

Psychoanalyse und EMDR

Einige Gedanken zu den mentalen Reorganisationsprozessen
in der Traumatherapie

Verf.: Prof. Dr. Reinhard Plassmann

Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim
plassmann@t-online.de

**Vortrag an der Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie Bochum am 08.09.2010**

1. Psychoanalyse und EMDR

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wenn ich über Psychoanalyse und EMDR spreche, dann muss ich Ihnen einiges Ungewohnte zumuten. Die Behandlungstechnik ist für den psychoanalytisch Arbeitenden in der Tat fremdartig. Unter dieser Oberfläche beginnen aber die Ähnlichkeiten: EMDR ist ein Verfahren, welches dem Zweck dient, psychische Transformationsprozesse zu induzieren und genau diese auf die Prozesse ausgerichtete Arbeitsweise finden wir immer häufiger auch in neueren Entwicklungen der Psychoanalyse. Es war auch eben diese Prozessorientiertheit des EMDR, die mich persönlich interessiert hat. Man sieht im EMDR den Transformationsprozess wie im Zeitraffer vor den eigenen Augen ablaufen und ich wollte mehr darüber lernen, was eigentlich vor sich geht, wenn etwas heilt bzw. woran es liegt, wenn etwas nicht heilt, der Transformationsprozess also blockiert ist.

Zur begrifflichen Klärung:

Das krankmachende, blockierte psychische Material, also negative Emotionen, damit verbundene Körperrepräsentanzen und Gedanken bilden die Kategorie der *Inhalte*. Die Integration und Transformation dieser Inhalte ist eine psychische Fähigkeit, die wir *Prozess* nennen und sowohl begrifflich wie klinisch von den Inhalten trennen. Der Inhalt ist gleichsam das Wasser, der Fluss ist der Prozess.

Mein eigener Beitrag zu diesen Themen sind einige Arbeiten über Deutungstechnik bei traumatisierten Patienten, weil mir evident geworden war, dass wir bei Traumatisierten nicht auf einen normal funktionsfähigen, seelischen Mentalisierungsapparat vertrauen können. Es war immer klarer geworden, dass in der Arbeit mit Traumatisierten, mit Borderlinepersönlichkeiten und auch mit psychosomatisch Kranken die Restitution des beschädigten Verarbeitungsapparates Vorrang hat, bevor das Material inhaltlich gedeutet werden konnte. Ich hatte deshalb das Begriffspaar **von Inhaltsdeutung und Prozessdeutung** eingeführt (Plassmann 1996, 2010).

Das EMDR in seiner ursprünglichen, ab 1989 von Shapiro als sogenanntes Standardprotokoll entwickelten Form ist ein etwas unhandliches Werkzeug, weil es von Patientin und Therapeutin ein sehr stark strukturiertes Vorgehen verlangt, während wir in der Psychoanalyse den freien Fluß des psychischen Geschehens sehr schätzen. Nicht nur wir Therapeuten, sondern auch unsere Patienten schätzen diesen Freiraum, in den sie sich hinein entfalten können. Was wir nach meiner Überzeugung also brauchen, sind Behandlungstechniken, die sowohl dem freien Fluß des emotionalen und assoziativen Geschehens Raum geben, wie auch eine zuverlässige Prozesssteuerung dann ermöglichen, wenn es nötig ist. Dies kann der Fall sein, wenn der spontane Transformationsprozess im Geschehen der Stunde durch traumatische emotionale Übererregung oder auch durch Dissoziation stockt. Dies sollte dann mit einfachen Mitteln behandelt, d. h. behoben werden können.

Diesem Ziel kommen wir näher. Im EMDR kann das mit der Technik des sogenannten Kurz-EMDR geschehen, dies sind ultra kurze eingewobene Sets von Augenbewegungen, die eine ganz erstaunliche und zuverlässige deblockierende Wirkung auf den Transformationsprozess haben. Ich werde Ihnen dies heute in meinem Referat schildern und evtl. auch anhand eines Videos demonstrieren.

Auch in der psychoanalytischen Arbeitsweise können wir stockende Transformationsprozesse, die eine Arbeit an den Inhalten nicht mehr zulassen, mit dem technischen Instrument der Prozessdeutung behandeln (Plassmann 1996, 2010).

Damit medias in res. Was sind die Phänomene, die Modelle und die Behandlungsstrategien, wenn wir versuchen, mentale Reorganisation traumatischen Materials zu fördern?

2. Transformationstheorien

2.1 Das klassische psychoanalytische Prozessmodell

Vom klassischen Prozessmodell der Psychoanalyse, also von dem was wir **Durcharbeiten** nennen, möchte ich nur einige wenige Dinge in Erinnerung rufen.

Freud hat in seiner Arbeit von 1914 über Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten die Entwicklung der psychoanalytischen Technik zusammengefasst

und dabei den Begriff des Durcharbeitens eingeführt. Das Durcharbeiten war also ein Begriff im psychoanalytischen Modell, der jenen Heilungsvorgang bezeichnet, in dem das Krankmachende seine Wirkung verliert.

Nach René Roussillon (2007) lassen sich in Freuds Arbeiten und in anderen psychoanalytischen Arbeiten zum Thema Durcharbeiten drei Teilprozesse begrifflich trennen:



Abb 1.: Klassisches psychoanalytisches Prozessmodell (Roussillon 2007)

In seiner kurzen Arbeit von 1914 äußert sich Freud sehr klar zur Bewusstwerdung. Sie macht seiner Überzeugung nach den Kern des Heilungsvorgangs aus. Nur gelingt, wie er feststellt, das Bewusstmachen verdrängter Erinnerungen in der psychoanalytischen Kur häufig nicht. Es kommt stattdessen - daher der Titel der Arbeit – zum Wiederholen als Ersatz von Erinnerungen. Übertragung ist eine Spielart des Wiederholens und auch dem Bewusstmachen der Übertragung stellen sich mächtige Widerstände entgegen. An dieser Stelle führt Freud den Begriff des Durcharbeitens ein. Die Widerstände müssen **durchgearbeitet** werden, stellt er fest.

Das Durcharbeiten bestehe nun daraus, dass auch die Widerstände durch Deuten bewusst gemacht werden und im Vorgang der Bewusstwerdung ihre blockierende Wirkung verlieren. Hierfür scheint mir Roussillon's Begriff der **Aneignung** gut geeignet, den Freud allerdings nicht verwendet.

Wozu sich Freud in diesen Arbeiten nicht äußert, ist der Prozess der **Transformation**, also jene qualitativen Veränderungen des krankmachenden Materials im Heilungsprozess, die der psychische Apparat leistet.

Während die klassische Position der Psychoanalyse also auf den unbewussten, bewusstmachenden *Inhalt* focussierte, sehen wir nun zunehmend innerhalb und natürlich auch ausserhalb der Psychoanalyse Arbeiten, die den Transformationsprozess klinisch beschreiben und zugehörige Transformationsmodelle vorlegen.

Einige Beispiele:

Beebe, Jaffe et al (2002) führen unter der Bezeichnung Theorie nicht-linearer dynamischer Systeme das Prozessmodell der Selbstorganisation in die Psychoanalyse ein, ebenso wie das auch Daniel Stern in seinen neueren Publikationen (Stern 2005) mit großer Konsequenz vertritt. Kerngedanke ist, dass der Transformationsprozess dann optimale Bedingungen vorfindet, wenn das komplexe System Patient und das komplexe System Therapeut den richtigen Rhythmus, d. h. den kreativen Eigenrhythmus der Interaktion in jedem Moment selbstorganisatorisch entstehen lassen. Diese Muster der Koordination sind keine Eigenschaft der Inhalte, sondern etwas Drittes zwischen Therapeutin und Patient. Sie werden weder nur vom Einen

noch vom Anderen erzeugt, sondern sie sind in jedem Moment der Analysestunde präexistent und wollen sich realisieren. Die Kunst liegt nicht im Tun, sondern im Lassen (Plassmann 2007, 2009).

Bion hat in seinem Gesamtwerk ein nach meinem Dafürhalten äußerst plausibles Modell mentaler Wachstums- und Transformationsprozesse vorgelegt (Haas 1997). Es ist in sich geschlossen und, was mich verblüfft hat, in zahlreichen Grundeinnahmen mit der modernen Neurobiologie völlig kompatibel, die Bion nicht kennen konnte, weil es sie noch nicht gab, als er sein Modell entwarf. Man kann beispielsweise sehr gut Parallelebenen zu Damasio's Modell der psychischen Repräsentanzebenen im Gehirn herstellen.

Bion stellt ganz klar, dass Transformationsprozesse von ihren Inhalten unabhängig sind und unabhängig von ihnen beschrieben werden müssen.

Natürlich gehört in diese Kurzübersicht über psychoanalytische Prozessmodelle auch das **Mentalisierungskonzept** der Londoner Gruppe um Peter Fonagy (2004).

Es ist den Modellen der modernen Traumatherapie sehr nahe, weil es in den Mittelpunkt des Transformationsprozesses die Emotionen und Affekte stellt, deren normale Reifung eben im namensgebenden Vorgang der Mentalisierung geschieht. Mentalisierung ist die Bildung von Repräsentanzen, erforderlich dazu ist **sichere Bindung**. Oder umgekehrt: Sichere Bindung ist jener Rahmen, der den Bewusstwerdungs-, Aneignungs- und Transformationsprozess des emotionalen Materials ermöglicht.

Die gleiche klinische Herausforderung, vor der wir in der psychoanalytischen Arbeit mit strukturell gestörten oder traumatisierten Patienten stehen, kann statt mit analytischen Mitteln, auch mit einem anderen Setting, einer anderen Technik und einem anderen Modell beantwortet werden, nämlich den Konzepten der modernen Traumatherapie. Ich will versuchen, Ihnen die klinischen Phänomene, den Modellkorpus und die Technik der modernen Traumatherapie vorzustellen.

3. Das Prozessmodell der modernen Traumatherapie

Die Bestrebungen aufzuklären, was bei seelischen Reorganisationsprozessen vor sich geht, sind in vollem Gange, aber keineswegs abgeschlossen (Bergmann 2010). Es gibt natürlich Versuche, wie in der guten alten Lokalisationstheorie, psychische Organe im Gehirn zu finden, die für eine bestimmte Funktion oder für eine bestimmte Fehlfunktion verantwortlich wären. Dies widerspricht aber grundsätzlich der Arbeitsweise des Gehirns, welches sich nicht in einfachen, linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen organisiert, sondern als komplexes System in Netzwerken (Lister 2003).

**Prozessmodell
der modernen Traumatherapie**

Transformationsprozesse geschehen:

- selbstorganisatorisch
- emotionsgesteuert
- bipolar
- nie ohne Körperrepräsentanzen



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
FÜR ZEREBRALE UND SOMATOFORME STÖRUNGEN

Abb 2.: Prozessmodell der modernen Traumatherapie

Diese neuronalen Netzwerke schaffen Repräsentanzen auf der Ebene des Protoselbst, des Kernselbst und des autobiografischen Selbst (Damasio 2000), sie haben eine Tendenz zum ganzheitlichen, sie wollen stets aus kleineren Einheiten Größere bilden und sie sind rhythmisch (Moser 2004). Modelltheoretisch betrachtet, bildet das menschliche Nervensystem ein **komplexes System**, welches selbstorganisatorisch bestrebt ist, stabile und funktionelle Muster zu bilden. Das Gehirn ist ein selbstorganisatorisches System. Wir können das nicht nur im Labor erkennen, sondern in jeder Behandlungsstunde. Die neuen gesünderen Ordnungsmuster werden, so wird dann klar, nicht vom Therapeuten geschaffen, sie bilden sich im komplexen System Psyche von selbst, unsere einzige Aufgabe als Therapeuten ist es, für diese selbstorganisatorisch entstehenden Muster einen günstigen Rahmen zu schaffen. Halten wir also als erstes fest:

Das Prozessmodell der modernen Traumatherapie ist **selbstorganisatorisch**.

Francine Shapiro, die Entdeckerin des EMDR, hatte beobachtet, wie spontan aufgetretene Augenbewegungen ihre eigene emotionale Belastung sehr stark reduziert hatten. Aus Gründen, die wir nicht genau kennen, muss ihr praktisch schlagartig klar gewesen sein, dass sie in diesem Moment einem spontanen Selbstheilungsprozess begegnet war, der selbstorganisatorisch ablief. Es war eine Zustandsveränderung in ihr selbst, die ihr Organismus vollzogen hatte, weil günstige Rahmenbedingungen hierfür vorhanden wa-

ren oder besser gesagt, weil Shapiro den Ablauf nicht behindert hatte. Sie hatte zugelassen, was der Organismus selbst tun wollte.

Dieser selbstorganisatorische Transformationsprozess ist kein Mysterium, sondern offenbar eine natürliche Fähigkeit, evolutionär entwickelt, weil der menschliche Organismus sie zum Überleben benötigt. Keine Psychotherapieschule darf sich deshalb zum Inhaber dieses Prozesses erklären. Ganz im Gegenteil sollte man die klinischen Beobachtungen in den verschiedenen Therapieformen miteinander und mit den neurobiologischen und – wenn man möchte - auch mit quantenphysikalischen Forschungsergebnissen vergleichen. Aus der Annahme eines selbstorganisatorischen Heilungsprozesses ergibt sich ein zentrales behandlingstechnisches Prinzip der modernen Traumatherapie. Sie ist prozessfokussiert.

Es interessiert in der prozessorientierten modernen Traumatherapie zunächst also nicht das Was, also die Inhalte, die in der Arbeit auftauchen, sondern in erster Linie das Wie, der Prozess. Man weiß, dass sich die Blockierung von emotionalem Material unter bestimmten Umständen in der Therapiestunde lösen kann, wenn ein Prozess beginnt, der das blockierte Material in einen qualitativ anderen Zustand überführt, der dann weniger oder nicht mehr krankmachend wirkt, unter anderem deshalb, weil die Energie, die für das Aufrechterhalten der Blockierung erforderlich war, nicht mehr aufgebracht werden muss.

Im Standardprotokoll des EMDR laufen vor unseren Augen oft mit großer Geschwindigkeit solche Prozesse ab, danach ist das reprozessierte Materi-

al nicht mehr im gleichen Zustand wie vorher, es fühlt sich für die Patientin völlig anders an. Das EMDR hat natürlich diesen Reorganisationsprozess weder erfunden noch geschaffen, noch entdeckt, sondern lediglich diesen Prozess als Ziel unserer Arbeit definiert und eine Technik beschrieben, die den Reorganisationsprozess induzieren kann.

Hier berühren sich die Modelle der Psychoanalyse und des EMDR offensichtlich. Bei gut fließendem Prozess ergibt sich das Verständnis der Inhalte mit vergleichsweise wenig Mühe. Ich persönlich mache ständig die Erfahrung, dass unsere Kompetenz als Therapeuten in erster Linie in der Prozessfokussierung und Prozessinduktion liegt. Die Deutung des Materials beherrschen die Patienten fast ebenso gut wie wir selbst.

3.1 Das emotiozentrische Prinzip

Was sehen wir außer dem Prinzip Selbstorganisation noch, wenn wir solche mentalen Transformationsprozesse in traumatherapeutischen Sitzungen genau beobachten?

Wir sehen mit großer Klarheit, dass im Kern des Belastungsmaterials **negative Emotionen** stehen.

Es scheint sich hier um ein generelles Phänomen zu handeln. Überstarke negative Emotionen, wodurch auch immer entstanden, sind bis in die Gegenwart von der normalen seelischen Verarbeitung ausgeschlossen. Stattdessen sind andere, provisorische Verarbeitungsformen entstanden, die wir

Krankheiten nennen: PTBS, Essstörungen, Süchte, alle Formen psychosomatischer Erkrankung. Es sind **traumareaktive Schemata**, die dazu gebraucht werden, überstarke negative Emotionen einzukapseln.

Diese Deutlichkeit des emotiozentrischen Prinzips hat auf mich persönlich eine sehr starke Wirkung gehabt. Ich sehe in allen Behandlungen, wie sich die Assoziationen von den Emotionen her entwickeln und ich sehe, wie bei zu starken Emotionen der Mentalisierungsprozess stockt. Neurobiologisch ist dies gut untersucht.

In der Reaktion auf beliebige Ereignisse geht die *emotionale Reaktion* sowohl dem Bewusstsein wie auch der Handlung voraus (Gazzaniga und LeDoux 1978, Spitzer 2006). Nachgewiesen ist die immer gleiche Reihenfolge: eine unbewusste emotionale Reaktion wird in einem zweiten Schritt zu einem mehr oder weniger komplizierten noch unbewussten Plan entwickelt, der dann noch mit einer bewussten Erklärung versehen wird. Die Willensfreiheit des Menschen ist dadurch nicht aufgehoben. Gerade die evolutionäre Neuheit von „Bewusstsein“ als Entscheidungsinstanz schafft die Freiheit, einem primär unbewussten emotionalen Impuls zu folgen oder nicht. (Kandel 2006, Seite 417)

Man sieht das in jeder Therapiestunde. In der Annäherung an emotionales Material tauchen Sätze, Geschichten, Argumente auf. Es ist wichtig zu wissen, dass sie etwas Sekundäres sind. Erst wird gefühlt, dann gedacht. Auch der Körper hat bis dahin längst reagiert. Man denkt, was man fühlt. Ich komme darauf zurück.

Diesen Überlegungen folgend wird klar, dass wir in der Therapie, mit welcher Methode auch immer wir arbeiten, mit dem **emotionalen System** unserer Patienten zu tun haben. Die jetzt in der Stunde präsenten Emotionen, seien sie bewusst oder nicht, sind das Material mit dem wir arbeiten, ihre erfolgreiche Transformation vom krankmachenden zum nicht krankmachenden Zustand ist das Ziel.

Dies nötigt oder erlaubt (je nachdem, wie man persönlich auf Emotionen eingestellt ist) den Therapeuten, sich auf die Wahrnehmung von Emotionen zu fokussieren. Dies wiederum geht nur über die Schulung des *eigenen* emotionalen Apparats, der das einzige ist, was wir in der konkreten Behandlungsstunde als Wahrnehmungsinstrument zur Verfügung haben.

Diese Erkenntnis ist von großer Tragweite. In der therapeutischen Situation, ganz gleich mit welcher Technik wir arbeiten, kommunizieren *zwei emotionale Systeme*, das der Patientin und das der Therapeutin. Ziel ist natürlich, dies auf eine heilsame Weise zu tun. Vorbild werden wie immer die natürlichen Prozesse sein, also das, was im Zustand der sicheren Bindung zwischen dem Kind und seinem erwachsenen Gegenüber möglich wird. Das emotionale System des Therapeuten bildet den Rahmen, damit das emotionale System des Patienten die Transformation vollzieht.

Dazu ist Emotionsregulation erforderlich, behandlungstechnisch die Arbeit im Toleranzfenster,

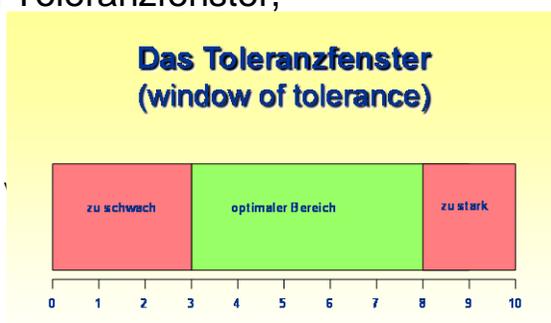


Abb 3.: Das Toleranzfenster

wie dies beispielsweise von Ogden & Winston (2000) beschrieben wird. Zur Ressourcenaktivierung und damit zum Fortschreiten der Verarbeitungs- und Entwicklungsprozesse kommt es innerhalb eines bestimmten Bereiches, in dem die gefühlte emotionale Belastung weder zu schwach noch zu stark ist. Anders ausgedrückt: jenen Belastungsbereich, in dem es zur Ressourcenaktivierung kommt, nennen wir **Toleranzfenster**. Auf der Abb. 3 ist dies unter zur Hilfenahme der SUD-Skala (subjective units of disturbance), die aus dem EMDR vertraut ist, dargestellt.

Ein SUD von 3 entspricht etwa einem deutlich fühlbaren Unbehagen, mit beginnenden vegetativen Reaktionen (z. B. Herzklopfen) und ersten negativen Kognitionen (z.B. „ich kann nichts tun“). Ein SUD von 7 heißt stark fühlbare Belastung, starke vegetative Reaktionen (Schwitzen, Brustdruck, Zittern), starke negative Emotionen (Angst, Haß, Ekel etc.), kognitive Einnengung. Spätestens jetzt ist Gegenregulation notwendig.

Therapeuten müssen die Arbeit mit diesem Prinzip trainieren. Therapeuten, die ihre Arbeitsweise als „Sprechen über Probleme¹“ definieren, fühlen sich

¹ Das „Sprechen über Probleme“ würden wir aus psychotraumatologischer Sicht als *unsystematische Exposition* bezeichnen. Diese Arbeitsweise ist nur bei nicht traumatisierten Patienten mit ausgeprägten

angenommen und bestätigt, wenn die Patienten ihnen ihre Probleme anvertrauen. Sie werden mit ihren Patienten dabei regelmäßig das Toleranzfenster verlassen und in der einzelnen Therapiestunde eine Blockierung oder sogar Retraumatisierung erzeugen. Auch eine phobische Scheu von Therapeuten vor dem emotionalen Traumaschema ist unangebracht. Sie verlassen dann das Toleranzfenster nach unten. Weder sie selbst, noch die Patientinnen lernen angemessenen d. h. heilsam starken Kontakt zum Traumaschema aktiv herzustellen und aktiv zu begrenzen.

Beide Grenz-Zustände können wir als Therapeuten gut wahrnehmen. Ein im Moment der Therapiestunde gut funktionierender Heilungsprozess wäre 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 selbstständig 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.

3.2 Das bipolare Prinzip

Die moderne Traumatherapie sieht den Heilungsprozess als eine Wechselwirkung zwischen **Traumaschemata** und **Heilungsschemata**, die jeweils im Kern aus Emotionen bestehen, negativen Emotionen wie Furcht,

Ressourcen, die keiner weiteren Organisation bedürfen, möglich. Bei traumatisierten Patienten ist dies ein Kunstfehler.

Scham, Schuld, Ekel im Traumbereich und positiven Emotionen wie Stolz, Freude, Neugier im positiven Bereich.

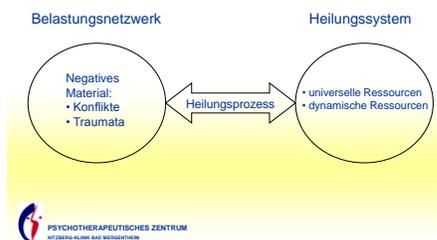


Abb 4.: Die Balance zwischen Traumaschemata und Heilungssystem

Bei Kontakt mit dem emotionalen Traumamaterial taucht, so können wir klinisch beobachten, 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, welches aber noch desorganisiert ist. Es kann aber für die aktive Selbstregulation genutzt werden, insbesondere durch die Nutzung von spontan auftauchenden Ressourcen. Wir nennen sie **dynamische Ressourcen**. Die **dynamischen Ressourcen** tauchen regelmäßig in folgender Reihenfolge und Gestalt auf:

- als Körperrepräsentanzen
- als positive Situation mit gutem Kontakt zu positiven, d.h. salutogenetischen und kohärenten Emotionen
- als positive Kognition.

Dynamische Ressourcen

- als Körperrepräsentanzen
- als Erinnerung an positive Situationen
- als positive Kognition

Abb 5.: Dynamische Ressourcen

Je nach Begabung des Patienten und nach Arbeitsweise des Therapeuten können weitere Elemente des Heilungsschemas in allen Repräsentanzsystemen genutzt werden, also Farben, Töne, Rhythmus, symbolische Gestalten.

Ein typischer Ablauf der emotionalen Selbstregulation in einer Therapie- stunde wäre also bei deutlich ansteigender, kritisch intensiver emotionaler Belastung die Bitte an den Patienten, die aktuelle Belastungsstärke mit der SUD-Skala einzuschätzen und dann zu entscheiden, ob eine Regulation der Erregung wünschenswert wäre, weil die Grenzen des Window of Tolerance erreicht sind. Falls dem so ist, wäre die nächste Frage, was der Patient schon an Regulierungsmöglichkeiten kennt, also an **vorhandenen** Ressourcen. Selbstverständlich verfügt jeder Mensch über ein entsprechendes Repertoire, da ja die Emotionsregulation ein lebenslanges, nicht erst in der Psychotherapie begonnenes Geschehen ist. Allerdings werden solche Fähigkeiten erst in der Therapie systematisch aktiviert, organisiert und genutzt.

Ein Patient wird über diese Frage, was jetzt im Moment zu einer besseren Verfassung dazugehören würde, kurz nachdenken. Das Nachdenken als Solches ist bereits eine Distanzierungstechnik durch Musterunterbrechung. 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. Wie schon bei den Regulierungsvorgängen der Emotionsstärke fallen auch hier rhythmische Phänomene auf.

Betrachtet man in der Stunde den Prozess selbst, so sieht man, dass der Transformationsprozess anscheinend einen jeweils optimalen Eigenrhythmus im oszillierenden Wechsel zwischen negativem und positivem Material anstrebt. Man wird in der Stunde auch beobachten, dass in der rhythmischen Oszillation zwischen negativem und positivem Material Störungen auftreten. Oft genug sind wir selbst die Störung. Wir reden zu viel, fragen zu viel nach Inhalten, verlieren den Prozess aus dem Auge. Prozessorientiertes Arbeiten bedeutet, nicht auf das gerade berührte Problem zu fokussieren, sondern auf die Rhythmik der Präsenz von Positivem und Negativem.

3.3 Die Arbeit mit Körperrepräsentanzen

Es ist in Traumatherapien vollkommen evident, dass starke emotionale Erregung fast immer zunächst körperlich auftaucht. Blockiertes emotionales Material wird in der Therapie häufig zunächst in körperlicher Repräsentanz wahrgenommen und behandelt, also als Muskelverspannung und vegetative Erregung wie im vorgestellten Fallbeispiel. Wenn wir Verbindung zu den emotionalen Prozessen unserer Patienten aufnehmen, dann werden körperliche Repräsentanzen wie beispielsweise Muskelverspannungen, Atemstörungen, Schwindel, Tinnitus, Herzrhythmusstörungen zu völlig natürlichen Erscheinungsformen emotionaler Belastung. Der Sprung ins Körperliche ist nicht mehr geheimnisvoll. Alles Psychische ist in seinen Ursprüngen immer körperlich. (Geissler u. Heisterkamp 2007).

In diesem Punkt weichen das Arbeitsmodell der Psychoanalyse und das der modernen Traumatherapie erheblich auseinander. Wir sind es nicht gewohnt, das unbewusste emotionale Material in körperlicher Repräsentanz entgegen zu nehmen. Das hieße, in der Analysestunde nicht nur auf freie Assoziation, sondern genauso aufmerksam auf spontane Körperrepräsentanzen zu fokussieren: „Wie fühlen Sie sich gerade, während Sie von diesen Dingen sprechen, was macht der Bauch, was das Herz, was die Atmung?“. Die Psychoanalyse leidet hier an Freuds Diktum vom „rätselhaften Sprung ins Körperliche“ (Freud 1895). Neurobiologisch ist aber die Entstehung der Körperrepräsentanzen weitgehend aufgeklärt (Kandel 2006). Mittlerweile ist neurobiologisch nachgewiesen, dass der Mensch auf eine Wahrnehmung *zuerst* körperlich reagiert, noch bevor Emotionen entstehen und lange bevor Bewusstsein entsteht (Damasio 2003).

4. Die Technik des Kurz-EMDR

Kurz-EMDR

- 1 - 3 langsame Augenbewegungen
- Geschwindigkeit: nach Effekt gesteuert, ca. 1-3 Abw./ Min.
- Richtung: horizontal oder vertikal
- Effekt: Zunahme von vegetativer, emotionaler und kognitiver Kohärenz (Ordnung, Beruhigung, Distanz, Orientierung)
- Durchführung anfangs durch Therapeutin, dann auch durch Patientin



Abb 6.: Kurz-EMDR

Wie kann man Transformationsprozesse anregen?

Es wird Ihnen, wenn Ihnen danach zumute ist, dieses Argument zu verwenden, sehr leicht fallen, die Technik des Kurz-EMDR als nichtanalytisch abzutun, weil sie tatsächlich nichtanalytisch ist. Ich kann zu meiner Rechtfertigung auch nichts anderes vorbringen, als dass mich diese Technik dennoch interessiert. Zum Einen, weil sie mein Wissen über Transformationsprozesse verbessert und zum Anderen, weil sie mir schon in vielen schwierigen stationären Behandlungen geholfen hat. Das ist ein Argument, was für den rein wissenschaftlich Tätigen nicht zählt, für mich als Kliniker allerdings sehr wohl.

Worum geht es?

EMDR entstand aus der Zufallsbeobachtung, dass bilaterale Augenbewegungen eine zuverlässige deblockierende Wirkung auf den mentalen Transformationsprozess haben. Dieser empirische Befund ist seit seiner Erstbe-

schreibung durch Shapiro (1989) vielfältig untersucht worden und sicher belegt. EMDR gilt als wissenschaftlich sehr gründlich fundiertes Verfahren, das Standardprotokoll wird deshalb sehr wahrscheinlich in die Richtlinienpsychotherapie aufgenommen.

Dieses Standardprotokoll ist aber mit vielen Patienten nicht anwendbar, nicht mit den instabilen komplex traumatisierten und persönlichkeitsgestörten Patienten auf niedrigem Strukturniveau, die wir stationär behandeln und auch nicht mit Kindern. Hier hilft die Technik des Kurz-EMDR, die wir den Kindern abgeschaut haben²: Kurze Episoden langsamer Augenbewegungen in Situationen traumatischer Übererregung oder dissoziativer Blockierung, ohne dass irgendein darüber hinaus gehendes Eingreifen in den freien Fluß des assoziativen Narrativs oder des kindlichen Spiels erforderlich wäre. Nach einem solchen kurzen Augenbewegungs-Set hat sich die Übererregung oder die Dissoziation zuverlässig normalisiert, der weitere Transformationsprozess folgt selbstorganisatorisch seinem eigenen assoziativen Fluß. Vermutlich beruht die Wirkung darauf, dass rhythmische Augenbewegungen die Fähigkeit haben, inkohärente, chaotische mentale Prozesse zu rhythmisieren und kohärente neuronale Muster zu erzeugen. Im Psychotherapielabor sind starke Effekte von Augenbewegungen auf das vegetative Nervensystem nachgewiesen, die diesen Schluß zulassen (Sack 2007, 2009). Den Übergang vom Inkohärenten zum Kohärenten können wir auch klinisch an den Augen selbst beobachten. Wir machen beim Kurz-EMDR lediglich drei Augenbewegungs-Sets, in denen die Patientin mit den Augen

² Die Leiterin unseres Kinder- und Jugendtherapeutischen Bereichs, Marion Seidel, hat hier Pionierarbeit geleistet.

entweder ihren eigenen Fingern oder wenn sie es wünscht, auch den Fingern der Therapeutin folgt. Bei der ersten Augenbewegung sieht man häufig noch ruckartige unkoordinierte Bewegungen der Augäpfel. Bei der zweiten Augenbewegung eine stark verbesserte Flüssigkeit des Bewegungsablaufs und bei der dritten Augenbewegung ein weiches koordiniertes Gleiten der Bulbi von einer Seite zur anderen und zurück. Gleichzeitig setzen vegetative Veränderungen ein, die wir ebenfalls wahrnehmen können, die Patienten entspannen sich, atmen tiefer durch, fangen ganz häufig an zu lächeln. Die emotionalen Veränderungen beschreiben uns die Patienten im Anschluß an diese kurze Übung als Verschwinden des traumatischen Blockierungsgefühls und ein Wiedereinsetzen des kreativen Gedankenflusses.

Fallbeispiel:

Frau B. ist Vorstandsvorsitzende einer großen Baufirma. Sie ist sehr tüchtig und erfolgreich, in verschiedenen Situationen gerät sie allerdings in mentale Ausnahmezustände, weshalb sie diese Therapie begonnen hat. Eine Situation war eine Vorstandssitzung. Bestimmte ihrer Manager arbeiten gegen sie, finden jede Schwachstelle an ihren Ansätzen und Argumentationen und attackieren sie in Sitzungen mit kalter, auch physisch deutlich zum Ausdruck gebrachter Aggressivität. In solchen Situationen setzt ihr Denken aus, sie findet keine Gegenargumente, keine klaren Sätze mehr, der Schweiß bricht ihr aus, sie ist voll von Angst. Dem liegt zugrunde, dass sie die maßlose Aggressivität ihres psychotischen Vaters als Kind hilflos erleben musste.

Sie beschließt in der Therapiestunde mit dieser Situation zu arbeiten, sie erinnert sich an die wie Schwertschläge vorgebrachten Argumente eine bestimmten Managers, seinen kaltwütenden Gesichtsausdruck, seine Körperhaltung, ihre Angst, ihre Verwirrung, ihre Gedanken, dass sie ihm nicht gewachsen sei, nur noch still halten könnte, bis alles irgendwie vorbei sei.

Nach dem ersten Set von drei langsamen Augenbewegungen atmet sie kräftig durch, schaut mich kurz an, lächelt ein wenig vor sich hin und sagt: „Schokolade essen.“ Auf meinen fragenden Blick hin erklärt sie, sie habe gerade bildhaft vor sich gesehen, wie sie sich in der Vorstandssitzung zu ihrer Handtasche beugt, eine Süßigkeit herausholt, diese umständlich auswickelt, betrachtet, sie sich in den Mund schiebt, genussvoll isst, ihre Hände betrachtet, kleine Schokoladenspuren findet, die sie mit dem Taschentuch abwischt und sich dann in aller Gelassenheit wieder den Managern zuwendet. Sie kommentiert selbst, was das Gute an dieser Idee ist: sie bestimmt das Geschehen, sie bestimmt den Rhythmus, sie tut sich etwas Gutes, sie kommt aus der Defensive in die Aktivität, sie nimmt sich die Zeit, die sie braucht um zu denken und ihre Linie zu finden.

Sie möchte ein zweites Set von langsamen Augenbewegungen machen, führt es durch, atmet kräftig ein und aus, wartet ein wenig versonnen, grinst mich dann an und sagt: „Ein Hirsch ist durch den Raum gegangen, wie im Traum mit allen Fähigkeiten ausgestattet, die er braucht, der Hirsch kam durch die Wand, ging mit ernstem Gesichts-

ausdruck quer durch den Raum, lud alles Steife, Starre und Bedrohliche auf sich wie einen Rucksack, ging durch die geschlossene Wand hinaus und flog wie ein Rentier vor dem Weihnachtsschlitten in den Himmel. Danach war große Fröhlichkeit im Raum, ich und meine Manager lachten, staunten, allen war nach Feiern zumute.“

Die ganze Sequenz hat maximal 15 Minuten gedauert. Auf Prozessebene betrachtet, sind wie ich meine das selbstorganisatorische Geschehen deutlich, die Regulation der anfangs traumatisch starken negativen Emotionen und das bipolare Prinzip, indem zum negativen Komplex zahlreiche positive Emotionen und Fähigkeiten auftauchen, nicht zuletzt ihr rhythmisches Talent, ihre visuelle Begabung und ihr Humor.

Stets beginnt der mentale Transformationsprozess traumatischen Material im Jetzt der Stunde als inneres Geschehen. Er wird sich fortsetzen und Lösungen für die äußere Situation erzeugen.

5. Schluss

Ich fasse zusammen. Die moderne Traumatherapie und die Psychoanalyse arbeiten klinisch weitgehend mit denselben Patienten. Die meisten sind komplex traumatisiert, viele sind Borderline strukturiert, die meisten sind instabil. Ihre Fähigkeiten zur Transformation, Aneignung und Bewusstmachung des krankmachenden mentalen Materials sind desorganisiert. Aus

dieser Gemeinsamkeit des Gegenstandes resultieren sehr deutlich kongruente modelltheoretische Weiterentwicklungen und auch etliche Elemente der Behandlungstechnik, insbesondere die Prozessorientiertheit weisen direkte Entsprechungen auf. Psychoanalytiker müssen deshalb die Methoden der modernen Traumatherapie nicht unbedingt einsetzen, können sie aber als Anregung nutzen, die eigenen Modelle und Behandlungstechniken, beispielsweise die Technik der Prozessdeutung weiterzuentwickeln. Traumatherapeuten sind gut beraten, während der Aktualisierung des Materials die Übertragung nicht zu übersehen. Je größer dann unser eigenes Methodenrepertoire wird, desto leichter wird es uns fallen, immer weniger zu tun und den Transformationsprozess seinem natürlichen Fluss zu überlassen.

Die Kunst des Lassens.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

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*

Bergmann, U. (2010): EMDR's Neurobiological Mechanisms of Action: A Surcey of 20 Years of Searching

Damasio, A. R. (2003): Der Spinoza-Effekt. *Berlin:List*

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. *Klett-Cotta*

Freud, S. (1895): Entwurf einer Psychologie. *GW Nachtragsband, Seite 373 – 486* **Gazzaniga, M. S. & LeDoux, J. E. (1978):** The Integrated Mind (New York: Plenum)

Geissler, P., Heisterkamp, G. (2007): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. *Springer-Verlag*

Haas, J.-P. (1997): Bions Beitrag zu einer psychoanalytischen Theorie der Emotionen. *Jahrbuch d. Psychoanal. 38, 137-193*

Kandel, E. (2006): Auf der Suche nach dem Gedächtnis. *Siedler Verlag München*

Lister, D. (2003): Correcting the Cognitive Map with EMDR: A Possible Neurological Mechanism. *The EMDR Practitioner. Retrieved April 1, 2009 from http://www.emdr-practitioner.net/practitioner_articles/lister_02_2003.html*

Moser et al (2004): Jede Krankheit ein musikalisches Problem. *Die Drei 8-9/2004. S. 25-34*

Ogden, P., Minton, K. (2000): Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology, VI (3), article 3*

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. Psychotherapie mit EMDR für Erwachsene und Kinder. *Psychosozial-Verlag*

Plassmann, R. (2009): Im eigenen Rhythmus. *Psychosozial-Verlag*

Plassmann, R. (2010): Prozessorientierte Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse. Springer Verlag*

Roussillon, R. (2007): Perlaboration et Ses Modélles. *Vortrag auf der IPV-Tagung. Berlin. 27.07.07*

Sack, M. (2007): Aktuelle Befunde zu Wirkfaktoren der EMDR-Behandlung. *Vortrag auf der Herbsttagung des Psychotherapeutischen Zentrums Bad Mergentheim. 14.-15.09.07*

Sack, M. (2009): Aktuelle Befunde zu Wirkfaktoren der EMDR-Behandlung: *Plassmann, R. (Hg.) Im eigenen Rhythmus. Psychosozial-Verlag*

Shapiro, F. (1989): Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies,2, 199 – 223*

Spitzer, M. (2006): Das neue Unbewusste I. Oder die unerträgliche Automatizität des Seins. *Nervenheilkunde 2006; 25: 615-22*

Spitzer, M. (2006): Das neue Unbewusste II. Kreativ denken und richtig entscheiden. *Nervenheilkunde 2006; 25: 701-8*

Stern, D (2005): Der Gegenwartsmoment. *Brandes und Apsel*