

Psychotherapeutischer Umgang mit Scham - Von der Selbstanteile Arbeit zum Brainspotting

1. Schamgefühle im Zusammenhang mit traumatischen Introjekten

Im Zuge der Beschäftigung mit einer Veränderung des Selbst durch traumatische Ereignisse sind in der Psychotraumatologie psychische Vorgänge wie Identifikation und Introjektion hochaktuell geworden. Sandler (1987b, S 52, zit. nach Hirsch, 1998, S. 106) differenziert Identifikation und Introjektion folgendermaßen: „Identifikation ist ein Prozess, in dem auf der Basis einer Objektrepräsentanz eine Veränderung in der Selbst-Repräsentanz stattfindet. Man könnte in gewisser Weise sagen, dass ein Objekt in das Selbst hineingenommen worden ist. Introjektion ist sozusagen das Aufrichten eines inneren Begleiters, mit dem man im Dialog stehen kann, der aber nicht ein Teil der Selbst-Repräsentation ist“...“Während also das Introjekt von innen auf das Selbst einwirkt, ist durch Identifikation bereits eine Veränderung des Selbst von statten gegangen“ (Hirsch, 1998, S. 106). Das Introjekt als fremdkörperartiges Gebilde, Abkömmling unerträglicher Gewalt oder unbetrauerter Verluste, erzeugt Selbstwerterniedrigung, Strafbedürfnis, Aggression und Schuldgefühl (Hirsch, 1998, S. 109).

Ebenso können Schamgefühle als Folgen von traumatischen Introjekten auftreten.

Peichl (2007) beschreibt die Introjektion als Prozess,“ durch den die Rolle und Funktion einer realen Person durch ein `Introjekt` übernommen wird, man könnte es die mentale Repräsentation dieser Person nennen“ (Peichl, 2007, S. 67).

Neben positiven Introjekten gibt es auch negative Introjekte. Darunter fasst er destruktive und übelwollende Ich-Zustände z.B. nach der Erfahrung eines Gewalttraumas, wo ein Opfer einem oder mehreren Täter(n) gegenübersteht, zusammen. Diese Introjekte können als Täterintrojekte bezeichnet werden. Es werden nicht nur Eigenschaften von früheren Bezugspersonen introjiziert, sondern noch häufiger Konfliktmuster, wie sie mit diesen Primärpersonen verbunden in der Familie wahrgenommen werden (vgl. Peichl, 2007, S. 67-68).

Nijenhuis (2011) beschreibt Introjekte, die über Täter introjiziert werden, unter anderem auch als täterinnenimitierende Introjekte.

Für die Arbeit mit Introjekten ist es wichtig, ein gutes Arbeitsbündnis mit den KlientInnen aufzubauen.

2. Therapeutische Beziehung in der Traumafolgentherapie in der Integrativen Gestalttherapie

Ein besonderes Augenmerk wird in der Traumafolgentherapie in der Integrativen Gestalttherapie auf die therapeutische Beziehung, welche u.a. Halte und-Containerfunktion hat, gelegt. Vor allem sollen negative Übertragungsphänomene möglichst rasch erkundet und bearbeitbar werden, da Traumatisierte in besonderem Maße auf eine stabile und gute therapeutische Beziehung angewiesen sind. Wann eine Teilhabe an der persönlichen Resonanz der TherapeutIn für die traumatisierte KlientIn angemessen und hilfreich ist, ist seitens der TherapeutIn immer wieder zu erkunden. Traumatisierte Menschen sind auf das aktive Zugehen seitens der TherapeutIn angewiesen, dabei kann das Einbringen von z.B. eigener Betroffenheit seitens der TherapeutIn auf die Leiden der KlientIn, bedeutsam sein.

Die Übertragungsbeziehung wird in der Integrativen Gestalttherapie zugelassen, aber nicht gefördert (vgl. Yontef 1983). Vor allem in der Traumafolgentherapie sollen Übertragungsphänomene sorgfältig ergründet und mit der dialogischen und phänomenologischen Methode möglichst frühzeitig durchgearbeitet werden. Daneben ist auch eine therapeutische Arbeitsbeziehung bedeutsam. Diese wird auch als „therapeutisches Arbeitsbündnis“ oder sogar als „Realbeziehung“ zwischen TherapeutIn und KlientIn bezeichnet. Das Arbeitsbündnis wendet sich an die gesunden oder auch erwachsenen Anteile der KlientIn. Reddemann (2003, S. 203) ist es wichtig, dass die TherapeutIn mit den erwachsenen Anteilen der KlientIn zusammenarbeitet.

3. Selbstanteile Arbeit - mit Schamgefühlen

Die Watkins beschreiben das Ego als einen Zustand, der aus mehreren Ego-Zuständen besteht, die voneinander durch mehr oder weniger durchlässige Grenzen getrennt werden. Für diese Trennung spielt Dissoziation eine große Rolle, von der normalen Alltagsdissoziation bis hin zur pathologischen Dissoziation nach Traumaerfahrung.

Watkins und Watkins (2003) definieren Ego-States folgendermaßen: „Ein Ich-Zustand kann definiert werden als organisiertes Verhaltens -und Erfahrungssystem, dessen Elemente durch ein gemeinsames Prinzip zusammengehalten werden und das von anderen Ich-Zuständen durch eine mehr oder weniger durchlässige Grenze getrennt ist (Watkins, 2003, S. 45).

„Ego-States sind komplexe neuronale Netzwerke, die Gefühle, Körpergefühle, Überzeugungen und Verhaltensweisen in einem bestimmten Augenblick oder über einen bestimmten Zeitraum festhalten. Es sind voneinander abgrenzbare“ psychische Einheiten“ (Peichl, 2007, S. 62). Dies entspricht einer Definition von Ego-States auf einer neuronalen Ebene.

Peichl (2007) macht detaillierte Aussagen über Ego-States: Sie lassen sich nicht eliminieren sondern nur verändern, haben eine eigene Wahrnehmung, Motivation und Rollen, eigene Kognitionen und Affekte, können sich in Stimmungen oder Symptomen manifestieren (Depressionen, Kopfschmerzen etc.), sie können untereinander Konflikte erzeugen usw.

In der Ego-State-Therapie werden die verschiedenen Ego-States eines Menschen wie verschiedene Teilpersönlichkeiten betrachtet. Beim Zeichnen einer Landkarte von Ego-States würden wir kindliche Ego-States, erwachsene States, States die Mutter oder Vater verkörpern oder andere wichtige Bezugspersonen, Niederschläge von ganz speziellen und einmaligen Lebenserfahrungen und States, die wir gerne einmal sein würden, vorfinden, (vgl. Peichl, 2007, S. 62-63).

Ego states können sich auch in Form von **Schamgefühlen** manifestieren.

Weiters beschreibt er unterschiedliche Kategorien von Ego-States:

1. Ego- States die der Anpassung dienen:

dabei handelt es sich um Ego-States, die dem Individuum helfen sollen, schwierige Lebenssituationen besser zu meistern. Darunter fallen die sogenannten „inneren Helfer“. Diese können aus Introjekten (z.B. Vater, Mutter) hervorgegangen sein.

2. Introjekte:

wobei sich z.B. täteridentifizierte Introjekte häufig nur nach langer Überzeugungsarbeit und wohlwollender Wertschätzung für ihre Funktion im „Selbst-System“ zur Kooperation gewinnen lassen.

3. Traumabezogene Ego-States:

Diese Ego-States tragen das traumatische Ereignis als Kognition, Gefühl, Körpererinnerung, Bild und Handlungsimpuls in sich (vgl. Peichl, 2007, S. 65-69).

Das Ziel der Selbstanteile Arbeit ist die Integration. Verschiedene Selbstanteile die nicht miteinander kooperieren können sollen in einen Dialog miteinander gebracht werden. Ein **traumabezogener Ego-State** kann z.B. auch ein **Schamgefühl** sein. Ego-States als Schamgefühle werden von erwachsenen Ego-States häufig abgelehnt. Bei Menschen mit traumatischen Erfahrungen kann die Integration von einem Schamanteil eine wesentliche Rolle spielen, um das Alltagsleben bewältigen zu können.

In Anlehnung an Fritz Perls Arbeit mit dem „top dog“ und „under dog“, Virginia Satirs Arbeit mit dem „inneren Team“, Ellert Nijenhuis Arbeit mit ANP´s (angenommen normale Anteile) und EP´s (emotionale Anteile) und John und Helen Watkins Ego-State-Therapie, möchte ich im Rahmen der Integrativen Gestalttherapie die Arbeit mit verschiedenen Selbstanteilen vorstellen.

3.1. Selbstanteile Arbeit mit Symbolen - z.B. mit Holzklötzchen zur Integration von Schamanteilen in der IG

Der Klient, die Klientin wird angeleitet, aus einer Sammlung von Holzklötzchen ein Klötzchen für den angenommen normalen Anteil (ANP) und für einen Schamanteil (EP) auszusuchen.

Später können je nach Trauma Anamnese noch weitere Anteile z.B. Täterinnenimitierende, Täterinnenloyale und andere traumabezogene Selbstanteile exploriert und mit Hilfe von Holzklötzchen aufgestellt und in eine Traumafolgentherapie integriert werden.

Für die Integrationsarbeit von Schamanteilen kann es hilfreich sein, diesen einen oder mehrere Helferanteile zur Seite zu stellen. Durch diese Vorgehensweise können die verschiedenen Ego-States zum Leben erweckt und miteinander in Kontakt gebracht werden.

Eine gelungene Integrationsarbeit zeigt sich, wenn möglichst alle Anteile wertschätzend und empathisch miteinander in einen Dialog treten können und der Schamanteil vom ANP angenommen werden kann (Hoffmann-Widhalm, 2012).

3.2. Selbstanteile Arbeit mit RollenspielerInnen zur Integration von Schamanteilen in der IG

Im Gruppenkontext kann die Selbstanteile Arbeit mit RollenspielerInnen gemacht werden. Die verschiedenen Selbstanteile werden bei dieser Vorgehensweise durch RollenspielerInnen repräsentiert und im Raum aufgestellt. Aus der Rolle eines Schamanteils heraus, können z.B. auch Körperempfindungen mitgeteilt werden. Für **Schamanteile** kann es hilfreich sein, wenn Helferanteile dazugestellt werden. Der Schamanteil kann auch versuchen, den für sie/ihn bestmöglichen Platz im Selbstsystem zu finden.

In der Arbeit mit RollenspielerInnen besteht zusätzlich die Möglichkeit die einzelnen Ego States zu befragen, was sie an Unterstützung brauchen, wie sie sich fühlen und was sie wollen. Es wird solange mit den RollenspielerInnen gearbeitet, bis sich jede/jeder möglichst von jeder/jedem gesehen und verstanden fühlt. Dabei kann es dazu kommen, dass zusätzliche Helferanteile dazugestellt werden und/oder dass ein Selbstanteil räumlich einen anderen Platz im Selbstsystem sucht und dabei auch einen oder mehrere Helferanteil(e) zur Unterstützung dorthin mitnimmt (Hoffmann-Widhalm, 2012).

4. Brainspotting (Grand D.)-mit Schamanteilen in der IG

Brainspotting ist ein traumatherapeutisches Verfahren, das von David Grand entwickelt wurde.

Bei Traumatisierungen bleibt die Verarbeitung des überwältigenden Ereignisses auf der Ebene der Reflexe, das heißt in den tieferen Hirnstrukturen „stecken“. Das Erleben der Bedrohung wird wie eingefroren, ist für unser Bewusstsein schwer oder gar nicht mehr veränderbar. Eine Traumatisierung kann auch als biologisch unvollendete Reaktion verstanden werden, die sich z.B. körperlich in Form von somatischen Beschwerden ausdrücken kann.

Brainspotting ist eine Behandlungsmethode, welche die zentralen neurophysiologischen Quellen emotionalen oder körperlichen Schmerzes, von Trauma, Dissoziation und anderer Symptome zu finden, zu verarbeiten und zu lösen versucht. Diese Methode kann zur Traumaverarbeitung unterstützend innerhalb einer therapeutischen Beziehung eingesetzt werden.

Ähnlich wie bei EMDR wird bei Brainspotting ein emotional belastendes Ereignis erinnert.

Dabei folgen die Augen einer langsamen waagrechten Handbewegung der TherapeutIn mit einem Pointer durch das Gesichtsfeld der KlientIn in Augenhöhe. Wenn die kontinuierliche Augenbewegung durch eine unwillkürliche Reaktion wie z.B. starkes Blinzeln unterbrochen wird, wurde an dieser Stelle ein Brainspot gefunden. Ein Brainspot kann über die Augenposition, die mit der Aktivierung des traumatischen oder emotional geladenen Themas im Gehirn einhergeht, gefunden werden.

Diese Aktivierungen liegen in der Amygdala, dem Hippocampus oder dem orbitofrontalen Cortex des limbischen Systems. Ein Brainspot bietet assoziativen Zugang zu einem neuronalen Netzwerk, das emotionale Erfahrungen als Gedächtnisinhalte speichert. Es wirkt auf die tieferen Hirnstrukturen und im Körper durch seinen direkten Zugang zum autonomen und limbischen System des Zentralnervensystems und ermöglicht einen Zugang bis auf die Reflexebene.

Der Brainspot kann sowohl durch äußerlich beobachtbare reflexartige Reaktionen durch die TherapeutIn - „outside window“, als auch durch die KlientIn selbst, über innerlich erfahrbare unwillkürliche Körperreaktionen - „inside window“, lokalisiert werden. Bei Brainspotting durch das „inside window“ hilft die TherapeutIn der KlientIn über den „felt sense“, also einer vorsprachlichen Empfindung einer Bewertung, Brainspots aus traumatischen Erfahrungen und Belastungen zu finden.

Wird ein Brainspot stimuliert, können unwillkürliche Reaktionen wie Zuckungen der Augen, Flattern, Fixierungen, Blinzeln (heftiges oder doppeltes Blinzeln), Pupillenerweiterung oder -zusammenziehen, Verengen der Augen, Zuckungen im Gesicht, Stirnrunzeln, Schnauben, Schlucken, Gähnen, Husten, Kopfnicken, unwillkürliche Handbewegungen, Fußbewegungen und Veränderungen der Körperhaltung, auftreten. Um den Brainspot weiter zu stimulieren und um Zugang zu den traumatischen Gedächtnisinhalten zu finden, wird die Augenposition der KlientIn fixiert, während diese/er sich weiter auf das zu bearbeitende Problem fokussiert.

Diese Fixierung der Augenposition während der Aufmerksamkeitsfokussierung auf den „felt sense“, scheint einen tief greifenden Selbstheilungsprozess in Gang zu bringen.

Dieser Verarbeitungsprozess, der auf der Reflexebene bzw. auf der Ebene des Zentralnervensystems geschieht, geht einher mit einer Löschung von vorher konditionierten physiologischen Reaktionen. Brainspotting macht sich hier

möglicherweise die Eigenschaft des Gehirns zur Selbstregulation zu Nutze um maladaptive Zustände zu verarbeiten und in ein neues Gleichgewicht zu bringen (vgl. Grand, 2009, Schubbe, 2009).

Brainspotting kann auch wirksam für den Aufbau und die Stärkung von Ressourcen eingesetzt werden, welche in der Therapie mit Traumafolgenstörungen wichtig für den Bearbeitungs- und Heilungsprozess sind. Brainspotting kann in der Integrativen Gestalttherapie gut integriert werden. Durch das Gewährsein im Hier und Jetzt, kann die KlientIn ermuntert werden, ihr „inneres Fenster“ zu öffnen. Diese behutsame Vorgehensweise bezieht den achtsamen Umgang mit Widerstand ein, der für die Behandlung von traumatisierten Menschen wichtig ist. Die Entspannung die während der Behandlung mit Brainspotting auftritt, kann auch die Stressarousals regulieren helfen.

Brainspotting kann meiner Meinung nach wie EMDR als Experiment in der Integrativen Gestalttherapie eingesetzt werden, nachdem das Verfahren der KlientIn erklärt und er/sie um sein/ihr Einverständnis gefragt wurde.

Mit Hilfe eines Pointers kann versucht werden einen Brainspot zu finden, der mit einem **schambesetzten Thema** oder einem **Schamgefühl** korrespondiert. Wobei auch das damit einhergehende Körpergefühl beachtet wird. Die Frage würde lauten: „Wo spüren sie die Scham jetzt im Körper“? Davon ausgehend könnten Schamgefühle mit „Outside Window BSP“ oder „Inside Window BSP“ bearbeitet werden, indem die KlientIn solange den gefundenen Brainspot fokussiert bis das subjektive Belastungsgefühl auf 0 eingestuft wird (Hoffmann-Widhalm, 2012).

4.1. Gazespotting mit Schamanteilen in der IG

Dieser Ansatz nutzt die natürliche Tendenz des Menschen, einen bestimmten Punkt innerhalb des eigenen Sehfeldes zu fixieren, wenn man über emotionale Themen spricht. Diese Fixierung ähnelt dem „Blick ins Leere“. Es scheint als würde die KlientIn zu dem spezifischen Punkt sprechen, ohne dass er/sie sich selbst darüber bewusst wäre. Grand stellte aus einer Rückmeldung fest, dass diese Methode weniger aktivierend als „Inside Window BSP“ oder „Outside Window BSP“ war und trotzdem genauso wirksam und intensiv in der Verarbeitung. Gazespotting ist die einzige Form des BSP, bei der eine Klientin, ein Klient, ihren/seinen eigenen Brainspot intuitiv und unbewusst lokalisiert. Es scheint auch sanfter und ressourcenorientierter zu sein, als die aktivierenden

Modalitäten. Hier wird auch kein Pointer verwendet (vgl. Grand, 2011, S. 284).
Meiner Meinung nach ist Gazespotting besonders geeignet für KlientInnen, denen es sehr wichtig ist die Kontrolle zu behalten und selbst aktiv zu werden.

Mit dieser Methode konnte eine Klientin beim Ansprechen eines **Schamthemas** angeleitet werden, ihre Blickrichtung dort zu belassen, wo ihre Augen im Hier und Jetzt gerade von sich aus verweilten. Die Therapeutin hatte zuvor bemerkt, wie die Klientin beim Ansprechen des Themas einen Punkt vor sich am Boden fixierte. Es zeigte sich, dass bei längerem Verweilen auf diesen Punkt eine Reihe von Bildern und Szenen auftauchten, in denen sie sich sehr beschämt fühlte. Mehrere Ego-States,- eine Fünfjährige, Zehnjährige und Achtzehnjährige -, wurden durch das Fixieren auf diesen einen Punkt nacheinander getriggert und für die schambesetzten Szenen konnte ein Verarbeitungsprozess eingeleitet werden. Die Klientin begann während dieses Prozesses auch mit den Personen, die Schamgefühle bei ihr ausgelöst hatten in imaginäre Dialoge zu treten und es kam zu einer Aufarbeitung von offenen schambesetzten Situationen. Durch das Bedürfnis der Klientin bisher nicht Ausgesprochenes den jeweiligen Personen gegenüber auszusprechen, zeigte sich hier, dass Brainspotting- in diesem Fall Gazespotting-gleichzeitig den Affekt auf der Beziehungsebene als auch auf der neurobiologischen Ebene regulierte. Die Klientin kam in der ersten Sitzung zunächst auf der SUD Skala von 0-10 (subjektive units of disturbance) auf SUD 2, nach zwei weiteren Sitzungen auf SUD 0 (Hoffmann-Widhalm, 2012).

4.1.1. Selbstanteilearbeit mit Gazespotting in einem vorgestellten Wohlfühlraum in der IG

Die KlientIn wird angeleitet, innerhalb des Sehfeldes einen „**Wohlfühlraum**“ zu suchen, in dem sich verschiedene Selbstanteile treffen können. Z.B. ein **Schamanteil**, ein ANP (angenommen normaler, erwachsener Selbstanteil), ein oder mehrere Helferanteil(e) etc.

Jeder Anteil wird ermuntert, mit jedem anderen in einen Dialog zu treten. Während dessen bleibt die Blickrichtung auf den „Wohlfühlraum“ fokussiert. Die Arbeit ist beendet, wenn möglichst alle Anteile für einander Wertschätzung, Verständnis und Empathie entwickeln konnten. Durch diese Vorgehensweise kann es zur Integration verschiedener, bisher abgelehnter Selbstanteile kommen.

Fallbeispiel:

Bei einer Frau mit einem **Schamthema** hat sich in einem „Wohlfühlraum“ ein

Schamanteil der sieben Jahre alt war, ein Helferanteil in der Gestalt einer „weisen Frau“ und ein

ANP, getroffen. Die „weise Frau“ konnte zwischen dem siebenjährigen Schamanteil und dem erwachsenen Anteil, der die Tendenz hatte den Schamanteil abzulehnen solange vermitteln, bis der ANP den Schamanteil annehmen konnte. Dadurch konnte der bisher abgelehnte Schamanteil integriert werden (Hoffmann-Widhalm, 2012).

Literatur:

Grand, D., Schubbe O.,(2011): Brainspotting. Ein neues duales Regulationsmodell für den psychotherapeutischen Prozess. In: Zeitschrift Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. ISBN 978-3-608-94665-9. 5.Jahrgang, Heft 3, August 2011, 284.

Grand, D.,(2009): Brainspotting Teil 1, Skriptum 2009 (übersetzt v. Schubbe Oliver).

Hirsch, M. (1998): Schuld und Schuldgefühl: zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt. Göttingen, 106.

Nijenhuis, Ellert R.S. (2011) Interne Fortbildung der AK der Fachsektion Integrative Gestalttherapie in Wien, 17.u. 18. Oktober 2011

Peichl, J. (2007): Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst. Klett-Cotta, 62-69.

Reddemann, L. (2003, 9. Auflage): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Leben lernen, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 203.

Schubbe, O.,(2009): Brainspotting. Trauma und dessen Erinnerung im Körper.
<http://www.traumatherapie.de/database/therapies/brainspotting.html>.

Van der Hart, O., Nijenhuis, Ellert R.S., Steele K. (2008): Das verfolgte Selbst, Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung.

Junfermann, Paderborn, 20-22, 24.

Watkins J.G., Watkins H. (2003, 1997). Ego-States Theorie und Therapie. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg, 45.

Yontef, G. M. (1983): Gestalttherapie als dialogische Methode. In: *Integrative Therapie*, 9/2-3, 98-130.