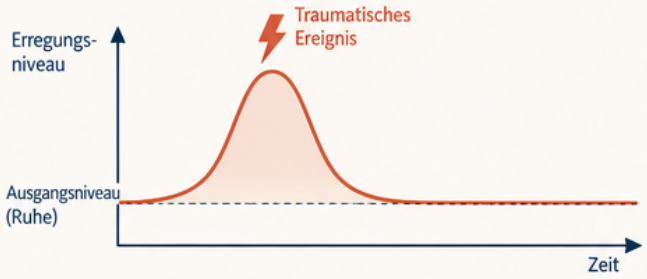
Akutes vs. chronisches und komplexes Trauma

Typ I: einzelnes Ereignis · Typ II / K-PTBS: wiederholte oder langanhaltende Belastung

TYP I · MONOTRAUMA

Abgegrenztes, plötzliches Ereignis

Unfall · Naturkatastrophe · Überfall

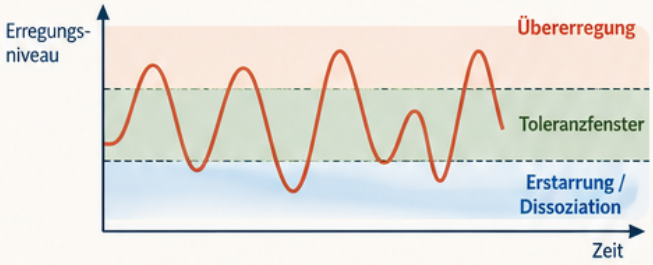


Einmaliger Alarm – Rückkehr zur Ruhe oft möglich.

TYP II · CHRONISCH / KOMPLEX

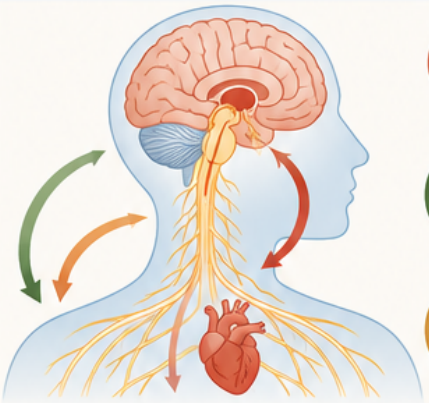
Repetitive, oft interpersonelle Belastung

Vernachlässigung · Gewalt im Bindungssystem · Verfolgung



Anhaltende Gefahr verändert Selbstregulation und Bindung.

WAS IM NERVENSYSTEM GESCHIEHT



Gefahr bleibt präsent

Das Nervensystem erkennt wiederholt Bedrohung.
Stresssysteme bleiben häufiger aktiv und kehren schwerer zur Ruhe zurück.

Toleranzfenster verengt sich

Die Spanne, in der Erregung gut reguliert werden kann, wird kleiner.
Schon geringe Reize können Übererregung oder Erstarrung auslösen.

Affektregulation und Beziehungsgestaltung können beeinträchtigt sein

Emotionen sind schwerer zu regulieren. Vertrauen, Nähe und stabile Beziehungen können herausfordernder sein.

Frühe sequenzielle Traumata können mit struktureller Dissoziation und inneren Anteilen einhergehen.

KLINISCHER HINWEIS

Diese Karte vermittelt Grundkonzepte für den therapeutischen Kontext.
Sie ersetzt weder differenzialdiagnostische Abklärung noch Psychotherapie.

ENTSCHEIDUNGSORIENTIERUNG – WAS IST HILFREICH?

Einzelereignis / fokussierte Schockreaktion	→	Orientierung, Stabilisierung und Entlastung des akuten Alarms.
Chronische Fehlregulation / Bindungsunsicherheit / Dissoziation	→	Toleranzfenster behutsam erweitern, somatische Sicherheit stärken, innere Anteile berücksichtigen.

REFLEXION FÜR DIE SITZUNG

Biografie und autonome Reaktionsbereitschaft gemeinsam einordnen.

Reagiert Ihr Körper eher wie auf einen plötzlichen Alarm – oder erleben Sie dauernde Wachsamkeit beziehungsweise ein Sich-Abschalten, das Sie schon lange begleitet?

Traumafolgen sind Schutzreaktionen eines überforderten Organismus. Ein Monotrauma erschüttert Sicherheit punktuell; komplexe Traumata können Selbstregulation und Bindungssystem nachhaltig prägen.

Beobachtete Stressmuster (z. B. Übererregung, Erstarren, Dissoziation):

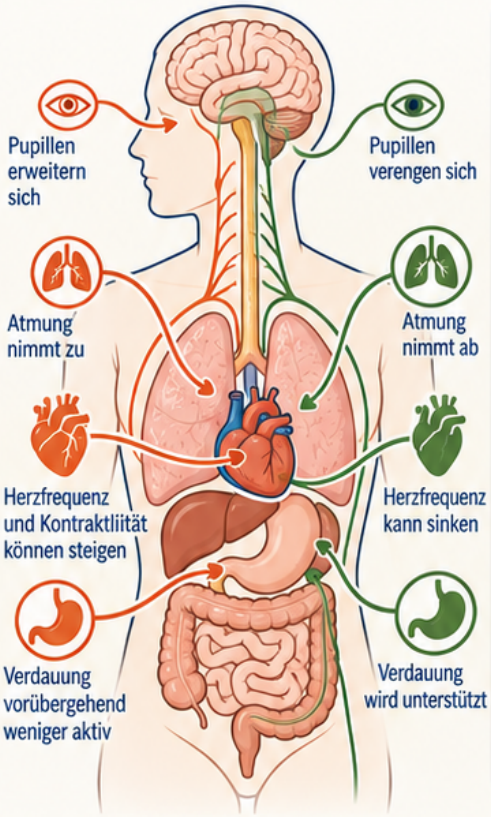
Ressourcen für mehr körperliche Sicherheit:

Sympathikus und Parasympathikus

Sympathikus: Mobilisierung

Sympathische Aktivität unterstützt die Bereitstellung von Energie und die Anpassung an Anforderungen. Je nach Kontext können Herzfrequenz und Kontraktilität steigen, die Pupillen sich erweitern und Verdauungsprozesse vorübergehend weniger im Vordergrund stehen. Diese Reaktionen sind abgestuft und verändern sich nicht bei allen Menschen oder in jeder Situation gleich.

- Das Bild vom „Gaspedal“ kann den Mobilisierungsaspekt veranschaulichen, ist aber nur eine Metapher.
- Körperliche Aktivierung allein beweist weder Trauma noch eine bestimmte psychische Diagnose.



Parasympathikus: Erholung und Versorgung

Parasympathische Einflüsse unterstützen unter anderem Verdauung und Erholungsprozesse. Der Vagusnerv trägt einen großen Anteil parasympathischer Versorgung; parasympathische Einflüsse erreichen jedoch auch über andere Bahnen Organe. Die Metapher der „Bremse“ ist anschaulich, bildet die komplexe und organspezifische Regulation aber nicht vollständig ab.

- Sympathikus und Parasympathikus sind keine zwei globalen Zustände, zwischen denen der Körper ausschließlich umschaltet.
- Beide Systeme können je nach Organ und Situation unterschiedlich beteiligt sein.

Geltungsbereich dieser Einheit

Diese Einheit vermittelt Grundlagen zur unwillkürlichen Regulation körperlicher Funktionen. Sie ist eine einzelne Lernkarte, nicht die vollständige Sammlung von 100 Karten. Sie dient der Psychoedukation und ersetzt weder Diagnostik noch eine individuell abgestimmte Behandlung.

- Das autonome Nervensystem (ANS) reguliert unter anderem Herz-Kreislauf, Atmung, Verdauung und Drüsenfunktionen.
- Sympathische und parasympathische Einflüsse wirken oft gegensätzlich, aber nicht als einfache Ein-Aus-Schalter: Ihr Zusammenspiel hängt von Organ, Situation und zeitlichem Verlauf ab.

Kernaussage

Das ANS passt Körperfunktionen fortlaufend an innere und äußere Anforderungen an. Aktivierung ist nicht automatisch krankhaft; Regulation bedeutet nicht, ständig ruhig zu sein.

Gesprächsimpuls für die Sitzung

Die Fachkraft kann die Karte als Gesprächsanlass nutzen. Die Klientin oder der Klient entscheidet, was geteilt werden soll; Beobachtungen sind keine Aufforderung, belastende Erlebnisse offenzulegen.

- Welche körperlichen Veränderungen bemerken Sie, wenn eine Situation mehr Energie oder Aufmerksamkeit verlangt?
- Was hilft Ihnen, solche Signale wahrzunehmen, ohne sie sofort als Gefahr oder Krankheit einzuordnen?

Das Window of Tolerance (Toleranzfenster)

Das Modell des Toleranzfensters

Das von Daniel J. Siegel formulierte Konzept des Window of Tolerance beschreibt den Bereich optimaler Erregung und Affektregulation, in dem Reize integriert und Emotionen funktional gesteuert werden können. Verlässt das Nervensystem diesen Korridor, dominieren unwillkürliche autonome Überlebensmuster.

Hyperarousal
Flucht / Kampf

Sympathische Übererregung mit Hypervigilanz, Panik, motorischer Unruhe und Flucht- oder Kampfreaktionen.

Optimales Fenster
Soziale Verbundenheit & Reflexion

Ventrovagale Aktivierung, soziale Bindungsmöglichkeit, reflektierte Handlungssteuerung und physiologische Homöostase.

Hypoarousal
Freeze / Erstarrung

Dorsomediale/dorsale parasympathische Untererregung mit Erstarrung, emotionaler Abstumpfung, Apathie und Dissoziation.

Klinische Einordnung

Diese Karte dient ausschließlich der strukturierten Psychoedukation im Rahmen therapeutischer Sitzungen. Sie stellt keine eigenständige Diagnose dar und ersetzt kein klinisches Assessment.

Sitzungsfrage und Kernaussage

Nutzen Sie diesen Abschnitt zur Selbstbeobachtung im therapeutischen Prozess und zur Verankerung des autonomen Grundverständnisses.

Kernaussage

Traumabedingte Symptome sind neurobiologische Schutzreaktionen eines dysregulierten Nervensystems außerhalb des Toleranzfensters – nicht Ausdruck eines persönlichen Versagens.

In welchem Regulationsbereich befindet sich die Person aktuell?

Hyperarousal
(hohe sympathische Last, Hyperventilation, Impulsivität)

→ **Aktivierung dämpfen:** Verlängerte Ausatmung, somatosensorische Erdung (Grounding) über Fußsohlenkontakt und kühle Hautreize anwenden.

Hypoarousal
(Dissoziation, Verlangsamung, Blickstarre)

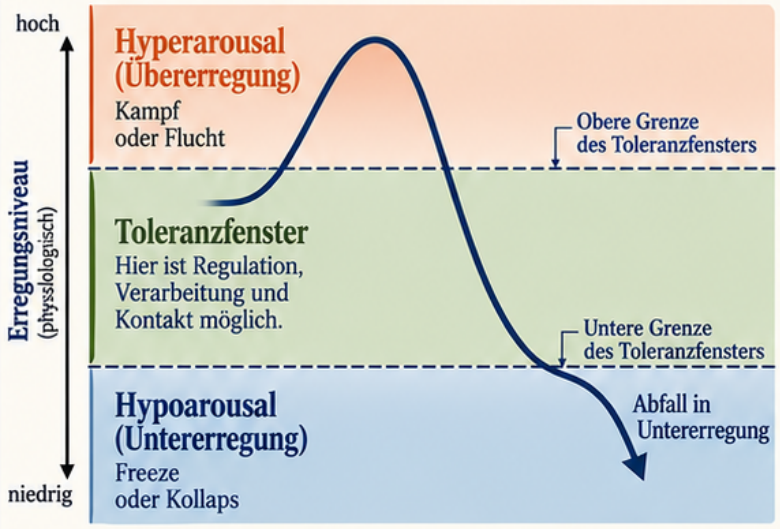
→ **Orientierung herstellen:** Raumwahrnehmung (5-4-3-2-1-Methode), bilaterale taktile Reize und sanfte propriozeptive Mobilisierung initiieren.

PROMPT FÜR DIE SITZUNG:

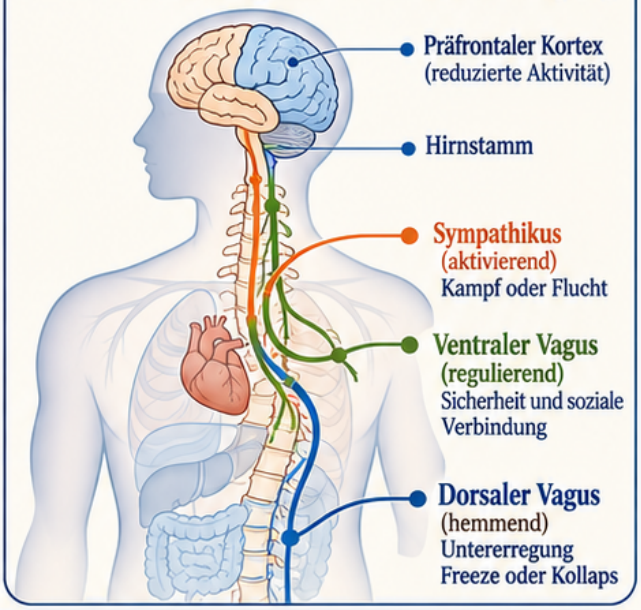
An welchen körperlichen Frühwarnzeichen bemerken Sie, dass Sie beginnen, Ihr Toleranzfenster nach oben (Übererregung) oder nach unten (Erstarrung) zu verlassen?

Hypoarousal: Die Zone der Untererregung

Das Toleranzfenster und die Untererregung



Der dorsale Vagusast bei Untererregung



Neurobiologie der Untererregung

Sinkt das Erregungsniveau unter die untere Grenze des Toleranzfensters (Window of Tolerance), schaltet das autonome Nervensystem in einen Zustand der Hypoarousal. Dieser Zustand wird nach der Polyvagal-Theorie maßgeblich durch den phylogenetisch älteren dorsalen Vagusast gesteuert. Er fungiert als archaische Überlebensantwort, wenn weder Flucht noch Kampf (Sympathikusaktivierung) möglich erscheinen oder erfolglos blieben. Der Körper drosselt Stoffwechsel, Herzfrequenz und Muskeltonus.

- **Metabolische Absenkung:** Verlangsamung physiologischer Prozesse zur Energieeinsparung und Schmerzdämpfung.
- **Dorsale Vagusdominanz:** Notabschaltung des Nervensystems bei erlebter Ausweglosigkeit (Freeze- oder Kollaps-Zustand).
- **Kortikale Entkopplung:** Verminderte Aktivität im präfrontalen Kortex führt zu eingeschränkter Handlungs- und Verarbeitungsfähigkeit.

Kernaussage

Hypoarousal ist **kein bewusstes Vermeidungsverhalten oder persönliche Schwäche, sondern eine biologische Notabschaltung** des Nervensystems zum Schutz vor überwältigendem Erleben.

Klinische Symptomatik & Phänomenologie

In der therapeutischen Praxis äußert sich Untererregung sowohl auf somatischer als auch auf kognitiv-affektiver Ebene. Das Erkennen dieser Anzeichen ist essenziell, um eine Retraumatisierung während der Intervention zu verhindern.

- **Emotionale Taubheit und Numbing:** Verlust des Zugangs zu Gefühlen, flacher Affekt und innere Leere.
- **Dissoziative Zustände:** Depersonalisation, Derealisation, verändertes Zeitempfinden oder geistige Abwesenheit.
- **Somatische Kraftlosigkeit:** Verringerter Muskeltonus, schwere Gliedmaßen, Schwindel und verlangsamte Sprache.
- **Kognitive Blockaden:** Verlangsamtes Denken („Gehirnnebel"), Konzentrationsverlust und fragmentierte Erinnerungsabrufe.

Therapeutische Einordnung & Sitzungsreflexion

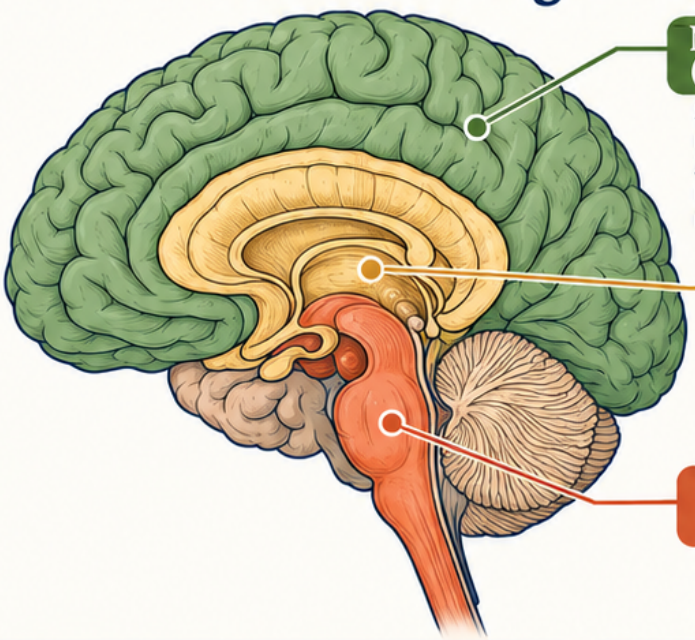
Zur Wiedereingliederung in das Toleranzfenster bedarf es sanfter, sensorischer und somatischer Aufwärtsregulation (Bottom-Up), anstatt rein kognitiver Deutungen. Die Psychoedukation unterstützt Klienten dabei, Scham über die eigene Passivität abzubauen.

Sitzungsfrage / Impuls: „Wenn Ihr Körper auf Notabschaltung schaltet – welche kleinen somatischen Reize (z. B. Temperaturwechsel, Bodenkontakt, Dehnung) unterstützen Sie dabei, behutsam wieder Präsenz wahrzunehmen?"

Hinweis zur Anwendung

Diese Karte dient ausschließlich der strukturierten Psychoedukation im Rahmen therapeutischer Prozesse und stellt keine eigenständige Diagnostik oder Therapieempfehlung dar.

Karte 12: Das dreigliedrige Gehirnmodell



Neokortex (Neomammalisches Gehirn)
Sitz komplexer kognitiver Funktionen, rationaler Handlungsplanung, Zeitwahrnehmung, verbaler Symbolisierung und hemmender Top-Down-Kontrolle über den präfrontalen Kortex.

Limbisches System (Paläomammalisches Gehirn)
Zentrale für emotionale Bewertung, Bindungsverhalten, Furchtverarbeitung (Amygdala) und kontextuelle Gedächtniskodierung (Hippocampus).

Reptiliengehirn (Stammhirn und Basalganglien)
Zuständig für basale Überlebensreflexe, vegetative Selbstregulation (Atmung, Herzschlag, Körpertemperatur) sowie instinktive Schreck- und Erstarrungsreaktionen.

1 Die drei Funktionsebenen nach Paul MacLean

Das evolutionäre Modell des dreigliedrigen Gehirns veranschaulicht, wie unterschiedliche Hirnstrukturen hierarchisch miteinander interagieren und wie akute Stress- oder Traumareaktionen die Informationsverarbeitung beeinflussen. In der Traumatherapie hilft dieses vereinfachte Funktionsmodell Klienten zu verstehen, warum logische Argumente bei akuter Bedrohung wirkungslos bleiben.

- **Reptiliengehirn (Stammhirn und Basalganglien):** Zuständig für basale Überlebensreflexe, vegetative Selbstregulation (Atmung, Herzschlag, Körpertemperatur) sowie instinktive Schreck- und Erstarrungsreaktionen.
- **Limbisches System (Paläomammalisches Gehirn):** Zentrale für emotionale Bewertung, Bindungsverhalten, Furchtverarbeitung (Amygdala) und kontextuelle Gedächtniskodierung (Hippocampus).
- **Neokortex (Neomammalisches Gehirn):** Sitz komplexer kognitiver Funktionen, rationaler Handlungsplanung, Zeitwahrnehmung, verbaler Symbolisierung und hemmender Top-Down-Kontrolle über den präfrontalen Kortex.

Psychoedukativer Hinweis
Dieses Modell dient als didaktische Orientierungshilfe zur Veranschaulichung neurobiologischer Phänomene in der therapeutischen Praxis. Es stellt keine neuroanatomische Gesamtdiagnostik und keinen Ersatz für eine fundierte klinische Behandlung dar.

2 Top-Down versus Bottom-Up im Zustand von Bedrohung

Im Ruhezustand reguliert der präfrontale Kortex das emotionale Erleben flexibel von oben nach unten (Top-Down). Wird jedoch eine vitale Bedrohung wahrgenommen, übernimmt das Alarmsystem die neuronale Steuerung: Das limbische System und der Hirnstamm schalten überlebensnotwendige Notfallprogramme ein, während präfrontale Areale herunterreguliert werden.

Bottom-Up-Dominanz:
Körperliche Empfindungen und automatisierte Schutzreflexe diktieren das Gesamterleben vor jeglicher bewusster Abwägung.

Sprachverlust und Desorientierung:
Reduzierte Durchblutung kognitiver Zentren (wie dem Broca-Areal) erschwert das Formulieren kohärenter Sätze im Alarmzustand.

Interventionslogik:
Vor einer kognitiven Restrukturierung muss zwingend somatosensorische Sicherheit über den Hirnstamm etabliert werden.

3 Klinische Anwendung: Phasenorientierte Regulation

Für die Sitzungsführung ergibt sich aus der hierarchischen Verschaltung eine klare Reihenfolge therapeutischer Interventionen. Überprüfen Sie vor komplexen Reflexionen stets die physiologische Verankerung des Gegenübers.

1. **Schritt 1: Vegetative Beruhigung (Hirnstamm)**
   Orientierungsreaktion im Raum fördern, Verlängerung der Ausatmung anleiten, Füße am Boden spüren lassen.
2. **Schritt 2: Emotionale Einstimmung (Limbik)**
   Sicherheit durch Stimme, Blickkontakt und nonverbale Resonanz vermitteln; das aktuelle Affektlevel validieren.
3. **Schritt 3: Kognitive Integration (Kortex)**
   Das Erlebte mit Worten fassen, zeitliche Einordnung vornehmen und reflexive Handlungsoptionen erarbeiten.

4 Interaktive Fallreflexion

Nutzen Sie diese Reflexionsbereiche direkt in der Einzelsitzung oder zur Vorbereitung der Fallkonzeption.

Sitzungsfrage / Klienten-Prompt: Auf welcher Ebene (Körperempfindung, Gefühl, Gedanke) reagiert Ihr System im aktuellen Moment zuerst?

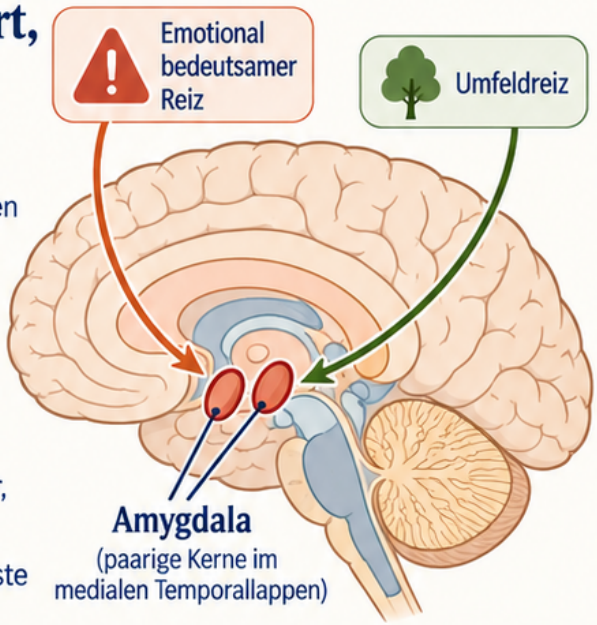
Kernaussage: Im Überlebensmodus schützt uns das Gehirn durch Abschaltung des Kortex – Verstehen beginnt erst nach körperlicher Beruhigung.

Die Amygdala:
Die interne Rauchmelder-Zentrale

Die Amygdala – schnell alarmiert, nicht unfehlbar

Die Amygdala ist eine Gruppe von Kernen im medialen Temporallappen. Sie ist an der Verarbeitung emotional bedeutsamer Reize beteiligt und kann rasch Alarmreaktionen mit anstoßen. Sie arbeitet dabei mit weiteren Hirnregionen und Körpersystemen zusammen; sie ist weder ein einzelner „Angstknopf“ noch eine alleinige Entscheidungszentrale.

- Reize werden anhand von Merkmalen und Erfahrungen bewertet; diese Verarbeitung kann teilweise schnell und ohne bewusste Einordnung beginnen.
- Eine Alarmreaktion ist ein Schutzsignal, kein Beweis dafür, dass gegenwärtig Gefahr besteht.
- Die bewusste Wahrnehmung und Einordnung kann die erste Reaktion ergänzen oder verändern.



KERNAUSSAGE

Die Amygdala kann Gefahr signalisieren – sie stellt keine Diagnose der Situation.

In der Sitzung erkunden

Die Frage behutsam anbieten und die Antwort der Klientin oder des Klienten nicht vorwegnehmen. Gegenwartsorientierung und Wahlfreiheit bleiben zentral.

- Welche Veränderung in Körper, Gefühl oder Aufmerksamkeit bemerken Sie, wenn Ihr innerer Alarm anspringt?
- Was hilft Ihnen, im Hier und Jetzt zu prüfen, ob gerade eine konkrete Gefahr besteht?

GESPRÄCHSIMPULS

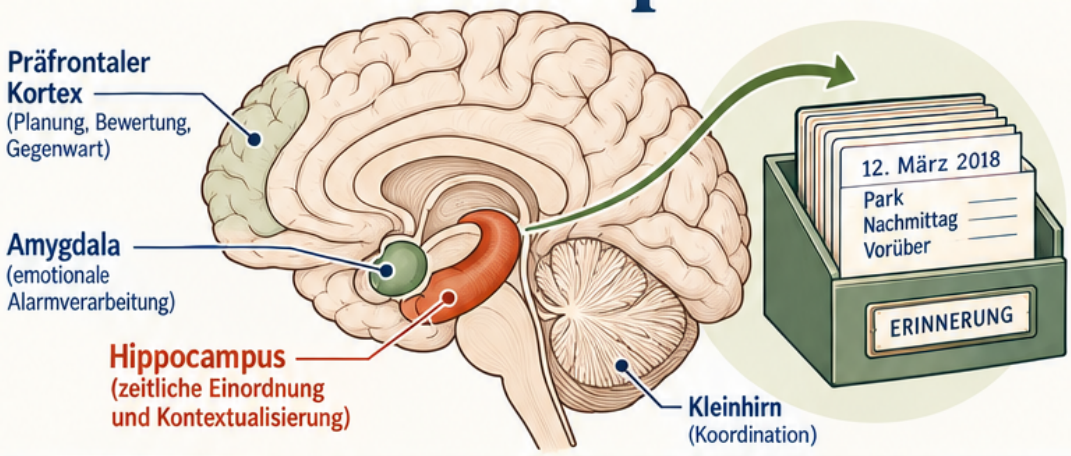
„Wenn Ihr innerer Rauchmelder Alarm schlägt: Was könnte er wahrgenommen haben – und was wissen Sie über die Situation hier und jetzt?“

Psychoedukative Einordnung

Die Metapher des Rauchmelders kann erklären, warum Alarm auch bei mehrdeutigen oder ungefährlichen Reizen auftreten kann. Sie sollte als vereinfachendes Bild kenntlich bleiben: Emotionale Bewertung entsteht in verteilten Hirnnetzwerken und hängt vom Kontext sowie von bisherigen Erfahrungen ab.

- Ein Alarm kann eine vorsorgliche Reaktion sein, bevor eine bewusste Prüfung abgeschlossen ist.
- Die Metapher erklärt keine individuellen Symptome und erlaubt keine Diagnose.
- Diese Karte dient der Psychoedukation, nicht der Diagnose oder eigenständigen Behandlung.

Der Hippocampus: Die Zeitstempel-Bibliothek



Der Hippocampus versieht Erlebnisse mit einem eindeutigen Zeitstempel – wie ein Archivkarte in einer Bibliothek – und ordnet sie in den größeren Lebenskontext ein.

Funktionsweise: Der zeitliche Ordner unseres Erlebens

Im gesunden Zustand fungiert der Hippocampus als neurobiologische Archivierungszentrale unseres Gehirns. Er verarbeitet eingehende Sinnesinformationen, verknüpft sie mit Raum sowie Zeit und versieht Erlebnisse mit einem eindeutigen Zeitstempel: „Das geschah damals, an jenem Ort, und ist nun vorüber." Durch diese kontinuierliche Kontextualisierung ermöglicht der Hippocampus dem kognitiven System, autobiografische Erinnerungen als geordnete Erzählung abzuspeichern und klar von der gegenwärtigen Realität abzugrenzen.

- **Synthese von Sinnesdaten:** Integration sensorischer Fragmente zu kohärenten Gedächtnisrepräsentationen.
- **Räumlich-zeitliche Verortung:** Eindeutige Zuweisung von Beginn, Verlauf und Ende eines Ereignisses.
- **Kortikale Ablage:** Koordination mit dem Neokortex zur Überführung in das explizite Langzeitgedächtnis.

Kernaussage | **Der Hippocampus versieht Erinnerungen mit einem Datum.** Ist seine Funktion gehemmt, bleibt das Erlebte zeitlos und fühlt sich im Hier und Jetzt bedrohlich real an.

Traumatische Belastung und der Verlust des Zeitstempels

Unter extremer akuter Bedrohung führt die massive Ausschüttung von Stresshormonen (Katecholamine und Glukokortikoide) sowie eine sympathische Übererregung zur funktionellen Blockade des Hippocampus. Während die Amygdala emotionale und sensorische Alarmreize ungefiltert speichert, fehlt die ordnende Kontextualisierung durch den Hippocampus. Die Folge ist eine fragmentierte Speicherung: Sinneswahrnehmungen, Körperempfindungen und intensive Affekte verbleiben unintegriert im impliziten Gedächtnis.

- **Fehlender Zeitstempel:** Das Nervensystem erkennt nicht, dass die Gefahr vergangen ist.
- **Flashbacks und Intrusionen:** Schlüsselreize (Trigger) aktivieren isolierte Fragmente, als fänden sie im gegenwärtigen Moment statt.
- **Dissoziative Fragmentierung:** Erinnerungen existieren als zusammenhangslose sensorische Splitter statt als narrativer Bericht.

Sitzungsimpuls & Differenzierungsübung

Nutzen Sie diesen methodischen Ablauf in der psychoedukativen Arbeit, um gemeinsam mit Klientinnen und Klienten das Bewusstsein für die zeitliche Distanz zwischen damaliger Bedrohung und heutiger Realität im sicheren Beratungsraum zu verankern.

1 Trigger und Fragment identifizieren
Benennen Sie den gegenwärtigen Auslöser sowie das auftauchende sensorische Detail (z. B. ein Geräusch, ein Geruch oder ein Druckgefühl).

2 Körperliche Gegenwartsverankerung
Richten Sie die Aufmerksamkeit auf reale Sinnesreize im Raum: Spüren Sie den Kontakt der Füße zum Boden und nehmen Sie drei neutrale Gegenstände im Blickfeld wahr.

3 Den Zeitstempel aktiv formulieren
Verbalisieren Sie den Unterschied zwischen Vergangenheit und Gegenwart: „Das Gefühl gehört zu damals. Heute schreiben wir das Jahr [aktuelles Jahr], ich sitze hier in Sicherheit."

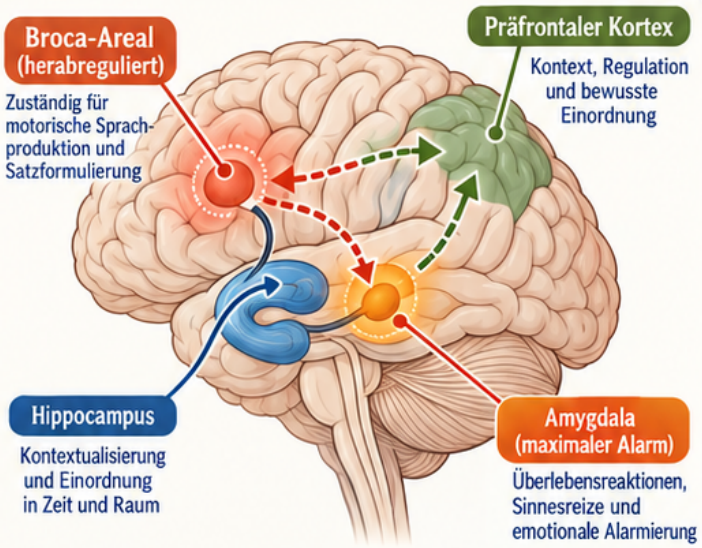
Sitzungsfrage / Reflexionsprompt: Wenn dieses belastende Körpergefühl einen Zeitstempel tragen würde: Aus welchem Lebensabschnitt stammt es, und woran erkennt Ihr Körper genau jetzt, dass dieser Moment vorbei ist?

KARTE 17

Broca-Areal – Wenn Worte im Trauma fehlen

Neurobiologie der Sprachlosigkeit

Bei traumatischer Überwältigung reagiert das Gehirn mit einer archaischen Überlebenskaskade. Bildgebende Untersuchungen (unter anderem von Bessel van der Kolk) zeigen, dass unter starkem traumatischem Stress das Broca-Areal in der linken Großhirnrinde – zuständig für motorische Sprachproduktion und das Formulieren von kohärenten Sätzen – drastisch herabreguliert wird. Gleichzeitig schlägt das limbische System, insbesondere die rechte Amygdala, maximalen Alarm. Dieses Phänomen wird in der Psychotraumatologie als „Speechless Terror" (sprachloser Schrecken) bezeichnet: Das Erlebte wird subkortikal und somatisch gespeichert, entzieht sich jedoch der unmittelbaren sprachlichen Verfügbarkeit.



Psychoedukativer Hinweis

Sprachlosigkeit nach extremem Stress ist **kein Zeichen** von Unwillen, Trotz oder kognitiver Schwäche, sondern ein biologischer Schutz- und Abschaltmechanismus des Gehirns. Diese Karte dient der Vermittlung neurobiologischer Grundlagen und ersetzt keine klinische Diagnostik.

1. **Inaktivierung des Broca-Areals**
   Verminderte Perfusion führt dazu, dass Worte, Syntax und reflexive Artikulation blockiert sind.
2. **Hyperaktivierung der Amygdala**
   Überflutung mit Sinnesreizen und Alarmreaktionen ohne kortikale Einordnung.
3. **Dissoziation von Broca- und Wernicke-Zentren**
   Sprachverständnis kann fragmentarisch intakt bleiben, während das aktive Sprechen vollkommen blockiert ist.
4. **Fehlende Hippocampus-Kontextualisierung**
   Das Ereignis wird nicht als vergangene narrative Erinnerung abgelegt, sondern als zeitloser somatosensorischer Zustand erlebt.

Klinische Beobachtung und Interventionsebenen

Wenn Klienten in der therapeutischen Sitzung bei traumanahmen Themen plötzlich verstummen, den Blick senken oder stockend atmen, greift oft der neurobiologische Abschaltmodus des Sprachzentrums. Ein Drängen auf verbale Berichterstattung verstärkt in diesem Zustand die Amygdala-Erregung und treibt das Nervensystem tiefer in Erstarrung oder Panik. Die Arbeit muss daher von der kognitiv-verbalen Ebene auf die somatische und basale Ebene verlagert werden.

1. **Signale für Broca-Hemmung:** Plötzliches Schweigen, stockende Stimme, Erstickungsgefühl im Hals, motorische Starre, Blickleere.
2. **Entlastung:** Explizite Erlaubnis erteilen, nicht sprechen zu müssen.
3. **Körperorientierte Erdung:** Gewicht der Füße wahrnehmen, Blick im Raum orientieren (Orientierungsreflex aktivieren).
4. **Nonverbale Ausdrucksformen:** Handzeichen, Zeichnen, Bewegungsimpulse oder symbolische Stellvertreter nutzen.

Sitzungsfrage / Therapeutischer Prompt

„Wenn Ihre Kehle und Ihr Mund gerade keine Worte formen müssen: Welches körperliche Signal, welche Bewegung oder welche Farbe würde am ehesten beschreiben, was Ihr System gerade spürt?"

Interventionsschritte

1. **Wahrnehmen und Normalisieren**
   Das Verstummen wohlwollend spiegeln: „Ich sehe, dass das Sprechen gerade schwerfällt. Das ist eine ganz normale Reaktion Ihres Gehirns auf Übererregung."
2. **Sprachdruck abbauen**
   Jegliche Erwartung an kohärente Sätze explizit aufheben und Stille als regulierenden Handlungsraum zulassen.
3. **Somatische Resonanz anbieten**
   Atem vertiefen, Körperkontakt zum Stuhl spüren und Blick im Hier und Jetzt verankern, bis das Toleranzfenster wieder erreicht ist.

Befindet sich die betroffene Person im Zustand akuter Sprachlosigkeit (Broca-Hemmung)?

- **Ja, Sprechen bricht ab, Erstarrung oder motorische Verlangsamung tritt ein.** → Sprachlichen Fokus sofort unterbrechen, Blickkontakt sanft halten, Orientierung im Raum unterstützen und taktile/somatische Erdung einleiten.
- **Nein, Person kann artikulieren, zeigt jedoch Anzeichen von Übererregung.** → Im Gesprächsfluss verweilen, Tempo drosseln und mit einfachen, offenen Ja/Nein- oder Skalierungsfragen die Verbindung halten.

Kernaussage für die Praxis

Trauma macht wörtlich sprachlos. Heilung erfordert daher nicht zwingend Worte zu Beginn, sondern das Gefühl somatischer Sicherheit. Erst wenn das Nervensystem wieder Sicherheit signalisiert, schaltet sich das Broca-Areal wieder zu und macht narrative Integration möglich.

Eigene Beobachtung: Primäre körpersprachliche Marker vor dem Verstummen

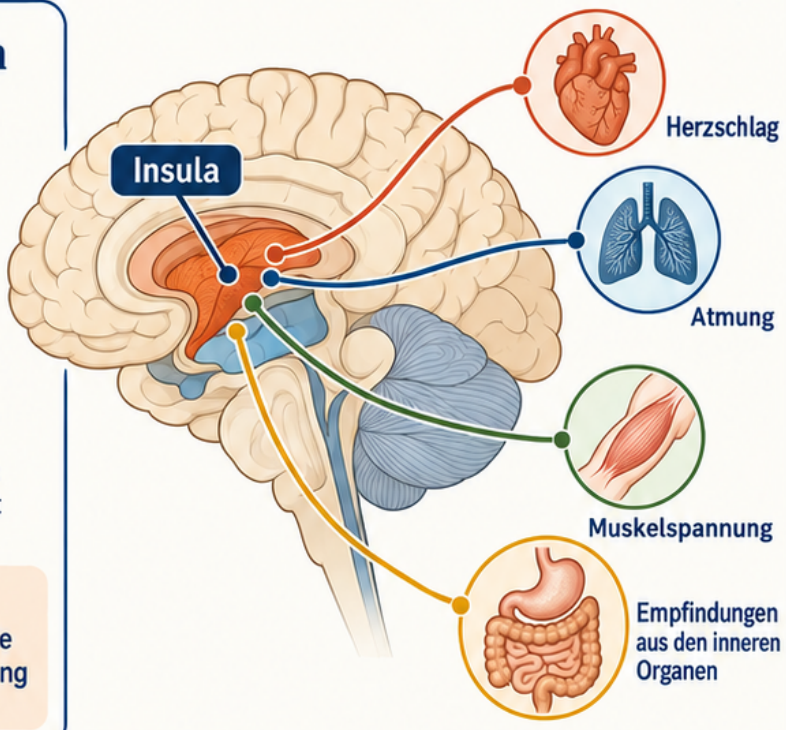
Etablierte somatische Ressource für den Wiedereinstieg in Kontakt

Die Insula:
Das Zentrum für Interozeption

Innere Signale wahrnehmen

Die Insula ist an der Verarbeitung von Signalen aus dem Körper beteiligt. Dazu gehören unter anderem Herzschlag, Atmung, Muskelspannung und Empfindungen aus den inneren Organen. Interozeption bezeichnet das Wahrnehmen und Einordnen solcher inneren Signale. Sie ist ein Teil der Körperwahrnehmung – keine direkte Messung eines einzelnen Hirnareals.

- Körpersignale können bewusst oder zunächst unbemerkt sein.
- Wahrnehmung und Bedeutung sind nicht dasselbe: Ein Herzklopfen ist ein Signal; seine Deutung hängt auch vom Kontext ab.



Kernaussage
Die Insula trägt dazu bei, innere Körpersignale wahrzunehmen und mit Erleben und Bedeutung zu verbinden.

Wahrnehmen ohne vorschnell zu deuten

In der Sitzung kann eine behutsame Aufmerksamkeit auf den Körper helfen, Empfindungen genauer zu beschreiben. Das Ziel ist nicht, eine bestimmte Empfindung hervorzurufen oder zu verändern. Die Klientin oder der Klient entscheidet, ob und wie weit die Aufmerksamkeit nach innen gelenkt wird.

- Fragen Sie nach einer neutralen Beschreibung: Wo ist die Empfindung, und wie fühlt sie sich an?
- Lassen Sie offen, was das Signal bedeutet; prüfen Sie gemeinsam mögliche Deutungen.
- Bei Unbehagen kann die Person die Übung beenden, die Augen öffnen oder die Aufmerksamkeit auf die Umgebung richten.

Sitzungsfrage
Wenn Sie möchten: Was bemerken Sie gerade im Körper, ohne es erklären oder verändern zu müssen?

Schutz und Dämpfung

Aufmerksamkeit auf innere Signale kann sich je nach Situation unterschiedlich anfühlen. Bei Stress oder Überforderung können Körperempfindungen intensiver oder schwerer einzuordnen sein; manchmal tritt auch eine gedämpfte Wahrnehmung auf. Das ist kein Beweis für eine bestimmte Ursache und erlaubt für sich genommen keine Diagnose. Ein ruhiges Tempo und Wahlmöglichkeiten unterstützen eine sichere Erkundung.

- Nicht jede Person erlebt Körpersignale gleich; dieselbe Person kann sie je nach Kontext anders wahrnehmen.
- Eine verringerte oder verstärkte Wahrnehmung sollte nicht automatisch als absichtliches Verhalten verstanden werden.

Kernaussage
Körperwahrnehmung kann sich verändern. Die Empfindung verdient Aufmerksamkeit, aber keine vorschnelle Schlussfolgerung.

Hinweis zur Anwendung

Diese Karte dient der Psychoedukation für Fachkräfte und kann ein freiwilliges Gespräch über Körperwahrnehmung anregen. Sie ersetzt weder Diagnostik noch individuelle fachliche Einschätzung oder Behandlung. Ein anatomisches Schema ist eine vereinfachte Darstellung und keine Diagnose- oder Therapieempfehlung.

- Fragen Sie vor einer Übung nach Zustimmung und bieten Sie jederzeit eine Pause oder Alternative an.
- Richten Sie sich nach dem Erleben, den Grenzen und der aktuellen Orientierung der Person.

Die Polyvagal-Leiter:
Navigieren zwischen den drei Zuständen

Die neurobiologische Hierarchie des autonomen Nervensystems

Das Modell der Polyvagal-Leiter nach Deb Dana veranschaulicht, wie das autonome Nervensystem auf der Grundlage unbewusster neurozeptiver Signale kontinuierlich zwischen drei evolutionär geschichteten Reaktionsmustern navigiert. Anstelle eines starren Ein-Aus-Schalters beschreibt die Leiter eine dynamische Hierarchie: Bei wahrgenommener Sicherheit dominiert der phylogenetisch jüngste ventrale Vaguskomplex (soziales Engagement). Wird Gefahr signalisiert, schaltet das System auf die sympathische Mobilisierung (Kampf oder Flucht) um. Übersteigt die Bedrohung die Bewältigungskapazitäten und erscheint Flucht unmöglich, erfolgt der Rückzug auf die phylogenetisch älteste dorsale Vagus-Aktivierung (Erstarrung, Taubheit, Shutdown).

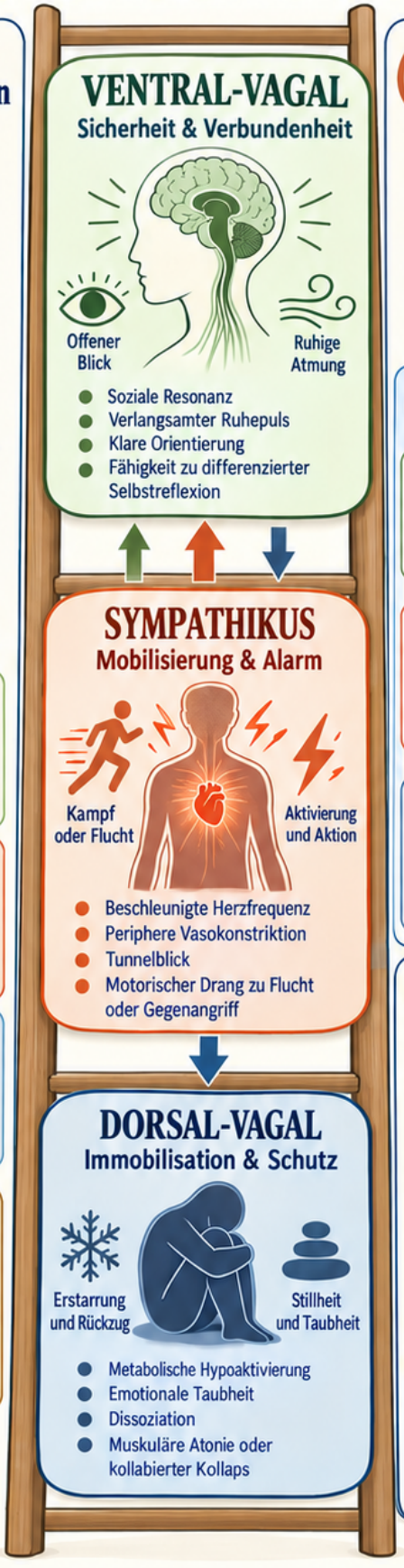
Ventral-vagal
(Sicherheit & Verbundenheit)
Soziale Resonanz, verlangsamter Ruhepuls, klare Orientierung, Fähigkeit zu differenzierter Selbstreflexion.

Sympathikus
(Mobilisierung & Alarm)
Beschleunigte Herzfrequenz, periphere Vasokonstriktion, Tunnelblick, motorischer Drang zu Flucht oder Gegenangriff.

Dorsal-vagal
(Immobilisation & Schutz)
Metabolische Hypoaktivierung, emotionale Taubheit, Dissoziation, muskuläre Atonie oder kollabierter Kollaps.

Kernaussage für Klienten

Jeder Zustand der Polyvagal-Leiter ist kein persönliches Versagen und keine Fehlfunktion, sondern eine hochintelligente, adaptive Schutzleistung Ihres autonomen Nervensystems auf wahrgenommene Umwelt- oder Körpersignale.



Zustandsdifferenzierung und klinische Orientierung

Im therapeutischen Prozess dient die Polyvagal-Leiter als gemeinsame Landkarte zur Bestimmung des aktuellen Erregungszustands. Die Bewegung über die Leiter erfolgt sequentiell: Der Weg aus dem dorsalen Shutdown zurück in die Sicherheit führt physiologisch über die Mobilisierung des Sympathikus, bevor ventral-vagale Beruhigung greifen kann.

Welche Körpersignale dominieren im gegenwärtigen Moment die Wahrnehmung?

Wärme im Brustraum, weicher Blick, ruhige Atmung, offene Haltung.	**Zustand: Ventral-Vagal.** **Intervention:** Ressourcen vertiefen, Einsichtsarbeit und Beziehungsanker stärken.
Herzrasen, motorische Unruhe, flache Brustatmung, Muskelanspannung.	**Zustand: Sympathisch mobilisiert.** **Intervention:** Somatische Entlastung, orientierende Kopf-/Augenbewegungen, verlängertes Ausatmen.
Schweregefühl, Kälte, Tunnel- oder Nebelblick, Gefühl von Abgetrenntheit.	**Zustand: Dorsal-Vagaler Shutdown.** **Intervention:** Niederschwellige sensorische Bodenberührung, taktile Reize, Mikrobewegungen ohne Forcierung.

Praxis-Reflexion: Sitzungs-Prompt

Nutzen Sie dieses Arbeitsfeld während der Sitzung zur gemeinsamen Erfassung des aktuellen Verankerungspunkts auf der Leiter.

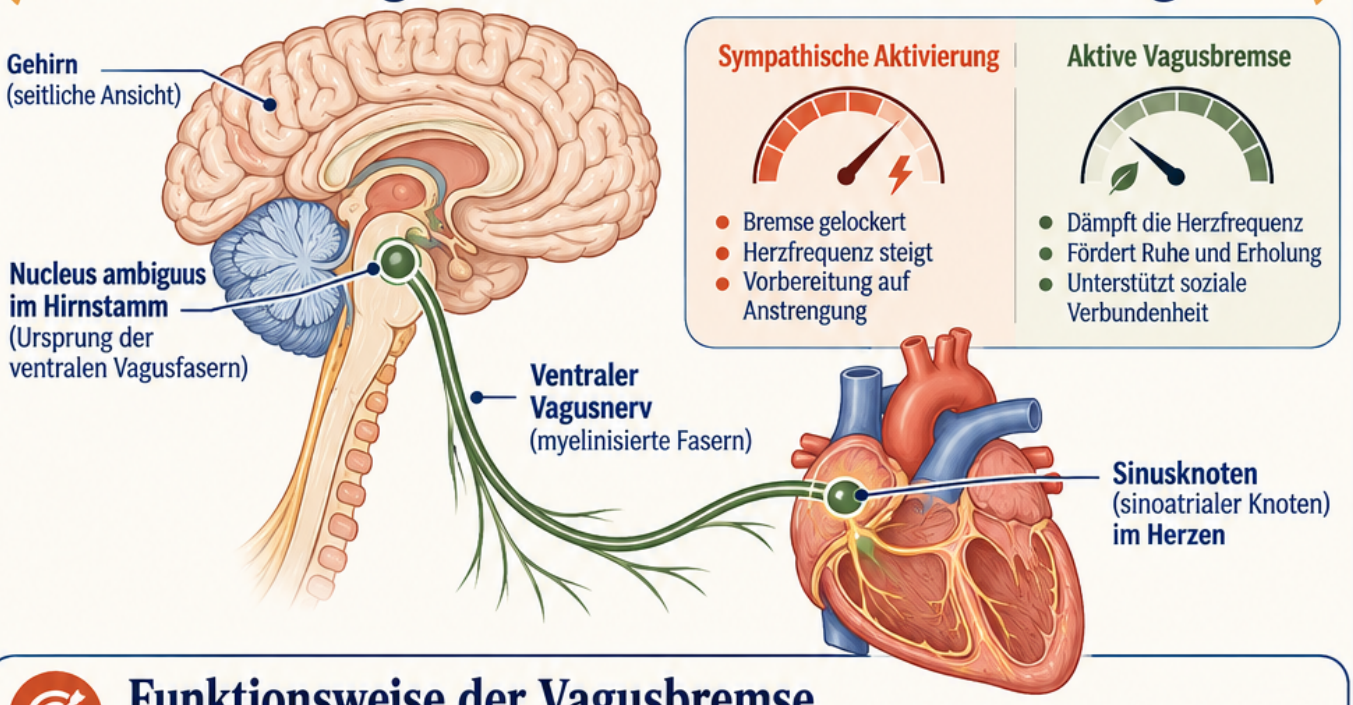
Wo auf der Leiter nehme ich mich gerade wahr?
(Ventral, Sympathisch, Dorsal)

Welche somatischen Anker oder Reize ermöglichen mir den nächsten Schritt Richtung Sicherheit?

Hinweis zur Psychoedukation

Diese Karte dient der neurobiologischen Aufklärung und Selbstregulation im Rahmen der therapeutischen Begleitung. Sie ersetzt keine medizinische oder psychotherapeutische Diagnostik.

Karte 24: Die Vagusbremse: Feine Regulation von Herz und Atmung



Funktionsweise der Vagusbremse

In der Polyvagal-Theorie (nach Stephen Porges) beschreibt die sogenannte Vagusbremse den physiologischen Mechanismus, über den myelinisierte Fasern des ventralen Vaguskomplexes die spontane Eigenfrequenz des Sinusknotens im Herzen kontinuierlich dämpfen. Ohne diese parasympathische Hemmung schlägt der menschliche Sinusknoten mit einer intrinisischen Grundfrequenz von circa 90 bis 100 Schlägen pro Minute. Eine aktive Vagusbremse verlangsamt diesen Rhythmus in Ruhephasen und moduliert ihn im Sekundentakt.

- **Ventral-vagale Projektionen** regulieren den sinoatrialen Knoten über Acetylcholin und drosseln die Herzrate.
- **Ein bedarfsgerechtes Lockern der Bremse** erhöht die Herzfrequenz unmittelbar, ohne sofort das sympathische Notfallsystem (Kampf-oder-Flucht) zu triggern.
- **Wiedereinklinken der Vagusbremse** ermöglicht rasche Beruhigung und unterstützt soziale Interaktion sowie differenzierte Affektregulation.

Klinische Einordnung

Diese Karte dient ausschließlich der Psychoedukation über autonom-nervöse Regulationskreise und stellt keine medizinische Diagnostik oder eigenständige Psychotherapie dar.

Klinischer Sitzungsdialog & Reflexion

In der Traumatherapie hilft die Metapher der Vagusbremse Patientinnen und Patienten zu verstehen, dass vegetative Erregung nicht immer eine akute Gefahr bedeutet, sondern Ausdruck eines flexiblen Steuerungssystems ist, dessen physiologische Anpassungsfähigkeit wiedererlangt werden kann.

Sitzungsfrage / Impuls: In welchen alltäglichen Momenten spüren Sie, wie Ihr Herzschlag sich bei Ausatmung oder beruhigendem Kontakt verlangsamt – und wann löst sich diese Dämpfung rasch?

Körperwahrnehmung: Welche sensorischen Signale zeigen Ihnen das verlässliche Wiedereingreifen Ihrer körpereigenen Bremse an?

Kernaussage für den therapeutischen Alltag

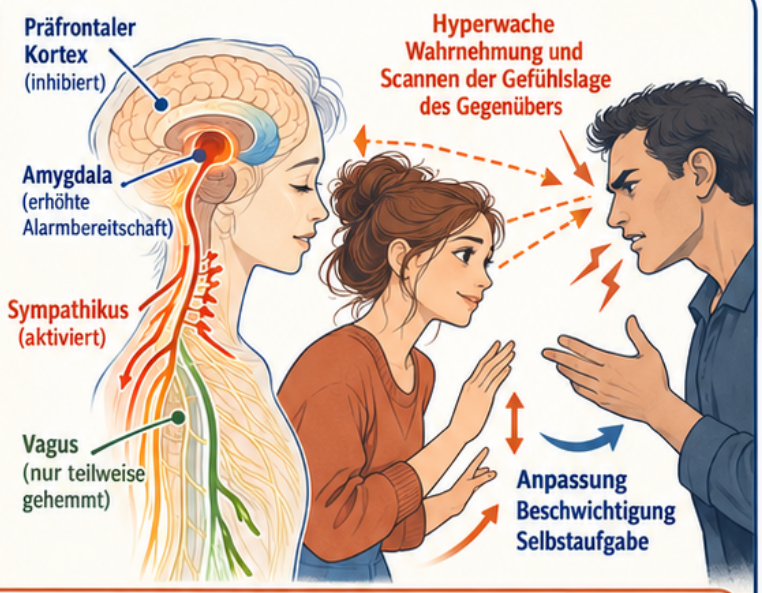
Die **Vagusbremse** ermöglicht eine dynamische Herzratenvariabilität im Alltag: Sie schützt den Organismus davor, bei jeder leichten Herausforderung sofort in eine intensive sympathische Alarmreaktion abzugleiten.

Karte 26: Die Fawn-Reaktion

Die Fawn-Reaktion:
Anpassung und Selbstaufgabe als Schutz

Neben den klassischen Überlebensreaktionen Kampf (Fight), Flucht (Flight) und Erstarrung (Freeze) beschreibt der Traumatherapeut Pete Walker das Beschwichtigungsverhalten („Fawning") als vierte elementare Traumareaktion. Das Nervensystem wählt hierbei eine relationale Überlebensstrategie: Drohende Aggression, emotionale Vernachlässigung oder Zurückweisung werden dadurch abgewehrt, dass eigene Bedürfnisse, Grenzen und Gefühle unmittelbar den Erwartungen des Gegenübers untergeordnet werden.

- **Neurobiologische Verortung:** Mischzustand aus sympathischer Aktivierung (scannende Vigilanz für zwischenmenschliche Bedrohungen) und unvollständiger dorsaler Immobilisation (Unterdrückung von Gegenwehr und Selbstbehauptung).
- **Kompulsive Empathie:** Das Erfassen der Affektlage des Gegenübers wird hyperaktiviert, während die eigene somatische und emotionale Selbstwahrnehmung (Interozeption) abgetrennt wird.
- **Kollaps von Grenzen:** Unfähigkeit, „Nein" zu sagen, gepaart mit automatischer Übernahme von Verantwortung für das emotionale Wohlbefinden anderer Personen.



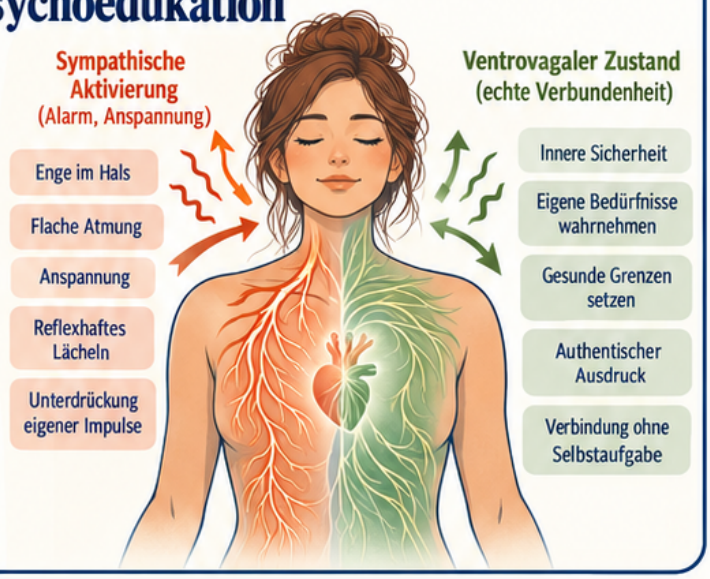
Kernaussage

Fawning ist kein Charakterzug und keine bloße Gefälligkeit, sondern eine biologisch gebahnte Notfallreaktion des Nervensystems zur Sicherung von Bindung und Unversehrtheit in bedrohlichen Beziehungsumfeldern.

Klinische Differenzierung & Psychoedukation

In der therapeutischen Begleitung ist es wesentlich, das Beschwichtigen als adaptive Überlebensleistung anzuerkennen, um sekundäre Scham („People Pleasing") zu reduzieren. Erst wenn das Nervensystem erfährt, dass Eigenständigkeit und Grenzüberschreitungsstopps keine relationale Katastrophe auslösen, kann der ventrovagale Zustand echter Verbundenheit den Fawn-Reflex ablösen.

- **Erstes Erkennen somatischer Marker:** Enge im Halsbereich, flache Atmung, reflexhaftes Lächeln bei Unbehagen oder innerem Widerspruch.
- **Schrittweise De-Eskalation:** Trennung von früherer existentieller Schutzfunktion und gegenwärtiger Beziehungsrealität.
- **Re-Etablierung gesunder Aggression:** Konstruktive Aktivierung des Sympathikus zur Grenzziehung ohne Zerstörungsangst.



Sitzungsfrage & Reflexions-Prompt

Wenn Sie in einem Konflikt sofort spüren, dass Sie zustimmen oder die Stimmung retten müssen: Was befürchtet Ihr Körper, würde im selben Augenblick geschehen, wenn Sie für fünf Sekunden schweigen oder ruhig „Nein" sagen?

Neurogenes Zittern

Neurogenes Zittern

Zittern ist eine mögliche körperliche Reaktion auf Stress oder starke Erregung. Es kann unwillkürlich auftreten, muss aber nicht nach jeder Belastung einsetzen. Seine Bedeutung lässt sich nicht allein aus dem Zittern ableiten.

- Tremor kann verschiedene Ursachen haben; dieses Modell beschreibt eine mögliche Stressreaktion, keine Diagnose.
- Zittern beweist weder, dass ein Trauma „gelöst“ wurde, noch dass sich das Nervensystem anschließend reguliert hat.

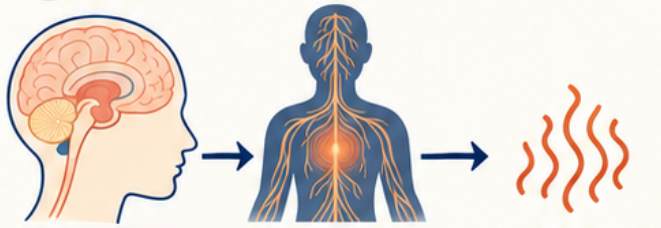
Kernaussage
Zittern kann mit Erregung einhergehen. Es ist kein verlässlicher Beleg für eine abgeschlossene Entladung oder Heilung.

Mögliche körperliche Reaktion

Bei Stress werden autonome Körperfunktionen beeinflusst. Dazu können Veränderungen von Muskelspannung, Atmung und Herzschlag gehören. Zittern kann in diesem Zusammenhang auftreten, ist jedoch unspezifisch und nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen.

- Die Reaktion ist individuell verschieden.
- Körperempfindungen sollten gemeinsam mit Kontext, Verlauf und subjektivem Erleben betrachtet werden.

Schematische Darstellung (ein mögliches Modell)



Stress aktiviert
unter anderem das autonome Nervensystem

Erhöhte Erregung
kann zu Veränderungen von Muskelspannung, Atmung und Herzschlag führen

Mögliche Reaktion
Zittern kann in diesem Zusammenhang auftreten.

Einordnung des Entladungsmodells

Manche körperorientierten Ansätze beschreiben Zittern als mögliche Entladung von Spannung. Das ist eine Deutung, keine gesicherte Erklärung für jedes Zittern und kein notwendiger Schritt der Traumaverarbeitung. Polyvagal-Theorie und Somatic Experiencing können als klinische Bezugsrahmen dienen; vereinfachte Modelle ersetzen keine differenzierte neurobiologische Erklärung.

- Das Erleben der Person hat Vorrang vor einer vorgegebenen Deutung.
- Nicht auf Zittern drängen und es nicht als Wirksamkeitsnachweis einer Intervention verwenden.

Fachliche Vorsicht
Keine einzelne Körperreaktion belegt eine bestimmte autonome Zustandsänderung oder therapeutischen Fortschritt.

Sicher begleiten

Die Fachkraft kann zunächst Orientierung, Einverständnis und Wahlmöglichkeiten unterstützen. Beobachten Sie gemeinsam, ob die Person das Zittern als angenehm, neutral oder beunruhigend erlebt. Eine Unterbrechung oder Veränderung der Übung ist jederzeit möglich.

- Tempo und Aufmerksamkeit an der Person ausrichten.
- Bei deutlicher Belastung die Intervention pausieren und zur gegenwärtigen Umgebung orientieren.
- Anhaltendes, neues oder starkes Zittern kann eine medizinische Abklärung erfordern.

Sitzungsfrage

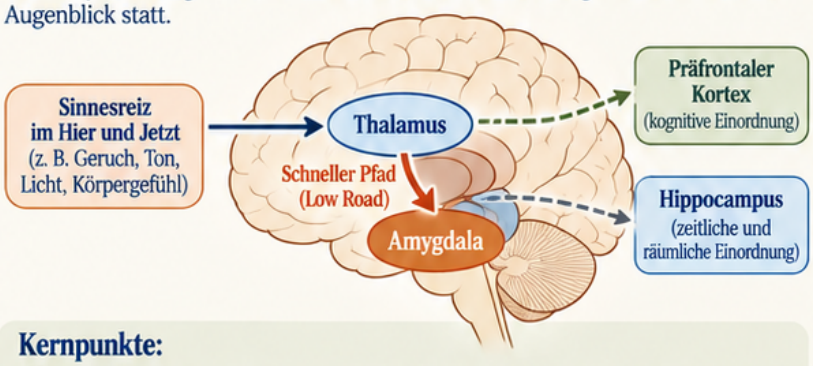
„Was nehmen Sie gerade wahr, und was würde Ihnen helfen, sich in diesem Moment sicherer oder wohler zu fühlen?“

Kernaussage
Begleiten statt interpretieren: Zittern kann eine Stressreaktion sein, ist aber weder erforderlich noch ein Beweis für Entladung oder Heilung.

Trigger: Wenn die Gegenwart wie die Vergangenheit schmeckt

1 Neurobiologie des Triggers: Die Amygdala-Notfallschaltung

Ein Trauma-Trigger ist ein sensorischer oder emotionaler Reiz im Hier und Jetzt (ein Geruch, Tonfall, Lichtwechsel oder Körpergefühl), der vom Nervensystem unwillkürlich mit einer früheren Gefahrensituation gleichgesetzt wird. Die Amygdala bewertet den ankommenden Sinnesreiz über den schnellen Thalamus-Pfad noch bevor der präfrontale Kortex und der Hippocampus den Reiz zeitlich und räumlich als gegenwärtig und ungefährlich einordnen können. In Sekundenbruchteilen wird eine vegetative Notfallreaktion ausgelöst: Das Nervensystem reagiert so, als fände das traumatische Ereignis exakt in diesem Augenblick statt.



Kernpunkte:

1. **Unmittelbare Reizleitung:** Sinneseindruck gelangt über den Thalamus direkt zur Amygdala (Low Road).
2. **Fehlende zeitliche Einordnung:** Hippocampale Kontextualisierung wird durch akute Stresshormone gehemmt.
3. **Körperliche Notfallreaktion:** Sympathische Aktivierung (Herzrasen, Muskelanspannung) oder dorsale Erstarrung binnen Millisekunden.
4. **Sensorisches Wiedererleben:** Das Erleben schmeckt, riecht oder fühlt sich exakt an wie die frühere Bedrohung.

Kernaussage für Klienten:

Ein Trigger ist kein Versagen des Verstandes, sondern ein neurobiologischer Schnelltest: Dein Gehirn schlägt Alarm, weil ein Detail aus dem Jetzt der Vergangenheit ähnelt. Die Reaktion ist eine Schutzfunktion zur Lebenserhaltung, die im aktuellen Moment veraltet ist.

Ablauf:

1. **Reizregistrierung im Thalamus**
   Sensorische Fragmente (Geruch, Stimme, Haltung, Licht) treffen ein und werden ohne kognitive Filterung weitergeleitet.
2. **Neurozeption & Alarmauslösung**
   Die Amygdala identifiziert bekannte Gefahrenmerkmale und aktiviert sofort den Hirnstamm und das autonome Nervensystem.
3. **Physiologische Kaskade**
   Adrenalin- und Cortisolausschüttung bereiten Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsmuster vor; der denkende Kortex wird gedrosselt.
4. **Re-Orientierung & Kontextualisierung**
   Gezielte sensorische Verankerung im Raum signalisiert dem System: Es geschieht nicht jetzt, ich bin im sicheren Raum.

Entscheidung:

Befindet sich der Klient während der Triggerung noch im Toleranzfenster oder droht eine Überflutung / Dissoziation?

Hyperarousal (Panik, Flucht- oder Kampfdruck, Zittern)	**Sympathikus dämpfen:** Längeres Ausatmen, Bodenkontakt über die Fußsohlen spüren, visuelle Orientierung im Raum („5 Dinge benennen, die blau sind").
Hypoarousal / Freeze (Taubheit, dissoziativer Blick, Verlangsamung)	**Aktivierung über sensorische Reize:** Kühle Reize auf den Handrücken, Druckball drücken, Körper aufrecht ausrichten, Blickkontakt zur Fachperson aufbauen.

2 Therapeutische Vertiefung & Praxis-Intervention

Die Differenzierung zwischen damaliger Bedrohung und gegenwärtiger Sicherheit bildet die Grundlage jeder traumasensiblen Arbeit. Psychoedukativ hilft Betroffenen das Verständnis, dass Trigger Reiz-Reaktions-Kopplungen sind, die physiologisch aufgelöst und neu verknüpft werden können. In der Sitzung dient diese Karte als strukturierter Anker, um den Klienten aus der zeitlichen Verschmelzung mit der Vergangenheit zurück in das sensorische Erleben der Therapiesituation zu führen.

- **Psychoedukative Entlastung:** Scham- und Schuldgefühle abbauen durch Erklärung der Amygdala-Physiologie.
- **Dual Awareness etablieren:** Gleichzeitiges Wahrnehmen der körperlichen Erregung und des sicheren Therapieraums.
- **Kontextualisierung üben:** Sprache und Sinneswahrnehmung nutzen, um das Datum, den Ort und die Sicherheit im Jetzt zu belegen.

Sitzungsfrage & Reflexions-Prompt:

„Wenn dieses Gefühl oder dieser Impuls gerade auftaucht: Welches konkrete Sinnesdetail im Raum (Farbe, Geräusch, Bodenuntergrund) zeigt Ihren Augen und Ihrem Körper jetzt ganz verlässlich, dass Sie im heutigen Jahr und an diesem sicheren Ort sind?"

Arbeitsfelder:

Identifizierter Sinnesauslöser (visuell, akustisch, olfaktorisch oder kinästhetisch):	**Körperempfindung bei Aktivierung** (z. B. Engegefühl, Pulsanstieg, Kälte):	**Verlässlichster Gegenwartsanker** im Hier und Jetzt:

Explizites und implizites Gedächtnis

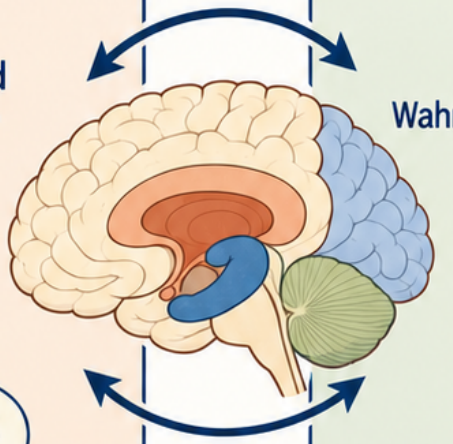
Erinnern umfasst mehr als bewusst erzählbare Fakten. Explizites Gedächtnis unterstützt das bewusste Abrufen von Ereignissen und Wissen. Implizites Gedächtnis zeigt sich unter anderem in erlernten Reaktionen, Gewohnheiten, Wahrnehmungen und körperlichen Empfindungen – oft ohne bewusste Erinnerung an ihren Ursprung. Beides kann zusammenwirken, muss es aber nicht.

- Eine Person kann wissen, dass sie heute sicher ist, und dennoch auf einen Hinweis mit Alarm reagieren.
- Körperempfindungen allein belegen weder ein bestimmtes vergangenes Ereignis noch dessen Ursache.

Explizit

bewusstes Wissen und erzählbare Ereignisse

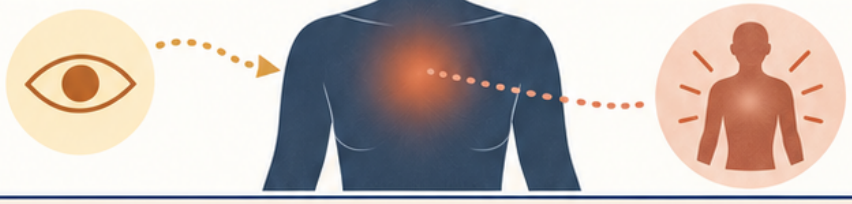
- Erinnerungen an Ereignisse
- Fakten und Wissen
- Bewusstes, absichtliches Abrufen
- In Worte fassbar



Implizit

gelernte Reaktionen, Wahrnehmungen und Empfindungen

- Automatische, erlernte Reaktionen
- Gewohnheiten und Verhaltensmuster
- Wahrnehmungen und innere Empfindungen
- Oft ohne bewusste Erinnerung an den Ursprung



Kernaussage

Eine Reaktion kann sich real und gegenwärtig anfühlen, ohne dass eine bewusste, zusammenhängende Erinnerung verfügbar ist.

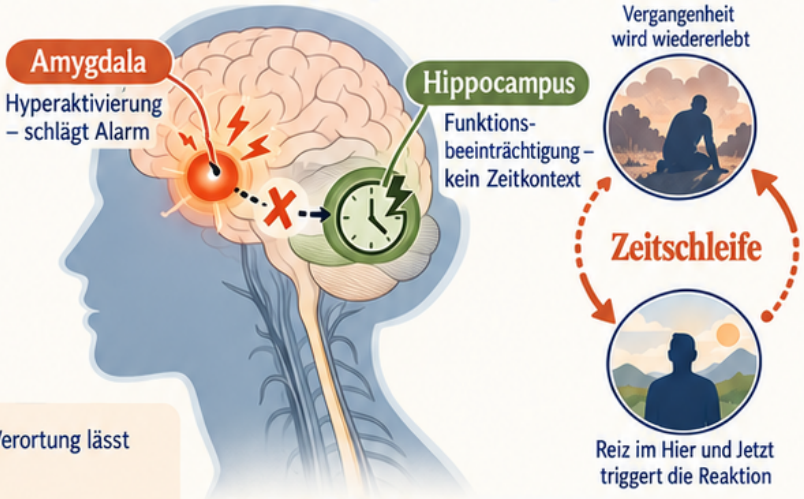
Sitzungsfrage

Welche Empfindung, Stimmung oder Reaktion bemerken Sie gerade – und was wissen Sie über den Unterschied zwischen dem damaligen Hinweis und der heutigen Situation?

Intrusionen und Flashbacks: Gefangen in der Zeitschleife

Neurobiologie des Wiedererlebens: Wenn die Vergangenheit Gegenwart wird

Bei traumatischem Stress führt eine massive Ausschüttung von Stresshormonen zu einer Funktionsbeeinträchtigung des Hippocampus bei gleichzeitiger Hyperaktivierung der Amygdala. Der Hippocampus versieht Sinneseindrücke normalerweise mit einem räumlich-zeitlichen Kontext („Damals und Dort"). Bleibt diese Integration aus, speichert das Gedächtnis die sensorischen Fragmente isoliert ab. Ein Reiz im Hier und Jetzt kann diese unverarbeiteten Spuren triggern: Das Nervensystem reagiert so, als fände die Bedrohung exakt in diesem Augenblick statt.



- **Verlust des Zeitstempels:** Fehlen der hippokampalen Verortung lässt vergangene Sinnesreize als gegenwärtig real erscheinen.
- **Sensorische Fragmente:** Gerüche, Geräusche, Lichtstimmungen oder visuelle Details aktivieren unwillkürlich motorische und vegetative Schutzreflexe.
- **Vegetative Überflutung:** Herzfrequenz steigt sprunghaft an, Atmung wird flach, der Körper schaltet reflexartig in Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsmuster.

Psychoedukativer Hinweis

Diese Karte dient ausschließlich der verständlichen Informationsvermittlung und Selbstreflexion in der Begleitung. Sie ersetzt keine ärztliche oder psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung.

Orientierung und Rekonsolidierung: Schritte zur Re-Orientierung

Um die Zeitschleife eines Flashbacks zu durchbrechen, benötigt das Nervensystem aktive somatosensorische und kognitive Orientierungsanker in der Gegenwart.

1 Erkennen und Benennen

„Ich habe gerade einen Flashback. Das ist eine alte Erinnerung, mein Körper schlägt Alarm, aber ich bin jetzt in Sicherheit."

2 Visuelles und taktiles Erden (5-4-3-2-1 / Orienting)

Den Blick bewusst im Raum wandern lassen, feste Konturen fixieren, die Füße fest auf den Boden drücken und drei kühle oder strukturierte Gegenstände berühren.

3 Zeit- und Raumanker etablieren

Heute ist ...
Ich bin ... Jahre alt.
Ich bin hier in ...

Das aktuelle Datum, das aktuelle Lebensalter und den heutigen Ort laut aussprechen, um den Hippocampus bei der kognitiven Einordnung zu unterstützen.

Sitzungsreflexion & Kernbotschaft

Nutzen Sie diesen Impuls im Gespräch, um die individuelle Ausprägung von Zeitschleifen und geeignete Gegenwartsanker gemeinsam zu erforschen.

Kernaussage

Ein Flashback ist kein Kontrollverlust, sondern ein somatisches Gedächtnisfragment *ohne zeitliches* Etikett. Durch gezielte Gegenwartsreize lernt das Nervensystem: Es war damals – jetzt ist es vorbei.

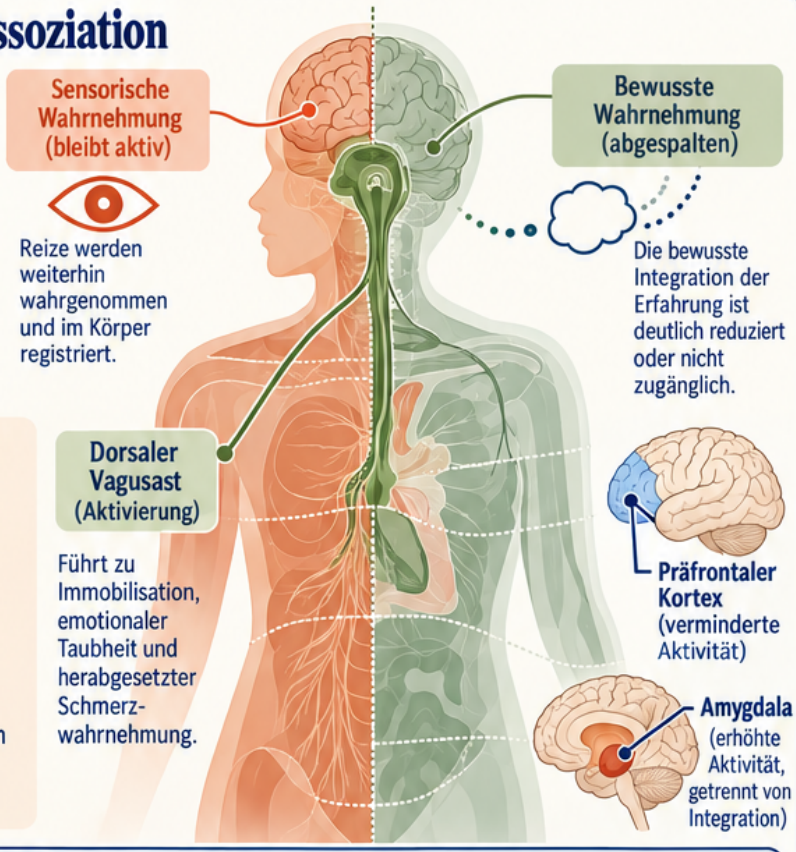
Sitzungsfrage: Welche konkreten sensorischen Anker im Raum oder am Körper helfen Ihnen am zuverlässigsten zu spüren, dass heute nicht damals ist?

Karte 32: Dissoziation als Schutzschild – Die Spaltung des Erlebens

1 Neurobiologie der Dissoziation

Dissoziation fungiert als **fundamentaler** neurobiologischer Notfallmechanismus. Wenn Flucht- oder Kampfreaktionen (sympathisches Nervensystem) aussichtslos sind und physische Gegenwehr unmöglich wird, aktiviert das autonome Nervensystem über den dorsalen Vagusast eine massive Schutzreaktion. Das Erleben wird fragmentiert, um den Organismus vor einer sensorischen und affektiven Reizüberflutung sowie vor unerträglichem Schmerz zu bewahren.

- Trennung von Wahrnehmung, Schmerz und bewusster Integration während akuter Überwältigung
- Dorsale Vagusaktivierung führt zu Immobilisation, emotionaler Taubheit und herabgesetzter Schmerzwahrnehmung
- Erhöhte Ausschüttung endogener Opioide dämpft sensorische Reize und bewirkt eine Distanzierung vom Körpererleben
- Funktionale Entkopplung zwischen limbischem System (Amygdala) und kortikalen Integrationszentren (präfrontaler Kortex)



Klinischer Hinweis zur Psychoedukation
Diese Karte dient ausschließlich der verständlichen Vermittlung neurobiologischer Zusammenhänge in Beratung und Therapie. Sie ersetzt keine differenzialdiagnostische Abklärung und stellt keine eigenständige Therapieform dar.

2 Erscheinungsformen und strukturelle Spaltung

Die dissoziative Reaktion variiert von flüchtigen Entfremdungserlebnissen bis hin zu tiefgreifenden Spaltungen des Selbst. Nach dem Modell der strukturellen Dissoziation (van der Hart, Nijenhuis) differenziert das System zwischen Anteilen, die das alltägliche Funktionieren aufrechterhalten, und solchen, die traumatische Erinnerungen und Abwehrmuster binden.

- **Depersonalisation:** Entfremdung vom eigenen Körper, Gefühl des Neben-sich-Stehens oder der inneren Taubheit
- **Derealisation:** Die Umwelt wirkt surreal, künstlich, zweidimensional oder wie durch Watte wahrgenommen
- **Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP):** Steuert Alltagsbewältigung und Vermeidungsverhalten gegenüber Traumareizen
- **Emotionaler Persönlichkeitsanteil (EP):** Hält unintegrierte sensorische, affektive und somatosensorische Traumaerinnerungen fest

3 Reflexion und therapeutische Einbettung

Die Würdigung der Dissoziation als lebensrettende Notfallreaktion entlastet von Scham und Schuldgefühlen. In der Praxis geht es darum, die Schutzfunktion anzuerkennen, bevor schrittweise Gegenwartsanker und Ko-Bewusstsein etabliert werden.

Kernaussage
Dissoziation ist kein Defekt des Gehirns, sondern eine brillante neurobiologische Überlebensleistung, die den Schmerz vom Bewusstsein trennt, wenn die äußere Realität nicht bewältigt werden kann.

Sitzungsfrage / Therapeutischer Prompt:
Welche Empfindungen oder Vorboten kündigen an, dass Ihr System in den Schutz der Distanzierung oder Taubheit wechselt?

Gemeinsam erarbeitete Gegenwartsanker zur behutsamen Reorientierung (z. B. Raumkanten, Gewichtsverlagerung, Temperatur)

Karte 36: Titration – Dosierte Traumaintegration

Das somatische Prinzip der Titration

Titration beschreibt in der Traumatherapie das schrittweise, wohl dosierte In-Kontakt-Bringen mit belastenden Empfindungen oder Erinnerungsbruchstücken. Ähnlich wie in der Chemie, wo reaktive Substanzen nur tropfenweise beigefügt werden, um eine unkontrollierte Reaktion zu verhindern, nähert sich die Intervention der traumatischen Ladung ausschließlich in kleinsten, physiologisch verträglichen Einheiten. Dadurch bleibt das autonome Nervensystem im regulierten Bereich und eine erneute sensorische Überwältigung (Retraumatisierung) wird aktiv vermieden.

- **Homöopathische Dosierung:** Annäherung an sensorische Marker an der Peripherie des Geschehens statt am Epizentrum.
- **Neurovegetatives Pendeln:** Wiederholter Wechsel zwischen Ladungsinseln und somatischen Ressourcenbereichen.
- **Erhalt der Orientierung:** Ständige Verankerung im gegenwärtigen Raum über neurozeptiv sichere Sinnesreize.

Kernaussage

Heilung geschieht nicht durch Katharsis, sondern durch die physiologische Integration minimaler Ladungsmengen bei intakter Verankerung im Hier und Jetzt.

1. **Physiologische Verankerung etablieren**
   Vor jeder Hinwendung zu schwierigen Inhalten wird ein stabiler Kontakt zu einem neutralen oder angenehmen Körperbereich (Ressource) gesichert.
2. **Mikrokontakt zur Belastung herstellen**
   Die Aufmerksamkeit berührt für wenige Sekunden eine minimale Nuance des belastenden Gefühls oder Bildes an dessen äußerem Rand.
3. **Rechtzeitiges Innehalten und Entladen**
   Sobald erste Zeichen von vegetativer Anspannung spürbar werden, wendet sich der Fokus zurück zur Ressource, um mikromotorische Entladungen (z. B. spontanes Ausatmen, Wärme) zu ermöglichen.

Wie reagiert das autonome Nervensystem bei der Annäherung an das Thema?

Atem stockt, Blick starrt oder Puls steigt abrupt an → Sofortiger Stopp der Annäherung. Zurücktreten zur sicheren somatischen Verankerung im Raum und Beruhigung abwarten.

Atmung fließt weiter, Muskulatur bleibt orientiert und ansprechbar → Die minimale Dosis kann kurz explorativ verweilen, bevor bewusst zur neutralen Ausgangsbasis gependelt wird.

Praxisleitfaden & Reflexion

Diese Karte dient als psychoedukatives Werkzeug in der Einzelsitzung, um Klienten den Schutzmechanismus dosierter Arbeit verständlich zu machen. Sie verdeutlicht, warum schnelles Erzählen oder drängende Konfrontation das Toleranzfenster überfordern können.

- **Selbstwirksamkeit stärken:** Der Klient bestimmt die Geschwindigkeit und Dosis.
- Signale der Übererregung frühzeitig erkennen und verbalisieren lernen.
- Nicht als Diagnoseinstrument verwenden; rein zur somatischen Psychoedukation.

Sitzungsfrage / Impuls

„Wenn Sie an den Rand dieses Erlebnisses denken: Welcher kleinste, noch gut tragbare Tropfen davon darf sich heute für einen kurzen Moment im Körper zeigen?“

Reflexion

Gegenwärtig wahrnehmbarer sicherer Bereich im Körper:

_____

_____

Körperliches Signal für die Notwendigkeit einer Pause (z. B. Kieferanspannung, Enge):

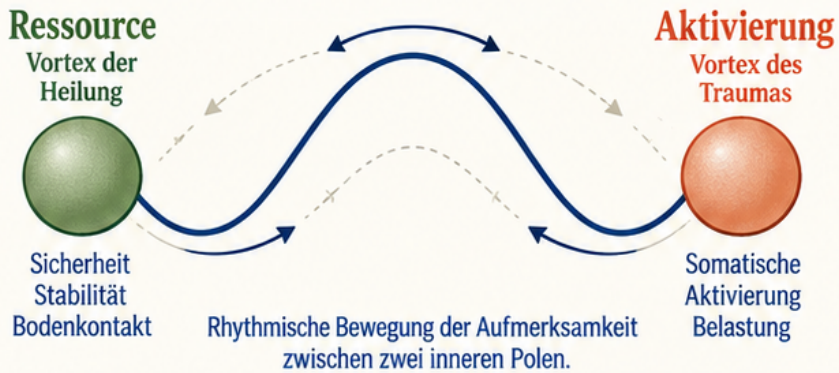
_____

_____

Karte 37: Pendeln (Modul 3)

Das somatische Pendeln nach Peter Levine

Das Pendeln (Titration und Pendulation) beschreibt im Somatic Experiencing den organischen Prozess, die Aufmerksamkeit rhythmisch zwischen zwei inneren Polen zu bewegen: dem Anker der Sicherheit und Ressourcen (Vortex der Heilung) sowie vorsichtig dosierten Bereichen somatischen Traumaschmerzes oder somatischer Aktivierung (Vortex des Traumas). Durch das behutsame Hin- und Herbewegen wird das Nervensystem schrittweise desensibilisiert, ohne von einer Übererregung überwältigt zu werden.



- **Vortex der Heilung (Ressource):** Ein sicherer somatischer Anker, der Entlastung, Stabilität und Bodenkontakt vermittelt (z. B. ruhiger Atemzug, Spüren der Füße auf dem Boden).
- **Vortex des Traumas (Aktivierung):** Die somatische Reaktionsspur der unvollständigen Überlebensreaktion (z. B. Engegefühl in der Brust, erhöhter Muskeltonus, Unruhe).
- **Titration:** Das Arbeiten in kleinstmöglichen, bewältigbaren Einheiten zur Vermeidung von Retraumatisierung und Reaktivierung des Schockzustands.

Kernaussage | Heilung geschieht nicht durch Verharren im Schmerz, sondern durch den sicheren Rhythmus zwischen Stabilität und dosierter Berührung der Belastung.

Die Schritte des somatischen Pendelns

1 Etablierung des sicheren Ankers

Finden und festigen Sie eine neutrale oder angenehme Körperwahrnehmung im Hier und Jetzt (z. B. spürbarer Kontakt der Sitzfläche).

2 Kurze Kontaktaufnahme mit der Ladung

Richten Sie den Blick kurz auf einen Randbereich der belastenden Körperempfindung, ohne tiefer hineinzugehen.

3 Zurückpendeln zur Ressource

Führen Sie den Fokus bewusst zum sicheren Anker zurück und beobachten Sie autonome Regulationszeichen (z. B. spontanes Seufzen, Entspannung).

Was tun bei Anzeichen von Übererregung?

Zeigt sich während des Pendelns eine einsetzende Übererregung oder Dissoziation?

Ja (Herzfrequenz steigt drastisch, Blick erstarrt, Atem stockt)
Sofortige Rückkehr zum Vortex der Heilung, visuelle Orientierung im Raum und Unterbrechung der somatischen Belastungsfokussierung.

Nein (Atmung bleibt rhythmisch, Muskeltonus moduliert flexibel)
Weiteres sanftes Pendeln in kleinen Schritten fortsetzen, bis eine somatische Entlastung spürbar wird.

Reflexion in der therapeutischen Sitzung

Nutzen Sie den folgenden Impuls zur Erforschung der somatischen Pendelbewegung im gemeinsamen Dialog.

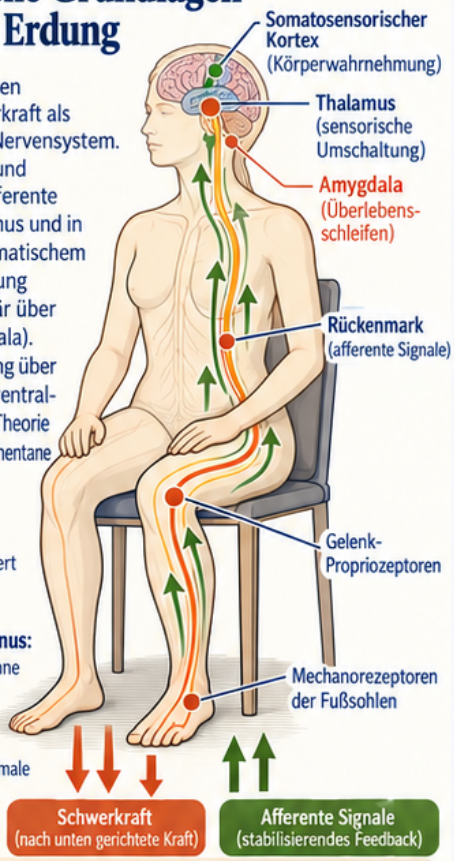
Sitzungsfrage: Wenn Sie wahrnehmen, wo Ihr Körper sich gerade stabil anfühlt – wie fühlt es sich an, von dort aus für einen kurzen Moment an die Anspannung zu tippen und wieder zurückzukehren?

Psychoedukativer Hinweis
Diese Karte dient der fachlichen Psychoedukation über nervliche Regulationsdynamiken und ersetzt keine fachärztliche oder klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung.

Erdung und Grounding:
Die Schwerkraft als neurobiologische Stütze

1. Neurobiologische Grundlagen der somatischen Erdung

Die bewusste Wahrnehmung des physischen Kontakts mit dem Boden nutzt die Schwerkraft als verlässliche sensorische Referenz für das Nervensystem. Über Mechanorezeptoren der Fußsohlen und Propriozeptoren der Gelenke gelangen afferente Signale über das Rückenmark zum Thalamus und in den somatosensorischen Kortex. Bei traumatischem Hyperarousal oder dissoziativer Entkopplung verarbeitet das Nervensystem Reize primär über subkortikale Überlebensschleifen (Amygdala). Die gezielte somatosensorische Verankerung über Schwerkraft und festen Halt rekrutiert den ventral-vagalen Ast des Parasympathikus (Polyvagal-Theorie nach S. Porges) und signalisiert dem Gehirn momentane physische Stabilität und Sicherheit.



Propriozeptives Feedback:
Aktiviert afferente Bahnen und verankert die Orientierung im Hier und Jetzt.

Dämpfung des sympathischen Tonus:
Entlastet subkortikale Alarmzentren ohne Forcierung kognitiver Kontrolle.

Präfrontale Integration:
Erleichtert den Wiedereintritt in das optimale Toleranzfenster (*Window of Tolerance*).

Kernaussage

Schwerkraft ist eine ununterbrochene, verlässliche Ressource: Der Boden trägt den Körper bereits, ohne dass dafür muskuläre Anstrengung oder Vigilanz erforderlich ist.

2. Anwendungsprotokoll: Somatische Erdung im Sitzen oder Stehen

Dieses strukturierte Vorgehen dient der Co-Regulation und Selbstregulation während therapeutischer Exposition oder bei beginnender Dissoziation und vegetativer Übererregung.

1 Kontaktpunkte lokalisieren

Lenken Sie die Aufmerksamkeit auf die Berührungsflächen: Fußsohlen auf dem Boden, Oberschenkel und Becken auf der Sitzfläche sowie den Rücken an der Lehne.

2 Druck und Textur differenzieren

Nehmen Sie den spezifischen Gegendruck wahr. Wo fühlt sich die Unterlage fester, kühler oder wärmer an? Registrieren Sie die Festigkeit der tragenden Struktur.

3 Schwerkraft abgeben

Erlauben Sie dem Körper für zwei bis drei Atemzüge, das eigene Gewicht aktiv in diese Kontaktpunkte sinken zu lassen, anstatt Spannung im Rumpf zu halten.

4 Vegetative Rückmeldung überprüfen

Beobachten Sie physiologische Entlastungszeichen wie ein spontanes vertieftes Durchatmen, Absinken des Muskeltonus im Schulterbereich oder Schluckreflexe.

3. Klinische Differenzierung & Intervention

Passen Sie die Erdungstechnik an den aktuellen Erregungszustand des Nervensystems an, um paradoxe Gegenreaktionen oder das Abgleiten in Erstarrung zu vermeiden.

Welcher autonome Zustand dominiert aktuell im Nervensystem der Klientin / des Klienten?

Hyperarousal
(Sympathikus: Unruhe, Tachykardie, Zittrigkeit, Flucht-/Kampfimpulse)

Aktive Erdung mit propriozeptivem Druck wählen:
Feste Tritte auf den Boden, bewusstes Drücken der Fußballen gegen den Boden, Hände flach auf die Oberschenkel legen und stabilen Gegendruck ausüben.

Hypoarousal / Freeze
(Dorsaler Vagus: Taubheitsgefühl, Abwesenheit, motorische Lähmung)

Visuo-taktile Orientierung im Raum vorschalten:
Augen offen halten, feste Konturen im Raum fokussieren und taktile Reize an Händen oder Füßen mit leichter Bewegung (Zehen wippen) koppeln.

4. Leitfragen für die klinische Reflexion

Diese Fragen unterstützen die psychoedukative Reflexion und helfen der behandelten Person, somatische Signale ohne Bewertung wahrzunehmen.

Welche physischen Kontaktpunkte melden Ihrem Nervensystem im Moment das stabilste Gefühl von Halt?

Welche Veränderung in Atemmuster oder Muskeltonus tritt ein, wenn Sie das Gewicht ganz an die Unterlage abgeben?

Hinweis zur Anwendung

Diese Karte dient der neurobiologischen Psychoedukation und Selbstregulationsbegleitung im therapeutischen Setting. Sie ersetzt keine klinische Diagnostik oder Traumafachbehandlung.

Karte 42

Somatische Ressourcen – Innere und äußere Inseln der Sicherheit

Wissen allein beruhigt nicht

Auch wenn wir rational wissen, dass wir sicher sind, kann ein aktiviertes Nervensystem deshalb noch nicht zur Ruhe kommen.

Erst über körperliche Signale – zum Beispiel aus der Innenwahrnehmung (Interozeption) und der Körperwahrnehmung (Propriozeption) – kann der Organismus Sicherheit tatsächlich spüren.

Zwei Wege zur Sicherheit

Kognitiv:
Ich weiß, dass der Raum sicher ist.

Somatisch:
Ich spüre den Boden unter den Füßen und die Lehne im Rücken.

Äußere und innere Ankerpunkte

Äußere Ankerpunkte

- Lehne des Stuhls im Rücken
- Wärmflasche als angenehme Wärmequelle
- Freundlicher Blick in der Umgebung
- Struktur eines Steins in der Hand

Innere Ankerpunkte

- Atem an den Nasenflügeln wahrnehmen
- Wärme in den Handflächen spüren
- Stabiles Becken auf dem Sitz wahrnehmen

Drei Schritte zur Regulation

1 Orientieren:
Blick im Raum schweifen lassen; Boden und Sitz wahrnehmen.

2 Neutrale Zone finden:
Eine mindestens unbetelligte Körperstelle bemerken – ohne Entspannung zu erzwingen.

3 Pendeln:
Sanft zwischen Anspannung und sicherer Insel wechseln.

Bottom-up-Regulation
unterstützt die Beruhigung des Alarmsystems.

Klinische Differenzierung:
Wenn der Körper als Gefahrenzone erlebt wird, beginnen Sie peripher – etwa an Handflächen, Fußsohlen oder mit einem Kissen auf den Knien.

Reflexion in der Sitzung

Wo im Körper fühlt es sich gerade am ehesten ruhig, neutral oder getragen an – und wie nehmen Sie diesen Kontakt wahr?

Kernaussage: Sicherheit wird nicht nur gedacht, sondern physiologisch gespürt.
Körperliche Entlastung kann den Weg von Überlebensabwehr zu sozialer Verbundenheit unterstützen.

Der innere sichere Ort – Imagination und Nervensystem

1 Ankommen und Wahlfreiheit

Ein innerer sicherer Ort ist eine individuell entwickelte Vorstellung, die Ruhe, Schutz oder Selbstbestimmung unterstützen kann. Nicht jede Person findet Bilder hilfreich; ein Ort muss sich auch nicht vollständig sicher anfühlen. Die Übung ist ein Angebot, keine Voraussetzung und kein Ersatz für äußere Sicherheit.

- Vor Beginn kurz klären: Möchte die Person diese Übung ausprobieren?
- Tempo, Augen offen oder geschlossen, Sinneskanäle und Dauer bleiben wählbar.
- Bei Unbehagen jederzeit pausieren, die Augen öffnen, sich im Raum orientieren oder zu einer anderen Stabilisierung wechseln.

Klinischer Rahmen

Die Karte dient der Psychoedukation und unterstützt keine Diagnose oder eigenständige Therapie. Bei anhaltender Bedrohung hat die Klärung äußerer Sicherheit Vorrang vor Imagination.

2 Einen passenden Ort finden

Laden Sie die Person ein, einen realen, erinnerten oder erfundenen Ort zu wählen. „Sicher" darf dabei auch „angenehm", „geschützt", „neutral" oder „ein wenig ruhiger" bedeuten. Manche Menschen bevorzugen einen Gegenstand, eine Farbe oder eine schlichte Vorstellung statt eines Ortes.

- Die Person bestimmt, was in der Vorstellung vorkommt und was draußen bleibt.
- Keine Details erzwingen und keine vermeintlich universell beruhigenden Bilder vorgeben.
- Falls kein passender Ort auftaucht, gemeinsam eine neutrale Alternative wählen oder die Übung beenden.

3 Sinneskanäle und Körperempfindungen erkunden

Erkunden Sie die Vorstellung in kleinen, wählbaren Schritten. Wahrnehmung kann über Sehen, Hören, Geruch, Geschmack und Berührung entstehen; manche Personen nehmen eher Gedanken, Bewegungen oder Körperempfindungen wahr. Weniger Sinnesdetails sind genauso in Ordnung.

- Fragen Sie jeweils nur nach einem möglichen Detail: Was fällt auf? Was wäre angenehm oder neutral?
- Ergänzen Sie bei Zustimmung Körperwahrnehmungen, etwa eine angenehme Temperatur oder den Kontakt der Füße mit dem Boden.
- Nutzen Sie keine Berührung durch die Fachkraft ohne ausdrückliche Einwilligung; die Person kann stattdessen selbst einen Gegenstand halten oder ihre Haltung verändern.

4 Verankerung als abrufbare Vorstellung

Wenn die Vorstellung angenehm oder ausreichend neutral ist, kann die Person ein selbst gewähltes Wort, Bildzeichen oder eine kleine freiwillige Geste damit verbinden. Die Verknüpfung ist eine Gedächtnisstütze, keine garantierte körperliche Reaktion. Sie kann jederzeit verändert oder verworfen werden.

- Das selbst gewählte Signal benennen oder kurz vorstellen, solange der Ort verfügbar ist.
- Gemeinsam prüfen, ob das Signal hilfreich, neutral oder unangenehm wirkt.
- Zum Abschluss die Aufmerksamkeit wieder auf den gegenwärtigen Raum richten: Umgebung ansehen, Geräusche wahrnehmen und den Kontakt zum Boden bemerken.

Neurobiologische Einordnung

Vorstellungen und Erinnerungen können mit Emotionen und Körperreaktionen verbunden sein. Eine Imagination kann subjektiv regulierend erlebt werden; eine bestimmte Dämpfung der Amygdala oder eine verlässliche neurobiologische Wirkung lässt sich daraus nicht ableiten.

5 Sitzungsreflexion und Kernaussage

Beenden Sie mit einer kurzen Rückmeldung, ohne Erfolg zu erwarten oder zu bewerten.
Die Person kann beschreiben, was hilfreich war, was nicht gepasst hat und welche Anpassung sie beim nächsten Mal bevorzugt.

- Sitzungsfrage: „Was haben Sie während der Vorstellung bemerkt, und was möchten Sie beim nächsten Mal anders oder genauso lassen?"
- Kernaussage: Ein innerer sicherer Ort ist ein freiwilliges, persönliches Bild — die Person bestimmt Inhalt, Nähe und Ende.
- Bei steigender Anspannung oder Desorientierung die Imagination unterbrechen und gemeinsam zur Gegenwart orientieren.

Karte 44: Grenzen wahrnehmen: Der somatische Schutzraum

Neurobiologie der Grenze: Physische und energetische Abgrenzung

Grenzverletzungen hinterlassen im Nervensystem oft das somatische Muster von Überflutung oder Taubheit. Das Erleben von Selbstbestimmung setzt voraus, dass der Körper wieder als klar konturierter Schutzraum empfunden wird. Physische Grenzen werden über Hautrezeptoren, Propriozeption und Muskeltonus vermittelt; energetische Grenzen bezeichnen den subjektiven interpersonellen Abstand, in dem sich das autonome Nervensystem im ventral-vagalen Zustand der Sicherheit stabilisieren kann.

1. Propriozeptives Feedback stärkt das Gefühl somatischer Kohärenz und Differenzierung zwischen Selbst und Umwelt.
2. Eine intakte Grenzregulation verhindert das unwillkürliche Abgleiten in sympathische Fluchtreaktionen oder dorsale Erstarrung.
3. Grenzen sind dynamische Regulationsprozesse des autonomen Nervensystems und keine starren Barrieren.

Psychoedukativer Hinweis
Diese Karte dient der Vermittlung neurobiologischer Grundlagen im therapeutischen Dialog. Sie ersetzt keine klinische Diagnostik oder störungsspezifische Traumatherapie.

Klinische Anwendung: Den Schutzraum etablieren

Die Wiederherstellung der Handlungskompetenz erfordert kleinschrittige körperbasierte Orientierungs- und Grenzsetzungsübungen im Hier und Jetzt.

1 Somatische Verankerung

Lenken Sie die Aufmerksamkeit auf den Kontakt der Füße zum Boden und die taktile Wahrnehmung der Kleidung auf der Haut.

2 Visualisierung des Umfelds

Lassen Sie den Blick im Raum schweifen, um orientierende Kopfbewegungen zu aktivieren und Sicherheit im gegenwärtigen Raum zu verankern.

3 Den eigenen Raum markieren

Markieren Sie den physischen Bewegungsradius mit den Armen oder einem Seil auf dem Boden, um den individuellen Schutzraum somatisch sichtbar zu machen.

Welche Reaktion zeigt das Nervensystem bei Annäherung im Raum?

- Sympathische Anspannung oder Unruhe tritt auf → Vergrößern Sie die physische Distanz sofort um mindestens zwei Schritte und laden Sie zu einer regulierenden Orientierungsreaktion ein.
- Dorsaler Rückzug, Dissoziation oder Erstarrung setzt ein → Unterbrechen Sie die Annäherung, lenken Sie den Fokus auf feste taktile Reize an den Händen und reduzieren Sie Blickkontakt.

Reflexion und Kernaussage für die Sitzung

Nutzen Sie den folgenden Impuls für die therapeutische Exploration und halten Sie die Beobachtungen fest.

Kernaussage
Eine Grenze ist kein Hindernis für Verbindung, sondern die somatische Grundvoraussetzung dafür, dass echter und sicherer Kontakt gelingen kann.

Sitzungsfrage / Prompt: An welcher Stelle im Körper spüren Sie gerade am deutlichsten, wo Ihr persönlicher Raum beginnt und aufhört?

Beobachtete somatische Marker bei Annäherung und Grenzmarkierung:

Der Tresor

Der Tresor

Eine imaginative Übung, um belastende Erinnerungen vorübergehend beiseitezulegen – ohne sie zu leugnen oder zu löschen. Die Person bestimmt, ob und wie sie die Vorstellung nutzt.

- Führen Sie die Übung nur mit Zustimmung und in einem ausreichend stabilen Moment ein.
- Die Person kann jederzeit pausieren, abbrechen oder eine andere Vorstellung wählen.
- Bleiben Sie im Hier und Jetzt orientiert; die Übung ersetzt weder Diagnostik noch Behandlung.

Wahlfreiheit zuerst

Wenn die Vorstellung von Einschließen oder Verwahren unangenehm, bedrohlich oder desorientierend wirkt, nicht fortsetzen. Gemeinsam eine passendere Ressource wählen.

1 Ankommen

Laden Sie dazu ein, den Raum wahrzunehmen und eine angenehme oder neutrale Stelle im Körper zu bemerken. Fragen Sie, ob die Person die Übung ausprobieren möchte.

2 Tresor gestalten

Die Person stellt sich einen sicheren Behälter vor oder wählt ein anderes Bild: etwa eine Schublade, einen Ordner oder einen verschlossenen Raum. Beschaffenheit, Standort und Verschluss bestimmt allein sie.

3 Abstand herstellen

Falls es sich stimmig anfühlt, kann die Person ein belastendes Thema symbolisch dort verwahren. Details müssen nicht erzählt oder erneut durchlebt werden.

4 Verfügbarkeit prüfen

Fragen Sie, ob das Bild ausreichend Abstand ermöglicht und ob die Person selbst entscheiden kann, wann sie den Tresor öffnet oder geschlossen lässt. Bei Unbehagen sofort stoppen und orientieren.

5 Zurück ins Heute

Lassen Sie den Tresor geschlossen oder verändern Sie das Bild nach Wunsch. Richten Sie die Aufmerksamkeit auf den Raum, den heutigen Zeitpunkt und eine selbstgewählte nächste Handlung.

Was würde Ihnen helfen, selbst zu bestimmen, wann der Tresor geschlossen oder geöffnet ist?

Wie reagiert die Person auf die Tresorvorstellung?

Die Vorstellung wirkt stimmig und die Person fühlt sich orientiert.
In ihrem Tempo fortfahren; regelmäßig nach Zustimmung und gewünschtem Abstand fragen.

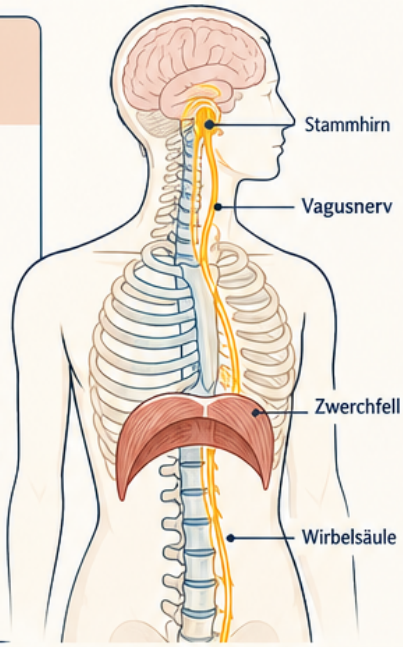
Die Vorstellung erzeugt Druck, Angst oder Kontrollverlust.
Übung beenden, Gegenwartsorientierung unterstützen und gemeinsam eine andere, weniger belastende Strategie wählen.

Sie bestimmen das Tempo, den Abstand und ob Sie die Übung fortsetzen.

Körperhaltungen der Kraft:
Embodiment von Selbstwirksamkeit

Neurobiologie der Haltung und vagale Aktivierung

Körperhaltungen wirken über afferente Signalpfade unmittelbar auf das vegetative Nervensystem zurück. Während anhaltende Hilflosigkeitszustände häufig mit einer gebeugten Haltung, kollabiertem Brustkorb und einer Dominanz des dorsalen Vagus oder sympathischer Daueraktivierung einhergehen, signalisiert eine bewusst aufgerichtete, stabile Haltung dem Stammhirn Sicherheit und Handlungsfähigkeit. Das Einnehmen einer festen Basis und die Weitung des Atemraums unterstützen den ventral-vagalen Tonus, reduzieren die Aktivität des Bedrohungssystems und ermöglichen eine Wiederherstellung des somatischen Gefühls von Selbstwirksamkeit.



Propriozeptives Feedback:
Afferente Signale aus Muskelspindeln und Gelenkrezeptoren modulieren die Aktivität in Hirnstamm und limbischem System.

Respiratorische Unterstützung:
Eine aufrechte Thoraxposition entlastet das Zwerchfell und erleichtert die respiratorische Sinusarrhythmie.

Unterbrechung von Schreckreflexen:
Ein intentional veränderter Haltungstonus wirkt der chronischen Erstarrung und muskulären Schutzpanzerung entgegen.

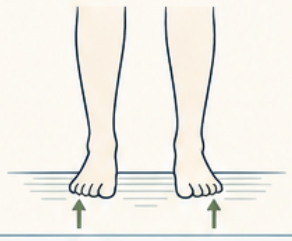
Klinischer Hinweis zur Psychoedukation
Dieses Material dient ausschließlich der Vermittlung von neurobiologischem Grundwissen und somatischen Selbstregulationstechniken im Rahmen therapeutischer Prozesse. Es ersetzt keine fachärztliche oder fachpsychotherapeutische Diagnostik oder Intervention.

1 Somatische Bestandsaufnahme

Nehmen Sie die gegenwärtige Haltung im Sitzen oder Stehen wahr: Wie ist der Kontakt zum Boden, wo herrscht muskuläre Hyper- oder Hypotonie, wie frei schwingt der Atem?

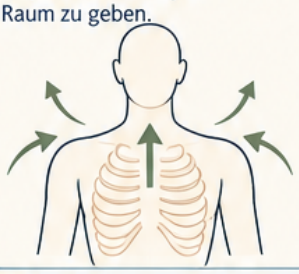
2 Verankerung über die Basis

Platzieren Sie beide Fußsohlen bewusst auf dem Boden. Richten Sie das Becken so aus, dass die Wirbelsäule ohne starre Anstrengung eine tragende, aufrechte Achse bilden kann.



3 Öffnung des Thorax

Lassen Sie das Brustbein behutsam nach oben und vorne aufsteigen, während die Schultern locker absinken, um dem Vagusnerv und dem respiratorischen System Raum zu geben.



4 Integration des Erlebens

Verweilen Sie für mehrere Atemzyklen in dieser stabilen Ausrichtung und beobachten Sie feine Veränderungen in affektiver Tönung, Wachheit und Selbstwirksamkeitserleben.

Wie reagiert das Nervensystem bei der Einnahme einer kraftvollen, aufrechten Haltung?

+ Wahrnehmung von Stabilität, leichterer Atmung und innerer Weite →
Ventral-vagale Aktivierung etablieren; die Erfahrung verbalisieren und als somatische Ressource für den Alltag verankern.

− Wahrnehmung von innerer Unruhe, Anspannung oder Scham →
Intensität reduzieren; sanftere Haltungsvarianten wählen und primär über die Erdung der Füße dosierte Sicherheit aufbauen.

Praktische Reflexion und Kernaussage

Die bewusste Arbeit mit Körperhaltungen ermöglicht den gezielten Zugang zum impliziten Gedächtnis und stellt erstarrte Handlungsimpulse wieder in einen aktiven, flexiblen Kontext.

Kernaussage
Eine aufrechte, elastische Körperhaltung sendet kontinuierlich neurobiologische Sicherheitssignale an das Gehirn und bildet das somatische Fundament für erfahrbare Selbstwirksamkeit.

Sitzungsfrage / Impuls für Klient:innen

Welcher minimale körperliche Impuls (z. B. Fußkontakt, Hebung des Blicks) erinnert Sie im Alltag sofort an Ihre Handlungsfähigkeit?

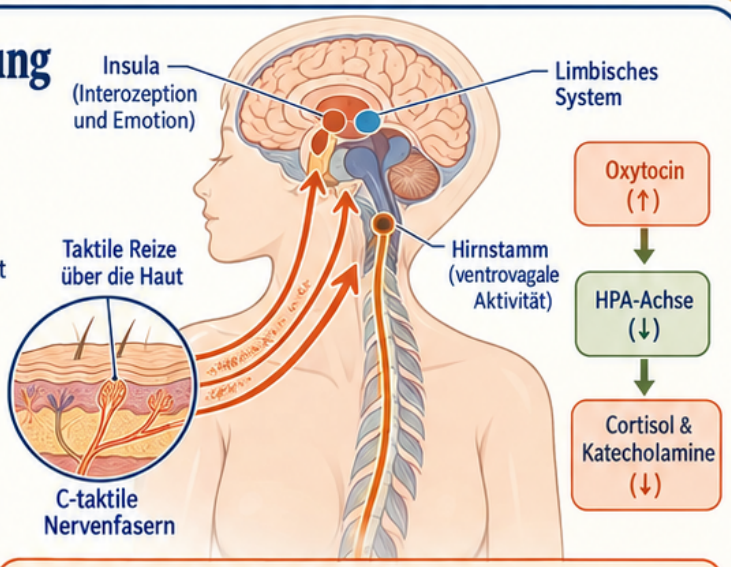
Beobachtbare vegetative und affektive Veränderungen während der Aufrichtung:

Karte 47: Selbstberührung als Co-Regulation

Neurobiologie der Selbstberührung

Taktile Reize über die Haut aktivieren spezialisierte C-taktile Nervenfasern, die afferente Signale direkt an das limbische System und die Insula leiten. Achtsame Berührungen wie das Auflegen der Hand auf die Herzgegend stimulieren die ventrovagale Aktivität des Parasympathikus und fördern die endogene Freisetzung von Oxytocin. Dies dämpft die Aktivität der Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) und senkt die Ausschüttung von Stresshormonen wie Cortisol und Katecholaminen.

- Aktivierung mechanosensitiver C-taktiler Afferenzen zur Signalübertragung an die Inselrinde
- Dämpfung sympathischer Hyperarousal-Zustände durch ventrovagale Modulation
- Neuroendokrine Oxytocinausschüttung zur Förderung von internem Sicherheitserleben
- Unterstützung der somatischen Re-Zentrierung im Fenster der Toleranz (Window of Tolerance)



Kernaussage für Klienten

Berührung ist eine biologische Sprache des Nervensystems: Bewusst ausgeführter, haltgebender Körperkontakt signalisiert dem Gehirn unmittelbar physische Gegenwart und Sicherheit.

Praxis: Somatische Interventionen einleiten

Für die therapeutische Anwendung bieten sich standardisierte Haltungen an, die der Klient selbstständig und bedarfsgerecht ausführen kann:

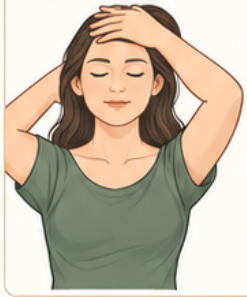
1 Hand auf Herz
(Ventrovagale Zentrierung)

Eine Hand flach mit sanftem, spürbarem Druck auf die Brustbeinmitte legen. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf die Berührungswärme und die Atembewegung unter der Handfläche.

2 Schmetterlings-Umarmung
(Butterfly Hug)

Beide Hände kreuzweise über die Brust legen, sodass die Fingerspitzen knapp unterhalb der Schlüsselbeine ruhen. Rhythmisches, langsames Alternieren des Fingertippens fördert bilaterale sensorische Integration.

3 Doppelter Halt
(Stammhirn und Herz)



Eine Hand auf die Stirn oder das Herz, die andere schützend an den Hinterkopf legen. Dient der somatischen Begrenzung bei aufsteigender Übererregung oder Dissoziationstendenzen.

Sitzungs-Leitfaden & Reflexion

Nutzen Sie diese Reflexionsimpulse und die Dokumentation zur gemeinsamen Überprüfung der taktilen Intervention:

Klinischer Hinweis

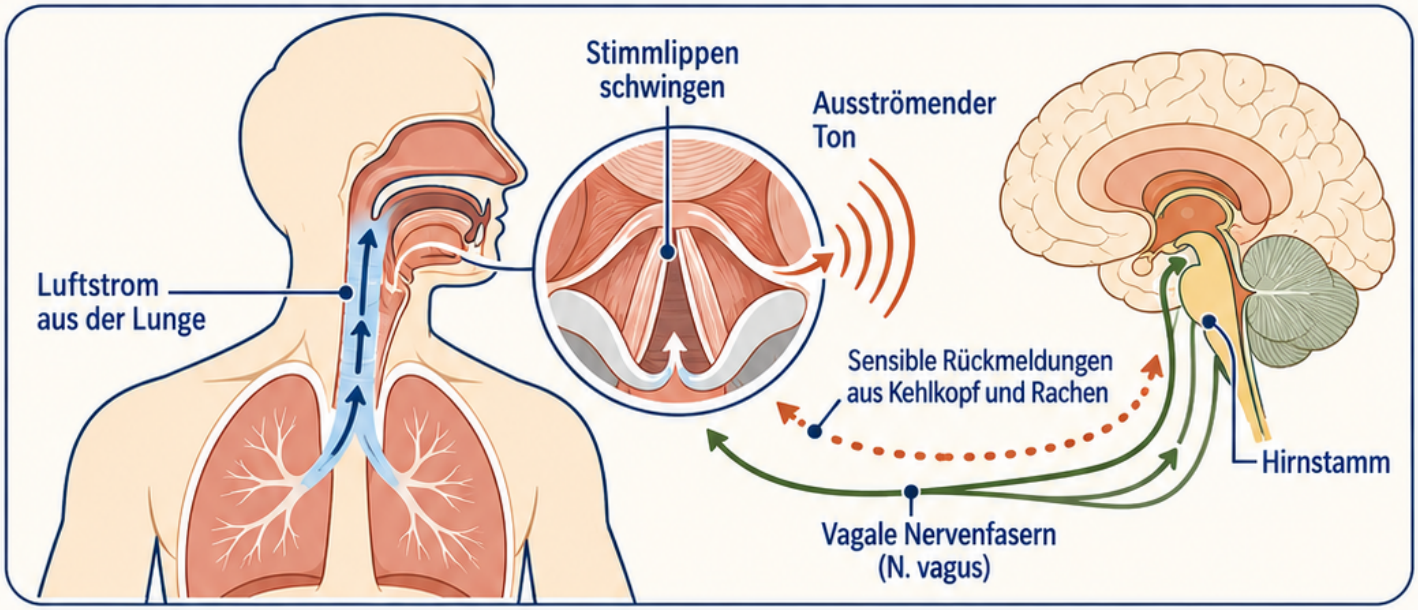
Diese Karte dient der Psychoedukation und Affektregulation im Rahmen fachlicher Begleitung. Sie ersetzt keine medizinische oder psychotherapeutische Diagnostik.

Prompt-Frage für die Sitzung: Welche Berührungsposition verändert spürbar Atemtiefe oder Muskeltonus?

Veränderung des Erregungsniveaus vor/nach der Intervention (Skala 1–10)

Vokale Töne und Summen

Die Kehlkopfmuskulatur bewegt die Stimmlippen und formt den Luftstrom zu Stimme. Kehlkopf und Rachen stehen über sensible und motorische Nervenverbindungen mit Hirnstammnetzwerken in Beziehung; der Vagusnerv (N. vagus) führt dabei wichtige Fasern. Beim Tönen oder Summen verändern sich Atmung, Ausatmungsdauer und sensorische Rückmeldungen aus Stimme und Rachen. Das kann als angenehm oder ordnend erlebt werden. Es ist jedoch keine gezielte direkte Stimulation des Vagusnervs und garantiert keine Beruhigung: Reaktionen unterscheiden sich individuell.



- Erklären Sie die Anatomie als vereinfachtes Funktionsschema: Ausatmung → Stimmlippenvibration → hörbarer Ton; sensible Rückmeldungen aus Kehlkopf und Rachen sowie vagale Verbindungen zum Hirnstamm.
- Laden Sie die Person nur mit Einverständnis zu einem leisen, bequemen Summton auf der Ausatmung ein. Eine kurze Erprobung genügt; Lautstärke, Dauer und Tonhöhe bleiben selbstbestimmt.
- Beobachten Sie gemeinsam, ob sich Atmung, Anspannung oder Befinden verändern. Es gibt keine vorgeschriebene Reaktion und kein richtiges Ergebnis.
- Die Karte dient der Psychoedukation und ersetzt weder Diagnostik noch individuelle Behandlung.

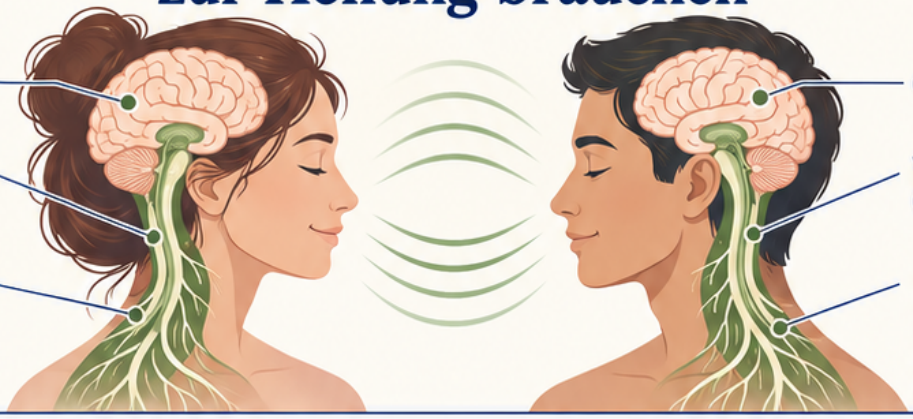
SITZUNGSFRAGE

Wenn Sie möchten: Wie ist es, einen bequemen Summton auszuatmen – verändert sich etwas, bleibt alles gleich oder wird es unangenehm?

KERNAUSSAGE

Summen bewegt Stimme und Atem und liefert sensorische Rückmeldungen. Es kann subjektiv beruhigend wirken, stimuliert den Vagusnerv aber nicht direkt und wirkt nicht bei allen gleich.

Co-Regulation:
Warum wir andere Nervensysteme zur Heilung brauchen



Neurobiologie der interpersonellen Einstimmung

Das menschliche autonome Nervensystem ist evolutionsbiologisch auf soziale Verbundenheit und gegenseitige Resonanz ausgerichtet. In der Traumatherapie und Neurobiologie beschreibt Co-Regulation den Prozess, bei dem ein reguliertes Nervensystem über nonverbale Signale wie Mimik, Blickkontakt, Stimmmelodie (Prosodie) und Atemfrequenz einem dysregulierten Nervensystem Sicherheit vermittelt. Über den ventral-vagalen Ast des Vagusnervs wird die physiologische Beruhigung gefördert, wodurch das Erregungsniveau wieder in das funktionale Toleranzfenster absinken kann.

- Ventral-vagale Aktivierung signalisiert dem Hirnstamm und limbischen System verlässliche Sicherheit.
- Neurozeption erfasst unbewusst Signale von Bindung, Wohlwollen und Präsenz im Gegenüber.
- Spiegelneurone und interpersonelle Resonanz unterstützen die physiologische Affektregulation.
- Soziale Eingebundenheit wirkt als basaler biologischer Puffer gegen chronische Hyperarousal- und Erstarrungszustände.

Kernaussage

Ein traumatisiertes Nervensystem kann dauerhafte Selbstregulation nur auf dem Fundament verlässlicher, wiederholter Co-Regulations-erfahrungen entwickeln.

Reflexion in der therapeutischen Begleitung

Nutzen Sie den folgenden Impuls für die diagnostische Einordnung von Beziehungsdynamiken und die gezielte Ressourcenaktivierung im Behandlungsverlauf.

Welche Signale eines anderen Menschen (z. B. ruhige Stimme, getakteter Atem, zugewandte Haltung) helfen Ihrem Nervensystem spürbar, aus Alarm oder Erstarrung zurück in Sicherheit zu finden?

_____

_____

_____

Hinweis zum methodischen Rahmen

Diese Psychoedukationskarte dient der Vermittlung neurophysiologischer Zusammenhänge in therapeutischen und beraterischen Settings. Sie ersetzt keine klinische Diagnostik oder heilkundliche Traumabehandlung.

Methodischer Hinweis

Achten Sie bei Klientinnen und Klienten mit schweren Bindungstraumatisierungen darauf, dass Nähe zunächst als Bedrohung wahrgenommen werden kann; dosieren Sie Co-Regulationsangebote feinfühlig.

Bindungsstrategien: flexibel verbunden

Sicher gebunden: Nähe und Selbstständigkeit

Ein sicherer Umgang mit Nähe bedeutet nicht, immer ruhig oder unabhängig zu sein. Er zeigt sich darin, dass Unterstützung gesucht und angenommen werden kann, während eigene Bedürfnisse und Grenzen wahrnehmbar bleiben. Verlässliche Beziehungserfahrungen können diese Flexibilität fördern. Bindungsmuster sind keine festen Persönlichkeitstypen und erlauben für sich allein keine Diagnose.

- Nähe und Abstand können je nach Situation reguliert werden.
- Ein Bedürfnis nach Unterstützung ist mit Selbstständigkeit vereinbar.
- Sicherheit zeigt sich auch darin, nach einem Konflikt wieder Verbindung aufzunehmen.

Kernaussage

Sicherheit ist die Möglichkeit, Verbindung und Eigenständigkeit flexibel zu nutzen.

Sitzungsfrage: Was macht Verbindung sicherer?

Laden Sie dazu ein, eine konkrete Beziehungssituation zu betrachten. Die Person kann ebenso passen oder bei einer gegenwartsbezogenen Beobachtung bleiben.

- **Frage:** Woran merken Sie in einer Beziehung, dass Nähe gerade gut tut und Sie trotzdem Sie selbst bleiben können?

Abstand als Schutzstrategie

Unsicher-vermeidend: Abstand als Schutz

Wenn Verlässlichkeit oder Zuwendung wiederholt nicht verfügbar oder nicht sicher erlebt wird, kann es hilfreich erscheinen, Bedürfnisse zurückzustellen und wenig Unterstützung zu erwarten. Ein vermeidendes Muster kann sich darin zeigen, Gefühle oder Abhängigkeit herunterzuspielen und Belastungen allein zu bewältigen. Das ist eine mögliche Schutzstrategie, keine bewusste Entscheidung und kein Beweis für fehlende Bindungsfähigkeit. Äußere Ruhe sagt nicht zuverlässig, wie es einer Person innerlich geht.

- Achten Sie auf das Erleben der Person, statt aus Verhalten auf Gefühle zu schließen.
- Erkunden Sie, was Abstand schützt und welche Form von Kontakt akzeptabel ist.
- Bieten Sie Wahlmöglichkeiten an; drängen Sie nicht auf Offenheit oder Nähe.

KERNAUSSAGE | Abstand kann Schutz bieten; er erzählt nicht die ganze Geschichte über das Bedürfnis nach Verbindung.

Sitzungsfrage: Was schützt der Abstand?

Die Frage kann behutsam angeboten werden. Wenn sie nicht passt, ist ein Wechsel zu einer konkreten Beobachtung im Hier und Jetzt möglich.

- **Frage:** Was wird leichter oder sicherer, wenn Sie in dieser Situation etwas Abstand halten?

Nähe suchen bei Unsicherheit

Ängstlich: Nähe suchen, Unsicherheit verringern

Wenn Reaktionen wichtiger Bezugspersonen unvorhersehbar oder nicht dauerhaft verfügbar erlebt werden, kann erhöhte Aufmerksamkeit für Zeichen von Zurückweisung entstehen. Ein ängstliches Muster kann mit starkem Wunsch nach Bestätigung, intensiven Gefühlen oder Sorge um den Fortbestand der Beziehung einhergehen. Diese Reaktion ist verständlich im jeweiligen Beziehungskontext; sie ist keine Diagnose und sagt nicht voraus, wie sich jemand in jeder Beziehung verhält.

- Erfragen Sie, welche konkreten Signale die Sorge auslösen.
- Validieren Sie die Unsicherheit, ohne Befürchtungen als Tatsachen zu bestätigen.
- Machen Sie Kontaktangebote transparent und verlässlich, soweit möglich.

Kernaussage

Starkes Suchen nach Nähe kann ein Versuch sein, Beziehungssicherheit wiederherzustellen.

Sitzungsfrage: Was würde jetzt Sicherheit geben?

Die Frage unterstützt die Unterscheidung zwischen beobachtbaren Hinweisen, Befürchtungen und einem gegenwärtigen Bedürfnis. Die Person entscheidet, wie viel sie teilen möchte.

Was würde Ihnen in dieser konkreten Situation helfen, sich etwas sicherer verbunden zu fühlen?

Muster ohne Etiketten erkunden

Bindungsmuster sind keine Schubladen

Bindungstheoretische Begriffe beschreiben Beziehungserwartungen und Strategien, nicht unveränderliche Eigenschaften. Eine Person kann in unterschiedlichen Beziehungen oder Situationen verschieden reagieren; außerdem verändern sich Strategien mit Erfahrungen und Lebensumständen.

Ein einzelnes Verhalten genügt nicht, um einen Bindungsstil festzustellen. Verwenden Sie die Begriffe als Gesprächsanlass, nicht als Etikett.

- Fragen Sie nach Mustern über Situationen hinweg, ohne vorschnell zu klassifizieren.
- Berücksichtigen Sie aktuelle Belastungen, Kultur, Lebensphase und konkrete Beziehungserfahrungen.
- Lassen Sie die Person ihre eigene Bedeutung und Passung der Begriffe beurteilen.

Kernaussage

Ein Bindungsbegriff ist eine vorsichtige Beschreibung, keine Diagnose und keine vollständige Erklärung eines Menschen.

Sitzungsfrage: Passt die Beschreibung?

Stellen Sie die Frage offen und erlauben Sie Widerspruch. Gemeinsam können Sie eine weniger passende oder differenziertere Beschreibung finden.

Frage: Welche Teile dieser Beschreibung passen zu Ihren Erfahrungen – und welche nicht?

Beziehungserfahrungen und Veränderung

Beziehungserfahrungen und Anpassung

Bindungstheorie bietet eine Perspektive darauf, wie Erwartungen an Verfügbarkeit und Schutz in Beziehungen entstehen können. Frühe Erfahrungen können bedeutsam sein, bestimmen aber nicht unveränderlich spätere Beziehungen. Auch spätere verlässliche Beziehungen, persönliche Ressourcen und Lebensbedingungen gehören zum Bild. Vermeiden Sie eine monokausale Erklärung, die heutige Schwierigkeiten allein auf Kindheitserfahrungen zurückführt.

1. Erkunden Sie sowohl belastende als auch unterstützende Beziehungserfahrungen.
2. Fragen Sie, was sich im Laufe des Lebens verändert hat.
3. Unterscheiden Sie zwischen einer hilfreichen Hypothese und gesicherter individueller Kenntnis.

Kernaussage

Bindungsstrategien können sich an Beziehungserfahrungen anpassen; sie sind nicht unabänderlich festgelegt.

Sitzungsfrage: Was hat sich verändert?

Richten Sie den Blick auf eine konkrete Erfahrung, die Erwartungen an Nähe, Unterstützung oder Vertrauen beeinflusst haben könnte. Die Person bestimmt, ob sie eine frühe oder gegenwärtige Beziehung besprechen möchte.

- **Frage:** Gab es eine Beziehungserfahrung, durch die sich Ihre Erwartungen an Unterstützung oder Nähe verändert haben?

Verlässlichkeit im therapeutischen Kontakt

Sicherheit in der therapeutischen Beziehung

Eine respektvolle, transparente und verlässliche Arbeitsbeziehung kann die gemeinsame Erkundung erleichtern. Für manche Menschen sind Nähe, Abhängigkeit, Schweigen oder Grenzen dabei besonders bedeutsam. Klären Sie Erwartungen, Wahlmöglichkeiten und den Umgang mit Missverständnissen. Eine therapeutische Beziehung ersetzt weder eine individuelle Einschätzung noch eine fachgerechte Behandlung.

- Machen Sie Rahmen, Grenzen und nächste Schritte nachvollziehbar.
- Fragen Sie nach der Wirkung Ihres Vorgehens und nehmen Sie Rückmeldungen ernst.
- Reparieren Sie Missverständnisse, soweit möglich, gemeinsam und ohne Schuldzuweisung.

Kernaussage

Verlässlichkeit entsteht auch dadurch, dass Grenzen klar und Rückmeldungen willkommen sind.

Sitzungsfrage: Wie wirkt unser Kontakt?

Die Frage soll nicht eine bestimmte Antwort hervorrufen. Geben Sie Raum für positive, kritische oder unsichere Rückmeldungen.

Frage: Gibt es etwas an unserem Kontakt, das sich unterstützend oder schwierig anfühlt und das wir besprechen sollten?

Sorgfältige Anwendung der Karte

Mit der Karte arbeiten

Diese Karte dient der Psychoedukation und gemeinsamen Reflexion. Sie diagnostiziert weder einen Bindungsstil noch eine Traumafolgestörung und ersetzt keine individuelle fachliche Einschätzung oder Behandlung. Wähle Sie nur die Frage oder Erklärung, die für die betreffende Person und Situation angemessen ist. Bei Unbehagen können Sie innehalten, die Frage zurücknehmen und sich wieder der gegenwärtigen Situation zuwenden.

1. **Fragen Sie um Einverständnis,** bevor Sie ein Thema vertiefen.
2. **Nutzen Sie offene Fragen** und lassen Sie die Person Begriffe zurückweisen oder verändern.
3. **Beachten Sie Belastung, Kontext und Ressourcen;** erzwingen Sie keine Offenlegung.

Kernaussage

Die Person bestimmt Tempo und Bedeutung; die Karte ist ein Gesprächsangebot, keine Diagnose oder eigenständige Therapie.

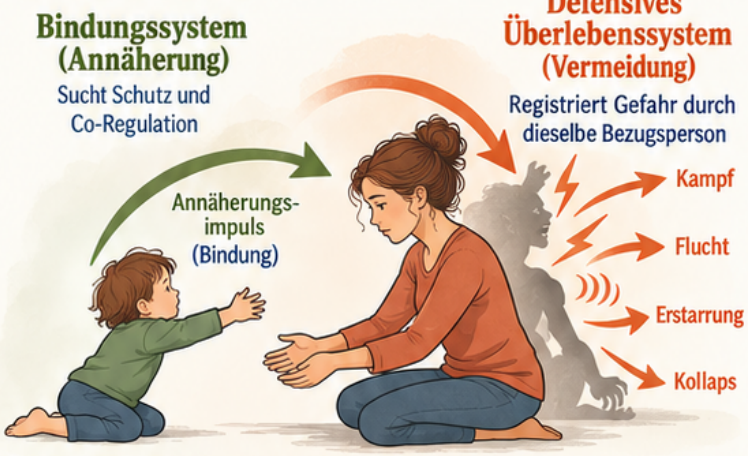
Karte 51

Desorganisierte Bindung – Paradoxon zwischen Schutz und Bedrohung

Klinische Einführung: Biologischer Konflikt ohne Ausweg

Wenn die primäre Bezugsperson gleichzeitig Quelle existenzieller Bedrohung und einzige biologisch vorgesehene Zuflucht vor Gefahr ist, gerät das kindliche Nervensystem in eine unauflösbare neurobiologische Zwickmühle („Fright without Solution"). Das angeborene Bindungssystem treibt das Kind zur Bezugsperson hin, während das zeitgleich aktivierte defensive Überlebenssystem (Sympathikus/Dorsalvagus) Flucht-, Erstarrungs- oder Kollapsimpulse auslöst. Da diese beiden primären Überlebensantriebe neurofunktionell unvereinbar sind, bricht eine geordnete Verhaltens- und Affektregulationsstrategie zusammen.

- **Bindungssystem** fordert biologische Annäherung an die Schutzperson zur Co-Regulation.
- **Defensives Überlebenssystem** meldet Lebensgefahr durch dieselbe Bezugsperson und erzwingt Vermeidungs-/Fluchtimpulse.
- **Gleichzeitige sympathische** Erregung und dorsale Schock-Immobilisation führen zu Fragmentierung und Handlungsunfähigkeit.
- **Klinische Relevanz:** Dies dient der Psychoedukation über somatische Widersprüchlichkeiten und stellt keine eigenständige Diagnose dar.



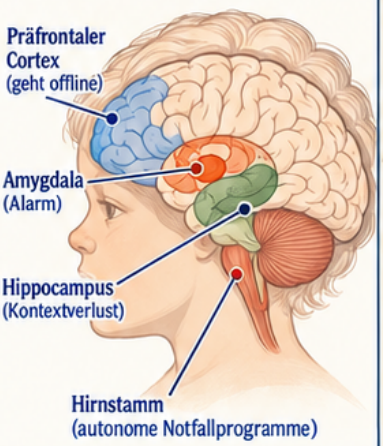
Kernaussage

Desorganisierte Bindungsmuster sind die logische neurobiologische Reaktion auf unlösbaren Beziehungsstress: Das Nervensystem versucht gleichzeitig zu fliehen und Schutz zu suchen.

Neurobiologische Spaltung und Zustandswechsel

In der psychotherapeutischen Praxis zeigt sich diese frühe Fehlanpassung oft als abrupter Wechsel zwischen Hyperarousal (Panik, Kampf-/Fluchtimpulse) und Hypoarousal (Dissoziation, Taubheit, tonische Immobilität) bei Aktivierung von Bindungsnähe. Das Gehirn schaltet die präfrontale Steuerung ab, während subkortikale und hirnstammbasierte Netzwerke widersprüchliche Notfallprogramme gleichzeitig abfeuern.

- **Rasches Verlassen des Toleranzfensters:** Unmittelbares Pendeln zwischen Über- und Untererregung ohne Übergangsphase.
- **Verlust von Ko-Regulation:** Nähe triggert Alarmsignale in der Amygdala, Einsamkeit verstärkt existentielle Verlassenheitsangst.
- **Fragmentierte Körpersignale:** Gleichzeitiges Vorhandensein von Muskelanspannung und schlaffer Lähmung.



Neurobiologischer Ablauf

1. **Wahrnehmung des Annäherungsimpulses**
   Das Bedürfnis nach Kontakt, Halt und Trost wird aktiviert (Bindungsmotor).
2. **Sofortige Alarmintervention**
   Neurozeption registriert Nähe als potentielle Gefahrenzone; sympathische Kampf-/Fluchtprogramme springen reflexhaft an.
3. **Dorsale Bremsung / Erstarrung**
   Da Flucht vor der Bindungsperson entwicklungsbiologisch unmöglich war, schaltet das System in den dorsalen Schockzustand um.
4. **Dissoziative Abspaltung**
   Kognitive, emotionale und somatische Empfindungen werden voneinander getrennt, um das unerträgliche Paradoxon auszuhalten.

Sitzungs-Reflexion für Behandelnde und Klienten

Nutzen Sie diesen strukturierten Reflexionsrahmen in der Sitzung, um bindungsbezogene Alarmreaktionen im gegenwärtigen therapeutischen Kontakt behutsam abzutasten und zu entpathologisieren.

Sitzungs-Prompt & Reflexionsfrage

Welche Körperliche Reaktion bemerken Sie, wenn Sie in Beziehungen Nähe spüren möchten, aber Ihr Körper gleichzeitig auf die Bremse tritt oder flüchten will?

Körperempfindung bei einsetzender Beziehungsnähe (z. B. Herzrasen, Enge, Taubheit)

.....

.....

Unmittelbar auftretender Schutzimpuls (z. B. Rückzug, Angriff, Verharren)

.....

.....

Ressource für sichere Distanzregulierung im Hier und Jetzt

.....

.....

Attunement:
Feinabstimmung und emotionale Resonanz

1 Attunement und affektive Selbstwahrnehmung

Attunement bezeichnet die feinfühlige Abstimmung einer Bezugsperson auf die Signale eines anderen Menschen. In der frühen Beziehung zeigen sich solche Signale unter anderem in Mimik, Stimme, Blick, Körperhaltung und Bewegungsrhythmus. Eine passende, nicht starre Resonanz kann dem Kind helfen, eigene Zustände wahrzunehmen und zu regulieren. Sie ist kein perfektes Spiegeln: Missverständnisse und Unterbrechungen gehören zu Beziehungen; bedeutsam ist auch die Möglichkeit, wieder zueinanderzufinden.

Resonanz kann Signale aufgreifen – Menschen erleben sie unterschiedlich.

- Mimik und emotionale Resonanz können Hinweise darauf geben, wie ein Zustand geteilt oder beantwortet wird.
- Selbstwahrnehmung entwickelt sich in Beziehungen und durch eigene Körper- und Gefühlserfahrungen.
- Reaktionen sind individuell; dieselbe Mimik oder Geste bedeutet nicht für alle Menschen dasselbe.

Kernaussage: Feinfühlige Resonanz kann innere Zustände verständlicher und mitteilbarer machen; sie ist kein diagnostischer Test und keine Garantie für einen bestimmten Entwicklungsverlauf.

2 In der Sitzung erkunden

Die Fachkraft kann die Karte als Gesprächsanlass nutzen. Die Einladung richtet sich an die Person im Gespräch; Beobachtungen werden gemeinsam geprüft, nicht als feststehende Bedeutung ausgegeben.

- Welche Reaktionen anderer Menschen lassen Sie sich wahrgenommen oder abgestimmt fühlen?
- Woran bemerken Sie im eigenen Körper, dass jemand auf Sie eingeht?
- Welche Art von Resonanz ist für Sie angenehm, und wann wird sie zu viel?

Sitzungsfrage: „Wenn jemand auf Ihre Mimik oder Stimmung reagiert: Was fühlt sich für Sie passend an, und was würden Sie sich in diesem Moment wünschen?“

3 Hinweis zur Verwendung

Diese Karte dient der Psychoedukation und Gesprächsanregung für Fachkräfte im Gesundheitswesen. Sie stellt keine Diagnose und ersetzt weder individuelle Einschätzung noch eine geeignete Behandlung. Eine schematische Darstellung von Resonanz beschreibt keine eindeutige Ursache-Wirkungs-Beziehung.

- Die Person entscheidet, worüber sie sprechen möchte.
- Zurückhaltung, fehlender Blickkontakt oder abweichende Mimik erlauben für sich genommen keine Schlussfolgerung über Gefühle oder Bindung.
- Neurobiologische und entwicklungsbezogene Aussagen sind hier allgemein gehalten; die Karte behauptet keine spezifische Hirnmechanik.

Kollaps in Beziehungen: Wenn Kontakt dorsal lahmlegt

Neurobiologie des Beziehungskollapses

In zwischenmenschlichen Beziehungen und bei intimen Begegnungen reagiert das autonome Nervensystem auf als bedrohlich bewertete Nähe oder Konflikte häufig nicht mit Kampf oder Flucht, sondern mit einer unwillkürlichen dorsalen Vagus-Aktivierung. Die Polyvagal-Theorie beschreibt diesen Zustand als metabolische Notabschaltung: Das Nervensystem interpretiert relationale Überforderung als ausweglose Gefahrensituation. In der Folge sinkt der Muskeltonus, die Herzrate verlangsamt sich, und neurozeptiv vermittelte Schutzmechanismen setzen ein. Für Betroffene und Behandler ist es essenziell zu erkennen, dass dieses Verhalten keine willentliche Beziehungsverweigerung darstellt, sondern eine physiologische Schutzreaktion vor Überflutung.

Neurozeption von Beziehungsgefahr:
Unbewusste Erkennung von Stimmen, Blicken oder Nähe als Bedrohung.

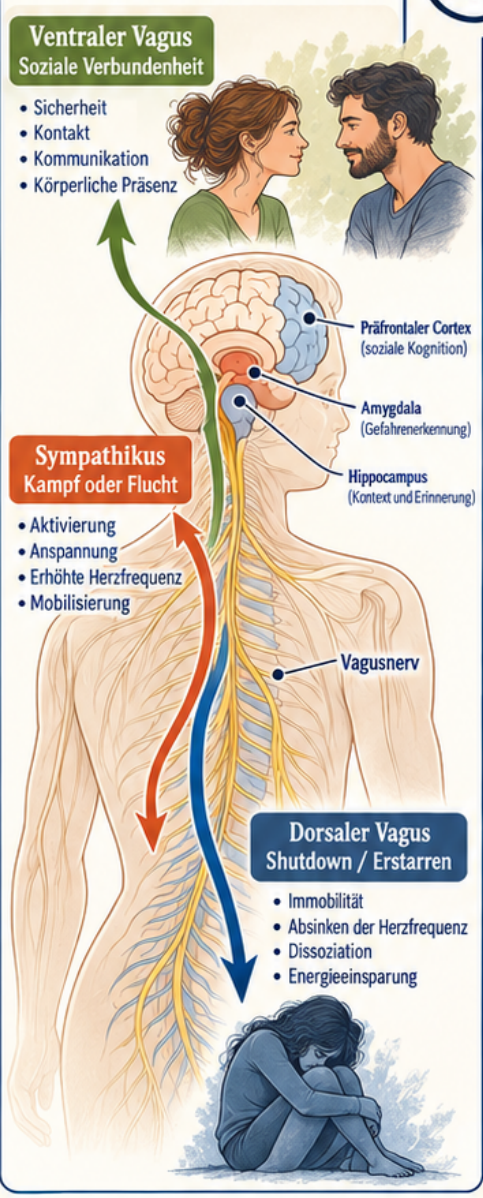
Dorsale Vagus-Dominanz:
Immobilität, Absinken von Herzfrequenz und Blutdruck sowie Verringerung der interozeptiven Wahrnehmung.

Dissoziative Abkopplung:
Emotionales Taubheitsgefühl und Verlust des Kontakts zu eigenen Affekten und Bedürfnissen.

Klinischer Hinweis zur Psychoedukation

Diese Karte dient der Psychoedukation über autonome Reaktionsmuster und ersetzt keine differenzialdiagnostische Abklärung oder eigenständige Psychotherapie.

Vom sozialen Kontakt zum dorsalen Shutdown



Klinische Phänomenologie: Erstarren und Verstummen

Trifft ein interpersoneller Konflikt oder Intimität auf traumatisch gebahnte Nervensysteme, bricht die ventrovagale soziale Verbundenheit oft abrupt ab. Klinisch zeigt sich dies im sogenannten Shutdown: Worte bleiben im Hals stecken, der Blick friert ein, und der Körper fühlt sich schwer oder betäubt an. Die Fähigkeit zur verbalen Artikulation (Broca-Areal) wird durch die akute Notfallreaktion drastisch gehemmt. In Partnerschaften wird dieses Verstummen häufig als Desinteresse oder feindselige Mauer missverstanden, was Eskalationsspiralen befeuert.

Sprachblockade:
Subjektives Gefühl, motorisch oder kognitiv nicht mehr antworten zu können.

Affektive Erstarrung:
Erleben von innerer Leere, Distanzierung oder Nebel im Kopf.

Somatische Zeichen:
Erschlaffung der Mimik, flache Atmung und Bewegungslosigkeit.

Praktische Schritte im Umgang

1. **Physiologische Marker identifizieren**
Erkennen von beginnender Muskelerschlaffung, Kältegefühl oder Druck im Kehlkopfbereich als frühe Anzeichen dorsaler Abschaltung.

2. **Druckentlastung und Raum schaffen**
Verbalen Austausch pausieren, Blickkontakt lockern und physische Distanz regulieren, um Neurozeption von Sicherheit wiederherzustellen.

3. **Somatische Orientierung etablieren**
Langsame propriozeptive Reize setzen, feste Unterlage spüren und visuelle Fixierung im Raum zur Beendigung der Immobilität nutzen.

Reflexion und Praxistransfer

Die Aufarbeitung des dorsalen Beziehungsstopps verlangt schrittweise Titration und Psychoedukation beider Beziehungspartner bzw. des Klienten.

Kernaussage

Verstummen bei Intimität ist kein Mangel an Liebe, sondern ein autonomer Schutzreflex des Nervensystems, wenn Nähe das aktuelle Toleranzfenster überfordert.

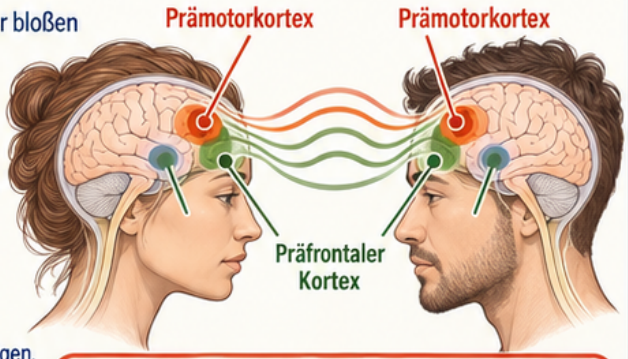
Sitzungsfrage / Klienten-Prompt: Welche feinen Körpersignale kündigen den Moment an, kurz bevor die Sprache wegkippt und der Körper innerlich einfriert?

Gemeinsame Vereinbarung für Konfliktsituationen: Welches kurze nonverbale Stopp-Signal signalisiert dem Gegenüber die dorsale Überforderung?

Karte 56: Die Rolle der Spiegelneuronen

Neurobiologische Resonanz: Wie Nervensysteme aufeinander reagieren

Spiegelneuronen feuern sowohl bei der Ausführung einer Handlung als auch bei der bloßen Beobachtung derselben Handlung bei einem Gegenüber. In zwischenmenschlichen Interaktionen ermöglicht dieses System eine unmittelbare, vorbewusste Simulation der emotionalen und körperlichen Zustände anderer Personen. Für traumatisierte Menschen und das therapeutische Beziehungsgefüge bedeutet dies, dass unbewusste Körpersignale wie Muskelanspannung, Atemfrequenz, Blickkontakt und Mikromimik unmittelbar biologische Resonanzprozesse auslösen können.



- Automatische Nachahmung und somatosensorische Resonanz im Prämotorkortex und anterioren Cingulum.
- Biologische Basis für interpersonelle Synchronisation und spontanes Einfühlungsvermögen.
- Gefahr der schnellen Übertragung von Dysregulation, Panik oder Erstarrung in sozialen Feldern.
- Nutzung regulierter therapeutischer Präsenz als neurobiologischer Anker für Ko-Regulation.

Kernaussage zur Resonanz

Nervensysteme kommunizieren beständig unterhalb der sprachlichen Ebene. Unsere Spiegelneuronen erfassen den vegetativen Zustand des Gegenübers unwillkürlich: Sicherheit überträgt sich ebenso wie Anspannung.

Spiegelung und Gegenübertragung im klinischen Kontakt

In der therapeutischen Arbeit kann das Phänomen der neurobiologischen Resonanz zu intensiven affektiven und somatischen Gegenübertragungsreaktionen führen. Wenn Fachkräfte plötzliche Beklemmung, Ruhelosigkeit oder Taubheitsgefühle wahrnehmen, kann dies ein gespiegeltes Korrelat der autonomen Alarmierung der behandelten Person sein. Die bewusste Wahrnehmung und Differenzierung dieser Resonanz ist der Schlüssel zur gezielten Unterbrechung von Dysregulationsketten.

Wahrgenommene somatische Resonanz im Raum (z. B. flache Atmung, Schulterspannung):

_____

_____

Eigene Zentrierungsmaßnahme vor Fortführung der Intervention (z. B. Bodenkontakt, Ausatmen):

_____

_____

Welche vegetative Reaktion dominiert im interpersonellen Kontakt?

Übernahme von sympatischer Hektik oder Panik

Eigene Atemfrequenz bewusst verlangsamen, Bodenkontakt spüren und Sprechtempo reduzieren, um über die Spiegelung Beruhigung anzubieten.

Übernahme von Erstarrung, Taubheit oder Erschöpfung (dorsal-vagal)

Kleine orientierende Blickwechsel und minimale Bewegungsimpulse initiieren, um Handlungsfähigkeit im Raum aufrechtzuerhalten.

Sitzungsfrage und psychoedukative Reflexion

Nutzen Sie diesen Impuls im Dialog, um die Wahrnehmung für unwillkürliche körperliche Ansteckung zu schärfen und die Entlastung durch das Verständnis der Biologie zu fördern.

Sitzungsfrage / Prompt-Box

Wenn Sie an die Menschen in Ihrem Umfeld denken: Welche körperlichen Zustände oder Stimmungen stecken Sie besonders schnell an, und was hilft Ihrem Körper, wieder in seine eigene neutrale Mifte zurückzufinden?

Karte 57

Sicherheit in Gruppen – Soziale Neurozeption

Neurobiologie der Gruppenzugehörigkeit und Neurozeption

Für das menschliche Nervensystem bedeutet Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe evolutionär das Überleben. Nach der Polyvagal-Theorie (Stephen Porges) bewertet die unbewusste Neurozeption fortlaufend soziale Reize wie Mimik, Blickkontakt, Prosodie und Körperhaltung.
In Großgruppen kumulieren sensorische Signale rasch. Bei traumatisierten Nervensystemen kann diese Reizüberflutung dazu führen, dass neutrale Gruppenreize als Bedrohung fehlinterpretiert werden. Ein chronisch sensibilisierter Sympathikus oder dorsaler Vagus reagiert dann mit Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsmustern statt mit sozialer Bindung über den ventralen Vagus.

- **Ventral-vagales System:** Vermittelt Sicherheit, Gesichts- und Stimmresonanz in vertrauten Kleingruppen.
- **Neurozeption von Gefahr:** Reizdichte in Großgruppen überfordert oft die Filterkapazität und triggert Alarmreaktionen.
- **Evolutionspsychologische Stammesdynamik:** Ausschluss oder Bewertungsdruck wird im Nervensystem als existenzielle Bedrohung kodiert.

Kernaussage

Gruppensicherheit entsteht nicht durch kognitiven Beschluss, sondern durch wiederholte somatosensorische Signale ventral-vagaler Co-Regulation.

Klinische Intervention: Dosierung und Orientierung im Gruppenraum

In therapeutischen Settings und Gruppenkontexten benötigt das traumatisierte Nervensystem klare Orientierungsanker und autonome Rückzugsmöglichkeiten, um im Toleranzfenster zu verbleiben.

- **Physische Raumorientierung:** Sichtachsen zu Ausgängen und stabiler Sitzabstand schaffen primäre Sicherheit.
- **Mikro-Dosen von Kontakt:** Blickkontakt und Wortbeiträge dosieren, um Übererregung rechtzeitig abzufangen.
- **Co-Regulation verlangsamen:** Gemeinsame Pausen, Orientierungsreaktionen und Erdungsübungen etablieren.

Sitzungsfrage für die therapeutische Praxis

Welches konkrete körperliche Signal signalisiert Ihrem Nervensystem in diesem Raum, dass Sie sicher sind und das Tempo jederzeit verlangsamen dürfen?

Beobachtete vegetative Stresszeichen in Gruppensituationen:

.....

.....

Individuelle Orientierungsanker und Ressourcen zur Co-Regulation:

.....

.....

.....

Zeigt das Nervensystem Anzeichen von sympathischer Übererregung oder dorsalem Shutdown im Gruppenraum?

Sympathische Übererregung

(Unruhe, Herzklopfen, Fluchtreflex)

Blickkontakt lockern, Raum und Ausgänge aktiv orientierend scannen, Ausatmung betonen und Bewegung im Raum erlauben.

Dorsaler Rückzug

(Taubheit, Dissoziation, Blickstarre)

Kontakt sanft reduzieren, taktile Bodenhaftung spüren, neutrale Umweltreize benennen und keine Sprechpflicht auferlegen.

Teilearbeit:
Das Nervensystem als Orchester

Anteile und Zustände

In IFS- und Ego-State-Modellen werden innere Anteile als unterschiedliche Erlebnis- und Handlungsmuster verstanden. Die Metapher des Orchesters lädt dazu ein, ihre jeweiligen Funktionen wahrzunehmen, ohne sie vorschnell als eigenständige Personen oder Diagnosen zu behandeln.

- Ein Anteil kann mit bestimmten Gefühlen, Gedanken, Körperempfindungen und Handlungstendenzen verbunden sein.
- Die Metapher unterstützt neugieriges Erkunden; sie beweist keine bestimmte neurobiologische Struktur.

Kernaussage
Innere Zustände können unterschiedliche Bedürfnisse und Schutzfunktionen ausdrücken.

Ein Zustand, viele Signale

Ein innerer Zustand kann sich gleichzeitig in Körperempfindungen, Aufmerksamkeit, Emotionen und Verhalten zeigen. Diese Bereiche beeinflussen einander, doch ein einzelnes Signal erlaubt keine sichere Aussage über seine Ursache.

- Beschreiben Sie zunächst beobachtbare Signale statt sie zu deuten.
- Fragen Sie, was die Person selbst mit diesen Signalen verbindet.

Kernaussage
Körper, Gefühl, Denken und Verhalten bilden ein wechselwirkendes Erleben.

Schutz und Anpassung

Reaktionen, die heute einschränkend wirken, können in früheren oder belastenden Situationen dem Schutz oder der Bewältigung gedient haben. Diese Perspektive ist eine Einladung zur Erkundung, keine Feststellung über die individuelle Geschichte.

- Erkunden Sie Funktion und Kontext mit der betroffenen Person.
- Vermeiden Sie, eine Schutzfunktion ohne gemeinsame Prüfung festzuschreiben.

Kernaussage
Verhalten lässt sich mit Interesse an seiner möglichen Funktion betrachten, ohne es zu bewerten.

Frage für die Sitzung

Sitzungsfrage
Welche innere Reaktion bemerken Sie gerade, und was wäre hilfreich, damit wir ihr in einem passenden Tempo Aufmerksamkeit schenken können?

- Die Frage ist eine Einladung, keine Aufforderung zur Erinnerung oder Offenlegung.
- Die Person kann antworten, pausieren oder das Thema wechseln.

Einordnung

Diese Karte bietet Psychoedukation für die therapeutische Arbeit mit Teile-Modellen. Sie stellt keine Diagnose und ersetzt weder individuelle klinische Einschätzung noch eine Behandlung.

- Nutzen Sie die Metapher flexibel und orientieren Sie sich an Sprache und Einverständnis der Person.
- Bei Überforderung: innehalten, Gegenwartsorientierung anbieten und gemeinsam das weitere Vorgehen abstimmen.

Schlaf und Trauma:
Hyperarousal, Cortisol und Chronobiologie

Wenn der Körper abends wach bleibt

Nach belastenden Erfahrungen kann das Einschlafen schwerfallen: Der Körper bleibt angespannt oder wachsam, obwohl die Person schlafen möchte. Gedanken, innere Bilder oder Geräusche können die Aktivierung verstärken. Solche Beschwerden sind mögliche Traumafolgen, aber für sich allein kein Beleg für eine bestimmte Diagnose.

- Hyperarousal kann sich als innere Unruhe, erhöhte Wachsamkeit oder erschwertes Abschalten zeigen.
- Schlafprobleme können wiederum die Belastbarkeit am Folgetag beeinträchtigen.
- Erleben und Verlauf unterscheiden sich von Person zu Person.

Einordnung

Schlafstörungen haben viele mögliche Ursachen. Die Karte dient der Psychoedukation, nicht der Diagnose oder eigenständigen Behandlung.

Stresssystem und Tagesrhythmus

Cortisol ist ein Hormon, dessen Ausschüttung einem Tagesrhythmus folgt und außerdem durch Belastung beeinflusst werden kann. Ein allgemeiner Rhythmusverlauf erklärt nicht automatisch die Beschwerden einer einzelnen Person. Hyperarousal und Schlaf beeinflussen sich wechselseitig: Anspannung kann das Einschlafen erschweren; schlechter Schlaf kann die Regulation am nächsten Tag herausfordern.

- Nicht jede Person mit Einschlafproblemen hat abends erhöhte Cortisolwerte.
- Aus einer Schlafbeschwerde lässt sich kein individueller Hormonverlauf ableiten.
- Eine vereinfachte Kurve ist ein Erklärungsmodell, keine Messung.

Kernaussage

Abendliche Wachsamkeit kann Schlaf erschweren; Cortisol folgt einem Tagesrhythmus, der durch Stress mitbeeinflusst werden kann. Eine individuelle Ursache lässt sich daraus nicht ablesen.

Schematischer Tagesverlauf von Cortisol, Anspannung und Schlaf

Abend
Anspannung kann das Einschlafen erschweren.

Nacht
Schlaf mit möglichen Unterbrechungen (z. B. durch Alpträume).

Morgen
Cortisol steigt auf natürliche Weise an.

Tag
Meist erhöhte Aktivierung und Wachheit.

Abend
Cortisol sinkt, Anspannung kann wieder zunehmen.

Chronobiologie und Alpträume

Der Schlaf-Wach-Rhythmus wird von inneren Zeitgebern und äußalen wie Licht und regelmäßigen Abläufen mitgeprägt. Traumatische Belastungen können mit Alpträumen einhergehen; belastende Träume können nächtliches Erwachen und Anspannung begünstigen. Nicht alle Alpträume haben dieselbe Ursache, und nicht alle Betroffenen erleben sie.

- Alpträume sind als Erfahrung ernst zu nehmen, ohne ihre Bedeutung vorwegzunehmen.
- Individuelle Schlafzeiten, Routinen und Belastungen können gemeinsam betrachtet werden.
- Fragen Sie nach dem Erleben und den Wünschen der Person, nicht nach einer vermeintlich feststehenden Erklärung.

Gesprächsimpuls für die Sitzung

Erkunden Sie behutsam, ob und wie Schlaf und abendliche Anspannung aktuell zusammenhängen. Die Person kann eine Frage auslassen oder das Thema wechseln.

Was bemerken Sie in Ihrem Körper oder Ihren Gedanken, wenn es abends stiller wird?

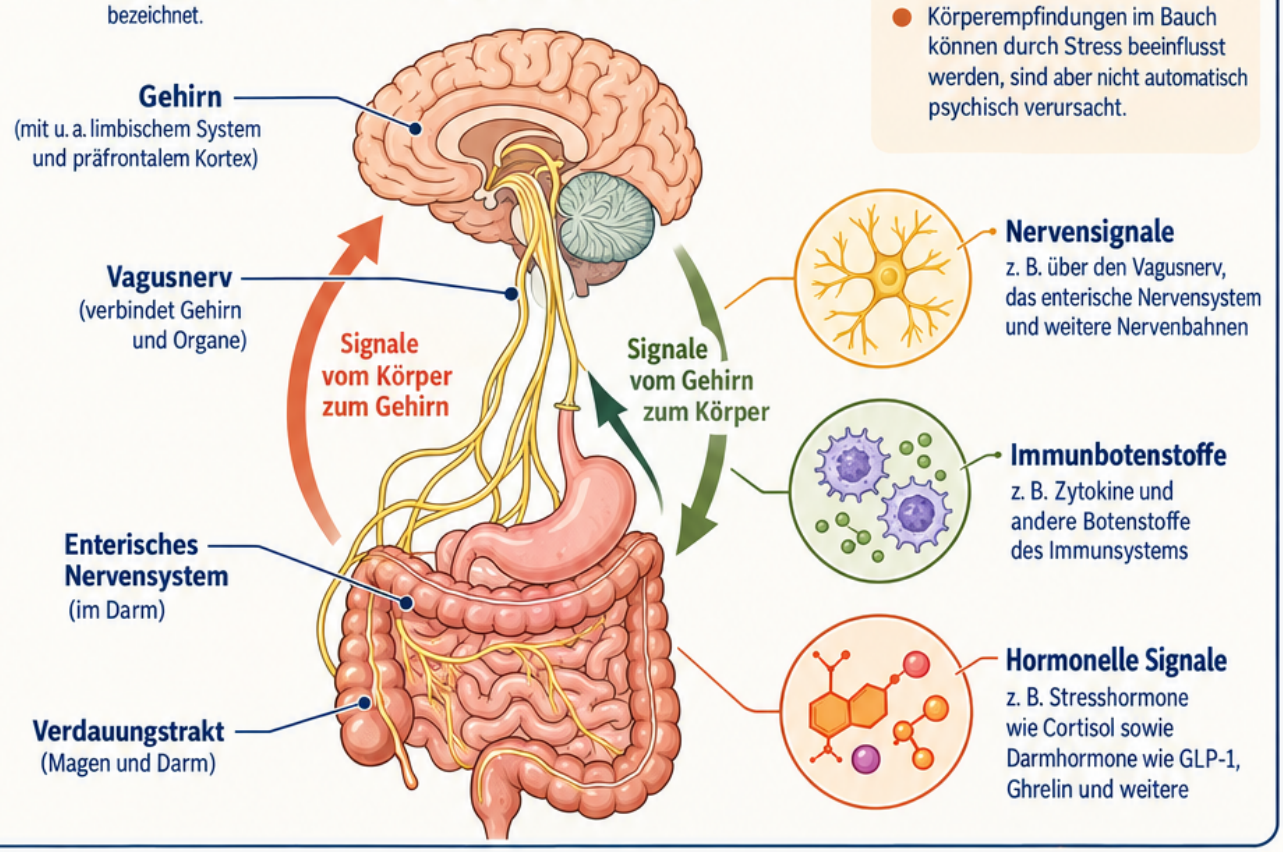
Gibt es etwas, das Ihnen in solchen Momenten ein wenig mehr Sicherheit oder Orientierung gibt?

Karte 65 – Die Bauch-Neurozeption

Wie Bauch und Gehirn kommunizieren

Der Verdauungstrakt und das Gehirn stehen über mehrere Wege miteinander in Verbindung. Dazu gehören Nervenbahnen wie der Vagusnerv, das enterische Nervensystem, Immunbotenstoffe und hormonelle Signale. Informationen verlaufen in beide Richtungen: Der Körper meldet innere Zustände ans Gehirn, und das Gehirn beeinflusst unter anderem Verdauungsfunktionen. Diese wechselseitige Kommunikation wird häufig als Darm-Hirn-Achse bezeichnet.

- Der Vagusnerv ist ein wichtiger Teil dieser Verbindung, aber nicht ihr einziger Weg.
- Mikroorganismen im Darm können mit Körperprozessen interagieren; die Zusammenhänge sind komplex und individuell.
- Körperempfindungen im Bauch können durch Stress beeinflusst werden, sind aber nicht automatisch psychisch verursacht.



Sitzungsfrage

Welche Veränderung im Bauch nehmen Sie in belastenden Momenten wahr – und was hilft Ihnen, sie neugierig statt wertend zu beobachten?

Stress, Vagus und Bauchgefühl

Bei anhaltender Belastung können Stressreaktionen Schlaf, Appetit, Darmbewegungen und die Wahrnehmung körperlicher Signale beeinflussen. Der Vagusnerv vermittelt einen Teil der Kommunikation zwischen Gehirn und Organen. Das bedeutet nicht, dass chronischer Stress allein eine bestimmte Darmbeschwerde verursacht oder dass sich aus einem Bauchgefühl eine Diagnose ableiten lässt. Beschwerden können viele körperliche und psychische Einflussfaktoren haben.

- Somatische Bauchgesundheit umfasst körperliches Erleben und Funktion; neue, starke oder anhaltende Beschwerden gehören medizinisch abgeklärt.
- Eine achtsame Wahrnehmung kann helfen, Empfindungen zu beschreiben, ohne vorschnell eine Ursache festzulegen.
- Die Karte dient der Psychoedukation und ersetzt weder Diagnostik noch Behandlung.

Kernaussage

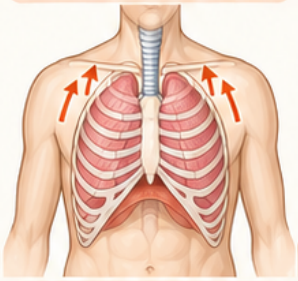
Darm und Gehirn tauschen über Nerven-, Immun- und Hormonsignale Informationen aus. Stress kann diese Kommunikation und das Bauch-Erleben mitprägen – doch Bauchbeschwerden sind nicht automatisch psychisch bedingt.

Karte 66: Atemmuster erkennen

1 Traumaassoziierte Atemmuster und autonome Dysregulation

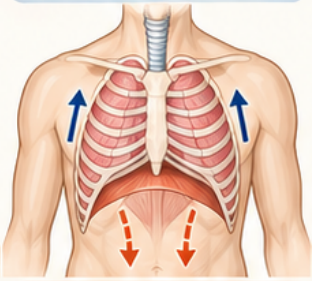
Das Atemmuster reflektiert unmittelbar den Zustand des autonomen Nervensystems. Im Schock- oder Bedrohungsmodus fixieren Schutzreflexe häufig die Atemmechanik: Bei sympathischer Übererregung dominiert eine flache, rasche Thorakalatmung oder latente Hyperventilation, die zu Hypokapnie und zerebraler Vasokonstriktion führt. Im dorsalen Erstarrungszustand (Freeze) tritt hingegen oft ein unwillkürliches Atemanhalten (Breath-Holding) oder eine paradoxe Atmung auf, bei der sich das Zwerchfell gegenläufig bewegt. Diese Muster halten die neurozeptive Alarmierung im Kreislauf aufrecht.

Flache Thorakalatmung
(Sympathische Übererregung)



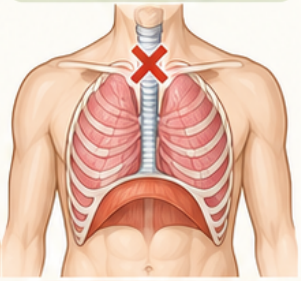
Rasche, flache Brustatmung mit überwiegender Bewegung des oberen Brustkorbs.

Paradoxe Atmung
(Zwerchfell-Dyskoordination)



Einziehung der Bauchdecke bei der Einatmung durch gegenläufige Zwerchfellbewegung.

Atemanhalt im Freeze
(Dorsaler Vagus)



Unwillkürliches Atemanhalten in Inspiration oder Exspiration (tonische Immobilität).

- **Paradoxe Atmung:** Einziehung der Bauchdecke bei der Einatmung durch Zwerchfell-Brustkorb-Dyskoordination unter hoher muskulärer Grundspannung.
- **Chronische Hyperventilation:** Forcierte apikale Brustatmung führt zu CO_2-Abfall, Parästhesien und erhöhtem inneren Alarmzustand.
- **Atemanhalt (Freeze-Muster):** Unbewusste Atemsuspension in Inspiration oder Exspiration als Relikt tonischer Immobilität.

Klinischer Hinweis & Psychoedukation

Dieses Material dient ausschließlich der traumasensiblen Psychoedukation und Ressourcenaktivierung im therapeutischen Kontext. Es stellt keine eigenständige medizinische Diagnostik oder heilkundliche Behandlung dar.

2 Somatische Korrektur: Bottom-up-Interventionen

Direkte Aufforderungen wie »Atmen Sie tief durch« können bei traumabedingter Atemverengung zusättzlichen Leistungsdruck oder Panik auslösen. Eine schrittweise, orientierende somatische Begleitung ermöglicht es, über den vagalen Bremsmechanismus und Propriozeption wieder in die Zwerchfellregulation zurückzufinden.

1 Exterozeptive Orientierung

Den Blick weiten, 3 feste Gegenstände im Raum benennen und den Kontakt der Füße zum Boden spüren, um die Zwerchfellspannung reflexhaft zu senken.

2 Verlängerte Ausatmung (Vagale Bremse)

Passive Einatmung durch die Nase zulassen, gefolgt von einer langsamen, weichen Ausatmung auf einen leisen Laut (z. B. »Sch« oder »Fff«) zur Aktivierung des ventralen Vagus.

3 Haptische Rückkopplung

Eine Hand sanft auf das untere Brustbein oder den Unterbauch legen, ohne willkürlichen Druck auszuüben, um dem Zwerchfell propriozeptive Orientierung zu geben.

3 Sitzungs-Prompt & Kernaussage

Zur therapeutischen Exploration und Festigung der Selbstregulation im Toleranzfenster:

Sitzungsfrage / Therapeutischer Impuls:

_____

_____

_____

Kernaussage für Klienten

Dein Atem reagiert blitzschnell auf wahrgenommene Gefahr. Wenn du den Atem anhältst oder flach atmest, ist das kein Versagen, sondern ein Schutzmuster deines Nervensystems. Eine sanft verlängerte Ausatmung signalisiert dem Gehirn Sicherheit.

Welches Muster dominiert in der aktuellen Aktivierung?

Thorakale Hyperventilation / Herzrasen (Sympathikus)
Fokus ausschließlich auf die Entleerung der Lungen legen; kurzes Verweilen in der Ausatemruhe, um CO_2-Spiegel und Herzfrequenz zu stabilisieren.

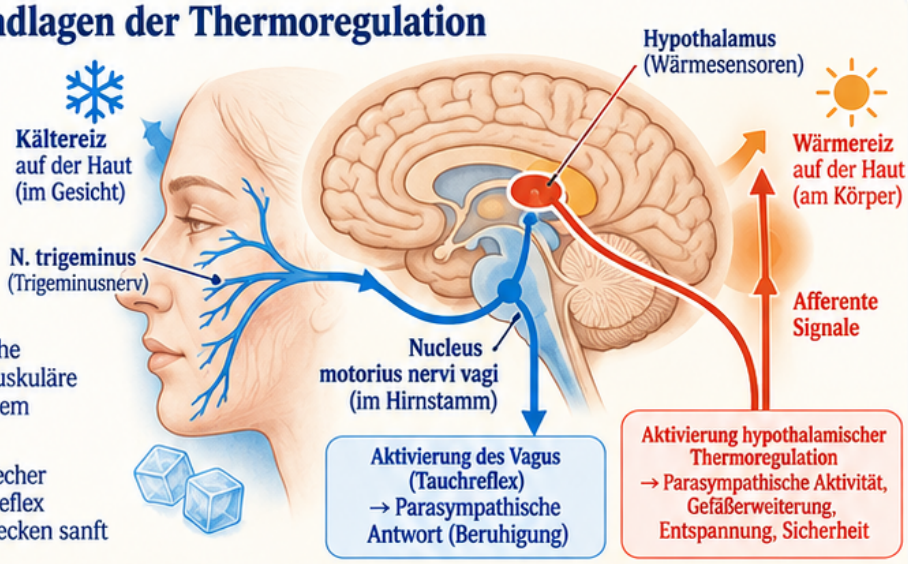
Atemanhalt / Paradoxe Zwerchfellsperre (Dorsaler Vagus / Freeze)
Körperliche Mikrobewegungen anregen (z. B. Schultern sinken lassen, Becken spüren) und sanftes Summen einführen, um die Stimmritzenstarre zu lösen.

Karte 67: Kälte und Wärme als somatische Regulatoren

Neurobiologische Grundlagen der Thermoregulation

Temperaturreize wirken über spezialisierte Thermorezeptoren der Haut und afferente Bahnen direkt auf den Hirnstamm, den Hypothalamus und das autonome Nervensystem ein. Thermische Impulse bieten einen unmittelbaren somatosensorischen Zugangsweg, um Zustände vegetativer Dysregulation zu modulieren, ohne zwingend kognitive Steuerungsschleifen zu durchlaufen.

- **Wärmeapplikation:** Fördert parasympathische Aktivität, Gefäßerweiterung (Vasodilation), muskuläre Entspannung und signalisiert dem Nervensystem Geborgenheit und Sicherheit.
- **Kältereize:** Dienen primär als Schockunterbrecher bei akuter Übererregung, triggern den Tauchreflex (Vagus-Aktivierung via N. trigeminus) oder wecken sanft aus hypoerregten Erstarrungszuständen.



Psychoedukativer Hinweis | Diese Karte dient der therapeutischen Psychoedukation und Neurodeeskalation. Sie stellt keine eigenständige somatische Diagnose oder medizinische Heilbehandlung dar.

Gezielter Einsatz im Toleranzfenster (Window of Tolerance)

Die Auswahl zwischen Kälte- und Wärmeaanwendungen richtet sich präzise nach dem aktuellen vegetativen Zustand der Klientel innerhalb des Erregungsmodells nach Siegel und Porges.

Welcher autonome Zustand dominiert aktuell im Toleranzfenster?

Hyperarousal
(Panik, Flucht/Kampf, sympathische Übererregung)

Akute Kältereize nutzen: Eisbeutel oder kaltes Wasser im Gesicht aktivieren trigeminiale Vagus-Fasern zur schnellen Senkung von Herzfrequenz und motorischer Getriebenheit. Im Übergang anschließend sanfte Wärme anbieten.

Hypoarousal / Freeze
(Erstarrung, Taubheit, dissoziative Untererregung)

Taktile Kältereize zur Reorientierung (z. B. Coolpack in den Handflächen, kaltes Trinken) zur somatischen Zentrierung; alternativ dosierte, punktuelle Wärme zur vorsichtigen Kontaktaufnahme mit dem Körperinneren.

Chronische Grundspannung / Dorsale Erschöpfung

Einhüllende, kontinuierliche Wärme (Wärmflasche auf Rumpf/Solarplexus, Gewichtsdecke, Tee), um das ventrovagale System zu stimulieren und die Perzeption von somatischer Sicherheit zu vertiefen.

Therapeutische Praxis: Vorgehen im somatischen Dialog

Die Integration thermischer Hilfsmittel erfordert eine kontinuierliche Titration im Sinne des Somatic Experiencing (Levine), um Reizüberflutungen oder aversive somatosensorische Trigger zu vermeiden.

1 Psychoedukatives Angebot
Den Sinn des thermischen Reizes erklären und Einverständnis zur somatischen Intervention einholen.

2 Dosierte Applikation
Reiz (z. B. Wärmekissen auf den Beinen oder Kältekissen in den Händen) für 1–3 Minuten anbieten.

3 Interozeptives Tracking
Aufmerksamkeit auf Puls, Muskeltonus, Atmung und unwillkürliche autonome Reaktionen lenken.

4 Resonanz und Verankerung
Veränderungen im Körpergefühl benennen lassen und den neuen Zustand kognitiv und somatisch verankern.

Sitzungs-Prompt & Kernaussage

Verwenden Sie diese Reflexionsfrage und Kernaussage zur direkten Bearbeitung während der therapeutischen Sitzung.

Sitzungsfrage: „Welcher Temperaturimpuls – kühlende Frische oder bergende Wärme – würde Ihrem Nervensystem jetzt signalisieren, dass Sie sicher ankommen dürfen?“

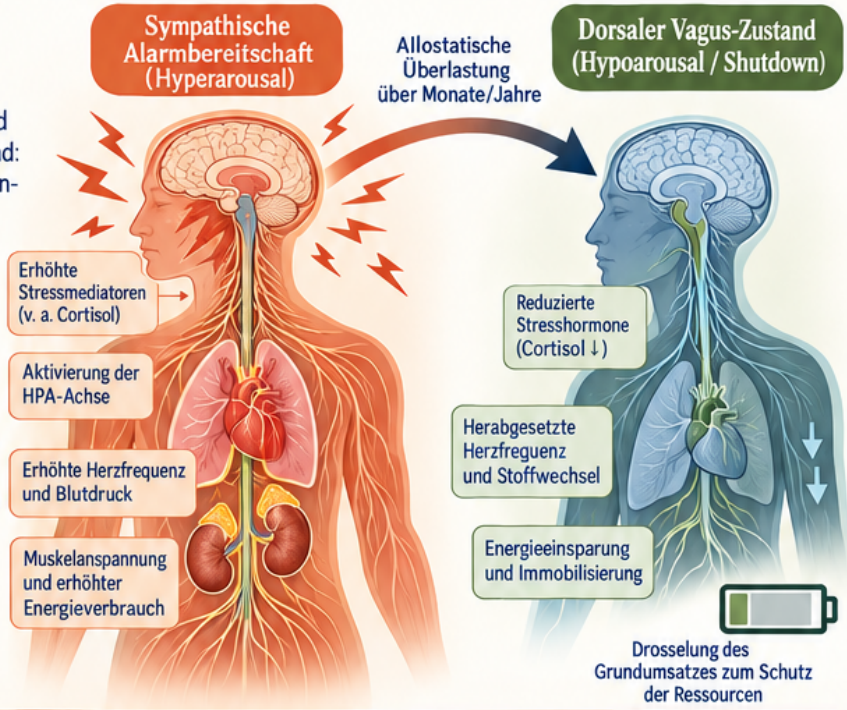
_____
_____
_____

Kernaussage
Temperatur ist ein direkter Nervensystem-Hebel: Während Kälte akute Erregungsspitzen bricht und das Bewusstsein schärft, signalisiert Wärme dem Organismus Sicherheit, Entlastung und Regeneration.

Karte 69:
Chronische Fatigue und Erschöpfung

Neurobiologische Dynamik: Vom chronischen Hyperarousal zum dorsalen Shutdown

Anhaltende Bedrohung oder ungelöster Traumastress zwingen das autonome Nervensystem in eine dauerhafte sympathische Alarmbereitschaft (Hyperarousal). Dieser Zustand erfordert einen immensen metabolischen Aufwand: Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) schüttet kontinuierlich Stressmediatoren aus, während kardiovaskuläre und muskuläre Systeme auf Hochtouren laufen. Bleibt dieser Zustand über Monate oder Jahre bestehen, kollabiert das System unter der allostatischen Last. Das autonome Nervensystem wechselt defensiv in den phylogenetisch älteren dorsalen Vagus-Zustand (Hypoarousal / Shutdown). Chronische Fatigue ist in diesem Kontext kein primäres Willens- oder Motivationsdefizit, sondern eine biologische Notbremse: Das Nervensystem drosselt den Grundumsatz radikal, um die verbliebenen Ressourcen vor vollständiger Erschöpfung zu schützen.



- **Allostatische Überlastung:** Dauerhafte sympathische Aktivierung leert mitochondriale und neuroendokrine Energiereserven.
- **Dysregulation der HPA-Achse:** Abflachung des Cortisol-Tagesprofils und Erschöpfung der hormonellen Feedbackschleifen.
- **Dorsaler Energiestopp:** Reflexhafter Überlebensmodus zur metabolischen Konservierung bei empfundener Ausweglosigkeit.
- **Körperliche Leitsymptome:** Bleierne Schwere, kognitive Verlangsamung (Brain Fog), fehlende Erholung durch Schlaf.

Klinische Kernaussage

Chronische Erschöpfung nach Traumastress ist ein biologischer Schutzmechanismus: Der dorsale Shutdown stoppt den Energieverbrauch, wenn der Sympathikus das System erschöpft hat.

Therapeutische Einordnung & Praxis-Intervention

In der Traumatherapie erfordert dieser Zustand eine behutsame Differenzierung zwischen depressiver Verstimmung und autonomer Erschöpfung. Schnelle Aktivierungsversuche führen häufig zu einer erneuten sympathischen Überlastung und anschließendem tieferen Shutdown. Die Stabilisierung gelingt über sanfte Neurozeption von Sicherheit und minimale somatosensorische Reize im Toleranzfenster.

- **Pacing vor Aktivierung:** Reize und Anforderungen streng unterhalb der individuellen Überlastungsschwelle dosieren.
- **Aufbau ventral-vagaler Inseln:** Co-Regulation, ruhige Stimme, weicher Blickkontakt und visuelle Orientierung im sicheren Raum.
- **Interozeptive Akzeptanz:** Die Schwere im Körper als adaptive Schutzreaktion würdigen, statt gegen sie anzukämpfen.

Sitzungsfrage / Explorations-Prompt

„Wenn Ihr Körper diese bleierne Erschöpfung als Notbremse nutzt, um Sie vor noch größerem Verschleiß zu schützen: Welcher Kampf darf heute für einen Moment ruhen?“

Körperliche Signale vor dem Übergang in den Shutdown
(z. B. Tunnelblick, Nackenspannung, flacher Atem)

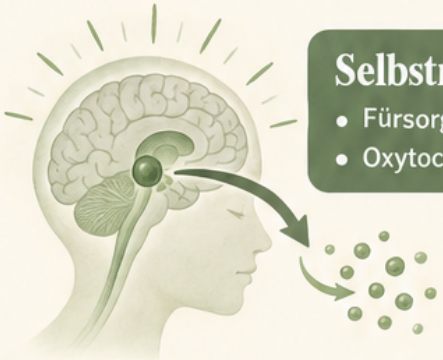
Ressourcen für minimale somatische Sicherheit
(z. B. Schwerkraft spüren, warme Decke, Co-Regulation)

Karte 71: Selbstmitgefühl als biochemisches Gegengift

Neurobiologie des Selbstmitgefühls: Beruhigung des Alarmsystems

Selbstkritik und Scham aktivieren die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) wie eine Bedrohung und führen zur Ausschüttung von Cortisol und Adrenalin. Mitfühlende Selbstzuwendung und beruhigende Berührung unterstützen die Ausschüttung von Oxytocin und endogenen Opioiden, dämpfen die Aktivität der Amygdala, aktivieren den ventrovagalen parasympathischen Zustand sozialer Verbundenheit und stellen das Gefühl von Sicherheit wieder her.

Selbstabwertung
- Kampf oder Flucht
- Cortisol



Selbstmitgefühl
- Fürsorge und Bindung
- Oxytocin

- Selbstabwertung aktiviert sympathische Kampf-oder-Flucht-Impulse und hält den Cortisolspiegel chronisch hoch.
- Selbstmitgefühl aktiviert das Fürsorgesystem und fördert Oxytocinausschüttung.
- Drei Kernkomponenten nach Neff: Selbstfreundlichkeit statt Selbstverurteilung, gemeinsames Menschsein statt Isolation, Achtsamkeit statt Überidentifikation.
- Oxytocin moduliert präfrontale Netzwerke und unterstützt die physiologische Beruhigung des inneren Alarmsystems.

Kernaussage

Selbstmitgefühl ist keine Schwäche, sondern ein neurobiologischer Umschalter: Es ersetzt Kampf-Flucht-Chemie durch Fürsorge und Bindung.

Anwendung in der Sitzung: Somatische Selbstzuwendung

Diese kurze Übung hlift, das Alarmsystem zu unterbrechen und über den Körper ein Gefühl von Sicherheit zu fördern.

1 Alarmreaktion bemerken

Innere Härte oder Scham im Körper wahrnehmen, etwa Enge in der Brust, flacher Atem, Anspannung.

2 Gemeinsames Menschsein erinnern

Leiden, Fehler und Verletzlichkeit gehören zur menschlichen Erfahrung.

3 Physiologische Geste etablieren

Hand sanft auf Brustbein oder Wange legen, Wärme und Druck spüren.

4 Beruhigende Selbstansprache

Worte wählen, die man einem engen Freund sagen würde, etwa "Es ist schwer gerade, aber ich bin da."

Sitzungsfrage & Reflexion

Wenn Sie Ihre innere Kritik durch eine mitfühlende somatische Geste unterbrechen: Welche minimale Veränderung in Atmung oder Muskeltonus nehmen Sie unmittelbar wahr?

Beobachtete Hindernisse (z. B. Scham bei Selbstfreundlichkeit, Angst vor Kontrollverlust):

Notizen:

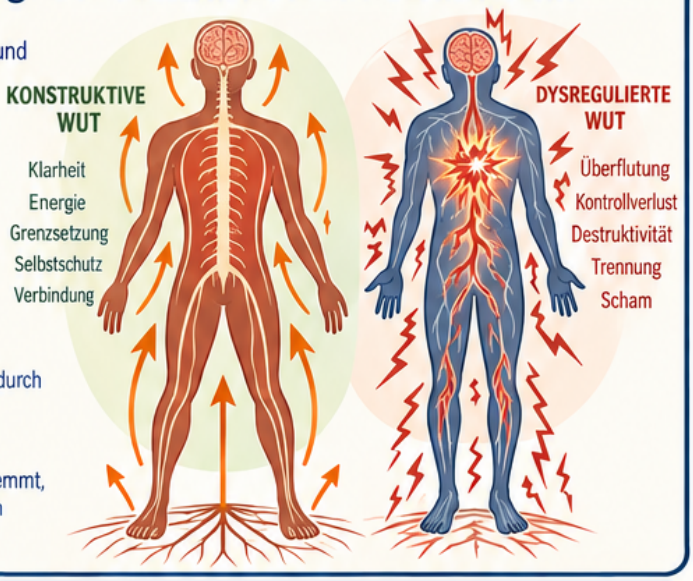
Psychoedukation zur therapeutischen Begleitung; keine Diagnose oder eigenständige medizinische Intervention.

Karte 72: Verkörperte Wut

Neurobiologische Differenzierung: Schutzkraft versus Reaktivität

Wut ist primär eine physiologische Mobilisierungsenergie des sympathischen Nervensystems, die dem Selbstschutz und der Grenzwahrung dient. In der klinischen Praxis ist die phänomenologische und somatische Unterscheidung zwischen gesunder Aggression und traumatischer Überwältigungswut wesentlich für die Affektregulation.

- **Gesunde Aggression (Selbstbehauptung):**
  Entsteht aus einer Verankerung im Toleranzfenster bei aktiver ventrovagaler Grundstabilität. Die sympathische Aktivierung bleibt interozeptiv spürbar, zielgerichtet und relational verbunden.
- **Traumatische Wut (Überflutung):**
  Entsteht durch unvollständige Defensivreaktionen (Fight-Flight-Kollaps). Der präfrontale Kortex verliert die dämpfende Kontrolle (Hyperarousal), wodurch der Affekt destruktiv, grenzenlos oder unsteuerbar erlebt wird.
- **Somatische Blockade:**
  Wird der motorische Handlungsimpuls der Wehrhaftigkeit chronisch gehemmt, dissoziiert oder gegen das Selbst gerichtet, verharrt das Nervensystem in sympathischer Restspannung oder dorsalem Funktionsverlust.



Klinische Differenzierungsmatrix im somatischen Erleben

Nutzen Sie diese Kriterien in der psychoedukativen Diagnostik, um mit Klienten das gegenwärtige Erleben von Wutimpulsen sicher einzuordnen.

Wie manifestiert sich der Wutimpuls im somatischen und relationalen Kontakt?

Fokussierte Muskelspannung, präsenter Augenkontakt, vernehmbare Atemvertiefung und klare Grenzsetzung möglich.	Tunnelblick, Herzrasen, motorische Entladung ohne Zielrichtung, Verlust sozialer Bezogenheit oder Panikgefühl.	Plötzliche Taubheit, Lähmung, Scham oder Wut implodiert nach innen.
Gesunde Selbstbehauptung: Die Kraft kann somatisch gehalten, titriert ausgedrückt und als handlungswirksam erlebt werden.	**Traumatisches Hyperarousal:** Keine Entladung forcieren. Priorität hat somatische Deeskalation, Orientierung im Raum und ventrovagale Co-Regulation.	**Dorsale Hemmung / Freeze:** Den Verteidigungsimpuls vorsichtig mikrodosiert ins Bewusstsein heben, ohne das Nervensystem zu überfluten.

Sitzungs-Leitfaden: Somatische Erdung von Aggressionsimpulsen

Strukturierter Ablauf zur schrittweisen Titration und somatischen Verankerung von Behauptungsenergie im Beratungs- und Therapiesetting.

1 Interozeption erfassen

Lenken Sie die Aufmerksamkeit auf primäre Körpersignale: Druck im Kiefer, Wärme in den Unterarmen, Aufrichtung der Wirbelsäule oder Anspannung in den Fußsohlen.

2 Titration & Containment

Laden Sie dazu ein, den Impuls nicht sofort in Worte oder Gesten zu entladen, sondern die Energie zunächst wie in einem stabilen Behälter im Körper wahrzunehmen.

3 Motorische Vollendung

Unterstützen Sie minimale, willkürliche Mikrobewegungen (z. B. Hände gegen die Oberschenkel drücken, Bodenkontakt festigen), um den defensiven Bewegungsimpuls im Nervensystem zu vervollständigen.

Reflexion & Kernbotschaft

Kernaussage

Wut ist per se keine Zerstörung, sondern lebenswichtige Lebenskraft. Gesunde Aggression setzt klare Grenzen und schützt die eigene Integrität, während traumatische Wut ein Notsignal eines dysregulierten Nervensystems darstellt.

Sitzungsfrage / Explorations-Prompt:
Wo im Körper spüren Sie den allerersten Impuls von „Nein" oder „Bis hierher und nicht weiter", bevor der Kopf reagiert?

Karte 73 · Trauer als somatischer Wandlungsprozess

Trauer und Bindung

Trauer kann nach Verlust als Zusammenspiel von Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen erlebt werden. Bindungserinnerungen bleiben bedeutsam, auch wenn sich die äußere Beziehung verändert hat. Im Laufe der Zeit kann sich die innere Repräsentation der Bindung wandeln: Erinnerung und Verbundenheit müssen nicht verschwinden, damit neues Leben möglich wird.

- Mögliche Körperempfindungen sind etwa Enge, Schwere, Unruhe oder Müdigkeit; sie unterscheiden sich von Mensch zu Mensch.
- Es gibt keinen einheitlichen Zeitplan und keinen vorgeschriebenen Verlauf.
- Eine somatische Perspektive lädt dazu ein, Empfindungen neugierig und dosiert wahrzunehmen, statt sie als Beweis für eine bestimmte Entwicklung zu deuten.

Kernaussage

Trauer kann die innere Bedeutung einer Bindung verändern, ohne die Erinnerung an sie auszulöschen.

Im ventralen Raum bleiben

In der Polyvagal-Theorie bezeichnet „ventral“ einen Zustand, der mit sozialer Verbundenheit und möglicher Sicherheit in Verbindung gebracht wird. Das ist ein theoretischer Deutungsrahmen, keine direkte Messung eines einzelnen Nervenzustands. Bei Trauer kann es hilfreich sein, Aufmerksamkeit und Gespräch so zu dosieren, dass die Person ihre gegenwärtige Orientierung und Wahlmöglichkeiten behält.

- Beginnen Sie mit der Gegenwart: Was ist jetzt im Raum wahrnehmbar?
- Folgen Sie dem Tempo und den Grenzen der trauernden Person; Erinnern oder Erzählen ist keine Pflicht.
- Eine Pause, ein Themenwechsel oder der Verzicht auf eine Übung sind gültige Entscheidungen.

Sitzungsfrage

Was hilft Ihnen gerade, sich im Hier und Jetzt ein wenig orientierter oder unterstützt zu fühlen?

Körperwahrnehmung ohne Retraumatisierung

Somatische Aufmerksamkeit bedeutet nicht, intensiv in den Körper hineinzuspüren oder belastende Erinnerungen erneut aufzurufen. Laden Sie nur zu einer freiwilligen, kurzen Wahrnehmung ein. Die Person kann die Augen offen lassen, den Blick im Raum bewegen oder die Aufmerksamkeit nach außen richten. Bei zunehmender Überforderung wird die Erkundung beendet und die Orientierung an der Gegenwart unterstützt.

- Fragen Sie vorab, ob die Person eine kurze Wahrnehmung ausprobieren möchte.
- Bleiben Sie bei neutralen oder selbst gewählten Empfindungen; keine Empfindung muss gefunden oder erklärt werden.
- Beenden Sie die Übung, wenn sie nicht hilfreich ist. Folgen Sie dem klinischen Kontext und den Bedürfnissen der Person.

Wahlfreiheit

Die Person bestimmt, ob, wie lange und worauf sie ihre Aufmerksamkeit richtet.

Kurzer Impuls für die Sitzung

Dieser Impuls ist optional und ersetzt keine klinische Einschätzung oder Behandlung. Er ist nicht dafür gedacht, Trauer zu beschleunigen oder eine bestimmte körperliche Reaktion hervorzurufen.

- Laden Sie die Person ein, im Raum einen Gegenstand oder eine Farbe zu wählen, die sich im Moment neutral oder angenehm anfühlt.
- Fragen Sie, ob sie zusätzlich eine Körperempfindung bemerkt. Ein „Nein“ oder „Ich weiß nicht“ genügt.
- Erkunden Sie, ob die Aufmerksamkeit bei der Empfindung bleiben, zurück zum Raum wechseln oder ganz beendet werden soll.

Sitzungsfrage

Möchten Sie bei dem bleiben, was Sie gerade bemerken, sich im Raum umsehen oder hier stoppen?

Einordnung und Grenzen

Das Toleranzfenster ist ein verbreitetes Modell, um einen Bereich beschreibbarer Erregung zu veranschaulichen, in dem Aufmerksamkeit und Verarbeitung möglich sein können. Es ist kein präziser biologischer Messwert und erklärt nicht allein, was eine Person erlebt. Die Konzepte von Polyvagal-Theorie und Somatic Experiencing sind Modelle zur Orientierung; sie sollten nicht als gesicherte Erklärung jedes Trauerverlaufs dargestellt werden.

- Trauer ist individuell und kann wellenförmig verlaufen.
- Diese Karte dient der Psychoedukation; sie stellt keine Diagnose und empfiehlt keine eigenständige Therapie.
- Bei anhaltender oder überwältigender Belastung kann fachliche Unterstützung im passenden Versorgungskontext hilfreich sein.

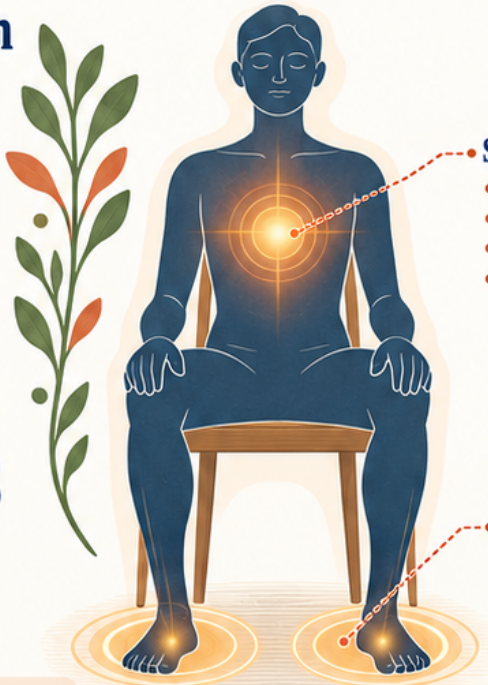
KARTE 74

SOMATISCHES ANCHORING

Neurobiologische Grundlagen des Somatischen Ankers

In der traumabasierten Neurobiologie und im Somatic Experiencing (Peter Levine) bezeichnet somatisches Anchoring die gezielte Verankerung von Sicherheit, Stabilität und Entlastung im Körperempfinden. Traumatischer Stress führt über erfahrungsabhängige Neuroplastizität häufig zu einer chronischen Aufmerksamkeitsverengung auf Gefahrensignale (Neurozeption von Bedrohung). Somatisches Anchoring nutzt das Phänomen der erfahrungsabhängigen Bahnung, um gezielt neuronale Netzwerke zu stärken, die mit Beruhigung, Erdung und dem ventralen Vaguskomplex assoziiert sind.

- Fokussierung auf neutrale oder wohltuende Körperempfindungen (z. B. Auflagefläche der Füße, ruhiger Atemfluss, Schwere der Hände)
- Stärkung der interozeptiven Differenzierungsfähigkeit im Kortex (Insula und präfrontaler Kortex)
- Gezieltes Pendeln (Titration) zwischen Anspannung und verankerten somatischen Ressourcen



Psychoedukativer Hinweis

Diese Karte dient der traumasensiblen Wissensvermittlung und Ressourcenorientierung. Sie ersetzt keine klinische Diagnostik oder eigenständige Psychotherapie.

Schritt-für-Schritt-Anwendung

1 Wahrnehmen (Interozeption)

Laden Sie dazu ein, den Körper von innen heraus abzutasten: Wo fühlt es sich gerade neutral, entspannt, stabil oder warm an?

2 Verweilen (Stabilisieren)

Die Aufmerksamkeit mindestens 20 bis 30 Sekunden ungeteiit bei dieser Empfindung halten, um die neuronale Bahnung zu begünstigen.

3 Benennen & Vertiefen (Kopplung)

Körperliche Qualitäten präzise beschreiben (Druck, Weite, Temperatur) und durch eine sanfte Berührung oder Atembegleitung körperlich verankern.

Klinische Reflexion & Kernaussage

Die bewusste Rückkehr zu einem somatischen Anker unterbricht dysfunktionale Stresskreisläufe und erweitert das Toleranzfenster (Window of Tolerance).

Sitzungsfrage / Impuls

Wenn Sie in diesen Moment hineinspüren: An welcher Stelle in Ihrem Körper fühlt sich der Kontakt zum Boden oder zum Stuhl gerade am stabilsten und sichersten an?

Individueller somatischer Anker des Klienten
(z. B. Füße am Boden, Hand auf der Brust)

Veränderung im Nervensystem (Atmung, Puls, Muskeltonus)

Zeigt sich bei der Fokussierung auf den Körper eine Zunahme von Unruhe oder Übererregung?

Ja (Körperfokus triggert Anspannung) → Sofort zu einem externen *Anker im Raum* wechseln (visuelle Orientierung, Gegenstand berühren) und den Fokus vom Innenraum lösen.

Nein (Entlastung spürbar) → Beim somatischen Anker verweilen, die autonome Beruhigung vertiefen und das Erleben sprachlich integrieren.

Karte 75 · Glimmers finden

Karte 75 · Glimmers

Glimmers sind kleine, individuell bedeutsame Hinweise auf Sicherheit, Verbundenheit oder angenehme Präsenz. Ein vertrauter Klang, warmes Licht oder ein freundlicher Blick kann als solcher Moment erlebt werden. Was als angenehm oder sicher wirkt, ist von Mensch zu Mensch verschieden; derselbe Reiz kann je nach Kontext auch neutral oder belastend sein.

- In der Polyvagal-Theorie bezeichnet der ventrale Vagusanteil einen Pfad, der mit Regulation und sozialer Verbundenheit in Verbindung gebracht wird. Glimmers sind eine therapeutische Metapher für wahrgenommene Hinweise auf Sicherheit – kein direkter Messwert für vagale Aktivität.
- Ein Glimmer muss keine starke positive Emotion auslösen. Neugier, ein wenig mehr Ruhe oder ein kurzer Moment des Aufatmens können genügen.
- Die Aufmerksamkeit auf einen Glimmer ist ein Angebot, keine Pflicht. Die Person darf ihn nicht finden, überspringen oder die Übung jederzeit beenden.

SITZUNGSFRAGE

Gab es heute einen kleinen Moment, in dem sich etwas angenehmer, verbundener oder ein wenig sicherer angefühlt hat? Was haben Sie dabei wahrgenommen?

KERNAUSSAGE

Ein kleiner, selbst gewählter Hinweis auf Sicherheit kann die Aufmerksamkeit für angenehme oder verbindende Erfahrungen öffnen. Er garantiert keine Regulation und ersetzt keine Behandlung.

KARTE 76

Posttraumatisches Wachstum: Stärke aus der Narbenbildung

Neurobiologische & Psychologische Reorganisation nach Krisen

Posttraumatisches Wachstum (PTG) beschreibt positive psychologische und neuronale Veränderungen, die aus dem Bewältigungsprozess nach schweren Erschütterungen hervorgehen können. PTG bedeutet nicht das Ausbleiben von Schmerz, Leid oder Narben, sondern die strukturelle Reorganisation innerer Netzwerke. Durch erfahrungsabhängige Neuroplastizität können neue Verarbeitungswege gebahnt, das Toleranzfenster schrittweise erweitert und tiefere Sinnzusammenhänge erschlossen werden.

Verändertes Selbstbild:
Erleben von Selbstwirksamkeit und persönlicher Widerstandskraft im Umgang mit krisenhaften Zuständen.

Beziehungsvertiefung:
Höhere Wertschätzung tragfähiger sozialer Bindungen und gesteigerte Empathie für Vulnerabilität.

Erweiterung des Toleranzfensters:
Erhöhte funktionale Flexibilität des autonomen Nervensystems bei der Affektregulation.

Neue Lebensperspektiven:
Reevaluation persönlicher Prioritäten und Integration der Narbe als Bestandteil der Biografie.

Kernaussage

Posttraumatisches Wachstum existiert nicht trotz, sondern als Folge der aktiven Auseinandersetzung mit der Krise. Eine Narbe markiert nicht Schwäche, sondern widerstandsfähiges, neu strukturiertes Gewebe.

Reflexion in der klinischen Praxis

Nutzen Sie diesen Impuls im therapeutischen Dialog zur Ressourcenaktivierung und Einordnung des eigenen Bewältigungsweges.

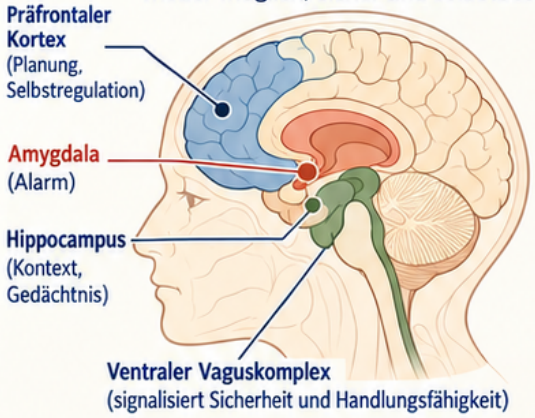
Hinweis zur Psychoedukation
Diese Karte dient rein edukativen Zwecken im Rahmen therapeutischer Begleitung und ersetzt keine differenzierte Diagnostik oder eigenständige medizinische Behandlung.

Sitzungsfrage / Therapeutischer Prompt: Welche innere Haltung oder Ressource hat sich erst durch das Durchleben und Integrieren der vergangenen Krise geformt?

Karte 77: Körperliche Selbstwirksamkeit

Neurobiologischer Hintergrund: Vom Erstarren zur Handlung

In traumatischen Situationen wird das Nervensystem bei ausbleibender Flucht- oder Kampfmöglichkeit in eine dorsale Erstarrung (Immobilität/Freeze) versetzt. Diese somatische Hilflosigkeit speichert sich im sensomotorischen Gedächtnis als Überzeugung ab, absolut handlungsunfähig zu sein. Körperliche Selbstwirksamkeit entsteht neurobiologisch neu, wenn das motorische System über winzige, willkürlich gesteuerte Impulse erfährt, dass Bewegung wieder möglich, sicher und selbstbestimmt ist.



- **Chronische Immobilitätsmuster** hemmen die kortikale Bewegungsplanung und verstärken Gefühle von Ausgeliefertsein.
- **Kleine, bewusst ausgeführte Mikrobewegungen** aktivieren den ventralen Vaguskomplex und signalisieren subkortikal Handlungsfähigkeit.
- **Die schrittweise Erweiterung des Handlungsspielraums** erfolgt orientiert an der individuellen Stresstoleranz (*Window of Tolerance* nach Siegel).

Kernaussage

Selbstwirksamkeit beginnt nicht im Denken, sondern im Körper: Jede noch so kleine bewusste Bewegung unterbricht die neuronale Schleife der Hilflosigkeit.

Klinische Anwendung: Mikrobewegungen etablieren

Im therapeutischen Kontext (orientiert an somatisch fundierten Ansätzen wie Somatic Experiencing nach Levine) wird das Auflösen somatischer Blockaden über minimale motorische Differenzierungen eingeleitet. Große Bewegunggen können das Nervensystem überfordern und erneute Schutzreflexe triggern; Mikrobewegungen hingegen bleiben sicher innerhalb des Toleranzfensters verankert.

1. **Nullpunkt erfassen**
   Den gegenwärtigen Zustand von Erstarrung oder Hypoarousal im Sitzkontakt achtsam wahrnehmen, ohne ihn verändern zu wollen.
2. **Minimalen Impuls wählen**
   Eine minimale, willkürliche Bewegung initiieren – beispielsweise das behutsame Krümmen der Zehen oder ein minimales Drehen der Handfläche.
3. **Physiologische Resonanz prüfen**
   Nachspüren, wie das vegetative Nervensystem reagiert (z. B. vertiefter Atemzug, Blickweiten-Veränderung, Entspannung der Kieferpartie).
4. **Handlungsradius erweitern**
   Vom Mikrobereich zu größeren Haltungsanpassungen oder aufrechter Orientierung im Raum übergehen.

Reflexion in der therapeutischen Praxis

Nutzen Sie diesen Impuls im Dialog mit Klientinnen und Klienten, um somatische Barrieren greifbar zu machen und das Erleben von Gestaltungsfähigkeit im geschützten Rahmen zu explorieren.

Sitzungsfrage / Impuls

Welche kleinste Bewegung in Ihrem Körper zeigt Ihnen in diesem Moment, dass Sie nicht mehr feststecken, sondern selbst entscheiden können?

Beobachtete somatische Reaktionen bei Bewegungsimpulsen:

Individuelle Barrieren & Ressourcen zur Handlungsfähigkeit:

Karte 78 – Frühwarnzeichen im Nervensystem lesen

Frühwarnzeichen wahrnehmen

Eine zunehmende Belastung kann sich zunächst in kleinen Veränderungen zeigen, bevor sie bewusst als Überforderung erkannt wird. Achten Sie gemeinsam auf Abweichungen vom persönlichen Ausgangsniveau: etwa flachere oder angehaltene Atmung, angespannte Schultern, einen starren Blick, Unruhe, veränderte Stimme oder nachlassenden Kontakt zur Umgebung. Einzelne Zeichen sind nicht eindeutig und bedeuten für sich genommen weder eine bestimmte autonome Reaktion noch eine Diagnose.

- Beobachten statt interpretieren: Was verändert sich gerade im Körper, in der Aufmerksamkeit oder im Kontakt?
- Erkunden Sie, ob das Zeichen neu ist, häufiger auftritt oder sich in bestimmten Situationen zeigt.
- Beziehen Sie die eigene Bedeutung und Wahrnehmung der Person ein; derselbe Marker kann unterschiedliche Gründe haben.

Kernaussage

Frühe somatische Veränderungen können Anlass sein, innezuhalten und gemeinsam nach der aktuellen Belastung zu fragen – sie sind Hinweise, keine Beweise.

Sitzungsfrage

Welche kleine Veränderung in Ihrem Körper oder in Ihrem Kontakt zu mir bemerken Sie gerade – und was würde Ihnen jetzt helfen, sich wieder etwas orientierter oder sicherer zu fühlen?

Toxische Scham und gesunde Grenze

Eine Karte zur behutsamen Unterscheidung zwischen globaler Selbstabwertung und dem Signal, dass eine persönliche Grenze berührt wurde. Für die psychoedukative Arbeit mit Erwachsenen; keine Diagnose und keine eigenständige Therapie.

1. **Scham kann sich körperlich als Erstarren, Blicksenken, Wärme, Enge oder Rückzugsimpuls zeigen.** Diese Reaktionen simd individuell und nicht beweisend für eine bestimmte Ursache.

2. **Eine gesunde Grenze kann sich als klares Nein, Unbehagen oder Wunsch nach Abstand** bemerkbar machen. Sie erlaubt, eine Situation zu bewerten, ohne den eigenen Wert als Person abzuwerten.

3. **Scham und Grenzempfinden können gleichzeitig auftreten.** Entscheidend ist nicht, ein Gefühl wegzuerklären, sondern seine Funktion im jeweiligen Kontext gemeinsam zu erkunden.

Kernaussage

Ein Gefühl von Entblößung ist eine bedeutsame Erfahrung, aber kein Beweis für Schuld oder persönliches Versagen.

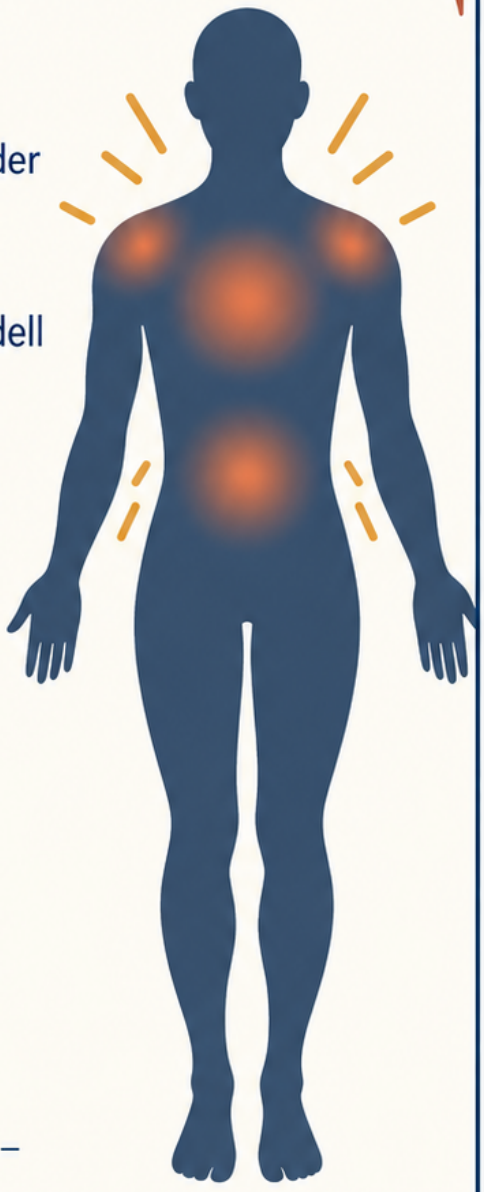
FRAGE IN DER SITZUNG:

Was nehme ich in meinem Körper wahr, und wirkt es eher wie Scham, eine Grenze – oder beides gleichzeitig?

Im Körper wahrnehmen

Scham kann mit autonomer Aktivierung einhergehen: Manche Menschen erleben Rückzug, Erstarrung oder gedämpfte Wahrnehmung; andere bemerken Unruhe oder den Impuls, sich zu erklären. Das sind mögliche Muster, keine universelle Abfolge.

Die Polyvagal-Theorie von Stephen Porges bietet ein Modell zur Deutung autonomer Zustände, ist jedoch keine vollständige oder alleinige Erklärung individueller Reaktionen.



Beschreiben statt deuten:
Wo im Körper ist gerade etwas spürbar? Wie stark ist es, und verändert es sich?

Unterscheiden:
Was gehört zur Situation im Hier und Jetzt, und was ist eine Vermutung über frühere Erfahrungen?

Orientierung ermöglichen:
Blick im Raum schweifen lassen, Füße am Boden wahrnehmen oder eine Pause anbieten – nur wenn die Person dies möchte.

Für die Begleitung

Erfragen Sie Zustimmung, Tempo und gewünschte Distanz. Eine körperliche Reaktion allein erlaubt weder eine Traumadiagnose noch sichere Rückschlüsse auf ihre Entstehung.

Schutzreaktion oder Grenzsignal?

Globale Selbstabwertung

Toxische Scham klingt häufig wie ein Urteil über das ganze Selbst.

Konkrete, selbstbestimmte Grenze

Eine gesunde Grenze richtet sich eher auf Handlung oder Kontakt.

Scham kann gelernt und durch befürchtete Zurückweisung oder frühere Beziehungserfahrungen verstärkt worden sein. Ein möglicher Bindungskontext ist eine Hypothese, keine sichere Erklärung. Eine Grenze bezeichnet, was sich für die Person im Kontakt stimmig oder nicht stimmig anfühlt. Sie darf benannt werden, auch wenn ihre Geschichte ungeklärt bleibt.

Toxische Scham klingt häufig wie ein Urteil über das ganze Selbst:
„Mit mir stimmt etwas nicht."

Eine gesunde Grenze richtet sich eher auf Handlung oder Kontakt:
„Das möchte ich nicht", „Bitte langsamer" oder „Ich brauche Abstand."

Die Begriffe beschreiben mögliche Funktionen, keine festen Kategorien:
Dasselbe Erleben kann Schutz, soziale Orientierung und ein aktuelles Grenzsignal zugleich enthalten.

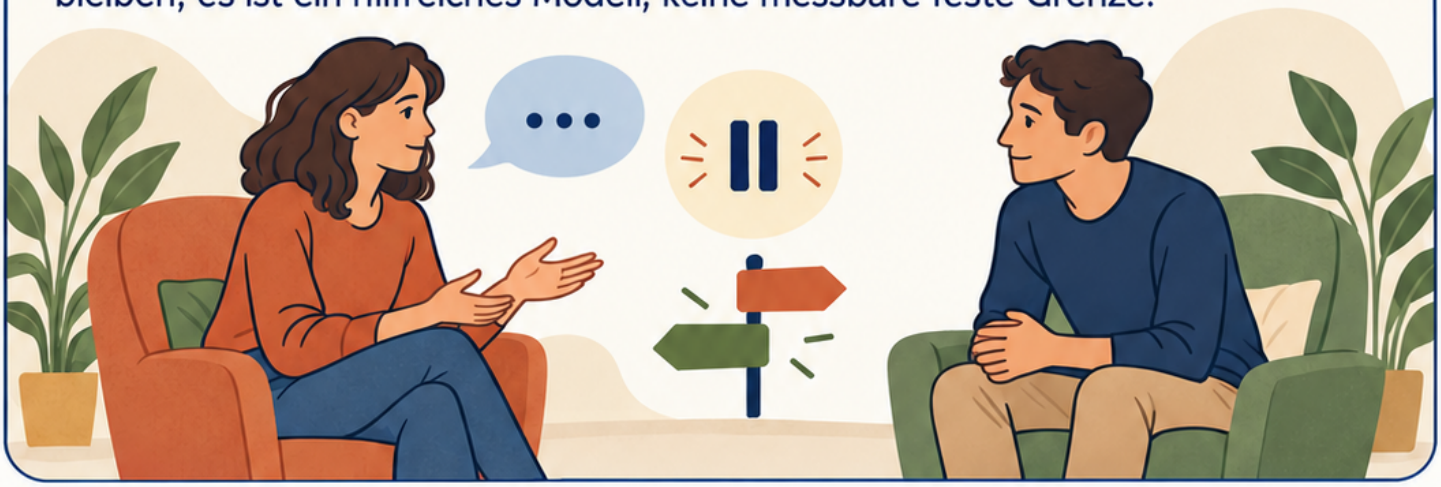
Kernaussage

Nicht die Stärke der Scham entscheidet, ob eine Grenze berechtigt ist. Ein Nein braucht keine Rechtfertigung durch eine Traumageschichte.

BEHUTSAME GESPRÄCHSFÜHRUNG

Behutsame Gesprächsführung

Nutzen Sie die Karte als Einladung, nicht als Deutungsvorgabe. Bei hoher Anspannung kann es hilfreicher sein, zunächst Gegenwartsorientierung und Wahlmöglichkeiten zu unterstützen, statt nach Einzelheiten belastender Erfahrungen zu fragen. Ein individuelles Toleranzfenster beschreibt einen Bereich, in dem Wahrnehmung und Regulation vergleichsweise zugänglich bleiben; es ist ein hilfreiches Modell, keine messbare feste Grenze.



Gesprächsimpulse

- Welche Worte passen für Sie besser: Scham, Unbehagen, Rückzug, Schutz oder etwas anderes?
- Was möchten Sie gerade – mehr Abstand, eine Pause, Unterstützung oder weiterreden?
- Welche kleine Handlung würde Ihre Grenze im aktuellen Kontakt respektieren?
- Wenn eine Frage die Anspannung steigert: innehalten, Wahlfreiheit bestätigen und gemeinsam zum Hier und Jetzt zurückkehren.

SITZUNGSFRAGE

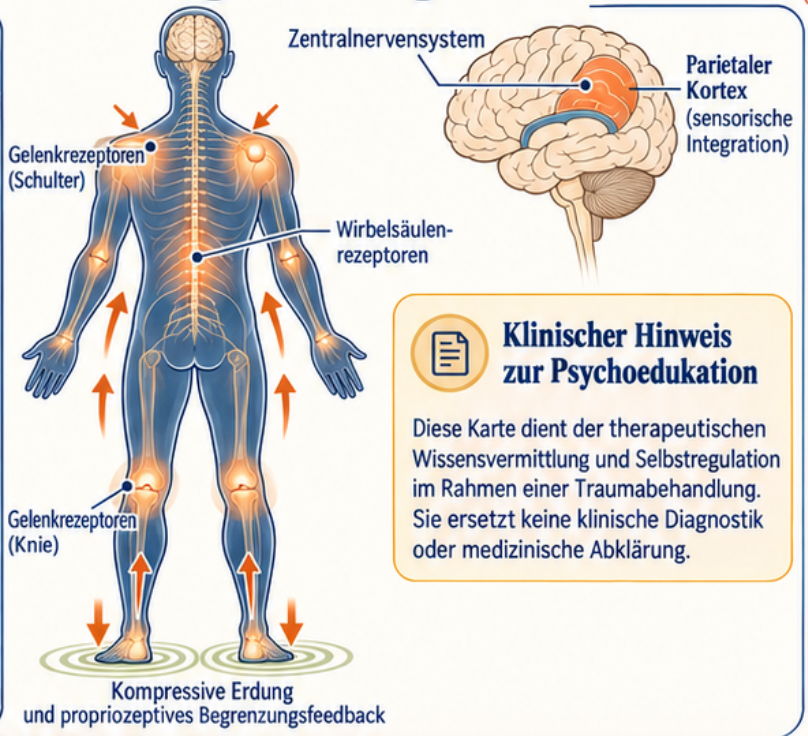
Wenn dieses Körpergefühl eine Grenze markieren könnte: Was soll im Kontakt jetzt anders oder sicherer sein?

Körperliche Begrenzung: Die Propriozeption als Begrenzungsanker

Neurobiologische Grundlagen der Propriozeption

Die Propriozeption vermittelt über Muskelspindeln, Golgi-Sehnenorgane und Gelenkrezeptoren kontinuierliche Rückmeldungen über die räumliche Lage und Begrenzung des eigenen Körpers an das Zentralnervensystem. Bei traumatischem Stress, Hyperarousal oder dissoziativer Erstarrung (Dorsal-Vagal) wird die sensorische Integration im parietalen Kortex häufig gedämpft. Dies führt zu Empfindungen von körperlicher Auflösung, Taubheit oder Kontrollverlust. Gezielter afferenter Input reaktiviert die interozeptive und somatosensorische Landkarte des Körpers und fungiert als primärer Begrenzungsanker zur Wiederherstellung des Toleranzfensters.

- Mechanorezeptoren erfassen Dehnung, Druck und Gelenkstellung.
- Verarbeitung erfolgt über den Thalamus direkt zum primären somatosensorischen Kortex.
- Starker propriozeptiver Input hemmt autonome Übererregung und beendet dissoziative Driftzustände.



Klinischer Hinweis zur Psychoedukation

Diese Karte dient der therapeutischen Wissensvermittlung und Selbstregulation im Rahmen einer Traumabehandlung. Sie ersetzt keine klinische Diagnostik oder medizinische Abklärung.

Propriozeptive Interventionen zur Begrenzung

Um den sensorischen Grenzanker zu aktivieren, eignen sich standardisierte körperorientierte Übungen, die dosierten Druck und muskulären Widerstand erzeugen. Diese Reize signalisieren dem Nervensystem eindeutige physische Sicherheit und klare Grenzen.

1 Manuelle Gelenkkompression

Sanfter, gleichmäßiger axialer Druck auf Schulter-, Ellenbogen- oder Handgelenke aktiviert tiefe Mechanorezeptoren und verdeutlicht die Skelettbegrenzung.

2 Einsatz von Tiefendruck (Gewichtsdecke)

Gleichmäßige Gewichtsbelastung über Oberschenkel oder Schultern stimuliert das parasympathische System durch Aktivierung von Druck- und Tastrezeptoren.

3 Widerstandsübungen gegen feste Flächen

Aktives Drücken mit den Händen oder Fersen gegen eine Wand oder den Boden aktiviert motorische Einheiten und verankert die Orientierung im Raum.

Welcher Regulationszustand liegt aktuell vor?

Dissoziation, Taubheit oder Entfremdung (Dorsaler Vagus)

→ Klare Gelenkkompression und isometrischer Druck gegen den Boden, um afferente Signale zu maximieren.

Hyperarousal, Panik oder motorische Unruhe (Sympathikus)

→ Gleichmäßiger Tiefendruck durch Gewichtsauflagen und langsame Muskelentspannung zur Herabregulierung.

Therapeutischer Transfer und Reflexion

Die Integration der propriozeptiven Rückmeldung gelingt durch direkte Benennung der wahrgenommenen Grenzen im Therapieraum.

Kernaussage

Körperliche Grenzen werden durch gezielten propriozeptiven Widerstand neurobiologisch wieder erfahrbar. Wo Druck und Widerstand spürbar sind, endet das Gefühl der Auflösung.

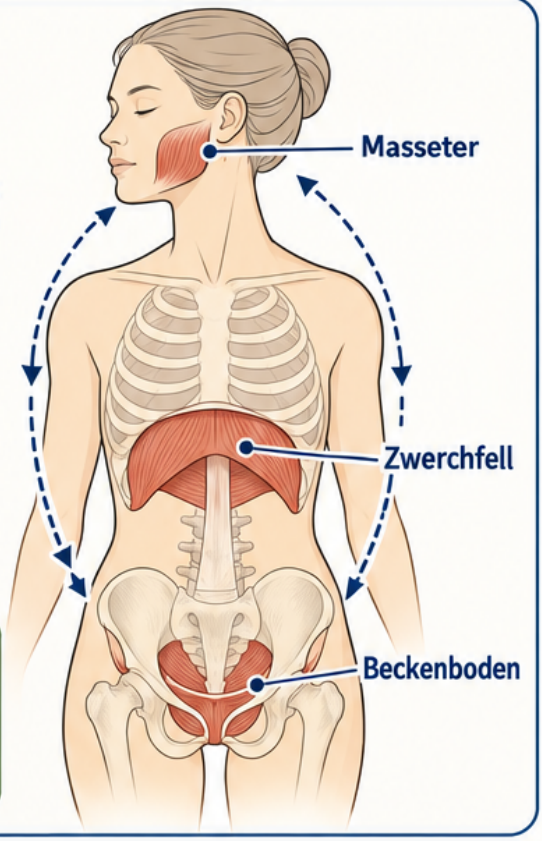
Sitzungsfrage / Prompt: Welche Stelle Ihres Körpers nimmt den Kontakt zur Unterlage oder den Widerstand gerade am deutlichsten wahr, und wie verändert dies das Gefühl Ihrer äußeren Grenzen?

Der Kiefer-Becken-Kanal

Der Kiefer-Becken-Kanal

Kiefer, Zwerchfell und Beckenboden sind funktionell an Atmung, Haltung und Druckregulation beteiligt. Sie können sich bei Anspannung gemeinsam verändern; daraus folgt jedoch keine feste oder bei allen Menschen gleiche fasziale Verbindung. Die Darstellung beschreibt ein mögliches Körpererleben, keine spezifische Traumaspur.

- Der **Masseter** unterstützt das Schließen des Kiefers.
- Das **Zwerchfell** ist ein zentraler Atemmuskel.
- Der **Beckenboden** trägt zur Unterstützung der Beckenorgane und zur Druckregulation bei.
- **Muskuläre Mitanspannung** kann auftreten, ist aber individuell und nicht allein durch Trauma erklärbar.



Sitzungsfrage

Wenn Sie den Kiefer, den Atem und den Beckenbereich zugleich wahrnehmen: Gibt es eine Veränderung, oder bleibt jeder Bereich für sich?

Eine mögliche Wechselwirkung

Bei Stress können Muskeltonus, Atemmuster und Körperwahrnehmung variieren. Ein fest gehaltener Kiefer kann mit flacherem oder angehaltenem Atem einhergehen; manche Menschen bemerken dabei auch Veränderungen im Beckenboden. Diese Beobachtung ist eine Einladung zum Erkunden, kein Beweis für eine anatomische Kette oder eine bestimmte Ursache.

- **Beobachten statt deuten:** Was ist gerade spürbar?
- **Unterschiede** zwischen Anspannung, Entspannung und neutralem Zustand können klein sein.
- **Schmerz, Taubheit** oder anhaltende Beschwerden gehören gegebenenfalls medizinisch abgeklärt.

Kernaussage

Kiefer, Atem und Beckenboden können sich gemeinsam verändern; die Verbindung ist individuell und nicht diagnostisch.

Psychoedukation im sicheren Tempo

Die Fachkraft kann die Karte als Gesprächsanlass nutzen. Die Klientin oder der Klient entscheidet, ob und wie weit eine Körperwahrnehmung erkundet wird. Es ist nicht nötig, den Kiefer zu lockern, tiefer zu atmen oder den Beckenboden gezielt anzuspannen. Eine neutrale Orientierung im Raum oder eine Pause sind gleichwertige Möglichkeiten.

- **Fragen Sie nach Zustimmung**, bevor Sie zu Körperempfindungen einladen.
- **Bieten Sie Wahlmöglichkeiten** an: beobachten, umlenken oder pausieren.
- **Diese Karte** dient der Psychoedukation und ersetzt weder Diagnostik noch eine individuell abgestimmte Behandlung.

Sitzungsfrage

Was wäre im Moment hilfreicher: diese Körperbereiche weiter wahrzunehmen, den Fokus zu verändern oder eine Pause einzulegen?

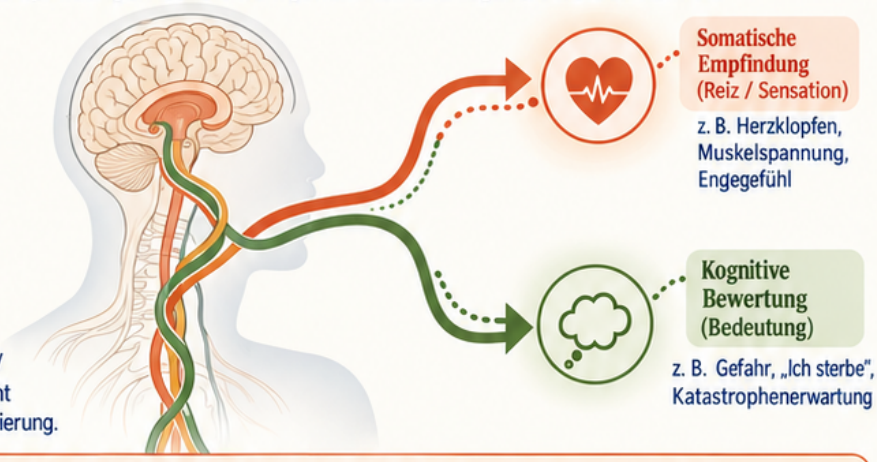
Psychoedukationskarte:

Die Kunst des Uncoupling

Die Kunst des 'Uncoupling': Reiz von Traumareaktion trennen

Im somatischen Erleben nach traumatischen Erfahrungen verschmelzen neutrale Sinnesreize oder physiologische Erregungsmuster blitzschnell mit existenzieller Bedrohung und emotionaler Katastrophisierung. 'Uncoupling' (Entkopplung) bezeichnet den therapeutischen Prozess, diese automatische Verschaltung im Nervensystem achtsam aufzudröseln, sodass physiologische Empfindungen isoliert wahrgenommen und reguliert werden können.

- **Biologische Kopplung:** Sympathische Aktivierung (z. B. Herzklopfen, Muskelspannung) wird reflexhaft als unmittelbar drohende Vernichtung fehlinterpretiert.
- **Trennung der Ebenen:** Somatische Empfindung (Sensation) wird von der kognitiven Zuschreibung (Bedeutung/Katastrophe) differenziert.
- **Somatic Experiencing:** Behutsames Pendeln (Titration) zwischen neutralen/sicheren Körperinseln und der Aktivierung ermöglicht dem Nervensystem die Entladung ohne Re-Traumatisierung.



Kernaussage

Ein Herzschlag ist nur ein beschleunigter Muskel – keine Katastrophe in der Gegenwart. Indem wir die physiologische Empfindung von der traumatischen Bewertung entkoppeln, erhält das Nervensystem wieder Handlungsfähigkeit.

1 Identifikation der somatischen Empfindung

Den aktuellen sensorischen Reiz im Körper präzise lokalisieren und beschreiben (z. B. Engegefühl, Pulsieren, Wärme), ohne ihn sofort begrifflich als 'Angst' oder 'Panik' zu betiteln.

2 Trennung von Reiz und Projektion

Bewusstes Benennen des Unterschieds zwischen dem reinen Körpersignal hier und jetzt und der automatischen Katastrophenerwartung des Nervensystems.

3 Titriertes Nachspüren und Entladen

Dem Körper erlauben, die Erregung in winzigen Dosen zu halten und durch Mikrobewegungen, tiefes Ausatmen oder Orientierung im Raum abklingen zu lassen.

Zeigt das Nervensystem Anzeichen einer Überflutung während des Entkoppelns?

Starke vegetative Übererregung oder Dissoziation setzt ein

Sofortige Rückkehr zu einer stabilen somatischen Ressource (Orientierung im Raum, Fußkontakt zum Boden) und vorübergehende Pause der Reizfokussierung.

Erregung bleibt spürbar, aber im Toleranzfenster regulierbar

Achtsames Verweilen bei der reinen Körpersensation, bis ein autonomer Entladungsseufzer oder Muskelentspannung eintritt.

Reflexion in der klinischen Sitzung

Nutzen Sie diesen strukturierten Reflexionsrahmen im therapeutischen Dialog, um Klienten bei der differenzierten Selbstbeobachtung zu begleiten.

Sitzungsfrage / Prompt-Box

Welche reine Körperempfindung spüren Sie gerade im Brustkorb, wenn wir die gedankliche Bewertung 'Gefahr' für einen Moment vollständig beiseitestellen?

Beschriebene körperliche Sensation (rein sensorisch, z. B. Enge, Pochen):

_____

_____

Gekoppelte gedankliche Katastrophisierung ('Es passiert wieder...'):

_____

_____

Beobachtbare vegetative Entlastungszeichen nach der Entkopplung:

_____

_____

Neurozeptive Fehlerkennungen

Wenn Sicherheit sich gefährlich anfühlt

Umfang und Einordnung

Dieses PDF enthält 100 Karten auf 100 Einzelseiten in acht Modulen. Die hier vorliegende Einheit behandelt das Thema „Neurozeptive Fehlerkennungen: Wenn Sicherheit sich gefährlich anfühlt“ und umfasst eine Karte. Die Karten unterstützen die Psychoedukation im professionellen Kontext; sie stellen weder eine Diagnose noch eine eigenständige Therapie dar.

- Modul 1: 12 Karten
- Modul 2: 15 Karten
- Modul 3: 13 Karten
- Modul 4: 10 Karten
- Modul 5: 15 Karten
- Modul 6: 12 Karten
- Modul 7: 13 Karten
- Modul 8: 10 Karten

Für die Sitzung

Die Fachkraft führt das Gespräch und passt Tempo und Sprache an die Person an. Die Karte kann gemeinsam gelesen werden; sie verlangt keine Offenlegung belastender Erinnerungen.

Wenn Ruhe Alarm auslöst

Manche Menschen mit belastenden oder traumatischen Erfahrungen erleben Ruhe, Nähe oder verlässliche Fürsorge nicht unmittelbar als sicher. Ein stiller Raum, eine freundliche Stimme oder das Gefühl, nicht auf der Hut sein zu müssen, kann Anspannung, Misstrauen oder Erstarrung auslösen. Das ist keine bewusste Entscheidung und kein Beweis dafür, dass die gegenwärtige Situation gefährlich ist. Frühere Erfahrungen können beeinflussen, wie gegenwärtige Signale wahrgenommen und eingeordnet werden.

- Das autonome Nervensystem steuert unter anderem unwillkürliche Reaktionen auf wahrgenommene Anforderungen und Sicherheit. Es reagiert nicht wie ein fehlerfreier Gefahrendetektor.
- Schutzreaktionen können sich durch Erfahrung und Lernen festigen. Sie können anspringen, obwohl im Hier und Jetzt keine erkennbare Gefahr besteht.
- Menschen reagieren unterschiedlich: mit erhöhter Wachsamkeit, Flucht- oder Abwehrimpulsen, Rückzug, Taubheit oder Dissoziation. Keine einzelne Reaktion beweist für sich eine bestimmte Ursache.
- Die polyvagale Theorie von Stephen Porges bietet eine mögliche Perspektive auf autonome Zustände und soziale Signale. Ihre Deutungen sind ein theoretisches Modell, keine alleinige oder abschließende Erklärung individueller Reaktionen.

Kernaussage

Wenn Sicherheit sich gefährlich anfühlt, kann eine gelernte Schutzreaktion aktiv sein. Das Erleben verdient Ernstnehmen, ohne es vorschnell als tatsächliche Gefahr oder als Diagnose zu deuten.

Gemeinsam erkunden

Laden Sie zu einer neugierigen Beobachtung ein, statt die Reaktion wegzuerklären oder Sicherheit zu verordnen. Die Person entscheidet, ob sie antwortet, pausiert oder das Thema wechselt.

- **Frage:** „Woran merken Sie gerade, dass Ruhe oder dieses sichere Angebot sich nicht sicher anfühlt?“
- **Ergänzend:** „Was wäre jetzt ein kleines Zeichen von mehr Wahlfreiheit oder Abstand?“
- Beachten Sie gemeinsam Gegenwartssignale und die Möglichkeit, dass äußere Sicherheit tatsächlich noch nicht gegeben ist. Innere Alarmreaktionen und reale Gefährdung schließen einander nicht aus.
- Bei Anzeichen von Überforderung: innehalten, orientieren und Wahlmöglichkeiten anbieten. Keine intensive Körperfokussierung oder Erinnerungsarbeit allein aufgrund dieser Karte anleiten.

Sitzungsfrage

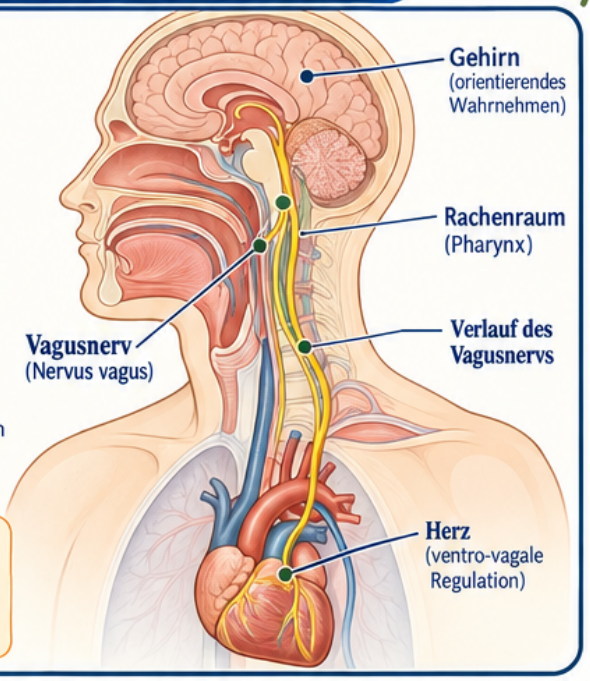
„Was verändert sich in Ihrem Körper oder Ihrer Aufmerksamkeit, wenn es still wird – und was würde Ihnen jetzt mehr Wahl lassen?“

Karte 96:
Die Fünf-Sekunden-Bremse

Neurobiologische Wirkungsweise im Alltagstransit

Übergangssituationen – wie das Verlassen des Arbeitsplatzes, das Einsteigen ins Auto oder das Betreten des eigenen Zuhauses – triggern bei traumatisierten Personen häufig automatische sympathische Aktivierungszirkel. Die Fünf-Sekunden-Bremse nutzt die physiologische Koppelung von verlängerter Ausatmung und afferenter Vagus-Reizung (ventral-vagales System nach Stephen Porges), um die sympathische Entladung frühzeitig zu unterbrechen, bevor das Erregungsniveau das individuelle Toleranzfenster übersteigt.

- Aktivierung des ventro-vagalen Komplexes zur Dämpfung sympathischer Hyperarousal-Spitzen
- Unterbrechung automatisierter Stress-Schleifen an physischen Übergangsschwellen
- Wiedererlangung von Interozeption und Verankerung im Hier und Jetzt (Orientierungsreaktion nach P. Levine)



Wichtiger klinischer Hinweis

Dieses Material dient ausschließlich der Psychoedukation und Ressourcenaktivierung im Rahmen therapeutischer Begleitung. Es stellt keine eigenständige Diagnose oder Heilbehandlung dar.

Praktische Umsetzung: Das 5-Schritte-Transitprotokoll

Leiten Sie die Klientin oder den Klienten an, vor dem physischen Überschreiten einer Schwelle innezuhalten und folgende Abfolge achtsam zu durchlaufen:

1 Stopp an der Schwelle

Vor dem Öffnen einer Tür oder vor dem Starten des Fahrzeugs bewusst für einen Moment vollständig anhalten.

2 Physiologischer Seufzer

Ein doppelter kurzer Atemzug durch die Nase, gefolgt von einer langsamen, verlängerten Ausatmung über leicht geöffnete Lippen.

3 Periphere Orientierung

Den Blick weich stellen und drei neutrale Gegenstände im Raum wahrnehmen, um das ventro-vagale Orientierungssystem zu aktivieren.

4 Somatische Entlastung

Schultern bewusst sinken lassen und das Gewicht der Füße auf dem Untergrund spüren (Grounding).

5 Schwellenübertritt

Den Übergang in den neuen Raum erst vollziehen, wenn ein spürbarer Impuls von physischer Entlastung eingetreten ist.

Klinische Differenzierung des Erregungsniveaus

Überprüfen Sie gemeinsam mit dem Klienten, wie das Nervensystem auf die Übung reagiert, um eine Über- oder Untererregung rechtzeitig aufzufangen.

Welche Reaktion zeigt sich beim bewussten Innehalten an der Schwelle?

Sympathische Getriebenheit / Fluchtimpuls nimmt zu	Dorsales Absacken / Erstarren / Dissoziation tritt ein	Leichte Absenkung des Muskeltonus / Seufzen
Atemfokus reduzieren; stattdessen propriozeptives Grounding durch festes Auftreten und Berühren des Türrahmens priorisieren.	Kein langes Verweilen; sanfte Aktivierung durch aufrechte Haltung, Kopfbewegung und taktile Reize an den Handflächen.	Ventro-vagale Stabilisierung gelungen; Übergang mit ruhigem Schritt ausführen und die Erfahrung kurz interozeptiv nachspüren.

Reflexion und Kernaussage

Nutzen Sie die folgenden Impulse für die vertiefende Besprechung in der Therapiesitzung:

- Kernaussage: Selbstregulation beginnt nicht erst bei maximaler Überlastung, sondern an den unscheinbaren Nahtstellen des Alltags.

Sitzungs-Prompt für Therapeuten

Welche typische Transit-Situation Ihres Alltags (z. B. Haustür nach der Arbeit) löst bei Ihnen automatisch Anspannung aus, und was braucht Ihr Körper genau dort für eine Fünf-Sekunden-Unterbrechung?

Identifizierter Alltags-Transitpunkt des Klienten	Spürbare Körpersignale vor der Intervention	Veränderung des Erregungsniveaus nach der Vagus-Bremse