

Prinzipien mentaler Reorganisation: Grundlagen prozessorientierter Psychotherapie

Verf.: Prof. Dr. Reinhard Plassmann

Vortrag auf der überregionalen Herbsttagung des Psychotherapeutischen Zentrums
Bad Mergentheim

14. / 15. September 2007



1. Einleitung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Zu unserer Herbsttagung über Psychotherapie mit EMDR darf ich Sie ganz herzlich begrüßen und ich freue mich, dass wir uns nun gemeinsam zwei Tage mit spannenden Entwicklungen der Psychotherapie beschäftigen werden. Allein schon die Planungsphase dieser Tagung war bemerkenswert. Wir glaubten, ein ziemlich spezielles Thema gewählt zu haben und waren völlig überwältigt von der Anzahl Ihrer Anmeldungen. Die Tagung war nach vier Wochen komplett ausgebucht. Um für all diejenigen, die nicht teilnehmen konnten, etwas zu tun, wird es, wie Sie schon wissen, im Anschluß an diese Tagung eine Serie von Samstagblockseminaren geben mit den Hauptreferentinnen und Referenten.

Lassen Sie uns also unsere Tagung eröffnen. Womit werden wir uns beschäftigen?

Ich sitze gelegentlich in Vorträgen und während ich aufmerksam mithöre, passiert ohne mein Zutun etwas Eigenartiges: es bilden sich Gedanken, Sätze, irgend etwas, was mich schon länger beschäftigt hat, kommt innerlich in Bewegung, weil es gedacht werden will, es denkt sich selbst. Ich glaube nicht, dass wir auf Tagungen fahren, um unseren Gedächtnissen neue Sachinformationen einzuverleiben, sondern um uns zu Gedanken anregen zu lassen, die in uns darauf gewartet haben, gedacht zu werden. Das Wesen dieses kreativen Prozesses ist selbstorganisatorisch, also von innen gesteuert, nicht von Außen. Die Gedanken denken sich und damit sind wir auch schon beim Tagungsthema.

Die gesamte moderne Traumatherapie, ist aus der Beobachtung eben solcher kreativer selbstorganisatorischer mentaler Prozesse entstanden. Die moderne Traumatherapie tut nichts anderes, als diese Prozesse zu nutzen und zu beforschen.

Alles begann mit Francine Shapiro's legendärem Spaziergang im Park im Jahr 1987. Sie hatte unter einer starken emotionalen Belastung stehend bei diesem Spaziergang spontane Augenbewegungen bei sich selbst wahrgenommen, die zu einem Verschwinden der emotionalen Belastung geführt hatten.

Sie hat dann in der Folgezeit sofort begonnen, zunächst im Selbstversuch die Wirksamkeit von Augenbewegungen auf emotionale Belastung zu überprüfen.

Nachdem damit die methodischen Grundlagen gelegt waren, kann man den Beginn der modernen Traumatherapie etwa auf das Jahr 1989 datieren, als Shapiro in der Arbeit vor allem mit Kriegstraumatisierten erstmals EMDR einsetzte und in der Folge Heilungsprozesse sah, die vorher unbekannt waren.

Dieser Prozess, seine Eigenschaften, seine Steuerung und seine Nutzung ist Gegenstand meines Referates und Gegenstand unserer Tagung. Auch die stationäre Psychotherapie ist eine solche Nutzungsform. Wir haben in den letzten Jahren aufgrund der fortschreitenden Kenntnisse über die Natur seelischer Heilungsprozesse die stationäre Psychotherapie komplett umorganisiert und in der Folge eine drastische Verbesserung der Behandlungsergebnisse gesehen.

Lassen Sie uns aber nicht ausruhen, auf dem was wir bereits können, sondern immer wieder zurückkehren zu jener Energie, die in der Therapie alles antreibt. In der Psychotherapieforschung wird man das tun, indem man diesen Prozess unter Laborbedingungen erzeugt und dann immer neue Experimente entwirft, die uns Aussagen über die Natur dieses Prozesses ermöglichen, gerade weil wir mentale Reorganisationsprozesse zwar eindeutig und unbestreitbar beobachten können, aber über ihre Natur noch zu wenig wissen.

Vor einer ähnlichen Herausforderung stand die klassische Physik am Anfang des 20. Jahrhunderts. Es gab ein einfaches physikalisches Experiment, das sogenannte Hohlraumlicht, was mit den Gesetzen der klassischen Physik definitiv nicht erklärbar war. Max Planck hat dann 1925 in einem Akt der Verzweiflung, wie er selbst schreibt, das

nach ihm benannte Planck'sche Wirkungsquantum eingeführt, weil nur mit dieser Konstruktion das Verhalten von schwachem Licht im Hohlraum erklärbar war. Aus diesem ersten Schritt ist die gesamte moderne Quantenphysik entstanden und ich erwähne das deshalb, weil es zwischen der Quantenphysik und der modernen Traumatherapie Parallelen gibt. Die Quantenphysik sagt aus, dass die Welt, mit der wir in Kontakt treten, Muster bildet und zwar erst in dem Moment, wo wir Beziehung zu ihr aufnehmen. Vor diesem Zeitpunkt der Beziehungsaufnahme existieren diese Muster nicht. Die Dinge entstehen im Moment der Begegnung. Das gilt in der Quantenphysik, gilt das auch in der Psychotherapie? Aber was ist Beziehung? Was geschieht, wenn sich die Welt der Patienten und unsere therapeutische Welt begegnen? Wir müssen definitiv damit leben, dass wir fast nichts darüber wissen, was eine Beziehung zwischen zwei Menschen ist.

Vielleicht wissen wir aber doch ein wenig mehr als Nichts. Das Wissen vermehrt sich, wenn wir immer wieder zurückkehren zu jener Energie, die alles antreibt.

Wie nennen wir jenen Prozess, in dem ein krankmachendes, dysfunktionales, mentales Material in einem kreativen, selbstorganisatorischen Vorgang in ein anderes gesünderes Muster übergeht? Shapiro spricht von **AIP (Accelerated Information Processing)**: irgend etwas, was wir Information nennen können, wird beschleunigt verarbeitet. Der Begriff der **mentalen Reorganisation** ist ebenso neutral und ich verwende ihn gerne, er nimmt in seiner Neutralität nichts vorweg, was wir noch nicht wissen. In der klinischen Situation der Arbeit mit unseren Patientinnen schlage ich vor, von **Heilungsprozess** zu sprechen, ein Begriff, der den Vorteil intuitiver Verständlichkeit hat.

In der Begriffswahl kommt ein Charakteristikum der modernen Traumatherapie zum Ausdruck, bei dem wir einen Moment verharren sollten: **Die moderne Traumatherapie ist prozessorientiert**. Sie definiert sich nicht über die Beschäftigung mit dem Problem des Patienten, sondern ihr Gegenstand ist der Heilungsprozess selbst. Klassische Psychotherapie ist hingegen inhaltsorientiert.

Terminologie

- AIP (accelerated information processing)
- mentaler Reorganisationsprozess
- Heilungsprozess



Abb. 1: Terminologie

Systematische Beschäftigung mit moderner Traumatherapie heißt also, sich in jeder Therapiestunde innerlich auf die Arbeitsweise des Heilungsprozesses zu fokussieren und aus sehr vielen solchen Beobachtungen Eigenschaften dieses Prozesses zu abstrahieren. Der mentale Reorganisationsprozess ist kein Mysterium, sondern offenbar eine natürliche Fähigkeit, sie wurde evolutionär entwickelt, weil der menschliche Organismus, der tierische natürlich auch, sie zum Überleben benötigt. Keine Psychotherapieschule darf sich zum Inhaber dieses Prozesses erklären. Ganz im Gegenteil sollte man die klinischen Beobachtungen in den verschiedenen Therapieformen miteinander und mit den neurobiologischen Forschungsergebnissen vergleichen.

Was wir auch benötigen, sind Objektivierungsverfahren, die im klinischen Alltag eingesetzt werden können. Die Möglichkeiten, mentale Reorganisationsprozesse zu erfassen, sind noch in Entwicklung begriffen. Eine sehr einfache Methode ist die Messung der Herzschlagvariabilität. Wir wissen heute, dass das Herz ein hervorragender Indikator für Biorhythmen ist. Außer dem normalen Pulsschlag, den jeder kennt, gibt es mindestens einen, sehr wahrscheinlich mehrere überlagerte Rhythmen. Der wichtigste ist die so-

nannte Herzschlagvariabilität, sie bildet eine Art Metarrhythmus, der die Verfassung des Herzens und der emotionalen Systeme anzeigt (Servan-Schreiber 2004).

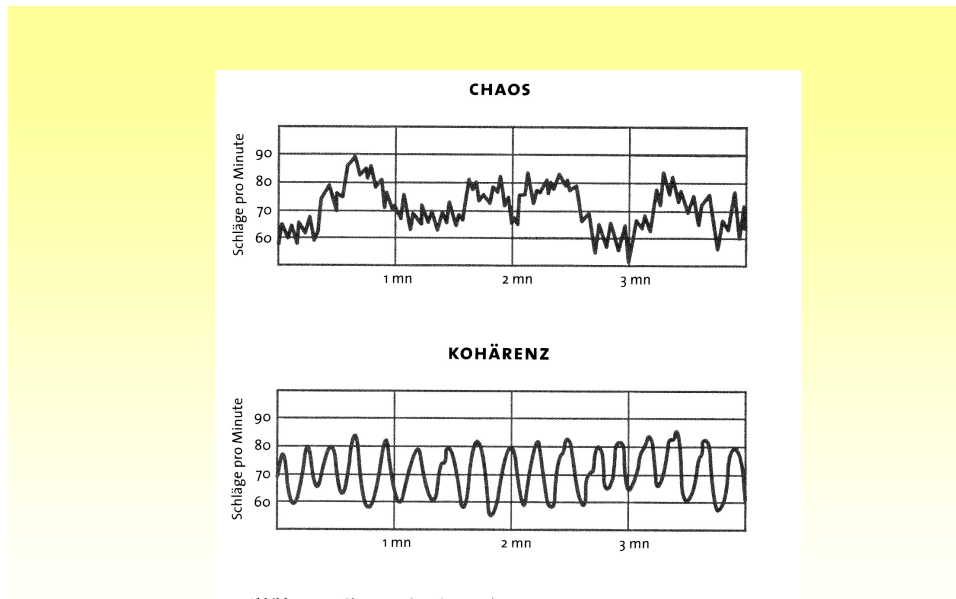


Abb. 2: Chaos und Kohärenz (aus Servan-Schreiber, 2004)

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. Überschreitet die emotionale Belastung ein bestimmtes Maß, so wechselt das Herz in den sogenannten **chaotischen Zustand**.

Eine technisch wesentlich aufwendigere Messmethode für Veränderungsprozesse in der Psychotherapie wurde von Günter Schiepek (2005) entwickelt. Er misst nicht nur **Faktoren erster Ordnung**, also Inhalte, sondern auch **Faktoren zweiter Ordnung**, mit denen sich Wandlungs- und Veränderungsprozesse abbilden lassen. Die damit erhobenen Prozessdaten setzt Schiepek nun originell in eine sichtbare und hörbare Partitur um. Er nennt das **Sonifikation**.

All diese Hilfsmittel stehen uns in der konkreten Psychotherapiestunde nicht zur Verfügung, sondern nur unsere systematisch geschulten Fähigkeiten zur Wahrnehmung. Interessanterweise ist bis heute weitgehend unbekannt, mit welchen Sinnen wir eigentlich

in der Psychotherapie arbeiten, wie wir Kohärenz und Chaos in uns selbst und im Gegenüber während des psychotherapeutischen Geschehens wahrnehmen, kurz um, wie unser eigener **Heilungsinstinkt** arbeitet. Dass er existiert, ist keine Frage. Wir merken es auf nicht bekannten Wegen, wenn sich das blockierte emotionale Belastungsmaterial in der Patientin beginnt in Bewegung zu setzen, wenn die mentale Reorganisation einsetzt und die Patientin danach in einer qualitativ anderen Verfassung ist als vorher.

Da ich gewohnt bin, alle meine Behandlungsstunden mit einer digitalen Videokamera aufzuzeichnen, habe ich versucht, einen Ausschnitt zu finden, in dem nach meiner Wahrnehmung etwas von dem geschieht, was wir suchen, also ein mentaler Transformationsprozess. Wir können uns das zum Ende meines Vortrags anschauen. Was sieht man in traumatherapeutischen Sitzungen?



Abb. 3: Prinzipien mentaler Reorganisation

Wir können mittlerweile die sechs wichtigsten Eigenschaften dieses mentalen Reorganisationsprozesses, auf dem seelische Heilung beruht, aufgrund der sorgfältigen Beobachtung zahlreicher traumatherapeutischer Sitzungen klar benennen: der Reorganisationsprozess geht als selbstgesteuertes Geschehen vor sich (Prinzip Selbstorganisation). Es ist dabei ein gesunder Persönlichkeitsanteil im Spiel, der blockiert gewesen war (das bipolare Prinzip). Der Heilungsvorgang vollzieht sich als Umorganisation negativer belastender Emotionen (das emotiozentrische Prinzip). Die emotionale Belastung ist immer

mit Körperreaktionen verbunden (das Prinzip Körperlichkeit), das Belastende muss auf kontrollierte Weise in der gegenwärtigen Therapiestunde emotional präsent sein (das Prinzip der Heilung im Jetzt) und der Heilungsprozess kommt am besten in Gang, wenn der Moment mit der höchsten emotionalen Belastung genau fokussiert wird (das Prinzip Fokussierung).

Wenn wir uns nun auf mentale Reorganisationsprozesse systematisch konzentrieren, so ergeben sich aus den Prozesseigenschaften, die wir eben besprochen haben, einige grundlegende behandlungstechnische Prinzipien, sie gelten für die Arbeit mit EMDR und für den Bereich der modernen Traumatherapie, ich vermute, dass sie allgemeingültig sind.

2. Prozessfokussierung: vom Was zum Wie



Abb. 4: Prozessfokussierung

Es interessiert in der prozessorientierten modernen Traumatherapie nicht nur das Was, der Inhalt, mit dem man sich in der Stunde beschäftigt, sondern in erster Linie das Wie, der Prozess. Wir postulieren, dass die Blockierung von emotionalem Material sich unter bestimmten Umständen in der Therapiestunde lösen kann, indem ein Prozess beginnt, der dieses blockierte Material in einen qualitativ anderen Zustand überführt, der dann weniger oder nicht mehr krankmachend wirkt, unter anderem deshalb, weil die Energie,

die für das Aufrechterhalten der Blockierung erforderlich war, nicht mehr aufgebracht werden muss.

Im Standardprotokoll des EMDR laufen vor unseren Augen oft mit großer Geschwindigkeit solche Prozesse ab, danach ist das reprozessierte Material nicht mehr im gleichen Zustand wie vorher, es fühlt sich für die Patientin völlig anders an. Das EMDR hat natürlich diesen Reorganisationsprozess weder erfunden noch geschaffen, noch entdeckt, sondern lediglich diesen Prozess als Ziel unserer Arbeit definiert und eine Technik beschrieben, die den Reorganisationsprozess induzieren kann.

In der klinischen Situation sind wir auf unser eigenes Beobachtungsvermögen angewiesen und auf unseren Instinkt oder besser: Therapeutin und Patientin beobachten, inwiefern im Geschehen der Stunde der Reorganisationsprozess beginnt oder nicht. Die Fähigkeiten der Patienten, diesen Prozess zu beobachten, wahrzunehmen und zu erkennen, sind keineswegs geringer als unsere eigenen. Was wir als Therapeuten besser können, ist die Konstruktion des therapeutischen Rahmens, weil das unser Beruf ist. Wir wissen mehr über notwendige Rahmenbedingungen und können den Therapierahmen in seinen Strukturen und im augenblicklichen Moment so gestalten, dass der Reorganisationsprozess induziert wird oder besser: von selbst beginnen kann. Die Rahmenstrukturen der stationären Psychotherapie sind mittlerweile sehr weit entwickelt, hierüber ist schon Einiges publiziert. Wie aber geht die Prozesssteuerung in der einzelnen Therapiestunde?

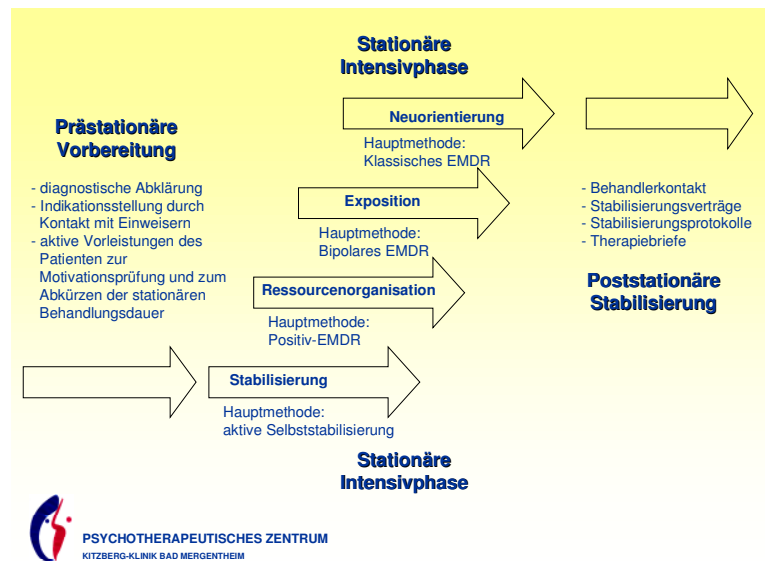


Abb. 5: Therapieprozesse

Man lernt Bescheidenheit. Nachdem Patienten verstanden haben, und das geht meist sehr schnell, dass es darum geht, in der Stunde einen Arbeitsstil zu finden, der den Heilungsprozess ermöglicht, sind sie mir oft voraus. Sie wählen in der Stunde eine bestimmte Vorgehensweise oder schlagen eine Vorgehensweise explizit vor. Mag sein, eine Patientin beginnt die Stunde so: „Ich möchte Ihnen heute eine Sache, die mich beschäftigt, gerne in allen Einzelheiten erzählen, ich muss da offenbar nochmal durch. Sind Sie einverstanden und können Sie ein bisschen auf mich aufpassen?“ Vielleicht hatte ich gedacht, ein ganz anderes Thema wäre dran, vielleicht wollte ich auch methodisch nicht mit narrativer Traumatherapie, wie es die Patientin vorschlägt, sondern mit EMDR oder mit einer anderen Technik arbeiten. Wenn ich nun aber das Gefühl habe, es könnte so gehen, wie sie es vorschlägt, dann ist meine Antwort in der Regel: „Probieren wir es aus, ob der Heilungsprozess in Gang kommt.“ Dies ist die **Kunst des Lassens** (Plassmann 2007) und natürlich benötigen wir Erkennungszeichen, anhand derer wir und die Patienten einschätzen können, ob der Prozess beginnt.

Prozessfokussierung: Die Arbeit mit Fokussierungsfragen



Abb. 6: Prozessfokussierung

Die erste und wichtigste behandlungstechnische Regel lautet also, **Prozessfokussierung**: Die Hauptaufmerksamkeit des Therapeuten richtet sich zu jedem Moment auf den mentalen Reorganisationsprozess, die Neben- Aufmerksamkeit auf dessen Inhalte. Die Orientierung an dieser Grundregel erzeugt ein neues behandlungstechnisches Repertoire. Die Therapeutin beginnt, immer wieder während der Stunde mit bestimmten Techniken den Prozess zu fokussieren und zu überprüfen.

Jeder wird hier sein eigenes Repertoire entwickeln. Sehr geeignet sind fokussierende Fragen: „Wie ist es Ihnen ergangen in den letzten Minuten, als Sie von dieser Thematik sprachen, stimmt das Tempo, mit dem Sie sich durch das Material bewegen, fühlen Sie, dass es gut so ist oder ist die Belastung zu hoch?“

Wir können auch nach Prozessdetails fragen, wobei **Fragen** stets ein Fokussierungsvorgang ist: „In welcher Gestalt taucht das Material gerade auf, bildhaft oder als Körpergefühl oder als Sprache in Gestalt von Worten oder Sätzen?“ Jede dieser eingeschalteten Prozessfokussierungen bringt nicht nur wichtige Information, sondern ist auch eine Ruhepause, ein Anhalten und Nachdenken. Die Prozessfokussierung ist deshalb auch eine der wirksamsten Stabilisierungstechniken, die es gibt. Sie holt den Patienten jeder Zeit aus dem Material. Wenn das Material heftig ist wie ein Wildwasser, dann ist die

Prozessfokussierung das Außerhalb, der Schritt ans Ufer. Es hat für beide Beteiligten sehr befreiende Wirkung zu wissen, dass dies jederzeit möglich ist.

Die Therapiestunde, sei sie mit EMDR oder mit modifizierter Technik geführt, endet deshalb auch immer mit einer **Prozessreflexion**: „Was war das für eine Stunde, wie sieht sie im Rückblick aus, was hatte sie für ein emotionales Profil, was war der belastendste Moment, wann haben Sie sich am besten gefühlt, wie fühlen Sie sich jetzt, wie beurteilen Sie unsere Arbeitsweise in dieser Stunde?“ In der abschließenden Prozessreflexion tritt der Patient ans Ufer des Alltags und beendet die Stunde.

Wenn wir für uns und mit den Patienten den Verarbeitungsprozess in der Stunde fokussieren, was sehen wir dann? Welche klinischen Eigenschaften sind beobachtbar? Aus diesen Eigenschaften werden sich dann zwanglos alle weiteren behandlungstechnischen Regeln abstrahieren lassen.

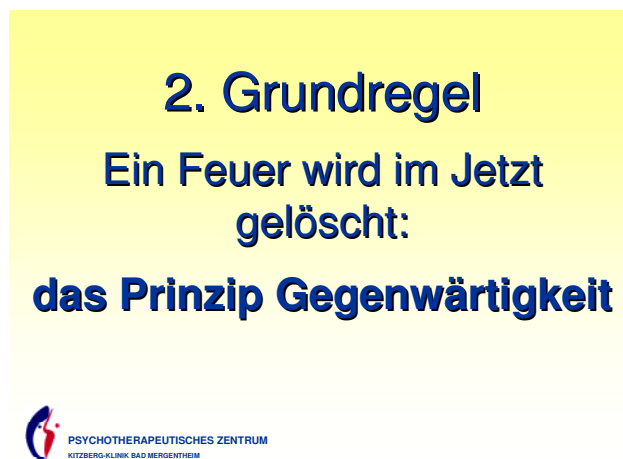


Abb. 7: Ein Feuer wird im Jetzt gelöscht

3. Ein Feuer wird im Jetzt gelöscht: das Prinzip Gegenwart

Der verbreitetste erkenntnistheoretische Irrtum der Psychotherapie ist die Vorstellung, es gäbe mehrere Zeiten, das Jetzt, das Damals und das Morgen. Schon flüchtiges Überdenken lehrt, dass dem nicht so ist, es gibt nur eine Zeit, das Jetzt. Wir können im Jetzt an die Zukunft denken, dann werden wir im Jetzt die zugehörigen negativen und positiven Emotionen bekommen und die eventuell zugehörigen Symptome. Das gleiche gilt

für die Beschäftigung mit der Vergangenheit. Gedanken über Vergangenes werden im Jetzt gedacht, sie sind mit jetzt entstehenden Bildern, Emotionen, Symptomen verknüpft. Der Mensch hat evolutionär die Fähigkeit entwickelt, Repräsentanzen für Vergangenes und Antizipiertes zu bilden, dennoch gibt es keine Reise in die Vergangenheit und auch keine Reise in die Zukunft, alles Leben findet immer und ausschließlich jetzt in der Gegenwart statt. Wir verwenden Erinnerungen, um früher Erlebtes im Jetzt zu integrieren zu einem autobiografischen Narrativ.

Die moderne Traumatherapie hat nach meinem Kenntnisstand erstmals klar gestellt, dass sich deshalb alle mentale Reorganisation im Jetzt vollzieht.

Warum aber lösen wir uns in der Psychotherapie so leicht aus der Gegenwart und meinen uns in der Vergangenheit oder der Zukunft zu bewegen? Der Grund ist die problemorientierte Technik. Man nimmt in der Gegenwart emotionales Belastungsmaterial wahr, also ein **Problem**, man folgt dessen Fährte bis zu einem Dann und Dort, an dem das Problem lokalisiert wird und wähnt sich am Ziel. Unaufgelöstes emotionales Belastungsmaterial, ganz gleich, wann es entstanden ist, taucht aber immer in der Gegenwart der Therapiestunde auf und zwar solange, bis es sich im Jetzt des Reorganisationsprozesses auflöst.

Ganz gleich wann es angezündet wurde, wird ein Feuer im Jetzt gelöscht, niemals im Damals. Der mentale Reorganisationsprozess findet im Jetzt statt oder er findet nicht statt.

4. Die richtige emotionale Temperatur finden: die Arbeit im Toleranzfenster



Abb. 8: Ein Feuer wird im Jetzt gelöscht

Das EMDR und die moderne Traumatherapie haben uns mit größter Eindringlichkeit gezeigt, dass im Kern des Belastungsmaterials **negative Emotionen** stehen.

Es scheint sich hier um ein generelles Phänomen zu handeln. Überstarke negative Emotionen, wodurch auch immer entstanden, sind bis in die Gegenwart von der normalen seelischen Verarbeitung ausgeschlossen. Stattdessen sind andere, provisorische Verarbeitungsformen entstanden, die wir Krankheiten nennen: PTBS, Essstörungen, Süchte, alle Formen psychosomatischer Erkrankung. Es sind **traumareaktive Schemata**, die dazu gebraucht werden, überstarke negative Emotionen einzukapseln. Diese klinischen Beobachtungen über die zentrale Rolle von Emotionen bei der Organisation mentaler Vorgänge lassen sich mittlerweile neurobiologisch so sicher belegen, dass wir beginnen müssen, das **emotiozentrische Prinzip** in unsere Krankheitsmodelle aufzunehmen.

Was lehrt uns die neurobiologische Grundlagenforschung über Emotionen?

Die einzelnen Emotionen haben sich in der Evolution der Arten nacheinander und deshalb prinzipiell unabhängig voneinander entwickelt. Darüber, welches die Kern-Emotionen sind und welches die zusammengesetzten Emotionen sind, gibt es bislang wenig Übereinstimmung. Als Kern-Emotionen gelten bei LeDoux (2001): Furcht, Zorn, Ekel, Freude. In der Forschung wurde fast ausschließlich mit der Emotion Furcht gearbeitet, weil sie bei Versuchstieren und auch bei Menschen leicht erzeugt werden kann und am Verhalten leicht ablesbar ist. Die Folge ist, dass wir viel über negative Emotionen (Furcht) und sehr wenig über positive Emotionen (Freude, Sicherheit) wissen.

LeDoux betont, dass die einzelnen Emotionen, weil sie sich evolutionär nacheinander entwickelt haben, durchaus Verschiedenheiten aufweisen können. Insbesondere dürfen wir nicht annehmen, dass sie alle gleich lokalisiert seien. Wie begründet diese Warnung ist, hat sich bestätigt. Positive Emotionen scheinen vom Striatum organisiert zu werden, nicht vom Mandelkern, obwohl fälschlicherweise häufig angenommen wird, der Mandelkern sei für alle Arten von Emotionen zuständig (Kandel 2006). Die Emotionsbahnen der positiven Emotionen, zu denen das Striatum anscheinend gehört, wurden aber bislang so gut wie nicht untersucht.

In der Reaktion auf beliebige Ereignisse geht die *emotionale Reaktion* sowohl dem Bewusstsein wie auch der Handlung voraus. Dies ist in zahllosen teils sehr originellen Experimenten nachgewiesen (Gazzaniga und LeDoux 1978, Spitzer 2006). Bei Split-Brain-Patienten mit einer Schädigung der Verbindung zwischen rechter und linker Hirnhälfte wurde beobachtet, dass sie emotionale Reaktionen zwar haben, diese aber nicht bewusst wahrnehmen können. Damit sind sie auch nicht im Stande, ihre eigenen Verhaltensweisen zu erklären, weil sie ja nicht wissen, warum sie es tun. Fragt man sie nach einer Erklärung, warum sie lachen, sich freuen, sich fürchten, so denken sie sich eine Erklärung aus, sie konfabulieren (Spitzer 2006). Nachgewiesen ist die immer gleiche Reihenfolge: eine unbewusste emotionale Reaktion wird in einem zweiten Schritt vom Bewusstsein integriert, d. h. mit explizitem Wissen verknüpft, in das Selbstbild der Person eingefügt und zu einem mehr oder weniger komplizierten noch unbewussten Plan entwickelt, der dann noch mit einer Erklärung versehen wird. Die Willensfreiheit des Menschen ist dadurch nicht aufgehoben. Gerade die evolutionäre Neuheit von „Be-

wusstsein“ als Entscheidungsinstanz schafft die Freiheit, einem primär unbewussten emotionalen Impuls zu folgen oder nicht. (Kandel 2006, Seite 417)

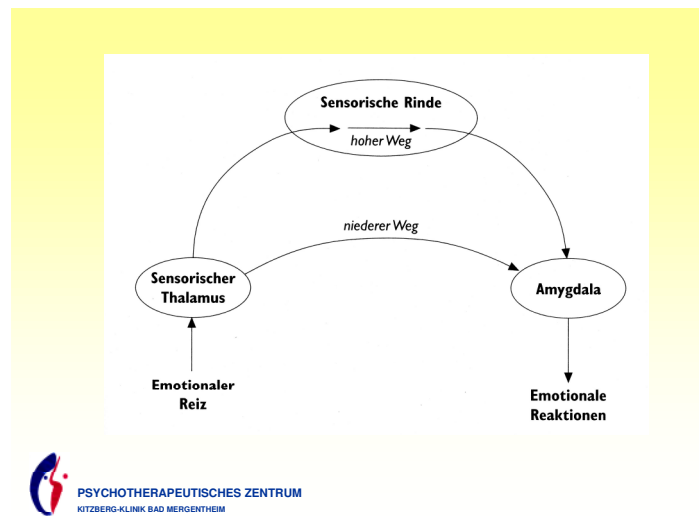


Abb. 9: der niedere und der hohe Weg. (aus LeDoux 2001)

Man sieht das in jeder Therapiestunde. In der Annäherung an emotionales Material tauchen Sätze, Geschichten, Argumente auf. Es ist wichtig zu wissen, dass sie etwas Sekundäres sind. Erst wird gefühlt, dann gedacht. Auch der Körper hat bis dahin längst reagiert.

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: motorische Abwehrbewegung, Herzklopfen, Blutdruckanstieg und vieles mehr. Dieser kurze, direkte schnelle, aber ungenaue Weg (der direkte oder niedere Weg) wird in einem langsameren komplexeren Geschehen (der *indirekte oder hohe Weg* nach LeDoux) verknüpft mit Bewusstsein, Wissen und Sprache (Abb. 9)

Informationen über äußere Reize gelangen auf zwei Wegen zur Amygdala; einmal durch direkte Bahnen vom Thalamus (dem niederen Weg), zum anderen durch Bahnen, die vom Thalamus zur Rinde und von dort zur Amygdala verlaufen. Die direkte Bahn vom Thalamus zur Amygdala ist ein kürzerer und deshalb schnellerer Übertragungsweg als die Bahn vom Thalamus über die Rinde zur Amygdala. Die direkte Bahn kann aber, da sie die Rinde ausläßt, nicht von der kortikalen Verarbeitung profitieren. Deshalb kann sie

der Amygdala nur eine grobe Repräsentation des Reizes liefern. Sie ist daher eine *schnelle und ungenaue* Verarbeitungsbahn. Dank der direkten Bahn können wir auf potenziell gefährliche Reize schon reagieren, bevor wir nachgedacht haben. In gefährlichen Situationen kann das sehr nützlich sein. Mit Hilfe der direkten Bahn zieht man beispielsweise innerhalb von Millisekunden den Fuß weg, wenn einem ein Messer aus der Hand fällt oder fängt etwas Zerbrechliches in der Luft wieder auf. Das Nutzen hängt jedoch davon ab, dass die kortikale Bahn die direkte Bahn korrigieren kann. (LeDoux, 2001, Seite 175)

Das Wechselspiel von niederem und hohem Weg scheint ein wesentlicher Bestandteil der Integration von emotionalen Erfahrungen zu sein.

Zur Frage der Lokalisation von Emotionen im Gehirn äußert LeDoux (2001) sich ausführlich und dezidiert. Er bestreitet, dass es ein limbisches System gäbe. Dies ist auch für den Psychotherapeuten von Bedeutung, da man diesen Begriff häufig und selbstverständlich verwendet.

Der Begriff des limbischen Systems wurde 1952 von McLean eingeführt. Er verstand darunter Areale des sogenannten Papez-Kreises, die Amygdala, den präfrontalen Kortex und das Septum. Es bestehe aus phylogenetisch altem Kortex und angrenzenden subkortikalen Bereichen. LeDoux argumentiert hingegen, dass die Annahmen von McLean über die Phylogenese des Säugetiergehirns sich nicht mit den neueren Befunden decken, ebenso wenig seine Annahmen über Verbindungsbahnen und vegetative Steuerungsfunktion als Eigenschaften, die ein „limbisches System“ definieren könnten. Er kommt deshalb zu Schluss, dass es nicht existiere. Nach seiner konträren Auffassung gibt es nicht nur *ein* emotionales System im Gehirn, sondern mehrere (LeDoux 2001, S. 111). Bis diese Frage geklärt ist, wäre es also besser, von *emotionalen Systemen* statt vom „limbischen System“ zu sprechen. Die klinisch beobachtbare Bipolarität von negativen und positiven Emotionen entspricht deshalb wahrscheinlich auch unterscheidbaren Lokalisationen (Kandel 2006, Seite 377).

Negative Emotionen werden von der Amygdala sofort in Körperreaktionen umgesetzt. Die Amygdala mit ihrem starken Einfluss auf den Körper darf man sich aber nicht als homogenes Kerngebiet mit einer einzelnen Funktion vorstellen. Die Amygdala (Mandelkern) ist vielmehr eine Kerngruppe (Abb. 10):

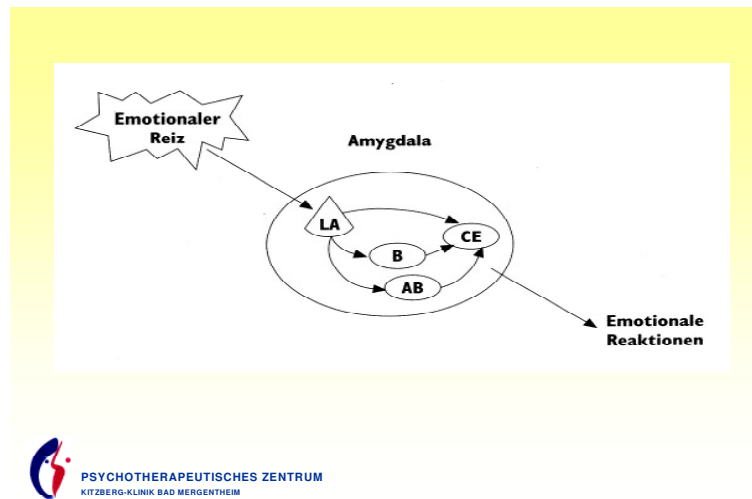


Abb. 10: Die Amygdala. (aus LeDoux 2001)

Aus den Sinnesorganen, beispielsweise dem Gehör, gelangen Impulse über den Thalamus zum lateralen Kern der Amygdala, von dort zu deren zentralem Kern, der seinerseits innerhalb von Millisekunden auf vom Bewusstsein völlig unbeeinflussbare Weise vielfältige Körperreaktionen auslöst. Negative emotionale Bewertung von Sinneseindrücken im lateralen Amygdalakern bewirkt direkt körperliche Reaktionen (Abb. 11):

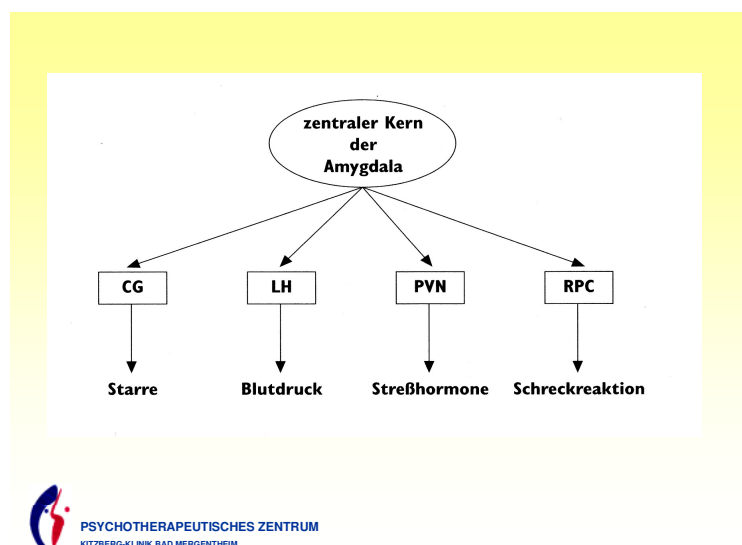


Abb. 11: Outputs des zentralen Amygdalakerns. (aus LeDoux 2001)

Emotionen, diese mächtigen Organisatoren sowohl des Körpers wie der mentalen Vorgänge müssen deshalb, wie der Motor im Auto, **reguliert** werden, sonst schaden sie. Um verarbeiten zu können braucht der Mensch eine auf ein verträgliches Maß gebremste emotionale Erregung. Diese Funktion übernimmt, soweit wir wissen, der **mediale präfrontale Kortex**. Er scheint eine Art emotionale Bremse, ein Regular zu sein, der die Erregung des Mandelkerns in einen Bereich bringt, der zum Denken geeignet ist. Wir nennen diesen Bereich das **Toleranzfenster** (Ogden und Winston 2000) Im *Window of Tolerance* läuft der Verarbeitungsprozess meist ohne viel Zutun des Therapeuten ab, wird aber bei Übererregung sofort stagnieren.

Wenn wir realisieren, dass Psychotherapie bedeutet, mit dem emotionalen System des Patienten zu arbeiten, dann kommen wir zur 3. behandlungstechnischen Grundregel: **stets im Toleranzfenster bleiben.**

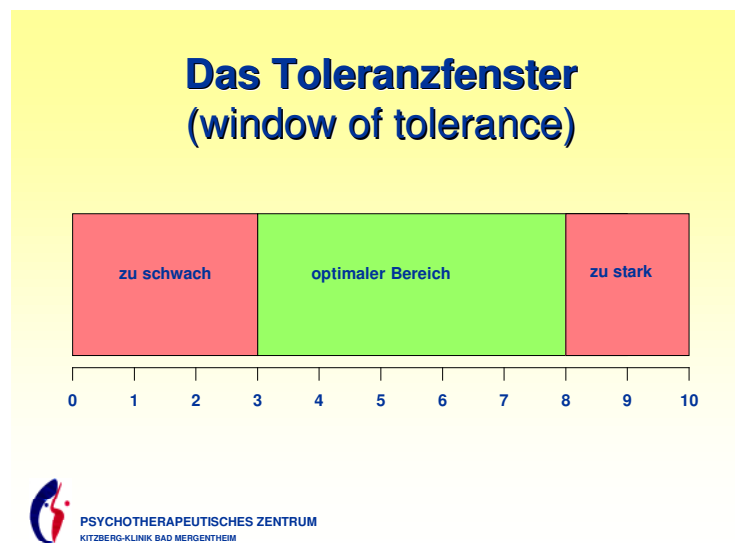


Abb. 12: Optimale Fokussierung

Zur Ressourcenaktivierung und damit zum Fortschreiten der Verarbeitungs- und Entwicklungsprozesse kommt es innerhalb dieses Bereiches, in dem die gefühlte emotionale Belastung weder zu schwach noch zu stark ist. Anders ausgedrückt: jenen Belastungsbereich, in dem es zur Ressourcenaktivierung kommt, nennen wir **Toleranzfen-**

ster. In der Abbildung (Abb. 12) ist dies unter zur Hilfenahme der SUD-Skala (subjective units of disturbance), die aus dem EMDR vertraut ist, dargestellt.

Ein SUD von 3 entspricht etwa einem deutlich fühlbaren Unbehagen, mit beginnenden vegetativen Reaktionen (z. B. Herzklopfen) und ersten negativen Kognitionen (z.B. „ich kann nichts tun“). Ein SUD von 8 heißt stark fühlbare Belastung, starke vegetative Reaktionen (Schwitzen, Brustdruck, Zittern), starke negative Emotionen (Angst, Haß, Ekel etc.), kognitive Einengung auf negative Kognitionen. Gegenregulation ist nicht deshalb notwendig, weil der Zustand unangenehm ist, sondern weil ab einer bestimmten Belastungsstärke der mentale Transformationsprozess stagniert. Die Beschäftigung mit dem emotionalen Belastungsmaterial erzeugt dann keinen Fortschritt mehr und braucht deshalb auch nicht ertragen zu werden. Den oberen Rand des Toleranzfensters nennen wir klinisch das Limit.

Das Limit zu überschreiten hat Folgen. Jedes sensorische Neuron hat nach Bailey, Chen und Kandel (1993) ungefähr 1.300 Synapsen, über die es mit etwa 25 anderen Neuronen kommuniziert. Von diesen 1.300 Synapsen sind, bevor die Zelle ein neues Muster speichert, nur ca. 40 % aktiv, also zur Ausschüttung von Neurotransmittern im Stande. Nachdem die Nervenzelle ein Erregungsmuster dauerhaft gespeichert hat, findet man mehr als doppelt so viele Synapsen (ca. 2.700), von denen etwa 60 % aktiv sind. Wird dieses neu gebildete Erinnerungsmuster über längere Zeit nicht benutzt, so verblasst es gleichsam, jedoch nicht völlig: die Zahl der Synapsen geht auf ca. 1.500 zurück. Dieser Befund ist sehr aufregend. Wir sehen hier zum Einen, dass die Zelle sich erinnert, indem sie sich verändert. Das Psychische ist kein körperloses Abstraktum, sondern bedarf der **physischen Plastizität** aller beteiligten Zellen. Wir verstehen zum Zweiten, warum es falsch ist, wenn in einer Psychotherapie belastende Erinnerungen nur *aktiviert*, jedoch nicht *reorganisiert* werden. Das Erinnerungsmuster wird dadurch jedes Mal gestärkt, die Patientin wird kränker, das emotionale Belastungsmaterial *wächst physisch* durch Steigerung der Zahl aktiver Synapsen. Das emotionale Aktivieren von Erinnerung ist deshalb nur dann sinnvoll, wenn es in den Vorgang der mentalen Reorganisation einmündet, also in das, was wir Heilungsprozess nennen.

Wir Therapeuten müssen die Arbeit mit diesem Prinzip trainieren. Wenn wir das Toleranzfenster nach oben verlassen, erzeugen wir in der einzelnen Therapiestunde eine Stagnation¹. Auch eine phobische Scheu von Therapeuten vor dem emotionalen Traumaschema ist unangebracht. Sie verlassen dabei das Toleranzfenster nach unten. Weder sie selbst, noch die Patientinnen lernen dann angemessenen d. h. heilsam starken Kontakt zum Traumaschema aktiv herzustellen und aktiv zu begrenzen.

5. Das Pendel zum Schwingen bringen: das bipolare Prinzip

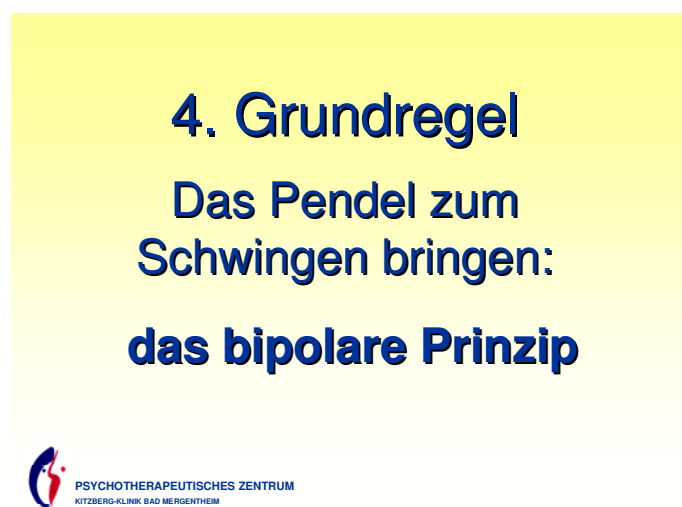


Abb. 13: Das Pendel zum Schwingen bringen

Regelmäßig und unvermeidlich wird es in einer Psychotherapie zum Kontakt mit emotionalen Belastungsschemata kommen.

Stets beginnt die emotionale Selbstregulation auch in der konkreten Therapiesituation mit einer **aktiven Entscheidung** der Patienten, in das **Window of Tolerance** zurückzukehren.

¹ Das „Sprechen über Probleme“ würden wir aus psychotraumatologischer Sicht als *unsystematische Exposition* bezeichnen. Diese Arbeitsweise ist nur bei nicht traumatisierten Patienten mit ausgeprägten Ressourcen, die keiner weiteren Organisation bedürfen, möglich. Bei traumatisierten Patienten ist dies ein Kunstfehler.

Dies geschieht durch **aktive Umfokussierung** auf Ressourcen, also durch bipolare Arbeitsweise. Der Ressourcenkontakt ermöglicht eine Musterunterbrechung, die Ausbreitung des emotionalen Belastungsmusters wird dadurch in einem selbstregulatorischen Prozeß begrenzt. Musterunterbrechungen durch Ressourcenkontakt sind keine abstrakten, sondern sehr konkret fühlbare Dinge, da es sich um emotionale Vorgänge handelt.

Nützlich und wirksam sind insbesondere folgende allgemein bekannte **Standardressourcen**:



Abb. 14: Standardressourcen

Bei der Arbeit mit Stabilisierungsübungen wie dem sicheren Ort oder der Tresorübung sind es aber nicht die jeweils vorgestellten visuellen Elemente dieser Ressourcenübungen, sondern die dabei aktivierten **eigenen** positiven emotionalen Muster. In der Sicherer-Ort-Übung ist es also das im Moment der Übung gespürte Sicherheits**gefühl**. Gerade der Verweis auf dieses Wirkprinzip der Kontaktaufnahme mit eigenem positivem emotionalem Material verdeutlicht den Patienten auch das Prinzip der Selbstregulation. Es sind die Elemente der *eigenen* inneren Gesundheit, mit denen Kontakt aufgenommen wird, nichts Äußeres.

Genaue Beobachtung der mentalen Transformationsprozesse zeigt dann folgendes: jedem Belastungsschema steht spontan **ein Heilungsschema** gegenüber, es zeigt sich

in spontan auftauchenden Ressourcen. Wir nennen sie **dynamische Ressourcen**. Die **dynamischen Ressourcen** tauchen regelmäßig in folgender Reihenfolge und Gestalt auf (Abb. 15):

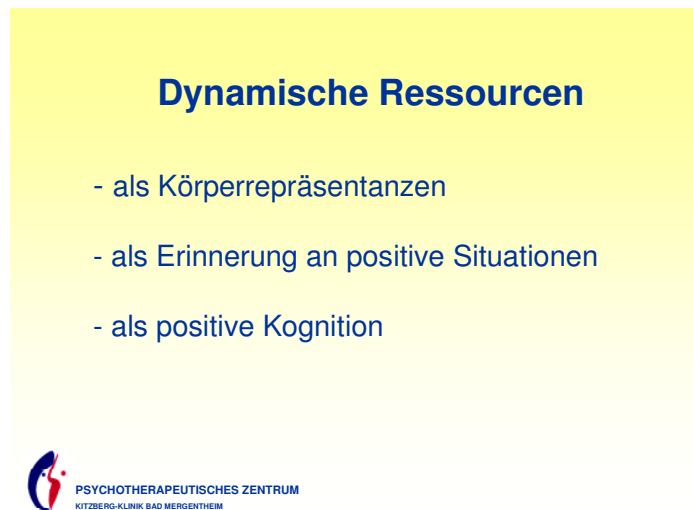


Abb. 15: dynamische Ressourcen

Auch hier gilt das emotiozentrische Prinzip: Es ist nur das wirksam, was **jetzt** gefühlt wird. Am wirksamsten sind deshalb diejenigen Ressourcen, die von selbst auftauchen wollen. Die Kunst des Lassens.

Ein typischer Ablauf der emotionalen Selbstregulation in einer Therapiestunde wäre also bei deutlich ansteigender, kritisch intensiver emotionaler Belastung eine Prozessfokussierung mit der Bitte an den Patienten, die aktuelle Belastungsstärke mit der SUD-Skala einzuschätzen und dann zu entscheiden, ob eine Regulation der Erregung wünschenswert wäre, weil die Grenzen des Window of Tolerance erreicht sind. Falls dem so ist, wäre die nächste Frage, was der Patient schon an Regulierungsmöglichkeiten kennt, also an **vorhandenen** Ressourcen. Selbstverständlich verfügt jeder Mensch über ein entsprechendes Repertoire, da ja die Emotionsregulation ein lebenslanges, nicht erst in der Psychotherapie begonnenes Geschehen ist. Allerdings werden solche Fähigkeiten erst in der Therapie systematisch geübt.

Ein Patient wird über diese Frage, was jetzt im Moment zu einer besseren Verfassung beitrüge, kurz nachdenken. Das Nachdenken als Solches ist bereits eine Distanzie-

rungstechnik durch Musterunterbrechung. Der Patient wird sich umfokussieren und innerlich mit entsprechenden Fähigkeiten, die er von sich kennt, Kontakt aufnehmen. Das Nachdenken, Umfokussieren und der entstehende Ressourcenkontakt werden bis hier hin vielleicht eine bis zwei Minuten gedauert haben. Ganz regelmäßig beginnen dann subtile Veränderungen im Bereich der Körperrepräsentanzen: als erstes meist ein gelöster Atemzug, dann ein etwas anderes freieres Sitzen, eine leicht aufgerichtete Haltung, ein Blick, der seine Freiheit wieder gewinnt und das Starre verliert.

Die Patientinnen bemerken diese subtilen Veränderungen meist nicht. Wird die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, so kann das mit der Frage verbunden sein, wie sich diese Spontanressourcen in der Körperrepräsentanz auf die Verfassung ausgewirkt haben. Erfahrungsgemäß tauchen dann spontan weitere dynamische Ressourcen auf, sie sind ohne besonderes Zutun einfach da, ganz wie freie Assoziationen in der Psychoanalyse. Sie müssen lediglich bemerkt werden. Es könnte sein, dass ein Patient vor sich hin sagt: „Langsam wird mir klar, wie das bei mir immer abläuft.“ Hier wäre also der **beobachtende, ordnende Verstand** aktiv geworden. Es könnte auch sein, dass ein Patient sich streckt und dehnt und dabei die Spannung gleichsam körperlich abschüttelt. Dies wäre ein **motorisches Ressourcenmuster** der Reorganisation und Selbstregulation. Tiere machen das übrigens ständig. Ein anderer Patient wird vielleicht etwas lächeln und dabei bemerken „ich finde, ich habe das gerade ganz gut gemacht“ und kann dann auf seine **positive Emotion** des Stolzes und auf seine **positive Kognition**, die spontan entstanden ist, angesprochen werden. *Ansprechen* bedeutet in diesem Zusammenhang behandlungstechnisch stets **Focussierung auf die Ressource**.

In der Regel wird eine solche aktive Selbstregulation auch bei sehr hohen Belastungsgraden nicht länger als wenige Minuten dauern. Der ganze Ablauf und das Ensemble von Ressourcen stehen dem Patienten dann in jeder künftigen Situation zur selbständigen Nutzung ebenso zur Verfügung.

Über den Kompetenzerwerb hinaus hat die Gewißheit der Patienten, zur emotionalen Selbstregulation im Stande zu sein, weitreichende Auswirkungen auf das Selbstbild. An

die Stelle der Opferidentifikation tritt das Vertrauen in die selbstorganisatorischen Fähigkeiten, welches der modernen Traumatherapie zu Grunde liegt.

6. Von unten auf den Berg steigen: Im Kleinen beginnen



Abb. 16: Den Berg von unten besteigen

Heilungsprozesse – dies ist das selbstorganisatorische Modell komplexer Systeme – beginnen im Kleinen, im Gegenwärtigen und im Möglichen. Diese **kleinen Musterveränderungen** werden zum *Attraktor*, sie werden wirksamer, verbinden sich miteinander, breiten sich aus wie nachwachsendes Gewebe in einer Wunde. *Nachdem* das geschehen ist, können diese neuen *Muster von Gesundheit* systematisch auf noch vorhandenes inkohärentes, traumatisches Material angewandt werden und auch dort Reorganisation, d.h. dauerhafte Musterveränderung bewirken.

Im gegenwärtigen Alltag, sei es in einer Klinik, in der Therapiestunde oder im Lebensalltag, begegnen unsere Patienten unausweichlich ständig emotionalen Belastungssituationen. Beispielsweise fühlt die Bulimiepatientin ein schwer erträgliches Leergefühl, wenn sie alleine ist, ein Anorexie-Patient schaut sich gleichsam selbst beim Essen zu und fühlt eine schwer erträgliche Scham über das Primitive, Unsaubere, Triebhafte. Eine Selbstverletzungspatientin fühlt einen eigenen Hass in sich aufsteigen, wann immer sie bei Anderen Hass wahrnimmt. Die Patienten leiden unter diesen Zuständen, und dieses Leiden bildet den klinischen Alltag ihres Elends. Die emotionale Belastungsstärke solcher Alltagssituationen ist mittelgroß, nicht im traumatischen Be-

reich. Diese Feststellung ist von größter Bedeutung und sie bildet den Grund, warum wir hier von **Mini-PTBS** sprechen. Viele Elemente einer klassischen PTBS sind vorhanden, jedoch in schwächerer Ausprägung, im nicht-traumatischen Bereich: die emotionale Belastung, die vegetativen Reaktionen, die negativen Kognitionen, Übererregung und in der Folge Vermeidungsverhalten. Diese Mini-PTBS bilden das Alltagsmaterial, mit dem wir die Arbeit beginnen.

Dies entspricht einem tiefen und sehr berechtigten Interesse der Patienten. Sie wollen nicht mit Gewalt zu den Wurzeln ihrer Störung vordringen, sie wollen, dass es ihnen jetzt besser geht.

Die Induktion der Heilungsprozesse beginnt also mit der Auswahl von emotionalem Belastungsmaterial von geeigneter Stärke, in der stationären Arbeit werden das immer die Mini-PTBS sein, wichtig ist die strikte Fokussierung auf **eine nach Ort und Zeit genau bestimmbare Situation**, die zur Reorganisation ansteht. Jedes Ausweichen auf anderes, irgendwie damit verwandtes Material stört und verhindert das vollständige Reprozessieren (Pesso 2006).

Da wir uns im Bereich *nicht-traumatischen Materials* bewegen, ist die Fähigkeit zur **kontrollierten Fokussierung** bei den Patientinnen vorhanden. Es genügt also, wenn die Therapeutin die Notwendigkeit erklärt, ausschließlich beim ausgewählten Material zu bleiben und wenn die Therapeutin sich natürlich auch selbst daran hält.

Bei der Fokussierung sieht das EMDR-Standard-Protokoll die Konzentration auf den schlimmsten Moment vor, z.B. auf den schlimmsten Teil des vorgestellten Bildes. Diese Fokussierung kann bei den Mini-PTBS gleichsam wie unter dem Mikroskop verstärkt werden. Es tritt dann ein ganz bestimmter Moment hervor von vielleicht nur Sekundendauer, in dem der Patient die emotionale Belastung maximal fühlt. Die Technik der **mikroskopischen Fokussierung** macht das Belastungsschema mit maximaler Deutlichkeit klar. Das Reprozessieren wird durch diese präzise Fokussierung sehr erleichtert. Darüber hinaus ist sie für den Therapeuten wertvoll, der mit größter Plastizität wahr-

nimmt, woran der Patient in der Gegenwart am meisten leidet. Die Mini-PTBS können sehr mit EMDR aufgelöst werden.

Die einzelnen Schritte der Arbeit mit kleinen Belastungen folgen meist dem EMDR-Standard-Protokoll. Ziel ist die **vollständige Reorganisation des Materials**, erkennbar an einem SUD von 0 und an einem VoC von 7. Da es sich hier um nicht-traumatisches Material handelt, ist dieses Ziel in einer Therapiestunde von normaler Länge gut zu erreichen. Die einzelnen „Kanäle“ sind eher kurz, d.h. es genügen oft wenige Sets von Augenbewegungen oder taktilen bilateralen Stimulationen und die Anzahl der Kanäle ist eher klein. Häufig ist die Reorganisation des Materials nach 3-4 eher kurzen Kanälen vollständig abgeschlossen. Das komplette EMDR-Standard-Protokoll an einer Mini-PTBS wird dann vielleicht 30-50 Minuten gedauert haben. Die Patienten fühlen sich am Ende jeder dieser Sitzungen emotional und körperlich wesentlich besser, was natürlich die Motivation stark befördert.

7. Wasser findet immer seinen Weg: die Kunst des Lassens



Abb. 17: Die Kunst des Lassens

Vielleicht merken Sie, dass ich wie viele andere auch, sehr gerne mit dieser Methodik arbeite. Jede Therapiestunde für sich ist ein neu zu schaffendes kleines Kunstwerk, welches es vor der Stunde noch nicht gab. Also werden ständig Situationen auftreten, in denen der Therapeut nicht genau weiß, was als nächstes kommt, der Patient eben so

wenig. Wir erleben **Momente kritischer Instabilität**, wie die Selbstorganisationsforschung sagt (Haken und Schiepek 2005). Müssen wir nun von uns selbst erwarten, dass wir in jedem Moment schon wissen, was als nächstes passieren will? Ich meine nicht. Solche Momente, in denen der Heilungsprozess seinen nächsten Schritt sucht, sind Momente von großer Kostbarkeit. Es ist, wie wenn ein Vogelschwarm einen Moment am Himmel inne hält, erst hier hin, dann dort hin strömt, dann seine Richtung nach Süden findet und kraftvoll Tempo aufnimmt oder wie Wasser, was bergab fließt, sich staut, überläuft und selbst seinen Weg bestimmt. Wir wissen niemals vorher welchen.

Wenn wir also solche Momente des Suchens wahrnehmen, dann können wir vertrauen, dass sich in Momenten kritischer Instabilität, in denen die mentale Reorganisation angelaufen ist, die Richtung zu einem Mehr an Ganzheit von selbst finden wird. Diese Richtung ist in der Patientin, genauer gesagt im Reorganisationsprozess selbst enthalten als immanentes Wissen. Man kann die Patientin, die ein Gefühl dafür entwickelt hat, direkt fragen, wo der Heilungsprozess hin will. Bemerkenswerterweise haben die wenigsten Patienten Schwierigkeiten mit dieser Frage, einfach deshalb, weil ihnen fast sofort eine Antwort einfällt. Die Frage hat Raum gegeben für das Wissen, was schon da war. Für dieses Vertrauen in die Selbstorganisation brauchen wir auch geeignete Formen der Selbsterfahrung. Hat man Heilungsprozesse bei sich selbst erzeugt, weiß man nicht nur sondern fühlt auch, wie das geht. Ich rate sehr dazu EMDR auch zur Lösung eigener Probleme zu verwenden.

8. Schluss

Damit bin ich am Ende dieses Einführungsreferates angelangt. Ich fasse zusammen.

Moderne Traumatherapie arbeitet prozessorientiert. Der Prozess, den wir mentalen Transformationsprozess oder Heilungsprozess nennen können, arbeitet, soweit wir heute wissen, selbstorganisatorisch, emotiozentrisch und bipolar. Daraus folgen einige behandlungstechnische Regeln, die uns helfen, mentale Reorganisationsprozesse zu induzieren, zu fokussieren und zu steuern.

Die Beschäftigung mit Heilungsprozessen scheint kreativ zu machen und von den Ergebnissen der wissenschaftlichen und klinischen Kreativität werden wir im weiteren Fortgang unserer Tagung viel erfahren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Literaturverzeichnis

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

Haken, H. & Schiepek, G. (2005): Synergetik in der Psychologie. *Hogrefe*

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

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

Ogden, P., Minton, K. (2000): Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology, VI (3), article 3*

Pesso, A. (2006): Dramaturgie des Unbewussten und korrigierende Erfahrungen: Wann ereignen sie sich? Bei wem? Und wo? In: Marlock, G. und Weiss, H. (Herausgeber): Handbuch der Körperpsychotherapie. *Schattauer Verlag*

Plassmann, R. (2007): Die Kunst des Lassens. *Psychosozial-Verlag*

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

Shapiro, F. (1998): EMDR in Aktion. Die Behandlung traumatisierter Menschen. *Junfermann Verlag*

Spitzer, M. (2006): Das neue Unbewusste I. Oder die unerträgliche Automatizität des Seins. *Nervenheilkunde 2006; 25: 615-22*

Spitzer, M. (2006): Das neue Unbewusste II. Kreativ denken und richtig entscheiden. *Nervenheilkunde 2006; 25: 701-8*