

EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing in der Behandlung von Traumafolgestörungen

Oliver Schubbe

Zusammenfassung: Neue Traumatherapien wie traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) haben zahlreiche wissenschaftliche Studien angeregt. Beide gelten inzwischen als wirksam, um die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Erwachsenen zu behandeln. Dieser Beitrag stellt die Ansätze nicht gegeneinander, sondern spürt den gemeinsamen psychotherapeutischen Grundsätzen nach. Schon bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und in Hinblick auf andere Traumafolgestörungen ergibt die Wirksamkeitsforschung kein so deutliches Bild mehr. „Brainspotting“ und „Somatic Experiencing“ behaupten, in bestimmten Fällen den Einsatzbereich der Traumatherapie zu erweitern. Diese beiden Ansätze werden vorgestellt, um zu zeigen, in welchen Fällen sie möglicherweise das Spektrum psychotherapeutischer Handlungsmöglichkeiten erweitern könnten. Während es keinen Ansatz zu geben scheint, der sich gleichermaßen für alle Traumafolgestörungen, alle Therapiesituationen und alle Altersgruppen eignet, werden doch schulenübergreifende Grundsätze einer „Schonenden Traumatherapie“ erkennbar.

Einleitung

Wenn die verschiedenen Schulen der Psychotherapie inhaltlich zusammenkommen sollten, dann am leichtesten auf dem Arbeitsfeld der Traumatherapie. Hier haben alle Psychotherapieschulen etwas beizutragen, denn „Trauma“ gilt seit Pierre Janet und Sigmund Freud als Grundbegriff der Psy-

chotherapie. Auf diesem Arbeitsfeld kommt die Psychologie der Physiologie so nahe wie die zwei Seiten einer Medaille. Die Stressphysiologie und posttraumatische Gedächtnisprozesse sind so gut erforscht, dass kein Therapiemodell mehr daran vorbeikommt. Die Gedächtnisforschung zeigt, dass traumatische Erfahrungen die Gedächtnisverarbeitung („Konsolidierung“)

überfordern und unverarbeitet gebliebene Inhalte nicht vollständig ins explizite Gedächtnis integriert werden. Wenn die Inhalte dann später implizit angetriggert werden, wird die physiologische Stresskaskade ausgelöst und Stress sowie dessen Vermeidung vereiteln die überfällige Endverarbeitung („Rekonsolidierung“). Die posttraumatische Symptomtrias von Intrusionen (Flashbacks, Alpträume), Übererregung und Vermeidung begünstigt die ganze Symptompalette von häufigen Angststörungen, dissoziativen und depressiven Störungen über Süchte und Schmerzstörungen bis hin zu funktionellen körperlichen Erkrankungen.

Zur Behandlung posttraumatischer Störungen haben die verschiedenen Psychotherapieschulen in den letzten Jahrzehnten unterschiedliche Modelle entwickelt, z. B. das Modell der Traumaverarbeitung des Psychoanalytikers Mardi Horowitz (1976), das lerntheoretische Modell der Furchtstruktur (Foa & Kozak, 1986), das kognitive Modell (Ehlers & Clark, 2000), das duale Repräsentationsmodell (Brewin, Andrew & Valentine, 2010)

und das sozio-interpersonelle Modell (Maercker & Horn, 2012). Folgerichtig vertreten die S3-Leitlinien der AWMF-Fachgesellschaften ebenso wie das im deutschen Sprachraum umfassendste „Curriculum Spezielle Psychotherapie“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT e. V. keine einzelne Psychotherapieschule, sondern ein breites Spektrum behandlungsrelevanter Modelle und Vorgehensweisen.

Der vorliegende Überblick ergänzt die allgemeinen Behandlungsprinzipien mit einer Liste spezifischer methodischer Elemente, die sich in bestimmten Behandlungssituationen klinisch bewährt haben. Um einen solchen Überblick mit Inhalt zu füllen, werde ich EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing beschreiben und zwischen allgemeinen Prinzipien und spezifischen Behandlungselementen unterscheiden.

1988 veröffentlichte Francine Shapiro ihre Dissertation zur „Wirksamkeit der multisaccadischen Desensibilisierungstechnik zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung“ (Shapiro, 1988). Nach ihrer Mitarbeit bei John Grinder wendete sie sich Joseph Wolpe und der KVT zu. Da die Behandlung der PTBS zu dieser Zeit eine sehr schlechte Prognose hatte, galten ihre Forschungsergebnisse in der Fachwelt als unrealistisch positiv. Erst ein Fallbericht von Wolpe über EMDR (Wolpe & Abrams, 1991) war schließlich der Startschuss für einen wissenschaftlichen Wettlauf zwischen EMDR und verhaltenstherapeutischer Traumatherapie. Das Ziel der Forschung war hoch gesteckt: Menschen mit PTBS zeiteffektiv und anhaltend von den Symptomen dieser Diagnose zu befreien.

Shapiro verfolgte die Strategie, die acht Phasen von EMDR unverändert zu lassen, um der Forschung einen stabilen Gegenstand zu bieten. Im Laufe von 25 Jahren wurde EMDR zu der am häufigsten untersuchten Methode der Traumatherapie. Traumafokussierte KVT und EMDR überrundeten schließlich die Wirksamkeit von Psychopharmaka. Beide werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen (WHO, 2013). In Deutschland wurde EMDR vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) speziell für die Behandlung der PTBS bei Erwachsenen anerkannt.

Welcher gemeinsame Faktor könnte für den Erfolg von traumafokussierter KVT und EMDR verantwortlich sein? Beide bringen traumatische Gedächtnisinhalte in systematischer Weise ins Bewusstsein. Diese „**Exposition**“ besteht aus „Aktivierung“ plus „Gegenwartsorientierung“. Erst das Gleichgewicht zwischen beiden ermöglicht eine Behandlung innerhalb tolerierbarer Grenzen, im „Toleranzfenster“, das im Verlauf der Behandlung immer größer wird.

Exposition = „Aktivierung“ + Gegenwartsorientierung

Exposition im Toleranzfenster ist ein zentraler Wirkfaktor, aber die „Gegenwartsorientierung“ setzt voraus, dass die traumatisierende Situation in der Realität bereits überwunden ist: Krieg, Gewalt, Armut, Stigmatisierung, Tabuisierung, medizinische, psychotische und suizidale Krisen, Täterkontakt, Selbstschädigung, schwere Dissoziation, Süchte und Zwänge. Auch der Aspekt „Aktivierung“ setzt einiges voraus, vor allem die Fähigkeit, für überschwemmende Affekte Symbole und Worte zu finden und sich danach trösten und beruhigen zu können. Erst wenn all diese Voraussetzungen erfüllt sind, gilt der Satz von Jacob Levy Moreno: „Jedes wahre zweite Mal ist die Befreiung vom ersten“ (Moreno, 1924, S. 75-78).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR

EMDR ist eine prozessorientierte Methode in acht Phasen. Die Phasen drei bis sechs sind für EMDR spezifisch, die übrigen entsprechen allgemeinen Behandlungsstandards.

EMDR ist eine Methode in acht Phasen nach Francine Shapiro

1. Anamnese und Behandlungsplanung
2. Stabilisierung und Vorbereitung
3. Einschätzung
4. Durcharbeiten
5. Verankerung
6. Körpertest
7. Abschluss
8. Nachbefragung

Die **Traumaaanamnese** sollte auf kurze und sachliche Art und Weise geschehen, um die Erinnerungen möglichst wenig zu aktivieren. In der Phase der **Stabilisierung und Vorbereitung** soll ein Arbeitsbündnis entstehen, das auf Vertrauen basiert und ein gutes Gleichgewicht zwischen professioneller Distanz und authentischer Nähe hält. Nach einer Erklärung von EMDR wird die Art der Stimulierung vereinbart: geführte Blickrichtungswechsel, Kopfhörmusik oder abwechselnde Handberührungen. Ein Stopp-signal soll die Intensität der Aktivierung im Toleranzbereich halten. Mit dem **Einschätzen** beginnt die EMDR-spezifische Aktivierungsphase: Ein Ausgangsthema wird gewählt und das belastende Material auf mehreren Ebenen aktiviert:

- a) Das Narrativ (Ausgangssituation: Was ist passiert?)
- b) Ein intrusives Bild (Was ist der schlimmste Sinneseindruck, der bei dieser Erinnerung auftaucht?)
- c) Die kognitive Ebene (Welcher belastende Gedanke über Sie selbst ist mit dieser Erinnerung verbunden?)
- d) Emotionen (Welche Gefühle sind damit verbunden?)
- e) Körperwahrnehmungen (Welche Körperempfindungen sind mit der Erinnerung verbunden, und wo sind diese zu spüren?)

Als Gegenpol zur negativen Selbstüberzeugung, z. B. „Jetzt ist es aus“, wird eine positive Gegenkognition gesucht, z. B. „Ich lebe“, und eingeschätzt, wie sehr die neu gewählte Überzeugung schon zutrifft (von 1= völlig falsch bis 7= völlig zutreffend). Dann wird die subjektive Belastung durch die Ausgangssituation erfragt (von 0= keine bis 10= maximale Belastung), um die Veränderung der Belastung im Laufe der Sitzung verfolgen zu können.

Das **Durcharbeiten** wird auch Prozessieren genannt: Während der Patient oder die Patientin die Aufmerksamkeit auf die Erinnerungen richtet, beginnt die erste Stimulierungsreihe mit Handbewegungen, bilateral stimulierenden Klangaufnahmen oder wechselseitigen Berührungen. Eine einzelne Serie dauert so lange, bis körperliche Anzeichen von Entspannung zu se-

hen sind. Stimulierung und Unterbrechung wechseln einander ab, bis die Belastung auf 0 oder 1 gesunken ist.

Falls der Verarbeitungsprozess blockiert oder sich die Assoziationen im Kreis drehen, wird das „therapeutische Einweben“ eingesetzt: Die Stimulierung kann variiert werden. Hinführende Fragen können helfen, nötige Ressourcen in den Assoziationsfluss einzubinden. Das „Einweben“ sollte sparsam eingesetzt werden: „Gutes Einweben bringt die nötigen Informationen gerade in Reichweite; nicht mehr, nicht weniger“ (Spierings, 2011).

Ist der Belastungsgrad ganz abgesunken und die positive Selbstüberzeugung stimmig geworden, folgt die **Verankerung**. Dazu werden die Ausgangserinnerung und die positive Kognition mit einer kurzen und langsamen Serie von Rechts-links-Stimulierungen verbunden. Etwaige Reste werden mit weiteren Stimulierungsreihen zu Ende verarbeitet. Um zu prüfen, ob die positive Veränderung auch die körperliche Ebene erreicht hat, wird der **Körpertest** durchgeführt. Der Patient oder die Patientin vergegenwärtigt sich erneut die Kombination aus Ausgangssituation und positiver Kognition und spürt seine oder ihre Körpersensationen, um mögliche Restspannungen zu lokalisieren. Für den **Abschluss** bietet sich die Durchführung von Entspannungs- und Distanzierungstechniken an, um den Patienten oder die Patientin vollständig in die Gegenwart zurückzuholen. In diesem abschließenden Teil der Sitzung sollte außerdem darauf hingewiesen werden, dass der Verarbeitungsprozess auch in den nächsten Tagen noch weitergehen kann; so treten keine Überraschungen auf, falls nach der Sitzung weitere belastende Bilder oder Assoziationen auftauchen.

Die letzte Phase, die **Nachbefragung**, erfolgt in der Folgesitzung. Dort wird dann über die zwischenzeitliche Entwicklung gesprochen und erneut der Belastungsgrad überprüft (Schubbe, 2006).

Fallvignette zu EMDR

Gegen die Anwendung von EMDR sprachen bei der 25-jährigen Krankenschwester Frau K., dass ihr Verhalten

von deutlich unterscheidbaren Persönlichkeitszuständen bestimmt war und der sie früher missbrauchende Stiefvater noch manchmal Kontakt zu ihr aufnahm. Im Verlauf der vorangegangenen fünf Monate hatte sie große Fortschritte gemacht, sich selbst zu beruhigen, imaginativ einen sicheren Ort zu etablieren, für ihre inneren Kinder zu sorgen und sich gegen eben diesen Stiefvater abzugrenzen. Aber jede Nacht wurde sie von einem heftigen Albtraum aus dem Schlaf gerissen. Jede Nacht sah sie das Bild ihrer geliebten Großmutter, der jede Nacht andere grausame Dinge passierten. Grundsätzlich war EMDR zur Behandlung der posttraumatischen Ein- und Durchschlafstörungen indiziert. Für den Einsatz von EMDR sprach, dass Albträume eindeutig auf den Suizid der Großmutter und nicht auf den Missbrauch durch den Stiefvater bezogen waren, ich also davon ausgehen konnte, die beiden Themen getrennt behandeln zu können. Für die Bearbeitung sprach außerdem, dass der Traum selbst schon eine Symbolisierungsleistung darstellte, indem er immer neue grausame Szenen erfand, anstatt die Großmutter am Strick zu zeigen, wie die Patientin sie als Zweieinhalbjährige vorgefunden hatte.

Zu Beginn der EMDR-Sitzung brachte Frau K. alle inneren Kinder an den sicheren Ort, nur das träumende Mädchen durfte draußen bleiben, während sich die erwachsenen Persönlichkeitsanteile innen im Halbkreis hinter sie stellten und versprochen, nötigenfalls mit dem kleinen Finger „Stopp“ zu signalisieren. Der schlimmste Moment des letzten Albtraums war der, als das Gesicht der Großmutter von Ratten zerfressen wurde. Da ich das betroffene innere Kind zu jung für die Arbeit an Kognitionen fand, erfragte ich die Negative Kognition von einem unterstützenden Persönlichkeitsanteil: „Ich habe niemanden mehr.“ Die wünschenswerte positive Überzeugung „Ich bin geborgen“ fühlte sich überhaupt nicht zutreffend an (1 auf der Skala von 1 bis 7). Die Emotionen waren von Verzweiflung, Todesangst und Einsamkeit ge-

prägt, der Belastungsgrad lag bei 10. Auf Körperebene war Kälte zu spüren. Ich leitete ihren Blick mit meiner Hand abwechselnd nach rechts und links und achtete sehr sorgfältig darauf, ob Frau K. im Verarbeitungsprozess gut assoziiert blieb. Dabei half es mir, auf meine eigene emotionale Resonanz zu achten. Nach der ersten Stimulierungsreihe stand dem inneren Kind die ganze winterliche Szene vor Augen. In der zweiten Sequenz zitterte der Körper der Patientin zunehmend, das Gesicht wurde sichtbar besser durchblutet, und die Erinnerung an die lebendige Großmutter kehrte in die Erinnerung des inneren Kindes zurück: die Großmutter, die sie auf ihren Schoß nahm, sie in ihre weichen Arme schloss und sie mit warmer Stimme in ihren heißgeliebten Körpergeruch hüllte. Nach acht Stimulierungssequenzen war die Belastung gänzlich verschwunden, sodass ich mich entschied, zur Überprüfung noch einmal den Albtraum anzusprechen. Da tauchte in der Vorstellung des inneren Mädchens ein helles Licht auf, das dem Mädchen mit einer vertrauten warmen Stimme versprach, es immer und überallhin zu begleiten. „Ich bin geborgen“ war dazu genau der passende Satz, den ich mit einer weiteren Serie bilateraler Stimulierung zu verankern half. Selbst beim Gedanken an den letzten Albtraum berichtete die Patientin am Ende der Sitzung von einem entspannten Wärmegefühl.

Aufgrund der starken dissoziativen Störung überprüfte ich den Zustand der Patientin recht zeitnah. Die Besserung war nicht nur stabil geblieben, sondern eine ganze Flut positiver Gefühle war nach der EMDR-Sitzung aufgetaucht. Sie spürte, dass sie auf ihren Stiefvater voll und ganz verzichten konnte, und erwirkte gegen ihn eine richterliche Anordnung.

Während sich die Forschung über EMDR meistens auf das 8-Phasen-Gesamtpaket konzentrierte, wird neuerdings auch die Wirkung einzelner Komponenten erforscht. „Sind Augenbewegungen wirklich erforderlich?“, fragten Sack, Zehl, Otti, Lahmann & Stingl (2014). Die groß angelegte Studie

zeigte, dass ein äußerer Blickfokus während der Traumaverarbeitung die Wirksamkeit gegenüber nur nach innen gerichteter Aufmerksamkeit steigert. Die bilaterale Stimulierung kann wohl beruhigend wirken, ist aber nicht wirksamer als ein ruhender äußerer Blickfokus. Sollten andere Forschungen dies bestätigen, wäre es vielleicht bei bestimmten Patientengruppen möglich, die bilaterale Stimulierung wegzulassen, zum Beispiel wenn keine Tendenz zur Übererregung besteht.

Brainspotting

Im Frühjahr 2003 experimentierte der New Yorker Psychoanalytiker David Grand (Ph. D. der Society for Psychoanalytic Study and Research) mit der Anwendung von EMDR. Beim Anleiten der Augenbewegungen bemerkte er, dass die Augen nicht immer kontinuierlich folgten, sondern manchmal reflexartig reagierten. Neugierig geworden stellte er fest, dass bestimmte Blickrichtungen die Aktivierung von Erinnerungen besser unterstützten als andere, die eher zur Beruhigung führten. Über die Anleitung der Blickrichtung war es also möglich, traumatische Erinnerungen zu aktivieren, Flashbacks zu begrenzen und den Erregungsgrad zu dosieren. Inzwischen zeigt die erste Wirksamkeitsstudie, dass die Behandlung von PTBS durch Brainspotting um eine effektive Methode erweitert werden könnte (Hildebrand, Grand & Stemmler, im Druck).

Wenn heute schon Digitalfotos außer dem Bild auch Datum, Uhrzeit und Ortsinformationen enthalten, kann man sich leicht vorstellen, dass auch menschliche Erinnerungen nicht nur aus den erinnerbaren Szenen bestehen, sondern auch unmittelbar mit Informationen über Körperreaktionen, Körperhaltung, Raumposition und Blickrichtung etc. verbunden sind. Wie die in den Digitalfotos versteckten Daten helfen, die Fotos nach Zeit und Ort zu sortieren, können auch implizite Gedächtnisebenen wie Körperhaltung und Blickrichtung eingesetzt werden, um bestimmte Gedächtnisinhalte aufzurufen, zu fokussieren oder zu defokussieren. Damit ist es möglich, den Grad der Aktivierung stufenlos zu steuern und so einen für die Gedächtnis-

Tabelle 1: Ablauf der Aktivierungssequenz – Vergleich EMDR versus Brainspotting

Aktivierungssequenz mit EMDR	Aktivierungssequenz mit Brainspotting
Narrativ (Ausgangsthema)	Narrativ (optional)
Schlimmster Sinneseindruck	
Negative Kognition (NK)	
Positive Kognition (PK)	
Validität der positiven Kognition (VoC)	
Emotion	
Belastungsgrad (SUD)	Belastungsgrad (SUD)
Körpersensation	Körpersensation
	Blickrichtung oder Körperhaltung lokalisieren

verarbeitung optimalen Aktivierungsgrad herzustellen. Außerdem können Blickrichtung und Körperhaltung eingesetzt werden, um amnestische und dennoch Symptome verursachende Erinnerungsinhalte zu aktivieren und zu verarbeiten, ohne zuerst die Amnesie auflösen zu müssen.

Wie EMDR wird auch Brainspotting im Rahmen eines vollständigen Behandlungsplans eingesetzt, beginnt also mit der Anamnese und Behandlungsplanung. Die Stabilisierungsarbeit geht fließend in die Exposition über, denn die Blickrichtung oder Körperhaltung wird sowohl zur Stabilisierung als auch zur Aktivierung unverarbeiteter Erinnerungen eingesetzt.

Die Aktivierung beginnt bei Brainspotting wie im EMDR-Protokoll mit einem kurzen Gespräch über die belastende Ausgangssituation. Die damit verbundene Belastung wird auf der SUD-Skala (SUD = *Subjective Units of Disturbance*; Wolpe, 1972) eingeschätzt, die Körpersensationen werden erfragt. Nun geht es auf die implizite Ebene, die nicht mehr direkt erfragt werden kann. Zum Glück gibt es eine Alternative dazu, systematisch Trigger zu setzen: Indem zum Beispiel der Blick in Zeitlupe horizontal von einer Seite zur anderen geführt wird, werden die unwillkürlich-nonverbalen Reaktionen systematisch gescannt. Wie auf der Senderskala eines Radioempfängers lassen sich so beim langsamen Justieren der Blickrichtung unterschiedliche Reaktionen auslösende Positionen ermitteln. Die Reaktionen können entweder als nonverbale Signale von außen beobachtet

oder als Körperempfindungen direkt erlebt und geschildert werden.

Unter einem „Brainspot“ versteht Grand einen über Blickrichtung oder Körperhaltung indirekt aktivierten Zustand des Gehirns, ein bestimmtes Erregungsmuster. Auf der psychologischen Ebene ist damit der mit der Blickrichtung oder Körperhaltung assoziierte innere Zustand gemeint. Beim Scannen der Blickrichtung ist es wichtig, auf alle Reaktionen wie Blinzeln, doppeltes Blinzeln, Pupillenweite, Husten, Zuckungen oder Veränderungen im Gesichtsausdruck zu achten. Dieses Vorgehen wird als „**Outside-Window-Brainspotting**“ bezeichnet, insofern die Reaktionen hier als nonverbale Signale von außen vom Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin beobachtet werden. Wenn der Patient oder die Patientin anhand der eigenen Empfindungen den Punkt höchster und geringster Aktivierung lokalisiert, heißt dies „**Inside-Window-Brainspotting**“. Da der Blick im Brainspotting zum Fokussieren genutzt wird und der Verarbeitungsprozess auch ohne bilaterale Stimulierung abläuft, setzt Grand bilaterale Musik als zusätzliche Möglichkeit dann ein, wenn der Grad der physiologischen Erregung reduziert werden soll.

Zu Beginn einer Brainspotting-Sitzung werden die Fragen nach dem schlimmsten Erinnerungsbild, nach Kognitionen und Emotionen im Vergleich zu EMDR quasi übersprungen (Tabelle 1 gibt einen vergleichenden Überblick), was innerhalb der Sitzung zu einem früheren Einstieg in den Prozess der Gedächtnisverarbeitung führt. Während EMDR eine Doppelstunde in An-

spruch nimmt, kann Brainspotting meistens bequem im Verlauf von 50 Therapie-minuten zu Ende geführt werden.

Der Verarbeitungsprozess fokussiert anfangs auf die Gedächtnisebene der Körpersensationen, während ein anderer Teil der Aufmerksamkeit auf einen äußeren Punkt gelenkt wird. Nun beobachtet der Patient oder die Patientin in einer akzeptierenden Haltung alle assoziativ auftauchenden Inhalte. Der Prozess ist beendet, wenn keine Missempfindungen oder Belastungen mehr zu spüren sind.

Grand verwendet den Begriff der „**Dualen Affektregulation**“, um die Zweigleisigkeit der Affektregulation zu beschreiben: einerseits die Beziehungsebene und parallel dazu die Affektmodulation über die Blickrichtung oder Körperhaltung (Grand, 2014).

Zu Brainspotting gehört eine konsequent patientenzentrierte Arbeitsweise: Der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin setzt nur den haltenden therapeutischen Rahmen und begleitet den Behandlungsprozess, die Inhalte kommen alle vom Patienten oder von der Patientin. In vielen Punkten steht Brainspotting in der Tradition von Somatic Experiencing: Es wird angenommen, dass alles im Gehirn Gespeicherte über den Körper zugänglich ist und umgekehrt jede Erfahrung auch auf Körperebene repräsentiert ist. Da die Körperwahrnehmung insofern für die Selbstregulation zentral ist, wird bei Brainspotting direkt nach der Aktivierung auf Körperebene gefragt, ohne Kognitionen oder Emotionen zu thematisieren. Umgekehrt als in kognitiven Modellen wird angenommen, dass in einem veränderten physiologischen Zustand auch neue Gedanken und Überzeugungen auftauchen und die posttraumatischen Symptome auf kognitiver und Verhaltensebene in einem neu auf Sicherheit geeichten Nervensystem nicht mehr neu angetriggert werden.

Arbeiten mit Körperressourcen

Entlehnt aus dem Somatic Experiencing wird während des Brainspotting-Prozesses nicht nur die Körperstelle mit der höchsten Aktivierung fokussiert, sondern bei Bedarf auch die mit dem höchsten Sicherheitsge-

fühl verbundene Stelle. Dieser Ort im Körper, von dem die größte Beruhigung ausgeht, wird als **Körperressource** bezeichnet. Wird mit der Körperressource gearbeitet, scheint ein sanfterer Verarbeitungsprozess einzusetzen, der für schwertraumatisierte, dissoziative oder instabile Patienten und Patientinnen eine große Erleichterung der Exposition darstellen kann.

Fallvignette zu Brainspotting

Frau S. hatte sich im Alter von 18 Jahren aus einer kurzen, aber intensiven Beziehung mit einem alkoholsüchtigen Mann getrennt. Sie fühlte sich tief verlassen, war aber auch stolz darauf, trotz ihrer großen Angst vor dem Alleinsein, die Trennung vollzogen zu haben. Anfangs hatte sie ihrem Mann gegenüber den wütenden Impuls, ihn umzubringen. Dann hatte sie stattdessen eine Überdosis Schlafmittel genommen. Eine Nachbarin habe ihr in letzter Minute das Leben gerettet. Mir vermittelte sie, ich sei der einzige Mensch, der sie verstehen und behandeln könne – falls sie dies als Waise überhaupt wert sei. Bei genauerer Anamnese nannte sie alle Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Um einen ausreichend klaren therapeutischen Rahmen zu schaffen, vereinbarte ich mit ihr die Modalitäten der Behandlung schriftlich. In den ersten Sitzungen konnte sie sich keinen sicheren Ort vorstellen. Am Ende der Sitzungen probierten wir verschiedene Erdungsübungen, und schließlich fand sie eine Körperressource: ihre Füße. Da innerhalb der therapeutischen Beziehung anfangs häufig Störungen auftraten und die Verlassensangst der Patientin auch außerhalb der Psychotherapie oft getriggert wurde, wollte ich zuerst die Bindungsressourcen der Patientin stärken.

Brainspotting kann nicht nur mit belastenden Ausgangsthemen, sondern auch ressourcenorientiert eingesetzt werden. So nutzte ich Brainspotting zuerst, um die spärlichen Bindungsressourcen zu aktivieren. Während einer Odyssee von Pflegefamilie zu Pflegefamilie hatte sie als Kind punktuell auch immer wie-

der recht positive Beziehungserfahrungen gemacht. Ich bat die Patientin, sich an alles zu erinnern, was im Laufe ihres Lebens zu ihrer heutigen Idee von sicherer Bindung beigetragen habe, auf ihre Körperempfindung zu achten und eine diesen Zustand verstärkende Blickrichtung auszuwählen. An ihrer deutlich entspannteren Mimik konnte ich sehen, dass es ihr gelang, mit positiven Vorstellungen in Kontakt zu kommen. Dann lud ich sie ein, die damit verbundenen Körperempfindungen zu spüren, die sie als warm und fließend beschrieb. Doch dabei stieg in ihr eine tiefe Traurigkeit über die vielen Verluste auf, die sie während ihrer Kindergarten- und Vorschulzeit erlitten hatte. Beim Blick auf den „Bindungs-Spot“¹ gelang es ihr, ihren inneren Zustand zu beobachten, anstatt überflutet zu werden. Sie beschrieb die Empfindung einer unendlichen inneren Leere, sah dann das kleine Mädchen von damals und begann, dieses innere Kind zu trösten. Während die Patientin mit den Augen den positiven „Bindungs-Spot“ fokussierte und der Verarbeitungsprozess gut im Fluss blieb, erlebte sie unerwartliches Begehren, nie genug Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen zu können. Ich achtete darauf, sie mit dem Blick und damit verbunden mit einem inneren Beobachteranteil in einem positiven Zustand zu halten. Gelegentlich ließ ich ein paar bestätigende oder beruhigende Worte von mir hören und erinnerte sie an ihre guten Erfahrungen. Ich ließ ihr viel Zeit, dieses angenehme Erleben zuzulassen, ganz viel davon zu bekommen, bis sie nach 15 Minuten schließlich von sich aus unterbrach: „Ich weiß jetzt endlich wieder ganz genau, wonach ich die ganzen Jahre gesucht habe, wofür ich mein Leben lang so kämpfte: das Gefühl von menschlicher Wärme und einfach da zu sein.“

In der nächsten Sitzung berichtete Frau S., dass sie zwischen den Sitzungen oft schöne Erinnerungen an ihre früheren Pflegefamilien gehabt habe. Sie freute

1 Methodisch geht die Arbeit mit dem „Attachment-Spot“ auf Lisa Schwarz zurück.

sich darüber, sich neuerdings zu Hause bewusst angenehme Momente einrichten zu können, was bis dahin überhaupt nicht ihre Art gewesen war. Zu den folgenden Sitzungen brachte sie selbst gemalte Bilder früher Erinnerungen und Märchen, die sie für ihr inneres Kind geschrieben hatte.

Somatic Experiencing

Somatic Experiencing (SE) wurde in den 1970er-Jahren von dem Biophysiker und Psychologen Peter Levine entwickelt. Der körperorientierte Ansatz steht in der Tradition der Biosynthese nach David Boadella. Der Dynamik des vegetativen Nervensystems und den posttraumatischen Abreaktionen wird besondere Beachtung geschenkt (Levine, 1997). Wie im Focusing dient die akzeptierende Beobachtung der Körperempfindung und des „Felt Sense“ als Medium der Veränderung.

„Ein ‚Felt Sense‘ ist keine geistige, sondern eine physische Erfahrung, ein körperliches Wahrnehmen einer Situation, einer Person oder eines Ereignisses,“ schreibt Eugene Gendlin (1981), der diesen Begriff geprägt hat. Zentrale methodische Elemente von SE sind Ressourcenbildung, Erdung, Zentrierung, Dosierung und das Nachspüren (Tracking von Körperempfindungen, Gefühlen, Gedanken, Bildern und Bewegungen).

Zuerst werden Ressourcen entwickelt, die in der traumatischen Situation fehlten. Erst danach beginnt die achtsam dosierte Traumaverarbeitung durch Pendeln zwischen den positiven und den traumatischen Erinnerungen. Akzeptierendes Beobachten der Körperempfindungen setzt die autonome Selbstregulation in Gang, die Körperwahrnehmung verändert sich, es kommt zu körperlichen Abreaktionen wie Abzittern, zur Änderung des Muskeltonus und der Durchblutung (Wärmegefühl, Prickeln). Levine geht davon aus, dass neue physiologische Zustände neue Gefühlen, Gedanken und schließlich Handlungen nach sich ziehen.

Neue Methoden wie Brainspotting oder die Schonende Traumatherapie nach Mar-

Tabelle 2: Berücksichtigung verschiedener Ebenen in der Traumatherapie

Ebene	VT/KVT	EMDR	Brainspotting	SE	Systemische Therapie
Narrativ	ja	ja	ja	ja	ja
Kognition	ja	ja	teils	ja	ja
Sehen/Imagination	ja	ja	ja	ja	ja
Hören	ja	ja	teils	ja	ja
Riechen	teils	teils	teils	teils	
Schmecken	teils	teils	teils	teils	
Tastwahrnehmung	ja	ja	teils	ja	
Emotion	ja	ja	ja	ja	
Körpersensation	teils	ja	ja	ja	
Bilaterale Reize		ja	ja		
Körperhaltung			ja	ja	ja
Raumposition			ja	ja	ja
Blickrichtung			ja		
Neurozeption			ja		
Bindungsmuster	teils	teils	ja	ja	ja
Handlungsimpuls	teils	teils	ja	ja	ja
Interaktionsmuster					ja
Rolle im System					ja
Entwicklungsstufe	teils	teils	teils	teils	ja
Innerer Konflikt			ja	teils	ja
Transgenerationales		teils	ja		ja
Gesellschaft					Ja

tin Sack (Sack, 2010) haben den Grundsatz der Dosierung (Titration) von Levine aufgegriffen und damit die Dichotomie von Stabilisierung vs. Exposition aufgelöst. Obwohl die klinische Erfahrung immer wieder die Wirksamkeit von SE belegt hat, ist die Anerkennung von SE in Deutschland dadurch beeinträchtigt, dass die Ausbildung nicht auf akademische Psychotherapeuten begrenzt ist und sehr wenig zu SE geforscht worden ist. Die Kontroverse um die Wissenschaftlichkeit von SE wird auch daran deutlich, dass manche Psychotherapeutenkammern für SE-Ausbildungen Fort- und Weiterbildungspunkte vergeben (Baden Württemberg, Schleswig-Holstein), andere nicht (Bayern), obwohl die Grundsätze von SE inzwischen auf breiter Linie Eingang in die Traumatherapie gefunden haben.

Fallvignette Somatic Experiencing

Statistisch gesehen überfährt jeder Berliner U-Bahn-Fahrer einmal während seines Berufslebens einen Menschen. Für Herrn Z. hatte das Berufsleben gerade erst begonnen, aber trotzdem erlebte er immer wieder die Aufprallszene, jeden Tag mehrfach, aber auch nachts, dann wachte er schweißgebadet auf. Wenn er einem U-Bahn-Eingang nahe kam, überfielen ihn Angstgefühle und Schwindel. Seine Vorgeschichte war unauffällig. In der Therapie fiel es ihm schwer, in seinem Körper eine ruhige Stelle zu lokalisieren, aber nach zwölf Sitzungen gelang ihm dies zuverlässig. Zu Hause beruhigte ihn die Gegenwart seiner Frau, über die er mit Liebe und Begeisterung

sprach. Außerhalb beruhigte ihn sein neuer Geländewagen: „Damit wäre mir das nicht passiert, mit dem hätte ich locker ausweichen können.“ Während die posttraumatische Symptomatik von einem extrem starken Ungleichgewicht zwischen Vermeidung und Überflutung geprägt ist, pendelte das therapeutische Gespräch um einen Gleichgewichtszustand. Die Phase der Durcharbeitung brachte Herrn Z. in Kontakt mit belastenden Sequenzen, dann aber auch wieder weg davon in Kontakt mit seinem Körper. Als er vor seinem inneren Auge sah, wie das Blut auf die Frontscheibe spritzte, begann er am ganzen Körper zu zittern. Jetzt ging es darum, diese körperliche Abreaktion zu normalisieren, dann aber die Aufmerksamkeit des Patienten auch gleich wieder auf positive Inhalte zu lenken, z. B. auf die ruhigste Körperstelle, die sogenannte Körperressource. Im Verlauf der Sitzung fiel es Herrn Z. zunehmend leichter, zu den belastenden Erinnerungsresten zurückzukehren und die noch im Körper steckende Erstarrung zu spüren. Am Ende der Sitzung kam aus ihm ganz spontan der Satz hervor: „Jetzt ist es wirklich vorbei.“ Sieben Sitzungen und zwei Monate später saß Herr Z. zum ersten Mal wieder im Führerstand, eine Woche lang fuhr er immer zu zweit. Schließlich kehrte er wieder voll an seine alte Arbeitsstelle zurück, eine erhöhte Wachsamkeit aber blieb bei ihm bestehen.

Die Dosierung

Ein Ungleichgewicht zwischen Intrusionen und Vermeidungstendenzen ist ein zentrales Merkmal posttraumatischer Störungen. Dieses Gleichgewicht kann auf jeder Ebene der inneren Wahrnehmung gestört sein. Auf jeder Ebene der inneren Wahrnehmung stellt sich die Frage, wie das Gleichgewicht zwischen Aktivierung und korrigierender Gegenwartserfahrung ermöglicht werden kann. Aufgrund der Vielzahl der Ebenen wähle ich zur übersichtlichen Darstellung eine Tabellenform (siehe Tabelle 2, S. 161). Im Überblick wird schnell deutlich, dass die verschiedenen Ansätze

teils dieselben, teils aber auch unterschiedliche Ebenen berücksichtigen. Die systemischen Ansätze habe ich hinzugenommen, da dort Gedächtnisebenen angesprochen werden, die bei den anderen Ansätzen oft zu kurz kommen.

Da sich das menschliche Gedächtnis mindestens auf die genannten Ebenen bezieht – sicher habe ich noch einige ausgelassen –, muss bei der Endverarbeitung traumatischer Erinnerungen jede im Einzelfall vorhandene Wahrnehmungsebene berücksichtigt werden. Besondere Aufmerksamkeit erfordern amnestische, dissoziierte, implizite oder aus irgendwelchen Gründen unbewusste Gedächtnisinhalte, die dennoch Symptome verursachen. Sie dürfen einerseits nicht übersehen werden, die Auflösung einer dissoziativen Barriere geht aber andererseits häufig mit einer kurzfristigen Erhöhung des Belastungserlebens einher. In solchen Fällen kommt es ganz besonders auf eine präzise Dosierung der Aktivierung an, denn zu wenig erhält die Dissoziation aufrecht, zu viel führt jedoch zu unnötigen Verschlimmerungen.

Eine wichtige Rolle spielt die Bindungsebene. Die Bindungserfahrung ist der wichtigste Resilienzfaktor, deshalb reagieren im Erwachsenenalter vor allem diejenigen Menschen auf traumatische Ereignisse mit Symptomen, die keine sichere Bindung erfahren haben oder schon früh traumatisiert wurden. Wenn die Entwicklungs-, Bindungs-, Beziehungs- oder systemische Ebene betroffen ist, sollte dies in der Behandlung Vorrang vor anderen Inhalten haben. Wird dieser Vorrang nicht eingeräumt, kommt es nicht nur zu Blockaden im Verarbeitungsprozess, sondern meistens auch zu Störungen der therapeutischen Beziehung. Die therapeutische Beziehung ist wiederum eine wichtige Voraussetzung dafür, die Affekttoleranz und damit das Toleranzfenster zu erweitern.

Gendlin (1962) schrieb seine Dissertation über Wirkfaktoren der Psychotherapie. Weder unterschiedliche Methoden noch die therapeutische Beziehung machten für das Ergebnis einen so großen Unterschied wie die Frage, ob die Patienten die Veränderungen auch auf Körperebene erlebten oder nicht. Nach Jahrzehnten der For-

schung kam auch Bessel van der Kolk (1994) zu dem Schluss, die Körperebene als Schlüsselebene der Traumaverarbeitung zu bezeichnen.

Absolute Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren:

- akutes psychotisches Erleben
- akute Suizidalität
- Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko

Relative Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren:

- mangelnde Affekttoleranz
- anhaltende schwere Dissoziationsneigung
- unkontrolliert autoaggressives Verhalten
- mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis
- hohe akute psychosoziale und körperliche Belastung

Quelle: S3-Leitlinie PTBS (Flatten et al., 2011)

Die vorgestellten traumaspezifischen Methoden sind zur Behandlung einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen geeignet, wenn sie in eine Verhaltenstherapie, eine psychodynamische Therapie oder ein Verfahren der Humanistischen Psychotherapie (Personzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Existenanalyse, Integrative Therapie) integriert werden. Da viele Formen von Dissoziation, Depression, Angststörungen, Süchten, Schmerzsyndromen und psychosomatischen Stressfolgeerkrankungen ihre Wurzel in einer posttraumatischen Störung haben können, sind die traumaorientierten Ansätze auch zur Behandlung solcher Traumafolgen geeignet. Dann ist allerdings eine Traumaanamnese und ätiologische Fallkonzeption nötig, um den Zusammenhang zwischen den verursachenden Bedingungen und solchen sekundären Traumafolgen zu erkennen. Wenn eine Sucht vorliegt, muss das Konzept zur Suchtbehandlung Vorrang vor der Traumabehandlung erhalten. Bei struktureller Dissozia-

tion und frühen Persönlichkeitsstörungen ist ein besonders klarer und sicherer therapeutischer Rahmen erforderlich. Bei Augenproblemen oder optosensitiver Epilepsie sollte anstelle optischer Stimulierung eine akustische oder taktile Stimulierung angewendet werden. Grundsätzlich ist vor jeder Psychotherapie eine medizinische Abklärung erforderlich, und selbstverständlich ist individuelle Psychotherapie nicht zur Lösung von Problemen geeignet, die durch andere Menschen, die Lebensumstände oder die gesellschaftlichen Verhältnisse aufrechterhalten werden.

Rahmenbedingungen eines schonenden Behandlungskonzepts von Traumafolgestörungen (nach Sack, 2010)

- Klar definierter, haltgebender therapeutischer Rahmen
- Klar definierte, erreichbare Ziele
- Patient als „Behandlungspartner“
- Information des Patienten über
 - diagnostische Ergebnisse
 - Behandlungsmöglichkeiten und -methoden
 - Behandlungsplanung
- Wiederholte problemorientierte bzw. situationsgebundene Psychoedukation
- Einbeziehen vorhandener und Aktivierung neuer Ressourcen
 - für den Alltag, mit dem Ziel der Ich-Stabilisierung
 - zur Lösung von (traumabedingten/traumaassoziierten) Alltagsproblemen
 - innerhalb der konfrontativen Behandlung der traumatischen Erinnerung
- Individuell angepasste Wahl und Kombination der traumatherapeutischen Methoden

Fazit

Die wirksamsten Methoden der Traumatherapie basieren auf der Wiederbegegnung mit der traumatischen Erinnerung im Gleichgewicht zwischen „Aktivierung“ und „Gegenwartsorientierung“. Unterschiedliche Methoden fokussieren auf verschiedene Ebenen der Wahrnehmung, für die Rückadaptation der Stressphysiologie spielen jedoch die Körperebene und das Verständnis der Ursachen eine Schlüsselrolle. Die therapeutische Beziehung, die transgenerationale Weitergabe, aber auch der institutionelle und der gesellschaftliche Umgang mit den Betroffenen, erweitern oder begrenzen die Möglichkeiten zur Verarbeitung. Früh und bindungstraumatisierte Patienten brauchen vor und während der Traumaverarbeitung Hilfe bei der Symbolisierung und Mentalisierung überflutender traumatischer Affekte. Keine einzelne der genannten Methoden kann allen Menschen und Behandlungssituationen gerecht werden oder gar eine absolute Überlegenheit beanspruchen. Umgekehrt ist es sinnvoll, mehrere Ansätze zu kennen und patientenorientiert selbst widersprüchlich erscheinende Grundsätze und um Effektivität konkurrierende Komponenten zu einem umfassenden Behandlungsplan zu verbinden.



Oliver Schubbe ist Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis, Leiter des Instituts für Traumatherapie in Berlin und Vorstand der Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung. Er erlernte Familientherapie bei Virginia Satir, EMDR bei Francine Shapiro und Brainspotting bei David Grand.

Oliver Schubbe

Institut für Traumatherapie
Carmerstraße 10
10623 Berlin
schubbe@traumatherapie.de

EMDR, Brainspotting und Somatic Experiencing in der Behandlung von Traumafolgestörungen

Oliver Schubbe

Psychotherapeutenjournal 2/2014

Literatur

- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Gendlin, E. T. (1962). *Experiencing and the Creation of Meaning*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing – Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Reinbek: Rowohlt.
- Grand, D. (2014). *Brainspotting – Wie Sie Probleme, Traumata und emotionale Belastungen gezielt auflösen*. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlags GmbH.
- Hildebrand, A. Grand, D. & Stöemmler, M. (im Druck). Eine Vorstudie zur Wirksamkeit von Brainspotting – Ein neues Therapieverfahren zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen. *Trauma: Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Aronson.
- Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Maercker, A. & Horn, A. B. (2012). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20 (6). 465-481.
- Moreno, J. L. (1924). *Das Stegreiftheater*. Potsdam: Vlg. d. Vaters, Kiepenheuer.
- Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M., Zehl, S., Otti, A., Lahmann, C. & Stingl, M. (2014). *Wirkfaktoren der EMDR-Behandlung: Sind Augenbewegungen wirklich erforderlich?* Vortrag auf dem Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vom 26. bis 29. März 2014 in Berlin.

- Schubbe, O. (2006). *Traumatherapie mit EMDR: Ein Handbuch für die Ausbildung (2., aktualisierte Aufl.)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shapiro, F. (1988). *Efficacy of the multi-saccadic movement desensitization technique in the treatment of posttraumatic stress disorder*. Dissertation order number LD01298, The Professional School of Psychological Studies, San Diego.
- Spierings, J. (2011). Interweaves in EMDR. Verfügbar unter:
<http://emdr2011.eu/protected/documents/Workshops/Joany%20Spierings/Interweaves%20in%20EMDR.pdf>. [25.4.2013]
- van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: Memory and the emerging psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry, 1*, 253-265.
- Wolpe, J. (1972). *Praxis der Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Wolpe, J., Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22*, 39-43.
- World Health Organization (2013). *Guidelines for the Management of Conditions That are Specifically Related to Stress*. Geneva: WHO.