

DAGMAR HAERLE

Traumasesensitives Yoga

Eine ergänzende körperorientierte Methode zur Behandlung komplexer Traumafolgestörungen

DOI 10.21706/tg-11-4-332

Zusammenfassung

Traumasesensitives Yoga wird im Trauma-center in Boston seit mehr als 15 Jahren erfolgreich als ergänzende Therapiemethode in Gruppen bei komplex traumatisierten Menschen eingesetzt. Die Autorin beschreibt den Einsatz von traumasensitiven Yogaelementen im Einzelsetting. Neben Stabilisierung, Affektregulation, Selbstwirksamkeitsförderung und Ressourcenaktivierung können traumasensitiv angeleitete Asanas und Atemübungen in der Expositionstherapie zum »Pendeln« genutzt werden. Die Übungen selbst eignen sich auch als körperorientierte Exposition, in denen der Patient die Intensität der ausgelösten Sensationen und Emotionen regulieren lernt.

Schlüsselbegriffe

Traumatherapie, traumasensitives Yoga, Expositionstherapie, Affektregulation, Selbstwirksamkeit

Einleitung

Zahlreiche Studien belegen, dass Yoga eine wirkungsvolle Methode zur Behandlung psychischer Störungen ist. Das Üben von Yoga zeigt positive Effekte auf die Symptomatik von Depressionen, Angststörungen, posttraumatischer Belastungsstörung sowie auf Faktoren wie die individuelle Gemütsverfassung, kardiovaskuläre Störungen wie Bluthochdruck, das Respirationsssystem, sympathikotone Übererregung, Konzentration und ein subjektives Gefühl des Wohlbefindens (Khalsa, 2004). Im Hinblick auf Stimmung und emotionales Befinden vermuten Wissenschaftler, dass Pranayama (Atemübungen) und andere Achtsamkeitstechniken es den Praktizierenden erleichtern, ihre negativen Gedanken zu identifizieren und sich davon zu distanzieren, um sie auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen (Segal, 2002). Durch deren Korrektur können sich die damit einhergehenden Emotionen ins Positive verschieben. Einige Autoren hegen die Vermutung, dass die Fähigkeit zur Selbstberuhigung den positiven Effekt ausmacht (Waelde, Thompson

& Gallagher-Thompson, 2004). Auch andere körperorientierte Ansätze, die in die Psychotherapie integriert werden, zeigen vielversprechende Resultate, darunter die progressive Muskelentspannung (Delgado, 2010), Tiefenatmung (Arche & Cracke, 2006), Rhythmik und Tanz (Berrol, 1992) oder Meditation (Salmon, 2004). Yoga vereint viele der oben aufgeführten Interventionen: Atmung, Achtsamkeit, Meditation, gemeinsames Tun und rhythmische Bewegung. Dass die Kombination von kognitiven mit körperbezogenen Interventionen, wie Atemschulung und Bewegung, Synergieeffekte aufweist (Franzblau, 2006), das Üben von Yoga die Ausschüttung von Neurotransmittern (GABA) stärker erhöht als entspanntes Zeitungslesen oder Walking (Streeter, 2007, 2010) sowie das Durchhaltevermögen einer Expositionstherapie verbessert (Descilo, 2010), zeigten erwähnte Studien.

Es spricht viel dafür, dass die Wirkung des Yoga vornehmlich auf der Ebene der Körperschemata zu finden ist. Sind die Körperempfin-

Eingegangen: 17.07.2017
Angenommen: 03.08.2017

dungen zum Zeitpunkt des Traumas eingefroren, gelangen immer dieselben Informationen zum Gehirn, wo sie dieselben Gefühle, Reaktionen und Empfindungen wecken. Den Zugang zu Traumaschemata nur durch verbale bzw. kognitive Interventionen zu finden, erweist sich bei komplex traumatisierten PatientInnen häufig als schwierig, doch gibt es die Möglichkeit, sich in das interozeptive Netzwerk einzuloggen und über Körperübungen und mentale Techniken Veränderungen zu bewirken. Der schnellste und wirkungsvollste Weg ist der über den Atem. Diese Verknüpfung ist stark und schnell, denn Zehntausende von Rezeptoren in der Lunge und den Atemwegen verändern die Botschaften, die an das Gehirn weitergeleitet werden (Brown & Gerbarg, 2005). Ein Beispiel: Wenn wir sehr langsam atmen, kann der Körper dem Gehirn die Information zukommen lassen, dass wir in Sicherheit sind (Gerbarg, 2008). Im Yoga beeinflussen wir den Atem gezielt durch Atemübungen, wie auch durch das Üben von Asanas.

Die Entwicklung von traumasensitivem Yoga

Traumasesitives Yoga wurde am Trauma Center in Brookline unter der Leitung von Bessel van der Kolk von David Emerson und seinen KollegInnen entwickelt (Emerson; 2009, 2011, 2012) und ist ein wichtiger Bestandteil der Traumatherapie im Trauma Center, wo regelmäßig traumasensitive Yogagruppen für Patientinnen und Patienten von aus-

gebildeten YogalehrerInnen und TherapeutInnen stattfinden. Die Wirksamkeit von TCTSY (Trauma Center traumasensitivem Yoga) ist inzwischen durch Studien belegt worden (Van der Kolk et al., 2014). TCTSY hat zudem die Anerkennung des NREPP – National Registry of Evidence Based Programs and Practices 2017 erhalten.

TSY in der Einzeltherapie

Als Yogalehrerin und Traumatherapeutin hat mich die Möglichkeit, Yoga in die Traumatherapie einfließen zu lassen, bereits während meines Studiums der Psychotraumatologie an der Universität Zürich interessiert. Ein logischer nächster Schritt war daher, die Weiterbildung am Trauma Center zum TCTSY-Facilitator zu absolvieren. Neben der Möglichkeit, TSY in Gruppen einzusetzen, hat mich vor allem die Frage beschäftigt, wie diese wirkungsvolle Methode in die Einzeltherapie einfließen kann, da nicht jeder Traumatherapeut Gruppen unterrichten möchte und nicht jeder Patient an einer Gruppe teilnehmen kann und will.

Die Grundsätze des traumasensitiven Yoga

Nach dem Studium zahlreicher Artikel über die Wirksamkeit von Yoga für traumatisierte Menschen, in denen unterschiedlichste Stilrichtungen und Schwerpunkte des Yoga praktiziert wurden, stellte sich die Frage, welche Komponenten des Yoga wirkungsvoll sind. Sind es die Haltungen (Asanas), die kraftvoll und anstrengend den Sympathikus

aktivieren und sich bei Dissoziation als nützlich erweisen bzw. die sanften, meditativen, die wiederum eine Aktivierung des Parasympathikus zur Folge haben? Oder sind es die Atemübungen (Pranayama), die in gleicher Weise eingesetzt werden können und, wie die Yogi sagen, der Königsweg zum Nervensystem sind? Oder aber ist die wichtigste Ingredienz die Achtsamkeit, ohne die Asana und Pranayama bloße körperliche Ertüchtigung sind (Härle, 2015, 2016)? Ich kann die Frage nicht abschließend beantworten, komme jedoch vor allem auch durch meine praktische Erfahrung und aufgrund der Rückmeldung meiner PatientInnen zum Schluss, dass neben der achtsamen Ausführung die traumasensitive Art der Anleitung – richtiger muss von einer traumasensitiven Haltung des Therapeuten gesprochen werden – ein bedeutsamer Faktor ist, egal ob der Schwerpunkt auf den Körper-, Atem- oder Achtsamkeitsübungen liegt. Wie unterscheidet sich eine »traumasensitive« Yogapraxis von einer üblichen?

Im klassischen Yoga weist der Yogalehrer seinen Schüler an, eine bestimmte Haltung korrekt einzunehmen, und korrigiert verbal oder »Hands on«, das heißt er drückt, zieht und gibt damit mit seinen Händen einen Impuls, wie das Asana ausgeführt werden sollte. Es gibt also eine richtige Ausführung, die sich der Schüler zum Ziel setzen soll. Die Haltungen werden unterschiedlich lange gehalten und wieder aufgelöst – wie lange ein Asana eingenommen wird, bestimmt in der Regel der Lehrer, der auch durchaus ermu-

tigen kann, etwas länger zu halten oder noch ein wenig tiefer zu gehen. Nach einer Phase ruhigen Nachspürens geht man zum nächsten Asana über. Oder aber Yoga wird als Flow (zum Beispiel im Power-Yoga) geübt, in dem die Haltungen in einem Fluss aneinandergereiht werden. Am Ende folgt in der Regel Shavasana, die Totenhaltung, in der, auf dem Rücken liegend, präsent, wach und entspannt einige Minuten die Wirkung der Yogapraxis nachempfunden wird. Über ehrgeizige Ziele, verstärkt durch die Bilder von perfekten, biegsamen und häufig leichtbekleideten Körpern in der Presse und im Internet, kann die ursprüngliche Zielsetzung des Yoga, das Einüben der Geistesruhe und Achtsamkeit, leicht verloren gehen. Selbst wenn der Lehrer anleitet, nur so lange zu halten oder so weit zu gehen, wie es jedem Einzelnen möglich ist, nehmen auch viele nicht traumatisierte SchülerInnen diese Erlaubnis nicht für bare Münze, da sie sich nicht trauen, früher aufzuhören und weniger fit zu erscheinen oder auch aus der Reihe zu tanzen und etwa anders zu machen als alle anderen.

Einige dieser Komponenten können für komplex Traumatisierte schwierig sein. Dazu zählen die Korrektur durch Berührung, lange Sprechpausen bzw. auch eine stille Entspannung am Ende der Stunde, in denen sie sich verloren fühlen können. Ein ambitionierter Umgang mit Yoga birgt zudem die Gefahr, dass sie über ihre körperlichen Grenzen gehen, weil sie sich oft mit ihrem Körper wenig oder gar nicht verbunden fühlen und sich überfordern,

aber auch, indem sie versuchen, vorgegebene Ziele zu erreichen, »nichts falsch machen, nicht auffallen« und »genügen« wollen. Und nicht zuletzt trauen sie ihren körperlichen Empfindungen weniger als der Autorität des Lehrers.

Ich möchte an dieser Stelle einen kurzen Bericht einer Patientin anführen, der dies verdeutlichen soll. Sie war aufgrund der guten Erfahrungen mit TSY in der Therapie neugierig auf Yoga geworden und hatte sich zu einer Yogaklasse in ihrem Heimatort angemeldet. Der Kurs wurde von zwei Lehrerinnen geleitet. Die eine gab die Anweisungen, die andere ging im Raum umher und korrigierte die Haltungen. Meine Patientin berichtete, wie unwohl sie sich gefühlt hatte, ständig auf der Hut, ob sich die Lehrerin nähern und sie korrigieren würde. Nicht nur der körperliche Kontakt war problematisch, auch die Schmach, etwas nicht richtig zu machen, belastete sie. »Ganz schwierig wurde es für mich, als wir uns auf den Rücken legen sollten – die Schultern sollten dabei entspannt den Boden berühren. Zur Unterstützung drückte eine der Lehrerinnen meine Schultern auf den Boden und wies mich an, mich zu entspannen.« »Meine Schultern sind aber nicht entspannt, wenn ich sie auf den Boden drücke«, meinte sie ein wenig verzweifelt. »Ich habe das Gefühl, auf der ganzen Linie versagt zu haben.« Die Patientin verfügte zu diesem Zeitpunkt über ein erwachendes, aber noch nicht sehr ausgeprägtes Körpergewahrsein und fühlte sich oft verwirrt, weil sie ihren Körperwahrnehmungen nicht traute. »Ich glaube, meine Schultern berühren den Boden auch nicht, wenn ich entspannt auf dem Rücken liege ... ich probiere das gleich mal aus«,

kommentierte ich ihre Schilderung, rollte kurzerhand zwei Yogamatten aus, legte mich darauf und lud die Patientin ein, dasselbe zu tun. So lagen wir auf dem Boden und tauschten unsere Empfindungen aus. Da die Patientin gewohnt war, mit mir Yoga-Asanas zu üben, war sie nicht überrascht über den Settingwechsel. Beide kamen wir zum Schluss, dass wir die Muskeln rund um die Schultern anspannen müssen, um die Schultern am Boden abzulegen. Entspannte Schultermuskeln führten dazu, dass die Schultern sozusagen über dem Boden »schwebten«. Die Patientin war erleichtert, dass ihre Empfindungen »normal« waren. Wir erforschten noch einige Minuten, wie sich das Liegen auf dem Boden anfühlt, wie man Arme und Hände platzieren kann, fanden Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede und ließen uns Zeit, bevor wir uns wieder zurück auf unsere Stühle begaben.

Ich werde im Folgenden auf wichtige Prämissen des TSY eingehen.

Interozeption – Botschaften aus dem Inneren

Die interozeptive Sensitivität zu fördern, ist eines der grundlegenden Ziele des TSY. Interozeption bezeichnet die Wahrnehmung von Vorgängen aus dem Körperinneren. Dieses innere Empfinden registriert den Zustand des Körpers. Dazu gehören Herzfrequenz, Schmerzempfinden, Körpertemperatur, Atemgeschwindigkeit, Empfindungen wie Muskelspannung oder ein Magendrücken. Ebenso werden aufgrund

körperlicher Wahrnehmungen Emotionen identifiziert, da unsere Gefühle mit Körperempfindungen einhergehen. Bei der Interozeption werden nur Zustandsänderungen und nicht das absolute Niveau eines physiologischen Zustandes wahrgenommen. Sitzen wir beispielsweise lange auf einem Stuhl, wie üblich in der Therapie, sind wir uns unserer Körperempfindungen nicht mehr bewusst. Ein Training der interozeptiven Sensitivität braucht also Bewegung. Welche Vorteile hat eine erhöhte interozeptive Wahrnehmungsfähigkeit? Werden sich PatientInnen ihrer körperlichen Empfindungen bewusst, fällt es ihnen zunehmend leichter, einen Beobachterstatus einzunehmen und den Beginn wie auch den Verlauf einer Körpersensation wie auch Emotion wahrzunehmen. Dies versetzt sie in die Lage, sich ihrer Stressreaktionen bewusster zu werden und den Anstieg einer Erregung bereits in der Anfangsphase abbremsen zu können. Um sich wieder zu beruhigen, kann ein Asana oder eine Yogaatmung, die sich als hilfreich erwiesen hat, als Ressource dienen. Ganz praktisch sieht das so aus:

Eine Patientin kam völlig aufgelöst in die Therapiestunde. Bevor ich die Gründe dafür erfragte, erkundigte ich mich, ob sie bereit wäre, etwas auszuprobieren, um wieder ein wenig ruhiger zu werden. Ein Commitment zu dieser ungewöhnlichen Frage setzt eine ausführliche Psychoedukation voraus, so dass die Patientin meinen Vorschlag versteht und nicht als Zurückweisung oder Desinteresse wertet. Mithilfe einer Skala von 1 bis 10 ermittelten wir

das anfängliche Erregungsniveau, um die Wirksamkeit meiner Vorschläge überprüfen zu können. Die Patientin sagte, sie sei auf einer »sechs«. Ich schlug vor, die Berghaltung (siehe Abbildung 1) im Sitzen aufzubauen, in der wir die Füße am Boden spüren, zu den Sitzbeinhöckern wandern und schließlich die Wirbelsäule aufrichten. Wir fokussierten uns in einem ersten Schritt auf die Füße, den Kontakt mit dem Boden und intensivierten die Konzentration durch das Bewegen der Füße. Nach einer Weile zog sie die Schuhe aus und sagte: »Die Füße zu spüren tut mir gut, sie ohne Schuhe über dem Boden zu bewegen ist schön.« Während sie, wie auch ich, den Boden mit den Füßen erkundete, blieb ich verbal in Kontakt, indem ich beschrieb, dass sie möglicherweise die Temperatur des Bodens oder die Textur des Holzes oder auch etwas ganz anderes wahrnehmen kann. Nach einer Weile regte ich an, wann immer sie bereit war, mit ihrer Aufmerksamkeit zu den Unter- und Oberschenkeln zu wandern und zu prüfen, ob sie vielleicht ihre Sitzbeinhöcker auf dem Stuhl spüren kann. Die Füße der Patientin wurden ruhig und sie begann, sich ein wenig hin und her zu bewegen. »Genau«, kommentierte ich, »Sie können still sitzen bleiben oder aber erkunden, ob der Kontakt der Sitzbeinhöcker mit dem Stuhl durch Bewegung verdeutlicht wird.« Sie probierte beides und ich folgte ihr. »Das Wiegen gefällt mir«, sagte sie. Wir bewegten uns für einige Zeit hin und her, und ich kommentierte, dass sie vielleicht die Gewichtsverlagerung in den Sitzbeinhöckern oder die seitlichen Rumpfmuskeln spürt, wie sie sie wechselweise halten. »Wenn Sie so weit sind, können Sie

Ihre Wirbelsäule ein wenig aufrichten, gerade so, wie es im Moment für Sie passt.« Ich richtete mich leicht auf, damit ich nicht Modell für eine perfekte Aufrichtung stand, und sah, dass sie sich streckte und sich sogar ein wenig nach hinten beugte. »Finden Sie Ihre Art der Aufrichtung und lassen Sie sich Zeit«, kommentiere ich ihre Bewegungen. »Wenn Sie angekommen sind, spüren Sie vielleicht eine leichte Dehnung auf der Vorderseite Ihres Körpers, vielleicht im Brust- und Halsbereich, oder aber die Muskeln um Ihre Schultern, die ihre Schultern zurückziehen.« »Das habe ich gar nicht bemerkt«, meinte die Patientin nach einer Weile. »Das ist nicht angenehm.« Sie lockerte ihre Schulterpartie ein wenig und fand eine neue Position. »So ist es gut. Jetzt bin ich auf einer »vier««. An dieser Stelle könnten wir über Rückbeugen und Öffnung sprechen und über Verletzlichkeit. Das Ziel im TSY ist jedoch nicht, dass ich Deutungen anbiete und einen Dialog darüber anstrebe. Was zählt, ist die Wahrnehmung der körperlichen Empfindung und die Möglichkeit, Einfluss auf die eigenen Empfindungen zu nehmen.

Nach Abschluss unserer TSY-Einlage startete sie mit ihrem Bericht. Wann immer sie die Erregung zu überwältigen drohte, machten wir eine kleine Pause, in der sie wieder mit der Aufmerksamkeit zu ihren Füßen ging und sich wieder in der Berghaltung einfand (siehe Abbildung 1). Haben wir das öfter geübt, kann diese Ressource leicht genutzt werden.

Abbildung 1:
Berghaltung

Ein Patient fragte: »Ist dies nicht auch Vermeidung, wenn ich meine Asanas nutze, um mich zu beruhigen?« Er hat nicht ganz unrecht. Bis Patienten jedoch in der Lage sind, hohe Erregungen meistern zu können, ist es von Vorteil, die Aktivierung vorher abzufangen und in einem tolerierbaren Bereich gute Erfahrungen zu ermöglichen. Dies hat zur Folge, dass sich der Körper allmählich »als sicherer Ort« anfühlt, da die Patienten ein gewisses Maß an Kontrollmöglichkeiten ihrer bisher überwältigenden Sensationen und Emotionen erleben.

Das Training der interozeptiven Wahrnehmung bedeutet, dass Sie immer mitmachen und konkrete körperliche Empfindungen, die Sie spüren, ansprechen. Das können Wahrnehmungen wie Temperatur, Gewicht, Dehnung, Entspannung, Gleichgewicht etc. sein. Sie begleiten in einer strukturellen, funktionalen Sprache, das heißt, Sie »benennen« Gelenke, Muskeln, Knochen, Druck, Gewicht oder Dehnung. Alle Anleitungen sind Vorschläge und werden einladend formuliert. Zum Beispiel: »Wenn Sie möchten ..., wenn Sie so weit sind

..., vielleicht möchten Sie Folgendes ausprobieren ...«, ebenso wie alle Vorschläge für interozeptives Gewahrsein als Möglichkeit formuliert werden: »Vielleicht nehmen Sie beispielsweise eine Dehnung ... möglicherweise einen Druck ... das Gewicht ... eine Muskelaktivität oder gar nichts wahr.« Damit verfolgen wir verschiedene Ziele: Der Patient erhält dadurch Ideen und Orientierung, wie sich etwas anfühlen könnte. Dabei hat er jederzeit die Kontrolle über den Prozess, da er unsere Übungsvorschläge wie auch unsere Ideen für mögliche Empfindungen prüfen und zurückweisen kann. Wir streben damit eine Beziehung auf Augenhöhe an, sind also nicht »die Autorität«, die vorgibt, was gefühlt werden sollte, wenn man es »richtig« gemacht hat. Ich lerne viel von meinen Patienten und werde immer wieder überrascht, dass sie Dinge spüren, die ich »übersehen« habe. Gelingt die interozeptive Wahrnehmung zunehmend besser, können auf der Basis der Botschaften aus dem Körperinneren Entscheidungen getroffen werden, die zu absichtsvollen Handlungen führen. Zu diesem Zweck bieten wir Wahlmöglichkeiten an.

Wahlmöglichkeiten

Im Beispiel oben habe ich der Patientin vorgeschlagen, die Füße still auf dem Boden stehen zu lassen oder sie über den Boden zu bewegen. Sie entschied sich für die Bewegung. Daraufhin habe ich sie angeregt auszuprobieren, ob sich das Gefühl des Kontakts mit den Sitzbeinhöckern auf der Unterlage durch Bewegung oder durch ruhiges Sitzen verdeutlichen lässt. Zu Beginn des Übens beobachtete ich, dass die Vorschläge nur mechanisch ausgeführt werden, weil die Patienten wenig oder nichts spüren. Mit der Zeit jedoch verbessert sich die interozeptive Sensitivität und die Patienten beginnen, die Interozeption zu nutzen, um zu wirklichen Entscheidungen zu gelangen. Der Zuwachs an Selbstwahrnehmung erhöht die Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit, weil die inneren Botschaften genutzt werden können, um effektive Handlungen auszuführen. Genau das hat die Patientin getan, als sie ihre angespannten Schultern in der Rückbeuge spürte und sich entschied, die Position zu verändern. Weitere Beispiele sind ein Asana beenden, sich

eine Decke unter die Füße legen, wenn der Stuhl zu hoch ist, oder die Ausführung so verändern, dass es für den Patienten stimmt, was wiederum mittels interozeptiver Rückmeldung geprüft werden kann.

Wir regen damit folgenden Regelkreis an (siehe Abbildung 2).

Zu viele Wahlmöglichkeiten vorzuschlagen, kann ebenso überwältigend sein, wie keine Wahl zu haben. Daher starten wir mit zwei Möglichkeiten und nach und nach können weitere Varianten hinzukommen. Wichtig ist dabei auch, dass wir nicht vorgeben, was erreicht werden soll, beispielsweise »angenehm, entspannt, gut oder besser«. Nicht selten sind »angenehm, entspannt oder gut« keine vertrauten Kriterien für den Patienten und er weiß anfänglich oft nicht, woran er diese Empfindungen festmachen soll. Dies kann zu einem Gefühl von Hilflosigkeit und Versagen führen. Wir laden ein, das zu spüren, was ist, und nicht, was gespürt werden soll. Anregungen wie »angenehmer« oder »besser« führen zu Vergleichen, der vom Hier-und-Jetzt-Erleben wegführen, da eine Parallele zwischen Vergangenem und Gegenwärtigem gezogen werden soll.

Fassen wir die wichtigsten Prämissen des TSY zusammen:

- Wir laden ein bzw. machen Angebote, wir weisen nicht an
- Wir fokussieren auf die interozeptive Wahrnehmung, die nie bewertet wird
- Es gibt kein richtig oder falsch, weder bei der Wahrnehmung noch bei der Ausführung einer Übung
- Wir machen immer mit und erforschen unsererseits unsere Körperempfindungen
- Wir schlagen anhand unserer interozeptiven Botschaften vor, was der Patient möglicherweise spürt
- Wir sind neugierig und offen
- Wir bieten Wahlmöglichkeiten und stärken so die Selbstwirksamkeit des Patienten
- Wir erforschen immer den gegenwärtigen Moment und bleiben im Hier und Jetzt
- Wir streben eine Beziehung auf Augenhöhe an
- Wir bleiben mit unserer Stimme in Kontakt und vermeiden lange Sprechpausen
- Wir verstärken nicht die Vermeidung, achten jedoch auf das Timing, wann wir mit der (körperlichen) Exposition beginnen

Ist es gelungen, Ressourcen aufzubauen, die der Patient auch im Alltag anwenden kann, können wir einen Schritt weitergehen und Elemente des TSY in der Expositionstherapie nutzen.

Expositionstherapie mit TSY

Asanas und Pranayama können zum »Pendeln« eingesetzt werden. Konkret bedeutet dies: In der Expositionstherapie, unabhängig von der Methode, können bei überwältigenden Erinnerungen die erarbeiteten Ressourcen zur Beruhigung oder zum Auflösen einer Dissoziation genutzt werden. Welches Asana bzw. welche Atemübung wirkungsvoll sein wird, wissen wir nie im Voraus – auch wenn wir sie vielleicht mehrere Male mit derselben Wirkung mit dem Patienten erforscht haben. Eine neugierige, offene und kreative Haltung ist unabdingbar, um auszuprobieren und Lösungen zu finden. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Ein Patient, Herr T., der bereits vertraut mit TSY-Elementen zur Selbstberuhigung war, wurde von einer Erinnerung überflutet. Bevor

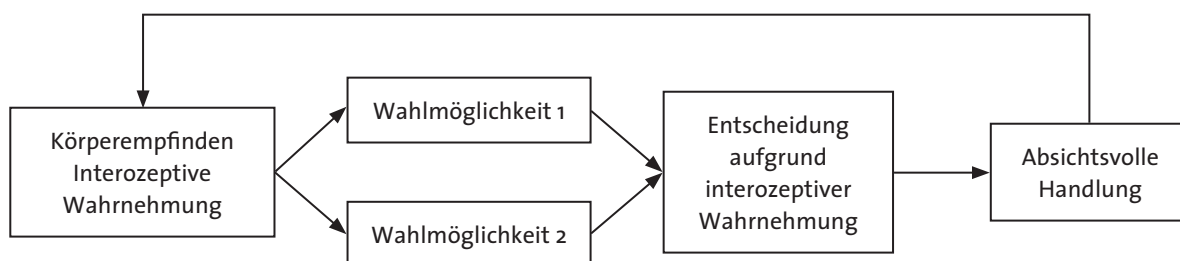
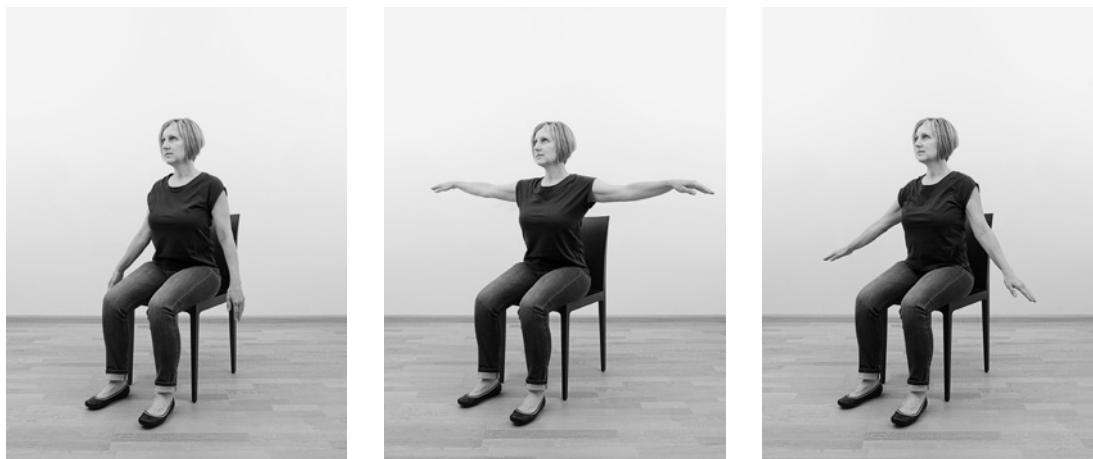


Abbildung 2: Interozeptive Wahrnehmung und Handlungsmöglichkeiten


Abbildung 3:
Sonnenatem

wir mit der Exposition der Erinnerung starteten, nutzten wir zunächst die ihm vertraute Berghaltung, um seine Erregung zu dämpfen. »Das reicht nicht«, meinte er. »Nur sitzen und Füße spüren reicht nicht.« Ich schlug ihm als nächste Übung die Sonnenatmung (siehe Abbildung 3) vor, eine Pranayama-Übung, bei der die Arme im Atemrhythmus auf und ab bewegt werden.

»Reicht immer noch nicht! Ich mache das nur mechanisch, ich spüre nichts.« Dieses Stichwort brachte mich darauf, ein kraftvolles Asana zu wählen, die Boothaltung (siehe Abbildung 4). Er verstärkte die Haltung, indem er beide Beine ausstreckte und auf dem Stuhl balancierte. Ich kommentierte, was er eventuell spüren konnte, während ich dieselbe Haltung einnahm. Da waren die Bauchmuskeln, das Gewicht auf dem Gesäß, das zunehmende Gewicht der Beine und ich kommentierte auch, dass er vielleicht, wie ich selbst, den Atem angehalten hatte. »Jetzt komme ich langsam wieder zurück und spüre wieder etwas ... meine Bauchmuskeln, das Zittern in meinen Beinmuskeln ... und dass ich, jetzt wo Sie es

sagen, wieder atme.« Wir konnten uns nach diesem »Ausflug« der Exposition zuwenden und pendelten, wann immer die Erregung zu überwältigen drohte, zu seiner Ressource, der Boothaltung.

Yoga eignet sich im Besonderen für Traumapatienten, da es aktivierende und beruhigende sowie dynamische Asanas und Atemübungen bereithält. Eine Dissoziation beenden wir in der Regel leichter mit intensiveren Übungen wie der Bootposition, den Kriegerhaltungen oder dem »nach unten schauenden Hund«. Beruhigend können sich weniger anstrengende Übungen wie

die Berghaltung oder eine Vorwärtsbeuge auswirken. Fühlt sich ein Patient starr und unbeweglich, sind Sonnenatem, Katze-Kuh (Abbildung 5) und andere dynamische Asanas gute Möglichkeiten. Ich möchte an dieser Stelle nochmals betonen, dass wir mit einer Haltung des Nicht-Wissens am besten fahren, da wir eine Wirkung nicht mit Sicherheit vorhersagen können. Wir erhalten aufgrund unseres Wissens über die neurophysiologischen Zusammenhänge lediglich einen Kompass, der uns eine Richtung weist. Geben wir einem Patienten das Gefühl, eine bestimmte Übung müsste



Abbildung 4: Zwei Varianten der Boothaltung

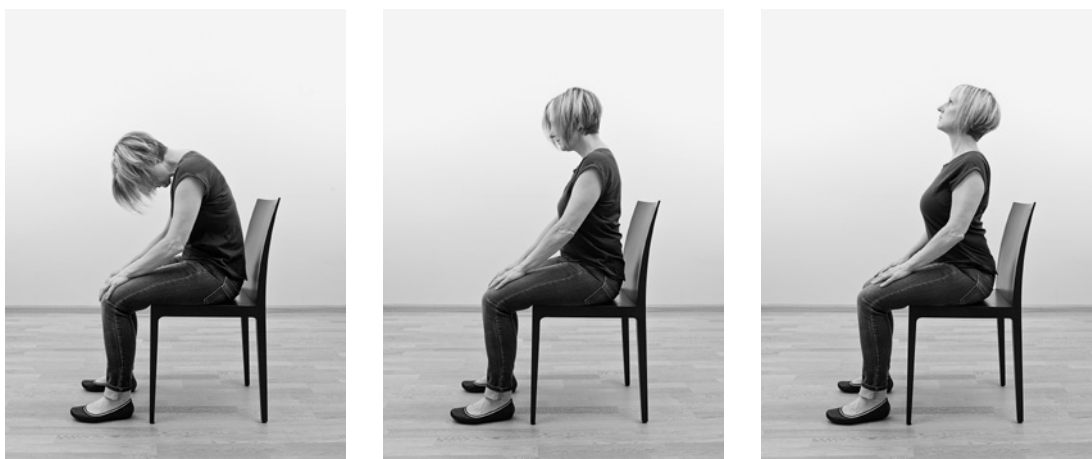


Abbildung 5:
Katze-Kuh-Asana

»helfen«, triggern wir mit großer Wahrscheinlichkeit alte, traumatische Beziehungserfahrungen.

Um neue Lernerfahrungen zu ermöglichen, müssen wir die Patienten aus ihrer Vermeidung locken. Auch hierfür eignen sich TSY-Elemente. Löst ein Asana unangenehme Empfindungen und Emotionen aus, gehen wir, wie ich am Beispiel der Katze-Kuh-Bewegung (siehe Abbildung 5) verdeutlichen möchte, folgendermaßen vor: Löst die »Katze«, also die Vorwärtsbeuge, Beklemmung und Angst aus, können wir dem Patienten vorschlagen, für einen Moment in der Haltung zu verweilen, mit dem Hinweis, dass er sich jederzeit aufrichten und in die »Kuh«, eine leichte Rückbeuge, wechseln kann. Das Erforschen einer Haltung hat das Ziel, dem Patienten neue Erfahrungen zu ermöglichen, zum Beispiel, dass er diese Empfindung meistern kann oder dass sich Empfindungen verändern oder nachlassen, wenn wir ein wenig Zeit geben. Entscheidet sich der Patient jedoch gegen unseren Vorschlag und richtet sich auf, stärkt dies sein Selbstwirksamkeitserleben,

da er spürt, dass er etwas gegen die Beklemmung tun kann. »Nein-Sagen« ist eine zentrale Erfahrung. Somit haben Verweilen wie Beenden eine wichtige therapeutische Funktion, da beide Entscheidungen neue Erfahrungen bereithalten.

Eine weitere Variante ist, das Katze-Kuh-Asana dynamisch zu nutzen. Wir leiten einen steten Wechsel von Vor- und Rückbeugen an, so dass der Patient Bewegung statt Immobilität erfährt. Dies hat noch einen weiteren Vorteil: Der Patient nähert sich immer wieder der unangenehmen Erfahrung, vermeidet diese also nicht. Jedoch kontrolliert er selbst die Intensität der Exposition. Er kann lang oder kurz verweilen, die Bewegung schneller oder langsamer, größer oder kleiner ausführen.

Am Ende möchte ich noch kurz auf die Frage, ob TSY eine Traumatherapie ersetzt, eingehen. Werfe ich einen Blick in meine tägliche Praxis, so ist die Antwort eindeutig »nein«. Ich bin der Überzeugung, dass Menschen neben der Integration körperlicher Symptome auch eine Verarbeitung auf kognitiver und emotionaler Ebene brauchen. Beides geht nicht ohne das Gespräch über

das Trauma und die Folgen. Zuhören, Empathie, Mitgefühl, Verständnis sind ebenso wichtige Faktoren wie kognitives Verstehen und Einordnenkönnen. Um jedoch zu dem Punkt zu gelangen, einer Traumaexposition Stand zu halten und über Erfahrungen, Gefühle und Auswirkungen reden zu können, brauchen wir Werkzeuge, die den Patienten helfen, ihre Affekte und Körperreaktionen unter Kontrolle zu bringen. Gespräche sind hierbei weniger nützlich als eine körperorientierte Arbeitsweise. Wir öffnen einen Erfahrungsraum, in dem der Patient lernen kann, die Symptome traumabezogener Trigger zu meistern, weil er den Beginn von Über- und Untererregung zu spüren gelernt hat und mittels Ressourcen abbremsen kann – also selbstwirksam wird.

Traumasesensitives Yoga ist aus meiner Sicht vor allem eine Frage der therapeutischen Haltung, die folgende Gedichtzeile von Rumi (1995) auf den Punkt bringt:

Out beyond ideas of wrongdoing and rightdoing there is a field. I'll meet you there.

Trauma-Sensitive Yoga as a Supplementary Body-Oriented Method for Treating Complex Trauma and PTSD

Summary

Experts at the Trauma Center in Boston have been successfully employing trauma-sensitive yoga for over fifteen years as a supplementary group-therapeutic method for treating patients suffering from complex trauma. The author describes how trauma-sensitive yoga elements can be applied in individual settings. In addition to promoting stabilization, affect regulation, self-efficacy and resource activation, the trauma-sensitive asanas and breathing exercises can be used to »oscillate« in exposure therapy. The exercises themselves are also suited as body-oriented exposure, in which patients learn to regulate the intensity of elicited sensations and emotions.

Keywords

Trauma therapy, trauma-sensitive yoga, exposure therapy, affect regulation, self-efficacy

Zur Person



Dagmar Härle ist Traumatherapeutin, Master of Psychotraumatology (Univ. Zürich), Practitioner Somatic Experiencing, Weiterbildung in EMDR, Fachsupervisorin Traumatherapie und Mitglied des Ausbildungsausschusses der GPTG, Yogalehrerin (RYT 200), TCTSY-Facilitator, Dozentin für traumasensitives Yoga, Buchautorin (Körperorientierte Traumatherapie – Sanfte Heilung mit traumasensitivem Yoga, Praxisbuch traumasensitives Yoga, Coaching und Trauma, Junfermann Verlag).

Kontaktadresse

*Dipl. oec. troph. Dagmar Härle
Ramsteinerstrasse 22
4052 Basel
0041-61-4220957
tsy@trauma-institut.eu
www.trauma-institut.eu*

Literatur

Arche, J.J. & Cracke, M.G. (2006). Mechanism of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1849–1858. DOI 10.1016/j.brat.2005.12.007.
Berrol, C.F. (1992). The neurophysiologic basis of the mind-body connection in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 14(2), 19–29.
DOI 10.1007/BF00844132.

Brown, R.P. & Gerbarg, P.L. (2009). Yoga Breathing, Meditation, and Longevity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172, 54–62.
DOI 10.1111/j.1749-6632.2009.04394.x.
Delgado, L.C., Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M., del Paso, G.R. & Vila, J. (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behavior Research and Therapy*, 48, 873–882.
DOI 10.1016/j.brat.2010.05.012.
Emerson, D. & Hopper, E. (2011). Trauma-Yoga, Heilung durch sorgsame Körperarbeit. Lichtenau/Westf.: Probst.

Emerson, D., Sharma, R., Chaudhry, S. & Turner, J. (2009). Yoga Therapy in Practice: Trauma-Sensitive Yoga: Principles, Practice, and Research. *International Journal of Yoga Therapy*, 19, 123–128.
Emerson, D. (2012). Interview: Yoga Teachers as Part of the Clinical Team. *Yoga Therapy Today*, 24–25.
Franzblau, S.H., Smith, M., Echevarria, S. & Van Cantfort, T.E. (2006). Take a breath, break the silence: the effects of yogic breathing and testimony about battering on feelings of self-efficacy in battered women. *International Journal of Yoga Therapy*, 16(1), 49–57.
Härle, D. (2015). Körperorientierte Traumatherapie. Sanfte Heilung mit traumasensitivem Yoga. Paderborn: Junfermann.
Härle, D. (2016). Praxisbuch traumasensitives Yoga. Paderborn: Junfermann.
Khalsa Dharma Singh, M.D. & Stauth, C. (2004). Meditation as Medicine. New York: Pocket Books.
Salmon, P., Sephton, S., Weissbecker, I., Hoover, K., Ulmer, C. & Studts, J.L. (2004). Mindfulness meditation in clinical practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 434–446.
DOI 10.1016/S1077-7229(04)80060-9.
Segal, Z., Williams, J.M. & Teasdale, J. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford.
Streeter, C.C., Jensen, E.J., Permuter, R.M. et al. (2007). Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(4), 419–26. DOI 10.1089/acm.2007.6338.
Streeter, C.C., Whitfield, Th.H., Owen, L. et al. (2010). Effects of Yoga versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: A randomized Controlled MRS Study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(11), 1145–52.
DOI 10.1089/acm.2010.0007.
Rumi (1995). The essential Rumi. Translated by Coleman Banks. London: Penguin Books.
Waelde, L.C., Thompson, L. & Gallagher-Thompson, D. (2004). A pilot Study of yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6), 677–687.
DOI 10.1002/jclp.10259.