

Selbstorganisation und Heilung

Verf.: Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann

Vortrag in der Klinik Glotterbad 21.02.2005



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

1. Einleitung

Warum gehen wir heute aktiv und systematisch auf Traumatisches zu, statt es zu verleugnen?

Es sind die Heilungserfahrungen. Die Psychotraumatologie hat uns nicht nur dem Schrecklichen exponiert, sondern uns auch Heilungsvorgänge gezeigt, die wir vorher nicht kannten. Eben dies ist die **bipolare Natur** der Traumatherapie. Das Schreckliche allein, der Belastungspol, wäre unerträglich, gäbe es nicht den positiven Pol der Heilungsressourcen. Die Traumatherapie hat auf eine sehr bemerkenswerte Weise unseren Begriff vom Gesundwerden in Bewegung gebracht, indem wir Prozesse sehen, die man nur als **Heilung** bezeichnen kann, während wir bisher in der Psychotherapie, ich hoffe Sie stimmen mir zu, doch eher auf Besserung hingearbeitet haben, mit der wir auch zufrieden waren.

Ich hatte in den 80er Jahren begonnen, Artefaktpatienten zu behandeln, die heimlich ihren Körper zerstören und den Arzt dazu bringen, zerstörerische Eingriffe an ihrem Körper vorzunehmen. Diese Patienten galten seinerzeit als unverstehbar in ihren Motiven und als unbehandelbar (Plassmann 1991).

Nach dem wir verstanden hatten, dass es Überlebende schwerer körperlicher und psychischer Gewalt waren, haben wir Konzepte modifizierter psychoanalytischer Therapie stationär und ambulant entwickelt. Im meist mehrjährigen Behandlungsverlauf verloren die traumatisch entstandenen Störungen des Körperselbst und der Symbolisierungsfähigkeit an Macht, aus Sprachlosigkeit wurde wieder Sprache und anstelle der vernichtenden Muster im Umgang mit sich selbst als Wiederholung der Traumata traten Selbstfürsorge, die Fähigkeit zu Bindung und Trauer.

Ich habe in dieser ersten Begegnung mit Traumatherapie viel gelernt, einiges bewirken können, wäre aber nie soweit gegangen zu glauben, dass Heilung erreichbar wäre.

Ich höre nun immer wieder von Kolleginnen und Kollegen, dass sie Schlüsselerfahrungen hatten in der Begegnung mit Heilungsvorgängen von einer Intensität, die sie vorher nicht kannten. So erging es auch mir.

Hierzu ein Beispiel:

Der 59jährige Herr K. hatte sein Berufsleben als Kunsthistoriker verbracht. Er liebt seinen Beruf, lehrt gerne, er ist ohne Frage ein begabter und tüchtiger Mensch. Er hatte gelernt, mit bestimmten Symptomen zu leben, unter denen er seit Jahrzehnten litt und von denen er selten sprach. Er war phasenweise schwer depressiv und litt seit 25 Jahren, seit dem Tod seines Vaters, an schweren Alpträumen, in denen er gejagt wurde und die regelmäßig mit seinem Tod endeten. Beim Autofahren entwickelte er seltsame zwanghafte Verfolgungsideen, die ihm selbst krankhaft vorkamen, über die er aber keine Kontrolle hatte. Aus Seitenstraßen könnten Autos hervorschießen, die dort gelauert hätten bis er einen Fahrfehler macht, um ihn dann zu rammen oder zu verfolgen. Solche Phantasien waren von heftigen Panikattacken begleitet. Über all das klagte er nie, er hatte es einfach.

Eine nahe Angehörige, Psychotherapeutin von Beruf, empfahl ihm eine stationäre Psychotherapie. Sie, ebenso wie er, wusste von seinen schwersten traumatischen Kindheitserlebnissen. Er kam mit der Frage, ob ihm mit Psychotherapie zu helfen sei.

Wir erfuhren folgende Geschichte:

Auf der Flucht vor der russischen Front waren seine Eltern und er, noch kein Jahr alt, von Soldaten verfolgt worden. Die Eltern flüchteten in ein Gewässer, wo sie sich im Schilf versteckten. Der Vater drückte den Jungen, weil dieser vor Angst schrie, unter Wasser, um Entdeckung durch die Soldaten zu verhindern. Er berichtet: „Als die Soldaten weg waren, zog mich der Vater aus dem Wasser. Die Eltern hielten mich für tot. Der Vater wollte weiter und meine Leiche liegen

lassen, die Mutter bestand darauf meinen Leichnam mitzunehmen, um mich anständig beerdigen zu können. Ich wurde in Tücher gewickelt, Stunden später kam ich zu mir, atmete wieder, lebte wieder. Ich habe mit meinem Vater nie darüber gesprochen. Er war ein harter Mann, der trank, schrie und brutal schlug.“

Diese Geschichte bildet einen Belastungspol von kaum erträglicher Intensität. Was uns (und dem Patienten) Mut gemacht hat, war die Bereitschaft dieses Mannes, alles was er hatte an Energie, Belastbarkeit und Vertrauen, einzusetzen. Dies war nicht wenig.

In der anfänglichen Stabilisierungsphase dieses Patienten wurden zunächst grundlegende Ressourcen aufgebaut, also die verlässliche und atraumatische therapeutische Beziehung, der stabile Therapierahmen, der einvernehmliche Behandlungsplan und die Traumalandkarte. An spezifischen Ressourcenverankerungsmethoden wurden die Elemente des sogenannten Positiv-EMDR eingefügt, also die inneren Helfer und die Zukunftsvision. Diese spezifischen Techniken entwickeln wir ständig weiter, sie sind aus der Traumatherapie nicht mehr wegzudenken.

Wir sehen hier das bipolare Prinzip der Traumatherapie, wahrscheinlich der Psychotherapie schlechthin. Das Traumanetzwerk bildet den negativen Belastungspol, die Heilungskräfte den Ressourcenpol. Psychotherapie organisiert auf systematische und kontrollierte Weise die Interaktion des Ressourcenpols mit dem Belastungspol. Ohne ausreichend organisierte Ressourcen ist keine Traumatherapie, wahrscheinlich keine Psychotherapie möglich, so dass die Stabilisierungs- und Ressourcenverankerungsphase den unverzichtbaren Beginn der Therapie bildet.

Bei Herrn K. folgte auf die Stabilisierungsphase eine 90minütige Traumaexpositionssitzung für das ihm bewusste Ertränkungstrauma. Er prozessierte dieses Trauma in mehreren Durchläufen, in der EMDR-Terminologie als Kanäle bezeichnet.

In den Pausen zwischen den einzelnen Sets sprach er sehr aufgewühlt von seinen Körpergefühlen: Wie Strom, eine Art Spannung, sehr unangenehm und dabei immer seine Gewissheit: Es ist gut so, ich lasse es geschehen. Wir haben ihm zwischendurch geholfen, seine Inneren Helfer zu reorganisieren. Er, der Kunsthistoriker, sah bei dieser eingeschobenen Ressourcenverankerung einen antiken Herkules schräg hinter sich stehen, sehr stark, sehr schützend.

Gegen Ende der Sitzung setzten sich zunehmend positive Empfindungen durch, er sprach von Wärme im Körper, atmete ruhig und frei, auch meine eigene Gegenübertragungsspannung ließ fühlbar nach. Er begann eher im Erzählton, d. h. aus sicherem Abstand, zu sprechen. Gegen Ende der Sitzung kehrte er nochmals zum belastenden Ausgangsmaterial zurück und ein tiefes befreiendes Lachen kam auf. Er atmete eine Zeitlang tief und ruhig durch, schaute uns dann direkt und klar an und sagte: Da bin ich wieder.

Ich sehe diesen Mann noch vor mir, am Ende dieser Sitzung: Etwas erschöpft, völlig ruhig, völlig präsent, wie er in tiefer Verwunderung seine Körpergefühle beschrieb: freie Atmung und warmes Gefühl im Bauch, ein Glücksgefühl. Den Schluss dieser Sitzung bildete die Vermessung beider Pole, er schätzte die Stimmigkeit seiner positiven Kognition (auf der 1-7-Skala) auf 7, den Belastungsgrad auf der 1-10-Skala (SUD) auf 0.

Die folgenden Tage dienten der Nacharbeit und der erneuten Organisation des Ressourcenpols. Er malte viel, ging spazieren, genoss die Natur, organisierte in zwei weiteren kurzen Einzelsitzungen die Inneren Helfer mit Positiv-EMDR.

In einer zweiten Sitzung berichtete er, er empfinde die Arbeit an diesem Ertränkungstrauma als abgeschlossen. Er könne daran denken, ohne sich belastet zu fühlen. Er sagte: „Ich habe ein Recht zu leben, weil ich da bin.“

Weitere Expositions-Sitzungen haben nicht stattgefunden.

Solche Eindrücke prägen. Ich will hier keine schwachen Worte verwenden. Es ist eine Art ehrfürchtige Erschütterung zu sehen, wie sich vor den eigenen Augen eine seelische Wunde schließt. Was geht hier vor sich?

2. Die Eigenschaften des Heilungsprozesses

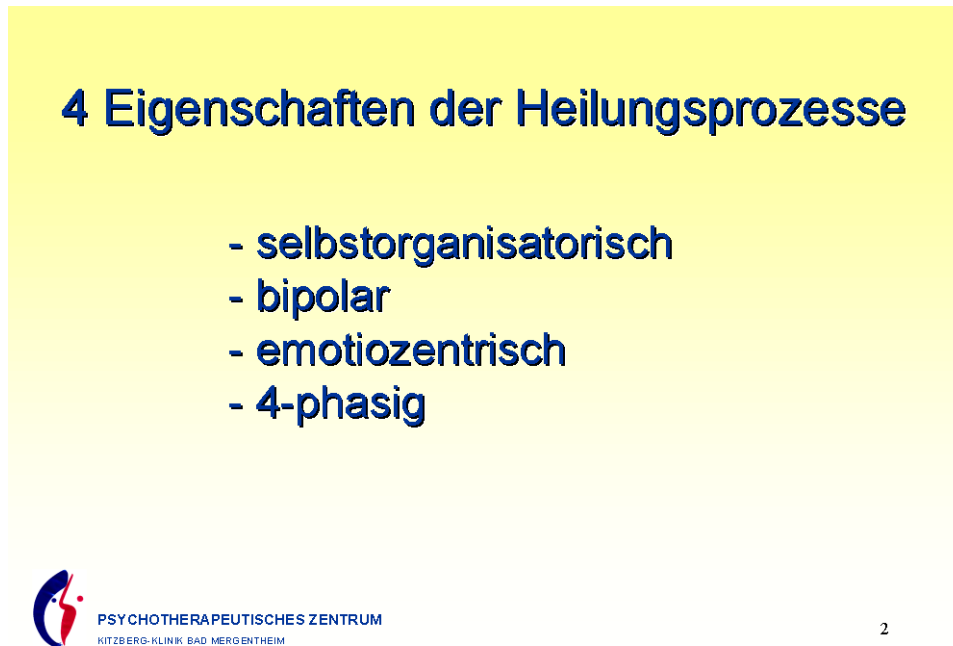


Abb 1: 4 Eigenschaften der Heilungsprozesse

2.1 Selbstorganisation und Bipolarität

Unter psychotraumatologisch Tätigen ist eine sehr lebhaft wissenschaftliche und klinische Diskussion im Gange über das Wesen der Heilungsvorgänge, die wir in der Traumatherapie beobachten können. Folgende Erkenntnis beginnt sich durchzusetzen:

Es sind im Kern selbstorganisatorische Prozesse im Patienten, denen ein bipolares Prinzip zugrunde liegt. (Plassmann und Seidel 2003)

EMDR als bestuntersuchte traumatherapeutische Methode baut konsequent auf dieser bipolaren Arbeitsweise auf.

Das bipolare Prinzip der Psychotherapie

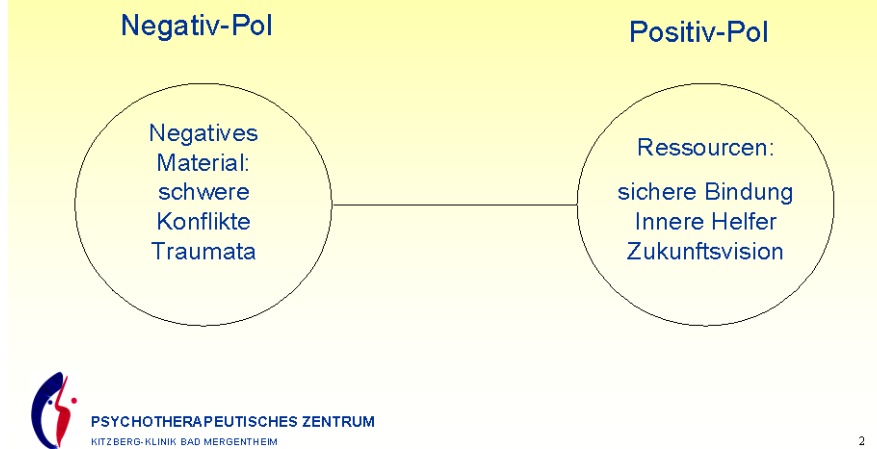


Abb. 2 : Das bipolare Prinzip der Traumatherapie

Den negativen Pol bilden das unverarbeitete Belastungsmaterial, bestehend aus schweren Konflikten oder traumatischen Erfahrungen oder, wie meist, einer Mischung aus beidem. Wir finden im Kern des negativen Materials überstarke negative Affekte, fragmentierte Sinneseindrücke, eine zerstörte Zeitordnung und eine zerstörte Symbolisierungsfähigkeit. Die damit verbundenen kognitiven Selbstaspekte sind ebenfalls durchweg negativ: Ich bin inkompetent, hilflos, wertlos, schutzlos, schuldig. Dieses Material hat sich im sogenannten heißen, sprachlosen Gedächtnis gleichsam eingebrannt und sich niemals mit den natürlichen, gesunden Verarbeitungsressourcen verbinden können, die für Affektmodulation, Zeitordnung und Versprachlichung sorgen können.

Statt dessen ist um dieses Negativ-Material herum gleichsam ein Ring provisorischer Bewältigungstechniken entstanden, die häufig exzessiv praktiziert werden, weil sie immer nur kurzfristig helfen und wegen ihrer engen Verwandtschaft zum belastenden Material den negativen Bereich ständig vergrößern: Dissoziation, Selbstverletzung, Sucht, Essstörung.

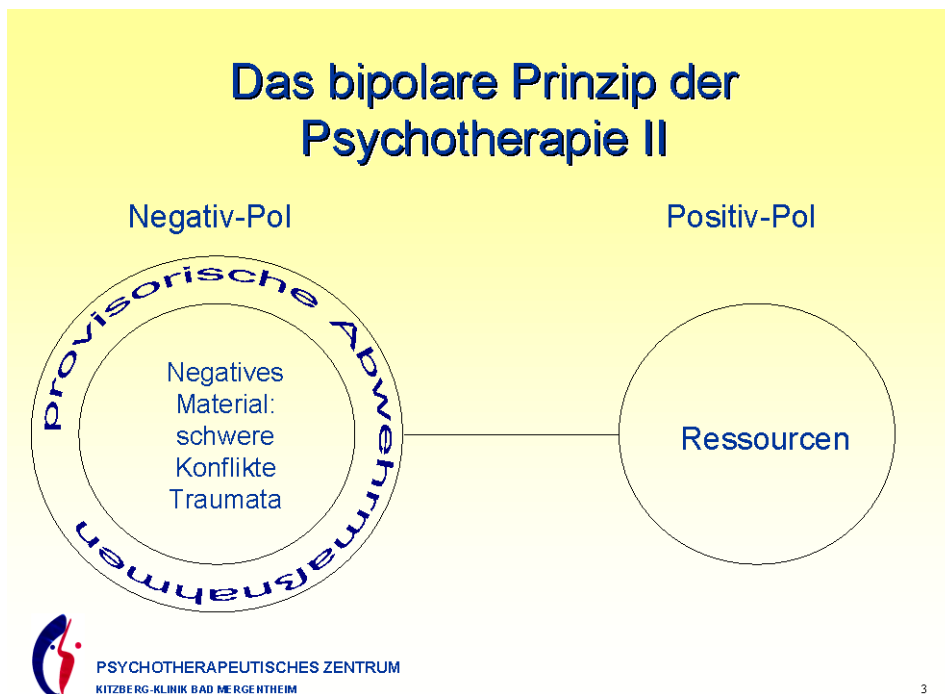


Abb. 3: Das bipolare Prinzip der Psychotherapie II

Diese lauten vordergründigen Symptome und Manöver haben reparativen Charakter, sie sollen das negative Material bewältigen helfen. Sie sind aber dessen direkte Abkömmlinge und sind deshalb niemals zur Heilung, also zur vollständigen Verarbeitung des negativen Materials geeignet.

Im positiven Pol finden wir die Ressourcen, die salutogenetischen, zur Selbstorganisation befähigten Persönlichkeitsanteile, kurz gesagt: die Inneren Helfer. Dass diese Inneren Helfer existieren, auch beim kränksten Patienten, ist offensichtlich, sie sind aber desorganisiert.

Auf der Suche danach, wie diese zur Heilung kompetenten Kräfte strukturiert sind und woher sie stammen, stoßen wir mit großer Klarheit auf folgenden Befund: Im Kern stehen wiederum Emotionen, allerdings von positiver Färbung, sie sind gut modelliert, sie sind verknüpft mit Wahrnehmungen in allen Sinnesqualitäten, also körperlicher Propriozeption und bildhaften Phantasien. Wird dieses positive Material aktiviert, also erlebt, so fällt auf, dass es ein klares Zeitgefühl gibt mit einem Vorher, Während und Nachher und einer Freude an der Versprachlichung, d. h. die Symbolisierungsfähigkeit

ist nicht beeinträchtigt. Zu diesem positiven Material zählen auch durchweg positive Selbstaspekte: Ich fühle mich sicher, wertvoll, ich habe ein Lebensrecht und eine Zukunft. Vielleicht kann man sagen, dass diese positiven Komplexe eine ästhetische, eine rhythmische, vielleicht auch eine poetische Natur haben. Wir werden später noch sehen, welche erstaunlich große Bedeutung das Wiederfinden innerer Rhythmen für die Heilungsprozesse hat.

Woher mag das Material in diesen beiden Polen stammen?

Hier kann uns die Bindungstheorie weiterhelfen.

Den negativen Pol bilden Erfahrungen unsicherer oder chaotischer Bindung, die Ressourcen können auf Erfahrungen sicherer Bindung zurückgeführt werden, in denen das Kind emotionale Berührung, Affektregulation, ein Gefühl von Kompetenz und Sinnhaftigkeit erlebte (Brisch und Hellbrügge 2003).

Die Repräsentanzen sicherer und unsicherer Bindung (Farma 2003)

unsichere Bindung	sichere Bindung
<ul style="list-style-type: none"> • schnelle Interaktion • heißes Gedächtnis • implizites Gedächtnis • Zeitwahrnehmung <p>schnelle angsterregende und bedrohliche Zukunft kollabierte Gegenwart verwirrte Vergangenheit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ruhige Interaktion • kühles Gedächtnis • eher explizites Gedächtnis • Zeitwahrnehmung <p>langsam gutes Gegenwartsgefühl hoffnungsvolle Zukunft kohärente Vergangenheit</p>



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

Abb. 4: Die Repräsentanzen sicherer und unsicherer Bindung (Farma 2003)

Das EMDR als konsequent bipolar aufgebaute Methode hat uns nun gelehrt, dass die Heilungsvorgänge auf der Interaktion des heilungs- und verarbeitungskompetenten Ressourcenpols mit dem negativen Material des Belastungspols beruhen. Das Stan-

Standardprotokoll der EMDR-Traumatherapie fokussiert zum einen die emotional am belastendsten empfundene Situation einschließlich der damit verbundenen negativen Kognition und zum anderen den positiven Pol durch Fokussierung auf die sogenannte positive Kognition. Was zu den oft erstaunlichen Heilungsprozessen führt, ist nicht etwa der Therapeut oder die Methode, sondern die Heilungskompetenz eines gut organisierten, präsenten und verfügbaren Ressourcenpols, also diese Konstellation:

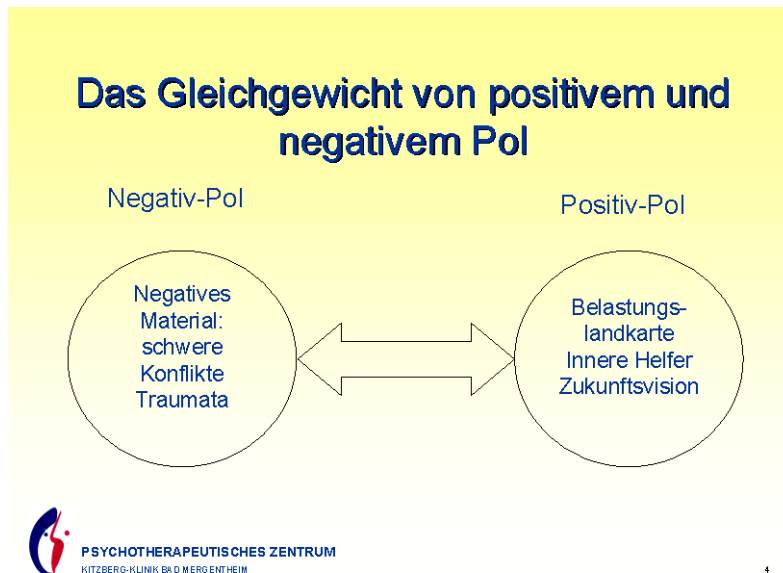


Abb. 5: Die Interaktion von negativem und positivem Pol

Im sogenannten Prozessieren scheinen die rhythmischen Stimulationen, Augenbewegung o. ä., den selbstorganisatorischen Heilungsprozess zu fördern, möglicherweise deshalb, weil dieser Heilungsprozess natürlicherweise als schwingende Oszillation zwischen Problem und Lösung geschieht. Beobachten sie an sich selbst, wie kreative Prozesse vor sich gehen: ein langsames oder schnelleres Pendeln zwischen Problem und Lösung, zwischen Bewusstem und Unbewusstem. Wenn diese Schwingung zum Stillstand kommt, erleben wir auch als Gesunde Stagnation, eine Blockade der Kreativität.

Der meist gemachte Fehler in der Psychotherapie dürfte der Versuch sein, am Problem zu arbeiten, bevor sich der Ressourcenpol ausreichend organisiert hat. Dies wäre folgende Konstellation:

Psychotherapie mit desorganisiertem Ressourcenpol

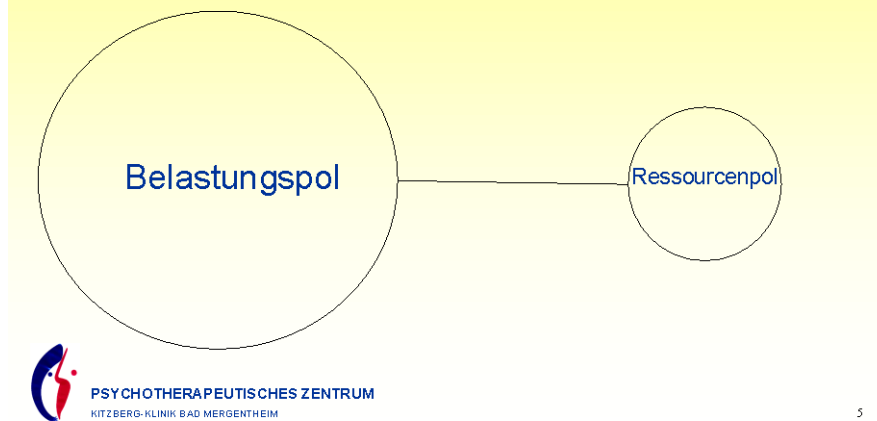


Abb. 6: Psychotherapie mit desorganisiertem Ressourcenpol

Diese Situation besteht in aller Regel zu Beginn der Therapie. Es ist evident, dass hier die Ressourcenorganisation notwendige Vorbedingung für jeden weiteren Heilungsschritt ist.

Diese Beobachtungen lassen sich so zusammenfassen:

1. Grundsatz:

Das psychische Heilungssystem ist ein biologisches System, welches Übergänge von dysfunktionalen zu funktionalen Ordnungsmustern selbstorganisatorisch erzeugt, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Therapie stellt diese her.



4

Abb. 7: 1. Grundsatz

2. Grundsatz

Das psychische Heilungssystem ist ein aktives System. Es versucht solche emotionalen Ordnungsmuster zu bevorzugen, die ein harmonisches spannungsfreies Ganzes, kurzum eine Persönlichkeit ergeben.



5

Abb. 8: 2. Grundsatz

Damit lässt sich die äußerst auffällige Zielsicherheit von Heilungsprozessen erklären. **Das Heilungssystem weiß, wo es hin will.** Wir können uns in der Therapie auf den Heilunginstinkt – den eigenen und den des Patienten – stets verlassen, wie ein Reiter auf sein Pferd. Es findet immer den Stall. Ich finde das sehr beruhigend.

2.2 Emotionalität, Körperlichkeit und Rhythmus

Welche Rolle spielen die Emotionen?

Neurobiologische Forschung hat dazu klar gestellt: Emotionen sind das zentrale und unverzichtbare Organisationsprinzip aller mentalen Vorgänge (Roth, 1996). Sie bewerten alles, was erlebt wird, sie steuern das Abspeichern des Erlebten im Gedächtnis und damit das Lernen. Menschen, deren Verbindung zum emotionalen Bewertungssystem unterbrochen ist, sei es anatomisch auf Grund von Hirnschäden oder funktionell auf Grund traumatischer Emotionsblockade, sind im betroffenen Bereich nicht lern- und entwicklungsfähig. Damit bestätigt sich die alte klinische Erfahrung des Psychotherapeuten: Es kommt nur das in Bewegung, was auch gefühlt wurde.

Warum nun sind Körperwahrnehmungen so bedeutsam?

Man muss kein Neurobiologe sein um sich Folgendes klarzumachen: Es genügt nicht, in den Zentren der emotionalen Intelligenz, also im limbischen System, eine Emotion zu haben und diese Emotion mit den zugehörigen Erinnerungsmustern, Sinneseindrücken und Gedanken zu verknüpfen. Heraus käme eine Art psychotischer Impressionismus. Wir würden, wie im Drogenrausch, irgendetwas fühlen und irgendetwas assoziieren, aber ohne, dass sich daraus eine Person, eine Persönlichkeit, kurz ein Selbst organisieren würde (Bauer 2002, Damasio 1997). Hierzu braucht es die Körperwahrnehmungen, also die nach Sherrington (1906) sogenannte Propriozeption.

Die Zentren emotionaler Intelligenz sind deshalb direkt verbunden mit den Wahrnehmungszentren für Körpergefühle im Hirnstamm und im Hypothalamus. Sie organisieren aus Emotion und Körpergefühl dasjenige, was uns die Gewissheit gibt: das bin ich. Der portugiesische Neurobiologe Antonio Damasio (2000) nennt es das Selbst, genau wie wir Psychotherapeuten.

Damit wird klar: **ob psychisches Material relevant ist, kann der Patient (und der Therapeut) am Kompass von Emotion und Körpergefühl ablesen.**

Welche Rolle spielt aber Rhythmus? Klinische Beobachtung zeigt, dass sich Veränderungen psychischer Muster in typischen Eigenrhythmen vollziehen. Der Therapeut beobachtet beispielsweise den Eigenrhythmus von Annäherung und Distanzierung an das emotionale Belastungsmaterial. Shapiro hat den Rhythmus ihrer spontanen Augenbewegungen bemerkt. Die Augenbewegungen der REM-Schlafphase, in denen Erlebnismaterial durchprozessiert wird, sind schon länger bekannt.

Die sehr verfeinerten Messmethoden der letzten Jahre haben nun zahlreiche weitere Rhythmusphänomene des Mentalen zu Tage gefördert.

Servan-Schreiber (2004) beschreibt die Herzschlagvariabilität. Die Herzfrequenz variiert in einem langsamen Grundrhythmus von etwa 5 pro Minute, ein überlagerter zweiter Puls, den man früher nicht messen konnte. Er ist synchron mit dem kohärenten Heilungsrhythmus des psychischen Apparates. Perlitz hat das gleiche Phänomen eines langsamen Heilungsrhythmus in den Durchblutungsschwankungen der Haut beim autogenen Training gemessen (Perlitz 2004).

Die Neurobiologie fand schließlich, dass sich jede funktionierende Kommunikation zwischen neuronalen Netzwerken als synchrone rhythmische bioelektrische Aktivität von etwa 40 Hz vollzieht (Singer 1995). In anderen Worten: die neuronalen Netzwerke tanzen miteinander, wenn sie miteinander reden wollen.

Wir kommen also zu einer dritten Arbeitshypothese:

3. Grundsatz

- Emotionen organisieren die psychischen Komplexe, sowohl das Belastungsmaterial wie das Heilungssystem
- Die körperliche Repräsentanz der Emotionen hat die stärkste organisierende Wirkung
- Der Heilungsprozess vollzieht sich in Rhythmen.



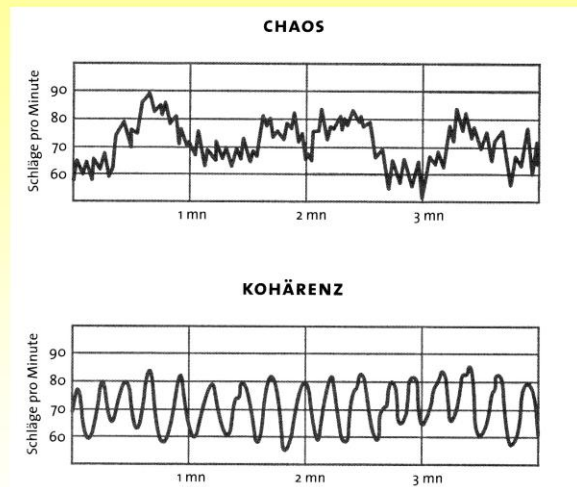
9

Abb. 9: 3. Grundsatz

Notwendig für Psychotherapie ist, wir werden vielfältig darauf zurückkommen, ein Kohärenzgefühl, in anderen Worten, ein **Heilungsinstinkt**, den wir entwickeln, fördern, trainieren und zu dem man auch den Mut haben muss. Man muss den Mut haben zu erkennen: in diesem Fall, in dieser Situation sagt mir mein Heilungsinstinkt, dass der Patient / die Patientin an jenem leidet und an jenem nicht, leicht oder schwer krank ist, dass Dieses hilfreich ist und Jenes nicht.

Zum Glück, und deshalb ist es an der Zeit, die Medizin vom Kopf auf die Füße zu stellen, können wir mittlerweile objektivieren und sogar apparativ sichtbar machen, worauf der Heilungsinstinkt beruht. Servan-Schreiber hat wie erwähnt die neueren Studien über die Herzfrequenzvariabilität zusammengefasst. Der Herzschlag weist in engster Verbundenheit mit dem vegetativen Nervensystem und in engster Verbundenheit mit den emotionalen Zentren im Stammhirn zwei Zustände auf: Den heilungsförderlichen **kohärenten Zustand** und den **chaotischen Zustand**, in dem die Heilungsvorgänge stagnieren. Welcher dieser Zustände aktiv ist, hängt von den Emotionen ab. Sie steuern den Selbstheilungsprozess.

Chaos und Kohärenz



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

10

Abb. 10: Chaos und Kohärenz

Servan-Schreiber hat hierzu folgende Übung entwickelt. (Servan-Schreiber 2004, Seite 71):

Stellen Sie sich vor, Sie atmen durch das Herz oder durch die zentrale Brustregion. Stellen Sie sich, während Sie langsam und tief weiter atmen, jedes Einatmen und Ausatmen durch diesen so wichtigen Körperbereich bildlich, wenn nicht gar sinnlich, vor. Malen Sie sich aus, wie das Einatmen den für diesen Bereich so notwendigen Sauerstoff liefert, während das Ausatmen alle überflüssigen Abfallstoffe wegbläst. Verfolgen Sie ganz bewusst die langsamen fließenden Bewegungen des Einatmens und Ausatmens mit denen das Herz sich in diesem Bad frischer reinigender und beruhigender Luft wäscht. Wie es dieses Geschenk, das Sie ihm mit dem Atem machen, nutzt. Stellen Sie sich das Herz als kleines Kind in einer Badewanne mit warmem Wasser vor, in dem es hin und her paddelt und voller Vergnügen herum plantscht, ohne jegliche Zwänge oder Verpflichtungen. Wie ein Kind, dem man beim Spielen zusieht, man erwartet nichts weiter von ihm als dass es es selbst ist, in seinem natürlichen Element und man schaut einfach zu, wie


es sich auf seine Weise beschäftigt, während man ihm weiterhin milde, sanfte Luft zufächelt.

Servan-Schreiber sagt zu seinen Erfahrungen: „Während dieser Übung bemerkt man oft, wie langsam ein Lächeln aufkommt, als wäre es an der Brust entstanden und auf dem Gesicht erblüht. Es ist dies ganz einfach ein Zeichen von Kohärenz“.

Das Wahrnehmen dieser Vorgänge bildet die Grundlage des Heilungsinstinktes. Wir können als Therapeuten entstehende und abfließende emotionale Belastung über unsere eigenen Reaktionen wahrnehmen. Hier bekommt das Gegenübertragungskonzept eine völlig neue Aktualität.

Wir können zusammenfassen:

**Der Psychische Heilungsprozess
ist ein selbstorganisatorischer
Vorgang von bipolarer,
rhythmischer Natur zwischen
Heilungssystem und
Belastungsmaterial der von
Emotionen gesteuert wird.**

 PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

10

Abb. 11: Zusammenfassung

Nun scheint es mir an der Zeit, darüber zu sprechen, **wie** Psychotherapie das selbstorganisatorisch arbeitende Heilungssystem aktiviert und unterstützt.

3. Das 4-Phasen-Modell der stationären Psychotherapie.

Jeder Heilungsprozess benötigt zunächst einen therapeutischen Rahmen. 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.

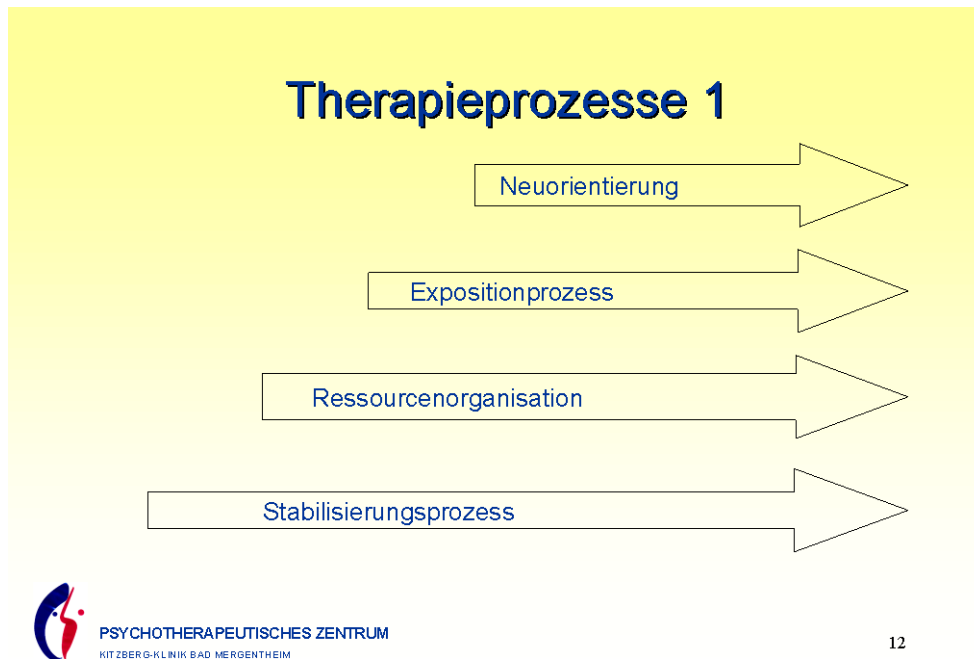


Abb. 12: Therapieprozesse 1

Dieser allgemeine Therapierahmen hat sich mittlerweile als Grundstruktur stationärer Psychotherapie sehr bewährt, er leitet sich aus den selbstorganisatorischen Grundprinzipien der Psychotherapie ab.

Die Patientinnen zeigen uns, was das psychische Selbstheilungssystem braucht, wir lernen davon, organisieren uns um und geben dem, was möglich ist, einen förderlichen Rahmen. Daraus sind Schritt für Schritt Neukonzeptionen der einzelnen Behandlungsphasen entstanden:

Therapieprozesse 2

1. Stabilisierung als aktive Selbst-Stabilisierung:
 - Beendigung der Selbsttraumatisierung
 - kontrollierter Umgang mit dem emotionalen Belastungsmaterial
2. Ressourcenorganisation:
 - Kontakt mit unspezifischen Universal-Ressourcen
 - dynamische Ressourcenorganisation
3. Exposition:
 - systematisches Durchprozessieren des emotionalen Belastungsmaterials mit bipolarer EMDR-Technik
4. Neuorientierung:
 - Wagen was Sinn macht.

Abb. 13: Therapieprozesse 2

Die einzelnen Phasen dieses Therapierahmens bedürfen spezieller Unterstützungsprotokolle, die, erlauben Sie mir den technischen Begriff, die Selbstheilungsprozesse wie Katalysatoren intensivieren. Sie bilden den entwicklungsförderlichen Rahmen für das Selbstheilungspotential der Patientinnen, etwa nach diesem Schema:

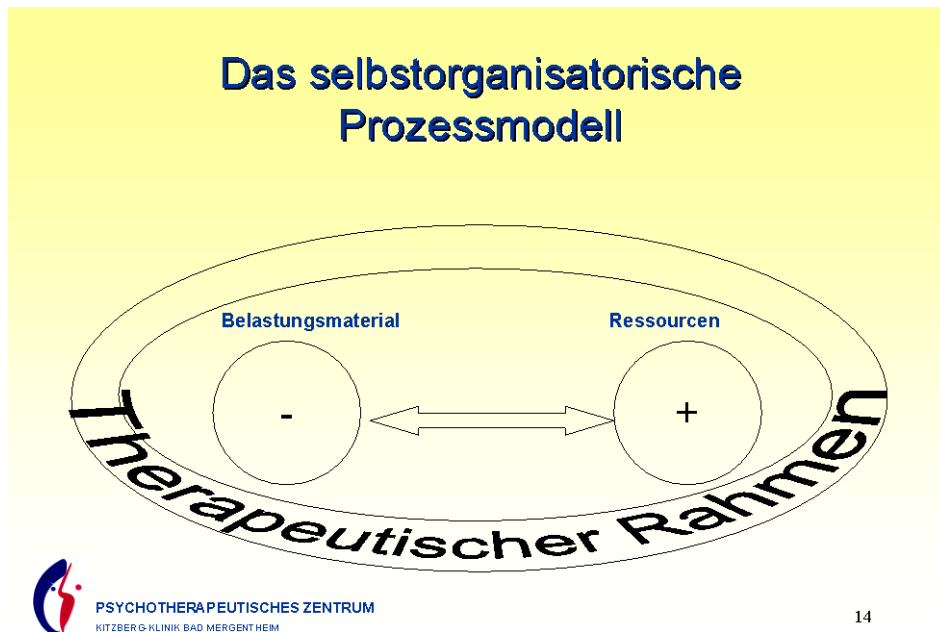


Abb. 14: das selbstorganisatorische Prozessmodell

Auf dem Gebiet der Behandlungsmethodik ist eine sehr lebhaft entwickelte Entwicklung im Gang, die bei weitem noch nicht abgeschlossen ist. Ich kann Ihnen nun zeigen, welche Unterstützungsprotokolle wir derzeit speziell in der Essstörungstherapie verwenden, und welche Behandlungsergebnisse die Patientinnen mit deren Hilfe erreichen.

Beginnen wir also mit der Stabilisierungsphase.

3.1. Die aktive Selbststabilisierung.

Machen wir uns nochmal das Grundprinzip klar.

Es sind blockierte emotionale Energien, deren Summe das **Belastungsmaterial** bildet. Im EMDR spricht man vom Traumanetzwerk, gewoben aus einzelnen Belastungsknoten. Der Begriff Belastungsmaterial ist praktikabel, Belastung beschreibt die gefühlte emotionale Blockade, der Ausdruck ist deshalb auch Patienten sofort plausibel und er ist kompatibel mit den Ergebnissen der Hirnforschung.

Diesem Belastungsmaterial steht etwas Positives gegenüber, es wird meist als Ressource bezeichnet, ein zungenbrecherischer, nicht selbsterklärender Begriff. Ich neige dazu, konsequent vom **Heilungssystem** zu sprechen. Es hat ebenfalls Netzwerkstruktur.

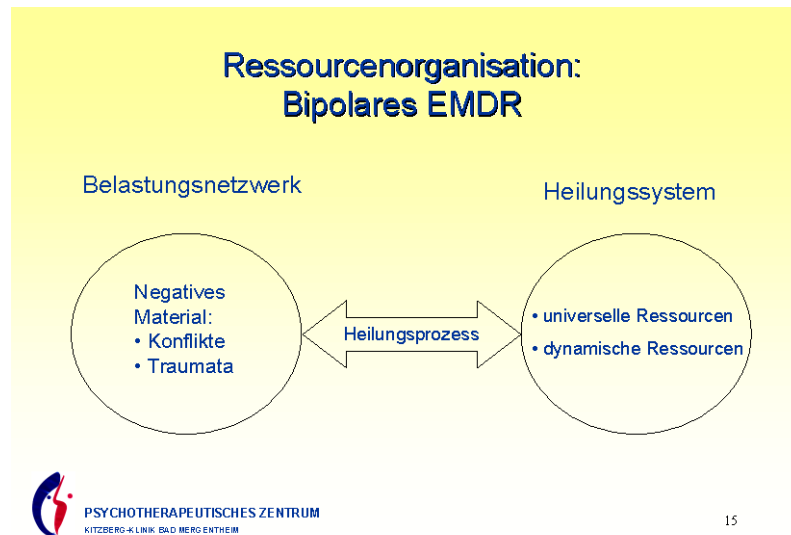


Abb. 15: bipolares EMDR

Zwischen beidem, dem Belastungsmaterial und dem Heilungssystem wird, das ist unser Ziel, der **Heilungsprozess** ablaufen. Dazu wird es nur dann kommen, wenn das Heilungssystem gut organisiert und ausreichend stark ist. Das desorganisierte und chronisch geschwächte Heilungssystem des Patienten hat aber nicht die Energie, den Heilungsprozess zu aktivieren. In der Sprache der Selbstorganisation würden wir sagen: die Patientinnen investieren ihre Energie zum wesentlichen Teil bislang in ein krankhaftes, dysfunktionales Muster. Gleichzeitig entstehen zwar permanent Bestrebungen positiver Art, d. h. Ressourcen sind kurzfristig präsent, sie führen aber nicht zur Umorganisation, zum Phasenübergang. Deshalb muss die eigene vorhandene Energie konzentriert werden. Die wirksamsten Schwächungsfaktoren müssen identifiziert und ausgeschaltet werden, das Heilungssystem muss reorganisiert werden. Dies ist Gegenstand der anfänglichen Stabilisierungsphase.

Mit welcher Vision tun wir das?

Man könnte zum Einen versuchen, eigene Energie aufzuwenden, um – wie ein Motor? – die Patienten zu irgendetwas und irgendwohin zu bewegen. Dieses Modell ist das Ge-läufige. Die Patienten wissen nichts von ihren Ressourcen. Sie beginnen die Stabilisie-rungsphase der Therapie mit der Erwartung, passiv stabilisiert zu werden. Der Thera-peut soll etwas tun, damit der Patient sich beispielsweise nicht mehr selbstverletzt. Wenn der Therapeut das könnte, so wäre nichts dagegen einzuwenden. Die Erfahrung lehrt jedoch, wie schwach die Kräfte des Therapeuten sind verglichen mit der Kraft des Patienten, sein Symptom zu verteidigen. Also, und darüber will ich sprechen: wir zeigen den Patienten, wie sie Verbindung bekommen zu ihren eigenen, bereitliegenden Stabili-sierungsressourcen. Dies ist **aktive Selbststabilisierung**, ein Begriff den ich hier ein-führen möchte, weil wir ihn brauchen.

3.2. Beenden der Selbsttraumatisierung

Der Einstieg in die aktive Selbststabilisierung erfordert eine begriffliche Unterscheidung. Das emotionale Belastungsmaterial im Kern der Erkrankung hat Kompensationsmecha-nismen auf den Plan gerufen: **primäre Krankheitsphänomene** und **sekundäre Krankheitsphänomene**, zwei Begriffe, die ich ebenfalls hier einführe, weil ich sie für notwen-dig halte.



Abb. 16: das bipolare Prinzip der Psychotherapie

Die primären Sofortreaktionen sind sehr basale Strategien, die das Überleben des Individuums bei unerträglicher emotionaler Belastung sichern sollen: Dissoziation des Erlebten, Fragmentierung der Eindrücke, Dekontextualisierung des Erlebten, also blockierte Verknüpfung mit vorhandenen Erfahrungen, Blockierung der Symbolisierungs- und Versprachlichungsfunktionen. All dies sind Elemente der traumatischen Reaktion. Der psychische Verarbeitungsapparat hat keine anderen Möglichkeiten als das überstarke, nicht verarbeitbare Material gleichsam in einen extraterritorialen Raum auszukapseln. Trotz aller negativer Folgen, die dieser Mechanismus hat, ist es doch eine aktive Selbstschutzstrategie des Organismus, über den es allerdings keine bewusste Kontrolle gibt.

Ganz anders die sekundären Reaktionen. Sie sind der fortwährende Versuch der gesunden Persönlichkeit, Kontrolle über das emotionale Belastungsmaterial zu bekommen. Die dabei entwickelten Fähigkeiten sind stets Mischwesen, eine Art Zwitter aus Trauma und Ressource. Beispielsweise ist die Fähigkeit anorektischer Patientinnen, das eigene Gewicht zu kontrollieren, hochentwickelt und die Fähigkeit ist zugleich eine Form der Selbsttraumatisierung, die zur Zerstörung der eigenen Weiblichkeit und der eigenen Entwicklung führt.

Sekundärphänomene unterliegen einer starken bewussten Kontrolle, sie werden aktiviert und deaktiviert abhängig von den situativen Begebenheiten und den aktuellen Zielen der Person. Trotz ihrer Zwitternatur zwischen Ressource und Trauma sind sie eine Form der Kreativität. Sie sind Schöpfungen des gesunden Teils der Person, Lösungsversuche, die allerdings nicht lösen, sondern selbst zum Problem geworden sind.

Für die Sekundärphänomene können wir Kontrollfähigkeit voraussetzen, für die Primärphänomene nicht. Ein Beispiel:

Die 30jährige Frau M. kommt mit der Diagnose einer dissoziativen Identitätstörung. Sie ist deshalb berentet. Sie leidet an einer umfangreichen Symptomatik von Dis-

soziation, selbstverletzendem Verhalten, schwersten Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus. Sie hält sich nächtelang hintereinander wach und ist infolge dessen am Tage in einem rauschartigen, fast halluzinatorischen Zustand. Sie übt mit Hilfe dieser Symptomatik starke Kontrolle und Macht auf Mitpatientinnen aus, versucht deren Verhalten zu steuern, gibt umfangreiche Anweisungen heraus, wie mit ihr umgegangen werden müsse und wie nicht. Die zielgerichtete Nutzung der Symptomatik bestätigt die Annahme, dass hierüber eine Kontrollfähigkeit besteht, also sowohl über dissoziatives Umschalten zwischen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen wie über selbstverletzendes Verhalten und auch über die Regulation des Schlafverhaltens.

Nach einer 3wöchigen Stabilisierungsphase hat sie die gesamte Symptomatik unter Kontrolle, mit viel Anstrengung, aber erfolgreich. Sie sagt, es sei in keiner Behandlung vorher von ihr erwartet worden, dass sie diese Dinge unter Kontrolle bekommt, sie hätte es auch nicht für möglich gehalten, fühle sich aber so stabil, wie seit sehr langer Zeit nicht mehr. Die Anstrengung habe sich gelohnt.

In einer Visite ist mit dieser Patientin, die über ein Ensemble von mehreren Dutzend Innenpersönlichkeiten verfügt, ein vollkommen geordneter Dialog über die weitere Behandlungsplanung möglich. Geordnet heißt, sie ist kognitiv und emotional präsent, zu keinem Moment überfordert oder dissoziiert.

Sie fragt in dieser Visite, ob sie bei aller Skepsis gegenüber Medikamenten etwas zum Schlafen bekommen könne. Nun beginnt in der Visite ein kurzer Dialog zwischen mir und dem anwesenden Oberarzt, welches Medikament geeignet sei. Im selben Moment fällt mir auf, dass die Patientin verwirrt scheint, sie schlägt vor, die Diskussion abubrechen und im Einzelgespräch mit dem Therapeuten fortzuführen. Wahrscheinlich, so klärt sich später, haben hier zwei Männer darüber gesprochen, was sie mit ihr machen werden. Dies ist Bestandteil ihres Traumaschemas. Sie geriet hier in den Grenzbereich der Belastbarkeit und wäre bei weiter ansteigender emotionaler Belastung etwa durch Weiterführung des Dialogs zwischen mir

und dem Oberarzt in den Bereich der primären Krankheitsphänomene geraten, die sie nicht mehr unter Kontrolle gehabt hätte. Sie hat aber ihre mittlerweile vorhandenen Stabilisierungsfähigkeiten unmittelbar eingesetzt, indem sie die belastende Situation benannt und beendet hat. Sie hat sich damit aktiv für Stabilisierung und gegen Symptomatik entschieden. Selbstverständlich sind wir ihrem Vorschlag ohne Diskussion und Zögern gefolgt.

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

Es ist gut hier erneut kurz inne zu halten: Warum ist es so wichtig, dass die Patientinnen die Selbsttraumatisierung beenden?

Jedes dieser Negativ-Muster, wie Dissoziation, Selbstverletzung, Anorexie, bulimisches Verhalten, Zwangsrituale, Sucht, vergrößert jenen Persönlichkeitsbereich, der unter dem Einfluss des Traumaschemas steht. Stellen Sie sich ein Boot vor, Leck geschlagen und halbvoll Wasser, Sie kommen als Lotse an Bord (- die Therapie beginnt -) und der Steuermann ist damit beschäftigt, Wasser **in** das Boot zu schöpfen. Dieser Steuermann muss als Erstes damit aufhören, Wasser **ins** Schiff zu schöpfen. Die aktive Selbststabilisierung beginnt deshalb mit einer Entscheidung für oder gegen Stabilisierung, die wir nachdrücklich fordern müssen.

3. 4 Stabilisierung bei selbstverletzendem Verhalten

Lassen Sie uns nun den Prozess der aktiven Selbststabilisierung zunächst am Beispiel des selbstverletzenden Verhaltens verdeutlichen.

Selbstverletzendes Verhalten wird allgemein als etwas nicht Kontrollierbares angesehen, es wird also den primären Krankheitsphänomenen zugeordnet. Dem widerspre-

chen allerdings zahlreiche klinische Beobachtungen, die eher wenig Beachtung finden. Psychotherapiepatienten kontrollieren beispielsweise immer den Ort, an dem sie ihre Selbstverletzungen praktizieren. Niemals geschieht dies in der Therapiestunde. In der Therapiestunde entsteht vielleicht der Gedanke, nach der Therapiestunde entsteht erst der Plan, danach die Entscheidung, später die Umsetzung am hierfür bevorzugten Ort. Bei primären Krankheitsphänomenen, wie einem Asthma- oder Migräneanfall beispielsweise, wäre dies nicht möglich. Selbstverletzendes Verhalten ist auch stets eingebettet in eine Beziehungs- und Gruppendynamik, es gibt Selbstverletzungsepidemien innerhalb und außerhalb von Kliniken.

All dies spricht dafür, dass es sich bei selbstverletzendem Verhalten um ein sekundäres, somit auch kontrollierbares Krankheitsphänomen handelt. Die Notwendigkeit, diese Fähigkeit auch zu nutzen, ergibt sich aus der offensichtlichen selbsttraumatisierenden Wirkung selbstverletzenden Verhaltens. Dem Körper wird Gewalt angetan. Die Auswirkungen auf die Stabilität der Patientinnen sind fatal. Gerade keimende Stabilität oder beginnende Entwicklung wird durch jede neue Selbsttraumatisierung dieser Art gestoppt.

Wie lässt sich nun die vorhandene Fähigkeit zur Kontrolle dieses Negativ-Musters im Sinne der aktiven Selbststabilisierung nutzen? Wir verwenden ein einfaches Selbststabilisierungsprotokoll. Die Patientinnen legen sich darauf fest, die Verantwortung für ihr selbstverletzendes Verhalten zu übernehmen, es zu unterlassen oder die stationäre Psychotherapie so lange zu unterbrechen, bis sie diese Fähigkeit erworben haben.

Therapievertrag bei selbstverletzendem Verhalten:

§ 1 Mit dieser Vereinbarung lege ich mich darauf fest zu klären, ob mir ein gewaltfreier Umgang mit mir selbst und damit eine Fortsetzung der Therapie möglich ist.

§ 2 Sollte es nach Abschluss dieses Vertrages zu Selbstverletzungen kommen, so gilt Folgendes:

Nach der ersten Selbstverletzung halte ich eine 4wöchige Ruhephase ohne Selbstverletzung ein, nach der zweiten Selbstverletzung eine 6wöchige Ruhephase. Danach entscheide ich mich für ein endgültiges selbstverletzungsfreies Leben oder beende die Therapie.

§ 3 Sollte es innerhalb dieser Ruhephasen zu einer erneuten Selbstverletzung kommen, so habe ich mich gegen Heilung entschieden, der Aufenthalt wird beendet.

Ich habe dann die Möglichkeit, nach einer dreimonatigen, selbstverletzungsfreien Zeit in die Klinik zurückzukehren.



17

Abb. 17: Therapievertrag bei selbstverletzendem Verhalten

Wir haben in den letzten 6 Monaten 151 stationäre Psychotherapien abgeschlossen, 30 Patientinnen davon (entsprechend 20 %) hatten vor Aufnahme selbstverletzendes Verhalten in allen Schweregraden praktiziert. Alle haben nach der stationären Aufnahme die Notwendigkeit einer aktiven Selbststabilisierung akzeptiert. Zum Therapieabbruch wegen fortgesetztem selbstverletzendem Verhalten kam es in keinem Fall, 100 % der Patientinnen waren zur aktiven Selbststabilisierung im Stande. Zu den seltenen Rückfällen kam es weniger wegen fehlender Kontrollfähigkeit als wegen fehlender Motivation, sie zu nutzen. Die Klinik ist in Folge dessen praktisch selbstverletzungsfrei. Die häufig vertretene Lehrmeinung, Selbstverletzen sei unverzichtbar, ist auch aus der Sicht der Patientinnen falsch. Sie sind vielmehr sehr stolz auf sich und ihre Fähigkeiten.

Nun zur Stabilisierungsphase der Magersucht.

3.5. Stabilisierungsphase der Magersucht

An der magersüchtigen Lebensform fällt als Haupteigenschaft die strikte Kontrolle über jedes fremde Eindringen in die eigene Person auf, wahrscheinlich als Abwehr gegen erfahrene traumatische Eingriffe in die Integrität der eigenen, weiblichen Persönlichkeit. Die Magersucht ist als Notlösung eine krankhafte Form der Selbstorganisation, sie ist Hilfspersönlichkeit und sie ist doch auch eine Form der Selbsttraumatisierung: Die eigene Entwicklung wird mit Gewalt zum Stillstand gebracht. Wir dürfen die Patientinnen deshalb nicht nur als die Opfer sehen, die sie waren oder bis heute sind, sie bleiben in der Magersucht im Traumaschema, sie kontrollieren, beherrschen, brechen mit Gewalt in die Integrität ihres eigenen Körpers ein.

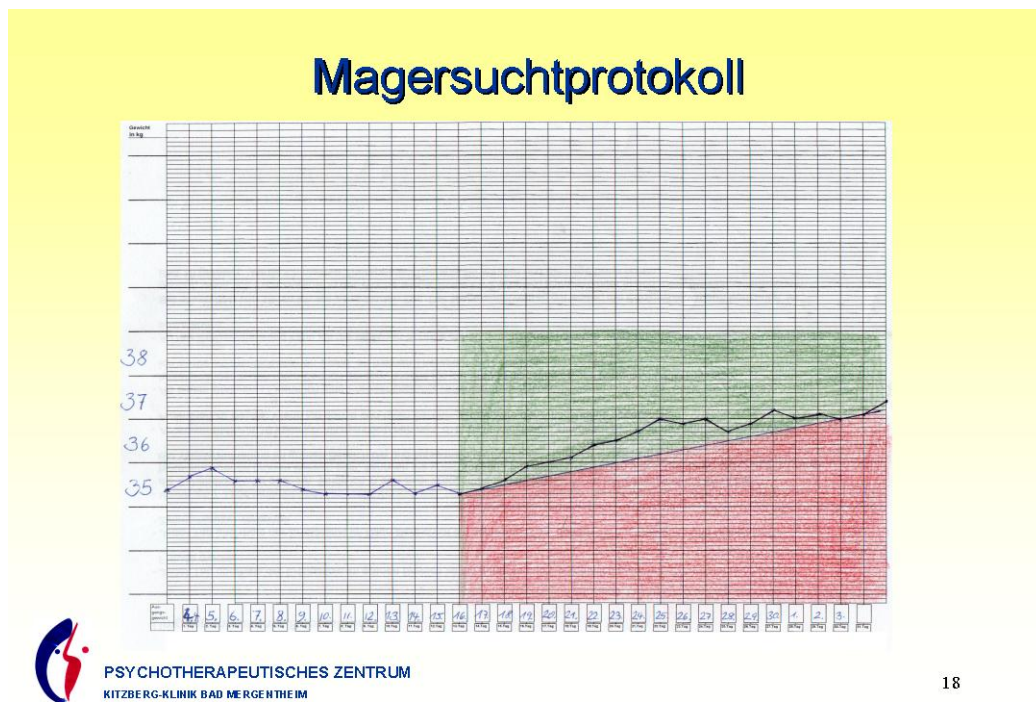
Die Stabilisierungsphase des psychotherapeutischen Prozesses beginnt immer mit einer Entscheidung: Sind die Patientinnen bereit, Verantwortung für ihre Selbsttraumatisierung zu übernehmen und ihre vorhandenen Fähigkeiten zu deren Begrenzung zu nutzen, um sich selbst in der Gegenwart einen stabilen entwicklungsförderlichen Raum zu schaffen, von dem aus traumatisches Material durchgearbeitet werden kann.

Was wissen wir nun über die Stabilisierungskompetenz der Magersucht-Patientinnen und wo endet diese? Wie geben wir dieser Kompetenz einen fördernden Rahmen?

Gehen wir zunächst von den klinischen Beobachtungen aus.

Magersüchtige Patientinnen steuern ihr Gewicht sehr exakt, je nach ihren Zielen. Dies gehört zum Wesen der Magersucht. Die Steuerungsfähigkeit wird allerdings mit fortschreitender Abmagerung schwächer und kollabiert nach klinischer Erfahrung etwa unterhalb eines BMI von 11,5. Das wären bei einer Patientin von 1,65 m Größe etwa 31 kg. Hierfür dürften nicht nur hirnorganische Beeinträchtigungen sondern auch beginnende Sterbeprozesse mit Dissoziation von allen Körperwahrnehmungen und euphorischer Vergeistigung verantwortlich sein.

Sobald eine Patientin sich aber aktiv entschieden hat, ihre Steuerungsfähigkeit für die Therapie zu nutzen, entstehen Stabilisierungsverläufe wie dieser:



18

Abb. 18: Magersuchtprotokoll

Die 16jährige Patientin war 1 Jahr fast durchgehend in einer kinderpsychiatrischen Klinik gewesen, wo sie ihr Gewicht bei Entlassung auf 100 gr genau auf der Höhe des Aufnahmegewichtes gehalten hatte. Nach der Verlegung hat sie 2 Wochen nachgedacht, ob sie die Stabilisierungsphase beginnen will und hat sich dafür entschieden. Sie sagte zu ihrem Therapeuten: „Es ist genug. Es reicht jetzt mit Magersucht.“

Mich berühren solche Entscheidungen für das Leben jedesmal sehr.

Weiterhin steuert sie ihr Gewicht aber so exakt, wie das kein Gesunder könnte.

Am Beginn der Stabilisierungsphase hat sie errechnet, an welchem Tag sie ihr Zielgewicht von BMI 18 erreicht haben würde. Sie kam auf den 27.08.2004. Praktisch genau an diesem Tag hat sie ihr Ziel erreicht. Wir machen diese Beobach-

tung häufig, Anorexiepatientinnen halten sich an der Stabilisierungslinie gleichsam fest. Sie brauchen sie.

Die Fähigkeit zur Gewichtskontrolle haben die Patientinnen im Magersuchtverlauf erworben, sie haben sie trainiert. Wer diese Fähigkeit zum Gegner hat, weiß von deren Kraft zu berichten. Es ist nicht möglich, den Willen der Patientinnen zu brechen und es gibt auch keinen Grund, es zu versuchen. Anders ausgedrückt: Magersüchtige erlauben nur einem einzigen Menschen auf der Welt, ihr Gewicht zu kontrollieren: sich selbst.

Das Stabilisierungsprotokoll, welches die aktive Selbststabilisierung der Magersucht ermöglicht, besteht aus einem knappen Regelsystem, welches von den Patientinnen nur eines verlangt, sich für oder gegen Selbsttraumatisierung zu entscheiden.



Stabilisierungsprotokoll

Umgang mit meiner Erfolgslinie

- Jeder Tag oberhalb der Erfolgslinie im grünen Bereich ist ein guter Tag. Ich werde mich dafür mit etwas belohnen, was mir Freude macht.
- Jeder Tag unterhalb der Erfolgslinie im roten Bereich ist ein schlechter Tag, den ich bis auf Therapien und Mahlzeiten in Zimmerklausur verbringe.
- Wenn ich 7 Tage hintereinander im roten Bereich war, habe ich mich entschieden, bis auf weiteres magersüchtig zu bleiben, die Behandlung wird beendet.
- Bei einem BMI von 18 bin ich am vereinbarten Ziel.

 PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

22

Abb. 19: Stabilisierungsprotokoll

Äußerer Druck oder Kontrolle von Seiten der Klinik findet nicht statt, ebensowenig Gegendruck von Seiten der Patientinnen in Gestalt unendlicher Debatten oder kunstvoller Tricks.

Es bewährt sich nicht, die Regeln dieses Rahmens den eigenen emotionalen Bedürfnissen folgend, situationsweise außer Kraft zu setzen. Die Entscheidung einer Patientin auch gegen Therapie zum gegebenen Zeitpunkt muss respektiert werden.

Eine kleine klinische Beobachtung an Rande:

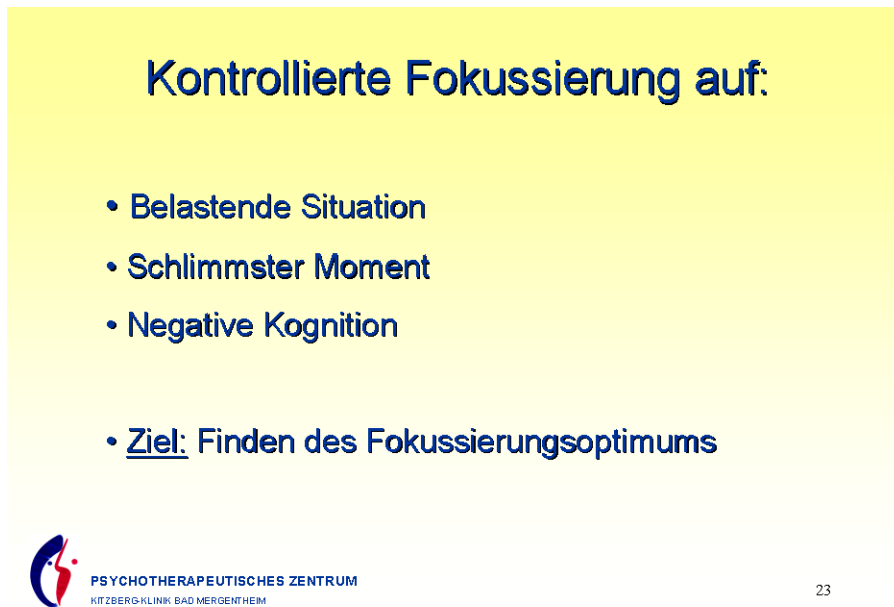
Vor einiger Zeit fiel mir auf, dass ich die magersüchtigen Patientinnen, wenn ich Ihnen in der Klinik begegne, auf eine andere Weise grüße, als früher. **Mein Blick kontrolliert nicht mehr, was sie wiegen.** Erst in diesem Moment wurde mir bewusst, dass ich früher jede Magersüchtige mit einer Mischung aus Besorgnis und Ärger darauf kontrolliert hatte, ob sie zunimmt oder nicht. Dies dürfte eins der in den Familien nicht nur subtil, sondern impertinent praktizierten Kontrollmuster sein, wogegen sich die Patientinnen dann wiederum mit Magersucht wehren. Anders ausgedrückt: solange wir gezwungen sind, die Magersüchtigen mit Blicken oder mit anderen Methoden zu kontrollieren, erzeugen wir die Magersucht. In unserer Klinik herrscht mittlerweile eine stoische Gelassenheit: wir wissen, dass die Patientinnen sich um alles Nötige kümmern, wir wissen, dass sie zunehmen, Magersucht ist mittlerweile die am leichtesten behandelbare Störung geworden. Wir hatten das nicht erwartet.

3.6 Kontrollierte Annäherung an das emotionale Belastungsmaterial

Die kontrollierte Annäherung an das emotionale Belastungsmaterial ist das zweite selbstorganisatorische Element der Stabilisierungsphase. Es kommt zu einer typischen Richtungsumkehr. Die Patientinnen beginnen, die emotionale Belastung aktiv aufzusuchen, nicht mit dem Ziel sich zu quälen, sondern mit dem Ziel, ein Gefühl für das zu bekommen, was geheilt werden muss. Es ist vielleicht so, wie ein Spürhund die Witterung des Täters aufnimmt, aktiv suchend.


Das emotionale Belastungslimit dabei zu beachten ist von größter Bedeutung. Fast alle Patienten versuchen, über ihre Belastungsgrenze gehen und traumatisieren sich im Glauben, der Weg zur Heilung führe durch die Hölle. Dies ist nicht der Fall.

Was wir brauchen, ist kontrollierte Fokussierung.



Kontrollierte Fokussierung auf:

- Belastende Situation
- Schlimmster Moment
- Negative Kognition
- Ziel: Finden des Fokussierungsoptimums

 PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

23

Abb. 20: kontrollierte Fokussierung

Sehr bewährt ist hier die Technik des bipolaren EMDR. Die Annäherung an das Belastungsmaterial geschieht über die Fokussierung auf Situationen, in denen emotionale Belastung fühlbar wird, verstärkt durch die Fokussierung auf den schlimmsten Moment und die zugehörige negative Kognition. Ziel ist nicht die maximale, sondern die optimale Annäherung. Die Belastungsgrenze ist dabei definiert als jener Punkt, an dem die Belastung den Heilungsprozess nicht mehr anregt, sondern blockiert, also der Punkt an dem eine Retraumatisierung eintreten würde. Die Patienten lernen innerhalb kürzester Zeit, diese Belastungsgrenze zu erkennen und zu respektieren. Dies hat außerordentlich entlastende Wirkung. Die Patientinnen wissen: zu keinem Zeitpunkt der Therapie wird es zur Retraumatisierung kommen.

Hier wird ein weiteres Prinzip der Selbstorganisation deutlich:

Grundsatz

In der Annäherung an das emotionale Belastungsmaterial gibt es den Bereich der optimalen Fokussierung, an dem die Ressourcen aktiviert werden und der Heilungsprozess spontan beginnt.



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

24

Abb. 21: optimale Focussierung

Im bipolaren EMDR werden nach Erreichen dieses Fokussierungsoptimums entweder die **unspezifischen** oder die **spezifischen** Ressourcen aktiviert und mit Verankerungstechniken unterstützt.

Hiermit können wir uns jetzt näher beschäftigen.

3.7. Dynamische Ressourcenorganisation

Im Prozess der Ressourcenorganisation müssen wir uns zunächst von der Vorstellung verabschieden, wir selbst seien die Ressource, wir seien das heilsame Prinzip. Wir sind es nicht. Wir stellen aber günstige Bedingungen her für das Wirksam-Werden der vorhandenen Ressourcen. Hierzu ist in der klinischen Psychotherapie zunächst ein großes Repertoire unspezifischer Ressourcen entstanden. Bewährt sind imaginative Verfahren wie z. B. die Arbeit mit dem sicheren Ort, den inneren Helfern, die Arbeit mit den bekannten Distanzierungsmethoden wie Bildschirmtechnik und Ähnliches. Shapiro hat die Lichtstromtechnik beschrieben, alle Patienten lieben diese Übung. Äußerst wirksam ist

das von Shapiro in das EMDR eingeführte Finden des individuellen heilungsförderlichen Rhythmus', sei es mit Augenbewegungen oder auf anderem Wege, beispielsweise mit dem Neurotec-Gerät, was ich persönlich bevorzuge.

In der Arbeit mit diesen universellen Ressourcen werden die Patienten, die Therapeuten ebenso, zunehmend kreativer, die Ressourcen werden individueller, problemspezifischer und dabei erheblich wirksamer. Dies ist methodisch der Übergang von den universellen zu den **dynamischen Ressourcen**. Die Grundlagen und Praxis der dynamischen Ressourcenorganisation möchte ich Ihnen nun kurz darstellen.

Dynamische Ressourcenorganisation bedeutet, jene Kraftquellen aufzugreifen und zu unterstützen, die spontan vom psychischen Selbstheilungssystem in Kontakt mit dem emotionalen Belastungsmaterial erzeugt werden. Man kann dies insbesondere bei der Arbeit mit bipolarem EMDR sehr gut beobachten und nutzen, aber auch in jeder anderen Therapieform, da es sich um natürliche Phänomene handelt.

Die „positive Kognition“ des Standardprotokolls durch Shapiro war die Erstbeschreibung einer dynamischen Ressource.

Bipolares EMDR (Plassmann 2004) ist eine Weiterentwicklung des bekannten EMDR-Standardprotokolls (Shapiro 1998).

Im Arbeiten mit dynamischen, also spontan auftauchenden Ressourcen, ist der Kreativität des Therapeuten und der Patientinnen keine Grenze gesetzt. Alles was stärker macht, ist gut.

Die Spontanressourcen tauchen meist zuerst in der Dimension der Körperrepräsentanzen auf, also als Körperhaltung, veränderte Atmung, veränderte Mimik. Dies wird unterstützt durch Fokussierung auf die Körperwahrnehmungen, auf damit assoziierte Situationen mit intensivem Ressourcenkontakt und die dazugehörige positive Kognition.

Dynamische Ressourcenorganisation

- **Kontrollierte Fokussierung auf emotionales Belastungsmaterial bis zum Fokussierungsoptimum**
- **Beginn der Ressourcenorganisation mit Körperrepräsentanzen (Körperhaltung, Atmung, Mimik)**
- **Fokussierung auf positive Situation**
- **Positive Kognition**
- **Bestimmen des VoC**



25

Abb. 22: Dynamische Ressourcenorganisation

Die mittlerweile in die EMDR-Ausbildung integrierte sogenannte Absorptionstechnik ist eine sehr praktikable Standardisierung der dynamischen Ressourcenorganisation.

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 haben. Zu unserer Überraschung, wir hatten das nicht erwartet, kommen durch sorgfältige dynamische Ressourcenorganisation erstaunlich intensive Selbstheilungsprozesse in Gang. Der natürliche Verarbeitungsprozess scheint gleichsam seine Arbeit wieder aufzunehmen. Erhebliche Teile der eigentlichen Expositionsphase werden dadurch überflüssig, weil die emotionale Belastung so stark absinkt, dass sie von den Patientinnen nicht mehr als krankmachend empfunden wird.

3.8. Expositionsphase

In der Expositionsphase von emotionalem Belastungsmaterial, welches sich nicht in der Ressourcenorganisation spontan aufgelöst hat, stoßen wir bei Patientinnen mit Essstörungen beunruhigend häufig auf konkrete Erfahrungen von innerfamiliären sexuellen Übergriffen. Die zugehörigen Emotionen sind ebenfalls stark körperlich repräsentiert als Ekel vor dem eigenen Körper, meist lokalisiert im Bauchbereich oder als Erfahrung des Selbstverlustes mit Dissoziation vom eigenen Körper und Verlust der Körperwahrnehmungen.

In noch tieferen Schichten findet sich bei Magersüchtigen erstaunlich häufig infantile Erfahrungen körperlich repräsentierter Todesangst als traumatischem Kernaffekt, reaktiviert in der Pubertät, bei Bulimiepatientinnen eine unerträgliche emotionale Leere. Die Begegnung mit diesem emotionalen Material, welches von großer Heftigkeit ist, muss sehr sorgfältig dosiert werden. Das bipolare EMDR erlaubt dies durch seine oszillierende Arbeitsweise zwischen Traumamaterial und Ressourcen. Im Ressourcenbereich finden wir die Elemente des psychischen Selbstheilungssystems, sie sind vorhanden aber desorganisiert.

Die Patientinnen können nach erfolgreicher Stabilisierung und Ressourcenorganisation frei entscheiden, ob sie an diesem Traumamaterial mit einer der Expositionsmethoden arbeiten wollen, was meist der Fall ist. Methodisch kann mit bipolarem EMDR gearbeitet werden, was ich persönlich bevorzuge, oder mit dem EMDR-Standardprotokoll für Exposition (Shapiro 1998).

4. Ergebnisse:


Schauen wir uns die Ausgangssituation an.

Die gegenwärtigen Behandlungsergebnisse der stationären Essstörungstherapie hat die Stuttgarter multizentrische Essstörungsstudie gut dargestellt.

Europaweit liegt der Anteil erfolgreicher Behandlungen im Mittel bei 30 %, in der 1-Jahres-Katamnese bei 40 %. Deutschland schneidet etwas unterdurchschnittlich ab.

**Die multizentrische Essstörungsstudie
(Kordy u. a. 2002)**

Land	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa	
	n	%	n	%
Italien	15	69,2	23	50,0
Portugal	28	68,2	27	33,3
Niederlande	119	49,5	93	56,2
Tschechien	35	46,9	33	40,0
Frankreich	37	35,3	122	74,4
Deutschland	256	32,5	460	31,1
Spanien	88	29,9	109	40,4
England	64	27,6	89	36,6
Schweiz	60	19,3	122	74,4
Dänemark			17	29,4
Finnland			42	9,5

 **PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM**
KIT ZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

9

Abb. 23: Die multizentrische Essstörungsstudie

Die Ergebnisse einiger ausgewählter deutscher Kliniken zeigt diese Untersuchung:

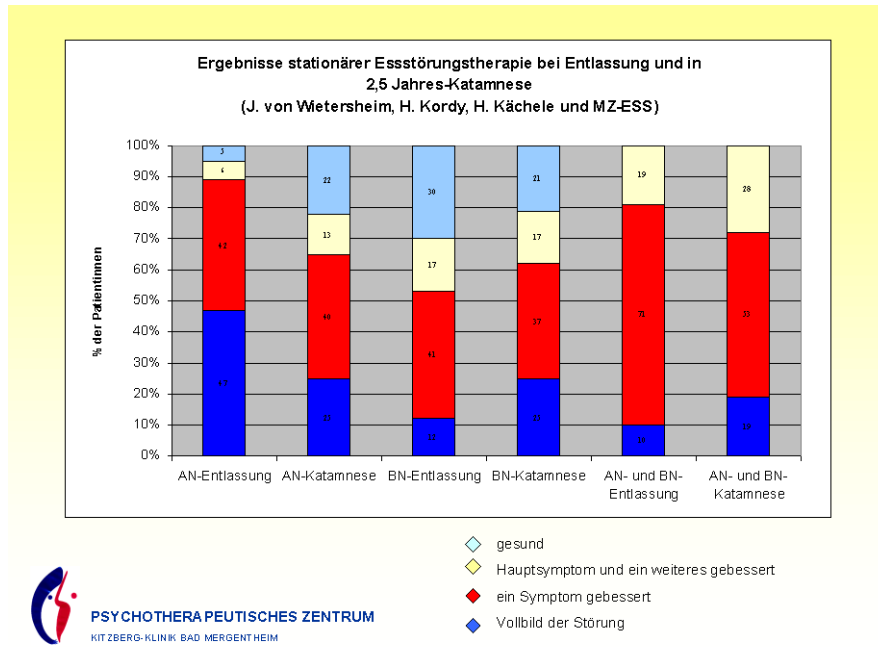


Abb. 23: Ergebnisse stationärer Essstörungstherapie in Deutschland

Bei Anorexie also 11 % Therapieerfolg, bei Bulimie 47 %.

Die Auswertung unserer Behandlungsfälle des Jahres 2003-2004 mit dem beschriebenen 4-Phasen-Modell ergab folgende Ergebnisse:

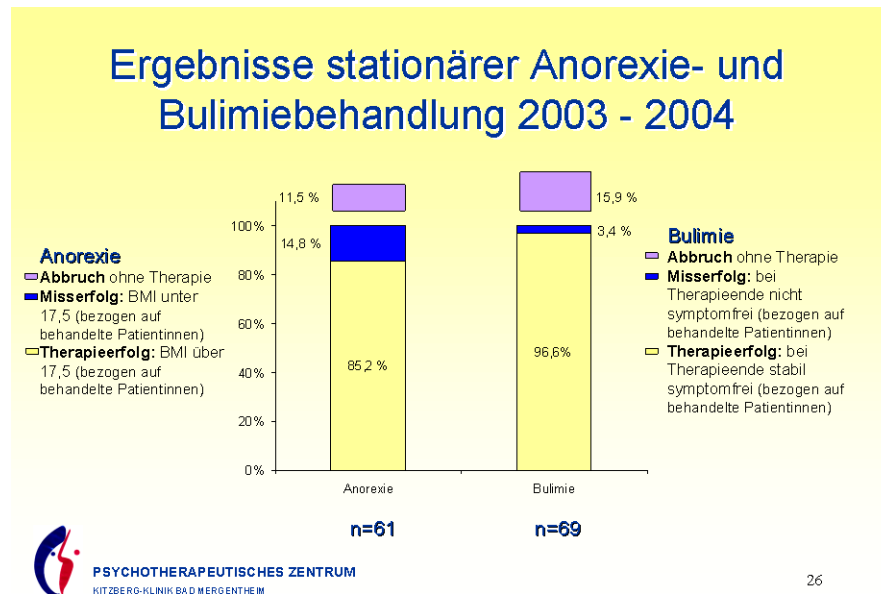


Abb. 24: Therapieergebnisse Psychotherapeutisches Zentrum

Wir sehen also in der Magersuchtbehandlung einen Anstieg von 11 auf 85 %, in der Bulimiebehandlung von 47 auf 96 %.

5. Kasuistik Exposition

Die 62jährige Frau S. ist als Hochschullehrerin tätig, sie liebt ihren Beruf, insbesondere die Lehrveranstaltungen, den Umgang mit den jungen Menschen.

Als sie ahnte, dass die Anorexie ihrer Tochter vielleicht daher rührt, dass die Tochter ebenso wie sie selbst vom Vater sexuell missbraucht wurde, entwickelte sie eine heftige Symptomatik. Dieser Zusammenhang wurde mir allerdings erst später klar.

Sie hat massive Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis. Sie vergisst in ihren Seminaren Begriffe, sie vergisst Namen von Studenten, sie verwechselt beim Schreiben an der Tafel Buchstaben, sie fährt ständig mit dem Auto an der richtigen Autobahnabfahrt vorbei, sie vergisst Termine, sie fliegt zu einer Konferenz im Ausland zum falschen Zeitpunkt, sie kann Sätze nicht zu Ende sprechen, weil die Worte verschwunden sind. Sie weiß bei alledem intuitiv sicher, dass es kein Hirnabbau ist, sondern, dass ihr Gedächtnis irgendwie verrückt spielt, sie weiß nicht, warum. Die Symptome sind begleitet von schweren Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Schweißausbrüchen.

Sie war als Professorin nicht mehr arbeitsfähig, wir haben sie zur stationären Psychotherapie aufgenommen.

Im ersten ausführlichen Gespräch mit ihr hat sie diese Problematik geschildert. Sie ist eine mittelgroße kräftig gebaute Frau, hellwach und voll Energie, fühlbar schwer leidend. An mir selbst fiel mir auf, dass ich ihr Problem zwar gehört, aber nicht verstanden habe. Ich hatte einige vage

Ahnungen, ich merkte einen diskreten Spannungsanstieg beim Sprechen über ihren Ehemann, ansonsten konnte ich das emotionale Belastungsmaterial, welches die Symptomatik auslöste, an keiner Stelle des Sprechens über Ihr Leben und über ihre Lebensgeschichte fühlen. Erst später wurde mir klar, dass eben dies die Funktion des Symptoms ist: Emotionalen Kontakt zum Belastungsmaterial verhindern, Erinnerung verhindern.

Sie blieb aus beruflichen Gründen nicht lange in der Klinik, ich hatte am Ende dieser stationären Psychotherapie nicht viel mehr verstanden als an deren Anfang. Die Patientin beschrieb, fast zu meiner Überraschung, dass ihre Symptomatik sehr stark zurückgegangen sei, ebenso die vegetativen Reaktionen, kurzum eine erfolgreiche Stabilisierung. Sehr deutlich fühlbar in meinem letzten Gespräch mit ihr war: sie hatte Mut gefasst. Sie sprach von ihrer starken Berührtheit durch die Lebensgeschichten von Mitpatientinnen. Nach einer bestimmten Gruppensitzung habe bei ihr ein heftigster positiver Aufruhr eingesetzt mit der Gewissheit: Wenn diese Patientin es kann, kann ich es auch. Darüber hinaus sei sie mit ihrer Liebe zur Natur, lange vergessen, wieder in starke Berührung gekommen und habe mit allen Sinnen das Grün, die Farben, die Gerüche genossen. Ich meine, man sollte niemals den Fehler machen, solchen Kontakt mit positiven Kraftquellen zu übergehen oder sogar als Schönfärberei abtun. Ich halte das Gegenteil für richtig. Ich habe der Patientin meine Überzeugung geschildert, dass sie hier der wiederbeginnenden Tätigkeit ihres Heilungssystems begegnet ist. Sie hatte alle Gelegenheiten zur Ressourcenorganisation genutzt.

Dann am Ende dieses Abschlussgesprächs ein seltsamer intensiver Moment. Sie wollte etwas von mir, ich wusste nicht was. Es ging um weitere Behandlung. Alles was überlegt wurde, ein zweiter stationärer Aufenthalt, ambulante Weiterbehandlung, gelegentliche ambulante Therapiestunden nach Absprache, all das war es noch nicht. Dies sind Momente der Selbst-

organisation, eine neue Idee will entstehen. Ich leiste mir mittlerweile die Freiheit und auch die Zeit, solchen Momenten Raum zu geben bis die Idee, die ich noch nicht kenne, geboren sein wird. Ich unterstütze das allenfalls mit der Frage: „Was meinen Sie, was könnte passen?“.

Dann gegen einen gewissen Widerstand, ich glaube, sie schämte sich, kam die Idee: Kann sie aus dem Ausland anreisen, um am Nachmittag und am Morgen darauf je eine Therapiestunde zu haben. Ich wusste, die Idee war gut und so wurde es vereinbart. Aus solchen Erfahrungen weiß ich mittlerweile, dass das Heilungssystem der Patienten intensiv an der Konstruktion des therapeutischen Rahmens mitwirkt und mitwirken möchte. Ich gebe dem zunehmend Raum, definiere es als Bestandteil des Heilungsprozesses und gebe deshalb meinen Patienten mittlerweile hier volle Freiheit. Einige kommen wöchentlich, einige in wechselnden Abständen, einige im Abstand von Monaten, andere, insbesondere von weither, quartieren sich für einige Tage hier ein mit täglichen Stunden. Niemand hat Schwierigkeiten damit, vielleicht vom ersten Mal abgesehen, dem eigenen Heilungsprozess den passenden richtigen Rahmen zu geben.

Zurück zu Frau S.

Sie hielt nach der Entlassung brieflich Kontakt mit mir, ich erfuhr, dass sie wieder voll berufstätig war, ihre Symptome waren vorhanden, aber geringer, ihre emotionale Einstellung auf die Symptome hatte sich stark verändert. So etwas wie eine entschlossene Neugier war entstanden. Einige Monate nach der stationären Therapie kam sie wie vereinbart zur ersten Doppelstunde. Sie hatte sich verfahren, kam etwas zu spät, wirkte angestrengt, kurzum: die therapeutische Situation selbst löste emotionale Belastung aus und sie begann in Folge dessen die Stunde auch mit Gedanken über emotionales Belastungsmaterial. Dabei immer wieder das Element: „Mein Verstand setzt aus, es ist wie ein Alptraum.“ Dann, ohne dass

ich danach fragte, eine zentrale negative Kognition: „Ich schaffe es nicht.“ Der SUD, also der Belastungsgrad, war mit 8 extrem hoch. Man bekommt auch ohne diese Maßzahl mit der Zeit ein gutes Gefühl, wann Patienten in der Stunde am Limit sind. Sie war es. Ich schlug ihr also vor, es mit der Belastungsfokussierung dabei bewenden zu lassen und dem Raum zu geben, was sie hierfür stärker macht. Was praktisch immer zu beobachten ist, geschah auch bei ihr: sie setzte sich auf, lehnte sich etwas zurück, atmete freier. „Atmen ist gut,“ sagte sie. „Mein Hirn kriegt Sauerstoff“. Möglicherweise, so vermute ich, handelt es sich dabei um mehr als Symbolik. Es wäre möglich, dass sie im getriggerten Zustand kaum atmet und so einen Sauerstoffmangel, der ihr unbewusst bleibt, erzeugt. Ich fragte sie im Sinne der dynamischen Ressourcenorganisation, wohin sie diese gute Atmung führt. Gleich tauchten Bilder auf, Schwingen wäre gut, oder nein besser, schweben. Ihr sicherer Ort? Sie liegt in einer Hängematte in ihrem Wintergarten unter den Blättern ihrer Pflanzen im hellen Licht. Diese kurze Kontaktaufnahme mit den dynamischen Ressourcen fand ohne EMDR-Unterstützung statt, den Intensitätsgrad des Ressourcenkontaktes bestimmte sie auf der VoC-Skala mit 6,5, also sehr intensiv. Der Restbelastungsgrad lag bei 2, an der Grenze des Fühlbaren.

Die Fähigkeit des psychischen Heilungssystems in einer wie hier vielleicht 5 – 6 Minuten dauernden Ressourcenorganisation dem Belastungsmaterial einen Gegenpol zu bilden, ist für mich immer aufs Neue erstaunlich.

In der nächsten Stunde am anderen Morgen erfuhr ich, dass sie gut geschlafen hatte, sich morgens voller Energie fühlte und die Stunde nutzen wollte, um sich mit einer emotionalen Altlast zu befassen, der sie, wie sie vermute, jetzt gewachsen sei. Es ging um die jahrelangen sexuellen Angriffe ihres Vaters auf sie als 10- bis 14jährige, seine Praxis, sie in jedem sich bietenden Moment genital zu berühren, sie machte einige Andeutungen von perversen Praktiken oraler Sexualität mit dem Kind. Dabei waren

Körperflashbacks in der Stunde zu beobachten, sie saß extrem starr, atmete flach, seltsame unwillkürliche Schluckbewegungen traten auf, der Belastungsgrad sehr hoch. Wie so oft tauchte ohne mein Zutun eine Spontatressource auf. „Ich glaube,“ so sagte sie „wenn ich wüsste, wann was passiert ist, wenn ich die Eckdaten hätte, das wäre gut für mich“. Ich schlug ihr eine Sequenz von Positiv-EMDR vor, um all dem, was in ihrem Heilungssystem bereit liegt, Raum zu geben. Durch langsame Augenbewegungen unterstützt ging sie von dem positiven Gefühl, Ordnung in die Geschichte zu bringen aus, sie unterbrach den Prozess mehrfach für kurze Pausen, sie war verwundert über die Intensität von Bildern, die auftauchten, ganz ohne ihr Zutun. Sie sah sich erst an ihrem Schreibtisch, dann, noch besser, an ihrem Schreibtisch im Wintergarten, dann sah sie sich dort auf ihre Weise im hellen Licht ihre Geschichte aufschreiben. Hier beendete sie ihren Positiv-EMDR-Prozess. Sie schien zufrieden mit sich und dieser Heilungsvision und machte gleich selbst die Probe aufs Exempel, dachte an das Belastungsmaterial, den schlimmsten Moment in der Stunde, mit ekelhaften Körpergefühlen. Sie sagte in völliger Ruhe: „da ist keine Belastung, der SUD ist 0“, und erst in diesem Moment tauchte die positive Kognition auf, „es ist vorbei. Das war damals.“ Und sie verabschiedete sich freundlich von mir.

Manchmal lassen einen solche Prozesse ein wenig verblüfft zurück.

Sie hat ihren Plan übrigens umgesetzt, ich bekam einige Monate später einen mehrseitigen äußerst differenzierten und konkreten Bericht über ihre Misbrauchserfahrungen. Sie war danach ein weiteres Mal da, um die Angst vor einer bevorstehenden Operation durchzuprozessieren, was ihr erfolgreich gelungen ist. Die Gedächtnisstörungen waren so gut wie behoben. Wofür wird sie den nächsten Therapieblock verwenden? Ich weiß es nicht. Die Kunst liegt im Lassen.

6. Schluss

Wir stehen als Psychotherapeuten am Beginn einer Entwicklung, die interessant zu werden verspricht. Was sich mittlerweile in der Stabilisierungsphase erreichen lässt, ist natürlich erst der Anfang. Der nächste Schritt wird sein, auch in der Expositionsphase das was offenbar möglich ist, zu realisieren.

Mein Facit: wir haben den richtigen Beruf.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literaturverzeichnis

- Bauer, J. (2002):** Das Gedächtnis des Körpers. *Eichborn Verlag, Frankfurt / Main.*
- Damasio, A. R. (1997):** Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. *Deutscher Taschenbuch Verlag, München.*
- Damasio, A. R. (2000):** Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. *List Verlag; München.*
- Euler, M. (1990):** Biophysik und Erkenntnistheorie des Hörens unter dem Paradigma der Selbstorganisation. *In: Kratky, W., Wallner, F. (1990) Grundprinzipien der Selbstorganisation. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, 1990, S. 31 – 58.*
- Fonagy, P., Target, M. (2003):** Frühe Bindung und psychische Entwicklung. *Psychosozial-Verlag.*
- Haken, H. (1981):** Erfolgsgeheimnisse der Natur. *Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart.*
- Heisenberg, W., Born, M. (1924):** Zur Quantentheorie der Molekeln. *AP 74, 4th ser., 1 – 31.*
- Hofmann, A. (1999):** EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. *Georg Thieme Verlag, Stuttgart.*
- Kratky, K. W. (1990):** Der Paradigmenwechsel von der Fremd- zur Selbstorganisation. *In: Kratky, W., Wallner, F. (1990) Grundprinzipien der Selbstorganisation. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, 1990, S. 3 – 17.*
- Maturana, H. (1990):** Ontologie des Konversierens. *In: Kratky, W., Wallner, F. (1990) Grundprinzipien der Selbstorganisation. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, 1990, S. 140 – 155.*
- Perlitz, V. et al (2004):** Synergetik der hypnoiden Relaxation. *In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 6, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 231 – 264.*
- Plassmann, R. (2002):** Psychotraumatologie der Essstörungen. *Vortrag Herbsttagung 2002 im Psychotherapeutischen Zentrum 97980 Bad Mergentheim, 18./19. Oktober 02.*
- Plassmann, R. (2004):** Psychotherapie traumatisierter Patienten. Die Arbeit mit bipolarem EMDR. *Vortrag auf der Tagung der Landesärztekammer Stuttgart, 1. Februar 2004.*

Plassmann, R. (2004): Psychotherapie der Essstörungen: Das bipolare Prinzip der Traumatherapie. In: *Geissler, P. (Hrsg.): Was ist Selbstregulation? Psychosozial-Verlag, Seite 247 – 271.*

Roth, G. (1996): Das Gehirn und seine Wirklichkeit. *Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt / Main.*

Servan-Schreiber, D. (2004): Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente. *Kunstmann Verlag, München.*

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

Shapiro, F. (1998): EMDR. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. *Junfermann, Paderborn.*

Sherrington, Ch. (1906): The integrative activity of the nervous system. *Yale University Press, New Haven*

Singer, W. (1995): Development and plasticity of cortical processing architectures. *Science 270: 758 – 763.*