

Hochschule Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur

Bachelorarbeit

Trauma, TRE und Krisenintervention

TRE als ergänzende Methode für die
erfolgreiche Krisenintervention

Vorgelegt von: **Tobias Friedwart Emmert**

Matrikelnummer: 22125

www.tre.jetzt

Studiengang: **Soziale Arbeit**

Erstbetreuerin: Prof. Dr. Gundula Barsch

Zweitbetreuer: Prof. Dr. Erich Menting

Merseburg, den 23. Februar 2023

Abstract:

The aim of this work is to create an understanding of the potential of the *Tension and Trauma Releasing Exercises* (TRE) in the field of crisis intervention. TRE is a self-help method that can support persons who are affected by crisis and trauma as well as helping professionals who are at risk of secondary trauma. It promotes the coping process and tries to mitigate the consequences of such events. From research questions and hypotheses, I created an interview guide for a semi-structured interview to elicit experimental expert knowledge from the surveys to test the hypothesis. The evaluation of the expert interviews confirmed that TRE is unique, as it combines and makes available neurogenic tremors and organismic self-regulation (bottom-up) with its everyday practical facilitation (individual and collective). The great value is that TRE can be used as an acute crisis intervention method, as well as a self-help tool and as an accompanying method within therapeutic settings.

Zusammenfassung:

Das Ziel dieser Arbeit ist es, ein Verständnis für das Potential der *Tension and Trauma Releasing Exercises* (TRE) im Bereich der Krisenintervention zu schaffen. TRE ist eine Selbsthilfemethode, die sowohl von Krisen und Traumata Betroffene, als auch helfende, von Sekundärtrauma bedrohte Berufsgruppen unterstützen kann. Sie fördert den Bewältigungsprozess und versucht, die Folgen solcher Ereignisse zu mildern. Ausgehend von den Forschungsfragen und Hypothesen erstellte ich einen Interviewleitfaden für ein halbstrukturiertes Interview, um experimentelles Expertenwissen anhand dreier Befragungen zu erheben, um so die Hypothesen zu überprüfen. Die Erhebung der Experteninterviews bestätigen die Hypothesen und zeigt auf, dass TRE einzigartig ist, da es das neurogene Zittern und die organismische Selbstregulation (bottom-up) mit einer alltagspraktische Anwendung (individuell und kollektiv) kombiniert und verfügbar macht. Der große Wert liegt darin, dass TRE sowohl als akute Kriseninterventionsmethode, als auch als Selbsthilfewerkzeug und als begleitende Methode in therapeutischen Settings eingesetzt werden kann.

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	1
Theoretischer Rahmen	3
2. Definitionen	3
2.1 Trauma	3
2.2 Krisenintervention	4
3. Tension and Trauma Releasing Exercises	6
3.1 Ziele und Kernaspekte	6
3.2 Wirkprinzip	7
4. Trauma	10
4.1 Trauma	10
4.2 Wirkung von Trauma	11
4.3 Einteilung von Traumata	13
4.4 Traumabedingte Krankheitsbilder	14
4.5 Polyvagal-Theorie	15
4.5.1 Autonome Nervensystem	16
4.5.2 Systeme der Sicherheit	16
4.6 Körperorientierte Ansätze	19
4.7 Kriterien und Ziele für die Traumaheilung nach Porges, Kolk und Weisaeth	19
5. Krisenintervention	21
5.1 Krisenintervention in D-A-CH	21
5.2 Einteilung von Krisen	22
5.3 Intervention im zeitlichen Verlauf	24
5.4 Formen der Prävention	25
5.5 Was braucht eine erfolgreiche Krisenintervention?	26
5.5.1 Ziele erfolgreicher Krisenintervention	26
Forschungsteil	28
6. Methodisches Vorgehen	28
7. Zusammenfassung der Expertenmeinungen	30
8. Ergebnisse und Diskussion	31
8.1 Überprüfung der Hypothesen anhand der Expertenmeinungen	31
8.1.1 TRE ist einzigartig und bedient eine Lücke in der Krisenintervention	31
8.1.2 TRE eignet sich als Methode für die Krisenintervention	33
8.1.3 Eine umfassende Krisenintervention erfordert mehr als TRE	37
8.2 Beantwortung der Forschungsfragen	38
8.2.1 Wie kann TRE in der Krisenintervention vorbeugend wirken und wie wirkt sich das positiv aus?	38
8.2.2 Wie kann TRE in die Krisenintervention integriert werden und welche positiven Auswirkungen hat das?	40
8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	42
8.4 Grenzen der Forschung	43
8.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung	44
9. Fazit	44
10. Literaturverzeichnis	47

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1:	Reaktionen des Körpers auf Bedrohungssituation	Seite 12
Abb. 2:	Schema der Einteilung traumatischer Ereignisse und der Risikograde für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)	Seite 13
Abb. 3:	Übersicht der drei Sicherheitssysteme nach Porges	Seite 17
Abb. 4:	Kategoriensystem der Befragung	Seite 30

Abkürzungsverzeichnis:

D-A-CH	Deutschland - Österreich - Schweiz
TRE	Tension and Trauma Releasing Exercises
ANS	Autonomes Nervensystem
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
kPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
PVT	Polyvagal-Theorie
SSV	System für Soziale Verbundenheit (<i>Social Engagement System</i>)

Hinweis:

Für eine gendersensible Sprache habe ich versucht, möglichst neutrale Begriffe zu verwenden (z.B. Erstversorgende statt Erstversorger). War mir dies nicht möglich, verwendete ich entweder eine feminine oder maskuline Schreibweise. Menschen, die sich in der Geschlechterpolarität nicht wiederfinden, sind selbstredend mit einbezogen.

1. Einleitung

Das Feld der Krisenintervention erstreckt sich über viele Berufsfelder und Qualifikationen und verfügt über verschiedene Handlungskonzepte, Methoden und Strategien, um seine Ziele zu erreichen. Krisen und Traumata sind Teil der menschlichen Erfahrung und können entweder durch plötzlich eintretende Ereignisse (Katastrophen, Unfälle, Verluste), durch das Erleben von chronischen Stress und Überforderung oder durch verletzendes Verhalten der Menschen untereinander (z.B. durch Gewalt, sexuellen Missbrauch, Verrat, Demütigung) entstehen. Die *Tension and Trauma Releasing Exercises* sind eine Selbsthilfemethode, die Betroffene, wie Helfende im Bewältigungsprozess unterstützen kann und die Folgen solcher Ereignisse abzumildern versucht. Anhand von Experteninterviews versuche ich in dieser Arbeit zu beantworten, von wem, für wen und an welcher Stelle der Krisenintervention TRE gewinnbringend vermittelt und eingesetzt werden kann und ob die Methode eine sinnvolle Ergänzung im Feld der Krisenintervention bietet.

Da TRE in der deutschsprachigen Fachliteratur im Bereich der Krisenintervention bislang keine Erwähnung findet und entsprechend kein Diskurs stattfindet, entschied ich mich für die Forschungsmethode der Experteninterviews, um die Forschungsfragen und Hypothesen zu beantworten.

Nach den Begriffsdefinitionen wird zunächst ein kleiner Einblick in die TRE-Methode gegeben. In dem Wissen, dass das Feld der Krisenintervention groß, und das der Psychotraumatologie noch größer ist, versuche ich im theoretischen Teil grundlegend in beide Gebiete einzuführen und die Relevanz von körperorientierten Ansätzen in der Trauma -und Krisenbewältigung aufzuzeigen. Bevor dann im Forschungsteil die Experteninterviews zu TRE im Kontext der Krisenintervention ausgewertet werden und Hypothesen und Forschungsfragen beantwortet werden, erläutere ich verschiedene Formen der Prävention und stelle die Frage danach, was eine erfolgreiche Krisenintervention benötigt.

Folgende zwei Forschungsfragen liegen der Arbeit zugrunde:

- *Wie kann TRE in der Krisenintervention vorbeugend wirken und wie wirkt sich das positiv aus?*
- *Wie kann TRE in die Krisenintervention integriert werden und welche positiven Auswirkungen hat das?*

Die erste Frage richtet sich nach der Durchführbarkeit und Wirksamkeit von Prävention mittels TRE. Die zweite Frage sucht nach Ansätzen, die Methode in die Krisenintervention und in bereits bestehende Strukturen zu integrieren und erörtert, inwiefern diese Bereiche sowie Betroffene und Akteure davon profitieren könnten.

Als angehender Sozialarbeiter, der seit 2013 TRE praktiziert und die Methode als TRE Provider seit 2018 freiberuflich in diversen Kontexten vermittelt, stehe ich *mitten im Feld* und bringe entsprechend eine gewisse Subjektivität mit. Durch persönliches Forschen und Studieren in Bereichen der Psychologie, Traumatologie, Sozialen Arbeit, Therapie und Krisenintervention erarbeitete ich zu Beginn der Forschung folgende Hypothesen:

1. TRE ist einzigartig und bedient eine Lücke in der Krisenintervention
2. TRE eignet sich als Methode für die Krisenintervention
3. Eine umfassende Krisenintervention erfordert mehr als TRE

Neben dem Überprüfen der Hypothesen und dem Beantworten der Forschungsfragen besteht das weitere Ziel dieser Arbeit darin, ein Verständnis für das Potenzial der TRE im Bereich der Krisenintervention zu schaffen. Die wesentlichen Aussagen der Experten finden sich teils zitiert und teils paraphrasiert anhängend als eigenständiges Dokument (Anh. A).

Ein Anliegen war es mir, die Arbeit in einfacher Sprache zu verfassen, damit diese auch Menschen außerhalb der akademischen Welt erreichen kann.

Nach den Begriffsdefinitionen bietet Kapitel 3 eine kurze Einführung in die TRE und die Theorie des neurogenen Zitterns. Kapitel 4 schildert, wie sich Trauma auf das Individuum

auswirkt, sowie Einteilungen von Trauma und Traumafolgestörungen. Da Sekundäre Traumatisierung besonders im Bereich der helfenden Berufsgruppen und Krisenintervention von Belang ist, wird auch dies behandelt. Mittels der Polyvagal-Theorie und den autonomen Reaktionen des Nervensystems wird aufgezeigt, dass für Traumaheilung körperorientierte Ansätze nötig sind und dass rein kognitive Ansätze nicht ausreichend sind.

Kapitel 5 gibt schließlich eine knappe Übersicht über Aspekte und Ziele der Krisenintervention sowie Prävention, um zuletzt den Blick auf das zu werfen, was eine erfolgreiche Krisenintervention benötigt.

Kapitel 6 beschreibt die Methodik der Forschung und Kapitel 7 verweist auf die Zusammenfassung der Experteninterviews. Nach der Überprüfung der Hypothesen und der Beantwortung der Forschungsfragen geht es in Kapitel 8 um die Grenzen der Forschung sowie um Empfehlungen für zukünftige Forschungen.

Theoretischer Rahmen

2. Definitionen

2.1 Trauma

Die Herkunft des Wortes stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet so viel wie *Wunde*. Laut Duden (2023) gibt es für das Wort Trauma zwei, dem Gebrauch nach unterschiedliche Bedeutungen: Zum einen die psychologische Umschreibung als „eine starke psychische Erschütterung, die [im Unterbewusstsein] noch lange wirksam ist und zum anderen eine „durch Gewalteinwirkung entstandene Verletzung des Organismus“.

Das Lehrbuch der Psychotraumatologie definiert ein psychisches Trauma als

[...] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt. (Fischer/Riedesser 2021: 88)

Stein definiert Traumata mit „schweren psychischen und physischen Belastungen [...] außerhalb der üblichen Erfahrung [die] in beinahe jedem Fall die normalen Anpassungsstrategien [...] überfordern“ (Stein 2022: 73).

In der Polyvagaltheorie wird Trauma nicht als ein bestimmtes Ereignis definiert, sondern „als Reaktion auf ein Ereignis. Es ist eine Reaktion, bei der als Defensivstrategie der Shutdown eingesetzt wird“ (Jochims 2020: 179).

Scaer umfasst den Begriff hingegen sehr weit, indem er vom *Trauma-Spektrum* spricht:

Ich persönlich gehe von einem wesentlich umfangreicheren Spektrum von Traumaursachen aus, das von katastrophalen Ereignissen wie Kriegen und anderen extremen Formen der Gewalt bis zu jenen »kleinen Traumata« reicht, denen ich Vernachlässigung in der Kindheit, Kfz-Unfälle und das Erleben von Gewaltdarstellungen in den Medien [...] zurechne.
(Scaer 2014: 129)

Allgemein definiert Scaer Trauma „als ein Erlebnis, das Leib und Leben gefährdet, wobei sich das potenzielle Opfer in einem relativ hilflosen Zustand befindet.“ (Scaer 2014: 247)
Er betont, dass Einfluss und die Wirkung von Trauma stark mit der persönlichen Bedeutungsbeimessung des Opfers verknüpft sind. Diese wiederum basiert u.a. „auf der gesammelten Last zahlloser vorangegangener negativer Ereignisse“ (Scaer 2014: 26).

2.2 Krisenintervention

Krise

Der Begriff Krise beschreibt eine „schwierige Lage, Situation, Zeit [die den Höhe- und Wendepunkt einer gefährlichen Entwicklung darstellt]; Schwierigkeit, kritische Situation; Zeit der Gefährdung, des Gefährdetseins“ sowie die Krisis als „kritischer Wendepunkt bei einem Krankheitsverlauf“ (Duden 2022).

Von Caplan (1964) stammt die am weitesten verbreitete Definition:

„Eine Krise ist durch den Verlust des seelischen Gleichgewichts gekennzeichnet, wenn ein Mensch mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick

nicht bewältigen kann, weil sie seine bisherigen Problemlösefähigkeiten übersteigen“ (Zit. n. Ortiz-Müller 2021: 49).

Die „Qualität und Intensität der subjektiv erfahrenen Belastung im Verhältnis zu den Bewältigungsmöglichkeiten“ (Dross 2001: 10) sei dabei ausschlaggebend. Die persönliche Bedeutsamkeit steht also in Verbindung mit der individuellen Fähigkeit, die Krise zu bewältigen (vgl. ebd.). Eine Krise kann als ein Veränderungsprozess verstanden werden, der offen ist, sowohl in Richtung Gesundheit als auch in Richtung Krankheit (vgl. Hülshoff 2017: 70).

Intervention

Intervention im psychologischen/pädagogischen Sinne ist ein „gezielter Eingriff der verantwortlichen Person, um Gefahr oder Störungen zu verhindern oder die Folgen abzumildern“ (Wiktionary 2023). Das Fachlexikon der Sozialen Arbeit ergänzt: „Intervention bezeichnet im Allgemeinen einen zielgerichteten Prozess des „Dazwischen-Tretens“ [...], um [...] gezielte Veränderungen eines als unbefriedigend erlebten Zustand herbeizuführen“ (Effinger 2017: 456).

Krisenintervention

Krisenintervention ist „eine kurzfristige, niedrigschwellige, ressourcenorientierte und zeitlich begrenzte Hilfe zur Bewältigung von Krisen“ (Socialnet Lexikon, 2019). Sie „umfasst alle Handlungen und Aktivitäten, die dem Betroffenen bei der Bewältigung seiner aktuellen Schwierigkeiten helfen und seine innere Anspannung verringern“ (Hausmann 2010: 22). Es geht um die rasche und weitgehende Vermittlung von Sicherheit, das einfühlsame und empathische zur Seite stehen sowie darum, Verständnis für Traumawirkungen und den Prozess der Traumaverarbeitung zu zeigen und bei den Betroffenen zu fördern (vgl. Fischer/Riedesser 2020: 218).

Hülshoff definiert die Krisenintervention in Abgrenzung zu Therapie und Beratung als „ein eigenständiges, gezieltes, konzeptionelles und mit speziellen Methoden ausgestattetes Vorgehen, das wegen der meist vielfältigen Problemsituation berufsgruppen- und methodenübergreifend ist“ (Hülshoff 2017: 67). Essentiell sei „die unmittelbare und aktive

Hilfe ohne Zeitaufschub.“ Es gehe um „schnellen und direkten Kontakt zum Klienten und eine sofortige, oft beschützende, vom Problem distanzierende und entlastende Hilfestellung“ (ebd.).

3. Tension and Trauma Releasing Exercises

Dieses Kapitel bietet eine kurze Einführung in TRE und die Theorie des neurogenen Zitterns. Eine Ergänzung findet sich im Forschungsteil der Arbeit in Kapitel 7 und 8.

Die TRE sind eine in den 1990ern von David Berceli¹ entwickelte und 2009 publizierte „grundlegende körperorientierte Theorie und Interventionstechnik für die Heilung von Massentraumata“ (Berceli 2009: 148). Die Methode umfasst eine einfache, innovative Reihe von leichten Körperübungen (ähnlich dem Yoga oder Tai-Chi), die den Körper mittels des neurogenen Zitterns² (körpereigenes, autonomes Schütteln, Vibrieren oder Schwingen) dabei unterstützen, tiefe muskuläre Spannungen zu lösen, die durch Trauma und chronischen Stress entstehen. Wird dieser natürliche, muskuläre *Zitter-Mechanismus* in einer sicheren und kontrollierten Umgebung aktiviert, so wird der Körper ermutigt, wieder in einen Zustand der Homöostase zurückzukehren. (vgl. Berceli 2023).

3.1 Ziele und Kernaspekte

TRE wurde mit dem Ziel entwickelt, eine sichere und wirksame Methode der Stressreduzierung zu sein, welche von Einzelpersonen, Familien, Gruppen und großen Bevölkerungsgruppen häufig und ohne die Hilfe eines Fachmanns angewendet werden kann (vgl. Berceli 2023). Die Methode kann niedrigschwellig und transkulturell vermittelt werden und ist leicht in diverse Kontexte zu integrieren, so zum Beispiel als

¹ Internationaler Experte auf dem Gebiet der Trauma-Intervention und Konfliktlösung. Er lebte und arbeitete zwei Jahrzehnte in neun von Krisen betroffenen Ländern (Israel/Palästina, Sudan, Uganda, Kenia, Jemen, Ägypten und Libanon) und gab Traumabewältigungs-Workshops auf der ganzen Welt. In seiner Arbeit verbindet er seinen theologischen und sozialarbeiterischen Hintergrund mit therapeutischer Körperarbeit und erfahrungsbasierter Psychotherapie. (vgl. Berceli 2023) Er entwickelte TRE in den 90er Jahren für Mitarbeitende von internationalen Hilfsorganisationen und veröffentlichte erste empirische Forschungsergebnisse im Rahmen seiner Doktorarbeit in der Sozialen Arbeit (*Trauma Releasing Exercises. A revolutionary method for stress and trauma recovery*) (vgl. Nibel, Fischer 2020: 73 ff). Inzwischen wird TRE in 40 Ländern ausgebildet und weltweit praktiziert.

² eine weniger verbreitete, aber spezifischere Bezeichnung ist: Self-Induced Therapeutic Tremors (SITT) (Ndefo 2015: 25)

Interventionstechnik für die Heilung von Massentraumata. TRE wurde „besonders für große Bevölkerungsgruppen entwickelt, die keinen Zugang zu regulärer therapeutischer Versorgung haben, da entsprechende Hilfen in Entwicklungsländern nicht zur Verfügung stehen“ (Berceli 2009: 148).

Berceli ging es darum, „ganz pragmatisch und unabhängig von der Verfügbarkeit eines Psychotherapeuten - traumatisierten Menschen ein Selbsthilfeeinstrument an die Hand zu geben“ (Winkler 2018: 245 f). „Die Trauma-Entspannungsübungen, [...] dienen dem einzigen Zweck, Menschen die Fähigkeit zu vermitteln, die Heilung ihres Traumas selbst in die Hand zu nehmen“ (Berceli 2022: 15).

Laut Scaer ist TRE „a novel and widely applicable form of stress reduction and trauma therapy [...] that [...] can be learned and practiced as a therapeutic self-help skill, as well as an adjunct to other forms of trauma therapy.“ (Scaer 2015: XI)

Nach fünfjähriger internationaler Forschung in D-A-CH sowie in der Ukraine zur Wirksamkeit von TRE bei mehrmonatiger Anwendung stellte Nibel 2019 folgende Ergebnisse vor:

- Häufigkeit und Stärke gesundheitlicher Störungen nimmt ab und die Lebensqualität nimmt spürbar zu
- Anwender entwickeln mehr Vertrauen in eigene Fähigkeiten und eigenen Körper
- Weniger Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie Abnahme des Konsums von Suchtmitteln und stimmungsverändernden Substanzen (vgl. Nibel/Fischer³ 2022: 74)

3.2 Wirkprinzip

Fetal-Response

In jeder angenommenen oder tatsächlich lebensbedrohlichen Erfahrung reagiert der

³ Mit "Neurogenes Zittern" publizierten Nibel u. Fischer zudem das aktuellste und umfassendste deutschsprachige Buch über TRE und aktuelle Stress- und Traumakonzepte.

Körper instinktiv, indem er sich, begleitet von einer starken biochemischen Veränderung⁴, in eine fötale Haltung zusammenzieht (fetal response). Durch diese zusammenrollende Körperbewegung entsteht ein Raum, der größtmöglichen Schutz der lebenswichtigen Organe bietet. Zentral für diese autonome Schutzreaktion sind die *Psoas-Muskeln* in der Körpermitte, welche als einzige Muskeln Rücken, Becken und Beine miteinander verbinden. Anhaltende traumatische Erfahrungen sowie ein Aufrechterhalten dieser Anspannung führen zu einer Kompression der Lendenwirbelsäule, sekundären Schulter- und Nackenschmerzen und zu einer negativen Beeinflussung der Zwerchfellmuskulatur (Atmung) (vgl. Berceli 2022: 29).

Berceli erkannte diesen universellen körperlichen Kontraktionsreflex und schlussfolgerte, dass eine Entspannung der verantwortlichen Muskelgruppen hilfreich sein müsste, um aus Stress- und Überlebensreaktionen wieder herauszufinden (vgl. Scaer 2015: IX ff.).

Neurogenes Zittern

Bercelis zweite Beobachtung war ein Körperzittern, das Menschen oftmals vor, während oder nach gefährlichen oder stressigen Situationen erlebten. Er erkannte, dass dies der natürliche Weg des autonomen Nervensystems ist, sich wieder herunterzuregulieren und jene tiefsitzenden, chronischen muskulären Spannungen zu lösen (vgl. Berceli 2022: 33 f.). Das neurogene Zittern hat die Funktion, hohe Erregungszustände zu entladen und ermöglicht dem Körper so, zu einem Zustand der Ruhe, Entspannung und Sicherheit zurückzukehren. Mit diesem natürlichen Prozess hat der Körper also die Möglichkeit, die überschüssige Energie im selben Moment zu entladen, in dem sie erzeugt wird (vgl. Berceli 2022: 32).

Durch den im Vergleich zu anderen Säugetieren stärker entwickelten Neokortex sind Menschen jedoch in der Lage, diesen Reflex zu unterdrücken⁵, was dazu führt, dass die

⁴ Mit einer Kampf-, Flucht-, oder Erstarrungsreaktion einher geht immer auch eine sofortige Veränderung der Biochemie im Körper. Hohe Mengen an Adrenalin und Cortisol helfen dabei, im Moment der Gefahr blitzschnell zu reagieren und stellen die erforderliche Energie für die Überlebensreaktion bereit (vgl. Berceli 2022: 37 f.).

⁵ Spätestens im ersten Weltkrieg erfuhr das Zittern durch lebensbedrohliche Bestrafungen der sogenannten „Kriegszitterer“ seitens der Wehrmacht (zurück an die Front oder Elektroschock - "Therapie") sowie deren Abwertung als Simulanten, eine gesellschaftliche Abwertung. Gemeinhin wird das neurogene Zittern häufig noch immer als Zeichen von Schwäche, Kontrollverlust oder als Teil eines zu bekämpfenden Symptoms gesehen - und in Folge unterdrückt (vgl. Winkler 2018: 244).

Verteidigungsreaktion aufrechterhalten wird. Der Körper und das ANS wöhnen sich also noch immer in Gefahr und halten den Zustand mit entsprechenden biochemischen Stoffen (Adrenalin, Cortisol) aufrecht (vgl. Berceci 2022: 34).

Durch das sichere Aktivieren und selbstregulierte Nutzen des natürlichen Zitter-Mechanismus ermöglicht TRE also die

1. gezielte Entspannung/Entladung der zentralen Muskeln des physiologischen Abwehrreflexes (*fetal response*)
2. das Verringern der hohen Erregung des ANS (vgl. Scaer 2015: IX ff.)

Zur Verdeutlichung dieser Erfahrung eine kurze Beschreibung des neurogenen Zitterns aus einem therapeutischen Kontext⁶:

Und dann, schließlich, griff das Leben selbst in mich hinein und fing an, meinen Körper zu bewegen. Durch meine Augen beobachtete ich diese Prozesse, all das Zittern, das Treten, all die zahlreichen, endlosen, kraftvollen Bewegungen — aber es war nicht ich, der sie vollführte. Sie vollführten mich. [...] Endlose Kraft zeigte und entlud sich [...] Es gab etwas außerhalb meines Verstehens, außerhalb meiner selbst. Etwas, das so mächtig war, dass es in mich hineingreifen und mich unwillkürlich und mit großer Macht bewegen konnte, das Handlungen mit meinem Körper vollführte. [...] Und ich musste nichts dafür tun, außer ihm zu erlauben, sich zu zeigen. Macht und Kontrolle ab- und mich hinzugeben. Im Vertrauen darauf, dass diese Macht eine gütige war. Eine Macht, die wusste, was sie tat. Die schützend und liebend wirkte. Und die, wie ich erst sehr viel später zu verstehen begann, meine Macht war: meine eigene Lebenskraft, die sich meiner jedoch niemals zu bemächtigen vermochte hatte. Das Leben selbst, das wusste, was es tat. (Wernicke 2022)

⁶ Während zahlreicher begleiteter Erfahrungen mit psychotropen Substanzen erfuhr der Rubikon-Herausgeber Jens Wernicke das neurogene Zittern in seiner vollen Kraft und Wirkung und beschrieb seinen Weg der Traumaheilung in einem eindrücklichen Artikel: www.rubikon.news/artikel/mein-weg-ins-leben

4. Trauma

Dieses Kapitel schildert, wie sich Trauma auf das Individuum auswirkt, sowie Einteilungen von Trauma und Traumafolgestörungen. Da Sekundäre Traumatisierung besonders im Bereich der helfenden Berufsgruppen und Krisenintervention von Belang ist, wird auch diese Form geschildert. Über die Polyvagal-Theorie und die autonomen Reaktionen des Nervensystems wird aufgezeigt, dass Traumaheilung körperorientierte Ansätze benötigt und rein kognitive Ansätze nicht ausreichend sind.

4.1 Trauma

Die Ergebnisse der 1998 von Felitti und Anda veröffentlichten *Adverse Childhood Experience*-Studie zeigten überraschend, dass selbst in der weißen, gut ausgebildeten amerikanischen Mittelschicht über zwei Drittel der Befragten schädliche Kindheitserlebnisse erlebten⁷. Die Wahrscheinlichkeit chronischer Depressionen im Erwachsenenalter, die Einnahme von Antidepressiva und verschreibungspflichtigen Schmerzmitteln, die Anzahl an Suizidversuchen, Alkoholmissbrauch sowie eine Reihe weiterer riskanter Verhaltensweisen und Krankheiten liegen in einem direkten Zusammenhang zu schädlichen Erlebnissen in der Kindheit (vgl. Kolk 2017: 175 f.).

Laut den Forschern handele es sich um das „schwerwiegendste und kostspieligste Gesundheitsproblem der USA überhaupt.“ (Kolk 2017: 180 ff.)

Brewer-Smyth zufolge sind komplexe Traumata und ACEs heute so verbreitet wie nie zuvor. Insbesondere die Geschehnisse rund um die Covid-19-Pandemie führten dazu, dass eine Fülle zusätzlicher Ursachen (psychosozial, finanziell, pädagogisch und physisch) für schädlichen Stress geschaffen wurde, der bei Kindern als auch bei Erwachsenen zu komplexen Traumata führen kann. Einer Umfrage der American Psychological Association nach, erreichten die Stresswerte 2022 die höchsten jemals erfassten Werte⁸ (Vgl. Brewer-Smyth 2022: XIII).

⁷ Körperliche Misshandlung, Sexueller Missbrauch, Emotionale Misshandlung, Körperliche Vernachlässigung, Emotionale Vernachlässigung, Kontakt mit häuslicher Gewalt, Suchtmittelmissbrauch im Haushalt, Psychische Erkrankungen im Haushalt, Trennung oder Scheidung der Eltern, Inhaftiertes Haushaltsmitglied

Die Forscher entwickelten zehn sehr präzise Fragen, die schädliche Kindheitserlebnissen in verschiedene Kategorien gliederten und erhielten auf diese von 17.421 Patienten eine Antwort (vgl. Kolk 2017: 176).

⁸ <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2022/concerned-future-inflation>

Ausgehend von der Erkenntnis, dass die herkömmlichen westlichen Modelle der Traumaheilung nicht in der Lage sind, dieser *unsichtbaren Epidemie* (Kolk, 2017) von nationaler bis globaler Ebene ausreichend zu begegnen, fordert Bercei ein „neues Paradigma für die Traumaheilung“ (Bercei 2022: 13). Bercei zufolge kommt es für Individuen und für Gruppen nicht zuletzt durch Kriege, Vertreibungen, Armut, Umweltkatastrophen und einer scheinbar selbstzerstörerischen Ära der Menschheit, auf nationaler, internationaler und globaler Ebene in zunehmendem Maße zu traumatischen Erfahrungen. Traumaforschung und Programme zur Heilung sind an vielen öffentlichen und sozialen Schauplätzen dringend von Nöten, jedoch sind die für die Gesundheitsversorgung Verantwortlichen darauf nicht vorbereitet und schlecht ausgestattet. Es fehlen Fertigkeiten und Erfahrung, um im globalen Maßstab adäquat mit dieser Herausforderung umgehen zu können und es gibt schlicht nicht genug Fachleute, um diesen überwältigenden Bedarf an Traumaheilung zu decken (vgl. Bercei 2022: 13).

4.2 Wirkung von Trauma

Laut Kolk⁹ haben Traumata eine Wirkung auf den gesamten menschlichen Organismus und das gesamte menschliche Erleben (s. Abb. 1). Bei einer PTBS wird im Körper eine „anhaltende stressbedingte Mobilisierung“ aufrechterhalten, im Versuch, sich gegen eine Bedrohung zu verteidigen, "die längst nicht mehr besteht" (Vgl. Kolk 2017: 67). „Traumata führen zu einer völligen Neuorganisation der Wahrnehmungen im Geist und Gehirn. Sie verändern nicht nur, wie wir denken und womit wir uns dabei befassen, sondern auch unsere Denkfähigkeit selbst“ (Kolk 2017: 32). Sie bedeuten eine „radikale Verletzung der seelischen und körperlichen Integrität" (Gschwend 2012: 11). Die Gefühle „von Sicherheit und Geborgenheit in der Welt“, „Unverletzlichkeit“ sowie „Handlungsfähigkeit und Kontrolle“ werden oft dauerhaft und nachhaltig verändert (vgl. ebd.: 11). Das Weltbild und das Glaubenssystem werden erschüttert und der eigene (zuvor sicher geglaubte) Platz im Universum wird radikal in Frage gestellt (vgl. Bercei 2022: 76). Kurz: Die Verbindung mit dem eigenen Körper wird untergraben und damit auch das Selbstvertrauen und die

⁹ Bessel van der Kolk ist Psychiater, Autor, Pädagoge und einer der weltweit angesehensten Traumaforscher. Seit den 1970er Jahren forscht er auf dem Gebiet des posttraumatischen Stresses und untersucht, wie Kinder und Erwachsene sich an traumatische Erfahrungen anpassen. Für Forschung und Entwicklung wirksamer Behandlungen nutzt er neue Erkenntnisse aus der Neurowissenschaft und der Bindungsforschung. Er ist u.a. Leiter des *National Complex Trauma Treatment Network* und hält international Vorträge und Seminare.

Beziehung zu sich selbst sowie das Vertrauen in die Welt und den zwischenmenschlichen Kontakt (vgl. Gschwend 2012: 11).

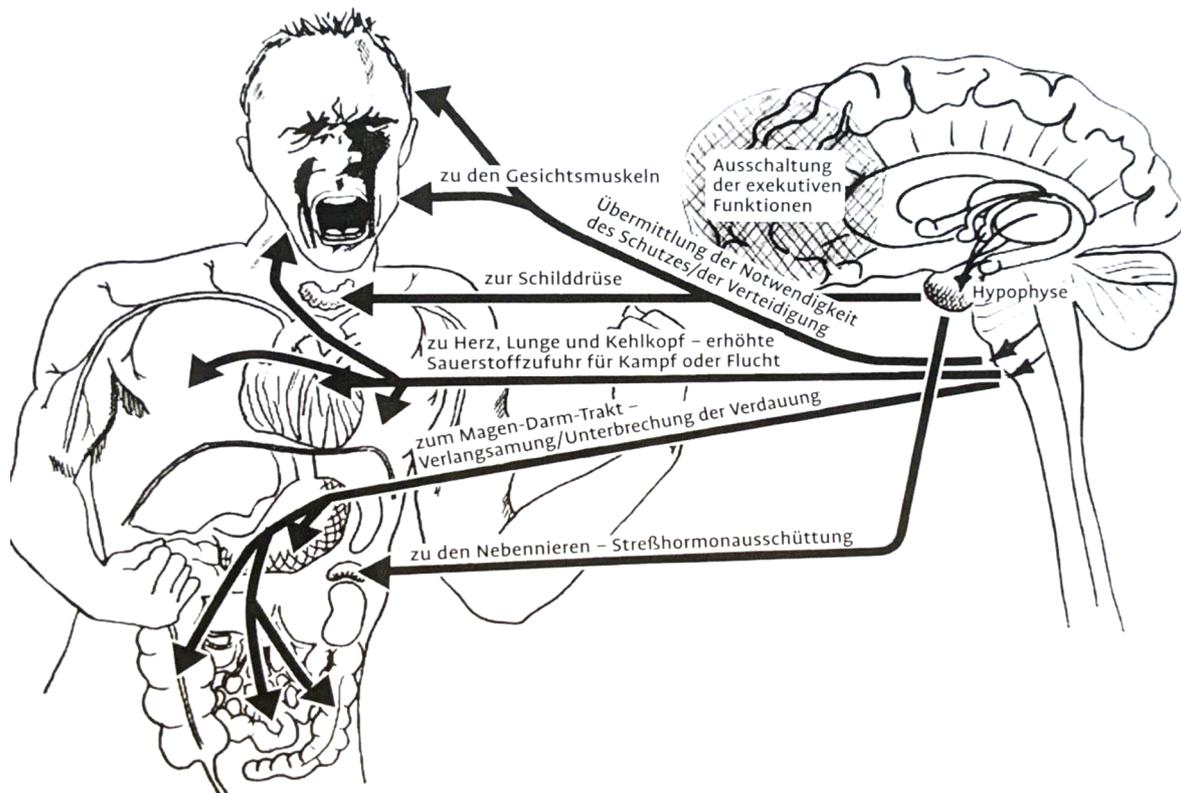


Abb. 1: Reaktionen des Körpers auf Bedrohungssituation, Kolk, 2015: 67

Kolk zufolge werden chronisch Traumatisierte und deren Gegenüber unentwegt mit Kampf, Flucht und Erstarrungsreaktionen konfrontiert sowie mit intensiven Gefühlen wie Wut, Scham, Entsetzen, Verzweiflung oder Ohnmacht. Schnell kann es zwischenmenschlich zu heftigen Konflikten kommen, deren Folgen oftmals nur schwer wieder zu lösen sind (vgl. Kolk in Porges 2010: 11 f.). Wo die Traumaforschung diese seelischen Ausnahmezustände anfangs mit "dramatische[n] Vorfälle[n] wie Vergewaltigungen, Überfälle[n] und Unfälle[n]" zu erklären suchte, wurde mit der Zeit immer deutlicher, dass

die schwersten Störungen bei Menschen auftraten, die in ihrer Kindheit keine verlässlichen [sic] Betreuungspersonen hatten. Emotionale Mißhandlungen [sic], Verlust der engsten Bezugspersonen, Inkonsistenz der Lebensverhältnisse und häufiges Erleben disharmonischer Zustände erwiesen sich als die entscheidenden Faktoren für die Entstehung vielfältiger psychiatrischer Probleme. (Kolk in Porges 2010: 12)

Der Umstand, dass das Nicht-Erleben einer sicheren Bindung in der frühen Kindheit die Fähigkeit schwächt, aufkommende negative Gefühle (*Arousal*) zu regulieren, ist laut Kolk, eine der relevantesten Entdeckungen aus den Feldern der Psychologie, Neurowissenschaft und Psychiatrie und bestimmt zudem maßgeblich, die Schwierigkeiten, welche diese Kinder in Zukunft haben werden. Zudem kommt, dass z.B. emotionaler Rückzug oder Wutausbrüche zu einer weiteren Verschärfung der Dynamik führen:

Dysreguliertes Verhalten entfremdet Freunde und Partner voneinander und beeinträchtigt die Fähigkeit, sich Unterstützung zu sichern und durch erholsame Aktivitäten Resilienz zu entwickeln. So kann sich eine unzureichende Affektregulation zu einem Teufelskreis ausweiten, in dem Mangel an Selbstkontrolle Verlassenwerden zur Folge hat, was wiederum die Regulation negativer emotionaler Zustände schwieriger macht. (Kolk in Porges 2010: 12)

Trauma kann aber auch zu einer Vertiefung des menschlichen Erlebens führen und in Folge der Aufarbeitung einen Prozess des posttraumatischen Wachstums fördern (vgl. Bercei 2022: 74 ff).

4.3 Einteilung von Traumata

		Einteilung nach Verursachung	
		Akzidentelle Traumata	Interpersonelle Traumata
Einteilung nach Erstreckung	Typ-I-Traumata	Schwere Verkehrsunfälle Berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand)	Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung) Kriminelle bzw. körperliche Gewalt Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall)
	Typ-II-Traumata	Langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung) Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen)	Sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter Kriegserleben Geiselnhaft Folter, politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft)

___ geringes Risiko für eine PTBS ■ mittleres Risiko für eine PTBS ■ hohes Risiko für eine PTBS

Abb. 2: Schema der Einteilung traumatischer Ereignisse und der Risikograde für die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Maercker 2013: 16)

Es gibt verschiedene Wege, Traumata einzuteilen (siehe Abb. 2). Während Typ-1 Traumata einmalige Ereignisse umfasst, werden wiederkehrende, andauernde (ausweglose) Erfahrungen im Typ-2 beschrieben. Innerhalb jedes Typus kann wiederum danach unterschieden werden, ob die Traumata menschlich verursacht sind oder durch einen Unfall/Katastrophe/technischen Fehler. Zwischenmenschliche Gewalt wirkt dabei verheerender und bedingt eher die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Dreßing/Foerster 2022: 259).

4.4 Traumabedingte Krankheitsbilder

Akute Belastungsreaktion, PTBS, kPTBS

Im ICD-11¹⁰ finden sich neben der *akuten Belastungsreaktion*, als „vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen [...] entwickelt [...] und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen [wieder] abklingt“ (Dilling/Freyberger 2019: 171) noch die Diagnosen *PTBS*¹¹ und *kPTBS*. Letztere ist häufig unterdiagnostiziert und entsteht oftmals nach frühkindlichen wiederholten oder anhaltenden Traumata. Merkmal ist eine gestörte Selbstregulation¹² (vgl. Dreßing, Foerster 2022: 262). Im Vergleich zu PTBS hat kPTBS „eine deutlich höhere Symptombelastung und mehr Komorbiditäten“ (Brenner et al 2020: 8).

Unverarbeitete Traumata können, so Zimmermann, für eine Vielzahl psychischer und physischer Erkrankungen ursächlich sein. Neben den zuvor genannten Krankheitsbildern sind dies bei Einsatzkräften häufig „affektive Störungen, insbesondere Depression, Angststörungen [...], somatoforme Störungen und Suchterkrankungen.“ Diese können häufig auch gleichzeitig vorliegen (vgl. Zimmermann 2022: 26).

Sekundäre Traumatisierung

Sekundärtrauma ist das Phänomen, dass Menschen, die bei einem traumatischen Ereignis selbst nicht vor Ort waren (aber indirekt davon betroffen sind), hinterher trotzdem

¹⁰ Das ICD ist ein weltweites Klassifizierungssystem, das versucht Krankheiten und Gesundheitsprobleme eindeutig zuzuordnen.

¹¹ „Eine Posttraumatische Belastungsstörung ist eine physische, psychische oder emotionale Angststörung, die auf eine Notsituation oder auf ein überwältigendes Ereignis folgt“ (Berzeli 2022: 23).

¹² affektive Dysregulation (starke Stimmungsschwankungen und emotionale Reaktionen), negatives Selbstkonzept, gestörtes Beziehungsverhalten)

posttraumatische Symptome entwickeln. Daniels definiert die Sekundäre Traumatisierung als eine „Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht“ (Daniels 2010: 202). Als Folge kann sich eine *Sekundäre Traumatische Belastungsstörung* (STBS) entwickeln (vgl. Lemke 2008: 14). Intensive Gefühle (Wut, Angst, Scham, Trauer) und/oder depressive Verstimmung sowie häufiger Medikamenten- und Substanzmissbrauch begleiten die Symptomatik. (vgl. Daniels 2010: 203)

Berceli beschreibt dieses Phänomen als „eine unbewusste Veränderung in Denken und Bewusstsein, weil man traumatischen Erfahrungen anderer Menschen ausgesetzt war“ (Berceli 2022: 26). Als Beispiel nennt er die nach 9/11 verstärkt im ganzen Land auftretenden Berichte von Menschen mit plötzlicher Flugangst, Alpträumen, Angst und häufigeren Fällen von Diskriminierungen gegenüber arabisch aussehenden Mitbürgern in Nordamerika. Laut Berceli entwickelte sich dieser Zustand von tiefer Angst stellvertretend „aufgrund der traumatischen Erfahrung anderer Menschen“ verstärkt durch die wochenlangen Wiederholungen der Fernsehbilder der einstürzenden Türme (vgl. Berceli 2022: 24 f.).

Gefährdet sind Zeugen, Helfer, Familienangehörige und besonders helfende Berufsgruppen wie Notfallhelfer und Rettungskräfte, Sozialarbeiter, Seelsorger und Therapeuten (vgl. Daniels 2010: 202).

4.5 Polyvagal-Theorie

Die PVT (1994) des Psychiaters und Forschers Stephen Porges¹³ ist eine umfassende Theorie des autonomen Nervensystems. Aus einer naturwissenschaftlichen Forschungsrichtung kommend, stellt sie die vormals psychologischen Begriffe *Sicherheit* und *Bedrohung* auf neurobiologische Basis und vermag zu erklären, wie diese im ANS verankert sind (vgl. Kierdorf et al. 2021: 12). Sie beschreibt einen „neurowissenschaftlichen Ansatz, der Körper und Geist einschließt und die soziale

¹³ Amerikanischer Psychologe, Neurowissenschaftler und Professor an verschiedenen Universitäten sowie in der Leitung diverser Forschungsprojekte und Gesellschaften. Er erhielt einen *Research Scientist Development Award* des *National Institutes of Mental Health* und publizierte neben vielfältigen wissenschaftlichen Aufsätzen mehr als 250 Publikationen im Peer-Review-Verfahren. Die Polyvagal-Theorie ist seine bekannteste Arbeit.

Kommunikation zur Regulation des ANS in Beziehung setzt“ (Porges 2021: 17). Traumatische Reaktionen sind nicht länger vorrangig pathologische Symptome, sondern eigenständige „Versuche des Organismus, auf eine subjektiv wahrgenommene Bedrohung zu reagieren, um zu überleben“ (Fuchs 2021: 17).

4.5.1 Autonome Nervensystem

Das ANS ist nach Jochims, die sich dabei auf Porges beruft, nicht, wie lange gedacht, völlig unabhängig und losgelöst von Fühlen und Denken, sondern ein integraler Regulator im System des menschlichen Organismus:

[Ein] System, das auf die Umwelt reagiert und unser Denken und Fühlen [...] weitreichend beeinflusst. Zudem bestimmt der Körper in sehr viel höherem Umfang die Arbeit des Gehirns, als dass das Gehirn die Arbeit des Körpers „regelt“. (Jochims 2020: 82)

Das ANS reguliert grundlegende Körperfunktionen wie Verdauung, Herzschlag, Atemrhythmus, Erregungszustände, Hormonhaushalt, Schlaf-Wach-Rhythmus, Gewebereparatur. Schon kleinste Veränderungen des Gleichgewichts bewirken Veränderungen in Verhalten, Wahrnehmung, Gefühlswelt und kognitiven Möglichkeiten (vgl. Jochims 2020: 90). Es ist „eine Art Motor, der den Körper antreibt“ (Scaer 2017: 82) und der bestrebt ist, die körperlichen Bedürfnisse bestmöglich zu befriedigen. Das ANS agiert dabei rhythmisch (z.B. Erregung/Entspannung) und zyklisch (z.B. Wachen/Schlafen) und ist in zwei Zweige organisiert. Der Parasympathikus agiert dabei als Bremse und ermöglicht Ruhe und Erholung/Regeneration. Der Sympathikus, als das Gaspedal hingegen, ermöglicht Aktivierung, Kampf oder Fluchtverhalten (vgl. Kolk 2017: 94 ff). „Ihre Aufgabe ist das Herstellen einer *Homöostase*¹⁴“ (Jochims 2020: 39).

4.5.2 Systeme der Sicherheit

Das ANS kennt drei grundlegende physiologische Zustände (Abb. 3), die abhängig vom eingeschätzten Sicherheitsgrad initiiert werden:

¹⁴ Homöostase beschreibt das Ziel von Systemen, in einer stabilen Ausgangslage/Balance zu sein und dorthin nach Abweichungen wieder zurückzukehren (Bsp. Körpertemperatur, Blutdruck, Blutzuckerspiegel). Ist das ANS in Homöostase kann „der Organismus möglichst gesund, leistungsfähig und in sozialer Verbindung mit anderen Menschen“ sein (Jochims 2020: 38 f.). Ein „Zustand metabolischen Gleichgewichts, der durch verschiedene komplexe biologische Mechanismen aufrechterhalten wird“ (Scaer 2017: 76).

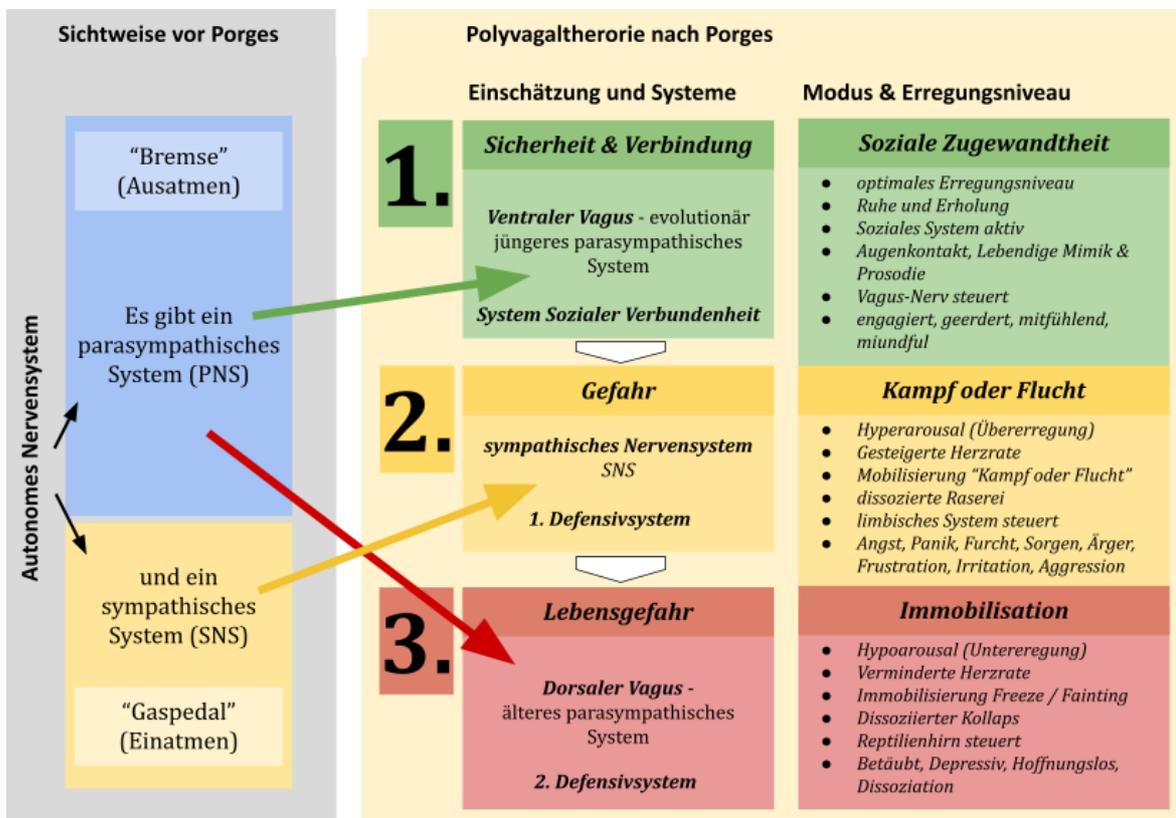


Abb. 3: Übersicht der drei Sicherheitssysteme nach Porges, eigene Abbildung (vgl. Jochims 2020, 23 ff, Kolk 2017: 94 ff, 99 ff, Pflaum 2019: 33 ff)

Zwei Defensivsysteme

Beschrieb die inzwischen überholte Stressforschung früher nur ein Defensivsystem (sympathische Mobilisierung, bzw. *Fight or Flight*), erforschte Porges die Erstarrungsreaktion und konnte mit der PVG erklären, dass der Mensch über ein zweites Defensivsystem verfügt (vgl. Jochims 2020: 180).

Wenn die sympathische Aktivierung nicht erfolgreich ist oder das Überleben nicht gewährleistet werden kann, tritt der *dorsale Vagus* in Kraft und bewirkt eine Immobilisierung und Energieeinsparung (Freeze, Numbing, Dissoziation und biochemische Vorbereitung auf den Tod). Evolutionär gesehen macht diese Reaktion großen Sinn, da das *Sich-tot-stellen* für viele Säugetiere oft die letzte Überlebensemöglichkeit war (Raubtiere essen selten tote Tiere) (vgl. Jochims 2020: 24, 107, Porges 2013: 12): „Wir erschlaffen entweder wie eine Maus, die schon von der Katze gepackt worden ist, oder wir kämpfen oder fliehen“ (Porges 2013: 12).

Jochims schreibt dazu: „Der wesentliche Beitrag der PVT zum Verstehen und zur Behandlung traumatisierter Menschen ist die Erkenntnis, dass das soziale System während eines Traumas massiv beschädigt wird“ (Jochims 2020: 180).

System für Soziale Verbundenheit (SSV)¹⁵

Im Zustand von Sicherheit und Verbindung hingegen führt der *ventrale Vagus* (Abb. 3: 1.) bzw. das parasympathische SSV. Wir fühlen uns sicher und verbunden mit uns selbst, sind kommunikativ, empathisch, zugewandt und empfinden uns in Gesellschaft als Teil der Gruppe. In diesem Zustand unterdrückt der *ventrale Vagus* über die *Vagus-Bremse* das *sympathische Defensivsystem* (Abb. 3: 2.) und dieses wiederum den *dorsalen Vagus* (Abb. 3: 3.) (vgl. Jochims 2020, 33 ff.).

Ein intaktes und gut trainiertes SSV ermöglicht:

- genussvolle Erkundung der Umgebung, „nicht, um Gefahren zu lokalisieren, sondern um Neues zu erfahren und zu lernen
- besseres Zuhören (durch Herausfiltern der Hintergrundgeräusche)
- hohe Prosodie¹⁶
- freie Assoziationen und Visualisierungen
- Verfügbarkeit aller kognitiven Eigenschaften
 - kreative und innovative Problemlösungen
 - analytisches und logisches Denkvermögen
 - Angemessener Umgang mit Zeit
 - Ertragen von mehrdeutigen Ansichten und Erklärungen
 - Offenheit für Neues
 - Input kann bewältigt und vollständig verarbeitet werden
 - Erkennen und Verknüpfen von großen Zusammenhängen
- emotionale Möglichkeiten
 - komplexe positive Gefühle sowie modifizierte negative Gefühle - alle Emotionen dürfen da sein und können bewusst gespürt werden
 - angemessene Verarbeitung und Regulierung
 - körperliche Empfindungen können bewusst beschrieben werden
 - Fähigkeit zur Trennung von Gefühlen aus der Gegenwart und Vergangenheit
- Herzschlag und Atmung sind synchronisiert, längeres Aus- als Einatmen, hohe HRV¹⁷

¹⁵ Englisch: *Social Engagement System*

¹⁶ Aspekte der Sprache, die nichts mit der unmittelbaren Bedeutung zu tun haben, wie Satzmelodie, Intonation, Lautstärke (Jochims 2023) Niedrige Prosodie = tiefe, monotone, unlebendige Stimme

¹⁷ Die Herzratenvariabilität wurde in den 60er Jahren von Stephen Porges entdeckt. Sie beschreibt die geringfügigen Abweichungen aufeinanderfolgender Herzschläge sowie die Fähigkeit, den Herzrhythmus zu verändern. Je besser unser Organismus in der Lage ist, die Frequenz des Herzschlages zu regulieren (hohe HRV), desto gesünder sind wir. An PTBS Erkrankte haben in der Regel eine sehr niedrige HRV (vgl. Porges 2010).

- gute Körperwahrnehmung, Beweglichkeit, gute Körperhaltung
- guter Gesundheitszustand
- Inanspruchnahme von Freundschaft und sozialer Unterstützung
- Signale anderer Menschen werden korrekt gelesen (vgl. Jochims 2020: 145 ff)

4.6 Körperorientierte Ansätze

Als Forscher und Kliniker, der sich bereits seit den 70er Jahren im Feld des posttraumatischen Stresses bewegt, stellt Kolk in seinem Standardwerk *The Body Keeps The Score (2015)*¹⁸ immer wieder fest, dass Traumaheilung allein auf kognitiver Ebene nicht funktionieren kann und es dafür körperorientierte Ansätze braucht:

Wir haben festgestellt, dass es durchaus sinnvoll ist, Traumatisierten zu helfen, ihre Erlebnisse in Worte zu fassen, dass allein dies aber in der Regel nicht ausreicht. Die Fähigkeit, eine Geschichte zu erzählen, verändert nicht zwingend die automatischen physischen und hormonellen Reaktionen eines weiterhin hypervigilanten Körpers [...]. Eine wirkliche Veränderung kann nur stattfinden, wenn der Körper lernt, dass die Gefahr vorüber ist und er wieder in der gegenwärtigen Realität lebt (Kolk 2017: 32).

Und weiter:

Über hundert Jahre lang war in jedem Lehrbuch der Psychologie und Psychotherapie der Rat zu finden, dass eine Methode des Redens über belastende Gefühle diese auflösen könne. Doch wie wir gesehen haben, macht das Traumaerleben selbst genau dies unmöglich. Trotz aller Einsicht und allen Verständnisses, das wir entwickeln, ist der rationale Teil unseres Gehirns im Grunde nicht in der Lage, dem emotionalen Teil seine Sicht der Realität »auszureden« (Kolk 2017: 62).

4.7 Kriterien und Ziele für die Traumaheilung nach Porges, Kolk und Weisaeth

Porges formuliert zwei wesentliche Punkte, auf welche es bei der Heilung ankommt:

- Systematische Stärkung des SSV¹⁹(ventraler Vagus)

¹⁸ Im deutscher Übersetzung: *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann (2017)*

¹⁹ Aktivitäten wie Singen, Tanzen, Lachen, gemeinsames Spielen, Sport, Raufen, Kuschneln, Meditation, Musizieren, Ausruhen auf dem Sofa und weitere Aktivitäten stärken den ventralen Vagus und damit das soziale System.

- Steigerung der Selbstregulation²⁰ durch verbesserte Co-Regulation²¹ (vgl. Jochims 2020: 181).

In einem Vortrag über Trauma- und Körperpsychotherapie nannte Bercei (2022) fünf wesentliche, von Kolk definierte, Aspekte der Traumaheilung:

1. *Social-Engagement*²²
2. Körperorientierte Übungen
3. die Einrichtung sicherer Räume
4. Austausch gelebter Erfahrungen
5. Gesprächstherapie (Kann zwar zu Bewusstsein führen, Heilung müsse jedoch jeden Aspekt des Körpers und des Lebens einer Person umfassen)

(vgl. Bercei, persönliche Kommunikation, 22.11.2022)

Ausgehend von der Erkenntnis, dass eine effektive Behandlung von PTBS nur durch einen multidimensionalen Ansatz (biologisch, psychologisch, sozial) erreichbar ist, formulierte Weisaeth (1992) sechs Ebenen, auf denen eine erfolgreiche Intervention gelingen könnte:

- Überlebende (benötigen Rat zu intrapsychischen, interpersonellen und aktivitätsbezogenen Copingtechniken)
- soziale Netzwerke der Überlebenden (Familie, Freunde, Arbeitskollegen und Nachbarn)
- die Helfer außerhalb der Gesundheitsvorsorge und sozialer Dienste (tonangebende Akteure der Gemeinde, Geistliche, Polizei, Retter, Feuerwehr, Freiwilligenorganisationen usw.)
- Anbieter allgemeiner und spezialisierter Gesundheitsdienste
- Tätige auf dem Gebiet der psychischen Gesundheitsvorsorge
- spezialisierte psychiatrische Teams (vgl. Farlane/Turnbull 2000: 339)

Grundsätzliche Ziele somatischer Behandlungsansätze

Laut Kolk bestätigt die Neurowissenschaft die hohe Bedeutung von körpertherapeutischen Verfahren. Er definiert drei grundsätzliche Ziele, die solche Behandlungsansätze miteinander teilen:

²⁰ Selbstregulation bedeutet, dass der Körper realisiert, dass die Umgebung sicher ist und Verteidigungsreaktionen nicht länger notwendig sind

²¹ Co-Regulation ist das Herzstück aller menschlichen Beziehungen. Nach der Polyvagal-Theorie ist sie das gegenseitige Senden und Empfangen von Signalen der Sicherheit bzw. die Verbindung zweier Nervensysteme, wobei jedes das andere nährt und reguliert.

²² siehe Kapitel 4.5.2.

1. blockierte und erstarrte sensorische Informationen sollen wieder nutzbar gemacht werden
2. Unterstützung der Betroffenen im vertraut machen mit den eigenen Energien, die durch Trauma entstanden und durch die Methodik freigesetzt werden
3. das zum Abschluss bringen der „selbsterhaltenden körperlichen Aktivitäten“, die aufgrund der traumatischen Erfahrung (auswegslose Situation / Erstarrung vor Entsetzen) verhindert wurden (vgl. Kolk 2015: 118).

5. Krisenintervention

Kapitel 5 gibt eine knappe Übersicht über Aspekte und Ziele der Krisenintervention, schildert Formen der Prävention und wirft zuletzt den Blick auf die Frage, was eine erfolgreiche Krisenintervention benötigt.

5.1 Krisenintervention in D-A-CH

Das weite Feld der Krisenintervention im deutschsprachigen Raum beruht auf Erfahrungen und Konzepten aus Rettungswesen, Psychiatrie und Psychologie, Stressforschung, Suizidprävention, Sozialpsychiatrie, Psychotraumatologie sowie weiteren Bereichen und erstreckt sich über viele Berufsbereiche (vgl. Ortiz-Müller 2021: 47 ff). Sie agiert fachübergreifend in diversen von Krisen betroffenen Lebensbereichen und fördert psychologische, biologische, soziale und materielle Ressourcen (vgl. Rupp 2022: 78).

Krisenintervention wird in Einrichtungen mit spezifischen Merkmalen praktiziert, die in Aufträgen und Schwerpunkten (z.B. „psychosoziale Krisenintervention, Suizidprävention wie auch psychiatrische Notfallhilfe) variieren (vgl. Hülshoff 2017: 70).

Für Ortiz-Müller (2021: 52) gibt es aufgrund der „relativen Unschärfe des Krisenbegriffs [...] eine noch größere Unschärfe, dessen was Krisenintervention bedeuten soll“. Verschiedene Therapierichtungen „entwerfen jeweils eigene allgemeine Konzepte der Krisenintervention“ und in Abhängigkeit der Ursachen und Symptomatik „störungsspezifische Ansätze“.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte entstand im deutschsprachigen Raum „eine Vielzahl unterschiedlicher Trägerschaften, Institutionen, Behandlungsstrategien, interdisziplinäre

Rollenverteilungen und dementsprechend unterschiedliche Dienstleistungsangebote“ (Rupp 2020: 74 ff). Obwohl es in größeren städtischen Gebieten spezialisierte, interdisziplinäre Teams gibt, wird die aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe andernorts noch immer von Rettungskräften durchgeführt. Mancherorts gibt es auch teilstationäre und spezifische Kriseneinrichtungen (vgl. ebd).

Auch Crefeld und Gahleitner (2010: 37 ff) attestieren dem „unübersichtlichen Krisenhilfesystem“, dass „weder im stationären, noch im ambulanten Bereich von einem ausreichenden Hilfenetz gesprochen werden“ kann. Regionsabhängig gibt es so erhebliche Unterschiede „im Umgang mit krisenhaften Situationen“, z.B. was das Risiko einer Zwangseinweisung betrifft. Es gibt keine „bundesweit verbindlichen Regelungen“ und Krisendienste müssen jährlich um finanzielle Mittel kämpfen. Auch 2010 galt im Grundsatz noch die 1987 von Katschnig und Konieczna erstellte Bilanz:

Ein System ohne umfassende regionale Planungskonzepte, ohne gemeinsames Grundprinzip, sondern als Initiativen Einzelner, die in ihrem eigenen Arbeitsbereich Lücken entdecken und Abhilfe zu schaffen versuchen. [...] Deutschland gleicht in dieser Hinsicht einem Flickenteppich und weder auf kommunaler, noch auf Länder- oder bundespolitischer Ebene sind Diskussionen über Mindeststandards erkennbar. (zit. nach Crefeld/Gahleitner 2010: 38)

Ergänzend weist Rupp (2020: 83) darauf hin, dass das „Erfahrungswissen der spezialisierten Krisenhelfer*Innen [...] inzwischen beträchtlich“ sei und es sehr wichtig ist, „diesen Schatz zu heben“ und jenes Erfahrungswissen in Fortbildungsveranstaltungen miteinander auszutauschen.

5.2 Einteilung von Krisen

Gegenwärtig scheint es nicht möglich, eine theoretische und empirisch begründete Einteilung oder Handlungsrichtlinie zu entwickeln, welche den vielfältigen Ursachen und Erscheinungsformen der Krise vollumfänglich gerecht wird (vgl. Dross 2001: 19, Stein 2020: 50 ff). Das Ausdifferenzieren verschiedener Krisenformen schärft jedoch „den Blick für Gemeinsamkeiten und Unterschiede“ (Stein 2020: 50 ff).

So gibt es verschiedene Ansätze, Krisen, ihre Auslöser und Folgen zu kategorisieren.

Nach Caplan (1964) und Cullberg (1978)

Die klassische Einteilung von Krisen unterscheidet die Veränderungskrise (Caplan) von der traumatischen Krise (Cullberg). Erstere kann entstehen, wenn „allgemeine Lebensveränderungen größere Umstellungen (sozial, körperlich, psychisch) erfordern, die für den Betroffenen zu schwierig oder zu umfangreich sind, sodass sie nicht bewältigt werden können“ (Hausmann 2010: 20). Die traumatische Krise nach Cullberg ist ein unvorhergesehen, schmerzhaftes und „plötzlich auftretendes Ereignis“ mit existenzieller Gefährdung für die „psychische Existenz, die soziale Identität und Sicherheit“ und der „fundamentalen Befriedigungsmöglichkeiten“ (ebd.: 20).

Nach Intensität (Hülshoff 2017)

Für die Fragestellung der Arbeit hat sich die Einteilung nach Hülshoff bewährt, da dort auch niedrighschwellige, alltägliche Krisen berücksichtigt werden, für welche TRE ein geeignetes Instrument zur Selbsthilfe bieten könnte. Hülshoff unterteilt nach Ausmaß der Krise in drei Bereiche:

- **Alltagskrise** - die Bewältigung kann bestenfalls durch das soziale Umfeld begleitet werden, welches gleichzeitig mögliche Ressourcen („*Freunde, Familie, Lehrer, Jugendgruppenleiter usw.*“) stellt.
- **Psychosoziale Krise** - Hier sind Fachkräfte aus Pädagogik, Sozialer Arbeit und Psychologie gefragt, da die „*herkömmlichen Maßnahmen und sozialen Hilfestellungen*“ nicht ausreichen oder Betroffene nach akuten Notfallsituationen weiterführende Begleitung benötigen.
- **Akuter Notfall** - erfordert "*unmittelbare Hilfe durch andere Professionen*". Es besteht Gefahr des Lebens (Eigen- und/oder Fremdgefährdung), welche adäquate Intervention/Erstversorgung (Polizei, Psychiatrie oder notfallmedizinische Versorgung) erfordert. (Vgl. Hülshoff 2017: 68 f)

5.3 Intervention im zeitlichen Verlauf

Rupp (2010: 75 ff) zufolge wird im Prozess der Krisenintervention grundsätzlich zwischen Notfallintervention (akute „Eskalationsform der Krise“) und Krisenintervention (psychosoziale Krisen) getrennt.

Akutintervention (nach überwältigenden Ereignissen²³)

Akutintervention richtet sich laut Purtscher-Penz und Penz „an Menschen, die sich in der Schockphase befinden“. Bezeichnend ist, dass Betroffene die Situation oder das Ereignis „Nicht-Wahrhaben-Können“ und zudem von „Gefühlen überwältigt“ und von „Eindrücken überflutet“ werden. Dazu wird „intensive Angst, Furcht und Hilflosigkeit“ erlebt, sowie das Erleben von Kontrollverlust und Handlungsunfähigkeit (Purtscher-Penz/Penz 2020: 216).

„Aufgrund des oft sehr schlechten Zustandes ist die rasche Beseitigung quälender Symptome, wie Schlaflosigkeit, Erregung oder Panik, Voraussetzung, um überhaupt eine sinnvolle Krisenbewältigung zu ermöglichen“ (Stein 2020: 157). In dieser Phase geht es darum, Sicherheit zu vermitteln, den Betroffenen in der traumatischen Krise nicht alleine zu lassen und „den Kontakt zu halten, auch wenn der Betroffene teilnahmslos oder passiv wirkt“ (Hausmann 2010: 125). Insbesondere nach Katastrophen wird inzwischen meist durch Rettungsdienste und psychologische Notfallhelfer vor Ort akute Notfallintervention angeboten. Partiiell wird dieses Angebot inzwischen auch „bei individuellen Traumata [...] routinemäßig angeboten“ (Stein 2020: 235).

Weiterführende Krisenintervention

Nach der Akutintervention beginnt die eigentliche Krisenintervention, die anschließend ggf. in einer mittel-langfristigen psychotherapeutischen Behandlung mündet (vgl. Sonneck 2012: 56).

Den typischen Ablauf eines Handlungsmodells der Krisenintervention beschreibt Hülshoff mit folgenden Schritten:

²³ Erlebnisse, die traumatisch wirken, wie z.B. Gewalterfahrungen (Folter, Vergewaltigung), schwere Unfälle und Naturkatastrophen (vgl. Stein 2022: 73)

1. Abklärung, ob ein akuter Notfall mit unmittelbarer Gefährdung oder Lebensgefahr vorliegt
2. Herstellen einer emotional, entlastenden, tragfähigen Beziehung
3. Exploration und Klärung der akuten Krisensituation, bisheriger Lösungsversuche und möglicher Alternativen
4. Situationsbeurteilung, Identifikation und Definition der dringlichsten Probleme und Kontrakt²⁴
5. Umgang mit Gefühlen und Emotionen
6. Konkretisierung und Durchführung eines Handlungsplans zur Problembewältigung
7. Soziale und direkte Unterstützung
8. Abschluss der Krisenintervention
9. Folgegespräche und Abklärung weiterführender Maßnahmen (Vgl. Hülshoff 2017: 70)

5.4 Formen der Prävention

Primäre Prävention

Caplan (1964) zufolge ist die wichtigste Form der Prävention die *primäre Prävention* (vgl. 56 ff). Sie umfasst „die Gesamtheit aller Maßnahmen, die den Erhalt der Gesundheit von einzelnen Individuen, Personengruppen oder einer Population zum Ziel haben“ (DocCheck Flexikon 2023) sowie das „Aufzeigen von Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit noch bevor Risikofaktoren oder die Erkrankung selbst bestehen“ (ebd.).

Sekundäre Prävention

„Die Gesamtheit aller Maßnahmen, die der Früherkennung und damit der Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung von Erkrankungen dienen“ (DokCheck Flexikon 2023). So versuchen Intervention, Behandlung oder Therapie durch Früherkennung und geeignete Behandlung in den Entstehungsprozess einer Krankheit einzugreifen (vgl. Caplan 1964: 89 ff).

Tertiärprävention

„Die Gesamtheit aller Maßnahmen, die der Verhinderung des Fortschreitens oder des Eintritts von Komplikationen bei einer bereits manifesten Erkrankung dienen“ (DokCheck Flexikon 2023). Ziele von Rehabilitation und Krankheitsbewältigung sind das Verringern oder Beseitigen der Folgeschäden für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld (Vermeiden von Rückfällen und Chronifizierung) (vgl. Caplan 1964: 113 ff).

²⁴ eine Arbeitsabsprache zwischen Krisenhelfer und Klient

5.5 Was braucht eine erfolgreiche Krisenintervention?

„Krisenbewältigung ist ein komplexes Geschehen, das von vielen Einflussgrößen, die in der Person und in ihrem Umfeld begründet liegen, bestimmt wird“ (Ortiz-Müller 2021: 56).

Crefeld und Gahleitner äußern sich wie folgt:

„Was also benötigt wird, ist ein System aufeinander abgestimmter, integrierter psychosozialer Notfallhilfe, die über eine Reihe krisenspezifischer Kompetenzen verfügt: über professionelle Fähigkeiten zur Beziehungsaufnahme, über die gezielte Gestaltung eines indikationsspezifischen Beratungs- und Hilfeprozesses einschließlich einer situationsbezogenen Diagnostik und über umfassende versorgungsstrukturelle und Vernetzungskompetenzen. Wenn es darüber hinaus auch gelingt, in der Region eine entängstigende Wirkung zu entfalten und Krisen als Möglichkeit menschlicher Existenz begreiflich zu machen, wird zugleich auch Krisenprävention möglich. (Crefeld/Gahleitner 2010: 42)

Ortiz-Müller verweist auf die Ergebnisse einer Befragung von Psychiatrie Betroffenen, in welcher deutlich wurde, dass das Fachwissen der Krisenberater von ihnen am unwichtigsten angesehen wurde, die Fähigkeit der persönlichen Krisenkompetenz, also das angemessene Teilhaben lassen an eigenen überwundenen Krisen, jedoch am meisten geschätzt wurde, sowie „menschliche Anteilnahme, Offenheit für fremde Lebensstile“ und eine „hohe Toleranz ungewöhnlichen Verhaltens“ (Ortiz-Müller 2021: 63).

Einen Hinweis auf eine möglichst frühzeitige Intervention, auch aus ökonomischen Gründen, findet sich bei Rupp: „Inzwischen hatte sich schon lange erwiesen, dass professionelle Krisenhilfe durch frühzeitige und spezifische Intervention die Nöte von Patient*innen und ihren Angehörigen wirksam lindert - und Kosten spart“ (Rupp 2021: 75).

5.5.1 Ziele erfolgreicher Krisenintervention

Nach Hülshoff (2017) setzt erfolgreiche Krisenintervention

- gezielt und methodisch am Krisenprozess an und
- ist bemüht eine Zuspitzung der Krise bis zum Zusammenbruch zu verhindern
- Sie erarbeitet mit Betroffenen erste Schritte zur Lösung der mit der Krisensituation verbundenen Problematik. (Vgl. Hülshoff 2017)

Stein formuliert zwei Ziele, welche wir in anderen Worten schon von Porges in Bezug auf die Traumaheilung erfahren haben (vgl. Kap. 4.7):

- das Wiederherstellen von „Sicherheit und Stabilität“ sowie
- das Aktivieren der Selbstheilungskräfte durch „Aktivierung aller vorhandenen Ressourcen“ sowie durch die „Stärkung protektiver Faktoren“

Die Betroffenen sollen optimal „in der Verarbeitung des traumatischen Ereignisses“ unterstützt werden und nach Abschluss der Krisenintervention „annähernd wieder so wie vor dem Trauma leben“ können (Stein 2020: 235).

Hausmann (2010: 22) formuliert die Ziele der Krisenintervention anhand fünf Kategorien:

körperlich	Überleben sichern, Gesundheit erhalten bzw. wiederherstellen
seelisch	Entlastung, Gefühle ausdrücken können
geistig	Verarbeitung des Ereignisses, seiner Ursachen und Folgen
verhaltensbez.	Anpassung des Verhaltens und der Beziehungen an die veränderte Situation
sozial	die sozialen Systeme (Familie, Schule, Firma) wieder funktionsfähig machen

Im anschließenden Forschungsteil wird nun Anhand der Auswertung der Experteninterviews erörtert, inwiefern die TRE-Methode mit den Anforderungen, Zielen und Prinzipien von Traumaheilung und Krisenintervention im Einklang steht.

6. Methodisches Vorgehen

Im folgenden Kapitel beschreibe ich die Auswahl der Methodik, die Durchführung der Untersuchungsmethode sowie den Prozess der Auswertung.

6.1 Auswahl der Methodik

Um die Forschungsfragen zu beantworten, entschied ich mich, halbstrukturierte Experteninterviews zu führen. Da TRE in der D-A-CH-Region im Bereich der Krisenintervention noch wenig bekannt ist und in der entsprechenden Fachliteratur kaum diskutiert wird, erhoffte ich mir durch die gezielte Auswertung von Wissen und Praxiserfahrungen und dreier TRE-Experten neue und vertiefende Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellung, sowie eine Überprüfung meiner Hypothesen.

Da ich an der inhaltlichen Ebene des Materials Interesse habe, ist das Ziel meiner Analyse der Objektbereich der Antworten aus den Interviews, also der Inhalt des Gesagten.

Als Form nutzte ich eine zusammenfassende Inhaltsanalyse, um die wesentlichen Inhalte und Aussagen erfassen und miteinander in Beziehung setzen zu können.

6.2 Hypothesenbildung

Neun Jahre der theoretischen Auseinandersetzung und praktischen Selbsterfahrung mit TRE und Themengebieten rund um Trauma, TRE und Krise sowie der Berufserfahrung als TRE-Provider führten zur Fragestellung und zur Entwicklung folgender Hypothesen für diese Arbeit:

- TRE ist einzigartig und bedient eine Lücke in der Krisenintervention
- TRE eignet sich als Methode für die Krisenintervention
- Eine umfassende Krisenintervention erfordert mehr als TRE

6.3 Expertenauswahl

Für die Expertenauswahl wandte ich mich zum einen direkt per Mail an Experten aus der TRE - Welt, die mir in den letzten Jahren aufgefallen sind. Weiter erhielt ich diverse Zusagen von Expert*Innen der Krisenintervention, die ich über eine Internetrecherche ausfindig machte. Ein zusätzliches Gesuch lief über den Mailverteiler des Instituts, welches TRE in Deutschland ausbildet. Auch dort erfuhr ich große Resonanz und erhielt viele weitere Kontakte von TRE-Providern und Trainern.

Aufgrund des großen zeitlichen Aufwands (Erhebung, Transkription, Codierung + Auswertung) und dem begrenzten Umfang der Bachelorarbeit, reduzierte ich mein Forschungsvorhaben auf drei ausgewertete Interviews. Befragt wurden mit Steven Haines (Autor, Ausbildung, Prävention), Richmond Heath (Ausbildung, Katastrophen, Spitzensport) und Thomas Thiel (Bundeswehrkrankenhaus, Inhouse-Schulungen, Seelsorge) drei TRE-Experten aus verschiedenen Ländern (mehr zu den Experten in Anh. A, Kap. 3).

6.4 Interviewleitfaden

Aus Forschungsfragen und Hypothesen erstellte ich einen Interviewleitfaden (Anh. E) für ein halbstrukturiertes Interview, um experimentelles Expertenwissen zu erheben sowie die Hypothesen zu überprüfen.

6.5 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden im Januar 2023 per Zoom geführt und aufgezeichnet. Ein Hinweis auf Aufzeichnung und Einwilligung erfolgte zu Beginn der Gespräche. Die Zustimmung zur Verwendung als Datenspende mit dem Zweck einer wissenschaftlichen Verwertung im Rahmen der Bachelorarbeit erfolgte jeweils am Ende des Interviews.

6.6 Transkription

Die Gespräche wurden zuerst automatisiert, händisch transkribiert und in einer zweiten Runde, angelehnt an Dresnig und Pehl (2018), in *einfache Sprache* gebracht. Die transkribierten Interviews finden sich unter Anhang B, C und D. Eine Absatznummerierung ermöglicht das Zitieren und Quellenverweise.

6.7 Kategorienbildung

Durch die theoretische Auseinandersetzung mit der Thematik sowie den Vorüberlegungen zum Interviewleitfaden ließen sich deduktiv zwei inhaltliche Hauptkategorien (*TRE im Kontext der Krisenintervention* und *Integration der Methode*) festlegen, welche im Verlauf der Codierung induktiv mit acht Unterkategorien ergänzt wurden.

1. TRE im Kontext der Krisenintervention
 - 1.1 Beschreibung der Methode
 - 1.2 Besonderheiten von TRE
 - 1.3 Eignung für die Krisenintervention
 - 1.4 TRE und Sekundärtrauma
 - 1.5 TRE und Retraumatisierung
2. Integration der Methode
 - 2.1 Zeitpunkt der Intervention
 - 2.2 Wege TRE zu lernen
 - 2.3 Grenzen der Methode

Abb. 4: Kategoriensystem der Befragung

7. Zusammenfassung der Expertenmeinungen

Im Rahmen des Codings wurden die für diese Arbeit wesentlichen Aussagen der Experten teilweise übersetzt, subsumiert und den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Dies geschah in Form von Paraphrasierungen und wörtlichen Zitaten. Gegliedert wurde in die Haupt- und Nebenkategorien. Ein drittes Kapitel stellt die Experten vor. So entstand ein Textkorpus von 25 Seiten (Anh. A), der einen Einblick der Expertensichtweisen auf TRE im Kontext der Krisenintervention sowie eine Ergänzung des theoretischen Teils dieser Arbeit bietet. Zudem kann Anhang A inhaltlich und formal für sich alleine stehen und gelesen werden.

8. Ergebnisse und Diskussion

8.1 Überprüfung der Hypothesen anhand der Expertenmeinungen

Ausgehend von den Hypothesen und den Forschungsfragen untersuchte ich die Zusammenfassung der Expertenmeinungen (Anh. A)²⁵ sowie die Experteninterviews²⁶ (Anh. B-D) erneut, um die Hypothesen zu überprüfen und um Antworten auf die Forschungsfrage zu finden.

8.1.1 TRE ist einzigartig und bedient eine Lücke in der Krisenintervention

Heath sieht das Einzigartige in TRE, dass es mit dem neurogenen Zittern, im Gegensatz zu fast allen anderen Methoden der Krisenintervention, auf Ebenen unterhalb des bewussten Verstands ansetzt und damit eine Bottom-Up-Methode zur Verfügung stellt, die das Wissen um die neurobiologischen und unterbewussten Prozesse von Stress und Trauma berücksichtigt (vgl. A Heath: 1.2.1).

TRE nutzt die körpereigenen Fähigkeiten zur Veränderung der Neurobiologie und Wiederherstellung der Homöostase und bietet so einen völlig anderen Ansatz für die Re-Regulierung des Nervensystems (vgl. ebd.). „We know about the defense cascade, that's all very well researched but what we haven't researched is the recovery cascade. So that's really what we are training. We're completing the full cycle (C Heath: 41).

Zudem leistet TRE ein Reframing, indem es den *Zitter-Mechanismus* nutzbar macht, wohingegen dieser in den meisten anderen Paradigmen unterdrückt wird (vgl. A Heath 1.2.1).

Obwohl auch im therapeutischen Setting nutzbar, ist das große Geschenk und das eigentliche Ziel von TRE als Selbsthilfetechnik, Selbstermächtigung und Selbstfürsorge zu ermöglichen (vgl. A Heath: 2.2). „Because when we have a natural disaster or a crisis, we don't have enough therapists, and the therapeutic model is not an efficient way to help to

²⁵ Quellenverweise, die sich auf Anhang A beziehen, sind wie folgt: (A + Name d. Exp. + Kapitelnr.)

²⁶ Direkte Zitate aus einem der Interviews: (B/C/D + Name d. Exp. + Absatznr.)

empower people“ (C Heath: 60). Für Haines ist es ein radikaler Ansatz, dass TRE die Beziehung zum eigenen Körper in den Mittelpunkt stellt und nicht eine langfristige therapeutische Beziehung (vgl. A Haines: 1.2.1).

Für Haines ist Bercelis Ansatz, Methodik und Wissen verfügbar zu machen und so Gemeinschaften und größere Bevölkerungsgruppen zu ermächtigen, eine große Besonderheit. Insbesondere, da TRE ein nonverbales, körperzentriertes und bewegungsfreundliches Werkzeug der kollektiven wie individuellen Selbsthilfe ist und kulturübergreifend funktioniert (vgl. A Haines: 1.2.2).

David's genius was to create a very simple set of seven exercises and a framework and a way of entering into it that has worked all over the world with all sorts of cohorts of people. Big people, small people, old people, thin people, fat people, you know, from all sorts of different cultures. That's quite extraordinary (B Haines: 73).

Ist das neurogene Zittern einmal gelernt, kann es sehr zeitsparend und spontan genutzt werden und umgeht so typische Barrieren (Erschöpfung, Müdigkeit, Zeitdruck), die einer Selbstfürsorge häufig im Wege stehen (vgl. A Heath: 1.2.3).

„You simply lie down and relax and let go“ (C Heath: 110).

Da es bereits seit den 70er Jahren sehr deutliche Forschungsergebnisse gibt, die besagen, dass eine PTBS in den meisten Fällen durch das Wiederherstellen der Neurobiologie des Körpers verhindert werden kann, sieht Heath TRE als fehlendes Glied in der Traumabehandlung. Bestehende kognitive Verhaltensmodelle seien nur begrenzt in der Lage, die Physiologie des Körpers zu verändern.

Auch für Haines ist der wesentliche Schlüssel, um aus traumatischen Reaktionen herauszukommen, die Fähigkeit, die physiologischen Reaktionen regulieren zu können, damit Sicherheit im eigenen Körper erlebt werden kann (vgl. A Haines, Heath: 1.2.1).

Auch hier bestätigt sich die Hypothese, dass die TRE - Methode im Feld der Krisenintervention einzigartig ist, da sie die organismische Selbstregulation (bottom-up) und dessen alltagspraktische Ermöglichung durch die Anwender mit Elementen der Selbsthilfe und des Empowerments (individuell und kollektiv) verbindet und verfügbar macht. Weiterhin trägt sie maßgeblich zu einem Paradigmenwechsel in Bezug auf

Verständnis und Umgang mit autonomen Körperbewegungen wie dem neurogenen Zittern bei. Den Ergebnissen zufolge bedient die Methode sogar mehrere Lücken innerhalb der Krisenintervention.

8.1.2 TRE eignet sich als Methode für die Krisenintervention

Für Heath steht der Nutzen von TRE für die Krisenintervention außer Frage und untermauert dies u.a. mit eigenen sehr positiven Evaluierungsergebnissen. So wurden seine TRE-Trainings nach Naturkatastrophen von Kriseninterventions- und Hilfskräften so gut angenommen, dass 100% der Teilnehmer diese, an von Krisen und Katastrophen betroffenen Menschen, weiterempfohlen. Laut Heath sei die persönliche Erfahrung Betroffener und deren positive Rückmeldungen, ausschlaggebend für die schnelle Verbreitung der Methode (obwohl die Unterstützung der etablierten Wissenschaft noch fehlte) (vgl. A Heath: 1.3). „In my mind, there's no question about whether it is beneficial. Because, if you take it to the people who are affected by crisis, they're reporting it constantly” (C Heath: 21). Nach zwölf Jahren hauptberuflicher Tätigkeit mit etwa 4.500 Klienten und ungefähr 4.500 weiteren im Rahmen seines Online-Kurses kommt Heath zu dem Fazit (vgl. A Heath: 22):

People experience it and there's no deny in the immediate impact it has in their body and through the body in their mind, their breath, and their relationships and their recovery.
(C Heath: 8)

Nachdem Haines 2022 ein sechsmonatiges online *TRE-Fast-Track-Programm* in der Ukraine durchführte, zeigte sich, dass die Methode dort anschließend in verschiedenen Kontexten (Selbstfürsorge, Soldaten und Angehörige, Gemeinschaften und Gruppen) erfolgreich Anwendung findet und weiter vermittelt wurde (vgl. B Haines: 16).

Durch das Begleiten von etwa 3.500 Klienten konnte auch er in etwa zwölf Jahren viele Erfolgsgeschichten sammeln, weiß aber, dass dies nur eine geringe Stichprobe ist und die Rückmeldungen nicht objektiv sind. Gleichzeitig ist er sehr zuversichtlich, dass TRE ein hilfreiches Werkzeug für Menschen in Not ist, da er weiß, dass damit weltweit viele positive Erfahrungen gesammelt wurden. Haines verweist weiter auf die bislang dürftige Forschungslage zu TRE und gibt zu Bedenken, dass es viele Hinweise gibt, dass selbst

einige der empfohlenen Interventionen im Zusammenhang mit Trauma nicht immer zu helfen scheinen (vgl. A Haines: 1.3 und B Haines: 1.4.2).

Thiel sieht das Potenzial von TRE für die Krisenintervention im ganzen Krisen- und Trauma-Spektrum, es benötige allerdings einen situationsabhängigen Blick darauf, wie tief in die Prozessarbeit gegangen wird. Er berichtet, dass die Methode für die Traumaarbeit im Bundeswehrkrankenhaus Berlin einen hohen Stellenwert hat. Dort zeigt er, wie TRE innerhalb bestehender Strukturen durch einen multidisziplinären Ansatz an (therapeutische) Mitarbeiter, Patienten und Angehörige vermittelt werden kann. Dies erreicht er durch Seminare, Inhouse-Schulungen und in Einzelarbeit. Ziel sei es, jedem stationären Patienten TRE anzubieten (vgl. D Thiel: 6). Schon nach der ersten Erfahrung erleben diese eine spürbare emotionale, kognitive und insbesondere leibliche Erleichterung. Selbst die akute Versorgung von Feuerwehrkräften nach einem Amoklauf sowie die Unterstützung von Soldaten in extremen Belastungssituationen gelang mit TRE (vgl. A Thiel: 1.3, 2.1).

Für die Selbstfürsorge und die Prävention von Sekundärtrauma sehen die Experten einen weiteren Bereich. Erstversorgende (Feuerwehr, Notfalldienste, Sondereinsatzkräfte) betrachten sich als Hochleistungssportler in ihrem jeweiligen Feld, d.h. ihr Fokus liegt darauf, maximale Leistung zu bringen und nicht darauf, eigenes Sekundärtrauma zu verhindern. Je länger diese aber im Beruf tätig sind, desto mehr nimmt ihre Belastbarkeit und Resilienz ab. TRE kann diesen Kreislauf unterbrechen, da es die Möglichkeit bietet, die Physiologie reifen zu lassen und die Resilienz zu steigern, indem es die Fähigkeit trainiert, aus traumatischen Defensivreaktionen wieder herauszufinden. Das neurogene Zittern fördert eine Regulation und Erholung und vollendet den Zyklus aus Aktivierung und Deaktivierung. Ein weiterer Vorteil für Einsatzkräfte ist oftmals, dass sie dabei nicht über ihre belastenden Erfahrungen sprechen müssen (vgl. A Heath: 1.1, 1.4.1).

Thiel betont, wie wichtig die eigene TRE-Praxis für TRE-Provider oder Trainer ist. Selbst bei erfahrenen Therapierenden finden nicht nur emotionale und mentale Übertragungen statt, sondern auch physiologische Veränderungen (vgl. A Thiel: 1.4.3).

Deshalb sieht auch Haines die Notwendigkeit von Werkzeugen, die der Erholung, Entspannung und Entladung dienen und sieht besonders TRE dafür geeignet: „it works

very quickly and it's very specific and it's richly trauma informed in a way that running and meditation sometimes aren't" (B Haines: 54).

Für alle Experten ist klar, dass TRE sowohl in Prävention, akuter Krisenbewältigung als auch in der nachsorgenden Verarbeitung von Krisen und Traumata geeignet ist, wobei das Ideal wäre, wenn sie präventiv Anwendung fände. Betroffene haben so im Falle einer Krise bereits gelernt, wie sie den Zitter-Mechanismus einsetzen können, um besser aus dem jeweiligen Zustand wieder herauszukommen. Verarbeitungsprozesse und Krisenintervention werden so viel effizienter. Weiter verlieren Menschen die Angst vor ihren unwillkürlichen Körperbewegungen und würden diese nicht länger unterdrücken (vgl. A Heath, Haines: 2.1, A Thiel, 1.3, 2.1).

Alle drei Experten machen deutlich, dass nach einem traumatischen Erlebnis eine frühzeitige Intervention sowohl für Betroffene als auch für Einsatzkräfte angestrebt werden sollte, da das neurogene Zittern der natürliche Weg des Körpers sei, sich nach starken defensiven Schutzreaktionen wieder herunterzuregulieren. Je eher dies erfolgt, desto erfolgreicher und nachhaltiger sei die Wirkung. TRE ermögliche so, dass Einsatzkräfte nach überwältigenden Erfahrungen, das innerlich Erlebte fassen können und deren Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt wird. Thiel und Haines fügen noch hinzu, dass nach einem Unfall zuallererst auf medizinisch relevante Verletzungen hin untersucht werden sollte und zudem ein sicherer Ort vonnöten ist (vgl. A Haines, Heath, Thiel: 2.2.1).

Weiter sind sich die Experten einig, dass TRE auch noch Jahre später hilfreich ist und Menschen, die in aktivierten Zuständen gefangen sind, dabei unterstützt, aus diesen wieder herauszufinden. Da Trauma jedoch ein sehr komplexer Vorgang ist und Betroffene oft Jahre und Jahrzehnte darin *zu Hause waren*, sei dies häufig ein schrittweiser Prozess. Nicht immer kann dabei der Ausgangszustand erreicht werden. TRE sollte auch keinesfalls als Allheilmittel missverstanden werden. Vertrauen, so Thiel, spiele in der begleitenden Arbeit eine große Rolle, um in tiefer liegende Schichten zu kommen, in denen Menschen wirklich lange zurückliegende Ereignisse bearbeiten können (vgl. A Haines, Heath, Thiel: 2.3.1).

Der große Wert, auch für die Krisenintervention, liegt darin, dass TRE sowohl als Selbsthilfemethode als auch im therapeutischen Setting genutzt werden kann. So gibt es drei unterschiedliche Wege, TRE zu lernen:

- Eigenständig durch Videos und Bücher,
- in einem 1:1 Setting
- sowie im Gruppenkontext (vgl. Haines, Heath: 2.2).

Sowohl Heath als auch Haines nutzen die Möglichkeit, online zu arbeiten, Thiel hingegen, empfiehlt zumindest „dass der erste Kontakt mit TRE mit einem leibhaftigen Menschen sein sollte“ (D Thiel: 69).

Wird TRE als Selbsthilfemethode vermittelt, so ist das Ziel, die Menschen möglichst schnell in die Eigenverantwortung zu bringen und sie zu befähigen, den Zitterprozess eigenständig nutzen zu können. Oft kann bereits eine einmalige Vermittlung der Methode ausreichend sein. Erfahrungsgemäß entstehen tiefere Prozesse jedoch in Begleitung, da so zusätzlich Vertrauen und Sicherheit vermittelt werden. Menschen mit schweren Traumata wiederum profitieren von der mehrmaligen Unterstützung durch TRE-Provider, bis sie gelernt haben, dem neurogenen Zittern zu vertrauen (vgl. A Heath, Thiel: 2.2.2).

Ausgehend von den Expertenaussagen wurde auch die zweite Hypothese bestätigt. Das Potenzial von TRE für die Krisenintervention erstreckt sich über das gesamte Trauma-Spektrum sowie alle Bereiche der Krisenintervention. TRE lässt sich sowohl in der Ausbildung, bei akuten Notfallsituationen (Naturkatastrophen, Amoklauf) und in der weiterführenden (therapeutischen) Arbeit vermitteln und nutzen. Zudem kann es eigenständig von Menschen erlernt werden als Selbsthilfewerkzeug für Anspannung und Stress. Es eignet sich sowohl für die Arbeit in Gruppen als auch für individuelle 1:1 Begleitung und als wichtige Technik in der Traumatherapie. Helfende Berufsgruppen profitieren genauso wie Laienhelfer und Angehörige Traumatisierter und Führungskräfte (Sekundärtrauma). Es lässt sich in vorhandene Strukturen (z.B. Bundeswehrkrankenhaus Berlin) integrieren oder durch TRE-Provider oder Trainer auf freiberuflicher Basis vermitteln. Ein Hindernis für die erfolgreiche Verbreitung innerhalb der Krisenintervention sieht Heath in den Vorübungen. Ohne diese jedoch kann das neurogene Zittern sehr

zeiteffektiv und alltagspraktisch integriert werden.

8.1.3 Eine umfassende Krisenintervention erfordert mehr als TRE

Aufgrund der sehr hohen Komplexität von Trauma und dessen Bewältigung, ist für Haines klar, dass es verschiedene Ansätze und Methoden für die Traumaheilung benötigt (vgl. B Haines: 19): „I want these people to have as many tools as possible to work with trauma“ (B Haines: 20).

Auch das Beispiel vom Bundeswehrkrankenhaus Berlin zeigt mittels interdisziplinären Ansatz (Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit, Seelsorge, TRE und Weitere), dass Trauma und Krisen nicht durch einen einzigen Hebel zu bewältigen sind und verschiedenste Personengruppen (Ärzte, Psychologen, Führungskräfte, Betroffene, Angehörige und dessen Kinder) mit einbezogen werden sollten (vgl. A Thiel: 1.3, 1.4.2).

Auch für Heath ist offensichtlich, dass eine alleinige Praxis von TRE nicht ausreichend ist, wenn sich um weitere Bedürfnisse auf körperlicher, mentaler, seelischer, spiritueller oder sozialer Ebene nicht ausreichend gekümmert wird.

Es erfordert notwendige Entwicklungsschritte und- Phasen, durch welche Betroffene lernen zu wachsen und die Fähigkeiten entwickeln, die es braucht, um ein gesundes Leben zu führen (vgl. C Heath: 83): „Do we exercise? Do we have a clear mind? Do we meditate? Do we use our thinking? What are our relationships like? Do we have a sense of purpose?“ (C Heath 83).

Eine Gefahr besteht also darin, dass Menschen passiv werden und glauben, sie müssten nichts weiter für ihren Heilungsprozess tun, als regelmäßig zu zittern (A Heath: 2.3.3).

Im Kontext der Krisenintervention sollte TRE also nicht für sich alleine stehen, sondern als ergänzende Methode in bestehende Strukturen integriert werden. Auch wenn TRE für bestimmte Bereiche ein wichtiger Schlüssel sein kann, deckt es andere bedeutsame Bereiche der Krisenintervention nicht ab.

8.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Abgeleitet vom vorhergehenden Kapitel und der Zusammenfassung der Expertenaussagen (Anh. A) und folgt nun die Beantwortung der Forschungsfragen.

8.1.1 Wie kann TRE in der Krisenintervention vorbeugend wirken und wie wirkt sich das positiv aus?

Durch eine primärpräventive Vermittlung der TRE können Menschen mit dem Prozess des neurogenen Zitterns vertraut gemacht werden, bevor sie in eine Krisensituation kommen. Im Notfall sind sie bereits in der Lage, ihren körpereigenen Reflex zum Spannungsabbau zu verstehen, zuzulassen und optimal zu nutzen.

Insbesondere helfende Berufsgruppen würden von diesem Wissen und der Technik profitieren, da diese naturgemäß häufig mit Stress, Überforderung und Traumata in Kontakt kommen und durch eine TRE-Praxis ihre Resilienz steigern könnten, sowie ein wirksames Werkzeug gegen Formen der Sekundärtraumatisierung zur Verfügung hätten. Außerdem kann durch eine regelmäßige Praxis sowohl die Leistungsfähigkeit als auch Beziehungsfähigkeit gesteigert werden (intra- und interpersonell), was sich wiederum positiv auf das persönliche und berufliche Leben auswirkt. Werden helfende Berufsgruppen zudem in der Vermittlung von TRE geschult, könnten sie ihren Klienten eine wirksame Ressource der Selbstermächtigung zur Verfügung stellen. Die Klienten würden so Zugang zu einem non-verbalen, körpereigenen Selbsthilfemittel bekommen, welches sie unabhängig von der Erreichbarkeit äußerer Hilfen (Therapie, Beratung, Klinik) immer dann nutzen können, wenn sie es für nötig erachten.

Durch die Expertenaussagen wurde deutlich, dass TRE im ganzen Spektrum der Krisen (alltägliche Krise bis hin zum akuten Notfall) unterstützen kann, wobei der ideale Zeitpunkt der Vermittlung präventiv wäre. Es wäre sinnvoll, das neurogene Zittern als wohltuende und völlig normale Fähigkeit des eigenen Körpers zu vermitteln.

Beispielhaft könnte TRE bereits in Schulen als Mittel der Stressreduktion und Regeneration, sowie zur Förderung von Sozialkompetenzen und Leistungsfähigkeit

vermittelt werden. Insbesondere verhaltensauffällige Kinder (der berühmte *Zappelphilipp*) aber auch gestresste Pädagogen würden davon profitieren. Mögliche Formate wären

- 1:1 - Setting (Co-Regulation durch in TRE ausgebildete Sozialarbeiter, Pädagogen, Therapeuten)
- im Gruppenkontext bei Bewegungsangeboten, Schulsport, Projekttagen oder Workshops (interne oder externe TRE-Provider)
- als eigenständige Möglichkeit zur Selbstregulation für Schüler, die bereits vertraut damit sind (z.B. im *Snoezel-Raum*).

Weitere Bereiche in der Prävention, die TRE integrieren und vermitteln könnten:

- Bildungseinrichtungen
- Gesundheitskurse der Krankenkassen
- Betriebliche Gesundheitsvorsorge
- Arztpraxen
- Kur und Reha
- Beratungsstellen
- Geburtsvorbereitung (!)
- Profi- und Breitensport
- Fitness, Yoga und Wellness
- Radio + Fernsehen
- digitale Formate wie Apps, Online-Konferenzen, Youtube, Instagram

Das Wissen um das neurogene Zittern hilft beim Einschätzen und Verstehen der traumatischen Reaktionen des Körpers und schafft die Grundlage für einen Paradigmenwechsel von der Pathologisierung unwillkürlicher Körperbewegungen hin zum Wertschätzen und Nutzen der Selbstregulationsfähigkeit des Körpers. Durch zeitnahe Entladen und Regulieren des Nervensystems nach einer traumatischen Erfahrung kann der Entwicklung einer PTBS vorgebeugt werden.

In Anbetracht der negativen Auswirkungen für die Gesellschaft und der hohen Kosten für die Gesundheitsversorgung, die durch Traumafolgestörungen entstehen (Kap. 4.1), wäre der sinnvollste Weg, die Stärke von TRE für die Primärprävention zu nutzen. Je höher die Krisenkompetenz der Bevölkerung, desto geringer sind mögliche Folgeschäden sowie Kosten der professionellen Versorgung. Den Experten zufolge bietet TRE dafür ein hervorragendes, spezifisches und niedrigschwelliges Werkzeug mit einer geeigneten Methodik, um sowohl große Bevölkerungsschichten als auch Gruppen und Individuen für

die Bewältigung von Krisen zu rüsten. Wird die körpereigene Fähigkeit zur Selbstregulation in sicherer Umgebung erfahrbar gemacht und der Umgang damit trainiert, so erhalten die Menschen einen wirksamen und stets verfügbaren Schlüssel zur Entspannung und Prävention von traumatischen Folgestörungen.

8.1.2 Wie kann TRE in die Krisenintervention integriert werden und welche positiven Auswirkungen hat das?

In Anlehnung an Weisaeths sechs Ebenen der erfolgreichen Intervention bei PTBS (Kapitel 3.7) wird deutlich, dass alle Akteure der jeweiligen Ebenen von einer Integration der TRE profitieren könnten. TRE ist eine selbst durchführbare, körperliche Copingtechnik die sowohl intrapsychisch, als auch interpersonell von Nutzen ist. Das soziale Netzwerk der Betroffenen könnte ebenso schnell damit vertraut gemacht werden wie Helfende außerhalb der Gesundheitsvorsorge. Und auch dass TRE im Kontext von allgemeiner und spezialisierter Gesundheitsdienste, psychischer Gesundheitsvorsorge und spezialisierter Psychiatrie ein effektive komplementäre Methode sein kann, wurde in den Experteninterviews deutlich.

Je nach Kontext braucht es dafür natürlich eine entsprechende Anpassung und die finanziellen Mittel sowie ausgebildete TRE - Fachkräfte²⁷. Neben der regulären Fortbildung zum TRE-Provider bietet das NIBA²⁸ die Möglichkeit von institutsbezogenen „Inhouse-Trainings“ oder einer verkürzten Fortbildung für Fachkräfte, die TRE innerhalb der eigenen Arbeitsstelle anbieten möchten.

Bei akuten Notfällen

Im Rahmen einer Notfallintervention kann TRE sowohl an Betroffene und deren Umfeld vermittelt werden, als auch an Hilfskräfte. Im besten Fall sind Helfende schon im Vorfeld darin geschult und können die Methode so zur Vermeidung von Sekundärtrauma und als effiziente und non-verbale Möglichkeit zur Steigerung ihrer Leistungs- und Beziehungsfähigkeit.

Wurde ein ganzes System von einer Krise getroffen (z.B. Amoklauf in der Schule), wird

²⁷ In D-A-CH gibt es derzeit etwa 370 TRE-Provider.

²⁸ TRE - Fortbildungen werden in Deutschland ausschließlich durch das Norddeutsche Institut für Bioenergetik angeboten.

zuerst mit den Pädagogen, dann den Eltern und zuletzt mit den Schülern gearbeitet. Ohne große Anforderungen an die Räumlichkeiten zu stellen, kann die Methode zeitnah sowohl in großen Gruppen als auch in Einzelsitzungen vermittelt werden. Die Stärken von TRE als leicht vermittelbares, nonverbales, transkulturelles und effektives Selbsthilfe-Werkzeug sind hier von besonderem Nutzen.

Bereiche, in die TRE integriert werden kann:

- nach kollektiven Katastrophen, Unfällen, Krisen
- nach individuellen Krisen und Traumata
- Zur Prävention von Traumafolgestörungen, PTBS und Sekundärtrauma
- Zur Psychohygiene/Debriefing traumainduzierender Berufsgruppen (Rettungsdienste, Militär, Polizei, Notfallpsychologie, Laienhelfer) während und nach Einsätzen
- Kriseninterventionseinrichtungen
- Psychiatrie und Krankenhaus
- Lokale Gemeinden (Selbsthilfe und Empowerment nach kollektiven Krisen)

In der weiterführenden Versorgung

Da TRE auch noch Jahrzehnte nach einer traumatischen Erfahrung von Nutzen ist, lässt es sich sehr gut in (weiterführende) therapeutische Verfahren integrieren, insbesondere weil diese i.d.R. einem Top-Down-Ansatz folgen, dessen Stärke nicht darin liegt, neurophysiologische Zustände dauerhaft zu verändern. TRE kann dort sowohl therapiebegleitend als auch als direkte Interventionsmethode innerhalb einer therapeutischen Sitzung genutzt werden. Bewährt hat sich auch das Anbieten einer regelmäßigen, von den Therapierenden angeleiteten TRE - Gruppe für deren Klienten.

In Fachkliniken könnte TRE als zusätzliche Methode in die Therapiepläne integriert werden und entweder durch institutsbezogene Fachkräfte oder externe TRE-Provider angeboten werden. Generell gilt, dass sowohl TRE-Provider als auch Therapierende von Zusammenarbeit und Austausch profitieren würden und dadurch die therapeutische Arbeit vertieft und der Traumabewältigungsprozess Betroffener bereichert wird.

Mögliche Bereiche

- Psychotherapie/Traumatherapie
- therapeutische Fachkliniken und Tageskliniken
- Krankenhaus und Psychiatrie
- Suchtrehabilitation und Langzeitklinikaufenthalte
- Berufliche Rehabilitation
- Komplementäre Unterstützung bei diversen Krankheitsbildern
- Altenheime und Sterbebegleitung
- Selbsthilfe-Initiativen
- Aktivitäten die der Traumaheilung dienen (Kurse, Workshops, komplementäre und alternative Ansätze)

In allen Fällen würden sowohl Hilfesuchende als auch Hilfeleistende ein wertvolles Werkzeug der Selbsthilfe erlernen. Akteure innerhalb des Feldes könnten TRE in ihrem jeweiligen Kontext mit ihren Methoden und Fachwissen kombinieren und hätten so einen wertvollen Schlüssel zur Ergänzung ihres fachspezifischen Ansatzes. Dross und Stein bemerken (Kap. 5.2), dass es aufgrund der Komplexität der Ursachen und Erscheinungsformen von Krisen schwierig sei, eine allgemeine Handlungsrichtlinie für die Krisenintervention zu finden. Der Vorteil der TRE ist, dass die Intervention nicht nach Art der Krise unterscheidet, sondern Betroffenen ermöglicht am eigenen Leib und unmittelbar eine Symptomerleichterung zu erfahren, unabhängig von den komplexen, äußeren Ursachen und Zusammenhängen.

8.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Abschließend eine stichpunktartige Zusammenfassung der Experten zu den positiven Merkmalen. TRE im Kontext der Krisenintervention ist förderlich:

- in der Primärprävention durch Aufklärung über das neurogene Zittern und dessen Anwendung -> Paradigmenwechsel.
- bei akuten Interventionen (Naturkatastrophen, Kriegsgebiete, Amoklauf, Unfällen) für Betroffene und Ersthelfer.
- in der komplementären Behandlung traumatisierter Menschen (Kurzzeit und Langzeit) in bestehenden Strukturen (z.B. Bundeswehrkrankenhaus).

- in der Vermeidung von Retraumatisierungen (durch Art und Weise der Methodik).
- bei Selbstfürsorge und Sekundärtrauma (Führungskräfte, Angehörige, Helfer, Therapeut*innen und Rettungskräfte).
- für die Steigerung der Resilienz und Leistungsfähigkeit von Erstversorgenden.
- für die Steigerung der Beziehungsfähigkeit (intrapsychisch und interpersonell).
- Selbsthilfe und Empowerment für von Krisen betroffenen Gemeinschaften.
Ermöglicht dort körperzentrierte und nonverbale Traumaarbeit.

Weitere Aspekte:

- TRE ist wesentlicher Schlüssel zur Wiederherstellung der Neurobiologie des Körpers (fehlendes Glied in der Traumabehandlung) und kann bereits bestehende kognitive Verhaltensmodelle ergänzen
- Geeignet um PTBS vorzubeugen
- Geeignet sowohl zur Stressreduktion (Tension Release) als auch zur tiefergehenden Traumarbeit (Trauma Release)
- Anpassbarkeit der Methode an diverse Kontexte und Anforderungen
- Verschiedene Wege der Vermittlung (Eigenständig, 1:1-Setting, Gruppen)
- Zeiteffizienz
- kann auch über (digitale) Medien wie Bücher, Videos, Online-Kurse, Apps erlernt werden
- Kulturübergreifend und Nonverbal
- Sanfte Methode für alle Altersgruppen
- Konzept der Selbstregulation und Eigenverantwortlichkeit
- aktive Vermeidung von Abhängigkeit zwischen Klient und Provider
- TRE ist körperlich erfahrbar und wirkt unmittelbar
- Einmal gelernt kann es zur lebensbegleitenden Ressource werden

8.4 Grenzen der Forschung

Für die gesamte Arbeit gilt, dass die Fragestellungen sehr weit gefasst sind und dadurch entsprechend auch die Erhebung und deren Ergebnisse von allgemeiner Natur sind. Eine Begrenzung der Arbeit liegt darin, dass nur drei Experten befragt wurden, für eine höhere Aussagekraft jedoch weitere Expertenstimmen sinnvoll wären. Weitere Perspektiven von Experten der Krisenintervention, welche nicht hauptberuflich mit TRE arbeiten, wären eventuell in der Lage, ein erweitertes Bild zu zeichnen. Auf den dritten Aspekt wurde

bereits von Haines hingewiesen (Vgl. B Haines: 40-42) Wohingegen Menschen, die positive Erfahrungen mit TRE machen, dies oftmals zurückmelden und weitererzählen, werden negative oder neutrale Erfahrungen seltener geteilt. Daraus wiederum kann sich eine gewisse Verzerrung ergeben.

8.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung

Aufgrund der großen Vielfalt an bislang gesammelten positiven Erfahrungen und Erkenntnissen zu TRE und dessen Nutzen, sollten diese dringlichst in gründlichen, wissenschaftlichen Studien überprüft werden. Insbesondere die von Heath aufgestellte These, dass die Vorübungen nicht notwendig seien und dass das neurogene Zittern auch ohne diese sicher erfahren werden kann, sollte weiter erforscht und diskutiert werden. Eine Bestätigung dieser These hätte für die Integration von TRE in die Krisenintervention große Vorteile (Vgl. D Heath: 110 ff). Weitere Untersuchungen sollten darauf abzielen, inwiefern und zu welchem Zeitpunkt die Methodik im Rahmen der Krisenintervention online vermittelt werden kann. Die einzelnen Fachgebiete und Berufsgruppen der Krisenintervention sollten spezielle empirische und experimentelle Forschungen anstreben, welche ihrem jeweiligen Ansatz und Zielgruppen entsprechen und so zu konkreten Erfahrungen und Wissen gelangen.

9. Fazit

Im vorangegangenen Kapitel wurde mit dem Beantworten der Forschungsfragen deutlich, dass TRE eine geeignete Methode für die Krisenintervention ist und sowohl in der Primärprävention als auch in Sekundär- und Tertiärprävention eingesetzt werden kann. TRE lässt sich gut in die verschiedenen Bereiche der Krisenintervention integrieren und unterstützt sowohl Betroffene als auch Helfende.

Die Kriterien und Aspekte für die Traumaheilung von Porges und Kolk werden weitestgehend erfüllt und auch in Weisaeths sechs Ebenen der erfolgreichen multidimensionalen Behandlung von PTBS kann die Methode integriert und nutzbringend angewandt werden (Vgl. Kap. 4.6.1). Kolks grundsätzliche Ziele somatischer

Behandlungsansätze (Kap. 4.6.2) lesen sich wie eine exakte Beschreibung dessen, was TRE mithilfe des neurogenen Zitterns ermöglicht.

Obwohl sich TRE in den letzten 20 Jahren weltweit verbreitet hat und es unzählige Erfolgsgeschichten dazu gibt, fehlt noch immer eine entsprechende Diskussion in Werken der Standardliteratur, obwohl sie von führenden Forschern im Feld (z.B. Porges, Scaer) empfohlen wird²⁹. Analog zu Rupp (Kap. 5.1) scheint es auch hier dringlich, diesen ausgiebigen Schatz zu heben und im akademischen Bereich³⁰, auf Fachkonferenzen und innerhalb der Fachliteratur zu diskutieren. Eine erste Zusammenstellung von empirischen Erfahrungen verschiedener Akteure gibt es beispielsweise in Berceli (2015), in dessen Buch 26 Expertinnen aus verschiedenen Fachdisziplinen³¹ über ihre jeweilige Arbeit mit TRE berichten.

Es braucht mehr TRE-Provider oder weitergebildete Fachkräfte und Verantwortliche innerhalb der Krisenintervention, die bereit sind, TRE im Rahmen von Modellprojekten aktiv in bestehende Strukturen zu etablieren. So könnten z.B. Fachkräfte der aufsuchenden Krisen- und Notfallhilfe in TRE ausgebildet werden und Betroffene vor Ort mit der Methode in Kontakt bringen. In (teil)stationären Einrichtungen der Krisenintervention könnte TRE in Einzel- oder in regelmäßigen (präventiven) Gruppenangeboten (Kurse, Workshops, Seminare) für Klienten, deren Angehörige und Interessierte angeboten werden. Eine begleitende Forschung dieser Modellprojekte könnte etwa durch Studierende in Forschungsseminaren (Soziale Arbeit, Psychologie, Medizin) geschehen. Weiter braucht es Vorträge, Workshops und Erfahrungsaustausch auf Fachkonferenzen in Gebieten der Krisenintervention, Psychiatrie, Sozialen Arbeit, Psychologie sowie eine Präsenz in Forschung und Lehre im akademischen Bereich.

²⁹ Eine Vermutung ist, dass TRE aufgrund seiner interdisziplinarität (Theologie, Soziale Arbeit, Psychologie, Neurophysiologie, Physiotherapie) für die teilweise stark voneinander getrennten Fachrichtungen nicht so leicht fassen lässt und der Methode innerhalb der Forschung so ihre "Lobby" fehlt.

³⁰ „Neurogenic tremors should be considered a fundamental right of all human beings“ (David Berceli 2023) Im Laufe meiner Studienzzeit hörte ich oft den Wunsch Studierender nach mehr Selbsterfahrung. TRE wäre perfekt geeignet, junge Menschen mit diesem körpereigenen Weg der Stressverarbeitung und Selbstheilung in Kontakt zu bringen und sie damit lebenslang mit dieser Ressource der Selbstermächtigung und Traumabewältigung ausstatten. Je nach Studienfachrichtung könnten fruchtbare interdisziplinäre Diskussionen, Seminare und Forschungsprojekte daraus entstehen.

³¹ Aus Bereichen der Anthropologie, Neurophysiologie, Physiologie, Urologie, Psychology, Yoga, Militär und Einsatzdienste, Sportmedizin, Coaching, Psychiatrie, Konfliktlösung, Theater -und Sprachtherapie, Theologie

Die Diskussion und Integration von TRE in die Schulungen der Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen³², als die größte Einsatznachsorge-Organisation im deutschsprachigen Raum, könnte zu einer weiteren Verbreitung und Anwendung im Feld der Krisenintervention führen. Eine Aufnahme als komplementäre Methode in die *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*³³ wäre anzustreben. Diese empfiehlt derzeit „Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie und Physiotherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans“ (Zimmermann 2022: 35, vgl. ebd.). Weiter stellt sich die Frage, weshalb die Methode von Krankenkassen noch immer nicht als zertifizierter Präventionskurs nach § 20 SGB V im Bereich der Stressprävention anerkannt ist und der Bevölkerung so eine Möglichkeit verwehrt kostengünstig an primär und sekundärpräventiven TRE-Kursen teilzunehmen.

Es bleibt also zu hoffen, dass Verantwortliche und Akteure innerhalb der Krisenintervention und der gesundheitlichen Versorgung das Potenzial der TRE erkennen und gemeinsam mit TRE-Providern und TRE-Trainern Konzepte entwickeln, wie diese Arbeit in bestehende Handlungsmodelle und Bereiche der Prävention integriert werden kann.

³² SbE e.V. ist ein Zusammenschluss von Fachleuten und Initiativen, die sich die Prävention und Nachsorge nach belastenden Ereignissen zur Aufgabe gemacht haben. Durch Ausbildung von 130 Einsatznachsorgeteams entstand ein bundesweites Netzwerk von ehrenamtlichen Fachkräften aus allen helfenden Berufsgruppen.

³³ Diese gibt Handlungsempfehlungen zu einer Verbesserung Versorgungsqualität und interdisziplinärer Kooperation und umfassende Empfehlungen für alle beteiligten Berufsgruppen

10. Literaturverzeichnis

Berceli, David (2023): *Unique qualities of TRE* (o. D.): [online] www.david-berceli.com [Zugriff am 03.02.2023].

Berceli, David (2023): About Dr. David Berceli (o. D.): [online] www.traumaprevention.com/about-dr-david-berceli [Zugriff am 03.02.2023].

Berceli, David (2023): *What is TRE* (o. D.): [online] www.traumaprevention.com/what-is-tre [Zugriff am 03.02.2023].

Berceli, David (2022): *Körperübungen für die Traumaheilung und zur Stressreduktion im Alltag*, 9. Auflage, Norddeutsches Institut für Bioenergetische Analyse e.V.

Berceli, D. (2009): *Neurogenes Zittern - Eine körperorientierte Behandlungsmethode für Traumata in großen Bevölkerungsgruppen*, in: Trauma & Gewalt, 4. Jahrgang, Heft 2/2010, Klett-Cotta Verlag.

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021b): *ICD-11 – 11. Revision der ICD der WHO* (o. D.): [online] www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html [Zugriff am 14.02.2023].

Brenner, Lorena, Köllner, Volker & Bachem, Rahel (2020): *Neue ICD-Diagnose "komplexe PTSD": häufig und mit Auswirkungen auf die Arbeitswelt*, Psychotherapie im Dialog 2020; 21, S. 8, Georg Thieme Verlag.

Brewer-Smyth, Kathleen (2022): *Adverse Childhood Experiences: The Neuroscience of Trauma, Resilience and Healing throughout the Life Course*, 1. Aufl., Springer.

Caplan, Gerald (1966): *Principles of Preventive Psychiatry*. Tavistock Publications Limited.

Crefeld, W. und Gahleitner S.W. (2010): *Praxis Krisenintervention - Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege und Rettungskräfte*, in Ortiz-Müller, Scheuermann, Gahleitner (Hrsg.) *Krisenhilfe heute - Struktur und Inhalt einer bedarfsgerechten Ausgestaltung*, 2. überarb. Aufl., Kohlhammer, S. 36 - 47.

Daniels, Judith (2010): *Sekundäre Traumatisierung von Pflegerinnen und Pflegern. Ergebnisse einer Onlinestudie*, in: Psych Pflege (2010) 16: 202-205, Georg Thieme Verlag.

Dilling, Horst, Freyberger & Harald J. (Hrsg.) (2019): *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper*, 9. aktualisierte Auflage entsprechend ICD-10-GM, Hogrefe AG.

DocCheck Flexikon (2023): Primärprävention (o. D.) [Wörterbucheintrag]

<https://flexikon.doccheck.com/de/Prim%C3%A4rpr%C3%A4vention>

DocCheck Flexikon (2023): Sekundärprävention (o. D.) [Wörterbucheintrag]

<https://flexikon.doccheck.com/de/Sekund%C3%A4rpr%C3%A4vention>

DocCheck Flexikon (2023): Tertiärprävention (o. D.) [Wörterbucheintrag]

<https://flexikon.doccheck.com/de/Terti%C3%A4rpr%C3%A4vention>

- Dresing, Thorsten, Pehl, Thorsten (2018): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*, broschiert, 8. Aufl. Marburg, 2018.
- Dreßing, Harald, Foerster, Klaus (2022): *Posttraumatische Belastungsstörung in ICD 10, ICD 11 und DSM 5: Welche Bedeutung haben unterschiedliche Kriterien für Diagnostik und gutachtliche Praxis*, CME Fortbildung, Georg Thieme Verlag.
- Dross, Margaret (2001): *Krisenintervention*, 1. Aufl., Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Duden.de (2022): *Krise*, in: Duden online [Wörterbucheintrag] <https://www.duden.de/rechtschreibung/Krise>
- Effinger, H. (2017): *Interventionen*, in: Fachlexikon der Sozialen Arbeit, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), Nomos.
- Fischer, Gottfried, Riedesser, Peter (2020): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, 5. aktual. u. erw. Aufl., utb GmbH.
- Fuchs, Christian (2012): *Der Körper, das Trauma und der Affekt - Theorie und Praxis der Polyvagaltheorie in der Psychotherapie*, EHP-Verlag Andreas Kohlhage.
- Gschwend, Gaby (2012): *Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie - Ein kurzes Handbuch für die Praxis*, Verlag Hans Huber.
- Hausmann, Clemens (2010): *Notfallpsychologie und Traumabewältigung*, Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Hülshoff, Thomas (2017): *Psychosoziale Intervention bei Krisen und Notfällen*, 1. Auflage, UTB GmbH.
- Jochims, Inke (2021): *Die Polyvagaltheorie - eine Zusammenfassung* (o. D.): [online] www.polyvagaltheorie.de [Zugriff am 03.01.2023].
- Jochims, Inke (2020): *Meistere den Stress: Eine Einführung in die Polyvagal-Theorie*, BoD – Books on Demand. Books on Demand GmbH.
- Hausmann, Clemens (2010): *Notfallpsychologie und Traumabewältigung - Ein Handbuch*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG
- Kierdorf, Theo, Stephen Porges, Hildegard Höhr (2021b): *Heilen mit der Polyvagal-Theorie: Neuronales Training für Körper, Herz und Hirn*, 1. Aufl., G.P. Probst Verlag.
- Kolk, Bessel van der (2017): *Verkörperter Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*, 7., G. P. Probst.
- Kolk, Bessel van der (2010): *Vorwort*, in: Porges, Stephen W. (2010) *Die Polyvagal-Theorie: Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation & ihre Entstehung*, 2. Aufl., Junfermann Verlag.
- Lanius, Ruth, Vermetten, Eric & Pain, Clare (2010): *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*, Illustrated, Cambridge University Press.

Maercker, Andreas (2013): *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 4., vollst. überarb. u. aktual. Aufl. 2013, Springer.

McFarlane, Alexander C., Turnbull & Gordon J. (2000): *Akut-Behandlungsformen*, in: Kolk, McFarlane & Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*, Junfermann Verlag, S. 331 - 339.

Ndefo, Nkem (2015): *Self-Induced Therapeutic Tremors (SITT): Proposed Nomenclature for TRE*, in: Bercei (Hrsg.) *Shake It Off Naturally. Reduce Stress, Anxiety, and Tension with (TRE)*, 1. Aufl., CreateSpace Independent Publishing Platform, S. 25 - 27.

Ortiz-Müller, Wolf (2021): *Krisenintervention: Theorie, Handlungsmodell und praktisches Vorgehen*, in: Ortiz-Müller, Gutwinski & Gahleitner (Hrsg.) *Praxis Krisenintervention - Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege und Rettungskräfte*, 3. überarb. Aufl., Kohlhammer, S. 47 - 65.

Pflaum, Michael (2019): *Körper und Geist: Polyvagal-Theorie, neuroaffektive Entwicklung, PSI-Theorie von Kuhl, Damasio, Kant, Dreyfus, Taylor, Deleuze u. a.*, 1. Aufl., BoD – Books on Demand.

Porges, Stephen W. (2021): *Heilen mit der Polyvagaltheorie - Neuronales Training für Körper, Herz und Hirn. Eine neue systemische Sicht des menschlichen Nervensystems und ihre Nutzung in ganzheitlichen Therapien*, G. P. Probst Verlag.

Porges, Stephen W. (2014): *Vorwort*, in: Scaer, Robert (2014) *Das Trauma Spektrum Verborgene Wunden und die Kraft der Resilienz*, G. P. Probst Verlag.

Porges, Stephen W. (2010): *Die Polyvagal-Theorie: Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation & ihre Entstehung*, 2. Aufl., Junfermann Verlag.

Purtscher-Penz, Katharina & Penz, Bernhard (2021): *Krisenintervention nach akuter Traumatisierung*, in: Ortiz-Müller, Gutwinski & Gahleitner (Hrsg.) *Praxis Krisenintervention - Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege und Rettungskräfte*, 3. überarb. Aufl., Kohlhammer, S. 215 - 224.

Rupp, Manuel (2021): *Was hilft den Krisenhelfer*innen? - Kurze Praxis der Notfall- und Krisenintervention*, in: Ortiz-Müller, Gutwinski & Gahleitner (Hrsg.) *Praxis Krisenintervention - Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege und Rettungskräfte*, 3. überarb. Aufl., Kohlhammer, S. 75 -84.

Scaer, Robert (2017): *Acht Schlüssel zur Gehirn-Körper-Balance: Neurophysiologische Grundlagen einer somatisch orientierten Traumatherapie*, 1. Aufl., G.P. Probst Verlag.

Scaer, Robert (2015): *Vorwort*, in: Bercei, David (2015) *Shake it off naturally. Reduce Stress, Anxiety and Tension with TRE*, IV-XII, CreateSpace Independent Publishing Platform, S. IX - XII.

Scaer, Robert (2014): *Das Trauma Spektrum. Verborgene Wunden und die Kraft der Resilienz*, G. P. Probst Verlag.

Socialnet Lexikon (2019): Krisenintervention (o. D.) [Wörterbucheintrag]

www.socialnet.de/lexikon/Krisenintervention

Sonneck, Gernot, Kapusta Nestor, Tomandl, Gerald, Voracek, Martin (2012): *Krisenintervention und Suizidverhütung*. 2. Aufl., Facultas.

Stein, Claudius (2020): *Spannungsfelder der Krisenintervention - Ein Handbuch für die Soziale Praxis*, Kohlhammer.

Wiktionary (2023): *Intervention* (o. D.) [Wörterbucheintrag] <https://de.wiktionary.org/wiki/Intervention>

Winkler, Susanne (2018): *Neurogenes Zittern als neuer Baustein in der Traumabehandlung? Praktische Erfahrungen und theoretische Erläuterungen*, in: *Psychotherapeutenjournal (PTJ)* 03/2018, Psychotherapeutenkammer Bayern.

Zimmermann, Peter (2022): *Trauma und moralische Konflikte: Einführung und Manual für die präventive und therapeutische Arbeit mit Einsatzkräften*, 1. Auflage 2022, Klett-Cotta.

Anhang A - F

Anhangsverzeichnis

Anhang A - Zusammenfassung der Expertenmeinungen	2
1. TRE im Kontext der Krisenintervention	2
1.1 Beschreibung der Methode	2
1.2 Besonderheiten von TRE	4
1.3 Eignung für die Krisenintervention	6
1.4 TRE und Sekundärtrauma	8
1.5 TRE und Retraumatisierung	11
2. Integration der Methode	15
2.1 Zeitpunkt der Intervention	15
2.2 Wege TRE zu lernen	18
2.3 Grenzen der Methode	21
3. Die Experten	24
3.1 Steven Haines	24
3.2 Richmond Heath	25
3.3 Thomas Thiel	25
Anhang B - Experteninterview Steven Haines	26
Anhang C - Experteninterview Richmond Heath	42
Anhang D - Experteninterview Thomas Thiel	63
Anhang E - Leitfaden Experteninterview	81
Anhang F - Eidesstattliche Erklärung und Korrespondenzadresse	84

1. TRE im Kontext der Krisenintervention

1.1 Beschreibung der Methode

Richmond Heath beschreibt TRE als „modern, scientific way of explaining this common phenomenon of spontaneous movement, which has occurred in cultures all around the world for thousands of years“ (Heath, 14²). Die TRE - Methode ist ein zeitgemäßes Rahmenwerk und Modell, um mit dem unwillkürlichen Bewegungsreflex, dem neurogenen Zittern, zu arbeiten. Es ist keine gänzlich neue Erfindung, sondern unzählige andere Kulturen besitzen und nutzen ebenfalls dieses Wissen (Vgl. Heath, 16).

~

Für Steven Haines ist TRE „a thrillingly exciting tool to teach people around trauma“ (Haines, 10), dessen Folgen sowie über einen achtsamen Körperumgang (ebd). Neben dem edukativen Aspekt schätzt er „that people have a self-regulation tool for themselves“ (Haines, 11) sowie den sehr ungewöhnlichen Stimulus des neurogenen Zitterns. Er umschreibt TRE auch als „shaking meditation“ (Haines, 5). Zentral jedoch ist das neurogene Zittern und dessen Potenzial, Menschen mit ihrem Körper zu verbinden sowie die Fähigkeit, diesen Reflex zu regulieren (Vgl. Haines, 11).

~

¹ Dieses Dokument ist das Ergebnis einer Erhebung dreier Experteninterviews. Unterteilt wurden die Aussagen in zwei deduktive Hauptkategorien, sowie induktiv abgeleiteten Unterkategorien (1.1 - 1.5 u. 2.1 - 2.3). Zur besseren Lesbarkeit finden sich weitere Abschnittsüberschriften. Kapitel 3 ergänzt mit Infos zu den Experten. Die Interviews wurden im Rahmen der Bachelorarbeit (*Trauma, TRE und Krisenintervention. TRE als ergänzende Methode für die erfolgreiche Krisenintervention*) geführt und ausgewertet.

² Name und Absatznummer beziehen sich auf den jeweiligen Absatz der Transkriptionen der Experteninterviews. Ein Trennungszeichen zwischen den Abschnitten zeigt an, dass in Folge ein anderer Experte zitiert / paraphrasiert wird.

Auch für Heath sind die unwillkürlichen Bewegungen bzw. der Zitter-Mechanismus zentral für TRE, da die Übungen alleine nicht die Wirkung haben (Vgl. Heath, 112 - 113).

TRE trainiert die Fähigkeit aus traumatischen Defensivreaktionen herauszufinden, indem es nach einer gewohnheitsmäßigen Aktivierung der Verteidigungsreaktion, über das neurogene Zittern eine Regulation und Erholung fördert und somit den Zyklus aus Aktivierung und Deaktivierung vollendet (Vgl. Heath, 73).

Das Verständnis von TRE in Bezug auf die unwillkürlichen Bewegungen ist der Zeit voraus, da diese von bisherigen Modellen pathologisiert wurden: „It's really a paradigm change“ (Heath, 14, vgl. 14).

1.1.1 Anwendungsbereiche von TRE

Heath sieht die Relevanz von TRE in drei Bereichen:

1. Stress- und Traumabezogen: Hier geht es darum Menschen nach einer Krise oder einer überwältigenden Erfahrung dabei zu helfen, dass ihr Körper so schnell wie möglich aus der Stress- und Traumareaktion wieder heraus findet. Dies verhindert eine PTBS. Ebenso kann TRE als Stress- oder Traumapräventionstechnik, sowie in der weiterführenden Therapie genutzt werden (Vgl. Heath, 34, 96, 98).

2. Leistungsbezogen: das neurogene Zittern soll Teil der täglichen Trainingsroutine werden. Dadurch verbessern sich die Leistung, die Fähigkeit, unter Druck Entscheidungen zu treffen sowie die Regenerationsfähigkeit des Körpers (Vgl. Heath, 98).

Das TRE weltweit von Spitzensportlern, militärischen Elitetruppen und vielen weiteren Leistungsträgern genutzt wird, zeigt die Relevanz als leistungssteigernde Technik (Vgl. Heath, 96).

3. Beziehungsbezogen: Eine Physiologie, die nicht meint sich verteidigen zu müssen und die entspannter und ruhiger ist, hat positiven Einfluss auf die zwischenmenschlichen Beziehungen (Partner, Familie, Kinder, Freunde, Gemeinschaft) und das persönliche Wohlbefinden (Vgl. Heath, 96, 99).

1.2 Besonderheiten von TRE

1.2.1 Bottom-Up-Ansatz

Im Gegensatz zu fast allen anderen Methoden in der Krisenintervention ist TRE nicht kognitiv von oben nach unten (*top-down*) gesteuert. Es arbeitet „below the level of the conscious mind“ (Heath, 26) und berücksichtigt das Wissen darum, dass die Neurobiologie von Stress und Trauma sowie die autonomen, unterbewussten physiologischen Reaktionen von unten nach oben (*bottom-up*) ablaufen. Obwohl das Wissen darum, dass Trauma primär im Körper stattfindet inzwischen anerkannt ist, versuchen etablierte Ansätze dies noch immer mit kognitiven und gedankenbasierten Mitteln. TRE dagegen setzt an der körpereigenen Fähigkeit an seine Neurobiologie zu verändern und die Homöostase und das Gleichgewicht wiederherzustellen und bietet so einen völlig anderen Ansatzpunkt für die Re-Regulierung des Nervensystems. TRE leistet ein Reframing und trainiert die Reaktivierung eines angeborenen Erholungsreflexes von Säugetieren, der in den meisten anderen Paradigmen und Modellen rund um Stress und Trauma unterdrückt wird (Vgl. Heath, 26 - 28).

Seit den siebziger Jahren zeigt die Forschung sehr eindeutig, dass es sehr unwahrscheinlich ist, PTBS zu bekommen, wenn die Neurobiologie des Körpers nach der Krise wiederhergestellt wurde. Unsere derzeitigen kognitiven Verhaltensmodelle sind jedoch nur begrenzt in der Lage, die Physiologie des Körpers zu verändern. Dies bezeichnet Heath als einen „missing link“ welchen TRE bedienen kann (Vgl. Heath, 30).

„We know about the defense cascade, that's all very well researched but what we haven't researched is the recovery cascade. So that's really what we are training. We're completing the full cycle“ (Heath, 41).

~

Für Haines bedeutet Trauma, dass Betroffene in Kampf oder Flucht oder in dissoziativen Reaktionen feststecken und dass der wesentliche Schlüssel für Veränderungen ist, diese physiologischen Reaktionen und Reflexe regulieren und abzuschalten zu können. Ziel sei das Erleben von Sicherheit im eigenen Körper (*embodied safety*) (Vgl. Haines, 21).

Obwohl er denkt, dass dies auch durch Gespräche und warme, zwischenmenschliche Beziehungen sowie Verhaltensänderungen möglich ist, bevorzugt er als Körperarbeiter den Ansatz, dies mit Bottom-Up-Ansätzen, wie Bewegung, neurogenen Zittern, Achtsamkeit und Bewusstheit zu erreichen (Vgl. Haines, 22 - 24).

Für ihn ist es eine radikale Vorstellung, dass TRE die Beziehung zum eigenen Körper in den Mittelpunkt des Verfahrens stellt und nicht, wie bei einer wochen- oder jahrelangen Therapie, die therapeutische Beziehung im Vordergrund steht (Vgl. Haines, 11)

1.2.2 Arbeit in Gruppen und mit Gemeinden

Eine weitere Besonderheit von TRE ist, dass diese Methode so entwickelt worden ist, dass sie kulturübergreifend in Gemeinden, Gemeinschaften und größere Gruppen integriert werden kann (Vgl. ebd):

David's genius was to create a very simple set of seven exercises and a framework and a way of entering into it that has worked all over the world with all sorts of cohorts of people. Big people, small people, old people, thin people, fat people, you know, from all sorts of different cultures. That's quite extraordinary (Haines, 73)

David Berceci entwickelte „the idea of communities learning together“ (Haines, 58) und den Ansatz, erst die Ältesten einer Gemeinde zu unterrichten, damit diese TRE wiederum an Schlüsselfiguren innerhalb der Gemeinschaft weitergeben können (Vgl. ebd).

„The community aspect of shaking and moving together is very, very powerful“ (Ebd).

Einzigartig daran ist:

- In der Lage zu sein innerhalb einer Gemeinschaft mit Trauma zu arbeiten
- der Fokus auf den Körperwahrnehmungen und der Möglichkeit von Bewegung ohne die Erzählung im Fokus zu haben
- Berceci's radikale Haltung der Selbstermächtigung von: „Let's make this information available to people“ (Haines, 59, vgl. ebd).

1.2.3 Zeiteffektivität

Als weiterer Vorteil wurde von Heath noch genannt, dass das neurogene Zittern, wenn es einmal gelernt ist, sehr zeitsparend und spontan genutzt werden kann: „You simply lie down and relax and let go“ (Heath, 112). Da es keine körperliche Anstrengung erfordert, umgeht es die Barrieren, die normalerweise einer Selbstfürsorge im Wege stehen. Dies macht es attraktiv für Menschen, die nach einem langen Arbeitstag keine Energie, Zeit oder Lust auf ein Workout oder Meditation haben (Vgl. Heath, 110 - 112).

1.3 Eignung für die Krisenintervention

In Bezug auf die Frage inwieweit TRE nützlich für Bereiche der Krisenintervention sein kann, zeigt Haines sich hoffnungsvoll, ist aber zurückhaltend aufgrund der bislang dürftigen Forschungslage zu TRE: „We have lots of anecdotes and we have lots of examples of good practice around the world, but we don't have a solid research history, unfortunately“ (Haines, 27, vgl. 26 - 27).

Zusätzlich sollte die Forschungslage zu Krisenintervention und Trauma vorsichtig machen, da es unglücklicherweise eine ganze Reihe von Hinweisen gibt, dass einige der Interventionen, die im Zusammenhang mit Trauma durchgeführt werden, nicht immer zu helfen scheinen (Vgl. Haines, 28, 32).

Jedoch konnte Haines durch das Unterrichten von 3000 - 4000 Menschen viele Erfolgsgeschichten sammeln und ist daher sehr zuversichtlich, dass TRE ein hilfreiches Werkzeug für Menschen ist „who've been in very stuck places or very dissociated or feel that they're struggling“ (Haines, 44). Allerdings weiß er auch, dass dies lediglich eine geringe Stichprobe ist und die Rückmeldungen zudem meistens eben von jenen kommen, die gute Erfahrungen gemacht haben (Vgl. ebd).

~

Die Nützlichkeit für die Krisenintervention steht für Heath dagegen außer Frage: „In my mind, there's no question about whether it is beneficial. Because, if you take it to the

people who are affected by crisis, they're reporting it constantly" (Heath, 22). Das ist auch Grund weshalb sich TRE rein durch Mundpropaganda verbreitet, auch wenn die Unterstützung der etablierten Wissenschaft größtenteils noch fehlt: „People experience it and there's no deny in the immediate impact it has in their body and through the body in their mind, their breath, and their relationships and their recovery" (Ebd., vgl. 22).

Während seiner Einsätze bei Naturkatastrophen (Waldbränden, Überschwemmungen und Erdbeben) konnte er viele positive Erfahrungen sammeln. Zudem führte er eine Reihe von Evaluierungen durch deren Ergebnisse immer gleich waren:

- Etwa 90 - 95% der TN eines ein- oder zweitägigen TRE - Workshop berichten, dass sie sich sofort ruhiger fühlen.
- Etwa 95% empfanden die erlernte Praxis als so nützlich, dass sie sie fortsetzen werden.
- Etwa 100% empfehlen das Training anderen von Katastrophen und Krisen betroffenen Menschen.

Die Ergebnisse, so Heath, gelten unabhängig vom Kontext sowohl für die breite Öffentlichkeit als auch für Kriseninterventions- und Hilfskräfte (Vgl. in Heath, 18, 20).

~

So wie Krisen auf einem Kontinuum von alltäglicher Krise, über psychosoziale Krisen bis hin zum akuten Notfall betrachtet werden können, gibt es auch in der Traumaforschung den Begriff des Trauma-Spektrums (Robert Scaer). Zudem wird unterschieden „zwischen *man-made disasters* und *natural disasters*" (Thiel, 45). Obwohl Thiel meist mit *man-made-disasters* zu tun hat, sieht er das Potenzial für TRE „in dieser ganzen Spannbreite von Krisensituationen" (Ebd). Es braucht jedoch immer einen situationsabhängigen Blick darauf, wie tief in die Prozessarbeit gegangen wird (Vgl. Thiel, 45, 50).

Im Bundeswehrkrankenhaus Berlin hat TRE für die Arbeit mit traumatisierten Soldat*innen mit Traumafolgestörungen laut Thiel „einen sehr hohen Stellenwert" und das Ziel ist es, jedem stationären Patienten TRE anzubieten. Die dortige Traumatherapie ist immer interdisziplinär. Je nach Bedarf erhalten die Patienten zuerst TRE, damit „der

Stresslevel sinkt und damit eine vernünftige Verhaltenstherapie möglich ist“ oder aber nach „sehr stressigen Therapiesitzungen [...] um davon erst mal wieder runterzukommen“ (Vgl. Thiel 14).

Laut Thiel erleben die Patienten schon nach der ersten Stunde eine spürbare emotionale, kognitive und vor allem auch leibliche Erleichterung und sind dadurch motiviert, auch weiterhin mit TRE zu arbeiten. Wenn die Symptomatik allerdings schon stark chronifiziert ist und Patienten erst Jahre später in die Behandlung kommen „ist der Weg dahin natürlich viel länger“ (Thiel, 21, vgl. ebd).

In Kabul hat Thiel über vier Monate TRE an Soldat*innen vermittelt. Seine Frau Claudia Thiel³ arbeitete in Masar-e Scharif „ebenfalls direkt mit Menschen in extremen Belastungssituationen“ (Thiel, 7, vgl. 7).

1.4 TRE und Sekundärtrauma

Um die Frage, ob TRE auch bei Sekundärtrauma hilfreich sein kann, beantworten zu können, braucht es zuerst ein Verständnis darüber, was Trauma im Körper bedeutet.

Zum Verdeutlichen nennt Heath als Beispiel das neuromuskuläre System, welches in der Defensivreaktion versucht den Organismus zu schützen und dabei vereinfacht gesagt immer Anspannung erzeugt. Es sei völlig irrelevant, ob die traumatische Erfahrung selbst erlebt, oder lediglich als Zeugenschaft miterlebt wird, da das neuromuskuläre System nicht zwischen primären und sekundären Traumata unterscheiden kann. Es reagiert also unabhängig von der äußeren Ursache immer gleich: „The body only has its normal habitual defense responses, regardless of what the cause is, whether it's physical, psycho-emotional, personal, or secondary“ (Heath, 57, vgl. 57).

Da TRE unabhängig von den äußeren Ursachen an den internen Ebenen und Ursachen der Defensivreaktionen arbeitet, bietet es die exakt gleichen Vorteile und Potenziale bei Sekundärtrauma wie bei Primärtrauma (Vgl. Heath, 57 - 58).

³ Ebenfalls TRE Certification Trainerin

1.4.1 Erstversorgende⁴ und Leistungssport

In Australien gibt es eine Menge Berichte und Untersuchungen die belegen, dass sich Erstversorgende als Hochleistungssportler in ihrem jeweiligen Feld betrachten. Ihr Fokus liegt gleich den Spitzensportlern darauf, ihre Leistung zu verbessern und nicht darauf Trauma zu verhindern (Vgl. Heath, 94):

Elite athletes don't really care about stress. If you said to an elite athlete, you need to have more stress and trauma in your life to win your gold medal, they will all say: „*Give me the stress and trauma*“. They don't care about getting rid, they're just focused on their goal..
And first responders are very much the same (Heath, 94).

Weiter gibt es sehr eindeutige Forschungsergebnisse dazu, dass die Belastbarkeit von Erstversorgenden abnimmt, je länger sie im Beruf sind. Durch eine TRE - Praxis hingegen steigt die Wahrscheinlichkeit, dass diese Resilienz nicht nur verloren geht, sondern sich sogar aufbaut: „Because resilience is the ability to go into defensive states and come fully back out of them“ (Heath, 101, vgl. ebd).

Heath kritisiert, dass lediglich darüber nachgedacht wird, wie die negativen Auswirkungen eines Traumas verhindert werden können, anstatt die Frage danach zu stellen, ob die Erfahrung dabei helfen kann, zu wachsen und sich zu entwickeln. Genau dort aber sieht er eines der Schlüsselemente von TRE, denn „each time the body goes into defense, it doesn't just come back to normal. It actually can open up more fully and be more safe and have greater capacity“ (Heath, 102). Erstversorgende können so, nicht nur negative Auswirkungen von Sekundärtrauma verhindern, sondern sogar dabei unterstützt werden, ihre Physiologie reifen zu lassen und die Resilienz ihres Nervensystems zu steigern (Leistungssteigerung) (Vgl. Heath, 102).

1.4.2 Arbeit mit Führungskräften und Familienangehörigen

Auch Thiel sieht eine große Gefahr durch mögliche Sekundärtraumatisierung und arbeitet

⁴ Der englische Begriff *First Responders* wird hier mit Erstversorgende übersetzt. Er steht weiter für Ersthelfende, Rettungsdienst, Notfalldienst - jene Menschen und Berufsgruppen, die als erste an einem Unglücksort Unterstützung leisten und / oder Andere in akuten Krisen begleiten.

aus diesem Grund während der Inhouse-Schulungen mit Ärzten, Psychologinnen, Führungskräften, Kommandeuren und Generälen in Einzelsessions (Vgl. Thiel, 94).

Die Arbeit mit Familienangehörigen und Kindern von Traumatisierten „die fast alle durchweg sekundärtraumatisiert sind“, hält er für unerlässlich und stellt fest, dass diese oft leichter ins Zittern finden als Primärtraumatisierte (Vgl. Thiel, Absatz 95).,

In Familienseminaren machte er in der Paararbeit die Erfahrung, dass Frauen häufig offener und neugieriger sind und dass sie durch Yoga, Pilates oder Ähnliches einen besseren Körperzugang hätten. Die Soldaten hingegen sind oft erstmals zurückhaltender, haben keine Lust auf Therapie und sind dann aber erleichtert, wenn sie erfahren, dass es nicht darum geht zu reden, sondern darum zu machen (Vgl. Thiel, 99 - 101).

1.4.3 Physiologische Veränderungen der Therapierenden

Haines nimmt Bezug auf die eindeutige Forschungslage zu Sekundärtrauma. Einer Forschungsarbeit von irischen Psychotherapeuten über körperzentrierte Übertragung und Gegenübertragung zufolge, zeigten alle der Studienteilnehmer signifikante Momente (Müdigkeit, unerwartete Körperveränderungen, sexuelle Erregung, Kopfschmerzen oder Schmerzerleben), die sich für sie eigentlich ungewöhnlich waren (Vgl. Haines, 52 - 53).

Es ist also deutlich, dass selbst bei erfahrenen Therapeuten nicht nur emotionale und mentale Übertragungen stattfinden, sondern auch physiologische Veränderungen eine Rolle spielen. „If we don't regulate that and if we don't look after ourselves and if we don't have tools to recover or to rest or to discharge, then our health is going to suffer“ (Haines, 54). Wenn Therapierende z.B. immer wieder mit Menschen mit Kopfschmerzen arbeiten und diese spiegeln, wird dieser Spiegelprozess bewusst oder unbewusst auch im eigenen Organismus stattfinden. Wenn dazu noch persönlicher Stress kommt, wird die eigene Gesundheit darunter leiden (Vgl. Haines, 54).

Neben einer Supervision ist es also auf jeden Fall sinnvoll, TRE als verkörpertes Instrument zu nutzen oder bereits vorhandene Tätigkeiten (Joggen, Meditation, Yoga) damit zu ergänzen. Das besondere Merkmal von TRE dabei ist: „it works very quickly and it's very

specific and it's richly trauma informed in a way that running and meditation sometimes aren't" (Haines, 54, vgl. 54).

~

Auch Thiel merkt an, dass das Thema Selbstsorge auch für TRE Provider von großer Bedeutung ist und dass während der Begleitung etwas auf kognitiver, emotionaler und/oder energetischer Ebene erfahren wird, das anschließend eventuell auch wieder rausgezittert werden sollte, da es sich sonst mit der Zeit summieren kann: „Also, wenn David sagt: „*Shake it off!*“ - dann gilt das für die Provider und Trainer genauso“ (Thiel, 92, vgl. 92).

1.5 TRE und Retraumatisierung⁵

1.5.1 Die Intelligenz der Leiblichkeit

Thiel erachtet die Gefahr einer Retraumatisierung für „minimalst, weil unsere Leiblichkeit so schlau ist, schlauer als unsere Kognition, dass unser Leib nicht in retraumatisierende Situationen rein geht“ (Thiel, 72). Er beruft sich in dieser Aussage auf seine zehnjährige Berufspraxis im Bundeswehrkrankenhaus und auf die noch längere Berufspraxis seiner Frau, die schon zu „Tausenden mit Polizisten und mit Soldaten gearbeitet“ (Ebd.) hat. Auch von seinen TRE - Trainerkollegen kennt Thiel keine Berichte über Retraumatisierung durch TRE (Vgl. ebd).

Weiter ist die Erfahrung, dass Soldaten die zuhause üben, oft weniger intensiv zittern und so nicht in Situationen kommen „wo Flooding oder eine Überflutungsreaktion⁶ vom Körper stattfinden würde. Da bremst der Körper schon vorher“ (Thiel, 73, vgl. 73 - 75).

⁵ Die Frage danach, ob TRE nicht retraumatisierend sei oder dadurch nicht unkontrollierte, starke, überwältigende Gefühle zum Ausbruch kommen, wird immer wieder gestellt.

⁶ In diesem Zusammenhang ist das plötzliche und unerwartete Erleben von bedrohlichen und belastenden Bildern, Geräuschen, Empfindungen und Gedanken (unverarbeitete Eindrücke des Gedächtnisses) gemeint. Da dies ohne die Kontrolle der Betroffenen geschieht, kann dies erschreckend wie verwirrend sein.

Die in vielen Kontexten weit verbreitete Angst vor Retraumatisierung hält er für die Angst derer, die beratende, therapeutische oder auch seelsorgerische Hilfe anbieten (Vgl. Thiel, 78).

~

Auch Haines ist der Meinung, dass das zugrundeliegende Modell von TRE mit seinen wesentlichen Werkzeugen der Selbstregulierung (Erdung, Selbstregulation und das Vermeiden von Erstarrung, Flooding, Dissoziation) Retraumatisierung vermeidet. Er glaubt, dass das neurogene Zittern von Natur aus sicher ist und die kollektive Erfahrung zeigt, dass die Menschen durch TRE nicht retraumatisiert werden (Haines, vgl. 83, 84, 87, 88).

1.5.2 *Shake to connect* als geeignete Metapher

Für Haines ist Dissoziation die Essenz von Trauma, weshalb er antidissoziative Metaphern wie *Shake to connect* bevorzugt (ggü. *shake it off* oder *shake to release*). Obwohl er die Metapher *Shake to release* großartig findet, sieht er ein gewisses Risiko darin, dass daraus eine Haltung oder Erwartung von Katharsis, drastischen Durchbrüchen oder notwendiger Anstrengung entstehen kann (Haines, vgl. 83, 84).

„Doing it slowly and being grounded is really, really important. And I think we do that well in TRE“ (Haines, 87). Er unterrichtet TRE mit dem Fokus auf Erdung, Verlangsamung, Verbundenheit mit dem Körper und darauf, dass sich die Klienten im Prozess zuhause fühlen: „If you are working that way, I think that minimizes the potential for re-traumatization“ (Haines, 85, vgl. 85).

Die Nebenwirkungen, die durch kognitive Verhaltenstherapie entstehen und welche derzeit als Goldstandard für die Traumaaarbeit bezeichnet werden, hält er für einiges bedenklicher: „I really wouldn't be doing this work. It would just be too much work to pick those people up afterwards“ (Haines, 88, vgl. 87 - 88).

1.5.3 Den Zyklus der Defensivreaktion zu Ende bringen

Für Heath wird durch den Zitter-Mechanismus nichts Neues in den Körper gebracht. Wenn

jedoch Menschen diesen nicht kennen oder verstehen, könnte das Zittern für einen winzigen Prozentsatz als überwältigend oder „being out of control“ (Heath, 71) erlebt werden, was wiederum eine körperliche Aktivierung der Verteidigungskaskade (Kampf, Flucht, Erstarren) zur Folge haben könnte. Dieser Prozess aber erzeugt kein neues Trauma, sondern aktiviert lediglich „normal habitual defensive responses“. Dies jedoch würde Heath nicht als Retraumatisierung bezeichnen (Vgl. ebd).

Im Gegenteil, Heath behauptet sogar, die TRE - Erfahrung sei *detraumatisierend*. Dadurch, dass nach der reflexhaften Aktivierung der Verteidigungsreaktion, durch das neurogene Zittern wieder eine Regulation und Erholung einsetzt, wird der ursprüngliche Zyklus vollendet. So lernt der Organismus, aus traumatischen Defensivreaktionen wieder herauszufinden (vgl. Heath, 73).

1.5.4 Das Verständnis verändert die Erfahrung

TRE biete, so Heath, einen guten Rahmen um Menschen genau dieses Verständnis zu vermitteln, so dass ihr bewusster Verstand nicht überwältigt wird oder sich Sorgen darüber macht:

If people think shaking is bad and out of control, and if people think it's dangerous, well guess what happens? Of course we're gonna perceive it as dangerous, and so we're gonna feel overwhelmed. When people understand that it's not dangerous and it's okay, then of course we don't have that response. (Heath 73, vgl. 73)

Das derzeitige medizinische und therapeutische Modell versteht nicht, dass bereits mit der Frage „Oh my God, is it safe?“ (Heath, 76) eine neurozeptive, verkörperte Erfahrung, dass es gefährlich sein könnte, ausgelöst wird und dies wiederum dazu führt, dass Menschen denken oder sich fragen: „This is dangerous. Is it dangerous?“ (Ebd., vgl. 76).

Das Modell von TRE fördert also diesen Paradigmenwechsel in Bezug auf Verständnis und Umgang mit unwillkürlichen Körperbewegungen: „Part of what TRE is doing is reframing this, saying this is a normal neurobiological process“ (Heath, 76) Das Sammeln von positiven Erfahrungen mit dem eigenen Körperzittern, verringert also die Angst davor und damit auch die Angst vor Retraumatisierung (Vgl. ebd). Das eigene und das kulturelle Verständnis über den Zitter - Mechanismus hat also einen großen Einfluss darauf, ob es als

bedrohlich oder sicher erlebt wird. In anderen Kulturen ist das Phänomen des Zitterns hingegen in die Lebensart integriert. Keiner der Kalahari-Buschmänner⁷ würde sich z.B. fragen, ob dies gefährlich sei (Vgl. 76).

Als weiteres Beispiel schildert Heath die Anhänger eines mystischen christlichen Kultus, die aufgrund ihrer Sichtweise einen ganz anderen Bezug zum Zittern haben (Vgl. Heath, 73):

If people believe that the shaking and going into an altered state is a positive sign that the Holy Spirit or the Lord Jesus Christ is coming into their body, they don't get retraumatized or overwhelmed, they get healed. (Ebd.)

⁷ Dieser, heute vor allem in der westlichen Welt verpönte, beide Geschlechter und Kinder umfassende Begriff bezieht sich auf indigene Ethnien im südlichen Afrika, welche gesammelt auch als San, *Khoikhoi* (wahre Menschen) oder Noakwe (rote Menschen) bezeichnet werden (Wikipedia: 2023).

2. Integration der Methode

2.1 Zeitpunkt der Intervention

Für Heath ist es offensichtlich, dass TRE sowohl in der Prävention, der akuten Krisenbewältigung als auch in der nachsorgenden Verarbeitung von Krisen und Traumata genutzt werden sollte (Vgl. Heath, 34).

~

Ausgehend von seiner Erfahrung gibt es auch für Haines keine Grenzen, wenn die Frage der zeitlichen Dimension der Intervention beantwortet werden soll (Vgl. Haines, 46).

2.1.1 Prävention

In Bezug auf die Krisenintervention wäre es ideal, wenn sie präventiv wäre. Wenn die Menschen vorgebildet sind, dann können sie, wenn sie eine Krise haben umso schneller und besser wieder aus ihr herauskommen (vgl. Heath, 43): „We know we can't prevent crisis“ (Heath, 40). Das Problem von PTBS und unbewältigten Traumata ist die Unfähigkeit, aus dem Verteidigungszustand wieder herauszukommen.

Ziel der Prävention mit TRE ist also nicht zu verhindern, dass Menschen in einen defensiven Zustand kommen, sondern vielmehr das Trainieren der Fähigkeit, aus diesem wieder herauszukommen. Das Entscheidende ist, dass die Menschen darauf vorbereitet sind und gelernt haben, wie sie diesen Reflex nutzen können, so dass sie bereits wissen, wie er funktioniert, um Stress und Traumata zu überwinden (vgl. Heath, 34): „When they've already learned it, they're already comfortable with it and then they can deliberately use it as soon as they have a crisis“ (Heath, 36).

Wenn die neurobiologischen Wege der Genesung bereits trainiert sind, verlieren Betroffene die Angst vor ihren unwillkürlichen Körperbewegungen und brauchen diese nicht länger zu unterdrücken, da sie wissen, dass der Körper bereits gut darin ist, auf eine Krise zu reagieren (Vgl. Heath, 34, 36, 40, 42). Der Verarbeitungsprozess und die Krisenintervention werden dadurch viel effizienter (vgl. Heath, 34 - 36).

2.1.2 Akutversorgung

„The sooner the better“ (Heath, 38). Heath hält es für wichtig, dass das Nervensystem nach einer Krisenerfahrung möglichst schnell wieder reguliert wird und der Genesungsprozess nicht erst Wochen oder Monate später angegangen wird. Auch die nach einer Krise anfallenden praktischen Herausforderungen können durch eine frühzeitige Intervention mit TRE besser bewältigt werden (Vgl. ebd).

~

Da das neurogene Zittern der natürliche Weg des Körpers ist, sich nach starken defensiven Schutzreaktionen (erhöhte Anspannung, Dissoziative Zustände) wieder herunterzuregulieren, gilt in vielerlei Hinsicht auch für Haines: „The sooner the better“. Selbstverständlich sollten aber nach einem Unfall mögliche innere Verletzungen, Knochenbrüche etc. ärztlich untersucht und ausgeschlossen werden (Vgl. Haines, 46):

Once those have been done [...] I'd want to shake and I'd want to be as embodied as possible, and get support to do that as soon as possible. [...] If I felt safe, I'd do it in the evening if I'd been in that car accident or I'd been attacked. (Ebd.)

~

Auch für Thiel ist klar, dass mit Menschen die noch in ganz akuten, dissoziativen Zuständen sind, eine Arbeit mit TRE nicht möglich ist, bevor diese nicht einen sicheren Ort haben: „Also man wird ja z.B. mit keinem, nach einem Verkehrsunfall vor Ort gleich TRE machen, das ist klar“ (Thiel, 19). Aber sobald diese über die erste Akutphase hinaus sind, gilt „je früher die Menschen kommen, bevor so etwas chronifiziert, umso erfolgreicher und nachhaltiger wirkt dann TRE“ (Ebd., vgl. 18 - 19).

Patienten erleben schon nach der ersten Stunde eine spürbare emotionale, kognitive und vor allem auch leibliche Erleichterung und werden dadurch zusätzlich motiviert, weiterhin mit TRE zu arbeiten. Wenn die Symptomatik allerdings schon stark chronifiziert ist und Betroffene erst Jahre später in die Behandlung kommen, ist dauert dieser Prozess der Symptomerleichterung natürlich viel länger (Vgl. Thiel, 21).

Bei Akuten Krisen, so z.B. 2019 nach dem Amoklauf am Breitscheidplatz in Berlin half TRE etwa 50 Feuerwehrleuten, welche „schon sehr, sehr viel gesehen haben in Berlin und für die das eine Qualität hatte, die sie noch nie erlebt hatten, die jenseits des Vorstellbaren war“ (Thiel, 50). Die Intervention ermöglichte dort, dass das Erlebte gefasst werden konnte und wieder eine Arbeitsfähigkeit hergestellt werden konnte (Vgl. ebd).

2.1.3 Nachsorge

Aber auch, wenn Betroffene seit Tagen, Wochen, Monaten oder auch Jahren in aktivierten Zuständen gefangen sind, kann TRE helfen dies zu regulieren: „I don't say this lightly, but there is an on off button here: We get activated, we get stuck in this activated state, and then 10 years later, we come out of that“ (Haines, 47, vgl. 47).

Dies ist jedoch oftmals ein schrittweiser Prozess. Es ist zudem sehr schwer, alle Systeme zu regulieren und da Betroffene häufig sehr lange in diesem gewohnten Zustand zuhause waren, wird der Ausgangszustand manchmal nicht wieder erreicht. Selbst nach vielen Jahren sagen manche: „Oh wow, I've got activated. I didn't realize how hypervigilant I was or that I was in this dissociated space“ (Haines, 48, vgl. 48).

~

Auch Heath sieht in der Nachsorge eine eindeutige Relevanz für TRE, auch wenn diese nicht immer ein magisches Heilmittel sind. Wichtig ist hier zu verstehen, dass Trauma, auch wenn es nach 20 Jahren noch immer negativ in Erscheinung tritt, kein dauerhafter Zustand ist, sondern wie ein Softwareprogramm aus Gewohnheit diese Abwehrreaktionen noch immer aktiviert. Beispielsweise im Tiefschlaf oder während einer Vollnarkose sind diese Reaktionen jedoch gänzlich verschwunden: „So it's not something permanent, it is that the body has learnt to stay activated in a habitual state“ (Heath, 47, vgl. 47).

~

Der Schnitt in der Bundeswehr, ab wann Betroffene nach belastenden Kriegseignissen in die Behandlung kommen, liegt laut Thiel bei acht Jahren, wobei manche auch schon nach

6 Monaten Unterstützung suchen. Andere hingegen litten bereits 20, 30 Jahre unter einer Traumafolgestörung, bevor sie in die Behandlung kamen (Vgl. Thiel, 25).

Thiel beschreibt einen Fall in welchem ein Soldat durch dessen Vertrauen in den Provider mittels TRE an Körpererinnerungen kam, welche bereits 20 Jahre zurück lagen: „Je größer dieses Vertrauen ist, desto mehr komme ich auch in tiefer liegende Schichten rein, wo Menschen wirklich lange zurückliegende Ereignisse bearbeiten können“ (Thiel, 29, vgl. 29).

2.2 Wege TRE zu lernen

TRE kann also im therapeutischen Setting genutzt werden, das große Geschenk von TRE besteht jedoch darin, dass es als Selbsthilfemethode eingesetzt werden kann: „Because when we have a natural disaster or a crisis, we don't have enough therapists, and the therapeutic model is not an efficient way to help to empower people“ (Heath, 61).

Das eigentliche Ziel ist es, TRE für die Selbstfürsorge und die Selbstermächtigung der Menschen zu nutzen. (Vgl. ebd)

~

Für Haines gibt es im Wesentlichen drei unterschiedliche Wege, TRE zu erlernen.

1. eigenständig durch Videos und Bücher

2. in einem 1:1 Setting

3. in einer Gruppe

Er hat aber auch die Erfahrung gemacht, dass es einen kleinen Prozentsatz an Menschen gibt, die erstmal nur im Gruppen- oder 1:1 Setting zittern wollten, da es für sie noch zu beängstigend war, dies ohne eine Begleitung zu tun (Vgl. Haines, 68).

~

Thiel hat sowohl Menschen begleitet, die nach drei Einzelstunden ein Jahr später berichteten, dass sie zweimal wöchentlich praktizierten und eigentlich keine weitere Unterstützung benötigen und auf der anderen Seite Einzelne die während

Klinikaufenthalten im Zeitraum von 10 Jahren immer mal wieder zu einer Session kamen: „Manchmal reichen drei Stunden zum Einstieg und dann arbeitet man selber weiter, oder man geht in Prozesse rein, die über Jahre dauern“ (Thiel, 83). Diese beiden Beispiele spiegeln für Thiel die ganze Bandbreite von *Tension Release* (alltäglicher Spannungsabbau) zu *Trauma Release* (begleitete Traumaarbeit) (Vgl. Thiel, 82, 83).

~

Die TRE sind jedoch im Rahmen eines Paradigma von Bildung und Körperübungen angesiedelt und werden in erster Linie nicht als ein klassisch therapeutischer Prozess definiert. Aus rechtlichen Gründen ist dies in bestimmten Ländern sehr wichtig. (Vgl. Haines, 57)

2.2.1 Eigenständig

Es gibt jene Menschen, die über Youtube - Videos oder die Bücher von David Berceლი lernen und einfach drauf los zittern: „it [...] helps them be a bit more grounded, sleep a bit better, feel a little bit easier“ (Haines, 69). Sie nehmen selten oder nur ein - zweimal TRE - Provider in Anspruch oder sie nutzen es als Ergänzung ihrer Gesprächstherapie (Vgl. ebd).

~

Thiels Erfahrung mit Soldaten/-innen, die zu Hause weiter praktizieren, ist, dass sie dort weniger intensiv zittern als in begleiteten Sessions. „Die Prozesse gehen weiter, aber nicht so intensiv und nur im Vertrauen mit dem Gegenüber des Providers / der Providerin, kommt man in die Trauma-Tiefen rein“ (Thiel, 75, vgl. 73 – 75).

2.2.2 Einzelarbeit / 1:1 Setting

Thiel unterscheidet in der Einzelarbeit ob es sich um ein Kennenlernen der Methode (1 - 3 Sessions, anschließend eigenständige Praxis) oder um eine längere Begleitung handelt: „Mit Soldaten, die jetzt länger, z.B. 4 - 6 Wochen stationär sind, arbeite ich eben auch mit Hands-on-Praktiken und da geht es dann wirklich in die Tiefe“ (Thiel, 52, vgl. ebd).

Für Interventionen und Körperarbeit braucht es die Erlaubnis des Klienten sowie Vertrauen zum Provider. Besonders dann, wenn

z.B. sexualisierter Missbrauch im Hintergrund steht [...] ist Anfassen erst mal eine sehr sensible Geschichte und da muss man schon gucken, wann man das macht, in welchem Kontext man das macht und wie man das macht. (Thiel 56, vgl. ebd)

~

Für jene, für die die Vorstellung erschreckend ist, nicht zu sprechen oder an der Geschichte zu arbeiten und persönliche Aufmerksamkeit zu bekommen, kann eine fortlaufende 1:1 Begleitung das Sinnvollste sein (Vgl. Haines, 67).

~

„People with extreme trauma will benefit from Provider support“ (Heath, 68). Dadurch lernen Betroffene, das neurogene Zittern als sicher und angenehm zu erfahren, wohingegen es zuvor oft als Teil des Erlebens von Überwältigung und Kontrollverlust erlebt wurde. Ein kleiner Prozentsatz von Menschen benötigt also anfängliche Hilfe, um sich entspannt zu fühlen, ihr Nervensystem regulieren zu lernen und um sich dem Prozess des Zitterns hingeben zu können (Vgl. Heath, 61, 68).

2.2.3 Gruppen

Im Gruppensetting wird die Methode als Werkzeug vermittelt, kombiniert mit einem edukativen Ansatz und dem Aspekt der gemeinschaftlichen Unterstützung, der für Berceci sehr wichtig ist⁸ (Vgl. Haines, 56 - 57).

„For some people TRE works precisely because they don't talk about things and they can be an anonymous in a big group and they're just exploring their body“ (Haines, 66).

Da manche (von Trauma betroffene) Menschen Probleme haben, die hohe Komplexität des traumatischen Erlebens über die sprachliche Ebene auszudrücken, ist das eine weitere

⁸ Siehe Kapitel 1.2.2 Arbeit in Gruppen und mit Gemeinden.

Stärke von TRE im Gruppenkontext: Es ermöglicht Menschen sich in einer sozialen Situation sicher zu fühlen, in welcher der sprachliche Ausdruck nicht das wichtigste Mittel ist (Vgl. Haines, 66).

2.3 Grenzen der Methode

2.3.1 Komplexität von Trauma

„Trauma's complex“ (Haines, 19). Für Haines ist es wichtig anzuerkennen, das Trauma grundsätzlich ein sehr komplexer Prozess ist und er zutiefst misstrauisch wäre, wenn jemand sagen würde, dass es dafür nur einen richtigen Weg gäbe: „There's no one tool that's going to work for everybody“. Trauma betrifft verschiedenste Ebenen des Narrativs, der physiologischen Veränderung, vielfältige Verluste der persönlichen Handlungsfähigkeit, Dimensionen der kollektiven gesellschaftlichen Machtdynamik, sowie eine tief empfundenes körperliches Ausgeliefert- und Blockiert Sein (Vgl. ebd).

„I want these people to have as many tools as possible to work with trauma“ (Haines, 20).

Manche von Trauma Betroffenen sollten definitiv zusätzliche psychiatrische Unterstützung in Anspruch nehmen, während sie eine Gesprächstherapie und körperorientierte Praxis verfolgen. „They need a range of tools because trauma's complex and we often need a whole range of things to help us feel safe“ (Haines, 70, vgl. ebd).

2.3.2 Die Vorübungen

„It creates a barrier“ (Heath, 110). Die größte Einschränkung für TRE und dessen Verbreitung im Kontext der Krisenintervention sieht Heath darin, dass die TRE weiterhin als eine Reihe von Übungen unterrichtet werden, die man machen muss, bevor man zum neurogenen Zittern kommt. „You simply lie down and relax and let go“ (Heath, 114, vgl. ebd). Da das neurogene Zittern auch ohne die Übungen innerhalb von zwei Minuten erfahren werden kann, wird so eine überflüssige Hürde geschaffen. Wenn die Übungen jedoch als notwendige Voraussetzung präsentiert werden, denken die Menschen, es

brauche zwingend das Wissen und die Praxis der Übungen, sowie Provider, die sie darin unterrichten (Heath, vgl. 110).

„We have to start focusing on the tremor mechanism if we wanna see TRE really succeed in crisis intervention. Because it's not about the exercise“ (Heath, 116).

Sind die Menschen nach einem langen Arbeitstag energielos und erschöpft oder haben keine Zeit für Workout oder Meditation, wird die Vorstellung einer vorbereitenden Übungsreihe zu einem großen Hindernis (vgl. Heath, 110, 116).

TRE sollte also vielmehr mit „This is a tremor mechanism!“ (Heath, 114) vorgestellt werden. Einmal gelernt, kann der Prozess noch vertieft werden, indem die Übungen gemacht werden oder ein TRE Provider aufgesucht wird, der mit dem neurogenen Zittern arbeiten kann. Für die meisten brauche es die Übungen oder einen Anbieter jedoch nicht (Vgl. ebd). Heath ist der Meinung, dass die Übungen auch erst später integriert werden können, um den Prozess weiter zu vertiefen und um einen zusätzlichen Mehrwert zu schaffen (Vgl. Heath 110).

„The tremor mechanism is the process that the organism uses to ground us and embody us“ (Heath, 119).

Er hat TRE bereits an tausende Menschen TRE vermittelt - ohne die vorbereitende Übungsreihe. Sein Fazit: „The exercises are not required“ (Heath, 109, vgl. 109).

~

Haines sieht den Wert der Übungen darin, ein Ritual oder eine Routine zu schaffen, um sich auf eine bestimmte Art und Weise mit dem Körper zu verbinden. Er schätzt deren Vermögen, zuverlässig Sicherheit zu schaffen (Vgl. Haines, 73, 74). Die Übungen sind nützlich, um den Körper zu dehnen und zu verbinden, helfen aber auch beim Erden und dabei auf den Prozess des Zitterns vorzubereiten (Vgl. Haines, 79). Er empfiehlt seinen Klienten die Übungen die ersten zehn Mal vollständig zu machen: „Learn the ritual and routine. Make that process“ (Haines, 77). Auf der anderen Seite ist er jedoch dagegen, allzu starre Vorgaben zur Praxis der Vorübungen zu geben (vgl. Haines, 77, 81).

Nachdem die Übungen gelernt wurden, sind die meisten Menschen in der Lage, das Zittern im Liegen oder Sitzen willkürlich zu starten und nutzen diese Möglichkeit in der Regel dann auch, ohne vorher die Übungen zu machen: „Just by an act of letting go“ (Haines, 78, vgl. ebd).

Auch wenn es viele Wege gibt, Menschen zum Zittern zu bringen, sieht Haines in der Methodik, wie TRE weltweit gelehrt wird, einen tiefen Wert und eine gewisse Schönheit (Vgl. Haines, 79). Es ist von Nutzen, dass weltweit Menschen in TRE - Kurse gehen können und die Art und Weise sich einzulassen immer gleich geschieht (Vgl. Haines, 81).

2.3.3 Passivität der Menschen

Ein möglicher Fallstrick kann sein, dass Menschen denken, TRE sei für alles eine Lösung: „If I just do this, everything's gonna be wonderful“ (Heath, 80). Diese Art von magischem Denken führt dazu, dass andere wichtige und notwendige Aspekte (Denken, bewusster Verstand, kognitive Fähigkeiten) nicht erlernt und genutzt werden. „If you do TRE every day, but then you sit on the couch and eat 16 hamburgers and watch reality TV. You're gonna have a shit life, you're not gonna feel healthy“ (Heath, 81, vgl. 80 - 81).

Selbst wenn TRE täglich praktiziert wird, macht dies maximal 3-4% des Tages aus. Entsprechend ist es also wichtig, wie und womit die übrige Zeit verbracht wird und wie der Umgang in Bezug auf körperliches, seelisches, mentales, spirituelles und soziales Wohlbefinden ist: „Do we exercise? Do we have a clear mind? Do we meditate? Do we use our thinking? What are our relationships like? Do we have a sense of purpose?“ (Heath, 83, vgl. 83).

Auch wenn wir durch TRE aus Defensivzuständen herausfinden können und dadurch weitere Orte der Erdung und Zentriertheit erfahren, müssen wir trotzdem noch lernen zu wachsen und die Fähigkeiten entwickeln, was es heißt, ein gesunder Erwachsener zu sein. Obwohl die Wirkung von TRE sehr wertvoll ist, muss, ähnlich wie bei einem Entwicklungstrauma, trotzdem noch durch notwendige Entwicklungsschritte- und phasen gegangen werden: „It doesn't magically turn someone whose physiology and sort of cognitive behavioral space is stuck at three years old into a 25 year old“ (Heath, 85). Heath

sieht es als große Einschränkung, wenn Menschen passiv werden und glauben, sie müssten nichts weiter für ihren Heilungsprozess tun, als regelmäßig zu zittern (Vgl. ebd).

2.3.4 Online

Obwohl Thiel glaubt, dass man über Videotelefonie „eine Technik ganz gut vermitteln“ (Thiel, 69) kann, empfiehlt er grundsätzlich, „dass der erste Kontakt mit TRE mit einem leibhaftigen Menschen sein sollte“. Es können doch Situationen auftreten, die er als Trainer dann nicht einfangen kann. Weiter sei es schwer, per Videotelefonie den Menschen und Laib ganzheitlich wahrzunehmen. Entsprechend empfiehlt er zuerst ein paar begleitete Stunden, um dann „sehr schnell in die Eigenverantwortung übergeben“ zu können (Vgl. ebd).

3. Die Experten

3.1 Steven Haines

Internationale Lehrtätigkeit als TRE Certification Trainer und Cranio Sacral Therapy Senior. Körperarbeiter mit Hintergrund in Yoga, Shiatsu, Chiropraktik, Cranio-Sacral Therapie und TRE. Autor diverser edukativer Bücher über Trauma, Angst und Schmerzen. Arbeitet größtenteils in der Prävention und mit Menschen, die bereits auf ihrer therapeutischen Reise sind. Hat aber auch mit Menschen gearbeitet, die Trauma und schwere Unfälle erfahren haben und Menschen unterrichtet, die Krisenintervention anbieten (z.B. im Rahmen eines TRE - Ausbildungsprojektes in der Ukraine). Seit den Corona-Jahren bildet er in erster Linie online aus und macht damit sehr gute Erfahrungen.

Er lebt in London und Genua.

www.bodycollege.net/about-steve-haines

3.2 Richmond Heath

Physiotherapeut, TRE Certification Trainer, und Koordinator von TRE Australia. Beruflicher Hintergrund in Pilates, Bowen-Therapie, psychische Gesundheit, Aborigini-Studien und Suizidprävention für Jugendliche. Er gibt öffentliche Workshops und hält Präsentationen auf Konferenzen. Neben den Ausbildungstätigkeiten und betrieblichen Seminaren arbeitet er im Spitzensport, im Kontext der Gemeindearbeit und bei Naturkatastrophen. Er bietet einen umfangreichen Online-Kurs zu TRE und weitere Online-Angebote. Er lebt in der Nähe von Melbourne.

www.treaustralia.com/providers/listing/richmond-heath

3.3 Thomas Thiel

TRE Certification Trainer, Heilpraktiker für Psychotherapie und evang. Pfarrer (Klinikseelsorger, Geistlicher Begleiter, Exerzitienleiter). Arbeitet als Militärpfarrer in der psychiatrischen Klinik des Bundeswehrkrankenhauses Berlin. Im Rahmen seiner Dissertation erscheint 2023 erstmals ein Kapitel über TRE in einer theologischen Doktorarbeit.

Anhang B - Experteninterview Steven Haines

1. **Interview mit Steven Haines** (17.01.2023)
2. **TE: I would like to introduce yourself a little bit. What I found out is that you have been a body worker for more than 25 years, that you are a TRE certification trainer, and that you also train cranial-therapy. And you have a background in yoga, shiatsu, chiropractic and you wrote a couple of books about trauma, anxiety, pain and touch and cranial therapy. And then you're teaching around the world basically. That's what I found out.**
3. **SH:** Yes. All of that. I was an engineer and a banker. I got into body work in my late thirties after being in mental health. For me, the ultimate challenge is how do minds and bodies interact? So many of my friends, colleagues became talking treatment therapists and I became a body therapist. So movement, touch and presence would be the tools to lever, to help people feel more embodied and to help them come out of anxiety, pain, trauma.
4. **TE: And in what context do you teach TRE or use TRE?**
5. **SH:** Initially for me, I was a one-to-one therapist doing touch through cranial-sacral therapy. And 12, 13 years ago - cranio works very still - I really enjoyed finding a meditative tool, I framed TRE work as shaking meditation, is one phrase I like. So finding a way of supporting people to be embodied with a tool they could use for themselves.
6. **SH:** So initially the groups and the one-to-one sessions were in addition to my core practice of seeing one-to-one clients every week.
7. So my teaching career's gone quite well. I run cranial courses over two years, and I run TRE training. So mostly these days, most of the people I teach TRE too are in large groups with the idea that they're going on to train to become TRE Providers.
8. **SH:** I've always got a, you know, lot lockdown has changed a lot for me. So, online teaching, my style of presenting work worked really well online. So I did a lot of

TRE training online, and that's continued really. Since lockdown I haven't really started face-to-face practice. Partly because I live between Geneva and London. My wife's been working at home for the last two, three years in Geneva and just because my teaching's been going so well, I haven't really needed to do one-to-one. But I do a fair amount of supervision, and I do a fair enough online TRE sessions with clients, but my clinic work has gone to about 10, 15% of what I do. And teaching is the majority of what I do. So most of the people I teach TRE I'm teaching intro days or the start of one year programs in learning TRE to become a TRE Provider.

9. **TE: Okay. How important is TRE for your work? I mean, you covered a little bit with the cranial-sacral that you used as a complementary tool for people to use at home.**

10. **SH:** It's a thrillingly exciting tool to teach people around trauma. I think education is a really powerful tool. Educating people they're not mad, bad or broken. Educating people how to pay attention to their body. And the unique, you can do those outside of TRE, but TRE is a very good vehicle to do those two things. To be trauma informed and to have meditative awareness.

11. But the unique thing about TRE is the shaking and how to start and stop the shaking. And this very unusual stimulus of neurogenic tremors. So I love that whole package. I love all elements of it really. The education aspect, the fact that people have a self-regulation tool for themselves. This radical notion, it's not setting up weeks and years of therapy where the relationship to the therapist is the primary thing but it's their relationship to their body. And I think that's a radical tool and a very exciting thing to teach and it's just hugely enjoyable for me to teach it that way.

12. **TE: What has been your experience, uh, with the TRE in terms of crisis intervention? For example when people were facing some kind of crisis?**

13. **SH:** Mostly for me it's prevention and people are already on a therapeutic journey. Because I'm not running regular groups or not running a regular clinical practice these days. It's mostly people who've made a decision to engage with health and

who are being fairly proactive around their health. So I do get, clearly, I work with people who've gone through horrible experiences, fairly fresh, car accidents or they've been attacked or they have some new relationship to trauma and often they've done some verbal work, and they've met this notion that bodies are involved and physiology is important and they want to take their existing therapeutic practice a little further.

14. So direct crisis intervention, not that much. Well, it's not the primary, it's not fresh trauma, if you like, quite often. I don't want to say that I don't work with that group, but the majority of the people, they're fairly deep into their kind of ongoing searching for health and this is something they've heard about and want to see if it complements their existing tools. And I feel often it does and often it opens things and often it works quickly to help them find more safety more quickly.
15. I'm gonna cover that a little bit. The last year I've been involved, it's been three, four years in gestation, but three, four years I've been involved in a project in Ukraine. So we're gonna run a cranial course out there that got delayed by Covid and delayed by the war. The local organizer is really, really dynamic and he's kept the group of 20 people coherent. So we came together and they did a seminar. And then everything got canceled. But he's kept the group together online.
16. And one of the things we've done online is I did a TRE Fast Track program for them over six months. And in fact, I've just come back from Ukraine for my first ever visit there, but we completed the cycle of the Fast Track program. And I have to say I was really, really inspired by how they've been using TRE. So in their personal practice, how many people they've taught, they've been running groups, some people are doing groups with soldiers returning from the front line. They've been doing it with their communities of women who are on their own, because they're put away from their partners and some really, really great stories.
17. So that's the closest I've come to supporting crisis intervention, but I've been teaching the people to do the work rather than being primarily working with soldiers or people working who are doing weekly evacuation.
18. **TE: What's the difference from TRE to cognitive based therapy forms, like talk therapy? What's the advantage or also the difference?**

19. **SH:** Trauma is inherently complex and we need to appreciate that. There's no one tool that's going to work for everybody. In fact, I'd be deeply suspicious of anybody who says that there is one tool or one way of doing or something that has to happen. It's such a complex process. We have many levels of stories, many levels of physiological change. And many levels of sort of personal loss of agency that can all be unfolded in trauma. So it's both a collective societal power dynamic and a deeply felt sort of physiological stuckness, all of those. So trauma's complex. Let's start with that really.
20. I want these people to have as many tools as possible to work with trauma. So I'm a huge fan of smart talking and understanding and even some of the CBT cognitive models of behavior change and learning explicit skills without really going into narrative particularly, but just learning to cope.
21. And I'm also a fan of talking treatments. However, I think the essential feature for change is that we can regulate our physiological responses. So for me, trauma is being stuck in fight or flight, or being stuck in dissociative responses. And the key for me is embodied safety and learning to regulate and switch off those reflexes.
22. I think you can do that from talking and you can do that from safe, warm, interpersonal relationships and sometimes you can do that by behavior change. Just learning to regulate through breath or through walking or through some of your constructs about what's happening. But ultimately I'm a bodyworker.
23. So I like the notion of bottom up approaches and the idea that we regulate through movement, through shaking, through how we pay attention, through awareness, as well as some of our constructs, and as well as looking at our habits about how we respond to those things.
24. I love and I try to be skillful in how to motivate people, how to get people to look at habits. How to get people, to how they construct things. But my tool is always bottom up and it's really not a narrative content led approach. It's really just the regulation of physiological responses. And to help people to do that and be really skillful at that through the model of learning to turn on, turn off the shakes. For me, ultimately shaking is about helping us feel connected to our body.

25. I think when we are skillful at regulating intense feelings and we can use other ways of doing that, but in TRE we use shaking as the way of engaging with embodied feelings. When you're skillful at that then that's just an incredible tool and a bottom up tool that often sidesteps narrative approach.

26. **TE: Crisis intervention is a really huge field. There's so many different kinds of crises and it's hard to categorize them. There's one way of looking at crises: There's those low threshold crises, like daily crises in a way where people are usually able to cope alone or with friends or with family members. Then there you have those psychosocial crises where you need some kind of professional support. That's where social workers or body workers or psychologists come in. And then you have as the third field, the acute emergency situations, when there's an acute trauma crisis. Now, based on your experience or on your knowledge in what fields can TRE be useful?**

27. **SH:** I mean, I'd be hopeful for us, but really, we don't have the research as a community to back up our hope. We have lots of anecdotes and we have lots of examples of good practice around the world, but we don't have a solid research history, unfortunately. Things like EMDR do. Francine Shapiro in the early days did three papers from her existing research background and from those three papers, the whole edifice of EMDR has been going for, however long it is, 10, 15, 20 years now. So TRE never did. We weren't quite smart enough to get kind of sharp enough research right at the start.

However, crisis intervention and trauma, there is some interesting research that should make us be careful here. So, I live in Geneva, my wife works in public health, and I know a lot of people in WHO. I have an incredible respect for public health and WHO, what they're attempting to do.

28. So an example of that was a, I might not get the precise name, but brief intervention therapy. The model was sort of half an hour of talking immediately or as close to a traumatic event as possible. It seemed like a good idea. Educate people around trauma, give them a half an hour intervention or maybe some leaflets or some chat within, very close to an overwhelming event or a crisis process. And they tried doing this, I believe in, with soldiers and with people with

car accidents doing this in hospital and it was actually rolled out by WHO around the world, who kind of had a nice surface model, educating people around trauma that they'd be more prepared to deal with it.

29. But unfortunately this verbal interaction, when they started studying it after rolling it out or as a WHO program around the world, the research showed that, when they compared people in hospitals who'd been through car accidents, and they had a nice control group where they didn't do an intervention and a control group where they talked to this half hour brief intervention as education around trauma. Unfortunately the three year follow up showed that the people who had the half hour of intervention actually were more stuck in their trauma response and had more pain at three years than the people who had no intervention.
30. So the intervention actually made people worse, was the follow up, but that's the integrity of research. They kind of, you know, WHO pushed it around the world and then they had to withdraw it based on their understanding and learning.
31. And there's unfortunately a fair amount of hints that some of the interventions we do around trauma, because it's so complex, don't always seem to help.
32. So meditative awareness, mindfulness can be a great tool. But there's a bit of a kickback about mindfulness at the moment and sometimes there's a dark side to mindfulness. So that's something. I'm a big fan of mindful awareness, but if you don't teach it well and you don't get it right
33. [Datenaussetzer]
34. **TE: Sorry, Steve, there was just a connection stop for that moment.**
35. **SH:** Yeah, so I talked a little about the brief intervention and the failure in research of that and how WHO with huge integrity with the recommendation around that.
36. And then recently, you know, I'm a huge fan of mindfulness, but mindfulness isn't a simple intervention and you're seeing a lot more about the dark side of mindfulness, or that sometimes helping people feel too much too soon. Actually doesn't help them. In fact, it might be that they're taking them out of dissociation states without providing support which provides too much activation too quickly again.

37. **SH:** So that's a struggle. So that having very positive research around mindfulness for a long time and the idea that psychologists were learning it. Now we're a bit more worried, a bit more scared, a bit more cautious about it. It's not entirely good.
38. And the same with 9/11 the rush for psychotherapeutic interventions for that cohort of people affected by 9/11. There was a lot of brief therapy offered at that stage, but, I don't know if you have read some of the follow ups or analysis of whether that was actually helpful or whether it kind of supported people that rush to provide talking treatments to people through a collective trauma experience. The data's quite mixed and some of it seems to show that talking hasn't helped those people. In fact, maybe they're telling stories without resolving the physiology. So it's a good idea how to support people in crisis or it's a beautiful hope but the little bits of data and studies, I know it's, it's all mixed about how to do that and what best practice is.
39. **TE: Yeah. So also with TRE you would be kind of cautious saying, because we don't know yet, we don't have too many, uh, or we don't have any scientific proof if it's really beneficial?**
40. **SH:** Yes and you know, we all hope and we're all attached to our therapist, but we just need to own that TRE exists on anecdotes and an experience of people still choosing to come. You just have to sit with that as a suit. So for you as a researcher, you are one of the people who's sort of changing that culture. So I have huge respect for that and I was very happy to, to even just a half hour conversation with you. But it's hard proving what does and doesn't work. And I do know that it's complex working immediately after traumatic events. Interventions that are shown to work they're few and far between, even though there is some data about things that have been tried, is my understanding.
41. **TE: Okay. Now you talked about those acute situations and whether modalities could be helpful there, and you said it's kind of, we don't know yet and sometimes people say it's good, but then afterwards it shows up that it's not only good or it can also do be harmful, like you said, for mindfulness or for talk**

therapy. And how is it with TRE and for those psycho-social crises? When you're already visiting like a professional, doing it complementary, maybe going to psychotherapy and doing TRE besides. How is it there?

42. **SH:** Well, I haven't rigorously collected the experiences or documented what I've worked with. But the feedback I get and the idea, you know, it's self collecting, people keep coming back. I only, like any alternative medicine practitioner isn't research based, I only live off. You know, that's self-selecting. You just get the people who are doing well, who keep coming back.

43. But I've taught probably 3000, 4,000 people over the last 12, 13 years, and I collect a lot of good stories and I feel very confident that people who've been in very stuck places or very dissociated or, or feel that they're struggling, have a tool that they can use and it helps them struggle less. But that's the sample size of a few thousand and I'm self-selecting the people who are telling me that that's a good experience for.

44. **TE:** **And it's also like the positive anecdotes they get shared and the other ones maybe not. So, you know, it's always kind of not representative, I guess. Yeah. Okay. Good point. Thank you. The next question would be at what point does it make sense to teach TRE like after trauma or after crisis? You said before it would mainly use it preventative?**

45. **SH:** Well, prevention, but for me, theoretically and in my experience, there's no limit. If I was in a car accident, we need to have the caveat that you can check for concussion and internal bleeds and there's no broken bones. We could use the advice for exercise, that is, for shaking. So if you've been in an event and you've been cleared for no internal bleeds or no broken bones and the doctors are saying you're safe to move, then that would be one landmark. So please, if you have a car accident, people need to go and get some basic checks done, but once those have been done and we're clear, then for me, I'd want to shake and I'd want to be as embodied a possible, and get support to do that as soon as possible. So for me, if I felt safe, I'd do it in the evening if I'd been in that car accident or I'd been attacked. Because this idea that we get activated and then we were in this reflex of this heightened tension or dissociative state and shaking as a way of just naturally

- downregulating those overprotective activated reflexes. The sooner the better in many ways.
46. But also, even if you've been in this stuck activated place for days, weeks, months, years, TRE can still help regulate that. It really is, I don't say this lightly, but there is an on off button here: We get activated, we get stuck in this activated state, and then 10 years later, we come out of that.
47. Now, often it's a step-by-step process and sometimes we don't go back to our baseline. We've been in this habitual state for so long, it's very hard to regulate all the systems. But for some people, many years later, it is like: *oh wow, I've got activated. I didn't realize how hypervigilant I was or that I was in this dissociated space.*
48. **SH:** When we shift that physiological set point and return it to the pre-accident state, then people do function much better. So at the end point, there's no theoretical endpoint to this and the start point is as soon as possible in, theoretically, I've worked with people who've been quite fresh from being attacked or car accidents or the death of a loved one and the slow, simple journal of beginning to feel safe in their body. It can never be too soon.
49. **TE: Okay. Yeah, that's what the other expert told me as well. Basically that's like it can be used. Yeah, from prevention even 20, 30 years after an incident.**
50. **TE: Okay. Some questions left. So, secondary trauma. For many people who work with people who have crisis or trauma it can be dangerous that they get stressed or traumatized themselves. Because of empathy and stuff. Would it be useful to teach TRE to people who take care of other people?**
51. **SH:** Absolutely. The research of vicarious trauma, secondary trauma is really quite clear and a known documented effect if you somatic mirroring or over empathizing. There's a nice piece of research from some Irish psychotherapists on body-centered transference or countertransference, so not just verbal understanding and exploration of the transference counter transference model.
52. They did one study on 30 I think, or one study on 70 experienced psychotherapists, looking at their embodied responses and how they track those over a number of months and just creating a scale. And all of them had significant moments of

feeling tired or unexpected body shifts or sexual arousal sometimes, or headaches or shifts in pain that felt unusual for them. And it's a lovely, lovely piece of research or a lovely write up of it. If you like it, just pop me an email and I'll send you the details.

53. But what's very clear is that experienced therapists, it's not just emotion and mental processes in that countertransference. We have these physiological shifts inside of us as we're observing. And if we don't regulate that and if we don't look after ourselves and if we don't have tools to recover or to rest or to discharge, then our health is going to suffer. If you keep talking to people with headaches and you keep mirroring those people, you start mirroring that inside of you, consciously, unconsciously. And if you are stressed by your own life, that's just an extra load and your health's gonna suffer. It's not rocket science and there's clear data around it and clear research around it, I believe. So, absolutely. Who looks after the therapists and your own supervision is a good part of that. But definitely I would offer that as an embodied tool. And that might be people going running or it might be they do meditation or a yoga class. But TRE's a great one to add into that because I think it works very quickly and it's very specific and it's very richly trauma informed in a way that running and meditation sometimes aren't.

54. **TE: TRE is also a self-help method, so people can also learn it on their own by just looking at YouTube, buying a book and trying it at home. And then you can do it in a therapeutic setting in a one-to-one setting with a provider. So what's the difference for clients? What would you say, what's beneficial doing it at home alone? What's beneficial doing it one-to-one with somebody else?**

55. **SH:** Well, let me add in one more way that people learn. There's three essential ways. People can learn from videos or from books. People can learn in a one-to-one situation, a bit like a classic therapeutic relationship. However, TRE's framed as an education, an exercise paradigm, not primarily a therapeutic process and for legal reasons in certain countries, that's quite important. But also people can learn TRE in groups, like yoga classes, they're going along, they're learning a tool, but it's a little bit more of a package around just a little bit of education to frame that process.

56. **SH:** So those three ways: self-directed learning or learning in a one-to-one situation and that can be a short three to six sessions or can be an ongoing inquiry. Or people learning in groups and, and having a community of support, that's very important for David.
57. David Berceles developed this model, the idea of communities learning together. For him it was more like you teach village elders or you teach elders in a community and they go and spread that to significant people. So the community aspect of shaking and moving together is very, very powerful.
59. So a lot of that is unique. One, being able to work with trauma in communities. Too focused on not narrative, but feeling your body and the ability to move and the idea that David took this radical stance of: *let's make this information available to people.*
60. Putting some caveats in trying to teach that: don't go too quickly. That self-regulation is important, but the ultimate goal of TRE is a self-regulation tool. It's not being embedded in a one-to-one relationship.
61. Where the therapeutic only happens in relationship to the therapeutic dynamic and the therapeutic dynamic is the kind of learning tool really. That's not what we're doing and we're not doing an interpretive framework around old narrative stories. It's about a self-regulation tool to help you regulate coming out of being stuck in fight or flight or coming out of being stuck in dissociative processes. So that I think is a unique thing.
62. We are promoting self-healing through an embodied tool where people learn to turn on and turn off the tremors and learn to regulate their own physiological response. All of that I think is quite distinct and unusual and the fact that you can learn in groups is another unique feature. I don't know of any other modality.
63. There are some group narratives around working with trauma, narrative models where people talk and come together over sustained periods. And those might be even community led action groups like a rape crisis group or women who supporting other people who've experienced sexual violence or black or racially focussed groups or whatever those groups are where trauma is part of it, but they're more a community focus.

64. It's unique thing is that it's an embodied tool that's promoting self-regulation without the narrative. So those three things. You can learn it in different ways. So there's incredible strengths in that and there's incredible limitations in that. And I'm okay with those limitations.
65. It's like, do you know the band The White Stripes? So one of their first albums, they only wore red and white and they only did it on very simple material and they only did it on a guitar and drums. And they made their best music I think when they had the simplest limitations. Within the limitations. It's like only drawing in black and white. Sometimes the constraints allow things to be much more creative.
66. For some people TRE works precisely because they don't talk about things and they can be an anonymous in a big group and they're just exploring their body. They're being in a social situation where talking isn't the primary tool. So for some people that limitation is the actual thing. That's the strength. Even with something like complex developmental trauma. Where there's all sorts of layers and personality structures and histories that are very, very complex for people. But even with complex people not talking, not really being witnessed as an individual, but being part of a group, that is the thing that's precisely the thing that's so strong for some people.
67. However, for some people, the idea of not talking, not having a narrative, And not having one-to-one attention is terrifying. So they can learn TRE by doing it in a one-to-one ongoing process and they may take a long time to learn to shake on their own. I've learned that when I've taught groups or taught people. I'm hoping that they're gonna do this tool on their own very quickly.
68. But I've learned there's a percentage of people who only like shaking in groups or only like shaking with one-to-one, because it's still too scary to do it on their own
69. And then there's some people who just really rock with it. They learn to shake by watching the YouTube video, reading David's books. They find the ability to shake and it just really helps them be a bit more grounded, sleep a bit better, feel a little bit easier, and they rarely engage or they only once or twice they engage with a TRE provider to help them. Or it's alongside their existing talking treatment model or ongoing support.

70. So I want to say the limitations sometimes are the very fact that makes it work, but we do know that the limitations are there and some people really should be getting medical support, chemical support, biochemical drugs. Having a psychiatrist, they're talking to someone and they're doing an embodied practice. They need a range of tools because trauma's complex and we often need a whole range of things to help us feel safe.
71. **TE: One more question. Some people, providers or trainers say: Well, we don't need the exercises. You can just start shaking. Actually, they're a key limitation for the method because they take time. Because people are tired after work, they don't want to do the exercises? They just want to do shaking. So how would you see the exercise itself? Do we need to do them before? Or is it like you can do them, but don't have to?**
72. **SH:** The magic of TRE is to learn how to turn on and turn off the shakes and interact with them safely. So the shaking, activating this mechanism and using the mechanism to promote embodied safety, that's the magic of TRE.
73. However, David's genius was to create a very simple set of seven exercises and a framework and a way of entering into it that has worked all over the world with all sorts of cohorts of people. Big people, small people, old people, thin people, fat people, you know, from all sorts of different cultures. That's quite extraordinary. So, I think the value of the exercises is that a little bit of tiredness, a little bit of stretching, but more importantly, a ritual and routine for entering into your body in a particular way.
74. So I've been teaching the same seven exercises for 13 years. Frankly, I'm really bored with the exercises. I can teach it with my eyes closed. But what I've learned to value is the ritual and the consistent way creates safety.
75. So one of my metaphors is a little bit like: trauma is your inner guard dog, your inner threat detection system. He's overactive and is barking all the time. Barking at the postman, barking at the kids. Now you can talk to the guard dog, but guards knocks aren't gonna really understand talking. But ritual and routine stroking, nourishing repetitive things, retrain the inner guard dog.

76. So for me, I've embraced the seven exercises, as a ritual that's like stroking the guard dog and creates this field, this process, this starting point, this moment: *we are going to start TRE and this is the steps we do to do that.*
77. So for my clients, I say: do the exercises for the first 10 times all the way through. Learn the ritual and routine. Make that process. The exercises are useful to tie you out, to stretch you, but also to help ground you and help you prepare for the process of shaking.
78. After the first 10 times all the way through, then most people learn they can just lie on the floor. They can lie down and shake with their knees apart and just doing exercise number seven. Or they can sit in a chair and do the shaking just by an act of letting go.
79. But for the worldwide community and this way of teaching it, there's the ritual and routine and the TRE way is just a nice ritual, I think there's something deeply valuable in that. So no, you don't need the exercises. We know there's lots of ways of getting people to shake, but this is the TRE way and there's a sort of beauty and value in that. But we do know that you can shake just by an act of letting go. And over time, that's what most people do actually after they've learnt the exercise.
80. **TE: Oh yeah. Beautiful. I like that picture with the dog, with the guardian dog. And I noticed myself, somehow I can understand both points of views. I know I can shake whenever I want and it's nice and I also teach my clients that they can do like the shortcut when they need it. But then I also noticed how nice the exercises ground me. I always said they prepare me for the session in a helpful way.**
81. **SH:** I know that some teachers are a little bit more rigid that you have to do the exercises and you have to do it from a certain time. I'm really against that, but I do value that and you know, if you go to a TRE class in Berlin, TRE class in London, TRE class in Buenos Aires, that sense of entering into it in the same way does have value and is useful I think.
82. **TE: Some people ask, can people be retraumatized by shaking? Isn't it dangerous? What's your point on this question?**

83. **SH:** I think the model we have, the essential tools of being grounded of self-regulation and avoiding freezing flooding, dissociation. So doing no more than six out of 10.
84. Inherently we shake to release, but it's not a dramatic pushing through or catharsis. So I think for us it's very, very, very important to avoid the notion of re-traumatizing and our collective experience is that we don't do that. The things we do is because we're so sensitive on people being grounded, learning self-regulation and avoiding freezing, flooding, dissociating. I personally far prefer the metaphor that we shape: to connect, because I think that's an anti-dissociative metaphor. And I think dissociation is the essence of trauma.
85. I like the term: *shake to release*. I think it's a great metaphor, but it's easier to get stuck in cathartic or breakthrough or working hard models in that *shake to release* phrase. It can get a bit sticky for people. So my teaching is mostly about *shaking to connect*. Waking up the body with an anti-dissociative metaphor where we're doing it really, really grounded, really slow, really focusing on trying to find the right place for people. And if you are working that way, I think that minimizes the potential for re-traumatization. But we do know that feeling is hard.
86. Part of the kickback around mindfulness is possibly taking people out of dissociative states too soon without a support network. Meditation was traditionally taught in communities and very tightly bound retreat models and communities that are ongoingly together, and that would've been how they'd have put a break on that dissociative experience.
87. So, Yeah. Doing it slowly and being grounded is really, really important. And I think we do that well in TRE and I think that makes it inherently safe and our collective experience is that we don't retraumatize people. Certainly less than the data that's used to say that CBT is a good therapy for trauma. Certainly.
88. And I had those levels of side effects that you see reported in CBT as the gold standard for working with trauma. I really wouldn't be doing this work. It would just be too much work to pick those people up afterwards.
89. **TE: Wow.**

90. **SH** Yeah. Okay, great. Hey, nice to talk to you. Lemme know how your research goes. I'd be very happy or be interested to read what you produced. That'd be great.
91. **TE**: **Yes. I'm going to translate it somehow into English. I'm gonna make an English version and let you know when it's finished.**
92. **SH**: Yes. Well, good luck and sorry I was a little bit late.
93. **TE**: **Have a good time. Yeah, thanks. Thank you. Good luck.**
94. **Uh, stop one more question: Is it okay for you if I use this interview as a data donation with the purpose of scientific exploitation in the context of my bachelor thesis?**
95. **SH**: Yeah, of course. That's no problem. Good luck. Yeah,

Anhang C - Experteninterview Richmond Heath

1. **Interview mit Richmond Heath** (05.01.2023)
- 2.
3. **TE: You are a Physiotherapist, TRE Certification Trainer and National Coordinator of TRE Australia. What's your professional background and how long have you been working with the TREs?**
4. **RH:** Yes. I have a very varied background from physiotherapy.
- 5.
6. Also I have a background in working in mental health, both as a physiotherapist and then also working in youth suicide prevention. Initially around the use of the internet to encourage help seeking behaviors with a website called reachout.com, which was one of the world first Internet sort of websites, trying to create social good. I was just a small part of that, but, so I've had that background in mental health and then also Pilates and a range of different therapies.
- 7.
8. I came to TRE about 12 years ago. I originally experienced spontaneous movement through meditation before I came to TRE, so I had a background experience of that, but it was TRE that gave me the trauma informed neuroscientific model to make sense of those spontaneous movements. I've been teaching that full-time for about 12 years. I've probably taught about four or 5,000 people face-to-face in that time. And then there's probably another four or 5,000 people who've done my online course.

TE: As I understand, the main focus on your work is based on TRE right now?
9. **RH:** Yeah, basically a hundred percent of it. For the last 12 years I've been full-time on TRE. Yeah.
- 10.
11. **TE: Can you tell a little bit about the structure of TRE i.e. how is it organized globally and in Australia? You say you're the national coordinator.**
RH: Globally it was founded by David Burelli, as you know. And so, then from

there there's been people like myself who have become certification trainers. So we've done a certain level of training or a certain level of experience of teaching other people how to teach it. I think there might be 70 or 80 or something certification trainers around the world and there's training in something like 80 countries.

12.

13. So it's kind of been spreading primarily through word of mouth. It's really a paradigm change and it's ahead of the curve in terms of our understanding about spontaneous movement, because it's been pathologized for so long. Around the world there's an estimated 5 million people who have learned TRE over the last 20 years. The spread has purely been based through experiential or action research, through clinical outcomes, not through the theory.

It's important, Tobias, to put it in a bigger context, which is: TRE is just a modern, scientific way of explaining this common phenomenon of spontaneous movement, which has occurred in cultures all around the world for thousands of years and being deliberately used. So, it's important to recognize that TRE is a modern day contemporary neuroscientific framework and model for working with a spontaneous movement reflex, for one of a better word, that many traditional cultures have worked with for thousands of years.

14.

15. Like you know, the Kalahari Bushman, calling themselves the keepers of the shake, the ancient Samurai practiced a process called "psi jiu jitsu" with spontaneous movement. In contemporary Martial arts, there is "Katogen Undo", known as regenerative movement. You've got bioenergetic shaking in Bali.. So, there's countless cultures that have been using it. Therefore it's important that we don't just think "Hey, this is something entirely new!". This is just a new way of understanding something that's ancient and has been used by cultures all around the world for thousands of years.

16. **TE: The focus of my thesis is about crisis intervention and whether TRE might be a good complementary method in the field of crisis intervention. First, I want to ask some questions about the potential of TRE in crisis intervention. What has**

been your experience in crisis intervention using TRE?

RH: It's been hugely beneficial in work that I've done after natural disasters in Australia, such as our Black Saturday Bush Fires, floods up in Queensland and also there was an earthquake in New Zealand, another country, of course.

17.

18. I've done a number of evaluations and the evaluations always come back the same way. About 90 to 95% of people, after doing for example a one day or a two day TRE workshop, will report that they immediately feel more calm. And about 95% of people will suggest that they will continue the practice that they've learnt because they've found it so beneficial. About a hundred percent of people recommend the training for other people who have been affected by disasters and crises. So, it doesn't matter the context. And that's been with general public and crisis intervention workers and relief workers. So it's across the board and the evaluations are always the same.

19.

20. **RH:** In my mind, there's no question about whether it is beneficial? Because, if you take it to the people who are affected by crisis, they're reporting it constantly. And that's why it's spreading just purely through word of mouth, even though it doesn't have the scientific mainstream support yet. Because people experience it and there's no denying the immediate impact it has in their body and through the body in their mind, their breath, and their relationships and their recovery.

21.

22. **TE: What is the particular strength of TRE in the field of crisis intervention? What's the strength of the method?**

23.

24. **RH:** From my opinion, the strength of the method is that because we are working below the level of the conscious mind. Just about everything we do for crisis intervention is cognitively top-down driven. Whereas we know that the physiological responses and the neurobiology of stress and trauma are not top-down. There are bottom up subconscious autonomic processes. So, because what we're doing is, we're tapping into the body's own innate capacity to change its neurobiology. That's different to just about everything else that's happening.

Now, that doesn't mean that TRE replaces all those other things, because we know of their value. But what it does is it adds this completely different entry point into re-regulating the nervous system.

25.

26. **RH:** I never forget David Berceles sort of saying: This is what happens: in our trauma model, we're starting to incorporate the body now. We're going: „Oh look! Trauma's all in the body, it's not conscious, it's not thought.” But then just about everything we do traditionally to try and fix it is going: „Let's use cognition and thought and do it cognitively”. So its unique place is the angle that's coming at.

27.

28. And then of course, the physiological differences because we're tapping into the body's innate ability to restore itself to homeostasis and balance. So that, again, is different. We're working with the same sort of parts of the organism that are creating our stress and trauma responses outside our conscious control and the body has this inbuilt mechanism to re-regulate that, like any mammal. So, all we are really doing is reframing and reactivating what's already an innate recovery reflex that's just being suppressed in most other paradigms and models around stress and trauma.

29.

30. **TE: Wow! Great. Thank you. You cover a lot of things I would've asked later on. Another question is about the timing of intervention. On time level we have different stages. Prevention of course, the acute intervention and then the continuing support or referral. So at which time level would you recommend TRE?**

31.

32. **RH:** It's very obvious: at all three time points. The ultimate thing is that people are primed and have prelearned how to use this reflex, so they already understand how it works in terms of coming out of stress and trauma. Now, in terms of preventing it, what you've gotta recognize is that the problem with PTSD and unresolved trauma is the inability to come back out of defensive states.

33.

34. So it's not that we're aiming to ever prevent someone going into a defensive state, but it's training the capacity to come back out. And that's what we lose. So by people training that and pre-training that before they have a crisis, then when their body starts to spontaneously move. Or if they activate that reflex, then it's already going to be something that they understand, they know how to regulate, they're not scared of. So it's going to be much more efficient. The ultimate aim would be that people understand this process. When they've already learned it, they're already comfortable with it and then they can deliberately use it as soon as they have a crisis.
- 35.
36. The sooner the better. So in our current sort of research model people aren't looking for recovery in the first acute couple of weeks or months. They're just wanting to deal with practical stuff. But that's because people don't understand and this model doesn't understand that the sooner you can reregulate your nervous system, the better you can then get on with all those recovery things and deal with i.e. finding a house and finances and doing all that stuff that happens after a crisis.
37. So it's just because our current model is actually not effective in helping people re-regulate, that it's not until afterwards people are going: „*Now, all the stress and trauma that was carried in my body has caught up with me*”. Whereas if people know about this in a way, it's a form of trauma inoculation. An inoculation to help people's body to respond better to crisis
38. Like with Covid, what do we do? We're gonna give you a little injection, so that your immune response to the covid virus is better. So by training people how to increase or strengthen their body's capacity to re-regulate through tremors, it's like we're inoculating or injecting people and saying now that when you do have a crisis, your body is already better at responding to that crisis. Because we know we can't prevent crisis.
- 39.
40. **RH:** So, we've already trained the neurobiological pathways of recovery. We know about the defense cascade, that's all very well researched but what we haven't researched is the recovery cascade. So that's really what we are training. We're

completing the full cycle. Now, of course, if people use that, and the research is really clear from back in the seventies, if you can restore the neurobiology of the body after a crisis, you are highly unlikely to get PTSD. That research is very, very clear. So that there are neurobiological processes that are below the level of the conscious mind and cognitive control. If that happens, acutely, then you're highly unlikely to get PTSD, no matter what else happens. And this is a missing link that our current cognitive behavioral sort of models are not able to deal with because they're limited in their capacity to change the physiology of the body.

41. **RH:** So in relation to crisis intervention, the ideal would be preventative. If people are pre-trained, then when they have a crisis, as soon as they're in a crisis, the sooner they can come out of it, the better.

42.

43. **TE: How is it with trauma or traumatic experience that had been long ago in the past i. e. maybe 10, 20 years? Is TRE still useful?**

44.

45. **RH:** Absolutely. It's still relevant. It's not always a magic cure. But what is important is to think about what trauma that happened 20 years ago actually is, okay? So what you've gotta recognize is that trauma is a verb. Trauma is something that the body is still activating defensive responses in the moment, 20 years later. So it's not like it's stuck in my body. It's like a software program that's saying: „*In order to survive we need to be in this defensive response.*“. When we look at that as a physiological process and when you realize that if we give you a general anesthetic, those defensive responses are gone. When you go to sleep at night and you go into your deepest sleep cycle and your body goes completely soft and relaxed, those defensive responses are gone. So it's not something permanent, it is that the body has learnt to stay activated in a habitual state.

46. **TE: So, it's like an operating system that has been installed early in life and then it keeps on running until you kind of de-install or bring up better software?**

47. **RH:** Yeah, a little bit like that, but it's a defensive system that says: „*We've got to be in an upregulated state in order to survive.*“. And it's simply missing the downregulation component because in our Western medical model and in our

personal Western culture, if we shake, we think we're anxious or stressed or overwhelmed. So we prevent the completion.

48.

49. The reason that's relevant is that when we think unresolved trauma is an habitual activation of defensive states in the body, then anything that's gonna help turn off or, or calm down, those habitual reactive states is gonna be useful. And that's what the trembling does, because we see that showing up as the defensive tension and bracing in all the systems of the body. Not just the neuromuscular system, but our cardiovascular system, respiratory, digestive and hormonal systems. When we use the trembling to down-regulate then it's gonna have benefits. Because it has often been such a long learned behavior, it takes longer. It's not necessarily a magic bullet, it often takes longer for people to retrain their nervous system, so that it can function in a more calm regulated state. And that's what Stephen Porges at the TRE Global Summit said: „TRE really is a neural training program.“. We are retraining the nervous system how to respond in the same way that we're retraining, like movement patterns in the body in yoga or Pilates.

50. **TE: Oh, great. Thank you. I just saw that we are already nearing the end. I still have some questions left..**

51. **RH:** I've got as much time as you need. I've got another half an hour or three quarters. I don't mind. I'd rather give you what you need.

52.

53. **TE: That's cool. I would still try to keep it short. Otherwise it's just too much material. I would still want to cover secondary trauma i.e. people who help people on a professional level but also relatives, family of someone who has trauma. They can experience secondary trauma and the question is, how is your experience with teaching TRE as a means to prevent secondary trauma or to cover secondary trauma?**

54.

55. **RH:** To answer that question, we've actually gotta ask a better question first. Because you've gotta say: „*What is trauma to the body?*“ *What is trauma to the neuromuscular system?* Let's just pick one system. It's irrelevant whether the

process happened to me or whether I'm empathically feeling that from someone else because I'm witnessing other trauma. The neuromuscular system can't respond differently. It doesn't say: "*Oh, that's psycho-emotional trauma, therefore I'm gonna respond differently.*". The muscle system just says: „*I'm gonna create tension.*” That's now a very generalized thing, but my point is the body doesn't respond that differently. The systems don't respond differently regardless of the external cause. So because we traditionally have looked at trauma based on what kind of trauma or whether it's life and death or whether it's secondary or primary. There is no such thing as primary and secondary trauma to the neuromuscular system! That's just external and that is real. There's different external factors, but to the internal experience of trauma, that is completely irrelevant. The body only has its normal habitual defense responses, regardless of what the cause is, whether it's physical, psycho-emotional, personal, or secondary. So, the answer of course, is that it has the exact same benefits and potentials, regardless of whether it's secondary or primary.

56. Again a lot of people around the world find it has the same benefits because the body to many degrees is responding the same to secondary trauma as to primary trauma. TRE is still working at that same internal level regardless of the origins of those defensive responses.

57.

58. **TE: TRE is a self-help method. So it's designed for people to help themselves and to learn it also on their own, but also you can learn it with TRE Providers. I would like to hear, how would you see the difference and what is better if you do it alone and what's better if you do it with a Provider? What's the difference?**

59. **RH:** It can be used both ways, in a therapeutic setting or as a self-help tool. The reality is that the great gift of TRE is its use as a self-care technique. Because when we have a natural disaster or a crisis, we don't have enough therapists, and the therapeutic model is not an efficient way to help to empower people. Using TRE for self-care and self-empowering people is the ultimate aim of TRE. But a small percentage of people, who find it hard to regulate their nervous system or who have difficulties or who have habitually found that the shaking and trembling is

out of control, may need initial help to learn how to feel comfortable and relaxed and surrender to this process.

60. But its real value is as an empowering self-help technique because, as we talked about earlier, it is like a birthright natural restorative reflex. Imagine it a little bit like, if you had a culture where we all said crying is really bad, which we live in the western world, but then always saying: *„Hang on, crying is positive and it helps restore your body. Let's just start crying again.“*

61.

62. By empowering people with this, that's the real value. Because you see, even if someone has a crisis, trauma, and then they kind of treat that we're all carrying unresolved tension, stress and anxiety and anger in the physiology of our body. So the real value isn't just saying: *„We are using it to let go of a particular trauma“* but *„We are using the tremor mechanism regularly to actually help reorganize our nervous system in the future.“*

63.

64. And what a lot of people don't recognize is that we all shake and tremor for eight or nine months in utero. So this tremor mechanism, it's not just about releasing trauma, it's about how our body actually reorganizes itself and how our neuromuscular system actually integrates.

65. In that sense, it's much more than just a trauma recovery process. It's a process that people can use for life to keep reorganizing their physiology and their body.

66. People with extreme trauma will benefit from Provider support. Now some people with extreme trauma who feel like they're completely out of control will benefit from initially at least learning it with a TRE Provider. So they can learn how to integrate it and experience it comfortably and safely because they've often coupled the shaking experience with trauma and being out of control and being overwhelmed.

67.

68. **TE: That brings me to the next question. Sometimes people ask: *„Ah, isn't it dangerous? Could people be re-traumatized?“*. I think you know that question. What would be your answer to this doubt or this question? Can TRE be re-traumatizing?**

69. **RH:** It's an interesting question. What actually is re-traumatization? The reality is the tremor mechanism is not gonna put anything new into your body. If you experience the shaking as being out of control and you don't have a model for that and you don't understand that, your response may be, *"Oh, this is overwhelming. Oh, I'm out of control"*. Hence your body may recreate its defensive responses, the fight, flight, freeze, the whole defensive cascade. It's not gonna create anything new, it's not gonna create new trauma. All that might happen is people are going: *"My normal habitual defensive responses are being activated."* For some people, a tiny percentage of people, they may find: *"Oh, it's overwhelming. I couldn't cope with it"* - that sort of thing. I wouldn't say it's re-traumatizing.

70.

71. I actually say that even that experience is de-traumatizing because what's happening is, the habitual activation of the defense response is happening, and then each time they go through that cycle, then they recover. We are starting to reinforce the cycle of completion. So, ultimately, this is why having a framework and an understanding - and this is what TRE does well. It provides a framework for people to make sense of this mechanism. Then their conscious mind doesn't get overwhelmed or get worried about it. That's really the big problem. If people think shaking is bad and out of control, and if people think it's dangerous, well guess what happens? Of course we're gonna perceive it as dangerous, and so we're gonna feel overwhelmed. When people understand that it's not dangerous and it's okay, then of course we don't have that response. In the same way if you look at the shaking and trembling reflex in other cultures for example a mystic christian culture. If people believe that the shaking and going into an altered state is a positive sign that the Holy Spirit or the Lord Jesus Christ is coming into their body, they don't get re-traumatized or overwhelmed, they get healed.

72. So the actual question about is it safe, is it dangerous, is a loaded question like any sort of placebo or nocebo effect, because it is already having an impact upon how people are experiencing it.

73.

74. Our current model and the therapeutic model doesn't understand it and says: *"Oh my God, is it safe?"*. It's already creating a neuroceptive, embodied experience that

it might be dangerous, which then creates a forward feedback loop of people going: *"This is dangerous. Is it dangerous?"* Whereas in cultures around the world, there's no question about it. If you go to the Kalahari Bushman, none of them are saying: *"Is this dangerous?"*! Because it's integrated into their culture. So we have to actually look that the very question itself is reflecting the lens that we are looking at it through, which is having an impact upon how people experience it. And part of what TRE is doing is reframing this, saying this is a normal neurobiological process and when we understand that and experience that and go *"Wow, after the shaking I felt better."* So, *"After the crying I felt better"*. Then we lose our fear around it and if the fear is gone off it. Then people don't find it re-traumatizing.

75.

76. **TE: Wow. One last question. Where do you see the limitations of the method? Because sometimes people think, "Ah, now I found the key and now I just need to do TRE and then everything will be fine". Of course it's not, because trauma is quite complex. Where do you see the limitations of TRE? Like where should TRE Providers refer to other people?**

77.

78. **RH:** Yeah. Great. The limitations I've seen, and a little bit what you say, sometimes people get very passive and they feel like if *"I just do this, everything's gonna be wonderful"*. And the reality is that even if you're practicing TRE you're probably gonna be doing it for a maximum of about three or 4% of your day. So the other 97% of your day, you're going to be living from a cognitive conscious place. And so one of the limitations of TRE is when people think *"If I just do this, everything's gonna be wonderful"*. It's that kind of magical thinking: *"It's gonna fix everything."* Then people don't actually do all the other things they need to do to learn how to actually use their thinking and their conscious mind and their cognition.

79. **RH:** I think that's the limitation, that we are really only using TRE three or 4% of the day, and then if the other 97% of the day, I always say in my workshops: *"If you just shake every day, if you do TRE every day, but then you sit on the couch and eat 16 hamburgers and watch reality TV. You're gonna have a shit life, you're not gonna feel healthy"*.

- 80.
81. So, what we do in the other 97% of the day is critical. Do we exercise? Do we have a clear mind? Do we meditate? Do we use our thinking? What are our relationships like? Do we have a sense of purpose? So the limitation I see is that - TRE is a hugely critical piece of the puzzle - but the limitation is when people think *„if I just do this, this is gonna be fine and I don't need to do anything else“*.
82. So in the example I sort of like to sometimes say: *„You've had trauma around a piano. A piano or something has fallen on you in the past. So you've been carrying trauma about the piano for 20 years. You might use the tremoring to let go of that, so you're no longer frightened of the piano, but it doesn't mean you can play the piano. It doesn't mean magically all of a sudden I can do it.“*. So that's a bit like life.
83. We can come out of our defensive states and we can find more places, sort of groundedness and centeredness, but we still then need to grow and develop the skills of how to be a healthy adult. It's a little bit alike with developmental trauma. It's a really valuable place. However, it doesn't magically turn someone whose physiology and sort of cognitive behavioral space is stuck at three years old into a 25 year old. We still then need to go through the developmental phases and stages. So it has relevance to that, but that's probably where I see the limitations. When people get passive and they think: *„Oh, I don't have to do anything. Everything's gonna be taken care of. I just do the tremoring and everything's gonna be wonderful.“*. I see that as the main limitation.
84. **TE: I noticed that myself, that you have for example the psychological or cognitive defense strategies which you've learned in childhood, it doesn't change them. You need to change them on yourself and with different methods. Otherwise you just keep on going, keep on going with the old strategies.**
85. **RH:** Uhm, and what I would say is, It does change them. And it does change them and have an impact, but can be very slowly. So when we're combining all our existing approaches and all those things you're talking about, whether you're doing CBT or whether you're doing Coaching, Reprime, Meditation, Mindfulness, Yoga, Pilates or whatever it is we are doing. When we combine them, the sort of organism below the level of conscious control, is having an impact on those

strategies. And in my experience eventually what happens is the tremors will, and the body and the organism, will lead us to that point of going: *"Hang on, there are other things I need to do, or things that I need to get to"*. So, I wouldn't say that it does not have an impact on your psycho-emotional or cognitive state, I think that it absolutely does. But, as I say, if 97 percent of the day you go back and think like this and act like this and behave like this, then it's gonna have a much more limited effect. I still think it has an effect in the same way in utero, there's a positive forwards movement, but if the rest of the time we're in negating that effect, rather than working with it by doing other things, then I think it becomes more limited.

86. **TE: Great. Thank you. That's really interesting the way, how you talk about it and what you say. Yeah and it's quite a lot of material..**

87. **RH:** Oh, I'm trying to keep it straight forward.

88. **TE: Yeah, put it all in the box. . Is there anything you would still want to talk about, like any question that hadn't been asked in the context of TRE and crisis intervention?**

89.

90. **RH:** Yeah. What I would be saying is that this information, this body informed trauma model or this neurobiological model of trauma, you know, should be part of all induction trainings for anyone who works in crisis or in trauma. And ideally what I'd like to see in the future is that it's part of our education system and this will happen, I've got no doubt that this will happen. It's just a matter of time for how long it takes science to catch up.

91.

92. The great example in relation to this is that when you look at first responders specifically, they're not really interested in preventing trauma. In Australia there's been lots of reviews and stuff about this. They see themselves as elite performers and quite rightly, they are elite performers in their field. So their focus is not on preventing trauma. Their focus is on improving their performance. No different to an elite athlete. Elite athletes don't really care about stress. If you said to an elite athlete, you need to have more stress and trauma in your life to win your gold

medal, they will all say: „Give me the stress and trauma“. They don't care about getting rid, they're just focused on their goal. And first responders are very much the same.

93.

94. The fact that TRE is being used by elite sports people - Olympic medalists, professional footballers in Australia, elite military and lots of other people around the world is a really major point. Because what's critical is that we're presenting it to first responders as a performance enhancing technique as much as a stress or trauma prevention technique. And then the other big element is looking at the relational component. That when our physiology is more calm and relaxed and less defended, then it has an impact on our relationships and our personal wellbeing.

95.

96. So for me, there's kind of three aspects to TRE.

One is, yes, there's the stress and trauma. You've had a crisis, you've had an overwhelming experience. How do you help people's physiology come out of that response as soon as possible? Because that will prevent PTSD.

But we don't wanna just use it for crisis intervention, we want this to become part of your normal daily training routines. So you're actually improving your performance, your ability to make decisions under pressure, your ability for your body to recover the way your mind is thinking.

97. And then also to frame that third element as what positive effect it has on your relationships in your life with your partner, your family, your kids, your friends, your community.

98.

99. We know that first responders will lose resilience the longer they're in their career. That research as well is very clear. So we know it's having this impact. Now, if people are adding everything we're doing on the physiological level in the body, there is a much greater likelihood of not losing resilience, and this is critical, but actually building resilience. Because resilience is the ability to go into defensive states and come fully back out of them.

100. One of the missing elements is, we think about and we just want to prevent the negative impacts of trauma, rather than going: "*Can we let that actually help*

us to grow and evolve?". And that's one of the key elements of TRE that each time the body goes into defense, it doesn't just come back to normal. It actually can open up more fully and be more safe and have greater capacity, so that the first responder career can actually be helped to mature the physiology and create greater resilience in the nervous system, not just help us prevent negative effects.

101. **TE: I love it. I love those three points you make?**

102. **RH:** Yeah. Three categories or components.

103. **TE: Yeah. Really nice. Okay. Um, first thank you very much. Thanks a lot. It was really great.**

104. **RH:** Oh, can I add one more thing?

105. **TE: Yes, sure!**

106.

107. **RH:** Okay. I wanna add this. For me, this is the most important thing. So currently in the paradigm, TRE is a set of exercises and that's how David Berceci started TRE years ago, because his background was in Bioenergetics. The exercises are not required. I've been teaching TRE without the exercises from the very beginning. For thousands and thousands of people. The exercises are not required.

108. Now, if people want to do the exercises, that's great. They can add value and they can deepen the process. But they are actually a key limitation to how TRE is spreading through crisis intervention. Because people go: "*Oh, I've gotta learn this information. Someone's gotta teach me these exercises*". In my opinion the exercises are actually the biggest limitation in the spread of TRE. Because it's unnecessary information. That can be added in later on afterwards to deepen the process and to add value. But people can learn how to tremor and can experience this tremor mechanism within two minutes, simply lying on their floor or in bed. So when you are presenting information about crisis management, we're saying, "*Oh, you've gotta learn this series of exercises. You've gotta be taught all this information*". It creates a barrier. The real value, and this is where we focus on, let's call them *neurogenic tremors*, separate to TRE. The tremor thing, itself,

- doesn't require any exercises. And what it does is it bypasses the barriers that we normally have to self-care. Because it doesn't take any physical effort.
109. If you have to do the physical exercises at the end of your workday when you've been fighting fires, no one's gonna do exercises. They're already tired. So the fact that you can lie down and connect to the tremors in 30 seconds once you've learnt, trained how to do it. It takes that out.
110. The second thing is when you've been working all day and focused all day, nobody wants to meditate or use their mind. They're exhausted. And with TRE, you can lie down and.. not with TRE, with the tremors, you don't have to think about the exercise of what you're doing. You simply lie down and relax and let go. TRE is not about the exercises but about the spontaneous movements.
111. When we look at TRE, when we do not look at TRE as the exercises, but the tremor mechanism, because it's not about the exercises. You could do those exercises and not tremor. That's not TRE and it's not gonna have the effect. It's gonna have the effect or benefit of doing exercise. But that's not what TRE is, it's about the spontaneous movement.
112. So in my opinion one of the greatest limitations at the moment is that we keep teaching TRE as a set of exercises you have to do before you get to the tremors. Whereas we need to introduce it as: *"This is a tremor mechanism!"* . Now once you've learned how to do it, you can actually make that work even better by doing additional things such as exercises. Such as now we can have a TRE provider, who can work with the tremor mechanism, but you do not need the exercises or a Provider for most people.
- 113.
114. So we've gotta get rid of that barrier. Because it's a waste of time when people are saying: *"I'm exhausted at the end of my shift. I don't have the mental energy. I don't have a lot of time. Oh, now you want me to do a set of exercises"*. We have to start focusing on the tremor mechanism if we wanna see TRE really succeed in crisis intervention. Because it's not about the exercise.
115. **TE: Yeah, that's really interesting. I get to think about it and it makes total sense and still there's one more question I have. For myself, I noticed the**

exercises helped me to really get grounded to get a good connection to my body, to calm down. And then the process of trembling I think I can integrate it better. When I'm totally in stress mode and then I start to shake, I just shake, but it's like, it doesn't really calm me down. So what, what would you say to this kind objection? Does it need some grounding before?

116.

117. **RH:** No. No, it doesn't. Think about this. When a zebra has been chased by a lion, does it say: „*I need to do some grounding exercises before I shake?*” It doesn't need that. That is largely a belief. Now, it's not to deny your experience, but if you learn, because you learnt TRE doing the exercises, you will have been told by lots of TRE Providers that you have to do grounding, that you will have to get yourself grounded.

The tremor mechanism is the process that the organism uses to ground us and embody us. Now, when you do the exercises beforehand, you go: "*Wow, I might have a different experience.*" But again, this is a belief system which is rife in the TRE community, which is: "*You need to do grounding exercises and centering in order for it to be safe*". That is just a misconception based on people's own inability to understand and integrate the process into their physiology. So what I'd be saying is absolutely, the exercises can be really useful. However, they are not required before people learn to tremor or for people to use it in the vast majority of cases. They will, for most people, deepen the process because you're stretching into your attention patterns and as you say, you're already pre connecting your mind and body. So that can absolutely be useful. I've got no argument that the exercises can be useful in the same way that if you tremor with someone who you trust and is safe, that's gonna have a different effect on how your body responds. So that's gonna have a positive effect, but that doesn't mean you have to have someone there in order for your organism to feel safe to tremor.

118. It's something that adds on. Or if we facilitate the tremors. As a self-help mechanism, all those things are something that can be added into, deepen and make the process more effective. But they are not primary, they're not required. And in the tiny percentage of people who may need to do a bit of grounding first, once they're really attached their intrapersonal attachment to the tremor

mechanism, as the process which is grounding them, they will find that they're more able to surrender into it and it will have greater effect. I hope that answers the question!

119. **TE: I think it's. It definitely is going to be interesting to observe this in the TRE community and how it's going to develop in the future and also to experiment with this. It's the first time I hear it that way.**

120. **RH:** One of the things that happens when people like yourself, so TRE Providers who have learned the traditional: „*Oh, you've gotta do the exercises. You've gotta do grounding. You've gotta regulate people.*” when they come to workshops with me in Australia.

So I've had numerous people come and we lie down and people bring their legs up and they're all trembling within two minutes. The comment that they all say at the end of the workshop is they're going: "*I can't believe how much movement people were getting in their very first session!*" So what happens is when it's framed like that, there's no fear of: "*Oh, we've gotta do grounding or they're gonna be dangerous*". When I sit in the room, what that person's nervous system feels in my body is: "*This is dangerous. If we don't do grounding exercises, it's gonna be dangerous*" So it's self sourcing, whereas they come into a workshop with David Berceci, and we go: "*The tremor mechanism is safe. It's fine. You're gonna be okay.*" Guess what happens? People tremor more fully, it goes more deeply. They get more movement with less drama.

121. **TE: Wow.**

122. **RH:** In the TRE community, this fear and this belief of: "*What? We've gotta do grounding beforehand*" it's because those people haven't actually truly connected to the tremor mechanism inside them, because they're still intellectually saying: „*I don't think it's safe.*”

123. Ask a zebra, ask an arctic squirrel that's coming out of hibernation. Are those tremors safe? It's all a head intellectual belief thing around it that's creating the problems that then we so desperately need TRE providers to help people stay safe. It's because we haven't integrated it.

124.

125. **TE: Yeah, that's really interesting. When I give an introduction, I take a lot of time and I do the exercises quite slowly and take time.. Well it's pretty nice but it takes a lot of time. And time needs to be payed at the end.**

126. **RH:** Right. Exactly.

127. **TE: So, that's another big issue I noticed.**

128. **RH:** Exactly. So I can run a session in 15 minutes. We can have people tremoring for 10 minutes.

129. **TE: True. Yeah.**

130.

131. **RH:** And so again, this is where the fear and it's based on, some of us go: *„When we started we had experiences and da, da, da and all went badly and people got overwhelmed and I got over.. blah, blah. And, so we've had that experience, but we haven't let it go.“* Oh, alright, that happened. Does that mean that's gonna happen tomorrow? No. So we go into the room. Within our nervous system, a belief saying: *„I've gotta give everyone lots of information. I've gotta teach them about regulation. I've gotta do the exercises, or they won't be safe. I've gotta do all blah, blah, blah, blah..“* Neuroceptively below the level of conscious control, the people sitting here are going: *"This is fucking terrifying if I don't know everything"*. And so we've got this model in TRE that we have to consciously regulate TRE. That's just a form of hypervigilance. It's just hypervigilance. It's a step down the curve. And so while we've got TRE providers who are still believing that, then that's the limit of how TRE is spreading. Because: *"You've gotta see me to make sure you're safe"*. It's ridiculous.

132. **TE: Yeah, great. Thank you.**

133. **RH:** But also to be fair, right? What you think now, I thought that years ago. Because that's what I was told and I had that experience. It's just that all I've managed to do, it's to go: *"I'm not gonna believe that that always has to be true in the future"* So I relate. You know, when I started teaching people, they might get

overwhelmed. They might freeze or flood or dissociate. And I had, and so I got for years, I was really like: „You've gotta regulate it.”. I taught how to regulate, you know? But then I realized that actually: „*No, that's because that's my belief.*”. And so as I was able to let go of that, more and more people are having - I haven't had people freeze, flood, or dissociate for years. Because it doesn't have to be a conscious, a cognitive regulation.

134. What I might do is I'll send you a - I did a masterclass on safety in TRE. And so it talks about this sense of what I call autoregulation. Which means you don't have to do it consciously. Yeah and what I'll do is, I'll create a coupon code so you don't have to pay for it and I'll send that to you. It's gonna be like two hours, but the theory of it will hopefully help to understand that. It's like coming down the curve. It's like fight and flight is, you gotta regulate it and then you get into an eventual vagal status. No, it's okay. I don't need to, I don't need to be vigilant. So I'll send that to you. That should hopefully help frame that a little bit for you.

135. **TE: Wow. Thanks a lot.**

136. **RH:** I'll just make a note.

137. **TE: Yeah. I just, yeah. That's what I love about TRE.**

138. **RH:** No, it's a journey.

139. **TE: Yeah. It's also why I love TRE. In a way it's so simple and still it can be, it can open up and it's just never ending in a way.**

140. **RH:** Yeah. It's very complex. Alright, look, I hope that's useful for you and I hope it doesn't give you too much information.

141. **TE: It does, of course! [laughing]**

142. **RH:** But you know, I really encourage you to trust your intuition and trust your body and do what's, do what's gonna be best, not what's gonna be easiest. Follow that, follow that calling because you know, your work has the potential to open a lot of doors in a lot of places and a lot of countries with TRE. So I really support you and encourage you just to do it to the best of your ability.

143.

144. **TE:** Thank you. Thanks a lot. Do you agree that this interview will be used as a data donation with the purpose of scientific exploitation in the context of my Bachelor thesis?
145. **RH:** Uh, yes I absolutely love it to be used that way.
146. **RH:** Thanks a lot. Great. Okay.

Anhang D - Experteninterview Thomas Thiel

1. **Interview mit Thomas Thiel** (04.01.2023)
2. **TE: Ich bin ja selber TRE Provider und ich schreibe eine Bachelorarbeit im Studienfach Soziale Arbeit über Krisenintervention und TRE. Die Forschungsfrage ist, wie weit TRE in der Krisenintervention integriert werden kann und was es braucht, damit es erfolgreich sein kann. Das ist so das grobe Feld. Ich bitte dich erst mal, dass du dich selbst ein bisschen vorstellst. Was ich herausgefunden habe über dich ist, dass du evangelischer Pfarrer bist, TRE Certification Trainer, Heilpraktiker für Psychotherapie und als Militärfarrer im Bundeswehrkrankenhaus Berlin arbeitest und dort Klinikseelsorge und geistliche Begleitung machst.**
3. **TT: Genau. Aber du willst von mir noch ein bisschen mehr darüber wissen.**
- 4.
5. **TE: Ergänze gerne, genau. Wie ist dein beruflicher Hintergrund?**
6. **TT: Also, alles ist erst mal richtig. Ich bin seit zehn Jahren Militärfarrer im Bundeswehrkrankenhaus in Berlin, war vorher vier Jahre in Ulm am Bundeswehrkrankenhaus und bin seit 6 Jahren oder so Trainer für TRE und TRE Provider, wie du auch. Ich arbeite in der Klinik, speziell mit traumatisierten Soldaten und Soldatinnen, also die, die mit Traumafolgestörungen aus den Kliniken kommen. Ich begleite sie mit TRE und habe mit Claudia, meiner Frau, einige Inhouse-Schulungen gemacht. Das heißt, wir bilden Menschen aus, Ärzte, Psychologinnen, Pflegende, die dann, wenn ich irgendwann nicht mehr dort bin, in der Klinik jedem Patienten und Mitarbeitenden TRE anbieten können und das läuft auch. Wir haben eine sehr große Station: 40 stationäre Plätze und mehrere 1000 ambulante Vorstellungen jedes Jahr. Das Ziel ist eben, jedem stationären Patienten TRE anzubieten und das funktioniert ganz gut.**
7. Ich war 2014 für vier Monate in Kabul in Afghanistan und habe dort auch TRE angeleitet. Habe also dort mit Soldaten mit TRE gearbeitet. Mittendrin, das war auch schon ziemlich spannend. Ich glaube, da gibt es nicht viele. Claudia hat dann

in Masar-e Scharif ebenfalls direkt mit Menschen in extremen Belastungssituationen gearbeitet.

8.

9. **TE: Großartig! Das passt zu den Fragen, die ich vorbereitet habe. Ich muss ab und zu mal hier auf meinen Leitfaden gucken. Wie wichtig ist TRE für deine Arbeit oder welchen Stellenwert hat die Methode für deine Arbeit? Hast du ja eben eigentlich auch schon angedeutet, hast schon viel dazu gesagt.**

10.

11. **TT:** Also, ich verstehe TRE als Leibarbeit, also nicht rein auf den Körper bezogen und ich verstehe Seelsorge als Leibsorge. Das ist für mich die Brücke von TRE in das, was ich tue. Wenn belastete Menschen zu mir kommen, versuche ich den ganzen Menschen zu sehen und manchmal ist es notwendig, in der Begleitung zuerst am Körper anzusetzen und über die körperliche Leiblichkeit dann zur Seele zu gehen. Also wenn jemand schwer belastet ist, muss er erst mal das Stresslevel reduzieren, damit er überhaupt Zugang zu seinen Kognitionen hat.

12. Wenn jemand kognitiv gut aufgestellt ist und emotional sicher ist, dann ist der Weg eher über die Seele und den Geist und dann, um das zu unterstützen, zum Körper. Aber man muss eben schon individuell schauen, welchen Weg man geht. Da wähle ich dann immer aus, was passt. Manchmal passiert es auch, dass die Ärzte mir Patienten schicken und sagen: Du, der ist körperlich auffällig, wir kommen da nicht weiter, mach mit dem erstmal TRE und dann können wir mit der Therapie weiter machen.

13.

Weil wir immer Interdisziplinär arbeiten, verwenden wir TRE auch im Kontext mit anderen Traumatherapien, zum Beispiel mit EMDR oder in anderen Settings, sodass wir entweder TRE vorher machen, damit der Stresslevel sinkt und damit eine vernünftige Verhaltenstherapie möglich ist, oder Patienten kommen nach einer sehr stressigen Therapiesitzungen kommen zu mir, um davon erst mal wieder runterzukommen. Also beides geht. Von daher hat es einen sehr hohen Stellenwert.

14.

16. **TE:** Du beantwortest schon viele Fragen, die jetzt auch noch kommen, das ist großartig. Du hattest eben schon angedeutet, du warst in Afghanistan und hast mit akut traumatisierten Soldaten gearbeitet. Wie sind deine Erfahrung jetzt konkret in Bezug auf die Krisenintervention bei akuten Krisen? Du hast eben schon angedeutet, dass es zuerst darum geht, das Stresslevel zu reduzieren, bevor man überhaupt seelisch oder kognitiv arbeiten kann.
- 17.
18. **TT:** Ja. Man muss ja unterscheiden, erst mal zwischen Menschen, die wirklich in dissoziativen Zuständen sind. Mit denen kann man kein TRE machen. Also, wenn die so neben der Spur laufen, was ich auch schon in der Notaufnahme erlebt habe. Das waren Menschen in ganz akuten Situation. Da geht es gar nicht, die muss man erst mal sichern. Da braucht es wirklich erst mal einen sicheren Ort, bevor es dann geht. Das vorausgeschickt.
19. Aber Menschen, die über diese erste Akutphase hinaus sind, also man wird ja z.B. mit keinem, nach einem Verkehrsunfall vor Ort gleich TRE machen, das ist klar. Aber je früher die Menschen kommen, bevor so etwas chronifiziert, umso erfolgreicher und nachhaltiger wirkt dann TRE. Spürbare Erleichterung auf allen Ebenen / Je eher, desto schneller der Weg
- 20.
21. Die Erfahrung oder meine Erfahrung ist, dass durch die Anwendung von TRE, also schon nach der ersten Stunde, eine spürbare Erleichterung emotional, kognitiv und vor allem auch leiblich vorhanden ist und die Einsicht in die Weiterarbeit, die persönliche Weiterarbeit mit TRE sich natürlich steigert. Wenn das schon stark chronifiziert ist und Menschen erst nach Jahren in die Behandlung kommen, ist der Weg dahin natürlich viel länger. Also hier, je früher umso besser.
- 22.
23. **TE:** Da möchte ich gerade eine Frage vorziehen, die daran anknüpft. Kann TRE auch bei lang zurückliegenden Krisenerfahrungen hilfreich sein? Wenn die Erfahrungen meinetwegen schon zehn, zwanzig Jahre lang zurückliegen und die Menschen dann die Möglichkeit bekommen, TRE zu machen. Ist das sinnvoll?
- 24.

25. **TT:** Ja, unbedingt. Die Menschen, mit denen ich arbeite, kommen im Schnitt acht Jahre, nachdem die belastenden Kriegsereignisse stattgefunden haben. Das ist so der Schnitt in der Bundeswehr. Manche kommen schon nach einem halben Jahr, und manche kommen auch erst nach 20 Jahren. Also ich begleitete gerade einen Soldaten, der im Kosovo Massengräber ausgehoben hat und in Mazedonien, damals auf dem Balkan und der das so lange containen konnte, jetzt aber in Behandlung ist und mit dem ich jetzt TRE mache.
- 26.
27. In anderen Fällen, je länger was zurückliegt, umso mehr Vertrauen muss man erst mal aufbauen. TRE ist immer Vertrauensarbeit.
28. Das ist ja auch immer so eine Scham-Geschichte. Wenn Menschen in solche körperlichen Reaktionen reinkommen, die erst mal schambesetzt sind, die erst mal skurril sind. Viele sagen: *Das ist ja spooky, was da passiert.*
29. Das geht ja nur, wenn ich zu dem, der mich anleitet, Vertrauen habe. Und je größer dieses Vertrauen ist, desto mehr komme ich auch in tiefer liegende Schichten rein, wo Menschen wirklich lange zurückliegende Ereignisse bearbeiten können. Also immer im Kontext mit dem Therapeuten. Ich hatte mal das Glück mitzerleben, wie ein Soldat durch TRE an Ereignisse herankam, die über 20 Jahre zurücklagen. Die Sachen sind 1993 passiert, und wir haben 2013 damit gearbeitet. Da hast du so den Zeitraum. Durch TRE kam er an Körpererinnerungen dran, die jetzt fast 30 Jahre zurücklagen. Das geht, weil er mir vertraut hat, dass ich ihn halten kann.
- 30.
31. **TE:** Gut, das bringt mich auch zu einer weiteren Frage und zwar haben wir ja durch Stephen Porges und die Polyvagaltheorie ein Stück weit gelernt, dass Sicherheit essentiell ist, damit therapeutische Prozesse überhaupt entstehen können. Das ist ja glaub ich das, was du mit anderen Worten gerade gesagt hast.
32. **TT:** Genau. *Social-Engagement.*
33. **TE:** Würdest du sagen, dass die Methode TRE, so wie sie ist, mit der Polyvagaltheorie im Einklang ist?
- 34.

35. **TT:** Ich würde mal sagen, sie ist nicht abhängig. Die Polyvagaltheorie ist ja auch umstritten, also es gibt ja Stimmen, die das sehr kritisch sehen. Ich kenne mich jetzt medizinisch mit myelinisierten Nervenbahnen und so nicht so aus, ich bin eben kein Mediziner, ich bin kein Naturwissenschaftler. Mir leuchtet Porges total ein und das, was er beschreibt, bestätigt sich für mich in TRE. Ich würde aber TRE nicht davon abhängig machen, also falls irgendwann mal die Theorie als nicht valide abgelehnt werden würde, nicht mehr zu bearbeiten, damit würde TRE nicht fallen.

36. **TE:** Sie sind ja auch unabhängig voneinander entstanden.

37. **TT:** Genau, aber mir leuchtet das ein und ich arbeite gern mit den Begriffen. Mit *Social-Engagement* kann man wirklich sehr gut arbeiten, ohne es von Porges abhängig zu machen. Von daher nutzen wir es, aber nicht als medizinischen Begründungsfaktor.

38.

39. **TE:** Danke. Ich schau mal kurz in mein schlaues Büchlein hier.

40. **Krisen sind ja super unterschiedlich und vielfältig. Es ist ja ganz schwer, da eine Systematik zu entwickeln und es gibt verschiedene Unterteilungsmodelle. Es gibt eins von Hülshoff, da unterteilt er nach der Intensität der Krisenerfahrung. Das heißt, es gibt bei ihm niedrighschwellige Alltagskrisen, dann gibt es die psychosozialen Krisen und schließlich die akuten Notfälle. Also, diese drei großen Bereiche.**

40. **TT:** Die Unterteilung kenne ich jetzt nicht, aber lasse ich mir gerne von dir erzählen.

41. **TE:** Krise kann ja von etwas ganz kleinen, alltäglichen bis hin zu diesen wirklich großen Ereignissen reichen, ja? Die Frage, die sich jetzt anschließt ist, inwieweit TRE diese ganze Bandbreite abdecken kann, oder ob es vielleicht speziell für akute Traumata oder akute Krisen sinnvoll ist und bei Alltagskrisen weniger oder.. Also, wie ist da deine Sichtweise?

42.

43. **TT:** Also in anderen Worten die Spanne zwischen *Tension Releasing* und *Trauma Releasing* und wir reden ja inzwischen auch vom *Trauma-Spektrum* also mit, mit..

44. **TE: Scaer**

45. **TT:** Ja, genau - Rober Scaer. Ich habe da ein Buch stehen, irgendwo da hinten im Schrank. Mit dem habe ich mich auch viel beschäftigt. Wenn man von diesem Trauma-Spektrum ausgeht und dann die Traumata auch noch unterscheiden würde zwischen man-made disasters und natural disasters, die auch wieder eine ganz unterschiedliche Rolle in der Intensität haben. Ich habe vor allem mit man-made disasters zu tun, dann würde ich mal sagen, also in dieser ganzen Spannweite von Krisensituationen im Zusammenhang, vielleicht mit Beziehungsproblemen oder mit Todesfällen in der Familie. Alles das kann ein extremes Drama sein, es kann aber auch einfach mal eine Krise sein, durch welche ich mich in meinem Leben neu orientieren muss.

46.

47. Bei dem angefangen, was wir als eine normale Krise - Krise ist immer von denen, die sie trifft, nicht normal - aber von diesen, sagen wir mal, noch in einem Spektrum von Bewältigbarkeit liegenden Krisen, kann man sehr gut mit hier TRE arbeiten. Um zu stabilisieren und um über diesen Krisenprozess leichter hinwegzukommen und um auch kognitiv klarer zu bleiben und sich nicht immer emotional und körperlich leiblich da reinziehen zu lassen. Bei diesen schweren Krisen, wie hast du sie genannt?

48. **TE: Akute Notfallkrisen**

49.

TT: Ja. Ich habe zum Beispiel mit den Einsatzleitern der Feuerwehr TRE gemacht, die am Breitscheidplatz 2019 vor Ort waren. Mit so um die 50 Feuerwehrleuten, Männern, die schon sehr, sehr viel gesehen haben in Berlin und für die das eine Qualität hatte, die sie noch nie erlebt hatten, die jenseits des Vorstellbaren war. Die gingen ganz schön ab bei TRE. In der ersten Runde haben die richtig gezittert. Das war so eine akute Krise. Das ist außerhalb dessen, was bewältigbar ist und da kann TRE helfen, wieder in den Referenzrahmen dessen reinzukommen, mit dem

ich arbeiten kann, das es innerhalb dessen ist was vorstellbar ist. Daher glaube ich, dass TRE diese ganze Bandbreite abdecken kann und ich immer gucken muss, wie tief ich rein gehe.

50.

52. Wie weit gehe ich in längeren Begleitungen als Provider rein? Für das Kennenlernen ist es etwas Anderes oder für zweimal oder dreimal und dann macht jemand selber weiter. Oder ich gehe in eine längere Begleitung, wo ich dann eben auch hands-on arbeite. Mit Soldaten, die jetzt länger, z.B. 4 - 6 Wochen stationär sind, arbeite ich eben auch mit Hands-on-Praktiken und da geht es dann wirklich in die Tiefe.

53. **TE: Kannst du ganz kurz noch mal erläutern, was *Hands-on-Praktik* im Kontext von TRE bedeutet?**

54. **TT:** Also, wo ich dann selber am Körper des Klienten oder der Klientin arbeite. Sie oder Ihn mit Interventionen begleite, das heißt an den Füßen, an den Beinen, an den Armen, am Hinterkopf, mit den Faszien arbeite, um die Prozesse, die der Körper sowieso initiieren würde, beschleunige indem ich dem Körper helfe, über manche Blockaden hinüber zu gehen.

55. Also die Prozesse beschleunige, weil Patienten nicht so lange da sind und ich sie nicht kontinuierlich begleiten kann.

56. **TT:** Dazu braucht es aber dieses Vertrauen, dass ich Menschen anfasse. Also Ich darf das, aber das können ja auch sehr heikle Geschichten sein. Wenn z.B. sexualisierter Missbrauch im Hintergrund steht, dann mit Männern und Frauen zu arbeiten, dann ist Anfassen erst mal eine sehr sensible Geschichte und da muss man schon gucken, wann man das macht, in welchem Kontext man das macht und wie man das macht. Aber es geht.

57.

58. **TE: Dankeschön. Gut, das bringt mich zum nächsten Punkt. Den Zeitpunkt der Intervention, das hatten wir ja schon. Da hattest du ja schon gesagt, im besten Fall, wenn die Menschen nicht dissoziiert sind, dann bestenfalls zeitnah, damit Folgeschäden gar nicht so stark auftreten, aber es kann auch letztendlich zehn Jahre später immer noch von Nutzen sein.**

59. **TT:** Bei mir war das Maximum 30 Jahre danach und es geht immer, also es kommen immer noch Prozesse in Gang.

60. **TE: Genau.**

61.

62. **TE: Dann habe ich noch Fragen zum Thema Selbsthilfe. TRE ist eine Selbsthilfemethode, die aber natürlich trotzdem auch angeleitet wird. Die Menschen können sich aber auch eigenverantwortlich und selbständig diese Methode aneignen und praktizieren. Die Frage die ich erst mal habe: Ist TRE eine sichere Selbsthilfemethode für Menschen in Krisensituationen, beziehungsweise besteht die Gefahr einer Retraumatisierung oder erneuter Überwältigung durch den Prozess für den Fall, dass Menschen das ohne Begleitung auf eigene Faust machen?**

63.

64. **TT:** Also, egal in welchem Kontext, in der Fortbildung oder beim NIBA, Menschen zu mir kommen, frag ich im Erstkontakt immer: Habt ihr schon mal irgendwelche Videos gesehen? Habt ihr schon mal praktiziert? Habt ihr schon mal irgendwas gemacht? Ich bin immer froh, wenn Menschen sagen: Nö, habe ich nicht!

65. Viele Videos, die in letzter Zeit kursieren, sind so grottig, furchtbar. Geht gar nicht.

66.

67. Grundsätzlich würde ich empfehlen, dass der erste Kontakt mit TRE mit einem leibhaftigen Menschen sein sollte. Ich glaube auch nicht, dass es verkachelt geht, also dass es auch online geht. Erstkontakt sollte wirklich in Präsenz stattfinden.

68. **TE: Was meinst du mit verkachelt?**

69. **TT:** Also, so wie wir jetzt: online per Zoom-Konferenz TRE anleiten. Weil doch Dinge auftreten können, die ich dann nicht einfangen kann. Ich glaube, man kann eine Technik ganz gut vermitteln, aber ich muss erst mal den Leib - das ist mein Erstes, wenn jemand zur Tür reinkommt - muss erst mal den Leib wahrnehmen. Wo ist dieser Mensch überhaupt? Wo sind die Schultern? Wie atmet er? Wie steht er oder sie da? Deswegen glaube ich, dass man zuerst mal mit dem Provider, mit

der Trainerin ein paar Stunden arbeiten sollte. Aber dann glaube ich, dass man sehr schnell in die Eigenverantwortung übergeben kann.

70. TE: Besteht eine Gefahr der Retraumatisierung?

71.

72. Ich arbeite jetzt seit zehn Jahren mit TRE. Ich habe noch nie eine Retraumatisierung erlebt. Ich kenne das auch von meinen Trainerkollegen/Kolleginnen nicht. Meine Frau Claudia arbeitet noch viel länger damit. Die hat schon zu Hunderten, Tausenden mit Polizisten und mit Soldaten gearbeitet. Die Gefahr halte ich für minimalst, weil unsere Leiblichkeit so schlau ist, schlauer als unsere Kognition, dass unser Leib nicht in retraumatisierende Situation rein geht.

73. Also, das ist auch die Erfahrung, die mir Soldaten/Soldatinnen berichten, wenn sie zu Hause weiter geübt haben - wenn ich gesagt habe: macht mal weiter und beim nächsten Mal kommt ihr wieder - das sie oft gar nicht so intensiv zittern, das sie in Situationen kommen, wo sie jetzt, wo Flooding oder eine Überflutungsreaktion vom Körper stattfinden würde. Da bremst der Körper schon vorher.

74.

75. Die Prozesse gehen weiter, aber nicht so intensiv und nur im Vertrauen mit dem Gegenüber des Providers / der Providerin, kommt man in die Trauma-Tiefen rein, wo dann wirklich schwere Prozesse sind und dann ist es natürlich die Aufgabe von uns, das zu halten. Also, das kennst du wahrscheinlich auch, wenn Menschen kurz davor sind, zu dissoziieren. Dann braucht es, dann ist es richtig Arbeit, das ist richtig anstrengend. Aber das sind dann die fruchtbaren Prozesse, wo man in einer Stunde Dinge bearbeiten kann, wo man sonst ewig - also mir berichten schon Patienten: was wir jetzt in drei Stunden TRE gemacht haben, dafür habe ich ein Vierteljahr Therapie gebraucht. Das liegt dann nicht an mir, sondern weil das Vertrauen da ist, das jemand so in die Tiefen geht und dann unheimlich gut weiter kommt.

76. TE: Ja, das deckt sich auch mit meinen Erfahrungen größtenteils.

77.

78. Diese Angst vor Retraumatisierung, die begegnet uns in ganz vielen Kontexten. Jetzt auch in der Seelsorge, in verschiedenen: Ja, man darf die Geschichte nicht anführen, man muss vorsichtig sein mit Bildern. Das halte ich alles für die Angst derer, die das ausüben, aber das deckt sich nicht mit meiner Erfahrung von den Menschen.
- 79.
80. **TE: Ok. Vielleicht noch ergänzend oder anschließend daran: Über welchen Zeitraum sollte sich eine professionelle Begleitung erstrecken? Also, ist das auch individuell zu schauen, oder gibt es eine Idee, wie es braucht zwei Wochen es braucht sechs Wochen, es braucht ein paar Monate. Was ist da deine Erfahrung oder deine Sichtweise?**
- 81.
82. **TT:** Auch da wieder das ganze Spektrum. Ich kenne Menschen und habe Menschen begleitet, die nach nach drei Einzelstunden, gesagt haben: Ja, ich mach das weiter. Und die kommen ein Jahr später wieder: Ja, ich hab weiter geübt und es ist prima, es ist toll und ich mache das jede Woche zweimal. Ich brauche eigentlich nicht mehr. Die nehmen das als Tension Releasing, nicht als Traumarbeit und es geht Ihnen richtig gut dabei.
83. Ich begleite Einzelne, die in Aufhalten immer mal wieder zu mir kommen, schon seit 2013, jetzt haben wir 2023 - also fast zehn Jahre. Die ich dann auch weitergebildet habe. Also auch da das ganze Spektrum. Manchmal reichen drei Stunden zum Einstieg und dann arbeitet man selber weiter, oder man geht in Prozesse rein, die über Jahre dauern. Was ganz wichtig dabei ist: Man darf keine Abhängigkeit erzeugen.
- 84.
85. Eine schlechte Analyse arbeitet ja mit Abhängigkeiten. Das darf bei TRE überhaupt nicht sein, also den Anderen oder die Andere dahin zu bringen: Ich brauch mein TRE Provider weiter, damit mein Prozess weitergeht. Das geht gar nicht. Ich entlasse lieber früher in die Freiheit und dann gehen Prozesse langsamer, als dass jemand das Gefühl hat, er muss ja in einen Monat wiederkommen oder in einem halben. Ja, ne. Geht nicht.

86. **TE:** Das heißt auch bei dir der Versuch zu *empowern*, die Anregung zur Selbsthilfe, also die Menschen selber zu befähigen, eigene Interventionen zu machen, anstatt direkt ganz viel von Providerseite aus zu liefern?
87. **TT:** Genau. Ich versuche sie zu motivieren, einfach kreativ damit umzugehen und mal darauf zu achten, was im Alltag so passiert. Und ja, man kann im Supermarkt am Einkaufswagen mal gut mal eine Runde zittern. Das ist ja für die drumherum vielleicht ganz skurril, oder auf dem Sofa, wenn man einen Film guckt. Also es gibt ja so viele Möglichkeiten.. Mit Musik zu arbeiten, in der Gruppe, allein zu arbeiten. Da sind Menschen kreativ. Man muss ihnen das Gefühl geben: *Ich kann jetzt die Technik - also ich hab den quasi den TRE Führerschein gemacht und jetzt kann ich einfach mal losfahren. Ich muss nicht immer nach zwei Wochen meinen Fahrlehrer anrufen. Brauch ich nicht.*
- 88.
89. **TE:** Dankeschön. Ich hab noch ein Thema und zwar ist das der Bereich von - ne, eigentlich noch zwei Themen - Sekundärtrauma. Das ist ja ein Phänomen, dass auftreten kann bei Menschen, die Menschen helfen. Das heißt in Krisensituationen, oder auch in der Beratung, dass die selber letztendlich dann mit Traumata oder Sekundärtraumatisierung oder Erschöpfung zu kämpfen haben.
90. Inwieweit ist es sinnvoll, TRE an Hilfskräfte und begleitende Fachkräfte zu vermitteln, bevor diese mit Klienten arbeiten. Du hast ja am Anfang ja schon gesagt, dass ihr auch diese Inhouse-Schulungen bei der Bundeswehr macht.
- 91.
92. **TT:** Das ist ja das große Thema Selbstsorge oder das, was ich jetzt als Selbstsorge beschreiben würde. Also, nur wenn ich selber stabil bin, kann ich TRE anleiten. Natürlich, die Sachen, die wir erleben, wir gehen ja wenn wir TRE machen in einen Resonanzresponzenraum rein, so dass wir Dinge und Energien aufnehmen. Das kann man, egal wie man das beschreibt, je nachdem wo man herkommt, mit welcher Begrifflichkeit beschreiben. Ich sage mal mit Hartmut Rosa, wir gehen in Resonanz, gehen da rein. Da passiert etwas mit uns und da muss ich auch wieder rausgehen. Das ist bei mir so, sowohl im Kognitiven, wenn ich die Geschichte höre, als auch, wenn ich TRE mache und dann diese schweren Dinge ja auch ein Stück

weit an mir selber erlebe. Dann muss ich das ja wieder raus zittern. Also, wenn David sagt: Shake it off! - Dann gilt das für die Provider und Trainer genauso. Das Wiederloswerden. Sonst summiert sich das ja mit der Zeit und wir können dann auch kein TRE mehr machen. Wir werden dann ja selber krank.

93.

94. Die Gefahr von der Sekundärtraumatisierung besteht also. Deswegen arbeite ich eben auch in der Fortbildung in Einzelstunden mit Ärzten und Psychologinnen, mit Führungskräften bis hin zu Kommandeuren und auch mit Generälen habe ich schon gezittert, die auch ganz schön viel mit sich herumtragen. Also die Gefahr ist groß.

95. Ich arbeite auch mit Angehörigen von Traumatisierten, die fast alle durchweg sekundärtraumatisiert sind und die oft besser ins Zittern reinkommen als die Primärtraumatisierten. Also unbedingt notwendig. Es sind auch oft Familienangehörige, bis hin zu Kindern, die sehr davon betroffen sind. Also ein ganz, ganz wichtiges Feld. Polizisten, Polizistinnen.

96.

97. **TE: Grad eine Frage, die mir dazu kommt: Macht es überhaupt Sinn Krisenintervention mit TRE an Einzelpersonen zu machen oder macht es vielmehr Sinn gleich mit dem System, das heißt, die Familie, dem Krisensystem oder wie auch immer zu arbeiten?**

98.

99. **TT:** Es ist unterschiedlich. Ich leite viele Familienseminare. Da arbeite ich dann mit Paaren, also freiwillig, wer will. Meistens sagen die Partnerinnen: ja, unbedingt, ja, und dann: macht mal mit! Also, die sind meistens neugieriger und es sind ja meistens Frauen, die Yoga machen oder Pilates ist irgendwie ihr Ding - die haben eher noch Zugang zu ihrem Körper. Soldaten sind da manchmal: *hm, hm. mh..Muss ich unbedingt? Naja, ok, mach ich mal mit.*

100. **TE: *Mh, das riecht nach Therapie..* [lachen**

101. **TT:** Genau! Und wenn ich dann sage, ihr müsst nichts sagen, wir machen einfach - machen ist gut - dann läuft es. Aber es kann sehr unterschiedlich sein.

102.

103. Manche können in Einzelstunden besser zittern, kommen da besser rein, weil sie sich nicht beobachtet fühlen. Wenn die Schamschwelle so hoch ist, ist eine Einzelstunde besser. Das habe ich schon erlebt, habe also mit einer Gruppe mit mehreren Paaren zusammen gearbeitet und dann gibt es welche, die kommen gar nicht rein, weil der Andere könnte doch denken: *Boaah, hier so..Aahaa, Nee, ne! Dann sagt der Körper: mache ich nicht.*

104. Andere sagen wiederum: *Boah, in der Gruppe zittere ich viel besser.* Also es gibt keine Regel. Ich würde es immer ausprobieren. Es hängt davon ab, wenn Menschen sehr vertraut sind, kann das ein Vorteil sein, es kann aber auch Nachteil sein. So als Vergleich: Ich gehe auch nicht mit jedem in die Sauna. Manche sagen: Ne, mit meinen Arbeitskolleginnen, würde ich nicht in die Sauna gehen, aber mit irgendwelchen Fremden habe ich kein Problem. Beim Zittern, wenn man wirklich rein geht in die Prozesse, können auch Dinge passieren: *Das mag ich nicht, dass mein Arztkollege, der, der immer neben mir sitzt, im Büro, das auch gesehen hat. Nee, mach ich nicht.* Also so gesehen, dieses ganze Spektrum. Ausprobieren!

105.

106. **TE: Ich hätte gern noch zwei Fragen beantwortet, und zwar inwieweit sich TRE in Felder der Krisenintervention integrieren lässt, also sei es jetzt in Beratung, Therapie, Traumatherapie, Notfallintervention, in Kliniken, Psychiatrie? Ich glaube, das lässt sich jetzt auch schon ableiten und wurde auch deutlich, dass man das recht gut anpassen oder einbringen kann, wenn die Offenheit und die Ressourcen dafür da sind.**

107. **Weiter frage ich mich immer noch, wieso TRE in der deutschsprachigen Fachliteratur so wenig Gehör findet, also in der Fachliteratur, findet man eigentlich nichts darüber so, ob Sie da irgendwie 'ne Idee haben oder Einschätzung, wieso das so ist?**

108.

109. **TT:** In den letzten 2-3 Jahren, sind Bücher von verschiedenen Menschen, auch von Providern, von Frau Nibel und von Anderen erschienen, die doch auch ganz gute Verbreitung finden. In Zeitschriften von Brigitte über Spiegel über Arztzeitschriften sind Dinge erschienen. Peter Zimmermann, mein ärztlicher

Direktor der Psychiatrie, beschreibt in seiner Veröffentlichungen "Einführung in die Psychotraumatologie" TRE als Methode. Dafür habe ich gesorgt, weil ich mit ihm gezittert habe und er es auch gut findet. Also, es geht langsam voran, aber es geht voran. Letztlich sind wir jetzt sechs Trainer in Deutschland und wir haben, glaube ich, *roundabout* 300 Provider.

110.

111. Wir haben jetzt, glaub ich, fünf Inhouse-Schulungen gemacht. Das heißt, fünf mal sechs Leute sind 30 in der Bundeswehr. Bei 300.000 Angehörigen der Bundeswehr, kannst du dir das mal so umrechnen. Bei der Polizei ist es nicht viel besser. Es braucht immer auch Menschen, die das befördern und man muss natürlich auch sagen, TRE ist krankenkassenfeindlich. Man gibt Menschen ganz schnell in die Selbstständigkeit. Das ganze kostet nicht viel. Für unser Gesundheitssystem wäre das total klasse, aber im Grunde ist das Gesundheitssystem ja darauf ausgerichtet Geld zu verdienen und das geht mit TRE nicht so. Also es ist nicht verschreibungspflichtig, man kann es nicht verschreiben, so wie man eine Physiotherapie verschreiben kann.

113. Wenn das möglich wäre, also wenn Menschen oder Provider damit wirklich Geld verdienen könnten, würde das natürlich auch noch attraktiver werden. Das ist ein Problem.

114.

115. Zusätzlich haben die letzten drei Jahre Corona die Fortbildung zerschossen, weil nur noch ganz wenig ging. Davor waren alle Verbindungen ausgebucht. Das kommt jetzt wieder, aber wir hinken jetzt drei Jahre hinterher. Es kommt wieder, es läuft. Aber warum es tatsächlich so ist.. Joa, also ich habe noch keine letzte Antwort.

116. Ich bin ganz optimistisch, dass es weitergeht, aber es ist noch ein kleines Pflänzchen und jede Veröffentlichung, die TRE ins Volk bringt und bestimmte Bereiche bringt, hilft. Ich habe jetzt im Oktober meine Dissertation abgegeben, bin promoviert und habe ein ganzes Kapitel über Leibsorge und darin ein großes Kapitel über TRE geschrieben. Es wird also jetzt zum ersten Mal in einer theologischen Dissertation erscheinen. Das gab es bisher auch noch nicht. So geht

es immer langsam weiter und es passieren so ein paar Dinge.

117. **TE:** Ja, ich erlebe ja auch, wie einfach dieser ganze Traumabereich in den letzten 10 Jahren riesige Sprünge gemacht hat. Er ist ja voll in die Mitte der Gesellschaft gekommen. Vor zehn Jahren kannte niemand TRE und die Leute hatten noch Fragezeichen im Kopf. Mittlerweile kennen das ganz viele Menschen, wenn ich darüber spreche und haben schon davon gehört.

118. **TT:** Genau.

119. **TE:** Okay. Dann würde ich abschließend noch fragen, ob du noch eine Frage beantworten würdest, die bislang noch nicht gestellt worden ist?

120. **TT:** [lachen]

121. **TE:** [unverständlich] [...] wie, das möchte ich z.B. gerne noch irgendwie mit rein geb

122.

123. **TT:** Du weißt ja, das war ja Thema auch, das sich Theologe bin und für mich dieser Konnex von Leibarbeit und Seelsorge als Leibsorge, ein ganz spannender ist. Wo verbinden sich Thematiken, Fragestellungen und auch Begrifflichkeiten, die aus dem spirituellen Raum kommen, mit jenen die eher vom Leiblichen her kommen?

124. **TT:** Ich habe David Bercei bei seinem letzten Besuch, wo wir unsere letzte Konferenz hatten, getroffen und auch er ist da sehr offen. Wir kennen uns auch gut, David ist ja auch Theologe. Also, wir haben da eine ganz gute Ebene, wo wir uns auch austauschen können. Er kennt auch ganz viele spirituell sehr bedeutende Menschen und sein Versuch ist es jetzt zunehmend auch zu sagen: *Wo lässt sich das verbinden? Wo sind Körperreaktion im Zusammenhang mit seelischen Reaktionen, aber auch mit spirituellen Reaktionen?*

125. **TT:** Das finde ich nochmal ein ganz spannendes Feld, weil das nicht konfessionell gebunden ist. Da können Menschen andocken, die jetzt mehr aus dem buddhistischen Kontext oder aus einem ganz atheistischen Kontext kommen. Menschen, die aber mit ihrem Leib umgehen und schauen, was für Befreiungsprozesse, im Grunde sind es ja immer Befreiungsprozesse, da ablaufen.

126. Wie lässt sich das mit Ideen verbinden, die jetzt aus der Spiritualität kommen. Und da gibt es, glaube ich, noch viel Potenzial, weil diese Wendungen in der Theologie zur Leiblichkeit hin, das ist auch noch nicht so lange her. Vorher, also vor 20 Jahren war Theologie total leibfeindlich. Das hat man überhaupt nicht wahrgenommen, das war rein kognitiv, emotional und jetzt merkt man: *Upps! ähm, ja..*

127.

128. Ich habe jetzt manche biblischen Geschichten einer Relecture unterzogen und Traumageschichten im biblischen Kontext identifiziert, an die man auch noch mal herangehen könnte, wenn man es mit der Trauma-Brille liest. Da gibt es ganz viele Traumageschichten, die man so als Wundergeschichten abgetan hat, aber wenn man die Psychotraumatologie kennt, merkt man: Oppsa! Da war schon einer unterwegs. Also eine Offenheit dafür zu haben, dass wir nicht Arbeitsbereiche separieren in naturwissenschaftlich und geisteswissenschaftlich, sondern dass das zusammengeht, dann wird es fruchtbar. Das ist meine Erfahrung mit den Ärzten und mit den Psychologinnen, mit denen ich zusammenarbeite, die zum Teil überhaupt nicht religiös unterwegs sind, sondern ganz naturbelassen sind und die das total klasse finden, wenn man in diesem Feld zusammenarbeitet. Das wäre so eine Idee..

129.

130. **TE: Ein super spannender Bereich, finde ich auch, also einfach dieser Zusammenhang von Materie und Geist wie es sich im Körper und durch uns trifft. Dieses Dissoziieren, letztendlich, des Leiblichen in der Kulturgeschichte in Europa, wie sich das jetzt langsam wieder verbindet.**

131. **TT:** Es gibt, wenn ich das noch sagen kann, wenn du noch eine Minute hast. Die alte Psychosomatik halte ich für überholt. Wenn man also in Kausalprozessen denkt, dass die Psyche, den Leib beeinflusst und andersrum. In Heidelberg gibt es einen lehrenden Psychiater und Philosophen Thomas Fuchs, der von Gleichsinnigkeit spricht. Die Prozesse laufen gleichsinnig, leiblich ab und sie bedingen sich nicht kausal. Also, wenn ich mich nicht wohlfühle, z.B. habe ich gleichsinnig Bauchschmerzen und fühle mich nicht wohl und nicht: meine Bauchschmerzen bedingen mein Unwohlsein. Natürlich erlebe ich das Unwohlsein,

aber das sind verschiedene Ebenen, die jedoch gleichzeitig ablaufen.

132. **TE: Das ist also nicht mehr dual gedacht, sondern quasi parallel gedacht?**

133. Ja. Und diese Übergänge in diese Leiblichkeiten - er spricht eben von Gleichsinnigkeit, um weg von Kausalitäten zu kommen - die leuchten mir total ein, weil ich das bei TRE eben auch erlebe. Also, die Befreiungsprozesse laufen sowohl auf sichtbarer leiblicher, körperlicher Ebene ab als auch auf geistiger und seelischer Ebene. Das Menschen plötzlich anfangen zu lächeln, dass sich die Körperhaltung verändert, das geht parallel zueinander.

134. **TE: Ja, ich könnte ewig weiter darüber sprechen.. [Lachen]**

135. **TT:** Ich hoffe, es waren ein paar Ideen dabei, mit denen du etwas anfangen kannst.

136. **TE: Ja, die Kunst wird es eher sein, es dann kurz zu fassen. Ich habe ja letztendlich nur eine begrenzte Anzahl an Seiten für die Bachelorarbeit und noch vier weitere Interviews, die ich führen werde.**

137. **TT:** Wir haben mal einen Aufsatz über Leibsorge geschrieben, der in der wissenschaftlichen Seelsorge Zeitschrift Wege zum Menschen veröffentlicht wurde, in dem wir auch ein Kapitel über TRE geschrieben haben. Wenn dich das interessiert, kann ich Dir das noch als PDF zuschicken?

138. **TE: Ja, total gerne.**

139. **TT:** Vor 2-3 Jahren ist das, glaube ich, erschienen.

140. **TE: Ich sammle sowieso Aufsätze, Artikel und so weiter. Insofern, ja.**

141. **TT:** Gern, schicke ich dir nachher gleich.

142. **TE: Dann, vielen, vielen Dank, erst mal!**

143. **TT:** Gerne, hat Freude gemacht.

144. **TE:** Ja, für mich auch. Ich war super aufgeregt, bin noch immer aufgeregt.
Werd noch eine Runde zittern gleich.. [lachen]
145. **Genau jetzt noch kurz die Frage zur Verwendung:**
- 146.
147. **TE:** Bist du damit einverstanden, dass dieses Interview als Datenspende im
Zweck einer wissenschaftlichen Verwertung im Rahmen meiner Bachelorarbeit
verwendet wird?
148. **TT:** Damit bin ich einverstanden, kannst du verwenden.

Anhang E - Leitfaden Experteninterview

Strukturierter Interviewleitfaden

Forschungsfragen:

Wie kann TRE in der Krisenintervention vorbeugend wirken? Wie wirkt sich das positiv aus?

Wie kann TRE in die Krisenintervention integriert werden? Welche positiven Auswirkungen hat das?

Was braucht es für eine erfolgreiche Krisenintervention mittels TRE?

1. Einstieg

- Begrüßung
- Kurzer Umriss des Themas
- Beschreibung des ungefähren Interviewablaufs - Zeit!!
- Datenschutzvereinbarung erklären

1.1 Einstiegsfragen:

Evang. Pfarrer, TRE Certification Trainer, Heilpraktiker für Psychotherapie, Militärpfarrer im Bundeswehrkrankenhaus Berlin sowie als Klinikseelsorger und Geistlicher Begleiter.

- *Wie ist dein professioneller Hintergrund und wie lange arbeitest du schon mit TRE und in welchen Kontexten?*
 - *Wie wichtig ist TRE für deine Arbeit? Welchen Stellenwert hat die Methode?*

2. Hauptteil

2.1 Potenzial von TRE in der Krisenintervention:

- *Wie sind deine Erfahrungen mit TRE in Bezug auf Krisenintervention?*
 - *Wo siehst du die besonderen **Stärken von TRE** im Kontext der Krisenintervention?*
- *Wo liegt der Unterschied bzw. die Vorteile von TRE zu gesprächsbasierten Methoden wie Beratung, Debriefing, Gesprächstherapie?*
 - *Was sind die Vorteile von bottom-up zu top-down Verfahren?*
 - *Eine sinnvolle Ergänzung zu gesprächsbasierten Methoden?*
- *Sind die TRE in Übereinstimmung mit Stephen Porges' Polyvagaltheorie?*

Hülshoff unterteilt die vielfältigen Krisenformen nach Ausmaß der Krise in "niederschwellige Krise", "psychosoziale Krise" und "akuten Notfall".

Niederschwellige / alltägliche Krisen sind von den Betroffenen, ihrem Umfeld und deren Ressourcen meist selbst zu lösen. Für psychosoziale Krisen sind Fachkräfte aus Pädagogik, Soziale Arbeit und Psychologie gefragt und bei einem akuten Notfall braucht es adäquate Intervention und Erstversorgung durch Polizei, Psychiatrie und Notfallmedizinische Versorgung.

- *Kann TRE im ganzen Spektrum von niedrigrschwelligen Krisen bis hin zu akuten Notfällen bei der Bewältigung von Krisen unterstützen?*

2.2 Zeitpunkt der Intervention:

Auf der Zeitebene umfasst Krisenintervention, Prävention, Akutversorgung, weiterführende Begleitung / Vermittlung.

- *Zu welchem Zeitpunkt ist die Vermittlung und Praxis von TRE am sinnvollsten?*
- *Kann TRE auch bei lang zurückliegenden traumatischen Erlebnissen und Krisenerfahrungen hilfreich sein?*

2.3 Sekundärtrauma:

Beim Versuch, Menschen in Krisensituationen zu helfen, kann es zu Erschöpfung und **Sekundärtraumatisierung** der Angehörigen, Helfer und Fachkräfte kommen.

- *Welche Erfahrungen sammeln Sie in der Vermittlung von TRE als Ressource für Angehörige und Hilfskräfte, um Sekundärtrauma zu vermeiden und/oder zu bewältigen?*
 - *Ist es zielführend, helfende Berufsgruppen und Angehörige von Betroffenen mit der Methode vertraut zu machen?*

2.4 Hilfe zur Selbsthilfe und Begleitung durch TRE Provider:

- *Sind die TRE eine sichere Selbsthilfemethode für Menschen in Krisensituationen und besteht die Gefahr einer Retraumatisierung oder erneuter Überwältigung durch TRE?*
 - *Wie kann dies vermieden werden?*
- *Kann TRE im Krisenfall von Betroffenen / Hilfskräften selbstständig erlernt und praktiziert werden oder braucht es zwingend eine fachkundige Anleitung und Begleitung durch ausgebildete TRE Provider?*
 - *Worin sehen Sie die wesentlichsten Unterschiede für den TRE-Prozess?*
- *Über welchen Zeitraum sollte sich eine professionelle Begleitung erstrecken und wie viele begleitete Sessions sind zu empfehlen?*

2.5 Grenzen von TRE:

- *Wo sehen Sie die Grenzen der Methode?*
- *Was gilt es unbedingt zu beachten, damit TRE im Kontext der Krisenintervention erfolgreich wirken kann?*

2.6 Integration in diverse Berufsfelder der Krisenintervention:

- *Lässt sich TRE in verschiedenen Kontexte (Beratung, Therapie, Traumatherapie, Notfallintervention, Kliniken, Psychiatrie, Prävention und Nachsorge) integrieren?*
 - *Wie wären die idealen Rahmenbedingungen, um TRE in den verschiedenen Berufsfeldern der Krisenintervention erfolgreich vermitteln zu können?*
- *Weshalb wird TRE in der deutschsprachigen Fachliteratur zur Krisenintervention noch immer nicht diskutiert?*

3. Rückblick

3.1 Im Interview sprachen wir über

Ihren beruflichen Hintergrund, ihre Arbeit mit TRE sowie dem Potenzial von TRE in der Krisenintervention.

Neben der Frage über den geeigneten Zeitpunkt einer Intervention mit TRE, sprachen wir weiter über Sekundärtrauma, die Frage, ob TRE ein geeignetes Instrument zur Selbsthilfe in der Krisenintervention sein kann. Zuletzt über die Grenzen der Methode.

- *Gibt es, ausgehend von Ihrer Expertise, abschließend noch eine Frage, die Sie gerne beantworten würden?*

4. Ausblick

- *Sind Sie damit einverstanden, dass dieses Interview als Datenspende mit dem Zweck einer wissenschaftlichen Verwertung im Rahmen meiner Bachelorarbeit verwendet wird?*

Anhang F - Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel *Trauma, TRE und Krisenintervention. TRE als ergänzende Methode für die erfolgreiche Krisenintervention* eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind also solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Tobias Emmert

Leipzig, 23.02.2023

