

Über das Finden von Lösungen

Betrachtungen zu Wirkmechanismen der "Lösungsbasierten Interferenztherapie" sowie verwandter therapeutischer Strategien

Jürgen Abresch, Juli 2019

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Die Effekte bilateraler Stimulierung	7
3. Die Effekte bipolarer Stimulierung	10
4. Möglichkeiten der Einflussnahme durch Trance/Hypnose auf die Stress-, Trauma-, und Lösungsbearbeitung	16
5. Sprache und Selbsterleben	22
6. Über die basale Wichtigkeit des Sich-Sicher-Fühlens sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung.....	25
7. Resümee: Was wirkt in der Lösungsbasierten Interferenztherapie und ähnlichen Verfahren?.....	29
8. Exkurs: L!fT als Körper- bzw. Leibtherapie?.....	34
9. Nachsatz: Psychodynamik, Verdrängung, Hypnose und L!fT.....	39
Literaturverzeichnis	44

Impressum

Grünberg-Institut für effiziente Akut- und Kurzzeitpsychotherapie

Jürgen Abresch und Jutta Montenbruck

Marktplatz 3, 35305 Grünberg

www.gruenberg-institut.de

1. Einleitung

Weltweit lassen sich im Bereich Psychotherapie zwei grundsätzliche Strömungen erkennen: Zum einen findet eine zunehmende Methodenintegration statt, viele lernen von vielen vieles, Grenzen werden aufgeweicht und überschritten, Tabus fallen; zum zweiten entwickeln sich vermehrt Verfahren und Verfahrensweisen, die sich weg bewegen von schmerz- und leidzentrierter Prozessfokussierung und die sich hin orientieren zu lösungs- und ressourcenorientierter Arbeit – ohne in der Stabilisierung quasi zu verharren.

In diesen Entwicklungsprozess lässt sich auch das von *Karl-Josef Sittig* entwickelte Verfahren „L!fT“ („Lösungsbasierte/s Interferenz Therapie/Training“) einordnen.

Den Paradigmenwechsel von stressexponierenden, leid- und schmerzzentrierten Therapiemethoden (Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Bioenergetik, EMDR) zu einer ressourcen- und lösungsorientierten Behandlung (Teile der Integrativen Therapie, Funktionelle Entspannung, Klinische Hypnose,

eigentlich auch Biofeedback und Neurofeedback) hatte ich schon mehrfach erfahren – den Paradigmenwechsel mit L!fT erlebe ich jedoch wegen der Prägnanz, Kürze, Effizienz sowie der eigentlich einfachen und dennoch wirklich zielführenden Lösungs- und Ressourcenorientiertheit in einer anderen Qualität.

Bei der Niederschrift dieses Textes bin ich 68 Jahre alt und ca. 40 Jahre davon „immer auf dem Weg“, sowohl persönlich, als auch fachlich durch zahlreiche Therapieausbildungen, die mein Selbsterleben, meinen Blick, wie auch meine Praxis jeweils beeinflusst bis deutlich verändert haben¹.

Dabei kam es nicht selten vor, dass meine „Therapieerfolge“ hinter meinen eigenen Ansprüchen zurückblieben. Sie haben sich durch die „neuen Zutaten“, die irgendwie integriert wurden oder frühere verdrängten, nicht auf ein deutlich höheres Niveau begeben, sind nicht

1 Eine Art Paradigmenwechsel, wie ich ihn in diesem Text beschreiben werde, habe ich vor gut 20 Jahren schon einmal formuliert – damals den tiefenpsychologisch-integrativ fundierten Therapieprozess der „Körperpsychotherapie“ „Funktionelle Entspannung (FE)“ beschreibend: Über

das Berührtsein – Annäherungen an einen psychosomatischen Erlebensweg des Heiler-Werdens, in: A.F.E. Intern – Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft für Funktionelle Entspannung, Heft 26, 1998, Erlangen

wesentlich besser oder mehr geworden. Mitunter war mir auch „nur“ eine haltende Begleitung durch schwierige Leben möglich.

Das hat mich manches Mal denken lassen, dass etwas dran sein muss an der vielfach durch Studien replizierten Ansicht, dass, über alle Schulen hinweg, weniger die Therapiemethode² selbst als vielmehr die Güte der therapeutischen Beziehung an sich, die Empathie, das Interesse, die „Verschränkung“, die Resonanzbereitschaft etc. für den therapeutischen Erfolg bzw. Nichterfolg verantwortlich sei³. Inzwischen bin ich diesbezüglich zumindest irritiert⁴.

Die Begegnung mit *Karl-Josef Sittig* – Begründer der LfT-Methode – in seinem Workshop „Das Trauma bearbeiten ohne das Trauma zu betrachten“ hat mich zunächst wieder einmal auf etwas „Neues“ neugierig gemacht, auf etwas rätselhaft Neues, das zudem versprach, leid geplagte Menschen erfolgreich behandeln und ihnen auf ihrem Heilungsweg dabei das erneute

Eintauchen in das erlebte Leid weitgehend ersparen zu können.

Es hat dann länger gebraucht (einige Wochenenden), bis ich das therapeutische Geschehen einigermaßen nachvollziehen und mit meinen Klient*innen auch erproben konnte. Im Rahmen der LfT-Ausbildung selbst, sowie in der Arbeit in meiner Praxis stellten sich fast immer erstaunliche und mir in meiner 40-jährigen Tätigkeit in dieser Häufung nur selten begegnete schnelle und wohlfühlorientierte Zielannäherungen ein, meist intensiv, prägnant, nachhaltig.

Das hat zu einer anhaltenden Begeisterung geführt. Mittels LfT gelang (und gelingt) es Patient*innen oft, sich von zentralen Stressreaktionen, Ängsten und Konflikten zu befreien. Die Belastung, resultierend aus diesen sie meist lebenslang begleitenden inneren Problemen, können sie in mitunter nur wenigen Stunden zu einem guten Teil auflösen. Es gelingt ihnen,

2 *James P. McCulloch, Jr.*, (2000): Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP, deutsch: Psychotherapie der chronischen Depression, Urban & Fischer, München, Jena 2006, S. V, berichtet in der Einleitung seines Buches zu der von ihm neu entwickelten Therapiemethode davon, dass bereits über 400 Methoden gezählt worden seien.

3 *Roth, Gerhard & Strüber Nicole* (2018): Wie das Gehirn die Seele macht, Klett-Cotta, Stuttgart, S 346ff. Vergl. auch den Review-Artikel von *Bernhard Strauß* (2019): Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen

wir hin? In: Psychotherapeutenjournal 1/2019, medhochzwei Verlag Heidelberg, S.4ff

4 Differenzierter sieht das z.B. *Reinhard Plassmann* (2008): „In jedem Prozess der Ressourcenreorganisation ... müssen wir uns zunächst von der Vorstellung verabschieden, wir selbst seien die Ressource, wir seien das heilsame Prinzip. Wir sind es nicht. Wir stellen aber günstige Bedingungen her für das Wirksam-Werden der vorhandenen Ressourcen.“ in: *Christine Rost* (Hrsg.) (2008): Ressourcenarbeit mit EMDR, Junfermann Verlag, Paderborn, S. 128

sich von Schatten der Vergangenheit – meist früh geprägten Reaktions- und Verarbeitungsmodi hinsichtlich aktueller Stresserlebnisse – deutlich weniger beherrschen zu lassen. Und das offenbar anhaltend – insbesondere, wenn es den Klient*innen gelingt, die erarbeiteten Zustände zu Hause möglichst oft wieder aufzurufen.

Dabei berührte mich das Entwickeln von gelösten und glücklichen Zuständen insbesondere auch deshalb, weil auf dem Weg dorthin wenig Schmerzen empfunden, eher keine Tränen geweint, keine Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle durchlebt werden mussten – oder wenn doch, dann nur andeutungsweise oder kurz.

Die Wirkmechanismen, also was in dieser Behandlung tatsächlich innerlich abläuft, habe ich lange nicht verstanden und ich will auch nicht behaupten, die ablaufenden Prozesse hinreichend erklären zu können. In diesem Text stelle ich die Ergebnisse meiner bisherigen Bemühungen um eine Aufklärung des in einer LfT-Sitzung vermutlich ablaufenden Geschehens dar.

Karl-Josef Sittig, Lehrtherapeut u.a. für Hypnotherapie wie für EMDR, beschreibt in seinem ersten LfT-erklärenden Aufsatz⁵, wie er anlässlich eines Vortrages von *Gunther Schmidt* im Jahr 2009 von einem „Geistesblitz“ durchzuckt wurde und eine „Gänsehaut bei der Idee, ein „Ressourcen-Arousal“ an Intensität durch Tappen oder Augenbewegungen zu sensibilisieren, also zu verstärken, und so jegliche Art von Spannungszuständen im Körper zielorientiert und ressourcenfokussiert zu lösen [...] bekam“. (a.a.O. S.324).

Er entwickelte daraufhin Behandlungsverlaufsprotokolle u. a. auf der folgenden gedanklichen Grundlage: „Durch das gleichzeitige Aktivieren des Trauma- und Ressourcenerlebens interferieren die entsprechenden neuronalen Netzwerke miteinander, was offensichtlich [...] schnell zu einem neuen Erleben führt.“ (a.a.O.)

Ressourcenaktivierung gehört seit langem zum festen Bestandteil vieler Therapieschulen und/oder Therapeut*innen, mitunter hat man den Eindruck, die gesamte Behandlung würde ausschließlich daraus bestehen, wie z.B. bei manchen Hypnotherapeut*innen oder bei

5 *Karl-Josef Sittig* (2011): Hypnosystemisches, ressourcenfokussiertes REMDR, REP und die Idee der Interferenz, in: *W. A. Leeb, B. Trenkle, M. F. Weckenmann* (Hrsg.): *Der Realitätenkellner, Hypnosystemische Konzepte in Beratung, Supervision und Coaching*; Karl-Auer Verlag, Heidelberg, S. 339

Andreas Wiggers (2017) hat eine Fallbeschreibung veröffentlicht: Vom Einsamen zum Geselligen, in: *Suggestionen*, offizielles Organ der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V., Coesfeld, S.14f

Traumabehandlungen, die sehr lange auf Stabilisierung setzen. Die L!fT-Ressourcenaktivierung unterscheidet sich dabei von solchen Vorgehensweisen in verschiedenen Punkten. Hier werden die Ressourcen bei gleichzeitiger, schneller und bilateraler (EMDR-)Stimulierung mittels konstruktiver und die Kernbedürfnisse präzise und emotional auslotender Sprache gefunden, und in leichter Trance geprägt und eingepägt sowie, wenn möglich, körperlich verankert. Auf dieser stabilen Basis wird in schneller Abfolge ein Wechsel der gefestigten positiven Selbstbeschreibungen mit emotionsgeladenem Stress- oder Traumamaterial dargeboten, welches am Anfang der Behandlungsdoppelstunde exploriert worden war.

Über das, was dabei im Gehirn abläuft, vermutet *Sittig*, es finde „implizit unbewusst eine Neuerschaltung der Ressourcen mit dem Traumamaterial durch neuronale Interferenz⁶ statt“ (a.a.O. S. 339).

Diejenigen Aspekte meines derzeitigen⁷ Therapieverständnisses, auf die ich hier näher eingehen möchte, beziehen sich auf:

- Die Effekte bilateraler (EMDR-) Stimulierung
- Die Effekte bipolarer Stimulierung
- Die Möglichkeiten der Einflussnahme durch Trance/Hypnose auf die Stress-, Trauma- und Lösungsbearbeitung
- Sprache und Selbsterleben
- Über die basale Wichtigkeit des Sich-Sicher-Fühlens im Hinblick auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung
- L!fT und Körper- bzw. Leibtherapie
- Psychodynamik, Verdrängung, Hypnose und L!fT

6 Interferenz ist ein Begriff aus der Physik und bezeichnet die Prozesse, die stattfinden, wenn sich Wellen jeglicher Art gegenseitig überlagern (Beispiel: man werfe zwei Steine in ein ruhiges Wasser und beobachte, wie sich die sich ausbreitenden Wellen begegnen).

Der Interferenzbegriff wurde später von Neurologen, Linguisten und Physiologen, Psychologen und anderen in nicht sachlich identischer Weise übernommen. Im neurowissenschaftlichen Bereich werden mit Interferenz sich wechselseitig beeinflussende Informationsverarbeitungsprozesse beschrieben – z.B. die Beeinflussung eines

Gedächtnisinhaltes oder seiner Abrufbarkeit durch einen anderen Gedächtnisinhalt. (siehe auch: www.karl-josef-sittig.de/interferenz.html)

7 In diesem *vorläufigen* Text verzichte ich aus Zeitgründen noch v.a. auf eine tiefer gehende Darstellung des derzeitigen Wissensstandes zur Aufmerksamkeits-, Lern- und Gedächtnisforschung, glaube jedoch, dass die von mir zumindest angelesenen Texte die hier vertretenen Anschauungen tatsächlich untermauern.

2. Die Effekte bilateraler Stimulierung

Den gesamten L!fT-Prozess über läuft eine schnelle bilaterale „EMDR“-Stimulierung, bei *Sittig* durch eigenes Tappen der Klient*innen. Aber auch auditive oder taktile Hilfsmittel aus dem „EMDR-Zubehörhandel“ eignen sich sehr gut. Visuelle Hilfsmittel oder EMDR mittels Augenbewegungen sind meiner Ansicht nach allenfalls bei dem „L!fT-Standardleitfaden“ hilfreich, nicht bei dem „L!fT-Terrassenleitfaden“ oder dem von mir erstellten „Integrierten Protokoll“, da der dabei aktive (cortical-präfrontale) Arbeitsprozess in seinem bewusstseinsfähigen Anteil schon sehr viel Platz im „Arbeitsspeicher“, im Verarbeitungsprozess und in der Aufmerksamkeitskapazität in Anspruch nimmt.

Die schnelle bilaterale EMDR-Stimulierung löst in der Regel „Verdrängtes“ aus den Speichern, bewirkt oft heftige „arousals“ und führt die nun aufgerufenen früheren Erlebnisinhalte weiteren Verarbeitungsmöglichkeiten zu. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Effekte nicht nur bei „negativen“ Abspeicherungen, sondern auch bei „positiven“ auftreten.

Beobachtungen des EMDR-Prozesses mittels bildgebenden Verfahren⁸ haben gezeigt, dass

EMDR nicht, wie bisher häufig angenommen, die interhemisphärische Synchronisation verbessere – also den Datenaustausch zwischen der rechten und der linken Gehirnhälfte über den Balken wesentlich erhöhe. Möglicherweise nimmt er sogar unter bilateraler Stimulierung ab.

Das Großhirn wird beim Eintauchen in Traumaerinnerungen (Flashbacks, Intrusionen etc.) erheblich vom Datennetz genommen, sozusagen abgeschaltet, wohingegen Amygdala und Hippocampus viel stärker durchblutet, also hochgefahren werden (sie „verstummeln“ erst unter Dissoziation).

Eine abwechselnde bilaterale Stimulierung wirkt diesem Abschaltprozess des Großhirns entgegen, bewirkt eine höhere Aktivität des Präfrontalcortex, des anterioren Cingulums und der Basalganglien, sowie eine verbesserte intrahemisphärische Synchronisation anderer Zentren und damit insgesamt eine deutliche Verringerung des Einflusses der Amygdala.

⁸ Alexander Jatzko, (2017): Was passiert bei EMDR im Gehirn wirklich? Aktuelle Befunde

der Bildgebung. Vortrag auf dem EMDRIA-Tag 2017 in Bonn;

*Bessel van der Kolk*⁹ grenzt das, was bei der bilateralen EMDR-Stimulierung geschieht, von der vermeintlich stattfindenden Desensibilisierung ab: „Einige Psychologen haben die Auffassung vertreten, EMDR desensibilisiere gegenüber dem traumatischen Material und ähnele somit einer Expositionstherapie. Zutreffender wäre zu sagen, daß EMDR das traumatische Material integriert. Wie unsere Untersuchung gezeigt hat, sahen die Studienteilnehmer ihr Trauma nach einer EMDR-Behandlung als kohärentes Ereignis, das sie in der Vergangenheit erlebt hatten, statt daß sie mit dem Trauma zusammenhängende Empfindungen und Bilder losgelöst von ihrem Kontext erlebten. Damit ist die bilaterale Stimulierung ein wichtiges, vielleicht sogar das wichtigste Instrument dafür, den Einfluss der Amygdala zu modifizieren oder gar zu hemmen und dem Großhirn, insbesondere dem Präfrontalen Kortex, wieder zur notwendigen Kompetenz zu verhelfen.“

Dass der mediale präfrontale Cortex „bei normaler Funktion die Ausgänge der Amygdala und hierdurch die körperliche Furchtreaktion“ hemmt und so neue Lernerfahrungen mit

den „ehemals“ stressigen und traumatisierenden Triggern möglich werden, stellen auch *Roth & Strüber*¹⁰ fest.

Desgleichen setzt *Robert Scaer*, dessen Therapieempfehlungen für den Traumabereich überwiegend darauf hinauslaufen, den Einfluss der Amygdala zu hemmen, sie am besten sogar auszuschalten, auf hemisphärenüberquerende Techniken. So schlägt er z. B. vor, mittels Summen eines Liedes die rechte und mittels alternierendem Zählen die linke Gehirnhälfte zu aktivieren: „Durch alle diese Möglichkeiten wird die Amygdala gehemmt, und das Zeitfenster für die Löschung des Inhaltes der Dissoziationskapsel wird geöffnet.“¹¹

Auf einer hemisphärenüberquerende Technik beruht letztlich auch das Therapieverfahren EMI (Eye Movement Integration, nach u.a. *Woltemade Hartman*¹²). Im Unterschied zu den „Expositionsphasen“ des EMDR werden langsamere Augenbewegungen angeregt, die über das Ausführen von zahlreichen Bewegungen das gesamte Blickfeld erfassen. Während die Behandler*innen die Augenbewegungen mit ihrer Hand (Finger, Stift, o. ä. – ich nutzte eine

9 *Bessel van der Kolk* (2015): Verkörperter Schrecken (Originaltitel: "The body keeps the score"), Probst-Verlag, Lichtenau/Westf., S. 305;

10 *Gerhard Roth & Nicole Strüber*, a.a.O. S. 400

11 *Robert Scaer* (2017): Acht Schlüssel zur Gehirn-Körper Balance, Neurophysiologische Grundlagen einer somatisch orientierten Traumatherapie; Probst Verlag, Lichtenau/Westf., S. 202

12 *Woltemade Hartman*: Eye Movement Integration; u. a. Vortrag Heidelberg 2009, DVD, Auditorium Netzwerk

Vogelfeder) im gesamten Blickfenster der Patient*innen anregen, also – so die Theorie dahinter – erinnerungsfähige Gefahren oder Belastungen aus jedwedem Blickwinkel¹³ anregen (was die vagusgesteuerten und -gespeicherten emotionalen Inhalte triggert, denke ich) präsentieren die Behandler*innen fortwährend sogenannte „Giftworte“. Giftworte treffen die Bedrohungen, Beschimpfungen, Erniedrigungen und Entwertungen in ihrem emotionalen Kern, häufig sind es real erfahrene Zitate der Eltern, Kontrahent*innen bzw. Täter*innen. Ich habe diese Technik als sehr wirksam, effizient und nachhaltig erlebt, oft reichte für zentrale Probleme eine einzige Sitzung aus. Allerdings empfanden sowohl die Patient*innen als auch ich selbst, der ich über das Aussprechen der Giftworte quasi in eine Täterrolle schlüpfen musste, dieses Verfahren als für beide Seiten sehr anstrengend.

LlFT macht diese „Gift-“ bzw. „Kernstress“-Konfrontation weitgehend überflüssig und ermöglicht ebenfalls eine Abspeicherung der negativen Erinnerungen mit dem Zusatzeffekt der „Überlagerung“¹⁴ dieser abgelegten Inhalte

mit prägnantem Wohlfühl-, Lösungs- und Ressourcenerleben.

Dass sich generell unter bilateraler, schneller EMDR-Stimulierung Gedächtnisspeicher öffnen, dass verdrängtes oder gar dissoziiertes Material „anschaulich“ wird, ist, so denke ich, alleine schon dadurch möglich, dass die Alarmmelderfunktion der Amygdala für den bewussten wie unbewussten Informationsverarbeitungsprozess heruntergefahren ist. Dadurch verliert das Material einen deutlichen Teil seines Bedrohungs- oder gar Vernichtungscharakters – es kann nun „be- und verarbeitet“ werden.

Dies gelingt unter Einsatz der im nächsten Kapitel erläuterten und offenbar vielfach angeordneten bzw. auch erprobten bipolaren Stimulierung besonders hilfreich und effektiv.

13 hier gibt es sicher theoretische Hintergrundverlinkungen zu Stammhirn- und Vagusaktivitäten, die evolutionsbiologisch begründet werden können (vergl. Literatur von *Porges* und *Levine*)

14 „Überlagerung“ setze ich in Anführungszeichen, da dies natürlich keine neurologisch gesehen

korrekte Beschreibung ist; eher geht es um eine Veränderung der Zugangswege zu den gespeicherten Informationen sowie um deren neue assoziativ-synaptische Verknüpfung (siehe Verweis auf *Güntürkün* weiter unten).

3. Die Effekte bipolarer Stimulierung

Die durch die Behandler*innen im L!fT-Prozess vorgenommene abwechselnde Präsentation negativer und positiver Stimuli (emotionale Aspekte von „Kernstress“ und „Kernlösung“) könnte mal als bipolare Stimulierung begreifen.

Die emotional zugespitzt formulierten, erinnern oder mitunter auch phantasierten Erlebensaspekte werden dabei in recht schnellem Wechsel verbal dargeboten. So schnell, dass es dem Bewusstsein letztlich nicht gelingen kann, einzelnen Worten oder Erinnerungsfragmenten wirklich nachzuspüren, falls es nicht an einem einzelnen Stimulus „hängen“ geblieben sein sollte (was dann eine Interventionsänderung erfordert).

Falls tatsächlich eine Informationsverarbeitung stattfindet, kann sie sich daher nur im Unbewussten abspielen. Die Klient*innen stellen in der Regel erst jeweils im Nachhinein einzelner Schritte, also in nachfolgender Selbstbeobachtung fest, dass sich etwas und dann auch was sich im Selbsterleben verändert hat.

Bipolare Stimulierung selbst ist in der Psychotherapie und auch im Coaching verbreitet.

Innerhalb der Hypnotherapieausbildung demonstrierte *Walter Bongartz* an mir / mit mir das Aufrufen einer in diesem Fall traumatisch unterlegten Phobie sowie die „Überspielung“ derselben mit einem deutlich positiven Erlebensmoment innerhalb einer fraktionierten Trance. Auch z.B. *Anke Precht*¹⁵ arbeitet mit trancegeführten alternierenden Zustandswechseln, die sich aus Erinnerungen und Phantasie heraus entwickeln.

Verhaltenstherapeutische Techniken setzen mitunter auf den Wechsel von Konfrontation und Entspannung. *Donald Meichenbaum*¹⁶ z. B. veränderte das auf *Joseph Wolpe* zurückgehende Verfahren der systematischen Desensibilisierung in dem von ihm entwickelten SIT (Stressimpfungstraining) um den Aspekt bipolarer Stimulierung: „Das Ziel besteht darin, dem Patienten zu helfen, die ersten Hinweisreize auf seine Stressreaktionen möglichst früh wahrzunehmen, um den Ausbruch der vollen Stressreaktion zu verhindern. Damit die Vorstellungen möglichst realistisch sind, müssen

¹⁵ *Anke Precht*, (2017): *Gelassen Powern*, Kösel-Verlag, München

¹⁶ *Donald Meichenbaum*: (2003) *Interventionen bei Stress*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 98

sich die Klienten konkret vorstellen, wie sie unter Stress geraten, welche stressauslösenden Gedanken und Gefühle sie haben und wie sie dann diese Schwierigkeiten bewältigen, indem sie die gelernten Bewältigungsstrategien anwenden.“ Die Bipolarität wechselt dabei jeweils im Zeitfenster mehrerer Minuten.

Das Konzept der Bipolarität erinnert auch an „das Prinzip der unvereinbaren Reaktionen (incompatible responses) [...] Sie überlegten, dass Kopfnicken, eine vertikale Auf- und Ab-Bewegung des Kopfes, unvereinbar sein müsste mit ablehnenden Gedanken. Kopfschütteln hingegen, eine horizontale Hin- und Her-Bewegung des Kopfes müsste zustimmende Gedanken verhindern.“¹⁷ Maja Storch referiert einschlägige Untersuchungen zu unvereinbaren Reaktionen in denen dargelegt wird, wie Personen mittels durch Versuchsleiter*innen angeregten Körperhaltungen oder emotionalen Stimmungen dazu veranlasst werden können, Meinungen etc. zu äußern, die ihrer eigentlichen Überzeugung widersprechen. Offenbar sind die physischen und vor allem stammhirn- und vagusnervengesteuerten neuronalen

Kräfte in der Lage, die kognitiv-neuronalen Gegenpole in ihrer Wirksamkeit zu schwächen.

In dem von *Francine Shapiro* entwickelten EMDR wechseln sich in der Regel Phasen von Konfrontation und kurzem Rapport, eventuell auch Aufatmen, ab. Zu der speziellen EMDR-Behandlungstechnik CIPOS führen *Christine Rost, Arne Hofmann und Dorothee Lansch*¹⁸ aus: „CIPOS ist die Abkürzung für: „Constant Installation of present Orientation and Safety“. Es ist eine EMDR-Technik, die auf Jim Knipe zurückgeht und einen Übergang zwischen Stabilisierung und Traumakonfrontation darstellt. Mit dieser Technik können die Patienten üben, Kontakt zum Trauma herzustellen und diesen Kontakt dann wieder zu beenden und stattdessen ihre Sicherheit in der Gegenwart wahrzunehmen. Gleichzeitig lernen sie Stopptechniken bzw. Techniken zur Reorientierung, die ihnen auch helfen können, Flashbacks zu stoppen.“

Auch die im EMDR vielfach praktizierte „Absorptionstechnik“¹⁹ nutzt den Aufbau positiver Fähigkeitsressourcen und deren Verankerung

¹⁷ Maja Storch (2017): Wie Embodiment in der Psychologie erforscht wurde, in: *Maja Storch, Benita Cantieni, Gerald Hüther, Wolfgang Tschacher*: Embodiment – Die Wechselwirkung von Körper und Psyche nutzen; Hogrefe-Verlag, Bern, S. 50f

¹⁸ *Christine Rost, Arne Hofmann, Dorothee Lansch* (2014): Veränderung der Fokussierung; in: *Arne Hofmann*, EMDR, Thieme Verlag Stuttgart, S. 116

¹⁹ Absorptionstechnik nach der „wedging-Technik“ - HAP Manual 1999, EMDRIA-Ausbildungsmaterial;

in Bildern und Körpergefühlen und konfrontiert die Klient*innen anschließend „so gestärkt“ wieder mit den belastenden Situationen. Das Konzept beruht auf der Vorstellung, dass die aktivierte Ressource die inneren Repräsentanten der belastenden Situationen deutlich schwächt.

*Martin Sack*²⁰, ein höchst profilierter Traumatherapeut, arbeitet im Rahmen seiner „ressourcenorientierten Behandlung von Traumafolgestörungen“ (so der Untertitel des Buches) mit dem „Pendeln zwischen Ressourcen- und Belastungspol“, dem „Übereinanderblenden von zwei Wahrnehmungsebenen“: „Der Arbeit mit einem doppelten Aufmerksamkeitsfokus wurde bisher relativ wenig Beachtung geschenkt, obwohl sich die Bewältigung traumatischer Erinnerungen damit gezielt fördern lässt. [...] Nach unserer Beobachtung fördert das Mischen oder Übereinanderblenden zweier Wahrnehmungen (z.B. die Erinnerung an Ohnmacht und Hilflosigkeit mit dem heutigen Gefühl von Sicherheit) Bewältigungs- und neue Lernerfahrungen in besonderer Weise. Die Methode ist vergleichbar mit der Vorstellung, der Patient würde mit einem Bein in der Gegenwart stehen und mit dem anderen Bein in der belastenden Erinnerung. Damit handelt es sich um ein integratives und antidissoziatives Therapieprinzip, mit

dem die Qualität traumatischer Erinnerung gezielt verändert werden kann.“

*Tobias Teismann und Jürgen Margraf*²¹ referieren eine „einflussreiche Netzwerktheorie, welche die notwendigen Bedingungen zu Veränderung emotionaler Schemata beschreibt“: „Veränderungen der Furchtstruktur können laut *Foa* und *Kozak* (1986) jedoch nur dann zustande kommen, wenn zwei Bedingungen gegeben sind: Erstens muss die Furchtstruktur vollständig aktiviert werden, d.h. dass solche Reize bzw. Situationen für die Exposition gewählt werden müssen, die eine deutliche und umfassende Angstreaktion hervorrufen. Zweitens müssen während der Aktivierung der Furchtstruktur neue Informationen verarbeitet werden, die mit den in der Furchtstruktur gespeicherten Inhalten inkompatibel sind. In diesem Sinne macht ein Patient während der Exposition die (neue) Erfahrung, dass weder die angstausslösende Situation noch das Angsterleben selbst gefährlich sind, sondern es vielmehr zur Angsthabituation kommt.“

²⁰ *Martin Sack* (2013): *Schonende Traumatherapie*, Schattauer, Stuttgart, S. 127ff, 145ff

²¹ *Tobias Teismann, Jürgen Margraf* (2018): *Exposition und Konfrontation*, Hogrefe Verlag, Göttingen, S.14ff

Bruce Ecker et al²² berichten vom Einsatz eines Mismatch, der Konfrontation einer reaktivierten Erinnerung mit einem dazu neuen, nicht passenden oder im Widerspruch stehenden Inhalt. Dies versetze die zu verändernden Gedächtnisinhalte in einen labilen, also bearbeitbaren Zustand. Dies geschehe in drei Schritten:

„1. Reaktivieren [...] des symptomverlangenden emotionalen Wissens, wobei das Augenmerk auf dem Ziel-Konstrukt liegt, dem im nächsten Schritt widersprochen wird.

2. Hervorrufen einer lebendigen Erfahrung von widerlegendem Wissen: erste Nebeneinanderstellungs-Erfahrung, die die Synapsen aufschließt, die am Zielkonstrukt beteiligt sind.

3. Anleiten der Wiederholung der Nebeneinanderstellung, und zwar zwei oder drei weitere Male (was das Ziel-konstrukt überschreibt und tilgt).“

Reinhard Plassmann und Mitarbeiter*innen haben eine EMDR-Variante entwickelt, die sie „Bipolares EMDR“ nennen, mit der „das jeweilige Optimum zwischen Stabilisierung und Exposition gut gesteuert werden kann.“ Der Heilungsprozess finde dabei zwischen abwechselnd

aktiviertem Belastungsnetzwerk einerseits sowie Heilungs- bzw. Ressourcennetzwerk andererseits statt.

„Sorgfältige Ressourcenorganisation bringt die Patientinnen mit ihren eigenen Kraftquellen in Verbindung. Allein deren Wahrnehmung, das Gefühl, dass es sie gibt, hat enormen positiven Einfluss auf die Patientinnen, die sich praktisch alle im Zustand der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit ihrem emotionalen Belastungsmaterial gegenüber befunden haben. Zu unserer Überraschung, wir hatten das nicht erwartet, kommen durch sorgfältige Ressourcenorganisation, mit der Methode des bipolaren EMDR, erstaunlich intensive Selbstheilungsprozesse in Gang, die wir nach Hofmann [...] als Absorptionsphänomene bezeichnen können. Der natürliche Verarbeitungsprozess, über den jeder Mensch verfügt, scheint seine Arbeit wieder aufzunehmen. Erhebliche Teile der eigentlichen Expositionsphase werden dadurch überflüssig, weil die emotionale Belastung so stark absinkt, dass sie von den Patientinnen nicht mehr als krankmachend empfunden wird. [...] Die mittlerweile in die EMDR-Ausbildung integrierte sogenannte Absorptionstechnik [...] ist eine sehr praktikable Standardisierung der dynamischen Ressourcenorganisation.“²³

²² Bruce Ecker, Robin Ticic & Laurel Hulley (2016): Der Schlüssel zum emotionalen Gehirn, Junfermann, Paderborn, S.110

²³ Plassmann, Reinhard (2008): Stationäre Psychotherapie mit essgestörten Patientinnen: die bipolare EMDR-Technik. in: Rost, Christine

Deb Dana²⁴ schlägt unter der Kapitelüberschrift „Tonisieren des Systems mit Hilfe von Atem und Klang“ einen bipolaren Wechsel zwischen dem „Atem der Furcht“ und dem „Seufzer der Erleichterung“ vor: „Diese „Übung“ eignet sich für Klienten, die absichtlich zwischen einem „Atem der Furcht“ und dem damit verbundenen raschen Anstieg der sympathischen Aktivierung und einem „Seufzer der Erleichterung“ wechseln wollen, der sie in den Zustand ventral-vagaler Sicherheit zurückversetzt. Das ANS kann mit einer gewissen Flexibilität zwischen diesen beiden Zuständen wechseln. Aber viele Klienten werden durch habituelle, durch früh erlebte Bedrohungen entstandene autonome Reaktionsmuster beeinträchtigt, die den Wechsel in sympathisch vermittelte Schutzreaktionen leicht machen und die Rückkehr in einen ventral vermittelten Zustand der Sicherheit als unmöglich erscheinen lassen. Wenn Sie die Klienten durch diese Übung geleiten, können sie die Lösung und Reaktivierung ihrer Vagusbremse sowie die Möglichkeit des gefahrlosen Übergangs vom einen in den anderen Zustand erleben.“

Durchaus ebenfalls L!fT-ähnlich sind die von Roth & Strüber entwickelten therapeutischen Techniken: „Das Vorgehen besteht bei dieser Interventionsform darin, dass der Therapeut zusammen mit dem Patienten Erinnerungen

an typische Leidenssituationen identifiziert, die mit negativen, aktuellen, psychischen und körperlichen Symptomen einhergehen. Ebenso werden Erinnerungen an positive Erlebnisse oder auch starke Wunschvorstellungen identifiziert. Nach Anlegen einer solchen „Negativ-“ und einer „Positiv-Liste“ wird der Patient durch geeignete Techniken in einen mental-emotional entspannten Zustand gebracht, z. B. durch Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen oder Hypnotherapie. Er soll dadurch offen für neue Einflüsse werden. Er wird nun aufgefordert, sich für eine kurze Zeitperiode (beispielsweise 60 Sekunden) eine der Leidenssituationen aus der „Liste“ möglichst stark zu vergegenwärtigen. Unmittelbar danach werden diese Inhalte abrupt „abgeschaltet“, und es werden bis zu 60 Sekunden lang Erinnerungen aus der „Positiv-Liste“ konzentriert vergegenwärtigt. Dieser Vorgang wird mehrmals wiederholt und dann wird die gegenwärtige Intervention beendet. Negative und positive Erinnerungen kehren nun in enger Verknüpfung in das vorbewusste deklarative Gedächtnis zurück. [...] Leidenserinnerungen [...] [werden] dann typischerweise immer „emotionsloser“. (a.a.O. S. 428/429)

Zusammenfassend könnte der klassisch-psychologische Lehrbuch-Gedanke nahe liegen,

(Hrsg): Ressourcenarbeit mit EMDR. Junfermann, Paderborn S. 125ff

24 Deb Dana (2018): Die Polyvagal-Theorie in der Therapie, G.P.Probst-Verlag, Lichtenau/Westf., S.144f

dass alle diese und andere²⁵ mit bipolaren Stimulierungen arbeitenden Verfahren (falls die erzielten Effekte auf diesen Mitteleinsatz wirklich zurück bezogen werden könnten) nicht nur eine mentale Aktivierung bewirken, sondern auch auf die Neigung unseres Gehirns, kognitive Dissonanz nicht zu mögen, rekurrieren könnten.

Die wichtige Frage dabei ist, in welche Richtung das neuronale Netzwerk die Nichtübereinstimmung der miteinander konkurrierenden Datensätze auflöst, wodurch oder wie die Entscheidung getroffen wird, welchen Informationen bzw. informativen Verknüpfungen Vorrang eingeräumt wird.

Die Frage, ob und wie andere Prozessvariablen und andere „Techniken“ den bewussten wie auch unbewussten Verarbeitungsprozess in die negative oder in die positive Richtung lenken,

letztlich damit zu beantworten, dass die angeborenen und gesunden Reorganisationsfähigkeiten unseres Selbstsystems und unserer neuronalen Ausstattung angeregt werden, ist sicher richtig. Nur warum und wie geschieht dies?

Warum setzt sich bei fast zeitgleichem Aufrufen das Ressourcennetzwerk gegenüber dem Stress- und Traumanetzwerk durch und warum nicht umgekehrt?

Wodurch wird die „Traumakapsel“ (*Eckert*) geöffnet, wodurch wird die „blockierte Informationsverarbeitung“ (*Shapiro*) deblockiert?

Wodurch wird danach die traumatische Erfahrung als Ganzes im Langzeitgedächtnis integriert abgespeichert und das hochaufgeregte Aufrufen dieser Erinnerungen durch die Amygdala beim Auftauchen innerer oder äußerer Trigger möglichst effektiv gehemmt²⁶?

25 Ein weiteres Beispiel: der Informatikprofessor *Björn Schuller* hat „Videos erfolgreicher YouTuber ausgewertet, und zwar allein mit dem Blick auf die Emotionen in deren Stimmen, bis sein Computer treffsicher voraussagen konnte, wie gut ein Film beim Publikum ankam. Als zentrales Muster [...] habe der Algorithmus die Abwechslung zwischen Signalen für positive und negative Emotionen ausgemacht. Für abwechslungsreiche Signale sorgt er nun auch in seinen eigenen Vorträgen: zwischen zwei Highlights plazierte er einen nachdenklichen Inhalt oder eine ungelöste Frage, dabei spielt er hörbar auf der emotionalen Klaviatur. „Es funktioniert“ - inzwi-

schen ist der (früher eintönig und langatmig auftretende) Professor ein gefragter Redner.“ *Eva Wolfangel (2019): Die Seele auf der Zunge*, in: DIE ZEIT, 7.2.2019, S. 27

26 Biochemisch und elektrisch auf vielfältige Arten und Weisen bewirkte Bahnung und Hemmung von Informationsweiterleitungen sind zwar die zentralen Verarbeitungsmodi unseres Nervensystems – was aber nicht heißen muss, dass ein „nicht brauchbarer“ oder sonst wie störender Aufruf von Information oder Aktion einfach nur gehemmt im Sinne von blockiert ist. *Güntürkün* und anderen folgend kann/könnte auch davon

4. Möglichkeiten der Einflussnahme durch Trance/Hypnose auf die Stress-, Trauma-, und Lösungsbearbeitung

„Mit „Trance“ bezeichnen wir den *Bewusstseinszustand*, der sich durch [...] subjektive [...] Veränderungen auszeichnet [wie] Einengung der Aufmerksamkeit, Veränderung der Körperwahrnehmung, Trancelogik, intensivere Vorstellungsaktivität, veränderte Zeitwahrnehmung, Zunahme von Suggestibilität, Erleichterung dissoziativen Erlebens, Nähe zu Gefühlen [...] und der von [...] physiologischen Prozessen begleitet ist, die im wesentlichen auf eine Dämpfung des sympathischen Erregungsneiveaus zurückgehen.“²⁷

Die in unzähligen klinischen Studien nachgewiesenen grundsätzlich heilsamen Möglichkeiten der hypnotischen Trance in Richtung kör-

perlicher und mentaler Lösung aus Spannungszuständen jedweder Art werden auch im LfT-Prozess genutzt.

Insgesamt unterscheidet sich die Hirnaktivität in Zuständen von Autogenem Training, Entspannungs- und Achtsamkeitstraining, Meditation und Hypnose z. T. deutlich, dies zudem auch in Abhängigkeit von persönlichen Eigenschaften sowie der Trainings- bzw. Praktizierungsdauer der Proband*innen.

Es liegen zur Hypnose immer mehr neurowissenschaftliche Forschungsergebnisse vor, z. T. aus sehr spezifisch aufgebauten Versuchsanordnungen resultierend, die jedoch verallgemeinerungsfähig zu sein scheinen. *Ulrike Halsband* und *Thilo Hinterberger*²⁸ resümieren beispielsweise: „Mittels hypnotischer Suggestion

ausgegangen werden, dass die Informationsspeicher nur anders konfiguriert wurden, sodass die ehemals „kritischen“ Aufrufe (alarmierende Trigger) nicht mehr so direkt wie zuvor mit den Traumaspeichern verknüpft sind. Eine Spinne ist dann für frühere Spinnenphobiker*innen nur noch einfach eine Spinne, ein interessantes Tier wie viele andere auch. Dauernde Hemmung=Verdrängung=Abwehrleistung der traumatischen Erinnerung verbraucht viel physische und psychische Energie – das vormals negative

Material entspannt auf unwichtige Nebenstraßen der Datenautobahnen abgelegt zu haben, ist nicht nur erleichternd, sondern auch ökonomisch.

²⁷ *Walter Bongartz & Bärbel Bongartz* (2000): Hypnosetherapie, Hogrefe Verlag, Göttingen, S. 37

²⁸ *Ulrike Halsband, Thilo Hinterberger* (2010): Veränderungen der Plastizität im Gehirn unter

ist es möglich, den normalen Ablauf der Wahrnehmungsvorgänge dahingehend zu beeinflussen, dass die für die hypnotische induzierte Wahrnehmungsveränderung verantwortlichen Hirnareale tatsächlich in die Bereitschaft versetzt werden, diese optimal umsetzen zu können. Es gelang, auf neurobiologischer Ebene nachzuweisen, dass der Wirklichkeitscharakter von Suggestionen durch hypnotische Trance gesteigert wird.“ (a.a.O. S. 34)

Dabei muss zwischen Suggestionen durch Behandler*innen sowie Suggestionen im Rahmen von Selbsthypnose kein grundsätzlicher Unterschied gemacht werden, wenn die Selbsthypnose häufiger praktiziert wurde.

Je tiefer die Hypnose, um so deutlicher die Effekte. Dies trifft insbesondere für die ja bei den meisten Vorstellungen/Phantasiereisen etc. äußerst wichtigen visuellen Aspekte zu.

*Ulrike Halsband*²⁹ „...gelang es nachzuweisen, dass erhöhte Aktivierungen im Sehzentrum unter Hypnose mit dem subjektiv empfundenen Relaxationsgrad der Probanden korrelierten. [...] Da der subjektiv empfundene Entspannungsgrad in tiefer Hypnose meist stärker ausgeprägt ist als in leichter hypnotischer Trance scheinen die vermehrten Aktivierungen

im Sehzentrum in direkter Beziehung zur erreichten Trancetiefe zu stehen.“

Und: „Die Wahl einer bildhaften Vorgehensweise ist in der Hypnotherapie von Vorteil, da in die Hypnoseinduktion eingearbeitete metaphorische Geschichten von unserem Gehirn in idealer Weise umgesetzt und verarbeitet werden können. Auch das Ansprechen unterschiedlicher Wahrnehmungsmodalitäten scheint von großem Vorteil zu sein.“ (ebd.)

Sowie: „Wir erkennen hier ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Sinnesmodalitäten: die akustisch dargebotenen Suggestionen beeinflussen in direkter Weise die visuellen Verarbeitungsprozesse.“ (ebd.)

Das Nutzen des Zusammenspiels zahlreicher Hirnareale und der in ihnen verarbeiteten Sinnesmodalitäten des Fühlens, Hörens, Sehens, Riechens u. a. m. erhöht nicht nur den Realitätscharakter der Vorstellung in Trance und wirkt so zusätzlich quasi synästhetisch-synergetisch trancevertiefend. Bei gleichzeitig stattfindender partieller Deaktivierung kritisch-reflexiver Überarbeitungszentren und der dann ablaufenden Einspielung der Trancerealität in das Arbeits- und später auch in das Langzeit-

Hypnose, in: Hypnose-ZHH, 2010, 5 (1+2), S. 33-50

²⁹ *Ulrike Halsband*, (2009) Neurobiologie der Hypnose, in: *Revenstorff & Peter*, Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Springer Verlag, Heidelberg, S. 815 sowie S. 812

gedächtnis werden sozusagen „neue Fakten“ geschaffen, die gegebenenfalls die Kraft haben können, alte, negative Encodierungen relativ unwirksam zu machen.

Diese Effekte entstehen, ob begleitet oder generiert oder sonst wie bewirkt, auch im Zusammenhang mit veränderten Hirnstromaktivitäten.

Bei – jeweils nach Studiendesign, Proband*in und teilweise aus anderen Gründen – unterschiedlichen Forschungsergebnissen zeigt sich häufig neben einer erhöhten Alpha- sowie teilweise auch Gammaaktivität ebenfalls eine erhöhte Aktivität im Theta-, mitunter sogar Deltabereich der EEG-Wellen.

Während erhöhte Gammawerte in diesem Zusammenhang für eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Verarbeitung der inneren Bilder und Erlebnisse hinweisen, spricht die gesteigerte Alphaaktivität für eine Zunahme des Entspannungslevels. Von besonderer Bedeutung ist jedoch die Veränderung im Thetabereich, die landläufig als „Dösen“ verkannt wird.

Die langsamen Thetawellen treten nicht nur bei ADS (man könnte definieren: Allgemeines-Dös-Syndrom) besonders in den Vordergrund der Hirnstromkurven. Theta-Wellen im Bereich des Hippocampus befördern vermutlich Lernvorgänge, v.a. hinsichtlich des episodischen Gedächtnisses³⁰. Dabei findet die Speicherung nicht nur in ihm selbst statt, der Hippocampus „ist eine entscheidende Relaisstation bei der Konsolidierung des expliziten Langzeitgedächtnisses. Die Wiedergabe ist nur über einen intentionalen Suchprozeß möglich.“

Darüber hinaus haben die Theta-Wellen wohl auch einen wesentlichen, vielleicht sogar den wesentlichsten Anteil an den als positiv empfunden Veränderungen während gelingender Meditation. So schreibt z.B. *Dieter Vaitl*³¹: „Langzeiterfahrung in Meditation führt zu einer Zunahme der langsamen Frequenzen im EEG (theta-Wellen), vor allem in Bereichen des Stirnhirns. Außerdem fand sich, dass die Intensität des Gefühls „paradiesischer Wonne“³² von einer Zunahme der theta-Aktivität in eben diesen Stirnregionen begleitet ist.“

³⁰ Gerhard Roth & Nicole Strüber: a.a.O. S. 254f sowie Werner Strik & Thomas Dierks (2011): Biologische Psychopathologie, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2011, S.56

³¹ Dieter Vaitl (2000): Neurophysiologie der Entspannungsverfahren, in: *Dieter Vaitl, Franz Petermann: Entspannungsverfahren, das Praxis-handbuch*. BeltzPVU, Weinheim, S. 41

³² Vergleichbare Phänomene während und in unseren Ausbildungsgruppen bezeichnete *Karl-Josef Sittig* häufig als „Erleuchtung“ – beides

Eines der profiliertesten Anwendungsgebiete für das Nutzen von Trancephänomenen ist die Schmerztherapie. „Schon früh hat *Hilgard* (1973) beobachtet, dass Versuchspersonen unter Hypnose keinerlei verbale Schmerzäußerung von sich gaben und körperlich völlig entspannt wirkten, während die physiologischen Indikatoren auf erhebliche Schmerzen hindeuteten. Nach neueren Erkenntnissen, die mit dem EEG und fMRT gewonnen wurden, kommt es unter Hypnose wahrscheinlich zu einer Dissoziation zwischen den frühen sensorischen und den späteren affektiv-kognitiven Verarbeitungskomponenten des Schmerzreizes, d.h., dass die affektive Komponente des

Schmerzerlebens von der primären somato-sensorischen Verarbeitung des Schmerzreizes abgespalten wird. Man spricht hier vom Phänomen des Kohärenz-Zerfalls bzw. von einem Zusammenbruch der Konnektivität der zerebralen Dynamik (*Friederich et.al.*, 2001). [...] Immer dann, wenn bei Entspannungsverfahren mit Instruktionen gearbeitet wird, die bestimmte Vorstellungen hervorrufen, ist mit solchen Dissoziationsphänomenen zu rechnen. Sie können aber auch spontan neuartige Erlebnisse hervorrufen, die als Veränderung der Bewusstseinslage erfahren werden.“³³

Beim Neurofeedback-Training³⁴ kann z.B. ein „Alpha-Theta-Crossover“ trainiert werden:

schöne Worte für schöne und erfahrene Selbsterlebenszustände, von denen wir spätestens seit *Daniel Stern* (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart, wissen, dass es – das Selbstgefühl, das subjektive Erleben – Gegenstand und Bezugspunkt unserer Entwicklung ist; *Hilaron Petzold* (1992): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Junfermann-Verlag, Paderborn, hat für derartige Momente großer Betroffenheit und ganzheitlicher Ergriffenheit den („lustneutralen“, also sowohl für große Freude wie auch für großen Schmerz benutzbaren) Begriff der „vitalen Evidenz“ eingeführt: In der „vitalen Evidenz“ verdichtet sich „leibliches Erleben, emotionale Erfahrung, rationale Einsicht und soziale Orientierung“ synergetisch; a.a.O. S. 1000.

³³ *Dieter Vaitl*, a.a.O. S. 39

³⁴ Wenn es um EEG-Ableitungen oder bildgebende Verfahren hinsichtlich dessen, was im Gehirn an Arbeitsprozessen abläuft geht, entsteht in uns oft schon ein Gefühl, darüber, was dort geschieht, irgendwie doch ganz gut Bescheid zu wissen. Zur Relativierung dieses Gefühls und gleichzeitig als Hinweis auf noch Spannenderes möchte ich an dieser Stelle folgende kurze Einlassung machen: Dies ist ein Aufsatz von einem neurowissenschaftlichen Laien, der Literatur von weltweit hoch angesehenen Neurowissenschaftlern ausschnittsweise rezipiert. Die der Literatur zugrunde liegenden neurowissenschaftlichen Erkenntnisse resultieren aus – im Vergleich zu den real ablaufenden Datenumsätzen – wirklich primitiven Forschungsmöglichkeiten mittels EEG, PET, fMRT und ähnlichen Werkzeugen. Sie messen zwar emittierte Quanten, erfassen aber in keiner Weise den auch qubitbasierten Informationsaustausch im Körper bzw. Gehirn. Zu den bisher untersuchten biochemischen und „elektrischen“ Informationsweiterleitungswegen,

„Die Überlegung, die hinter dem Alpha-Theta-Crossover steht, besagt: je mehr sich die Alpha- und die Theta-Wellen in ihrer Amplitude angleichen, bis dann Theta überwiegt, desto tiefer kann der Patient in einen hypagogen Zustand kommen. Wenn man sich in diesem Grenzbereich zwischen Alpha und Theta bewegt, tauchen innere Bilder auf, mit denen

man sich in einem geschützten Rahmen auseinandersetzen kann. Man kann diesen Zustand auch auf andere Weise [statt mit Neurofeedback, A.d.V.] erreichen, z. B. durch Hypnose oder Traumreisen.“³⁵

Da es zahlreiche Ähnlichkeiten zwischen der Verarbeitung von Schmerzerleben einerseits und Problem-, Konflikt-, Stress- und Traumalernen andererseits gibt³⁶, wage ich hier eine

deren Weiterleitungs-, Verarbeitungs- und Netzgeschwindigkeiten bei den bisher meist gemessenen 3-30 m/sec („braintime“) liegen, kommen unter Beachtung der Quantentheorie Quantenwege“ hinzu. Die Informationsweitergabe durch Qubits wird sich auf massefreiem Quantenniveau – also bei, da in Materie, etwas unter 300.000 m/sec - bewegen. Eine Anmutung von diesem Geschehen findet sich in dem Buch „Von der Quantenphysik zum Bewusstsein“ von Thomas und Brigitte Görnitz, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 2016.

Das was *Karl-Josef Sittig* als „Interferenztherapie bzw. -training“ bezeichnet – die sich schnell abwechselnde Darbietung positiver und negativer Stimuli – könnte auch quantentheoretisch wirksam sein und verstanden werden: „Dass der Aufbau von Beziehungsstrukturen im Gehirn, die bestimmte episodische Erinnerungen speichern, sehr schnell geschieht, ist vor kurzem publiziert worden (Ison et al., 2015). [...] Dabei zeigte es sich, dass die Bewusstseinsinhalte sehr schnell Veränderungen an den Nervenzellen bewirken konnten. Bisher bekannte Bewusstseinsinhalte wurden durch das gleichzeitige Vorführen mit neuen Bildern zu einer Verbindung der betreffenden Reize veranlasst. Diese Verbindungen wurden danach auch dann aktiv, wenn allein die neuen Bilder gezeigt wurden. Wir interpretieren diese Ergebnisse so, dass durch eine

quantische Verknüpfung ein gemeinsamer Zustand von beiden Reizen erzeugt wurde, welcher seinerseits Zustände beinhaltet, die als eine Assoziation interpretiert werden müssen. Diese Assoziationen aktivieren die betreffenden Nervenzellen auch dann, wenn nur einer der beiden Teilreize gezeigt wurde. Dies liegt daran, dass ein aktueller Quantenzustand zugleich eine Vielzahl von weiteren zugleich möglichen Zuständen impliziert.“ (a.a.O. S. 105)

Die durch das beschriebene kombinierte Verfahren aus dem Einfluss der Amygdala genommenen und damit quasi „neutralisierten“ Informationen bleiben in quantischen Assoziationskontexten in gemeinsamer „positiver Schwingung“ mit den Lösungs- und Ressourceninformationen.

³⁵ *Schneider, Edith & Krombholz, Andreas* (2013): Frequenzbandtraining; in: *Haus, K.M. et al.*: Praxisbuch Biofeedback und Neurofeedback, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, S.48

³⁶ Ich persönlich kann mich z. B. nicht daran erinnern, Traumapatient*innen begegnet zu sein, deren Schmerzen nicht zuvorderst psychisch gewesen zu sein scheinen; die meisten meiner Schmerz- und Fibromyalgiepatient*innen waren traumatisiert; Rückenschmerzen werden inzwischen sogar in der Schulmedizin häufig als „psychosomatischen“ Ursprungs diagnostiziert (was

Übertragung der oben zitierten Aussagen auf die LfT-Behandlung: Die während einer LfT-Behandlung beschriebenen Behandlungsstrategien bewirken eine Trennung/Dissoziation zwischen dem das alltägliche Leben und Selbsterleben überschattenden Repräsentanten gespeicherten Leides einerseits und den tranceinduzierten und erinnerten Selbsterlebensweisen im Moment der Behandlung andererseits.

Das während der „Interferenz“ stattfindende innere Anschauen problematischer oder traumatischer Szenen ist dabei von der „alten“ somato-sensorischen Verarbeitung abgespalten und dissoziiert. Die im LfT oder ähnlichen Verfahren wirksam aufgerufenen inneren Reparaturprozesse mit positiv emotionaler und kognitiver Konnotation überschreiben oder überlagern, richtiger: entknüpfen, die eigentlichen, die alten emotionalen „Schmerzreize“. Sie ersetzen die früheren „malignen“ assoziativen Verknüpfungen durch neue „benigne“. Das „warum?“ sollte sich im Resümee klären.

Das Arbeiten mit Trance erscheint mir auch aus diesen Gründen für eine wirklich strukturell wirksame Behandlung unabdingbar.

natürlich nicht immer stimmt); vergl. auch das Buch von *Hildegund Heintl und Peter Heintl* (2004): *Körperschmerz-Seelenschmerz, Die Psychosomatik des Bewegungssystems – Ein Leitfa-*

den, Kösel, München; Hildegund Heintl, Orthopädin und Psychotherapeutin, die in diesem Jahr 100 Jahre alt geworden wäre, war eine Pionierin der „orthopädischen Psychosomatik“.

5. Sprache und Selbsterleben

Karl-Josef Sittig zentriert die Arbeit an Stress und Trauma auf die Inhalte von sogenanntem Kernstress bzw. sogenannter Kernlösung, wobei letztere weit im Vordergrund steht.

Bei der zeitlich eher kurz und möglichst prägnant gehaltenen Entwicklung dieser beiden Fokusse richtet sich *Sittig* möglicherweise am BASK-Modell³⁷ aus, das die, wenn man so will, dissoziative Aufspaltung ganzheitlichen Erlebens in

- Verhalten (B = Behavior),
- Affektiven Gefühlsanteil (A = Affect),
- Sinneswahrnehmung (S = Sensation) sowie
- Wissen (K = Knowledge)

beschreibt. Bei *Sittig* heißen die Kategorien:

- d: „was denke ich über mich“
- f: „wie fühle ich mich“
- k: „wie empfindet mein Körper“
- h: „wie handle ich“

- g: „was glaube ich über mich, wer und wie und was bin ich eigentlich im Grunde“

In einem späteren Schritt werden zusätzlich die Selbsterlebenskategorien Sehen, Hören, Riechen und Schmecken erfasst und angesteuert.

In der Ausarbeitung all dieser Kategorien werden die Patient*innen angehalten, vor allem *sich selbst*, nicht die Szene der Traumatisierung, der Stressexposition oder des Ressourcenlebens möglichst „konstruktiv“³⁸ zu beschreiben bzw. zu benennen, die „Szene“ an sich gilt später meist nur als negativer, alles umfassender Haupttrigger.

Konstruktives Denken und Sprechen erfreut sich im Prinzip daran, v. a. Verben und Adjektive zu entwickeln, die prägnant, zugespitzt, emotions- und erlebensnah sind, die in uns Resonanz erzeugen, die lösungs- und zielorientiert sind und zu selbstwirksamen Weiterentwicklungen anregen, im wörtlichen Sinne, den

³⁷ Siehe z.B. *Michaela Huber* (2004): Wege der Traumabehandlung, Teil 2, Junfermann-Verlag, Paderborn, S. 258f

³⁸ *Karl-Josef Sittig* (2018): Konstruktive Sprache, in: *Agnes Kaiser Rekkas* (Hrsg.), Hypnose und Hypnotherapie, Manual, Carl Auer, Heidelberg

„Kern“, das empfundene Substrat der Verletzung wie auch der (Er)lösung treffend benennen (nicht nur „beschreiben“).

Konstruktive Sprache ist unter Umständen „trancelogisch“: Die meisten Abläufe in unserem Unbewussten – also fast alles, was im Gehirn verarbeitet wird und nicht direkt auf vegetative Vorgänge bezogen ist – dürften trancelogisch sein: unsere Träume, in denen alles möglich ist, in denen jedwede Form von Welt und Bewegung in dieser Welt zusammen gebastelt werden kann und (!) in denen unsere Gedächtnisspeicher gefüllt und überarbeitet werden, entbehren vielfach unserer bewussten Denklogik, geschehen trancelogisch.

„Trancelogik entspricht in etwa dem primärprozesshaften Denken, in dem Sprache wörtlich (bildlich) genommen wird, kritisch rationales Denken in den Hintergrund tritt und die Auslösbarkeit von Affekten, ebenso wie die Toleranz gegenüber logischen Inkongruenzen erhöht ist.“³⁹

In Trance können daher Worte u. U. emotional bedeutsamer, exakter und umfänglicher begriffen werden und dabei auf den biographischen Hintergrund öffnend „wirken“.

Insbesondere die Beschreibung der Zielzustände sollte daher sorgfältig „konstruktiviert“ sein (banales Beispiel: statt entspannt nehme man gelöst oder wohligh, da im Wort entspannt am Ende die Spannung, die negativ konnotiert sein wird, vorkommt).

Letztlich sind beim Finden und Beschreiben der Stress- bzw. Trauma- bzw. Ressourcenszenen tatsächlich nicht sie selbst „wichtig“, sondern vor allem ihre innere Repräsentanz, das was „ich“, „mein Selbst“, „mein neuronales System“ im jetzigen Moment daraus macht.⁴⁰

Die Stress-, Trauma- und Ressourcenszenen können oder werden, ähnlich wie Woltemade Hartmanns „Giftworte“, als „Reizworte“ und „Lösungsworte“ an zentralen Stellen der Leitfäden benannt.

39 Dirk Revenstorff (2009): Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnose, in: *Dirk Revenstorff & Burkhard Peter* (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, Springer-Verlag Heidelberg

40 „Machen wir uns klar, dass bereits einfache Sinneswahrnehmungen keineswegs das Abbild einer Realität darstellen, sondern selbst bereits mentale Konstruktionen sind.“

Rainer Bösel (2016): Wie das Gehirn „Wirklichkeit“ konstruiert, Kohlhammer, Stuttgart, S.19
Das ist zwar allgemein bekannt, dennoch immer wieder in seiner tatsächlichen und tiefen Bedeutung aufs Neue zu bedenken, für *wahr* zu nehmen. Es gilt, dies letztlich auch als ultimativen Hoffnungsanker für jeden therapeutischen Prozess bzw. für jeden Aspekt der Veränderung und Selbstveränderung zu nutzen.

Sprache dient im L!fT also nicht nur dem prägnanten Benennen an sich, sondern ist auch als translogischer Einstieg in das Aufrufen und Verarbeiten von Abkömmlingen von Leid sowie Freude zentral.

Translogisch gesehen können Worte „tiefen“, d.h. das Verlassen der kognitiven Ebene bewirken, bzw. besser: das Erleben „vitaler Evidenz“⁴¹ durch ein kognitiv, emotional und körperlich angereichertes Ganzes ermöglichen.

41 Hilarion Petzold (1993): Integrative Therapie, Bd. 2. Klinische Therapie, Junfermann Verlag, Paderborn, S. 916f

„Unter „vitaler Evidenz“ verstehen wir das Zusammenwirken von rationaler Einsicht, emotionaler Erfahrung, leibhaftigem Erleben und sozialer Bedeutsamkeit. Die Synergie [...] dieser Komponenten ist [mehr und] etwas anders als kognitives Verstehen der Zusammenhänge oder

eine kathartische Abreaktion. Es ist ein *totales Geschehen*, das eine Neukonstituierung der Szene und der Stücke möglich macht und Freiräume für das kreative Gestalten neuer Szenen und Szenengeschichten schafft. Die fixierende Kraft der alten Narrative und Skripts ist aufgehoben und das freie Spiel, die biosodische Narration kann sich entfalten.“

6. Über die basale Wichtigkeit des Sich-Sicher-Fühlens sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Karl-Josef Sittig verzichtet in seinen L!fT-Behandlungen weitgehend darauf – manches Mal vollständig – sich von den Klient*innen die Stress- und Traumaauslöser, die nicht überwundenen Verletzungen, Kränkungen oder Gefährdungen genauer schildern zu lassen.

Diese Vorgehensweise führt erwiesenermaßen in der Regel auch zu den angezielten Ergebnissen, die die Patient*innen dann auch nicht unbedingt an die Personen, die sie behandeln, binden. Dadurch besteht deutlich weniger die Gefahr, dass sie sich in einer langen Behandlung in eine oftmals wachsende Abhängigkeit von diesen mit all ihren Risiken begeben.

Das „Kurz-Angebunden-Sein“ beinhaltet nicht nur Zeitgewinn bei einem ohnehin oft an die zwei Stunden dauernden Therapieprozess, sondern es verhindert natürlich auch, dass sich die Patient*innen erneut oder zu lange in ihrem Leid aufhalten. Von den neurologischen Abläufen im Gehirn aus betrachtet werden die stress- und traumaspeichernden Strukturen dadurch ein Mal weniger angesteuert und so nicht noch einmal in ihrer Speicherkraft und Dominanz gegenüber den Selbstkontroll- und Bewältigungsstrukturen des neuronalen Systems gestärkt – um die vielleicht noch vorhandene

Funktionsfähigkeit sowie die Performanz anderer Ressourcen nicht zu gefährden.

Jedes Flashback, jede erneut aufgerufene Erinnerung an das Trauma oder den „Kernstress“ kann den Charakter von Retraumatisierung haben oder annehmen und ist möglicherweise als „letzter“ Erinnerungsabruf besonders prägnant und klebrig-zäh im Bewusstsein.

Andererseits: Kommt es auf ein Mal mehr, angesichts hunderter, tausender, zehntausender oder hunderttausender (eine tatsächlich nicht übertriebene Zahl) Gedächtnis- und Reaktionsaufrufe, an? Ich weiß es nicht.

Ich weiß jedoch, welch großes Bedürfnis fast alle Patient*innen haben, ihr erlebtes Leid mitzuteilen. Manche Therapieschulen sprechen dabei vom Containen, vom Abladen des Leides beim Therapeuten, der Therapeutin, auch viele Patient*innen verbinden den Gang zur Therapie mit diesem und nur diesem Bild.

Das mag beruhigen, dürfte aber auf Dauer nichts verändern – außer dass die Patient*innen sich gesehen, begleitet, weniger einsam, eingefühlt, getragen und verstanden fühlen – und damit sicherer.

Und das ist wesentlich, weil es die Amygdala beruhigt und das neuronale System damit aufnahmefähiger für die therapeutischen Interventionen und die im besten Fall dann stattfinden könnenden Umbauarbeiten im Netzwerk macht.

Für das Sicherheitsgefühl in der Behandlung mag der Rahmen, ein Universitätslabor, die Nähe eines Professors oder einer Professorin, ein weißer Kittel, die Reputation, der Ruf der Behandler*innen, die Begrüßung, der Händedruck, das Ambiente und ähnliches eine Rolle spielen. Im Wesentlichen spielt aber, so denke ich, eine Art der persönlichen Begegnung die Hauptrolle, die auf der einen Seite professionell, auf der anderen Seite jedoch v.a. zugewandt, interessiert und fürsorglich ist und, wie *Robert Scaer*⁴² ausführt, wesentliche Aspekte einer ganz frühen Mutter-Kind-Begegnung enthält. Er bezeichnet dies als „mammalisch“.

„[...] habe ich darauf hingewiesen, daß die Bindung zwischen Mutter und Säugling die Entwicklung des Gehirnbereiches fördert, der das ANS (Autonomes Nervensystem) und das limbische System steuert. In diesen Prozess sind der rechte OFK (orbitale frontale Kortex), der anteriore zinguläre Kortex und die Insel involviert. [...] Eine weitere Aufgabe der genannten Gehirnzentren [besteht] darin, die Amygdala herunterzuregulieren und zu modulieren, wenn

eine Gefahr nicht groß genug ist, um eine Kampf-/ Fluchtreaktion hervorzurufen. Diese Gehirnzentren modulieren das limbische System, um den so wichtigen Zustand der Homöostase aufrechtzuerhalten. Wenn es uns also irgendwie gelingt, diese limbischen Zentren zu aktivieren, können wir die Amygdala wahrscheinlich zeitweise abschalten und dann mit Aussicht auf Erfolg an der Furchtlösung arbeiten.

Der Prozess der Einstimmung oder der Affiliation aktiviert Neuronen zwischen dem anterioren zingulären Kortex und dem OFK, schafft eine empathische Umgebung und hemmt die Amygdala. Diese empathische Einstimmung von Gesicht zu Gesicht ist eine wichtige Voraussetzung sowohl für den Erfolg einer Traumatherapie als auch für die Entwicklung einer Mutter-Kind-Bindung. Tatsächlich ist die Fähigkeit von Psychotherapeuten, diesen Zustand bei ihren Patienten wiederherzustellen, ein direkter Maßstab für ihre Aussichten, bei der Behandlung von Traumata und in ihrer psychotherapeutischen Arbeit ganz generell erfolgreich zu sein. Wird diese Einstimmung in der therapeutischen Situation erreicht, entsteht ein Zustand der *Präsenz*, der für die Heilung unverzichtbar ist, und fungiert als Behälter, in dem die Heilung stattfinden kann.⁴³

⁴² Robert Scaer, a.a.O. S. 106

⁴³ Robert Scaer, a.a.o. S. 198 (Unterstreichungen von mir)

„Sicherheit“ ist einer der zentralen Begriffe in aktuellen innovativen neurobiologisch/neurowissenschaftlich orientierten Veröffentlichungen zu den Fragen, wie Traumata entstehen und wieder „geheilt“ werden können.

Zu nennen ist da an vorderster Stelle die Polyvagaltheorie von *Stephen W. Porges*⁴⁴, auf die sich auch schon vergleichsweise früh *Peter A. Levine*⁴⁵ bezieht.

Porges schreibt: „Die Polyvagal-Theorie beschreibt eine im Laufe der Evolution entstandene Organisationsstruktur, die uns ermöglicht, neuronale Schaltkreise zu identifizieren, die soziales Verhalten und zwei Arten von Defensivstrategien fördern, nämlich die Mobilisierung, die mit Kampf und Flucht assoziiert wird, und die Immobilisierung (das Erstarren), das als Sich-Verbergen oder Sich-Totstellen zum Ausdruck kommt.“ (S.9) „Die Polyvagal-Theorie stellt ein neurologisches Narrativ zur Verfügung, das die Bedeutung von „Sicherheit“ und die adaptiven Konsequenzen der Entdeckung von Gefahr für den physiologischen Zustand, das soziale Verhalten, das psychische Erleben

und die Gesundheit erläutert. Sie versteht klinische Störungen als Problem der neuronalen Regulation von Schaltkreisen, die Defensivstrategien neutralisieren und die spontane Manifestation von sozialem Engagement ermöglichen.“ (S.23) „Zustände von Sicherheit sind eine Voraussetzung nicht nur für soziales Verhalten, sondern auch für die Nutzung jener höheren Gehirnstrukturen, die es Menschen ermöglichen, kreativ und produktiv zu sein.“ (S.24f) „Die Polyvagal-Theorie respektiert die Abhängigkeit unserer psychischen, physischen und behavioralen Reaktionen von unserem physiologischen Zustand. Sie verweist auf die Bedeutung der bidirektionalen Kommunikation zwischen den Körperorganen und dem Gehirn mithilfe des Vagus und anderer für die Regulation des ANS wichtiger neuronaler Verbindungen.“ (a.a.O. S.25)

„Den anderen in der therapeutischen Situation anzuschauen, ihm zuzuhören und ihn zu spüren, ist ein Ausdruck der dynamischen bidirektionalen Kommunikation zwischen körperlichem Zustand und emotionalem Prozeß wäh-

⁴⁴ *Stephen W. Porges*, (2018), Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit, G.P.Probst-Verlag Lichtenau/Westf.

Stanley Rosenberg (2018), Der Selbstheilungsnerv – So bringt der Vagus-Nerv Psyche und Körper ins Gleichgewicht, VAK-Verlag, Kirchzarten bei Freiburg

⁴⁵ *Peter A. Levine & Ann Frederick* (1998), Trauma-Heilung, Synthesis Verlag Essen

Peter A. Levine (2012), Vom Trauma befreien, Kösel-Verlag München

Peter A. Levine, (2012), Sprache ohne Worte, Kösel-Verlag München

Dorothea Rahm & Szilvia Meggyesy (Hrsg.), (2019), Somatische Erfahrungen in der psychotherapeutischen und körpertherapeutischen Traumabehandlung, G.P.Probst-Verlag, Lichtenau/Westf.

rend einer sozialen Interaktion. Damit die soziale Interaktion auf beide Beteiligte unterstützend wirkt und damit eine Co-Regulation des physiologischen Zustandes ermöglicht wird, müssen die vom System für soziales Engagement der Dyade ausgehenden Signale Sicherheit und Vertrauen vermitteln. Ist dies der Fall, können sich die aktiv Beteiligten, ganz gleich, ob es sich um ein Kind und einen Elternteil oder um ein erwachsenes Paar handelt, in den Armen des anderen sicher fühlen. Man könnte die Ermöglichung eines gemeinsamen intersubjektiven Erlebnisses mit der Eingabe des Codes für ein Kombinationsschloß vergleichen: Sobald sich die Arretierung in der richtigen Position befindet, öffnet sich das Schloß.“ (a.a.O. S. 26)⁴⁶

So ist also nicht nur aus therapeutisch-intersubjektiver Sicht (in der Behandlung begegnen sich zwei Menschen in einem bidirektionalen, dialogischen, ko-responierenden, Würde achtenden mit-menschlichem Zusammenhang) eine sicherheitsgebende Führung der Behandlungssituation für den Therapieerfolg maßgeblich, sondern auch aus neurobiologischer Sicht, um das körpereigene Defensivsystem herunter-

zufahren oder gar auszuschalten, das ansonsten jedwede Integration neuer positiver Erfahrung verhindern kann.

46 Für Verständnis und Nutzung der Polyvagal-Theorie ist das Buch des offenbar kongenialen (körpertherapeutischen) Praktikers *Stanley Rosenberg* sehr zu empfehlen.

7. Resümee: Was wirkt in der Lösungsbasierten Interferenztherapie und ähnlichen Verfahren?

Die meisten der aufgeführten Methoden verbinden tatsächlich die bilaterale mit der bipolaren Stimulierung, unabhängig von den „Therapieschulen“, aus denen die Autor*innen jeweils stammen und auch unabhängig von den z.T. doch abweichenden Vorstellungen darüber, was sie warum und wie tun, wobei häufig eher Vorgehensweisen und Erfolge beschrieben werden als Hintergründe.

Stefan Jacobs und *Anna de Jong*⁴⁷ resümieren bereits 2007, worauf es ihrer Ansicht (die heute von den meisten zitierten Autoren implizit geteilt wird und die ich leider vor 10 Jahren überblättert habe) nach ankommt: „Die therapeutische Konsequenz [...] ist, dass es gelingen muss, die konditionierte Angstreaktion in der Amygdala zu hemmen (da sie ja nicht gelöscht werden kann). Erst durch eine wirksame Hemmung kann eine Abspeicherung und Verarbeitung der traumatischen Erinnerung im expliziten Gedächtnis stattfinden. Ein wesentlicher Zwischenschritt besteht darin, im expliziten

Gedächtnis neue neuronale Netzwerke anzulegen (durch die Erarbeitung von positiven Zielkognitionen). Diese gilt es dann zu *bahnen* und zu verstärken. Da die Amygdala und der Hippocampus während des Traumas parallel arbeiten, erscheint es plausibel, beide Systeme auch während der Therapie anzusprechen – das wird erreicht durch die Benennung der negativen Kognition bei gleichzeitiger Desensitivierung der traumatischen Erinnerung durch EMDR-gestützte Traumakonfrontation.“

*Nina Rullkötter*⁴⁸ beschäftigt sich in ihrer Dissertation mit der „Interferenzkontrolle bei Borderline Persönlichkeitsstörungen“. In einem Kapitel über „Gedächtnis und Emotionen“ schreibt sie zu den einschlägigen Forschungsergebnissen: „Innerhalb des limbischen Systems kommt zwei Regionen eine besondere Bedeutung zu: Dem Hippocampus [...] und der Amygdala [...]. Zusammen sind sie nicht nur an der Einspeicherung sondern auch an der Konsolidierung (also der neocorticalen Organisation) episodischer und semantischer Inhalte

⁴⁷ *Stefan Jacobs & Anna de Jong* (2007): EMDR und Biofeedback in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen – ein neuropsychotherapeutisches Programm; Hogrefe Verlag, Göttingen, S.21

⁴⁸ *Nina Rullkötter* (2008): Interferenzkontrolle bei Borderline Persönlichkeitsstörung; Der individuelle emotionale Stroop-Test im fMRT, Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Abteilung für Psychologie, S. 36f

beteiligt. Allerdings nimmt die Bedeutung der Amygdala bei emotionaleren Informationen an Bedeutung zu [...], während der Einfluss der hippocampalen Region dann eher nachlässt [...]. Demnach kann die Schlüsselfunktion des Hippocampus im Verbinden von Informationen mit Raum und Zeit angesehen werden, während die Aufgabe der Amygdala im Prüfen und Bewerten von Emotionen liegt („affekt-geleitete Verstärkerfunktion“).“

Insbesondere bei Traumapatient*innen, aber nicht nur bei diesen, besteht eine oft dauerhafte, d.h. nahezu ständige Hyperaktivierung des limbischen Systems und speziell der Amygdala hinsichtlich bedeutsamer und unverarbeiteter Daten. Die Amygdala bzw. das gesamte Wachsamkeitssystem bis hinunter zum Hirnstamm arbeiten hypervigilant und es ist meiner Ansicht nach, hinsichtlich der in diesem Aufsatz zusammengefassten Literatur, essentiell, diese Hypervigilanz nicht durch weitere massive Problem- bzw. Traumakonfrontationen noch zu erhöhen, sondern sie durch geeignete Maßnahmen, wie z.B. eine LMFT-Behandlung oder ähnliche Vorgehensweisen so zu reduzieren, dass die Problemdaten ohne Hypererregung betrachtet werden können.

Wie oben dargestellt, findet in der Behandlung vermutlich keine „Desensitivierung“ und auch keine „Löschung“ statt, vielmehr wird der mediofrontale Kortex und andere hilfreiche Strukturen durch die bilaterale Stimulierung dazu angeregt, die Ausgänge der Amygdala mehr oder weniger abzdämmen und/oder diese

durch Störinterferenzen so zu schwächen, dass deren Warn- und Erregungsmeldungen leiser werden oder verstummen.

Erst dann können sich andere Zentren wie der Hippocampus und einige frontale Kortextbereiche ungestörter mit den Stress- bzw. Traumainhalten beschäftigen und diese „integrieren“.

Integrieren bedeutet bei traumatischen Inhalten und den mit ihnen (bzw. aus ihrer Nichtverarbeitung resultierenden) verbundenen massiven Erregungen, dass sie aus ihren dissoziationsbedingten Abspaltungen gelöst und wieder zusammengefügt werden – um dann im Prinzip wie „normaler Stress“ weiterverarbeitet werden zu können.

Integrieren bedeutet bei „nur“ stressbelasteten Inhalten, dass sie sozusagen unaufgeregt betrachtet und als bewältigte und nunmehr eher unaufgeregte Erlebnisse erneut im Speicher „dort und damals“ abgelegt werden, so dass sie nicht mehr „hier und heute“ ihr Unwesen treiben und sich nicht mehr durch „hier und heute“-Trigger allzu leicht auslösen lassen.

Und das „läuft“ nur, wenn die Assoziationswege und synaptischen Verknüpfungen „umgeleitet“ bzw. neu konfiguriert werden (siehe auch *Güntürkin, a.a.O.*).

Wie *Gerhard Roth* und *Nicole Strüber*⁴⁹ ausführlich beschreiben, kann dieser Prozess durch eine Steigerung der Oxytocinausschüttung deutlich verstärkt werden.

Erleben bzw. Wiedererleben von Stress und Trauma erhöhen normalerweise schnell und heftig die Cortisolausschüttung. Cortisol ist wohl das wesentlichste Stressreaktionsaktivierungshormon.

Diejenigen Alarmmeldungen der Amygdala, die vielleicht durch ihre mehr oder weniger verschlossenen Ausgänge noch durchschlüpfen können um den Körper z. B. über eine Cortisolabgabe zu aktivieren, erreichen ihr Ziel dann noch weniger, wenn ausreichend Oxytocin ausgeschüttet werden konnte, weil Oxytocin die Cortisolproduktion hemmen kann.

Oxytocin hemmt, auch auf diesem Weg, die Aktivität des Sympathischen Nervensystems und fördert die Aktivität des Parasympathischen Nervensystems, sodass das Autonome Nervensystem in Zustände von Homöostase, von Ausgeglichenheit kommen kann.

Zudem fördert Oxytocin die Vernetzung der Hirnstrukturen, die bewusste und reflektierte

Verarbeitung von Emotionen und deren Regulation und hat damit auch einen positiven Einfluss auf den Hippocampus.

Dieser, aus dem Stress genommen und in munterer Zusammenarbeit u.a. mit dem mediofrontalen Cortex, reduziert offenbar über den Hypothalamus nochmals die Menge der Cortisolausschüttung.

So gelingt es ihm, bzw. gelingt es ihm noch besser, die zur Bearbeitung „nach oben gehalten“ Erinnerungsinhalte aus dem Langzeitgedächtnis in ihrer sachlichen wie emotionalen Bedeutung zu überarbeiten bzw. neu zu vernetzen, denn dies scheint seine Hauptaufgabe zu sein: zu klären, was an Information wohin gehört, welche Neuronen mit welchen verbunden sind oder anders verbunden werden müssen. Verbunden werden sie zu sogenannten „Assemblies“⁵⁰, „temporären Koalitionen von aktiven Nervenzellen“, deren gemeinsame Bedeutung sich durch geringfügig neue bzw. andere Vernetzung grundlegend ändern kann.

Dass diese Überarbeitung ein gutes Ende nimmt, dass die überarbeiteten Erlebensrepräsentationen zusammengefügt, „positiv“ verändert und dominant ins Langzeitgedächtnis zurückgeschickt werden, und dass sie quasi

49 a.a.O. 139ff

50 *Onur Güntürkin* (2018): *Unser Gehirn – Wie wir denken, lernen und fühlen*; Zeit-Akademie, Hamburg, S. 50f

„über“ bzw. kommunikations- und netztechnisch „vor“ den vermutlich nicht löschbaren negativen Erinnerungen abgelegt werden (sodass sie beim Auftauchen von Triggern später auch wieder zuerst aufgerufen und die Trigger mit den neuen, neu konfigurierten und integrierten Bewertungen versehen können)⁵¹, hängt zu einem größeren Teil auch damit zusammen, dass sich der „ganze Mensch“ „leiblich“ während der Behandlung angenommen und aufgehoben – in einem Zustand von Sicherheit und Wohlgefühl befindet.

Um diesen Zustand von Sicherheit und Wohlgefühl aufbauen, erreichen und stabil halten zu können, bedarf es zum einen der genannten Beziehungs- und Interaktionsvariablen⁵² und zum anderen des meiner Ansicht nach unverzichtbaren Einsatzes von Hypnose bzw. Trance,

denn auch sie dämpfen das sympathische Erregungsniveau erheblich.

Über die „Entspannung“ (und mit den durch sie bzw. in ihr entstehenden Alpha-Wellen) hinaus steigert sich mit der Trance der Theta-Wellenanteil im EEG, was einen besonders positiven Einfluss auf den Hippocampus und seine ungestressten, wohlwollenden Erinnerungsüberarbeitungs- und Weitervermittlungsfähigkeiten hat.

In Trance steigert das Hirn den Wirklichkeitscharakter der Zielvorstellung, vergrößert sozusagen deren innere Repräsentanz im Langzeitgedächtnis und damit ihre Wirkmächtigkeit im „Abdecken“ und „Überlagern“ bzw. im Umstrukturieren der Problemdaten.

51 Dieser Gedankenentwurf stellt nur eine Möglichkeit, für mich im Moment noch die in der Regel wahrscheinlichste, dar. In und nach L!FT- (und sicher auch manch anderen) Behandlungen berichten Menschen mitunter von sich grundsätzlich anfühlenden Erlebens- und Seinsveränderungen, so, als sei „das Alte“ gelöscht. Im Sinne der Erläuterung der Funktionsweise unserer neuronalen Datenablage nach *Güntürkin*, sowie unter Beibehalt der These, dass es im Gehirn keine Datenlöschung gibt, könnte man sich dieses neue Erleben als Resultat einer Neubildung synaptischer Neuronenverknüpfungen, als neues Assembly, vorstellen – vom gut vernetzten und ruhig arbeitenden Hippocampus und seinen Helfer*innen neu konfiguriert.

52 Das kann schon mit Hinweisen zum „seinen Platz finden“, zur Beobachtung des Atems etc. beginnen – oder auch mit „Übungen“: „Bei der Behandlung geht es im Wesentlichen darum, durch Erreichen eines Zustandes der Sicherheit die Transformation zu fördern. Die neuronalen Übungen, die den sicheren Zustand nutzen, ermöglichen dem System für soziales Engagement, in Aktion zu treten. Die neuronale Übung besteht in diesem Fall darin, mit Hilfe des myelinisierten Vaguspfades die sympathische Aktivität zu mildern. Spiel wird buchstäblich zu einem hinsichtlich seiner Funktion therapeutischen Modell, insofern es beispielsweise durch Singen, Zuhören, Musizieren und reziproke soziale Interaktionen die neuronale Regulation des Gesichtes fördert. In diesem Sinne kann man auch verbale Therapie als neuronale Übung verstehen.“ Stephen W. Porges, a.a.O. S. 53

Diese Wirkmächtigkeit wird um so beachtlicher, je mehr unter dem Einfluss von Theta bildliches Material verarbeitet, je mehr also in Trance visualisiert wird.

In fast allen unter Kapitel 2 und 3 dargestellten Ansätzen werden die Stress-, Trauma- und Problemata wechselnd, bipolar, zusammen mit Lösungs-, Wohlfühl- und Zieldaten präsentiert.

Durch die in diesem Text dargestellten sich gegenseitig befördernden Effekte von

- bilateraler Stimulation,
- bipolarer Stimulation,
- der Erfahrung von Sicherheit,
- der Ausschüttung von Oxytocin,
- der Steigerung des Alpha- und Thetawellenanteils im EEG,
- der verstärkten Visualisierung unter emotional berührender konstruktivsprachlicher Begleitung

haben die „negativen“ gegenüber den „positiven“ Kontexten kaum noch Wirkmächtigkeit. Ihnen wurde auf unterschiedlichen Ebenen quasi „der Saft abgedreht“, die „Amplitudenhöhe ihrer Wellen“ erheblich reduziert, ihnen wurde die *unmittelbare* assoziative Zugehörigkeit zum Selbstempfinden im Hier und Jetzt genommen, sie wurden anders vernetzt, quasi „ausgegliedert“.

Die Klinische Hypnose alleine kann im optimalen Fall die angestrebten Wohlfühlziele ebenfalls erreichen, mitunter, je nach Suggestion, können auch alte und sogar traumatische Erinnerungen in ihrer malignen Wirksamkeit deutlich herunter gefahren werden. Ihre Wirksamkeit kann durch zusätzliche bilaterale und bipolare Stimulierung jedoch wesentlich verbessert bzw. sicherer gemacht werden.

Die L!fT-Behandlungen enden in der Regel in einem sehr präsenten Wohlgefühl bei gleichzeitiger relativer Erschöpfung – es wurde gearbeitet, und das zwei Stunden lang.

L!fT ist in all seinen Wirkelementen eher „nichts Neues“, setzt diese aber im Vergleich zu den aufgeführten Methoden bzw. Konzepten deutlich konsequenter zusammen und um. Und wenn es die 501te Methode wäre – sie hilft.

8. Exkurs: L!fT als Körper- bzw. Leibtherapie?

Dies ist „eigentlich“ ein überflüssiges Kapitel, denn es bezieht sich auf „eigentlich“ überwundene Denkalternativen zurück:

Ich denke, also bin ich!

Ich fühle, also bin ich!

Ich bewege mich, also bin ich!

Ich atme, also bin ich!

Ich musiziere, also bin ich!

Ich spreche, also bin ich!

Ich spiele, also bin ich!

Ich tanze, also bin ich!

Ich liebe, also bin ich!

Ich male, also bin ich!

Ich gestalte, also bin ich!

Ich singe, also bin ich!

Ich dichte, also bin ich!

...

Das Problem ist, dass natürlich alle diese Aussagen wirklich zutreffend sind, Lebensäußerungen und Selbsterlebensweisen benennen, die uns Menschen ausmachen, aus denen heraus wir uns selbst gestalten, die uns bis tief in unsere auch neurologisch beschreibbaren systemischen Strukturen verändern.

Wir Menschen sind uns zwar alle irgendwie ähnlich (auch die Therapiethemen zeigen keine wirklich große Varianz), dennoch auch merkwürdigerweise sehr verschieden und so ist es natürlich und verständlich, dass sich im Laufe der Zeit zu jeder der oben genannten „Selbsterkennungen“ Therapieschulen gebildet haben. Also Zugangsweisen zu unserem Selbst mit dem Wunsch, über diese jeweils speziellen Zugänge hilfreiche Selbstveränderungen, Selbstentwicklungen, letztendlich Heilungen⁵³ bewirken, „ganzer“ werden zu können. „Heil“ hat seinen Ursprung im mittelhochdeutschen

⁵³ Hilarion Petzold (1988): Die „vier Wege der Heilung“ in der Integrativen Therapie. In: *Hilarion Petzold: Integrative Bewegungs- und Leibthera-*

pie – ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie; Bd.I/2, Junfermann-Verlag, Paderborn, S.173ff

„heel“ und bedeutet vollständig, in sich stimmig, rund.

Wir Menschen, obwohl aus dem „Mit-Sein“, aus der „Ko-Respondenz“ quasi entstanden, konkurrieren auch gerne, grenzen uns ab und andere aus, wissen alles besser, haben immer Recht – und kämpfen auf der Ebene des „Psychotherapiemarktplatzes“ zusätzlich auch um Marktanteile. Welche Verfahren werden „anerkannt“, welche denunziert, mit wem rechnen die Krankenkassen ab, wer wird aus dem Markt verdrängt⁵⁴ usw.

Wie unsinnig diese Umgehensweise ist, zeigt sich, bereits oben erwähnt, in der Therapiefor- schung, die einerseits auf die Wichtigkeit der zwischenmenschlichen Kommunikation und die „therapeutische Allianz“ verweist, anderer- seits, spätestens seit dem bis zu seinem frühen Tod sehr einflussreichen Therapieforscher *Klaus Grawe*, darauf, dass die Beachtung der oben aufgeführten „...also bin ich!“ in den the- rapeutischen Prozess einbezogen werden sollte.

Die Zukunft, so *Klaus Grawe* schon vor 20- 30 Jahren, gehört der Schulen- und Methodenin- tegration.

Neben der in den 70er- und 80er- Jahren des letzten Jahrhunderts innovativsten und seiner- zeit auch im Ausbildungsbereich den größten Zulauf erhalten habenden „ganzheitlichen“ „In- tegrativen Therapie“ von *Hilarion Petzold* und anderen, imponieren in meiner Hinsicht in den letzten Jahren zahlreiche „Neu“entwicklungen, die analytisch-tiefenpsychologische Anschau- ungen mit verhaltenstherapeutischen sowie körperpsychotherapeutischen und zahlreichen weiteren verbinden.

Therapiemethoden entstehen aus dem subjek- tiven Empfinden der Therapeut*innen: Auf welche „Teilsysteme“ und welche Kommunika- tionsstruktur lege ich besonderen Wert, was scheint mir am ehesten modifizierbar, wie ar- beite ich am liebsten?

Sitze ich z. B. ohne Augenkontakt hinter den liegenden Patient*innen (klassische Psycho- analyse) oder „lese“ ich den nackten Körper der Patient*innen und manipulierte ihn (Varianten

54 Die frühere psychoanalytische Monokultur wan- delt sich gerade in eine solche verhaltensthera- peutischer Provinienz um, bei den psychologi- schen Lehrstühlen in Deutschland steht es ge- rade so ungefähr 4 (TP) zu 87 (VT). Seit Jahr- zehnten lässt sich eine andererseits auch begrü- ßenswerte Variante der Methodenintegration in-

sofern feststellen, als dass „die Verhaltensthera- pie“ unzählige Innovationen inkl. psychodyna- mischer Sichtweisen aus eigentlich „ande- ren“ Verfahren quasi schluckt bzw. integriert und auf diese Weise mit der Zeit die Zielvorstel- lung einer methodenübergreifenden und viel- leicht dann doch auch ganzheitlichen Sicht und Praxis entwickelt.

z. B. der Bioenergetik)? Oder liebe ich das Geschichten erzählen (Teile der Positiven Psychotherapie sowie der Hypnotherapie), die Angstkonfrontation z. B. auf hohen Türmen (VT) oder das Arbeiten am Bildschirm (Neurofeedback) usw. usf. – there ist no end of separation, um den beliebten Ausspruch von Fritz Perls „There is no end of integration“ modifiziert zu nutzen.

In allen diesen und anderen Therapiemethoden gelingt es den Schulen und Therapeut*innen natürlich nicht, aus uns „ganzen“, „ganzheitlichen“ Menschen Teilsysteme zu machen, von denen dann eines „bearbeitet“ werden könnte. Wir bleiben ganz! Selbst der „reine“ Muskelaufbau im Sportstudio verändert unser ganzes System, unser Selbstempfinden, unser Sein in der Umwelt.

In der Integrativen Therapie benutzt man für unsere ganzheitliche Beschreibung das Wort „Leib“, letztlich wohl v. a., um sich von funktionalen „Körper“-Konzepten abzugrenzen.

„Der philosophische, etwas altertümlich klingende, deutsche Begriff „Leib“ verweist zuerst darauf, dass der Mensch erlebnistheoretisch als lebenslang prozessierende, lebendige, Sinn realisierende Synergie zu sehen ist und dann auf den Unterschied zum räumlichen Körper, der

das konventionelle Denken beherrscht. Es gilt die Differenzierung Gabriel Marcels: „Ich bin mein Leib und ich habe einen Körper.“ Sie verweist auf die Bi-Modalität menschlichen Erlebens, sich auf eine unvergleichliche Weise „wie von Innen“ zu spüren und sich sozusagen „wie von Außen“ anschauen zu können.“⁵⁵

Diese Sichtweise hat so oder ähnlich in den letzten Jahrzehnten auch den Mainstream erreicht, z. B. im großen Umfeld des „Embodiment“, das sich langsam als Gegenentwicklung zur kognitiven Verhaltenstherapie aufbaut (um also dann von dieser vereinnahmt und verschlungen zu werden – aber (s.o.): das ist gut so, denn das ist gelebte und wirkungsvolle Methodenintegration).

„In der Sichtweise des Embodiment-Ansatzes spielt der menschliche Körper für das Verständnis sowohl kognitiver als auch emotionaler Prozesse eine zentrale Rolle – oder zugespitzt: Intelligente Kognition ist ohne Körper gar nicht möglich (Tascher 2006). Diese Verbindung bettet Kognition sozusagen in den

55 Waldemar Schuch (2007): Was bleibt: Leib, Intersubjektivität, Hominität; in: *Johanna Sieper, Ilse Orth, Waldemar Schuch* (HG.), *Neue Wege*

Integrativer Therapie, Edition Sirius, Bielefeld & Locarno, S.49.

Körper ein, sodass wir von verkörperten Kognitionen sprechen können.⁵⁶

Auch die Funktionelle Entspannung (FE), die ich lange praktiziert habe und immer wieder einbinde, ist eine in diesem Sinne ganzheitliche Therapie, ein „spürsinniges“ Verfahren, das wichtige Konzepte wie Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit und Bewusstheit auf dem Hintergrund eines tiefen Vertrauens, dass der Körper, wenn man ihn lässt bzw. ihm unaufdringliche Hinweise zur Erforschung seines Seins gibt, sich selbst heilsam reorganisieren kann.

Die Grundhaltung der FE ist eine des Sich-Hinwendens zu den körperlichen bzw. leiblichen, lebendigen Prozessen. Das Sich-Spüren geschieht aufmerksam und dennoch gelassen und absichtslos, leicht neugierig für das, was gespürt werden kann. Auftauchende Gedanken, Bilder, Bewegungen, Erinnerungen, Gefühle, Worte etc. werden dialogisch, den Selbstentwicklungsprozess begleitend und vertiefend, einbezogen.

FE ist, wenn man so will, eine leibliche De-Konstruktion von leiblicher Problemrance

und gleichzeitig über ein Wahrnehmen, Erfassen und Begreifen bis hin zu lösenden Veränderungen eine neue Konstruktion bzw. auch Re-Konstruktion von Selbstempfinden und Selbstempfindungsmöglichkeiten.

Zum Beispiel wird in der FE der Atem wenig bis nicht direkt beeinflusst, er (bzw. das ihm mitsteuernde Zwerchfell) darf auf die atembundenen Bewegungs- oder auch nur Aufmerksamkeitslenkungsimpulse autonom, unkontrolliert, aus sich heraus reagieren. Der Atemrhythmus „findet“ sich dabei und löst sich und dann auch anderes im Körper aus unbewussten psychovegetativen Fehlsteuerungen.

Wie wichtig der FE die Selbststeuerung des Systems bzw. damit auch das Vertrauen in die eigenen Heilungskompetenzen ist, zeigt ein engagiertes Zitat von *Karl Robert Rosa & Lotte Rosa-Wolff*⁵⁷: „Atemdressuren von einfallsarmer Direktheit und mechanischer Plumpheit werden kranken Menschen auferlegt als Atemübungen von zweifelhaftem therapeutischem Wert. Der unbefangene Mensch, ob krank oder gesund, immer angetrieben von der Perfektion „richtig atmen“ und „gesund atmen“, verliert unter solchen von außen angebotenen und

56 Gernot Hauke & Mirta Dall'Occhio (2015): Emotionale Aktivierungstherapie (EAT) – Embodimenttechniken im Emotionalen Feld, Schattauer, Stuttgart, S. 24;
Die Autor*innen arbeiten auch (ein lesenswertes Kapitel) die Polyvagaltheorie von *Porges* in ihr Konzept ein;

57 Karl Robert Rosa, & Lotte Rosa-Wolff (1976): Psychosomatische Selbstregulation. Grundlagen und Technik der Funktionellen Entspannung. Stuttgart, Hippokrates Verlag; S. 10

schließlich verinnerlichten Leistungsnormen den letzten Rest seiner Ursprünglichkeit.“

Wie ich auch aus eigener Erfahrung weiß, findet eine „Leibintegration“, eine „Selbstverleiblichung“, ein „Ganz-Werden“ oder wie man das sonst nennen soll, oftmals vertieft erst in passenden Behandlungen, „Trainings“ oder Selbsterfahrungssettings statt. Das Entdecken des Lebens im Leib, der eigenen Spürsinnigkeit, des Teilhabenkönnens an den Geschenken und Gaben des Atemrhythmus will auch gefunden, gelernt, wiederholt werden.

FE führt so, wenn auch zeitlich weitaus gedehnter, ebenfalls zur Hemmung der amygdalalen Hyperarousals und zur Möglichkeit einer benignen Re- und Neuorganisation der neuronalen Informationsverknüpfungen.

L!fT ist in meiner Sicht tatsächlich auch ein ganzheitliches Verfahren, eine „Leibtherapie“, eine Behandlung des, so die Integrative Therapie, *Körper-Seele-Geist Wesens im sozialen und ökologischen Kontext*⁵⁸.

Es werden konflikt- und zielspezifische Körperhaltungen, Sprache, Atmung, Emotionen, Gedanken, Bewegungen, soziale Beziehungen und was es alles mehr gibt, beachtet, vertieft, als

Einzelnes und Ganzes gewürdigt – und die Behandlung endet, was häufig sehr berührend ist, mit einem ganzheitlichen, einem *leiblichen Wohlgefühl* „*vitaler Evidenz*“.

58 Siehe auch: Dorothea Rahm, Hilka Otte, Susanne Bosse, Hannelore Ruhe-Hollenbach (1993): Einführung in die Integrative Therapie

– Grundlagen und Praxis. Junfermann-Verlag, Paderborn, Kap. Anthropologie

9. Nachsatz: Psychodynamik, Verdrängung, Hypnose und L!fT

Der Gedanke könnte nahe liegen, dass im L!fT-Prozess oder bei ähnlich arbeitenden Verfahren nur eine Art „tiefere“ Verdrängung stattfindet, dass also auf eine therapeutisch gestützte elaborierte Art und Weise die Abwehrleistungen des Selbstsystems, die Sortier- und Verarbeitungsleistung hinsichtlich schwieriger Daten „verbessert“ wird, ohne dass sich tatsächlich etwas (Konflikte, Ängste, ...) „wirklich“ gelöst hätte.

Auf diesen möglichen Einwurf möchte ich etwas ausführlicher eingehen.

Unsere zahlreichen Abwehr- bzw. besser: Bewältigungsmechanismen sind zwar im Alltag sozusagen überlebenswichtig (ohne sie wären wir vermutlich überwiegend verstört, konfus und überfordert), sie sollten jedoch keine „neurotischen“ Qualitäten bzw. Quantitäten entwickeln.

Innerhalb psychotherapeutischer Prozesse (gleich welcher Therapieschule – egal, ob es den Therapeut*innen bewusst ist oder nicht)

geht es immer um eine Auseinandersetzung mit und letztlich Lösung von sozusagen „überzogenen“ Bewältigungsversuchen. Überzogen, weil sie nicht mehr dem Funktionieren des Selbstsystems dienlich sind, sondern sich zu deutlichen Behinderungen in der Entfaltung von Lebensmöglichkeiten entwickelt haben.

Moshe Feldenkrais nennt sie „parasitär“⁵⁹ – also auf gut deutsch: überflüssig, feindlich und schwächend.

Ich habe 2003⁶⁰ genau in diesem Sinne ein Buch über die katastrophalen Folgen von Zähneknirschen und Zähnepressen (Bruxismus, CMD) verfasst und diese abwehrgesteuerten Manipulationen des Kiefers im Sinne von *A. Flammer*⁶¹ als kontrollillusionäre Kontrollscripte beschrieben, als situativ hilfreichen, auf Dauer jedoch zerstörerischen Abwehrversuch. „Unter *Abwehr* verstehen wir alle intrapsychischen Operationen, die darauf abzielen, unlustvolle Gefühle, Affekte, Wahrnehmungen etc. vom Bewusstsein fernzuhalten bzw. sie „in Schach zu halten“. [...] Wir begreifen sie heute

59 Nach: Claus Bühler (2017): In Bewegung; S. 17

60 Jürgen Abresch (2003): Zähneknirschen, Zähnepressen, Kiefer- und Kopfschmerzen, Mondstein-Verlag, Pohlheim

61 August Flammer (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Toronto

als habituelle, unbewußt ablaufende Vorgänge, die zwar primär Ich-Funktionen mit Schutz- und Bewältigungsaufgaben darstellen, die jedoch im Rahmen der neurotischen Konfliktverarbeitung letztlich *dysfunktional* werden. [...] der Konflikt wird nur pseudogelöst. Die aus dem Bewußtsein verdrängten kognitiven und emotionalen Inhalte bleiben trotzdem aktiv und zwingen zu immer intensiveren und komplizierteren „Abwehrmaßnahmen“. [...] Der Begriff der (neurotischen) Abwehr beinhaltet zunächst nur einen „Schutz“ vor Unlustvollem durch Verdrängung und andere unbewußt machenden Operationen. Im Laufe der Zeit jedoch erfuh die Bedeutung des Terminus eine implizite Erweiterung: Es geht nicht nur um das Unbewußtmachen, sondern gleichzeitig und parallel dazu um eine (oft kompromißhafte oder auf jeden Fall sehr indirekte, symbolische, versteckte, verwandelte) *Befriedigung* oder *Reparation*. So dient z. B. die Konversion nicht nur der Unbewußtmachung, sondern auch der direkten Abfuhr oder der indirekten Ausdrucksgebung des Verdrängten. Die Resomatisierung des Wutaffektes in einer Muskelspannung, in Kopfschmerzen oder Bluthochdruck dient nicht nur der Unbewußtmachung dieses Affektes, sondern auch der Entladung.⁶²

62 Stavros Mentzos (1984): Neurotische Konfliktverarbeitung, Fischer, Frankfurt, S.60f

63 Stavros Mentzos (2009): Lehrbuch der Psychodynamik – Die Funktion der Dysfunktionalität

„Am besten hat sich eine Einteilung der Abwehrmechanismen [...] nach dem Grad der Reife bewährt. [...] Pragmatisch läßt sich der Grad der Unreife eines Abwehrmechanismus aber schneller dadurch abschätzen, was ein Abwehrvorgang den psychophysischen Organismus „kostet“, das heißt: Welche Art und welches Ausmaß von Nachteilen sind es, die für diese Abwehr – um die intrapsychischen Spannungen zu reduzieren und dadurch Angst, Scham, Schuld etc. zu mildern – in Kauf genommen werden müssen? Ist also im Abwehrvorgang beispielsweise eine kleinere oder größere Vernachlässigung der Realität, eine kleine oder größere Einschränkung der Freiheitsgrade usw. impliziert?“⁶³

Mit Abwehr und Widerstand (gegen eine Schwächung der Abwehr durch therapeutische Interventionen jedweder Art) gehen die unterschiedlichen Therapieschulen (die sich häufig an der Beantwortung dieser Frage voneinander geschieden haben) sehr unterschiedlich um.

Eine, meiner Ansicht nach, Extremvariante wurde von *Habib Davanloo*⁶⁴ entwickelt. Er (wie nicht wenige Psychodynamiker) fokussiert darauf, „den Patienten zu bewegen, seine wahren

psychischer Störungen, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 45

64 *Habib Davanloo* (1995): Der Schlüssel zum Unbewußten – Die intensive psychodynamische Kurztherapie, München, Pfeiffer, S. 7ff

ren Gefühle zu erleben, aber das kann nur erreicht werden durch Überwindung des Widerstandes. [...] Das Phänomen des Widerstandes [...] ist die unvermeidliche Konsequenz jenes grundsätzlichen Mechanismus, der den Neurosen zugrunde liegt, nämlich die Verdrängung von Gefühlen, die schmerzhaft oder nicht akzeptierbar sind. Dies führt dazu, dass der Patient um jeden Preis zu verhindern sucht, dass diese Gefühle an die Oberfläche gebracht werden. Widerstand ist eine sehr starke Kraft, und der Therapeut muß sich damit auseinandersetzen, wie er Kräfte dagegen mobilisieren kann. Breuers Lösung, die später von Freud übernommen wurde, war es, die Kraft der hypnotischen Suggestion zu benutzen. Als Freud dies unbefriedigend fand [...]"

„Ich glaube, [...] daß der wichtigste Faktor [für therapeutischen Erfolg] ist, daß der Patient seine wahren Gefühle hinsichtlich Gegenwart und Vergangenheit erfährt.“ (ebd.)

Von dieser in vielen Teilen schmerzhaften und leidvollen Rekonstruktion des biographischen Gewordenseins in dutzenden bis hunderten Therapiestunden wendet sich L!fT entschieden ab – eigentlich ist diese Abwendung der Hauptgrund für die Entwicklung und Praktizierung dieses Verfahrens. Kritiker*innen könnten sagen, wir L!fT-Therapeut*innen wären voll im Widerstand be- und gefangen.

Und nicht nur das, denn es finde ja ein weiterer Rückfall in eigentlich Überwundenes statt,

denn L!fT nutzt Trancephänomene, also letztendlich auch Hypnose (s.u.).

Anna Freud schrieb über die „hypnotische Technik der voranalytischen Periode“ die folgenden interessanten Zeilen: „In der hypnotischen Technik der voranalytischen Periode war die Rolle des Ichs noch eine durchaus negative. Absicht war die Erfassung der Inhalte des Unbewußten, das Ich galt dabei nur als Störung. Daß man mit Hilfe der Hypnose das Ich des Patienten ausschalten oder doch überwältigen konnte, war schon bekannt. Neu war an der Technik, die in den „Studien über Hysterie“ beschrieben ist, dass man diese Ausschaltung des Ichs benutzen konnte, um dem Arzt den Zugang zum Unbewußten – dem heutigen Es – des Patienten zu eröffnen, der bis dahin durch das Ich verlegt war. Die Aufdeckung des Unbewußten war also das ersehnte Ziel, das Ich die Störung, die Hypnose das Mittel zur zeitweisen Beseitigung des Störenden. Der Arzt verschafft dem in der Hypnose erfaßten Stück des Unbewußten den Zutritt zum Ich, und diese erzwungene Bewußtmachung wirkt lösend auf das Symptom. Aber das Ich ist in den therapeutischen Prozeß nicht mit einbezogen. Es duldet den Eindringling nur, solange der Einfluß des Arztes fortwirkt, der die Hypnose durchgeführt hat. Dann revoltiert es, beginnt einen neuen Abwehrkampf gegen das ihm aufgenötigte Stück des Es und zerstört damit den mühsam erreichten therapeutischen Erfolg. Auf diese Weise wird der größte Triumph der hypnotischen Technik, die restlose Beseitigung des Ichs für die Dauer der Ausforschung, zur

Störung für den Dauererfolg und führt zur Enttäuschung an ihr.“⁶⁵

Im L!fTen wird, wie meist in der inzwischen weltweit wiederaufgelebten und erweiterten Hypnotherapie überhaupt, tatsächlich nicht nur auf eine „Aufdeckung des Unbewußten“ und auf eine „Brechung des Widerstandes“ verzichtet.

Es werden nur kurz angeschaute und beschriebene Repräsentanten des Leids (allerdings mit der Zuspitzung auf einen Kernstress, einen Grundkonflikt, eine Grundangst, ...) quasi aufgelistet, damit in das Bewusstsein bzw. den „Arbeitsspeicher“ gehoben und anschließend durch die neurowissenschaftlich begründbaren Techniken im weiteren Prozessverlauf in ihren negativen, belastenden „Ladungen“ deutlich reduziert, mitunter auch neutralisiert, nur noch schwerlich auffindbar verknüpft.

Die bipolar dar- und angebotene, bilateral unterstützte sowie hypnotherapeutisch eingeprägte „Wohlfühlalternative“ setzt sich im situativen Aufmerksamkeitsfokus nicht nur vor und über das „entkräftete“ Leid, sondern verdrängt (oder ersetzt) in den Gedächtnisspeicherungen sowie ihren triggerbaren Abrufwegen partiell die früheren Engramme.

Diese sind nicht „gelöscht“, jedoch „entladen“ und weder durch Trigger so unmittelbar wie zuvor auffindbar noch in ihrer Schmerzladung reaktivierbar.

In der sich gegenseitig beeinflussenden Wirkung von EMDR- und Trance- sowie Interferenzphänomenen finden Umstrukturierungen im neuronalen Netzwerk statt, die nicht mehr als „Verdrängung“ bezeichnet werden können.

Dies, weil einerseits die „Leidbelastung“, also der „Verdrängungsdruck“ deutlich reduziert und „entladen“ ist und die biographischen Erinnerungen, wenn gewollt, zugelassen oder sogar stressfrei aufgesucht werden können.

Und weil andererseits, v. a. durch prägende Tranceeffekte, der Zugang zu den Ressourcen-, Lösungs- und Wohlfühlengrammen zugänglicher, leichter auffindbar, weniger störbar geworden ist.

L!fT ist, wenn man so will, keine im eigentlichen Sinne psychodynamische Behandlungsform, weil weder das Bewusstmachen von Verdrängtem noch der Kampf mit dem Widerstand von größerer Bedeutung ist. Das ehemals Verdrängte wird bereits im therapeutischen Prozess dank der Prozessvariablen in seiner

⁶⁵ Anna Freud (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Nach der Kindler-TB-Ausgabe, München 2001, S. 12f

„Leidladung“ entlastet, wodurch der Verdrängungsdruck sich erheblich reduziert. So stellt sich auch die Frage des „Widerstandes“ nur noch marginal, er muss seine Schutzwirkung nicht mehr oder kaum noch entfalten, wird einfach überflüssig.

Literaturverzeichnis

Abresch, Jürgen (1998): Über das Berührtsein – Annäherungen an einen psychosomatischen Erlebensweg des Heiler-Werdens. In: A.F.E. Intern – Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft für Funktionelle Entspannung (Heft 26, 1998), Erlangen

Abresch, Jürgen (2003): Zähneknirschen, Zähnepressen, Kiefer- & Kopfschmerzen – Annäherungsversuch an eine integrative und „biopsychosoziale“ Sicht und Selbstbehandlung; Mondstein-Verlag, Pohlheim

Bering, Robert (2008): Neurobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: *Fischer, Gottfried & Schay, Peter* (Hrsg.): Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Bongartz, Walter & Bongartz, Bärbel (2000): Hypnosetherapie. Hogrefe, Göttingen

Bühler, Claus (2018): In Bewegung – Ein autobiographischer Zugang zu Körpererfahrung, Selbststeuerung und Bewegungskunst. Edition Noack & Block, Berlin

Bösel, Rainer (2016): Wie das Gehirn „Wirklichkeit“ konstruiert. Kohlhammer, Stuttgart

Deb, Dana (2018): Die Polyvagal-Theorie in der Therapie. G. P. Probst Verlag, Lichtenau/Westfalen

Ecker, Bruce & Ticic, Robin & Hully, Laurel (2016): Der Schlüssel zum emotionalen Gehirn. Junfermann, Paderborn

Flammer, August (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Toronto

Güntürkün, Onur (2018): Unser Gehirn – Wie wir denken, lernen und fühlen. ZEIT Akademie, Hamburg

Halsband, Ulrike (2009): Neurologie der Hypnose. In: *Revenstorff, Dirk / Peter, Burkhard* (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Heidelberg

Halsband, Ulrike & Hinterberger, Thilo (2010): Veränderungen der Plastizität im Gehirn unter Hypnose. In: Hypnose-ZHH, 5/2010 (1&2)

Hauke, Gernot & Dall'Occhio, Mirta (2015): Emotionale Aktivierungstherapie (EAT) – Embodimenttechniken im emotionalen Feld. Schattauer, Stuttgart

Hartman, Woltemade (2009): Eye Movement Integration. Auditorium Netzwerk, Heidelberg

Heinl, Hildegund & Heinl, Peter (2004): Körperschmerz – Seelenschmerz, Die Psychosomatik des Bewegungssystemns – Ein Leitfaden; Kösel, München

Hofmann, Arne (2014): EMDR. Thieme, Stuttgart

Huber, Michaela (2004): Wege der Traumabehandlung, Teil 2. Junferman, Paderborn

Jacobs, Stefan & de Jong, Anna (2007): EMDR und Biofeedback in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen – ein neuropsychotherapeutisches Programm. Hogrefe, Göttingen

Jatzko, Alexander (2017): Was passiert bei EMDR im Gehirn wirklich? - Aktuelle Befunde der Bildgebung. Vortrag auf dem EMDRIA-Tag 2017 in Bonn. DVD Auditorium Netzwerk

Levine, Peter A. (2012): Sprache ohne Worte. Kösel-Verlag, München

Levine, Peter A. (2012): Vom Trauma befreien. Kösel-Verlag, München

Levine, Peter A. / Frederick, Ann (1998): Traumaheilung. Synthesis, Essen

Mc Culoch, Jr. James P. (2006): Psychotherapie der chronischen Depression. Urban & Fischer, München

Meichenbaum, Donald (2003): Interventionen bei Stress. Verlag Hans Huber, Bern

Petzold, Hilarion (1988): Die „vier“ Wege der Heilung in der Integrativen Therapie. In: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie – ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Bd I/2. Junferman, Paderborn.

Petzold, Hilarion (1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 1. Klinische Philosophie. Junferman, Paderborn

Petzold, Hilarion (1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 2. Klinische Theorie. Junferman, Paderborn

Porges, Stephen W. (2018): Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit. G. P. Probst-Verlag, Lichtenau/Westfalen

Plassmann, Reinhard (2008): Stationäre Psychotherapie mit essgestörten Patientinnen: die bipolare EMDR-Technik. in: *Rost, Christine* (Hrsg): Ressourcenarbeit mit EMDR. Junfermann, Paderborn

Precht, Anke (2017): Gelassen powern. Kösel, München

Rahm, Dorothea & Meggyersy, Szilvia (Hrsg) (2019): Somatische Erfahrungen in der psychotherapeutischen und körpertherapeutischen Traumabehandlung. G.P. Probst-Verlag, Lichtenau/Westfalen

Rahm, Dorothea & Otte, Hilka & Bosse, Susanne & Ruhe-Hollenbach (1993): Einführung in die Integrative Therapie – Grundlagen und Praxis. Junferman, Paderborn

Revenstorf, Dirk (2009): Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnose. *in: Revenstorf, Dirk & Peter, Burkhardt* (Hrsg)(2009): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Heidelberg

Rosa, Karl Robert & Rosa-Wolff, Lotte (1976): Psychosomatische Selbstregulation. Grundlagen und Technik der Funktionellen Entspannung. Hippokrates, Stuttgart

Rosenberg, Stanley (2018): Der Selbstheilungsnerv – So bringt der Vagus-Nerv Psyche und Körper ins Gleichgewicht, VAK-Verlag, Kirchzarten bei Freiburg

Rost, Christine (Hrsg): Ressourcenarbeit mit EMDR. Junferman, Paderborn.

Rost, Christine & Arne Hofmann & Dorothee Lansch (2014): Veränderung der Focussierung. In: *Arne Hofmann*: EMDR, Thieme, Stuttgart

Roth, Gerhard & Strüber, Nicole (2011): Wie das Gehirn die Seele macht. Klett-Cotta, Stuttgart

Rullkötter, Nina (2008): Interferenzkontrolle bei Borderline Persönlichkeitsstörung: Der individuelle emotionale Stroop-Test im fMRT. Universität Bielefeld, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Abteilung für Psychologie

Sack, Martin (2013): Schonende Traumatherapie. Schattauer, Stuttgart

Scaer, Robert (2017): Acht Schlüssel zur Gehirn-Körper Balance. G. P. Probst-Verlag, Lichtenau/Westfalen

Schneider, Edith & Krombholz, Andreas (2013): Frequenzbandtraining. In: *Haus, A.L.* et al: Praxisbuch Biofeedback und Neurofeedback. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg

Schuch, Waldemar (2007): Was bleibt: Leib, Intersubjektivität, Hominität. In: *Sieper, Johanna & Orth, Ilse & Schuch, Waldemar* (Hrsg): Neue Wege Integrativer Therapie. Edition Sirius, Bielefeld & Locarno

Sittig, Karl-Josef (2011): Hypnosystemisches, ressourcenfokussiertes REMDR, REP und die Idee der Interferenz. in: *Leeb, W.A. & Trenkle, B. / & Weckenmann, M.F.*: Der Realitätenkellner, hypnosystemische Konzepte in Beratung, Supervision und Coaching. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg

Sittig, Karl-Josef (2018): Konstruktive Sprache. In: *Kaiser Rekkas, Agnes* (Hrsg): Hypnose und Hypnotherapie. Manual. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg

Stern, Daniel (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart

Storch, Maja & Cantiene, Benita & Hüther, Gerald & Tschacher, Wolfgang (2017): Embodiment – Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Hogrefe, Bern

Strauß, Bernhard (2019): Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin? In: *Psychotherapeutenjournal* 1/2019, Heidelberg

Strik, Werner & Dierks, Thomas (2011): Biologische Psychopathologie. Kohlhammer, Stuttgart

Teismann, Tobias & Margraf, Jürgen (2013): Exposition und Konfrontation. Hogrefe, Göttingen.

Vaitl, Dieter & Petermann, Franz (2000): Entspannungsverfahren. Beltz PVU, Weinheim

van der Kolk, Bessel (2015): Verkörperter Schrecken. G. P. Probst-Verlag, Lichtenau/Westfalen

Wiggers, Andreas (2017): Vom Einsamen zum Geselligen. In: *Suggestionen*, offizielles Organ

der DGH, Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V., Coesfeld

Wolfangel, Eva (2019): Die Seele auf der Zunge, DIE ZEIT 7/2019, Hamburg