

Die Entwicklung der modernen Traumatherapie

Verf.: Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann



Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim

Tel. 07931 5316-0

E-Mail: kontakt@ptz.de

1. Einleitung

Traumatisierte geraten in Situationen, die zum Leben nicht mehr geeignet sind. Dies ist, wie ich meine, die kürzeste Definition eines Traumas. Mensch und Umwelt bilden keine Einheit mehr. Nun leben wir offenbar in einer Welt allgegenwärtiger Gewalt und es wäre nur deprimierend, sich mit dem Elend zu befassen, was dadurch angerichtet wird, wenn sich nicht gerade in der Traumatherapie gezeigt hätte, über welche enormen Fähigkeiten zur Selbstheilung der menschliche Organismus verfügt. Von den Behandlungserfahrungen sind deshalb intensive klinische und modelltheoretische Impulse für unser Fach ausgegangen und ich werde Ihnen das aus der Perspektive einer stationären Behandlungseinheit darstellen. Besonders interessant finde ich, wie die Psychosomatik ganz neue Bedeutung gewinnt und wie Psychoanalyse und Traumatherapie sich begegnen.

Aber beginnen wir am Anfang.

Die moderne Traumatherapie beginnt etwa mit dem Jahr 1989, als in der Arbeit vor allem mit Kriegsstraumatisierten neue Entwicklungen begannen. Man setzte eingeführt von Shapiro erstmals EMDR ein und sah in der Folge Heilungsprozesse, die vorher unbekannt waren. Teilweise in nur 1 – 2 Sitzungen hatten sich schwere posttraumatische Belastungsstörungen aufgelöst.

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 leider 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 erfolgreiche 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:

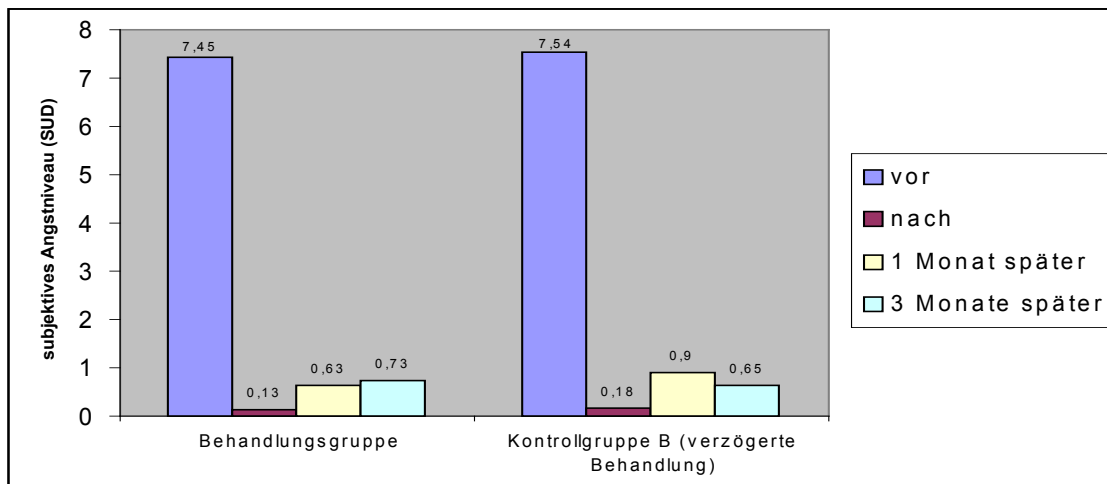


Abb. 1: die Shapiro-Studie

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).

Die Berichte über diese neuen Behandlungsstrategien haben viele veranlasst, nach Palo Alto in Kalifornien zu fahren um sich von Shapiro ausbilden zu lassen, unter den Ersten waren beispielsweise Friedhelm Lamprecht aus Hannover oder Arne Hofmann, der Leiter des deutschen EMDR-Instituts.

2. Selbstorganisation und Bipolarität

Aus dem, was wir seither in den EMDR-Behandlungen beobachtet haben, ließen sich einige Prinzipien der modernen Traumatherapie abstrahieren:



Abb. 2: Prinzipien der Heilungsprozesse

2.1. Das Prinzip Selbstorganisation

Ganz offenbar ist es nicht der Therapeut, der die Heilung bewirkt, sondern man kann die Existenz eines psychischen Selbstheilungssystems postulieren, welches blockiert war und unter geeigneten Bedingungen die Arbeit wieder aufnimmt.

Prinzip Selbstorganisation I

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.



8

Abb. 3: Prinzip Selbstorganisation

Es lag nun auf der Hand zu überlegen, bei welchen Erkrankungen selbstorganisatorische Heilungsprozesse durch die Therapie gefördert werden können. Wir haben die Anorexiebehandlung daraufhin überprüft. Die Behandlungsergebnisse in der Magersuchtbehandlung sind bekannterweise unbefriedigend. Die Behandlung schien meistens dazu zu führen, dass die Patientinnen hauptsächlich ihre Fähigkeiten perfektionierten, magersüchtig zu bleiben gegen alle therapeutischen Einflüsse. Bei uns wie in anderen Kliniken waren vollständige Heilungen die Ausnahme, meistens gab man sich mit Teilerfolgen zufrieden, die Zahl der Patientinnen, die auch nach langen Behandlungen ungebessert die Klinik verließen, war hoch.

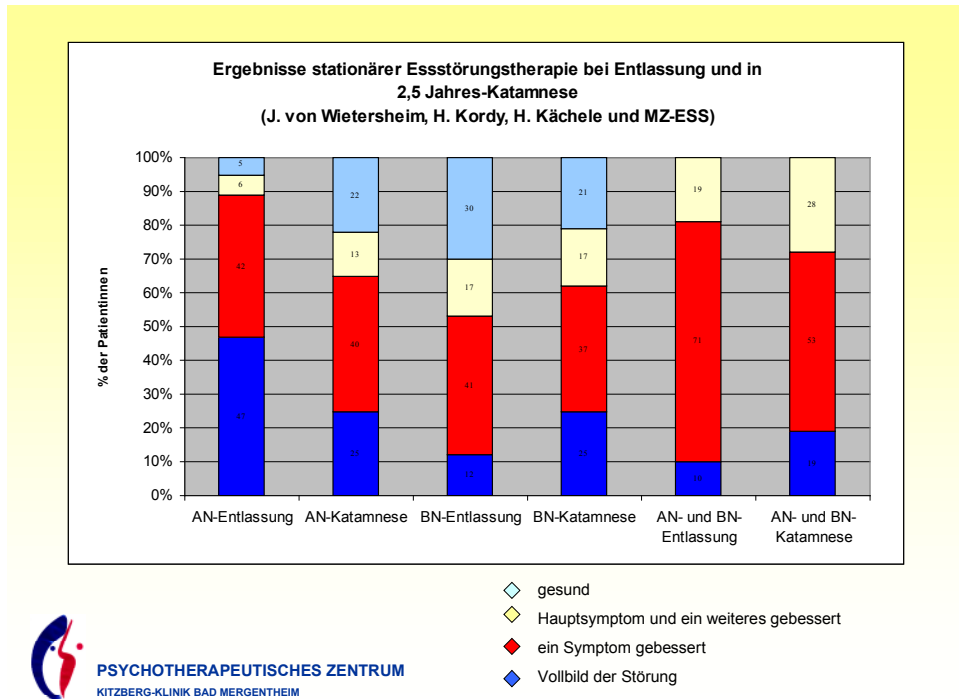


Abb. 4: Ergebnisse stationärer Essstörungstherapie in Deutschland

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

Die Umstellung auf das Prinzip Selbstorganisation hat diesen Missstand beendet, so dass heute die Behandlungsergebnisse so sind, wie man sie eigentlich von einem Krankenhaus erwarten muss. Therapiemisserfolge sind die Ausnahme geworden. Ich werde davon berichten.

2.2. Bipolarität

Das zweite Grundprinzip der modernen Traumatherapie ist die **Bipolarität**. Heilungsprozesse scheinen nur in Gang zu kommen bei gutem Kontakt zu dem, was man Ressourcen nennen kann.

Das bipolare Prinzip der Psychotherapie

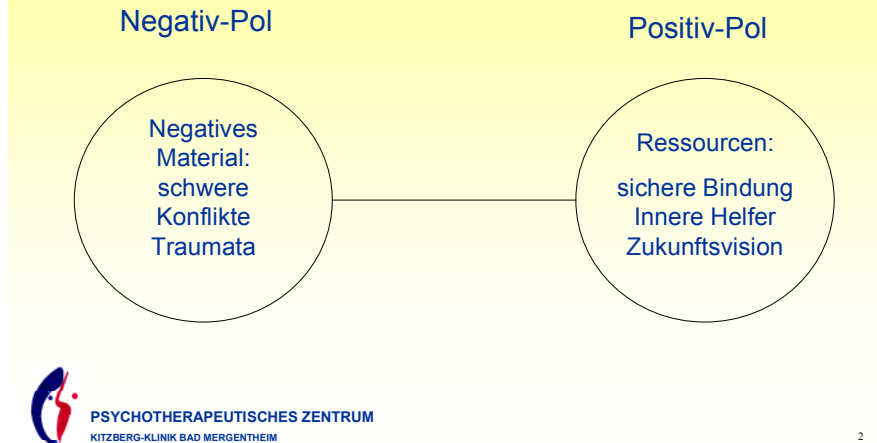


Abb. 5: Das bipolare Prinzip der Traumatherapie

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 Selbstopfer 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.

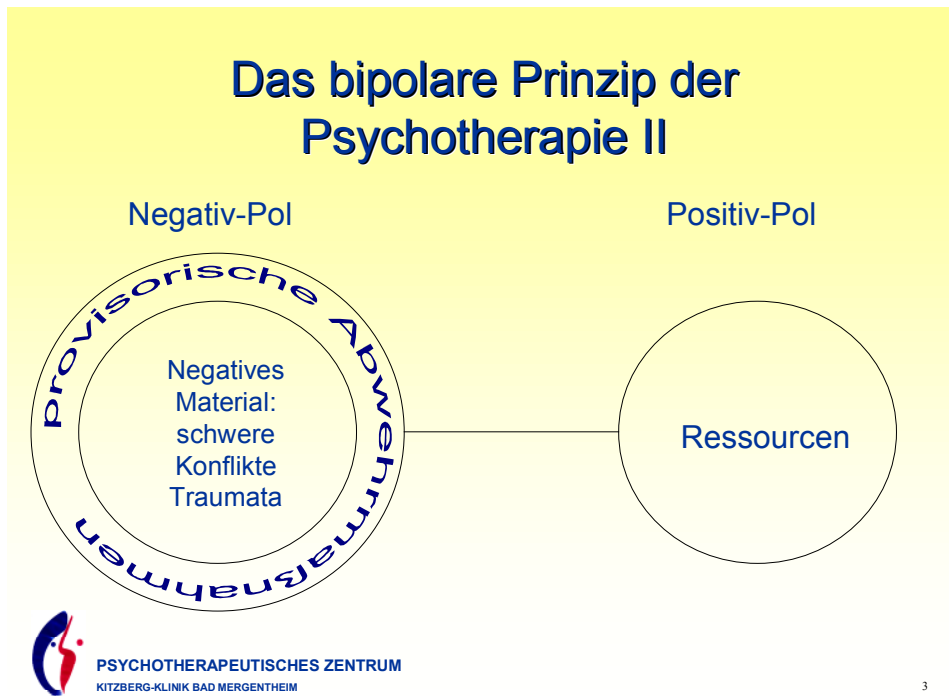


Abb. 6: Das bipolare Prinzip der Psychotherapie II

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.

Nun ergaben sich zwei folgenreiche Beobachtungen.

Es gibt mittlerweile ein gut entwickeltes Repertoire an Techniken zu Ressourcenorganisation, ich erinnere an die Arbeit der Bielefelder Gruppe. Reddemann betont übrigens, dass sie die meisten imaginativen Übungen, also innere Helfer, von ihren Patientinnen gelernt hat, d. h. auch die Ressourcen entstehen selbstorganisatorisch und sind keine Erfindung von Therapeuten. Zusätzlich zu den imaginativen Techniken erwies sich das sogenannte Positiv-EMDR als hochwirksam, also Ressourcenmobilisation im EMDR-Prozess.

Wir stießen nun auf das Absorptionsphänomen. Man beschäftigte sich in der einen Therapiestunde mit Ressourcenorganisation, wollte in der nächsten Stunde das Traumamaterial durcharbeiten und stellte fest, dass es verschwunden war. Hier zeigte sich überdeutlich die bipolare Natur der Heilungsprozesse. Sobald der Ressourcenpol gut organisiert war, nahm das psychische Heilungssystem seine Arbeit wieder auf, es kam zur Spontanauflösung des emotionalen Belastungsmaterials auf natürlichem Wege.

2.3. Emotionale Präsenz: vom logozentrischen zum emotiozentrischen Prinzip

Mit zunehmender klinischer Erfahrung, auch in der genauen Beschäftigung mit Behandlungsmisserfolgen trat das dritte Prinzip der modernen Traumatherapie immer deutlicher hervor: **das Prinzip der emotionalen Präsenz.**

Die moderne Traumatherapie bringt uns einen Wechsel vom logozentrischen zum emotiozentrischen Modell. Emotionen sind anscheinend das zentrale und unverzichtbare Organisationsprinzip aller mentalen Vorgänge, sowohl im Bereich der Traumaschemata wie auch im Bereich der Ressourcen (Roth, 1996). Sie bewerten alles, was erlebt wird, sie steuern das Abspeichern des Erlebten im Gedächtnis und damit das Lernen.

Der Wechsel vom logozentrischen zu emotiozentrischen Modell hat äußerst weitreichende Konsequenzen. Krank macht offenbar ein unverarbeitbares Übermaß an negativen Emotionen, sie blockieren die mentalen Verarbeitungsprozesse. Oder etwas weniger mechanistisch gedacht: unter dem Einfluss überstarker negativer Emotionen verändert sich der mentale Verarbeitungsprozess qualitativ. Der emotionale Erlebniskomplex wird im Dienst des Selbstschutzes wie ein Fremdkörper abgekapselt, die höheren Verarbeitungsprozesse sind blockiert. So negativ sich dies später auswirken wird, ist diese **traumatische Reaktion** doch im Moment des Geschehens notwendig, um das psychische Überleben in lebensgefährlichen Situationen zu sichern.

Auch der Ressourcenbereich organisiert sich um positive Emotionen, um das Kohärenzgefühl, das Gefühl des Gesundseins. Auch die Ressourcen werden nur wirksam, wenn sie gefühlt werden. Emotionale Präsenz ist erforderlich für psychische Reorganisation. Durch die genaue Beachtung dieses Prinzips der emotionalen Präsenz verbessern sich

wiederum die Ergebnisse der Ressourcenorganisation und damit die Behandlungsergebnisse erheblich. Wir sehen dann sehr deutlich, wie die psychische Reorganisation des blockierten emotionalen Belastungsmaterials zielstrebig in Richtung auf gesunde emotionale Ordnungsmuster strebt.

Prinzip Selbstorganisation II

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. 7: 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 Heilungsinstinkt – den eigenen und den des Patienten – stets verlassen, wie ein Reiter auf sein Pferd. Es findet immer den Stall. Ich finde das sehr beruhigend.

2.4. Die Bedeutung der Körperrepräsentanzen

Damit war der Boden bereitet für zwei weitere Entwicklungsschritte: die **Arbeit mit den Körperrepräsentanzen** und die **Arbeit mit der Mikroszene.**

Warum sind Körperwahrnehmungen so bedeutsam?

Körperrepräsentanzen sind gleichsam der nächste Verwandte der Emotion.

Man muss kein Neurobiologe sein um sich Folgendes klar zu machen: Emotionen sind nicht isoliert denkbar. 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.

In den Heilungsprozess wollen alle Repräsentanzen des Traumaschemas integriert werden, auch und gerade die Körperrepräsentanzen. Wir sehen schwere chronische Schmerzzustände, chronische Kopfschmerzen, sehr häufig Tinnitus. Das Körpergedächtnis reproduziert die überstarke negative emotionale Energie und ihre Begleitscheinungen. 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 gehandelt haben, etwa bei Kriegstraumatisierten oder Unfalltraumatisierten, es kann sich um traumaassoziierte körperliche Reaktionen handeln, beispielsweise Muskelverspannungen oder Kreislaufreaktionen und es kann sich auch um vegetative Reaktionsmuster handeln, über die keinerlei bewusste Kontrolle besteht, beispielsweise Ödem-Bildung oder es kann sich um komplexe Verhaltensmuster handeln, die ebenfalls gleichsam eingebrannt sind im Körpergedächtnis, etwa eine Körperhaltung. Wir können deshalb damit rechnen, dass zukünftig eine zunehmende Anzahl psychosomatischer Erkrankungen traumatologisch besser verstanden und behandelt werden kann als bisher. In der Behandlung der Essstörungen werde ich Ihnen hiervon berichten.

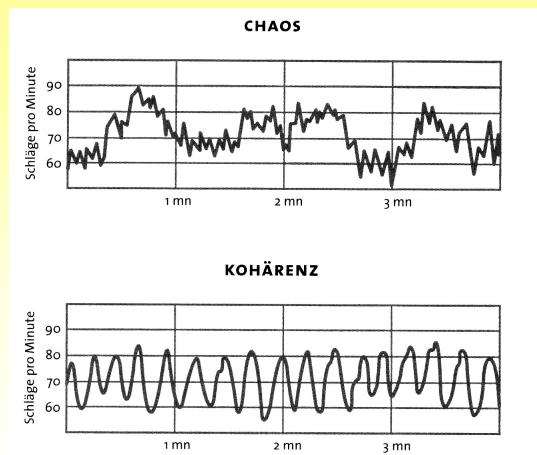
Durch die emotiozentrische Arbeitsweise der modernen Traumatherapie wandeln psychosomatische Symptome ihren Charakter. Sie, die sonst den therapeutischen Prozess eher zu erschweren schienen, weil sie sprachlos sind, werden zu Helfern der Therapie, sie werden gerade zu unverzichtbar, weil sie den Emotionen so nahe sind.

Organe und Organsysteme sind mit den Zentren der emotionalen Intelligenz aufs Engste vernetzt und wenn sie von emotional belastenden Ereignissen betroffen sind, dann reagieren sie wie Lebewesen, also wie Subjekte mit einer Antwort, die vom emotional empfundenen Grad der Belastung abhängt.

Ich vermute, dass wir grundsätzlich 3 Reaktionsformen auf Organebene unterscheiden können: den **kohärenten** Zustand, den **chaotischen** Zustand und den **traumatischen** Zustand (siehe auch Servan-Schreiber 2004).

Fühlt sich das Organ der Belastung, die auf es einwirkt, gewachsen, so reagiert es **kohärent**, seine ihm eigenen Rhythmen sind ungestört und harmonisch. Das Organ macht seine Arbeit, beklagt sich nicht, es fühlt sich wohl, könnte man sagen. Am Herzen sind diese Vorgänge besonders leicht beobachtbar, am Patienten messbar und natürlich auch am eigenen Leibe wahrnehmbar. Wegweisend war hier die Erkenntnis, dass es nicht nur einen Puls-Rhythmus gibt, sondern mindestens zwei. Die sogenannte Herzschlagvariabilität bildet eine Art Metarrhythmus, der die Verfassung des Herzens anzeigt.

Chaos und Kohärenz



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

10

Abb. 8: Chaos und Kohärenz

Im normalen, also im kohärenten Zustand, finden wir einen langsamen 4 – 5 / min – Rhythmus, der anzeigt, dass es dem Herzen, dem emotionalen System und dem gesamten Organismus gut geht. Es gibt spezielle Software, z. B. den Freeze Framer, der mittels eines handelsüblichen Pulsfühlers diesen Rhythmus darstellen kann.

Überschreitet die emotionale Belastung ein bestimmtes Maß, so wechselt das Herz in den sogenannten chaotischen Zustand. Wenn ich hier ansagen würde: „Herr Meier, bitte ans Telefon, in ihr Wohnhaus ist eingebrochen worden“, dann könnte der Bedauernswerte diesen Wechsel bei sich beobachten.

Aus der Psychotraumatologie wissen wir nun, dass es bei weiter ansteigender emotionaler Belastung den Übergang in den traumatischen Zustand gibt, in dem die Systeme sich in Ausnahmezustand befinden. Potentiell tödliche Affektstärken führen zur katastrophalen Destabilisierung des lebendigen Systems, die Tätigkeit des psychischen Systems ist nur noch auf Überleben ausgerichtet, dazu gehört auch die Desintegration des Erlebten. Auch auf Organebene sehen wir solche traumatischen Schockzustände der Organsysteme, z. B. die hypertensive Krise, die schwere Herzrhythmusstörung, den Migräne-Anfall, den Asthma-Anfall.

Auch solche organgebundenen Traumaschemata frieren ein, sie bleiben zeitstabil über Jahrzehnte. In Triggersituationen mit spezifischer emotionaler Belastung wird das organ-

gebundene Traumaschema aktiviert. Der kohärente Zustand geht in den chaotischen oder traumatischen über. Eine psychosomatische Erkrankung hat sich gebildet.

Damit wird klar: Traumatisierung, sei es im psychischen oder im somatischen System oder in beiden zugleich, geschieht nicht in der Vergangenheit. Sie hat in der Vergangenheit begonnen und wiederholt sich in der Gegenwart.

2.5. Die Arbeit mit der Mikroszene

Die Untersuchung dieser aktuellen Triggersituationen bildet den Bereich der Mikrotraumatologie, wie ich es nennen möchte.

Diese Mikrotraumatologie ist bislang nicht genug beachtet worden. Wir brauchen sie aber, denn mit ihr beginnt die Behandlung. Traumatische Mikroszenen finden wir im aktuellen Umgang des Patienten mit sich selbst, also als Selbsttraumatisierung, besonders augenfällig beispielsweise im selbstverletzenden Verhalten oder in der magersüchtigen Schädigung der eigenen Weiblichkeit. Wir finden die Mikrotraumata aber auch in der therapeutischen Beziehung. Die Wiederholung alter Traumaschemata in der Gegenwart der therapeutischen Beziehung ist ein allgegenwärtiges Phänomen und es ist interessant zu sehen, wie sich auf dem Gebiet der Mikrotraumatologie die Psychoanalyse und die Traumatherapie begegnen, wechselseitig voneinander anregen lassen und integrieren.

Hierfür ein Beispiel.

Die 52jährige Frau Huber ist Grundschullehrerin. Sie ist seit einigen Tagen zur stationären Psychotherapie in der Klinik. Sie erzählt mir im Erstgespräch, dass sie seit Monaten nicht mehr unterrichtet, sie fühlt sich energielos, schläft kaum. Sie hat Angst vor ihrer disziplinlosen und frechen Klasse. Seit 2 Jahren hat sie zunehmende Kreuzschmerzen, die jede körperliche Belastung verhindern. Man hat ihr deshalb künstlich die Lendenwirbel mit mehreren Schrauben versteift, wie sie sagt. Während sie das als früheres Geschehen berichtet und ich mich gut bei dem Gedanken fühle, dass wir Psychotherapeuten so etwas nie machen würden, schaut sie mich gequält an. Anscheinend leidet sie. Ich frage sie, wie sich ihr Rücken gerade jetzt im Gespräch mit mir anfühlt: Es ist ein Dauerschmerz, der im Gespräch etwas zugenommen hat, es geht gerade noch. Sie sitzt dabei

starr aufgerichtet, nichts an ihr bewegt sich frei. Sie erträgt, was ich mit ihr mache, was ich frage und was ich von ihr fordere.

Als ich wissen will, ob sie Geschwister hat und was mit ihren Eltern ist, steigt die körperliche Spannung rapid an. Anscheinend quäle ich sie durch Fragen nach einem Thema, über das sie nicht sprechen kann. Ein Mikrotrauma baut sich auf. Ihre Mutter ist pflegebedürftig, so erfahre ich, sie hat eine Schwester, die aber im Ausland lebt und nicht helfen kann. Ihr Gesicht ist dabei starr, ihr Rumpf ebenso. Alles sagt mir, ohne gesagt zu werden: hör auf.

Ich frage sie, ob sich ihre Rückenschmerzen jetzt im weiteren Sprechen mit mir verändert haben: sie sind immer stärker geworden und ich fange einen verzweifelten Blick auf. Mir wird klar, dass sie sich auch gegen weitere unerträgliche Fragen nicht wehren könnte, obwohl sie offenbar im Moment am Limit des Erträglichen angelangt ist.

Was tun? Eine Deutung des Zusammenhangs zwischen ihrem Mutter-Thema und den Rückenschmerzen? Ich erspare ihr das und sage ihr stattdessen, dass sie meiner Ansicht nach nicht nur in der Schule, sondern auch in der Therapie das Recht hat, Belastungen auf ein erträgliches Maß zu regulieren und frage sie, was jetzt im Moment ihre Belastung und ihren Schmerz reduzieren würde. Sie antwortet nicht sprachlich, sondern körperlich, setzt sich ein wenig anders hin, atmet 1 – 2 Mal tiefer durch, löst ihren starren angstvollen Blick von mir und schaut ein wenig im Raum umher, erst zum Fenster, dann zur Tür. Auf meine Frage, wie sich diese kleinen Veränderungen auf ihre Verfassung ausgewirkt haben, sagt sie, es gehe ihr etwas besser. Sie atmet dabei ruhig, lächelt etwas. Ich schlage ihr vor, das Gespräch hier zu Ende zu bringen und gebe ihr einen Vorschlag mit. Ich empfehle ihr, so wie in diesem Gespräch mit mir auch in allen künftigen Therapiesituationen auf Momente zu achten, in denen die Belastung ansteigt und dann jeweils genau zu studieren, was sie braucht um sich zu schützen.

Die Patientin hat diesen Ratschlag befolgt und während der stationären Psychotherapie keine weiteren schweren Schmerzzustände mehr entwickelt. Wir haben später erfahren, dass diese Patientin von ihrer Mutter schon als Kind den Auftrag hatte, den Haushalt zu besorgen und von ihrem Vater für jedes Versäumnis schwer misshandelt worden ist. Dennoch: im Gespräch mit mir war es nicht der Vater, der sie quälte, sondern ich als

Fragender. Hiermit beginnt die Therapie oder – nach meiner Überzeugung – sie beginnt nicht.

Wir sehen an diesem kleinen Fallbeispiel, dass die anfängliche Stabilisierungsphase dem Ziel dient, aktuelle Mikrotraumata zu identifizieren und gezielt bereitliegende Ressourcen zu mobilisieren. Die Arbeit an den Makrotraumata dieser Patientin (die Schule, ihre fordernde Mutter, der gewalttätige Vater) haben zu warten. Dies ist Gegenstand der Expositionsphase, also dem systematischen Durchprozessieren der Makrotraumata.

2.6. Die 4 Phasen der stationären Psychotherapie

Wie wird nun aus alledem ein übersichtlicher und klar definierter Therapierahmen?

Die folgende Abbildung zeigt das 4-Phasen-Modell der modernen Traumatherapie. Es stammt noch von Janet (1889), ergänzt um die Ressourcenorganisation. Dieser allgemeine Therapierahmen hat sich mittlerweile als Grundstruktur stationärer Psychotherapie sehr bewährt.

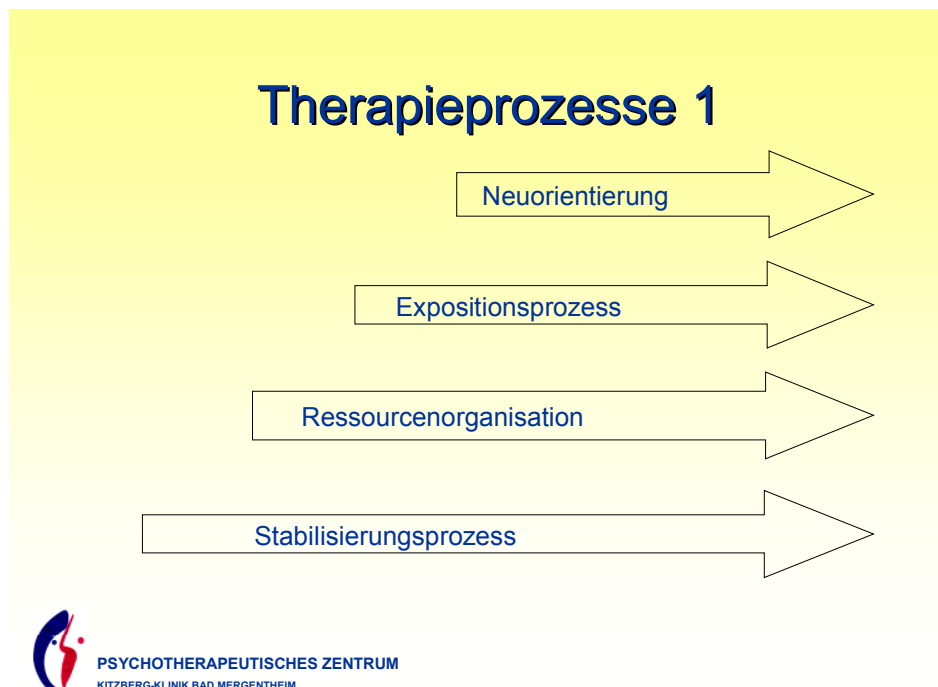


Abb. 9: Therapieprozesse 1

Therapieprozesse 2

1. Stabilisierung:
 - aktive Selbststabilisierung
 - kontrollierter Umgang mit dem emotionalen Belastungsmaterial
2. Ressourcenorganisation:
 - Kontakt zu den salutogenetischen Kräften der Persönlichkeit
 - bipolares EMDR
3. Exposition:
 - systematisches Durchprozessieren des emotionalen Belastungsmaterials
4. Neuorientierung:
 - Wagen was Sinn macht.



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

19

Abb. 10: Therapieprozesse 2

Im letzten Teil meines Vortrags möchte ich Ihnen nun schildern, wie sich unter dem Einfluss der modernen Traumatherapie die Behandlung von magersüchtigen Patientinnen verändert hat.

3. Psychotraumatologie der Essstörungen

Welche aktuellen Mikrotraumata sind nun aktuell wirksam und verhindern einen Stabilisierungs- und Heilungsprozess der essgestörten Patientinnen? Es mögen die Mütter gewesen sein, die von klein auf versucht haben, die Weiblichkeit ihrer Töchter zu kontrollieren und zu beherrschen, es mögen die Väter gewesen sein, die ihre Tochter als jugendliche Geliebte besitzen wollten, es mögen in der soziokulturellen Dimension verzerrte Frauenbilder von der ewig 13jährigen sexuell attraktiven Kindfrau wirksam sein. Die Therapie, also die Stabilisierungsphase beginnt aber damit, dass die Patientin die Verantwortung für ihre permanente gegenwärtige magersüchtige Traumatisierung des Körpers übernimmt und beendet. Stabilisierung, das wird hier deutlich, ist kein Vorgang, in dem die Patientin passiv bleibt und z. B. vom Therapeuten stabilisiert wird, Stabilisierung beginnt vielmehr als **aktive Selbststabilisierung**, indem die Patientin das aktuell wirksamste Muster ihrer Selbsttraumatisierung beendet, also den magersüchtigen Kampf gegen den eigenen Körper und gegen die eigene Weiblichkeit.

Diese Entscheidung fällt nur, wenn sie mit einem geeigneten Stabilisierungsprotokoll unausweichlich wird.

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.
- 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.

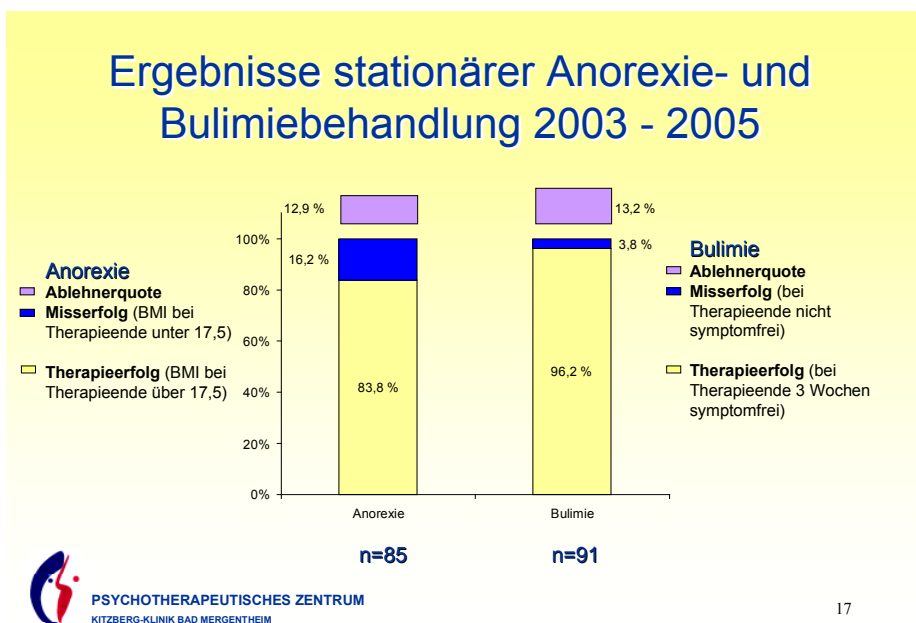


PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

22

Abb. 11: Stabilisierungsprotokoll

Wir haben dieses Stabilisierungsprotokoll eingeführt und angenommen, dass ein hoher Teil der Patientinnen sich der aktiven Selbststabilisierung verweigern und die Therapie abbrechen würde. Dies war zu unserer Überraschung nicht der Fall.



17

Abb. 12: Therapieergebnisse Psychotherapeutisches Zentrum

Der Anteil der Patientinnen mit Anorexie, die nach begonnener Therapie diese auch erfolgreich abschlossen beträgt 83,8 %, von den bulimischen Patientinnen schliessen 96% die Therapie symptomfrei ab.

Die sehr niedrige Misserfolgsquote ist darauf zurückzuführen, dass die Patientinnen sehen, wie relativ leicht die Selbststabilisierung fällt, nachdem die Entscheidung eindeutig getroffen wurde. Sie könne dann frei entscheiden, ob sie eine Expositionsphase anschliessen wollen mit systematischem Prozessieren traumatischer Materials.

4. Fallbeispiel

Die Kasuistik schildert die Behandlung einer 62-jährigen Frau, in dieser Therapie standen der Expositionsprozess mit bipolarem EMDR im Vordergrund

Frau Schneider ist als Hochschullehrerin tätig, sie liebt ihren Beruf, insbesondere die Lehrveranstaltung, den Umgang mit den jungen Menschen.

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 genau, dass es kein Hirnabbau ist, sondern, dass ihr Gedächtnis irgendwie verrückt spielt, sie weiß nicht, warum. Die Symptome sind begleitend von schweren Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Schweißausbrüchen.

Sie war nicht mehr arbeitsfähig, wir haben sie zu stationären Psychotherapie aufgenommen.

In meinem 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 wage 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 sei aber 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 gering zu schätzen. 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 Selbstorganisation, 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 hierher fliegen 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, ich weiß 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 Schneider.

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 sie stark verändert. So etwas wie eine entschlossene Neugier war entstanden. 1 Jahr 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 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, dabei auch, 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, 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 Spontanressource 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 rundum zufrieden mit sich und dieser Heilungsvision und machte gleich die Probe aufs Exempel, dachte an das Belastungsmaterial, den schlimmsten Moment in der Stunde, mit ekelhaften Körpergefühlen und erst in diesem Moment tauchte die positive Kognition auf. Sie sagte in völliger Ruhe: da ist keine Belastung, der SUD ist 0, es ist vorbei. Das war damals. Und 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 Missbrauchserfahrungen. Sie war danach nur noch einmal da um die Angst vor einer bevorstehenden Operation durchzuprozessieren, was ihr erfolgreich gelungen ist.

5. Schluss

Ich fasse zusammen.

Moderne Traumatherapie ist eine wissenschaftliche und klinische Modellwerkstatt. Sie hatte ursprünglich begonnen, sich mit speziellen klinischen Krankheitsbildern, den posttraumatischen Belastungsstörungen zu befassen und wie unter der Lupe ließen sich das Prinzip Selbstrorganisation, das Prinzip Bipolarität und das emotiozentrische Prinzip beobachten. Weil Körperrepräsentanzen des emotionalen Belastungsmaterials so häufig sind, entsteht nun mit großer Entwicklungsdynamik eine **psychotraumatologisch fundierte Psychosomatik**. Der geheimnisvolle Sprung ins Körperliche (Freud 1895) hört auf zu existieren.

Dadurch, dass die moderne Traumatherapie sich nun der Mikrotraumatologie im Hier und Jetzt zuwendet, entsteht eine Synthese zwischen Traumatherapie und Psychoanalyse. Es kann dabei durchaus der Behandlungssituation überlassen bleiben, ob die Mikrotraumata mit dem klassischen Repertoire der psychoanalytischen Deutung oder mit den neu entwickelten Methoden wie EMDR aufgelöst werden.

Klar scheint mir: nach 100 Jahren Psychotherapie stehen wir nicht am Ende, sondern am Anfang der Entwicklung unseres Gebietes.

Literaturverzeichnis

Freud, S. (1895): Entwurf einer Psychologie. GW Nachtragsband, Seite 373 – 486.

Freud, S. (1940): Abriss der Psychoanalyse. GW XVII, Seite 63 – 108.

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

Plassmann, R. (2004): Selbstorganisation und Heilung. *Vortrag auf der überregionalen Herbsttagung des Psychotherapeutischen Zentrums Bad Mergentheim. Erschienen in: Geissler, P. (2005): XY. Psychosozial-Verlag.*