

Anete Carvalho-Garten, Hans Garten

Posttraumatische Belastungsreaktion: Therapie mit NFA und NLP

Zusammenfassung

Der Artikel beschreibt anhand eines Fallbeispiels die multimodale zweiwöchige Intensivtherapie einer posttraumatischen Belastungsreaktion nach Missbrauch. Die Rehabilitation erfolgte nach den Prinzipien des Funktionellen Neuromuskulären Assessments (NFA) und des Neuro-linguistischen Programmierens (NLP). Manualmedizinische Maßnahmen wurden ebenso verwendet wie physikalische und visuelle Übungsprogramme.

Das Krankheitsbild wird ebenso wie ein neurologisches Modell des Syndroms und traditionelle schulmedizinische Therapieansätze beschrieben. Die Symptomatik und die Suizidgefahr konnten beseitigt und die Lebensqualität wesentlich verbessert werden. Eine neue Lebensperspektive konnte entwickelt werden. Psychosomatische Krankheitsbilder haben ein emotionales und ein körperliches (neurologisches) Äquivalent, die beide gleichzeitig adressiert werden müssen, um zu einem effizienten Therapieverlauf zu kommen.

Schlüsselwörter

Angststörung, Posttraumatische Belastungsreaktion, NLP, EMDR, Zeitlinie, Neuprägung

Abstract

The article describes a case of multimodal intensive care of a post traumatic stress disorder following abuse, using rehabilitation protocols according to the principles of Neuromuscular Functional Assessment (NFA) and Neuro-linguistic Programming (NLP). Chiropractic techniques were used as well as physical and visual rehabilitation exercises.

The disorder and a neurological model of it are described as well as clinical treatment strategies.

As a result the symptoms could be alleviated during an intensive treatment period of two weeks, the suicidal tendency could be abolished and a much better quality of life could be achieved. A new perspective for life could be developed.

Psychosomatic disorders have an emotional and a physical (neurological) equivalent, which both have to be addressed in order to yield an efficient course of therapy.

Keywords

Anxiety disorder, Post Traumatic Stress Disorder, NLP, EMDR, Time Line, Re-Imprinting

Einleitung

Der Fall wird hier dargestellt, da viele ähnliche Fälle als reine Schmerzsyndrome („Fibromyalgie-Syndrom“), Depressionen oder ähnliches in der Praxis erscheinen können, da die Traumata den Patienten entweder als Ursache nicht bewusst sind oder aber aus Scham verschwiegen werden. Nicht immer liegt die Ursache so deutlich auf der Hand wie in diesem Fall. Der Therapeut, der sich mit Schmerztherapie und neurologischen sowie neuropsychologischen Störungen beschäftigt (inkl. ADS, ADHS) muss das Krankheitsbild kennen, über die notwendigen Kenntnisse psychosomatischer Exploration verfügen und, wenn er nicht über das entsprechende therapeutische Rüstzeug verfügt, gezielt weiter verweisen.

Posttraumatische Belastungsstörung

ICD-10: F 43.1, Synonyme: PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung, PTSD – Post Traumatic Stress Disorder

Unter diesen Begriffen wird eine verzögerte Reaktion auf ein belasten-

des Ereignis oder eine außergewöhnliche Bedrohung gesehen, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Oft treten die Reaktionen erst Monate bis Jahre nach dem Ereignis auf. Ereignisse, die eine posttraumatische Belastungsstörung hervorrufen können, sind z. B. Krieg, schwere Unfälle, Opfer eines Verbrechens, sexueller Missbrauch, Folter, Naturkatastrophen, Chemieunfälle, Brände etc. Man schätzt heute, dass etwa 40 bis 60 Prozent aller Menschen irgendwann in ihrem Leben einmal das Opfer eines traumatischen Erlebnisses werden.

Besonders häufig betroffen von solchen Ereignissen sind bestimmte Berufsgruppen, z. B. Feuerwehrleute, Ärzte und Notfallhelfer, Polizisten. Ein Lokomotivführer muss rein statistisch im Laufe seines Berufslebens mit mehreren Suizidversuchen rechnen, eine eindrucksvolle Darstellung findet sich z.B. unter [HYPERLINK „http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/posttrauma2.html“](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/posttrauma2.html) <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/posttrauma2.html> Weiter Angaben sind zu finden unter: Leitlinien Psychotherapeutische

Medizin und Psychosomatik, HYPERLINK „<http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/051-010.htm>“ <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/051-010.htm>

Typische Beschwerden

Körperliche Symptome

Schmerzen in verschiedenen Körperregionen sind typische Symptome, dazu kommen Magen-Darmprobleme, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Herzrasen, Schwitzen, Schreckhaftigkeit, sowie erhöhte Krankheitsanfälligkeit.

Emotionale Reaktionen

Diese variieren naturgemäß individuell von Opfer zu Opfer. Im Vordergrund stehen jedoch meist emotionale Reaktionen, z. B. ständiges Wiedererleben des Traumas in Form von Alpträumen oder quälenden aufdringlichen Erinnerungen während des Tages, oder aber die Betroffenen fühlen sich „emotional taub“, aus dem sozialen Kontext gerissen und von Personen entfremdet, denen sie vor dem Ereignis nahe standen. Auch depressive Stimmung, Zweifel, Ängstlichkeit, Hilflosigkeit, häufige Stimmungsschwankungen und Verleugnung sind typische Symptome der PTBS. Viele Betroffene verlieren das Interesse an Dingen und Aktivitäten, die ihnen früher Freude machten und isolieren sich von ihrer Umwelt. Sie sind ständig „auf der Hut“, haben ein erhöhtes Bedürfnis die Umwelt oder Andere zu kontrollieren, sind unruhig und übervorsichtig, gleichzeitig auch leicht reizbar, aggressiver als früher oder sogar gewalttätig. Es können Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten auftreten, genauso wie plötzliches Weinen und Gefühle der Verdorbenheit, des Ruiniertseins, der Erniedrigung und der Schuld.

Dingen oder Situationen zu begegnen, die an das Erlebnis erinnern, kann sehr belastend für die Betroffenen sein, was häufig dazu führt, dass bestimmte Orte und Situationen vermieden werden. Auch der Jahrestag des Ereignisses bringt oft schon weit vor dem Tag starke Ängste und andere negative Gefühle mit sich.

Neurologisches Modell

Stress und Traumata

Stress führt zu Corticotropin Releasing Factor (CRF)-Produktion, was zur Depression von Hippocampus-Funktionen und präfrontaler Funktionen, u.a. der Verarbeitung von Erinnerungen führt. Das bedeutet, dass unter Stress emotionale Erlebnisse abgespeichert werden, ohne dass eine Verarbeitung der Bedeutung in Raum und Zeit möglich ist.

Amygdala

Die Amygdala erhält die sensorischen Informationen direkt vom Thalamus. Ein zweites Signal geht zum Kortex. Die Amygdala antwortet

also vor dem Neokortex, da dort die Informationen multisynaptisch in vielen Etappen prozessiert werden.

Die Amygdala kann unter Umgehung des Neokortex arbeiten, d.h. emotionale Reaktionen können ohne bewusste Wahrnehmung und Kontrolle ablaufen. Die Impulse der Amygdala führen zu einer Stimulation des Sympathikus und des Nebennierenmarks sowie des kranialen Parasympathikus (Vagus-Reaktionen).

Dieser Amygdala-Arousal verstärkt die emotionale Erinnerung.

Hippocampus

Der Hippocampus erinnert die trockenen Fakten, kann die analytische Bedeutung der Erinnerung speichern.

Der Hippocampus ist das „Tor“ des limbischen Systems, wo Informationen vom Kortex verarbeitet werden und ins limbische System eingespeist werden, wo sie mit Emotionen gefärbt werden.

Präfrontaler Kortex

Der **linke präfrontale Kortex** ist für das „Arbeitsgedächtnis“ verantwortlich und ist so etwas wie der Dämpfungsschalter emotionaler und sensorischer Eindrücke. Er liefert eine analytischere und besser angepasste Betrachtungsweise unserer emotionalen Impulse, indem er die Amygdala und anderer limbischer Regionen moduliert.

Signale der Amygdala, welche Angst, Schreck und Furcht beinhalten, können die Fähigkeit des präfrontalen Kortex, das Arbeitsgedächtnis und emotionale Homöostase zu erhalten, sabotieren (s.o.). Der linke Kortex kann nach der Literatur bei Stressreaktionen supprimiert sein. Bei Traumata kommt es durch massive Noradrenalin-Stimulation der Amygdala zu einer Potenzierung des emotionalen Erlebnisses bei gleichzeitiger Suppression des präfrontalen Kortex, was zu einer verminderten Analyse und Bewertung der emotionalen Erlebnisse führt. Es werden dann Bilder und sensomotorische Qualitäten gespeichert. Dies ist zwar für Schutz- und Fluchtmechanismen geeignet, beeinträchtigt jedoch die Adaptation für das normale Erleben. Der linke Kortex, der supprimiert ist, kann seine Aufgabe der Kontrolle des rechten präfrontalen Kortex und der rechtsseitigen limbischen Strukturen nicht wahrnehmen.

Der rechte präfrontale Kortex ist für das emotionale Erleben verantwortlich.

Bei Personen, die einen Missbrauch erlitten haben, wurde während des Erinnerungserlebens eine vermehrte Rechtshirnaktivität und verminderte Linkshirnaktivität gefunden.

Ein spezieller Aspekt von kindlichem Missbrauch ist der, dass die Amygdala (emotionales Erinnern) sehr früh reift, während der Hippocampus und Neocortex, welche für die Analyse und Verarbeitung zuständig sind, spät reifen. Dies entspricht in der Auswirkung dem postulierten Mechanismus des Posttraumatischen Stress Syndroms. ►

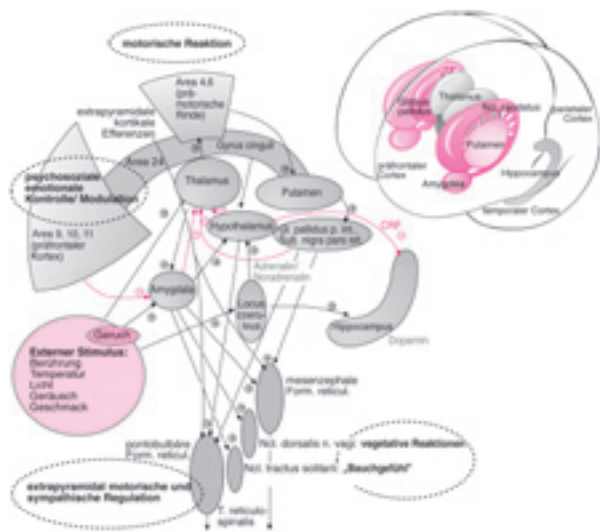


Abb. 1: Neurologisches Modell der posttraumatischen Belastungsreaktion aus [5], angelehnt an [1]. Herauszuheben sind vereinfachend folgende Mechanismen: Die Amygdala und der Kortex erhalten vom Thalamus sensorischen Input. Der Hippocampus hat Verbindung zu verschiedenen Assoziationsarealen des Kortex. Die Amygdala ist Speicher emotionalen und „viszeralen“ Erlebens und Erinnerung und wird vom präfrontalen Kortex moduliert. Der Hippocampus speichert analysierte Erinnerungen. Physikalischer, chemischer und thermischer Stress stimuliert primär den Thalamus, dieser seinerseits den Hypothalamus. Das führt zur Hippocampus-Suppression (über Corticotropin-Releasing-Factor, CRF). Emotionaler Stress wird direkt aus dem präfrontalen medialen (zingulären) Kortex den Hypothalamus stimulieren. Depressionen führen zur Enthemmung der Amygdala. Beides resultiert in einem Überwiegen von „viszeralem“ Erleben, was nicht bewusst kontrollierbar ist und durch unspezifische Stimuli getriggert werden kann.

Behandlung

Anxiolytika und Antidepressiva können akute Beschwerden lindern. Schmerzzustände können potenziell Morphin-pflichtig sein. Schwerpunkt aber bilden psychotherapeutische Verfahren, die es ermöglichen sollen, dass Betroffene ihre Gefühle und Ängste aussprechen und lernen, diese zu bewältigen. Klassische, etablierte Verfahren, sind Verfahren der Angstbewältigung, Entspannungstechniken, Biofeedbackverfahren, Konfrontationsverfahren zur Auseinandersetzung mit Angst und Erinnerungen (Verhaltenstherapie). Die moderneren Verfahren sind unserer Erfahrung nach unentbehrlich und sehr wirksam. Hierzu gehören: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing [8] und nicht zuletzt das NLP (s.u.).

Methodenbeschreibung

Neuro-Linguistisches Programmieren

NLP (Neuro-Linguistisches Programmieren) ist ein Modell, das die Wahrnehmung und Handlungsprozesse von Menschen, ihre Denkweisen und Verhaltensweisen erforscht, beschreibt und erweitert. Das Verständnis der inneren Welt des Denkens und Handelns, ermöglicht eine Erweiterung des Handlungsspielraums, das Ablegen von alten sowie Erlernen von neuen Mustern und Verhaltensweisen. Ziel-orientierte Lösungen werden erarbeitet und Ressourcen aktiviert. NLP wurde Anfang der 70er Jahre durch Richard Bandler und John Grinder vor allem im psychotherapeutischen Kontext (Hypnose, Gestalt- und Familientherapie) entwickelt. Die Techniken des NLP werden inzwischen (fast) weltweit in unendlich vielen Bereichen der Psychotherapie, des Coaching und der Beratung eingesetzt. Das Spektrum reicht von Psychologie und Pädagogik über Management und Verkauf bis hin zu den Künsten und zum Hochleistungssport. Der Einstieg und die erfolgreiche Verbreitung in der Psychotherapie begründen sich in der Effizienz und der kurzen Behandlungszeit bei Phobien und Traumata. Besondere Beachtung findet NLP in letzter Zeit auch im Gesundheitsbereich durch seine großen Erfolge z.B. bei der Behandlung von Allergien und schweren bis schwersten Krankheiten (Krebs, MS). Literatur: [2, 3, 6, 7]

Funktionelles neuromuskuläres Assessment

Die Untersuchung motorischer Antworten auf diagnostische Reize sind Standardwerkzeuge der klinischen Neurologie. Teilweise sind diese skelettmotorisch, teilweise viszeromotorisch (Gefäßtonus, Schweißsekretion etc.): Pupillenreaktion auf Lichtreize, Muskeleigenreflexe, Beurteilung des Tonus von Arterien am Augenhintergrund, Nystagmus als Reaktion vestibulärer Provokation sind solche motorischen Antworten auf diagnostische Provokation hin. Dazu sollte die manuelle Testung großer Skelettmuskeln, wie in der Applied Kinesiology üblich, kommen. Die Gesamtheit der Methodologie stellt das Neuromuskuläre Funktionelle Assessment (NFA) dar. Die Methodik erlaubt spezifische funktionelle neurologische Rehabilitationsprogramme zu entwickeln und in ihrer Wirkung zu kontrollieren. In diesem Falle wurde das Rehabilitationsprogramm verwendet, um die Schmerzsymptomatik und die Depression neben der psychotherapeutischen Intervention zu beseitigen.

Fallbeschreibung

Anamnese

Patientin geb. 1961, Erstvorstellung 8. 12. 2006

Die Patientin war ein unerwünschtes Kind und erlebte ihre Kindheit

ohne Schutz und Geborgenheit durch die Eltern. Sie wurde von der Mutter geprügelt und bekam von ihr die Botschaft, sie sei Schuld an deren schweren Leben und dafür müsste sie bezahlen.

In der Pubertät entwickelte sie eine Anorexia nervosa, und bekam schon im Alter von 20 Jahren ihre erste Psychotherapie. Sie heiratete Anfang 20 einen Mann mit Alkoholabhängigkeit. Er war öfters betrunken und war ihr gegenüber gewalttätig. Mit Anfang 30 trennte sie sich von ihm und zog mit ihren zwei Kindern von Hessen nach Norddeutschland, wo sie bis heute noch wohnt. Dort arbeitet sie in eigener Praxis als Therapeutin.

Im Sommer 2006 wurde sie in ihrer eigenen Praxis bei einem Spätermin von einem Patienten (Typ „unbescholtener Handwerker“) gewürgt und vergewaltigt. Das Erlebnis, dass ihr jemand die Luft abdrückte, um zu bekommen, was er wollte, war für sie eine Wiederholung, auch in ihrer Ehe war das passiert.

Sie hatte bereits vor diesem erneuten Missbrauch zwei Therapieaufenthalte von jeweils 8 Wochen in einer ausgezeichneten Klinik für Psychosomatik verbracht.

Nach dem neuerlichen Trauma war erneut ein 8-wöchiger Therapieaufenthalt dort durchgeführt worden. Nach einem Arbeitsversuch fiel sie in eine tiefe Depression mit allen unten genannten Beschwerden und konnte ihr Leben nicht weiter bewältigen. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in unserer Praxis war die Patientin neurologisch kompromittiert (s.u.), schlafgestört und suizidgefährdet. Sie entschloss sich nach telefonischer Rücksprache („ich möchte endlich wieder leben, kann ich für eine intensive Behandlung kommen?“), zu einer Intensivbehandlung für zwei Wochen nach München zu kommen.

Beschwerden und Diagnose

Depression, Ängste, Antriebslosigkeit, suizidale Gedanken, Schmerzen am ganzen Körper und Schlaflosigkeit (Einschlafstörung, Aufwachen um 4 Uhr, dann wieder stündlich bis 7 Uhr). Schief dann 7.30 bis 9.30 noch mal.

Schmerzen im ganzen Körper.

Medikation: Fentanylpflaster TTS 20 (bei 45 kg KG), trizyklische Antidepressiva, bei Bedarf Anxiolytika.

Diagnose: Angststörung, depressive Episode bei posttraumatischer Reaktion und chronisches Schmerzsyndrom.

NFA

Befunde

Die Patientin wies ein etwas vermehrtes Schwanken beim Romberg-Versuch auf, dabei eine Stellreaktion, die rechts hypoton war. Das bedeutet, dass beim Rombergversuch durch Anstoßen von rechts eine

größere Auslenkung auftrat als von links.

Finger-Nase-Versuch beidseits dysmetrisch, dabei links mehr als rechts.

Die Auslösung der Muskeleigenreflexe führt linksseitig zu überschießenden Reaktionen am Muskel (+++ mit mangelnder Dämpfung) und zu einer motorischen Massenreaktion. Optokinetischer Versuch: Nach rechts verminderte Folgebewegung, sie empfindet den Versuch insgesamt als „anstrengend“, besonders aber nach rechts.

Pupillenreaktion beidseits ermüdend, rechts mehr als links, Anisokorie (Rechts etwas größere Pupille als links, zusammen mit einer rechts mehr als links vergrößerten AV-Ratio am Augenhintergrund spricht dies für Hypersympathikotonus rechts betont.

Rechtsseitig weniger überschießende Reflexe.

Die manuelle Testung der Flexoren und Extensoren der oberen und unteren Extremität ergab auf der rechten Seite eine globale Inhibition (Hyporeaktion).

Interpretation

Der rechtseitige skelettmuskuläre Hypotonus und der rechtsseitig vermehrte Sympathikotonus entsprechen einem rechtsseitigen (pseudo)-pyramidalen Inhibitions muster [4]. Bei genauerem Nachfragen, gab sie an, dass die Schmerzen rechtsseitig stärker seien, was das rechtsseitige Inhibitions muster weiter bestätigte.

Ein weiterer Beleg einer rechtskortikalen Depression war die mangelnde Folgebewegung der Augen (parietaler Kortex).

Die zugrunde liegende rechts kortikale Depression führt zu einer Ent-hemmung der basalganglionären Regelschleife mit überschießenden Bewegungen links (gekreuzter Output)

Das Zerebellum ist links betont kompromittiert (Dysmetrie).

Entgegen dem oben geschilderten neurologischen Modell der post-traumatischen Belastungsreaktion fand sich hier also nicht eine primär linkskortikale sondern eine rechtskortikale Funktionsstörung.

Verlauf NFA

8. 12. 06

Verordnung von P5P50 3x1 Kps. und Zink 30 nach Test mit Applied Kinesiology (rechtseitige Muskeln w>n), 1 Gabe Ignatia C10000 (>n), welches im Test die muskulären Befunde aufhob.

Das therapeutische Konzept bestand darin, von der linken Körperseite aus den rechten zerebralen Kortex und das linke Zerebellum zu stimulieren.

Atlasimpulstherapie von rechts lateral (wirkt propriozeptiv eher links) stärkte die hyporeaktiven Muskeln rechts und dämpfte die überschießenden Reflexe links.



Kneten mit der linken Hand besserte weiter die Hyperreflexie links. Vibration mit Stimmgabel auf der linken Körperseite verbesserte. Fingerbewegung vom linken oberen in das rechte untere Gesichtsfeld (Folgebewegung) besserte: rechtes Parietallhirn in der Bewegungsebene des linken Zerebellum, s. Abb. 12.38 [4]. Die letzten drei Übungen wurden als Hausaufgabe verordnet, ebenso wie linksseitige langsame Dehnungen, Einbeinhüpfen links.

11. 12. 06

Hatte mehr Antrieb. Übung mit PC-Programm Hemistim nach Abb. 2 führte jetzt zur Normoreaktion. Mit Hilfe der Stimulation durch das Schachbrett-Wechsellmuster von links wird die rechte Hirnhälfte, welche hypoaktiv war, stimuliert. Es wurden Blautöne gewählt, da diese eher zerebral stimulierend sind. Zum rechten präfrontalen Cortex gehören eher geringe Farbkontraste, große Quadrate und eine hohe Wechselfrequenz des Schachbrettmusters. Der rote Kreis bewegte sich langsamer (Folgebewegung) vom linken Gesichtsfeld oben ins rechte unten und schnell zurück (Sakkade). Atlastherapie von re.

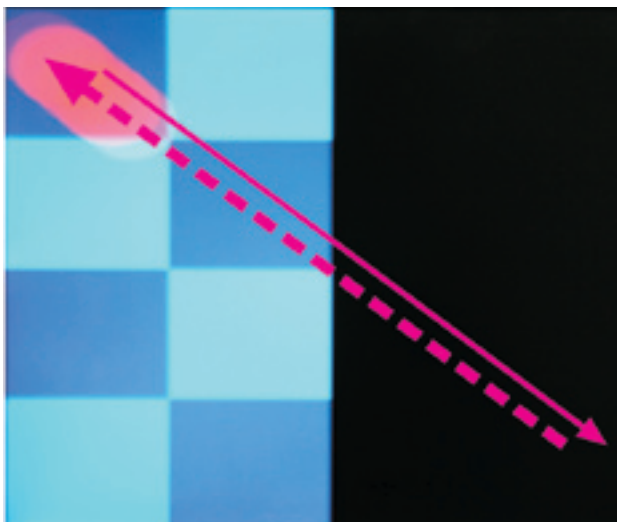


Abb. 2: Hemistim-Programm

12. 12., 13. 12. 06

Gleiche Therapie

14. 12. 06

Gleiche Therapie, zusätzlich LWS-Manipulation von links. Die LWS wurde gewählt, da diese weniger zentralen Input hat als die HWS, um die metabolische Kapazität (Stresstoleranz) des ZNS nicht zu überschreiten.

Die Patientin schlief jetzt durch, die linksseitige Hyperreflexie war beseitigt und die rechtsseitige Hyporeaktion war normalisiert. Dies waren Zeichen einer Normalisierung der Funktion des Zentralnervensystems, was eine Voraussetzung für normale körperliche und emotionale Funktion ist.

Verlauf Psychotherapie

Zielbestimmung

In der Behandlung mit NLP ist es wichtig, zunächst einen Rahmen zu schaffen, in dem klar gemacht wird, was die Patienten erwarten, **was das Ziel ist**. Sie hatte in ihren bisherigen Therapien, die sie im Übrigen als wertvoll und wirksam bezeichnete, über Ihr Symptome und Schmerzen ausreichend geredet und sich damit auseinandergesetzt. Was sie aber aus dem Verstehen der Symptome machen wollte, war für sie noch nicht erkennbar. Mit Hilfe des therapeutischen Coachings erarbeitete sie das **Ziel, wieder frei leben zu können, und wieder Vertrauen in sich und in andere aufzubauen und darüber hinaus eine neue Lebensqualität zu gewinnen**. Sie meinte, alles, was sie an therapeutischer Hilfe bekommen hatte, war auf die Verarbeitung des Traumas ausgerichtet, aber nicht ausreichend, um die Depression und die Ängste sowie die Zukunft zu bewältigen.

Gespräch mit dem Symptom

Nachdem das Ziel definiert und auf Stimmigkeit überprüft worden war, wollten wir herausfinden, was sie bis dahin daran gehindert hatte, es zu erreichen. Als ersten Schritt stellten wir den Kontakt mit dem **Hindernis, dem Gefühl der Angst und Einschränkung** mit Hilfe eines hypnotischen Zustandes her. Das Hindernis kam ihr symbolisch vor wie ein Stein, mit dem sie anschließend mit absichernder Unterstützung der Therapeutin in einen Dialog eintrat. Der Stein vermittelte die Botschaft: „**Meine Aufgabe ist, Dich zu blockieren.**“ Dahinter stand einer ihrer zentralen Glaubenssätze, die ihr Leben bestimmten: „Du schaffst es nicht“. Dies stand ihrem formulierten Ziel diametral entgegen.

Glaubenssätze und ihre Veränderung

Glaubenssätze sind sprachliche Ausdrücke für Weltbilder, die Menschen aus bestimmten Erfahrungen erstellen. Nach ihnen orientieren sie sich in der Umwelt (nach R. Dilts: Überzeugungen von uns selbst und davon, was in der Welt um uns herum möglich ist [3]).

Im NLP sind Glauben und Glaubenssätze Mittel zur Veränderung. Wir kennen aus dem eigenen Lebenslauf Zeiten, in denen wir vollkommen überzeugt waren, von dem was wir glaubten (z.B. der Nikolaus). Ein Glauben wird aufgegeben, wenn ein neuer entsteht. „Ich weiß, es war

mein Papa, der sich als Nikolaus verkleidet hat.“ Genauso wird in der Therapie ein einschränkender Glauben durch einen neuen Glauben ersetzt. Im gegebenen Fall mussten wir herausfinden, welche Stärken dieser Glauben für sie hatte, wie er entstanden war und welcher neue Glauben ihn ersetzen könnte. Andererseits sollte sie im Dialog mit diesem metaphorischen Stein klären, welchen Weg er ihr vorgab.

Hinter all diesen Botschaften stand eine **versteckte positive Absicht**, die sie teilweise entdeckte. Die offenbare Richtung war „**lebe die Ruhe und die Liebe**“. Die erste interessante Erfahrung für sie war, hinter einem so schweren Symptom eine so positive Absicht zu entdecken. Der schwere Stein verwandelte sich in eine Art Mentor. Sie ging sehr entspannt aus der ersten Sitzung mit der Hoffnung, der Mentor könnte ihr dabei helfen, den alten Glauben zu ändern.

Die folgenden Stunden legten die **Herkunft des Glaubens** offen. Es war ihre Mutter, die diesen immer wieder mit ihrer Art, das Kind zu bestrafen, verstärkte. Die eingebettete Botschaft war: „**Ich möchte dich blockieren, glücklich zu werden. So lange du leidest, fühle ich mich gut, denn es ist gerecht**“.

Folgende Elemente waren nun erarbeitet:

1. Ziel : „Wieder frei leben zu können, und wieder Vertrauen in sich und in andere aufzubauen und darüber hinaus eine neue Lebensqualität zu gewinnen
2. Hindernis, (Problem, Symptom), symbolisiert durch den Stein: Angst, Einschränkung, Blockierung
3. Positive Absicht des Symptoms (Stein): „Lebe die Ruhe und die Liebe“. Der Stein wurde zum Mentor.
4. Einen einschränkenden Glauben: „Du schaffst es nicht“.
5. Ursprung („Cause“) dieses Glaubens, verursacht durch die Handlungsweise und Botschaften der Mutter: „Ich möchte dich blockieren, glücklich zu werden. So lange du leidest, fühle ich mich gut, denn es ist gerecht“.

Der Stein wurde leichter, nachdem die positive Absicht herausgefunden worden war. Aber was nutzte ihr diese Erkenntnis, wenn der negative Glauben („Cause“) in ihr so stark wirkte? Es ging darum, die Rolle der Täter und ihre Absichten zu klären. Wir verbrachten einige Zeit damit, den Aspekt, dass hinter jedem (auch negativen) Verhalten eine positive Absicht steht, zu erarbeiten. Aus der Psychotherapie ist bekannt, dass Opfer sich erst von ihrer Rolle befreien und ihr Trauma bewältigen können, wenn sie den Täter verstehen und ihm sogar verzeihen können. Sie verstand sogar die Gedanken von „love in the face of violence“, das heißt das Verlangen nach Liebe hinter der Gewalt. Nun wurde für sie vorstellbar, sogar ihrem Vergewaltiger zu verzeihen, aber ihrer Mutter zu verzeihen, fiel ihr aufgrund ihrer ganzen Existenz-

geschichte sehr schwer. Je tiefer wir an das Thema herangingen, desto mehr entstand das Gefühl von Blockierung und **Gewalt als Teil ihres Lebens**.

Wir kamen zu den entscheidenden Momenten, wo das Kind die erste Erfahrung mit der Wut der Mutter gemacht hatte und wo dieser Glauben entstanden war. Das Ereignis wurde auf der Zeitlinie – Timeline [6] gefunden: In unserem Gehirn orientieren wir uns in der Zeit auf

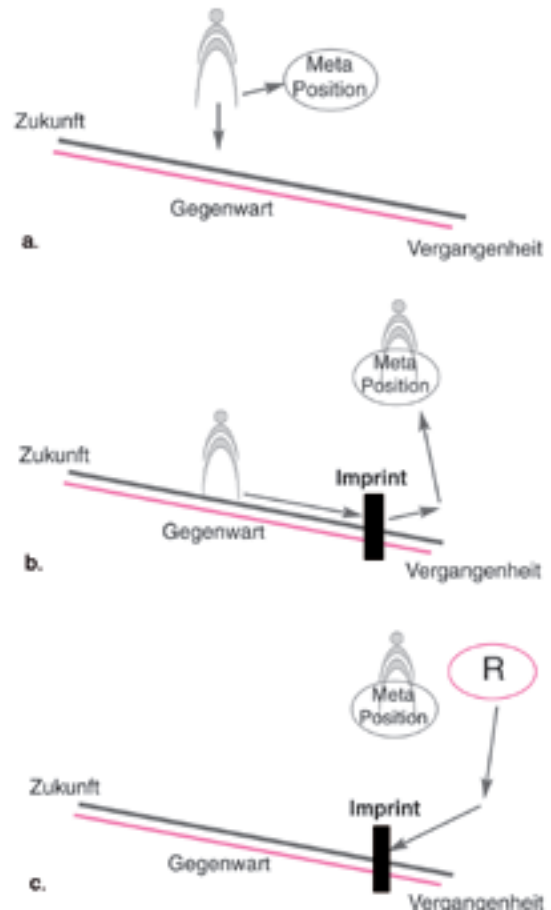


Abb. 3: Time line. Die Metaposition erlaubt, in eine neutrale Beobachterposition zu gehen. „R“ steht für Ressource. Auszug aus Kursskripte NLP, AK-Psychosomatik, Carvalho-Garten, H. Garten). lineare Weise. Entsprechend orientieren wir uns im Leben und reagieren auf die eingeprägte Erfahrung, die wir im Leben gemacht haben. Die von Robert Dilts entwickelte Technik des Re-imprintings (Neuprägung) ermöglicht, dass der Mensch sich innerhalb dieser Zeitlinie bewegen kann und in die entscheidende Situation (Prägung) hineingehen kann, um diese zu bereinigen und in die Gegenwart zu integrieren. Wichtig dabei ist, die positive Absicht aller Mitbeteiligten herauszufinden sowie die entsprechenden Ressourcen (Eigenschaften, Möglichkeiten) zu finden und zu geben.



Veränderung der persönlichen Geschichte

Wir benutzten die Position der Mutter, um eine andere Perspektive zu bekommen.

Die härteste Erfahrung war für Sie, als sie entdeckte, wie es sich anfühlt, in so einem eingeschränkten Weltbild zu leben. Der wirkliche Wunsch der Mutter war: Das Kind sollte nicht leben. Das spürte sie sehr stark, als sie die Rolle der Mutter einnahm und somit äußerte sie „ich möchte nicht, dass das Kind lebt. Wenn sie stirbt, werden die Leute mit mir Mitleid haben, das wird sich für mich gut anfühlen. Ich werde getröstet werden und Zuwendung und Respekt von den Menschen bekommen“.

Es war eine Konfrontation mit massiven Gefühlen: Hassen um geliebt zu werden, sterben lassen um zum Leben. Die Patientin war als ihre eigene Mutter so kongruent, dass diese Gewalt in der Stunde auch für die Therapeutin bedrohlich war. Der Vorteil, den Täter in seiner Rolle zu erleben, ist, auch dessen Bedarf nach Ressourcen zu erleben. Somit spürte sie auch das Bedürfnis, dieser Frau zu helfen und ihr die eigenen Ressourcen zu geben. Sie verlangte nach Liebe und Verständnis. Diese konnte sie der Mutter jetzt geben.

In der Zeit der Therapie in München wohnte sie alleine in einer fremden Wohnung. Nach der Stunde schlief sie zum ersten Mal in dieser Wohnung ohne Licht und ohne Sorgen. Sie fing an, ohne Bedenken U-Bahn und S-Bahn zu fahren und die Wahrnehmung von interessanten Ereignissen zu genießen.

In der letzten Stunde erfolgte noch eine Verstärkung des neuen Glaubens: „Das habe ich geschafft“, „ich glaube an mich“. Das Existenz bedrohende Gefühl wurde in Vertrauen umgewandelt. Ihre eigene Geschichte wurde in ein „Museum verpackt“, wo sie sicher sein konnte, das diese wirklich gut aufgehoben war. Dort kann sie die Geschichte heute anschauen und betrachten, wie diese unbewusste Suche nach Rechtfertigung und Rache für sie eine „gestorbene Vergangenheit“ ist. Die alte negative Erfahrung der Handlung der Mutter hat ihre Wirkung verloren, da sie ihr eine neue Bedeutung geben konnte. Die Tatsache (Wahrheit), dass sie misshandelt wurde, ist dabei dieselbe geblieben, aber sie wirkt nicht mehr krankmachend, sondern hat ihr geholfen, ihre Peiniger zu verstehen und ihnen zu verzeihen.

Der Therapeut erklärt diesen Prozess mit folgendem Gedanken: Modelle werden nach ihren Wirkungen beurteilt, nicht nach ihrer Wahrheit.

Ergebnis

Das am Anfang der Therapie definierte Ziel beinhaltete neben dem Wunsch nach einem glücklichen Leben, Vertrauen und neuer Lebensqualität auch den nach einer eventuellen Veränderung innerhalb ihres Berufs und dem Erlernen von etwas Neuem. Sie arbeitete zunächst

wieder in ihrer Praxis, hat diese jedoch inzwischen in gutem Einvernehmen mit ihren Mitarbeitern verkauft, wird ihr Haus verkaufen und in eine neue Stadt ziehen. Sie lebt eine neue Lebensqualität mit der Erkenntnis „der Krieg ist vorbei“ und „das Vertrauen lebt wieder“.

Diskussion

Unsere Erfahrung ist, dass mit den Techniken des NLP das scheinbar Unmögliche möglich und erreichbar wird, wenn jemand dies wirklich will und seine Energie darauf fokussiert. Innerhalb von zwei Wochen, in 5 Sitzungen von 60 Minuten, war es im dargestellten Falle möglich, so viele überwältigende Themen zu bearbeiten und zu verarbeiten.

NLP ist im Ansatz verwandt mit der Applied Kinesiology: „Find the need, supply the need and watch the result“. Der Unterschied zur AK liegt darin, dass in einer adäquaten, modernen Psychotherapie wie mit NLP der Therapeut nicht das „Medikament“ testet, das er für geeignet hält, sondern den Patienten fragt, was er für ein Bedürfnis und Ziel hat und was ihn daran hindert, das Ziel zu erreichen (Problem) und welche Lösung er dafür (mit Hilfe) erarbeiten will und kann. Die Ressourcen dafür stecken in ihm selbst.

Dies ist ein wesentlicher Punkt allgemeiner psychosomatischer Exploration und Lösungsfindung: Niemals direktiv arbeiten, sondern den Patienten seine Lösung selbst finden lassen. Die Lösung des Therapeuten ist in den seltensten Fällen die des Patienten. Dies ist vor allem bei der emotionalen Arbeit mit manuellem Muskeltest zu beachten, ebenso wie beim „Dialoging“ der Osteopathie: Lassen Sie den Patienten frei assoziieren, geben Sie ihm nicht vor, dass er sich auf einer frisch gemähten Wiese wohl fühlt und entspannt ist, denn er könnte ja einen Heuschnapfen haben, von dem Sie nicht wissen. Ein Zitat aus einem Artikel von John Upledger :

„When I first put my hands on a client, I silently say, „If you want to do CranioSacral Therapy, that's what we'll do. Show me where to begin....“If SomatoEmotional Release is what you want to do, just start and I'll be with you. Go ahead and image all you want; please share those images with me. Perhaps I can help you understand what they are trying to tell you.

„We'll dialogue anytime you want to. Just let me know when you're ready. Whatever you think is the best way to come to resolution of this problem is OK with me. Let's do it.“

Die Anamneseerhebung soll im selben Maße wie die Definition des therapeutischen Auftrages, auch wenn es sich nur um die Deblockierung eines Wirbels handelt, gleichzeitig klar, zeitsparend und doch nicht direktiv sein. Die effiziente Technik der Anamneseerhebung und der Definition des Behandlungsauftrages ist mit dem Modell des NLP in kurzer Zeit erlernbar.

Psychotherapie ist neurologische Arbeit, die Neurologie des Patienten muss optimiert werden. Dazu ist das Modell der Triad of Health der Applied Kinesiology ausgezeichnet geeignet. Noch spezifischer wird dieser Aspekt durch gezielte neurologische Rehabilitation erreicht.

Literatur

1. Bergmann, U., Speculations of the Neurobiology of EMDR. *Traumatology*, 1998. 4(1).
2. Dilts, R., *Roots of Neurolinguistic Programming*. 1983, Cupertino: Meta Publications.
3. Dilts, R., *Die Veränderung von Glaubenssystemen*. 1993, Paderborn: Junfermann.
4. Garten, H., *Applied Kinesiology: Muskelfunktion, Dysfunktion, Therapie*. 2004, Urban und Fischer: München.
5. Garten, H. and G. Weiss, *Systemische Störungen - Problemfälle lösen mit Applied Kinesiology*. 2007, Urban und Fischer: München.
6. James, T. and W. Woodsmall, *Time Line Therapy and the Basis of Personality*. 1989, CAPITOLA, CA: Meta Publications.
7. O'Connor, J. and J. Seymour, *Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung*. 1996, Freiburg: VAK.
8. Shapiro, F., *EMDR*. 2 ed. 1999, Paderborn: Junfermann.
9. Upledger, J., *Centering the Session With Intention*
http://www.wanimo.co.uk/health_articles_home_page.htm

Autorenkontakte:



Anete Carvalho-Garten

NLP-Trainerin (DVNLP), Psychotherapeutin (HPG), Dipl.- Musiktherapeutin
Mail: Carvalho-Garten@aol.com
Kursprogramm:
www.nlp-kommunikation-therapie.com



Dr. Hans Garten

DIBAK, DACNB, D.O.
Mail: VKMAKPG@aol.com
DrGarten54@aol.com
www.applied-kinesiology.org
Nederlinger Str. 35
D-80638 München