

Transformationsprozesse in der Traumatherapie

Einführung in die Prozessorientierte Psychotherapie

Reinhard Plassmann

Seminar auf der Eröffnungstagung 06. – 07.09.2013 Bad Mergentheim

**Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24**

97980 Bad Mergentheim

**Tel.: 07931 – 5316 – 1302
E-Mail: r.plassmann@ptz.de**

1. Einleitung

Seelische Wachstumsvorgänge sind ein reichlich komplexes Geschehen. Sie finden im Patienten statt, in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, sie finden auch während der Therapiestunde im Therapeuten statt. Sie sind etwas Psychologisches, aber sie sind auch etwas Körperliches, weil sie Aktivitäten des Gehirnes sind und den ganzen Körper einbeziehen.

Wie können wir an diesen komplexen Stoff herangehen?

Lassen Sie uns Folgendes versuchen: Wir halten uns an den natürlichen Ablauf von Behandeln, Begriffe suchen, Behandlungstechnik entwickeln. Es sind immer die Behandlungen, von denen die Impulse ausgehen.

Nehmen wir an, in einer gut laufenden Psychotherapiestunde, vielleicht einer traumatherapeutischen Sitzung, entsteht in uns selber und zweifellos auch in der Patientin der Eindruck, dass gerade etwas Nützliches, etwas Heilsames geschieht. Zu einem anderen Zeitpunkt der gleichen Stunde entsteht hingegen der Eindruck einer Störung, es wächst nichts, das, worauf es ankommt, wir nennen es den Transformationsprozess, ist blockiert. Solche Wahrnehmungen sind der Ausgangspunkt aller Überlegungen.

Wir müssen als Erstes genauer verstehen, worauf sich diese Wahrnehmungen stützen: Welche Signale der Patientin, welche Abläufe in der Beziehung, welche Reaktionen in uns selbst können wir identifizieren als Anzeichen dafür, dass in diesem Moment ein seelischer Wachstumsvorgang stattfindet oder nicht.

Als Nächstes benötigen wir Begriffe, mit denen wir beschreiben können, was gerade vor sich gegangen ist. Diese Begriffe sollten die Eigenschaft des allgemein Anwendbaren haben, sie sollten auf die meisten oder alle Fälle passen und sie sollen in der Praxis helfen.

Als Drittes benötigen wir dann eine Interventionstechnik, die uns ermöglicht, in der Therapiestunde darauf hinzuwirken, dass eben dieses Heilsame, was wir wahrgenommen haben, gefördert wird, also mit höherer Wahrscheinlichkeit eintritt. Erfreulicherweise ist es so, dass der seelische Wachstumsvorgang nicht in einer unendlichen Anzahl verschiede-

ner Phänomene auftritt, sondern es sind einige wenige **Kernprozesse**, an denen wir erkennen können, ob der seelische Wachstumsvorgang aktiv ist oder nicht. Auf diese Kernprozesse wird sich unser therapeutisches Tun richten.

2. Zum aktuellen Stand der Prozessforschung

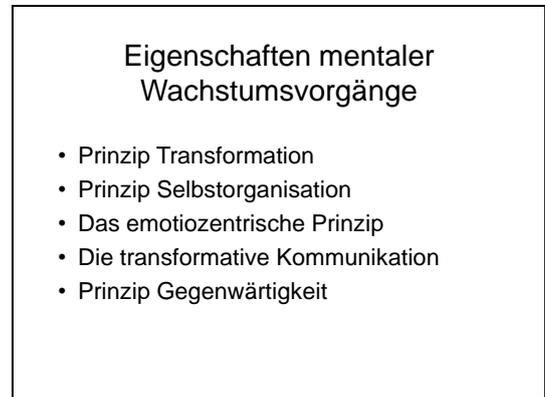


Abb. 1: Transformationsmodell

Zweifellos ist der seelische Wachstumsvorgang ein Geschehen, was nicht weniger komplex ist als alle anderen Wachstumsvorgänge in unserem Organismus.

Sowohl die psychotherapeutische wie die neurobiologische Literatur, die sich mit den Gesetzmäßigkeiten seelischer Wachstumsvorgänge befasst, also mit Prozessforschung, ist stark im Zunehmen (Bion 1997, Ferro 2012, Stern et al 2012, Damasio 2000, Le Doux 2001, Plassmann 2011, Schore 2009, Fonagy et al 2002).

Es sind folgende Gebiete, von denen sehr starke Impulse ausgehen: Die Bindungsforschung (Bowlby 1969), die Säuglingsforschung (Stern et al 2012), die Neurobiologie (Damasio 2000) die Neuropsychoanalyse (Schore 2009) und die Psychotherapie, insbesondere die Traumatherapie (Plassmann 2011).

In der Forschung und in der Praxis sind es bestimmte Begriffe und Gesetzmäßigkeiten, denen wir immer wieder begegnen, auf der Suche nach einem Modell seelischer Wachstumsprozesse.

2.1 Das Prinzip Transformation:

Seelisches Wachstum besteht aus Vorgängen der Umwandlung. Es wird nichts ausgestoßen, es wird nichts ausgelöscht, sondern alle vorhandenen und neu hinzu kommenden Inhalte des Psychischen werden permanent umgeformt, um sie zu ordnen. Dieser Vorgang steht niemals still, so wenig wie Atmung und Stoffwechsel.

Die permanente Neuorganisation psychischer Inhalte ist eine biologische Notwendigkeit, sie liegt in der Arbeitsweise unseres Gehirnes begründet und ist Grundlage seiner Leistungsfähigkeit. Für das permanente Reorganisieren psychischer Inhalte ist der Begriff **Transformation** geeignet.

Im menschlichen Gehirn gilt für den größten Teil der Inhalte, dass sie permanent umgewandelt werden, weil im Laufe der Evolution der Anteil der lernenden neuronalen Systeme ständig größer wurde, anders als bei primitiven Organismen.

Die Heilungsmodelle von Patienten sind allerdings oft von anderer Art. Patienten und Patientinnen hoffen, dass seelisches Belastungsmaterial irgendwie ausgelöscht werden soll, es soll eliminiert, entfernt werden. Mit zunehmender Behandlungserfahrung wird den Patienten dann klar, dass alle psychischen Inhalte, alle Gefühle, alle Erinnerungen etwas Eigenes sind, was nie verschwindet, sondern was sich wandelt, indem es handhabbar, regulierbar wird, zu etwas Eigenem wird, verknüpft mit allen anderen Inhalten des eigenen Selbst.

2.2 Das Prinzip Selbstorganisation:

Wer steuert den Transformationsprozess, also das seelische Wachstum?

Die neurobiologische Forschung hat klar gestellt, dass es kein Hirnzentrum im Sinne eines Dirigenten gibt, sondern die unglaublich komplexe, permanent stattfindende Transformationsfähigkeit des Gehirnes organisiert sich selbst (Le Doux 2001).

Der Transformationsprozess gehorcht den Gesetzmäßigkeiten der **Selbstorganisation**. Er ist eine spontane, natürliche Eigenaktivität des mentalen Apparates mit dem Ziel, dysfunktionale Muster durch funktionale zu ersetzen. *Von einigen Autoren werden selbstorganisatorische Systeme auch als **Feld** bezeichnet (Baranger und Baranger 1983).*

Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziative Störungen sind stabile, selbstorganisatorisch entstandene, allerdings dysfunktionale Muster, die sich im mentalen System deshalb bilden und verfestigen, weil sie als Hilfskonstruktion an Stelle eines gescheiterten Transformationsprozesses treten müssen. Eine anorektische Essstörung kann ein Versuch sein, die mit einem Missbrauchstrauma verbundenen unverarbeiteten Affekte notdürftig einzukapseln. Wir nennen solche dysfunktionalen traumareaktiven Schemata **Negativmuster**. Sie haben unter Anderem die verheerende Eigenschaft, die **transformative Kapazität** der Person weitgehend zu lähmen und werden auf diese Weise selbst zum Trauma. Die selbstorganisatorische Kompetenz der Patientin kommt durch das verfestigte dysfunktionale Muster zum Stillstand. Wenn dann durch Fortschritte in der Therapie die seelische Kreativität wiederkehrt, dann ist äußerst auffällig, dass die mentalen Transformationsprozesse stets in die richtige Richtung laufen, also in Richtung auf ein Mehr an Gesundheit, an Integrität (Stern et al 2012). Dijksterhuis vermutet, dass bei den selbstorganisatorischen Prozessen die Emotionen eine entscheidende Rolle spielen (Dijksterhuis 2010, Seite 171).

Unsere emotionalen Systeme erkennen anscheinend eine gute Idee an ihrer Stimmigkeit, vielleicht auch an ihrer Schönheit (Dijksterhuis 2010). Das spürt nicht nur der Patient, sondern auch der Therapeut. Irgendwie nimmt man es wahr in der Therapiestunde, wenn eine auftauchende Idee gut, also wachstumsförderlich ist. Der Transformationsprozess hat etwas Kreatives, Lebendiges erzeugt, das fühlt sich anders an, als das Kranke. Die Erkennungszeichen werden wir gleich noch genauer betrachten.

2.3 Das emotiozentrische Prinzip:

Seelisches Wachstum fördern, heißt deshalb mit Emotionen arbeiten. Emotionen sind äußerst starke seelische Energien, die der Mensch braucht. Jeder psychische Komplex, jedes Traumaschema, jedes Erlebnismaterial, jede Erinnerung enthält einen emotionalen Anteil und zwar nicht am Rande, sondern die Emotion steht im Kern jedes Erlebniskomplexes. Emotionen sind eine großartige Erfindung der Evolution, sie sind psychologische Bewertungssysteme, die alles, was geschieht, mit einer Bewertung versehen und damit auf äußerst effektive Weise dem Denken und Heilen und Handeln Orientierung geben. Die Emotionen bilden das Herz aller psychischen Inhalte.

Für diese Aufgabe sind Emotionen mit erheblicher Macht ausgestattet.

Es sind die Emotionen, von denen die seelische Energie ausgeht und es sind die Emotionen, die den Transformationsprozess steuern, es sind die Emotionen, die im Transformationsprozess zusammen mit dem gesamten Traumaschema von etwas Krankmachendem unreguliertem zu etwas Nützlichem, Regulierbaren umgewandelt werden (Schore 2009).

Die Psychotherapiewissenschaften haben einen langen Weg hinter sich, um das zu realisieren. Die frühe Psychoanalyse sah die seelische Energie lange Zeit nicht in den Affekten, sondern in den Phantasien, also in den Gedanken. Affekte schienen eher Begleitscheinungen der Triebe, die ihrerseits etwas überwiegend Körperliches zu sein schienen. Die großen Gegenspieler der Psychoanalyse, die Verhaltenswissenschaften und die kognitive Psychologie (Le Doux 2001) wollten ebenfalls sehr lange nicht viel wissen von Emotionen, die Beschäftigung mit ihnen schien ins Schwammige, Unpräzise zu führen und wurde deshalb gemieden. Mittlerweile hat aber sehr gründlich eine **emotiozentrische Wende** stattgefunden (Schore 2009, Kapitel 3, Plassmann 2007, Le Doux 2001), beflügelt durch die Erkenntnisse der neurobiologischen Emotionsforschung, der Bindungs- und der Säuglingsforschung und durch die unübersehbaren Befunde der klinischen Praxis.

Auch die Mentalisierungsforschung sagt: Seelisches Wachstum beginnt mit der Fähigkeit zur Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation, in der Kindheit und in der Psychotherapie (Fonagy et al 2002).

Die Fähigkeit zur Emotionsregulation erwirbt das Kind in der Bindung an erwachsene Betreuungspersonen, die diese Fähigkeit selbst in ihrer eigenen Kindheit erworben haben. Für diesen Typ von lebensnotwendiger, wachstumsförderlicher Beziehung, hat sich der Begriff **sichere Bindung** (Bowlby 1969), durchgesetzt.

2.4 Transformative Kommunikation:

Die Bindungsforschung hat uns über wachstumsförderliche Kommunikation Folgendes gelehrt: Das Kind erwirbt die Fähigkeit, seine eigenen Emotionen zu verstehen und zu regulieren in Kontakt mit den Eltern, also den erwachsenen Bindungspersonen. Wenn die Beziehung zu den Eltern so beschaffen ist, dass sie Affektverständnis und Affektregulation

ermöglicht, dann ist es eine **sichere Bindung** (Bowlby 1969). Ohne sichere Bindung ist kein seelisches Wachstum möglich, der Transformationsprozess beginnt mit Wahrnehmung und Regulation von Emotionen oder er beginnt nicht.

Die Untersuchungen der Boston-Change-Process-Group (Stern 2012) haben geklärt, dass auch eine wirksame therapeutische Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin die Eigenschaften einer sicheren Bindung hat.

Während man also ursprünglich geglaubt hatte, sichere Bindung sei etwas, was Kinder brauchen, ist mittlerweile klar geworden, dass sichere Bindung jener elementar wichtige interaktive Zustand ist, den jeder Mensch braucht und zwar immer dann, wenn die eigenen Fähigkeiten zur Emotionsverarbeitung nicht ausreichen. Dies ist bei allen Kindern und bei allen unseren Patienten der Fall.

Nach aktuellen Vorstellungen ist sichere Bindung ebenso wie Psychotherapie ein interaktiver Zustand, in dem die rechtshirnigen, für emotionale Regulation zuständigen Systeme, insbesondere der orbitofrontale Cortex, auf eine zunächst unbewusste Weise miteinander kommunizieren. Der Erwachsene stellt dem Kind dabei seine eigenen Wahrnehmungs- und Regulationsfunktionen zur Verfügung, die emotionalen Systeme des Kindes entwickeln in dieser Kommunikation ihre eigene Fähigkeit zur Emotionswahrnehmung und Emotionsregulation (Schore 2009, Fonagy et al 2002). Wenn wir mit Patienten arbeiten, dann haben wir es stets mit unregulierten, unmentalisierten emotionalen Komplexen zu tun. Unsere erwachsenen Patienten sind keine Kinder und wir sind nicht ihre Eltern, aber die therapeutische Beziehung beruht auf den gleichen Prinzipien wie die sichere Bindung des Kindes (Stern 2012, S. 109).

Man beginnt zu erkennen, dass der seelische Transformationsprozess ein interaktives Geschehen ist, eine Co-Kreativität (Fonagy et al 2002). In der Therapiestunde ist der Transformationsprozess in beiden aktiv. Die etwas mühsame Erforschung dessen, was **Beziehung** in der Psychotherapie sei, findet hier eine überraschend einfache Auflösung. Emotionales Belastungsmaterial heilt, indem Patientin und Therapeutin auf kontrollierte Weise beide ihre jeweiligen mentalen Transformationssysteme aktivieren und auf kontrollierte Weise miteinander kommunizieren lassen. W. Bion, der geniale Transformationstheoretiker, nannte dies **Containing** (1997).

Der mentale Transformationsprozess unserer Patienten braucht dort, wo er stockt, die soziale Bindung an Menschen, die zur Transformation im Stande sind. Kind und Patient brauchen die **transformative Beziehung**, einen Begriff, den ich für zweckmäßig halte. Bildschirme können das grundsätzlich nicht, deshalb können Kinder nicht von Bildschirmen erzogen werden.

2.5 Das Prinzip Gegenwärtigkeit:

Alle diese Regulations- und Transformationsprozesse vollziehen sich im **Hier und Jetzt**. Es gibt nur eine Zeit, die Gegenwart. Die menschliche Fähigkeit, sich die Zukunft und die Vergangenheit vorzustellen, ist eine mentale Leistung, sie ist aber eine geistige Leistung des narrativen Selbst, eine Zeitreise findet dabei nicht statt. Alles Leben, alle Transformation, alle Musterveränderung, alle Therapie ereignet sich immer und ausschließlich in der jeweiligen Gegenwart.

Das Prinzip **Gegenwärtigkeit** charakterisiert nicht nur mentale Transformationsprozesse, sondern ist eine Eigenschaft des Menschseins. Patienten neigen aber dazu, das Material, womit man sich beschäftigt, aus dem Jetzt der Stunde hinauszuverlagern in eine andere Zeit und an einen anderen Ort, wo die Geschichte zu spielen scheint.

Auch das klassische psychoanalytische Persönlichkeitsmodell sah 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. Daraus erklärt sich die Neigung, die Mikroprozesse in der Gegenwart der Therapiestunde für weniger wichtig zu halten, als die dahinter vermuteten infantilen Ursprünge (Ferro 2012).

Es ist aber anders.

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, vielleicht traumatische emotionale

Material ursprünglich gebildet hat. Also muss sich unsere Aufmerksamkeit auf das **Jetzt**, den Gegenwartsmoment, richten, nicht auf das Dort und Damals. Die Kenntnis des Damals vertieft natürlich das Wissen, ersetzt aber nicht den Transformationsprozess, der im Jetzt der Therapiestunde stattfindet (Stern et al 2012).

3. Prozessorientierte Psychotherapie

Aus diesem in den letzten Jahren stark gewachsenen Wissen über die Arbeitsweise des Gehirnes und über Heilungsprozesse muss nun etwas Praktisches werden, eine *Behandlungsmethodik*. Nach meinem Vorschlag sollten wir heute Psychotherapie verstehen als Verfahren, welches mentale Transformationsprozesse anregt, also als **prozessorientierte Psychotherapie**. Wir können dann weiterhin Psychoanalytiker, EMDR-Therapeuten, Verhaltenstherapeuten, Systemiker, Kunsttherapeuten oder Pädagogen bleiben, wir werden aber das was wir können so anwenden, dass es Transformationsprozesse optimal anregt. Dies und nichts anderes ist Ziel der Behandlung, mit welcher Methode auch immer.

Prozessorientierte Psychotherapie braucht deshalb die Ergebnisse der Grundlagenforschung, sie braucht aber auch eine **Praxeologie**, ein Wissen um die praktische Umsetzung.

Gerade die moderne Traumatherapie, mit der wir uns in unserer Klinik intensiv beschäftigen, bietet Gelegenheit zu genauen klinischen Beobachtungen, wann der mentale Transformationsprozess stockt und wann er fließt, wann sich im Hier und Jetzt der therapeutischen Kommunikation das unverarbeitete emotionale Material neu zu ordnen beginnt. Das sind Momente, die man sehr deutlich subjektiv wahrnehmen kann und die man mittlerweile auch an Hand objektiver Kriterien beschreiben kann. Legt man Tausende von traumatherapeutischen Behandlungsstunden, solche aus unserer eigenen praktischen Tätigkeit oder solche, die in wissenschaftlichen Studien ausgewertet worden sind, gleichsam wie Folien aufeinander, so kristallisieren sich **vier Kernprozesse** heraus, sie sind die klinische Erscheinungsform des Transformationsprozesses. Sie sind das, was wir vom seelischen Wachstumsvorgang in der Therapiestunde mit unseren fünf Sinnen wahrnehmen können.

Diese klinischen Phänomene, die von uns und anderen Forschungsgruppen immer wieder beschrieben werden, treten mit größter Regelmäßigkeit auf, sodass die Bezeichnung *Kernprozesse* gerechtfertigt ist. Man beobachtet sie im **Mentalisierungssystem, im emotionalen System und im kommunikativen System**.

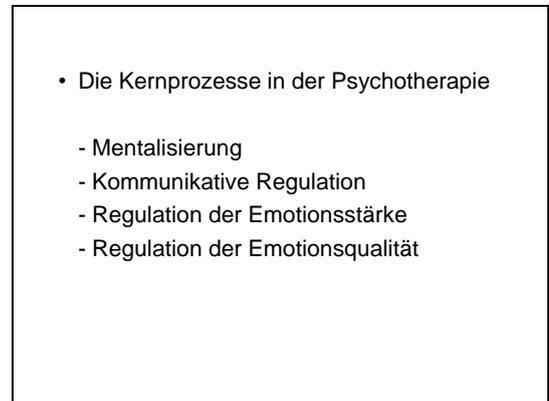


Abb. 2: Kernprozesse

Alle vier sind Regulationsvorgänge und grundsätzlich auffällig an den Kernprozessen ist deren **rhythmische Arbeitsweise**. Dieser schwingende Charakter leitet sich aus der allgemeinen Tatsache ab, dass das menschliche Gehirn ein selbstorganisatorisches System ist, in dem sich **Musterbildung** und **Musterveränderung** überall in rhythmischen Regulationsvorgängen vollziehen. Wir können den Erfolg einer Therapiestunde sehr genau daran ablesen, ob diese Schwingungen stattfinden.

Die Wahrnehmung dieser Regulationsvorgänge gibt uns die Möglichkeit, Störungen der seelischen Wachstumsvorgänge zu erkennen und zu beheben. Dies bildet dann die behandlungstechnische Grundlage einer **prozessorientierten Psychotherapie**.

Lassen Sie uns das genauer untersuchen.

3.1. Mentalisierung

Zum Wachstum der Persönlichkeit, zur Bildung einer Persönlichkeit gehört notwendig, dass Seelisches nicht einfach nur geschieht, sondern die riesige Menge der seelischen Inhalte wird geordnet zu einer möglichst kohärenten Vorstellung von der eigenen Person. Der Mentalisierungsvorgang erzeugt das **Selbstgefühl**.

Eine der wichtigsten Fähigkeiten, die die Evolution unserem Gehirn verliehen hat, um diese Aufgabe zu bewältigen, ist die **Repräsentanzenbildung**, also das Erzeugen von Abbildern. Das Gehirn hat die Aufgabe, nicht nur psychische, sondern auch körperliche Vorgänge zu steuern, dafür müssen riesige Datenmengen geordnet werden und dies wird durch Repräsentanzenbildung ermöglicht. Repräsentanzen sind Zeichen, Bilder, Kürzel für extrem Komplexes. Für das Wachstum der Persönlichkeit von besonderer Bedeutung sind die Repräsentanzen für **Körperliches, für Emotionales, für Sprache**.

Nach den übereinstimmenden Ergebnissen der neurobiologischen und psychotherapeutischen Forschung entsteht **Persönlichkeit** aus drei verschiedenen Klassen von Repräsentanzen, die sich auch in der Evolution nacheinander gebildet haben. Die basalste Gruppe von Repräsentanzen sind die **Körperrepräsentanzen**, sie bilden die körperlichen Vorgänge ab, sodass das mentale System die Fähigkeit zur Regulation körperlicher Vorgänge entwickeln kann, was selbstverständlich lebensnotwendig ist. Der größte Teil der Körperrepräsentanzen bleibt unbewusst, die Körperrepräsentanzen sind aber, auch wenn sie zum größten Teil unbewusst sind, die Grundlage für unser Gefühl, ein lebendiges Wesen zu sein, sie sind das Fundament für die Entwicklung eines **Persönlichkeitsgefühles**. Mentalisierung beginnt mit der Aneignung des eigenen Körpers.

Die nächst höhere Klasse von Repräsentanzen sind die **Emotionen**. Sie stellen ein biologisches Bewertungssystem dar, sowohl für Vorgänge im Innenraum des Organismus, wie auch für Wahrnehmungen aus der Umgebung. Emotionen regeln Erregung, also Energiefreisetzung, Aufmerksamkeit und Denkvorgänge. Der größte Teil der Emotionen bleibt ebenfalls unbewusst. Wenn Emotionen bewusst werden, empfinden wir sie als *Gefühl*. Emotionen sind ebenfalls eine mächtige und unverzichtbare Quelle für unser Selbstgefühl. Wollte man sich die eigene Psyche als ein Gewächshaus vorstellen, dann wären die Pflanzen vergleichsweise die Körperrepräsentanzen, sie sind die Basis allen Lebens, die Tiere wären die Emotionen. Eine Persönlichkeitsentwicklung ohne Kontakt zu diesen inneren Welten der Lebendigkeit ist nicht denkbar.

Die am spätesten entwickelte Klasse von Repräsentanzen sind die **Sprachsymbole**, sie bilden die Inhalte unseres bewussten Denkens und ermöglichen es, aus allem, was wir

erleben, eine Geschichte unserer Selbst zu bilden, ein **narratives Selbst** (Le Doux 2001, Damasio 2000).

Damit die Persönlichkeit wächst, braucht es den Mentalisierungsprozess, also ein ständiger innerlicher Kontakt, sowohl zu den Körperrepräsentanzen, wie auch zu den Emotionen und zum expliziten Bereich, also zur Sprache. Der Wachstumsvorgang besteht daraus, dass diese drei inneren Welten, die des Körpers, die der Emotionen und die der Sprache, in einem permanenten rhythmischen Geschehen miteinander verknüpft werden. Dadurch wird die innere Welt nicht nur farbig und lebendig, sondern es geschieht etwas ganz Besonderes, was kein Tier, sondern nur der Mensch kann: Wir bilden aus allem, was wir fühlen und denken, eine Geschichte unserer Selbst, ein **autobiografisches Narrativ**. Dieses autobiografische Narrativ ist für das Gefühl, eine Person zu sein, ein *Selbst* zu sein, von größter Bedeutung.

Was folgt daraus behandlungstechnisch?

In Traumatherapien können wir beobachten, wie der Mentalisierungsprozess durch die Wirkungen des Traumamaterials gestört wird. Beispielsweise ist bei körperdissoziativen Zuständen oft ein Komplex von Körperrepräsentanzen hoch aktiv, kann aber nicht mit den zugehörigen Emotionen und auch nicht mit dem bewussten Denken und Sprechen und Erinnern verknüpft werden. In anderen Situationen sind nur Emotionen aktiv, sie können aber durch das bewusste System nicht identifiziert, nicht benannt, nicht in das bewusste Wissen eingeordnet werden. Bei intellektualisierenden Patienten wiederum wird das kühle, rationale Bewusstsein dominieren, ganz ohne Verbindung zu der Ebene der Affekte und der Körperrepräsentanzen. Diese Patienten leiden dann sehr unter der Leblosigkeit des Zustandes und unter dem Verlust eines Gefühls für sich selbst.

Prozessorientierte Psychotherapie bekommt dann die Aufgabe, die Störungen des Mentalisierungsprozesses zu erkennen und zu den jeweils fehlenden Repräsentanzebenen wieder eine Verbindung herzustellen. Dies ist eine der Kernvoraussetzungen für die Transformation des jeweils aktiven Traumaschemas und für die Bildung eines kohärenten Persönlichkeitsgefühls.

3.2. Koordinierte Kommunikation

Kommen wir zum zweiten Kernprozess.

Auch im kommunikativen System beobachtet man Regulationsvorgänge, die für seelisches Wachstum erforderlich sind.

In der Therapiestunde nimmt der aufmerksamkeitsregulierende mentale Apparat des Patienten regelmäßig und rhythmisch mit dem Therapeuten Kontakt auf, um den Kontakt gleich darauf wieder zu lösen und dann erneut herzustellen. Das mentale System des Therapeuten macht genau das Gleiche. Dies wurde vor allem in Bezug auf stimmliche Äußerungen untersucht. Sichere Bindung und mentales Wachstum sind dann zu erwarten, wenn die Regulation von Aufmerksamkeit und Sprachaktivität koordiniert geschieht (Beebe, Jaffe et al 2002, Beebe und Lachmann 2004). Es ist die Co-Regulation, die im Moment der Stunde zur Co-Kreativität, also zum Fortschreiten des seelischen Transformationsprozesses führt und zwar bei beiden Beteiligten: Nach einer guten Therapiestunde sind auch wir Therapeuten ein bisschen gesünder als vorher (Schoore 2009, S. 54, S. 67).

In Traumatherapien sind die Störungen der kommunikativen Regulation sehr offensichtlich. Ein Patient, der unter dem Einfluss des Traumaschemas in der Stunde in eine Übererregung gerät, wird beispielsweise dazu neigen, mit höchstem Tempo zu denken und zu sprechen, von einem Inhalt assoziativ zum nächsten zu springen. Die interaktive Regulation ist in diesem Moment aufgehoben. Der Patient kann nicht mehr abwarten und wahrnehmen, ob seine Worte gehört, aufgenommen, verstanden, beantwortet werden, sondern gerät in einen **übererregten Monolog**. Das Gegenteil wäre die Lähmung, das Erstarren und das Verstummen des Patienten, vielleicht gefolgt von einer übermäßigen Redeaktivität des Therapeuten. Auch hier wäre die interaktive Regulation des Sprechens aufgehoben, es bestünde ein **asynchroner Zustand**, keine koordinierte Kommunikation.

Auch die interaktive Regelung von Sprechaktivität und Aufmerksamkeit ist ein Kernprozess, der mentale Transformationsvorgang kommt zum Stillstand, wenn die kommunikative Regulation abgebrochen ist. Zum Wesen der prozessorientierten Psychotherapie gehört es deshalb, die Störungen der interaktiven Regulation zu bemerken, zu benennen und zu beheben.

3.3. Regulation der Emotionsstärke

Im emotionalen System können wir zwei Kernprozesse beobachten, von deren Funktionieren der seelische Transformationsprozess abhängt und die in Traumatherapien regelmäßig schwere Störungen aufweisen: Die **Regulation der Emotionsstärke** und die **Regulation der Emotionsqualität**.

Beide Kernprozesse werden, wie die Säuglingsforschung und die Bindungsforschung eindeutig gezeigt haben, interaktiv zwischen Mutter und Kind in sicheren Bindungen erworben und befähigen das Kind, seine eigenen Emotionen zu regulieren, zu nutzen und zu integrieren (Fonagy et al 2002, Beebe et al 2002, Stern et al 2012).

Die **Regulation der Emotionsstärke** als erster dieser emotionalen Kernprozesse hat zum Ziel, die Emotionsstärke in einem mittleren Bereich zu halten, dem sogenannten **Toleranzfenster** (Ogden u. Minton 2000).

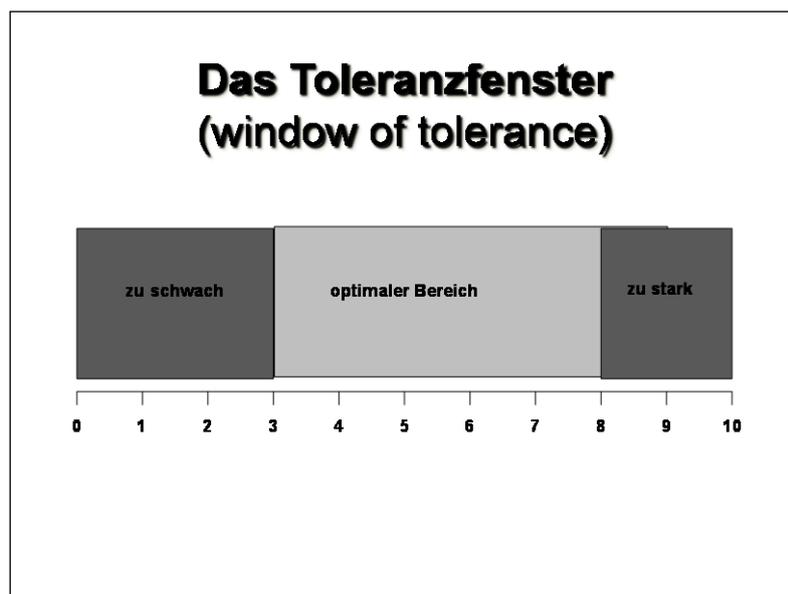


Abb. 3: Toleranzfenster

Der Grund ist, dass zu schwache Emotion nichts bewegt, es kommt keine Transformation in Gang, die Stunde fühlt sich leblos an. 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 (Le Doux 2001).

Beide Grenz-Zustände, den Untererregungs- wie den Übererregungszustand können wir gut wahrnehmen. Ein im Moment der Therapiestunde funktionierender seelischer Wachstumsprozess ist erkennbar an einem ständigen autoregulativen Pendeln der Emotionsstärke um einen 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.

In einer Traumatherapie treten Störungen in der Regulation der Emotionsstärke äußerst häufig auf, weil es zum Wesen des emotionalen Traumamaterialies gehört, unreguliert zu sein. Es ist Aufgabe der Traumatherapie, die Regulierbarkeit dieser Affekte in der Stunde wieder her zu stellen. Erst dann wird der natürliche Transformationsprozess dieses Materialies wieder in Fluß kommen.

Es ist deshalb in traumatherapeutischen Sitzungen erforderlich, sich in jedem Moment über die Stärke der aktuell erlebten Affekte im Klaren zu sein und das Verlassen des Toleranzfensters nach oben oder nach unten zu bemerken. Dies findet am Besten mit der Patientin gemeinsam statt, indem regelmäßig während der traumatherapeutischen Sitzung von den Inhalten auf die Prozessebene gewechselt wird und gemeinsam reflektiert wird, wie sich die Emotionsstärke im Moment und im Verlauf der Therapiestunde verhalten haben.

Dieser Wechsel auf die Prozessebene hat vielfältige positive Wirkungen. Die Prozessreflektion stellt sofort ein Mehr an Distanz zu überstarken Emotionen her, indem diese betrachtet, in ihrer Stärke beurteilt, vielleicht benannt, ihre Entwicklungskontur im Verlaufe der Stunde überlegt wird. Das gemeinsame Wechseln auf die Prozessebene schult die Wahrnehmungsfähigkeit beider Beteiligten, sowohl der Patientin wie auch der Therapeutin, für die Veränderungen der Emotionsstärke und für die Notwendigkeit, regulierend einzugreifen.

Auch emotionale Minuszustände mit zu geringer Emotionsstärke können in traumatherapeutischen Sitzungen häufig vorkommen, nicht nur durch Dissoziation, sondern auch durch Wahl eines emotional unbesetzten Themas, vielleicht aus Angst vor

der Begegnung mit dem Traumaschema. Auch hier hat der Wechsel auf die Prozessebene große Vorteile. Die emotionale Untererregung wird bewusst, Patientin und Therapeutin können erkennen, warum in diesem Abschnitt der Stunde keine transformative Entwicklung stattgefunden hat und können eine bewusste Entscheidung herbeiführen, ob ein Mehr an emotional bedeutsamem Material in der Stunde wünschenswert wäre. Das könnte dann durch **Fokussierung** auf einen beliebigen Anteil des emotionalen Materiales geschehen: Ein Körpergefühl, eine Szene, ein Moment in der Stunde.

3.4. Regulationsmuster der Emotionsqualität (bipolare Regulation)

Ebenfalls im emotionalen System sehen wir den vierten Kernprozess: Die **Regulation der Emotionsqualität**.

Bei Kontakt mit dem emotionalen Traumamaterial taucht, so können wir klinisch beobachten, nicht nur das negative Material, sondern stets auch positives emotionales Material, also **Ressourcen** auf. Deren Wirksamkeit und Stärke entscheiden, ob der Transformationsprozess gelingt.

Wie 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 emotionalem Material an. Die spontanen Eigenrhythmen der bipolaren Emotionsregulation sind individuell sehr verschieden. In der einen Therapiestunde findet der Wechsel vom negativen zum positiven Pol und zurück nur wenige Male statt, in der anderen Therapiestunde so häufig, dass beide emotionalen Pole nahezu gleichzeitig präsent sind. Wichtig ist nicht, *welcher* Rhythmus sich bildet, sondern *dass* ein Eigenrhythmus sich bildet. Auch diese Regulation der Emotionsqualität, die **bipolare Regulation**, ist ein Kernprozess, er ist für das Fortschreiten der seelischen Transformationsvorgänge unabdingbar.

Sehr häufige Störungen dieser bipolaren Emotionsregulation in traumatherapeutischen Sitzungen entstehen dadurch, dass Patienten, manchmal auch die Therapeuten, ihre Aufmerksamkeit übermäßig auf das negative emotionale Material des Traumaschemas richten, sodass im Verlauf der Stunde die innere Verbindung zu dem emotional positiven

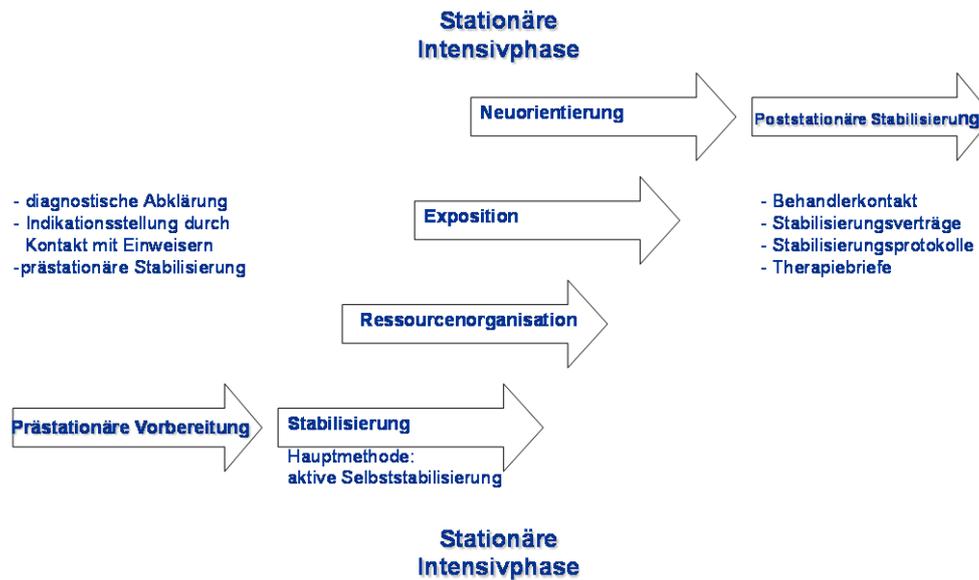
Ressourcenmaterial zurück oder verloren geht. Die Emotionen werden monopolar. Wenn dann wahrgenommen wird, dass der transformative Prozess der Stunde stockt, wird vielleicht versucht, durch noch mehr Fokussierung auf das negative Traumamaterial eine Reaktivierung der Stunde zu erreichen, was aber nicht gelingen kann, weil der Transformationsprozess bereits durch ein Übergewicht an Traumamaterial blockiert ist.

Prozessorientierte Interventionen werden auch hier von der Inhaltsebene auf die Prozessebene wechseln und die Störungen der bipolaren Emotionsregulation wahrnehmen, benennen, mit der Patientin zusammen reflektieren und nach Korrekturmöglichkeiten suchen. Das Wiederherstellen des Ressourcenkontaktes gelingt viel leichter als manchmal befürchtet wird. Auch hier ist der erste Schritt, dass die Therapeutin den Ressourcenkontakt *in sich selbst* wieder herstellt, z. B. indem sie ihrem eigenen Gefühl Raum gibt, dass zu einem bestimmten Moment der Stunde die Dosis an emotionalem Belastungsmaterial hoch genug war. Vielleicht wird die Therapeutin dann bemerken, dass sich der Gedanke an eine kleine Atempause im Geschehen gut anfühlt, wird diese Prozessreflektion mit der Patientin teilen, vielleicht verbunden mit einem kleinen Rückblick auf den zurückliegenden Abschnitt der Therapiestunde und darauf, was gerade geleistet worden ist, vielleicht verbunden mit etwas Stolz. Dieser Stolz wäre dann eine spontan auftauchende Ressource, geeignet, die innere bipolare Balance wiederherzustellen. Natürlich können solche äußerst einfachen und äußerst wirksamen Prozessinterventionen durch sämtliche bekannten Übungen der Ressourcenorganisation ergänzt werden, die Tresorübung, den sicheren Ort, um nur die bekanntesten Beispiele zu nennen. Das Repertoire an individuell gefundenen Zugängen zum Ressourcenpol ist unerschöpflich.

4. Der therapeutische Gesamtrahmen

In der stationären Psychotherapie ist es sinnvoll, einen **allgemeinen Therapierahmen** zu verwenden, der jene Schritte vorbereitet, die für seelische Heilungsvorgänge notwendig sind.

Wir verwenden das traumatherapeutische 3-Phasen-Modell, welches noch von Janet (1889) stammt und ergänzen es um die Ressourcenorganisation und kommen somit zum 4-Phasen-Modell der stationären Psychotherapie.



Vorgeschaltet ist die prästationäre Vorbereitung, nachgeschaltet die poststationäre Stabilisierung.

Dieser allgemeine Therapierahmen hat sich mittlerweile als Grundstruktur stationärer Psychotherapie sehr bewährt, er ist entstanden aus der Beobachtung einer großen Zahl stationär durchgeführter Psychotherapien, nicht nur Traumatherapien im engeren Sinne.

Die Patientinnen zeigen uns, was der mentale Transformationsprozess, also das psychische Selbstheilungssystem braucht, wir lernen davon und organisieren einen dafür förderlichen Rahmen. Daraus sind Schritt für Schritt die Elemente der einzelnen Behandlungsphasen entstanden.

Wir sind mittlerweile dazu übergegangen, den Patienten die Systematik der vier Behandlungsphasen sehr sorgfältig zu erläutern. Dies hat mehrere Vorteile: zum Einen ist es einfach eine Sache der Fairness, das eigene Expertenwissen offen zu legen. Zum Zweiten wird den Patienten natürlich auch eine Entscheidung abverlangt, ob sie sich nach dieser Strategie an die Heilungsarbeit machen wollen und zum Dritten ist für jeden Behandlungserfolg ein aktiver Einsatz der Patienten notwendig, also müssen die Patienten auch wissen, worauf genau zu welchem Zeitpunkt sie ihre Energie konzentrieren. Allgemeine Forderungen, der Patient müsse „motiviert sein zur Psychotherapie“ oder müsse „mitarbeiten“, genügt nicht. Die Patientinnen und Patienten benötigen ein explizites Prozesswissen.

4.1 Stabilisierung

In der **Stabilisierung** wird das Prinzip der **aktiven Selbststabilisierung** eingeführt. Die Energie der Patientinnen richtet sich darauf, bestimmte traumareaktive Schemata zu erkennen und sich aus ihnen zu befreien (Le Doux 2001, S. 281, Plassmann 2007).

Die **aktive Selbststabilisierung** beginnt mit jenem Muster, welches die stärkste entwicklungsblockierende Wirkung hat. Wir nennen es **Negativmuster**. Die Patientinnen übernehmen Verantwortung, dieses Negativ-Muster unter Nutzung ihrer vorhandenen Ressourcen zu kontrollieren und zu beenden.

Jedes dieser Negativ-Muster, wie Dissoziation, Selbstverletzung, Anorexie, bulimisches Verhalten, Zwangsrituale, Sucht, pathologische Sexualität, Dissozialität ist selbst ein Traumaschema geworden, ganz unabhängig von der ursprünglichen Ursache und produziert in großer Zahl zusätzliche emotionale Belastungen. Ein Negativmuster reduziert den Zugang zu kreativen Ressourcen und engt Denken, Fühlen und Handeln in extremer Weise ein. Wer beispielsweise ausgeprägt magersüchtig ist, kann nur magersüchtig denken, fühlen und handeln. Das Negativmuster blockiert den Transformations- und Wachstumsprozess.

Am Anfang ihrer Entstehung sind diese traumareaktiven Schemata etwas Reparatives. Sie sollen die vorhandene emotionale Belastung reduzieren. Sie sind ursprünglich Versuche, den z. B. durch emotionale Überbelastung blockierten Transformationsprozess für eine bestimmte emotionale Problematik zu ersetzen durch eine Notlösung, die allerdings zunehmend selbst zum Problem wird.

Solche Negativmuster werden nicht passiv erlitten, sie werden viel mehr aktiv produziert mit hohem Aufwand an Energie, Zeit und oft auch Geld. Negativmuster verzehren die Ressourcen der Person, sie sind **konsumierende Krankheiten**.

Für jeden Patienten kommt deshalb der Zeitpunkt, an dem dieses dysfunktionale traumareaktive Schema, diese Notlösung, ihren ursprünglich reparativen Sinn völlig verloren hat und nur noch negative Auswirkungen auf die Person hat.

In der hohen Eigenaktivität der Patientinnen, mit denen sie diese Lösungen, die nicht lösen, praktizieren, liegt aber auch der Schlüssel zum Erfolg. So wie die Patientinnen täglich mehrfach entscheiden, ein bestimmtes Muster zu praktizieren, so können sie auch entscheiden es nicht zu praktizieren und die eigene Energie für eine andere Lösung verwenden.

Auch eine posttraumatische Belastungsstörung enthält regelmäßig solche dysfunktionalen Reaktionsschemata, also Negativmuster. Häufig erleiden Patienten nicht nur die Triggerung durch unverarbeitetes Traumamaterial, sondern sie erzeugen die Triggerung, indem sie das Traumamaterial selbst aktivieren. Sie tun das beispielsweise, indem sie zahlreichen Elementen der normalen, nicht traumatischen Gegenwart die Bedeutung einer Assoziationsbrücke zum Traumamaterial geben, also eines Triggers. Sie machen damit eine beliebige Ähnlichkeit der nicht traumatischen Gegenwart zum Trigger und reagieren auf diesen Alltagsbestandteil mit Aktivierung von Elementen des Traumaschemas, also von Erinnerungen, Emotionen, Körperreaktionen. Die Gründe hierfür sind verschieden, es kann sich um die Überzeugung handeln, die häufige Aktivierung des Traumaschemas sei für dessen Heilung erforderlich. Häufig ist auch die Vorstellung, ein unverarbeitetes Traumaschema müsse in maximaler Stärke aktiviert werden, um sich dann kathartisch, gleichsam explosiv ein für alle Mal zu entladen. Es bewährt sich deshalb sehr, wenn die Patienten ihr Wissen und ihre Erfahrung mit der Arbeitsweise des seelischen Transformationsprozesses erweitern und dann die unwirksamen und schädlichen Strategien durch funktionierende Strategien aktiv ersetzen können.

4.2 Ressourcenorganisation

Der Prozess der **Ressourcenorganisation** wird erst dadurch möglich, dass die Stabilisierung Fortschritte gemacht hat. Die Negativmuster haben an Einfluss verloren, sodass sich in einem zunächst spontanen Geschehen der Zugang zu verschütteten positiven emotionalen Zuständen wieder öffnet. Das sind Situationen der Freude, des Genusses, der Heiterkeit, des entspannten Nachdenkens, der Freundschaft.

Der therapeutische Rahmen bietet vielfältige Gelegenheiten hierzu, aber er schafft die Ressourcen nicht, er ermöglicht sie und er lehrt die Patienten sie zu nutzen und auszubauen. Ressourcen liegen innen, nicht außen.

Durch diese Schrittfolge aus Stabilisierung und Ressourcenorganisation stellt sich jene innere Balance zwischen negativem und positivem emotionalem Pol wieder her, die der Transformationsprozess braucht, wie wir gesehen haben.

Sorgfältige Ressourcenorganisation bringt die Patientinnen mit ihren eigenen Kraftquellen in Verbindung. Allein deren Wahrnehmung, das Gefühl, dass es ein Heilungssystem gibt, hat enormen positiven Einfluss auf die Patientinnen, die sich praktisch alle im Zustand der Hilf- und Hoffnungslosigkeit ihrem emotionalen Belastungsmaterial gegenüber befunden hatten.

Man beobachtet dann lebhaftere **Absorptionsprozesse** (Hofmann 2005). Dies sind spontane Verarbeitungsvorgänge von vorher blockiertem Material, erkennbar daran, dass die Patientinnen über eine stark verringerte emotionale Belastung beim Kontakt mit dem Problemmaterial berichten und über eine deutlich bessere Kreativität, also ein Auftauchen von neuen Ideen, wo vorher keine waren. Die junge Frau, die auf einen sexuellen Missbrauch mit Magersucht geantwortet hat und nicht mehr in die Schule wollte, wird vielleicht in diesem Therapieabschnitt den Unterschied zwischen Jetzt und Damals deutlich spüren und wird wahrnehmen, dass ihr Gefühlsleben nicht auf Dauer von jenen Emotionen, die aus dem Traumaschema stammen, angefüllt sein muss. Sie wird sich vielleicht über sich selbst wundern, wie oft sie allein oder mit ihren Mitpatientinnen zusammen vollkommen normale Dinge macht, also lacht, Eis essen geht, ein Buch liest. In die ursprüngliche unversöhnliche Wut auf sich selbst und auf den Täter wird sich nun etwas Lebendiges mischen, vielleicht wird ein Lebensrecht empfunden und eine Zukunft wird denkbar.

4.3 Expositionsphase

In der Expositionsphase arbeiten wir mit emotionalem Belastungsmaterial, welches sich in der Ressourcenorganisation nicht spontan aufgelöst hat.

Ziel der Exposition ist es, den Transformationsprozess dort, wo er bislang blockiert war, zu reaktivieren, also im Umgang mit speziellem emotionalem Belastungsmaterial. An dieser Stelle sind sehr viele Vorstellungen von Exposition korrekturbedürftig, die dem Wesen des Transformationsprozesses zu wider laufen würden.

Es ist nicht die **kathartische Überflutung** mit negativen Emotionen, die der Transformationsprozess braucht, sondern die dosierte Annäherung. Die emotionale Belastung darf zwar, wenn die Patientin dazu bereit und im Stande ist, durchaus hoch sein im Expositionsgeschehen, jedoch niemals blockierend, gemäß dem Prinzip des Toleranzfensters mit regulierter Emotionsstärke. Deshalb muss Material von geeigneter Stärke gemeinsam ausgewählt werden und die emotionale Annäherung muss vom Gesunden her erfolgen.

Die Patientinnen können nach erfolgreicher Stabilisierung und Ressourcenorganisation frei entscheiden, ob sie an diesem Traumamaterial mit einer der Expositionsmethoden arbeiten wollen, was durchaus nicht immer der Fall ist. Methodisch kann mit bipolarem EMDR gearbeitet werden, was ich persönlich bevorzuge, oder mit dem EMDR-Standardprotokoll für Exposition (Shapiro 1998) oder mit jeder anderen steuerbaren und wirksamen Expositionstechnik. Narrative Traumatherapie fördert die sprachliche Symbolbildung und die Integration eines Traumaschemas in das autobiografische Narrativ und ist hervorragend steuerbar in emotionaler Intensität und Dauer des Expositionsprozesses. Auch kunsttherapeutische Traumatherapie fördert die Symbolisierung eines traumatischen Komplexes, sowohl in den Bildern, wie auch in der Sprache. Es ist aber nicht das Erzeugen eines einzelnen Bildes, was wirksam ist, sondern der Prozess der Symbolisierung. Auch die bipolare Regulation der Emotionsqualität gelingt in der Kunsttherapie leicht und zuverlässig, weil gut umfokussiert werden kann, von emotional belastendem auf emotional positives Material (Stachetzki 2014, in diesem Buch).

Immer gilt, dass zu jedem Zeitpunkt eines Expositionsprozesses die beschriebenen vier Kernprozesse von Mentalisierung, Emotionsregulation und kommunikativer Regulation intakt sein müssen, damit Transformationsprozesse statt finden können.

5. Schluss

Ich fasse zusammen.

In der modernen Traumatherapie zeigt sich sehr deutlich, 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, nicht 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.

Nicht immer gelingt es der Person, Stockungen der Transformation emotional bedeutsamen und energievollen Materials zu vermeiden. Die Folge sind dann provisorische Bewältigungsformen, die an Stelle der nicht funktionierenden Verarbeitung treten und unendlich viele neue Störungen erzeugen. Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, um nur einige Beispiele zu nennen.

In Traumatherapien sehen wir besonders deutlich, wie sich blockiertes emotionales Material löst und der mentale Transformationsprozess wieder in Gang kommt. Einige Kerneigenschaften dieses Prozesses sind mittlerweile deutlich geworden. Weitgehende Übereinstimmung besteht darin, dass der Transformationsprozess eine selbstorganisatorische Spontanaktivität des psychischen Systemes ist, seine Aufgabe ist es, aus dysfunktionalen Mustern Funktionale zu bilden. Dies findet immer in der Gegenwart statt, fokussiert auf Material von geeigneter Stärke.

Was wir dann konkret in der Therapiestunde beobachten können, sind einige Regulationsvorgänge, bei denen wir als Therapeuten mithelfen können: Die Regulation der Emotionsstärke, die Regulation der Emotionsqualität, koordinierte Kommunikation, Mentalisierung.

Literaturverzeichnis:

- Baranger, M., Baranger, W., Mom, J. (1983):** Process and noprocess in analytic work. Int. J. Psychoanal., 64, S. 1 - 15
- 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):** Transformation. Suhrkamp-Verlag
- Bowlby, J. (1969):** Attachment and loss. Bd. 1: Attachment. New York: Basic Books. Dt.: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Übers. v. G. Mander. Frankfurt am Main: Fischer 1984
- Damasio, A. R. (2000):** Ich fühle, also bin ich. List-Verlag, München
- Dijksterhuis, A. (2010):** Das kluge Unbewusste. Denken mit Gefühl und Intuition. Klett-Cotta-Verlag
- Ferro, A. (2012):** Im analytischen Raum. Emotionen, Erzählungen, Transformationen. Psychosozial-Verlag
- Fonagy, P. et al (2002):** Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta-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
- Hofmann, A. (2005):** Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme Verlag, Stuttgart
- 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
- Janet, P. (1889):** L'automatisme psychologique. Paris
- LeDoux, J. (2001):** Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. Deutscher Taschenbuchverlag München
- Ogden, P., Minton, K. (2000):** Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. Traumatology, VI (3), article 3
- Plassmann, R. (2007):** Die Kunst des Lassens. Psychosozial-Verlag Gießen
- 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
- Schore, A. (2009):** Affektregulierung und die Reorganisation des Selbst. Klett-Cotta-Verlag. 2. Auflage
- Shapiro, F. (1998):** EMDR. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn.
- Stern, D. et al (2012):** Veränderungsprozesse. Brandes und Apsel