

Ulrich Trebbin

DURCH DIE TRAUMA-MAUER MIT ROMPC - KLOPFBEHANDLUNG AUF DER BASIS EINER GESTALT THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG

Traumatische Erfahrungen sind besonders hartnäckig in unserem Gehirn abgespeichert. Sie sind gewissermaßen schreibgeschützt. Für ausschließlich gesprächs-basierte Psychotherapie sind sie deshalb nur schwer erreichbar. Mit ROMPC („Relationship-oriented Meridian-based Psychotherapy, Counselling and Coaching“) ist es möglich, die Historie traumatischer Gefühle kinesiologisch zu lokalisieren und die Komplexe anschließend mit einer Klopfbehandlung von den Triggern zu entkoppeln. Das Klopfen von Meridianpunkten löst traumatische Blockaden im limbischen System des Gehirns; es lässt sich hervorragend in eine gestalttherapeutische Beziehung integrieren. Die Gefahr der Re-Traumatisierung in der Therapie erscheint gering, denn durch das Klopfen der Meridianpunkte erleben die Klienten sofort Entlastung.

Der Artikel beruht auf einem Workshop, den der Autor auf der Gestalttagung "Faszination und Wirksamkeit der Gestalttherapie" im Mai 2014 in Kassel gehalten hat.

Schlüsselbegriffe: Trauma, Kinesiologie, Tapping, Neurobiologie, therapeutische Beziehung

Abstract

Our brain tends to store traumatic experiences in an especially persevering way. These experiences are, in a manner of speaking, write-protected. For this reason they are hardly attainable only per means of talked-based psychotherapy. Using ROMPC (“Relationship-oriented Meridian-based Psychotherapy, Counselling and Coaching“), it becomes possible to locate the history of traumatic emotions in a kinesiologic way and to decouple the complexes from their triggers via tapping. Meridian tapping resolves traumatic blockades in the limbic system and can ideally be integrated in a gestalt therapeutic relationship. The risk of re-traumatising the clients with this therapy is little, as meridian tapping provides them with an immediate sensation of relief.

This article is based on a workshop held by the author in may 2014 in the framework of the Gestalt symposium “Fascination and effectivity of Gestalt therapy” (“Faszination und Wirksamkeit der Gestalttherapie“) in Kassel, Germany.

Keywords: Trauma, kinesiology, tapping, neurobiology, therapeutic relationship

1. Trauma als herausfordernder Sonderfall in der Psychotherapie

Psychotherapeuten beißen sich an traumatischen Blockaden ihrer Klienten oft die Zähne aus - auch Gestalttherapeuten: Da ermöglicht man dem Klienten mit einfühlsamer und wertschätzender Beziehungsarbeit oder mit sorgsam entwickelten Experimenten neue Erfahrungen und hofft, dass sie den Hintergrund heilend bereichern! Doch entweder verschwinden die Symptome der Klienten gar nicht oder sie tauchen bei schmerzhaften Auslösern unvermindert wieder auf, wenn die traumatischen Gefühle den Vordergrund überfluten. Die alten Erfahrungen lassen sich also nicht von den neuen überschreiben oder zumindest ausreichend ergänzen. Traumatisierte Klienten wiederum verzweifeln an sich, an der Therapie (oder gar am Therapeuten) und an ihren Chancen auf Heilung. Ein Trauma ist wie eine Mauer, die sich schier nicht übersteigen lässt - schmerzhaft für die Klientin und frustrierend für den Therapeuten.

Dieser „Schreibschutz“ ist - so zynisch das klingen mag - eine sinnvolle Errungenschaft der Evolution: Denn traumatische Lernerfahrungen sind immer - gefühlt oder tatsächlich - mit dem drohenden Tod verbunden und müssen deshalb besonders sicher abgespeichert sein, damit sie in Zukunft das Überleben sichern. Möglich gemacht hat die Evolution das erst mit der „Erfindung“ von Stress. Denn Stress erlaubt, bei Lebensgefahr mit vergrößertem Energiepotential zu kämpfen oder zu fliehen. Mancher hatte als Kind unter normalen Umständen nicht die Kraft auf einen Baum zu klettern: Im Angesicht des zähnefletschend heranbellenden Nachbarhundes war es plötzlich möglich! (vgl. Hüther 2011, 17ff).

Ein Beispiel: Dieter (alle Namen geändert) ist ein 55jähriger ehemaliger Bundeswehrosoldat. Der Pilot hat im Jugoslawienkrieg in einem Verband von Transportflugzeugen Hilfsgüter in eine eingeschlossene Stadt geflogen. Weil feindliche Truppen die Transall-Maschinen vom Boden aus beschießen, gerät er in Panik und bringt das Flugzeug beinahe zum Absturz. In der Folge erkrankt er an PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung), wird arbeitsunfähig und kann auch viele Jahre nach dem Vorfall aus Angst nicht das Haus verlassen, wenn die Bundeswehr Übungsflüge mit der Transall macht. Als bei einem Wanderausflug in die Berge plötzlich der Nebel aufreißt und er ins Tal blicken kann, interpretiert sein Gehirn die Vogelperspektive so, als befände er sich im Landeanflug auf die eingeschlossene Stadt im ehemaligen Jugoslawien und würde aus der Wiese beschossen: Er bekommt Todesangst, Schweißausbrüche, muss anfangen zu weinen und die Wanderung sofort abbrechen. Solche Stress-Erlebnisse (Flashbacks und Hyperarousals) lassen ihn auch deshalb verzweifeln, weil er doch eigentlich weiß, dass ihm keine Gefahr droht: Sein Großhirn sagt ihm, dass Frieden herrscht, dass er sich nicht im ehemaligen Jugoslawien befindet und auch nicht im Flugzeug sitzt. Seine Panikreaktionen und die Todesängste kann er dennoch nicht

verhindern.

Das hat folgenden Grund: In der traumatischen, lebensbedrohlichen Situation setzt der Körper große Mengen an Stresshormonen frei. Damit der Mensch sein Leben durch Kampf oder Flucht retten kann, überschwemmen sie den ganzen Körper - und damit auch eine sehr sensible Struktur im Gehirn: den Hippocampus. Als „Archivar“ des Gehirns ist er normalerweise dafür zuständig, alle Erfahrungen des Menschen im Großhirn zu vernetzen und bei Gelegenheit wieder darauf zuzugreifen¹. Er ist also intensiv daran beteiligt, wenn sich Gestalten öffnen und schließen. Die Schwäche des Hippocampus: Er verträgt Stresshormone nur sehr schlecht; wenn er von ihnen überflutet wird, ist er außer Gefecht gesetzt und kann die Vernetzung im Frontalhirn nicht vollständig anregen, - die Verarbeitung wird von den Strukturen des limbischen Systems übernommen.

Werden später Erinnerungen an die traumatische Situation wach und bringt ein „Trigger“ eine traumatische Figur hervor, dann kann der Hippocampus deshalb auch nicht auf vernetzte und verarbeitete Inhalte zugreifen, und es agieren nur die anderen limbischen Strukturen - wie zum Beispiel die Amygdala, das Angstzentrum des Gehirns.

In Dieters Fall läuft das dann - vereinfacht dargestellt - folgendermaßen ab: Das Motorengeräusch einer Transall oder der Blick ins Tal wie aus einem Cockpit sind für ihn „Trigger“, also Auslösereize, die an das traumatische Erlebnis gekoppelt sind. Diese „Trigger“ öffnen die traumatisch verarbeitete Gestalt: Das Angstzentrum des limbischen Systems, die Amygdala, schlägt in Sekundenbruchteilen Großalarm und löst allerhöchste Gefechtsbereitschaft aus. Sie schaltet durch eine Stressreaktion gewissermaßen den „Turbolader“ zu: Wie in der Originalsituation löst sie Todesangst aus und lässt reichlich Stresshormone ausschütten, damit der Mensch in der Lage ist zu kämpfen oder zu fliehen. Gleichzeitig „fragt“ die Amygdala beim Hippocampus nach, ob der Trigger mit irgendwelchen Erfahrungen vernetzt ist, die Grund zur Entwarnung geben könnten. Der Hippocampus durchsucht also das Großhirn, findet aber nichts Beruhigendes: Schließlich war er in der traumatischen Situation von Stresshormonen lahm gelegt und konnte die traumatischen Erfahrungen nicht ordnungsgemäß verarbeiten, vernetzen und codieren. Die Amygdala erhält den Alarmzustand deshalb aufrecht und die Stresshormone belasten (und schädigen) den Hippocampus ein weiteres Mal. Selbst wenn also keine tatsächliche Gefahr besteht, kann ein unbedeutend wirkender Trigger dafür sorgen, dass die längst vergangene Trauma-Situation wieder gefühlte Gegenwart wird.

Ist ein Erlebnis *nicht* traumatisch verarbeitet, kann das Großhirn dagegen durchaus Entlastung

¹ vgl. Damasio (2003): Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. List München, 108: Er legt dar, wie beim Zustandekommen von Gefühl, Bewertung und Denken subkortikale Gehirnteile des Zwischenhirns, der Hirnstamm und die Kortextareale zusammenwirken, zit. n. Kröll, L.(2008): Transkulturelle Gestalttherapie mit Ärzte-ohne-Grenzen. In: Gestalttherapie 2, 112

bieten: Jeder kennt die Situation, dass er am Waldboden einen Ast liegen sieht und in einer Schrecksekunde glaubt, eine Schlange vor sich zu haben. Sobald aber das Großhirn die Erklärung geliefert hat, dass es nur totes Holz ist, lässt der Schrecken unmittelbar nach, und der Mensch kann problemlos über den Ast hinübersteigen.

2. Behandlung von Traumata mit ROMPC-Klopftechniken

In der Traumatherapie mit ROMPC („Relationship-oriented Meridian-based Psychotherapy, Counselling and Coaching“) spielen Großhirn und Verstand eine untergeordnete Rolle, wenngleich es für die Klientin natürlich wichtig und entlastend ist zu erfahren, wie ihr ganz persönliches Trauma funktioniert. Es geht nämlich vor allem darum, eine Veränderung auf limbischer Ebene und eine Vernetzung mit dem Großhirn herbeizuführen. Das allerdings mit aller Vorsicht: Denn bei einem traumatisierten Klienten kann es die traumatischen Gefühle wieder schmerzhaft hochspülen, wenn er nur darüber spricht (Ermann 2007, 165). Voreilig initiierte Gestaltexperimente oder gar Engpassarbeiten sind deshalb in den meisten Fällen Gift für ihn: Zu groß ist die Gefahr, dass er wieder ins Trauma rutscht und sich die Trigger noch tiefer eingraben oder gar ausweiten. Weil sich traumatisierte Klienten genau davor instinktiv fürchten, meiden viele von ihnen sogar Psychotherapie, die ihnen ja eigentlich helfen soll. Wie die Traumaforschung der letzten Jahre gezeigt hat, muss die Therapeutin also in erster Linie eine Atmosphäre schaffen, in der sich der Klient sicher fühlt und in der er die Therapeutin nicht mit dem Täter identifiziert. Mit den Traumainhalten darf sie ihn nur äußerst behutsam konfrontieren.

Auch deshalb ist ROMPC ein beziehungsorientiertes Verfahren. Denn für die heilsame Therapie eines Traumas ist eine „umfassende“ Beziehung von der Therapeutin zum Klienten (Doubrawa/Staemmler 2003) eine noch wesentlichere Voraussetzung als für Psychotherapie ohnehin schon. Der Klient muss seiner Therapeutin also vertrauen und ihr Wohlwollen spüren, damit er sich öffnen und sich in die „Todeszone“ des Traumas wagen kann. Die Therapeutin ist nicht nur professionelle „Behandlerin“, sondern sie tritt ihrem Klienten auch in Bubers Sinne als Mensch und Beziehungspartnerin gegenüber - als lebendiges Du auf Augenhöhe. Sie fühlt sein Leid nach und ist sich seiner Verletzlichkeit ebenso bewusst wie ihrer Verantwortung (weiterführend: Weil/ Erfurt-Weil 2010, 34f.).

Weil dieser achtsame, partnerschaftliche und beziehungsorientierte Umgang für viele Gestalttherapeuten die Basis ihrer Arbeit ist, lassen sich ROMPC-Techniken hervorragend in die gestalttherapeutische Arbeit integrieren. Sie passen auch zum Konzept von Vordergrund und Hintergrund: Ein Trauma wird in der Therapiesitzung zur Figur, kann durch das Klopfen von Meridianpunkten behandelt werden und sinkt deutlich entstresst in den Hintergrund zurück. *Warum* dieses Klopfen die Trigger und die dahinter liegenden traumatisch verarbeiteten Inhalte von

stressenden Gefühlen wie Angst, Wut, Ohnmacht, Schmerz etc. entkoppelt, liegt meines Wissens noch im Dunkeln. *Dass* es entkoppelnd wirkt, zeigt sich bei so gut wie jeder Behandlung. Offenbar regt das Klopfen den Hippocampus zur nachträglichen Verarbeitung an, und die in der traumatischen Situation hastig und gesplittert abgespeicherten Informationen bekommen einen neuen Zeitrahmen und Sinnzusammenhang. Sie können nun nachhaltig codiert abgespeichert werden. Der „Archivar“ bekommt also diesmal in einem geschützten Rahmen mehr Zeit zum nachhaltigen Verarbeiten. Wenn der ehemals traumatische Inhalt künftig durch Trigger zur Figur wird, kann der Hippocampus die abgelegten und vielfältig vernetzten Informationen nun schnell und vollständig abrufen und so eine limbische Reaktion vermeiden oder abkürzen.

Das Klopfen wirkt allerdings nur, wenn das Trauma „eingeschaltet“ ist, das heißt: die damit verbundenen Gefühle im Vordergrund sind. Oft kommt der Klient ohnehin schon mit dem traumatischen Erleben in die Therapiesitzung, oder es tritt im Lauf der Sitzung in den Vordergrund. Ist das nicht der Fall, kann der Therapeut es gezielt und behutsam in den Vordergrund holen, wenn er die Beziehung für stabil genug und das Trauma für „reif“ hält.

Meridiane als Klopfpunkte

Meridianpunkte werden in der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) seit Jahrtausenden erfolgreich für Akupunktur und Akupressur genutzt. Die westliche, naturwissenschaftliche Medizin hat die Meridiane allerdings nie (z.B. anatomisch) nachweisen können. ROMPC nutzt ein gutes Dutzend dieser Punkte im Gesicht, am Oberkörper und an den Händen. Die TCM ordnet jedem dieser Punkte bestimmte Gefühle zu: Wenn zum Beispiel traumatische Angst im Vordergrund steht und primär behandlungsbedürftig ist, wird der Punkt unter dem Auge geklopft, um die Angstgefühle zu lindern. Weiter gibt es Punkte für Schmerz und Traurigkeit, Wut und Ohnmacht, Scham, Ambivalenz, Schuldgefühle, Verlassenheit etc. Das Klopfen wirkt in der Situation entkoppelnd und damit entstressend und entfaltet darüber hinaus auch eine Tiefenwirkung, so dass die zum Trauma gehörenden Trigger dauerhaft weniger stressauslösend sind. Die Klienten können entscheiden, ob sie sich selbst klopfen oder ob der Therapeut sie klopfen. (Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass zu den Behandlungstechniken auch induzierte Augenbewegungen und Blinzeln gehören, ebenso Atemtechniken, rhythmische Bewegungen und andere körpertherapeutische Interventionen.)

Es geht nicht darum, alle als negativ empfundenen Gefühle „wegzuklopfen“. Trauer, Schmerz, Angst, Wut usw. gehören zu einem gesunden Seelenleben und helfen auch, schwierige Erfahrungen zu verarbeiten. Die Entkoppelungs-Techniken sind dann sinnvoll und hilfreich, wenn ein Trauma getriggert ist: Wenn also entweder Gefühle (zum Beispiel Todesangst) die Klientin unerträglich

überfluten, oder wenn die schmerzhaften Gefühle blockiert sind (unabgeschlossene Gestalt). Letzteres ist immer dann der Fall, wenn eine traumatische Episode getriggert ist, in der der Klient weder kämpfen noch fliehen konnte und deshalb eingefroren ist („Totstellreflex“).

2.1 Behandlung lebensgeschichtlicher Traumata

2.1.1 Behandlung bei bekannter Traumawurzel

Idealerweise kennt der Klient die Traumawurzel, also die Geschichte seines Traumas. Ein Beispiel: Die 23-jährige Anja ritzt sich. Damit kompensiert sie ihr geringes Selbstwertgefühl und fügt sich gleichzeitig Leid zu, das sie verdient zu haben glaubt. Sie kann abends nur schwer einschlafen. Im Kontakt zum Therapeuten hat sie Angst, nicht verstanden zu werden, versteckt meist ihre Hände, schämt sich schnell und fürchtet sich vor Entblößung und Demütigung. Weil der Therapeut ahnt, dass hier ein traumatisches Erleben zugrunde liegt, spricht er diesen Eindruck aus, erklärt der Klientin einiges darüber, wie Traumata funktionieren, und fragt sie, ob ihr dazu etwas aus ihrer Lebensgeschichte einfällt. Anja berichtet nach kurzem Zögern, dass eine Gruppe von Freunden sie als 15-Jährige mit Alkohol „abgefüllt“ und dann dazu überredet hat, mit einem der Jungs vor den Augen der anderen Sex zu haben: Sie sollte ihr „erstes Mal hinter sich bringen“. Einige der Freunde haben die Szene mit dem Handy gefilmt und das Video anschließend an eine unbekannte Zahl von Freunden und Mitschülern weitergereicht.

Beim Erinnern und Erzählen in der Therapiestunde treten die schmerzhaften, traumatischen Gefühle in den Vordergrund: Anja bekommt Tränen in die Augen, sie zittert und kann – wohl vor Scham und Angst - keinen Blickkontakt mehr aushalten und nicht weitersprechen. Der Therapeut entschließt sich, schnell zu handeln, um sie von ihrer Not zu befreien, auch damit das Trauma sich nicht weiter eingräbt. Er fragt sie, welches der oben genannten Gefühle gerade am meisten im Vordergrund ist. Nach ihrem Empfinden ist der Schmerz am stärksten. Auf einer Skala von 0 bis 10 schätzt sie ihren Stress bei 9 ein.

Wer klopft? Klient oder Therapeutin?

Weil Anja erst zum zweiten Mal zur Therapie kommt, und weil es sich bei der getriggerten Geschichte um einen Übergriff mit Körperkontakt handelt, entscheidet der Therapeut, dass sie sich selbst klopft. (Die Erfahrung, dass sie den Körperkontakt mit einem Mann - in diesem Fall beim Klopfen – als wohltuend und nicht übergriffig erleben kann, kann erst stattfinden, wenn die therapeutische Beziehung stabil genug ist.) Zuerst reibt sich Anja unter seiner Anleitung mit kreisenden Bewegungen die „neurolymphatische Reflexzone“ unter dem Schlüsselbein, der

Therapeut spricht dazu mit ruhiger und eindringlicher Stimme: „Ich liebe und akzeptiere mich voll und ganz, auch damit, dass mich der Schmerz dieser schlimmen Geschichte gerade wieder überfällt, und auch damit, dass ich mich jetzt genauso ohnmächtig und ausgeliefert fühle wie damals. Das ist Teil meiner Geschichte und damit liebe und akzeptiere ich mich, wie ich bin.“ Diese „psychologische Umkehr“ hat sich bewährt, weil sie den unbewussten Widerstand gegen Veränderung auflöst.

Jetzt kann die Klopfbehandlung beginnen. Der Therapeut schlägt Anja vor, sich den Punkt an der Innenseite der Augenbraue zu klopfen (etwa 3-5 mal pro Sekunde). Dazu spricht er wieder mit trance-induzierender Stimme: „Ich spreche jetzt mal für Sie, Sie nehmen sich davon, was für Sie passend ist, den Rest lassen Sie einfach an sich vorbeirauschen: Dieser unsagbare Schmerz! Es tut sehr weh, jetzt an diese schlimme Geschichte erinnert zu werden! Es war ungeheuer verletzend für die jugendliche Anja, was ihre damaligen Freunde ihr da angetan haben! Sie haben ihr Vertrauen missbraucht! Haben sie zu etwas überredet, das ihre Grenzen verletzt hat! Sie haben sie beschämt! Sie hat sich nicht gegen den Vorschlag der anderen wehren können. Sie hätte Freunde gebraucht, die sie schützen anstatt sie einer demütigenden Situation auszusetzen, in der intimen Situation der Nacktheit und dem ersten Sex mit einem Jungen! Diese große Enttäuschung, dass sie ihr Vertrauen und ihre schwache Position ausgenutzt und dann auch noch das Video an andere Menschen weitergegeben haben! Sie haben unrecht an ihr gehandelt und ihr großen Schaden zugefügt.“ Wenn das Trauma ausreichend gewürdigt und eingeordnet ist, schließt der Therapeut die Sequenz ab: „Und vielleicht können Sie jetzt einen Teil dieses berechtigten und nachvollziehbaren Schmerzes loslassen bis in alle Wurzeln und die tiefsten Ursachen des Problems.“

Auf die gleiche Weise beklopft sich Anja unter seiner Anleitung noch die Punkte unter dem Auge (Angst), im Augenwinkel (Wut) und am Kinn (Scham). Denn die Demütigung ist für die Jugendliche sicher mit großen Schamgefühlen und mit Angst vor einem sozialen Tod einhergegangen. (Die Wut soll sie nicht nur loslassen, sondern einen Teil auch zulassen, um sich künftig besser abgrenzen zu können.) Danach lässt der Therapeut sie ein paar mal tief ein- und mit Ton ausatmen und er unterstützt den Austausch der beiden Gehirnhälften: Dazu lässt er sie horizontale Augenbewegungen hin und her machen, schnippt mit den Fingern abwechselnd rechts und links neben ihren Ohren und klopft mit den Handflächen abwechselnd die beiden Schultern. Die Behandlung hat nur wenige Minuten gedauert. Hinterher lächelt Anja, wirkt erleichtert und entspannt, fast heiter. Ihr Stressniveau setzt sie (auf der Skala von Null bis zehn) nur noch bei drei an.

Offenbar stimuliert das Klopfen der Meridianpunkte das limbische System des Gehirns, und die trance-induzierenden Erklärungen des Therapeuten helfen, das traumatische Erlebnis nachträglich zu verarbeiten, indem der Hippocampus die Vernetzung im Großhirn anregt. Einige Wochen später

kommt Anja noch einmal auf das Erlebnis zu sprechen. Dabei ist sie zwar traurig und schockiert über das Verhalten ihrer damaligen Freunde und kann Mitgefühl für sich selbst haben, aber sie hält diese Gefühle gut aus und findet nach angemessener Zeit wieder daraus zurück.

2.1.2 Behandlung bei unbekannter Traumawurzel

Oft ist die Wurzel des Traumas jedoch nicht bekannt: Denn manche Erlebnisse liegen vor jeder Erinnerung oder es besteht kein Bewusstsein von ihnen, weil sie möglicherweise zu schmerzhaft waren. Dann kann die Therapeutin der Traumawurzel mit einem kinesiologischen Muskeltest auf den Grund gehen: Genauso wie manche Heilpraktiker z.B. mit dem Muskeltest überprüfen, welche Lebensmittelunverträglichkeiten ein Patient hat, oder welches Medikament für ihn das richtige wäre. Dahinter steht die Annahme, dass das gesamte System des Menschen über sich Bescheid weiß und oft viel zutreffendere Antworten gibt als sein bewusstes, auf das Großhirn beschränkte Denken. Ein Beispiel: Gerhard (58) beschäftigt sich seit Monaten mit seiner schwierigen Familiengeschichte. Dabei kann er Zusammenhänge erhellen, seine gegenwärtige Lebenssituation besser verstehen, Mitgefühl für sich aufbauen und Selbstkonzepte korrigieren. Dieses Forschen fasziniert ihn und nimmt streckenweise einen großen Teil seiner freien Zeit ein. In einer Therapiestunde erzählt er dann, dass er dabei seit Kurzem Angst bekommt: Jetzt laufen ihm Tränen herunter, und er kann sich diese Angst nicht erklären.

Der Therapeut wendet den Muskeltest an, um Antworten zu finden. Er stellt die Hypothese auf:

„Die Angst im Zusammenhang mit der Familienforschung geht zurück auf eine lebensgeschichtliche Belastung.“ Kurz darauf drückt er den ausgestreckten Oberarm des Klienten nach unten. Der Klient versucht dagegenzuhalten, also den Muskel anzuspannen. Weil die Aussage zutrifft und dem System Stress verursacht, ist der Muskeltonus kurzzeitig geschwächt, und der Arm lässt sich deshalb leichter herunterdrücken. Der Therapeut grenzt jetzt das Lebensalter ein und stellt die Hypothese auf: „Der Stress geht auf ein traumatisierendes Erleben vor dem 10. Lebensjahr zurück.“ Der Muskel ist wieder schwach, das Erleben liegt also tatsächlich vor dem 10. Lebensjahr. Durch weiteres Aufstellen von Hypothesen und Testen des Muskels grenzt der Therapeut das betreffende Lebensalter auf das 3. bis 4. Lebensjahr ein (unterhalb dieses Alters ist der Muskeltonus stark geblieben). Dann: „Das traumatisierende Ereignis steht primär im Zusammenhang mit der Mutter.“ Wieder schwacher Muskel, die Aussage trifft also zu.

Im weiteren Gespräch stellt sich heraus, dass zu dieser Zeit der Vater sehr krank wurde und längere Zeit auf Kur musste. Die Mutter hat sich deshalb allein und überfordert gefühlt und ihre emotionalen Bedürfnisse an den kleinen Gerhard herangetragen: Er wurde zum Partnerersatz. Darüber Wut zu empfinden oder sie gar zu äußern, war ihm verboten, weil seine Mutter die Wut nicht ausgehalten hätte. In den letzten Wochen sind diese berechtigten Wutgefühle wieder in den

Vordergrund gekommen: Denn bei der Erforschung seiner Familiengeschichte hat er auch viele für ihn leidvolle Zusammenhänge erkannt und sieht die Verantwortung dafür vor allem bei seiner Mutter. Mit der verdrängten Wut erlebt Gerhard aber auch wieder die alte Angst des kleinen Jungen, er könnte seine Mutter verlieren, wenn er die Wut zuließe und sich damit von ihr abgrenzen würde. Weil das in letzter Konsequenz seinen (seelischen) Tod zur Folge hätte, hatte der kleine Junge eine Art Todesangst – eine Grundvoraussetzung für eine traumatische Verarbeitung. Der Muskeltest bestätigt die Hypothese: „Die Angst beim Erforschen der Familiengeschichte steht im Zusammenhang mit der damals verbotenen Abgrenzung von der Mutter, der Wut auf sie und der Angst sie zu verlieren.“

Neu einordnendes Nacherleben des Traumas

Jetzt ist mithilfe des Muskeltestes die exakte Traumawurzel der gerade angeschalteten Gefühle eruiert und kann somit präzise behandelt werden. Das garantiert, dass die nun folgende Klopfbehandlung nicht nur momentane Erleichterung und Entstressung bringen, sondern auch eine Tiefenwirkung entfalten wird.

Der Therapeut entscheidet sich für eine Klopfsequenz mit den Meridianpunkten, die für Schmerz, Angst und Wut zuständig sind. (Er könnte noch mit Muskeltest auch überprüfen, welches Gefühl und welcher Meridian primär behandlungsbedürftig ist.) Während er Gerhard an diesen Punkten klopft, spricht er in der oben skizzierten Weise über die damaligen Erlebnisse des kleinen Gerhard, würdigt sie und äußert Empathie und Verständnis für das Erleben des kleinen Jungen und für seine von der Umwelt missachteten Bedürfnisse. An dieser Stelle können die therapeutische Beziehung und vor allem die Elternübertragung in der Therapie eine besonders intensive und heilende Wirkung entfalten: Wenn die Eltern dem kleinen Jungen diese Erklärungen geliefert hätten, hätte er die Erfahrung nicht traumatisch verarbeiten müssen.² Durch das hypnotherapeutische und vom Klopfen begleitete Nachspielen und Richtigstellen der traumatisierenden Dynamik widerfährt dem inneren Kind des Klienten Gerechtigkeit (vgl. z.B. Chopich/ Paul 2011). Im Gegensatz zu damals hat der Klient jetzt also einen wohlmeinenden und verstehenden Erwachsenen an seiner Seite, der ihm die Wirklichkeit in angemessener und heilsamer Weise erklärt.

Am Ende eines jeden Klopfpunktes bietet der Therapeut Gerhard an, das jeweilige belastende Gefühl (Angst, Schmerz und Wut) loszulassen, weil es nicht mehr in seine Gegenwart passt und deshalb nicht mehr notwendig ist. Es kann auch sein, dass sich - während oder nach dem Klopfen -

² Denn eine wichtige Aufgabe der Eltern ist es, ihren Kindern ihre Gefühle zu erklären: So werden die Kinder sich allmählich ihrer Empfindungen bewusst und verstehen sie. Die Eltern schulen so die Awareness ihrer Kinder und schaffen damit die Voraussetzung dafür, dass die Kinder Gestalten bilden und schließen können (wie wichtig die Bindung zu Eltern oder Pflegepersonen ist, ist z.B. bei Ermann 2007, 44 ff. nachzulesen, vgl. auch Bowlby 1975).

bisher blockierte Gefühle lösen und in Form von Tränen oder einem Wutausbruch zum Ausdruck kommen. Das unterstützt der Therapeut. Es folgt ein kräftiges Ausatmen und der oben beschriebene Abgleich der Gehirnhälften durch induzierte Augenbewegungen, Fingerschnippen neben den Ohren und Schulterklopfen.

Danach ist Gerhard erschöpft und erleichtert. Seine Angst ist verschwunden. Der Therapeut überprüft mit dem Muskeltest die Hypothese: „Die Angst vor der Familienforschung ist im Moment noch behandlungsbedürftig.“ Der Muskeltonus ist stark, das heißt: Die Hypothese ist nicht stressbehaftet, trifft also nicht zu. In den nächsten Wochen ist es Gerhard, wie sich zeigt, möglich, die Erforschung seiner Familiengeschichte ohne Angst weiter zu betreiben.

Traumabegriff weiter fassen!

Aus Gerhards Geschichte wird deutlich, dass Psychotherapie den Begriff „Trauma“ viel weiter fassen kann, als es der ICD bisher tut: Bei einem Trauma muss es sich nicht um ein einmaliges Ereignis handeln und die reale Situation muss nicht *tatsächlich* lebensbedrohlich gewesen. Es genügt, wenn es sich so angefühlt hat! Vielen ICD-Diagnosen liegen eigentlich Traumatisierungen zugrunde (vgl. Ermann 2007, 152 ff.).

Es kann schon traumatisierend wirken, wenn ein Kind existentielle Gefühle von Angst, Scham oder Schmerz empfindet, vor allem, wenn das über einen längeren Zeitraum seiner Entwicklung andauert; es kann verheerende traumatische Wirkung haben, wenn Elternteile für ein Kind über längere Zeit ausfallen, z.B. weil sie krank oder depressiv werden, oder weil Geschwister besondere Aufmerksamkeit brauchen, oder weil sie nicht in der Lage sind, dem Kind eine stabile Beziehung anzubieten; möglicherweise kann es schon traumatisierend sein, wenn ein Kind Liebe und Wertschätzung nicht für sein Sein erfährt, sondern nur für Leistung oder Wohlverhalten; es kann traumatisierend sein, wenn Kinder in der Schule über längere Zeit Außenseiter sind und schwer Freunde finden, weil sie aus irgendwelchen Gründen nicht dem Mainstream entsprechen; es kann traumatisierend wirken, wenn ein Vater sein Kind als Enttäuschung erlebt oder wenn er unberechenbar ist: mal launisch und zurückgezogen, dann wieder übergriffig nah.

Diese „kleineren“ Traumata werden vielleicht eher selten in eine PTBS münden, aber sie können doch weitreichende Folgen für das ganze Leben von Menschen haben: Viele dieser Klienten haben grundlegende und als bedrohlich empfundene Probleme in ihren Partnerschaften oder sind überhaupt nicht zu Beziehungen in der Lage, manche leben isoliert, können sich schwer auf einen persönlichen Kontakt einlassen, leiden an Depressionen, reagieren unangemessen aggressiv, wenn jemand ihre traumatischen Gefühle triggert, werden delinquent oder drogensüchtig, oder sind anfälliger für Überforderung durch Arbeit. Es lohnt sich also in vielen Fällen, Klienten mit den

traumatherapeutischen Techniken von ROMPC zu befragen und zu behandeln.

2.2 Behandlung übernommener Traumata

Traumata werden im Erbgut eines Menschen aufbewahrt und gehen deshalb genetisch an die nächste Generation weiter. Eltern geben ihre Traumata aber auch durch ihre Ausstrahlung, ihr Verhalten oder ihre Mimik transgenerational weiter: Weil es nämlich für das Überleben von Kindern eminent wichtig ist, das Innenleben ihrer Eltern so genau wie möglich zu erspüren, nehmen sie oft auch deren Traumata mit in sich auf. Eine Tochter von KZ-Überlebenden hat nach dem Tod der Eltern in einer schweren Krise Bilder gemalt, in denen später ehemalige Mithäftlinge reale Erfahrungen der Eltern wiedererkannten, obwohl sie der Tochter niemals davon erzählt hatten. ROMPC nennt ein Trauma, das eine Klientin von Menschen ihres nahen Umfeldes übernommen hat, „Introjekt“ (in der gestalttherapeutischen Terminologie ist ein „Introjekt“ ein unverdaut übernommener Inhalt, ein gedanklicher etwa). Die Wurzel eines übernommenen Traumas identifizieren ROMPC-Therapeuten über den Muskeltest und behandeln sie dann mit Klopftechniken.

Ein Beispiel: Georg (45) hat Angst in Gruppen. Manchmal werden diese Ängste so unerträglich, dass er am liebsten davonlaufen würde: Sein Körper spannt sich an, er bekommt feuchte Hände, im Rücken spürt er ein heftiges Stechen und sein Hals ist zugeschnürt. Eine Erklärung für diese Ängste hat er nicht. Mit dem Muskeltest findet die Therapeutin heraus, dass die Gefühle, die augenblicklich im Vordergrund sind, nicht zu einer lebensgeschichtlichen, sondern zu einer von der Mutter übernommenen Traumatisierung gehören. Die Therapeutin bittet Georg deshalb, sich seine Mutter auf einem anderen Stuhl vorzustellen und dann darauf Platz zu nehmen. Natürlich *ist* er nicht seine Mutter, aber er *identifiziert* sich mit den Teilen der Mutter, die er in sich aufgenommen hat. Die Therapeutin befragt nun dieses mit der Mutter identifizierte System mit dem Muskeltest. Dabei stellt sich heraus, dass Georgs Mutter das Trauma im zweiten Lebensjahr erworben hat. Georg weiß, dass sie damals gemeinsam mit ihrer Mutter (Georgs Großmutter) in der Berliner U-Bahn einen Luftangriff miterlebt hat: Der Zug bleibt stehen, die Lichter gehen aus, von oben ist entsetzlicher Lärm zu hören, und der Zug bebte von den Erschütterungen der niedergehenden Bomben. Die Kleine versteht naturgemäß nichts von dem Geschehen um sie herum, aber sie spürt die Todesangst ihrer Mutter unter den Fahrgästen des U-Bahn-Waggons und nimmt sie in sich auf. Der Muskeltest bei Georg auf dem „Mutterstuhl“ bestätigt die Hypothese, dass diese unerklärliche und nicht verstandene Angst der Mutter in der Zufallsgemeinschaft im U-Bahn-Waggon auf ihn übergegangen ist und sich bei ihm als Angst in Gruppen generalisiert hat.

Die Therapeutin klopft ihn nun auf dem Stuhl der Mutter - klopft also den Teil der Mutter, den er in sich aufgenommen hat. Sie entscheidet sich dafür, die Meridianpunkte für Angst (unter dem Auge)

und ohnmächtige Wut (Augenwinkel) zu klopfen. Dazu spricht sie trance-induzierend von dem Erlebnis des zweijährigen Mädchens in der U-Bahn, erklärt mit ihren Worten die ganze Situation, die dem Kleinkind damals unverständlich sein musste. Am Ende der Behandlung fragt sie die imaginäre Mutter, ob sie ihrem Sohn, dessen Stuhl jetzt leer ist, etwas sagen möchte. Georg spricht vom Mutterstuhl aus hinüber zum Sohnstuhl: „Es tut mir so leid, dass ich Dir dieses schlimme Erlebnis mitgegeben habe, und dass Du deswegen heute in Gruppen Ängste ausstehen musst. Ich wünsche Dir sehr, dass Du diese Ängste loslassen und das Leben in Gruppen auch genießen kannst.“ Georg wechselt wieder auf seinen Stuhl hinüber.

Einige Tage später ist er auf einem Geburtstagsfest eingeladen und kann seit langem zum ersten Mal entspannt ein Fest mit anderen Menschen genießen, ohne sich zu ängstigen. In den folgenden Monaten macht er diese Erfahrung immer häufiger – auch wenn manchmal ein Rest seiner alten Beklemmungen spürbar wird.

2.3 Traumata sind vielschichtig wie eine Zwiebel

Traumatische Erfahrungen sind selten Solitäre, vor allem wenn wir sie sehr früh gemacht haben. Sie haben die Eigenart sich zu vernetzen, sich auszuweiten und sich in mehreren Schichten (oft über eine Kindheit und Jugend hin) aufzubauen: Wenn Georg als Kind das traumatisierende Gruppenerlebnis in der U-Bahn von seiner Mutter übernommen hat, dann macht ihn das anfälliger für weitere schmerzhaft Erfahrungen in Gruppen. Vielleicht fühlt er sich im Kindergarten in der Gruppe unsicher und wird später in der Schule zum Außenseiter und teilweise sogar zum Prügelknaben.

Wenn der kleine Gerhard seiner Mutter den abwesenden Partner ersetzt und deshalb seine emotionalen Bedürfnisse unterdrückt hat, dann fehlt ihm die Erfahrung, dass er ein Recht darauf hat, seine eigenen Bedürfnisse zu erfüllen: Das werden seine Mitmenschen spüren und seine Bedürfnisse mit höherer Wahrscheinlichkeit missachten und seine Grenzen verletzen – eventuell sogar auf traumatisierende Weise; einerseits weil traumatisierte Menschen durch ihre Erfahrungen eine Opferidentität etablieren können, die leicht getriggert werden kann, andererseits auch weil sie sich unbewusst mit dem Täter identifizieren und sich so oft unbewusst wie diese Täter gegenüber sich und anderen verhalten (zur Bedeutung des Täterintrojektes für die therapeutische Beziehung vgl. Ermann, 2007, S. 165 f.).

Anja hat sich nicht gegen den Druck ihrer Freunde schützen können und sich zum Sex mit einem Jungen vor den Augen der anderen überreden lassen. Das liegt sicher auch daran, dass sie in ihren Kindheitsjahren mit ihren nicht sehr liebevollen und teilweise auch übergriffigen Eltern nicht hat lernen dürfen, ihre Grenzen zu wahren. Viele dieser kindlichen Vorerfahrungen hat sie wahrscheinlich traumatisch verarbeitet. Und auch nach dem ersten traumatischen sexuellen Erlebnis

hört die Verletzung ihrer Integrität nicht auf. Jetzt ist sie es selbst, die sich durch Ritzen verletzt. Das heisst: Traumatisierte Menschen werden leichter Opfer von neuerlichen Traumata und entwickeln im Laufe ihres Lebens oftmals ein Trauma-Netz. Traumata sind also vielschichtig wie eine Zwiebel. Deshalb kommt es häufig vor, dass sich Klienten nach den Behandlungen zunächst besser fühlen, und ihre Symptome abklingen. Nach einigen Tagen, Wochen oder Monaten können die belastenden Gefühle jedoch wiederkehren, weil ein banales Alltagsereignis eine andere Traumaschicht getriggert hat. Also muss die Therapeutin immer wieder erneut die in den Vordergrund getretene Traumawurzel mit den beschriebenen Techniken identifizieren und behandeln, um sich durch die Schichten der Zwiebel zu arbeiten. Die Traumaarbeit erfordert Zeit, Geduld und Beharrlichkeit. Für Klienten ist es wichtig, darüber Bescheid zu wissen. Zusätzlich behindern Traumata die weitere Entwicklung eines Menschen: Wer z.B. traumatische Bindungserfahrungen gemacht hat, wird sich viel schwerer (oder überhaupt nicht) auf nahe Bindungen einlassen. Wer traumatische Ängste entwickelt, dessen Lebensradius verengt sich (möglicherweise zunehmend), weil er bestimmte triggernde Erfahrungen oder Tätigkeiten meiden muss. Wen seine Eltern nicht wahrnehmen konnten, der wird auch als Jugendlicher und Erwachsener vielleicht weniger leicht Freunde finden, auch weil er sich diese kindlichen Erfahrungen mit großer Minderwertigkeit erklärt hat. Frühe traumatische Erfahrungen sind oft auch unter (späteren) neurotischen Schichten verborgen und für Klient und Therapeutin mitunter schwer zu erkennen (Ermann 2007, 75f, 158ff.).

3. Weitere Einsatzfelder und Wirksamkeit von ROMPC

Ob man den Begriff Trauma nun weit oder eng fasst, ist vielleicht gar nicht so wichtig. Die Grenzen von stressenden Belastungen bis hin zu einer PTBS (Posttraumatischen Belastungsstörung) sind fließend. Die in diesem Aufsatz beschriebenen Techniken können in vielen Fällen dieser Bandbreite zur Heilung beitragen z.B. bei Ängsten und Panikattacken, Phobien, Depressionen, Schlafstörungen, Schmerzzuständen, Burn-Out oder bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS): Sie unterstützen die Stressreduktion oder helfen viele seelische Verletzungen zu lindern. Die Entwickler empfehlen ihre Techniken auch in Beratung oder Coaching. Die Entkoppelungstechniken können möglicherweise aber auch viele andere Prozesse der Psychotherapie unterstützen, wo es um Blockaden geht, zum Beispiel wenn Klienten Introjekte (im gestalttherapeutischen Sinne) bearbeiten. Ein Beispiel: Evelyn (31) überlastet sich leicht durch Arbeit, übernimmt in ihrer Partnerschaft vorwiegend die Rolle des Ernährers und fühlt sich in ihrem weiblichen Körper nicht so richtig zuhause. In der Therapie taucht der Einfall auf, dass ihr Vater vor ihrer Geburt den Wunsch nach einem Sohn hatte. Er hat ihr also möglicherweise das Introjekt mitgegeben: „Du sollst ein Junge sein!“ Eine belastende, unlösbare und selbstentfremdende

Aufgabe für die kleine Evelyn. Ihr fällt es wie Schuppen von den Augen, dass diese Erkenntnis mehrere ihrer Schwierigkeiten erklärt. Als am Ende der Therapiestunde viele dieser Aspekte beleuchtet sind, klopft sich Evelyn unter der Anleitung des Therapeuten mehrere Punkte im Gesicht, während der Therapeut trance-induzierend dazu spricht: Er würdigt die verwirrende Last, die das kleine Mädchen mit dem unausgesprochenen Wunsch des Vaters tragen musste, erläutert, was sie eigentlich gebraucht hätte, und unterstreicht ihr Recht auf ihre Weiblichkeit. In die nächste Stunde kommt Evelyn befreit, entspannt, selbstbewusst und zuversichtlich. Außerdem ist sie entschlossen, in ihrer Weiblichkeit lebendiger zu werden. Das Klopfen hat den in der Therapiestunde angestoßenen Entwicklungsprozess offenbar beschleunigt und verstärkt. ROMPC ist eine relativ junge Technik (seit 2000) und verwendet die Klopfakupressur (auch „Tapping“ genannt) nicht als erstes und einziges: Genannt seien „Thought Field Therapy“ (TFT), „Emotional Freedom Techniques“ (EFT) oder „Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie“ (PEP).

Vor einigen Jahren hat es eine erste kleine Wirksamkeitsstudie gegeben (Kämper/ Andersch-Sattler 2009): Dazu haben 200 ROMPC-Therapeuten einen Fragebogen mit 21 Fragen beantwortet. 85% gaben an, dass sich die Dauer der Therapie verkürzt hat, wenn sie ihre Klienten mit ROMPC-Techniken behandelt haben. 67% haben festgestellt, dass sich die Symptome ihrer Klienten schon innerhalb der ersten 20 Stunden dauerhaft verbesserten (39% sogar innerhalb der ersten 10 Stunden). Die häufigsten Diagnosen waren hierbei Angststörungen (28%) und Reaktionen auf schwere Belastungen (26%), aber auch depressive und somatoforme Störungen (jeweils 13%) (Kämper/ Andersch-Sattler 2009, 27ff).³

Literaturverzeichnis:

- BLANKERTZ, S./ DOUBRAWA, E (2005): Lexikon der Gestalttherapie. Wuppertal
- BOWLBY, J. (1975): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München
- CHOPICH, E.J., PAUL, M. (2011). Aussöhnung mit dem Inneren Kind. Berlin, 27. Aufl.
- DAMASIO, A. (2003): Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. List München
- DOUBRAWA, E./ STAEMMLER, F.-M. (Hrsg.) (2003): Heilende Beziehung. Wuppertal, 2. Aufl.
- ERMANN, M. (2007): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart, 5. Aufl.
- HÜTHER, G.: Biologie der Angst (2011). Göttingen, 10. Aufl.
- JUNG, C.G. (1993): Die Archetypen und das kollektive Unbewusste. Olten, 9. Auflage
- KÄMPER, S. / ANDERSCH-SATTTLER, H.-G. (2009): Erste Wirksamkeitsstudie zu ROMPC

³ ROMPC ersetzt keine vollständige Psychotherapieausbildung, sondern ist eine Zusatzqualifikation. Die Ausbildung zum ROMPC-Therapeuten umfasst sechs Module à zweieinhalb Tage oder zwei Module à fünf Tage. Weitere Informationen unter www.rompc.de.

Unbekannter Autor 26.2.15 16:15

Kommentar: Ergänze: „Verfahren“ oder „Therapiemethode“ (dann Adjektive anpassen)

(<http://www.rompc.de/eu/index.php/wie-wirksam-ist-rompc%C2%AE.html> (abgerufen am 7.2.2015))

KELLNER, A. (2014): Einführung in Figur und Grund Psychodynamischer Gestalttherapie mit Traumapatientinnen. In: *Gestalttherapie* 1/2014, 24-47

WEIL, T. (2006): Endlich frei von Stress. Innere Blockaden lösen mit ROMPC. Kreuzlingen/München

WEIL, T./ERFURT-WEIL, M. (2010): Selbstwirksamkeit und Performance. ROMPC-Kompendium. Theorie- und Trainingshandbuch. Kassel

Anschrift des Autors:

Ulrich Trebbin

Zentnerstr.3

80798 München

www.ulrich-trebbin.de

ulrich.trebbin@gmx.de