

## Die Polyvagal-Theorie aus der Sicht einer Traumatherapeutin

Denkfragmente zum Artikel "Die Polyvagal-Theorie, nicht nur eine Buchbesprechung" von H. Frick, CH-Hypnose, März 2012, erschienen in CH-Hypnose, Juli 2012  
Dr. med. Gisela Perren-Klingler

### Einleitung

Die Buchbesprechung durch Heini Frick – mit der Bekanntmachung von Porges und seiner Polyvagal-Theorie (PVT) – ist ein Geschenk für alle HypnotherapeutInnen; diese Theorie liefert nämlich biologische Grundlagen für viele effiziente hypnotische Interventionen und erklärt, warum man zuerst Patienten, resp. ihren Hirnstamm, Ursprung des autonomen NS beruhigen muss, bevor man Appell an Verständnis und Bewusstsein von Patienten machen kann. Die Entdeckung der PVT vor einigen Jahren war für mich ein grosser Augenöffner und eine Bestätigung von vielen intuitiv unternommenen Interventionsstrategien. Viele meiner nachfolgenden Ausführungen setzen die Kenntnis des in der Überschrift erwähnten Artikels von H. Frick voraus.

### Eigene Erfahrungen in einer Extremsituation

Unvorbereitet, unwissend und ungewollt war ich Anfangs der 80iger Jahre durch das IKRK mit gefolterten politischen Häftlingen in Lateinamerika konfrontiert worden – an sich nicht in einem therapeutischen Rahmen; doch wenn es galt, einen ca. 55-jährigen Gewerkschaftsführer vor dem mit einer self fulfilling prophecy antizipierten Tod im Gefängnis zu bewahren, konnte ich vor mir selber nicht anders als in der mir zugestandenen Stunde mit ihm, (nicht deklariert) therapeutisch zu arbeiten; dieser Mann hatte im Gefängnis eine Apoplexie erlitten, war voll rehabilitiert, doch dachte er, er müsse im Gefängnis sterben, obwohl er nur noch ein weiteres Jahr abzusitzen hatte. Im Gespräch – beide in seiner Zelle stehend (um das Guckloch durch meinen Rücken zu verdecken) – begann ich die Verschiebung seiner verzweifelten Aufmerksamkeit auf die Folgen der Folter („Traumazentralität“, d.h. alles wird in Zusammenhang mit dem Trauma erlebt) weg und auf glückliche Momente in seinem Leben vor der Folter und Inhaftierung zu lenken. Und relativ schnell konnte er mir seinen glücklichsten Moment, die Haus-Geburt seines ersten Sohnes erzählen. Nachdem ich mir dies sinnesspezifisch genau hatte schildern lassen, machte ich damit eine hypnotische Induktion, unter Benützung aller Sinnesmodalitäten und deren Submodalitäten; der ruhige Atem des vorher hoch agitierten und angstvollen Mannes verriet mir, dass wir auf dem richtigen Weg waren; das SES (Soziales Engagement System, das aus myelinisierten Fasern des parasympathischen Systems besteht) war doppelt aktiviert: in der Beziehung zu mir (mit allen Vor-

teilen, als Mitglied des IKRK in seiner Zelle) und in der Beziehung zu seiner Familie. Sobald die „Glücks- und Sicherheitsphysiologie“ sich voll entfaltet hatte öffnete ich seine Neugier für die Zukunft: wie kurz die Zeit ihm vorkommen werde, bis zu seiner Freiheit, und wie er dann wieder in seiner Familie leben werde. Wir konnten mit dem ruhigen Atmen dann kurz über die Folter vor 6 Jahren sprechen, doch das war gar nicht mehr wichtig; als ich mich von ihm nach einer Stunde verabschiedete, dankte er mir und sagte, er freue sich auf seine inzwischen geborenen Enkel(!)

### Zum Entstehen meines Zugangs zu Gefolterten und andern Traumatisierten

1980 gab es noch kein operationalisierbares Konzept über Traumafolgestörungen; doch schon damals war mir klar, dass ich mit Menschen über ihre Foltererfahrungen nur sprechen konnte, wenn ich eine minimale Sicherheit gewährleisten konnte. Der äussere relativ sichere Rahmen im Gefängnis war klar gegeben, wir besuchten die Inhaftierten in ihren Zellen, um sicher zu sein, dass wir nicht abgehört wurden; wir gaben allen die Sicherheit, auf einer Liste in Genf bekannt zu sein; zusätzlich war die Tatsache, Mitglied des IKRK und Schweizer zu sein, für alle Delegationsmitglieder ein Vertrauensvorschuss. Der Rest hatte auch mit unseren SES zu tun, resp. unserer Fähigkeit, mit den Inhaftierten aufmerksam und respektvoll umzugehen. Dies hatte für mich nach der Heimkehr schwierige Folgen, ich hatte mir eine sekundäre Traumatisierung eingehandelt - doch auch das wusste man damals noch nicht und ich war sehr allein beim Bewältigen dieser Erfahrung. Deswegen ist mir heute der Selbstschutz bei Arbeit mit Patienten so wichtig und insistiere ich in allen Kursen darauf ...

Seit meiner damaligen Erfahrung mit den politischen Häftlingen, mache ich mit jedem Patienten zuerst eine Ressourcendiagnose, bevor ich mich der Pathologie zuwende; ich suche dabei nicht nur nach Safe Place, Power Place, Lucky Place, wie Heini Frick beschreibt, sondern suche neben Orten auch Situationen, Personen, Werte oder Dinge, die eine Aktivierung von Sicherheit, Stolz, Kompetenz usw. als tonische Ressourcen ermöglichen. Das Erleben dieser Ressourcen ermöglicht den Patienten mit Traumafolgestörungen (aber auch mit depressiven oder andern Störungen) relativ schnell sich zu getrauen, mitzuteilen, was passiert ist; denn das Vertrauensverhältnis, in welchem Patienten

sich kompetent erleben, macht es einfacher, die höchst unangenehmen „traumatischen Gefühle“ (wie Scham, Wut, Angst, Ekel und Hilflosigkeit usw.) zu ertragen. Diese Gefühle sind ja post-traumatisch ein zentraler Störfaktor oder (wie Porges sagt) Nebeneffekt der parasympathischen Aktivierung, sowohl kurz wie auch lange nach traumatogenen Erfahrungen und lassen die Wunde nicht verheilen. Zeugnis ablegen, Mit-Teilen des erfahrenen Leides ist fast immer ein wichtiger Bestandteil der heilenden Interventionen.

## Das autonome Nervensystem (NS)

### A. Der Sympathikus; adrenerges System, Stress System

Wenn man im Rahmen des Konzeptes der post-traumatischen Belastungsstörung anfängt, sich neben den sozialen (Ressourcengleichgewicht, Hobfoll) mit den biologischen Stress Konzepten auseinanderzusetzen, dann wird einem schnell der Effekt der Sympathikus-Reizung während und nach der Exposition klar; grosse Pupillen, schweissige und kalte Extremitäten, Zittern, erhöhte Muskelkraft und Puls usw. sind die eindeutigen körperlichen Zeichen für die hohe adaptive Leistung unseres Körpers bei Gefahr. Post Festum interpretieren Menschen dies immer wieder als „Angst“. Die post-traumatisch auftretende akute Stress Reaktion in Form von weiter dauernder Übererregung mit wiederkehrenden Erinnerungen, usw. können wir im Rahmen des Stress Konzeptes von Selye und Cannon verstehen, auch wenn Patienten dies (und auch das DSM IV immer noch) als „Angst“ (-Störung) bezeichnen.

### B. Der Parasympathikus (PS): cholinerges Erholungs- und soziales Bindungssystem

Die dissoziativen Phänomene während und nach der Exposition passen nicht zum Bild der sympathischen Funktionen, und der Totstellreflex schon gar nicht. Sie werden erst verständlich wenn man die Funktionen des Parasympathikus, noch besser die Poly-Vagal-Theorie PVT einbezieht. Die im und nach einem potenziell traumatischen Ereignis auftretende Dissoziation und Vermeidung haben mit dem SES zu tun. Oder um es etwas einfacher zu sagen: ein Ereignis wird erst dann traumatisch, wenn es zu einem dauernden Ungleichgewicht und Überaktivierung von Sympathikus und Parasympathikus führt; damit treten auch die Gefühle, Nebenprodukte des SES, nachträglich immer wieder neu beim Wiedererinnern an das Ereignis auf und produzieren die „Traumazentralität“ und verhindern so dessen Integration.

Besonders bei kurz zurückliegenden Erfahrungen kann der emotionale Anteil in Bezug auf ein Ereignis präventiv einfach erarbeitet werden; hinter den unangenehmen Emotionen (Nebenprodukte des SES), die durch die an-

dauernde sympathische Übererregung zusätzlich überhöht sind (Stress intensiviert Gefühle!), steht ein verletzter Wert – wieder ein Teil des SES; wenn man den Wert hinter den Emotionen findet, kann man (oder auch häufig der Klient ohne Hilfe) ein mächtiges Reframing machen, indem man die Emotion(en) normalisiert, weil der Wert X so wichtig für diese Person ist.

Ein gesundes und angenehmes Gleichgewicht zwischen Sympathikus und Parasympathikus, bedingt durch eine wirksame Aktivierung des SES im sozialen Kontext, ist gegeben, z.B. beim Spiel; lustvolle Aktivierung, ohne Stress; nicht nur Verdauung oder Ausruhen, reine parasympathische Funktionen. Dieses Gleichgewicht, respektive eine gute Aktivierung des SES, suchen wir auch in jeder Therapiesitzung, denn ohne das gibt es kein Lernen.

Neben Porges gibt es auch noch einige andere wichtige Erkenntnisse, die für Hypnotherapeuten wesentlich sind zum Verständnis, was wir eigentlich machen und wie wir arbeiten.

## Steve Porges und die parasympathisch hervorgerufene Dissoziationsform

Dissoziation ist ein klinisch hoch komplexes Phänomen, das durch verschiedene (mindestens 4) Systeme garantiert wird; das heisst auch, dass Dissoziation eine vitale Funktion hat, denn nur wichtige Funktionen werden durch verschiedene biologische Wege garantiert.

Hier interessiert die Funktion des Parasympathikus als „Dissoziationssystem“.

Der Parasympathikus hat unmyelinisierte, phylogenetisch aus der Amphibienzeit und dem dorsalen Nucleus Ni X des Hirnstamms) stammende Fasern, welche hauptsächlich die sub-diaphragmatischen Organe innervieren. Er hat aber auch myelinisierte, nur bei Säugern vorkommende, im ventralen Nucleus NiX originäre und die fünf Gesichtsnerven (III, VII, IX, X, XII, aus den Kiemenbögen ausgewachsen) begleitende Fasern.

Es ist noch unklar, welche parasympathischen Fasern verantwortlich sind für die jedem Hypnotherapeuten bekannten Phänomene von Anästhesie auf der körperlichen und seelischen Ebene in Hypnose: eine Handschuanästhesie hat nichts mit der Desaktivierung von sensiblen Nervenbahnen zu tun, das würde dann nämlich Dermatomweise geschehen; die (auto- oder fremd-hypnotisch) hervorgerufene Handschuanästhesie beruht auf einer Aktivierung des PS (N. vagus).

Die emotionale Distanz, welche in Trance erreicht werden kann, hat ebenfalls u.a. mit der Aktivierung der PS Fasern

(hauptsächlich der myelinisierten Gesichtsnerven) zu tun.

Die Dissoziation der Borderline Patienten hingegen, bei welcher sie in einen dem Totstell Reflex ähnlichen Zustand regredieren, hat mit der Notfallreaktion bei (realer oder fantasierter) Lebensbedrohung z.B. während des Missbrauchs zu tun. Sie ist bedingt durch eine Aktivierung der unmyelinisierten Fasern: Im Totstellreflex fällt der Körpertonus massiv ab, die Physiologie wird so miserabel, dass man als uninformatierter Therapeut denkt, man habe eine schwere körperliche Krankheit übersehen; die Lebewesen (auch Tiere) sind unfähig einen Ton von sich zu geben, Puls und Atmung sind stark verlangsamt (bis zu einem durch Bradykardie bedingten Herzstillstand), epilepsieartige Krämpfe können sich zeigen und eine starke körperliche und seelisch Anästhesie ist aufgebaut. Diese „Energiesparmassnahme“ wird bei Beutetieren hervorgerufen, wenn der Jäger eine minimale Distanz überschreitet; in dem Moment fällt die maximale Aktivierung des sympathischen Kampf/Flucht Systems zusammen und das lebensrettende energiesparende PS System tritt ein; es ist die letzte Schutzmassnahme des Körpers, bevor er durch den Jäger ergriffen wird oder durch totale Erschöpfung zu Grunde geht; es kann so eventuell den Jäger, der nur Lebendes fressen will (Katzen), davon abhalten, richtig zuzubeissen und so das Überleben des Beutetiers ermöglichen.

Beim Menschen ist es nicht viel anders: das überwältigte missbrauchte Kind erlebt den körperlichen Übergriff und maximale Hilflosigkeit und die minimale körperliche zwischenmenschliche Distanz ist überschritten) und so tritt der Totstellreflex ein. Er ermöglicht dem Kind, Schmerz und Schreck während des Geschehens nicht zu spüren, d.h. dissoziiert zu sein und nachher zu erleben, das es nicht es selber ist, das das Ganze erlebt hat, sondern „die Prinzessin“ (oder das dreckige Mädchen usw.): Es hat gelernt sich zu dissoziieren. Je besser das Kind das kann, umso mehr wendet es dies (immer unwillentlich!) auch an, sobald es sich frustriert fühlt, d.h. jede unangenehme Physiologie führt wieder zu einer Dissoziation. Diese automatische Dissoziation wird also geübt und immer besser beherrscht – also Wachstum von dendritischen „Dissoziationsfasern“.

Der Totstell-Reflex kann auch auftreten, wenn bei „bewusstlosen“ Patienten medizinische „lebensrettende“ Massnahmen vorgenommen werden – unter Unterschreitung der minimalen zwischenmenschlichen Distanz; deswegen reden Rettungskräfte auch mit Bewusstlosen, wenn sie sie anfassen.

Die Dissoziation ist also ein Mechanismus im Dienste des Überlebens, der sekundär wieder lebensbedrohend werden kann.

Doch diese unmyelinisierten Fasern sind auch beteiligt

beim Ruhig Halten in Geburt und Koitus, allerdings dann im Zusammenspiel mit Oxytocin, d.h. sie stehen auch im Dienst der Fortpflanzung.

## **Steve Porges und das „Milieu Intérieur“ von Claude Bernard**

Der Vagus (im Hirnstamm aus dem ventralen Vaguskomplex stammend, mit myelinisierte Fasern) ist dem Sympathikus übergeordnet, damit kontrolliert er auch den Puls indem er den Sympathikus im Herzschrittmacher hemmt. Der Puls im Herz wird beschleunigt, wenn der ventrale Vagus kern deaktiviert wird und so den Sympathikus weniger hemmt. Ebenso kontrolliert er die Atemfrequenz. Wenn der Sympathikus auch nach dem Ereignis aktiviert bleibt, Herz und Atmung beschleunigt bleiben, ohne dass die Körperaktivität des Fliehens/Kämpfens den Sauerstoff verbraucht, entsteht eine respiratorische Alkalose; das Milieu intérieur (Claude Bernard) verändert sich und bewirkt die bekannten Symptome von Schwindel, Ameisenlaufen, Zittern der feinen Gesichtsmuskulatur, später Muskelkontrakturen, kalten und schweissigen Händen, Lufthunger, präkordialen Schmerzen (bis hin zu einem EKG, das einen Herzinfarkt vortäuscht, vgl. P. Nixon (Internist, der Patienten für Bypassoperationen vorbereitet hatte und dann herausfand, dass seine Indikationen häufig falsch waren, d.h. die Herzkranzgefässe intakt waren), und dissoziativen Phänomenen. Als „Nebeneffekt“ erleben die Menschen Angst oder sogar Todesangst; früher wurde dies als hysterische Attacke bezeichnet; heute nennen wir es „Hyperventilationssyndrom“. Auf der physiologischen Ebene sind alle körperlichen Prozesse verändert, da der normale Körper-PH basisch geworden ist.

Allen ist in dieser Situation auch die Plastiktüte der Rettungsmannschaften oder die Injektion eines Benzodiazepins bekannt. Notfallmässig werden Patienten so wieder zu normaler Atmung und einem normalen PH zurückgeholt. Die Hilflosigkeit beim Hyperventilieren wird aber durch solche Rettungsmassnahmen noch verstärkt, auch wenn sie die lästigen Symptome effizient beseitigen. Doch man kann auch das SES zum Spielen bringen (oder einfach ausgedrückt, Beziehung anbieten) und mit dem Betroffenen zu atmen beginnen. In kaum mehr Zeit, als Plastiktüte oder Benzodiazepine brauchen, und ohne länger dauernde Nebeneffekte kann man so ebenfalls das adäquate Milieu intérieur, wiederherstellen; auch so verschwinden die somatischen Symptome und die emotionalen Begleiterscheinungen; und gleichzeitig erleben Menschen wieder ihre Selbstwirksamkeit. Allerdings muss man in solchen Situationen, ausserhalb eines Settings des ruhigen Praxisalltags, Pacing und Leading unter „Schlachten der heiligen Kuh der

Non-Direktivität“ (Kathalin Bloch) diese gelernt und geübt haben. Der Gewinn hierbei ist, dass Patienten am eigenen Körper erleben, wie und was sich verändert, und dann via Psychoedukation und Hausaufgaben ihre Symptomatik selber zu beheben lernen können.

## Steve Porges und Paul Ekman's Theorie der Gefühle

Die PVT von Porges wird durch die Emotionstheorie Ekman's sinnvoll ergänzt. Ekman hat nachgewiesen, dass es fünf Grund-Emotionen gibt; sie werden durch die Aktivierung spezifischer Kombinationen einzelner Gesichtsmuskelstränge, transkulturell immer gleich, („unbewusst“) ausgedrückt, wahrgenommen und interpretiert. Bei seiner Forschung stimulierte er systematisch verschiedene Faszikel der Gesichtsmuskeln elektrisch, um einen spezifischen Gesichtsausdruck, wie „Angst“, „Wut“, „Freude“, „Trauer“, „Ekel+Scham“ herzustellen. Die Kombination verschiedener aktivierter Faszikel zeigt die Ausdrucksweise dieser verschiedenen 5 Grund-Gefühle. Interessanterweise konnte er zusätzlich nachweisen, dass die elektrische Stimulation der Gesichtsmuskeln auch die entsprechenden Gefühle in einem selbst hervorruft. Wenn man nun das Wissen aus der PVT anwendet, heisst das nichts anderes, als dass bei der Stimulation der Gesichtsnerven die sie begleitenden myelinisierten Vagusfasern (die besonders in den Gesichtsnerven verlaufen, III, VII, IX, X, XII) auch aktiviert werden und so das „Nebenprodukt“ Körper-Gefühl respektive die damit verbundene Emotion hervorgerufen wird. Das heisst, dass ich mir, wenn ich die entsprechenden Faszikel im Gesicht stimulare, ein Gefühl hervorrufen kann. Und je mehr ich es übe, umso mehr habe ich Zugang zu diesem Gefühl. Gefühle sind also bei Porges und Ekman als Begleiterscheinung von aktivierten Gesichtsmuskeln (und deren parasympathischer myelinisierter Fasern) im Dienste des SES zu verstehen.

## Konsequenzen aus Claude Bernard, Steve Porges und Paul Ekman

Die Kombination der drei Theorien von Porges, Ekman und Bernard machen klar, dass man Gefühle als Nebenerscheinungen von physiologischen Zuständen betrachten kann; diese Tatsache tut der Wichtigkeit der Gefühle keinen Abbruch. Im Gegenteil, sie beweist, dass Gefühle immer unbewusst und ohne Zutun des Willens entstehende Indikatoren von Ungleichgewichten oder speziellen neuromuskulären Aktivierungen im menschlichen Organismus sind. Früher hat man dann in Therapien sich mit den Indikatoren zu befassen begonnen und manchmal in der Black Box durch Bearbeitung der Gefühle Veränderungen herstellen können; heute wissen wir, dass wir die Gefühle und de-

ren physiologische Ausdrucksweisen als Führer benützen können, um physiologische Zustände zu verändern:

Ein einfaches Beispiel ist das oben aus dem Gefängnis zitierte, oder auch simple Panikattacken: der Patient benennt seinen furchtbaren Zustand, bei dem er sterben zu müssen glaubt als Panikattacke: seine Physiologie sagt uns aber, dass er hyperventiliert und unter allen physiologischen Zeichen der Hyperventilation leidet: Lufthunger, Druck auf der Brust, Herzrasen, präkordiale Schmerzen, Gedankenrennen, Schwindel, Todesangst usw. Wir können ihm in diesem Zustand lange erklären, dass er keinen Grund hat, Panik zu haben, da er „nur“ hyperventiliere, nur noch ein Jahr Gefängnis vor sich habe; diese Information gelangt nicht zu seinem Kortex und Mittelhirn, und deswegen ist sie sinnlos; wenn wir hingegen uns bestimmt und schützend mit seinem autonomen NS zusammentun und in den einfachsten Worten und Bewegungen mitteilen, dass die Atmung sich verändern kann, können wir in kurzer Zeit das PS System neu aktivieren. So beruhigt sich die Atmung, der Puls sinkt und der PH des Milieu intérieur säuert sich wieder so an, dass die Lebensprozesse wieder zu einer Norm zurückkehren, in welcher der Kalium-, Natrium-, und Calcium-Austausch der Zelle mit ihrer Umgebung normal verlaufen kann (und die EKG Veränderungen und der Druck im Herzbereich zurückgehen). Die „Angst, Panik“ lässt nach und wird besprechbar. Eventuelle Auslöser können eruiert werden, Erklärungsmodelle des Patienten besprochen und ventiliert werden usw.

Man kann so auch den Patienten beibringen, wie viel sie selber zur Kontrolle ihrer Angst beitragen können (unter Umgehung der Gefahr, dass sie sich dafür verantwortlich fühlen müssen), und ihnen, sobald sie es kapiert haben, Hausaufgaben geben, wie sie ihre Angst- und Panikattacken oder ihre traumatische Übererregung und Flashbacks vermindern können – in Intensität und Frequenz. Dieses Erkenntnis ist für viele Therapeuten, die lange Jahre gelernt haben, psychodynamisch treffende Interpretationen oder Reframings zu geben, eine grosse Kränkung. Es scheint, als ob die Arbeit mit der Biologie weniger Aufmerksamkeit und präzise Formulierungen brauchen würde, etwas, worauf ja jeder Therapeut sich etwas einbildet.

Die praktische Konsequenz der drei erwähnten Theorien ist in ihrem Grundgefüge äusserst einfach: solange der Hirnstamm und das dort originäre autonome NS (das Krokodilhirn) nicht bedient ist, ist jeder Versuch, sich an Kortex, limbisches System, Gedächtnis usw. zu wenden verlorene Liebesmühe.

Die daraus folgende Technik, als erstes das gestörte Verhältnis zwischen Sympathikus und Parasympathikus zu regulieren, beruht immer auf der Veränderung der At-



mung: seien es die von H. Frick erwähnten Atemübungen aus dem Kreis von Yoga und andern meditativen Techniken, sei es eine simple - agnostische- Atemübung, z.B. auf der Basis von Bensons „Relaxation Response“, oder so, wie ich sie seit Jahren Therapeuten und CARE Team Mitgliedern beibringe ( 5 Sekunden wie durch ein dünnes Röhrli einatmen, 1 Sekunde anhalten, 5 Sekunden wie durch ein dünnes Röhrli ausatmen und warten, bis man wieder Luft hunger verspürt). Diese Technik ermöglicht, in kurzer Zeit (5 – 10 Minuten) eine Beruhigung des autonomen NS: Dies geschieht genau gesehen durch die Aktivierung des Vagus (Vagusreflex) und eine dadurch gleichzeitig erfolgende Beruhigung des Sympathikus. Sie etabliert physische Sicherheit zusätzlich durch die Veränderung des Milieu intérieur. Diese einfach erscheinende Übung fordert viel von Therapeuten: man muss dabei unter schwierigen Bedingungen ein sehr gutes Pacing und Leading gewährleisten, und u.a. nur auf die Ausatmung des Patienten sprechen; das ist wesentlich für das Holding und die entstehende dyadische Sicherheitsblase. Man kann sie beim Patienten beobachten in einer ansteigend immer angenehmeren Physiologie von Ruhe und Sicherheit, Verlangsamung des Pulses usw. (Persönlich denke ich, dass genau diese Aktivität, in welcher die Sprache nur als Begleitinstrument – für Instruktion zu Selbsthilfe dient – die hohe Kunst der Utilisation aus der Erickson'schen Hypnose wiedergibt.) Zusätzlich ist es ein Test, wie gut man den Patienten pacen und leaden kann. Patienten können so bereits im Notfall oder in einer ersten Sitzung Selbst Efficacy und Eigenkontrolle erleben und daraus Hoffnung und Motivation schöpfen.

## Psychoedukation und Hausaufgaben

Ein gebeuteltes autonomes NS lernt natürlich nicht in einem Mal, sich für immer zu beruhigen; das dendritische Wachstum hat zu einem Lerneffekt in Bezug auf „Sich Panik Machen“ geführt. Deswegen müssen Hausaufgaben genau erarbeitet, die Ausführung durch Patienten vom Therapeuten kontrolliert und dann verschrieben werden. Nur so können Patienten ihre Selbstverantwortung wahrnehmen und leben und ihre Hilflosigkeit gegenüber den Symptomen aufgeben. Bereits nach vierzehn Tagen merken die Patienten, dass sie viel zu ihrem „Wohl“ (oder „Besser“-)befinden beitragen können. So lernen sie die Selbstkohärenz Antonovskys, Kontrolle und Verständnis ihrer selbst, im täglichen Leben anzuwenden und die eigene Gesundheit zu fördern. Wenn sie dies gelernt haben, können sie weiterhin in Therapie-sitzungen erarbeitete Ressourcen verstärken, intensivieren und sogar selber finden; damit wird die Arbeit mit Pathologie weniger zentral und die Kompetenz des Patienten kann gestärkt werden; das wiederum beruhigt das autonome NS, indem Sicherheit, Selbstvertrauen, Selbststeuerung

immer sicherer angewandt werden können, der Patient also immer kompetenter wird. Welche Metapher dazu sinnvoll gebraucht werden kann, hängt vom Patienten, seiner Kultur, seinen Erfahrungen usw. ab.

## Höhere zerebrale Funktionen und die „wahre Psychotherapie“ über Einsicht

Erst wenn das autonome NS – oder der Hirnstamm (oder das Reptilienhirn) wieder ruhig sind, kann man sich an den Kortex und das Mittelhirn mit seinen Repräsentationen, Werten, Wahrnehmungen, Erinnerungen und Zukunftsträumen wenden. Erst in einem solchen ruhigen Zustand können die evolutiv höheren Zentren funktionieren, wird Zugang zu Gedächtnis bewusst möglich und können kompliziertere kognitiv-verhaltensmässige Interventionen wirken, wie z.B. Reframings, Verständnis von Spielen usw.

Bei durchschnittlichen Psychotherapie- Patienten wird die Sicherheit, resp. die Aktivierung des SES erreicht durch „Rapport“, „Joining“, „Holding“ oder wie das nun in der entsprechende Schule heisst. Damit ist die notwendige Sicherheit für ruhigen Zugang zu Hippocampus (verbales Gedächtnis) und Kortex (Sinnesrepräsentanzen der Erinnerungen) erreicht. Doch bei Patienten mit Trauma- Folgestörungen, besonders PTBS oder Borderline-Symptomatik, ist das autonome NS zu sehr dysreguliert, als dass eine einfache Rapportübung es beruhigen könnte; da braucht es eben mehr aktive Beruhigung, über den Körper. Deswegen sind bei Traumafolgestörungen auch häufig averbale, auf dem Körper beruhende, die Atmung beruhigende Therapien anfänglich einfacher und effizienter; doch schliesslich ist unser Hirn darauf angewiesen, dass auch traumatische Erfahrungen in Worte gefasst, geordnet und dann im expliziten Gedächtnis (Aktivierung des Hippocampus) abgelegt werden können. Nur so entsteht die Freiheit, bei Bedarf die Erinnerung relativ ruhig und ohne Überflutung zurückzuholen, sei es, um einem Hausarzt oder einem Enkel zu erzählen, was einem als politischer Aktivist damals passiert ist, sei es, um des Jahrestags dieser Erfahrung ruhig zu gedenken usw.

Wir wissen heute, dass der Hippocampus nur funktioniert, d. h. „offen“ ist für Integration von Erinnerungen, wenn das Stress Niveau abgebaut ist und die Schutzfunktionen durch Abschottung von Hippocampus und präfrontalem Kortex (Zukunftsplanung) nicht mehr nötig sind. Man weiss auch, dass der Hippocampus bei chronischem Stress atrophiert, doch auch wieder an Volumen zulegen kann, wenn der chronische Stress abgebaut worden ist.

Viele alte Therapeuten wussten intuitiv solche Dinge, berücksichtigten sie bei der Indikation zu tiefenpsychologisch „aufdeckender“ Psychotherapie und wandten bei

den übererregten Patienten ausschliesslich „stützende“ und „ich- stärkende“ Techniken an. Denken wir nur an die Haltung bei Borderline Patienten, bei denen ja meistens unvorhersehbar (aus Trauma-Perspektive aber verständlich) Übererregung, „Gefühlsinkontinenz“ oder Acting Out auftreten können.

Wie man das Ich stützen und stärken kann, wird aus der Neurobiologie klarer und viel einfacher. Und in diesem Sinne ist der Beitrag von Porges, zusammen mit jenen von Ekman und Bernard therapeutisch weiter bringendes Wissen und ermöglicht andere, einfache Körpertechniken, die für den Hypnotherapeuten zum Rüstzeug gehören, doch auch in vielen andern Therapieformen immer mehr Einzug halten.

Es wird wieder einmal mehr wahr, dass der Mensch nicht nur einen Kopf, sondern auch einen Bauch hat, der allerdings im Kopf, resp. Hirn gesteuert wird, im Vaguskomplex des Hirnstammes.

Für Psychotherapeuten, aber auch somatisch orientierte Ärzte mag es ein grosses Unterfangen sein, sich vom Konstrukt des Primats der Gefühle zu lösen und sich mit dem neuen Konstrukt „Primat der Physiologie“ auseinander zu setzen und Therapien deswegen anders auszurichten. Doch genau so kann man sich vom Primat des Wortes mit seiner interpretativen Funktion lösen und sich dem Wort mit seiner instruierenden Funktion zuwenden. Dieses Konzept ermöglicht uns, mit schwierigen, früher nicht behandelbaren Patienten, wie eben den Borderlinern, zu arbeiten, mit ihnen u.a. psychoedukativ die automatische Dissoziation abzubauen und ihnen so ein Leben zu ermöglichen, in welchem sie frei entscheiden können, ob und wann sie Dissoziation benützen wollen. Eine lohnenswerte und sehr befriedigende Arbeit!

Sich vom Konstrukt des Primats der Gefühle zu lösen und sich mit dem neuen Konstrukt „Primat der Physiologie“ auseinanderzusetzen, kann aber auch sehr lohnend sein, für Therapeuten und Patienten; es ermöglicht einem mehr die adaptive Funktion von Gefühlen, Physiologie und „Symptomen“ zu sehen; das hilft, auch den „verrücktesten“ Patienten weniger zu pathologisieren, resp. keine Norm aufzustellen, die nahe bei Sünde und Versagen ist. Wenn man sich so vom Wort und seiner interpretativen Funktion zu lösen beginnen kann, kann man sich dem Wort mit seiner instruierenden Funktion zuwenden. Man wird anstatt Therapeut Instruktor, die psychogische Psychotherapie löst sich von theologisch-psychologischen Ursprung und kehrt zurück zum Körper und seiner Biologie.