



Vorwort
von
Gunther
Schmidt

Thomas Ch. Weber

Traumafokus

Eine neuropsychotherapeutische Methode
zur Verarbeitung von psychischem Stress,
Traumata und chronischem Schmerz

2. Auflage

facultas 

Thomas Ch. Weber

Traumafokus

Eine neuropsychotherapeutische Methode
zur Verarbeitung von psychischem Stress, Traumata und chronischem Schmerz

2., aktualisierte und erweiterte Auflage

Thomas Ch. Weber

Traumafokus

Eine neuropsychotherapeutische Methode
zur Verarbeitung von psychischem Stress, Traumata
und chronischem Schmerz

2., aktualisierte und erweiterte Auflage

facultas

Der Autor

Mag. Thomas Ch. Weber, Studium der Psychologie und Psychotherapiewissenschaft, Psychotherapeut (IG), Traumatherapeut (EMDR, Ego-State-Therapie, Brainspotting), Paartherapeut, internationaler Traumafokus-Ausbilder und Lehrsupervisor; Leiter des Instituts für Neuropsychotherapie in Wien; Forschungstätigkeit zu Schmerztherapie (sysTelios-Klinik, 2016–2018); Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie und Gewaltforschung (GPTG).

Quellenverzeichnis für die Abbildungen:

Abb. 1: © decade3d - iStock

Abb. 2: © NataliaDeriabina - iStock

Abb. 3: © Jolygon - iStock

Abb. 4: © Alena Hovorkova - shutterstock

Abb. 5: © Mary Balchos - Alamy

Abb. 6, 7: © Alena Hovorkova - shutterstock

(Adaptierungen/Beschriftungen jeweils durch den Autor)

Porträtfoto Autor: © Johannes Pietsch

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung des Autors oder des Verlages ist ausgeschlossen.

2. , aktualisierte und erweiterte Auflage 2021

Copyright © 2021 Facultas Verlags- und Buchhandels AG

facultas Universitätsverlag, Stolberggasse 26, 1050 Wien, Österreich

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

Umschlagbild: © agsandrew - iStock

Satz: Wandl Multimedia-Agentur

Druck und Bindung: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Printed in Austria

ISBN [978-3-7089-2145-7](#) (Print)

ISBN 978-3-99111-375-1 (E-Pub)

Vorwort von Dr. Gunther Schmidt

Das vorliegende Buch halte ich für eine sehr wertvolle Bereicherung und Hilfe nicht nur für Menschen, die z. B. Traumata oder starke, anhaltende Schmerzprozesse erlitten haben oder noch erleiden, sondern auch für alle professionellen HelferInnen, die mit ihrer Arbeit betroffene Menschen unterstützen wollen.

Wenn jemand solchen leidvollen Prozessen ausgesetzt ist, erlebt sie/er sich zunächst häufig als ausgeliefertes, hilfloses Opfer von sehr quälenden, fast immer auch sehr starke Angst auslösenden unwillkürlichen Prozessen (also Prozessen, die üblicherweise oder vollständig nicht mit dem bewussten Willen direkt steuerbar erscheinen). Da solche unwillkürlichen Prozesse, wie viele Ergebnisse der modernen Hirnforschung klar belegen, zunächst immer schneller und stärker wirken als alles Bewusst-Willentliche, erleben sich Betroffene verständlicherweise als ohnmächtig diesen bedrohenden Kräften gegenüber, was typischerweise ihren erlebten Stress und ihre Ängste verstärkt. Und da diese unwillkürlichen Prozesse ja von innen, also aus der Person selbst kommen, wird so nach und nach auch noch ein sehr schlechtes Selbstbild mit Angst vor dem eigenen Inneren aufgebaut. Man fühlt sich quasi bedroht von sich selbst und kann sich nicht mehr oder kaum noch vorstellen, dass es im eigenen Inneren auch hilfreiche, wertvolle und gesundheitsförderliche Prozesse geben könnte. So verstärkt sich häufig die Tendenz, gegen diese bedrohlichen Prozesse von innen zu kämpfen. Da diese aber schneller und stärker wirken als

Willentliches, wird man so auf Dauer immer „verlieren“, was wieder die Verzweiflung und damit genau die leidvollen Prozesse stärkt.

Leider tragen zu solchen Abläufen auch viele Angebote im Feld der medizinischen Versorgung bei, indem ebenfalls mit einer Defizitperspektive an solche „Störungen“ herangegangen wird und ungewünschte unwillkürliche Prozesse eher noch als Schwäche, Störung, Pathologie angesehen werden.

Was hier gebraucht wird, sind Angebote und Interventionsmöglichkeiten, welche hilfreiche Chancen offerieren, schnell und nachhaltig wirksam aus diesem Teufelskreis auszusteigen. Solche Chancen bietet dieses Buch in sehr gut nachvollziehbarer, plausibler und sogar direkt selbst anwendbarer Weise. Der Autor baut dabei seine Interventionen systematisch und stringent auf den Ergebnissen der modernen Neurobiologie und auch den Erkenntnissen der hypnosystemischen Therapie- und Beratungskonzepte auf, die zeigen, wie Erleben durch welche Art der Kommunikation und Beziehungsgestaltung auf unwillkürlicher Ebene erzeugt wird.

Aus hypnosystemischer Sicht, die auf der Basis der modernen Hirn- und Gedächtnisforschung konzipiert ist, wird davon ausgegangen, dass menschliches Erleben nie feststeht, sondern ständig, quasi Sekunde für Sekunde, neu erzeugt wird durch Prozesse der Fokussierung von Aufmerksamkeit auf unseren diversen Sinneskanälen, zum größten Teil aber unwillkürlich und unbewusst. Die Forschungen zum autobiografischen Gedächtnis zeigen, dass wir jede emotional „geladene“ Episode unseres Erlebens, in welchem Alter auch immer, als eigenständiges Erlebnis-Netzwerk in unserem großen unbewussten Erfahrungsrepertoire speichern und diese Netzwerke jederzeit wieder abrufbar (aktivierbar) werden, wenn entsprechende Auslösereize als Trigger wirken (unbewusstes Lenken oder Priming-Prozesse). Das

bedeutet auch, dass wir in unserem Repertoire über sehr viele hilfreiche Kompetenz-Netzwerke verfügen, auch dann, wenn diese bewusst über lange Zeit nicht wahrgenommen wurden. Wenn wir aber gerade absorbiert (assoziiert) sind mit leidvollen Erlebnis-Netzwerken, kommt es uns im Bewussten so vor, als ob wir so seien und dies nicht ändern könnten. Deshalb werden viele Interventionsmöglichkeiten benötigt, die Betroffenen selbstwirksam die Chance bieten, solche leidvollen Netzwerke zu unterbrechen und systematisch die Aufmerksamkeitsfokussierung so zu gestalten, dass die „schlummernden“ hilfreichen Kompetenzen aus dem unbewussten Repertoire reaktiviert und nachhaltig wirksam ziieldienlich vernetzt werden können - mit allen Kontexten, in denen man sie braucht. Das hypnosystemische Konzept, mit dem wir z. B. in der sysTelios-Klinik arbeiten, bietet viele solcher Interventionschancen.

Da lebende Systeme wie wir (Autopoiese) ihr Erleben immer autonom von innen heraus selbst erzeugen, ist davon auszugehen, dass auch jede hilfreiche Veränderung, z. B. im Rahmen einer Therapie, letztlich immer von den Betroffenen selbst erzeugt wird, sie sind also die eigentlichen kompetenten TherapeutInnen. Das erfordert zwingend, dass man mit jeder Klientin bzw. jedem Klienten auch so arbeitet, dass ihr/ihm kontinuierlich als der obersten Autorität im Kooperationsprozess begegnet wird, alle Angebote völlig transparent gemacht werden und zur kritischen Prüfung vorgelegt werden. Die KlientInnen entscheiden letztlich allein über Stimmigkeit der Angebote und wählen aus ihnen autonom aus. Die ganze Kooperation sollte also als Ritual zur kontinuierlichen „Inthronisierung“ der KlientInnen als autonome Autorität zur Stärkung ihrer Eigenkompetenz und Selbstwirksamkeit angelegt werden. Damit diese Selbstwirksamkeit optimal unterstützt wird, sollten auch alle Interventionen erläutert werden. Eine Therapie ist deshalb in meinen Augen erst dann gut, wenn

sie auch quasi eine gute Weiterbildung für die KlientInnen mitliefert, damit sie sich so schnell wie möglich von den TherapeutInnen unabhängig machen können.

Der Autor vermittelt in diesem sehr gut zu lesenden Buch plausibel und mit vielen erhellenden Verweisen auf Forschungsergebnisse genau solche Strategien, für Professionelle in den Helfersystemen ebenso wie für Betroffene. Dadurch können beide Seiten gut und sehr praktisch verstehen und erleben, wie achtungsvoll und achtsam auch noch so belastend erlebte unwillkürliche Prozesse in wertvolle Hinweise auf Bedürfnisse übersetzt und genutzt werden können - und wie man für diese Bedürfnisse selbstwirksam etwas tun kann. Mit behutsamen, auch sehr schonenden Interventionen können Menschen überzeugend erleben, wie sie mit mehr Neugier und achtungsvollem Staunen ihre intuitiven Prozesse als Kompetenz würdigen und für sich einsetzen können und wie sie auch sehr leidvolle Prozesse wirksam transformieren können. Dies wiederum trägt in berührend schöner Weise zum Erleben von Selbstwürdigung, Selbstwert und Hochachtung vor der unbewussten Weisheit des eigenen Organismus bei, bei konsequenter respektvoller Beachtung der Autonomie und Wahlfreiheit der KlientInnen.

Gerade wenn man dies beachtet, dürfte es nicht verwundern, dass wir in der sysTelios-Klinik schnell und mit Freude bereit waren, ein Forschungsprojekt zur Schmerztherapie mit den hier beschriebenen Methoden durchzuführen, denn die Konzepte von Thomas Weber passen optimal zu unserer Kultur der Kooperation auf Augenhöhe. Die dafür angebotene Zusatzqualifizierung für viele MitarbeiterInnen bei uns war ein sehr großer Gewinn für unser Team. Die Ergebnisse waren außerdem so gut, dass wir uns nicht nur über die vielen, hohe Zufriedenheit ausdrückenden Rückmeldungen der KlientInnen gefreut haben, sondern vom außerordentlich hohen Wert der hier

beschriebenen Konzepte sehr überzeugt sind. Ich wünsche diesem Buch deshalb sehr eine große Resonanz. Ich weiß, wie hilfreich die Konzepte für alle werden können, die sich mit ihnen auseinandersetzen und sie nutzen.

Dr. med. Dipl.-Volksw. Gunther Schmidt
Leiter des Milton-Erickson-Instituts Heidelberg
Ärztlicher Direktor der sysTelios-Klinik für
psychosomatische
Gesundheitsentwicklung Siedelsbrunn

Danksagung

Mein ganz persönlicher Dank richtet sich an alle Klientinnen und Klienten, die mir ihre Not über körperliches und seelisches Leid anvertraut haben und in mir den Wissensdrang entfacht haben, neue therapeutische Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln und diese in Lehre und Forschung zu bringen. Sie sind meine besten Lehrerinnen und Lehrer darin geworden, ihnen durch aufmerksames Zuhören und Beobachten einen direkten Zugang zu unbewussten, unverarbeiteten Vorgängen zu ermöglichen, um chronischen Stress, Traumata und chronische Schmerzen heilbar zu machen. Es wurden sowohl ihnen als auch mir Türen in neue Dimensionen eines therapeutischen Verständnisses geöffnet. Mag es noch so viele Techniken und Vorgangsweisen in den gegenwärtig anerkannten Therapiemethoden geben, allen voran stehen ohne Zweifel die in dem Buch beschriebenen Grundprinzipien der therapeutischen Haltung und Beziehung, die sich seit den Anfängen der Psychotherapie immer wieder als besonders wirksam und effizient erweisen.

Ich bin zwei bedeutenden Neurowissenschaftlern der Gegenwart, denen ich persönlich begegnet bin, zu großem Dank verpflichtet: Das sind Allan N. Schore und Stephen W. Porges, welche die Grundprinzipien menschlicher Interaktion in ihren Fachartikeln und Büchern revolutioniert haben. Allan N. Schore gilt als einer der wichtigsten Pioniere moderner Bindungstheorie; er beschrieb das neurophysiologische Prinzip der dominanten

rechten Gehirnhemisphäre (bestehend aus Gefühlen, nicht bewussten Wahrnehmungszuständen, inneren Bildern usw.). Dabei findet eine neurophysiologisch nachweisbare Interaktion zwischen Therapeut/in und Klient/in insbesondere auf einer unbewussten Ebene statt, welche das therapeutische Geschehen grundlegend steuert. Als einen weiteren Mentor betrachte ich Stephen W. Porges, dessen Lebenswerk, die Polyvagaltheorie, einen Grundpfeiler der Theorie in Traumafokus darstellt.

Die Erkenntnisse daraus gaben mir Inspiration und Klarheit darüber, wie neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse psychotherapeutisch genutzt werden können. Schore, Porges, Damasio und einige andere im Buch angeführte Autorinnen und Autoren untermauern das Verständnis einer psychophysiologischen Einheit, welches sich vom cartesianischen Weltbild, der Trennung zwischen Körper und Seele (Psyche), endgültig verabschiedet. Auch wenn das für manche Leserinnen und Leser offensichtlich erscheint, wird es noch ein längerer Weg sein, bis es in vielen medizinisch-diagnostischen Fachdisziplinen normal und naheliegend ist, dass körperlich-chronische Erkrankungen die psychosozialen Anteile des Menschen immer in sich tragen und in jede Diagnostik eingebunden gehören.

Als einen anderen Wegbegleiter während meines Psychologiestudiums möchte ich den Kinderpsychiatrie-Professor Heinz Stefan Herzka erwähnen, der mir in meinen Studienjahren beigebracht hat, klinische Beobachtungen ohne Interpretationen genau zu beschreiben. Ich werde nicht vergessen, wie er uns Studierende mit Klarheit und großer Geduld lehrte, Diagnostik als beobachtend-beschreibende Wahrnehmung zu betreiben.

Einen besonders großen Dank möchte ich dem Leiter der sysTelios-Klinik und Pionier der hypnosystemischen Therapie, Gunther Schmidt, aussprechen, der meine Arbeit

mit persönlichem Interesse unterstützt und gefördert hat und einen wesentlichen Anteil zur methodischen Verbreitung beigetragen hat. Ebenso möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern seiner Klinik, auch „sysTelianer“ genannt, danken, die in Kooperation mit der Sigmund Freud PrivatUniversität und der SRH Hochschule Heidelberg in den Jahren 2016 bis 2018 eine Langzeitstudie mit Painspotting (Schmerzfokus) bei Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten mit großem Engagement erfolgreich durchgeführt haben. Ganz besonders freut es mich, dass unsere Studie die Wirksamkeit gezeigt hat, dass chronische Schmerzzustände mit Schmerzfokus nachhaltig erfolgreich behandelt werden können.

Seit Beginn meiner langjährigen Seminartätigkeit werde ich unterstützt von der umsichtigen und freundlichen Sekretärin Evi Herzner, die mir seit vielen Jahren zur Seite steht – ein großes Dankeschön hierfür!

Als tragende Säulen von Traumafokus möchte ich das österreichische Traumafokus-Lehrbeauftragten-Team hervorheben: Almut Dietrich, Gabi Köncezi und Manuela Weinhöpl. Sie haben mich unter anderem tatkräftig darin unterstützt, ein großes Volunteerprojekt in Trauma- und Schmerztherapie in der Ukraine aufzubauen. Davor war es Ende 2016 in Wien zu einer Begegnung mit den ukrainischen Kolleginnen Natalya Pidkaliuk und Maryna Malinovska gekommen. Sie luden mich in der Folge in ihre Heimat Chmelnyzkyi in der Ukraine ein. Dort bauten sie ein nationales Traumafokus-Zentrum auf und organisieren die Weiterbildung in Traumafokus in der Ukraine seit Jahren. Ebenso möchte ich den ukrainischen Lehrtrainerinnen und Lehrtrainern sowie Unterstützerinnen und Unterstützern danken, darunter Larissa Dovlad und Oleg Korolchuk sowie insbesondere Iryna Hladun, die mich mit großem Einsatz bei allen Seminaren als eloquente Übersetzerin

unermüdlich begleitet hat. Mein Buch wurde inzwischen ins Ukrainische und Russische übersetzt.

Die Nachfrage nach moderner Traumatherapie ist in der Ukraine groß, ebenso meine Liebe zu diesem beinahe vergessenen europäischen Land mit sehr dankbaren und gastfreundlichen Kolleginnen und Kollegen.

Weiterer Dank gebührt Thomas Duffner, der das Curriculum in den süddeutschen Raum gebracht hat. Meine Schwester Trix war eine große Unterstützerin in den letzten Jahren bis zur Erstellung dieses Buches.

Meinen persönlichen Dank möchte ich auch meinem Sohn Benjamin, meiner ehemaligen Frau Anne und meinen lieben Freundinnen und Freunden aussprechen, die stets ein offenes Ohr für mich haben. Euch allen sei aus ganzem Herzen gedankt!

Anmerkung

Eine Anmerkung bezüglich der männlichen und weiblichen Anredeform: Ich habe mich entschieden, in meinem Buch weibliche Bezeichnungen, also „Therapeutin“ und „Klientin“ usw., zu verwenden. Diese Anredeweise erscheint mir insofern opportun, als sich im Kolleginnenkreis mehr Therapeutinnen als Therapeuten befinden und rein statistisch mehr Frauen eine Therapie aufsuchen als Männer. Ich bitte alle männlichen Kollegen und Leser um Nachsicht und Verständnis.

Sämtliche Namens- und Ortsbezeichnungen in Fallbeispielen in diesem Buch wurden verändert, um etwaige Rückschlüsse auf Personen und deren Herkunft auszuschließen.

Als Abkürzungen verwende ich im Buch „Th.“ für Therapeutin(nen) und „Kl.“ für Klientin(nen).

Inhaltsverzeichnis

Teil I: Theoretische und methodische Grundlagen von Traumafokus

1 Einleitung

- 1.1 Beweggründe zu diesem Buch
- 1.2 Zur historischen Entwicklung der Behandlungsformen von chronischen Schmerzzuständen in der Neuzeit
- 1.3 Geschichte und Hintergründe von Traumafokus
 - 1.3.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
 - 1.3.2 Brainspotting (BSP)
 - 1.3.3 Polyvagaltheorie
 - 1.3.4 Interaktionen rechter Gehirnhemisphären
 - 1.3.5 Grundprinzip von Traumafokus: Felt Sense

2 Die Methode Traumafokus

- 2.1 Traumafokus
- 2.2 Wirkungsweise von Traumafokus (TF)
- 2.3 Zum Konzept und Vorgehen in Traumafokus
- 2.4 Indikation und Kontraindikation
 - 2.4.1 Indikation
 - 2.4.2 Kontraindikation

3 Grundlagen: Allgemeine Psychotraumatologie

- 3.1 Definition: Was ist ein psychisches Trauma?
- 3.2 Das 5-Phasen-Modell der normalen oder traumatischen Reaktion auf eine traumatische

- Erfahrung
- 3.3 Flucht, Kampf und Erstarrung - drei Reaktionsmuster des autonomen Nervensystems auf Gefahr oder Lebensgefahr
 - 3.4 Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

4 Die therapeutische Grundhaltung in Traumafokus

- 4.1 Wahrnehmen und Beobachten: Augenpositionen - Augenfokus
- 4.2 Bindung und soziale Sicherheit
- 4.3 Kommunikation der rechten Hirnhemisphären von Therapeutin und Klientin
- 4.4 Die Atmung als therapeutische Grundlage in Traumafokus
 - 4.4.1 Bedeutung für die therapeutische Praxis
 - 4.4.2 Bedeutung der Atmung für die Stabilisierung von Angst, Stress und Schmerz
 - 4.4.3 Auswirkungen der Atemtechnik auf das Nervensystem
- 4.5 Limbisches Zuhören und Sprechen in der Therapie
- 4.6 Das Nutzen der Sinnesressourcen in der Therapie mit Traumafokus

5 Neurobiologische Zusammenhänge bei der Entstehung und Verarbeitung von Stress im Gehirn

- 5.1 Wie sich unser Gehirn entwickelt
- 5.2 Speicherung von Lebenserfahrungen
- 5.3 Entstehung und Verarbeitung von Gefahr oder Stress (Dauergefahr)
 - 5.3.1 Wie läuft Stress im Gehirn ab?
 - 5.3.2 Stress eskalation im Gehirn
- 5.4 Feststellung der Belastungsstärke (SUD, Farbskala)
- 5.5 Die Nutzung des autonomen Nervensystems mit Traumafokus (Polyvagalthorie nach Stephen Porges) - Neurozeption

- 5.5.1 Social Engagement System
- 5.5.2 Mobilisation
- 5.5.3 Immobilisation

Teil II: Anwendung von Traumafokus in der psychotherapeutischen Praxis

6 Vorgehensweise in der Traumafokus-Therapie

- 6.1 Vorbereitung einer Traumatherapie-Sitzung
- 6.2 Einstieg ins Thema
- 6.3 Bestimmung des Ausgangsthemas - Auftragsklärung: Wünsche und Ziele für die Therapie/jede Sitzung
- 6.4 Unbewusste Augenpositionen (Augenfokusse)
- 6.5 Der Entwicklungsfokus - Nachhaltigkeit bei Traumafokus
- 6.6 Die Geschichte und Bedeutung des „Felt Sense“ in der Traumaverarbeitung
- 6.7 Die Geschichte und Bedeutung von Augenpositionen, indirekter Suggestion und Trance in der Traumaverarbeitung

7 Traumafokus-spezifische Stabilisierungstechniken

- 7.1 Stabilisierungstechnik I: Körperressourcen-Scanner
- 7.2 Stabilisierungstechnik II: Multimodal-bilaterales Grounding
- 7.3 Stabilisierungstechnik III: Kontrolliertes Schlucken (Schluckreflex)
- 7.4 Stabilisierungstechnik IV: Erweiterter Ressourcenfokus mit Bindungsrepräsentanzen

8 Zugangstechniken mit Traumafokus

- 8.1 Definition: Was ist ein Augenfokus?
- 8.2 Der implizite Augenfokus
- 8.3 Der explizite Augenfokus

- 8.4 Fokussierung mit jeweils einem Auge – „Ein-Augen-Fokus“
- 8.5 Die explizite Notfallintervention bei unerwarteter akuter Panikattacke

9 Schmerztherapie mit Schmerzfokus

- 9.1 Entstehung und Verständnis von Schmerz
 - 9.1.1 Schmerz verstehen
 - 9.1.2 Der Zusammenhang von Stress und Schmerz
- 9.2 Der Blick ins Gehirn – die Schmerzmatrix
 - 9.2.1 Aufsteigende Schmerzbahnen – Schmerzverarbeitung
 - 9.2.2 Absteigende Schmerzbahnen – Schmerzhemmung und -modulation
 - 9.2.3 Erkenntnisse zum Fibromyalgie-Syndrom
 - 9.2.4 Psychosoziale Ursachen für chronische Schmerzerkrankungen
- 9.3 Schmerzfokus: Felt-Sense-Technik zur Verarbeitung der Schmerzgeschichte
- 9.4 Die Schmerzfokus-Technik mit Körperpositionen
- 9.5 Schmerzfokus-Therapie mit manueller Drucktechnik

10 Ergebnisse einer Langzeitstudie zu Psychotherapie bei chronischen Schmerzpatientinnen

Literaturverzeichnis

Anhang A: Körperschema für die Schmerzanamnese

Anhang B: Forschungsergebnisse der Langzeitstudie

Stichwort- und Personenverzeichnis

Teil I:
Theoretische und methodische
Grundlagen von Traumafokus

1 Einleitung

1.1 Beweggründe zu diesem Buch

Im Jahr 2017 habe ich das Wiener Institut für Neuropsychotherapie gegründet, in welchem Seminare zur Fort- und Weiterbildung in Traumafokus, Schmerzfokus und andere Veranstaltungen im Bereich Neuropsychotherapie abgehalten werden. Seither wird die Methode Traumafokus und Schmerzfokus in Basis- und Fortgeschrittenenseminaren an verschiedenen Einrichtungen und Ausbildungsstätten in Österreich, Deutschland, der Schweiz, Weißrussland und der Ukraine angeboten.

Ich habe mich in den letzten zehn Jahren eingehend mit der therapeutischen Anwendbarkeit von chronischen Schmerzbehandlungen beschäftigt, nachdem ich von 2011 bis 2017 Brainspotting Master Trainer war und im deutschsprachigen Raum zahlreiche Seminare an bekannten Ausbildungsinstituten für Psychologinnen, Therapeutinnen und Ärztinnen gehalten habe. Beim ersten internationalen Brainspotting-Kongress 2016 in Brasilien hielt ich als einer der Hauptredner einen Vortrag über chronischen Schmerz.

Etwa zur gleichen Zeit begannen wir in Deutschland eine Langzeitforschung über zwei Jahre zu der von mir entwickelten Schmerztherapie im Rahmen einer Prä-Post-Studie an der sysTelios-Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Siedelsbrunn, Hessen. In [Kap. 10](#) werden die ersten Ergebnisse dieser Langzeitstudie vorgestellt.

Im methodischen Übergang von Brainspotting zu Traumafokus nannten wir diese neue therapeutische Methode auf Englisch Painspotting[®], für den

deutschsprachigen Raum wählten wir die Bezeichnung **Schmerzfokus**. Schmerzfokus-Psychotherapie ist als Spezifikum von Traumafokus zu verstehen und beschäftigt sich mit verschiedenartigen Schmerzzuständen und -erkrankungen. Es ist eine schmerztherapeutische Behandlungsmethode, die sich eingehend mit der Psychophysiologie des Menschen befasst und mithilfe bestimmter, in diesem Buch angeführter Techniken eine neurophysiologische Regulation in Gehirn und Körper bewirkt, die zu einer nachhaltigen Heilung von Schmerz führt.

Es ist ein bemerkenswertes Phänomen, dass die moderne Medizin chronische Schmerzzustände bei Menschen kurzzeitig zu verringern, jedoch nicht nachhaltig zu beseitigen vermag. Das Problem liegt darin, wie wenig wir Schmerz verstehen und mit welcher Beharrlichkeit wir diese am häufigsten auftretende Krankheit im Leben eines Menschen hauptsächlich als körperliches Geschehen betrachten und behandeln. Es ist durch Wissenschaft und Forschung jedoch seit Beginn des 21. Jahrhunderts belegt, dass Schmerz ein subjektives Geschehen ist, das psychischen Ursprunges ist und das ebenfalls soziale Implikationen beinhaltet.

In diesem Buch wird auf die Interaktion der biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren von Schmerz eingegangen, um Trauma, Schmerz und Stresserkrankungen besser zu verstehen. Es werden die psychotherapeutischen Behandlungsmethoden von Traumafokus inklusive Schmerzfokus genauer vorgestellt und den Leserinnen anhand von Fallbeispielen nähergebracht.

Mit Traumafokus haben wir nicht nur einen therapeutischen Zugang bei akutem und chronischem Schmerz, sondern auch bei psychischen Krankheiten wie Angststörungen, Zwängen, Depressionen, Schlafstörungen, dissoziativen Zuständen, bipolaren Störungen,

Panikstörungen, Phobien, Borderline-Störungen, Bindungsstörungen und Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen.

Zu den weiteren **Anwendungsbereichen** von Traumafokus (TF) gehören:

- TF in der Therapie für Kinder und Jugendliche
- TF bei Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung (K-PTBS)
- TF bei frühen Bindungsstörungen
- TF bei Flucht und Migration
- Schmerzfokus (SF) bei akuten und chronischen Schmerzerkrankungen
- TF in der Rehabilitation

Mit dem vorliegenden Werk soll ein Lehrbuch geboten werden, das in die Grundlagen und Anwendungen von Traumafokus einführt. Das Buch ist unterteilt in zwei Hauptabschnitte: Teil I befasst sich mit den theoretischen und methodischen Grundlagen von Traumafokus, der Schwerpunkt von Teil II liegt auf der Anwendung von Traumafokus in der psychotherapeutischen Praxis.

1.2 Zur historischen Entwicklung der Behandlungsformen von chronischen Schmerzzuständen in der Neuzeit

Im Jahr 1900 beschrieb der deutsche Chirurg Paul Sudeck das Schmerzphänomen „Algodystrophie“, welches später unter dem Namen „Morbus Sudeck“ bekannt wurde. Dieses Krankheitsbild wird heute auch **komplexes regionales Schmerzsyndrom**, kurz CRPS (engl. „complex regional pain syndrome“), genannt. Unter CRPS versteht man eine chronische neurologische Erkrankung als Folgeerscheinung von Operationen oder

Gewebeverletzungen, die zu Schmerzen, Durchblutungsstörungen, Schwellungen und Berührungsempfindlichkeit führt. Das komplexe regionale Schmerzsyndrom tritt häufig im Zusammenhang mit einem Knochenbruch einer Extremität im Gelenksbereich auf.

Der Begriff **Schmerzkrankheit** entstand etwas später, im Jahr 1937, durch den französischen Chirurgen René Leriche. Er beschäftigte sich mit dem Phantomschmerz und sprach als erster Wissenschaftler von der Schmerzkrankheit („douleur maladie“). Leriche nahm gegen Ende seiner Laufbahn eine medizinisch-humanistische Haltung ein, indem er den Menschen als Subjekt und Individuum in dessen Lebenskontext betrachtete.

Der in den USA bekannte Anästhesist John Bonica beschäftigte sich als Erster mit der heute bekannten **multimodalen Schmerztherapie**, einem Therapieansatz, bei dem verschiedene Behandlungsmethoden kombiniert werden. Er gründete 1947 die erste interdisziplinäre Schmerzklinik in Washington, der in den folgenden Jahrzehnten weitere 175 Schmerzambulanzen in den USA folgten.

Im Jahr 1965 entwickelte der kanadische Neuropsychologe Ronald Melzack gemeinsam mit dem britischen Physiologen Patrick Wall die sogenannte **Kontrollschrankentheorie** (engl. „gate control theory“), mit deren Hilfe ein bahnbrechender neurophysiologischer Zusammenhang zwischen subjektivem Schmerzerleben und Schmerzverarbeitung entdeckt wurde. Demnach haben kognitive und emotional-affektive Bewertungen eines unter Schmerz leidenden Menschen entscheidenden Einfluss auf die Schmerzhemmung. Melzack und Wall gehören zu den Pionieren, denen zu verdanken ist, dass chronischer Schmerz in einem neuen Licht verstanden wird (vgl. dazu [Kap. 9.1](#)).

Im Jahr 1977 begründete der amerikanische Psychiater George Engel das **biopsychosoziale Modell von Schmerz**, welches besagt, dass ein chronisch auftretender Schmerz eine Folge von psychisch-körperlichen Wechselwirkungen sei. Ein schmerzanfälliger Patient (engl. „pain-prone patient“) ist dadurch gekennzeichnet, dass er „von Geburt an eine Art Bibliothek aufbaut, die die Schmerzerfahrungen, die aus verschiedenen peripheren schmerzhaften Stimulationen entstanden sind, im Laufe seines Lebens speichert“ (Engel, 2012, S. 15). Dazu gehören nach Engel auch traumatische Erlebnisse, die zu chronischem Dauerschmerz führen können.

Der amerikanische Schmerzforscher Dennis Turk beschrieb 1983 den **Selbstwirksamkeitseffekt von Schmerz**, indem er feststellte, dass die Erwartungshaltung von Patientinnen als Gradmesser für die Intensität und Dauer eines Schmerzes zu verstehen sei (Turk et al., 2001).

Im 21. Jahrhundert revolutionierte der technische Fortschritt hochauflösender bildgebender Verfahren die bisherigen Erkenntnisse in Medizin und Psychotherapie. Durch eine wachsende interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Wissenschaft entstanden neue Erkenntnisse zum Gehirn, die zur Entwicklung von umfassenderen und gezielteren Behandlungsmöglichkeiten in der Trauma- und Schmerztherapie führten. Das Zeitalter der Neurobiologie hatte begonnen.

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts hat man sich mithilfe moderner bildgebender Verfahren vermehrt mit der Aktivierung und Hemmung von Schmerz im Gehirn bei chronischen Schmerzpatientinnen beschäftigt.

Einige Neurowissenschaftler, wie beispielsweise Vania Apkarian und Catherine Bushnell, haben mit der Entdeckung der **Schmerzmatrix** einen wissenschaftlichen Standard in der modernen Schmerzforschung geschaffen. In einer Metastudie aus dem Jahr 2004 haben sie die komplexen Netzwerke im Gehirn beschrieben, die bei

Schmerzreizen aktiviert werden; diese bezeichneten sie als Schmerzmatrix (siehe [Abb. 6](#) auf S. 120).

Eine amerikanische Forschergruppe um Catherine Bushnell untersuchte bei chronischen Schmerzpatientinnen, wie sich die Schaltkreise im Gehirn verändern, die Dichte von grauer Substanz abnimmt und die Schmerzhemmung bei chronischem Schmerz verloren geht. Die Forschergruppe entwickelte ein Erklärungsmodell, wie chronischer Schmerz, Emotion und Kognition zusammenwirken (Bushnell et al., 2013).

1.3 Geschichte und Hintergründe von Traumafokus

In diesem Abschnitt werden die historischen Hintergründe, die mit der Methode Traumafokus in Zusammenhang stehen, näher dargestellt. Insbesondere soll dargelegt werden, in welchem methodologischen Kontext Traumafokus zu verstehen ist. Darüber hinaus gehe ich auf meine Begegnungen mit bedeutenden Neurowissenschaftlern ein, deren bahnbrechende Errungenschaften großen Einfluss auf die Entwicklung von Traumafokus genommen haben.

Historisch gesehen wurde Traumafokus von Brainspotting beeinflusst - und Brainspotting wiederum von EMDR. Diese drei Verfahren haben eine wesentliche Gemeinsamkeit: Sie nutzen den **visuellen Sinn**, der uns dazu dient, uns zu orientieren, um uns sicher zu fühlen. Die Verwendung des visuellen Systems ist aus diesem Grund psychotherapeutisch sehr sinnvoll. Wie bisherige Ergebnisse zeigen, ist es auch effektiver als das ausschließliche Nutzen der Sprache, die allen Therapiemethoden zugrunde liegt.