negativ bemerkbar machen, kann ihre Überwindung zu einem wichtigen Bestandteil in der Arbeit am Trauma werden.

praktisches Handeln weiter schärft. Viele gängige Interventionen werden in ihrer Wirkungsweise für Therapeuten besser verständlich. Gleichzeitig kann die Polyvagaltheorie das Spektrum der Interventionen für die Arbeit am Trauma erweitern. Der holistische und facettenreiche Ansatz der Gestalttherapie wirkt dabei dem naturwissenschaftlichen Reduktionismus der Polyvagaltheorie entgegen. Auf dieser Basis können andernfalls unverständliche autonome Körperreaktionen in ein Erklärungsmodell gebettet werden. Erst im Zusammenspiel mit der Gestalttherapie kann die Polyvagaltheorie ihr wirksames therapeutisches Potenzial entfalten.

### **Trauma und das autonome Nervensystem**

Der amerikanische Psychiater und Forscher Stephen Porges ist der Begründer der Polyvagal-Theorie. Es handelt sich um eine Theorie des autonomen Nervensystems, die das Verständnis von Trauma und menschlichem Verhalten erweitert. Die Reaktionen des autonomen Nervensystems werden in der Polyvagaltheorie als ein Versuch des Organismus gelesen, adaptiv auf die Anforderungen der Umwelt zu reagieren. Im gestalttherapeutischen Sinn stellen sie eine kreative Anpassung dar. Die Polyvagaltheorie beschreibt traumatische Reaktionen primär nicht als dysfunktionale Symptome, sondern als Versuche des Organismus auf eine subjektiv wahrgenommene Bedrohung zu reagieren, um zu überleben (Porges 2010). Die Polyvagaltheorie bezieht evolutionsbiologische, neurophysiologische, neuroanatomische, psychologische und klinische Aspekte mit ein (van der Kolk 2010, 10). Sie ist wie eine Landkarte, mit deren Hilfe eine Positionsbestimmung des physiologischen Zustands Betroffener vorgenommen werden kann. Die Polyvagaltheorie steht dabei zur Wirklichkeit im selben Verhältnis wie die Landkarte zur realen Landschaft. Sie erklärt, wie der physiologische Zustand unsere Handlungsoptionen und kognitiven Fähigkeiten beeinflussen und auch beschränken kann. Trauma wird in der Perspektive der Polyvagaltheorie zu einem Phänomen, dem besonders zu Beginn des therapeutischen Prozesses mit der Arbeit an autonomen Defensivreaktionen des Organismus begegnet werden sollte. Diese autonomen Defensivreaktionen haben für Betroffene oft weitreichende negative Folgen und stellen vielfach die Grundlage für die klinisch beobachtbare Symptomatik dar (ebd., 13). Zusätzlich entsteht durch die Polyvagaltheorie ein erweiterter Deutungshorizont für Betroffene und Therapeutinnen, der es ermöglicht, dem als irrational empfundenen Erleben Sinn zuzuschreiben. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass die Polyvagaltheorie nur eine von mehreren Perspektiven ist, die erforderlich sind, um dem Phänomen des Traumas gerecht zu werden. Ohne das Verständnis biografischer, familiärer, gesellschaftlicher, psychologischer und weltanschaulicher Zusammenhänge bleibt die naturwissenschaftliche Sicht der Polyvagaltheorie auf Trauma lückenhaft (vgl. Fuchs 2019).



## Die Polyvagaltheorie

Dieser Artikel versucht der gestalttherapeutischen Arbeit mit autonomen Körperreaktionen einen theoretischen Hintergrund zu geben und versteht die Polyvagaltheorie als eine Ergänzung zum gestalttherapeutischen Handlungsrepertoire. Körperorientiertes Arbeiten gehört schon immer zur gestalttherapeutischen Arbeit (vgl. Kepner 2005; Richter 2011; Seuberling 2019). Jedoch kann mit Hilfe der Polyvagaltheorie ein besseres Verständnis in Bezug auf Auswahl, Wirksamkeit und Timing bestimmter Interventionen in konkreten Situationen geschaffen werden.

Die Polyvagaltheorie fußt auf den drei Organisationsprinzipien Hierarchie, Neurozeption und Co-Regulation (Dana 2019, 20). Es wird eine Hierarchie von drei grundlegenden Reaktionspfaden postuliert: soziale Kommunikation, Mobilisation und Immobilisation. Der Organismus wählt den jeweiligen Reaktionspfad in Abhängigkeit vom Maß an wahrgenommener Sicherheit bzw. Bedrohung unwillkürlich. Für die Reaktionspfade existieren neurobiologische Korrelate, die sich im Laufe der Evolution herausgebildet haben. Im Zustand empfundener Sicherheit wählt der Organismus den Reaktionspfad der sozialen Kommunikation, dessen neurobiologisches Korrelat der ventrale Vagus ist. Die soziale Kommunikation ist der evolutionsbiologisch jüngste Reaktionspfad, und nur Säugetiere verfügen über ihn. Er ermöglicht mittels Herzschlag und Atmung eine Energieregulation, die komplexe Aufgaben der Kommunikation, sozialer Aktivität bei gleichzeitiger physiologischer Homöostase ermöglicht. Wird vom Organismus Gefahr wahrgenommen, verringert sich die hemmende, parasympathische Wirkung des ventralen Vagus, und das biologisch nächstältere sympathische Nervensystem mobilisiert Energie. Gleichzeitig wird die Fähigkeit zur sozialen Interaktion eingeschränkt. Die Polyvagaltheorie spricht hier vom Reaktionspfad der Mobilisation. Kann der Gefahr durch Mobilisation von Energie nicht begegnet werden oder wird die Situation als lebensbedrohlich empfunden, wird vom Organismus der älteste Reaktionspfad, die Immobilisation, eingeschlagen, dessen neurobiologisches Korrelat der dorsale Vagus ist (vgl. ebd.).

Diese Reaktionspfade steuern die Energiebereitstellung in Abhängigkeit davon, wie sicher bzw. unsicher die Situation vom Organismus wahrgenommen wird. Für Menschen und Säugetiere ist eine adaptive Energieregulation nur möglich, wenn diese vom Reaktionspfad der sozialen Kommunikation gesteuert wird. Die beiden anderen Reaktionspfade sind defensiver Natur und Bestandteil unseres phylogenetischen Erbes. Sie werden aktiviert, um das Überleben des Organismus in extremen Situationen zu sichern. Werden sie beschritten, befindet sich der Energiehaushalt des Organismus nicht im Gleichgewicht. Ein Trauma wird in der Polyvagaltheorie auch dadurch gekennzeichnet, dass der Organismus nach bedrohlich oder lebensbedrohlich emp-

fundenen Erlebnissen diese defensiven Reaktionspfade bevorzugt auswählt bzw. chronisch in ihnen verharret. Damit ist die Energieregulation dauerhaft beeinträchtigt, was eine Vielzahl psychischer und somatischer Symptome zur Folge hat. Oft kommt es dann zu massiven Schwierigkeiten der Affektkontrolle, Angst- und Panikattacken, Flashbacks, Depressionen, psychosomatischen Problemen wie Herzrhythmusstörungen, Störungen des Immunsystems und des Verdauungstraktes sowie dissoziativen Symptomen. Kommen Betroffene in Therapiesitzungen mit traumatischem Material in Kontakt, werden vom Organismus auch in diesen Situationen die defensiven Reaktionspfade häufig bevorzugt. An dieser Stelle setzen die Interventionen zur Regulation auf Grundlage der Polyvagaltheorie an. Dabei ist zu beachten, dass das Konzept der Reaktionspfade ein theoretisches Modell ist, das zwar hilft, traumatische Reaktionen einzuordnen, sich in der therapeutischen Arbeit aber selten in dieser Trennschärfe zeigt. Vielmehr treten die Reaktionspfade gerade in Übergängen in Mischformen auf. Es liegt dann an der Einschätzung der Therapeutin, worauf sie ihren Schwerpunkt legt und mit welchem Pfad sie arbeitet. Wegweiser ist hier häufig das dialogische-leibliche ›Zwischen‹ in der gestalttherapeutischen Arbeit.

## Neurozeption

Die Polyvagaltheorie prägt den Begriff der Neurozeption. Er beschreibt die Wahrnehmung des Organismus unterhalb der Bewusstseinsgrenze im Hinblick auf Signale der Sicherheit, der Gefahr und der Lebensgefahr (vgl. Fuchs 2021, 24). Es handelt sich dabei um ein subkortikales Erleben, das weit unterhalb der Schwelle des bewussten Denkens stattfindet (vgl. Dana 2019, 20). Neurozeption beschreibt ein Erkennen ohne Gewahrsein. Die Neurozeption bestimmt maßgeblich, welche Reaktionspfade eingeschlagen werden, soziale Kommunikation, Mobilisation oder Immobilisation. Die Neurozeption des Organismus muss daher in der Lage sein, die Gefahrenlage oder die gegebene Sicherheit situationsgerecht einzuschätzen (Porges 2010, 31). Ursache vieler psychischer und traumatischer Symptome ist eine Neurozeption, welche diese Voraussetzung nicht erfüllt (ebd., 38 ff.). Der Grund für diese organismische Fehleinschätzung lässt sich meist in der Biografie von Betroffenen finden. Lebensbedrohliche Ereignisse verändern die Neurozeption und veranlassen den Organismus dazu, die Umwelt schneller als gefährlich oder lebensbedrohlich einzustufen als vor den traumatischen Ereignissen. Vor allem in der Kindheit wird die Neurozeption maßgeblich geprägt (ebd., 32). Im Zusammenhang mit Trauma weisen Betroffene eine erhöhte Empfindlichkeit der Neurozeption auf, was dazu führt, dass sie mehr Situationen unbewusst als gefährlich einschätzen. In der Folge werden dann die defensiven Reaktionspfade des autonomen Nervensystems zu rasch aktiviert (ebd., 239 f.). Trotz aller negativen Folgen ist dies eine Reaktion, die primär

dem Selbstschutz dient und ihre Ursache in bedrohlichen bzw. traumatischen Erfahrungen hat. Dieses defensive Verhalten geht einher mit chronischen Zuständen der Unruhe und Unsicherheit. Dadurch fällt es Betroffenen schwer, Vertrauen in soziale Beziehungen zu entwickeln (ebd., 240). Betroffene haben in der Regel Schwierigkeiten, aus diesen defensiven Zuständen in den Reaktionspfad der sozialen Kommunikation zu wechseln. Sie fühlen sich nicht sicher. Diese Unsicherheit ist ein tiefsitzendes organismisches Empfinden, das sich allein über die Arbeit an mentalen Prozessen nicht verändern lässt (ebd., 250). Damit schränken die defensiven Zustände des autonomen Nervensystems die Fähigkeit zu vertrauensvollem Kontakt und damit zum physiologischen Gleichgewicht ein bzw. verhindern es (ebd., 251). Obwohl die defensiven Reaktionen des Organismus eine kreative Anpassung sind, wirken sie aber in vielen Situationen dysfunktional und erzeugen Leid, insbesondere wenn sie einen erwünschten und sicheren Kontakt verhindern oder negativ beeinflussen. Die Polyvagalthorie sieht in den Reaktionspfaden Versuche des Organismus, seinen Energiehaushalt so zu regulieren, dass sowohl bei Bedrohung als auch bei Sicherheit optimale Bedingungen für das Überleben geschaffen werden. Damit steht sie im Gleichklang mit Kurt Goldstein, der Natur und den Organismus immer als positiv und nie defizitär ansieht (vgl. Bruhns 2011). Zu einem individuellen Defizit werden die organismischen Defensivreaktionen erst durch eine negative medizinisch-gesellschaftliche Bewertung, z. B. in Form von medizinischen Symptomen. Diese defizitorientierte Sichtweise verschleiert Gewaltverhältnisse und gesellschaftliche Verantwortung für traumatisches Leid (vgl. Fuchs 2019). Gestalttherapie, die das Umfeld gerade in Bezug auf soziale und gesellschaftliche Verhältnisse mit einbezieht und eine defizitorientierte medizinische Diagnostik kritisch beleuchtet, kann hier ein Gegengewicht darstellen.

### Co-Regulation

Der Reaktionspfad der sozialen Kommunikation ist die Grundlage für soziale Bindungen (Porges 2019, 196). Voraussetzung für soziale Kommunikation ist das Gefühl von Sicherheit, welches seinerseits stark von den sozialen Beziehungen selbst beeinflusst wird. Auf der Ebene des autonomen Nervensystems werden die Wahrnehmung von Sicherheit, Gefahr und Lebensgefahr maßgeblich durch das Prinzip der Co-Regulation beeinflusst (Fuchs 2021, 35), Co-Regulation ist eine Fähigkeit, sich dem autonomen Regulationszustand anderer anzupassen, der sowohl Sicherheit als auch Gefahr vermitteln kann. Die Vermittlung von Sicherheit durch Co-Regulation wird damit zur Grundlage gelingender sozialer Beziehungen. Es ist für Menschen eine Notwendigkeit, sichere soziale Beziehungen aufzubauen, ohne die ein psychisches wie physisches Gleichgewicht nicht möglich ist. Gelingt es uns nicht, in tragfähige Beziehungen einzutreten, sind Einsamkeits- und Verlas-

senheitsgefühle eine häufige Folge, und eine sich selbst verstärkende Negativspirale kommt in Gang (Levine & Porges 2017b)

## Therapeutische Konsequenzen

Die Polyvagaltheorie erweitert das Verständnis von Trauma, indem sie die Reaktionen des autonomen Nervensystems ins Zentrum ihrer Betrachtungen stellt. Sie gibt diesen traumabedingten Reaktionen auf einer weiteren Ebene Sinn und eröffnet auf diese Weise neue Ansatzpunkte für die Arbeit am Trauma (Fuchs 2021, 39 ff.).

»Die Polyvagal-Theorie stellt ein neurobiologisches Narrativ zur Verfügung, das die Bedeutung von ›Sicherheit‹ und die adaptiven Konsequenzen der Entdeckung von Gefahr für den physiologischen Zustand, das soziale Verhalten, das psychische Erleben und die Gesundheit erläutert. Sie versteht klinische Störungen als Probleme der neuronalen Regulation von Schaltkreisen, die Defensivstrategien neutralisieren und die spontane Manifestation von sozialem Engagement ermöglichen.« (Porges 2019, 23)

Vom Trauma Betroffene leben in oft überwiegend chronisch-defensiven organismischen Zuständen. Auf diesen Zuständen baut das Erleben und Verstehen der eigenen Person, aber auch das der Welt auf. Die Integration traumatischer Erlebnisse wird im defensiven Zustand massiv erschwert oder sogar unmöglich. Die Betroffenen leiden unter diesen dysregulierten Zuständen, denn der Organismus befindet sich auf diese Weise in einem Zustand permanenter existenzieller Bedrohung, unabhängig davon, ob die Bedrohungen in der gegebenen Situation existieren oder nicht. Um nicht permanent dem Gefühl einer (Lebens-)Bedrohung ausgesetzt zu sein, verändert sich das Spürbewusstsein der Betroffenen, und sie verlieren häufig den Kontakt zum eigenen Körper und damit auch den Kontakt zu sich selbst und zu anderen. Die aktivierten defensiven Reaktionspfade verhindern eine soziale Kommunikation, die es Betroffenen ermöglichen würde, sich in ausreichendem Umfang vertrauensvoll auf andere Menschen einzulassen. Die für das seelische und körperliche Gleichgewicht notwendige Co-Regulation steht nicht zur Verfügung, um sie aus der Dysregulation zu befreien. Damit sind die Betroffenen in eine Negativspirale eingetreten, die sie häufig innerlich vereinsamen lässt und die zu immer größeren seelischen und körperlichen Problemen führt.

Aus diesem Blickwinkel kommen der organismischen Regulation und der Schaffung von Sicherheit entscheidende Bedeutung zu. Es geht darum, Betroffenen wieder zu ermöglichen, sich sicher zu fühlen, um mit sich und der Umwelt wieder in Beziehung treten zu können. Diese organismische Regulation findet nur auf dem Reaktionspfad der sozialen Kommunikation statt. Letztlich laufen die the-

rapeutischen Überlegungen, die auf der Polyvagaltheorie gründen, darauf hinaus, den Reaktionspfad der sozialen Kommunikation für Betroffene wieder stabil verfügbar zu machen und im Sinne der Gestalttherapie die physiologischen Grundlagen für Kontaktfähigkeit zu etablieren. Erst dann ist soziale Interaktion, Homöostase und Integration traumatischer Inhalte wieder möglich. Hier kommt dem Therapeuten eine Schlüsselrolle zu. Er muss ein Umfeld schaffen, in dem sich die Betroffenen organismisch sicher fühlen können. Gleichzeitig darf er selbst nicht defensiv reagieren, damit er den Betroffenen die Möglichkeit zur Co-Regulation ermöglicht. Die Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin ist dabei ein entscheidender Wirkfaktor. In dem hier favorisierten Beziehungsverständnis ist das Verhalten der Therapeuten immer wieder in der konkreten Situation neu zu bewerten und auszuloten. Es gibt wenig Fixpunkte, die im Sinne eines Vorgehensmodells herangezogen werden könnten. Gradmesser ist hauptsächlich, inwieweit eine Co-Regulation durch die Therapeutin gefördert werden kann. Die Gestalttherapie mit ihrem phänomenologisch-dialogischen Grundverständnis bietet eine ideale Ausgangsbasis, um Co-Regulation im Sinne der Polyvagaltheorie zu fördern und zu erkennen, auf welchem Reaktionspfad sich Betroffene gerade befinden.

### Sprache

Über Sprache wird das Erleben kommuniziert und wird so dem Bewusstsein zugänglich. Für die Umsetzung der Polyvagaltheorie mit ihrem Fokus auf autonome und oft unbewusste Körperreaktionen kommt der Sprache besondere Bedeutung zu (Fuchs 2021, 50). Viele Betroffene haben es gelernt, Körperreaktionen zu unterdrücken oder diese nicht mehr zu spüren, da diese immer wieder Auslöser für unkontrollierbare Affekte sind. Diese sind jedoch auch Schutzmechanismen des Organismus und dürfen nur langsam gelockert werden. Sprache muss berücksichtigen, dass die Lockerung der Schutzmechanismen gleichzeitig für Betroffene eine subjektive empfundene Gefahr bedeutet. Es sollten daher Formulierungen verwendet werden, die den Betroffenen Auswege ermöglichen, nicht antworten zu müssen. Andernfalls fühlen sich Betroffene schnell unter Druck gesetzt, was Blockierung auslösen kann. Diese Blockierungen müssen dann zuerst bearbeitet werden, bevor mit dem eigentlichen Thema weiter gearbeitet werden kann. Körperreaktionen sind ein sehr wichtiger Indikator für den Zustand, in dem sich Betroffene befinden, da sie Mobilisation oder eine Immobilisation anzeigen.

Es ist nicht so, dass wir mit Sprache die Welt beschreiben, wie sie existiert. Vielmehr erschafft Sprache erst die Welt, indem wir der Abfolge von Lauten Bedeutungen zuweisen. Eine geisteswissenschaftlich-philosophisch geprägte Sprache erschafft eine andere Wirklichkeit als ein naturwissenschaftliches Symbolsystem. Traumasensibles Sprechen

vor einem phänomenologisch existenziellen Hintergrund kann neue Räume schaffen, in denen Regulation, Wertschätzung der eigenen Person und freie Entscheidungen wieder möglich werden. Diese Sprache fädelt sich je nach Situation in den Hintergrund der Betroffenen ein oder eröffnet durch andere Begriffe eine neue Welt. Das Symbolsystem des traumasensiblen Sprechens besteht zu einem großen Teil aus der detaillierten Beschreibung von Reaktionen und Empfindungen des Organismus. Vor diesem Hintergrund erhalten Situationen eine Bedeutung, die aus dem Empfinden heraus erwächst. Empfinden und Bewusstsein beeinflussen sich bidirektional. Das Empfinden beeinflusst das Bewusstsein und umgekehrt.

Traumatasensibles Sprechen geht phänomenologisch vor. Phänomene werden, soweit möglich und ohne ihnen eine bestimmte Bedeutung zu geben, beschrieben. Diese wertfreie Beschreibung von Situationen ist die Voraussetzung für Veränderungen, denn negative Bewertungen und Bedeutungszuweisungen sind häufig Bestandteil der als störungswertig empfundenen Prozesse und wirken als Widerstand. Sie blockieren in Form von Selbstkonzepten den Veränderungsprozess. Im Mittelpunkt steht das phänomenologische Erfassen und Vermitteln des Gemeinten, nicht eine exakte begriffliche Beschreibung vor dem Hintergrund eines Theoriegebäudes. Dies bedeutet für Therapeutinnen und Therapeuten, dass sie sich bewusst sein müssen, dass ihre Vorstellung des Gesagten oder Gehörten nur zu einem mehr oder weniger großen oder kleinen Teil mit dem übereinstimmt, was die Betroffenen meinen. Es ist daher erforderlich, die Aufmerksamkeit weg von den »unsicheren« Inhalten auf die eindeutiger sicht- und erfahrbare emotionale Dynamik zu legen (Goldstein 1965, 33).

Klientinnen und Klienten fällt diese Art der phänomenologischen Untersuchung häufig sehr schwer, da sie die unwillkürlichen Dynamiken und gegebenenfalls auch Schutzmechanismen ins Bewusstsein bringt. Eine wertfreie Beschreibung ist nur durch Distanz vom Erleben möglich, ohne aber das Erleben dabei vollständig auszublenden. Die Fähigkeit der phänomenologischen Beschreibung ist individuell unterschiedlich entwickelt und muss vielfach erlernt werden. So unterstützt die Therapeutin bzw. der Therapeut diesen Prozess, achtet aber darauf, Betroffene nicht zu überfordern.

Körperempfindungen sind ein zentraler Bestandteil im traumatischen Prozess. Das subjektive Empfinden Betroffener, bei der Verarbeitung ihrer leidvollen Erfahrungen nicht weiterzukommen, gründet immer wieder in blockierenden organismischen Schutzreaktionen, die den Betroffenen nicht bewusst sind. Häufig ist die kognitive Bearbeitung schon sehr weit fortgeschritten, und es stellt sich trotzdem nicht der gewünschte Fortschritt ein, weil parallel dazu die organismische Regulation nicht erfolgt. Traumatasensibles Sprechen versucht, den organismischen Prozess der Traumaverarbeitung zu unterstützen. Dieser Prozess trägt dazu bei, die traumatische Gestalt zu schließen. Betroffenen wird ein Rahmen gesetzt, in welchem sie es

wagen können, innerhalb ihrer Grenzen die eigenen Schutzmechanismen wenigstens kurzzeitig auszusetzen. Regulative Prozesse können so in Gang kommen, und es entsteht Raum für neue Erfahrungen. Blockierend im Sinne einer Regulation traumatischer Prozesse sind Mobilisation mit Angst sowie Immobilisation mit Angst. Es ist wichtig, diese Reaktionen zu registrieren, sie als Schutzmechanismen des Organismus aufzufassen und als solche zu würdigen. Diese Schutzmechanismen dürfen nur in dem Maße gelockert werden, in dem gleichwertiger Ersatz geschaffen werden kann. Dieser Ersatz kann in einer tragenden Beziehung oder in der Fähigkeit zur Regulation gefunden werden. Auch ein erweitertes Verständnis der Betroffenen, dass die eigenen Reaktionen als Schutz- und Überlebensmechanismen des Organismus dienen, hilft ihnen dabei, Halt zu finden.

Obwohl es sich hier immer wieder um die Arbeit an physiologischen Reaktionen handelt, ist die Sprache in allen ihren Nuancen wichtig. Sie erlaubt es, Blockaden zu lösen, neue Räume zu öffnen. Sprache ist damit viel mehr als bloßer Ausdruck von Gedanken. Sie verändert im Ausdruck das Erleben. Eine metaphorische Sprache, die Emotionen und Atmosphären zu fassen versucht, schafft Anklänge, die einen Widerhall ermöglichen. Die Versprachlichung von Gefühlen hilft, den Reaktionspfad der sozialen Kommunikation zu stärken. In defensiven Reaktionspfaden »bin« ich mein Gefühl – und dort gefangen. Im Reaktionspfad der sozialen Kommunikation »habe« ich ein Gefühl. Gelingt es, den Reaktionspfad der sozialen Kommunikation zu aktivieren, entsteht wieder Handlungsmächtigkeit. Wieder handeln zu können, ist das Gegenmittel für die Hilflosigkeit in der traumatischen Dysregulation.

Für viele Betroffene ist es gerade zu Beginn nicht leicht, Begriffe für Gefühle und Atmosphären zu finden. Oft wird der eigene Körper als Bedrohung empfunden, ohne sich dessen bewusst zu sein. Es mag vorkommen, dass es erforderlich ist, erst eine Sprache zur Beschreibung von Körperempfindungen zu entwickeln. Treten dabei Widerstände auf, ist diesen behutsam und wertschätzend zu begegnen.

Es ist hilfreich, konkrete Anweisungen zu vermeiden und Fragen offen zu formulieren, um Betroffenen Raum zu lassen, ihren eigenen Weg zu finden. Als Daumenregel mag die Prämisse gelten, dass das »Wie« tendenziell wichtiger ist als des »Was« (vgl. Goldstein 1965, 32 f.).

Es ist hilfreich, alle Fragen als Experiment zu sehen und dies den Betroffenen auch so zu vermitteln. Es steht den Betroffenen immer frei, sich auf ein Experiment einzulassen oder nicht. Das muss von der Therapeutin oder dem Therapeuten explizit klargestellt werden. Die Experimente sind immer ergebnisoffen und weder in Ausführung noch Wirkung festgelegt. All dies hängt von der aktuellen Situation ab: Je kreativer Therapeutinnen und Therapeuten die hier vorgeschlagenen Interventionen in ihrem theoretischen Rahmen nutzen, desto unterstützender werden sie sein (vgl. Fuchs 2019).

### Räume öffnen und offen halten<sup>3</sup>

Was wäre, wenn ...?

Könnte es sein, dass ...?

Möchtest du mal versuchen, ...?

Darf das sein, was gerade ist?

Was wäre, wenn ein wenig von dem Gefühl  
bleiben dürfte?

Sprechen, das von Betroffenen direktiv wahrgenommen wird, aktiviert sehr rasch Schutzmechanismen. Eine Offenheit signalisierende Modulation der Stimme ist von erheblicher Bedeutung dafür, wie Fragen aufgenommen werden. Oft werden die Schutzreaktionen von den Betroffenen selbst nicht bemerkt. Der phänomenologisch motivierte Hinweis der Therapeutin bzw. des Therapeuten und die achtsame, eine zu starke und Beschämung vermeidende Untersuchung des Prozesses können dann helfen, im Prozess der Öffnung zu bleiben. Es ist wichtig, dass Fragen die für die Betroffenen neuen Räume öffnen, damit auch eine existenzielle Dimension haben und existenzielle Angst berühren können. Themen wie Freiheit und Mut stehen damit im Raum. Ob und wann sich diese Räume öffnen, ist nicht vorhersehbar.

<sup>3</sup> In den Fragen und Fallvignetten werden die Betroffenen hier meist in der zweiten Person Singular angesprochen, um auf diese Weise den Beziehungsaspekt hervorzuheben. Selbstverständlich ist in der Praxis in den meisten Fällen die dritte Person Plural angebracht.

Der traumatische Prozess soll phänomenologisch erforscht werden. Phänomenologisches Arbeiten bedeutet, Interpretationen und Bewertungen des Geschehens erst dann vorzunehmen, wenn ein Schritt in sich abgeschlossen wirkt. Interpretationen gehen häufig mit Bewertungen im Sinne von gut oder schlecht, richtig oder falsch einher. Dies gilt für Therapeuten wie für Betroffene. Eine vorschnelle Interpretation kann Phänomene durch persistierende, hauptsächlich negative Selbstkonzepte oder die theoretischen Annahmen des Therapeuten verdecken. Die Wahrnehmungen der Therapeutinnen bzw. Therapeuten können eingebracht werden, vor allem wenn der Ablauf ins Stocken gerät. Dabei ist darauf zu achten, dass ihre Wahrnehmungen nicht mit einem Wahrheitsanspruch versehen sind. Betroffene müssen die Möglichkeit und Erlaubnis haben, diese jederzeit zurückzuweisen. Stimmt die Wahrnehmung der Therapeutin bzw. des Therapeuten nicht, ist das trotzdem vielfach eine Anregung und hilft, im Prozess zu bleiben, weil erst einmal klar wird, was an der Aussage der Therapeutin nicht dem subjektiven Empfinden der Klientin entspricht.

### Innere-äußere Wahrnehmungen beschreiben

Ich sehe, dass du ...

Ich empfinde das als ...

Macht das Sinn?

Fühlt sich das richtig an?

Stimmt das so?

Werden eigene Wahrnehmungen geäußert, dann in einer Form, die den Betroffenen jederzeit die Möglichkeit zur Korrektur lässt. Es ist hilfreich, abwehrende Reaktionen als Schutz und nicht als Widerstand aufzufassen.

Die Fragen nach der Stimmigkeit sind Fragen nach der Gestalt.



Im Alltag laufen die als störungswertig empfundenen Geschehnisse für die Betroffenen unkontrollierbar und sehr schnell ab. Ein Ziel des traumasensiblen Sprechens ist es daher, den Prozess zu dehnen, zu verlangsamen und die Gestalten vor allem in ihrer Dynamik zu erforschen.

### Verlangsamen

Wenn du mehr Zeit hättest ...  
Was bemerkst du noch?  
Magst du mal ein wenig dabeibleiben?

Der Versuch zu verlangsamen löst häufig Schutzreaktionen aus, da unangenehme und bedrohliche Empfindungen und Emotionen jetzt Zeit bekommen sich zu entfalten.

Störungswertig empfundene emotionale Muster werden häufig durch unwillkürliche Schutzreaktionen unterbrochen. Dies verhindert, dass während der Arbeit neue und adaptive Erfahrungen gemacht werden können, da der Ablauf ins Stocken gerät. Der gemiedene Prozessschritt ist außerhalb des Bewusstseins. Indem dieser Prozessschritt ins Bewusstsein geholt wird, erhalten die Betroffenen die Möglichkeit zu entscheiden, ob sie sich schützen oder das Risiko der neuen Erfahrung eingehen möchten.

### Neubewerten

Während du das machst ... Was geschieht noch?  
Und wenn ... Was geschieht als Nächstes?  
Wenn du merkst, dass es aufsteigt, dann ...?

Der stützende Kontakt hilft hier, sich auf bisher gemiedene organismische Reaktionen einzulassen.

Was nimmst du denn noch wahr?

Diese Frage vertieft die Wahrnehmung, wenn der Therapeut z. B. das Gefühl hat, die Klientin hängt in einem Selbstkonzept fest.

Wenn du aus deiner jetzigen gesicherten Position noch mal auf dein Problem schaust ...

Fähigkeiten werden mit den Problemen in Beziehung gesetzt und führen so zu schrittweisen Überwindungserfahrungen.

Die Spürwahrnehmung stellt für viele Betroffene ein Risiko dar, weil sie befürchten, durch die Empfindungen in einen dysregulierten Zustand gerissen zu werden. Diese Vorstellung ist meist keine Fantasie, sondern entspringt der Alltagserfahrung. Aus diesem Grund sind diese Befürchtungen ernst zu nehmen, und gerade zu Beginn empfiehlt sich ein sehr vorsichtiges Vorgehen.

## Spürwahrnehmung erweitern

Was nimmst du im Körper wahr, wenn du dich sicher fühlst?

Wie registriert dein Körper, dass es angenehm ist?

Zu Beginn gilt es, vor allem die als angenehm empfundenen Wahrnehmungen zu stärken. Erst wenn diese Fähigkeit etabliert ist, können problematische Empfindungen eruiert werden.

Ist es eher angenehm oder unangenehm?

Ist es noch gut auszuhalten?

Dies ist eine der zentralen Fragen und im Grunde nach jeder Frage zu stellen, die Empfindungen auslöst. Empfindungen werden gerade bei belastenden Themen sehr häufig ausgelöst. Nur so kann die Therapeutin sicherstellen, dass noch im Grenzbereich operiert wird und nicht schon defensives Verhalten einsetzt.

Immer wieder wird diese Frage mit »neutral« oder »ich weiß nicht« beantwortet. Auch dies sind Empfindungen, die daraufhin untersucht werden können, ob sie eher angenehm oder eher unangenehm sind.

Gerade zu Beginn der Arbeit sollte sichergestellt sein, dass die Körperempfindungen noch gut regulierbar sind. Eine zu starke Dynamik birgt die Gefahr des Abrutschens in die Defensivreaktion.

Was spürst du gerade?

Werden unangenehme Empfindungen exploriert, besteht die Gefahr, dass ein plötzlicher, starker Sog entsteht, der die Betroffenen in die Defensivreaktion reißt. Hier erweist es sich als günstig, wenn die Betroffenen im Vorfeld Mechanismen eingeübt haben, die derartige Prozesse unterbrechen, zum Beispiel einfaches Aufstehen und Umhergehen.

Was passiert gerade?

Gerade bei Betroffenen, die ihren Körper nicht oder eingeschränkt wahrnehmen oder Angst vor Empfindungen haben, erzeugt diese Variante weniger Druck, indem offener formuliert wird und das Körperempfinden nicht die zwingend erwartete Antwort ist.

Gelingt es, in der Arbeit Regulationsmechanismen zu etablieren oder stellen sich positive Gefühle ein, dann kann dies verstärkt werden, indem diese Fähigkeit und die damit verbundenen Empfindungen exploriert werden.

## Stärken

Ist es nicht spannend, wie dein Körper weiß, dass ...?

Wie ist es zu merken, dass du das kontrollieren kannst?

Wenn sich alles in deinem Körper mulmig anfühlt, welche Stelle ist am wenigsten mulmig?

Wenn alles gerade verspannt ist, welche Stelle in deinem Körper ist am wenigsten verspannt?

Häufig werden bestimmte Fähigkeiten von einem Gefühl der Sicherheit, der Freiheit oder der Stärkung begleitet, sobald diese Fähigkeit ins Gewahrsein gebracht wird.

Die isolierte Wahrnehmung unangenehmer Gefühle wird aufgeweicht und der Körper wird zur Ressource. Die stützenden Anteile des Körpers werden ins Bewusstsein geholt.

## Verlust der sozialen Kommunikation

Kontaktunterbrechungen liegt auf der organismischen Ebene häufig der Verlust des Reaktionspfads der sozialen Kommunikation zugrunde. Der Reaktionspfad der sozialen Kommunikation ermöglicht uns, in vertrauensvollen sozialen Kontakt zu treten und sorgt gleichzeitig für eine optimale physiologische Regulation. Das bedeutet jedoch nicht, dass Betroffene nicht mehr sprechen oder sich nicht mehr mitteilen können, sondern dass sie sich defensiv verhalten und aus dieser Haltung heraus nicht mehr in Beziehung treten können.

Kann der Reaktionspfad der sozialen Kommunikation nicht mehr aufrechterhalten werden, sind physiologische und behaviorale Veränderungen erkennbar.

- Das Gesicht wirkt unbeweglicher und flacher. Dies ist das Hauptsymptom.
- Klienten beginnen öfter nachzufragen, was darauf hinweisen kann, dass das Hörvermögen beeinträchtigt ist oder sie Schwierigkeiten haben, das Gehörte zu verarbeiten.
- Die Prosodie verändert sich. Die Vokalisation ist ein Hinweis auf den emotionalen und viszerale Zustand (Porges 2010, 223).
- Veränderung der Sitzposition kann auf eine Veränderung des Reaktionspfades hindeuten. Klientinnen setzen sich auf, rutschen auf dem Sitz nach vorne oder fallen in sich zusammen. Die Schultern werden hochgezogen, was zum Teil Schmerzen verursacht, oder hängen mit den Armen herunter.
- Die Gestik verändert sich und wird entweder agitierter oder flacht ab.
- Die Klienten vermeiden den Blickkontakt.
- Die Atmung wird flacher.

Dies sind Reaktionen, wenn der ventrale Vagus seine hemmende Wirkung gegenüber dem sympathischen Nervensystem und dem dorsalen Vagus verliert.

## Mobilisation

Die Mobilisation von Energie ist mehrdeutig. Tritt sie auf, sobald Menschen den Reaktionszweig der sozialen Kommunikation verlassen, wird häufig zunächst Energie mobilisiert mit dem Ziel sich zu verteidigen zu können. Energiemobilisation ist aber auch zu beobachten, wenn Menschen den Zustand der Immobilisation verlassen. An dieser Stelle kann die Mobilisation von Energie bedrohlich empfunden werden, wenn die Betroffenen die Energie nicht über den Reaktionspfad der sozialen Kommunikation in einen Ausdruck bringen können. Der Organismus fällt dann zurück in die Immobilisation, um die überschüssige Energie zu regulieren. In dieser Situation benötigen die Betroffenen Unterstützung, um nicht in einen Kreislauf zwischen Mobilisation und Immobilisation zu geraten. Mit der Unterstützung der Therapeutin soll es den Betroffenen ermöglicht werden, die Mobilisation zu nutzen, um in den sozialen Kontakt zu gelangen. Typisch für den Zustand der Mobilisation sind eine Reihe von Empfindungen und Verhaltensweisen:

- Betroffene empfinden Wut, Hass und Zorn, der sich aber häufig gegen sich selbst wendet oder kein Ziel hat.
- Der Wunsch, den Raum zu verlassen oder einfach weg zu wollen besteht, wird aber nicht immer geäußert, sondern wird erst durch Nachfrage offenbar.
- Eine leichte Rötung im Gesicht zeigt Wärmeentwicklung an. Den Betroffenen wird dabei warm.
- Ein Engegefühl in der Brust entwickelt sich, ausgelöst durch Energie, die sich blockiert anfühlt.
- Die Gliedmaßen wirken agitiert, z. B. Wippen mit dem Fuß, ständiges Bewegen der Hände.
- Die Haltung wirkt angespannt, so als ob die Betroffenen jeden Moment aufstehen würden.
- Der Atem stockt immer wieder, was auch an leichten Unterbrechungen des Redeflusses bemerkbar wird oder durch die Resonanz bei der Therapeutin.
- Betroffenen fällt es schwer, den Blick umherstreifen zu lassen; stattdessen beginnen sie, Punkte oder Gegenstände im Raum zu fokussieren.
- Die Stimme hat wenig Modulation und die hohen Töne überwiegen.

In der Arbeit am Trauma ist die Mobilisation häufig ein Zwischenzustand. Gelingt es jedoch, im Zustand der Mobilisation den sozialen Kontakt zu aktivieren, entstehen immer wieder Gefühle von Zuversicht, Freude, Neugier und Motivation. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der Organismus die Energie durch Immobilisation reguliert.

### Immobilisation

Der Reaktionspfad der Immobilisation ist in der Arbeit am Trauma häufig mit Lebensbedrohung, der Vernichtung der Existenz, Ohnmacht und Hilflosigkeit oder dem Zweifel an der eigenen Lebensberechtigung assoziiert. Symptomatisch wird dies häufig als ein Mangel an Selbstwert und Selbstbewusstsein beschrieben. Immobilisation ist in der Arbeit am Trauma der wichtigste Reaktionspfad, denn dieser Reaktionspfad blockiert häufig die Entwicklung, da dem Organismus immer wieder die für Veränderung erforderliche Energie entzogen wird.

Das neurobiologische Korrelat der Immobilisation ist der dorsale Vagus, daher sind die meisten Symptome, die sich der Immobilisation zuordnen lassen, subdiaphragmatisch, also unterhalb des Zwerchfells (Porges 2010, 222). Viele Symptome, wie z. B. Ohnmachten, Übelkeit, Kopfschmerzen oder Schwindel, lassen sich dadurch erklären, dass der dorsale Vagus die Energiezufuhr zum Gehirn reduziert (ebd., 252).

- Häufig beschreiben Betroffene ein Druckgefühl in der Magengegend bis hin zu Schmerzen in den Eingeweiden.
- Symptome wie Übelkeit, Schwindel, im Extremfall Ohnmacht deuten auf eine Immobilisationsreaktion hin.
- Das Gesichtsfeld schränkt sich ein und Betroffene berichten von einem Tunnelblick. Auch werden Veränderungen des Sehvermögens im Hinblick auf Farbwahrnehmung oder Sehschärfe von Betroffenen wahrgenommen.
- Heraustreten aus dem Körper und ein sich von außerhalb Beobachten gehört zu den Empfindungen der Immobilisation.
- Eine dumpfe Körperwahrnehmung, die wie ein Abschalten der Empfindungsfähigkeit wirkt, ist häufig zu beobachten.
- Es verringert sich der Tonus der Muskulatur, was sich z. B. als eine Schwere in Armen und/oder Beinen zeigt.
- Viele Klienten reagieren auf Fragen mit Anzeichen von Verwirrung, sei es, dass sie nicht oder verzögert antworten oder dass sie ihre Verwirrung offenlegen.
- Viele Betroffene empfinden Kälte, was auch kalten Schweiß einschließt.
- Betroffene wirken abwesend und energielos, teilweise wie weggetreten.

- Gefühle von großer, bodenloser Traurigkeit und Einsamkeit in Kombination mit Hoffnungslosigkeit stellen sich ein.

Im Zustand der Immobilisation werden die meisten dieser Symptome von den Betroffenen nicht wahrgenommen. Sie werden den Betroffenen erst bewusst, wenn sie aus diesem Zustand wieder heraustreten. Dafür benötigen sie die Unterstützung durch Therapeutinnen, die ihnen helfen, reguliert Energie zu mobilisieren und über den Reaktionspfad der sozialen Kommunikation in den Ausdruck zu bringen.

## Selbstregulation

Betroffene müssen in der Arbeit am Trauma lernen, wie sie die primär physiologischen Traumareaktionen regulieren können. Im Falle von Defensivreaktionen kann die Homöostase am besten über Verhalten wiederhergestellt werden, d. h. Betroffene werden angeleitet, wie sie auf eine beginnende Dysregulation reagieren können (Porges 2010, 179). Entscheidend dabei ist, dass Betroffene lernen, frühzeitig auf Körpersignale zu achten, da eine Regulation umso einfacher ist, je früher sie einsetzt. Diese Signale werden von Betroffenen zu Beginn der Arbeit am Trauma nicht registriert. Sie bemerken ihren Zustand ohne Unterstützung von Therapeutinnen erst, wenn sie daraus wieder auftauchen. Es ist wichtig, zusammen mit den Betroffenen die Wahrnehmung für den aktuellen Reaktionspfad zu schärfen (Fuchs 2021, 89).

Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit am Trauma ist auch die Selbstregulation für Therapeutinnen. Gelingt es Therapeutinnen in herausfordernden Situationen, reguliert zu bleiben und den Betroffenen eine Möglichkeit der Co-Regulation zu bieten, ist dies eine wesentliche Voraussetzung für die Integration traumatischer Inhalte. Dies setzt Selbstklärung, Selbstverstehen und Selbstempfinden des Therapeuten für die existenzielle Dimension des Traumas wie auch die Integration der eigenen traumatischen Erlebnisse voraus.

## Praxis

Die folgenden Praxisbeispiele sind eine Umsetzung der Polyvagaltheorie, die sich am Vorgehen des Somatic Experiencing nach Peter Levine orientieren (vgl. Levine & Porges 2017). Somatic Experiencing baut in weiten Teilen auf der Polyvagaltheorie auf, versteht sich aber nicht als eigenständige Therapie. Somatic Experiencing ist eine Methode für die Arbeit mit autonomen Körperreaktionen, die in unterschiedlichste Therapieformen integriert werden kann (vgl. Levine 2012). Für körperorientierte Interventionsformen, wie sie in der Gestalttherapie seit langem zum Einsatz kommen (vgl. Kepner 2005; Richter 2011; Seuberling 2019), können die hier vorgestellten regulierenden Sequenzen die Wirksamkeit der jeweiligen Interventionen erhöhen. Die Polyvagaltheorie gibt dabei eine Orientierung für die Auswahl, das Timing

und die Intensität von Interventionen, bzw. wann Regulation in die Interventionen eingeschoben werden sollte. Entscheidend für die regulative Wirkung ist vor allem das Timing (Fuchs 2021, 66 ff.).

Obwohl die Interventionen für den Beobachter oft gleich oder ähnlich erscheinen mögen, ist das Erleben der Betroffenen jedes Mal anders. Grundvoraussetzung für die Auswahl der richtigen Intervention ist es zu erkennen, welcher Reaktionspfad gerade aktiv ist. Die körperlichen Anzeichen sind im Gespräch häufig nur für einen kurzen Augenblick zu bemerken. In diesem Fall ist die Erzählung der Betroffenen sofort höflich zu unterbrechen, um die Achtsamkeit auf die Körperprozesse des Reaktionspfades zu lenken.

Die folgende Sequenz gibt ein Beispiel für die Arbeit mit einer körperlichen Reaktion im Zusammenhang mit Retroflexion.

### Praxisbeispiel Retroflexion

Die Klientin spricht von einem belastenden Ereignis. Sie wirkt instabil. Der Therapeut hat versucht, die Aufmerksamkeit auf ihr Zentrum zu lenken, um ihr das Gefühl von Stabilität zu geben. Das vermehrt aber die Unruhe, und die Klientin gibt sich auch auf der kognitiven Ebene die alleinige Schuld am Geschehen. Der Therapeut deutet dies als Retroflexion. Die Klientin spricht immer langsamer und ihre Mimik ist verflacht.

Vor dem Hintergrund der Polyvagalthorie interpretiert der Therapeut das Verhalten der Klientin als Immobilisation im Zusammenhang mit einer Retroflexion und versucht wieder Energie zu mobilisieren, um einen Veränderungsprozess zu erleichtern.

T: Was passiert denn gerade?

K: Mein Magen zieht sich zusammen.

T: Magst du mal aufstehen und dein Gewicht ganz leicht auf die Zehenspitzen verlagern?

K: [steht auf]

T: [steht ebenfalls auf]

T: Verlagere einfach mal dein Gewicht von einer Seite auf die andere ...

K: ...

T: Während du das tust, lass deine Augen umherschweifen. Versuche, die Augen gehen zu lassen und so gut es geht nicht zu steuern.

K: ...

T: Wenn du magst, dann drehe deinen Kopf langsam von rechts nach links oder nach oben und unten. Schau dich um, wo du gerade bist.

K: ...

T: Während du das tust, lass deinen Kiefer etwas hängen, so dass du möglichst wenig

Das Zusammenziehen des Magens wird als ein Anzeichen für eine Immobilisationsreaktion gedeutet.

Schon das Aufstehen mobilisiert Energie und wirkt der Immobilisation entgegen. Die Gewichtsverlagerung auf die Zehenspitzen erzeugt balancierende Ausgleichsbewegungen.

Die parallele Ausführung durch den Therapeuten fördert den Reaktionspfad der sozialen Kommunikation durch Co-Regulation.

Die ständig erforderlichen, leichten Ausgleichsbewegungen durch die Gewichtsverlagerung können einen regulierenden Effekt haben.

Das Umherschauen und die Kopf- und Kieferbewegung fördern die soziale Kommunikation durch Aktivierung der Kranialnerven.

Gelingt es Betroffenen, den Kiefer etwas zu lockern, unterstützt dies häufig die Regulation.

Ein Zeichen für einsetzende Regulation ist Gähnen, unwillkürliches Schlucken oder spontane, tiefe Atemzüge.

Anspannung empfindest.

T: Bleib da mal dabei ...

K: [Atmet durch]

T: Wie ist es denn jetzt?

K: Besser ...

T: Wenn du von dem Punkt aus, wo du jetzt gerade bist, an deine Schuld von vorhin denkst ...

T: Wie ist das?

K: Nicht mehr so stark. Eigentlich weiß ich ja, dass ich nicht schuld bin, aber es fühlt sich immer wieder so an, wenn ich an das Ereignis denke.

K: Jetzt ist es aber besser.

Das Schuldgefühl der Klientin ist an ein bestimmtes Körperempfinden gekoppelt. Kann die Immobilisation, welche die Grundlage dieses Erlebens darstellt, aufgelöst werden, ändert sich das Erleben.

Für die Klientin ist es wichtig, diese Regulation zu erlernen und in ihren Alltag zu integrieren, damit die häufig auftretenden Schuldgefühle abnehmen.

Manchmal kommt es vor, dass Klienten sich belastenden Themen nicht nähern möchten. Die Polyvagaltheorie deutet dies nicht als Widerstand, sondern als Überlebensreaktion. Im Falle einer Traumatisierung ist diese Reaktion häufig eine Immobilisationsreaktion. Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht gehen häufig mit der Immobilisation einher. Das mit diesen Zuständen einhergehende Körperempfinden ist schwer auszuhalten und wird daher in der Regel gemieden. Grundlage dieser Gefühle ist jedoch der Zustand der Immobilisation. Daher wird versucht, aus der Immobilisation in die soziale Kommunikation zu gelangen, bevor an dem Thema weitergearbeitet wird.

### Praxisbeispiel Deflexion

Die Klientin ist von sexuellem Missbrauch in der Kindheit betroffen, und es wird gerade über die Kindheit der Klientin gesprochen. Die Klientin hat nur verschwommene und unklare Erinnerungen an den Missbrauch. Als das Gespräch sich dem Thema Missbrauch nähert, äußert sie, das sei doch alles schon längst vergangen und nicht mehr wichtig. Sie findet es unnötig, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Es gebe wichtigere Probleme. Dabei wirkt sie abwesend.

T: Wo bist du denn gerade?

K: ...

K: Ich hatte gerade eine Erinnerung an den Täter.

T: Wie geht es dir denn damit? Welche Körperempfindungen nimmst du wahr?

K: Mir ist etwas übel und leicht schwindelig und ich habe einen Druck auf der Brust ...

Betroffene müssen oft darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie in einen Zustand der Immobilisation geraten. An dieser Stelle wird nun nicht mit den Erinnerungen gearbeitet, sondern zunächst die Regulation wiederhergestellt.

Übelkeit und Schwindel werden als Zeichen von Immobilisation gewertet.

Mobilisation kann der Immobilisation entgegenwirken. Es muss aber sichergestellt sein, dass die Symptome



T: Meinst du, es ist dir möglich aufzusteigen?

K: Ja, das geht noch ...

T: Was empfindest du denn?

K: Es ist immer noch eng und mir wird etwas übel.

T: Lass die Arme einfach hängen.

K: ...

T: Gibt es eine Veränderung?

K: Nicht wirklich

T: [Beginnt langsam mit den Armen zu schwingen]

T: Magst du das auch einmal versuchen?

K: [Beginnt zögerlich]

T: [Steigert langsam das Tempo und vergrößert die Bewegung.]

T: Magst du es auch einmal mit etwas mehr Schwung versuchen?

K: [vergrößert die Bewegung]

T: Bei jedem Schwingen nach unten atme tief aus. Öffne dazu leicht den Mund.

T: Wenn du kannst, erzeuge dabei ein Geräusch.

K: [führt die Bewegungen aus]

T: Wenn du jetzt mal langsam aufhörst zu schwingen ... Hat sich etwas verändert?

K: Der Druck in der Brust und im Hals ist weg und es fühlt sich freier an.

T: Bleib da mal dabei ...

K: [Atmet durch ...]

T: Wie geht dir denn gerade?

K: Mir ist nicht mehr übel ...

T: Und der Schwindel?

K: Weniger ...

T: Wenn du nochmal ganz kurz an die Bilder von gerade denkst ... Nur kurz und dann gehst du wieder weg ...

K: ...

nicht zu stark sind und keine Ohnmacht kurz bevorsteht. Gegebenenfalls bereit sein zu unterstützen.

Pendeln zwischen Aktivierung und Regulation verstärkt den Effekt (vgl. Levine 2012).

Nicht mehr als zweimal wiederholen. Wenn die Wirkung nicht eintritt, könnte es darauf hindeuten, dass die Konfrontation zu stark ist.

K: Der Schwindel nimmt wieder etwas zu.

T: Dann mach es doch noch mal wie eben. Augen gehen lassen. Kopf drehen, Kiefer hängen lassen ...

K: ...

K: Es geht wieder besser ... der Schwindel ist weg.

T: Schau dich weiter um. Wenn du magst, nimm mal Blickkontakt mit mir auf, aber nur, wenn es für dich angenehm ist und nur so lange, wie es sich gut anfühlt.

K: ...

K: Es wird leichter, wenn sich unsere Blicke kurz treffen.

Die Regulation des dorsalen Vagus erfolgt über die Bewegung und wird unterstützt durch die Aktivierung der Kranielnerven.

Wenn Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten möglich ist, kann dieser Effekt weiter verstärkt werden. Darauf achten, dass der Blickkontakt nicht künstlich aufrechterhalten wird.

T: Möchtest du dich wieder setzen?

K: [Setzt sich, ebenso wie der Therapeut]

T: Wenn du von hier aus noch einmal kurz an den Täter denkst ...

K: ...

T: Was passiert dann?

K: Es wird etwas enger in der Brust, aber es fühlt sich weiter weg an. Nicht mehr so bedrohlich.

Die Erinnerung an den Täter löst jetzt keine Immobilisation mehr aus.

Die Enge in der Brust könnte auf Mobilisation hindeuten.

T: Dann schau dich doch noch mal um, lass die Augen gehen, dreh langsam den Kopf und lass den Kiefer hängen.

K: Es wird leichter ...

Die Mobilisation wird reguliert, aber es wird an dieser Stelle nicht weiter damit gearbeitet, um die Klientin nicht zu überfordern. Dies ist dann Thema in einer der weiteren Sitzungen.

T: Hast du bemerkt, wie dir die Energie abhanden gekommen ist, als du dich an den Täter erinnert hast?

K: Ja das war furchtbar und kommt mir bekannt vor. Immer wenn ich mich hilflos fühle, dann geht mir das so.

T: Hilflosigkeit ist ein Auslöser ...

K: Scheint so.

T: Dann achte vielleicht in Zukunft auf Situationen, in denen du dich hilflos fühlst. Sobald du das bemerkst, dann versuche dich zu regulieren.

Hilflosigkeit ist ein wichtiger Trigger, der oft nicht wahrgenommen wird und der in vielen Situationen vorkommt. Die Betroffenen achten aber dann häufig nicht auf die Hilflosigkeit, sondern versuchen ihre Empfindungen in Bezug auf ihr Verhalten in konkreten Situationen zu erklären. Diese Situationen sind aber oft sehr verschieden und haben außer der Hilflosigkeit nichts gemeinsam. Betroffene haben dann keinen Ansatzpunkt für eine regulierende Reaktion. Erst wenn die Aufmerksamkeit auf die Hilflosigkeit gelenkt wird, können Betroffene lernen, sich im Alltag besser zu regulieren und soziale Kommunikation aufrecht zu erhalten

T: Wie ist es denn jetzt, wenn du an den Täter denkst?

K: Mir wir noch leicht schwummrig, aber lange nicht mehr so stark wie vorhin.

T: Meinst du, wir können jetzt mit dem Thema weiterarbeiten?

K: Ja, das geht.

Häufig bewirkt die Regulation eine bleibende Veränderung in der Reaktion des Organismus.

## Gestalttherapie und Polyvagaltheorie

Die Arbeit mit dem subjektiven Erleben und Empfinden ist der Gestalttherapie eingeschrieben. Die Arbeit mit dem Körper und dem Kontakt gehören zum genuinen gestalttherapeutischen Werkzeug, das sehr erfolgreich eingesetzt wird. Intuition spielt hier eine wichtige Rolle. Zweifellos ist in der Arbeit mit dem Erleben eine gute Intuition für das jeweilige Vorgehen der Therapeutin von entscheidender Bedeutung. Doch ist Intuition bei aller Wirksamkeit nicht geeignet zu erklären, warum manche Interventionen zu Veränderungen, manche in eine Sackgasse und manche zu einem Tief führen. Mit der Polyvagaltheorie im Hintergrund haben Therapeuten nun einen zusätzlichen Bezugsrahmen, in den sie das subjektive Empfinden ihrer Klientinnen einordnen und ihre eigenen Entscheidungen auf einer Metaebene reflektieren können. Es werden Indikatoren angeführt, die Hinweise darauf geben, ob Klientinnen immobilisiert, mobilisiert oder im sozialen Kontakt sind. Wenn Gestalttherapeuten diese Indikatoren deuten, können sie ihre Interventionen gezielter einsetzen, um ihre Klientinnen dabei zu unterstützen sich zu regulieren. Erst im regulierten Zustand ist in der hier beschriebenen Sichtweise Integration möglich.

Die Polyvagaltheorie ist keine Therapieform und muss nicht in die Gestalttherapie integriert werden. Sie stellt aber eine Perspektive zur Verfügung, unter der die Reaktionen des autonomen Nervensystems aus neurobiologischer Sicht erklärt und in einen sinnhaften Zusammenhang gestellt werden können. Für Gestalttherapeutinnen kann die Polyvagaltheorie eine wichtige Unterstützung in der Arbeit am Trauma sein, da sie einen Verständnisrahmen für traumatische Phänomene und Möglichkeiten für die praktische Anwendung bietet.

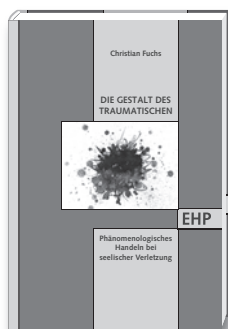
## Literatur

- BRUHNS, K. (2011): Anthropologie zwischen Theologie und Naturwissenschaft bei Paul Tillich und Kurt Goldstein. Göttingen: Edition Ruprecht
- DANA, D. (2019): Die Polyvagaltheorie in der Therapie. Lichtenau: G. P. Probst

Anschrift des Autors:

christian.fuchs@gestalt-  
werk.de  
<https://gestalt-werk.de>

- FUCHS, C. (2017): Neuroliberalismus. In: M. Jäckle / B. Wuttig / C. Fuchs (Hrsg.): *Handbuch Trauma-Pädagogik-Schule* (S. 307–330). Bielefeld: transcript
- FUCHS, C. (2019): Die Gestalt des Traumatischen. Gevelsberg: EHP
- FUCHS, C. (2021; im Druck): Der Körper, das Trauma und der Affekt. Theorie und Praxis der Polyvagaltheorie in der Psychotherapie. Gevelsberg: EHP
- GOLDSTEIN, K. (1965): The Organismic Approach. In: S. Arieti: *American Handbook of Psychiatry – Vol. 2* (S. 1333–1348). New York: Basic Books  
Abgerufen am 26.2.2018 von <https://freepsychotherapybooks.org/all-books/product/620-the-organismic-approach>
- KEPNER, J.I. (2005): Körperprozesse – Ein gestalttherapeutischer Ansatz. Bergisch Gladbach: EHP
- LEVINE, P.A. (2012): Sprache ohne Worte – Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. München: Kösel
- LEVINE, P.A. / PORGES, S. (22.-23. August 2017): SE und neuronale Abläufe. Zürich: Auditorium Netzwerk. Von <https://shop.auditorium-netzwerk.de/detail/index/sArticle/19264> abgerufen
- PERLS, L. / ROSENBLATT, D. (1997): Der Weg zur Gestalttherapie. Wuppertal: Peter Hammer
- PORGES, S.W. (2010): Die Polyvagal-Theorie – Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Paderborn: Junfermann
- PORGES, S.W. (2019): Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit. Lichtenau: Probst
- RICHTER, K.F. (2011): Erzählweisen des Körpers. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- SEUBERLING, L.K. (2019): Embodied Relations. Gevelsberg: EHP
- VAN DER KOLK, B. (2010): Vorwort. In: S. Porges: *Die Polyvagal-Theorie – Neurophysiologische Grundlagen der Therapie* (S. 11–18). Paderborn: Junfermann



**Christian Fuchs**

## DIE GESTALT DES TRAUMATISCHEN

Phänomenologisches Handeln  
bei seelischer Verletzung

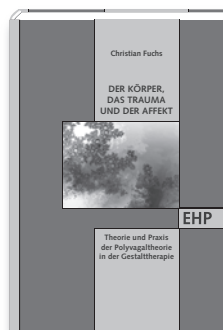
272 Seiten; 26 Abb., Hardcover, Fadenheftung;  
ISBN: 978-3-89797-116-5



## Christian Fuchs DER KÖRPER, DAS TRAUMA UND DER AFFEKT

Theorie und Praxis der  
Polyvagaltheorie in der Psychotherapie

196 Seiten; Abb., Hardcover, Fadenheftung; ISBN: 978-3-89797-33-2



Auch als E-Books erhältlich!