

## **EMDR und Körper-Psychotherapie: ein neuer Zugang zum salutogenen Prozess**

### **Zusammenfassung**

Erfolgreiche Therapien stoßen einen autonomen, inneren Selbstheilungs-Prozess an, der vorher nicht oder ungenügend bewältigte Erfahrungen verarbeitet. Der hier salutogen genannte Prozess wird besonders deutlich in der EMDR-Traumatherapie, die mit kurzen Beispielen vorgestellt wird. Modelle der Wirkungsweise dieser Methode werden diskutiert, um zu einem präziseren Verständnis des salutogenen Prozesses zu kommen. Dabei wird die Bedeutung der EMDR-spezifischen bilateralen Stimulation und ihres hier aufgezeigten und vorgestellten Potentials ebenso klar wie die Notwendigkeit von Ressourcen oder Selbstkompetenzen, für deren Aufruf und Entwicklung eine körper-psychotherapeutische Vorgehensweise von besonderem Nutzen ist. In vier Schritten werden die spezifischen Bedingungen für die Ermöglichung des salutogenen Prozesses beschrieben, der nicht nur in der Traumatherapie Verarbeitung und Selbstheilung bewirkt: 1. Aktivierung und Entwicklung von Selbstkompetenzen, 2. Aufruf und Öffnung dysfunktionaler Schemata, 3. Auslösung und Anregung des Verarbeitungsprozesses, 4. Integration und Gleichgewicht.

**Summary** EMDR and Body-Psychotherapy: a new approach to the salutogenic process

Successful therapies stimulate an inner, autonomous process striving towards health, assimilating experiences the individual could not master before. This essentially self-healing process appears to be prominent in EMDR trauma-therapy. Models of the inherent mechanism are discussed in order to develop the understanding of the self-healing process. Bilateral stimulation with its great potential (some expanded possibilities are introduced here) appears to be as important as the utilization of body-psychotherapeutic perspectives and interventions in order to facilitate and develop the necessary resources. Four steps describe the conditions rendering possible a process which can be helpful not only for trauma-therapy: 1. Activation and development of self-competences, 2. Evocation and opening of dysfunctional schemata, 3. Automatic release and stimulation of the processing, 4. Integration and equilibrium.

**Schlüsselwörter:** Salutogener Prozess, Trauma, EMDR, Körper-Psychotherapie, Informationsverarbeitung, Traumatherapie.

**Keywords:** Salutogenic process, trauma, EMDR, Body-Psychotherapy, information processing, trauma-therapy.

*"Ich weiß, dass ich es bin, die sich entwickelt, aber es ist als gäbe es etwas in mir,  
das einfach voranschreitet, durch Tiefen und Höhen und mit Ausblicken ins  
gelobte Land - ob ich will oder nicht. Ich und du, wir können eigentlich nur  
zuschauen und versuchen, es zu verstehen."  
Eine Klientin*

### **1 Der salutogene Prozess**

Der Erfolg therapeutischer Arbeit ist nicht als Folge einer Reparatur zu verstehen, sondern verdankt sich eher der Anregung und Unterstützung eines Entwicklungs-, Selbstheilungs- oder salutogenen Prozesses: diese Auffassung gehört zum gemeinsamen Grundverständnis verschiedener psychotherapeutischer Ansätze und Schulen. Wie wir uns diesen Prozess aber vorstellen können, den wir auslösen, anregen, korrigieren, beschleunigen oder vermitteln wollen, wird selten genauer beschrieben oder gar definiert, obwohl das Verständnis von (Selbst-)Heilung und Gesundheit mindestens ebenso im Zentrum therapeutischer Arbeit stehen sollte wie unser Wissen um Funktionalität und Pathologie.

Natürlich gibt es Erfolge in der Psychotherapie und Körper-Psychotherapie, ohne dass ein solcher Prozess oder seine Wirkung erlebt, beobachtet oder konzeptualisiert wird - durch eine Veränderung der Lebensweise, Einsicht, Selbstbeeinflussung oder (Verhaltens-) Training. Allerdings muss mit Verschiebungen der Symptome oder ihrem Wiederaufleben

nach Remissionen gerechnet werden. Und mit einiger Wahrscheinlichkeit bleibt das Gefühl, einen tieferen, inneren Prozess „in Schach halten“ zu müssen. Hier wird die Ebene der Gegenüberstellung von Psyche und Soma oder die einer bewussten Kontrolle unbewusster Impulse und vegetativer Prozesse nicht verlassen. Wenn der Veränderungsprozess andererseits als autonom und innerlich erlebt wird - wie im Eingangszitat einer Klientin -, lässt sich eine psycho-somatische Besserung oder Heilung beobachten, die über gute Trainingsresultate und eine Habituation hinausgeht. Die Veränderung ergreift spontan die zentralnervöse und vegetative Ebene, nicht selten begleitet vom inneren Staunen der Klienten. Psyche und Soma erscheinen als funktionale Einheit, Kontrolle und Steuerung versöhnt mit unbewussten Impulsen und vegetativen Prozessen. Warum?

Antonovsky (1997) hat in seinem Konzept der Salutogenese als wesentlich für den Erhalt und Gewinn von Gesundheit ein „Kohärenzgefühl“ (sense of coherence) postuliert, das sich aus dem Gefühl der Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit (Sinnhaftigkeit) und Handhabbarkeit des Lebens speist. Danach ließe sich der salutogenetische als ein Prozess verstehen, der vom Streben des Organismus nach einer „selbstwirksamen Lebenskompetenz“ motiviert ist: dem inhärenten Impuls oder Antrieb, sich dem Leben gewachsen zu zeigen, dieses zu fühlen und - anders herum - Hilflosigkeit zu vermeiden. Mentzos (1984) hat darauf hingewiesen, dass der salutogene Prozess zwar als autonom, aber keineswegs als autark angesehen werden kann: Über- und Schutzreaktionen führen wie Entzündungen zu sekundären Konflikten und Schutzhaltungen, die in der Therapie bearbeitet werden müssen. Es sind dabei nicht nur Abwehrreaktionen, deren „Umstimmung“ oder Öffnung für die Gegenwart heilsam sein kann. Denn in den Symptomen manifestiert sich auch das Abgewehrte, das nach Ausdruck drängt: Impuls und Abwehr sind beide Teil des Selbstheilungsprozesses, der seinerseits als Ausdruck eines grundlegenden Strebens nach Wachstum, Vollendung (Perls), Selbst-Aktualisierung (Rogers), Selbstregulation (Reich) oder Bewältigung verstanden werden kann. Der „wilde Analytiker“, frühe Psychosomatiker und eigentliche Erfinder des „Es“, Georg Groddeck, hatte schon beobachtet, dass „die meisten Patienten einen Teil zu haben schienen, der entscheidet, wann sie krank und wieder gesund würden, und nannte diesen ES“ (Pearce, 2001, S.1). Da Groddecks ES, im Unterschied zum Freudschen, als Prozess verstanden wird, braucht es weniger die Bewusstwerdung als vielmehr *Raum* und *Bewegung* für seine Wirkung. Im Selbstverständnis der Körper-Psychotherapie wird beides in und mit den Grenzen der therapeutischen Beziehung ermöglicht: wir folgen dem „Prozess“ und schaffen eine „vorbereitete Umgebung“ (Montessori) für seine Entfaltung. Der Prozess „nimmt die Abwehr mit“, denn sie ist nichts anderes als der vor Schreck verengte, unterbrochene und in der Zeit stehen gebliebene, sich wiederholende Impuls eines Organismus, der sich schützen und das Gefühl haben will, dem Leben gewachsen zu sein.

Seit den frühen 90er Jahren gibt es eine zunächst für posttraumatische Störungen entwickelte Therapie, die genau diesen Prozess nicht nur thematisiert und anstößt, sondern wesentlich beschleunigt und durch ihre Wirkung präziser verständlich machen kann: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Gleichzeitig lässt sich dieser Ansatz besonders gut, so meine ich, in die Körper-Psychotherapie integrieren. Dies habe ich selber als Chance erfahren, Therapien effektiver werden zu lassen.

## 2. Traumatherapie und EMDR

Nach einigen Jahren Arbeit mit EMDR habe ich bestätigt gefunden, dass vor allem eine PTBS erfolgreich und in vergleichsweise sehr kurzer Zeit behandeln werden kann. Darüber hinaus habe ich in der Integration dieser Methode in die Körper-Psychotherapie einen effektiven Zugang zu dem gefunden, was ich als salutogenen Prozess verstehe: die spontane, selbsttätige Entwicklung, Wiederherstellung und Stärkung der Lebenskompetenz, das gefühlte und gewusste funktionale „Fließgleichgewicht“ (Piaget) von Wirkmacht und Anpassung. Wird dieser Prozess angeregt, kommt es zur Integration abgespaltener physischer, affektiver und kognitiver Schemata. Die abwechselnde, bilaterale Stimulierung aus der EMDR-Arbeit kann im Kontext einer Körper-Psychotherapie den therapeutischen Prozess erheblich beschleunigen, vertiefen und integrieren helfen. Gleichzeitig trägt der Versuch, die zuweilen erstaunliche Wirkung dieser Arbeit zu verstehen, zur Klärung des Begriffs vom „Prozess“ bei, der besonders in der Körper-Psychotherapie den therapeutischen Fortschritt meint. Der kann durchaus eine Beschleunigung gebrauchen.

Es gibt verschiedene spezielle Ansätze für die Therapie von Traumata, die miteinander konkurrieren, auch wenn es durchaus Integrationsversuche gibt. (Somatic Experiencing, Levine 1977; Sensorimotorische Psychotherapie, Ogden/Minton, 2000; Bodydynamic Traumatherapie, Joergensen 1992; körperorientierte Traumatherapie, Rothchild, 2003; Kognitive Verhaltenstherapie, Foa et al. 2000; Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie, G. Fischer, 2000; Ericksonsche Hypnose und die Ego-State Therapie, Watkins & Watkins, 2000; sowie verschiedene Expositions- und Überflutungs-Verfahren). Gemeinsam dürfte allen die Annahme sein, dass „eine Grund legende Aufgabe des menschlichen Geistes“ darin besteht, „die Signifikanz sämtlicher eintreffender Informationen zu beurteilen und diejenigen, die als emotional oder kognitiv wichtig eingeschätzt werden, zu integrieren...“ sowie „eine Reaktion (zu) entwickeln, die nicht nur einen Zustand innerer Zufriedenheit erzeugt, sondern sich auch mit den Forderungen und Erwartungen der Umgebung vereinbaren lässt“ (Van der Kolk 2003a). Hier wird das Kohärenzgefühl als Verarbeitungskompetenz beschrieben und soll in der Traumatherapie wiederhergestellt, entwickelt und gestärkt werden.

Als Voraussetzung dafür wird übereinstimmend neben einer sicheren und stabilen Beziehung zur Therapeutin die ausreichende äußere Sicherheit sowie genügend soziale und

innere Ressourcen (Kompetenzen) gesehen. Die Exposition wird in unterschiedlichem Ausmaß für eine Verarbeitung für notwendig erachtet und mit Hilfe dualer Aufmerksamkeit oder eines Pendelprozesses ermöglicht; in diesem schwingt die Aufmerksamkeit zwischen der traumatischen Situation oder durch sie verursachter Symptome einerseits sowie den inneren Ressourcen und dem Erleben der Gegenwart andererseits hin- und her (Ausnahme: die Überflutungsmethode der VT). Es geht darum, das Traumaschema (s. Fischer & Riedesser, 1998, S. 351) nicht nur aufzurufen - was zu seiner Wiederholung führen würde -, sondern es zu öffnen und damit der Bearbeitung zugänglich zu machen. Letztlich verfolgen alle Ansätze das Ziel einer Integration des Erlebten durch die Verarbeitung der Erinnerung und die Vollendung unterbrochener Affekte und Impulse. Dazu bedarf es:

- eines *Zugangs* zum Geschehenen (Aufruf des Traumaschemas),
- einer *Öffnung* des Schemas,
- der *Anregung* und *Aktivierung* von eigenen *Ressourcen* (Kompetenzen) und
- eines *katalytischen Prozesses*, der die Bearbeitung und Integration ermöglicht.

Die einzelnen Ansätze unterscheiden sich dabei in der Art der Exposition sowie in Auswahl und Mobilisierung der Ressourcen. Naturgemäß setzen dabei körperorientierte Verfahren mehr auf die kinästhetische Wahrnehmung, Emotionen und sensomotorische Impulse, die Kognitive Verhaltenstherapie auf Gedanken und Bedeutungsgebung, die analytisch orientierte Therapie auf die affektiv-symbolische Ebene und die Ego-State Therapie auf eine Synthetisierung versprengter Teile. Diese Zugänge zu den unverarbeiteten Erlebnissen traumatisierter Menschen bewirken wie reflektieren unterschiedliche Therapie-Verläufe, die ihrerseits auf die Sprengung des einheitlichen Erlebens im Trauma hinweist.

Um Überflutung und Re-traumatisierung zu vermeiden, wird die Exposition in fast allen Ansätzen stark strukturiert durchgeführt. Entsprechend aufwändig ist häufig das Instrumentarium für die Modulation dieses Bewältigungsprozesses. Die EMDR-Therapie stellt in dieser Hinsicht eine Besonderheit dar; denn als Kern der Methode wird ein spontaner, sich selbst organisierender Prozess angesehen, dessen ungehinderte Entfaltung im Wesentlichen die Verarbeitung und Integration leisten soll. Die Kontrolle durch Therapeut oder den Klientin greift nur ein, wenn dieser Prozess stockt oder an einer wichtigen Information vorübergeht. Auch wenn einige andere Therapieansätze Ähnliches behaupten (Bohart & Greeberg, 2003, W. Davis, 1991), dürfte die Geschwindigkeit dieses Prozesses in der EMDR-Therapie einzigartig sein.

### 3. Verläufe

Bevor ich zu dem Verarbeitungs-Prozess komme, möchte ich an einigen Beispielen die Unterschiedlichkeit wie Gemeinsamkeit des Verlaufs einer EMDR-Therapie zeigen, deren Vorgehensweise hier als bekannt vorausgesetzt werden muss.

**Bsp. 1.** Herr Sommer (Alle Namen wurden verändert), 58, ein verheirateter Feuerwehreinsatzleiter, kommt mit Symptomen, die zu seiner Frühpensionierung geführt haben: schwere Angina pectoris, Bluthochdruck, Rückenbeschwerden, Atemnot, Schlafprobleme. Nach langen Behandlungen und Kuraufenthalten lebt er seit langem mit Blutdruck regulierenden Mitteln und Antidepressiva. Obwohl nicht ohne schwierige Biographie, stellt sich heraus, dass er einige lebensbedrohende Situationen in seinem Beruf nicht verarbeiten konnte. Nach 25 Sitzungen ist seine Symptomatik vollständig verschwunden und er braucht keine Medikamente mehr.

Das Prozessieren, bzw. der Verarbeitungsprozess folgt im Wesentlichen immer dem gleichen Muster. Zu Beginn, nach dem Vergegenwärtigen des Ausgangsbildes mit der negativen Kognition, baut sich ein enormer Druck im Oberkörper auf, die Adern schwellen an und Atemnöte kommen hinzu, während sich das Bild intensiviert und/oder durch andere Erinnerungen abgelöst wird, die z. T. nicht mehr gekannte Details zum Vorschein bringen. Nach wenigen Minuten rückt das Bild ab, im Körper beginnt sich der Druck neu zu verteilen, um schließlich nach unten zu ziehen. Danach kommen verschiedene Erkenntnisse: neue oder vorher wirkungslos gebliebene - wie etwa "Ich habe es tatsächlich geschafft, " oder "Ich habe meine Verantwortung wahrgenommen und getan, was ich konnte". Der Druck im Körper lässt nach und weicht einer wohligen Entspannung. Dazu kommen meist Gedanken, die um die Themen Hilflosigkeit, Bewältigungs-Kompetenz und Verantwortung kreisen. Emotionen werden eher als Druck erlebt und erst nach und nach besser identifizierbar.

**Bsp. 2.** Frau Herbst, eine 45 jährige Frau, kommt mit Tinitus, Panikattacken, Angstzuständen, Depressionen und Selbstverletzungen nach dissoziativen Zuständen. Der Vater war Alkoholiker und ist früh gestorben, die Mutter strafte vorzugsweise mit bis zu dreiwöchigem Schweigen. Als Jugendliche wurde eine Angstneurose diagnostiziert und annähernd 20 Jahre lang erfolglos behandelt. Nach einem Motorradunfall (als Beifahrerin) mit 26 (mit anschließendem Koma) werden mehrere Nachoperationen nötig. 30 der 41 Sitzungen bestehen aus EMDR-Prozessen. Danach sind die Symptome - bis auf einen gelegentlichen Ohr-Ton - verschwunden. Gegen meine Erwartung spielt der Unfall zunächst keine Rolle. Vom Ausgangsbild einer Panikattacke kommen wir zu Kindheitssituationen mit sexueller Bedrängnis, einem beinahe tödlichem Badeunfall, zu symbolischen Bildern vom Streit der Eltern, Ohnmacht der Mutter gegenüber, zu Einsamkeit mit Depersonalisation und anderen „körperlosen“ Zuständen. Diese Situationen werden teilweise ineinander geschachtelt prozessiert.

Das Muster dieses Prozesses entfaltet sich folgendermaßen. Lange Ketten von symbolischen Bildern (z.B. tanzende Masken, tiefe Schluchten) ohne emotionale oder physische Beteiligung geben sich plötzlich zu erkennen (z.B. Masken werden abgenommen) oder schlagen um in Erinnerungen mit emotionaler und körperlicher Beteiligung. Im weiteren Verlauf erscheinen wieder symbolische Bilder, es kommt zu Lösungen, Erleichterung, Entspannung und Wohlbefinden - immer durch eigene, imaginierte Handlungen, z.B. indem Frau Herbst die sie bedrängenden Menschen hinter den abgenommenen Masken an den Haaren packt und zusammenbindet, woraufhin sie immer kleiner werden und schließlich verschwinden.

**Bsp.3.** Frau Winter, 38, ist in einer Therapie auf einen vermuteten sexuellen Missbrauch gestoßen. Trotz Besserung quälen sie häufig Alpträume, Angst- und Erregungszustände sowie Depressionen neben wechselnden körperlichen Beschwerden. Bei nur wenig ansteigender Erregung kommt es zu unüberwindbarer Enge im Hals. Neben dem frühen Tod des Vaters und dem vermuteten Missbrauch konnten auch andere Ereignisse kaum verarbeitet werden, besonders ein schwerer Fahrradunfall mit 4 Jahren sowie der tödliche Fahrradunfall einer Cousine, für den sich die damals 14jährige Klientin verantwortlich fühlte. Nach 42 Sitzungen sind die Symptome verschwunden, Frau Winter fühlt sich stark und ihren Körper "ganz neu". Ständiger Ausgangspunkt für die Verarbeitung war ein symbolisches Bild für den vermuteten Missbrauch.

Das Muster des Prozessierens besteht in einem fortgesetzten Prozess fast ausschließlich kinästhetischer Empfindungen, die in großer Detailgenauigkeit die Panzerung, Zerstörung und den Aufbau des Körpers und des Körperempfindens nachzeichnen, begleitet von zuweilen heftigen Spannungs- und Erregungszuständen, aber auch dem Erleben von Entspannung, Stärke, Kraft und der Erfahrung, dass etwas "vorwärts geht". Im Verlauf der Empfindungen können wir Prozesse aus einzelnen traumatischen Erlebnissen erkennen und rekonstruieren - etwa, wie sich der Fahrradlenker durch den Hals bohrt oder Einzelheiten aus der Vergewaltigung. Immer erfolgt danach ein deutlicher Heilungsprozess, in dem Spannung sich auflöst, Verletztes "ausgestrichen" und geschwächtes, empfindungsloses Gewebe im Körper (bes. Beckenbereich) energetische Zufuhr und Lebendigkeit erfährt. Selten und kurz kommt es zu emotionalen Reaktionen und klaren Erinnerungsbildern, so dass auch der sexuelle Missbrauch angeeignet und verarbeitet wird.

**Bsp. 4.** Frau Frühling, eine 40 jährige Kindergärtnerin mit langer stationärer wie ambulanter Therapiekarriere als „Borderline“-Patientin kommt nach dem Aufenthalt in einer Trauma-Klinik gut stabilisiert und vorbereitet in die Therapie. Systematisch arbeiten wir mit EMDR die „Traumalandschaft“ (A. Hofmann) durch. Frau Frühling durchlebt frühe Verlassenheit und Gewalt, den sexuellen Missbrauch des Stiefvaters; vergessene Szenen und Ereignisse (sexuelle und gewaltsame Übergriffe in einer Jugendgruppe) tauchen auf. Alle vorher vorhandenen Symptome (Panikattacken, emotionale Übererregung, Flashbacks, Absencen, depressive Episoden, Vermeidungsverhalten, Schreckhaftigkeit, Depersonalisations-Erleben) verschwinden dauerhaft.

Im Verlauf von 12 Sitzungen kommt es zum Erleben von Scham und Erniedrigung und zu heftigen emotionalen Entladungen von Ekel, Angst, Schmerz, Wut, die nie überschwemmen und in einfache, erleichternde Erkenntnisse münden. Über manche müssen wir lachen, so selbstverständlich scheinen sie. „Das wusste mein Kopf auch vorher“, sagt Frau Frühling, „aber es nützte nichts, und jetzt verändert es mein Leben!“

In diesen Beispielen werden unterschiedliche Schwerpunkte der Verarbeitung deutlich: körperlich-energetisches Erleben mit kognitiven Restrukturierungen (Bsp.1), symbolisch-emotionales Durcharbeiten (2), sensorisches, kinästhetisches Prozessieren (3) und dominant emotionales Prozessieren (4). Weiter kommt eine unterschiedliche Dynamik der Verarbeitung und Lösung zum Vorschein: vom plötzlichen Umkehr-Erlebnis (1) bis zum allmählichen, gleichmäßigen Durcharbeiten (3). Die dominante Verarbeitungsebene lässt sich grob den Funktions-Ebenen des Gehirns zuordnen: der sensomotorischen (Stammhirn), emotionalen (Limbisches System) und kognitiven (Großhirn).

Ich möchte hier noch ein Beispiel anführen, bei denen ich einen neuen Weg gegangen bin, der die Möglichkeiten des Prozessierens erweitert.

**Bsp. 5.** Frau Sturm, eine 42jährige Altenpflegerin, kommt drei Monate nach einem Sturz mit dem Fahrrad zu mir, durch den sie ein Schädel-Hirn-Trauma mit partieller Amnesie erlitten hat sowie eine Schädigung des linken Sehnervs mit erheblicher Beeinträchtigung des räumlichen Sehens. Der Ablauf des zeugenlosen Unfalls liegt komplett im Dunkeln, da ein Passant sie lediglich auf der Straße liegend aufgefunden hat. Ihre Hauptklage ist weniger die Sehbeeinträchtigung als das Gefühl nicht „da“, präsent zu sein. Der Verlauf des EMDR-Prozessierens orientiert sich sehr an körperlich nachvollzogenen Abwehr- und Schutzbewegungen und Gefühlen von Angst und Schmerz. Letzterer konzentriert sich auf den Kopf (sie ist auf die linke Kopfhälfte gefallen).

Nachdem der Prozess zu kreiseln beginnt und stecken bleibt, beginne ich die bilaterale Stimulierung von den Knien - etwas sanfter - auf den „Ort des Geschehens“, den Kopf, zu verlegen. Sofort geht das Prozessieren weiter, Erinnerungen tauchen auf, Empfindungen des „Weggehens“, Sequenzen vom fallen, sich aufrappeln und wieder fallen, die Schmerzen im Kopf verändern sich, er wird heiß (linke Seite). Ohne dass schon alle Fakten oder Teile des Puzzles zum Vorschein gekommen wären, kommt Frau Sturm aber zur dritten Sitzung sichtbar verändert und „wieder voll da“. Das bleibt auch so.

Dieses Beispiel legt nahe, dass es nicht nur um eine *zentrale* Stimulierung geht, sondern auch um eine *lokale*, die das Gewebe im Stande ist „aufzuwecken“. (Ähnlich im „Somatic Experiencing“, Levine 1997, oder in der Myoreflextherapie, Mosetter, 2003) Vermutlich erinnert das Gewebe einer Körperregion nicht selber das Geschehene, sondern der zelluläre Zustand mit seiner Verbindung zum Gehirn aktiviert die dort gespeicherten Erinnerungen. Die *selektive sensorische Stimulierung* erlaubt eine Verbindung von zentralem Verarbeitungsprozess und lokalem Aufruf. In ähnlichen Beispielen wird die affektive und symbolische Besetzung des Körpers mobilisiert, wenn etwa bei der Stimulierung der Schultern eine „Last der Verantwortung“ im Verarbeitungsstrom erscheint oder bei einer Stimulierung des Brustkorbes ein bisher nicht betrauerter Verlust.

#### 4. Erklärungsansätze

An dieser Stelle ist es hilfreich, sich die Besonderheiten der Vorgehensweise, des Prozessverlaufs und der Ergebnisse zu vergegenwärtigen:

1. Aktivierung von Ressourcen durch Aufruf von Kompetenzen. Affektmodulation, Aufmerksamkeitssteuerung, Körperwahrnehmung, Achtsamkeit, Imagination - auch Struktur und Ablauf des Prozesses regen diese Kompetenzen an und die Positive Kognition bringt bereits zu Beginn Ressourcen in den Blick. (Entwicklung und Anwendung relevanter Ressourcen finden sich bei Grand 2000, Schmid 2003, Kynowski 2003)

2. Multimodaler Aufruf des Traumaschemas. Der Zugang zum Traumaschema wird multimodal aktiviert, indem nach dem Bild, dem Körpergefühl und anderen Sinneseindrücken, der Emotion und der Kognition gefragt wird.

3. Allgemeine oder selektive, abwechselnd bilaterale Stimulierung. Die Stimulierungsart des Verarbeitungsprozesses (Augenbewegungen, bilaterale sensorische Stimulation) ist unabhängig von der vorher angesprochenen Modalität. Die *sensorisch selektive Stimulierung* an bestimmten Körperstellen kann zusätzlich den Aufruf blockierter Informationen und Impulse erweitern und verbessern (Bsp. 5).

4. Ablauf eines zentralen, autonomen, sich selbst organisierenden Prozesses. Der Prozess organisiert sich selbst, sucht sich meist eine bevorzugte Modalität und erreicht relativ schnell eine Neustrukturierung, die *zentral* sein muss, da sie umgehend Auswirkungen auf den gesamten Organismus hat. Gedanken, Emotionen, sensorische Eindrücke und vegetative Reaktionen - zusammen, allein oder in Kombination - erscheinen in rascher Folge. Negative Affekte bauen sich ab, neutrale und positive nehmen zu.

5. Beschleunigter und anhaltender Erfolg. Auch wenn nicht jede Behandlung eine Kurzzeittherapie sein kann, ist doch die Beschleunigung der Verarbeitung typisch. Erfolge sind durchweg dauerhaft.

Zur Erklärung der EMDR-Wirkungsweise wird gern die Duale Aufmerksamkeit herangezogen; danach verhindert die stetige äußere Stimulation die Überflutung mit überwältigend erlebten Affekten und begünstigt so die Verarbeitung. Aus der Geschichte der Körper-Psychotherapie war ja zu lernen wie regressiv und kontaktlose emotionale Abreaktionen im günstigen Fall vorübergehend erleichtern, im ungünstigen Fall re-traumatisieren. Nur wenn Katharsis in der Gegenwart und im guten Kontakt geerdet bleibt, gerät sie nicht zur Wiederholung, sondern kann als korrektive Erfahrung anhaltende Erleichterung bewirken und die Restrukturierung des emotionalen Schemas ermöglichen. Eine andere Variante der Dualen Aufmerksamkeit betont die der VT ähnliche "dosierte Exposition" in der EMDR-Vorgehensweise. Gleichwohl erklärt dies nicht den viel schnelleren Erfolg von EMDR im Vergleich zu anderen Verfahren mit dieser Komponente (Shapiro, 1998, S.387f).

Affekttheoretisch versteht Nathanson (1998) Scham als den „Deckaffekt“ jeden Traumas, der Verarbeitung verhindert und nur durch den Gegenspieler „Neugier-Interesse“ aufzuheben sei; dieser werde durch die bilaterale Stimulierung angeregt. Allerdings sind auch ohne Scham die Auswirkungen der bilateralen Stimulierung zu beobachten. Gleichwohl scheint durch die Stimulierung die Wirkung eines orientierenden Affektes - bei Omaha (2004, S. 40) ist es „Überraschung-Schreck“ - unbestreitbar zu sein, was andere Autoren als „Orientierungsreaktion“ verstehen (vgl. Eschenröder 1997; Lipke, 2000; Shapiro, 1998; Levine 1997). Affekt und Orientierungsreaktion erscheinen komplementär: während das

„Auslösen von Überraschung-Schreck konstante Energieflüsse kurz unterbricht, die auf etablierten neuronalen Wegen fließen“ und „darauf vorbereiten, mit einem plötzlichen neuen Stimulus fertig zu werden“ (Omaha, 2004, S. 19; Übers. RMS.), betont Lipke: „Wenn es eine konditionierte emotionale Reaktion war wie Angst oder Wut, die die Verarbeitung blockiert hat, würde ihre partielle Unterdrückung... (durch die Orientierungsreaktion)...eine Fortsetzung des Verarbeitungsprozesses erlauben.“ (Lipke, 2000, S. 31; Übers. RMS.) Präziser handelt es sich bei diesen konditionierten emotionalen Reaktionen um *unterbrochene* emotionale Schemata, die eine Verarbeitung verhindern. Anders als verdrängte, also unbefriedigte oder unterdrückte Emotionen, verbinden sie sich nicht mit anderen Schemata und bleiben isolierte Zustände. Möglicherweise hat dies mit der plötzlichen parasympathischen Deckelung sympathischer Erregung zu tun, welche die meisten Schock-Zustände begleitet, wenn sie diese nicht von Beginn an verhindert.

Die Überlegenheit rhythmisch *abwechselnder* gegenüber gleichzeitiger cross-lateraler Stimulation, die eine Studie von Rensson (2000) gezeigt hat, legt nahe, dass eine affekttheoretische Erklärung nicht ausreicht; denn weder die Orientierungsreaktion noch „orientierende Affekte“ sind an das Abwechseln der Stimulierung gebunden. Bruce Perry schreibt den rhythmischen *Pendelbewegungen* jene beruhigende Wirkung zu, die an die Erfahrung intrauteriner Geborgenheit anknüpft. Wie bei den Trauma heilenden Ritualen der australischen Aborigines, bei denen sich im rhythmischen Trommeln das Schaukeln des Getragenwerdens und der Takt des mütterlichen Herzschlags wiederhole, erinnere die EMDR-Stimulierung an diese frühesten beruhigenden Erfahrungen des Organismus (Perry 2002). Es gibt andere Beispiele: das Wiegen von Babies und Kleinkindern oder die rhythmischen Selbsttröstungsbewegungen bei hospitalisierten Menschen. Die bilaterale Stimulation nimmt die grundlegendste innere Bewegung auf - die biologische Pulsation der Zellen, Organe und Flüssigkeitssysteme (vgl. Müller-Schwefe, 1999); alternierend wirkt sie stärker und scheint auch den im Trauma erregten, sonst kaum beeinflussbaren Hirnstamm zu erreichen. Die beruhigende, regulierende und emotional stärkende Wirkung von seitlichen Schaukelbewegungen konnte bei Affenkindern mit Ersatzbemutterung nachgewiesen werden (Van der Kolk, 2003b.) und wird mit der Stimulierung der Vermis (Wurm) zwischen den Hemisphären des Kleinhirns in Verbindung gebracht; die ist an der Regulation von Augenbewegungen, Gleichgewicht und *körperlicher wie emotionaler Haltung* beteiligt und kann, stimuliert, emotionale Instabilität vermindern. Der Vorschlag, die Vermis traumatisierter Kinder entsprechend anzuregen (Teicher et al., 2002), kann so nicht überraschen.

So finden wir zwei Wirkungen der EMDR-eigenen Stimulation: einerseits stellt sie durch die „Orientierung“ den Organismus auf neue Stimuli ein, verhindert alte und ermöglicht neue Verarbeitungswege, andererseits hat sie eine entspannende, Erregung hemmende Wirkung und ruft Ressourcen auf, die beruhigen, stärken und trösten.

Shapiro postuliert übergreifend einen angeborenen Mechanismus adaptiver Informationsverarbeitung („Adaptive Information Processing System“, AIPS), ein „physiologisches Informationsverarbeitungssystem, das die Wahrnehmung der sensorischen Information und die kognitiven Komponenten des Erlebens in ein assoziiertes Erinnerungsnetzwerk integriert, um eine ökologische, gesunde und vom Streben nach innerem Gleichgewicht geprägte Funktionsweise zu ermöglichen.“ (Shapiro, 2003, S.28) Diese beinhaltet, dass „das an dem Erlebten Nützliche gelernt,...samt einem adäquaten Affekt im Gehirn gespeichert...(und)...in Zukunft genutzt werden kann. Das Nutzlose hingegen - die kognitive Disharmonie, die negativen Emotionen, die verstärkte körperliche Erregung und die Angespanntheit - wird verworfen.“ (Ebenda) Negative Emotionen dürfen hier allerdings nicht als dysfunktional verstanden werden; vielmehr muss die *Unterbrechung* affektiver und senso-motorischer Schemata gemeint sein. Ihre *Vollendung* und Verbindung mit der Gegenwart bringt jene „Auflösung“, die jedem Affekt beschieden ist, wenn die auslösende Situation Vergangenheit und das Gleichgewicht wieder hergestellt wird.

Allerdings kann das AIPS auch versagen, wenn Lebensgefahr wahrgenommen, überschritten und keine Bewältigungsmöglichkeit gesehen wird; dann kann die adaptive Informationsverarbeitung blockieren und die Erfahrung wird nicht assimiliert, sondern durch Symptombildung in eine ständige „Wiedervorlage“ eingespeist. Dies ist die Ausgangslage für eine Traumatherapie.

R. Stickgold hat die Vermutung Shapiros aufgenommen, im EMDR werde ein Prozess angestoßen und aufrecht erhalten, der normalerweise im REM-Schlaf (Traum) abläuft und Tagesereignisse verarbeitet. Dabei werden Informationen aus dem episodischen Gedächtnis vom limbischen System in das semantische Gedächtnis-System im Großhirn integriert und mit anderen Gedächtnisinhalten verbunden. Die vom Gehirnstamm nur im Schreckreflex und im REM-Schlaf ausgelösten „ponto-geniculooccipitalen“ Wellen ermöglichen offenbar die Reorientierung des Organismus. Das „wiederholte Reorientieren der Aufmerksamkeit von einem Ort zum anderen“ in der abwechselnd bilateralen Stimulation könnte „Verschiebungen in regionaler Gehirn-Aktivierung und Neuromodulation produzieren..., die ähnlich denen im REM-Schlaf produzierten sind.“ (Stickgold, 2002, S. 71; Übers. RMS) Die Aktivierung der Vermis im REM Schlaf (Chugani, 1998) und bei Schaukelbewegungen (s.o.) deutet auf eine gleichzeitige Beruhigung hin. Im traumlosen Schlaf nun werden die neuen Erkenntnisse, Bedeutungen, Einordnungen und Verbindungen an die Regionen im limbischen System zurückgemeldet, die das episodische Gedächtnis tragen. (Stickgold, 2002) Beide Arten des Schlafes sind also für die „Verdauung“ des Erlebten notwendig.

Die EMDR-Stimulierung lässt sich als Schrittmacher für die im Trauma extrem reduzierte Verbindung zwischen den Hemisphären (Van der Kolk 1996) verstehen; die äußere Stimulation kann die besonders im Schlaf aufgerufene und im Trauma blockierte innere

übernehmen. Zwei Integrationsbewegungen werden dabei im Gehirn angestoßen: eine horizontale zwischen den beiden Hemisphären sowie eine vertikale zwischen den übereinander gelagerten Funktions-Ebenen: Stammhirn/Kleinhirn - limbisches System - Cerebrum. (Letzterer entspricht eine langsame, vertikale Augenbewegung im EMDR für die Konsolidierung erreichter Integration). Auch die Koordinationsfunktion in der Informationsverarbeitung scheint angeregt zu werden, jene „Synchronisation oszillierender Frequenz von 30 bis 80 Hz zwischen verschiedenen anatomischen Regionen, die Verbindung verschiedener neuronaler Repräsentationen“ schafft und als „unabdingbar für Gedächtnisaufwurf gehalten wird“. (Servan-Schreiber, 2000, S.7; Übers. RMS) Während somatische Ansätze eher die vertikale Verarbeitung ansprechen (explizit Minton & Ogden, 2000) und kognitiv-behaviourale eher die horizontale, regt EMDR *beide* Bewegungen an und betont die besonders blockierte Ebene (s. die unterschiedlichen Verläufen in den Beispielen, oben).

Perry wie Omaha präzisieren Shapiros AIPS-These durch wichtige Einschränkungen. Perry (2002) macht die beruhigende Wirkung der Stimulierung von den frühesten zu Ressourcen gewordenen Erfahrungen rhythmischen Erlebens abhängig und Omaha betont, das AIPS entwickle sich erst „im Laufe der frühen Sozialisation... im Kontext von den in der Kindheit entscheidenden Dyaden...“ (Omaha 2004, S.14; Übers. RMS.) Beide Einwände erklären, warum sich „Non-Responders“ und andere Klientinnen mit der (vergeblich) angeregten Informationsverarbeitung schwer tun können. Gleichzeitig erhält der Aufbau von solchen Ressourcen eine besondere Bedeutung, die den Gehirnstamm und physiologische Parameter beeinflussen können und damit genau jenen *Mechanismus* stärken, der durch die Verbindung „negativer und positiver Kerne“ (Hofmann) die Verarbeitung traumatischer Erfahrung ermöglicht. Omaha relativiert auch Shapiros' Gleichsetzung von Adaption und Gesundheit: danach bewegt sich das System „in Richtung eines adaptiven, nicht unbedingt eines gesunden Funktionierens. Die Art des adaptiven Funktionierens wird bestimmt vom Kontext... sowie von der Art und Qualität der gegenwärtigen inneren Repräsentationen des Klienten.“ (Omaha, 2004, S. 14; Übers. RMS.) Allerdings zeigt gerade die EMDR-Therapie häufig eine rasch gelingende adaptive Informationsverarbeitung *ohne* längere modellhafte Beziehung zu dem Therapeuten - vermutlich, wenn zumindest Grund legende, physiologisch verankerte Schemata von rhythmischen, beruhigenden und Existenz-bestätigenden Bewegungs- und Beziehungserfahrungen vorhanden sind.

## 6. Ein Modell

So entsteht das Modell eines neurobiologisch fundierten, psychischen Verdauungs-Prozesses, in dem unser Nervensystem äußere wie innere Reize zu Informationen, Erlebnissen und schließlich Erfahrungen verarbeitet. Diese werden in die eigene Identität integriert, stellen ein neues Gleichgewicht her und aktualisieren die Lebenskompetenz:

bedeutsame Erkenntnisse über das Selbst und die Umwelt werden aus dem Geschehenen und Erlebten herausgefiltert, bewahrt und für die Zukunft bereitgestellt. Jedes Ge- oder Misslingen justiert das Selbstbild neu und bestärkt, erweitert oder verringert - beim Trauma: erschüttert - das Gefühl, das Leben verstehen, meistern und ihm Bedeutung geben zu können. Jedes Gleichgewicht ist vorläufig - die aktuelle Verarbeitung kann zur Neubewertung und erneuten Bearbeitung alter, mit ihnen verbundener Erfahrungen führen.

Die Funktionen der Informationsverarbeitung, welche die Verbindung oder Verschaltung, Koordination und Transformation der verschiedenartigen Informationen herstellen, müssen noch genauer verstanden werden. Vorläufig lassen sich folgende Funktionsbereiche grob unterscheiden (nach Pöppel, 2002): Reizaufnahme (Wahrnehmung), Reizbearbeitung (Gedächtnis, Lernen), Reizbewertung (Affekte, Emotionen), Reizbeantwortung (Aktion, Reaktion). Es ist aber schon deutlich geworden, dass eine Erfahrung zunächst gemacht und dann verinnerlicht wird, dass also zwei unterschiedliche Zyklen von „Aufnahme-Bearbeitung- Bewertung-Beantwortung“ der Reize zu unterscheiden sind:

- ➔ der *aktuelle Zyklus*, in dem der Organismus neue Informationen aufnimmt, die unmittelbar notwendige Bearbeitung und Beantwortung von Reizen und *gegenwärtiges* Erleben und Handeln veranlasst und steuert,
- ➔ der *reflexive Zyklus*, in dem das vorher Erlebte mit den vorhandenen Schemata und ihrer Struktur sowie der inneren und äußeren Realität abgeglichen und besonders das Neue für die eigene Lebenskompetenz ausgewertet wird.

Beide Zyklen speisen und beeinflussen sich gegenseitig. Während der erste, funktionale Zyklus das Leben unmittelbar bestimmt, ist es der zweite, reflexive Prozess, der durch die Verarbeitung von Handlungen und Erlebnissen Struktur bildet und verändert; seine Blockierung verursacht Symptome. In der Therapie geht es um die Ermöglichung, Stärkung und Vervollständigung dieses Struktur bildenden Zyklus, auch wenn der aktuelle Zyklus - wie in der Ressourcenbildung und „korrektiven Erfahrung“ - nicht außer Acht gelassen werden darf. Der reflexive ist vor allem im Schlaf und vermutlich in Situationen gefahrloser Entspannung aktiviert. Seine herausragenden Eigenschaften sind:

- ❖ die Gleichzeitigkeit von wacher Aufnahmebereitschaft und Erregungshemmender Entspannung, von aktiviertem Interesse und der Vergewisserung von Ressourcen,
- ❖ eine spontan ablaufende Integrationsbewegung: vertikal (auf- und absteigend) und horizontal (Hemisphären verbindend) im Gehirn, zentripetal und -fugal im Organismus,
- ❖ das Streben nach Herstellung eines aktuellen (wie lebensgeschichtlich wachsenden) Gleichgewichts selbstwirksamer Lebenskompetenz.

Ähnlich dem von Piaget beschriebenen Aufbau geistiger Schemata durch Assimilation und Akkommodation lässt sich die Entwicklung physiologischer und affektiver Schemata



1. Überlastung: Bei pausenloser, außenorientierte Anspannung (Bereitstellungsreflexe) wird die Rückmeldung über den Zustand des Organismus an das Stammhirn und die Verarbeitung von Erlebnissen eingeschränkt; es kommt zur Überforderung, analog der Umstellung von aerober auf anaerobe Verbrennung im Körper bei großen Anstrengungen.

2. Schreck-Stillstand: Der Schreck-Affekt kann einen Stillstand des Systems hervorrufen, der sich nicht auflöst, obwohl ausreichende Ressourcen vorhanden sein können.

3. Kritische Differenz: Überschreitet das Gefälle zwischen bestehendem Gleichgewicht (Lebenskompetenz, Ressourcen) und aktuellem Erleben eine kritische Differenz, wie im Trauma, hält der Verarbeitungsprozess an; ein Minimum selbstwirksamer Lebenskompetenz kann gerettet werden, wenn die Erregung in Symptomen gebunden werden kann.

Für den Verarbeitungsprozesses ergeben sich daraus unterschiedliche Anforderungen, z.B. Sicherheit und Ruhe (gegen Überlastung), Interesse und Anschub (gegen Schreck-Stillstand), Präsenz und Aufbau von Ressourcen (gegen Kritische Differenz).

## 6. Der Verlauf des Prozesses

Mindestens psychosomatische und frühe Störungen, deren körpernahes Erleben vor allem in der Körper-Psychotherapie auftaucht, können auch gut mit dem vorgestellten Ansatz verstanden werden. Die hier vorgestellte Vorgehensweise mag auch für sie gelten:

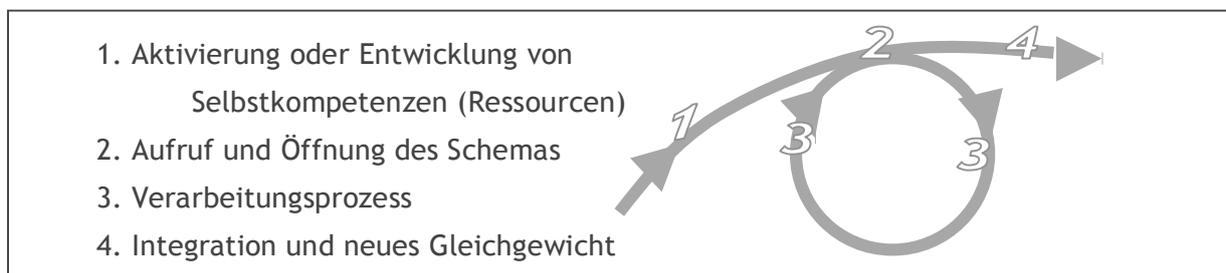


Abb. 2 „Kreiselwelle“

### (1) Aktivierung oder Entwicklung von Selbstkompetenzen

Neben äußerer Sicherheit sind vor allem folgende Kompetenzen als „innere Wirklichkeit“ (analog zu der äußeren im Sinne Piagets, Piaget 1975) zu entwickeln oder anzuregen:

Energiekompetenz: Die Fähigkeit, eigene Kraft und Energie wahrzunehmen und als „Wirkmacht“ zur Verfügung zu haben; und sich Lebensprozessen zu überlassen und entspannen.

Grenzkompetenz: Die Fähigkeit, die Peripherie des Körpers zu besetzen und seine Ausdehnung und Grenzen spüren und beeinflussen zu können (z.B. Verteidigung, Öffnung).

Affektkompetenz: Die Fähigkeit, physiologische Zustände und Affekte wahrnehmen, identifizieren und regulieren zu können (z.B. Selbstberuhigung und -tröstung).

Interaktionskompetenz: Die Fähigkeit, sich auszutauschen: Reize wie eigene Impulse aufzunehmen, zu verarbeiten und die erfolgende Antwort (Response) zu organisieren.

Symbolkompetenz: Die Fähigkeit, Erfahrung symbolisch repräsentieren, erinnern und

ausdrücken sowie zwischen Symbol und Symbolisiertem unterscheiden zu können, ist zur Verständigung wie auch zur inneren Verarbeitung und Modulation der Erfahrung notwendig.

Zur Entwicklung dieser grundlegenden Selbstkompetenzen kann die Körper-Psychotherapie mit ihren vielfältigen Möglichkeiten beitragen, besonders zur Erdung und Grenzbildung, zur Regulation von Energie, Spannung, Tonus, zur Rhythmisierung von Bewegung und Vervollständigung unterbrochener emotionaler Abläufe sowie zur Transformation physischer in symbolische Prozesse. (Vgl. Röhrich, 2000).

## **(2) Aufruf und Öffnung dysfunktionaler Schemata**

Durch das Vergegenwärtigen des belastenden Erlebens (traumatische Situation oder Symptom) wird das Schema aufgerufen; geöffnet wird es, wenn sich die aufgerufenen, isolierten Aspekte des Erlebens mit anderen Informationen (vergangenen und gegenwärtigen) verbinden und von diesen beeinflussen lassen. Der Aufruf von Selbstkompetenzen und Ressourcen *mit* der traumatischen Erfahrung weist den Weg zur Möglichkeit einer Umdeutung, Bearbeitung und Neukonstruktion des Schemas. Dabei sollten die folgenden, im Trauma versprengten, verschiedenen Modalitäten angesprochen werden (SPIKE - ähnliche Aufteilungen bei Levine, 1997; Braun 1988), ohne dass sie bewusst sein müssen:

- Sinne: Bild, Geräusch, Tastempfindung, Geruch/Geschmack
- Physiologie: Herzschlag/Puls, Blutdruck, Schweiß, Tremor etc.
- Impuls/Verhalten: motorischer Kampf-, Flucht-, Unterwerfungs-, Totstell- Impuls
- Kognition: Wissen, Gedanken, Bedeutung, Sinn
- Emotion: Gefühle, Affekte

## **(3) Auslösung und Anregung des Verarbeitungsprozesses**

„Es ist wie ein Strudel, der nach und nach alles von mir erfasst, und wenn ich rauskomme, erlebe ich mich und meine Welt so neu, dass ich manchmal Angst davor habe nicht mehr dieselbe zu sein“, benannte ein Klient den Verarbeitungsprozess. Manches erweist sich in der Therapie als hilfreich den salutogenen Prozess anzuregen oder in Gang zu bringen, deutlicher, direkter und schneller gelingt die Auslösung und Aufrechterhaltung mit bilateraler Stimulierung in vorbereiteter Umgebung. Diese kann je nach Bedarf variiert werden: neben dem Auslösen des zentralen Mechanismus können auch bei gezielter sensorischer Stimulierung lokale Trauma-Splitter aufgerufen werden und bei entsprechender Modifikation der Stimulierung (wiegende Bewegungen und Berührungen) kann auch bei Bedarf die Aktivierung der Ressourcen verstärkt werden. Manchmal scheint der Prozess dennoch an wichtigen Symptomen vorbei zu gehen, etwa an tief im Bindegewebe, Muskelansätzen und -ketten verankerte Kontraktionen des Schreckreflexes. Hier kann die Myoreflextherapie (Mosetter 2003) oder „Functional Analysis“, (Davis 1991) weiterhelfen.

#### **(4) Integration und Herstellen eines Gleichgewichts**

Die in einer Sitzung erreichte spontane Integration äußert sich meist durch eine unmittelbare Erleichterungs- und Entspannungsreaktion, die auch beim Erscheinen eines neuen Gleichgewichts in der kindlichen Entwicklung bekannt ist. Dieser Prozess wirkt sich dann in der Regel auch auf andere Bereiche der Persönlichkeit aus

Ich habe versucht zu zeigen, was den salutogenen oder Gesundungs-Prozess in der Traumatherapie ausmacht und wie er angeregt und aktiviert werden kann. Während die Körper-Psychotherapie besonders bei der Entwicklung der dafür notwendigen Selbst-Kompetenzen und der kompetenten Begleitung von emotionalen Abreaktionen und Entladungen geeignet scheint, kann die EMDR-Therapie mit ihrer Technik den Verarbeitungsprozess erheblich beschleunigen und zu einem präziseren Verständnis des salutogenen Prozesses führen. Und dies nicht nur für Traumatherapien.

#### **7. Fazit für die Praxis**

Unser Wissen über den Selbstgesundungs- oder salutogenen Prozess und darüber, was ihn blockieren, anregen, beschleunigen oder stabilisieren kann, trägt wesentlich zum Gelingen wie zur Effektivierung von Therapien bei. Insbesondere das EMDR als Methode in der Traumatherapie kann viel dazu beisteuern, nicht nur durch wichtige praktische Anregungen wie die bilaterale Stimulierung, sondern auch durch das Bemühen um ein Verständnis der zugrunde liegenden Funktionen. Das vorgestellte Modell der Informationsverarbeitung mit den vier Therapieschritten (Aktivierung/Entwicklung von Selbstkompetenzen, Aufruf und Öffnung des Schemas, Verarbeitungsprozess, Integration und neues Gleichgewicht) ermöglicht die Konzentration auf den salutogenen Prozess nicht nur in der Traumatherapie und erlaubt auch die Entwicklung neuer Möglichkeiten - wie etwa der vorgestellten „selektiven sensorischen Stimulierung“. Für jeden der Therapieschritte sind besonders ein körper-psycho-therapeutisches Verständnis der grundlegenden Kompetenzen sowie entsprechende Methoden zu ihrer Entwicklung und Aktivierung hilfreich.

#### **Literatur**

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Dgvt-Verlag, Tübingen  
 Bohart, A. & Greenberg, L. (2003): EMDR und erlebnisorientierte Psychotherapie. In: Shapiro (2003)  
 Braun, B. (1988): The BASK model of dissociation. *Dissociation* 1, 4-23  
 Chugani, H.T. (1998): A critical period of brain development: studies of cerebral glucose utilization with PET. *Preventive Medicine* 27 (2), 184-188.  
 Davis, W. (1991): Points and Positions. In: *Energie & Charakter*, S. 97 - 109 22. Jahrgang 4, London  
 Eschenröder, C. T. (Hrsg.) (1997): EMDR - eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. dgvt-Verlag, Tübingen. Darin: Eschenröder: Entwicklung und gegenwärtiger Status der EMDR.  
 Fischer, G. & Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Reinhard  
 Foa, Keane, Friedman (ed) (2000): *Effective treatment for PTSD*. Norton, New York  
 Grand, D. (2001): *Emotional Healing at Warp Speed: The Power of EMDR*; Harmony Books, New York  
 Groddeck, Georg (1984): *Das Buch vom Es*. Fischer TB, Frankfurt  
 Hofmann, A. (1999): *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*; Thieme, Stuttgart  
 Joergensen, S. (1992): *Bodydynamisch-analytische Arbeit mit Schock und posttraumatischem Stress*. In:

- Energie & Charakter 23, No. 5
- Kinowski, K. (2003): „Put your best foot forward“. Paper given at the EMDR European conference, Rome 2003. (Obtainable from: [www.krystynakinowski.com](http://www.krystynakinowski.com))
- Levine, P. (1997): *Waking the tiger - healing trauma*. North Atlantic Books, Berkeley 1997
- Lipke, H. (2000): *EMDR and psychotherapy integration*; CRC Press, Boca Raton
- Mentzos, S. (1984): *Neurotische Konfliktverarbeitung*, Fischer TB, Frankfurt
- Mosetter, K. u. R. (2003): *Kraft in der Dehnung*. Walter, Zürich
- Montessori, M. (1997): *Kinder sind anders*. Dtv, München
- Müller-Schwefe, R. (1999): Pulsation - a preliminary model. In: Glenn, Müller-Schwefe (eds.): *The Radix Reader*. Heron Press, The Radix Institute (ISBN 0-9649764-2-0)
- Nathanson (1998): *Locating EMDR: Affect, Scene and Script*. Presentation at the 1998 conference of the EMDR Int. Association. Audio tape (Sound on tape)
- Ogden, P. & Minton, K. (2000): *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. *Traumatology*, vol. VI, Issue 3, Article 3
- Omaha, J. (2004): *Psychotherapeutic interventions for emotion regulation: EMDR and bilateral stimulation for affect management*. Norton, New York
- Pearce, K. (2001): *Georg Groddeck*. Unveröffentl. Manuskript, Birmingham 2001.
- Perry, B. (2002): *Traumatic Memory & Neurodevelopment*. Presentation at the 2002 conference of the EMDR International Association. Audio tape (Sound on tape)
- Piaget, J. (1975): *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*. St.-Ausgabe Ges. Werke 2. Klett Verlag, Stuttgart
- Pöppel, E. (2002): *Informationsverarbeitung im menschlichen Gehirn*; *Informatik Spektrum* 25 (2002) Springer Verlag, S. 427 - 437
- Rensson, M. (2000): *EMDR compared with Imaginary Exposure*. Dpt. Of Clinical Psychology, Free university of Amsterdam, abstract of presentation at the European EMDR conference, Utrecht
- Röhricht, F. (2000): *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Hofgrefe, Göttingen
- Rothschild, B. (2003): *The Body Remembers*, Casebook. New York
- Schmidt, S. J. (2002): *Developmental Needs Meeting Strategy for EMDR Therapists*. San Antonio, Texas (Published privately: [www.shirleyjeanschmidt.com](http://www.shirleyjeanschmidt.com))
- Servan-Schreiber, D. (2000): *EMDR: Is Psychiatry Missing the Point?*; *Psychiatric Times*, vol. 17, issue 7.
- Shapiro, F. (1998): *EMDR - Grundlagen und Praxis*. Jungfermann, Paderborn
- Shapiro, F. (Hrsg.) (2003): *EMDR als integrativer psychotherapeutischer Ansatz*; Jungfermann, Paderborn
- Smith, N. & Poole, D. (2003): *EMDR und kognitive Verhaltenstherapie: Eine Untersuchung der Übereinstimmungen und Unterschiede*. In: Shapiro (2003)
- Stickgold, R. (2002): *EMDR: A Putative Mechanism of Action*. *J. of Clinical Psychology*, vol. 58 (1).
- Teicher, M, Anderson, S., Polcari, A. (2002): *Developmental neurobiology of childhood stress and trauma*. *Psychiatric Clinics of North America* (2002), 25, 397-426.
- Van der Kolk, B. (1996): *The Body Keeps the Score*. In: Van der Kolk, Mc Farlane, Weisaeth (eds.): *Traumatic Stress*; Guilford, New York
- Van der Kolk, B. (2003a): *Jenseits der Redekur*. In: Shapiro (2003)
- Van der Kolk, B. (2003b): *The neurobiology of childhood trauma and abuse*. *Child and adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12 (2003), 293-317.
- Watkins, J. u. H. (200): *Ego States: Theory and Therapy*, Norton, New York