

Einführung in die prozessorientierte Psychotherapie

Verf.: Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann

10.11.2012

**Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24**

97980 Bad Mergentheim

Tel.: 07931 – 5316 – 1302

E-Mail: r.plassmann@ptz.de

1. Der Begriff „Transformation“

In psychoanalytischen Publikationen ebenso wie in der Verhaltenstherapie, Traumatherapie und in der neurobiologischen Forschung wird der Begriff der *Transformation* zunehmend häufig verwendet. Es spricht vieles dafür, dass dieser Begriff geeignet ist, eine Schlüsselrolle sowohl in der Modellbildung wie auch in der Behandlungstechnik einzunehmen und zwar methodenübergreifend (Bion 1997, Ferro 2012, Hortig und Moser 2012, Reed 2012).

Insbesondere die moderne Traumatherapie (Plassmann 2007, 2010) und die Kinderanalyse (Stern et al 2012) haben äußerst deutlich gezeigt, dass es in der menschlichen Psyche eine permanente Aktivität gibt, seelisches Material neu zu ordnen. Dieser Vorgang scheint eine biologische Notwendigkeit zu sein und findet deshalb selbstorganisatorisch statt, keineswegs nur angeregt durch Psychotherapie. Seelisches Erlebnismaterial bedarf ganz offenbar einer mit hohem Energieaufwand betriebenen Ordnung, Einordnung, Umordnung, Neuordnung, und eben diesen Vorgang können wir als *Transformationsprozess* bezeichnen.

Jede Stockung des Transformationsprozesses ruft offenbar sofort intensive Aktivitäten des psychischen Apparates und der gesamten Persönlichkeit hervor, die Stockung zu beheben. Unser psychischer Apparat scheint den permanenten Transformationsfluss als vitale Notwendigkeit zu definieren, die unbedingt sichergestellt sein muss und zwar umso dringender, je höher der emotionale Energiegehalt des Erlebnismaterials ist.

Emotional bedeutsames Material ruht nicht still in irgendwelchen seelischen Depots, sondern hat aufgrund seines Energiegehalts starke Wirkungen, auf die das mentale System antworten muss und auch antworten möchte. Schließlich sind auch Emotionen nichts Fremdes sondern etwas Eigenes, Benötigtes, Sinnvolles. Emotionen statten alle Erfahrungen mit einer gefühlten Bewertung aus, positiv oder negativ und geben uns die Energie für die nötigen Konsequenzen, also die aus dem Erlebnis resultierenden Intentionen (Stern et al 2012).

Nicht immer gelingt es der Person, Stockungen der Transformation emotional bedeutsamen und energievollen Materials zu vermeiden. Die Folge sind dann provisorische Bewältigungsformen, wie sie das psychoanalytische Abwehrmodell beschreibt: Verdrängung, Projektion, Somatisierung, Reaktionsbildung. Zahlreiche Krankheitsbilder können als komplexe dysfunktionale Reaktionsformen auf unverarbeitetes starkes emotionales Belastungsmaterial verstanden werden: Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, um nur einige Beispiele zu nennen.

2. Modellbildung

Den Transformationsprozess in seinen Eigenschaften und in seiner Arbeitsweise zu beschreiben erfordert zum Einen genaue klinische Beobachtung und zum Anderen einen modelltheoretischen Bezugsrahmen, der uns auch geeignete Begriffe gibt. Als Modellrahmen durchzusetzen beginnt sich insbesondere das *selbstorganisatorische Modell komplexer Systeme*, wir brauchen ferner Modelle für psychische Repräsentanzenbildung, also eine Zeichentheorie und müssen uns über die *konstruktivistische Natur psychischer Inhalte* im Klaren sein. (Uexküll, Geigges, Plassmann 2002). Unsere Bilder von der Welt (und von uns selbst) sind keine fotografischen, objektiven Abbilder sondern Konstruktionen.

Das menschliche Gehirn als ein selbstorganisatorisches komplexes System verstanden hat also die Fähigkeit und die Eigenart, permanent Ordnungsmuster zu bilden, die für die Aufgaben dieses komplexen Systems, also für die Lebenssteuerung, nützlich sind.

So verstanden sind alle uns vertrauten Strukturen der menschlichen Psyche nichts anderes als Muster, die sich derartig bewährt haben, dass sie im Verlauf der Evolution zu stabiler Struktur geworden sind und sich, wenn überhaupt, dann nur noch sehr, sehr langsam verändern. Als extrem nützlich hat sich beispielsweise die Technik des Gehirns erwiesen, **Datenreduktion durch Repräsentanzenbildung** zu erreichen. Aus großen Mengen von Information werden bestimmte typische immer wiederkehrende Muster abstrahiert, denen dann ein *einzelnes* Zeichen zugeordnet wird. Ein Beispiel: Eine große Anzahl von Organen unseres Körpers, wie Darm, Magen, Blutzusammensetzung, Leber, Bauchspeicheldrüse, Mund, Muskulatur, erzeugen eine astronomische Menge an Informationen über einen bestimmten Zustand, der mehrfach täglich auftritt. Dieses aus Billionen von Einzelinformationen zusammengesetzte Muster wird von unserem emotionalen System auf ein einziges Gefühl verdichtet, nämlich das Gefühl: *Hunger* und dieses Gefühl wird dann wiederum vom Bewusstsein mit einem einzigen Wort benannt, nämlich mit dem Wort: *Hunger*. Wollte man versuchen, sich die gesamte Billion Einzelinformationen bewusst zu machen oder wollte man versuchen, diese Billion einem anderen Menschen mitzuteilen, so würde sofort der evolutionäre Nutzen von Repräsentanzenbildung klar. Der Satz: "Ich habe Hunger" geht entschieden schneller. Repräsentanzen sind also Zeichen für Muster und sind selbst Muster.

Sehr nüchtern betrachtet ist das menschliche Nervensystem also ein mit enormer Leistungsfähigkeit ausgestattetes Organ mit der Hauptaufgabe, aus der unvorstellbaren Men-

ge an Informationen ein kohärentes Ganzes zu erzeugen. Dies leistet der Transformationsprozess. Seine Störungen zu beheben ist unsere Aufgabe als Psychotherapeuten. Hauptthema der vorliegenden Arbeit ist es nun, jene klinischen Phänomene zu beschreiben, die in der *prozessbezogenen Psychotherapie* am auffälligsten sind und einige behandlungstechnische Konsequenzen der prozessorientierten Arbeitsweise zu verdeutlichen.

3. Prozessorientierte Psychotherapie

Ich habe Psychotherapie immer so verstanden, dass ich versucht habe, ein Gefühl dafür zu bekommen, wann etwas stockt und wann etwas heilt. Bei aller Faszination für die reichen Erkenntnisse, die uns bspw. die Psychoanalyse über die Inhalte unbewussten Denkens und Fühlens gezeigt hat, hat mich stets darüber hinaus der Prozess interessiert, der Vorgang, in dem aus etwas Gestörtem etwas Normales wird. Ich gewöhnte mir also an, gleichsam *bifokal* wahrzunehmen: Zum Einen die **Inhalte**, also das Gesprochene, Gefühlte, Geträumte und zum anderen den **Transformationsprozess**, mit dem die Inhalte geordnet werden, wenn es gut geht. Wir nennen das eine *prozessorientierte Behandlungstechnik* (Plassmann 1996, 2007, 2009, 2011).

Der Gesamtrahmen der stationären Psychotherapie, die mein Arbeitsgebiet ist, und jeder Psychotherapie hat nun die Aufgabe, mentale Transformationsprozesse zu fördern, die beim jeweiligen Patienten ins Stocken geraten sind. Jedes einzelne Element des therapeutischen Gesamtrahmens muss deshalb darauf ausgerichtet sein, die im Patienten vorhandenen Fähigkeiten zur Entwicklung zu fördern.

Dazu ist die systematische Unterscheidung zwischen *Inhalt* und *Prozess* sinnvoll und notwendig. Das krankmachende, blockierte psychische Material, also negative Emotionen, damit verbundene Körperrepräsentanzen, Gedanken und Träume wären die Kategorie der *Inhalte*, die Integration und Transformation dieser Inhalte wäre jenes psychische Geschehen, das wir *Prozess* nennen und sowohl begrifflich wie klinisch von den Inhalten trennen.

Psychotherapie, mit welcher Methodik auch immer sie arbeitet, kann dann als Verfahren verstanden werden, welches dem Zweck dient, psychische Transformationsprozesse zu induzieren.

Um nun mit Transformationsprozessen zu arbeiten, ist es notwendig, Phänomene zu beschreiben, in denen sich die Aktivität seelischen Wachstums, also die Neubildung, die Emergenz, neuer psychischer Muster zeigt.

Ebenso wie jede andere Körperfunktion z. B. Blutgerinnung, scheint auch der seelische Transformationsprozess aus einem ganzen Bündel von Teilfunktionen zu bestehen. Sie haben alle den Charakter von Regulationsvorgängen.

Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie nicht linear sondern rhythmisch ablaufen. Jeder einzelne dieser Regulationsvorgänge hat etwas Schwingendes, einen vom jeweiligen Moment, von der jeweiligen Therapiestunde abhängenden eigenen Rhythmus. Ziel einer Psychotherapie wird also nicht sein, in einem linearen Prozess einen statischen stabilen Zustand zu erreichen, sondern das Ziel ist, den Regulationsvorgängen wieder zu jenem eigenen Rhythmus zu verhelfen, den sie brauchen, um wirksam zu sein.

Natürlich gilt das in der Therapie nicht nur für die Patientin, sondern für beide Beteiligten. Auch in Therapeuten sind ständig Transformationsprozesse, Regulationsprozesse für den Moment der Stunde aktiv. Daraus ergeben sich interessante Fragen über die Natur der therapeutischen Beziehung. Sehr wahrscheinlich leiten wir den Heilungsvorgang dadurch ein, dass wir im Moment der Stunde und im Kontakt mit dem in diesem Moment aktiven Belastungsmaterial für Selbstregulation *in uns selbst* sorgen und damit mutative *Begegnungsmomente* ermöglichen (Stern et al 2012, Ferro 2012).

4. Elemente des Transformationsprozesses in der Therapiestunde

Was wir also vom psychischen Transformationsprozess wahrnehmen können, sind rhythmische Regulationsvorgänge, wir bemerken sie, beteiligen uns an Ihnen, fördern sie und benennen sie.

Prozessmuster in der Therapie:

- **Mentalisierungsmuster:**
Prozesse innerer Kommunikation zwischen Körperlichkeit, Emotion und Bewusstsein
- **Dialogmuster:** Gelingende oder scheiternde Koordinationsvorgänge der Dialogstruktur in Bezug auf Wechselseitigkeit, Rhythmus, Tempo

- Muster in der **Regulation der Emotionsstärke**
- **Muster in der Regulation der Emotionsqualität (bipolare Muster)** zwischen negativem und positivem emotionalem Material

4.1. Mentalisierungsmuster

Das Bilden neuer Repräsentanzen scheint ein rhythmischer Vorgang zu sein. Im Nachdenken und Verarbeiten kommuniziert die höhere Repräsentanzebene in einem rhythmischen Geschehen mit den jeweilig niedrigeren, also vorgelagerten Repräsentanzebenen. Der Vorgang wurde von frühen Zeichentheoretikern wie C. S. Peirce (Uexküll, Geigges, Plassmann, 2002) postuliert und von der modernen Neurobiologie bestätigt (Damasio 2000). Damasio, ein sehr scharfsinniger Neurobiologe, sieht dies so:

Die basale Repräsentanzebene des **Protoselbst** enthält unbewusste Repräsentanzen von Körpervorgängen, also alles was wir an unbewusstem Wissen über den Körper haben. Damasio (2000) nennt diese Zeichen Emotion, auf der Ebene des Protoselbst noch unbewusst. Diese Körperrepräsentanzen werden auf der Ebene des **Kernselbst** integriert zu neuen, komplexeren psychischen Objekten. Aus unbewusster Emotion wird **bewusstes Gefühl**, das seinerseits auf der höchsten Repräsentanzebene des **autobiografischen Selbst** zu neuen, bewusstseinsfähigen psychischen Objekten integriert wird: Das autobiografische Narrativ, die Sprache.

Mentalisierungsprozesse verbinden diese Ebenen miteinander. Sie zeigen Rhythmen und Tempi, sie haben irgendwie musikalischen Charakter. Sie erinnern an die Atmung mit einem, wenn es gut geht, beständigen Schwingen zwischen den Repräsentanzsystemen.

In der Stunde sehen wir die Oszillationsvorgänge im Wechsel von Denken, Sprechen und Fühlen, im Wechsel der Bewegung zwischen den Repräsentanzsystemen: Mal mehr Körperliches, dann mehr Emotionales, dann mehr Begriffliches, Bewusstes.

Will ein Patient sich durch sehr schnelles, intellektuelles Sprechen den Kontakt mit Emotion und Körper ersparen, so werden wir nicht nur die Beschleunigung des Tempos, sondern auch die Entrhythmisierung, die Starre des Verhaftetseins an eine Repräsentanzebene wahrnehmen. Gesunden Symbolisierungsrhythmen scheint hingegen

eigen, dass sie ständig spielen, d.h. leicht variieren. Sie sind nie starr. Ich möchte das als **semiotische Oszillation** bezeichnen. Der Gegenpol zur Starre wäre das chaotische Muster: Plötzliche, regellose, eher psychotische, also desintegrierte Einschübe aus anderen Repräsentanzebenen.

1. Vignette: Intellektualisierung

Die 17-jährige Vivienne spricht sehr schnell, sehr klug und sehr vernünftig über sich und ihre aktuellen Schwierigkeiten. Sie denkt von sich, dass sie ihre Emotionen nicht wahrnehmen kann, nicht weiß, warum es ihr schlecht oder gut geht und ob es ihr überhaupt schlecht oder gut geht. Die Therapeutin hat ihr das auch gesagt und nun grübelt sie darüber nach, wie sie sich wohl jeweils fühlt, kommt mit dem Grübeln aber auch nicht weiter, so berichtet sie. Dann verändert sich in der Therapiestunde das Kommunikationstempo, der Therapeut (also ich) übernimmt das schnelle intellektuelle Sprechen nicht, sondern verlangsamt sich, die Patientin verlangsamt sich auch und in dieser Bewegung werden immer mehr traurige Geschichten erzählt und auch gefühlt: Was sie in ihrer Mutterbeziehung vermisst und was sie insbesondere in ihrer Vaterbeziehung vermisst. Der Therapeut gibt an dieser Stelle eine prozessbezogene Intervention und erzählt ihr, wie deutlich er die Wahrnehmung der unglücklichen Gefühle findet, ganz im Gegensatz zu der anfänglichen Vermutung der Patientin, sie könne nicht spüren, was mit ihr ist. Daraufhin ergibt sich ein langsames, eher weiches und nachdenkliches Sprechen über ihre unglückliche Seite, die sie eigentlich nicht haben möchte und bisher mit Bulimie, überdrehter Fröhlichkeit und Vernünftigkeit betäubt hat.

In Bezug auf Mentalisierungsprozesse war mir in dieser Vignette also ein Überwiegen des intellektuellen und ein funktionelles Fehlen des Emotionalen und Körperlichen, aufgefallen, was die Patientin aber durch eine leichte Rhythmusverschiebung im Dialog leicht korrigieren konnte.

4.2. Interaktionsmuster

Eine Gruppe psychoanalytischer Autoren hat im Kontext der Säuglingsbeobachtung Transformationsprozesse beobachtet und sehr viel Sorgfalt, insbesondere auf die

Untersuchung von Kommunikationsvorgängen verwendet, die für seelisches Wachstum erforderlich sind.

Die **change prozess study group** wurde 1995 in Boston gegründet, ihr gehörten bekannte Kinder- und Erwachsenenanalytiker- und analytikerinnen an, beispielsweise Daniel Stern, Beatrice Beebe, Frank Lachmann, Joseph Jaffe, Louis Sander.

Beebe, Jaffe et al (2002) untersuchten die vokale Koordination zwischen Mutter und Kind, das Wechselspiel von stimmlichen Äußerungen und Sprechpausen bei viermonatigen Säuglingen und ihren Müttern. Im Alter von 12 Monaten wurde dann überprüft, ob die Kinder normale oder pathologische Bindungsmuster entwickelt hatten. Man erwartete, dass Muster von perfekter vokaler Koordination gut sein würden für die Entwicklung, sah aber etwas anderes. Kinder mit maximaler vokaler Koordination mit ihren Müttern entwickelten sich schlecht, ebenso Kinder mit minimaler Koordination. Gute Entwicklung fand sich bei Koordinationsmustern von mittlerer Güte. Beebe und Lachmann (2004) nennen diesen Befund das *Balancemodell des Mittelbereichs* und schreiben: „Dieses Prozessmuster gilt vollkommen unabhängig vom jeweiligen emotionalen und thematischen Inhalt und lässt sich problemlos auf die analytische Arbeit übertragen.“ (S. 226).

Der mentale Apparat des Patienten nimmt also regelmäßig durch rhythmische Koordination mit dem Therapeuten Kontakt auf, um die Koordination gleich darauf wieder zu unterbrechen und dann erneut herzustellen. Mentales Wachstum ist dann zu erwarten, wenn diese Koordination weder hypersynchron noch asynchron, sondern ausbalanciert im Mittelbereich liegt (Beebe, Jaffe et al 2002). Es ist die Co-Regulation, die im Moment der Stunde zur Co-Kreativität, also zum Fortschreiten des seelischen Transformationsprozesses führt. Dadurch wird übrigens nicht nur die Patientin gesünder, sondern auch die Therapeutin.

In der Therapiestunde sind es also nicht die Bedürfnisse und Gewohnheiten des Einen oder des Anderen allein, die den Rhythmus des Dialogs bestimmen sollen, sondern Ziel ist die Koordination. Ich habe es schon häufig erlebt, dass eine Patientin eine Pause machte, in der ich gerne etwas gesagt hätte. Wenn mir gerade nichts Sagenswertes einfällt, schweige ich, nur um dann zu bemerken, wie die Patientin selbst weitersprechend der Stunde einen neuen Impuls gab. Eine Beschleunigung des Dialogrhythmus mit rascher Redeaktivität von meiner Seite hätte dies gestört.

In Supervisionen berichten Ausbildungskandidaten häufig von extrem gestörten Dialog-Rhythmen in ihren Behandlungen: Patienten sprechen ohne Pause in hohem Tempo mit Themensprüngen, denen das Denken beider nicht mehr folgen kann. Die Kandidaten versuchen dann meistens, sich irgendwie mit Inhaltsdeutungen Gehör zu verschaffen, sie greifen irgendeinen Teil des Redestroms heraus und versuchen den analytischen Raum durch eine möglichst zutreffende Deutung dieses Materials zu öffnen, fast immer ohne Erfolg. Stattdessen wäre auch eine Prozessdeutung möglich, die einige Eigenschaften des Dialogrhythmus beschreibt, z. B. das hohe Tempo, die Einseitigkeit der Sprechaktivität und die Auswirkungen auf den Transformationsprozess, also z. B. die Lähmung des Denkens und die fehlende Verknüpfung des Gesprochenen, dessen Teile unverbunden und deshalb auch unverstanden bleiben. Ein mutiger Patient könnte seinem zu viel und zu schnell oder zu wenig redenden Therapeuten den gleichen Hinweis geben, bis sich ein gemeinsames Wissen von kohärenten Dialogmustern bildet.

Ganz allgemein gilt, dass asynchrone oder hypersynchrone Dialogrhythmen den seelischen Transformationsprozess solange blockieren, bis sie behoben werden.

4.3. Regulation der Emotionsstärke

Blutdruck oder Pulsfrequenz können zu hoch oder zu niedrig sein, beides ist nicht gesund. So scheint es sich auch mit der Stärke der Emotionen zu verhalten. Weil Emotionen zentrale Organisatoren des mentalen Geschehens sind, sehen wir, dass zu schwache Emotion nichts bewegt, es kommt kein Transformationsprozess in Gang. Das wäre beispielsweise bei einer Patientin, die über das, was sie emotional berührt, nicht spricht, sondern über einen Pseudofokus, die Stunde bleibt infolgedessen fühlbar leblos, durch Beschäftigung mit emotional unbesetztem Pseudomaterial. Umgekehrt sehen wir an Patienten mit traumatisch starkem negativem emotionalem Material, wie ein zuviel an Emotionsstärke den gesamten davon berührten Bereich der Persönlichkeit an normaler Entwicklung hindert, bis in die aktuelle Stunde hinein. Die Stunde wiederholt das Trauma, indem eine emotionale Erregung von gleichsam toxischer Stärke den Transformationsprozess blockiert. Affektive Pluszustände zeigen dann die fehlende Verarbeitung des pathologischen emotionalen Materials an: Impulsdurchbrüche, Übererregung, Störungen der Symbolisierungsfähigkeit, Störungen des Denkens, Sprachzerfall und eine allgemeine Überflutung und Paralyse des gesunden Teils der Persönlichkeit.

Beide Grenz-Zustände, den Untererregungs- wie den Übererregungszustand können wir gut wahrnehmen. Ein im Moment der Therapiestunde funktionierender Heilungsprozess wäre hingegen erkennbar an einem ständigen autoregulativen Pendeln der Emotionsstärke um den optimalen Mittelbereich herum. Anders ausgedrückt: Die Patientin reguliert die emotionale Annäherung und Distanzierung an ihr Thema selbständig so, dass die schädlichen Extreme korrigiert werden, so wie auch Blutdruck und Herzfrequenz niemals konstant sind, sondern sich ständig um einen Mittelbereich spielend auf den im Moment richtigen Wert einregulieren.

Wir erleben dann, wie die gesunde Persönlichkeit in der Stunde präsent und aktiv ist, das pathologische Material verändert sich im Moment des Geschehens der Stunde, kreative neue Aspekte werden geboren, der Dialog mit dem Therapeuten ist unbeeinträchtigt, Bewusstsein, Sprache und ein Mehr an innerer Ordnung entstehen, die Erlebnisse bekommen einen Ort in der Zeit.

2. Vignette: Zu viel Rotz

Die 26.-jährige Patientin hat eine erschreckende Biographie von sexuellen Vergewaltigungen und ist bei ihrem Therapeuten, einem Analytiker, in Einzeltherapie. Sie erzählt in jeder Therapiestunde sehr stark belastendes emotionales Material von kürzlich oder in der Vergangenheit geschehenen Vergewaltigungen und während sie das tut, weint sie in der Stunde intensiv und der Rotz fließt ihr aus der Nase, sie lässt ihn fließen, aus der Nase über das Kinn, der Rotz läuft weiter den Hals hinunter oder tropft von der Kinnschuppe auf die Kleidung, fädenziehend, bildet dort glasige Lachen, um dann in der Kleidung zu versickern. Nachdem sich der Therapeut das einige Stunden angeschaut hat, wird ihm klar, dass ihn dieser Rotz ekelt und zwar erheblich, er merkt auch, wie ihn der Rotz vom psychischen Material ablenkt, er fängt sich an über die Patientin zu ärgern, die ihm das ohne Not antut, weil es keinen Mangel an Taschentüchern im Behandlungszimmer gibt. Er beobachtet bei sich selbst, dass seine Kreativität in der Stunde unter dem Einfluss der Rotzfluten nahezu zum Stillstand gekommen ist. Er ist selbst in einer Über-dem-Limit-Situation mit zu hoher Stärke negativer Emotionen. Schließlich sagt er ihr, dass ihn der Anblick des Rotzes beim Nachdenken störe und fordert sie auf, sich künftig die Nase zu putzen, damit er wieder arbeiten kann. Die Patientin, sehr erstaunt, dass er sich im Hier und Jetzt

der Therapiestunde vor Angriffen auf seine Denkfähigkeit zu schützen versteht, folgt der Aufforderung, teils widerwillig, teils beeindruckt und die Arbeit kann weitergehen, so wie es das Material erfordert.

In diesem Fall war es also erforderlich, dass der Therapeut seine eigene Emotionsstärke regulierte, um arbeiten zu können.

Es ist nützlich, solche Prozessreflexionen der Emotionsregulation regelmäßig und fast beiläufig in die Stunde einzuflechten und die Patienten daran zu gewöhnen, kontinuierlich selbst auf die Qualität der Regulationsprozesse zu achten.

Der Wechsel auf die Prozessebene und die Prozessreflexion ist dabei eine in der Traumatherapie sehr willkommene Interventions- und Stabilisierungstechnik bei zu starker emotionaler Belastung. Von der Therapeutin eingeschobene kleine Denkpausen verdeutlichen und ermöglichen Reflektion, Distanzieren, Sortieren und Verbalisieren des Materials.

4.4. Regulationsmuster der Emotionsqualität (bipolare Muster)

Die prozessorientierte Psychotherapie sieht den Heilungsprozess als eine Wechselwirkung zwischen **Traumaschema und Heilungsschema**, die jeweils im Kern aus Emotionen bestehen, negativen Emotionen wie Furcht, Scham, Schuld, Ekel und positiven Emotionen wie Stolz, Freude, Neugier.

Bei Kontakt mit dem emotionalen Traumamaterial taucht, so können wir klinisch beobachten, nicht nur das negative Material, sondern stets auch positives emotionales Material auf. Seine Wirksamkeit und Stärke entscheiden, ob der Transformationsprozess gelingt. Daraus leiten sich die in der modernen Traumatherapie allgegenwärtigen Techniken der **Ressourcenorganisation** und **Stabilisierung** ab.

Jedem Belastungsschema steht also spontan **ein Heilungsschema** gegenüber, es ist die Quelle der in der Stunde auftauchenden **Spontanressourcen** (Plassmann 2007). Ein typischer Ablauf der emotionalen Selbstregulation in einer Therapiestunde wäre also bei deutlich einseitig dominierendem negativem emotionalem Material die Bitte an den Patienten, zu entscheiden, ob eine Gegenregulation wünschenswert wäre, weil

der kreative Prozess stockt. Falls dem so ist, wäre die nächste Frage, was für positive Dinge etwas mehr Raum bekommen möchten.

Ein Patient wird über diese Frage, was ihm jetzt im Moment an Positivem einfällt, kurz nachdenken. Das Nachdenken als Solches ist bereits eine Distanzierungstechnik. Der Patient wird sich umfokussieren und innerlich mit entsprechenden Fähigkeiten, die er von sich kennt, Kontakt aufnehmen. Das Nachdenken, Umfokussieren und der entstehende Ressourcenkontakt werden bis hier hin vielleicht ein bis zwei Minuten gedauert haben. Ganz regelmäßig beginnen dann subtile Veränderungen im Bereich der Körperrepräsentanzen: als erstes meist ein gelöster Atemzug, dann ein etwas anderes freieres Sitzen, eine leicht aufgerichtete Haltung, ein Blick, der seine Freiheit wieder gewinnt und das Starre verliert. All dies sind **Spontanressourcen**.

Wie auch schon bei den Regulierungsvorgängen der Emotionsstärke fallen auch hier rhythmische Phänomene auf. Der Transformationsprozess strebt anscheinend einen jeweils optimalen Eigenrhythmus im oszillierenden Wechsel zwischen negativem und positivem Material an. Man wird in der Stunde dann auch die Störungen beobachten können, oft genug von uns selbst verursacht. Wir reden zu viel, fragen zu viel nach Problemen, verlieren den bipolaren Prozess aus dem Auge. Prozessorientiertes Arbeiten bedeutet, nicht ausschließlich auf das gerade berührte Problem zu fokussieren, sondern auf die *Rhythmik der Präsenz von Positivem und Negativem* und die Vorgänge in der Emotionsregulation bewusst zu machen, zunächst sich selbst. Das Innehalten, Bewusstwerden, die emotionale Selbstregulation der Therapeutin geht der Deutung voraus und bringt die Veränderung in die Stunde, ob es dann ausgesprochen wird oder nicht. Man könnte das als **Prozesskommunikation** bezeichnen. Zwei Transformationssysteme, das der Patienten und das der Therapeutin kommunizieren miteinander. Das dürfte der Kern jeder Psychotherapie und jeder sicheren Bindung sein.

3. Vignette: Im eigenen Rhythmus

In einer Einzeltherapiestunde spricht ein Mann mittleren Alters sehr lange, langsam und ausgiebig über sein Belastungsmaterial, was mit Familie zu tun hat. Die Therapeutin ist sich nicht ganz sicher, ob ihm diese lange Beschäftigung mit Negativem noch nützt und wartet etwas ab, um dann die Erfahrung zu machen,

dass er zunehmend Spontanressourcen einfließt, immer mehr von positiven Aspekten des Materials spricht, um am Ende, ohne dass die Therapeutin eingegriffen hat, ausgiebig von einer Hochzeit zu erzählen. Er ist dabei in guter Stimmung und hat den Wechsel von Belastung zum positiven Pol selbstregulativ vollzogen. Die Therapeutin hatte das Gefühl, sie hätte seinen für sie erstaunlich langsamen Eigenrhythmus mit eigener Aktivität gestört und sie sei sich sicher, dass der Patient die bipolare Arbeitsweise intuitiv verstanden habe.

5. Heilt die Vergangenheit oder die Gegenwart?

Wann und wo vollzieht sich der mentale Transformationsprozess? Das klassische psychoanalytische Arbeitsmodell sieht die seelische Energie an Erlebniskomplexe aus der Vergangenheit fixiert, die deshalb als das eigentlich Wichtige, aufzudeckende seelische Material gesehen werden. Die Gegenwart scheint in dieser Sichtweise eine eher unwichtige psychische Oberfläche zu sein, in der sich das eigentlich Wichtige Vergangene verschlüsselt. Diese Auffassung hat in großem Umfang dazu geführt, dass Psychotherapeuten dazu neigen, die Mikroprozesse in der Gegenwart der Therapiestunde für weniger wichtig zu halten, als die dahinter vermuteten infantilen Ursprünge. (Ferro 2012)

Die Säuglingsforschung (Stern et al 2012) ebenso wie die moderne Traumatherapie (Plassmann 2011) kommen aufgrund genauer klinischer Beobachtung zu anderen Schlüssen. Das Material kommt mit großer Intensität in die aktuelle Stunde, es lebt im Jetzt, und zwar in einer ständigen Abfolge von kommunikativen Sequenzen zwischen Patientin und Therapeutin. (Hardt 1999) Sie werden von der Säuglingsforschung *lokale Ebene* und von der modernen Traumatherapie *Mikroszene* genannt. Die moderne Traumatherapie und die von ihr eingesetzten Methoden wie EMDR haben mit großer Deutlichkeit die Befunde der Säuglingsforschung bestätigt. In die aktuelle Stunde bringt die Patientin unverarbeitetes emotionales Belastungsmaterial ein, um es in der Stunde durchzuarbeiten, also zu transformieren. Die seelische Energie ist mit diesem in die aktuelle Stunde eingebrachten Material verknüpft, ganz unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt sich das desintegrierte emotionale Material ursprünglich gebildet hat. Also muss sich unsere Aufmerksamkeit auf das Jetzt, den Gegenwartsmoment, richten, nicht auf das Damals. Die Kenntnis des Damals vertieft das Wissen, ersetzt aber nicht den Transformationsprozess.

Der Transformationsprozess findet im Jetzt der Therapiestunde statt, oder er findet nicht statt. Das zu transformierende seelische Material kommt in einer unendlichen Sequenz von *Gegenwartsmomenten* in die Therapiestunde, unsere Aufgabe als Therapeuten ist es, dieses Material zu bemerken und daran mitzuwirken, dass es in der Stunde in der Patientin und natürlich auch in uns verarbeitet, das heißt transformiert wird. Das geschieht nicht, indem wir uns mit den Patienten immer weiter ins Problemmaterial vertiefen und dabei die emotionale Belastung erhöhen, sondern indem wir aufmerksam beobachten, was der Heilungsprozess, der stets auf seine Chance wartet, braucht. Das wird im konkreten Moment der Therapiestunde oft nicht Problemarbeit sein sondern Ressourcenkontakt.

Kinder sind in Hinsicht auf das *Prinzip Gegenwärtigkeit* (Plassmann 2007) sehr gute Lehrmeister. Mit allem was sie tun und sagen, warten sie auf die Gelegenheit, ein Heilungsspiel mit uns zu beginnen, im Hier und Jetzt..

Hierzu ein Beispiel.

4. Vignette: Carlo und das Gärtentörchen, eine Szene im Kinderzentrum¹

Der 18-Monate alte Carlo weint ständig vor sich hin, er ist nicht zu trösten. Ein Erzieher hat ihn auf den Arm genommen, er trägt ihn, Carlo schmiegt sich an ihn an, er möchte auf dem Arm sein, er weint sehr viel stärker, wenn der Erzieher ihn versucht abzusetzen. Manchmal schaut er zu dem Gartentor, was von der Terrasse zur Straße führt und sagt mit etwas verzweifelterm Ton:

„...au...!“

*Der Erzieher und ich überlegen, was er uns wohl sagen möchte, wir beginnen aus seinem Weinen, dem Blick aufs Törchen, dem Wort, dem Unglücklichsein, eine Geschichte zu konstruieren. Carlo ist erst seit einem Tag im Kinderzentrum, ich überlege, ob seine Mama durch diese Pforte weg gegangen ist und er wünscht sich vielleicht, dass die Pforte **auf** geht, und die Mama wieder kommt. Der Erzieher erzählt, dass Carlo immer wieder diese Pforte anschaut und immer wieder dieses Wort sagt, dabei ganz unglücklich scheint. Ich frage, was die Tür wohl für eine Bedeutung hat, die ihm so wichtig ist und die sich öffnen soll. Der Erzieher erzählt, dass Carlo ein eingesperrtes Kind ist, die Mutter hat ihn in der Wohnung alleine*

¹ Des Psychotherapeutischen Zentrums Bad Mergentheim.

gelassen, auch wenn er schrie, hat die Türe zu gemacht und ist joggen gegangen. Man weiß so viel, dass er ununterbrochen geweint hat, bis sie wieder kam. Wir überlegen nun, nachdem wir ein wenig über die Geschichte nachgedacht haben, die er uns erzählen möchte, was dem kleinen Mann vielleicht helfen könnte. Dann folgen wir einfach seinem Vorschlag, die Türe auf zu machen. Wir beginnen ein Spiel. Der Erzieher geht mit Carlo auf dem Arm zur Terrassenpforte, öffnet sie, Carlo ist aufmerksam, weint nicht mehr, beide gehen die Treppe hinunter zur Straße, schauen sich unten ein wenig um, Carlo immer auf seinem Arm. Carlo sieht die geparkten Autos, schaut sie sich auch etwas näher an, dann ist er einverstanden, wieder hoch zur Terrasse zu gehen. Gleich darauf möchte er noch ein Mal die Türe öffnen, noch ein Mal die Treppe hinunter gehen, sich noch ein Mal auf der Straße umschaun, dann ist es gut und beide kehren zurück auf die Terrasse, schließen die Pforte. Carlo weint nicht mehr, will nicht mehr auf dem Arm sein, lässt sich auf den Boden absetzen, eine halbe Stunde später erleben wir, wie er fröhlich auf einem Bobby Car über die Terrasse flitzt.

In diesem Kind waren mächtige Kräfte aktiv, das schwere Bindungstrauma zu verarbeiten, Hier und Jetzt beginnend. Das Kind wollte sprechen, kommunizieren, seine unerträgliche emotionale Belastung regulieren, zu seinen positiven Ressourcen finden.

6. Schluss

Eine prozessorientierte Arbeitsweise ist innerhalb jeder Behandlungsmethode möglich, natürlich *cum grano salis*. *Analytiker* werden speziell auf die Übertragungsdimension achten, sie als ein Medium nutzen, in dem sich die psychischen Inhalte entfalten und werden dann beobachten, ob die mentale Transformation des Übertragungsmaterials in der Stunde im Fluss ist oder stockt. In einer *körperorientierten Psychotherapie* wird sehr viel genauer darauf geachtet werden, wie und welches Material sich in der Dimension Körper entfaltet und auch hier muss beobachtet werden, ob dieses Material in seiner Intensität und in seiner Mischung den seelischen Heilungsprozess anregt. In der *Traumatherapie* arbeiten wir fast ausschließlich prozessorientiert, weil sonst ständige Überflutungen jede seelische Entwicklung blockieren würden.

Wir dürfen Psychotherapie nicht nur als Sprechen über Probleme definieren. Vielmehr müssen wir dem Transformationsprozess geben was er braucht.

Nach meiner Beobachtung führt diese Arbeitsweise dazu, dass die Patientinnen und Patienten nach kurzer Zeit sehr kompetent in der Selbstregulation werden, weil sie ihre Prozesswahrnehmung schulen, ihr Prozesswissen erweitern und sich dann, häufig ohne bewusst darüber nachzudenken, in der Therapiestunde so regulieren, dass der Transformationsprozess im Fluss bleibt. Dies sind Stunden, in denen wir zu aufmerksamen Begleitern werden, viel tun müssen wir nicht.

Das ist die Kunst des Lassens.

Literaturverzeichnis:

- Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C. Jasnow, M. (2002):** Koordination von Sprachrhythmus und Bindung. In: Brisch, K.-H., Grossmann, Klaus. E., Grossmann, K. Köhler, L.: Bindung und seelische Entwicklungswege, Klett-Cotta Verlag
- Beebe, B. und Lachmann, F. (2004):** Säuglingsforschung und Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen. *Klett-Cotta Verlag*
- Bion, W. R. (1997):** Transformationen. *Suhrkamp Verlag*
- Bryant, G. A., Haselton, M. G. (2008):** Vocal cues of ovulation in human females. *Online 8. October 2008, Biol. Lett.*
- Damasio, A. R. 2000:** Ich fühle, also bin ich. List-Verlag, München
- Ferro, A. (2012):** Im analytischen Raum. Emotionen, Erzählungen, Transformationen. *Psychosozial-Verlag*
- Hardt, J. (1999):** Vom Nutzen und Nachteil des Hier und Jetzt im psychoanalytischen Prozess. In: Grossmann-Garger, Brigitte und Parth, Walter (Hg.): „Die leise Stimme der Psychoanalyse ist beharrlich“, 1999, Gießen, Psychosozial-Verlag, „Edition psychosozial“, S. 113 - 136
- Hortig, V. und Moser, U. (2012):** Transformationen in der analytischen Mikrowelt. Verlaufsanalyse am Beispiel einer kinderanalytischen Stunde. *Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 66. Jahrgang, Heft 2, Februar 2012, S. 121 – 144. *Klett-Cotta Verlag*
- Plassmann, R. (1996):** Körperpsychologie und Deutungstechnik: Die Praxis der Prozeßdeutung. *Forum der Psychoanalyse 12, S. 19-30, Springer-Verlag*
- Plassmann, R. (2007):** Die Kunst des Lassens. Psychosozial-Verlag Gießen
- Plassmann, R. (2009):** Im eigenen Rhythmus. Psychosozial-Verlag Gießen
- Plassmann R. (2010):** Inhaltsdeutung und Prozessdeutung. *Forum der Psychoanalyse*
- Plassmann, R. (2011):** Selbstorganisation. Psychosozial-Verlag Gießen
- Reed, G. S. (2012):** Zur Bedeutung des transformativen Übersetzens für die heutige Psychoanalyse. *Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 66. Jahrgang, Heft 4, April 2012, S. 331 – 359. *Klett-Cotta Verlag*
- Stern, D. et al (2012):** Veränderungsprozesse. Brandes und Apsel
- Uexküll, T. Geigges, W., Plassmann, R. (2002):** Integrierte Medizin, Schattauer-Verlag