

Michael Bohne/Matthias Ohler
Gunther Schmidt
Bernhard Trenkle (Hrsg.)

Reden reicht nicht!?

Bifokal-multisensorische
Interventionsstrategien
für Therapie und Beratung

Zweite Auflage, 2019

Ausrufezeichen *und* Fragezeichen – eine Einleitung

»Reden reicht nicht!?!« – Beim Abendessen nach dem zweiten Planungstreffen zur Organisation eines Kongresses zu bifokal-multi-sensorischen Interventionstechniken schlug *Beate Ch. Ulrich*, Geschäftsführerin des Carl-Auer Verlages, zwischen zwei Gabelfüllungen spontan diesen Kongress-Titel vor. Michael Bohne hatte zuvor beiläufig erwähnt, dass viele Seminarteilnehmer in den Vorstellungsrunden der PEP-Kurse äußerten, dass in der Praxis reden allein oft nicht reiche. Allen Anwesenden war sofort klar: Das trifft es. Über ihre Intonation hatte die Ideengeberin, ob nun bewusst oder nicht, auch unmissverständlich mit eingebracht, dass neben das Ausrufezeichen ein Fragezeichen gehöre. Es sollte von Anfang an ja nicht um profitables Marketing für irgendwelche Formen therapeutischer Interventionen und Modelle gehen, sondern um Begegnung, Austausch, Lernen und Kontroverse. Und all dies sollte sich auch durchaus konfrontativ gestalten dürfen (was die einen oder anderen Vortragenden und Teilnehmer an Podiumsdiskussionen und Themenforen dann auch nutzten). Es ging auf dem Kongress ja auch darum, die teils verdeckt, teils offen, vor allen Dingen aber teils unschön ausgetragenen Konkurrenzen einem öffentlichen Forum zuzuführen, um ihre professionellere Beobachtung zu ermöglichen und alle daran Interessierten in eine gemeinsame, zugewandtere Lernatmosphäre einzuladen. Dafür durfte der Titel aber auch eine provozierende Note haben.¹

Ein erklärtes Ziel der *Carl-Auer Akademie* ist es, unwahrscheinliche Kommunikation wahrscheinlich zu machen: Menschen treffen sich, die sich sonst eher nicht begegnet wären – oder eine Begegnung vielleicht sogar vermieden hätten –, und es entstehen Gelegenheiten, Neues entstehen zu lassen. Dafür muss man Räume für sich strukturierende Kommunikation schaffen. In diesen soll – ein weiteres erklärtes Ziel – möglichst Nutzen entstehen für beraterische, therapeutische und medizinische Forschung und Praxis.²

¹ In ihren persönlichen Einladungsbriefen zum Kongress haben Michael Bohne, Matthias Ohler, Gunther Schmidt und Bernhard Trenkle diese Verwerfungen in der Szene ausführlicher beschrieben und ihre jeweiligen Motive zur »Ausrufung« des Kongresses ausführlich dargestellt und transparent gemacht (siehe www.reden-reicht-nicht.de).

² Idee und Initiative zur Carl-Auer Akademie (www.carl-auer-akademie.de) kamen von Fritz B. Simon, dem dafür an dieser Stelle gedankt sei.

Das ist im Mai 2014 unwahrscheinlich gut gelungen: Der erste Kongress »Reden reicht nicht!? – Bifokal-multisensorische Interventionstechniken«, zu dem die Carl-Auer Akademie in Kooperation mit den Milton-Erickson-Instituten Heidelberg und Rottweil sowie dem Institut für Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (PEP) – namentlich Gunther Schmidt, Bernhard Trenkle und Michael Bohne – und der Trenkle Organisation GmbH eingeladen hatte, brachte hochinteressierte und -motivierte Menschen aus unterschiedlichen professionellen Feldern und therapeutisch-beraterischen Konzeptwelten in Heidelberg zusammen.

Teilnehmende wie Referierende konnten erfahren, wie auch ein zweites, in der Kongressankündigung erklärtes Ziel erreicht werden kann: Im Mittelpunkt steht die fachliche Kontroverse, die über die Darstellung der eigenen Positionen deutlich hinausgeht und Wege für neue Entwicklungen sowie Modelle für die Zukunft schaffen hilft. Dass es bei solchen Begegnungen auch dampft und kracht, ist in kreativen Labors gang und gäbe und muss nicht in Widerspruch zu Respekt und Wertschätzung geraten.

Thematisch gingen die Beiträge und Diskussionen des Kongresses auch über den zunächst enger gezogenen Kreis sogenannter bifokal-multisensorischer Techniken hinaus.

In dem vorliegenden Buch geben neun Autoren aus unterschiedlichen Perspektiven Einblicke in Konzepte und Praxis solcher wissenschaftlicher, konzeptioneller und methodischer Ansätze zur Entwicklung eines vertieften Verständnisses beraterischer und therapeutischer Vorgehensweisen, die entweder über »bloßes« Reden teils weit hinausgehen oder die sich dem Reden in anderer, bislang weniger beobachteter Form anschließen bzw. anders zu ihm positionieren.

Michael Bohne eröffnet das Spektrum mit der kritischen Positionierung der von ihm entwickelten Prozess- und Embodimentorientierten Psychologie (PEP) in Bezug zu und Abhebung von Traditionen verschiedener körperorientierter Verfahren und Klopftechniken (wenn man es mit einem von Helm Stierlin geprägten Begriff sagen wollte: die bezogene Individuation von PEP). Besonderes Augenmerk gelten der therapeutischen Beziehung und deren möglichst großer Leichtigkeit, der kritischen Reflexion bisher angebotener wissenschaftlicher »Erklärungen« für erfolgreiche Techniken sowie, last not least, der Entmystifizierung des Märchenwaldes von Wirkhypothesen, um Raum für kritisch-offene und überraschungsfreudige Forschung zu schaffen.

Unter Bezug auf Milton H. Erickson und andere verfolgt *Bernhard Trenkle* die These, dem Erfolg von Techniken wie EMDR und EMI könnten sowohl explizite als auch implizite Musterunterbrechungen zugrunde liegen. Die gleichzeitige Unterbrechung alter pathologischer Problemtrance-Muster ist ein nicht zu unterschätzender Beitrag zur Wirksamkeit von Techniken, die für sich alleine angewandt sogar kontraproduktiv wirken können. Über eine Fülle praktischer Fallbeispiele wird diese Spur konsequent verfolgt. Die besondere Rolle der Einbeziehung von Mustern der Augenbewegung lässt sich auf diese Weise besser spezifizieren, nicht zuletzt in der Unterschiedlichkeit ihrer Schnelligkeit und daraus folgender Vor- und Nachteile.

Martin Grunwald beschäftigt seit langer Zeit der »homo hapticus«. Grunwalds umfangreiche und detaillierte Forschungen zur Neurobiologie spontaner Selbstberührungen gehören für ihn in das große Projekt, »in allen lebenswissenschaftlichen Disziplinen (...) die biopsychischen Grundlagen der menschlichen Körperlichkeit im Verhältnis zu Emotions- und Kognitionsprozessen besser als bisher zu verstehen«. Es liegt klar auf der Hand, welche hohe Relevanz dies für Fragen nach der Wirkung und praktischen Weiterentwicklung von u. a. auf Selbstberührung setzenden therapeutischen Methoden und Interventionen hat. Auf solche Weise könnten aus einer von Michael Bohne ebenso wie von Matthias Wittfoth – dessen Artikel dem Grunwalds folgt – geforderten Forschung nützliche Fragen und Vorgehensweisen gewonnen werden, die zum einen helfen zu entmystifizieren und zum anderen für wirksame therapeutische Praxis dienlicher sind.

Matthias Wittfoth widmet sein Kapitel dem Lob der »Wiederentdeckung des Körpers« in psychotherapeutischen Kontexten sowie der daraus resultierenden Chancen für ein nutzvolleres Verhältnis von Wirkungsforschung und therapeutischer Praxis. Allerdings bleibt die Warnung nicht aus, allzu wohlfeilen Legitimierungsmythen durch falsch oder verkürzt dargestellte Forschungsergebnisse, z. B. aus der Hirnforschung – aber nicht nur aus dieser –, auf den Leim zu gehen. Die politische Dimension der teils respektvollen, teils kungelhaften Forschungs-Praxis-Beziehung scheint hier deutlich durch.

Mit zwischenmenschlichen Atmosphären thematisiert *Matthias Ohler* ein Phänomen, dem in der letzten Zeit eine wachsende Aufmerksamkeit zukommt. Eine konzeptionelle Klärung jenseits begrifflich schwer zugänglicher und teils doch spekulativ-esoterischer Texte ist bislang aber Desiderat geblieben. Von der Idee her, Atmosphäre als

grundständig metaphorisches Konzept zu begreifen – das im alltäglichen Leben gar nicht so unzureichend verstanden ist, wie zuweilen behauptet wird – werden Grundthesen zu Struktur und Bedeutung von Atmosphäre in zwischenmenschlichen Verhältnissen entwickelt. Es folgen Argumente zu Vorteilen der atmosphärischen Perspektive und praktische Tipps für den alltäglichen Umgang damit. Den Abschluss dieses Beitrags bildet die Präsentation zweier Übungsformate für Beratung und Selbstanwendung, die an sprachlich-grammatische Formen angelegt sind.

Gary Bruno Schmid stellt in knappen, szenisch präzise bemessenen Schritten eine Empowerment-Methode vor, die dramaturgischen Vorbildern folgt. Seine Methode ist der Idee verpflichtet, Bewusstsein als im gesamten Organismus organisiertes Phänomen zu verstehen. Von dort her wird einleuchtend, inwiefern menschliche Vorstellungskraft genauso Nocebo- wie Placebo-Effekte hervorbringen kann – und auch, warum und wie sie über den »hypnosystemischen Aufbau einer individualisierten Selbstheilungsgeschichte« zu nutzen wäre, in Heilung förderndem Sinne.

Als versierte Verhaltenstherapeutin und zugleich erfahrene Nutzerin verschiedener körpertherapeutischer und bifokal-multisensorischer Techniken entwickelt *Evelyn Beverly Jahn* ein erweitertes praktisches Verständnis von Embodiment. Ziel sind die Selbstbefähigung und Selbstwirksamkeit von Klienten an der Schwelle von kognitiven Einsichten zu beglückenderem Tun (»mind behavior gap«). Das Verfahren wird in acht ausführlichen Schritten beschrieben, von der Entwicklung eines Zielbildes über die würdevolle Betrachtung bisheriger Überlebensmuster und neuen, ressourcengestützten Motivationsaufbau bis hin zur durch einen mit sich selbst geschlossenen Vertrag gestützten proaktiven Phase. Viele Fallgeschichten veranschaulichen Ansatz und Wirksamkeit dieses innovativen methodischen Konzepts.

Eva Pollani wirbt für eine Integration dreier wirkungsvoller und prominenter Behandlungsmöglichkeiten in der Traumatherapie – Hypnose, Ego-State-Therapie und Eye Movement Integration (EMI) – zu flexiblen Praxismustern, die therapeutische Erfolge noch wahrscheinlicher machen. Deutlich ist der politische Hinweis darauf, dass beispielsweise in Österreich solche Integrationen bereits in manche Fort- und Weiterbildungscurricula Eingang gefunden haben.

Der Kern hypnosystemischer Modelle und praktischer Vorgehensweisen von *Gunther Schmidt* besteht darin, die »Struktur der

auf unbewusster Ebene in unwillkürlicher Selbstorganisation immer wieder neu aufgebauten Erlebnisnetzwerke (von Klienten) systematisch zu erfassen und auf sie auftragsgemäß einzuwirken«. Für die Nutzung der vielen in seinem Beitrag vorgestellten nonverbalen Vorgehensweisen und Erlebensgeschichten in Therapie und Beratung ist es unabdingbar, sie »sehr wohl in einen verbalisierenden Rahmen zu stellen«. Dieser Rahmen dient gleichermaßen einer begleitenden und Bedacht stützenden Metatheorie wie der Notwendigkeit, die eigenen Vorgehensweisen für Klienten verstehbar und höchstmöglich transparent anzubieten.

Allen Autoren sei gedankt dafür, dass sie diesen thematischen Raum in Form eines Buches mit gestaltet haben. Man kann sich darin nun bewegen wie in einem Tagungshaus. Ein kaum zu überschätzender Vorteil gedruckter oder anderweitig veröffentlichter Texte besteht ja darin, dass man immer wieder zurückblättern oder -scrollen kann, um auf diese Weise noch einmal nachzufragen. So entsteht auch Zeit dafür zu entdecken, welche Bezüge der Beiträge untereinander – vielleicht auch manche spannungsvolle – sich zeigen, die den Autoren selbst am Schreibtisch, im Caféhaus, am Strand, in der Berghütte oder in Zug und Flugzeug gar nicht bewusst wurden und die sich über Leser wie aus sich selbst neu zeigen und organisieren dürfen. Bis sie von dort her zu neuen Texten werden. Gedachten, geschriebenen, gesprochenen, gesungenen, geklopften und getanzten oder sonst wie körperlich gezeigten. Zum Beispiel bei weiteren Tagungen und anderen Gelegenheiten zur immer wieder neuen Ermöglichung bislang eher unwahrscheinlicher Kommunikation.

Dem Carl-Auer Verlag sei von Herzen gedankt für die besondere atmosphärische Erfahrung gedeihlichen professionellen Zusammenarbeitens in einem komplexen Projekt, auch und gerade da, wo es zwangsläufig mal unterschiedliche Auffassungen zu bemerken gibt. Dieser Dank gilt allen im Verlag Arbeitenden. Es soll erlaubt sein, die Säulen des Lektorats namentlich zu erwähnen: Weronika M. Jakubowska und Ralf Holtzmann.

Heidelberg, im Januar 2016
Für die Herausgeber
Matthias Ohler

Der Kopf ist rund, damit das Denken seine Richtung wechseln kann – Explizite und implizite Musterunterbrechungstechniken

Bernhard Trenkle

Auf der ersten Tagung »Bifokal-multisensorische Techniken in der Psychotherapie – Reden reicht nicht« ging es uns Initiatoren maßgeblich um die Frage: Warum und wodurch wirken Techniken wie EMDR, EMI und die Klopftechniken? Obwohl anfangs skeptisch belächelt, wirken diese Techniken offensichtlich oft magisch schnell. Was davon ist nun ein wirklicher Wirkfaktor? Was ist bloße Suggestion oder Placeboeffekt?

Auf dieser ersten Tagung habe ich als Diskussionsbeitrag die These aufgestellt, dass eine Technik, die in ericksonischer Hypno- und Psychotherapie »Musterunterbrechung« genannt wird, eine wichtige Rolle für die Wirkung spielt.

Vor vielen Jahren habe ich Ernest Rossi einmal sagen hören: Milton Erickson hypnotisiert durch das Unterbrechen der bewussten Erwartungshaltung. Also, Milton Erickson macht etwas Verblüffendes oder Überraschendes, mit dem man nicht rechnen kann, und induziert dadurch hypnotische Trancephänomene.

Ähnliches kann man auch immer wieder in der Sendung »Verstehen Sie Spaß?« beobachten. So wurde für diese Sendung einmal kurz vor Weihnachten vor dem Postamt von Garmisch gefilmt. Die Leute fuhren mit dem Auto vor dem Postamt vor, um ihre Weihnachtspakete und -post aufzugeben. Wenn ein Postkunde in der Post verschwand, wurde auf seinem Auto blitzschnell ein Skiständer mit vier Paar Skiern montiert. Die Reaktion der Postkunden wurde dann gefilmt. Ein Mann kam aus der Post und erstarrte. Minutenlang startete er kataleptisch auf sein Auto. Das ist es, was mit *Hypnose durch Unterbrechung der bewussten Erwartungshaltung* gemeint ist.

Steve Lankton, einer der maßgebenden Schüler von Milton Erickson, hat seine erste Begegnung mit Erickson wie folgt geschildert: Er war etwas vorzeitig zum Seminar bei Erickson erschienen, um einige Minuten alleine mit dem großen Meister zu haben, von dem er so viel gelesen hatte. Er nahm Platz und ging davon aus, dass jetzt der übliche

Small Talk folgen würde: Hatten Sie einen guten Flug? Etc. Erickson schaute ihm jedoch in die Augen und sagte: »Bevor ich dir etwas Interessantes und Aufregendes aus deiner Kindheit erzählen werde ...« Lankton berichtete, dass er die Luft einzog und dachte: »Oh, was weiß dieser alte, erfahrene Psychiater jetzt schon von meiner Kindheit?« Die Fokussierung der Aufmerksamkeit war automatisch gegeben auch ohne dass etwas gesagt wurde wie »Sie schauen auf die Kristallkugel und hören meine Stimme und sonst nichts.«

Auch das ist wieder Hypnose durch Unterbrechen der bewussten Erwartungshaltung. Anstatt Small Talk zu führen, hat Erickson das gewohnte Muster des üblichen Alltagsbewusstseinsablaufes unterbrochen und dadurch direkt begonnen, eine Trance zu induzieren.

Definitionen von Musterunterbrechung

Milton Erickson hat Musterunterbrechung auch als therapeutische Interventionstechnik genutzt. Dem Buch *Milton Ericksons Gesammelte Fälle* (Hudson O'Hanlon u. Hexum 2009, S. 370) ist ein Glossar ericksonischer Techniken angefügt. Dort wird Musterunterbrechung so definiert:

»Das übliche Symptommuster in Stücke brechen oder einen kleinen oder größeren Symptomaspekt verändern.«

In einem Glossar ericksonischer Fachwörter der Milton Erickson Foundation heißt es:

»Eine Aufteilung des Symptomverhaltens, sodass ein kleiner Teil der Verhaltenssequenz modifiziert werden und zu progressiver Veränderung führen kann.«

Aus eigener therapeutischer Erfahrung und theoretischen Überlegungen möchte ich diese Definition erweitern:

Musterunterbrechungstechniken sind Techniken, bei denen ein zu Symptomen führendes Muster in seiner Sequenz erkannt, analysiert und nachfolgend verändert wird. Dabei lässt sich die Reihenfolge der Sequenz verändern, Teile der Sequenz können entfallen, neue Elemente hinzugefügt werden. Die zeitliche Dauer sowie die Intensität von Musterelementen können variiert werden. Eine kleine Änderung im Muster kann in einer großen Änderung insgesamt resultieren.

Fallbeispiel 1

Ein Berufskraftfahrer kommt in Therapie. Wegen seiner Panikattacken auf Autobahnbrücken hatte er schon zweimal die Fahrerlaubnis entzogen bekommen. Das erste Mal fuhr er auf einer Brücke in Panik in die Leitplanke. Beim zweiten Mal packte ihn die Angst mit solcher Wucht, dass er eine Vollbremsung vollführte, in Panik den Rückwärtsgang einwarf und als »Geisterfahrer« rückwärtsfahrend von der Brücke floh. Wie er später sagte, war ihm gleichzeitig klar, dass er sich und andere in höchste Lebensgefahr brachte – trotzdem hatte er keine Kontrolle über sich. Die Polizei beobachtete ihn zufällig und nahm ihm den Führerschein wieder ab. Als er in eine Behandlung kam, hatte er zwar den Führerschein, fuhr aber immer beträchtliche Umwege. Er mied große Autobahnbrücken.

Viele Jahre nach erfolgreicher Behandlung schaute ich mir die Videoaufnahme des Erstinterviews an. Dabei machte ich eine überraschende Entdeckung. Ich hatte vergessen, was mir der Klient damals erzählt hatte. Er hatte gesagt: »Wissen Sie, wenn ich eine Strecke fahre, die ich nicht kenne, und wenn auf dieser Strecke plötzlich unerwartet eine Brücke kommt, und diese Brücke ist unter 80 m lang, dann reicht es mir gar nicht für ein Angstgefühl.«

Was der Klient damit indirekt sagte, ist: »Wenn ich von dieser Brücke gewusst hätte, dann hätte ich schon viele Kilometer vorher angefangen, mich damit zu beschäftigen. Vielleicht hätte ich schon am Abend vorher darüber nachgedacht, ob ich sie nicht besser umfahren sollte.« Der Klient hat also eine Art »selbsthypnotisches« Muster, mit dem er seine Ängste startete und befeuerte. Alles, was man als Therapeut dann tun kann, um diese »Selbsthypnose« abzuschwächen oder zu unterbrechen, ist im Prinzip schon gute Therapie.

Man kann diesem Klienten eine CD mitgeben, auf der eine beruhigende Musik enthalten ist, und ihm sagen:

»10 km vor der Brücke legen Sie die Musik ein. Bei Kilometer 5 schalten Sie die Musik ab und versuchen, dieselbe Musik möglichst intensiv mental zu hören. Bei Kilometer 3 vor der Brücke wird die Musik wieder für 2 km eingelegt. Bei Kilometer 1 nehmen Sie die Musik wieder raus und hören die Musik mental verlangsamt. Kurz vor der Brücke kommt die Musik wieder rein, *und* Sie versuchen parallel, die Musik real im Lautsprecher und gleichzeitig mental auf halber Geschwindigkeit zu hören.«

Diese Aufgabe fordert die Aufmerksamkeit so sehr, dass das übliche selbsthypnotische Muster, mit dem die Ängste aktiviert werden, nicht wie üblich parallel durchgeführt werden kann.

Viele Menschen mit Ängsten wenden Musterunterbrechungstechniken intuitiv selbst an. Da wird das Fenster auf- und zugemacht, um zu lüften. Oder es wird laut gesungen.

Fallbeispiel 2

Eine Klientin kam mit dem Anliegen in Therapie, ihr Selbstvertrauen zu stärken. Abends im Bett hatte sie regelmäßig Insuffizienzgefühle. Sie schilderte, dass sie sich jeden Abend »fertigmache«, weil sie nie mit dem Tagewerk zufrieden sei und ständig nur auf das Negative fokussiere. Auf die Frage, wo sie die »Grundausbildung« für diese Praxis genossen habe, meinte sie schmunzelnd: »Schon als Kind zu Hause.« Es stellte sich heraus, dass sie in guter katholischer Tradition als Kind abends immer Gewissenserforschung machen sollte. Von daher hatte sie eine exzellente Ausbildung darin, ständig aufs Sündhafte und Negative zu fokussieren. Sie hoffte, das mit Hypnose korrigieren zu können.

Ich bezweifelte, dass man mit einigen wenigen Hypnosensitzungen diese lebenslange Selbsthypnose korrigieren könne. Um dies zu tun, empfahl ich der Klientin, vor einer zweiten Sitzung, die vier Wochen später erfolgen sollte, jeden Abend eine lange positive Gewissenserforschung anzustellen. Dies diene der Vorbereitung der späteren Hypnosensitzung. Vom Moment des Insbettgehens solle sie rückwärts den Tag durchgehen und jede Kleinigkeit anerkennen, auch wenn sie noch so klein sei: dass sie die Zähne gründlich geputzt habe, dass sie versucht habe, ihre Schwiegermutter anzurufen – die Schwiegermutter hatte zwar nicht abgenommen, aber allein ihr guter Wille, überhaupt anzurufen, sei bereits anerkennenswert.

Nach vier Wochen kam die Klientin und berichtete Überraschendes. Sie hatte ein ganz schlechtes Gewissen. Sie wollte jeden Abend, wie aufgetragen, diese Übung machen. Allerdings sei sie jeden Abend unerwartet schnell eingeschlafen. Das sei für sie sehr überraschend, weil sie seit über zehn Jahren eine chronifizierte Einschlafstörung habe. Sie habe das nicht erwähnt, weil sie ohnehin keine Chance sah, daran etwas zu verändern. Nun sei sie regelmäßig nach kurzer Zeit des Selbstanerkennens eingeschlafen, obwohl sie die Übung gerne, wie aufgetragen, gemacht hätte. Sie sei aber morgens immer mit guter Laune aufgewacht. Als die Klientin das schilderte, kam mir ein

Spruch meiner Großmutter in den Kopf: Ein gutes Gewissen ist ein sanftes Ruhekissen. Bis dahin war mir nicht klar gewesen, dass in diesem Spruch eine alte Weisheit steckt.

Die Klientin hatte mit dieser Übung das alte Muster unterbrochen, mit dem sie sich bisher über zehn Jahre erfolgreich am Einschlafen gehindert hatte. Sie hatte immer einschlafen wollen, aber so, wie sie es versucht hatte, hatte sie sich selbst daran gehindert. Als sie stattdessen etwas anderes zu tun hatte, konnte sie auf natürliche Weise einschlafen.

Fallbeispiel 3

Eine Kollegin rief mich an. Ihr 18-jähriger Sohn habe bereits zweimal die Führerscheinprüfung nicht bestanden. Alle seine Klassenkameraden hatten es im ersten Anlauf geschafft. Und er werde bereits gehänselt: »Wenn du noch mal durchfällst, musst du zum Idiotentest.« (Das war die volkstümliche Bezeichnung für die damals fällige verkehrspsychologische Pflichtuntersuchung.) Dieser Test war so ziemlich die Höchststrafe für einen stolzen 18-jährigen Schüler im Abiturjahr.

Von der Kollegin erfuhr ich, dass ihr Sohn mein *HaHandbuch* mit Witzen liebe (Trenkle 2013) und sie deswegen frage, ob ich mit ihm einmal eine Sitzung machen könne. Er sei völlig in Panik und werde so sicher wieder durchfallen. Ich bestellte den jungen Mann ein. Er war ein wirklich charismatischer, gut aussehender junger Mann, der viel Humor hatte. Er hatte bereits selbst große Angst, wiederum durchzufallen. Es gab nur diese eine Sitzung vor der Fahrprüfung. Ich setzte auf die Technik der Musterunterbrechung. Über das Thema »Witze« entwickelte sich eine Idee.

Ich behauptete, einen spektakulären neuen Witz zu kennen, er sei aber wohl nicht mutig genug, diesen Witz während der Fahrprüfung zu erzählen. Mein junger Klient lachte provokativ: »Das glauben vielleicht Sie! Ich erzähle jeden Witz in jeder Situation.« Ich zog das in Zweifel: »Diesen Witz werden Sie aber nicht erzählen.«

Er: »Da wäre ich nicht so sicher.«

Ich: »Aber ich bin sicher.«

Nach einem kurzen Zögern sagte ich: »Okay, mit Vorbereitung vielleicht ja, aber bei einem neuen Witz glaube ich es nicht.«

Es kam so weit, dass wir eine Wette abschlossen: Wenn er den Witz erzählt, dann bezahle ich die Getränke für die Party mit seinen Freunden. Wenn nicht, ist eine Flasche echter Champagner von seinem Taschengeld fällig. Er ging auf die Wette ein. Es gab aber eine spezielle Bedingung: Er durfte den Witz vorher nicht kennen.

Ich sagte ihm: »Der Witz ist nur zwei, drei Zeilen lang. Den haben Sie sofort drauf. Einmal lesen, und Sie können ihn erzählen. Er ist ziemlich heftig. Ich bin wirklich gespannt, ob Sie frech genug sind, den zu erzählen.«

Den Witz bekam er auf einem Zettel in einem geschlossenen Umschlag mit. Diesen Umschlag durfte er erst direkt am Fahrschulauto öffnen und den Witz lesen. Wenn er dann mutig genug sei, ihn während der Prüfung zu erzählen, habe er gewonnen.

Mein Ziel war es, die Aufmerksamkeit weitestgehend auf ein anderes Thema zu lenken: »geheimnisvoller Witz« statt »Hoffentlich fall ich nicht noch mal durch!«.

Der junge Mann stand am Auto. Fahrlehrer und Prüfer waren bereits im Wagen. Wie verabredet, öffnete er den Umschlag. Er musste so lachen, dass er vor lauter Lachen auf dem Fahrschulauto hing. Fahrlehrer und Prüfer schauten verwundert. Sie rechneten mit einem 18-jährigen Nervenbündel, das bereits zweimal versagt hatte. Stattdessen bekommt der Prüfling eine Lachattacke und kann sich kaum beruhigen.

Was stand auf dem Zettel im Umschlag?

»Bilden Sie spontan einen Satz, in dem ›Sperma‹, ›Sex‹, ›Vorhaut‹, ›Fahren‹, ›Bremsen‹ und ›Genitalien‹ vorkommen!« Man musste dann diesen Satz auf dem Blatt noch etwas suchen – als weitere Musterunterbrechung: »Als wir sechs auf der Fahrt gen Italien waren, sagte ich zu meiner Frau, sperr ma' den Hund in' Kofferraum, damit es ihn beim Bremsen nicht vorhaut.«

Fahrlehrer und Prüfer wollten natürlich den Grund für die Lachattacke wissen. Der junge Mann erzählte erwartungsgemäß gleich den Witz, und es war sofort eine Superstimmung im Fahrschulauto. Der Effekt der Ablenkung von den Ängsten und dem Thema »Hoffentlich fall ich nicht noch mal durch!« war voll gelungen. Dass er längst gut Auto fahren konnte, war ohnehin klar.

Meine Wette hatte ich verloren. Das Therapieziel war erreicht.

Varianten der Musterunterbrechung

Denken wir an ein Muster mit dieser Abfolge:

a b c d e f g

Dieses Muster lässt sich auf verschiedene Weise unterbrechen bzw. variieren. Zum Beispiel lässt es sich durch eine Veränderung der Reihenfolge modifizieren:

a b f e c d g

Oder ein Element des Musters, z. B. »b«, könnte mehrfach wiederholt werden:

a b c b d e b f g

Eine weitere Möglichkeit der Musterunterbrechung wäre das Einfügen neuer Elemente, die bisher nicht in der Abfolge der Ereignisse vorkamen:

a b c x y d e f z g

Noch mal eine andere Variante wäre das absichtliche Verstärken oder Übertreiben von einzelnen Verhaltensweisen in der Abfolge der Ereignisse:

a B C d e F g

Eine weitere Möglichkeit wäre, das ganze Muster zeitlich vorzuziehen, also jedes Element frühzeitiger als bisher aufzuführen:

neu: a b c d e f g

EIN RÄTSEL? »FINDEN SIE DEN UNTERSCHIED!«

Vielleicht müsste man da eine Zeitachse dazumalen, der Unterschied liegt darin, dass das ganze Muster zeitlich vorgezogen wird:

Eine weitere Variante von Musterunterbrechung wäre:

anstatt: a b c d e f g

neu: a b c f

Hier würde das ganze Muster wiederum vorzeitig gestartet, »bc« würde zeitlich enger zusammengelegt, dann würden zwei Elemente ausgelassen, und das Muster würde mit »f« beendet.

EMDR

Ende der 1980er-Jahre machte mich Jeff Zeig auf zwei frühe Artikel von Francine Shapiro aufmerksam, in der sie EMD (Eye Movement Desensitization) vorstellte. Später wurde der Ansatz in EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) umbenannt. Zugegebenermaßen klang für mich merkwürdig, was ich da las: Im Falle von Flashbacks nach Traumata sollte die Intensität der traumatischen Erinnerungen mittels Augenbewegungen – analog zu den Rapid Eye Movements im Schlaf – in kurzer Zeit zu desensibilisieren sein.

Schon wenige Tage später ergab sich die unerwartete Gelegenheit, das Verfahren selbst auszuprobieren.

Fallbeispiel 4

Nach zwei Jahren erfolgloser Paartherapie überwies mir ein Kollege ein junges Paar. Er drückte dabei die Hoffnung aus, dass ich vielleicht mit Hypnotherapie etwas erreichen könne, das bisher nicht zu erreichen war.

Das Paar hatte drei Jahre zuvor in Eigenarbeit begonnen, ein Haus zu bauen. Als der Rohbau schließlich stand, wurde in den Keller schon mal eine Dusche eingebaut, damit man nach getaner Arbeit duschen konnte. Beim ersten Gang in diese Dusche brach die Frau wimmernd vor der Dusche zusammen. Plötzlich kamen in ihr Erinnerungen hoch, wie ein Onkel sie in ihrer Kindheit in so eine Dusche mitgenommen hatte. Danach hatte er sie auch ins Schlafzimmer mitgenommen, aber was dort geschehen war, war immer noch in einer Amnesie. Seit diesem Zusammenbruch vor der Dusche durfte der Ehemann keinerlei Körperkontakt mehr mit seiner Frau haben. Keinerlei Zärtlichkeiten und keine Umarmung waren erlaubt. Die Frau ertrug dies schlichtweg nicht, obwohl die sexuelle Beziehung bis dahin unproblematisch und gut gewesen war. Zwei Jahre Paartherapie hatten daran nichts geändert. Die Frau schilderte, dass sie immer wieder flashbackartig von dem Bild jener Dusche behelligt wurde.

Ich erzählte der Frau von einem neuen Verfahren aus den USA und sagte wahrheitsgemäß dazu, dass ich es allerdings noch nie zuvor angewandt hätte. Aber es werde berichtet, dass es in solchen Fällen hilfreich sein solle. Meine Skepsis drückte ich deutlich aus. Die Frau meinte schließlich: »Aber was habe ich zu verlieren? Wir probieren das!«

Ich fragte sie: »Wenn Sie an die Dusche denken und sich eine Skala von 0 bis 10 vorstellen – 0 wäre: *Die Dusche ist emotional irrelevant*, und 10 wäre: *Das Bild ist unerträglich, ich werde wahnsinnig* –: Wo würden Sie sich in Bezug auf dieses Bild einordnen?«

Sie meinte: »8,5.«

Ich setzte mich vor sie und bat sie, den schlimmsten Teil oder Moment der Duscherinnerung vor ihr inneres Auge zu holen und dann mit ihren Augen meinem Finger zu folgen, den ich horizontal vor ihren Augen schnell hin- und herbewegte. Das tat ich so 20 bis 30 Sekunden lang. Sie blieb mit den Augen immer wieder hängen und konnte dem Finger anfangs nicht flüssig folgen. Die Augen wurden schnell müde, und wir unterbrachen.

Nach kurzem neutralen, ablenkenden Gespräch über andere Themen fragte ich die Klientin: »Wenn Sie jetzt wieder den schlimmsten Teil vors innere Auge führen: Wo sind sie auf dieser Skala?«

Sie hatte nach einem kurzen Moment einen überraschten Gesichtsausdruck und meinte: »Das kann doch nicht sein!« Auf meine Nachfrage antwortete sie: »Ich bin nur noch bei 6,0. Das Bild ist weiter weg und schwächer.«

Ich erwiderte: »Ja, genauso ist es in den Artikeln auch beschrieben. Da machen wir noch weitere Durchgänge.«

Nach dem zweiten Durchgang war die Klientin bei 4,5 und nach dem dritten Durchgang bei 3,0.

Danach entließ ich sie zusammen mit ihrem Mann nach Hause. Mir war klar, dass ich bisher noch keine Technik gesehen hatte, die so schnell eine Änderung herbeiführen konnte. Und es war mir auch intuitiv klar, dass es sich nicht um eine Suggestionsbehandlung gehandelt hatte. Meine Skepsis gegenüber dem Verfahren und meine Ehrlichkeit, das zum ersten Male zu versuchen, ließen einen suggestiven Effekt als sehr unwahrscheinlich erscheinen.

Die Klientin kam zum nächsten Termin allein. Sie berichtete, dass sie in der Nacht nach unserer Sitzung erstmals wieder in den Armen ihres Mannes schlafen konnte. Intimere Zärtlichkeiten wollte sie allerdings keine. Sie teilte mir mit, dass sie zu der Sitzung alleine kommen wollte, weil sie schon seit Langem eine Essstörung habe, von der ihr Mann nichts wisse und auch nicht wissen dürfe. Er wolle ihr dann bestimmt helfen, aber so, wie er ihr helfen wolle, würde ihr das nicht helfen. Sie bat um die Vermittlung zu einer Therapeutin, mit der sie das Thema weiter aufarbeiten könne.

Was wirkt denn da?

Ab da beschäftigte mich die Frage: Was hat da gewirkt? Ein Teil der Wirkungen scheint tatsächlich im Einbeziehen der Augenbewegungen zu liegen. Noch bevor ich EMDR kennenlernte, hatte ich eine eigene Erfahrung gemacht, die das nahelegte.

Mit einem ärztlichen Kollegen wollte ich gemeinsam ein Seminar zur Kombination von Feldenkrais-Techniken mit Hypnotherapie anbieten. Dazu habe ich selbst noch mal an Feldenkrais-Sitzungen teilgenommen. Bei einer der Übungen lag ich am Boden und sollte meine Augen wieder und wieder in großem Bogen von ganz links nach ganz rechts und wieder zurückbewegen. Die Anweisung beinhaltete, mich auf keinen Fall zu zwingen. Ich solle die Augen nur so weit bewegen, wie es angenehm ist, und dort stoppen. Nun – nach rechts konnte ich die Augen sehr weit nach unten bewegen. Nach links stockten die Augen, und eine gesamte Bewegung war nicht möglich. Mit der Zeit dachte ich: Was soll das?, und zwang mich, entgegen der Anweisung die Augen über diesen natürlichen Stoppunkt hinauszubewegen. Ich versuchte, die Augen genauso weit nach links zu bekommen, wie es mühelos nach rechts ging. Indem ich das tat, kam plötzlich eine schmerzhafteste Erinnerung aus meiner Kindheit in mein Bewusstsein. Diese Erinnerung war bisher in einer Amnesie. Da ich Material für das geplante Seminar sammelte, habe ich die Übung kurz unterbrochen und mir einige Notizen gemacht. In meinen Notizen von 1990 oder 1991 damals steht die Frage: Haben Augenbewegung etwas mit Amnesie und Trauma zu tun?

EMI und EMDR

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und EMI (Eye Movement Integration) wurden von Francine Shapiro und Steve Andreas entwickelt, vermutlich ausgehend von frühen Überlegungen in der Gruppe um die NLP-Entwickler John Grinder, Robert Dilts und Steve Andreas. Es wäre sicher interessant, die Anfänge dieser Konzepte einmal in der geschichtlichen Entstehung sauber dokumentiert zu sehen.

EMDR verwendete ursprünglich nur schnelle horizontale Handbewegungen, denen die Augen zu folgen hatten. Wenn das keine Ergebnisse brachte, wurden auch diagonale Handbewegungen, z. B.

von links unten nach rechts oben, eingesetzt. Ausgehend von diesen ersten Ansätzen, hat sich EMDR zu einem großen, anerkannten Verfahren weiterentwickelt.

EMI verwendet langsamere, sehr viel komplexere Bewegungsabläufe bis hin zu spiralförmigen Bewegungsmustern.

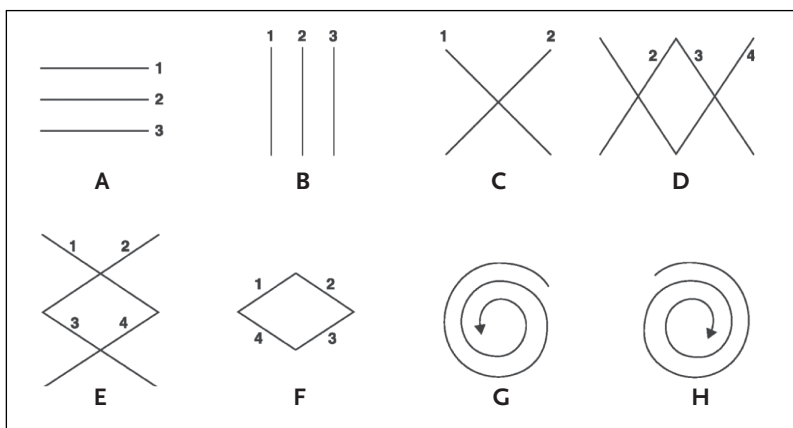


Abb.: Augenbewegungen des EMI

In Bezug auf die Behandlung von Flashbacks bei posttraumatischen Belastungsstörungen habe ich in der klinischen Praxis den Eindruck gewonnen, dass eine effiziente Unterbrechung der alten Traumamuster eine wesentliche Rolle spielt. Die Musterunterbrechung geschieht nach meiner Erfahrung über die Schnelligkeit der Augenbewegungen.

Flashbacks sind »blitzartige« Erinnerungen an Traumaepisoden. Als Kind und Jugendlicher konnte ich das mehrfach bei meinem Großvater beobachten, der vier Jahre lang im Ersten Weltkrieg war und knapp 98 Jahre alt wurde. Am Ofen sitzend, hat er immer wieder mal einen Schrei ausgestoßen und dann erklärt: »Jetzt habe ich es wieder gesehen!« Er hat uns immer damit verschont zu erzählen, was er gesehen hat. Es war offensichtlich immer dasselbe unverarbeitete Bild aus dem Krieg. Heute könnte ich ihm mit modernen Traumatherapie-techniken wie EMDR vermutlich sehr rasch und wirksam helfen.

Die folgenden Fallbeispiele stützen die These, dass Musterunterbrechungen ein wesentlicher Bestandteil der Wirkung von EMDR und ähnlichen Ansätzen sind. Dies gilt wohl generell für alle bifokal-multisensorischen Techniken.

Musterunterbrechung und die Schnelligkeit von Augenbewegungen bei EMI und EMDR

Fallbeispiel 5

Bei einem Hypnoseworkshop kam die Rede auf EMDR, und die Teilnehmer wollten unbedingt eine Demonstration erleben. Es war in den Anfängen der EMDR-Zeit, in Deutschland gab es seit wenigen Jahren die ersten offiziellen Trainings. Eine Kollegin meldete sich mit einem Anliegen. Sie war eine gestandene Fachärztin in Führungsposition. Sie wollte nicht über Details des Problems reden. Wir erfuhren nur, dass sie immer wieder von einer Erinnerung aus der Schulzeit behelligt wurde: Sie geht vor dem Schulhaus, und alle schauen aus den Fenstern auf sie. Diese Erinnerung war emotional sehr stark und sehr negativ besetzt, wie man ihrer Schilderung entnehmen konnte. Ich machte zwei Durchgänge mit den üblichen Augenbewegungen. Dann kam aus der Gruppe die Frage, ob man als Intervention auch eine bifokal-auditive Stimulierung einsetzen könne. Eine Teilnehmerin berichtete darauf von einem Seminar, in dem das demonstriert und geübt worden sei. Ich forderte sie auf, diese Variante vorzuführen.

Die Kollegin, die diese auditive Variante demonstrierte, setzte sich vor die Klientin mit dem Schultrauma. Die Klientin wurde gebeten, die Augen zu schließen und sich auf die Schulsituation zu konzentrieren. Die Therapeutin begann abwechselnd links und rechts hörbar mit den Fingern zu schnipsen (bifokale-auditive Stimulation). Nach kurzer Zeit hatte ich das Gefühl: Wenn ich da schweigend mit geschlossenen Augen sitzen würde, würden mich die Emotionen vielleicht überrollen. Nicht lange später zeigte sich im nonverbalen Verhalten der Klientin Unbehagen, wenige Sekunden später öffnete sie die Augen und sagte: »Puh, es wird schlimmer, das halte ich nicht aus!«

Erst dann wurde mir bewusst, dass ich während der Arbeit mit den Augenbewegungen permanent auch geredet hatte: »Du siehst den schlimmsten Teil des Bildes, du schaust auf meine Finger, du folgst, so schnell es geht, meinen Fingern, von rechts nach links, von links nach rechts, und die Schule und die Finger, so rasch es geht, den Fingern folgen ...«

Ich habe den Eindruck, dass über dieses permanente Umfokussieren der Aufmerksamkeit, nämlich die Aufforderung, sich auf das Bild zu konzentrieren, das man bisher vermeiden wollte, und gleichzeitig schnell den Fingern zu folgen, diese schnelle Desensibilisierung erfolgte. Dazu kommt, dass mit dem Fokussieren auf visuelle Erinne-

rungen laut NLP-Theorie bei Rechtshändern Augenbewegungen nach links oben verbunden sind (vom Klienten aus gesehen) (vgl. Dilts et al. 1980). Die Aufforderungen, sich auf eine visuelle Erinnerung zu konzentrieren und gleichzeitig die Augen rasch horizontal hin- und herzubewegen, scheinen inkompatibel zu sein. Bei den ersten Durchgängen und hoher Emotionalität von 8 bis 10 auf der Skala scheinen die Augen gelegentlich auch wie an einem Widerstand zu stocken (ähnlich wie ich das bei meiner Feldenkrais-Selbsterfahrung erlebt hatte).

Bei auditiver oder kinästhetischer bifokaler Stimulierung scheinen sich die Augen bei hoher Konzentration des Klienten auf diese bifokale Stimulierung ebenfalls mitzubewegen. Letzteres konnte ich sowohl bei Klienten wie bei mir selbst beobachten.

Fallbeispiel 6

In einem der ersten EMI-Seminare an unserem Rottweiler Institut unterrichtete Danie Beaulieu, die das einzige umfangreiche Fachbuch zu EMI geschrieben hat (Beaulieu 2003). Sie demonstrierte den Ansatz u. a. an einem der teilnehmenden Praktikanten. Der Psychologiestudent hatte regelmäßige Flashbacks bezüglich eines Autounfalles. Er war auf der Autobahn mit hoher Geschwindigkeit unterwegs gewesen, als sich vor ihm ein Unfall ereignete und sich die Autos hinter diesem Unfall schnell stauten. Es gelang ihm, seinen Wagen gerade noch rechtzeitig zum Halten zu bringen. Im Rückspiegel sah er von hinten ein anderes Auto heranrasen. Es war ihm klar, dass der Bremsweg dieses Autos nicht reichen kann. Es kam immer näher, krachte von hinten in seinen Wagen und schob ihn auf das vor ihm stehende Fahrzeug. Es war ihm nichts passiert. Aber dieses Bild, wie das Auto von hinten in seinen Wagen kracht, tauchte immer wieder quälend auf.

Danie Beaulieu arbeitete mit dem jungen Mann mit den EMI-Techniken. Zu meiner Überraschung erzählte mir der Praktikant später, dass sich durch die Intervention nichts verändert habe und er die Erinnerung während der Demonstration immer wieder als unangenehm erlebt habe.

Bei einer anschließenden Sitzung leitete ich den EMDR-Prozess während der Therapiephase mit vielen Musterunterbrechungen schnell redend an – zusätzlich zu den raschen Augenbewegungen. Nach drei Durchgängen lag der junge Mann auf der EMDR-Skala bei einem sehr geringen Wert, und dabei blieb es auch.

Ähnlich wie bei der bifokal-auditiven Stimulierung im Fallbeispiel 5 schienen die schnelleren Augenbewegungen des EMDR einen stärkeren musterunterbrechenden Effekt gehabt zu haben als die langsamen Augenbewegungen, die im EMI benutzt werden.

Fallbeispiel 7

Ähnliches ist später noch einmal bei einer EMI-Livedemonstration von Woltemade Hartman auf einer Tagung passiert.

Die betreffende Kollegin, die ich seit Jahrzehnten kenne und schätze, meldete sich nach der Demonstration bei mir, weil sich an ihren Flashbacks bezüglich einer aktuellen Traumatisierung nichts verändert habe. Auch sie schilderte ihr Unbehagen während der Sitzung, weil das problematische Bild unangenehm intensiv gewesen sei. Wiederum war die dann angewandte Kombination von schnellen Augenbewegungen mit viel Musterunterbrechung in nur einer Sitzung erfolgreich.

Sowohl Woltemade Hartman wie auch Danie Beaulieu sind in ihrer fachlichen Kompetenz über jeden Zweifel erhaben. Wie jeder weiß, schätze ich beide als Hauptreferenten und Workshopleiter an meinem Institut und auf unseren Tagungen über alles. Trotz aller unbestrittenen Kompetenz haben die langsamen EMI-Augenbewegungen nach meinem Eindruck in beiden Situationen nicht genügend musterunterbrechende Kraft besessen, um die Flashback-Symptome aufzulösen.

Wie ich von Kollegen, die auf Traumabehandlungen spezialisiert sind, weiß, halten sie in anderen therapeutischen Situationen die Technik der langsameren Augenbewegungen von EMI derjenigen des EMDR für überlegen.

EMI benutzt auch sehr viel variantenreichere Augenbewegungen. Diese vielfältigen Varianten könnten das langsamere Arbeiten in Bezug auf musterunterbrechende Wirkungen kompensieren. Das sind jedoch theoretische Überlegungen, weil ich nicht genügend praktische Erfahrungen mit beiden Varianten habe.

Fallbeispiel 8

Eine Klientin, die eine Gefangennahme mit Foltererfahrung und Vergewaltigung hinter sich hatte, kam zu mir in Therapie. Sie hatte in der Tatsituation Schreckliches über sich ergehen lassen müssen.

Es gab Auslöser, die eine schlagartige Ohnmacht auslösen konnten. Wegen dieser Symptome war sie bei sehr renommierten Kollegen und Institutionen ohne Erfolg in Behandlung gewesen – von psychodynamischen bis verhaltenstherapeutischen Ansätzen war alles vertreten, auch EMDR. Die Kollegen konzentrierten sich alle auf das Hauptsymptom, den Auslöser für die schlagartigen Ohnmachtsattacken. Möglicherweise wurden auch Behandlungsfehler gemacht, und die Klientin hat dadurch eher eine intensivierende Retraumatisierung erfahren. Es gab einen weiteren Auslöser, der zuvor noch nie behandelt worden war. Während der Tatsituation wurde die Klientin von den Tätern mit einem charakteristischen Markentaschenmesser in die Arme geschnitten, sodass das rohe Fleisch herauschaute. Die Klientin arbeitete in einem Restaurant, in dem auch immer wieder Wanderer einkehrten. Manchmal hatten sie Messer der gleichen Marke dabei. Wenn die Klientin ein solches Messer sah, wurde sie nahezu kataleptisch. Sie behielt aber noch so weit die Kontrolle, dass sie sich hinter die Theke zurückziehen konnte. Wenn die Klientin in eine Metzgerei ging, um Wurst zu kaufen, musste sie immer auf den Boden schauen. Der Anblick von rohem Fleisch oder gar der Anblick, wie Fleisch geschnitten wird, hätte ebenfalls eine Katalepsie ausgelöst. Immerhin blieb die Klientin bei diesen Situationen gerade noch handlungsfähig und wurde nicht ohnmächtig wie bei dem anderen Auslöser. Ich definierte diesen Umstand ihr gegenüber als Ressource oder auch als Referenzerfahrung, um ihn später vielleicht auch in Bezug auf den problematischen Hauptauslöser nutzen zu können.

Wir beschlossen, uns zuerst auf das Taschenmesserproblem zu konzentrieren und nicht auf den Hauptauslöser, der die Ohnmachtsanfälle triggerte.

Zuerst spielte ich den »Roboter«, den sie mit Anweisungen steuern konnte. Sie sollte mir fortlaufend Anweisungen geben, was ich mit dem Messer zu tun hatte: in die Hand nehmen, wegstecken, öffnen, schließen etc. Manchmal war sie überrascht, dass ich in vorauseilendem Gehorsam zu ahnen schien, was als Nächstes zu tun sei. Die Klientin hatte meinen Praktikanten erlaubt, anwesend zu sein. Bei einer Gelegenheit sagte ich, an die Praktikanten gerichtet: »Ihr seid erst in einführenden Workshops gewesen, das Gedankenlesen kommt erst in den Fortgeschrittenenseminaren.« Ich versuchte immer wieder, die Situation mit Humor aufzulockern und so zu verhindern, dass die Klientin assoziativ in die Traumasituation abgleiten und eintauchen konnte. Einmal jedoch war ich einen kurzen Moment im Nachdenken unkonzentriert im Hinblick auf die Situation. Ich dachte, regungslos sitzend, nach, wie ich jetzt weiterarbeiten könnte, und strich da-

bei gedankenverloren über die Klinge des offenen Taschenmessers. Plötzlich realisierte ich, wie die Klientin dissoziierte und beinahe kataleptisch erstarrte. Ich entschuldigte mich, und wir begannen wieder, humorvoll mit vielen Musterunterbrechungen weiterzuarbeiten.

Kurz danach begannen wir, mit der EMDR-Technik an der traumatisierenden Tatsituation zu arbeiten, insbesondere in Bezug auf das Taschenmesser. Auf der EMDR-Skala hinsichtlich der Emotionalität war die Klientin zeitweise bei dem Wert von 10. Ich habe immer wieder unterbrochen und ständig musterunterbrechend die Ebenen gewechselt. Leider hat bei dieser Sitzung das Videoaufnahmegerät versagt, sodass ich diese Sitzung danach aus dem Gedächtnis nur teilweise rekonstruieren konnte.

Zu den Musterunterbrechungstechniken, die ich nutzte, gehörten mehrfach überraschende Zwischenfragen. Zum Beispiel: »Was ist zur Zeit der Lieblingskuchen ihrer Gäste?« Die Antwort – mit verblüfftem Gesichtsausdruck – war: »Kirschplotzer.« Sofort folgte die nächste kurze EMDR-Einheit. Ich unterbrach sie mit den Worten: »Übrigens, nächste Sitzung bringen Sie für mich und mein Team einen halben Kirschkuchen mit.« Ich erzählte einen Witz, der assoziativ mit dem Haupttrigger zusammenhing, und sie musste lachen. Ich warf ihr überraschend das Taschenmesser zu, und sie warf es lachend zurück.

Wir machten auch einmal eine kurze Hypnoseeinheit und nutzten dabei Ressourcensituationen, die wir in einer Sitzung zuvor aufgebaut hatten. Die Sitzung hatte ein hohes Tempo, ständige Themenwechsel, und es wurde immer wieder gelacht.

Die Klientin machte ab und zu auch Metakommentare: »Sind Sie immer so witzig drauf in solchen Situationen?« Meine Antwort laut Therapieprotokoll: »Wenn es sein muss, ja, aber jetzt gehen wir wieder ganz ernsthaft zur Sache.« Weil ich das »ernsthaft« mit sehr ernster Stimme und ernstem Gesichtsausdruck sprach, musste sie wiederum lachen.

Einmal fragte die Klientin auch, wie ich das Unbewusste definieren würde, wenn ich immer mal wieder von ihrem Unbewussten sprechen würde.

In Bezug auf die Auslösesituation kamen wir über diesen Prozess in etwa 90 Minuten auf der Emotionalitätsskala von 10 zu Beginn auf 6 am Ende.

Zur nächsten Sitzung brachte die Klientin wirklich einen halben Kirschkuchen mit, und sie berichtete Erstaunliches. Sie war in einer

Metzgerei. Erst draußen vor der Tür blieb sie erschreckt stehen. Ihr wurde plötzlich klar, dass sie das rohe Fleisch angeschaut und sogar zugehört hatte, wie es geschnitten wurde; sie hatte aber überhaupt nicht darauf reagiert. Das war ein ermutigender Durchbruch.

Ohne die ständigen Musterunterbrechungen, die immer wieder verhinderten, dass die Klientin von traumatischen Erinnerungen »überrollt« wurde, wäre dieser schnelle Effekt aus meiner Sicht nicht möglich gewesen.

Zusammenfassung

Musterunterbrechung ist ein wirksamer Ansatz aus der ericksonschen Psycho- und Hypnotherapie. Sie kann als eigene Technik eingesetzt werden oder ist manchmal indirekt in Techniken anderer Therapieschulen enthalten, ohne dass sie thematisiert wird.

EMDR und EMI wirken dann besonders gut, wenn gleichzeitig die alten pathologischen Problemtrancemuster ausreichend unterbrochen werden.

Wenn EMDR und EMI zu langsam oder schweigend durchgeführt werden, kann das rasche Erfolge verhindern und manchmal retraumatisierend wirken.

Reine Musterunterbrechungen ohne Augenbewegungen per bifokaler Stimulierung sind unter Umständen nicht wirksam.

Für prozess- und embodimentfokussierte Psychologie (PEP) bzw. Klopftechniken ließen sich ähnliche Überlegungen anstellen. Auch hier werden alte Muster unterbrochen und neue Muster eingeführt.

Reden reicht nicht – eine fast ernste Nachbetrachtung

In meinem *Aha-Handbuch der Aphorismen und Sprüche* (Trenkle 2012) habe ich kleine und humorvolle Weisheiten zusammengestellt, die ich seit der Schulzeit gesammelt hatte.

Reden reicht nicht. Was sagen da die Bibel, die Philosophen und die Aphoristiker? Wie bringen die das auf den Punkt?

Der Kölner Medizinprofessor Gerhard Uhlenbruck sagt: »Sprichwörter kann man auch als psychotherapeutischen Teil einer Erfahrungsheilkunde betrachten« und »Ein Aphorismus ist psychologische Philosophie in einem Satz«.

»Am Anfang war das Wort« (Johannes-Evangelium).

»Am Anfang war die Tat« – »In the beginning was the act« (Moreno 1946).

Über die Jahrtausende finden sich immer wieder solche Aussagen zum Thema »Reden reicht nicht«.

»»Actions speak louder than words« is the maxim« – »»Taten sprechen lauter als Worte« ist die Maxime« (Abraham Lincoln 1856).

»Das Wort ist nur der Tat Schatten« (Demokrit, 460–370 v. Chr.).

»Nicht Sprüche sind es, woran es fehlt; die Bücher sind voll davon. Woran es fehlt, sind Menschen, die sie anwenden« (Epiktet, ca. 50–138).

»Das Wort ist wie im Meer ein Pfad, doch eine tiefe Wegspur hinterläßt die Tat« (Henrik Ibsen, 1828–1906).

»Reden kocht keinen Reis« (asiatisches Sprichwort).

Auch Schiller und Goethe haben sich schon mit diesem Thema auseinandergesetzt:

»Erst handeln und dann reden« (Friedrich Schiller in *Maria Stuart*).

»Geschrieben steht: ›Im Anfang war das Wort!‹
Hier stock ich schon! Wer hilft mir weiter fort?
Ich kann das Wort so hoch unmöglich schätzen,
Ich muss es anders übersetzen,

Wenn ich vom Geiste recht erleuchtet bin.
Geschrieben steht: ›Im Anfang war der Sinn.‹
Bedenke wohl die erste Zeile,
Dass deine Feder sich nicht übereile!
Ist es der *Sinn*, der alles wirkt und schafft?
Es sollte stehn: ›Im Anfang war die *Kraft*!‹

Doch, auch indem ich dieses niederschreibe,
Schon warnt mich was, dass ich dabei nicht bleibe.
Mir hilft der Geist! Auf einmal seh ich Rat
Und schreibe getrost: ›Im Anfang war die Tat!‹«

(Goethe, *Faust* im Studierzimmer; Hervorh. im Orig.)

Nun – gibt es auch Witze zum Thema Musterunterbrechung und bifokale Stimulierung?

Der tschechische Aphoristiker Gabriel Laub meint: »Es gibt gute politologische, soziologische oder psychologische Bücher, die auf 600 Seiten fast so viel sagen wie ein Witz.«

Den folgenden Witz zu diesem Thema habe ich einmal in einer Liveradioschaltung erzählt. Die Moderatorin hatte mit mir am Abend vorher die Fragen etwas vorbesprochen. Etwa um 7 Uhr 52 sollte ich anlässlich einer großen Hypnosekonferenz live zum Interview zugeschaltet werden. Die Moderatorin hatte angekündigt, dass sie mich ganz am Schluss noch auf meine Witzbücher ansprechen und mich dann bitten werde, einen Witz zu erzählen. Allerdings wurde ich gewarnt: Exakt 7:59:59 Uhr sei mein Mikro zu, und die Nachrichten starteten exakt um 8 Uhr. Ich hatte mir einige Stichworte zu Witzen aufgeschrieben. Darunter auch zwei Witze, die recht kurz waren, falls mir nicht viel Zeit bleiben sollte. Ich hatte eine Uhr vor mir, die auf die Sekunde stimmte. Um 7:59:25 kam die Moderation auf das Thema »Witze« zu sprechen, und ich hatte so ziemlich exakt 24 Sekunden für meinen Witz. Um 7:59:52 war die Pointe durch den Äther, und schlagartig aber auch meine Leitung zur Moderatorin tot.

Folgenden Witz hatte ich erzählt:

Cleopatra und Caesar beim heißen Liebesspiel. Cleopatra flüstert Caesar ins Ohr: »Sag mir etwas, was noch nie ein Mann einer Frau gesagt hat.«
Caesar sagt: »Laserdrucker.«

Nach den Nachrichten rief mich die Moderatorin an und sagte: »Ich musste schlagartig das Mikro abdrehen, weil ich vor Lachen fast geplatzt bin.«

Aber nicht alle Frauen finden diesen Kurzwitz wirklich witzig. Und das gilt auch für den nächsten Witz:

Eine Frau kommt zum Arzt und sagt: »Schauen Sie, Herr Doktor, ich muss mich scheiden lassen. Überall blaue Flecken. Mein Mann ist Alkoholiker und wird immer unbeherrschter und im Suff immer gewalttätiger. Sobald er nach Hause kommt, riecht man schon von Weitem seine Fahne. Diesen Geruch alleine ertrage ich schon gar nicht mehr.« Der Arzt sagt: »Für solche Situationen habe ich einen speziellen Tee entwickelt.« Die Frau ist entrüstet: »Nehmen Sie mich nicht auf den Arm, Herr Doktor! Mein Mann ist ein gewalttätiger Alkoholiker. Schauen Sie meine Verletzungen an.« Der Arzt besteht weiterhin auf seinem Wundertee.

Er erklärt der Frau: »Wenn Ihr Mann loszieht, um auf seine Kneipentour zu gehen, dann kochen Sie von diesem Tee eine ganze Kanne voll. Sie lassen den Tee 10 Minuten ziehen, dann gießen Sie ihn in eine Thermoskanne. Der Tee sollte sehr warm, aber nicht mehr richtig heiß

sein. Wenn Ihr Mann dann nach Hause kommt und Sie riechen seine Alkoholfahne, dann gehen Sie an Ihre Thermoskanne. Sie gießen sich eine ganze Tasse Tee ein und nehmen einen Schluck in den Mund. Aber nicht schlucken. Immer mit der Zunge den Tee von rechts nach links und links nach rechts im Mund hin- und herschieben. Ganz langsam. Ich kann Ihnen schon jetzt sagen: Der Tee schmeckt nicht gut. Sie werden in Versuchung kommen, ihn lieber runterzuschlucken. Aber widerstehen Sie dieser Versuchung, solange es geht. Immer von rechts nach links und von links nach rechts. Sie berühren dann dabei mit Ihrer Zungenspitze einmal von innen die linke Seite der Mundhöhle und dann wieder die rechte Seite. Immer von links nach rechts und dann wieder umgekehrt. Man nennt das auch bifokale Stimulierung. Irgendwann werden Sie den Tee schlucken müssen, und dann nehmen Sie den nächsten Schluck – bis die Tasse leer ist.« Die Frau ist skeptisch, aber verspricht, es zu probieren.

Nach vier Wochen kommt sie wieder. Sie strahlt den Arzt an: »Herr Doktor, Ihr Tee ist ein Wundertee. Schauen Sie mal, meine Arme: keinerlei blaue Flecken mehr. Mein Mann hat mich nie mehr geschlagen. Er trinkt sogar weniger. Insgesamt ist alles besser geworden. Dieser Tee ist unglaublich.«

Dann sagt der Arzt: »Sehen Sie, was es hilft, wenn Sie den Mund halten.«