



Dietmar Mitzinger

Der Pranayama-Effekt in der Trauma-Arbeit

Wie Pranayama die Affekttoleranz steigert
und damit die Traumatherapie unterstützt

REIHE FACHBUCH • Pranayama & Trauma-Arbeit

REIHE

Dietmar Mitzinger

Der Pranayama-Effekt in der Trauma-Arbeit

Wie Pranayama die Affekttoleranz steigert und damit die Traumatherapie unterstützt



www.junfermann.de



blogweise.junfermann.de



www.facebook.com/junfermann



twitter.com/junfermann



www.youtube.com/user/Junfermann



www.instagram.com/junfermannverlag

DIETMAR MITZINGER

DER PRANAYAMA-EFFEKT IN DER TRAUMA-ARBEIT

WIE PRANAYAMA DIE AFFEKTOLERANZ STEIGERT
UND DAMIT DIE TRAUMATHERAPIE UNTERSTÜTZT

Mit einem Vorwort von Regina Weiser

Junfermann Verlag
Paderborn
2018



Copyright	© Junfermann Verlag, Paderborn 2018
Coverfoto	© Sergey Kozienco – iStock
Covergestaltung/ Reihentwurf	JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG, Paderborn
Satz & Layout	JUNFERMANN Druck & Service GmbH & Co. KG, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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

ISBN 978-3-95571-707-0

Dieses Buch erscheint parallel in diesen Formaten:

ISBN 978-3-95571-705-6 (EPUB), 978-3-95571-680-6 (Print),

978-3-95571-706-3 (MOBI).

Hinweis:

Dieses Buch ersetzt keine Traumatherapie oder irgendein anderes psychotherapeutisches Verfahren. Annahmen und Modelle, die in diesem Buch dargestellt sind, dienen der fachlichen und wissenschaftlichen Diskussion über den Einsatz von Pranayama in der Traumatherapie. Eine wissenschaftliche Überprüfung des hier genannten Effektes ist zurzeit in konkreter Vorbereitung.

Inhalt

Vorwort.....	13
Danksagung.....	17
Einleitung.....	19
1. Was ist Pranayama?	23
1.1 Pranayama beginnt mit dem Herzen	23
1.2 Prana + Ayama = Pranayama = Energielenkung.....	24
1.3 Der angehaltene Atem und seine Wirkung auf das Gehirn	26
1.4 Pranayama beruht auf Freiwilligkeit.....	26
1.5 Das natürliche Pranayama.....	28
1.6 Warum setzt man Pranayama therapeutisch ein?	31
1.7 Was ist Affekttoleranz?.....	32
1.8 Welche Voraussetzungen im engeren Sinne müssen erfüllt sein, um Pranayama einsetzen zu können?.....	34
1.9 Von der Intention zur Präsenz	38
1.10 Die langfristige Wirkung von Pranayama	39
1.11 Pranayama: pro und contra	40
1.12 Pranayama: Ablauf und Übersicht	43
2. Wie wirken Affekte und Reflexe auf Traumatisierung?	45
2.1 Was passiert bei einem Trauma?.....	45
2.2 Das Dilemma der Traumatherapie: der neuronale Pendeleffekt.....	47
2.3 Die Polyvagaltheorie nach Steven Porges.....	49
2.3.1 Die zwei Vagusnerven	49
2.3.2 Das Vagus-Paradox.....	49
2.4 Der Erstarrungsreflex	52
2.5 Der Kampf-Flucht-Reflex.....	53
2.6 Der ventrale Vagus-Komplex (VVC)	54
2.7 Das Verhältnis zwischen Integration und Dissoziation.....	55
2.8 Reflexe und Affekte dienen dem Überleben.....	57
2.8.1 Was sind Affekte?	57
2.8.2 Affekte sind unbewusste Gefühle.....	58
2.8.3 Die Wahrnehmung von Affekten im Yoga.....	58
2.8.4 Affekte in der Verhaltenstherapie.....	60
2.8.5 Viszerale Affekte bei Angst und Traurigkeit	61

2.9	Affekte werden durch Reflexe verstärkt.....	62
2.10	Wie Affekte, Reflexe, Perzeption, Kognitionen und Emotionen interagieren	63
2.10.1	Ebene 1: Die Interaktion zwischen Affekt und Reflex.....	63
2.10.2	Die Interaktion zwischen Perzeption und Kognition.....	64
2.10.3	Die Interaktion zwischen Kognition und Emotion	65
2.10.4	Die Interaktion zwischen Emotion und Affekt	66
2.10.5	Die Interaktion zwischen Affekt und Reflex – Ebene 2.....	67
2.10.6	Die Interaktion zwischen Reflex und Perzeption – Ebene 2	68
2.11	Die Interaktionen mit und ohne Pranayama.....	69
2.12	Die Affektentladung	71
2.13	Die Nicht-Affektentladung oder Embodiment.....	72
3.	Pranayama und Trauma wirken komplementär	73
3.1	Die Auslöseschwelle für den Atemreflex erhöhen und die Resilienz stärken	73
3.2	Das Trauma und Pranayama wirken komplementär auf Organe und Muskeln	74
3.3	Welchen Beitrag leistet Pranayama zur Heilung vom Trauma?	79
3.4	Welche Rolle spielt die Intention?.....	80
3.5	Der Zusammenhang zwischen Atmung und Schocktrauma aus verhaltenstherapeutischer Sicht.....	81
3.6	Der Grad der Konnektivierung und die Botenstoffe	85
3.7	Worin unterscheiden sich klassisches Pranayama und bei PTBS eingesetztes Pranayama? – Fragen und Antworten.....	87
4.	Der Pranayama-Effekt	89
4.1	Affekttoleranz.....	89
4.1.1	Wie der Pranayama-Effekt die Affekttoleranz stärkt	89
4.1.2	Der Vorgang der emotionalen Kapazitätserweiterung.....	91
4.1.3	Der Vorgang der Expansion	92
4.2	Die Wirkung der intentionalen Atemreflex-Hemmung auf Überlebensreflexe	93
4.3	Der Pranayama-Effekt I: Synchrone Hemmung	94
4.4	Der Pranayama-Effekt II: Die Erzeugung von Herzfrequenzvariabilität...	95
4.5	Der langfristige Pranayama-Effekt.....	99
4.6	Netzwerkwachstum durch achtsamkeitsbasierte Übungen: intrinsisch funktionelle Konnektivität (IFK).....	99

4.7	Das Verhältnis zwischen Erregung und Leistung.....	100
4.8	Unterscheidungskraft zwischen Wahrnehmen und Denken	103
4.9	Exkurs: Holotropes Atmen.....	104
4.10	Exkurs: Bodydynamic nach Lisbeth Marcher.....	106
4.11	Der Pranayama-Effekt und vergleichbare Effekte.....	107
4.12	Welche Rolle spielt Präzision in den Vorübungen des Pranayama?.....	109
4.13	Die Paradigmen des Pranayama.....	110
4.13.1	Das Paradigma vom „Kampf gegen den Widerstand“	110
4.13.2	Das Paradigma der „Leichtigkeit“	111
4.13.3	Das Paradigma des „offenen Herzens“	111
4.13.4	Energielenkung.....	112
5.	Pratyahara	113
5.1	Was ist Pratyahara?.....	113
5.2	Manchmal braucht es ein Gegenüber	116
5.3	Pranayama und Pratyahara bilden einen gemeinsamen Prozess	116
5.4	Upanisad.....	118
5.5	Voraussetzungen für die Durchführung von Pratyahara.....	120
5.6	Pratyahara und Suggestionen	121
5.7	Durch die Intention mit der Wahrnehmung in die Tiefe eintauchen.....	122
5.8	Pratyahara ist eine anspruchsvolle affektive Exposition.....	124
5.9	Pratyahara und die Shamkya-Philosophie.....	127
5.10	Pratyahara und Integrale Somatische Psychotherapie (ISP) nach Raja Selvam.....	130
6.	Asanas traumasensibel durchgeführt.....	131
6.1	Vom richtigen Umgang mit Asanas	131
6.2	Asanas sind keine olympische Disziplin	132
6.3	Das Nachspüren in der Shivananda-Tradition	133
6.4	Shavasana und Gewährsein.....	135
6.5	Die innere Haut kann sprechen	137
6.6	Traumasensible Ausführung von Asanas: Ziele und Prozess	140
6.7	Beispiele für konkrete Asanas.....	141
6.7.1	Parsvakon (Winkelstellung).....	141
6.7.2	Bhujangasana (Kobra)	143
6.8	Wie kommt es dazu, dass Muskeln nicht gut mit dem zentralen Nervensystem verbunden sind?.....	146

7.	Ausgewählte Pranayama-Übungen	147
7.1	Kapalabhati – die reinigende Atmung.....	147
7.1.1	Wie wirkt Kapalabhati auf den Körper?	148
7.1.2	Wie wirkt Kapalabhati psychologisch und neuronal?	149
7.1.3	Mit Kapalabhati Folgen von Hyperventilation bewältigen.....	152
7.2	Jalandhara-Bandha – Kinnverschluss.....	154
7.2.1	Forschungsergebnisse zu physiologisch messbaren Veränderungen durch das Üben von Jalandhara-Bandha.....	156
7.2.2	Was bewirkt das Üben von Jalandhara-Bandha psychologisch?	156
7.3	Uddiyana-Bandha	158
7.3.1	Wie wirkt Uddiyana-Bandha auf physiologischer Ebene?.....	159
7.3.2	Wie wirkt Uddiyana-Bandha auf die Vigilanz und weitere physiologische Parameter?	160
7.4	Bhastrika	163
7.4.1	Die physiologische Wirkung von Bhastrika.....	163
7.4.2	Wirkung von Bhastrika auf psychischer Ebene.....	164
8.	Informationen für Therapeuten	165
8.1	Sekundäre Traumatisierung.....	165
8.2	Interventionsmittel in der Yogatherapie.....	167
8.3	Stärken des Pranayama-Effekts im Vergleich zu Ankertechniken.....	169
8.4	Der Ablaufplan in der Yogatherapie	169
8.4.1	Darstellung mit Begriffen aus dem klassischen Yoga	169
8.4.2	Darstellung mit Begriffen der Verhaltenstherapie	170
8.5	Die Wirkung des Pranayama-Effekts in der Schmerztherapie	171
9.	Der Pranayama-Effekt: zusammenfassende Kurzübersicht	173
9.1	Ziel von Pranayama	173
9.2	Die Voraussetzungen für den Pranayama-Effekt.....	174
9.3	Das Herz: die wichtigste Wirkvariable	174
9.4	Die Hierarchie der Reflexe.....	177
9.5	Die Wirkung des Pranayama-Effekts in der Traumatherapie und über sie hinaus.....	179
10.	Fallbeispiele	181
10.1	Herr S.....	181
10.2	Frau F.....	182
10.3	Frau B.....	184
10.4	Frau M.....	185

11. Yogatherapie bei komplexer und bei nonkomplexer PTSD	187
11.1 Yogatherapie bei nonkomplexer Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD).....	187
11.2 Yogatherapie bei komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung (KPTSD) beziehungsweise entwicklungsbedingter Traumafolgestörung	188
Verzeichnis der Sanskritbegriffe.....	191
Literatur.....	193
Index	199

Vorwort

Ein ganzes Buch nur über den Atem und die Beziehung zu ihm? – Ist der Atem wirklich so wichtig? Das mag sich mancher Zeitgenosse in unserer schnelllebigen, oft atemlosen Zeit fragen. Ja, er ist so wichtig, zumindest für Menschen, deren Atem aufgrund schwerer Schicksalsschläge und Traumata ins Stocken geraten ist, die um neuen Atem ringen und wieder frei atmen wollen. Aber auch viele andere Menschen, denen aufgrund einer immer schnelleren Zeittaktung oft die Luft zum Atmen fehlt, die dadurch in Stress geraten, tun gut daran, wieder in Kontakt mit einem gesunden Atemrhythmus zu kommen.

Dietmar Mitzingers Buch widmet sich ausführlich dieser basalen, da Lebensbeginn und Lebensende bestimmenden Energiequelle, die wir im Alltag zumeist vergessen. Mit dem Thema Atem begeben wir uns an die existenziellen Grundfesten unseres Daseins. Es macht daher Sinn, sich die beginnende Lebendigkeit eines Säuglings genauer anzusehen. Ein gesundes Baby erobert sich die Welt und *bemächtigt* sich des eigenen Körpers, indem es verschiedene Möglichkeiten ausprobiert: „Was können meine Beine? Was kann ich mit meinen Zähnen tun? Kann ich die Zehen in den Mund stecken?“ Usw. Gesunde Eltern freuen sich über die Fortschritte des Kleinen, was die Aneignung und Beherrschung des Körpers betrifft. *Selbstwirksamkeit* entwickelt sich, auf der sich ein gesundes *Selbstbewusstsein* aufbauen kann. Diese Fähigkeit, einen guten Kontakt zu den Möglichkeiten des Körpers zu haben und ihn zu nutzen für das, was die Seele will, haben traumatisierte Menschen verloren, sie fühlen sich hilflos und ausgeliefert – wie ein Säugling. Daher ist der Blick auf die grundlegenden Quellen unserer Lebendigkeit wichtig. Das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit in Beziehung zu unserem Atem ist Dietmar Mitzingers Anliegen, und er erforscht den Atem in subtiler Feinarbeit gemeinsam mit seinen Patienten.

Atem und Seele, Atem und Bewusstsein, Atem und Lebendigkeit bedingen sich gegenseitig; das betonen auch viele Sprüche des Volksmunds und der Weisheitslehrer. Das Faszinierende am Atem ist, dass er gleichzeitig zum willkürlichen wie zum unwillkürlichen Nervensystem gehört. Wir können ihn beeinflussen – und diesem Aspekt widmet sich das vorliegende Buch. Aber gleichzeitig funktioniert der Atem, während wir schlafen, auch ohne unser Zutun. Bekanntlich ist es ja auch nicht möglich, sich durch Atemanhalten selbst zu suizidieren. Der Atem lässt uns erfahren: Zum Teil haben wir Einfluss, aber es gibt auch etwas, worauf wir keinen Einfluss haben und wo andere Kräfte in uns und auf uns wirken. So wie wir auch nur begrenzten Einfluss auf das Schlafen-, Essen- und Atmen-Müssen haben und darauf, wann

unser letzter Atemzug sein wird. In vielen Religionssystemen wird der Atem daher mit einer göttlichen Energie gleichgesetzt: Prana bezeichnet sowohl den Atem wie die allgemeine Lebensenergie, im Hebräischen bedeutet „ruach“ Atem und Geist, ebenso im Griechischen das Wort „pneuma“ und im Lateinischen das Wort „spirit“. Atman kann Lebenshauch, Seele oder den innersten Wesenskern bezeichnen.

Diese Schnittstelle zwischen autonomem und willkürlichem Nervensystem finden wir so bei keinem anderen menschlichen Organ. Daher empfehlen die meisten spirituellen Traditionen die Zuwendung zum Atem als Eingangstor und Weg, um in höhere Bewusstseinszustände zu gelangen.

Für Therapeuten ist jedoch der Pol des Einflussnehmens-Könnens wichtiger. Und hier führt uns Mitzinger auf einen wahrnehmungsorientierten sensiblen Weg, wie ein ängstlich und hektisch verkürzter Atem wieder zu unserem eigenen Atem und zu unserem individuellen Rhythmus zurückgeführt werden kann.

Mit Dietmar Mitzinger verbindet mich seit drei bis vier Jahren ein fruchtbarer fachlicher Austausch. Als er mich bat, das Vorwort zu schreiben, habe ich mich deshalb sehr gefreut. Während Dietmar als Psychotherapeut und Dozent in der Verhaltenstherapie verwurzelt ist, habe ich meine psychotherapeutische Ausbildung an analytischen Instituten verbracht. In unserer Praxistätigkeit ergänzen wir jedoch beide die kognitiv-verbale Problembearbeitung mit körpertherapeutischen Heilungsmöglichkeiten aus dem yogischen Erfahrungswissen. Da verbale und bewusstmachende Techniken alleine nicht die Ganzheit der menschlichen Existenz erreichen, ist es uns beiden ein Anliegen, die unterhalb unserer Großhirnrinde liegenden Zentren zu erreichen: das limbisch-emotionale Zentrum und das Stammhirn. Spätestens seit Joachim Bauers Buch „Das Gedächtnis des Körpers“ und Bessel van der Kolks Buch „Verkörperter Schrecken“ wissen wir, dass Traumata im autonomen Nervensystem und im Stammhirn sitzen; das zeigt auch das vorliegende Buch auf.

Als Begleiter kann man die Freude und den Stolz spüren, den eine traumatisierte Person empfindet, wenn es ihr erfolgreich gelingt, wieder Herr im eigenen Haus zu sein: Wenn eine Triggersituation nicht mehr zu einer Eskalation von Atemanhalten und Steifwerden führt, sondern diese inneren Prozesse in Achtsamkeit und Selbstmitgefühl beobachtend wahrgenommen werden. „Ich kann (nicht: ich muss) eine unangenehme Situation auch aushalten, meine Entscheidungsfreiheit wächst!“ Ist es doch die Ohnmacht, nicht nur der Welt gegenüber, schlimmer noch: dem eigenen Körper gegenüber, die Traumapatienten verzweifeln lässt. Das Fliehen und Vermeiden, eine der drei Hauptreaktionsmöglichkeiten bei einer lebensbedrohlichen Situation, lässt dem Leben Traumatisierter oft nur wenig Spielraum; nun aber eröffnen sich wieder neue Handlungsspielräume. Der Verhaltenstherapie verdanken wir viele Ansätze, Vermeidungsstrategien langsam wieder auflösen zu können.

Sowohl Betroffene wie auch Begleiter brauchen einen langen Atem, um Verlorengangenes und Zerstörtes wiederherzustellen. Ob äußere Gebäude oder innere Seelenqualitäten wie Vertrauen und Selbstmitgefühl: Zerstören geht immer ungleich schneller als Wiederaufbauen. Ein Mensch, der einen langen Atem hat, ist entspannt und geduldig, gleichzeitig fokussiert und klar auf ein Ziel gerichtet. Die Übungen, die Mitzinger anbietet, wollen wiederholt und geübt werden. Jedoch ist oft schon nach kurzer Übungszeit eine kleine Wirkung wahrnehmbar, die anzeigt, dass es der richtige Weg ist. Dies lässt Hoffnung entstehen. Vor allem die Erfahrung, dass Betroffene selbst etwas dazu beitragen können, macht Mut und wirkt heilend.

Dipl.-Psych. Regina Weiser

Psychotherapeutin (DGIP)

Traumatherapeutin (PITT)

Yogalehrerin (MYI)

Dozentin und Autorin

Danksagung

Für die Verwirklichung dieses Buches danke ich ganz besonders: Elisa Meyer aus Wien, Alexandra Wessels aus Köln, Lina Prykhodko aus Müritz, meinem Lehrer und Ausbilder im Yoga Sri Friedrich Schulz-Raffelt, meinem Lehrer in Integraler Somatischer Psychotherapie (ISP) Dr. Raja Selvam, meinen Patienten, die vertrauensvoll meinem Angebot gefolgt sind und sich auf Pranayama eingelassen haben. Reto Zbinden aus Villeret/Schweiz, der mich in der Darstellung vom klassischen Pranayama unterstützt hat, und Elisabeth Westhoff aus Köln, die mir entscheidend bei der Erstellung des ersten Fachartikels über den Pranayama-Effekt geholfen hat. Außerdem gebührt der Dank den vielen Teilnehmern der Ausbildungsseminare in der Yogatherapie und im traumasensiblen Yoga, die mit ihrer Aufmerksamkeit und ihren Fragen dazu beigetragen haben, dass sich viele Aspekte des Pranayama erschließen ließen. Und Petra Simon aus Düsseldorf, die mir in gemeinsamen Gesprächen neue Aspekte der Körpertherapie beschrieben hat.

Einleitung

Die Ausgangssituation

In der heutigen Traumatherapie besteht eine Lücke. Für den Klienten gibt es keine hinreichende Vorbereitung auf die Belastung, die auf ihn zukommt. Eine Traumaexposition bedeutet, sich Erinnerungen, Gefühlen und Affekten aus der Traumatisierung auszusetzen. Für den Klienten ist das eine erhebliche Belastung, die das Risiko der Retraumatisierung in sich birgt.

In der Traumaforschung hat sich gezeigt, dass traumatisierte Klienten eine niedrigere Herzfrequenzvariabilität aufweisen und eine verringerte Toleranz gegen Affekte und Emotionen haben (verkleinertes Resilienzfenster). Die Reizschwellen senken sich immer weiter ab und selbst kleine Reize können erhebliche Reaktionen im Nervensystem auslösen. Die heutigen Methoden in der Traumatherapie können keine Herzfrequenzvariabilität herstellen, sie können keine Toleranz für Affekte oder Emotionen herstellen, sie können keine Reizschwellen im Nervensystem heraufsetzen, aber sie gehen trotzdem in eine Traumaexposition. Um das Ganze irgendwie durchführen zu können, wird hochfrequent mit Entspannungsbildern (Ankerteknik) oder mit motorischen Bewegungen gearbeitet, die die beginnende Erstarrung reduzieren sollen. Dabei bekommt der Klient den Eindruck, dass er vor seinen eigenen Wahrnehmungen in das Entspannungsbild flüchten muss, weil er sich selbst sonst nicht aushalten kann. Dieses Vorgehen ist hoch problematisch, denn der Klient lernt nur, dass er weiterhin auf der Flucht vor sich selbst bleiben muss.

Besser wäre es, wenn wir die Möglichkeit hätten, mithilfe einer gezielten Intervention auf das Nervensystem des Klienten so einwirken zu können, dass die Nerven robuster werden gegen starke Affekte und Emotionen, anstatt immer wieder mit einem desolaten Nervensystem in eine belastende Erfahrung hineingehen zu müssen; eine Prozedur, durch die Klienten nur hilfloser und depressiver werden.

Zusätzlich gibt es das Pendelproblem: Wenn ein Traumaklient sich erregt, gleitet er schnell in Angst und Panik hinein. Arbeitet man dann mit Entspannungsmethoden, rutscht er viel zu schnell in eine Erstarrung. Wenn man den Klienten dann wieder aktiviert, gleitet er sehr schnell erneut in Angst und Panik ab. Der Traumaklient pendelt also zwischen Angst und Panik auf der einen und Erstarrung auf der anderen Seite. Um dieses Pendelproblem zu lösen, muss die Erregbarkeit des Nervensystems insgesamt verändert werden. Sie muss grundsätzlich herabgesenkt werden, ohne die Wahrnehmungsfähigkeit des Klienten zu reduzieren. Besser ist es sogar, die Wahrnehmungsfähigkeit heraufzusetzen.

Nach Möglichkeit sollte die Erregbarkeit ohne Medikamente herabgesetzt werden, denn diese haben die Nebenwirkung, die Wahrnehmung des Traumaklienten stark zu beeinträchtigen. Er ist dann nicht mehr in der Lage, bewusst zu erleben, dass er seinen Zustand verändern kann. Dieses bewusste Erleben einer selbst herbeigeführten positiven Veränderung ist aber die Voraussetzung für die Gesundung des Klienten.

Gesucht wird also eine Methode, die es dem Klienten ermöglicht, sich selbst so zu regulieren, dass er in seinem Nervensystem sowohl die Neigung zu Angst und Panik als auch die Neigung zur Erstarrung reduziert und so robuster gegenüber Reizen werden kann. Diese Robustheit gegenüber Reizen lässt sich mit dem Begriff der Affekttoleranz fassen.

Affekttoleranz ist eine Befähigung auf zwei Ebenen: 1) eine neuronale Befähigung, stärkere Reize tolerieren zu können, ohne direkt in Reflexe zu gehen. Und 2) eine kognitive Befähigung, offen sein zu können für Reize, ohne direkt in das Katastrophendenken hineingleiten zu müssen.

Die Behandlungsleitlinie: Mangelnde Affekttoleranz ist eine Kontraindikation für Traumatherapie. Eine Traumatisierung führt zu einer verminderten Körperwahrnehmung; der Körper wird viel weniger gespürt. Die Ursache dafür ist zweifelsohne das extrem starke Leiden der Patienten. Ihr emotionales und affektives Erleben ist extrem intensiv, nicht mehr aushaltbar. Die natürliche Reaktion darauf ist die Reduktion der Körperwahrnehmung, der Preis dafür ist eine sehr geringe Affekttoleranz.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) e.V. weist in ihrer Leitlinie 11 für die Posttraumatische Belastungsstörung auf die Kontraindikation für Trauma bearbeitende Verfahren hin. Diese besteht u. a. in der „mangelnden Affekttoleranz“.

Die Widersprüchlichkeit: Eines der Hauptsymptome der Traumatisierung ist jedoch genau dieser Mangel an Affekttoleranz. Hier entsteht ein eigenartiger Zirkelschluss: Einerseits dürfen Klienten mit Traumatisierung nicht in eine Traumatherapie, wenn sie mangelnde Affekttoleranz aufweisen, andererseits brauchen sie gerade wegen der mangelnden Affekttoleranz eine Traumatherapie, weil sie diese selbst nicht herstellen können. Betrachtet man diese Situation von außen, dann mutet sie sehr widersprüchlich an. Hier ist also dringend eine Veränderung vonnöten.

Die Lösung: Pranayama stellt die erforderliche Affekttoleranz her. Es verändert Auslöseschwellen im Nervensystem, es setzt sie nämlich herauf. Der Traumaklient wird robuster oder, anders ausgedrückt: Sein Nervensystem wird resilienter gegenüber Reizen. Durch die Erfahrung, dass sein Nervensystem robuster geworden ist, wird