

Посилання на джерело:

Harald Haas. Stress und ABSR-Programm – Hintergründe und Phänomene der Stressreaktion, ein Ausgleich mit Übungen// Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології : збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції ; відп. ред. Коваль В.О. Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ. 2022. С.127-133. Режим доступу: <https://er.dduvs.in.ua/handle/123456789/9538>

Harald Haas

Dr. med., Psychiater und Psychotherapeut (FMH)
in freier Praxis in Bern,
Schweiz, tätig. Dozent für anthroposophische
Psychiatrie und Psychotherapie,
Mitglied von Internationalem Perseus Forschungsgesellschaft

**STRESS UND ABSR-PROGRAMM – HINTERGRÜNDE UND
PHÄNOMENE DER STRESSREAKTION, EIN AUSGLEICH MIT
ÜBUNGEN**

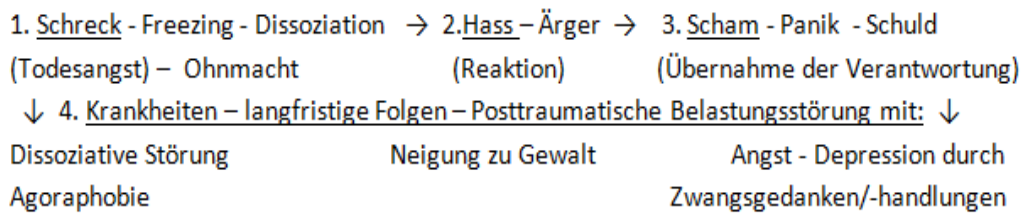
Traumatische Stressreaktion:

Ablauf der Traumareaktion – Komorbiditäten der Posttraumatischen Belastungsstörung

Betrachten wir die innere und äußere, subjektive und objektive Symptomatik, die beim Trauma, einer zunächst unfassbaren oder lebensbedrohenden Schrecksituation auftritt, so findet zunächst ein Freezing, ein Erstarren und Erkalten (kreislaufmässig eine Zentralisation) statt. Diese Reaktion geht bewusstseinmässig mit der Dissoziation oder Verwirrung, bzw. Ohnmacht (in Todesangst), nichts tun zu können, einher. Eine Überwindung dieses Zustandes ist nur möglich, wenn ein Impuls von Hass und Ärger oder ein «Fluchtimpuls» auftreten kann. Dies wird jedoch nur möglich, wenn physiologisch eine Kreislaufreaktion, ein Strömen des Blutes in die Peripherie erfolgt, die äusserlich zu einer Errötung führt und mit einem Scham- oder Panik-Empfinden einhergeht. Die Scham erzeugt dabei Schuldgefühle, häufig auch das Erleben von beschämt werden wegen des Vorgefallenen oder auch dafür als schuldig angesehen werden, was zu einer Übernahme der Verantwortung durch das «Traumaopfer» führt, die meist nicht berechtigt ist.

Längerfristig kann es aus den eben genannten Stadien des Ablaufs der Traumareaktion zu einer Fixierung einzelner Aspekte kommen, wo aus der Dissoziation durch wiederholte Trigger eine dissoziative Störung oder durch die Todesangst eine andauernde Vermeidungshaltung in der Agoraphobie entsteht. Die Entwicklung zu Scham und Schuld kann sich längerfristig in einer depressiven Störung manifestieren oder in der Vermeidung zu Zwangsgedanken oder -Handlungen führen. Die Reaktion von Hass und Ärger kann eine dissoziale Störung oder generell eine Neigung zu gewalttätigem Verhalten auslösen.

Zusammenfassend finden sich die eben genannten Aspekte in der folgenden Übersicht:



Eigenartigerweise gibt es auch die Erfahrung, dass Patienten die Dissoziation gar nicht bemerken, sondern sofort mit einer Panik auf eine Trigger-Situation reagieren. Dies wird dadurch verständlich, dass in der Stressreaktion die Ohnmacht, die mit der Dissoziation verbunden ist, viel unangenehmer ist, wo man nicht auf eine Situation reagieren kann, als die Panik, bei der man sich aus einer unangemessenen Situation befreien könnte (Reddemann L., Cornelia Dehner-Rau C. Trauma heilen, 2018, Kapitel: Panik als Schutz gegen Dissoziation).

Weitere Hinweise zu einer geisteswissenschaftlichen Differenzierung der Ängste und der posttraumatischen Symptomatik finden sich vom Autor dieses Abstracts in Steiner R. Grenzerlebnisse der Seele – Schreck, Scham Zweifel und schreckvollste Verwirrung, Dornach 2. Aufl. 2021, Englisch: Self-Doubt: Depression, Anxiety Disorders, Panic, and Fear.

Die Geschichte der Trauma-Diagnose

Die Beschäftigung mit traumatischen Erinnerungen beginnt mit dem Neurologen Jean-Martin Charcot, dem «Vater der Neurologie», welcher seelische Leiden nach dem Konzept der «hysterischen Erscheinungen» (Lähmungen, Zuckungen, Ohnmachten, emotionale Ausbrüche) in der Clinic Salpetriere in Paris behandelte. Sein Schüler Pierre Janet verfasste 1889 «L'automatisme psychologique», wo erstmals das Krankheitsbild der heutigen posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben wurde (nach Peter A. Levine: Trauma und Gedächtnis, Kösel 2. Aufl. 2016, S. 9). Freud, der sich in seiner ersten Veröffentlichung zusammen mit Josef Breuer in Wien (Studien über Hysterie, 1895) noch auf die Traumahypothese der psychischen Erkrankung bezogen hatte, sah später innere Konflikte als Ursache und verleugnete so das äussere Geschehen, die Traumatisierung. Rudolf Steiner hat die Entwicklung der Psychoanalyse recht nahe als Hauslehrer der Familie Specht in Wien miterlebt, wo Josef Breuer Hausarzt war.

Nach G. Halser (in Resilienz: Der Wir-Faktor - gemeinsam Stress und Ängste überwinden, Schattauer, 2018) wurden für Traumastörungen bei Soldaten im 1. Weltkrieg Erkrankungshäufigkeiten von 0.5 % und im 2. Weltkrieg von 2 % gefunden, «Kriegsverletzungen», die als hysterische Neurosen angesehen wurden.

Diese Angaben finde ich nach eigenen Beobachtungen bezüglich des 2. Weltkriegs als sehr fragwürdig, da langfristig nicht nur bei Soldaten, sondern

auch in der Bevölkerung die häufigste Diagnose von posttraumatischen Erkrankungen in Deutschland als «Vegetative Dystonie» (diffuse Beschwerden, bei denen kein organischer Befund vorhanden ist) bezeichnet wurde, die sehr verbreitet war. Dies wird auch im Buch *Kriegskinder und Kriegsenkel* von Luise Reddemann erwähnt. Dieses «epidemische und kollektive Leiden» führte in Deutschland zu einem gesellschaftlichen Verarbeiten mittels eines ausgeprägten «Kurbetriebs» (mit vielen Kurhäusern im ganzen Land und von den allgemeinen Krankenkassen übernommenen Behandlungen), ganz im Gegensatz z. B. zur Schweiz, wo das Kurwesen in dieser Form nie existierte. Seit einigen Jahren ist die Bezeichnung «vegetative Dystonie» auch in Deutschland verlassen worden. Weiter führt Hasler aus, dass es für die traumatisierten Korea und Vietnam-Kriegsveteranen eine Diagnose für die Behandlung in den US-Militärspitälern für die allfällige Berentung der Kriegsveteranen brauchte, die mit der Übernahme des europäischen Diagnosesystems (ICD) im Sinn Kraepelins um 1974 in den DSM nicht mehr gesichert war. Deshalb wurde die Diagnose «Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)» in den USA definiert, um dieses für die Soldaten zu sichern. Später wurde die Diagnose vor allem auf sexuellen Missbrauch und ähnlich gravierende Erlebnisse angewendet.

Das Problem an diesem Traumakonzept nach empirischen Studien sei (nach Hasler), dass 80% der Menschen Traumatisches erleben, aber lediglich 20 bis 60 % danach an akuten oder Trauma-Folgestörungen leiden. Deshalb wurden im ICD- 9 und 10 die anerkannten Ursachen auf lebensbedrohliche Ereignisse stark beschränkt definiert, als «Posttraumatische Belastungsstörung», in der aktuellen amerikanischen Version von DSM IV zu DSM V aber wieder erweitert gefasst, insbesondere bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr. Die weitere Forschung zeigte nach Hasler, dass z. B. beim amerikanischen Militärpersonal die Rate der Suizide bei den Kriegsteilnehmern nicht grösser war, als die bei Mitarbeitern, die nicht im Kriegseinsatz standen. Im Irakkrieg erkrankten zumal 31% der US-Soldaten, aber nur 2% der englischen Soldaten an PTSD, was die Frage nach weiteren Ursachen aufwirft. Einzelne Soldaten kritisierten bei den Untersuchungen, dass alleine auf die Kriegssituationen Rücksicht genommen wurde und nicht auf komplexe soziale Schwierigkeiten.

Im Vergleich dazu zeigten sich nach der Katastrophe von Fukushima bei den Betroffenen nur anfänglich typische Hirnveränderungen, die dann wieder verschwanden. Die Schwierigkeit liegt am Konzept der PTSD, die nur auf Einzelereignisse ausgerichtet ist, nicht aber auf komplexe psychosoziale Ursachenzusammenhänge und Fragen zur Resilienz nicht berücksichtigt, die eine Erkrankung verhindern könnten.

Erst nach den Erfahrungen im militärischen und kriegerischen Zusammenhang wurde in den 90-ziger Jahren des letzten Jahrhunderts deutlich, dass insbesondere auch sexualisierte Gewalt besonders risikobehaftet für die Ausbildung einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ist.

Als Alternative zur «Klassischen PTSD» gibt es im DSM -V die Diagnose DENOS, welche die komplexen Erscheinungsbilder mit Komorbidität und ebensolche Ursachenzusammenhänge zulässt, die nach Untersuchungen in 40% bis 60% der PTSD vorliegen. Für den ICD-11 der WHO ist jetzt die Anerkennung der «Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung» (seit 2022) erreicht worden, wobei eine besondere Ausprägung mit affektiven Problemen, negativem Selbstbild, Beziehungsstörungen, Somatisierung und Aggression mit Selbstverletzung, berücksichtigt werden soll (Luise Reddemann, Wolfgang Wöller: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, Hogrefe 2017). Zusammenfassend wird deutlich, dass Kriegserfahrungen, neben individueller psychischer oder körperlicher Gewalt, besonders in der sexualisierten Form, zu den häufigsten traumauslösenden Faktoren gehören.

Eigene Erfahrungen von Trauma-auslösenden Hintergründen

Nach eigenen Praxiserfahrungen zeigt sich die «Traumafolgereaktion» und die Komorbiditäten nicht nur bei einzelnen todesbedrohlichen Erlebnissen oder wie im DSM V für Kinder bestätigt wird, im Erfahren von solchen bei wichtigen Bezugspersonen. Insbesondere bei sensitiv erlebenden Menschen können auch alltägliche Missachtungen oder extreme religiöse oder wissenschaftlichen Doktrinen in ihrer Umgebung ein «traumatisch bedingtes Leiden» hervorrufen. Daneben können gleichfalls die oben genannten schlechten sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse, die zu einer gewalttätigen Stimmung und starken Emotionalität in der Familie führen, diese Reaktionen auch hervorrufen, bzw. das Leiden verstärken. Seit langem ist schon bekannt, dass eine «high expressed emotion» – Stimmung in der Familie auch dieses psychische Leiden begünstigt (z. B. auch bei schizophrenen Erkrankungen). Peter A. Levine und Maggie Kline (Verwundete Kinderseelen heilen – Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können, Tb Kösel Verlag) weisen zudem darauf hin, dass auch «normale» medizinische Eingriffe im Kindesalter zu Traumafolgestörungen führen können.

Als eine spezielle Traumaursache, die bisher noch wenig diskutiert wurde, sei noch der «Geistliche Missbrauch» im religiösen und Gesellschaftlichen genannt. Es meint den seelsorgerischen Machtmissbrauch mit Abhängigkeit und Gehirnwäsche oder auch im Politischen, beispielsweise in kommunistischen Systemen (Inge Tempelmann, SCM R. Brockhaus 3. Aufl. 2012). Ausser bei extremen Formen, dem so genannten rituellen Missbrauch, ist diese Traumadynamik noch wenig bekannt.

Fazit und psychodynamische Behandlung:

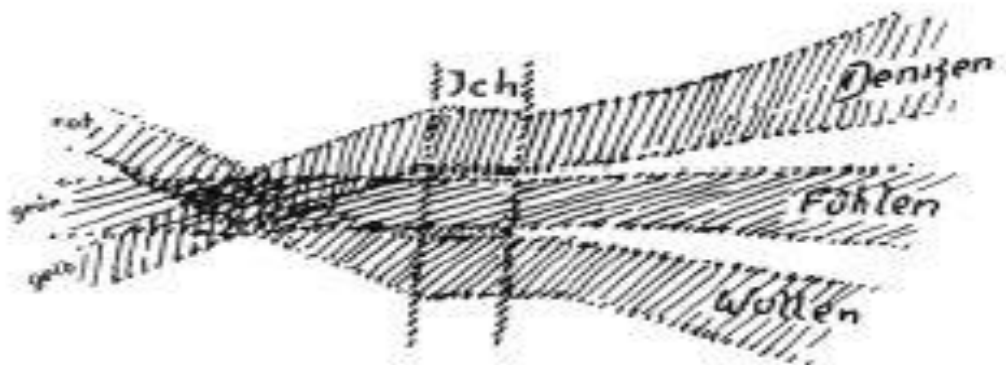
Bedeutet das oben Angeführte, dass «alles Trauma» ist? Das muss entschieden verneint werden, da auch eine Vielzahl von psychodynamischen und Resilienz-Aspekten eine Rolle spielen, da der Umgang mit den Grenzerlebnissen als Resilienz-Faktor für das Risiko der Entwicklung einer Störung wesentlich ist. Ein zentrales Moment bei Entwicklungstraumata ist, welche gedanklichen

Überzeugungen als Schutz in der Kindheit innerlich erworben werden mussten oder von der Umgebung übernommen wurden. Dies bleibt auch im späteren Leben als Introjekte (nach C. G. Jung) oder «negative Glaubenssätze» vorhanden. Ein Wesentliches der Therapie ist nach Luise Reddeman (psychodynamisch imaginative Traumatherapie, PITT – das Manual), wie mit diesen Einprägungen heilsam und verwandelnd umgegangen wird, die zu Vermeidungsverhalten bezüglich von Situationen und Beziehungen im Leben geführt haben. Das heisst nach ihrer Überzeugung, dass generell, allenfalls mit Ausnahme der so genannten «Monotraumata», die Bearbeitung und Verwandlung der Introjekte der Trauma-Konfrontation vorzuziehen ist.

Der Ansatz des Aktivitäts-basierten Stress-Programms (ABSR)

Gehen wir nochmals auf die Phänomene der traumatischen Stressreaktion zurück, so finden sich hier als Polaritäten die Dissoziation und die Schamentwicklung bis hin zur Panik.

In den Vorträgen, die Rudolf Steiner zum Thema der Psychoanalyse 1917 (in GA 178) in Basel hielt, wird eine ähnliche Polarität geschildert. Steiner erklärte hier anhand der unten stehenden Zeichnung die Phänomene, die von der Psychoanalyse als «nervöse Erkrankungen» konstatiert und behandelt werden, dem «unberechtigten Zusammenfallen», als «Ineinanderpurzeln» der Seelentätigkeiten von Denken, Fühlen und Wollen, auf Grund einer geschwächten Wirkung des Ich, was der Tendenz zu Scham und Panik entspräche (linke Seite der Zeichnung). Auf der anderen Seite zeigen sich Pathologien, die unter dem Begriff der «Dissoziation», des Auseinandergehens gefasst werden, wo ebenfalls das Ich die Seelentätigkeiten nicht zusammenhalten kann.



Betrachtet man mit diesem Ansatz die ABSR-Themen und – Übungen, wie sie auf der folgenden Tabelle erscheinen, so wird deutlich, dass die ersten drei Übungsbereiche das Gedächtnis, die Handlungsfähigkeit und den Bewusstseinsmässigen Überblick stärken, der bei der Dissoziation und Agoraphobie geschwächt oder aufgehoben ist. Die letzten drei Übungsbereiche unterstützen das Ich beim Ausgeliefert sein von Zwangsverhalten, der Besserung

der Entscheidungsfähigkeit und des sich in Vorurteilen Verlierens, was Typisch für schambesetzte neurotische Störungen ist. Der 4. Übungsaspekt steht in der Mitte und korrespondierte mit der Kontrolle der Handlungen auf beiden Seiten der Abweichung aus der «Mitte» (der Zeichnung), wobei im Ideal die Seelentätigkeiten vom Ich gehalten und geordnet werden.

Übersicht über das Therapieprogramm:

<u>Formen der Nervosität</u>	<u>Entsprechende Übungen zur Nervosität</u>
1. leichte Vergesslichkeit	Gegenstände, die ich wiederfinden will an recht verschiedene Orte legen und bildhaft einprägen
2. eigene Bewegungen beherrschen	Schreiben wie malen
3. geringes Band von Interesse des menschlichen Seelenkerns mit dem, was die Menschen annehmen	Gedanken rückwärts laufen lassen
4. nervöses Gebaren, schwache Beherrschung von Handlungen und Gebärden	Anschauen der Körperbewegungen, Handlungen willkürlich unterlassen
5. Psychosomatische Krankheitsformen	Unterdrückung von unbedeutenden Wünschen Mühe mit Wunschverzicht
6 Nicht zu Entschlüssen vorrücken können	Entscheidungen nach Abwägen des Für und Wider und der Machbarkeit selbst treffen
7 «Seelischer Zappelfritz», Gedanken nicht ordentlich festhalten und verfolgen können	Nur berechtigte Kritik äussern, nicht vorschnell und zu häufig Urteilen, aus der Sache heraus urteilen

Aus den Prinzipien der Übungsansätze in Beziehung zu den Polaritäten der Stressreaktion, der Tendenz der Dissoziation und zur Scham/Panik mit den oben angeführten Komorbiditäten kann deutlich werden, dass im ABSR-Programm eine Hilfe für die einseitigen pathologischen Tendenzen gegeben werden kann. Insbesondere die freie Ich-Entscheidung und Tätigkeit des Menschen wird damit gestärkt. Unterstützt wird dies noch durch entsprechende körperliche Übungen der Eurythmie, bzw. Heileurythmie.