

# **Selbstorganisation und Heilung: Moderne Traumatherapie in der Klinik**

**Verf.: Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann**

**Vortrag im Leipziger Kolloquium  
für Psychosoziale und Psychotherapeutische Medizin  
Leipzig 04.04.2007**



**Psychotherapeutisches Zentrum**

**Erlenbachweg 24**

**97980 Bad Mergentheim**

**Tel.: 07931 – 5316 – 0**

**E-Mail: [plassmann@ptz.de](mailto:plassmann@ptz.de)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser Thema sind die Ergebnisse der modernen Psychotherapie, die Auswirkungen auf das Verständnis psychosomatischer Symptome und die Verbindung dieser Erkenntnisse mit der Psychoanalyse. Ich wurde gebeten hierzu einen Beitrag zu leisten, dies will ich gerne tun.

Ich möchte Sie besonders auf drei Aspekte der modernen Traumatherapie aufmerksam machen, von denen offenbar kräftige Impulse für die gesamte Modellentwicklung und Behandlungstechnik ausgehen.

Der erste Aspekt sind neuere Erkenntnisse zur **Ätiologie**. Es wird immer deutlicher, wie häufig traumatisch bedingte seelische Entwicklungsstillstände sind und wie langzeitwirksam solche unaufgelösten Erlebniskomplexe sich negativ auf Gesundheit und Persönlichkeit auswirken können. Ich werde Ihnen hierzu kurz über die Felitti-Studie berichten, die solche Langzeitzusammenhänge besonders klar gezeigt hat. Der zweite wichtige Aspekt der modernen Traumatherapie ist eine **Weiterentwicklung des Krankheitsmodells**. Die Psychoanalyse als Urmutter der Psychotherapie ist, wie man sagen könnte, logozentrisch. Im Mittelpunkt der Persönlichkeit steht der Gedanke, das Wort, der Sekundärprozess. Die moderne Traumatherapie hat hier einen Wechsel vollzogen von diesem logozentrischen zu einem emotiozentrischen Erkrankungs-, letztlich Persönlichkeitsmodell. Die organisierende Kraft der Emotionen ist wesentlich deutlicher geworden, nicht nur in der klinischen Arbeit, sondern auch im lebhaften Diskurs mit der modernen Neurobiologie. Traumabedingte Störungen haben uns gelehrt, dass es überstarke negative Emotionen sind, die zur seelischen Blockade führen. Gerade durch diese Erkenntnis ist Bewegung im Verständnis psychosomatischer Symptome entstanden. Emotionen haben direkte Verbindung zu den körperlichen Vorgängen, die teilweise mit modernen technischen Hilfsmitteln sehr einfach gemessen werden können, beispielsweise den Wechsel vom kohärenten zum chaotischen Zustand in der Herzschlagvariabilität. Neurobiologisch haben wir gesehen, dass bestimmte Kerne im Hirnstamm genau hierfür sorgen. Sie stellen direkte Verknüpfungen her zwischen Emotionen und körperlichen Reaktionen, beispielsweise in der Amygdala. Psychosomatische Reaktionen sind keine Krankheit, sondern eine natürliche und

notwendige Basis der Persönlichkeitsbildung. Nur das, was emotional und physisch repräsentiert war, wird zu Persönlichkeit oder bei Überlastung des Verarbeitungssystems zu kranker Persönlichkeit. Einen rätselhafter Sprung ins Körperliche, wie Freud das 1895 im Entwurf einer Psychologie ausdrückte, kann man hier nicht mehr erkennen, sondern völlig normale Vorgänge, die unter ungünstigen Umständen entgleisen können. Wir nähern uns also dem Punkt, den Freud im Abriss der Psychoanalyse 1933 vorhergesagt hat: Neurowissenschaften und Psychologie begegnen, verbinden und ergänzen sich. Die Neurobiologie ist zu unserem stärksten Bündnispartner geworden. Dass es ein Unbewusstes gibt, dass es durch traumatische Belastungen bewirkte substantielle und funktionelle Veränderungen der Hirnfunktion gibt, dass auch Organe und Organsysteme Traumareaktionen zeigen, ist naturwissenschaftlich nachgewiesen. Dies ist sehr gut für uns.

Die dritte Bewegung, die von der modernen Psychotraumatologie ausging, bezieht sich auf die **Heilungsforschung**. Man hat in der Traumatherapie seelische Heilungsvorgänge sehr viel klarer gesehen, sehr verdichtet, gleichsam wie im Zeitraffer. Dabei ist deutlicher geworden, dass seelische Heilungsvorgänge offenbar von selbstorganisatorischer Natur sind, seelische Selbstheilungssysteme liegen gleichsam bereit, sind jedoch blockiert und können unter günstigen Bedingungen, für die Therapie sorgt, ihre Arbeit wieder aufnehmen. Seelische Heilung unterscheidet sich anscheinend, wie könnte es auch anders sein, in keiner Weise von allen anderen Heilungsvorgängen, zu denen der Organismus im Stande ist.

Ich möchte Ihnen nun zunächst über die Felitti-Studie berichten und über die Schlüsse, die wir daraus ziehen können, und Sie dann zu einem kleinen Ausflug in die Traumatherapie mitnehmen, Ihnen auch über die Arbeit mit EMDR in einem konkreten Fall berichten und anschließend Bilanz ziehen für Modellbildung und Behandlungstechniken gerade im Umgang mit psychosomatischen Symptomen.

Gesicherte Erkenntnisse über die Häufigkeit krankmachenden traumatisch bedingten Erlebnismaterials werden ständig besser. Ein Meilenstein war die ACE-Studie (Felitti 1998).

Die Adverse Childhood Experiences (ACE)-Studie ist eine ausführliche Verlaufsuntersuchung an über 17000 erwachsenen Amerikanern. Es wird der aktuelle Gesundheitszustand zu belastenden Kindheitsfaktoren in Beziehung gesetzt, die im Mittel ein halbes Jahrhundert früher geschehen waren. Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung ist, dass belastende Kindheitserfahrungen häufig sind, obwohl sie im allgemeinen verborgen und unerkannt bleiben; dennoch haben sie auch fünfzig Jahre später tiefgreifende Folgen. Die psychosozialen Erfahrungen haben sich mittlerweile in eine Erkrankung umgewandelt: in Essstörungen, Süchte, Depressionen, Suicidversuche, Diabetes, Herzerkrankungen. Die Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit im Beruf verschlechterten sich signifikant mit jeder Erhöhung der Kindheitsbelastung.

Die Autoren resümieren: "Unsere Ergebnisse belegen eindeutig, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kindheit häufig zerstörerisch sind und lebenslange Folgewirkungen besitzen. Sie sind der wichtigste Faktor, der Gesundheit und Wohlbefinden unserer Nation bestimmt." (Felitti 2002, S. 367).

**Die ACE-Studie:**  
Kindheitsbelastungen bei 17.000 Mittelschicht-Amerikanern, je nach Häufigkeit 0 bis 8 Punkte

- wiederholter körperlicher Missbrauch
- wiederholter emotionaler Missbrauch
- sexueller Missbrauch
- ein Haushaltsmitglied war im Gefängnis
- die Mutter erfuhr körperliche Gewalt
- ein Familienmitglied war alkohol- oder drogenkrank
- ein Familienmitglied war chronisch depressiv, seelisch krank oder suizidal
- zumindest ein biologischer Elternteil wurde in der Kindheit verloren, unabhängig von der dazu führenden Ursache

PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM  
WILHELM-GALLER-STRASSE 10/11  
LEIPZIG

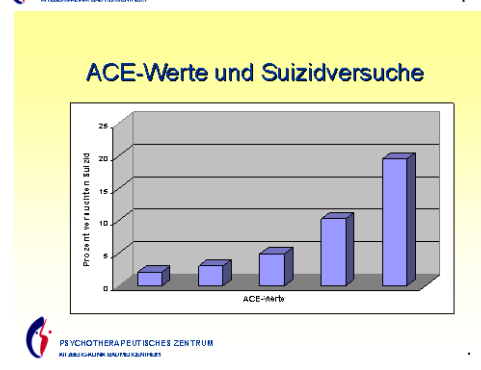
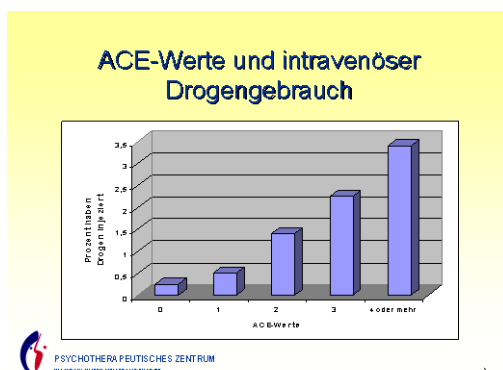
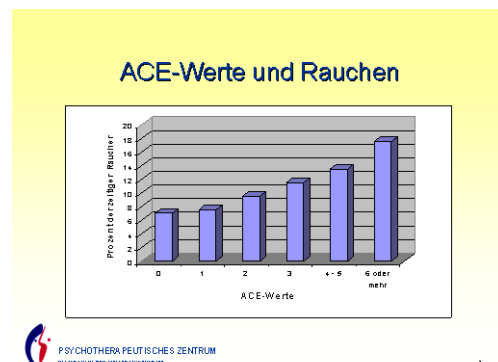


Abb. 1-4: ACE-Werte

Was tun? Mit welchen Methoden können wir krankmachendes un abgeschlossenes Erlebnismaterial auflösen? Den Durchbruch hat die zunächst deprimierend erfolglose Arbeit mit traumatisierten Vietnam-Veteranen gebracht. Eine Million traumatisierter

Amerikanerinnen und Amerikaner waren aus Vietnam in die USA zurückgekommen. Die oft 19 – 20jährigen Wehrpflichtigen hatten schwere posttraumatische Belastungsstörungen. Sie nahmen, nachdem das ganze Ausmaß der psychischen Katastrophe nicht mehr verleugnet werden konnte, an den dafür konzipierten Therapieprogrammen teil, mit starkem Leidensdruck und äußerst bescheidenen Resultaten, die über 15 – 30 % Besserung nicht hinaus kamen (Shapiro 1998, S. 62). Der Vietnam-Krieg hatte – wie jeder andere Krieg auch – ein Heer von psychisch kranken und bislang unbehandelbaren Invaliden hinterlassen.

Dies änderte sich erst, nachdem Shapiro 1989, zunächst als Zufallsentdeckung, auf die Möglichkeit des gezielten Reprozessierens stieß und daraus innerhalb kürzester Zeit das EMDR als Methode entwickelte. Die erste kontrollierte Studie zu EMDR (Shapiro 1998) ergab Erstaunliches. Die Teilnehmer waren 22 Patienten zwischen 11 und 53 Jahren, schwer traumatisiert durch Vergewaltigung, sexuellen Missbrauch und Kriegserlebnisse in Vietnam. Die Traumata lagen im Mittel 23 Jahre zurück und alle Patienten hatten erfolglose Vorbehandlungen von im Mittel 6 Jahren Dauer absolviert, alle litten an einem oder mehreren typischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung wie Flashbacks, Alpträumen, Schlafstörungen, Arbeits- und Beziehungsstörungen. Nach einer einzigen EMDR-Sitzung ergab sich:

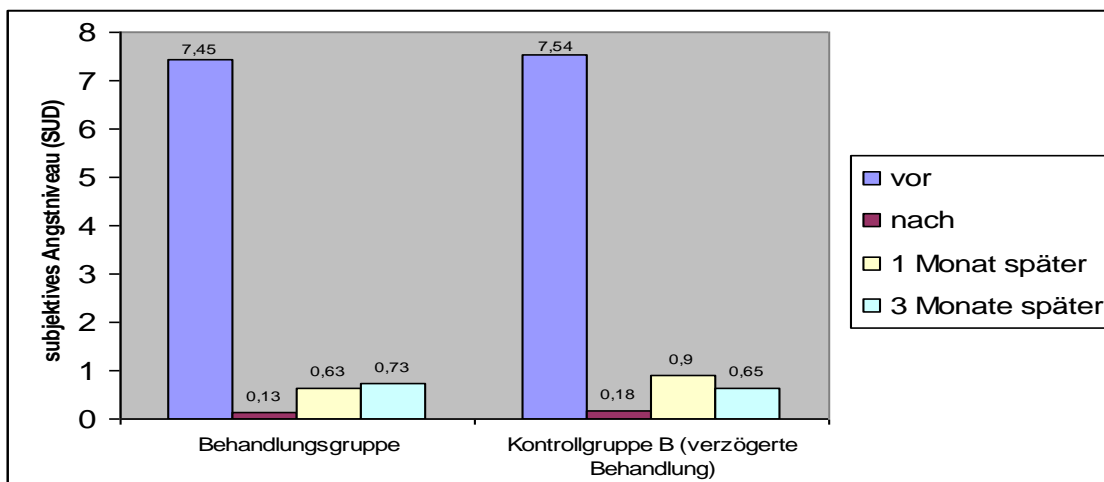


Abb. 5: Die Shapiro-Studie

in der Ein- und Drei-Monats-Katamnese ein stabiles Verschwinden des subjektiven Angst- und Belastungsniveaus sowie der klinischen Symptomatik. Die posttraumatische Belastungsstörung war praktisch ausgeheilt.

EMDR ist mittlerweile das am besten untersuchte traumatherapeutische Verfahren (Hofmann 1999). Die Studien der letzten Jahre haben die Wirksamkeit bestätigt (Plassmann 2002).

Diese klinischen Erfahrungen haben starken Einfluß auf die Krankheits- und Behandlungskonzepte gehabt.

Im Kern der krankmachenden Erlebniskomplexe stehen, so zeigt es sich, stets überstarke negative Emotionen, die nur notdürftig gleichsam eingekapselt sind, ohne sich je auflösen zu können. Das Einkapseln erfordert permanenten Energieaufwand. Die Patienten gehen deshalb allen Triggern aus dem Weg, die an die negativen Emotionen rühren könnten, sie stehen unter permanenter Erregungsspannung, dem sogenannten Hyperarousal, gleichwohl dringt dieses negative emotionale Material ständig in die Gegenwart ein, es kommt zu Nachhallerinnerungen (Flashbacks), Alpträumen, Affektdurchbrüchen, Panikattacken.

Das unbewältigte emotionale Material bemächtigt sich auch des Körpers. Wir sehen schwere chronische Schmerzzustände, chronische Kopfschmerzen, sehr häufig Tinnitus. Das Körpergedächtnis reproduziert die überstarke negative emotionale Energie und ihre Begleiterscheinungen. Emotionales Belastungsmaterial taucht deshalb als Körperrepräsentanz, also als psychosomatisches Symptom auf, weil die Körperrepräsentanz Bestandteil des Traumaschemas war. Es kann sich um eine direkte Traumatisierung des Körpers handeln, es kann sich um traumaassoziierte körperliche Reflexe handeln, beispielsweise Muskelverspannungen oder Kreislaufreaktionen, es kann sich auch um vegetative Reaktionsmuster handeln, über die keinerlei bewusste Kontrolle möglich ist, beispielsweise Ödembildung oder es kann sich um komplexere Verhaltensmuster handeln, die ebenfalls gleichsam eingebrannt sind im Körpergedächtnis, etwa eine Körperhaltung. Wir können deshalb damit rechnen, dass künftig eine zunehmende Anzahl psychosomatischer Erkrankungen traumatologisch besser verstanden und behandelt werden kann als bisher. In der Behandlung der Essstörungen haben wir dies bereits umgesetzt.

Ich möchte Ihnen nun aus dem Bereich der modernen Traumatherapie zeigen, wie das psychische Selbstheilungssystem zu arbeiten scheint, unter welchen

Bedingungen es blockiert ist, so dass es zur Krankheitsbildung kommt und wie wir in der Therapie durch geeignete Rahmensetzung und spezielle Behandlungsmethoden die Tätigkeit des psychischen Selbstheilungssystems unterstützen können. Ich werde Ihnen dabei auch aus der Arbeit mit EMDR berichten.

Den Schluss meines Vortrages wird die Frage bilden, wie sich diese Verfahren der Traumatherapie mit der Psychoanalyse verbinden.

Wir stehen in der Traumatherapie vor folgender Situation:

Die traumatische Situation ist eine Situation der Schutzlosigkeit, in der das natürliche Vertrauen in die Welt der Mitmenschen und in die Fähigkeiten der eigenen Person schwer verletzt worden sind, eine Situation, die zum Leben nicht geeignet ist. Jeder kann in eine solche Situation kommen, sei es im Straßenverkehr, bei einer Naturkatastrophe oder als Opfer krimineller Gewalt. Auch medizinische Situationen können von dieser Art sein, etwa wenn ein Patient während einer Operation unbemerkt aus der Narkose erwacht, was wiederholt berichtet wurde.



**Abb. 6:** Das bipolare Prinzip der Psychotherapie

Diese unverarbeiteten negativen Emotionen bilden den Belastungspol.

Er enthält einen oder mehrere traumatische Komplexe, sogenannte Traumaschemata, oder schwere unaufgelöste Konflikte oder wie meist eine Mischung aus beidem. Dieses Belastungsmaterial kann von einem einmaligen Ereignis herrühren, man spricht dann von Monotrauma (Typ 1) oder von vielen traumatischen Ereignissen, man spricht vom komplexen Trauma (Typ 2).

Warum werden nun in der scheinbar selben Situation stets nur einige Betroffene krank? Hier kommen die protektiven Faktoren ins Spiel, d. h. der sogenannte Ressourcenpol.

Jede potentiell traumatische Situation trifft eine mehr oder weniger vulnerable Persönlichkeit. Sehr schwächend wirken belastende Vorerfahrungen. Die neue belastende Situation reißt gleichsam eine alte Narbe auf oder in traumatologischen Begriffen: Die Vorerfahrung wird vom neuen Ereignis getriggert.

Protektive Faktoren sind demgemäß gut überstandene Vorbelastungen, die in stabilen sozialen Beziehungen, sogenannten sicheren Bindungen, verarbeitet werden konnten. Sie bilden eine Art inneren Ressourcenschatz. Der Mensch weiß um seine bewährten Fähigkeiten, es liegt ein Bewältigungsschema für das Traumaschema bereit. Antonovsky nennt das die „managibility“, die Gewissheit, etwas tun zu können (Antonovsky 1989).

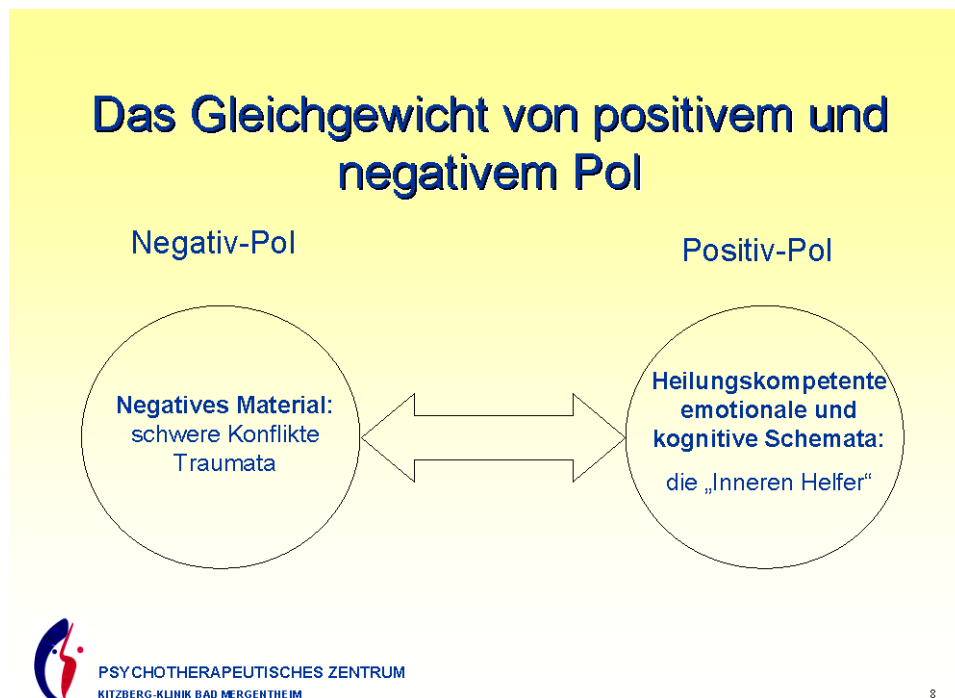
Protektiv ist auch ein Verstehen dessen, was geschehen ist und was geschehen wird. Dabei ist emotionales Verstehen wichtiger als die Verstandesebene. Wortreiche Erklärungen erreichen den Traumatisierten viel weniger als der einfache emotionale Beistand, das Dasein. Dies vermittelt direkt nach einem Trauma viel besser als Worte, dass Erschütterung normal ist. Antonovsky nennt dies die „comprehensibility“, die Fähigkeit zum Begreifen.

Ein weiterer protektiver Faktor ist die unverletzte moralische Integrität, also der unverletzte Stolz, die Gewissheit eines Rechts auf Leben, auf Gesundheit und auf Behandlung. Dies ist nach Antonovsky die „meaningfulness“, die Gewissheit, dass die eigene Existenz in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einen Sinn hat. Nicht



nur das Trauma selbst erschüttert diese Gewissheit. Wenn Versicherungen oder Anwälte von Tätern dem Patienten nach allen Regeln ihrer Kunst seine Rechte absprechen, dann sind das bürokratische Retraumatisierungen, die, wie wir klinisch sehen, sehr wesentlich zu schlechten Verläufen beitragen können.

Ein zur Heilung geeignetes Gleichgewicht zwischen dem unverarbeiteten emotionalen Material im negativen Pol und den Heilungsressourcen im positiven Pol herzustellen, ist Grundprinzip der gesamten Traumatherapie, wahrscheinlich der Psychotherapie schlechthin. Der Heilungsvorgang zwischen diesen Polen hat offenbar oszillierenden, rhythmischen Charakter, möglicherweise laufen psychische Reorganisationsprozesse generell nicht linear, sondern rhythmisch ab.

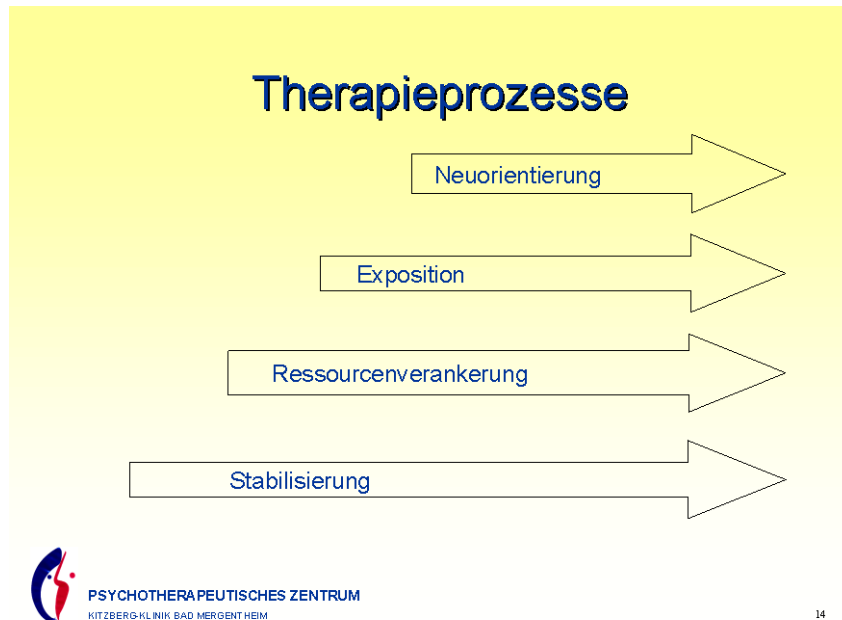


**Abb. 7:** Das Gleichgewicht von positivem und negativem Pol

Das von Shapiro entwickelte EMDR-Standard-Protokoll (Shapiro 1998) ist sehr effektiv, allerdings nur für jene Patienten, die über gut ausgeprägte Ressourcen, also einen starken positiven Pol verfügen. Dies entspricht aber nicht der klinischen Realität. Wir bekommen zunehmend häufig Patienten überwiesen, die in einer angefangenen Traumatherapie dekompenziert sind. Auch der Patient, von dem ich später berichten werde, zählt dazu. Dem liegt der Fehler zugrunde, am Problem zu arbeiten, bevor sich der Ressourcenpol ausreichend organisiert hat. Diese Situation besteht in aller Regel zu Beginn der Therapie. Es ist evident, dass hier die

Ressourcenorganisation notwendige Vorbedingung für jeden weiteren Heilungsschritt ist.

Wir gehen deshalb in der Traumatherapie systematisch 4-phasig vor:



**Abb. 8:** Therapieprozesse

Stabilisierung bedeutet grundsätzlich, den Einfluss des aus der Vergangenheit stammenden emotionalen Belastungsmaterials auf die Gegenwart zu kontrollieren und zu begrenzen. Die Patienten lernen, sich selbst zu stabilisieren, wir leiten sie dazu an, helfen ihnen dabei, nehmen sie in die Verantwortung für den Stabilisierungsvorgang. Dies ist ein aktiver, selbstorganisatorischer Vorgang.

Einer der ersten und wichtigsten Schritte ist das Beenden der Selbsttraumatisierung. Die aktive Selbsttraumatisierung der Patienten darf niemals unterschätzt werden. Nahezu alle traumatisierten Patienten retraumatisieren sich selbst, indem sie ihr emotionales Belastungsmaterial unkontrolliert ins Erleben einbringen wollen, bevor sie ihre Kontroll- und Verarbeitungskapazität planvoll aufgebaut haben. Sie überfluten sich beispielsweise schon in der Anamneseerhebung mit allen Details einer Vergewaltigung, eines Überfalls oder eines Unfalltraumas und erzeugen damit erneut genau die emotionale Überwältigung, an der sie krank sind. Sie traumatisieren sich selbst und den Behandler. Der Umgang mit dem „emotionalen Sprengstoff“ erfordert, dies muss

auch von den Patienten stets beachtet werden, sorgfältige Vorbereitung und planvolles Vorgehen.

Zur Stabilisierungsphase gehört deshalb notwendigerweise die Ressourcenverankerung, also das systematische Finden und Organisieren der Verarbeitungsfähigkeiten, die den positiven Pol bilden.

Nachdem dies geschehen ist, beobachten wir etwas Bemerkenswertes: Der Wiedergewinn der Stabilität durch **Ressourcenorganisation** setzt die natürlichen Verarbeitungsprozesse wieder in Gang schon lange bevor ein planvolles therapeutisches Reprozessieren begonnen wurde. Die Symptomatik geht nach erfolgreicher Stabilisierung und Ressourcenverankerung drastisch zurück. Viele Patienten gewinnen ihre Alltagsstabilität für ihre normalen Lebensaufgaben wieder. In vielen Fällen kann die stationäre Psychotherapie deshalb an diesem Punkt der erreichten Alltagsstabilität zunächst beendet werden, damit die Patienten im Lebensalltag erproben können, wie stabil sie sind und inwiefern eine Expositionsphase, d. h. ein kontrolliertes Auflösen des emotionalen Belastungsmaterials noch erforderlich ist. Dies kann dann Gegenstand eines zweiten stationären Abschnitts oder einer ambulanten Therapie sein.

Die zurückgehende Macht des Belastungsmaterials schafft nun Platz für lebhaftere **Neuorientierungsprozesse**: Die blockierte Persönlichkeitsentwicklung kommt wieder in Gang, beispielsweise wird Berufstätigkeit wieder möglich, bei Jugendlichen Ausbildung, Partnerschaft.

In der konkreten Behandlungssituation können wir nie genau vorhersehen, wie mächtig das jeweils auftauchende emotionale Belastungsmaterial sein wird, wieviel Stabilisierung der Patient brauchen wird. Wir haben deshalb aus dem EMDR-Standard-Protokoll das sogenannte bipolare EMDR entwickelt, mit welchem das jeweilige Optimum zwischen Stabilisierung und Exposition gut gesteuert werden kann.

Dieses Instrument des bipolaren EMDR stelle ich Ihnen nun vor, illustriert an einer Kasuistik:

*Der 43-jährige Herr S. ist unter einem totalitären Regime aufgewachsen. Er war bis zu seinem Verkehrsunfall, der seine Gesundheit und Existenz zerstörte, ein erfolgreicher Geschäftsmann. Er hat sein Herkunftsland als Gefängnis erlebt. Sein Vater war ein harter, systemidentifizierter Mann, das Lebensgrundgefühl des Patienten war: Ich versuche mich aufzurichten, versuche jemand zu sein, versuche stark zu sein, dann kommt jedesmal ein Angriff, der mich niederwirft, zerstören möchte.*

*Offenen Angriff, Gegenwehr hat er nie gewagt, die Grundangst vor Vernichtung verläßt ihn nie. Seine Mutter sieht er als Opfer des harten Vaters und seines Regimes. Tief in ihm scheint es eine Retterphantasie zu geben. Wenn er, der Sohn, nur tüchtig genug ist, hart genug arbeitet, wird er seine Mutter, die schwach ist, schützen können.*

*Den Untergang seines Herkunftslandes hat er als Befreiung erlebt. Er zieht mit Frau und Kindern nach Deutschland und baut erfolgreich sein Handelsunternehmen auf. Es geht ihm gut. Eines nachmittags stoppt er sein Auto am Ende eines Autobahnstaus. Er schaut beiläufig in den Rückspiegel und sieht einen Sattelschlepper von hinten auf sich zu rasen, der offenbar nicht bremst. Er weiß im selben Moment, dass der Lkw ihn rammen wird, er sitzt hilflos gelähmt, bis der Lastwagen tatsächlich in ihn hineinkracht. Die bewußte Erinnerung setzt erst wieder ein, als Helfer ihn auf den Beifahrersitz zerren, um ihn aus dem Auto zu holen, er sieht ein anderes Auto brennen, sieht ein Feuerwehrfahrzeug. Er bekommt mit, wie er in einen Rettungswagen verladen wird, sieht durch eine Lichtluke den Himmel und es setzt etwas ein, was wir im nachhinein als Nahtoderfahrung verstehen können. Er ist überzeugt zu sterben, sieht sich auf einer grünen Wiese, er scheint zu schweben, bis ihn die Stimme des Notarztes erreicht, der ihn fragt, ob er die Beine bewegen kann. Er versucht es und seine Sterbepantasie bricht ab. Diese Sterbeerfahrung hat offenbar eine schwerste psychische Traumatisierung hinterlassen.*

*Nach der Krankenhauseinlieferung wurde festgestellt, dass er körperlich nicht schwer verletzt war. Er hatte nur multiple Prellungen, aber praktisch von Anfang an schwere Dauerschmerzen im gesamten Rumpf, die bis heute anhalten. Wir können dies im nachhinein als körperlich eingefrorene Schockerfahrung verstehen. Er muß sich während des Unfalls maximal verkrampft haben, was sich erst 1 ½ Jahre später während der Traumatherapie langsam löste. Ich werde davon berichten.*

*Fünf Tage nach dem Unfall setzten schwere nächtliche Flashbacks ein, er sah brennende Autos, Feuerwehrwagen, stand unter panischer Angst und entwickelte massiv zunehmend Schmerzen. Er wurde aus dem Krankenhaus entlassen in lediglich körperlich stabiler Verfassung. Zu Hause verkroch er sich in sein Haus, das er kaum verließ, da die Straße von seinem Haus in die Stadt am Unfallort vorbeigeführt hätte.*

*Drei Monate nach dem Unfall begann er, mittlerweile schwer suizidal und hoffnungslos, eine Psychotherapie, die zu einer gewissen Stabilisierung führte.*

*Etwa 15 Monate nach dem Unfall kam er auf Anraten seines Therapeuten und der Berufsgenossenschaft zur stationären Psychotherapie. Die Alpträume waren etwas weniger geworden im Vergleich zur Zeit direkt nach dem Unfall. Weiterhin bestanden schwere Dauerschmerzen im gesamten Bewegungsapparat und Kopfschmerzen. Er war auffällig mental beeinträchtigt, chronisch unkonzentriert, vergeßlich und in einer zum Dauerzustand gewordenen affektiven Grunderregtheit, so dass er sich nur wenige Stunden am Tag in seinem Unternehmen mit einfachen Dingen beschäftigen konnte. Ein Invalider.*

*In der Anamneseerhebung wurde deutlich, wie gut der ambulante Therapeut gearbeitet hatte. Der Patient ist visuell begabt, der Therapeut hatte ihm als Stabilisierungstechnik zahlreiche imaginative Zugänge zum sicheren Ort und zu inneren Helfern erschlossen. Er war nach wie vor sehr leicht triggerbar. Jedes laute Geräusch, wie z. B. Türenknall, bewirkte eine heftige Schreckreaktion und massiv zunehmende Schmerzen als somatisches Flashback der Unfallereignisse.*

*Das emotionale Belastungsmaterial ist weiterhin extrem stark, ein stabilisierender Ressourcenpol ist vorhanden, aber schwach. Jederzeit ist eine Triggerung und ein psychischer und körperlicher Flashback möglich.*

*Ich schildere Ihnen nun die Arbeit mit bipolarem EMDR anhand einer Behandlungsstunde.*

*Den Beginn bildet stets die vorsichtige Fokussierung des aktuell als Belastung empfundenen emotionalen Materials. Er erzählt nach kurzem Nachdenken, dass ihn ein aktuelles Ereignis an den Rand seiner Belastbarkeit brachte: Eine Mitpatientin stolpert direkt neben ihm beim Verlassen des Speisesaals, stößt sich am Türrahmen und schlägt sich dabei die Augenbraue auf. Eine schmale Blutspur rinnt ihr über die Wange.*

*Er erzählt, dass auch er direkt nach dem Unfall an der gleichen Stelle in seinem eigenen Gesicht eine Blutspur und Schwellung gefühlt hatte. Noch heute ist es so, dass im Zustand starker emotionaler Belastung die gleiche Stelle wieder anschwillt. Wir kennen dieses Phänomen mittlerweile von anderen Unfalltraumatisierten. Die Körper-Flashbacks wiederholen die Körperreaktion in der traumatischen Situation, manchmal bis hin zu spontanen Blutungen oder Ödemen.*

*Das Fokussieren bedeutet bereits eine Wiederbegegnung mit dem traumatischen Material. Wir müssen deshalb sorgfältig die Belastungsgrenzen beachten. Herr S. schwitzte beim Fokussieren auf den belastendsten Moment derart, dass ich es in der Therapiesitzung sehen und riechen konnte, er hielt sich mit beiden Händen stark verkrampft an den Stuhllehnen fest. Sein Gefühl war: Ich bin hilflos, keiner glaubt mir. Den emotionalen Belastungsgrad*

beizifferte er an der Grenze zum Unerträglichen. Er sagte: „Es ist genug, ich bin am Limit.“

Wir schulen die Patienten systematisch, ihre eigene Belastungsgrenze zu erkennen und niemals zu überschreiten. Ohne die bipolare Technik hätte die Sitzung hier abgebrochen werden müssen, da evident war, dass er einem direkten Durcharbeiten nicht gewachsen gewesen wäre. Der nächste Schritt im bipolaren EMDR ist das Ausblenden des traumatischen Materials und die Fokussierung der Stabilisierungsressourcen. Dies gelingt bei vorher gut organisiertem positivem Pol rasch und zuverlässig. Der Patient visualisierte seinen sicheren Ort, er sah sich am Meer, nahm Verbindung mit allen inneren Helfern auf, dies ist für ihn das hilfreiche Naturelement Wasser, die Farbe blau, ein entspanntes ruhiges Körpergefühl. Diese EMDR-Ressourcenorganisation wird stimuliert durch langsame Augenbewegungen oder taktile Stimulationen mit dem NeuroTec-Gerät. Der langsame bilaterale Rhythmus der taktilen Stimulation unterstützt aus noch nicht völlig erforschten Gründen die Ressourcenorganisation, ein schneller bilateraler Rhythmus fördert das Reprocessieren, also das Durcharbeiten des Belastungsmaterials.

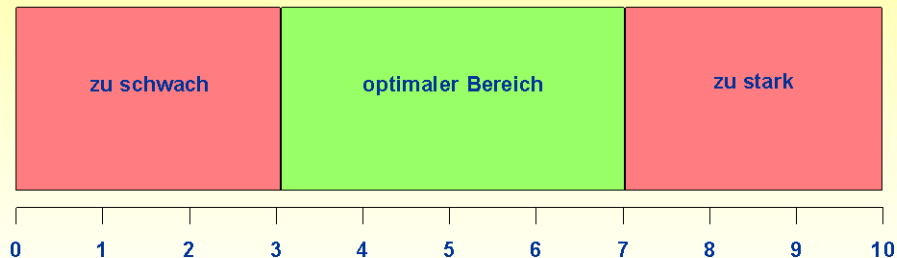
Im nunmehr guten Kontakt mit seinen Stabilisierungsressourcen tauchte sein positiver Heilungssatz auf: Es ist vorbei. Dieser Satz enthält das zentrale Heilungsziel des Patienten: Das Belastungsmaterial soll in der Vergangenheit verschwinden.

Herr S. war nun völlig ruhig, atmete tief, die Hände entspannt auf dem Oberschenkel.

Der nächste Schritt im bipolaren EMDR ist die Organisation seiner zentralen Heilungsphantasie: An welches Endlager, so fragte ich ihn, muß das Belastungsmaterial geschafft werden, um endgültig vorbei zu sein? Die Antwort war ihm sofort klar: In einer gemauerten Grube im Boden, mit einem schweren Deckel verschlossen, weit weg von hier. Der Patient war fast vergnügt bei der Vorstellung dieser Endlagergrube. Er erzählte ein wenig vom realen Vorbild dieser imaginierten Grube und schien sich auf den Abtransport des Belastungsmaterials dahin geradezu zu freuen.

Im sicheren Kontakt mit den Stabilisierungsressourcen ermöglicht bipolares EMDR nun den kontrollierten Zugang zum unverarbeiteten traumatischen Material und dessen Auflösung. Der nächste Schritt ist deshalb die kontrollierte Annäherung an das Traumamaterial mit dem Vorschlag: „Gehen Sie in sicherem Kontakt mit dem positiven Pol auf das Belastungsmaterial zu, wenn es zu stark ist, gehen Sie zurück zum sicheren Ort, wenn es zu schwach ist, gehen Sie näher auf das Material zu, bis Sie die genau richtige gut verarbeitbare Menge an Belastung fühlen.“ Die Patienten haben also völlige Kontrolle über die Belastungsstärke. Sie gehen aktiv handelnd damit um, statt dass sie wie bislang, davon überflutet werden. Diesen optimalen, zur Verarbeitung geeigneten Bereich der Belastungsstärke nennen wir Windows of Tolerance.

## Optimale Fokussierung im „Window of Tolerance“



**Abb. 9:** Window of Tolerance

*Nach kaum einer Minute bestimmte der Patient: Ich bin soweit, ich habe es.*

*Der nächste Schritt war die Aufforderung, genau dieses Material auf seine individuelle Weise in der Endlagergrube zu verstauen, diese sicher zu verschließen und zurückzukehren.*

*Noch während ich ein paar Notizen machte, öffnete er die Augen, schaute mich direkt an und sagte: „Es ist vorbei, ich kann es fühlen.“ Die Muskelschmerzen seien vorbei, er fühle sich wohl. „Ein wunderbares Gefühl“, wie er sagte.*

*Man schließt diese Arbeit stets mit genauer Quantifizierung des Ergebnisses ab. Er bestimmte seine Stabilität auf der 1 – 7 Skala auf 6, den Restbelastungsgrad des ausgewählten Materials auf der 0 – 10 Skala auf 0 und berichtete in der Schlußevaluation amüsiert, wie das Material im Moment des Verstauens in der Endlagergrube verschwunden war und die Schmerzen sich im gleichen Moment lösten.*

*Wichtig ist, Shapiro hat das stets betont, die sorgfältige Beobachtung des weiteren Verlaufs nach der Stunde: Ist die Auflösung des Materials stabil, welche Reste sind noch aktiv, was muß noch nachbearbeitet werden.*

*Dieser Patient berichtete eine Woche später, es sei ihm intensiv klar geworden, dass er seine eigene Aggressivität, die er im Hintergrund stets als Grunderregung gefühlt habe, nicht länger fürchten müsse. Er sei deshalb zum Gerätetraining gegangen, habe fast 2 Stunden auf dem Laufband gearbeitet, im weiteren Therapieverlauf keinerlei Muskelschmerz und alptraumfreier ruhiger Schlaf.*

Was wir in solchen Prozessen von bipolarem EMDR sehen, sind selbstorganisatorische Vorgänge. Es ist nicht die Methode oder der Therapeut, was heilt, sondern das organisiert und kontrolliert eingesetzte Heilungssystem im Patienten selbst. Als Therapeuten bescheiden wir uns damit, die Intendanten dieses Prozesses zu sein.

### **Ich fasse zusammen:**

Traumatisches emotionales Material überflutet und lähmt die Verarbeitungsressourcen der Person. Dieser Zustand chronifiziert, das traumatische Material dringt unkontrolliert in die körperliche und psychische Existenz des Patienten ein. Von einem traumatherapeutischen Behandlungsinstrument müssen wir deshalb erwarten, dass es stattdessen kontrollierte Verarbeitungsprozesse ermöglicht.

Wie verbinden sich nun die Verfahren der modernen Traumatherapie mit dem psychoanalytischen Modell?

Zum Einen fällt auf, wie psychodynamisch die Traumatherapie zu denken beginnt. Für die Ätiologie aktueller Krankheit, so wurde auch Traumatherapeuten völlig klar, sind alte, nicht integrierte Erlebniskomplexe verantwortlich. Eine Heilung ist nicht möglich, ohne die Integration dieses alten eingekapselten psychischen Materials. Hier sind sich Psychotraumatologie und Psychoanalyse sehr nahe. In den jüngsten Publikationen Shapiros (2003) wird auch das Krankheitsmodell über die reine Traumaätiologie hinaus erweitert. Ein traumatisches Ereignis wird dynamisch definiert über „andauernd negative Auswirkungen auf Mentalisierungsprozesse“.

Vollkommene Einigkeit herrscht in Bezug auf die Existenz und Bedeutung unbewusster Prozesse. Der unbewusste Anteil psychischer Prozesse wird übereinstimmend als der größere und ausschlaggebendere angesehen. Die Psychotraumatologie steht hier in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der Neurobiologie, die völlig klargestellt hat, dass die Tätigkeit der Zentren der emotionalen Intelligenz primär unbewusst ist. Erst bei ansteigender Erregung werden



zunächst Körperrepräsentanzen, dann Emotionen und erst dann bewusste Wahrnehmung mit der Möglichkeit sprachlicher Artikulation auftauchen.

Ein wesentlicher Unterschied der Krankheitsmodelle liegt nach wie vor im Stellenwert der Emotionen. Psychotraumatologie erkennt die Emotionen als organisierende Kraft des psychischen Materials, sowohl im Bereich des krankmachenden Belastungsmaterials wie auch im positiven Bereich der verarbeitungs- und heilungskompetenten Komplexe, während die Psychoanalyse im Kern des gesunden Ichs eher das Bewußtsein sieht.

Die Psychotraumatologie hat infolge dessen erheblich weniger Probleme mit psychosomatischen Symptomen. Es ist in Traumatherapien vollkommen evident, dass starke emotionale Erregung immer zunächst körperlich repräsentiert auftaucht, so dass blockiertes emotionales Material in der Therapie häufig auch zunächst in körperlicher Repräsentanz angenommen und behandelt wird, also als Muskelverspannung und vegetative Erregung wie im vorgestellten Fallbeispiel. Wenn wir Verbindung zu den emotionalen Prozessen unserer Patienten aufnehmen, dann werden körperliche Repräsentanzen wie beispielsweise Muskelverspannungen, Atemstörungen, Schwindel, Tinnitus, Herzrhythmusstörungen zu völlig natürlichen Erscheinungsformen emotionaler Belastung. Der Sprung ins Körperliche ist nicht mehr geheimnisvoll. Alles Psychische ist erst Körperlich.

Für mich sehr eindrucksvoll ist die Erfahrung, wie häufig Körperflashbacks sind. Organe reagieren offenbar nicht anders als der psychische Apparat. In kritischen, zum Leben nicht geeigneten Situationen treten auch in den Organen und Organsystemen Reaktionsformen auf, die wir als Traumaschema interpretieren können, beispielsweise Muskelverspannungen, Tinnitus, Hörsturz, Herzrhythmusstörung. Diese körperlichen Reaktionen entstehen ebenso wie die psychischen Reaktionen in der traumatischen Situation, sie bleiben als Reaktionsschema gespeichert, verändern sich über die Zeit nicht, sie können ebenso wie psychisches Material aktiviert werden und wiederholen sich in der Gegenwart. Wir können derzeit 3 Reaktionsformen auf Organebene unterscheiden, den **kohärenten Zustand, den chaotischen und den traumatischen Zustand** (siehe auch Servan-Schreiber 2004). Der **kohärente Zustand** ist der Gesunde, das Organ

ist im Funktionsoptimum, es fühlt sich gleichsam wohl. In Bezug auf das Herz lässt sich dies am Kohärenzrhythmus ablesen, eine langsame überlagerte Schwingung der Herzfrequenzvariabilität. In diesem kohärenten, gesunden Zustand wirkt das jeweilige Organ auch positiv zurück auf mit ihm verbundene andere Organsysteme.

Mit dem **chaotischen** Zustand reagiert das Organ auf mittelstarke Belastungen. Im Herzen lässt sich dies am chaotischen Rhythmusmuster der Herzschlagvariabilität ablesen. Mit dem **traumatischen Zustand** antwortet das Organ oder das Organsystem auf höchste affektive Belastungsstärken mit Primitivreaktionen. Vielleicht können wir epileptische Anfälle und andere Anfallsformen so interpretieren.

Die Kenntnis dieser organbezogenen Reaktionsmuster ist von großer Bedeutung. In jeder einzelnen Behandlungsstunde nehmen wir den Belastungsgrad des Patienten wahrscheinlich über solche vegetativen und organischen Reaktionen wahr und orientieren uns daran, häufig ohne es bewusst zu bemerken. In der Arbeit mit psychosomatisch Kranken erzählt uns das kranke Organ oder Organsystem mit seinen Reaktionsformen eine Traumageschichte, die wir mit der Zeit verstehen und auflösen. In der Arbeit mit Patienten, die nicht sprechen können, beispielsweise Patienten im Wachkoma oder Kindern, sind die Reaktionsmuster der Organe und Organsysteme manchmal die einzige Sprache, in der noch Kommunikation möglich ist.

Auch in der Behandlungstechnik wiederum ist in jüngster Zeit eine deutliche Konvergenz zwischen Psychoanalyse und Traumatherapie zu beobachten. Die Traumatherapie beginnt die Übertragung zu entdecken. Es ist unübersehbar, dass in vielen Traumatherapien lebhafte Übertragungsprozesse stattfinden oder anders ausgedrückt: bestimmte Patienten benötigen die Übertragungsdimension, um ihre Beziehungstraumata zu kommunizieren. Jene Analytiker, die traumatherapeutisch arbeiten, entwickeln deshalb Behandlungstechniken, auch Übertragungsmaterial in die traumaspezifischen Behandlungsprozesse zu integrieren. Umgekehrt sind behandlungstechnische Weiterentwicklungen im Gange, traumatherapeutische Erkenntnisse in die Psychoanalyse zu integrieren, insbesondere mit dem Ziel blockierte Mentalisierungsprozesse zu unterstützen. Dies kann beispielsweise mit der Technik der Prozessdeutung (Plassmann 1996) geschehen.

Letztlich sind immer natürliche, selbstorganisatorische Heilungsprozesse unsere Lehrmeister, wir lernen sie zu verstehen und zu unterstützen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

# Literaturverzeichnis

**Antonovsky, A (1989):** Die salutogenetische Perspektive. Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Medicus; II: 51-7*

**Bergmann, M. (1996):** Fünf Stadien in der Entwicklung der psychoanalytischen Trauma-Konzeption. *Mittelweg 36, 2/96*

**Felitti V.J., Anda R.F., et al (1998):** The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *Am J Prev Med 14, 245-258*

**Felitti V.J. (2002):** Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: Die Verwandlung von Gold in Blei. *Z Psychosom Med Psychother 48, 359-369*

**Hofmann, A. (1999):** EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. *Georg Thieme Verlag, Stuttgart.*

**Hüther, G. (2004):** Biologie der Angst. *Sammlung van den Hoeck.*

**Plassmann, R. (1996):** Körperpsychologie und Deutungstechnik: Die Praxis der Prozeßdeutung. *Forum der Psychoanalyse 12, S. 19-30, Springer-Verlag*

**Plassmann, R. (2002):** Psychotraumatologie der Essstörungen. *Vortrag auf der überregionalen Herbsttagung „Traumatherapie in der Praxis“ des Psychotherapeutischen Zentrums Bad Mergentheim, 18./ 19. Oktober 2002*

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

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

**Shapiro, F. (Hrsg.) (2003):** EMDR als integrativer psychotherapeutischer Ansatz, *Junfermann, Paderborn*