

Im eigenen Rhythmus. Einführung in eine Prozessorientierte Psychotherapie

Vortrag auf der Frühjahrstagung des Psychotherapeutischen
Zentrums Bad Mergentheim 04.07.09

Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann
Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931 5316 – 1302
E-Mail: plassmann@ptz.de

1. Einleitung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Gäste,

ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserer Frühjahrstagung. Ihr Anlass ist ein Wachstumsvorgang. Das Psychotherapeutische Zentrum ist 10 Jahre alt, ich staune selbst, wie jung es noch ist und es ist in dieser Zeit ohne Frage gewachsen. Damit meine ich nicht in erster Linie das quantitative Wachstum mit einem Mehr an Betten, Gebäuden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Behandlungen, sondern etwas Anderes: Es ist eine Idee gewachsen, davon, wie sich seelische Erkrankungs- und seelische Heilungsvorgänge vollziehen und eine Idee, wie wir uns Behandlung vorstellen. Es ist zu einer Ausdifferenzierung von Strukturen gekommen, die sich am Alter unserer Patientinnen und Patienten orientieren: Es gibt die Abteilung für Kinder und Jugendliche und für Mütter mit Kindern, es gibt sowohl in der Reha-Abteilung wie in der Akutklinik die Bereiche für jüngere und für ältere Erwachsene.

Lassen Sie uns bilanzieren:

Was sind die Ideen und Methoden, die sich in den vergangenen Jahren hier entwickelt haben? Ausgangspunkt war folgende Überlegung: Jede Psychotherapiemethode für sich hat gelernt, auf ihre jeweilige Art seelische Wachstumsprozesse zu fördern. Also brauchen wir eine übergeordnete Struktur, eine Art Dach, in das möglichst viele Methoden eingefügt werden können. Man braucht zum Vorwärtkommen eben nicht nur eine Straße, sondern ein Straßennetz, ein System. Einen solchen Rahmen können wir **Prozessorientierte Psychotherapie** nennen. Diesen qualitativen Sprung von der Einzelmethode zum prozessorientierten Rahmen hat die moderne Traumatherapie, insbesondere das EMDR, intensiv nahe gelegt. Die moderne Traumatherapie arbeitet in ihrer Behandlungstechnik extrem prozessorientiert, auch wenn sie es eher selten modelltheoretisch ausarbeitet. Ich werde deshalb im ersten Teil meines Vortrags Einiges zusammenfassen, was mir auf dem Weg zu einem Prozessmodell seelischer Heilungsvorgänge wichtig erscheint.

Wenn wir uns also nicht mehr über die einzelne Methode, sondern über den Prozess definieren, dann folgt daraus, dass Therapeutinnen und Therapeuten mit vielen

Ausbildungen an einem solchen Behandlungsrahmen mitwirken. Ich selbst bin beispielsweise DPV-Lehranalytiker, das hat mich nicht gehindert, Hypnotherapie bei Götz Renartz zu lernen, das EMDR in seiner ursprünglichen Form und in seinen mittlerweile zahlreichen Modifikationen hat mich sehr fasziniert, aktuell bilde ich mich aus in der sogenannten EFT, dieser seltsamen Klopftechnik, die offensichtlich emotionale Transformationsprozesse anregt und niemand weiß, warum. Ich lerne viel von meinen Kolleginnen und Kollegen innerhalb und außerhalb der Klinik. Frau Dr. Seidel, die Chefärztin unseres Kinder-, Jugend- und Mutter-Kind-Bereichs hat mir gezeigt, wie sie mit Kindern arbeitet, eine bleibende Bereicherung für mich. In meinem nächsten Leben werde ich Kindertherapeut, dies ist beschlossen. Ich lerne viel von den Verhaltenstherapeuten, den Körpertherapeuten und den Spezialtherapeuten. So geht es mehr oder weniger allen hier. Sollten Sie ein wenig Lust auf eine solche kreative Arbeitsgruppenatmosphäre haben, wie man sie in der Klinik herstellen kann, dann nehmen Sie einfach teil an unseren Fallkonferenzen, die wir gerade in Begriff sind, ins Leben zu rufen.

Mein erstes Credo ist also: Unser Lehrmeister ist der seelische Heilungsprozess, daraus folgt die Notwendigkeit eines prozessorientierten Arbeitens.

Mein **zweites Credo** betrifft die Heilbarkeit emotional bedingter Erkrankungen. Ich bin fest davon überzeugt: Das seelische System ist zur Heilung emotional bedingter Störungen im Stande. Wir sehen in den Behandlungen zum Einen schnelle Transformationsprozesse, die innerhalb *vorhandener* seelischer Strukturen mit großer Geschwindigkeit und vollständig ablaufen können. Wir sehen zum Anderen langsame Wachstumsprozesse, in denen sich fehlende, aber notwendige Strukturen mit großer Zielstrebigkeit bilden.

Also müssen wir in unserem Tun und unseren Zielen unterscheiden zwischen **Wachstumsprozessen** von seelischen Strukturen in langen Zeiträumen und **Transformationsprozessen** von blockiertem emotionalem Material, die sehr schnell ablaufen können.

Ein Faszinosum der modernen Traumatherapie mit EMDR ist, dass es uns die mit erstaunlicher Geschwindigkeit ablaufenden Transformationsprozesse des

emotionalen Belastungsmaterials gezeigt hat, während die Psychoanalyse hauptsächlich die langsamen Wachstumsprozesse zum Ziel hat, woraus man fälschlich hätte schließen können, dass es die schnellen Transformationsprozesse nicht gibt. Es gibt sie aber und gerade die Arbeit mit EMDR hat mein Vertrauen in die Fähigkeiten des seelischen Heilungssystems enorm verbessert. Was aber nicht geschehen darf, ist die Verwechslung von *Transformation* und *Wachstum*. Wachstum seelischer Strukturen wird immer lange Zeiträume brauchen, niemals und mit keiner gegenwärtigen und zukünftigen Methode wird man eine Borderline-Störung in wenigen Sitzungen heilen. Wir lehren unsere sehr zahlreichen Borderline-Patientinnen deshalb, sehr sorgfältig für Wachstum von Strukturen zu sorgen mit geeigneten Strategien, die wir Ihnen zeigen und entwickeln für instabile Patienten immer bessere Techniken der "tränenfreien Traumatherapie", also der Anregung jener Transformationsprozesse, die schon möglich sind. Das Kurz-EMDR, von welchem Dr. Seidel in ihrem Vortrag unter anderem spricht, ist eine dieser atraumatischen Techniken. Das EFT, die eigentümliche Klopftechnik, ist vermutlich eine zweite unkomplizierte für breite Anwendung sehr gut geeignete Technik, emotionale Transformationsprozesse mit einfachsten Mitteln auch bei instabilen Patientinnen anzuregen.

Man sollte an dieser Stelle im Sinn behalten, dass die interessantesten methodischen Neuentwicklungen der letzten Jahre offenbar das Heilungspotenzial des Körpers integrieren und zwar mit wahrhaft verblüffend einfachen Mitteln.

Das leitet über zum **dritten Credo**: Vereinfachung ist nötig und Vereinfachung ist möglich. Das menschliche Gehirn ist wahrscheinlich das komplexeste System, was die Evolution hervor gebracht hat, wir werden es niemals ganz verstehen. Kennen Sie den Bonmot: wenn das Gehirn so einfach wäre, dass wir es verstehen könnten, wären wir leider viel zu dumm dazu.

Also ist Vereinfachung nötig. Wir brauchen verständliche und praktikable Modelle und Methoden, die uns handlungsfähig machen und dies ist möglich. Das Einfache ist dabei keineswegs das Schlechtere, Simplere, sondern oft das Bessere. Der Grund ist, dass komplexe biologische Systeme nicht überlebt hätten, wenn sie auf alle Aufgaben nur höchstkomplizierte Antworten gefunden hätten. Würde jeder Vorgang

der Emotionsverarbeitung Stunden, Wochen oder Jahre brauchen, wären wir alle psychotisch. Weil dem aber nicht so ist, können wir annehmen, dass ein solch hyperkomplexes biologisches System wie das menschliche Gehirn auch einfache und wirksame Prozesse zur Emotionsverarbeitung evolutionär entwickeln musste und entwickelt hat. Wir müssen sie nur finden und sind auf dem besten Wege dazu.

Mein **viertes Credo**: Wenn wir Wachstums- und Transformationsprozesse fördern wollen, brauchen wir eine Möglichkeit, ihre Anwesenheit oder Abwesenheit zu erkennen. Geht das nur mit technischen Hilfsmitteln, beispielsweise der Messung der Herzschlagvariabilität? Ich glaube nicht. Es gibt einen **Heilungsinstinkt**, der uns in jeder Therapiestunde in jedem Moment Informationen gibt über die Qualität der emotionalen Verarbeitungsvorgänge, über intrapsychische und auch interaktionelle Muster der Emotionsregulation zwischen uns und unserer Patientin.

Ein wesentlicher Bestandteil, ein Ausgangspunkt einer prozessorientierten Psychotherapie sowohl in der Ausbildung wie in der Behandlung muss deshalb der Aufbau einer **bifokalen Wahrnehmung** sein: ein Teil der Aufmerksamkeit gilt dem *Was*, dem Inhalt des Prozesses, dies sind Gedanken, Fantasien, Träume, Gefühle, Körperreaktionen. Ein anderer Teil der Aufmerksamkeit richtet sich auf das *Wie*, den Prozess: wie hoch ist die aktuelle Belastung im gegenwärtigen Moment, sind außer emotionalem Belastungsmaterial auch positive emotionale Komplexe, also Ressourcen präsent, geht die Belastung zurück und entstehen neue gesunde psychische Elemente?

Wir könnten uns hier einen kurzen Ausschnitt aus einer Behandlungsstunde anschauen um das Geschehen in dieser Sequenz zu diskutieren.

2. Auf dem Weg zu Beschreibungsmodellen

Was wissen wir nun über die Gesetzmäßigkeiten emotionaler Verarbeitungsvorgänge? Modelle sind wichtig und notwendig, unser Instinkt braucht einen gedanklichen Konzeptrahmen. Natürlich ist jedes Modell immer vorläufig, stets im Wachsen begriffen, weil es permanent durch neue Erkenntnisse modifiziert wird.

Woher bekommen wir brauchbare Modelle für emotionale Reorganisationsprozesse?

Ohne Frage besonders interessant sind die Ergebnisse der Säuglingsforschung und der Pränatalforschung. Ich komme darauf zurück.

Sehr interessant ist die Neurobiologie, z. B. die Befunde und Modelle der Emotionsforschung bei LeDoux (2001) oder das Modell der Entstehung psychischer Objekte bei Damasio (2000). Sehr interessant sind auch die Arbeiten des Psychoanalytikers Wilfried Bion. Viele finden seine Gedanken schwer verstehbar, weil er bewusst leere Begriffe eingeführt hat, z. B. Alpha-Funktion, Beta-Elemente. Wenn man sich aber der kleinen Mühe aussetzt, sich mit seinem Denken vertraut zu machen, so bringt er einem konsequenter als jeder andere Autor prozessbezogenes Denken nahe.

Die dritte nach meinem Dafürhalten wichtige und interessante Disziplin für die Entwicklung eines Modells seelischer Wachstums- und Transformationsprozesse ist die moderne Traumatherapie, ich erwähne das, weil sie, allerdings meist ohne dies modelltheoretisch auszuarbeiten, mit prozessbezogener Technik arbeitet. Die wie im Zeitraffer ablaufenden Transformationsprozesse in EMDR-Behandlungen haben uns einige einfache, aber grundlegende Bedingungen für emotionale Transformationsprozesse verstehen lassen.

Schauen wir uns also um in diesen Wissenschaften.

Da es mittlerweile sowohl eine Säuglingsforschung wie eine Pränatalforschung gibt, können wir die Erkenntnisse über seelische Verarbeitungs- und Wachstumsvorgänge chronologisch ordnen und mit der intrauterinen Persönlichkeitsentwicklung anfangen.

Was wissen wir über emotionale Vorgänge beim ungeborenen Kind?

Ich will das etwas näher betrachten, weil die Forschung hier, dank Ultraschall, rasche Fortschritte macht.

Im Alter von ungefähr 8 Wochen, das Kind ist 2,5 cm groß, reagiert das Ungeborene auf die Berührung seiner Lippen (Hüther & Krens 2008, S. 69). Man nimmt an, dass

sich gerade für die Berührungsempfindungen der Haut erste emotionale Bewertungskategorien bilden: angenehm – unangenehm (Seite 71). Ab der 23. Woche verzieht das Ungeborene bei Schmerzreizen das Gesicht.

Ab der 20. Woche antwortet das ungeborene Kind auf zu laute Geräusche mit einer Schreckreaktion, bei leisen angenehmen Geräuschen mit einer interessierten Hinwendung. Auch hier findet also emotionale Bewertung statt in den Kategorien angenehm und unangenehm und offenbar bildet sich bereits ein *Window of Tolerance* mit einem optimalen mittleren Bereich der Emotionsstärke. Wir begegnen dem später in jeder Therapiestunde. Wenn das Ungeborene zwischen angenehm und unangenehm unterscheiden kann, so dürfen wir annehmen, dass es auch erste Fähigkeiten zur Emotionsregulation gibt.

Ab der 26. Schwangerschaftswoche können die ungeborenen Kinder lächeln und das Gesicht zum Weinen verziehen. Ist die Mutter ängstlich, so sieht man im Ultraschall Kinder, die erstarren oder wild um sich strampeln (Seite 97). Spätestens ab dem 6. Monat übt sich das Kind in der Verarbeitung solcher emotionaler Erfahrungen, es bildet Verarbeitungsmuster aus und lernt dabei von der Mutter. Welche dysfunktionalen Muster der Emotionsverarbeitung bereits intrauterin erlernt werden, wird noch erforscht. Hüther und Krens (2008) vermuten, dass Kinder von emotional instabilen Müttern dieses Muster bereits intrauterin übernehmen und dazu tendieren, übermäßig hohe Erregungsstärken bei sich selbst zu erzeugen, weil sie schädlich hohe Erregungsstärken von der Mutter als scheinbar normal lernen. Piontelli (1996) hat beobachtet, dass ungeborene Kinder manchmal auf einen ihnen unangenehmen Geschmack des Fruchtwassers mit einer kompletten Verweigerung des Fruchtwassertrinkens reagierten über längere Zeiträume. Das wäre eine intrauterine Essstörung. Je elastischer andererseits das ungeborene Kind mit emotionalen Erregungen umgehen konnte, weil die Erregungen im optimalen mittelstarken Bereich waren und weil die Mutter über eine gute Emotionsverarbeitungs kompetenz verfügt, von der das Kind lernt, desto besser werden die Fähigkeiten des Kindes zur kreativen Problemlösung auch als geborenes Kind sein. Die Kompetenz des emotionalen Heilungssystems entwickelt sich intrauterin (Seite 105).

Wir können also festhalten, dass das ungeborene Kind Muster der Emotionsverarbeitung erlebt und erlernt, es versucht, Emotionen in jenen mittleren Bereich zu regulieren, den es als normal erfahren hat. Dies geschieht nicht linear sondern in einer Art Pendelbewegung, einem Rhythmus. Diese Feststellung ist wichtig.

Wann immer wir uns, mit seelischen Heilungsprozessen beschäftigen, machen wir regelmäßig die Beobachtung, dass solche Heilungsprozesse nicht linear ablaufen, sondern diskontinuierlich und zwar genauer betrachtet rhythmisch und man könnte mit gutem Recht sagen *musikalisch*. Ein im Moment der Therapiestunde gut funktionierender Heilungsprozess ist erkennbar an einem ständigen autoregulativen Pendeln der Emotionsstärke um einen optimalen Mittelbereich herum. Die Patientin reguliert die emotionale Annäherung und Distanzierung an ein Thema selbständig so, dass die schädlichen Extreme der Emotionsstärke korrigiert werden, so wie uns das im körperlichen Bereich ebenfalls selbstverständlich ist. Blutdruck und Herzfrequenz sind niemals konstant, sondern werden sich ständig um einen Mittelbereich spielend auf den im Moment richtigen Wert einregulieren. Das Gleiche wie für die Regulation der Emotionsstärke gilt auch für die Regulation der Emotionsqualität. Auch zwischen negativen und positiven Emotionen gibt es ein ständiges selbstorganisatorisches Schwingen, welches den funktionierenden Wachstums- und Verarbeitungsprozess anzeigt.

Gerade in der Säuglingsforschung werden Beobachtungen rhythmischer Regulationsmuster von Emotion und Bindung mit großer Häufigkeit und Klarheit gemacht (Jaffe et al (2001), Meltzoff (1981), Meltzoff (1995), Meltzoff und Gopnik (1993), Watson (1994), Stern (2005)).

Solche Befunde weisen darauf hin, dass die Tendenz des Organismus dahin geht, Ganzheit zu erzeugen, indem der Organismus und seine Subsysteme einen kohärenten, aufeinander abgestimmten Eigenrhythmus finden. Das Herz schlägt in kohärenten Rhythmen der Herzschlagvariabilität immer dann, wenn die Emotionsstärke im Mittelbereich pendelt. Wenn Emotionen von zunächst unverarbeitbarer Stärke auftauchen wechselt das Herz in einen chaotischen Rhythmus der Herzschlagvariabilität (Servan-Schreiber 2004). Vergleichbare

Befunde gibt es in Bezug auf EEG, Durchblutung (Lambertz 2004) und zahlreiche andere Biorhythmen (Moser et al., 2004).

Diese Befunde über die Arbeitsweise unseres emotionalen Systems, besser gesagt unserer emotionalen Systeme, weil es mehrere zu geben scheint (LeDoux 2001, S. 111; Kandel 2006, S.377), sind deshalb von besonderer Bedeutung, weil seelische Verarbeitung in aller erster Linie *Emotionsverarbeitung* bedeutet. Die neurobiologische Forschung hat dieses *Primat des Emotionalen* zweifelsfrei nachgewiesen. Die *emotionale Reaktion* geht sowohl dem Bewusstsein, wie auch jeder Handlung voraus (Gazzaniga und LeDoux, 1978; Spitzer 2006).

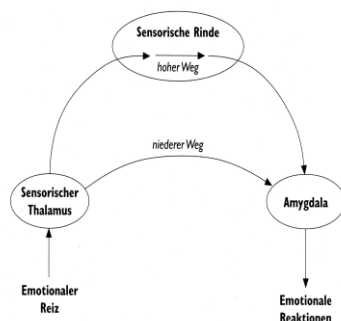


Abb. 1: der niedere und der hohe Weg

Irgendein Ereignis löst auf direktem Weg in sehr kurzer Zeit (bei einer Ratte sind es 12 Millisekunden) eine emotionale Reaktion aus, die sofort auf eine sehr mächtige Weise den Körper verändert: Abwehrbewegungen, Herzklopfen, Blutdruckanstieg und vieles mehr. Dieser kurze, direkte und schnelle aber ungenaue Weg wird erst später in einem langsameren, komplexeren Geschehen im sogenannten *indirekten Weg* nach LeDoux verknüpft mit Bewusstsein, Wissen und Sprache. Es ist die immer gleiche Reihenfolge: Eine noch unbewusste emotionale Reaktion wird in einem darauffolgenden zweiten Schritt vom Bewusstsein integriert, mit explizitem Wissen verknüpft, in das Selbstbild der Person eingefügt und zu einem mehr oder weniger komplizierten noch unbewussten Handlungsplan entwickelt, der dann noch mit einer bewussten Erklärung versehen wird. Bewusstsein ist also zum Denken und Handeln keineswegs zwingend erforderlich, es ist aber jene Wahrnehmungsqualität, die den Menschen ausmacht, weil *Bewusstsein* jenes seelische Sinnesorgan ist, welches die spezifisch menschliche Freiheit schafft, einem primär unbewussten emotionalen Impuls zu folgen oder nicht (Kandel 2006, S. 417).

Auch Bion, der schwer verständliche geniale Prozesstheoretiker beschreibt in seinem Transformationsmodell, dass seelische Gesundheit von erfolgreicher Emotionsverarbeitung abhängt.

Er trennt grundsätzlich zwischen seelisch Unverarbeitetem, er nennt dies Beta-Element und Verarbeitetem, dies nennt er Alpha-Element. Dazwischen muss es einen Prozess geben, der aus Unverarbeitetem verarbeitete seelische Elemente macht. Er nennt dies die Alpha-Funktion. Um diese Alpha-Funktion zu entwickeln, braucht das Kind die sichere Bindung an Erwachsene. Horrorfilme, schlechte Aktionfilme sind eine Aneinanderreihung von Beta-Elementen. Die Verarbeitung dieser schnell wechselnden und mit starker emotionaler Erregung verbundenen Eindrücke kommt im Film aber nicht vor und wird durch den Film nicht angeregt. Kinder schlafen danach schlecht und können stunden- oder tagelang nicht lernen. Manche Kinder werden deshalb süchtig danach, sie verwenden Filme oder Videospiele für den Versuch, ihr innerlich unverdautes Material nach Außen im Film unterzubringen. Unsere Klinik ist aus diesen Gründen Videospiegel und DVD-frei.

All diese ständig wachsenden Erkenntnisse über seelische Transformationsprozesse helfen uns, besser zu verstehen und modelltheoretisch zu erfassen, was wir in traumatherapeutischen Sitzungen ständig beobachten:



Abb. 2: die drei Grundannahmen

Das biologische Verarbeitungssystem von negativen emotionalen Erfahrungen ist mit großer Energie ausgestattet, dies zeigt sich in allen mißglückten und unvollständigen Heilungsprozessen an der enormen Kraft und Hartnäckigkeit, mit der beispielsweise Symptome erzeugt und unterhalten werden. Unsere Aufgabe als Therapeuten ist es, einen stockenden Verarbeitungsprozess wieder in Fluss zu bringen. Was dabei für

neue Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen, Persönlichkeitsstrukturen entstehen werden, wissen wir vorher nicht. Wir wissen aber sicher, dass sie gesünder sein werden. Das biologische Heilungssystem weiß, wo es hin will, weil es eine allerdings zum kleinsten Teil bewusste Vorstellung von Gesundheit gibt. Dies ist **Selbstorganisation**.

Immer gilt, dass der Transformations- und Wachstumsprozess dann blockiert, wenn die emotionale Belastung zu hoch ist, also außerhalb des Toleranzfensters liegt. Deshalb muss der therapeutische Rahmen und seine Methoden das Toleranzfenster in jedem Moment beachten. Dies ist das **Emotiozentrische Prinzip**.

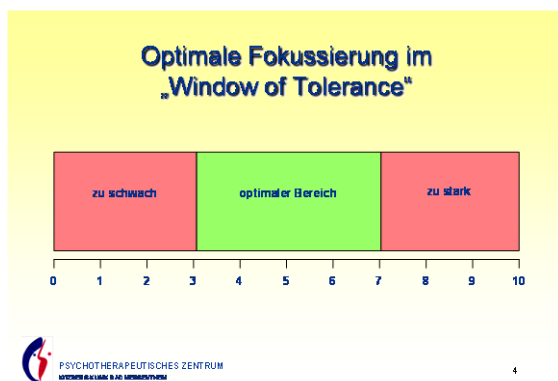


Abb. 3: Toleranzfenster



Abb. 4: die drei Grundannahmen

Als drittes gilt, dass das Gesunde sich vom Gesunden her ausbreitet in das Kranke hinein, niemals umgekehrt, so wie auch eine Wunde oder ein Knochenbruch immer vom Gesunden her heilt. Also muss in jedem Moment der Therapie fühlbarer Kontakt zum Gesunden vorhanden sein. Dies ist das **Bipolare Prinzip**. Zwischen Belastungspol und Ressourcenpol also zwischen Traumaschema und

Heilungsschema findet ständig eine spontane Oszillation statt. Diese Schwingung ist einer der wichtigsten Bestandteile des Heilungsprozesses.

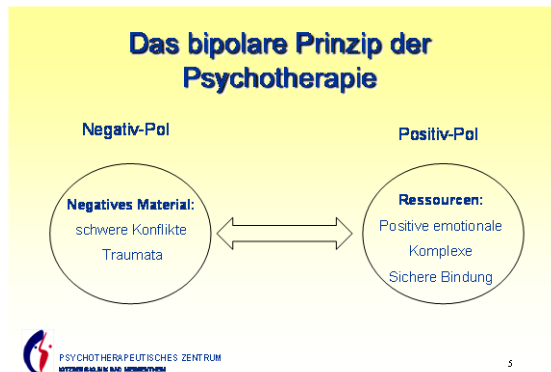


Abb. 5: Das bipolare Prinzip

3. Methoden

Wenn wir uns nun entscheiden, Psychotherapie als *prozessorientierte Psychotherapie* zu definieren, was entsteht dann an methodischem Rahmen?

Wir haben zunächst einen **Therapierahmen** für die stationäre Psychotherapie gestaltet. In einer bestimmten Reihenfolge werden typische Blockierungen der Verarbeitungsprozesse identifiziert und behoben. Einige EMDR-Varianten sind in die Grafik eingetragen, natürlich braucht man an jeder Stelle eine möglichst große Methodenpalette, nicht nur EMDR.

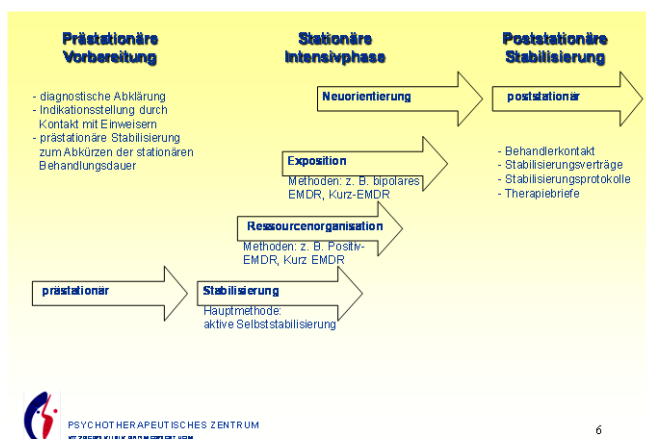


Abb 6: Therapierahmen

Dadurch, dass wir oft mit EMDR und seinen Modifikationen arbeiten, wird manchmal angenommen, das EMDR wäre der zentrale Wirkfaktor. Es ist aber der prozessorientierte Rahmen, der wirkt, nicht die Einzelmethode. Ein Großteil unserer Patientinnen würde bei jeder Anwendung des EMDR-Standardprotokolls sofort schwer dekomensieren, weil sie die notwendigen Fähigkeiten und Erfahrungen im Umgang mit emotionalem Belastungsmaterial noch gar nicht besitzen.

Die Behandlung beginnt deshalb mit jenen typischen dysfunktionalen Mustern, von denen die Verarbeitungsfähigkeiten der Persönlichkeit schwer beeinträchtigt wird. Wir nennen sie **Negativmuster**. Sie bilden sich als missglückte Versuche der Emotionsverarbeitung, sie haben sich im Laufe der Zeit im Fühlen, Denken und Verhalten ausgebreitet haben und dort eine seelische Wüste gebildet, in der nichts wächst. Häufige Beispiele sind Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Süchte, Dissoziation, Zwänge.

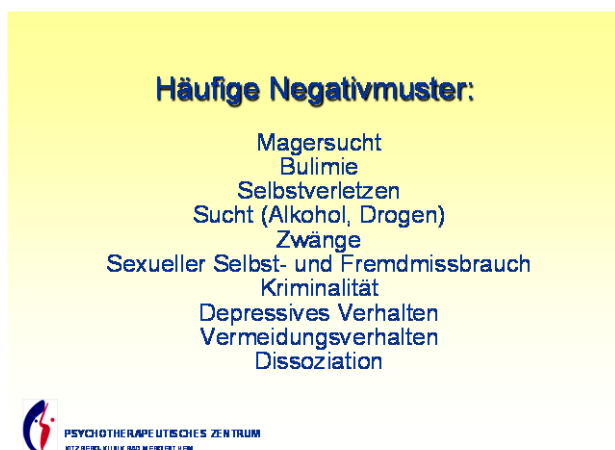


Abb 7: häufige Negativmuster

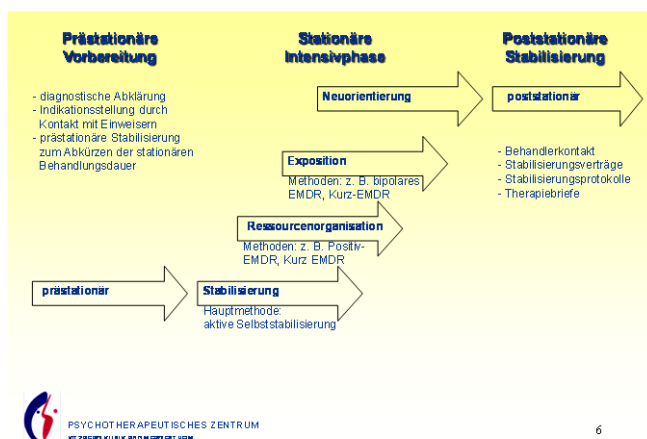


Abb 8: Therapierahmen

Der erste Schritt ist deshalb die Selbstbefreiung aus diesen Mustern, prästationär begonnen und stationär fortgesetzt. Wir nennen dies die **Stabilisierungsphase**. Der zweite Schritt ist das Üben von Ressourcenkontakten. Jeder Kontakt mit der eigenen gesunden Persönlichkeit und gesunden Lebensgefühlen ist eine Ressource. Sehr nützlich und häufig unterschätzt sind die **Spontanressourcen**, die im Moment der Belastung spontan auftauchen, also wenn sie gebraucht werden. Das Bemerkens, Raum geben und Nutzen von Spontanressourcen wird in der **Ressourcenorganisationsphase** systematisch geübt und von den Patientinnen und Patienten auch verlangt. Gerade in der Ressourcenorganisation sind übrigens die rhythmischen Phänomene offensichtlich. Nach einer gewissen Zeit des Kontaktes mit emotionalem Belastungsmaterial in der Therapiestunde tritt von selbst eine innere Gegenschwingung zu positiven Emotionen, Körpergefühlen und Gedanken auf. Diese Schwingung und ihr Eigenrhythmus sind offenbar normale und selbstorganisatorisch auftretende Bestandteile des Heilungsprozesses, sie wollen aber erkannt und unterstützt werden. Patienten, die gewohnheitsmäßig, aus welchen Gründen auch immer, ihre eigenen Spontanressourcen sofort zerstören, werden keinen Wachstumsprozess erleben. Dies muss den Patientinnen selbst und auch den Therapeuten vollkommen bewusst sein.

Für die Unterstützung des Ressourcenkontaktes lässt sich gut EMDR einsetzen als Positiv-EMDR, mit ausschließlicher Fokussierung auf positives inneres Material, z. B. ein gesundes Körpergefühl, eine positive Emotion oder einen positiven Gedanken. Frau Dr. Seidel hat als weitere EMDR-Modifikation das sogenannte Kurz-EMDR entwickelt, mit lediglich 2 – 3 langsamen Augenbewegungen. Sie sagt, sie hat es den Kindern abgeschaut. Wir wenden diese Technik mittlerweile häufig an als ein sehr wirksames und sehr unkompliziertes Verfahren, sowohl der Ressourcenorganisation wie auch der Exposition. Die Klopftechnik, das sogenannte EFT, ist eine Parallelentwicklung zum EMDR, die sich hier ebenfalls sehr einfach und effektiv verwenden lässt.

In der **Expositionsphase** wird der gezielte Umgang mit emotionalem Belastungsmaterial geübt. Die meisten Patientinnen wollen hier mit großen **Makrotraumen** beginnen, an denen sie aber zerbrechen würden. Wir lehren sie, die

Expositionsarbeit mit kleinen und mittelgroßen **Gegenwartsbelastungen** zu beginnen und zu üben. Man kann hier alle Techniken der Traumatherapie einsetzen, durchaus auch das EMDR-Standardprotokoll, sowie CIPOS, bipolares EMDR, das erwähnte Kurz-EMDR und selbstverständlich auch alle anderen bewährten Techniken, die einen gesunden Umgang mit emotionalem Belastungsmaterial unterstützen, beispielsweise narrative Traumatherapie. Sehr nützlich ist es, mehrere Methoden zu beherrschen und so zu arbeiten, wie es im jeweiligen Moment am besten passt. Nachdem die Patientinnen einige Methoden kennen gelernt haben, machen sie häufig sehr sinnvolle Vorschläge zur Modifikation der Methoden, die ich gerne aufgreife. Niemand ist hier kreativer als die Kinder. Aber auch eine Patientin von Mitte 50 fand beispielsweise heraus, dass sie die Pads am liebsten im Gesicht an zwei bestimmte Punkte legt, während sie entweder mit Belastungsmaterial oder Ressourcenmaterial Kontakt aufnimmt und beobachtet dann eine intensive Anregung des seelischen Verarbeitungsgeschehens. Sowohl Kurz-EMDR, wie auch die EFT-Klopftchnik haben dabei den großen Vorteil, dass sie von den Patienten erlernt und selbst angewandt werden können.

In der **Neuorientierungsphase** wird die poststationäre Zeit antizipiert, durchdacht und in ihren Belastungsknoten durchgearbeitet.

Innerhalb dieses Gesamtrahmens haben sich zahlreiche kreative Werkstätten entwickelt, beispielsweise ein differenziertes technisches Konzept der **Prozessorientierten Gruppentherapie**, die Modifikation und Anwendung des Therapierahmens für bestimmte Indikationen, beispielsweise Essstörungen, Borderlinestörungen und alle Traumafolgestörungen, dissoziative Störungen, die Anwendung auf die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Müttern mit Kindern und so fort. Wir lernen ständig dazu.

Was wir generell beobachten ist, dass die Patientinnen und Patienten uns gerne ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen, sie freuen sich, dass wir von ihnen und ihren Heilungsprozessen lernen und verzeihen uns das, was wir noch nicht können.

4. Ergebnisse

Nun noch einige statistische Zahlen aus der Essstörungs- und Borderlinebehandlung:

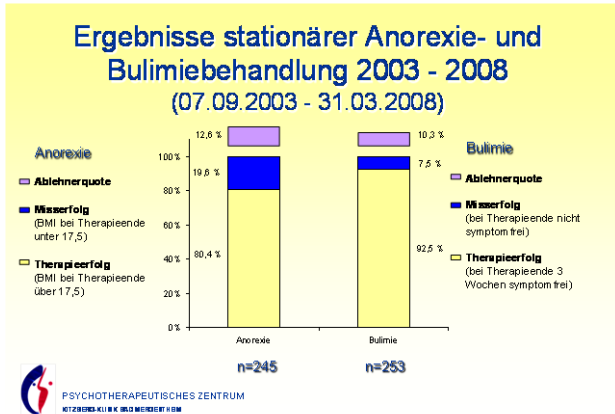


Abb 9: Ergebnisse stationärer Anorexie- und Bulimiebehandlung 2003 - 2008

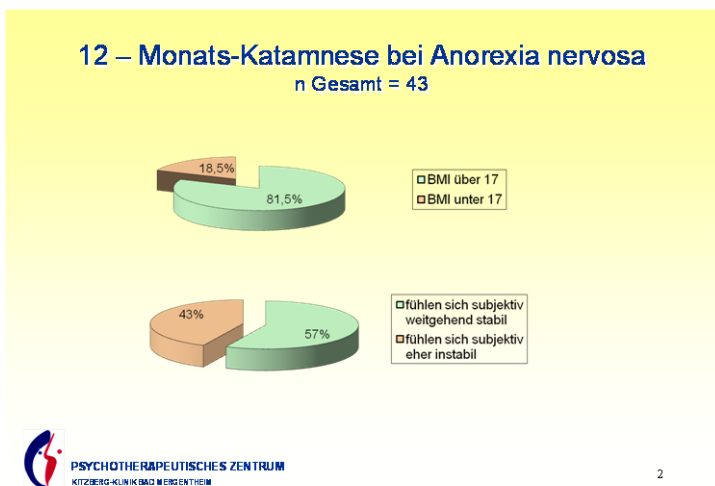


Abb 10: 12 – Monats-Katamnese bei Anorexia nervosa

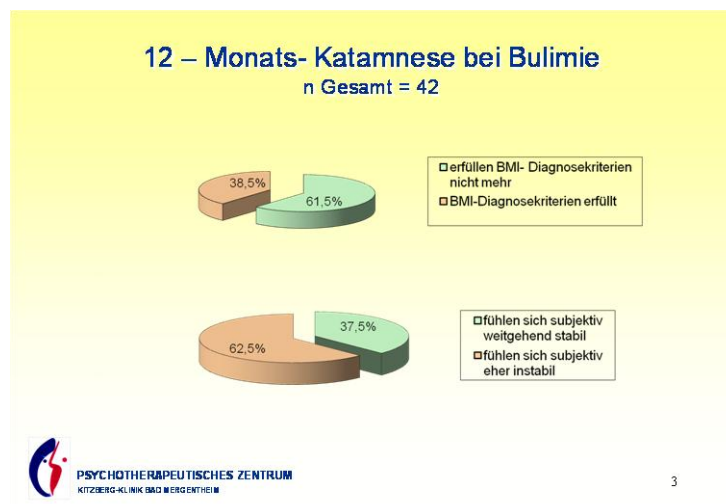


Abb 11: 12 – Monats-Katamnese bei Bulimie

Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens bei stationären Patienten 2004 - 2006

n-Gesamt = 755

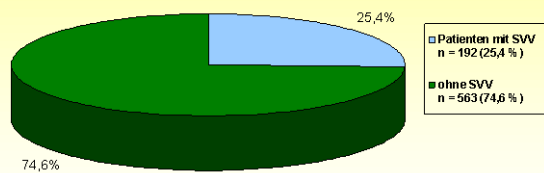


Abb 12: Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens bei stationären Patienten 2004-2006

Ergebnis bei selbstverletzendem Verhalten mit prozessorientierter Psychotherapie 2004 - 2006

n-Gesamt = 192

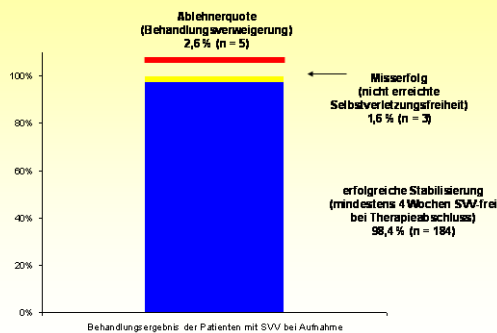


Abb 13: Ergebnis bei selbstverletzendem Verhalten mit prozessorientierter Psychotherapie 2004-2006

12 – Monats- Katamnese bei selbstverletzendem Verhalten

n Gesamt = 103

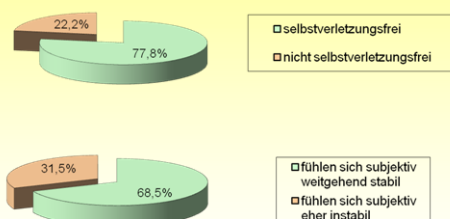


Abb 14: 12 – Monats-Katamnese bei selbstverletzendem Verhalten

Diese Ergebniszahlen zeigen vor allem, wie wichtig eine hohe Rate von anfänglicher während der stationären Psychotherapie erreichter Stabilisierung ist. Nach jeder

stationären Psychotherapie gibt es Rückfälle bei instabilen Patienten. Die Zahl der Rückfälle fällt aber umso höher aus, je weniger Wert auf eine systematische anfängliche Stabilisierung während der stationären Psychotherapie gelegt wurde. Dies zeigen die Zahlen sowohl aus der 2,5-Jahres-Katamnese (Wietersheim, J., Kordy, H., Kächele, H. 2004) und die Langzeit Katamnesen über 5 – 10 Jahre (Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. 2008). Die Stabilisierungsfortschritte der Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten sind besonders ermutigend. Sie zeigen uns, dass die Fähigkeiten der Patientinnen viel besser sind als meist befürchtet wird. Wir haben mittlerweile gelernt auch den Fähigkeiten der Selbstverletzungspatientinnen zu vertrauen.

5. Schluss

Prozessorientierte Psychotherapie kann sich einstellen auf stationäre und ambulante Bedingungen, auf verschiedene Krankheitsbilder und Altersstufen und sie kann bekannte ebenso wie neue Methoden integrieren. Letztlich gilt: Methoden wandeln sich, unser Ziel, Heilungsprozesse zu fördern, wandelt sich nicht. Ich bin gespannt, was uns in den nächsten zehn Jahren auf dem Weg zu diesem Ziel alles begegnen wird.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literaturliste

Bion, W. (2004): Lernen durch Erfahrung, *Suhrkamp Verlag*

Bion, W. (2004): Elemente der Psychoanalyse, *Suhrkamp Verlag*

Bion, W. (1997): Transformationen, *Suhrkamp Verlag*

Damasio, A. R. (2000): Ich fühle, also bin ich - Die Entschlüsselung des Bewusstseins *Berlin:List*

Gazzaniga, M. S. & LeDoux, J. E. (1978): The Integrated Mind (New York: Plenum)

Haas, J. P (1997): Bions Beitrag zu einer psychoanalytischen Theorie der Emotionen. Jahrbuch der Psychoanalyse, S. 137-193, Band 38, 1997, Frommann-Holzboog, Stuttgart Bad-Cannstatt

Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (2008) Handbuch Essstörungen und Adipositas. *Springer Medizin Verlag Heidelberg*

Hüther, G., Krens, I. (2008): Das Geheimnis der ersten neun Monate. *Beltz Verlag Weinheim und Basel*

Jaffe, J. , B. Beebe, S. Feldstein, S. Crown und M. Jasnow (2001). *Dialogue in Early Infancy. Monographs of the Society for Research in Child Development* 66 (2), Ser. No. 264.

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

Lambertz, M. et al. (2004): Transiente Koppelungen von Hirnstammneuronen mit Atmung, Herzkreislaufsystem und EEG: ihre Bedeutung für Ordnungsübergänge in der Psychotherapie. In: Schiepek, G. (2004): *Neurobiologie der Psychotherapie*. Schattauer Verlag.

LeDoux, J. (2001): Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. *Deutscher Taschenbuchverlag München*

Meltzoff, A. N. (1981): Imitation, intermodal coordination and representation in early infancy. In: G. Butterworth (Hg.). *Infancy and Epistemology*. Brighton, UK (Harvester Press), S. 85 – 114.

Meltzoff, A. N. (1995): Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by eighteen month-old children. *Developmental Psychology* 3: 838 – 850.

Meltzoff, A. N. und A. Gopnik (1993): The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In: S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg und D. J. Cohen (Hg.). *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism*. New York (Oxford University Press), S. 335 – 366.

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

Rothschild, B. (2002): Der Körper erinnert sich. *Synthesis Verlag Essen*

Piontelli, A. (1996): Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie. *Klett-Cotta Verlag Stuttgart*.

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

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

Watson, J. S. (1994). Detection of self: The perfect algorithm. In: S. Parker, R. Mitchell und M. Boccia (Hg.). *Self-Awareness in Animals and Humans: Developmental Perspectives*. Cambridge, UK (Cambridge University Press), S. 131 – 149.

Wietersheim, J., Kordy, H., Kächele, H. (2004): Stationäre psychoanalytische Behandlungsprogramme bei Essstörungen. In: Herzog, Münz, Kächele: Essstörungen. *Schattauer*