

Signet

[0:04] Erschöpfung statt Gelassenheit. Warum Achtsamkeit die falsche Antwort auf so ziemlich jede Frage ist. Ein Podcast von Katrin Fischer.

O-Ton

Es ist unglaublich, wie fein wir gestimmt sind und was es für dramatische Folgen haben kann. Also die soziale Dimension, wir sind eben nicht nur im trivialen Sinn sozial, dass wir halt sagen, na gut, ich bin besser geschützt, wenn ich mit so einer Stammeskultur bin, als wenn ich alleine als Steinzeitmensch da herumlaufe, sondern wir sind wie ein Organismus eigentlich und wir haben diese ganzen Fähigkeiten, das alles zu spüren, zu lesen, zu sehen und auf mich zu beziehen.

Kathrin Fischer

[0:45] Wie ein Organismus. So fein sind wir Menschen sozial aufeinander abgestimmt. Das sagt Maggie Schauer. Sie ist klinische Psychologin und eine ausgewiesene Expertin zur Behandlung von Traumafolgenstörungen. Maggie Schauer leitet das Kompetenzzentrum Psychotraumatologie an der Universität Konstanz und forscht weltweit zu den Folgen von Krieg, Gewalt, Katastrophen und Vernachlässigung.

[1:10] Maggie Schauer hat die narrative Expositionstherapie mitentwickelt. Das ist eine erzählende Traumatherapie, die schnell und nachweislich Besserung bringt und die sie in ihrem Buch Die einfachste Psychotherapie der Welt porträtiert hat. Was mich an dieser Therapie und an dem Buch fasziniert haben, Maggie Schauer zeigt, wie wichtig soziale Beziehungen für Menschen generell und wie wichtig sie für Heilung sind. Wir können nur in Beziehungen heilen, sagt sie. Und das erschien mir sehr wichtig für diesen Podcast. Denn einige AnbieterInnen der Achtsamkeitsströmung versprechen unter anderem, Angst und Panik durch Affirmationen oder Selbstheilungsmeditationen auflösen zu können. Und sie tun damit so, als könnten wir uns selbst und ganz alleine heilen. So einfach ist es aber nicht. Warum Trauma uns alle angeht, warum Trauma krank macht, warum auch traumatisierte Asylsuchende Therapie erhalten sollen und wie wir den Kreislauf aus Trauma und Gewalt durchbrechen können, darüber habe ich mich mit Maggie Schauer ausführlich unterhalten. Und ich habe ihre Mischung aus liebevollem Humanismus, klinischer Präzision, mutiger Einsatzbereitschaft und irgendwie auch humorvollem Pragmatismus enorm bewundert und genossen. Ich hoffe, es geht euch auch so und ich wünsche euch viel Erkenntnis und Freude bei diesem Gespräch. Hallo Maggie Schauer, schön, dass Sie da sind.

Maggie Schauer

[2:33] Dankeschön, Frau Fischer. Sehr gerne bei Ihnen.

Kathrin Fischer

Ja, wir haben uns verabredet, um über Ihr Buch zu sprechen, in dem Sie die narrative Expositionstherapie vorstellen. Das ist eine Therapie, die Sie gemeinsam mit Frank Neuner und Thomas Elbert als psychotherapeutische Behandlung für schwerst- und mehrfach traumatisierte Kinder und Erwachsene entwickelt haben. Und wir steigen da auf jeden Fall ganz genau noch später ein. Aber ehe wir jetzt uns durch die Traumalandschaften uns zu bewegen, vielleicht zum Anfang erst mal die Frage, was ist die narrative Expositionstherapie, was geschieht da?

Maggie Schauer

Ja, da müsste man ein bisschen ausholen, was ist Trauma und warum ist so ein Expositionsverfahren wirksam. Im Grunde genommen passiert bei der Alarmreaktion im traumatischen Ereignis eine Gedächtnisstörung in der Folge. Das heißt, ich bin so erregt, so aufgeregt, dass ich nicht mehr richtig realisiere, was passiert. Ich kann nicht mehr merken, was bei mir passiert. Ich habe keine gute Kontextorientierung mehr. Ich weiß nicht mehr, wo ich bin. Ich bin so verwirrt und so in der Angst, dass mein Gedächtnis wie zerfällt. Und in der Folge habe ich sehr, wir nennen das burnt into memory, also eingebrannte sinnliche Erinnerungen. Also ich rieche noch mal, was da war, ich höre noch mal, was da war, ich sehe, was da war in so kurzen Sequenzen, in so Fragmenten und ich spüre es körperlich zum Beispiel, aber ich weiß nicht mehr, wo es hingehört.

[4:03] Und wenn das einmal passiert, dann kann ich sagen, gut, okay, das war jetzt in diesem Moment im Autounfall, da bekomme ich diese zehn Minuten nicht mehr hin, also von dem Aufprall bis zur Rettung zum Beispiel. Wenn das aber öfter passiert, dann verbinden sich diese heißen Elemente. Also wenn ich zum Beispiel einen Autounfall habe und geschlagen werde als Kind und dann habe ich noch eine Naturkatastrophe, also es gibt noch irgendwo ein Erdbeben, dann höre ich später plötzlich dieses Erdbeben herannahen, spüre, wie ich im Auto eingeklemmt bin und habe nochmal die Angst und sehe die Hand, die mich schlägt. Das heißt, diese Fragmente gehen alle durcheinander. Und ich erlebe diese Momente, diese Sekunden teilweise wieder und kann nicht kontrollieren, wie ich das stoppen soll und auch, dass es aufhört. Und in der Folge entwickelt sich, was wir nennen, Vermeidung, also der Versuch, nicht mehr daran zu denken, nicht mehr erinnert werden, nicht getriggert zu werden. Und wenn das mal eingetreten ist, dann chronifiziert sich häufig die Situation. Und wenn Sie jetzt Traumatherapie machen, dann gibt es zweierlei Therapie. Die eine geht im Wesentlichen darum, dass Therapeuten helfen, sich davon zu lösen, also da wegzukommen davon,

Stabilisierungsmaßnahmen im Sinne von, wie schließe ich diese Trauerinnerungen ein irgendwo, dass sie nicht einfach raus können und mich überfallen. Wie mache ich eine gute Schlafhygiene, dass ich besser einschlafen kann? Alle diese Dinge. Oder und die andere Seite der Therapieverfahren sind traumafokussierte Therapieverfahren.

[5:40] Traumagedächtnisfokussierte nennen sich die. Das heißt, ich zielen darauf ab in meiner Intervention, dass ich diese Gedächtnisstörung behebe. Und diese zwei Schulen, die standen einige Zeit dann im Wettstreit miteinander. Und heute ist eigentlich geklärt durch alle wissenschaftlichen Daten und die wirklich gut untersuchten, randomisierkontrollierten Studien zeigen, Die Exposition, also das Daraufzugehen auf das Trauma und die Aufarbeitung, ist die sehr viel bessere Therapie der Wahl. Und auch da gibt es eine signifikante Symptomremission. Und in der Folge erholt sich nicht nur meine psychische Situation, sondern auch die körperliche. Es gibt ganz interessante Daten. Ich war vorletzte Woche mit Kollegen auf einer Konferenz. Die haben gezeigt, dass Kindheitstrauma bei alten Menschen multimorbid die Störungen macht. Also die bekommen alle möglichen chronischen Krankheiten viel, viel früher und haben dadurch viele Jahrzehnte weniger Lebensqualität, auch im hohen Alter noch. Also ich muss diese Ereignisse aufarbeiten und die narrative Expositionstherapie, die macht sich jetzt eine, ja, ich sage immer dem Menschen wesensgerecht, die macht sich eine Fähigkeit des Menschen zu Nutzen, nämlich, dass wir Geschichten erzählen.

Speaker0:

[6:56] Und wir sind Geschichtenerzähler als Menschen und wir möchten uns auch mit Geschichten anderen mitteilen. Nur, das Problem ist, bei Trauma kann ich das nicht. Da verbietet sich mir die Sprache. Dadurch, dass ich nicht dran kann und nicht will und nicht erinnert werden will, kann ich die Geschichte auch nicht erzählen. Also die Vermeidung steht im Weg. Und gerade diese Teile, die so unverbunden sind, wo ich diese Gedächtnisstörung habe, weil da kann ich mich nicht alleine aus dem Sumpf ziehen. Da brauche ich den anderen gegenüber, der mir jetzt hilft, diese Geschichte zu erzählen, alles in Worte zu fassen. Und das macht die narrative Expositionstherapie. Also Narration, die Erzählung, wofür ich plädiere. Wir brauchen mehr Narrationen als Narrative. Also jeder redet von Narrativen so über etwas, den Sinnbogen spannen. Die einen mehr politisch so, die anderen politisch so. Und ich würde sagen, hören wir doch den Menschen zu, wie sie authentische Geschichten erzählen, dann sind wir viel näher an der Wirklichkeit. Das heißt, also wir sind jetzt schon mittendrin in der Therapie.

Speaker0:

[8:04] Über Trauma und so sprechen wir gleich nochmal genauer, aber das heißt, sie hören in einer bestimmten Art und Weise strukturiert den Menschen zu, lassen die aber

nicht frei erzählen. Ja, also wenn sie frei erzählen würden, dann würden sie ja sagen, erzählen sie doch mal, also legen sie mal los. Und da kommen wir dann nach wenigen Sätzen schon in dieses heiße Gedächtnis. Und dann geht es nicht weiter. Und dann kommt die Abwehr und dann kommt die Vermeidung und dann kommt die Aufregung. Und dann fahren wir von der Autobahn wieder ab. Und das funktioniert nicht. Also das funktioniert so nicht. Da müssen wir einen stufenweisen Zugang schaffen, der auch sicherer ist. Also wir gehen in bestimmten Schritten an das Traumamaterial heran. Über die reden wir auch gleich. Genau, wenn wir uns über Trauma ein bisschen besser noch verständigt haben. Sie sind die Expertin. Ich wollte aber noch mal zurück...

Speaker0:

[9:00] Weil ich mich gefragt habe, als ich ihr Buch gelesen habe, sie haben Ende der 90er Jahre für Ärzte ohne Grenzen in einem Flüchtlingslager im Kosovo gearbeitet und ich habe es nicht ganz genau verstanden, ob sie da auch zum ersten Mal diese Therapie angewandt haben. Und ihr Kollege Frank Neuner, einer der drei, die eben die gemeinsamen, die Therapie entwickelt haben, hat in derselben Zeit Überlebende von Folter betreut. Das sind ja krasse menschenrechtsverletzende Traumata, die dort behandelt wurden. Und ich habe mich gefragt, wie die Arbeit mit diesen schwerst traumatisierten Menschen in Kriegsgebieten dazu beigetragen hat, dass sie diese NET entwickelt haben. Ja, also zu der Zeit gab es schon natürlich Vorschläge zur Expositionstherapie, also dass ich mich nochmal dem aussetze, dieser Erinnerung. Es gab bestimmte Verfahren. Und was wir gemacht haben, der Frank Neuner war und ist sehr politisch.

Speaker0:

[9:59] Der hat gesagt, er war Doktorand damals am Lehrstuhl und wir haben dann gesagt, wir wollen ausprobieren, ob wir das nicht zusammenkriegen, die Menschenrechtsarbeit mit der Traumaarbeit. Denn Trauma ist ja in der Regel keine Naturkatastrophe, sondern es ist zwischenmenschliche Gewalt zum Beispiel oder sexuelle Gewalt oder Situationen, die mich in meiner Kindheit, meinen Bezugspersonen, also genauso Ablehnung gehört ja zu traumatischen Ereignissen. Das heißt, ich habe es eigentlich oft oder fast immer mit Menschenrechtsverletzungen zu tun oder Kinderrechts- oder Frauenrechtsverletzungen. Und wir hatten erste Studien aus Chile, dass Folterüberlebende zum Zwecke der Menschenrechtsarbeit auf Band unterstützt wurden von zwei Psychologinnen.

Speaker0:

[10:49] Diese Folter genau zu beschreiben, um dann zu sagen, wie wurde da unter Pinochet gefoltert. Und diese Arbeit, die hat geholfen, Symptome zu überwinden. Den Leuten ging es danach besser, erstaunlicherweise. Man hätte ja vermuten können, wenn die das so akribisch erzählen sollen, geht es ihnen schlechter. Und das waren sehr vielversprechende Hinweise und da Traumanie mit dem weißen Kittel funktioniert. Also diese Idee zu sagen, du bist krank und gestört und ich sagte jetzt, ich bin der Doktor und jetzt heile ich dich. Das funktioniert in der Interaktion deshalb nicht, weil das Kranke ist ja auch die Gewalt, die passiert ist. Also wer ist denn hier krank? Das muss man sich immer als erstes fragen. Wer ist gestört? Wer macht was falsch? Wer ist schuld?

Speaker0:

[11:33] Häufig nicht das Opfer. Und dadurch brauchen wir eine andere Haltung als Therapeuten. Wenn ich nämlich sage, du bist gestört und krank, dann tue ich den Menschen nochmal unrechtig, stigmatisiere ihn noch mehr.

Speaker0:

[11:45] Das heißt, als Traumatherapeut kann ich keine Haltung haben wie in der somatischen Medizin, wo ich sage, hier gibt es einen Experten und hier ist jemand, der weiß nicht, wo es lang geht. Und jetzt sage ich ihm das mal, weil das zu dominierend wäre. Sondern ich sage, ich höre als Ohren-Augenzeuge, ich höre deine Geschichte. Also ich stelle mich zur Verfügung, deine Geschichte zu hören, aufzuschreiben. Und dann gucken wir, was wir damit machen. Ob du das für dich möchtest, ob für deine Kinder, ob du das als Menschenrechtsarbeit möchtest, dann schauen wir, was wir damit machen. Das heißt, dieser Aspekt des Unrechts braucht diesen Gegenpol zu helfen, die Würde wieder zu erlangen. Und der Therapeut ist nicht nur klinischer Profi in dem Fall, sondern auch der Zuhörer, der Zeuge dieser Geschichte. Und das ist ein ganz wichtiges Element, um diese Würde wieder zu erlangen. Die Zeugenschaft, da sprechen wir auch nachher noch drauf. Sie zitieren ja auch Viktor Frankl, der sagt, eine abnormale Reaktion auf ein abnormales Ereignis ist eigentlich eine normale Reaktion. Das heißt, Menschen, die diese entsetzlichen Dinge erlebt haben, von denen sie im Buch berichten, sind ganz menschnormal davon zutiefst verstört. Da muss man von ausgehen. Genau. Ja, das ist so die Idee. Es kann uns allen passieren.

Speaker0:

[13:08] Es ist die einzige psychische Störung im ganzen Katalog, wo wir die Ursache kennen. Es muss ein traumatisches Lebensereignis gegeben haben. Das brauchen wir auch für die Diagnostik. Wenn ich alle Symptome hätte, aber hätte kein Ereignis, dann

würde ich diese Diagnose gar nicht bekommen, eine posttraumatische Belastungsstörung oder Traumafolgestörung. Das heißt, es ist die einzige im ganzen Katalog, da kenne ich die Ursache. Es kann schon sein, dass ich schon eine bestimmte Belastung habe oder Schwächen habe und dann kommt das Trauma, aber das wird nicht auf diese anderen Belastungen zurückgeführt, sondern originär auf ein traumatisches Lebensereignis, mindestens eins brauchen sie.

Speaker0:

[13:47] Und in diesem Zusammenhang hat man natürlich versucht, und das machen wir auch in der Psycho-Edukation, in so einem Aufklärungsgespräch, die Reaktion zu legitimieren und auch zu normalisieren und zu sagen, schau mal, das würde jeder so reagieren, wenn er das erleben müsste.

Speaker0:

[14:02] Gleichzeitig muss man schon sagen, es liegt auch eine Krankheit vor. Also in den 90er, 80er, 90er Jahren wurde dann viel gestritten und gesagt, wir dürfen die Diagnose gar nicht mehr vergeben, weil die stigmatisierend ist. Und so einfach ist es nicht. Es ist schon auch eine wirkliche Störung in dem Sinne, dass ich bei allen psychiatrischen Diagnosen, wenn ich noch so Symptome habe, zwei Dinge spielen noch eine Rolle, die Funktionalität sozial und beruflich. Also nehmen wir an, ich hätte die Symptome einer Angststörung und wäre aber sozial und beruflich voll funktionstüchtig. Dann würde ich auch keine Diagnose kriegen. Insofern spielt es direkt zusammen. Also meine Belastung, meine Krankheit, die hat immer auch Auswirkungen auf mein soziales Umfeld und auf meine berufliche Leistungsfähigkeit. Das heißt nicht, dass ich nicht beruflich leistungsfähig bin, aber nicht gleichmäßig. Ich habe einfach immer wieder Einbrüche. Und das kann ich auch nicht kontrollieren. Das kommt von innen und da macht mein Organismus Wasserwind. Das ist das Hauptproblem. Das heißt, es ist beides wahr. Es handelt sich um eine Krankheit, um eine psychische. Und gleichzeitig muss unbedingt aber dieser Menschenrechtsaspekt dazu. Sie zitieren vor Ihrem ersten Kapitel die US-amerikanische Schriftstellerin und Bürgerrechtlerin Maya Angelou mit den Worten, es gibt keine größere Qual, als eine unerzählte Geschichte in sich zu tragen.

Speaker0:

[15:29] Die NET ermöglicht es ja jetzt den Menschen ihre unerzählte Geschichte zu erzählen und die Frage, die ich mir gestellt habe, ist warum ist eine unerzählte Geschichte so eine große Qual und ist sie eine größere Qual als das, was zustößt also ist das nicht darüber sprechen können die unerzählte Geschichte größer als die

Geschichte im Vollzug wenn Sie verstehen, was ich meine, Ja, ich glaube, das Problem ist, da ist kein Unterschied für den Überlebenden. Also wenn sie traumatisiert sind, da stecken sie wie fest im Trauma. Das heißt, es hat nie aufgehört. Ob sie jetzt sprechen drüber oder nicht, da kommen wir gleich dazu. Aber sie fühlen sich, als ob sie da noch wären. Also das beschreibt Primo Levi, den Holocaust-Überlebenden, sehr gut, wie er in Italien in seinem Garten sitzt, alles blüht und die Familie ist da die Freundin.

Speaker0:

[16:25] Und auf einmal, auf irgendeinen Trigger hin, es kann ein Geruch sein, ein Gedanke, es kann ein Gefühl sein. Bei ihm war es oft der Hunger. Also die waren kurz vor dem Essen, vielleicht hatte er einfach Hunger. Es kommt eben ein Körpergefühl, irgendwas, eine Berührung, was Sensorisches. Oder auch ein Gefühl, eine Körperhaltung ist es häufig. Also ich beuge mich nochmal oder ich sitze nochmal wie im Auto und denke, ich habe ein Lenkrad in der Hand. Es kann eine Kleinigkeit sein, die sparkt dieses Furchtnetzwerk. Und jetzt feuern diese Elemente, die da drin sind, assoziativ. Die haben keine Struktur in Raum und Zeit, sondern jedes mit jedem. Und auf einmal ist er da wieder. Auf einmal sieht er das wieder, hört er das wieder, liegt wieder auf seiner Pritsche, hört wieder den Befehl morgens im Lager aufstehen, dass sie an die Arbeit müssen. Und er beschreibt es so, wie die ganze italienische Gartenwelt zerfällt in ein growing turban nothing, das heißt in so ein graues Nichts und er ist wieder im Lager und ich habe das Lager nie verlassen. Diese Realität ist für traumatisierte Menschen viel realer als die Gegenwart. Und jetzt ist es so, dadurch, dass ich vermeide und dadurch, dass ich diese Gedächtnisstörung habe, kann ich keine Sprache finden, komme da nicht drüber weg. Wenn ich es dann nicht erzählen kann, erzählen ist ja unser episodisches Gedächtnis, dann binde ich das zusammen.

Speaker0:

[17:48] Dann binde ich das in eine kohärente Geschichte und dann bleibt es auch in der Vergangenheit. Und nachdem ich das nicht kann, diesen Schritt, habe ich ganz viele so implizite Erinnerungen.

Speaker0:

[17:59] Splitter. Genau, und bleibe da immer gefangen. Und mal geht mein Leben weiter, da bin ich ganz okay. Also ich treffe mich jetzt mit jemandem oder gehe mal raus oder gehe mal spazieren. Und plötzlich fühlt es sich wieder so an, als würde ich in der Badewanne sitzen mit meinem Stiefvater und bin beim Missbrauch. Dann rieche ich die Seife und spüre den Schmerz und höre die Stimme und die Realität ist weg. Und

deswegen müssen wir versuchen, nach allem, was wir heute wissen, dieses Gedächtnis, dieses heiße Gedächtnis an die kalten, kühlen Fakten anzubinden. Also damals war ich vier Jahre alt. Das war eine rosa Badewanne. Ich weiß noch die gelbe Schwimmente. Ich weiß, dass da ein Schrank stand und wo die Tür ist und wie der heißt und so. Dann auf einmal langsam, langsam, wenn ich das akribisch genug zusammenbinde und alle meine Gefühle und Sensationen mit einbinde, dann wird es diese Geschichte und dann bin ich nicht mehr dort. Wenn ich erzähle, kann ich da nicht mehr sein.

Speaker0:

[19:03] Entweder ich bin da oder ich spreche drüber. Und wir können nur an einem Ort und in einer Zeit zu einem Moment sein. Wir können zwar hin und her switchen, aber wir können nicht gleichzeitig. Das kann das Gehirn nicht. Und was wir bei der NET jetzt machen ist, wir versuchen, dass wir beim Erzählen der damaligen Situation immer wieder mal kontrastieren zum Hier und Jetzt. Also jetzt sitze ich hier und spreche mit Ihnen und denke daran, wie der Unfall vor zehn Jahren war. während ich mit ihnen spreche. So geht es im Therapieraum immer. Sich wieder klar machen, wir sind hier, wir sind gut geerdet. Ich weiß, dass Sie Frau Fischer sind. Ich weiß, wie alt ich bin. Ich sehe die Fenster im Therapieraum. Ich höre die Leute auf dem Gang laufen.

Speaker0:

[19:49] Und damals im Auto, da hatte ich das Lenkrad in der Hand. Da war Blut. Da war ich viel jünger. Da war ein Rettungssanitäter. Anderes Setting. Und beim Erzählen mache ich aus diesem unmittelbaren, das nicht immer gefangen hält, eine Geschichte und kriegt dadurch die Distanz. Und dann bleibt das auch in der Vergangenheit. Dann kann ich daran denken, wenn ich mal das bei der Polizei erzählen muss, aber ich muss nicht daran denken, ich werde nicht überfallen. Und was man sich jetzt schlecht vorstellen kann, ist, wir denken, ach, ist ja easy. Also den Unterschied kriege ich hin. Also ich weiß ja, dass ich da acht Jahre alt war und war hinten angeschnallt im Autounfall bei meiner Mutter und heute bin ich 60 Jahre alt. Aber für Überlebende, die in der Trauma-Folgestörung feststecken, geht es nicht tatsächlich. Und es ist viel subtiler, als wir es denken. Also wie mit dem Beispiel mit Primo Levi, es kommt eine kleine Wahrnehmung. Ein Geruch zieht vorbei. Ich habe, glaube ich, das Beispiel im Buch in der Fußgängerzone. Es geht jemand mit einem Aftershave vorbei. Und ich merke es eigentlich nicht. Ich bin mit einer Freundin im Gespräch und laufe weiter. Und plötzlich ist der ganze Tag versaut. Es ist alles nichts. Ich bin schlecht drauf, ich bin wütend, ich werde irritierbar. Dann sage ich, ich gehe jetzt heim, ich habe keine Lust mehr zu shoppen oder so. Und dann erst im Nachgang, wenn ich jetzt mal achte drauf, was läuft

eigentlich, merke ich, ach, das war ja dieses Aftershift, das hat gerochen wie dieser Mann.

Speaker0:

[21:14] Also diese Trigger, die sind ja sehr subtil und oft kommen die auch von innen. Ich kann mich davon nicht schützen, selbst wenn ich mich in ein Zimmer setze, isoliere. Wenn man nochmal fragt, was ein Trauma ist, Sie hatten jetzt natürlich so Beispiele wie sexueller Missbrauch, ein Autounfall oder Menschenrechtsgewalt.

Speaker0:

[21:32] Hier in den westlichen Industrieländern reden wir sehr viel über Trauma. Sie sind durch eine Prüfung gefallen oder sie haben eine Zurückweisung erlebt. Dann sind sie traumatisiert worden oder sagen, das war traumatisch. Der Begriff wird für alles und nichts verwendet. Deshalb vielleicht die Frage an Sie, was verstehen Sie unter Trauma? Ja, das ist eine gute Frage. Es wird so inflationär verwendet. Auf der anderen Seite meint es eigentlich immer, wenn ich sage, ich bin traumatisiert von diesem Chef oder so, dann meint es schon, dass es schrecklich ist, dass ich schockiert war von irgendwas und so weiter. Also es meint es schon. Nur klinisch bedeutet Trauma tatsächlich was anderes. In traumatischen Lebensereignissen, da gibt es eine bestimmte Menge davon, die potenziell traumatisieren können. Es gibt auch Listen, die man abfragen kann. Zum Beispiel die Live-Event-Checkliste, die Lebensereignis-Checkliste kann man da abfragen, der Reihe nach. Und da sind es in der Regel Ereignisse, die mit sehr großer Hilflosigkeit einhergehen und mit Riesenangst. Also so entweder ein Schocktrauma, dass die Angst ganz schnell eskaliert ist, oder auch diese andere Art der Traumatisierung, wie Sie es auch schon angesprochen haben, die über längere Zeit. Zum Beispiel sexueller Missbrauch in der Kindheit oder Gewalt in der Kindheit oder unvorhersehbare Bezugspersonen. Das ist eigentlich immer das Schlimmste, wenn ich es nicht einschätzen kann, dass die Stressachse immer läuft, läuft, ich bin immer gestresst, gestresst.

Speaker0:

[22:55] Kann traumatisierend wirken. Und in der Regel ist es aber so, wir haben uns leider in der Vergangenheit immer auf ein Indextrauma fokussiert und haben dann gesagt, ja, ja, also das ist jetzt zum Beispiel, zuletzt haben wir eine Studie gemacht in Corona-Zeiten mit den Hausärzten in München, Lehrstuhl Professor Gensich, eine multizentrische Studie mit Überlebenden von Intensivstationen. Und die waren mindestens so und so lange beatmet, also schwere Verläufe hatten die.

Speaker0:

[23:24] Und die haben eine PTBS entwickelt. Und da hätte man jetzt früher gesagt, na gut, wir müssen uns auf diese eine Situation konzentrieren. Da war halt irgendeine schreckliche, zum Beispiel wenn der Beatmungsschlauch entnommen wird, das sind so Momente, wo Menschen sehr hilflos und panisch werden können, weil sie einen Moment lang denken, sie ersticken und so. Und das stimmt auch, das sind diese Momente. Aber wenn man sich dann anschaut, was die Leute zuvor alles erlebt haben. Also der Vater verliert die Arbeit in der Kindheit, dann fängt er zu trinken an, dann fängt er zu schlagen an. Die Mutter geht, dann gibt es diesen Ehestreit, dann werden die Kinder mal zum Vater, mal zur Mutter. Dann habe ich endlich eine Beziehung, dann verlässt mich die Frau. Also dann habe ich ein Auto. Das heißt, es sind immer mehrere Steine, bevor ein Mensch spricht. Und jetzt ist nur die Frage, wie viele solche belastenden Situationen und traumatische brauche ich, um zu brechen. aber es ist für jeden der Punkt erreicht. Und das haben wir gesehen, das ist korrelativ. Also je mehr Sie potenziell traumatisierte Lebensereignisse haben, umso wahrscheinlicher haben Sie eine Traumafolgestörung. Und was sind jetzt Arten von Trauma, die immer potenziell für uns solche Auswirkungen haben können? Das eine sind alle Naturkatastrophen, bei denen ich wirklich Todesangst habe. Um mich oder um meine Lieben.

Speaker0:

[24:44] Oder ich zuschauen muss. Zuschauen ist häufig gleich traumatisierend, wie wenn ich es selber erlebe. Und natürlich Helfer, die beruflich permanent damit zu tun haben, die viel zu sehen bekommen und nicht entsprechend Ausgleich haben. Also das sind diese Bereiche. Und Atemtrauma sind es eben Naturkatastrophen. Es sind körperliche Angriffe auf mich, entweder in der Kindheit oder später. Es sind Angriffe mit Messerstöcken, mit Gegenständen, die werden meistens extra abgefragt. Es sind sexuelle Angriffe und Nötigungssituationen gezwungen werden zu sexuellen Handlungen oder auch sexuelle Gewalt.

Speaker0:

[25:24] Das ist natürlich in dem Zusammenhang immer noch. Leider eine der schlimmsten Traumaarten ist tatsächlich Penetration von Körperöffnungen, gewalttätig. Da macht es jetzt keinen Unterschied, ob es im sexuellen Zusammenhang oder gezielt, zum Beispiel in der Folter geschieht. Da sind wir biologisch sehr, sehr vulnerable, offenbar. Und dann zum Beispiel alle Situationen, in denen ich hilflos war, also entführt werden. oder dann auch Situationen wie Leichensähen. Also vor allem Grauen und Ekel spielt eine große Rolle für die mehr komplexen Traumafolgen. Der ganze Bereich, dass

ich zum Beispiel miterlebe, wie andere Menschen sterben, entweder, dass sie sich das Leben nehmen und ich komme dazu oder auch zuschauen müssen bei Unfällen und Menschen gequält werden. Es gibt noch ein paar seltene Traumaarten und es gibt auch immer eine Kategorie, wo wir offen lassen, gibt es irgendwas, das Sie erlebt haben, das schockierend war, das nicht auf meiner Liste stand. Häufig kommt dann das Eigentliche, wenn Leute das selbst einordnen können. Aber es gibt noch ein paar Dinge, wie zum Beispiel Chemieunfälle oder Dinge, die wir auch ausschließen müssen, wenn es sich um eine Vergiftung handelt, kann ja auch mal sein, oder eine Hirnschädigung durch eine Einwirkung, ein Schlag auf den Kopf. Das sind natürlich auch Traumaarten, aber die fallen nochmal in eine andere Kategorie, Weil dadurch kann sich das Gedächtnis natürlich auch verändern.

Speaker0:

[26:50] Wenn ich eine direkte Einwirkung habe. Was ich auch sozusagen aus der Psychologie, ich konsumiere ja sozusagen nur die populäre Psychologie, aber was man da ja lernt, sind noch zwei Arten, dass es sozusagen ein transgeneracionales Trauma gibt, das weitergegeben wird, wo dann die Vorfahren Traumata dieser Art erlebt haben. Und es gibt so etwas, da habe ich gelernt, das heißt Bindungs- oder Beziehungstrauma. Das sind Traumata, die jetzt nicht so spektakuläre Ereignisse sind, sondern die schleichend über lange Zeit geschehen. Können Sie da noch was zu sagen? Ja, also vielleicht fange ich mal mit dem Bindungstrauma an. Das Hauptproblem bei Bindungstrauma ist, dass wir biologisch so gestrickt sind. Wir entwickeln als Kind, machen andere Arten auch, wir entwickeln eine starke Bindung zu einer Hauptbezugsperson. Und diese Hauptbezugsperson ist unser Safe Place. Also da gehe ich hin, da suche ich die Nähe, wenn ich Angst bekomme.

Speaker0:

[27:48] Das ist biologisch so gemacht. Die Hauptbezugsperson sollte sich auch nicht so weit weg bewegen, sondern sie bewegen sich um die herum und ziehen immer größere Kreise im Laufe des Aufwachsens, werden immer unabhängig. Jetzt, es ist aber so, wenn die Gewalt von dieser Bezugsperson selbst ausgeht und sie haben den Mechanismus dahin zu flüchten, dann suchen sie die Nähe bei jemandem, von dem aus die Gewalt geht oder der sogar sagt, geh weg von mir. Ich will dich nicht, ich will deine Nähe nicht. Oder kommuniziert, dass er mich nicht beschützt und beruhigt und annimmt, sondern mich in ein Zimmer steckt zum Beispiel. Das heißt, da entsteht ein großer Konflikt. Ich möchte da hin, habe aber genau vor meiner Zuflucht die größte Angst. Und das ist ein Bindungstrauma und deshalb ist es so schädlich. Jetzt muss ich Mechanismen entwickeln, mich von dieser Person fernzuhalten, was ja unnatürlich ist. Und in der Regel sind es ganz giftige Folgen für die eigene Psyche, weil es unnatürlich ist. Und da

entstehen Muster von Traumatisierung, die später sehr schlecht aufzulösen sind, weil dann kann ich mich auch anderen Menschen nicht zumuten. Ich kann mich auch am Therapeuten nicht zumuten. Und da lerne ich auch Schemata, die wirklich behindern, also die meine Entwicklung behindern, aber auch mein Profitieren von sozialer Interaktion. Weil ich immer misstrauisch bin. Also bei Trauma ist, genau, ja, misstrauisch, schnell wütend, fühle mich schnell abgelehnt. Und das treibt mich immer raus aus der Beziehung, aber es macht den anderen auch verrückt.

Speaker0:

[29:16] Und leider, natürlich fühlt sich das in der Interaktion unangenehm an, wenn jemand einen immer wieder mal ablehnt und dann kriegt man immer wieder mal eine drüber, meint es eigentlich gut und es kommt alles aus der Vergangenheit. Plötzlich geht der Mensch nicht ans Telefon oder ist wütend. Ich weiß gar nicht, woher es kommt. Und das ist interessant, wie sich das wieder, so eine Reinszenierung, wie sich das immer wieder abspielt in der Gegenwart. Und eigentlich sind diese Szenen und diese Erlebnisse und diese Gefühle aus der Vergangenheit. Darf ich dann nachfragen, weil da stelle ich mir bei dem Bindungstrauma vor, im Gegensatz zu dem, was Sie gerade erzählt haben, dass das fast noch schwieriger auseinanderzuklamüsern ist. Weil wenn Sie halt Splitter haben, ich bin wieder im Lager, ist das irgendwie direkter, als wenn man denkt, da ruft jemand nicht an. Ruft der nicht an, weil er mich ablehnt oder weil er keine Zeit hat.

Speaker0:

[30:08] Genau, Kopfkino geht dann an, ja.

Speaker0:

[30:11] Also das ist das eine, was einen so verfolgt ist, dass ich nie aus dieser Vergangenheit herauskomme. Ich stecke da wirklich fest und da ist es egal, ob ich im Kinderzimmer bin oder im Lager, in dem Zusammenhang. Aber das andere ist natürlich, wenn Sie so interaktionelles Trauma haben, wie wir sagen, also Bindungstrauma, dann bringen Sie das in jede Beziehung hinein. Und soziale Unterstützung ist bei Trauma die halbe Miete. Also das ist wahnsinnig wichtig, dass Sie in die Gruppe aufgenommen sind, dass sie gute soziale Kontakte haben, dass sie Menschen haben, denen sie vertrauen, die sie beruhigen können. Auch immer dieser Dauerstress ist auch immer so schädlich, dass sie dann den Herzschlag runterfahren und so. Und Menschen, die in der Kindheit so schlechte Bindungserfahrungen gemacht haben, die nehmen das gar nicht in Anspruch, die versuchen das oft gar nicht. Die bleiben für sich, trinken zu viel, nehmen

zu viele Substanzen, versuchen sich mit Medikamenten und Substanzen runterzufahren und wollen das alles mit sich selber machen, weil sie ja der Sache mit dem anderen nicht trauen. Und es ist auch noch nicht mal so, dass die das vor sich selber häufig so klar haben, sondern das läuft einfach ab. Und die müssen immer sich wegmachen. Mein Körper lügt, meine Gefühle lügen, ich hasse mich, ich lehne mich ab. Weil damals mussten sie das tun, weil sie so abhängig waren von der Bezugsperson, die sie so schlecht behandelt hat. Und das tragen sie dann lebenslänglich mit sich. Und deshalb macht es natürlich Therapie umso schwieriger, weil das ja niemand ist, der sagt.

Speaker0:

[31:39] Naja, ich habe einen Schwimmunfall gehabt und ich war beinahe am Ertrinken, aber der sich von mir führen lässt in dieser Erzählung und mir da vertraut. Oder auch, ich sage dann immer, wir sind im Schulterschluss in der Szene, nehmen Sie mich mit. Aber jemand, der das gar nicht gewohnt ist, im Kontakt zu sein, wenn er starke Gefühle hat, weil das bedrohlich war, der wird immer wieder versuchen, mich abzuschütteln und diese Gefühle anderweitig zu unterdrücken.

Speaker0:

[32:07] Und diese Menschen müssen häufig erst mal lernen, Gefühle haben ist keine Bedrohung, wenn ein anderer Mensch auch noch da ist.

Speaker0:

[32:14] Es wird nichts Schlimmes passieren. Wenn die als Kind zum Beispiel geweint haben, dann wurden sie geschlagen. Wenn du jetzt nicht still bist, gibt es noch mehr und so. Und gerade Eltern, die psychisch krank sind selbst oder selbst traumatisiert und die dieses inkonsistente, ungünstige Eltern- und Bindungsverhalten haben, die bestrafen das Kind ja für Aufreger, für Gefühle. Und eigentlich sollten Eltern die Kinder beruhigen. Also ich sage immer, das ganze Parenting, es gibt ja ganz viele Erziehungshilfen und Möglichkeiten, sollte man auch kennen, finde ich. Wir lernen alles Mögliche, aber wir lernen nicht, wie man mit unseren Kindern umgeht und haben auch nicht mehr die Modelle, die natürlichen. Also sowas ist gut, aber es ist natürlich so das Wichtigste. Ich kann auch so viele Strategien haben und den Eltern an die Hand geben. Und das Wichtigste ist, als eine Bezugsperson die Stressachse des Kindes beruhigt und es annimmt. Das ist eigentlich schon alles. Und das können Eltern ganz schlecht, die, wie Sie sagen, transgenerationale Traumatisierungen mitbringen. Die wurden ja selbst nicht angenommen, wenn sie Gefühle hatten, starke Gefühle sowieso, und wurden bestraft für ihr Verhalten. Also es gibt eben, was wir heute wissen, diesen anderen Aspekt, den

Sie vorher gefragt haben. mindestens zwei Generationen tragen wir diese transgenerationalen Erlebnisse mit uns, das wissen wir beim Tier sehr gut und auch beim Menschen.

Speaker0:

[33:38] Und auch der Körper, also wir haben eine Vererbung jenseits der Keimbahn, möchte man so sagen. Und diese Vererbung, die verstehen wir langsam immer besser. Wir verstehen sie noch nicht 100 Prozent, aber immer besser, dass da tatsächlich Erfahrungen der Großeltern an die Eltern und an die Kinder weitergegeben werden. Und zwar im Sinne einer Optimierung deren Verhalten.

Speaker0:

[34:01] Also wenn ich gehungert habe als Großeltern, dann gebe ich die Disposition mit, dass ich Kohlehydrate anders auswerten kann. Und wenn dann aber keine Hungersituation mehr ist, sondern Überfluss in den Läden herrscht, dann werde ich eben übergewichtig und bekomme Typ 2 Diabetes. Also da gibt es genügend Studien aus verschiedensten Ländern. Es sind ungefähr zwei, vielleicht drei Generationen, da lässt es sich schon schwieriger nachweisen. Und das kann man beim Tier eben studieren. Da können sie misshandelten Eltern Kinder geben, die von anderen misshandelten Mäuseeltern oder gesunde Kinder. Und umgekehrt, sie können misshandelten Mäusekindern gesunde Eltern geben. Da können sie das im Crossover studieren. Was vererbt sich fort an Erfahrungswert und was ist wirklich genetisch? Und in diesem Sinne bekommen wir einen Handzettel mit bei der Geburt von unseren Großeltern und Eltern, wie ich meine Gene orchestrieren soll. Also ich kann die ja an- oder abschalten bis zu einem gewissen Maße, durch meine Lebensführung auch und Abgeburt. Und jetzt sagen meine Vorfahren, hier ist deine Handanweisung, so kommst du wahrscheinlich in der Umwelt am besten durch. Und jetzt ist es natürlich so, dass wir häufig dann womöglich, wenn sie jetzt aufgewachsen sind, im Township und leben dann in der Schweiz, dann haben sie eine ganz andere Umwelt, wo ganz andere Verhaltensweisen und ganz andere Reaktionsdispositionen wichtig sind.

Speaker0:

[35:26] Also da macht es keinen Sinn, wenn Sie super vigilant sind und gucken, wo kommt die Gefahr her, sondern da sollten Sie im Klassenzimmer ruhig sitzen und der Lehrerin zuhören und möglichst gute Noten haben, um dann entsprechend gut beruflich sich zu entwickeln.

Speaker0:

[35:40] Also insofern gibt es diese Arten der Vererbung transgenerational und die hat in der Folge hauptsächlich zwei Konsequenzen. Das eine ist ein verändertes Eltern-Erziehungsverhalten, eben dieses unvorhersehbare, mehr inkonsistente, emotionalere. Das wäre so typisch für gestresste Eltern und Großeltern. Und auch das Kind nicht so sehen, also auch Vernachlässigung emotional, weil sie mit sich beschäftigt sind. Und auch eine gewisse Kälte, weil alles, was aufregt, bringt das Traumagedächtnis hoch. Also ist am besten, ich bleibe so in meiner Kontenanz, ich lasse mich nicht gut viel auslenken, bin nicht besonders gefühlvoll, nicht besonders in Nähe, nicht besonders viel Zärtlichkeit, weil alles das macht mir Gefühle. Das heißt, sie versuchen dann über diese Mechanismen sich vom Kind fernzuhalten.

Speaker0:

[36:35] Und genau das ist ja schädlich. Das Kind spürt es ja und interpretiert es natürlich als Ablehnung. Also viele der Kriegs-Enkel, gibt es ja eine ganze Gruppe in Deutschland, die sprechen eben davon, dass die Eltern wenig emotional waren, eher depressive Struktur hatten. Und das andere ist die eigene Psychopathologie, also die Eltern, die in der Folge eine eigene psychische Störung entwickeln. Und wir machen es so, wenn wir jetzt Kinder in Therapie haben, dann haben wir eine andere Therapeutin, die spricht mit den Eltern. Und wenn da diese beiden Auffälligkeiten sind im Erziehungsverhalten und oder die eigene psychische Belastung und Störung, dann müssten wir auch für die Eltern unabhängig Therapie und auch vielleicht Erziehungstraining organisieren.

Speaker0:

[37:19] Also das Kind bekommt seine eigene narrative Expositionstherapie und die Eltern bekommen ihre. Wir haben für die Kinder die KidNet, da ist es so mehr kindgerecht angepasst. Ja, also wir müssen gleich ja noch über Körper, also welche Krankheiten uns so entstehen, sprechen. Aber was ich jetzt faszinierend finde, wenn ich Ihnen zuhöre, das schreiben Sie auch gleich zu Beginn Ihres Buches. Sie sprechen von einer Traumapandemie und Sie sprechen auch davon, dass es ansteckend ist. Das heißt, Trauma wird weitergegeben und da merkt man jetzt schon, was für ein zerstörerisches Potenzial da drinsteckt in dieser Weitergabe oder auch einfach im Dasein von unbearbeiteten Traumata.

Speaker0:

[38:06] Also ich sage Ihnen mal ein Beispiel, wenn wir in Krisengebieten Untersuchungen machen, sogenannten Nachkriegsgesellschaften auch, da finden Sie,

also es gibt inzwischen wirklich über ein Dutzend gut gemachte epidemiologische Studien, da finden Sie zwischen 30 und 50 Prozent der Menschen haben das Vollbild einer psychischen Störung, einer psychischen Traumafolgestörung. Wenn ich also Gesellschaften habe, die bis zu 50 Prozent der Teilnehmer, der Bürger, leiden unter einer psychischen Störung. Dann können Sie sich vorstellen, wie schwierig es ist, nach dem Krieg da auf die Beine zu kommen. Und zwar in weitererlei Hinsicht sowohl ökonomisch als auch im sozialen Feld. Und wenn ich jetzt mir vorstelle, ein Vater, der Kriegsveteran ist und schlägt, der hat jetzt vier Kinder und eine Frau. Die Frau, wenn unter häuslicher Gewalt leidet, ich meine, in Deutschland werden fast täglich mit einer Frau getötet von ihrem Partner, Es sind 360, nicht ganz, 365 im Schnitt. Es herrscht viel Gewalt und die Kinder schauen zu. Das ist schon traumatisierend. Das Nächste ist dann, dass die Frau irritierbarer wird, die Traumasymptome entwickelt. Und wir haben gesehen, dass Mütter, die selbst Gewalt erlebt haben.

Speaker0:

[39:25] Schneller wieder gewaltbereit sind. Das heißt, es ist nicht nur so etwas Subtiles, was da in der Luft liegt, sondern die schlagen auch mehr zu. Die sind handgreiflich, die sperren die Kinder schneller weg. Ich habe so eine ganze Kaskade. Ein Mann bringt ein ganzes System schon mal in Aufruhr und setzt Traumatisierung. Ich setze immer dann, das kann man beim Beispiel der Folter gut sehen, Das eine ist die Einwirkung auf das Opfer, also Schmerzen verursachen, Angst verursachen. Und das andere ist, wichtig ist, werde ich depriviert, also es fällt was weg. Ich bekomme nicht genug Nähe, ich bekomme nicht genug Nahrung, ich bin nicht versorgt. Dass jemand guckt, habe ich warme Schuhe an im Winter und so weiter. Also es gibt den einen Faktor, der induziert sozusagen aktiv Trauma und setzt es. Und auf der anderen Seite, was dadurch nicht stattfindet an Nähe und Versorgung, ist genauso traumatisiert. Und diese beiden Seiten hat Trauma. Und insofern, wenn ich jetzt sage, also gut, ein Mensch ist gewalttätig, weil er, ich will gar nicht sagen, wer hier schuld ist, das kann ja sein, dass er selbst so aufgewachsen ist und Gewalt erfahren hat. Und jetzt hat er diese vier Kinder und diese vier Kinder werden mehr oder weniger mit entsprechenden Folgen aus der Kindheit hervorgehen. Und manchmal sieht man es nicht gleich. Viele Kinder, da sehen sie es spätestens in der Pubertät, wenn diese schwierige Zeit kommt, dass die dann anfangen, mehr Drogen zu nehmen, auf Drogen hängen zu bleiben. Also probieren tut es ja jeder, aber darauf hängen zu bleiben.

Speaker0:

[40:54] Gewalttätiges ausprobieren, schneller, impulsiver sind, dann auch schon die Lust an der Gewalt entwickeln. 30 Prozent der Jungs, die als Kind körperliche Gewalt erfahren haben, sind nicht nur reaktiver, schneller, sondern entwickeln sowas wie eine

appetitive Seite. Also die gehen schon raus und gucken, wo sind die anderen, wo könnten wir uns schlägern, wer hat sein Messer dabei, wo gehen wir aufeinander los. Also zwei Drittel nicht, aber ein Drittel statistisch gesehen ist mehr bereit, sowohl reaktiver, aggressiver zu sein, wenn man provozieren würde, aber auch diese Lust an der Gewalt zu suchen, die das natürlich wieder perpetuiert. Wenn ich mal sowas habe wie Lust an der Aggression.

Speaker0:

[41:37] Dann stecke ich natürlich andere an. Und dann brauche ich eigentlich nur noch eine Legitimation, Gewalt auszuüben. Also jetzt kommt ein bestimmtes System oder eine Glaubensüberzeugung oder eine Legitimation von jemandem Status höheren. Und dann gibt es ganz viele unter diesen Trauma-Überlebenden selber eigentlich, die dann sehr leicht bereit sind, in diesem Sinne mitzumachen. Und in dieser Weise steckt es an. Das Nächste ist subtiler, wenn ich jetzt sage, okay, ich gehe in die Depression oder in die Selbstverletzung. Viele Mädchen, Frauen gehen eher in die Gewalt gegen sich selbst. Auch, das heißt nicht, dass sie nicht auch nach außen gehen, aber auch nach innen, es gibt auch Männer, die nach innen gehen. Und wenn ich diese depressive, selbstverletzende Seite habe, dann natürlich könnte man meinen, das steckt ja nicht so schnell andere an. Aber ich habe Geschwister, ich habe Kollegen, Kolleginnen, ich habe Kinder natürlich, für die ist es eine Katastrophe, wenn die Mutter über Suizidgedanken spricht. Und dann wird es auch für die Kinder wieder eine wahrscheinlichere Möglichkeit, zu sagen, wenn es im Leben nicht läuft, wenn es schwierig wird, das ist eine Möglichkeit des Auswegs. Also wir lernen ja nicht nur durch eigene Erfahrungen im eigenen Leib, sondern wir lernen auch durch Modelle.

Speaker0:

[42:51] Und da spielen diese Modelle eine große Rolle. Und dann kann es sein, es schläft alles. Und wenn ich dann eigene Kinder habe, dann erschrecken mir manchmal. Viele Eltern sagen mir, mein Gott, ich höre mich ja an wie mein eigener Vater oder meine eigene Mutter. Auf einmal bin ich in der Situation und dann werde ich schon wütend in der Situation, in der mein Vater damals wütend geworden wäre. Also das Kind muss jetzt gar nicht meine Auswirkungen spüren, weil ich mich nochmal bremsen kann und sagen kann, ja, aber jetzt hast du ja verstanden, woher das kommt aus der Vergangenheit und du bist nicht dein Vater oder deine Mutter. Aber ich kriege diese Gefühle. Und wir sind sehr gut natürlich im Gefühles lesen anderer. Wir spüren die Gefühle anderer Menschen. Und deswegen wird heute oft ja auch gesprochen, zum Beispiel von toxischen Personen. Der muss mir gar nichts tun. Schon die Anwesenheit im Raum spüre ich, boah, da ist eine Spannung, da ist eine Aggression. Da spüre ich was im Magen.

Speaker0:

[43:48] Also ich kann zum Beispiel bei einer Therapie, es gibt Traumamomente, da werden Menschen fast ohnmächtig. Die gehen so in die Dissoziation, die machen so einen Shutdown. Schatten versteht man, glaube ich, ganz gut seit 2020. Ja. Und werden so schlaff und schwer und die wiederholen, was sie damals getan haben in der Traumasituation oder was damals bei ihnen abgelaufen ist. Und ich spüre das zum Beispiel körperlich. Wenn ich da sitze und jemand erzählt und bekommt diesen Zustand, dann spüre ich selber diese Schwere und Lähmung. Und dann kann ich natürlich sagen, ah, wie geht es Ihnen denn gerade?

Speaker0:

[44:21] Ich kann es so nehmen als Messinstrument, was auf der anderen Seite los ist. Und so sind wir Menschen gebaut und viele soziale Wesen, dass wir die Gefühle der anderen mitkriegen, damit wir rechtzeitig gewarnt sind, wenn irgendwas passiert. Und das ist alles ansteckend. Also wenn Sie viele solcher Menschen um sich haben, dann haben Sie ja ständig ein Kloß im Magen und Sie wissen eigentlich gar nicht so richtig, woher kommt es denn jetzt, was ist denn los? In diesem Sinne gibt es viele Wege und wir können auch viele Kettenreaktionen erkennen, also wie das überspringt von wo nach wo. Ich glaube, ich erinnere mich gerade, ich habe das Beispiel genommen von dem Amis-Amri-Attentat auf dem Weihnachtsmarkt. Wir hatten ja leider viele mehr inzwischen. Und dann hatte ich in der Folge interessanterweise zwei, drei von diesen Überlebenden bei uns in der Beratung und auch Therapie.

Speaker0:

[45:17] Und jeder hatte eine andere Folge davon getragen. Ich möchte jetzt nicht sagen eine komplette Folgestörung, aber eine andere Traumareaktion. Und einer war zum Beispiel ein Firmenchef, der sagt, nachts am Band gibt es öfter mal Probleme, wenn das Band klemmt und die sind so unter Zeitdruck und dann läuft die Ware auf und die vorne haben nichts und die hinten bei denen staut sich so ein bisschen. Und da wird er inzwischen so irritierbar und wütend und dann hat er schon Leute ins Büro gezerrt und gesagt, so jetzt reicht es, jetzt bist du gekündigt. Und das wäre im Frühjahr nie passiert. Wir sehen also Auswirkungen in ganz viele soziale Interaktionen.

Speaker0:

[45:57] Oder jemand, der vielleicht schon, was ich vorher gesagt habe, das ist ja immer so ein Bausteineffekt, also immer mehrere Belastungen und Traumata, bis das System

bricht. Jemand, der hat schon drei, vier schwere Situationen, dann kriegt er noch so einen Chef. Und zack, dann kommt ein Burnout und ich weiß gar nicht, woher. Aber da habe ich nochmal die Nachfrage zu dieser Building Block Theory, heißt das ja, wie Sie sagen. Also Sie würden, das haben Sie vorhin auch gesagt, ich wollte es nur nochmal wirklich verstehen. Sie würden sagen, wenn jemand keine schweren Kindheitsbelastung, also eine unbelastete Kindheit hatte und erlebt einen Autounfall oder eine Vergewaltigung, Dann ist das schon ein Trauma, aber diese Person würde wahrscheinlich keine Traumafolgenstörung entwickeln, weil ein Trauma allein einen Menschen noch nicht brechen lässt. Sondern es ist tatsächlich so, es müssen verschiedene belastende Lebensereignisse. Sie haben im Buch auch ein Beispiel, das fand ich sehr schön erzählt. Und auch weil die jeweiligen belastenden Erlebnisse so klein waren von außen betrachtet, das ist die Frau mit der Angst, Fahrstuhl zu fahren. Ja. Ich weiß nicht, ob Sie es erzählen wollen.

Speaker0:

[47:13] Ja, die war sehr eindrücklich da, ging es wirklich darum also eine typische Agoraphobie so eine Platzangst und da gibt es ja öfter mal spezifische Phobien also spezifische Phobien sind alles was ich biologisch angeboren habe also wir haben zum Beispiel Angst vor Höhe aber nicht vor Steckdosen und ich kann in all diesen Bereichen wo Menschen gefährdet sind also nicht atmen können, verbrennen Höhe, Beschleunigung, Kälte, Hitze Das sind alles natürliche Bereiche, wo ich so Phobien entwickeln kann. Oder Tiere. Ganz viele Leute haben Probleme mit Spinnen und so. Aber das würde ja Sinn machen. Die Evolution hat uns ja so gebaut, dass wir da vorsichtig sind. Und deswegen denken sich viele Therapeuten und Therapeutinnen gar nichts, wenn sie so einen Patienten bekommen, der eine typische spezifische Phobie hat. Also Angst vor Hunden oder so. Und dann machen wir Exposition. Also wir konfrontieren diese Angst. Wir fahren dann durch den Tunnel oder bei Flugangst muss ich fliegen, aber eine Langstrecke, nicht so kurz, damit es sich wirklich beruhigt und bloß kein Alkohol trinken, sonst ist es nachher schlimmer als vorher. Also kann man alles so gewöhnen sich und dann geht die Angst. Oder wenn der Hund nicht beißt, der bleibt einfach so lange im Zimmer, bis es weg ist.

Speaker0:

[48:24] Und bei dieser Frau, die hat also erzählt, sie hat kein richtiges Trauma, aber sie kann nicht Fahrstuhl fahren. Und das ist so peinlich in der Klinik, das war eine Ärztin, dass die Kollegen das merken. Und immer wenn sie dann in den Fahrstuhl muss runter zum Mensa da, dann kriegt sie diese Panikattacken. Und dann haben wir gesagt, na gut, dann machen wir doch mal die narrative Exposition anstatt mit einem traumatischen Ereignis mit dieser Situation. Und wir gehen ja ganz kleinschrittig. Also es ist Mittagszeit,

sie hat ein bisschen Hunger, ist schon ganz flau im Mangel, geht sie in den Aufzug. Es sind schon Leute drin, sie weiß, sie will eigentlich lieber Treppe gehen, aber die anderen sagen, da komm mal mit, komm da mal mit rein. Und dann will sie es sich nicht wegen peinlich nicht anmerken lassen, geht also mit in den Aufzug. Und dann steht sie da und die Luft wird dicker, dicker und sie merkt schon, jetzt kommt wieder diese wahnsinnige Angst. Und was wir machen bei der NET, wir gehen so ganz kleinschrittig, wir nennen das das Rad des Erzählens. Was haben sie wahrgenommen? Also sie spürt diese Enge, diese Hitze, diese Dunkelheit, diesen Staubgeruch. Was hat sie gedacht? Sie hat gedacht, ich muss hier raus, ich erstickte. Was hat der Körper gemacht? Sie spürt dieses Kribbeln am ganzen Körper, der Herz klopft und rast. Gefühl ist Angst, Angst, Enge, Spannung. Und was bedeutet das? Und dann bleiben wir da. Also bleiben wir beim Erzählen langsam und gucken wirklich, Wir explorieren sehr genau miteinander. Und dann kommen wir in die Gegenwart. Mal und sagen, wie geht es Ihnen jetzt gerade, wenn Sie an damals im Aufzug denken.

Speaker0:

[49:53] Und auf einmal sagt sie.

Speaker0:

[49:56] Bin ja gar nicht im Aufzug. Ich bin ja, da ist ja Holz. Dann sage ich, ah, das ist ja interessant. Jetzt hat sie es aber woanders hin, katapultiert. Und dann habe ich das Gleiche damit. Beschreiben Sie das mal. Was ist da für Holz? Ja, es ist eng. Ich lege auf dem Rücken, über mir ist dieses Holz. Ich versuche mich abzustemmen. Es ist dunkel. Ich habe diese Panik. Und dann stellt sich raus, sie ist auf einer Party mit Mädchen. Da waren die übernachteten, die alle auf dem Dachboden. Und da waren so alte Betten. Haben sie die Holzgestelle an die Wand geschoben und haben auf diesen Matratzen zusammen übernachtet. Da war sie so zwölf, dreizehn und sie ist in der Nacht unter dieses Holzbett gerutscht und wacht auf und ist da eingeklemmt. Und die Mädchen haben dann das Fenster aufgemacht und das Licht an und haben sie beruhigt. Und während wir da noch drüber gesprochen haben, ich habe gesagt, das ist ja komisch mit dem Holzbett, so eine Angst. Da haben sie gar nicht gemerkt, dass sie raus können. Es war ja nicht überall Holz, es ist ja nur über ihnen und so. Tasten Sie mal rundherum.

Speaker0:

[50:56] Und dann sagt sie, nee, ich bin in einem Sarg. Ich bin lebendig begraben. Ach, in einem Sarg? Interessant. Jetzt bleiben wir mal da. Dann sind wir da geblieben. Und wieder ganz detailliert. Was nehmen Sie wahr? Was riechen Sie? Wo sind Sie? Was

sehen Sie? Und auf einmal kam ihr diese ganze Geschichte, dass sie als Kind im Grundschulalter auf einer Beerdigung ist und auf den Sarg hinunterschaut. Und sie ist nicht im Sarg, sondern eine Schulfreundin war gestorben. Da war sie so, ich weiß nicht, sieben, acht Jahre alte Schulfreundin war gestorben und die Lehrerin hat die Kinder mit zur Beerdigung genommen. Und sie muss an diesem Sarg, als sie auf den geguckt hat und sich vorstellt, wie ihre Freundin da drin eingeschlossen ist, hat sie diese Alarmreaktion bekommen und hatte diesen Gedanken, die lebt noch und die erstickt da am lebendigen Leib. Das war die ursprüngliche Traumatisierung.

Speaker0:

[51:48] Dann ist sie Jahre später auf dieser Party gewesen, wo sie dann durch den Triggerreiz unter dem Bett daran erinnert wurde. Aber da sieht man, dass das Gehirn keine Verbindung gemacht hat zwischen dem ersten Erlebnis und dem zweiten. Und dann heute jetzt keinen Aufzug fahren kann, weil es da so stickig und eng drin ist. Und diese ganz implizite, unbewusste Art des Wiedererlebens, ich spüre nochmal, was ich damals gespürt habe, ich rieche noch mal sowas Ähnliches, ich fühle mich noch mal so ähnlich, hat sie immer wieder Angst bekommen lassen vor dem Aufzug. Und wenn wir da nicht in die Tiefe arbeiten, dann kommen wir da nicht dran, was da passiert ist damals. Und als wir das hatten, dass es tatsächlich am Grab stehend dieser Blick auf diesen Sarg war und alle Gefühle, die sie für diese Freundin hatte, die Angst um sie und diese Hilflosigkeit, diese massive Hilflosigkeit und eigentlich auch das Wissen, sie ist schon tot, aber ist sie wirklich tot? Aber sie hat sich auch an niemanden gewandt und gesagt, du Mama, da muss man nochmal aufmachen, vielleicht lebt sie noch, weil sie die gleiche nicht gesehen hat, sie hat das Kind nicht mehr gesehen. Ganz schwierig zu verstehen und kein Beistand. Und damit hat sie es nicht aufgelöst. Und bei der NET wäre es jetzt ja so, dass wir hoffentlich in diese Situation nicht kommen, weil wir erzählen ja von der Geburt an.

Speaker0:

[53:03] Also da würden wir ja nicht rückwärts gehen, auf diesen Affektbrücken nach rückwärts, sage ich mal, nach früher, sondern wir würden bei der Geburt anfangen erzählen, die ersten Lebensjahre, das Aufwachsen, die Kindheit, die Jugend und dann alle anderen Ereignisse. Da erzählen wir die wichtigsten spezifischen Lebensereignisse im Guten und im Schlechten eines Lebensjahres. Da würde ich gleich noch drauf reinkommen. Also für die NET ist ein eigenes Kapitel sozusagen reserviert. Ich habe noch eine Frage. Erstens finde ich es schon überraschend, wie subtil das ist von außen. Und deshalb hat mir dieses Beispiel gut gefallen, weil es eben so subtil ist, da kommt ein Mädchen mit zur Beerdigung, kein Beistand ist natürlich schon schwierig, aber dann fällt sie mal auf einer Party und dann nicht Fahrstuhl fahren können. Also wie man merkt, wie

unfassbar feinfühliges Wesen wir eigentlich sind und dass wir immer wieder da so hingucken müssen, wie Sie sagen. Und mich würde aber noch eine Sache interessieren, auch weil Sie es gerade selber nochmal angesprochen haben.

Speaker0:

[54:04] Die Attacken oder die Angriffe, die mittlerweile auch mehrfach ja von geflüchteten Menschen ausgehen, die mittlerweile, wir zwei reden am 10. Februar, da ist noch Wahlkampf, natürlich zu einer unglaublich aufgeheizten Migrationsdebatte geführt haben. Die Menschen, die zu uns kommen aus Kriegsgebieten, sind ja unfassbar traumatisiert. Also im Grunde genommen müssten die doch sofort gecheckt werden, wie geht es ihnen und dann Unterstützung bekommen, damit die nicht in solchen psychotischen oder Flashback oder gewalttätigen, ich weiß nicht, wie man es dann nennen soll, außer im Outrage unterwegs sein können. Ja, jetzt haben Sie mehreres auf einmal genannt. Sie haben recht. Wir haben eine Untersuchung in Deutschland gemacht mit Asylbewerbern damals. Da waren es 30 Prozent, gut 30 Prozent mit einer posttraumatischen Belastungsstörung. Heute gibt es sogar, also es ist immer so, je nach Bausteineffekt, wenn ich viel aufgeladen habe, also wenn ich Folterüberlebender bin, dann sind es 95 Prozent. Also aus der Folter, das ist so eine systematische Traumatisierung über länger. Also wenn sie gerade in Folterhaft sind, dann kommen sie eigentlich selten gesund, psychisch gesund davor. Da hilft auch kein Resilienztraining, muss ich jetzt mal ein bisschen böse von der Seite reinschauen.

Speaker0:

[55:28] Also Resilienz spielt eine Rolle in den unteren Traumabereichen. Wenn ich zwei, drei Ereignisse habe, je mehr es werden, je stärker die Belastungen und je früher es werden, im Leben umso wahrscheinlicher. Und dann natürlich noch, was haben meine Eltern und Großeltern erlebt. Also dann habe ich da noch diese Hypothek, sage ich mal. Oder auch diese günstige Unterstützung der Resilienzfaktoren aus der Vergangenheit. Aber wenn ich mir die Geflüchteten anschau, dann würden wir heute aus Ländern wie Nigeria zum Beispiel, wo ich sehr, sehr massive Kindheitsgewalt habe. Oder Afghanistan, wo ich extrem bin. Also ich habe viele Länder mit starker Kindheitsgewalt, obwohl es gibt allerdings auch große Untersuchungen, Mit Millionen Teilnehmern, da sieht man, dass sowohl Gewalt in den Kindheiten als auch sexuelle Gewalt in jedem Land vorhanden ist und überall verbreitet. Nur in Kriegs- und Krisengebieten ist es verstärkt. Je länger die Bürgerkriegssituation andauert, je länger das Gewaltmonopol nicht mehr beim Staat oder in der Demokratie liegt, sondern in den einzelnen Rebellengruppen, je unvorhersehbarer Angriffe werden.

Speaker0:

[56:34] Umso wahrscheinlicher werden Trauma-Folgestörungen in der ganzen Community. Und dann ist es natürlich so, dann habe ich keine Familie mehr, in der nicht mindestens eine Person traumatisiert ist oder auch gewaltbereit ist. Und wir dürfen nicht vergessen, Trauma bedeutet nicht immer, gefährlich zu sein, sondern es ist vielmehr, ich bin gefährdet. Ich bin gefährdet, psychische Erkrankungen zu entwickeln und auch körperliche Erkrankungen. Aber eben, es gibt eben eine Seite von Traumatisierung, die führt zu mehr reaktiver Gewalt. Also ich wehre mich stärker und schneller, bin da impulsiver und auf der Hut schon, weil ich schneller auslenkbar auch bin. Und eben dann gibt es eben, was ich vorher angesprochen habe, diese appetitive Gewaltbereitschaft, wo ich richtig gegen Lust entwickle, tatsächlich Gewalt auszuüben. Wo ich also eine positive Erfahrung mache, wenn ich Gewalt ausübe, nicht eine Erleichterung, wenn ich Gewalt abwehre. Und diese zwei Seiten sind ausgeprägter, wenn ich in der Kindheit Gewalt erlebt habe. Und es gibt eben viele Kulturen und wir haben ja auch unsere liebe Mühe damit, dass wir Eltern davon abhalten, Grenzen zu setzen und zu sanktionieren, aber nicht mit Gewalt. Und das ist keine einfache Sache. Da sagen wir dann immer die Eltern aus verschiedensten Ländern, ja, wenn sie mir den Stock nehmen, was bekomme ich denn dann? Also das ist ein echtes Umlernen.

Speaker0:

[57:55] Und diese Menschen, die schon früh Gewalt erlebt haben, Sie haben gesagt, psychotisch. Es gibt eine Studie vom King's College, dass tatsächlich manche geflüchteten Populationen eine sehr stark erhöhte Disposition haben, sogar psychotische. Also das sind ja eigentlich Wahnvorstellungen. Keine Traumafolgen im Sinne von Bildern von damals sehen, sondern wirklich Bilder zu sehen oder Halluzinationen zu haben und so weiter, die tatsächlich nicht jetzt direkt auf Ereignissen beruhen. Also da wird dieses System sozusagen über die Grenze getrieben. Und das hat tatsächlich auch mit Hochstress in der Kindheit zu tun, aber es ist nicht der einzige Faktor. Also das gibt es und es gibt Traumafolgen. Es gibt natürlich auch ganz einfache soziale Zusammenhänge. Ich bin sehr niederrangig, also ich fühle mich erniedrigt. Ich habe kein Auto, ich habe kein Haus, ich habe keine Freundin. Ich schaffe es auch nicht, so viel Geld nach Hause zu schicken wie versprochen. Also diese Beschämung, diese Stigmatisierung und jetzt im Zusammenhang mit vielleicht schon so einer angelegten Lust auf Gewalt oder potenziellen Gewaltbereitschaft, wenn dann eine Legitimation, also wenn es heißt, wie in Ruanda, das sind keine Menschen, das sind Tiere, Untermenschen, Heuschrecken, die können wir alle erschlagen, ich brauche dann nur noch die Legitimation eigentlich. Und da müssen wir eben aufpassen, dass wir Menschen früh versorgen.

Speaker0:

[59:22] Jetzt ist die Frage, wir sind eigentlich von der EU angewiesen, dass beim Eintritt ins Land so eine Untersuchung stattfindet, angeboten wird und bisher wird das kaum durchgeführt. Also wir haben 2017 eine Leopoldina-Kommission gehabt, da war ich dabei und in der Leopoldina ist die Akademie der Deutschen Akademie der Wissenschaften. Da sind sehr fähige Leute, die haben die Arbeitsgruppe gebildet zur Politikberatung. 2018 wurde das Papier verabschiedet und da haben wir ganz klar gesagt, es braucht ein Stufenmodell und das wurde auch schon von anderen Kollegen und Autoren vorgeschlagen. Also so ein gestuftes Hilfemodell, wie wir Menschen identifizieren, die diesen Hilfebedarf haben, für sich, aber auch für ihre Gewaltbereitschaft und wie wir dann die in so verschiedene Hilfsarme überweisen. Und dieses Papier hat wenig Resonanz, bis keine in der Politik erfahren. Jetzt hat aber Baden-Württemberg, Gott sei Dank seit ein paar Jahren, das Sozialgesundheit- und Integrationsministerium Baden-Württemberg, die haben uns jetzt ein Projekt genehmigt, zwei Projekte eigentlich. Das eine heißt Furchtlos.

Speaker0:

[1:00:30] Da bieten wir jungen, unbegleiteten Männern an, über Screenings identifiziert zu werden und dann, wenn eine Belastung und eine Störung vorliegt, in Behandlung zu gehen. Und vor allem bei diesem Projekt probieren wir aus, junge TherapeutInnen in Ausbildung, dass die gleich in der Ausbildung supervidiert schon einen Geflüchteten sehen und dem Therapie anbieten, auch mit Dolmetscher, und das schon mal gewöhnen. Weil wenn sie erst mal raus sind und in ihrer Praxis sitzen, dann haben sie nämlich Angst, vor anderen Kulturen, sie kennen sich nicht gut aus damit, sie haben keinen Dolmetscher bei der Hand, wer zahlt den Dolmetscher und so weiter. Das heißt, wenn sie nicht früh Berührung damit hatten, dann wird es später eine große Hürde. Und da sind bürokratische Hürden im Weg, aber auch innere Hürden, wenn ich damit noch nie was zu tun hatte. Das ist das eine Projekt. Und das andere Projekt nennt sich Baden-Württemberg-Schützt. Da haben wir tatsächlich jetzt ein Screening mit einem Ampelsystem entwickelt, wo sie sagen, es können Peers, Migranten, Paten, also keine Profis, die haben wir nämlich gar nicht. Die WHO schlägt vor, bei Großschadensereignissen und bei Katastrophen nehme ich Personal mit hinzu und bilde das aus, die aber vorher nicht in diesen Berufen waren. Und das müssen wir hier auch machen. Wir haben viel zu wenig Profis im Psychotrauma-Bereich. Die lassen sich auch nicht einfach generieren. Das sind sehr lange Studium, Ausbildungen und noch eine spezielle Psychotrauma-Ausbildung.

Speaker0:

[1:02:00] Und da nehmen wir Migrantenpartner rein und die können mit Hilfe eines strukturierten Interviews erfassen, wie es dem Menschen geht. Da ist auch so ein ganz einfacher Ding, so ein visuell analoges Fieberthermometer, wie belastest bist du und so. Also solche einfachen Elemente mit dabei und kommen dann zu einer Auswertung. Grün, Gelb, Rot, wie bei einer Ampel. Die Grünen, die lassen wir in Frieden. Wir sollen ja auch nicht jeden beglücken mit Psychotherapie. Aber es ist so watchful waiting, sagt man. Nach einem halben Jahr bekommen die nochmal ein Gesprächsangebot. Es kann nämlich immer sein, dass später was aufbricht. Geflüchtete haben oft am Anfang so eine Honeymoon-Phase. Da sind die erstmal happy, dass sie es geschafft haben. Und dann kommt der ganze Frust und die Traumata, die kommen erst viel später hoch. Wenn Sie das mal anschauen, das sind nie die Leute, die am ersten Tag hier sind. Das sind immer Leute, die sind schon jahrelang hier. und waren in verschiedenen Asylverfahren und der Frust steigt.

Speaker0:

[1:02:53] Und dann gibt es die gelbe Gruppe, das ist die größte. Das sind so ungefähr 30, gut über 30 Prozent. Denen kann ich ein sehr niederschwelliges Traumamodul anbieten. Auch wieder durch diese Migrantenparte, die gut supervisiert werden. Also der Psychotherapeut der Zukunft, stellen wir uns vor, macht nicht alle Therapien selber, sondern der hat fünf Berater, solche ausgebildeten Berater unter sich und der supervisiert die. Also wir brauchen so ein Schneeballsystem. Die sind die gelbe Gruppe und da haben wir gute Erfahrungen und auch Daten aus den Ländern, dass tatsächlich zum Beispiel Lehrer oder Leute, die schon im Gesundheitsberuf sind, wie zum Beispiel in Krankenschwestern oder andere Berufe, mitrekrutiert werden können, um diese Traumamodule zu machen. Die machen eine vereinfachte narrative Traumaarbeit, nennen wir das.

Speaker0:

[1:03:43] Biografiearbeit, die zu mehr Selbstwirksamkeit, zu mehr psychischer Gesundheit führt. Und dann gibt es die rote Gruppe. Bei der Ampel. Und das sind ungefähr fünf bis sieben Prozent. Und die brauchen sofort professionelle psychiatrische Unterstützung meistens, psychotherapeutisch aber auch. Und diese Gruppe, die überweisen wir wirklich an Institutionen, die sich sehr gut auskennen. Und ich glaube, wenn wir diesen Schritt haben, dass wir sagen, wir machen systematisches Screening, jeder bekommt so ein Interview angeboten, Dann haben wir ein Ampelsystem, das einfach auszuwerten ist. Natürlich kann es da auch mal einen Fehler geben, aber wir haben es relativ breit angelegt.

Speaker0:

[1:04:25] Außer sagt jemand, mir geht es wunderbar und dem geht es schlecht, klar. Also wenn Sie da gar nichts bemerken, dann fällt er in die grüne Gruppe. Oder mal gibt es vielleicht einen falsch positiven, der hat ganz viel Heimweh oder die Mutter stirbt im Herkunftsland und ist deswegen momentan sehr belastet, aber es ist keine Trauma-Folgestörung. Und diese paar Ausreißer gibt es, aber in der Regel ist es ein sehr sicheres System. Und diese Fragebögen sind auch sehr gut validiert wissenschaftlich. Wenn Sie da über einem Schwellenwert sind, dann haben Sie mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Trauma-Folgestörung oder eben gerade noch nicht. Dann fangen wir das gerade noch ab, bevor die Sache kippt. Und in diesem Sinne haben wir den Vorschlag gemacht, dass wir in die Breite gehen. Also mehr solche Zentren und auch mehr dieser ganz gezielten biografischen Arbeit, wo wir wissen, dass es Erleichterung schafft.

Speaker0:

[1:05:15] Das wäre dann eine anständige Migrationsarbeit, statt einfach jetzt so eine Propaganda zu betreiben. Wir wollen ja noch zur NET kommen und insofern habe ich noch ein ganzes Thema. Sie hatten ja schon darüber gesprochen, wie das abgespeichert wird oder nicht. Was ich auch gelernt habe in Ihrem Buch, Trauma wirkt halt auch körperlich. Also anhaltender Stress macht nachweislich krank. Sie zitieren auch die berühmt gewordene Studie Adverse Childhood Experiences von 1998 aus den USA, die eben einen deutlichen Zusammenhang zeigt zwischen Kindheitstrauma und der späteren Gesundheit der Betroffenen als Erwachsene. Sind das alle Krankheiten? Ich habe bei Ihnen auch gelernt, dass es sich auch um Krebs zum Beispiel handelt. Fand ich überraschend, weil da denke ich immer, das ist biologisch oder genetisch. Also jedenfalls nicht psychisch. Was sind das für Krankheiten? Ist das alles?

Speaker0:

[1:06:13] Also es sind vor allem Infektionskrankheiten. Es sind alle, wir so nennen, zivilisatorischen Krankheiten. Also Herz-Kreislauf-Magen-Darm-Erkrankungen, endokrine-metabolische Erkrankungen, die steigen alle an. Was ist eine endokrine-metabolische? Ist das eine Stoffwechselerkrankung, würde ich sagen? Oder so eine Autoimmunerkrankung? Genau, ganz genau. Alle diese Krankheiten. Aber Sie stellen sich vielleicht ein bisschen falsch vor, diese Trennung von psychisch und körperlich. Also wenn ich jetzt eine psychische Störung habe, wie eine Traumafolgestörung, dann schlafe ich schlecht. Ein schlechter Schlaf ist eine Katastrophe für die Autophagie, wenn ich keine Esspausen mehr einhalte, wenn ich nicht die kranken Zellen selber vernichten mehr kann, wenn ich Zellen nicht mehr reparieren kann. Wir haben zum Beispiel eine Studie gemacht, da haben wir das Blut von Traumatisierten bestrahlt, also

Strahlenschäden ausgesetzt, nicht die Traumatisierten selber, sondern nur das Blut. Und dann sehen Sie, es gibt so Reparaturmechanismen, die der Körper hat. Und bei den Traumatisierten ist die Zellreparatur, die DNA-Reparatur, wenn da Brüche sind in der DNA, sehr viel schlechter, signifikant verschlechtert. Und nach der Therapie können die wieder ihre Zellen reparieren. Das heißt, diese Trennung zwischen psychisch und körperlich, die Psyche ist extrem körperlich. Und umgekehrt, wir sagen auch immer, der Körper erzählt die Geschichte mit, Es ist nicht im Kopf.

Speaker0:

[1:07:37] Sondern ich kann, wenn ich jetzt zum Beispiel eine Narration habe und dann stockt es, dann geht es nicht weiter, weil das Gedächtnis an der Stelle eben zerfallen ist, dann kann ich immer sagen, was sagt denn der Körper gerade, gucken wir mal, wo ist es heiß und eng und brennt. Und fassen wir das mal in Worte und auf einmal ist klar, was da passiert ist. Und dann entsteht ein Satz daraus und dann geht die Geschichte auch weiter. Also es gibt eigentlich keine Trennung zwischen Körper und Geist. Und sehen Sie, wie viel Immunsystem ist im Darm? Wenn Sie jetzt sagen, ich ernähre mich schlecht aufgrund meiner Trauma-Folgestaltung oder ich trinke so viel Alkohol.

Speaker0:

[1:08:11] Da werden nicht nur die Zellen hier in der Speiseröhre, Magen, Darm geschädigt, sondern Sie haben in der Folge natürlich toxische Prozesse. Sie müssen sie über die Leber abbauen. Sie trinken aber nur deshalb viel, weil Sie unterdrücken wollen, dass Intrusionen hochkommen oder weil Sie sich körperlich so schlecht fühlen oder weil das so schön ist. Ich habe neulich mal eine suchtkranke Patientin gefragt und gesagt, Ich habe hier so ein weiches Kopfkissen um den Kopf. Dann muss ich nicht mehr an meine Ereignisse denken. Das Problem ist aber nur dann, wenn Sie auch Alkohol zur Verfügung haben. Wenn Sie jetzt bei Nianomami leben, wo Sie keine Flasche Prosecco haben oder kein Bier, dann können Sie auch nicht alkoholabhängig werden. Dann machen Sie vielleicht was anderes.

Speaker0:

[1:08:54] Das heißt, es ist immer eine Interaktion von Umwelt, Psyche und Körper. Aber diese Interaktion bei einer Traumafolge ist entsprechend schlecht für den Körper. Sie benutzen mehr Substanzen, sie rauchen mehr, sie trinken mehr, sie nehmen mehr Drogen. Sie verhalten sich selbstschädigender in sozialen Kontakten, aber auch was ihre Ruhephasen betrifft. Sie machen kein Yoga, sondern sie trinken einen Schnaps. Also das ist jetzt natürlich übertrieben, manche machen auch Yoga, aber es ist sozusagen

insgesamt, ihr Gesundheitsverhalten ist schlecht. Und nach der Traumafolge habe ich ja diese, mein Organismus kommt ja nicht zur Ruhe, weil ich diesen Schreck, also ich habe ja immer Angst, es könnte gleich passieren. Ich bin ja nicht raus, wenn ich eine Traumafolgestörung habe. Und dieses Gefühl, ständig auf der Hut zu sein oder eigentlich so, nicht immer hyper, aber schnell auslenkbar. Sie sind wie so stand-by. Und das kostet dem Organismus unwahrscheinlich. Und wenn Sie jetzt wieder in den Stressmodus gehen, dann stellen Sie die Peristaltik ein, dann geht die Verdauung schlecht, dann haben Sie Magenprobleme oder Atmung. Die Atmung ist schlecht.

Speaker0:

[1:10:03] Diese flache Atmung, diese nicht entspannte, über viele Stunden, da bekommen Sie schneller Lungenkrankheiten. Lungen muss sich entfalten können. Dann haben Sie zum Beispiel Herz-Kreislauf, also dieser Stress aufs Herz, der immer wieder da ist, auch nachts im Albtraum. Der ist dann enorm. Insofern lässt sich Körper und Geist nicht wirklich trennen bei Traumafolgekrankheiten. Also wenn wir jetzt darüber gesprochen haben und sozusagen über die psychischen, individuellen, über die körperlichen und über die gesellschaftlichen Folgen von Trauma gesprochen haben, dann ist ja die gute Nachricht, dass Sie eine Therapieform entwickelt haben und Sie haben es jetzt schon ein paar Mal angedeutet und jetzt würde ich total gerne die einfach mal besprechen, weil das ja auch ein strukturiertes, komplexes Verfahren ist, also nicht im Handling, es ist sehr einfach, aber was dahinter steht und sie funktioniert in drei Schritten. Also Sie sagen, Narration und Zeugenschaft heilen. Und vielleicht können wir das einfach mal besprechen und an diesen Schritten entlang gehen. Und das Erste, Sie hatten es schon so ein bisschen angedeutet, ist Ereignis, Checkliste und Psycho-Edukation. Also jemand kommt zu Ihnen oder Sie sind im Lager und es ist ja egal, wo es stattfindet eigentlich.

Speaker0:

[1:11:16] Und die Person sitzt vor Ihnen und was passiert dann? Also egal, wo es stattfindet, vielleicht nicht ganz. es muss ein ruhiger Ort sein und vor allem in vielen Ländern und Kontexten gibt es immer Neugierige, also die wollen dann mit dazu. Das ist nicht so günstig, also es müsste unterm Baum von mir aus oder hinter einer Hütte oder in einem, also meistens haben wir nicht den Luxus, die Zimmertür zu machen, aber wenn ich das kann, ist es schon günstig, dass ich ungestört bin.

Speaker0:

[1:11:42] Wobei, das ist in der Regel keine Zweierkonstellation, ist oft auch eine Dreier, weil der Dolmetscher dabei ist und dann sitzt vielleicht noch jemand dabei, der schreibt das Testimonie oder bei uns sind es auch noch natürlich Wir sind eigentlich immer schon mal eine Kleingruppe, die hört diese Lebenserzählung. Aber es geht natürlich auch zu zweit, wenn ich die Sprache spreche. Und der erste Schritt, das ist eine relativ klare Vorgehensweise, die zwei Schritte hat, die noch, wie wir sagen, allozentrisch. Also ich gucke von außen auf das Trauma und erst im dritten Schritt in der Lebensgeschichtenerzählung stelle ich mich wirklich in mein Leben, in so eine egozentrische Perspektive. Und der allererste Schritt ist also ein Interview anhand von Checklisten nach Arten von Trauma. Also ich frage diesen Menschen, die wir es vorher schon gemacht haben, haben sie jemals in ihrem ganzen Leben eine Naturkatastrophe erlebt, einen Autounfall oder überhaupt einen Unfall mit Fahrgeräten, mit einem Flugzeug, mit einem Auto, mit einem Fahrrad? Haben sie andere Unfälle erlebt, also zum Beispiel im Haushalt von der Leiter gefallen oder in eine Arbeitsmaschine gekommen? Also keine intendierten Traumaarten, sondern tatsächlich unglückliche Umstände.

Speaker0:

[1:12:55] Und häufig, wenn man sich dann die Umstände anschaut, gibt es schon auch wieder einen Zusammenhang. Aber gut, nur um es mal zu erklären, ich gehe diese Checkliste durch. Und dann habe ich ja, die gute Nachricht ist ja auch, ich habe ja nicht alles erlebt, sondern ich habe auch Dinge nicht erlebt. Und ich sage auch immer den Überlebenden, diese Liste ist entstanden aus Erfahrungen von anderen Menschen. Wir können das alle erleben oder eben auch nicht. Jetzt gucken wir mal, was bei Ihnen zutrifft. Und heute müssen Sie noch gar nicht erzählen. Heute sagen Sie mir nur, ja, sowas habe ich erlebt. und dann im Idealfall, wie alt waren Sie oder in welchem Jahr und wo. Also gleich Kontext machen. Gleich mal ein paar Pflöcke einschlagen, wo wir sagen, da hängen wir dann das Gedächtnis dran auf. Und da gehe ich durch diese Liste in Ruhe und frage das ab und dann auch, haben Sie es selbst erlebt, haben Sie zuschauen müssen, waren Sie schockiert, weil Sie ein lieber Mensch, der Ihnen nahe steht, Familie oder Freunde, sowas erlebt hat und oder haben Sie es beruflich häufig erlebt, dass sie davon traumatisiert worden sind. Und da gehe ich diese Arten durch. Erstmal eine allgemeine Checkliste und als zweites Kindheitserfahrungen.

Speaker0:

[1:14:00] Also Gewalt, körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit durch Personen, die im Haushalt gelebt haben und Bezugspersonen, aber auch andere Erwachsene, die im Haushalt leben und andere Kinder, Jugendliche, die im Haushalt leben, vor allem Geschwister. Unterschätzen, glaube ich, wie viel Gewalt es zwischen Geschwistern gibt, auch sexuelle Gewalt, und dann auch Peers, also gleiche

Alträge in der Schule, wenn ich zum Beispiel eine Mobbing-Erfahrung habe oder da Gewalt erlebt habe oder einen sozialen Ausschluss erlebt habe. Also wir haben mal zusammengestellt, was sind die Threats to Human Lives, was sind die Bedrohungen für das menschliche Leben. Und da gibt es natürlich für den Körper Bedrohungen, es gibt Bedrohungen für die Integrität, aber es gibt auch soziale Bedrohungen, zum Beispiel ein Ausschluss ist für den Menschen ganz schrecklich. Und alle diese, da gibt es eine lange Liste, und die habe ich übrigens ins Buch. Ich finde es ganz wichtig, da kann man mal durchgehen für sich. Was habe ich eigentlich selber? Welche Arten von Bedrohung habe ich schon überlebt? Und da kommt ganz schön was zusammen. Selbst bei Menschen, die nicht traumatisiert sind, wenn wir das so üben, bei Kollegen, Kolleginnen oder auch mit Studenten, Studentinnen. Und diese Liste gehe ich durch und am Ende dieser Liste habe ich eigentlich schon erst einen Überblick über die Arten von Trauma.

Speaker0:

[1:15:18] Und dann lobe ich den Interview und sage, das haben wir gut gemacht. Jetzt haben wir mal einen ersten Überblick. Wie geht es Ihnen denn jetzt? Ja, also das hätte ich jetzt nicht gedacht. Ja, also ist mir doch viel eingefallen. Mein Gott, was schleppt man alles mit? Das habe ich schon vergessen. Und dann sehen wir uns zur nächsten Sitzung. Und da bringen wir diese Ereignisse auf eine Entwicklungszeitlinie, also auf die Lebenslinie. Das heißt, wenn wir eine richtige Lebenslinie legen, wir können es auch auf Papier machen mit einem Stift. Aber schöner ist es im Raum mit einem Seil, das wir als Zeitlinie auslegen.

Speaker0:

[1:15:51] Dann habe ich Symbole, Steine für schwere Ereignisse und Traumata und Blumen für schöne Ereignisse, Errungenschaften, Momente, wo ich stolz war, wo ich geliebt wurde oder geliebt habe, glücklich war und Stöckchen für Aggression. Stöcke für Aggression nehmen wir deshalb dazu, weil ich, wenn ich was selbst getan habe, nicht unbedingt gleich will, dass da eine Blume oder ein Stein kommt, sondern ein neutrales Symbol. Also die Aggression hat einfach für sich ein extra Symbol, eigen ausgeübte Aggression oder auch teilweise delinquente Aktionen können wir auch dazu nehmen und Trauer. Da schlage ich immer vor, Kerzchen anzuzünden und an die Stelle auf die Lebenslinie zu setzen, an der der Mensch verstorben ist, also Verlust und Trauer.

Speaker0:

[1:16:41] Wobei ich sagen muss, viel wichtiger ist es, dass wir, wenn wir dann nachher die Geschichte erzählen, dass wir auch die schönen Momente mit dem Menschen

nochmal aufleben lassen. Die nimmt uns ja keiner mehr. Und auf diese Weise lege ich erstmal einen Überblick. Und da sagen wir, das machen wir so mit Lufthoheit. Wir sind auch wieder außen vor und gucken uns das Ganze von oben an. Was gibt es da alles der Reihe nach? Legen wir chronologisch die Symbole aus für spezifische Ereignisse. Also es kann ja auch so Mottos geben im Leben zum Beispiel, ich war immer das schwarze Schaf bei uns, dann würden wir sagen, aha, da gibt es so ein allgemeines Thema. Gab es denn einen Moment, da haben Sie gemerkt, dass es tatsächlich so ist, dass Sie benachteiligt oder beschimpft oder bestraft werden, obwohl es jemand anderen betrifft? Und dann suchen wir solche spezifischen Momente und sagen, ja, es gibt einmal, da wurde ich eingesperrt in meinem Zimmer und habe eine Strafe, Hausarrest bekommen, weil mein Bruder hat was gemacht, der wurde aber bevorzugt. Okay, dann haben wir schon ein spezifisches Event und das benennen wir mit Titel, wie im Polizeibericht, was ist da passiert, wie so eine Überschrift und Ort und Zeit wieder. Und jetzt habe ich nicht nur die Kategorien, wie beim Schritt 1, sondern ich habe das jetzt ausgebreitet, wie das eine da zum anderen führt. Und sehe das im Überblick. Und für jedes solches spezifische Ereignis und auch die Lebensabschnitte habe ich Titel.

Speaker0:

[1:18:07] Und jetzt habe ich zum ersten Mal auch die Blumen dabei. Also jetzt sehe ich, das war eine wichtige Person und da war zwar ein Trauma, aber danach hat mir das geholfen. Hier habe ich ein Kind bekommen, das heißt so und so. Ich habe im Beruf Erfolg gehabt. Das heißt, ich lege der Reihe nach chronologisch, mal kommt ein Stein, mal kommt ein Blumen, mal kommt ein Stock vielleicht bei manchen Leuten. Bei manchen Leuten kommt dann auch eine Kerze, wenn jemand stirbt, bis zum heutigen Tag. Also wir enden in der Gegenwart. Da bleibt ja noch Seil übrig, das rollen wir so ein. Das wissen wir noch nicht, da fängt die Zukunft an. Und das geschieht in einer Sitzung, eine Doppelsitzung. Nicht mehr. Wir sollten nicht weiter vertiefen an der Stelle. Wir legen nur einen Überblick. Und dann kommt Schritt rein. Also das waren jetzt aber zwei Sitzungen. Also einmal die Checkliste und dann kommt die Lebenslinie. Und dann kommt die Arbeit. Gut, dass Sie sagen, immer Doppelsitzungen. Also es sind immer 90 Minuten bei uns, 50 Minuten sind zu kurz.

Speaker0:

[1:19:06] Und da kommt der eigentliche Teil, das ist die ganze Lebensgeschichtenerzählung. Und zwar erzähle ich jetzt die Lebensgeschichte ab Geburt. Wo sind Sie geboren und wer hat Sie aufgezogen? Was wissen Sie über Ihre ersten ein, zwei, zweieinhalb Jahre? Da haben Sie noch kein eigenes Gedächtnis, aber da wurden Ihnen Dinge erzählt oder Sie haben Fotos. Und sie haben auch vielleicht

Unterlagen vom Krankenhaus, je nachdem, was da geschehen ist in der Zeit. Und dann kommt irgendwann, fängt das eigene Gedächtnis an.

Speaker0:

[1:19:36] Man sagt so mit 27 Monaten ungefähr, beim einen früher, beim anderen später. Also ungefähr um drei Jahre, um zweieinhalb, drei Jahre. Und dann gehen wir zu den Ereignissen, die eben so wichtig waren. Und wichtige Ereignisse, die Gedächtnis machen, erkenne ich daran, dass sie aufregend waren. Also Steine und Blumen sind Ereignisse, die haben mir Herzklopfen gemacht oder Herzrasen gemacht. Da hatte ich Angst oder war glücklich, war stark aufgeregt. Und das ist das, was sich bei uns im Gedächtnis niederschlägt. Dinge, die uns nicht aufregen, die uns nicht motivieren, die merken wir uns auch nicht. Das heißt, das sind die wichtigen Momente. Und die erzählen wir. Wir erzählen eigentlich immer ein so ein Symbol und gehen da sehr in die Tiefe, sehr kleinschrittig mit diesem Erzählkreis, also eben wahrnehmen, sinnliche Wahrnehmung und dann Gedanken, Gefühle, Körperreaktionen, wie wollte ich mich verhalten oder wie habe ich mich verhalten und was hat das bedeutet in dem Moment. Und so gehen wir in so einen Spiralen durch diese Geschichten durch.

Speaker0:

[1:20:37] Und erzählen jedes Mal eine, so ein Symbol. Und bei einem Stein wäre das so wie eine Bergtour, kann man sich das vorstellen. Also wir müssen da auf so einen Peak der Aufregung, vor allem da sind es zwei Gipfel, und dann wollen wir auch wieder herabsteigen und führen diese Geschichte zu Ende, also diese Erzählung, diese eine, im damals, als es vorbei war, wie war es danach, und auch im heute. Dann sollte der Mensch sich wieder beruhigt haben Und den können wir dann gut aus dieser Erzählensitzung entlassen. Da gibt es natürlich viel dazu zu sagen, gibt es auch viel zu lernen, aber im Grunde ist es eine solche Bergtut, sage ich mal.

Speaker0:

[1:21:16] Und zwischen den Sitzungen schreibt der Therapeut eine kleine Geschichte. Macht der das eigentlich aus dem Gedächtnis oder nimmt der das auf? Das habe ich mich gefragt.

Speaker0:

[1:21:28] Ja, das ist ein guter Punkt. Also früher wurde es eben aufgenommen, aber das Problem ist, wenn Sie eine Aufzeichnung haben, dann brauchen Sie für eine Stunde

erzählen, drei Stunden hören, weil Sie ewig stoppen, zurückspulen, vorspulen. Und dann wird das Protokoll natürlich extrem wörtlich. Also so genau brauche ich es eigentlich nur, wenn es wirklich um juristische Zusammenhänge geht oder eben um Menschenrechtsarbeit. Für die klinische Arbeit reichen, was ich mache, wenn ich jetzt eine Geschichte bearbeite mit jemandem, ich habe eine Erzähler, Erzählerin, dann schreibe ich die Fakten mit ein bisschen. Wie viel Uhr war es? Welche Farbe hatte das Sofa? Was hat jemand gehört, gesehen? Wie heißt die Straße? Wie heißen Leute? Ich bin ganz, ganz schlecht. Ich habe wirklich die Gnade des Vergessens. Ich kann mich da nicht mehr erinnern an die Cold Memories, an diese Fakten, die wir ja brauchen für die Geschichte. Und ich habe diese Fakten so ein bisschen mitskizziert und dann gehe ich zum Schreibtisch. Und dann schreibe ich aus der Erinnerung, wie in der Schule, da haben wir ja auch Naherzählungen alle machen müssen, schreibe ich eine Nachherzählung eigentlich und baue diese Fakten.

Speaker0:

[1:22:33] Und was ich dann mache, ist, nächste Sitzung, es gibt so zehn Minuten Meet & Greet und danach machen wir es immer so, wir lesen diesen Teil, den wir letztes Mal erzählt haben. Und dann lese ich der Person diese Geschichte vor, ganz langsam, so Satz für Satz. Und ich meine, die Experte, die Expertin sitzt ja vor mir, kann mich ja jederzeit korrigieren, kann einfüllen. Und das mache ich auch gerne. Und fülle das auf. Und eigentlich erreichen wir zwei Dinge damit. Das eine ist, ich habe einen zweiten Durchgang, weil häufig ist es gar nicht so einfach, das zu erzählen beim ersten Mal. Die Erregung ist hoch und ich habe Angst, ich habe Herzklopfen, bis das Gehirn merkt, mehr und mehr beim Erzählen. Also nicht indem wir aufhören, sondern wir bleiben dabei, auch im schlimmsten Moment und so nach so sieben, acht Minuten, tritt Erleichterung ein, dann merkt das Gehirn, es ist vorbei. Also wenn ich genau genug bin und da bleibe und mit der Hilfe des Therapeuten oder Therapeutin wirklich bei mir, bei meinem Jüngeren selbst da in der Situation bleibe, dann legt sich die Aufregung, das Gehirn organisiert sich und jetzt habe ich auf einmal diesen Rahmen. Ich weiß, wo ich bin, ich weiß, wie viel Uhr es ist, ich weiß, wie es der Reihe nach ging. Ich habe dann auch die Gefühle, aber die gehören dann eben in die Vergangenheit. Die gehören genau dahin um die Uhrzeit.

Speaker0:

[1:23:57] Und deswegen lesen wir es ein zweites Mal ganz gern, weil es kann ja sein, ich habe zum Beispiel beim ersten Mal was vergessen oder verpasst oder es gibt noch was verdrängtes, vermiedenes. Das kommt dann häufig erst beim zweiten Mal. Das heißt, ich habe auf eine natürliche Weise einen zweiten Durchgang, ohne dass ich jetzt sagen muss, ja, wir müssen das jetzt hundertmal nochmal immer konfrontieren, sondern ich

sage, einmal höre ich zu und schreibe mit und einmal bringe ich den Mitschrieb. Also es ist ja auch so ein sehr validierender Moment. Viele Patientinnen und Patient sagen, mein Gott, ich habe schon so viel geredet in Psychotherapien, aber wenn sie mit dem Aufschrieb kommen, dann zeigt mir das, dass sie zugehört haben. Sie haben meine Geschichte aufgeschrieben. Also es bedeutet, den Menschen einfach fehlen, auch wenn es Arbeit ist für den Therapeuten. Und dann lese ich es nochmal vor und kann gucken, sind da noch starke Gefühle, kommt da noch was? Oder gibt es nochmal schwierige Momente, dass jemand wirklich nochmal einen Shutdown machen will oder dass jemand vermeiden will? Dann bleiben wir da nochmal und klären es, was ist da, was schmerzt, wie heißt es, wie nenne ich das, wie formulieren wir den Satz und so weiter.

Speaker0:

[1:25:04] Diese ganz natürliche Form ist nochmal durchzuarbeiten, ohne dass ich jemanden zwingen muss. Und das andere ist natürlich, es gibt ja viele Therapien, die machen sowas wie Mentalisierung, also sich selbst von außen, den anderen von innen sehen, diese Draufschau, wo ich mir wie zuschauen kann und die passiert ja ganz automatisch.

Speaker0:

[1:25:23] Also wenn ich jetzt zum Zuhörer werde, dann sehe ich mich ja im Damals. Und das Schöne ist dann, der Therapeut zeigt es und macht es zuerst, verbindet sich also mit dem Kind oder der jüngeren Frau oder dem jüngeren Mann. Wir sind ja immer jünger in der Vergangenheit und ist sehr akzeptierend. Und langsam, langsam können auch die Patienten und Patientinnen oder die Traumaüberlebenden sich mehr und mehr akzeptieren und sehen im Damals. Und deswegen legen wir großen Wert darauf, dass wir uns damals mit dem Jüngeren selbst verbinden und auf diesen Ebenen verstehen, was hat der junge Mensch da erlebt. Wie war dessen Wirklichkeit, so wahrhaftig wie möglich. Also Wahrheit gibt es nicht, aber Wahrhaftigkeit, wahrhaftige Erzählung. Stellen wir uns das nochmal vor. Bleiben ganz nah dabei, sind sehr empathisch. Und dann kommen wir immer wieder mal zurück und geben dem Zuhörer und dem Erzähler Gelegenheit, zu reflektieren und sagen, wie geht es Ihnen denn, wenn Sie sich selbst im Damals sehen, wenn Sie Ihr Jüngeres selbst in diesem Kampf, in dieser Qual, in dieser Hilflossituation sehen. Und diese Gefühle in Bezug auf mich selbst, die sind ja sehr wertvoll, dass ich Selbstakzeptanz entwickle, dass ich Selbstmitleid entwickle, dass ich meine Gefühle annehmen kann, Gedanken annehmen kann, dass ich verstehe, warum mein Körper macht, was er macht.

Speaker0:

[1:26:52] Warum ich diese unbändige, starke Sucht entwickelt habe und Suchtmittel brauche, um mich zu beruhigen. Was ist da damals mit mir passiert? Also diese Möglichkeit zu erkennen und bei sich zu bleiben, wie es mir damals ging, die ist natürlich sehr schön beim Wiedervorlesen. Und ich kann diesen Aufschrieb nehmen und damit auch Menschenrechtsarbeit machen, was wir zum Beispiel auch machen. Wir arbeiten ja auch mit Communities, wo wir mit den Menschen, die traumatisiert sind, wirklich eine Traumafolgestörung haben, da machen wir eine individuelle Nettbewegung. Und mit allen aber in so Dorfgemeinschaften legen wir zum Beispiel in den Lifeline, welcher Krieg war wann, was ist da passiert, wann wurden Frauen vergewaltigt. Und dann kann jeder aufstehen in so einem Gemeindesaal nach vorne kommen und es legen. Oder wir machen anonymisierte Versionen von Erzählungen von einzelnen Gruppenmitgliedern. Und zum ersten Mal erfahren dann die anderen, wie hat der Mensch das erlebt von innen? Wie geht es Frauen, die vergewaltigt wurden? Wie erleben die das, wenn der Mann dann nicht mehr mit ihnen zusammen sein will und so? Also diese Möglichkeit, Narrationen in die Community zurückzuspiegeln. Und da gibt es verschiedene Projekte. Die einen machen es mehr mit Streetwork als Theater.

Speaker0:

[1:28:05] Die anderen fassen Narrationen zusammen und machen Ausstellungen zum Beispiel, organisieren Ausstellungen mit Bildern, mit Texten, mit überlebenden Zeitzeugen. Also ich denke, wie wir das machen, bleibt uns überlassen. Aber wir haben ja die Narrationen der Menschen und wir können die nutzen, um sie zurückzugeben in die Gemeinschaft. Ich finde, die Zeitzeugen sind eine sehr wichtige Stimme. Und wir haben auch eine NGO gegründet, die heißt Victims Voice, Stimme der Opfer. Nicht nur jetzt in der Narration, in der Therapiearbeit dieser Sprachlosigkeit Worte geben, sondern eben auch in die Öffentlichkeit diese Erfahrungen und diese Erlebnisse zu tragen. Dass diese Menschen, die sonst stigmatisiert sind und nicht sprechen und sich schämen und sich ausgeschlossen fühlen, dass die hereingeholt werden und eine Stimme bekommen. Also ich fand es total plausibel, auch als ich es gelesen habe. Und was mir daran so gut gefällt, ist, Sie schreiben das natürlich auch. Also zum einen, dass man sich selber konstruiert im Erzählen, dass wir erzählende Wesen sind, das finde ich einleuchtend. Aber das andere ist ja auch, dass sie sagen, dass ich brauche das Du. Wir sind nur in Beziehung und das erlebe ich halt, wenn ich mir Achtsamkeit kritisch angucke, dass es sehr viel gibt, dass man sich zurückzieht und man bekommt dann eine Selbstheilungsmeditation, die soll man sich anhören oder sowas.

Speaker0:

[1:29:32] Und ihre Net, finde ich, bringt halt diesen Beziehungsaspekt so ganz stark, dass jemand Zeuge ist meiner Geschichte, sagen sie auch Ohrenzeuge und die Kraft hat und bei mir bleibt, mir damit auch Würde mitgibt und sagt, es ist geschehen.

Speaker0:

[1:29:47] Und irgendwie klar ist, das geht nicht alleine, das brauchen wir in Gemeinschaft. Das geht nicht alleine. Also es geht von der Gedächtnisstörung nicht alleine. Jetzt mal jenseits vom sozialen Gedanken. Ich kann mich da wie Münchhausen aus dem Sumpf vom eigenen Schopf ziehen, weil in dem Moment, in dem ich mich diesem hottesten Hotspot, da wo es ganz schrecklich wird, nähere, vermeide ich wieder. Also ich kann das nicht alleine. Und das andere ist auch, es ist ja in Beziehung diese Verletzung geschehen. Und die kann ja nur durch eine korrigierende Beziehungserfahrung wieder heilen. Und die ist eben auf zwei Ebenen. Das eine ist die korrigierende Beziehungserfahrung mit einer Person, aber das andere ist ja auch mit mir selber.

Speaker0:

[1:30:34] Also ich muss empathisch für mich selbst werden. Und das lerne ich, wenn ich liebevolle Bezugspersonen habe, Die sagen, ach, da hast du dir wehgetan, komm mal her. Das ist jetzt doof gewesen. Oder das ist gar nicht so schlimm und erklärt mir das, warum der Doktor eine Spritze gibt. Die schützt mich aber dann vor irgendwelchen Krankheiten. Eine Person, die da ist für mich, die einordnet, was ich erlebe. Und vor allem sehr unangenehme Erlebnisse, Schmerzen und Angst und so. Die mich beruhigt immer wieder. Und in der Folge kann ich das auch mit mir selbst. Wenn ich das aber nicht so erlebt habe bei Bezugspersonen, dann kann ich es später auch nicht mit mir selbst. Dann will ich mich einfach immer nur wegmachen, also taub machen. Ich kann mich nicht effektiv regulieren und auch mich selbst beruhigen. Das ist ganz interessant. Leider sind wir vulnerabel, das müssen wir lernen von den Bezugspersonen. Ein Aspekt, das fängt schon als Baby an, ich muss getragen werden, der Mensch ist ein Tragling, der muss in einem bestimmten Rhythmus drei Stunden am Tag geschuppelt werden, dass sich das Cerebellum des Kleinhirns, auch da, wo Affekte reguliert werden, dass sich diese Strukturen, die Wärme, es gut ausbindet. Wir wissen das von Primatenversuchen, die sind auch aufs Tragen angewiesen, Wenn sie die isoliert aufwachsen lassen, ohne Gelegenheit, dann wird das Kleinhirn nicht richtig ausgebildet und die können sich später nicht gut beruhigen. Und so ist es beim Menschen auch, haben wir gefunden, in Kernspinnuntersuchungen.

Speaker0:

[1:32:03] Das heißt, es fängt von Anfang an, dass sie angewiesen sind auf den anderen, von klein auf, auf die Nähe, aber auch ganz mechanisch. Zum Beispiel jetzt, dass sie hochgenommen werden, beruhigt werden, getragen werden. Und diese überschießende Stressachsenaktivierung, die nicht beruhigt wird, die führt zu massiven Trauma-Folgestörungen. Und so zieht sich das immer weiter und auch in unser Sozialleben. Ich glaube, Sie meinen eben eine andere Dimension von Sozialesein. Ich kann eben, wenn ich nicht gelernt habe, dass ich mich am anderen ausruhen und beruhigen kann, dann habe ich es später schwer, körperliche Nähe auch zuzulassen. Also das Wichtigste ist eigentlich, und ich frage das auch Patientinnen oft, konnten sie sich denn in der Umarmung bei ihren Eltern oder in der Nähe, wenn die im Raum waren, konnten sie sich da sicher gefühlt, konnten sie sich da beruhigen? Und viele sagen, nee, erst als die wieder weg waren oder als ich wieder alleine war und so weiter.

Speaker0:

[1:32:55] Also diese Angewiesenheit auf das Soziale ist nicht trivial im Menschen. Und ich brauche auch immer wieder die Augen des Anderen, die ich ja internalisiere. Also ich gucke ja ständig, wie schaut mich der andere an. Und da fand ich es interessant. Ich habe über Scham habilitiert, also man hat einen Habilitationsvortrag gemacht. Und es ist ganz interessant. Es gibt ja Basis-Emotionen von Eckmann.

Speaker0:

[1:33:22] Also Ekel, Freude, Trauer, Überraschung und so weiter. Und erst viel später hat er eine Mimik hinzugefügt, die jeder Mensch erkennt und jeder Mensch hat, auch wenn er blind geboren ist, hat er die, nämlich Verachtung. Es gibt eine Mimik, die zeigt dem anderen, du bist minderwertig, du bist verachtenswert, dein sozialer Status ist niedrig. Und wir sind sehr ängstlich, diese Mimiken beim anderen zu lesen, da sind wir drauf ausgelegt. Und ich finde es interessant, dass es bei den Social Emotions, die kommen ein bisschen später, die werden sehr kulturell überformt, also Schuldgefühle, Schamgefühle, aber jeder Mensch hat das angelegt. Und wir sind angewiesen auf die freundlichen Augen des anderen, um die dann auch zu internalisieren, in mich hineinzunehmen, damit ich mich später freundlich und wohlwollend anschauen kann. Und diese Lernprozesse, die finden eben sehr früh statt, weil sie sagen, wir sind eigentlich sehr verlässliche Wesen. Ich denke mir manchmal auch, es ist unglaublich, wie fein wir gestimmt sind und was es für dramatische Folgen haben kann. Also die soziale Dimension, die ist eben nicht nur im trivialen Sinn sozial, dass wir halt sagen, na gut, ich bin besser geschützt, wenn ich mit so einer Stammeskultur bin, als wenn ich alleine als Steinzeitmensch da herumlaufe.

Speaker0:

[1:34:37] Sondern wir sind wie ein Organismus eigentlich. Und wir haben diese ganzen Fähigkeiten, das alles zu spüren, zu lesen, zu sehen und auf mich zu beziehen. Und das passiert ungefähr im Alter von anderthalb, zwei Jahren, wenn Sie ganz klein sind. Also ich gebe mal ein anderes Beispiel, was ich gerne in Workshops gebe. Wenn Sie einem kleinen Kind ein Eis geben, dann ist das ganz Erdbeereis. Also das ist einfach insgesamt jetzt in diesem Glücklichein süß und kalt und lecker. Wenn Sie einer 40-jährigen Frau ein Erdbeereis geben, dann wird die überlegen, was hat das Kalorien, wie ist es für meine Zähne und ich sollte eigentlich keinen Zucker essen. Neulich habe ich eine Reportage gesehen, wie schädlich Zucker ist. Das heißt, wir haben sowas wie eine exzentrische Positionalität, die wir langsam dann entwickeln. Und das passiert ganz am Anfang unseres Lebens. Immer mehr, immer mehr. Das müssen Sie erklären, exzentrische Positionalität. Ja, genau. Also wir sind erst, das ist von Plessner, Helmut Plessner, das war ein Naturphilosoph, wir sind erst eigentlich eins mit unserem Erleben. Wenn ich Schmerzen habe, dann habe ich Schmerzen, dann schreie ich eben. Und wenn es kalt ist, dann zitter ich und weine. Und wenn es schön ist, dann lächle ich und genieße.

Speaker0:

[1:35:47] Und je älter ich jetzt aber werde, und das gehört zum Menschwerden, das ist jetzt keine Störung, sondern das ist unsere, im Sinne einer vollumfänglichen Entwicklung, rutsche ich immer weiter raus aus diesem Zentrum. Das heißt, ich erlebe etwas, aber ich kann mich mehr und mehr auf mein Erleben beziehen. Ich kann dann auch mein Erleben mehr und mehr sehen von außen und kann das bewerten. Das ist ja auch ein Teil von Unglück manchmal für Menschen. Dass man sagt, ich bin nicht mehr so im Geschehen drin wie kleine Kinder. Genau, oder das versuchen ja auch Sexualtherapeuten, ja geben Sie sich doch mal hin, genießen Sie doch mal. Aber ich denke dann immer, wo sind meine Speckringe, was denkt der andere, wenn er mich anfasst. Also ich beziehe mich fast wie viel zu sehr ständig auf mich und bewerte auch immer ständig. Und diese Balance, die muss ich jetzt gut schaffen als Mensch. Also ich bin sowohl bei mir als auch mit den Augen des anderen sehe ich mich von außen. Und auch ich beziehe mich auf mich in diesen ganzen Ebenen. Also ich fühle was, ist das richtig, was ich fühle? Sollte ich das fühlen? Darf ich das fühlen? Wie viel davon darf ich fühlen? Ich habe eine Emotion, die zeige ich. Also ich lache laut oder ich schreie und dann denke ich, oh Gott, war ja jetzt blöd und so. Also ständig bewerte ich das ja. Und natürlich, das ist eine natürliche Fähigkeit, die wir alle haben. Und gleichzeitig, wenn es da zu Misskalibrierungen kommt.

Speaker0:

[1:37:07] Dann habe ich ein hohes Störungspotenzial, zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen. Da gibt es ja verschiedenste. Da haben verschiedene Gemeinsamkeiten heute, warum eben überlegt wird, ob man die überhaupt in dieser Form differenzieren sollte. Eine Form der Gemeinsamkeit ist, dass ich ein Problem habe, mich richtig zu bewerten im Sinne von Narzissmus. Also entweder ich bin überhöht, sehe meinen Selbstwert überhöht, oder ich bin gar nichts wert und der Narziss, der hat beides in sich. Deep down denkt er, ich bin gar nichts wert, nach außen zeigt er seine Selbsterhöhung. Und viele der anderen Persönlichkeitsstörungen haben genau in diesem Punkt das Problem, wo ist meine Identität und die habe ich eben nicht sicher, weil ich keine Bezugspersonen hatte, die mir eine sichere Identitätsbildung vermittelt haben. Und dadurch schwimme ich dann und dann entwickle ich so wie Krücken, so Ersatzstrukturen, die aber häufig zeigen, dass ich eben in diesem Bereich keine gute Kalibration erfahren habe. Und wir können uns tatsächlich selbst bewerten, sind wir nützlich für die Gesellschaft oder sind wir ein Social Burden, da gibt es einige Studien dazu. Und es gibt zum Beispiel in manchen asiatischen Ländern ältere Menschen, die ziehen sich zurück, von ihren Kindern auch zurück, weil sie die nicht finanziell belasten wollen, weil sie nicht wollen, dass die für sie sorgen müssen.

Speaker0:

[1:38:25] Dass die sie pflegen müssen. Es ist so beschämend, dass die aus der sozialen Interaktion gehen. Das heißt, ich habe sowohl in meiner Kindheitsentwicklung durch meine Bezugspersonen bekomme ich so eine gute, gesunde Identitätsentwicklung und dann hilft mir jemand, mich zu reflektieren auf diesen Ebenen und zwar adäquat, feinfühlig zu reflektieren. Oder ich habe diese verzerrte Kommunikation, gewalttätige Kommunikation und dann habe ich eben große Probleme, mich da richtig einzustellen. Und diese Kulturgruppe drumherum, die spielt dann auch noch eine Rolle bei Scham, die sagt mir, wofür ich mich zu schämen habe und in welchem Ausmaß. Und da kommt es eben zu Match oder Mismatch. Wenn Sie jemanden, der in Japan aufgewachsen ist, nach Deutschland verpflanzen und umgekehrt, dann sieht man, wie schwierig das ist, mich sozial geschickt und günstig zu verhalten. Und dieses System ist immer und immer abhängig von guten Kindheiten.

Speaker0:

[1:39:22] Feinfühliges Erziehungspersonen und keine Gewalt. Deswegen, wenn Sie sagen Hoffnung, bevor wir diesen Aspekt gar nicht haben, möchte ich den jetzt reinbringen.

Speaker0:

[1:39:31] Das Allerwichtigste ist, wenn ich Präventionsarbeit betreibe, mich auf die Schwangeren zu konzentrieren, dass die keinen Stress haben. Idealerweise günstige Geburten spielt eine große Rolle für die Bindung. Dann natürlich Kleinkindzeit, möglichst keine Traumata. Und wenn ich schon traumatisierte Kinder, Jugendliche habe, dann aber eine Traumagedächtnisfokussierte Aufarbeitung, bevor die selbst wieder Kinder bekommen. Um diesen Kreislauf zu durchbrechen. Genau, um diesen Kreislauf zu durchbrechen. Und dafür brauchen wir einfache Psychotherapien. So kompliziert und langwierig, wie es jetzt ist, geht es nicht. Wir brauchen einen einfacheren Zugang niederschwellig. Wir brauchen viel mehr Therapeuten, die sowas anbieten können, ohne diese ganz, ganz schwierigen Hürden.

Speaker0:

[1:40:19] Den ganzen Approbationen und Zertifizierungen und so weiter. Das sind oft solche Business-Modelle, was ich alles machen muss, um wie viel Geld ich bezahlen muss, um überhaupt mal da tätig zu werden. Wir brauchen es einfacher. Und da machen wir uns eben diese Step-Care-Modelle zunutze, dass ich sage, okay, ich kann auch ein anderes Personal abgeben. Und es darf auch kein Luxus sein. Also psychische Gesundheit ist kein Luxus. Das ist die Grundlage für alles. Für Lernen, für Sozialesein, für beruflichen Erfolg, für ein gutes soziales Zusammenleben, für guten Selbstwert, für körperliche Gesundheit. Psychische Gesundheit ist grundlegend. Die Dimension dessen haben wir noch nicht wirklich verstanden.

Speaker0:

[1:41:02] Wir messen den Erfolg unserer Volkswirtschaften am BIP und nicht an psychischer Gesundheit. Wir schauen dann, wie hoch sind die Sozialausgaben, die sind zu hoch und verstärken dann eher den Kreislauf Und was Sie gerade über Scham gesagt haben, finde ich ganz spannend, weil ich das auch wirklich interessant finde. Und dann zu sagen, es werden immer mehr Menschen beschämt in einer Gesellschaft, die immer ungleicher wird, in der Status immer bedeutender wird.

Speaker0:

[1:41:29] Und Scham wird auch natürlich über Ressentiment abgearbeitet und bewirtschaftet politisch. Und dann hat man da schon Profiteure von, die wir jetzt halt sehen. Das ist schwierig. Also Scham ist transkulturell social defeat. Die Angst davor, sozial abzustiegen, das heißt in den Augen des anderen. Und da kommt jetzt eben ins Spiel, ich habe das schon angeboren, ich kann den anderen mit Verachtung angucken und dann weiß er, er ist minderwertig, wenigerwertig. Und das ist eine Katastrophe

natürlich, weil sie damit und gerade dieser ganze Bereich von Armut, der hat ja häufig damit zu tun, dass psychische Krankheit mit im Spiel ist. Und dann bin ich eben beruflich nicht fähig. Ich kann mich nicht konzentrieren in der Schule. Ich kann keine Mathe, weil mein Arbeitsgedächtnis in die Knie gegangen ist. Ich kann keine Abschlüsse schaffen, weil ich es gar nicht psychisch durchhalte bis zum Examen.

Speaker0:

[1:42:19] Ich habe dann mal einen Beruf, aber dann habe ich Fehlzeiten, weil ich zum Beispiel Magenbärmerkrankungen entwickelt habe oder weil ich nachts nicht schlafe und so weiter oder weil ich ein Burnout habe, weil ich mich total aufopfere, weil ich alle Signale dauernd lese, weil ich zu Hause aufpassen musste, dass ich wirklich alles mitkriege, woher die Gefahr und Bedrohung kommt und so weiter. Das heißt, ich bin nicht wirklich gut funktional und das trage ich in mein berufliches und privates Umfeld und damit steigt die Armut. Wir haben bei sozioökonomisch niedrigen Kontexten mehr körperliche Gewalt. Übrigens die sexuelle Gewalt, da spielt es keinen Unterschied, welchen Status ich habe. Den gibt es in allen Schichten. Aber die körperliche Gewalt und auch die Vernachlässigung ist etwas für, je ärmer die Menschen sind und je benachteiligt, dass sie sozial sind und je mehr Druck auf den Familien ist. Das kreiert neue Stressoren. Das ist im Grunde genommen der kontinuierliche Stress. Wir sprechen heute auch nicht mehr von posttraumatischer Belastungsstörung, sondern wir sprechen von Continuous Trauma. Also wenn ich in einem armen Viertel aufwachse oder in einem Township, in einem Flüchtlingslager, in einem Favela, was auch immer, oder auch in Deutschland, in Gebieten, in denen Armut ist, dann habe ich eine höhere Wahrscheinlichkeit, traumatisiert zu werden und habe eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass meine Eltern psychisch belastet sind. Damit perpetuiert sich das ja.

Speaker0:

[1:43:45] Also wir brauchen beides. Wir brauchen eine andere Politik und wir brauchen, da können wir zwar jetzt vielleicht nur bedingt drauf einwirken, aber auf jeden Fall auch eine andere Psychotherapie, leichter, zugänglich, schneller, unkomplizierter, pragmatischer und da ist die nett. Also ich finde das überzeugend. Dafür ist sie entwickelt. Ja, dann bleibt mir nur zu sagen, vielen, vielen Dank für das wirklich unglaublich interessante und breite Gespräch. Ich habe viel gelernt. Vielen, vielen Dank.

Speaker0:

[1:44:12] Ich danke Ihnen, Frau Fischer. Ich bin sehr froh, wenn sich jemand der Traumathemen annimmt. In diesem Sinne viele Blumen auf Ihrer weiteren Lebenslinie.

Vielen Dank, das ist ein schöner Wunsch. Ja, was für ein Ritt durch die dunklen und die hellen Seiten des Menschseins oder vielleicht besser des sozialen Wesen-Seins, denn vielen Spezies geht es ja offenbar nicht anders als uns Menschen. Wir sind viel stärker, viel subtiler und viel folgenreicher sozial aufeinanderbezogen, als es uns die Ideologie des autonomen Individuums vormacht. Das war für mich die wichtigste Botschaft dieses Gesprächs.

Speaker0:

[1:44:45] Und ich bleibe auch beim nächsten Mal noch bei der Psyche und dem Sozialen. Und ich freue mich wirklich sehr, dass im April Thomas Fuchs zu Gast ist. Ihn habe ich mir nämlich schon sehr lange als Gast gewünscht. Thomas Fuchs hat an der Uni Heidelberg die Karl Jaspers-Professur für philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie inne, beschäftigt sich intensiv mit Gefühlen und hat eine eigene Gefühlstheorie entwickelt. Er sagt, die Welt erhält erst durch Gefühle überhaupt Sinn. Darüber möchte ich mit Thomas Fuchs sprechen, aber nicht nur prinzipiell, sondern auch ganz konkret darüber, wie wir mit dem Gefühl der Angst in dieser zunehmend sich verdunkelnden Welt umgehen sollen. Wie geht man mit einer Angst um, die berechtigt ist? Das ist eine große Frage, die mich seit längerem umtreibt. Dazu also dann mehr im April und bis dahin wünsche ich euch allen eine gute Zeit. Das war Erschöpfung statt Gelassenheit. Warum Achtsamkeit die falsche Antwort auf so ziemlich jede Frage ist. Ein Podcast von Katrin Fischer.