



Hypnosystemisches Brainspotting in der Arbeit mit Menschen mit psychotischem Erleben – Fallbeispiele

Andreas Kollar

Brainspotting und Hypnosystemik haben Zugänge zu den Menschen eröffnet, die mir immer wieder helfen, mit Hoffnung und Zuversicht in meine Sitzungen zu gehen

Zusammenfassung

In diesem Beitrag sind meine Erfahrungen mit Brainspotting in der stationären Therapie von Menschen mit Psychoseerleben beschrieben. Psychosen gelten als schwere und schwer zu behandelnde psychische Störungen. Dennoch ist es möglich, mit Brainspotting Behandlungserfolge zu erzielen. Da Brainspotting in erster Linie ein offener Interventionsansatz ist, braucht man – v.a. für die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team – einen therapeutischen Rahmen. Aufgrund vieler Überschneidungen bietet sich dafür das hypnosystemische Modell von Gunther Schmidt an.

Schlüsselwörter

Brainspotting, Hypnosystemik, Psychoseerleben, Problem-Trance-Exduktion, Ideodynamische Prozesse

Hypnosystemic Brainspotting with clients with experiences of psychosis

Summary

In this article I would like to share my experiences in the treatment of patients with psychosis in a stationary therapy-setting with Brainspotting. Psychosis are known to be serious mental disorders and are very hard to treat with psychotherapy. Nonetheless it is possible to do brainspotting with patients with these disorders. Brainspotting is an open model with no explicit therapeutic background. Therefore it is very important – especially when you are working in an interdisciplinary team – to have a therapeutic frame. The hypnosystemic model which was founded by Gunther Schmidt appears to be just perfect for this purpose.

Keywords

Brainspotting, hypnosystemic approach, psychotic-experience, problem-trance-exduction, ideodynamic process

Im folgenden Artikel soll gezeigt werden, wie sich mit einem hypnosystemischen Rahmenmodell die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit jeder Intervention und hier im Speziellen von Brainspotting in der Arbeit mit Menschen mit Psychosediagnosen erhöhen bzw. verbessern lässt. Der Beitrag baut in seinen Grundzügen stark auf dem hypnosystemischen Ansatz und hier vor allem auf Parallelen zur hypnosystemischen Choreografie-Arbeit (Schmidt, 2005) auf. Die Fallbeschreibungen beziehen sich auf stationäre bzw. teilstationäre Settings, bei denen durch einen geschützteren Rahmen natürlich andere Vorgehensweisen möglich sind als in ambulanten Therapie-Settings.

Psychosen als „therapeutisches No-Go“?

Psychotisches Erleben gilt in der Psychotherapie als absolute Kontraindikation (Schmidt, 2016a) für viele Interventionstechniken. Das Kontraindikationsargument ist absolut berechtigt, wenn der Therapeut versucht, eine sog. Trance (im klassischen Verständnis von Trance) zu induzieren oder auf andere Art und Weise regressionsfördernd arbeitet. Bei Menschen mit Psychoseerleben muss man nicht erst mit Hypnotherapie beginnen. Die Klienten befinden sich bereits in einer Trance.

Viele Phänomene, die die Klienten in einer Brainspotting-Sitzung – und natürlich auch in einer Psychosephase – erleben, sind als Trance-Phänomene zu verstehen

Der Therapeut verstärkt somit das ohnehin vorherrschende regressive Erleben, wenn er klassisch hypnotherapeutisch vorgeht. Das gilt aber für alle Techniken, die – ob absichtlich oder nicht – den Fokus stark auf (v.a. problembehaftete) Aspekte der Vergangenheit richten (Revenstorf & Peter, 2015).

Brainspotting kann, wenngleich es sehr schonend in der Verarbeitung von Stresserleben wirkt, als Verfahren verstanden werden, bei dem altersregressiv gearbeitet wird. Dies führt v.a. bei Klienten mit den unterschiedlichsten Formen schwerer Dissoziation dazu,

dass das Modell angepasst werden muss. Ein hypnosystemisches Herangehen bietet hier einen fundierten und wissenschaftlich gestützten Rahmen für Interventionstechniken.

Die Psychose wird als Trance-Zustand mit massiver Dissoziation zwischen bewussten und unbewussten Anteilen definiert. Eine Trance herrscht dann vor, wenn z. B. eine starke Fokussierung nach innen stattfindet bzw. wenn Wahrnehmungsphänomene wie Zeitverzerrung, Analgesie auftreten.

In der Hypnosystemik wird Trance umfassender als das Vorherrschen unwillkürlichen Erlebens definiert. Trance hat demnach nicht zwingend mit geschlossenen Augen und einer starken Innenorientierung zu tun. Es geht vor allem um ein Erleben im Sinne von „Es passiert ganz von allein“ (ähnlich dem Flow-Erleben). Somit kann Trance auch beim Joggen oder Musizieren erlebt werden. Jeder kennt z. B. das Trance-Phänomen „Zeitverzerrung“ in Situationen, in denen es einem vorkommt, als ob die Zeit überhaupt nicht vergeht (Schmidt, 2005, 2012a, 2015). Somit sind auch viele Phänomene, die die Klienten in einer Brainspotting-Sitzung erleben, als Trance-Phänomene zu verstehen (und natürlich auch in einer Phase des Psychoseerlebens).

In der Hypnosystemik gibt es erwünschte Trance-Zustände – sog. Lösungstrancen. Es gibt aber auch unerwünschte Trance-Zustände – sog. Problemtrancen (Störungen). Der Zugang zu solchen Trance-Zuständen wird in der Hypnotherapie über Trance-Induktionen gestaltet. Dies sind kommunikative Rituale, bei denen durch die Art der sprachlichen und auch nonverbalen Angebote das Ziel verfolgt wird, gewünschte unwillkürliche Erlebnispotenziale anzuregen und zu unterstützen. Dabei ist es wichtig, dass diese auch mit den gewohnten willkürlichen Wahrnehmungs-

mustern in eine gute Kooperation und Koordination gebracht werden sollen. Dazu kann es zunächst notwendig sein, die Richtung umzudrehen und die Klienten eher dabei zu unterstützen, aus unerwünschten Zuständen herauszukommen (Trance-Exduktion). Das kann auch, wie ich später in einem Fall beschreiben möchte, im Brainspotting genutzt werden (Schmidt, 2005).

Man geht davon aus, dass sich Art und Inhalt der Imaginationen mit großer Wahrscheinlichkeit psychophysiologisch manifestieren

Über Trance-Induktionen (bzw. -Exduktionen) bekommt man Zugang zu inneren Verrechnungsprozessen, tieferen Verarbeitungsbereichen, an denen auch limbische Strukturen und Aktivierungsprozesse des Hirnstamms beteiligt sind und die das vorherrschende Erleben konstituieren. Diese inneren Prozesse werden zusammengefasst als „ideodynamische Prozesse“ und können durch Tanzen, Musizieren, Malen, Verwendung von Symbolen, Ritualen etc. gefördert und erlebbar gemacht werden. Das nächtliche Träumen zeigt uns dabei, welch enormes Potenzial an Erlebnismöglichkeiten wir besitzen (Schmidt, 2005, 2016a). Und obwohl wir dabei immer nur im Bett liegen und im Außen keine Aktivität durchführen, kommt es im inneren Erleben zu intensiven Veränderungen, die sogar körperlich messbar sind (Hormone etc., Revenstorf, 2003). Ähnlich lässt sich auch verstehen (und auch für die Klienten im Sinne der Psychoedukation nutzen), dass Menschen so viel innerlich erleben können, auch wenn sie „nur“ auf einen Pointer starren. Man geht davon aus, dass die Art und der Inhalt der Imaginationen sich dann mit großer Wahrscheinlichkeit jeweils psychophysiologisch manifestieren (ideodynamisches Prinzip; Cheek & Rossi, 1994; Jonas, 1981).

Aus hypnosystemischer Sicht ist es sehr bedeutsam, dass es nie die Inhalte des Traumes oder der Brainspotting-Sitzung selbst sind, die da auf uns wirken. Beim Luziden

Träumen kann der Träumer z.B. lernen, seine Position gegenüber Traumgehalten so zu ändern, dass bedrohliche Inhalte nicht mehr als bedrohlich wahrgenommen werden. Somit ist es auch ein vordergründiges Ziel hypnosystemischer Brainspotting-Arbeit, die Klienten zu unterstützen, eine solche Wahrnehmungsposition aufzubauen. Es ist somit nicht Brainspotting, das an sich wirkt, sondern immer, was die Betroffenen selbst daraus machen.

Brainspotting kann somit verstanden werden als massive Einladung zur Aufmerksamkeitsfokussierung, wobei der größte Teil der Vorgänge auf unbewusster Ebene wahrnehmbar ist. Dabei geht es im Unterschied zur Choreografie-Arbeit in der Hypnosystemik sehr komplexitätsreduziert um die Bereiche der Ideosensorik und Idiolektik, über die Empfindungen in erster Linie beobachtet und als wertvolle Feedback-Instrumente genutzt werden, ohne gleichzeitig Bewegungen oder andere Interventionen auszuführen.

Psychose als Trance-Äquivalent

Fallbeispiel „Veränderung ist möglich“

Durch hypnosystemische Brainspotting-Arbeit kann vermittelt werden, dass grundsätzlich jedes Phänomen veränderbar ist. Kein Klient schafft es, sich Tag für Tag und Sekunde für Sekunde vollkommen gleich zu erleben. Es dominiert das Empfinden, dass es ihm schlecht geht, aber selbst in diesem „Schlecht“ sind Unterschiede feststellbar. Eines der eindrücklichsten Erlebnisse konnte ich mit einer jungen Klientin mit einer sog. Erstmanifestation einer schizophrenen Psychose erleben.

Die Klientin kam massiv suizidal eingeeengt in die Klinik (Akutpsychiatrie), weil ihr eine Stimme befohlen hatte, dass sie sich töten müsse. Der Kontakt zur Klientin war aus meiner Sicht gut, und so habe ich ihr nach ein paar Stunden ein Experiment bzw. die Technik One-Eye-Spotting (Grand, 2014) angeboten.

Dabei trägt man eine spezielle Brille, durch die nur jeweils ein Auge aktiv zum Sehen verwendet werden kann. Die Klientin hat eine der Brillen aufgesetzt und fast im selben Moment wich jegliche Aktivierung in ihr, und die Stimme war beinahe weg. Als die Klientin die andere Brille aufsetzte, richtete sie sich mit einem Ruck auf, wirkte hochaktiviert und die Stimme war wieder deutlich präsenter. Diese Phänomene waren wiederholt replizierbar und konnten genutzt werden im Sinne von „es ist veränderbar.“

Fallbeispiel „Rechts-Links-Verräumlichung“

In der hypnosystemischen Arbeit ist das „Prinzip der Verortung“ fest verankert. Darunter versteht man, dass alles, was wir erleben, räumlich repräsentiert wird (Schmidt, 2005). Und im Brainspotting heißt es nach David Grand (2015): „Wohin wir schauen, beeinflusst, wie wir uns fühlen.“

Ein junger Mann, von dem ich zu Beginn keinen spezifischen Auftrag bekommen habe, war durchaus bereit, während des akuten psychiatrischen Aufenthalts die psychologischen Gespräche zu nutzen. Bei Spaziergängen habe ich immer wieder von ähnlichen Phänomenen wie oben berichtet. Einmal drehte er sich unvermittelt zu mir und sagte, dass es ihm jetzt, wo wir drüber sprechen, auffällt, dass er immer, wenn ich links neben ihm gehe, selbstabwertende Stimmen höre. Wenn ich aber rechts neben ihm ginge, würde nichts kommen. Diese Wahrnehmung konnten wir in weiterer Folge gemeinsam immer wieder bestätigen und auch für die therapeutische Arbeit nutzen.

Zur Erklärung dieser Phänomene könnte sich eine Theorie von Iain McGilchrist (2012) als brauchbar erweisen. Frühere Theorien zur Hemisphärenspezialisierung haben die linke und rechte Hirnhälfte für kognitive bzw. emotionale Anteile unterschieden. Gestützt auf Experi-

mente aus der Split-Brain-Forschung bzw. aus Läsionsstudien mit Schlaganfall-Patienten geht McGilchrist jedoch davon aus, dass es in erster Linie die Art des Fokus ist, den die beiden Hemisphären produzieren, wodurch sie sich grundlegend unterscheiden:

- Die linke Hemisphäre ist demgemäß für einen engen Fokus zuständig. Sie erzeugt eher ein Weltbild, das auf den Prinzipien von Ursache und Wirkung bzw. der Dekontextualisierung und Aufteilung des Erlebens besteht. Daran ist grundsätzlich nichts auszusetzen. Wir brauchen diese Art von Fokus, um die Welt gestaltbar zu machen.
- Die rechte Hemisphäre ist dagegen an allen Arten der Fokussierung beteiligt, wobei der Schwerpunkt auf der Erzeugung eines weiten Fokus liegt. Aus diesem weiten Fokus heraus wird eine andere Welt erzeugt. Diese ist eher ganzheitlich und als Welt der Wechselwirkung aufgebaut. Diese Art der Fokussierung erlaubt uns, die Welt mit einem gewissen Abstand zu betrachten, und hilft auch beim Schutz.

Die entscheidende Hirnstruktur für das Gleichgewicht zwischen den beiden Hemisphären ist in dieser Theorie das corpus callosum, das in erster Linie inhibitorischen Einfluss auf beide Hemisphären ausübt. Dieser Mechanismus dürfte bei Menschen mit Psychoseerleben nicht optimal funktionieren und somit die Art der Fokussierungsprozesse erheblich verzerren. Es könnte also sein, dass Menschen mit Psychoseerleben eine Hälfte des Raums (oder Teile davon, je nachdem, wie die dominanten Seh- und damit Fokussierungsvorgänge ablaufen) von vorneherein anders erleben und die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Vorgänge in diesen „Wahrnehmungsraum“ grundsätzlich als Gefahr wahrgenommen werden.

Der Brainspotting-Rahmen

In vielen Fällen sind die Aufträge, die die Klienten einbringen, kaum lösbar. Entweder handelt es sich um Aufträge, die uner-

wünschte, unwillkürliche Prozesse – wie es zum Beispiel beim Erleben einer Psychose wäre – in den Fokus rücken. Diese sollen dann mithilfe des Therapeuten „unter Kontrolle“ gebracht werden. Oder es handelt sich um Aufträge, die sich auf andere Menschen als Problemverursacher beziehen. Auch in diesem Fall ist das Ergebnis nicht direkt durch den Klienten veränderbar. Es wird als Restriktion definiert (Schmidt, 2016a). Im Bereich der stationären Psychotherapie hat man so gut wie immer mit den unterschiedlichsten Zwickmühlenaufträgen zu tun. Hier ist es von Vorteil, wenn man ein flexibles Modell als Unterstützung für Brainspotting-Prozesse zur Verfügung hat.

Fallbeispiel „Auftragsklärung“

In der hypnosystemischen Arbeit ist es vorrangig, aus welchem Bewusstseinszustand heraus jemand sein Anliegen einbringt. In einer Problem-Trance ist die Wahrnehmungsorganisation massiv durch die vorherrschenden Prozesse beeinflusst. Dies bewirkt in erster Linie eine starke Dissoziation von hilfreichen Kompetenzen, von Flexibilität und Differenzierungsfähigkeit. Der Auftrag kommt nicht von der ganzen Person, sondern von einer Seite, die eben momentan einen dominierenden Einfluss auf das Gesamtsystem hat. In der therapeutischen Arbeit hilft hier das Restriktionsmodell der Auftragsklärung weiter, in dem Muster von Aufträgen und damit einhergehenden Erwartungen an Therapeuten beschrieben werden. Es fokussiert auf den Umgang mit inneren bzw. äußeren Faktoren, die nicht direkt veränderbar sind.

Ein Mann, Mitte 30, wurde mit einer massiven Verschlechterung seines Zustandsbildes und einer suizidalen Einengung auf der psychiatrischen Akutstation wieder aufgenommen. Er hatte massive Ängste und fühlte sich von Kräften im Außen verfolgt und bedroht. Im Krankenhaus fühlte er sich einigermaßen „sicher.“ Zumindest hielt er es dort besser

aus als zu Hause. Ich konnte mit ihm über mehrere Sitzungen hinweg arbeiten und gemeinsam ein relativ stabiles Setting aufbauen, in dem Brainspotting möglich war, bzw. Interventionen anwenden, die zu Stabilisierungszwecken verwendet werden.

Im Verlaufe des Aufenthaltes stabilisierte sich sein Zustand unter einer antipsychotischen Medikation, aber aus meiner Sicht und der des Klienten natürlich auch dadurch, dass er im Rahmen der Arbeit zumindest ein bisschen Selbstwirksamkeit aufbauen und Veränderungen wahrnehmen konnte. Nach ein paar Monaten Aufenthalt an der Station wurde für den Klienten ein Übergangsetting gefunden, weil er seinen Alltag alleine noch nicht bestreiten konnte. Zu dieser Zeit ergab es sich, dass eine berufliche Veränderung bei mir anstand und ich ebenfalls zu dieser Station wechselte. Aus meiner Sicht hätte es therapeutisch so weiter gehen können wie auf der Akutpsychiatrie. Aber jedes Mal, wenn ich mit dem Klienten Brainspotting als Interventionsansatz verwenden wollte, merkte der Klient im Gegensatz zu unserer früheren Arbeit kaum Unterschiede und wenig Hilfreiches (bzw. verstärkten sich manchmal seine Ängste). Deswegen verwendeten wir in der weiteren Zusammenarbeit, die wieder über mehrere Wochen lief, Brainspotting kein einziges Mal.

Dasselbe habe ich mittlerweile mehrfach auch bei Klienten erlebt, die mit anderen klinischen Störungs- bzw. „Bedürfnisbildern“ (Schmidt, 2014) bei mir in Behandlung waren. Die Klienten machen dann nicht mehr Brainspotting bzw. schaffen es nicht mehr, sich auf die Intervention einzulassen, weil sie in erster Linie – aus ihrem leidvollen Erleben heraus vollkommen verständlich – ihre Symptome weghaben wollen. Veränderungen reichen ihnen nicht mehr aus: „Es soll endlich weg sein.“ Implizit wird in der Behandlung somit ein Kampfauftrag ausgeführt, der jedoch meist mehr desselben bringt, weil sich unwillkürliches Erleben nicht be- bzw. erzwingen lässt.

Schwerpunkt
in der daz Nr. 78:
**PSYCHOPHARMAKA
GEGEN ANGST**



daz – die Angst-Zeitschrift

- ▶ Informationen über Angstformen, Therapien und Selbsthilfe, wissenschaftliche Hintergründe, Erfahrungsberichte, praktische Tipps, Adressen, Termine ...
- ▶ Für Angstbetroffene und deren Angehörige, Selbsthilfegruppen, aber auch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Kliniken, Beratungsstellen, einschlägige psychosoziale Einrichtungen ...
- ▶ Aufklärung der Öffentlichkeit über Angsterkrankungen und den Stellenwert von Selbsthilfe.

Die **daz** erscheint viermal jährlich mit einem bestimmten Schwerpunktthema.

Herausgeber ist die Deutsche Angstselbsthilfe (DASH)
– eine Einrichtung der Angst-Hilfe e.V. München.

Weitere Informationen und Bestellmöglichkeit unter: www.angstselbsthilfe.de/daz

Alison Miller

Werde, wer Du wirklich bist.

Übersetzung von „Becoming yourself. Overcoming Mind Control and Ritual Abuse“. 2. Aufl. 2017, 568 S., gebunden, € 34.50, ISBN 578-3-89334-597-7

Alison Miller arbeitet seit vielen Jahren mit Überlebenden von Rituellem Gewalt und Mind Control und bietet in diesem Buch die erste systematische Hilfe für den inneren Ausstieg. Eine Fundgrube von Wissen und eine Verneigung vor der Überlebensleistung von Menschen, die Rituellem Gewalt und Mind Control ausgesetzt waren!



„Das Buch ist gut lesbar und verzichtet auf unnötige Fremdwörter. Es ist gut geeignet für Klienten, die bereits wissen, dass sie entsprechende Gewalt erfahren haben – richtet sich aber auch an diejenigen, die sich fragen, wie sie sich ihren Symptomen nähern könnten, ohne konkret über deren Entstehung zu wissen. Hier steht der Expertenstatus der Überlebenden im Mittelpunkt. Sie sind nicht reduziert auf Opfer extremer Gewalt – sondern werden Gestalter in eigener Sache. Es ist ein bestürzendes, kenntnisreiches und ein mutiges Buch zu einem gerne totgeschwiegenen Thema: systematische, gezielte Aufspaltung der Persönlichkeit. Es zeigt die Macht der angeborenen Abwehrprogramme, die uns auch das Unvorstellbare überleben lassen. Miller ist das schier Unmögliche gelungen: respektvoll einen begehbaren Weg zu einem menschlicheren Leben und zur Verwirklichung des eigenen Wesens aufzuzeigen. Empfehlenswert auch für Therapeuten.“ (Deutsches Ärzteblatt 10/2016)

„Ermutigung zu einem eigenen Standpunkt, vielfältige Übungen, Beispiele, Einladungen zur Reflexion – das Buch ist ein wahres Schatzkästchen. Gerade auch, weil Alison Miller ihre Klientinnen und Klienten ernst nimmt, und ihre innere Weisheit als einen wertvollen Schatz begreift. Sie vernetzt Wissen, ohne in Gefahr zu bringen, und sie ermöglicht Einblicke und Ausblicke auf dem Boden solider, handwerklicher Arbeit. ... Die Hingabe von Alison Miller an ihre Arbeit, die Wahrung der Grenzen und die Bereitschaft, selbstlos Wissen zu teilen, das alles findet sich in diesem Buch. Ich wünsche mir, dass jede Leserin und jeder Leser für sich in diesem Buch Antworten auf Fragen findet und einen Ausblick, einen Hoffnungsfunken, für den sich das Leben dennoch gelohnt hat.“ (Gaby Breitenbach im Vorwort)

Funktionen und Ziele des Hypnosystemischen Brainspotting

Hypnosystemisches Brainspotting kann vor allem folgende Funktionen (Schmidt, 2005) erfüllen:

- *Sinnstiftende Erklärung:* Viele Klienten kommen mit dem Anliegen, dass sie ihre Probleme endlich verstehen wollen. Meist meinen sie mit „Verstehen,“ die Ursache ihres Erlebens in der Vergangenheit zu finden und es so zuordnen zu können. Es ist aus hypnosystemischer Sicht in erster Linie die Beziehung, die ich in der jeweiligen Gegenwart unterschiedlich herstelle, die die Bedeutung der Vergangenheit bestimmt. Es ist die Position, aus der man die Vergangenheit wahrnimmt, die über die Wirkung in der Gegenwart bestimmt.
- *Bedürfniserkennende Funktion:* Während der Arbeit kann mit den Klienten darauf fokussiert werden, was sie jeweils aus ihrer Position für eine gesunde Entwicklung brauchen könnten. Diese Funktion ist oft gegen Ende der Sitzung oder bei scheinbar stagnierenden Prozessen sehr wichtig.

In der Arbeit mit psychotischen Klienten ist es vor allem wichtig, immer einen Rahmen aufzubauen, der möglichst viel Sicherheit, Transparenz und Wahlfreiheit bietet

- *Das bisherige Erleben würdigende Funktion:* Diese Funktion ist v.a. dann von großer Bedeutung, wenn Klienten in ihren jeweiligen Heimatkontexten (z. B. in der Familie) viel Abwertung und Tabuisierung ihrer Themen erfahren haben (Exkommunikation).
- *Problem-Trance-Exduktion (das Herausführen aus einem Problem-Trance-Prozesse):* Beim Brainspotting wird im Gegensatz zur Hypnosystemik das Pendeln der Selbstregulation eher beobachtet und nicht aktiv unterstützt. Dennoch (und gerade deswegen) kann Brainspotting eine große Chance darstellen zu üben, wie man mit intensiven inneren Bildern umgehen kann und wie wir uns in unserer Wahrnehmung auf sie beziehen. Außerdem werden schon beim

Erzählen der Problemgeschichte und beim Bau des Rahmens für die Behandlung die Auslösereize und -situationen erkennbar. Diese können für spätere therapeutische Interventionen wertvoll werden.

- *Wertvolle Suchhilfe für aktuell optimal passende Lösungsinteraktionen:* Es kann von großem Vorteil sein, sich direkt mit dem Problemmuster des Klienten zu beschäftigen. V.a., weil dies ja auch den Erwartungen der Klienten entspricht (Pacing). Im Laufe einer Brainspotting-Sitzung ergeben sich fast automatisch Unterschiede im Erleben. Selbst wenn Klienten sehr belastet sind, gibt es Phasen, in denen es weniger belastende Momente gibt. Diese können in der weiteren therapeutischen Arbeit für den Aufbau erwünschter Muster genutzt werden.

Entscheidend ist immer das „Wofür.“ Im Bereich der stationären Psychotherapie habe ich so gut wie nie einen Brainspotting-Auftrag, oftmals zunächst auch keinen allgemeinen therapeutischen Auftrag. In der Arbeit mit psychotischen Klienten ist es für

mich deswegen v.a. wichtig, immer einen Rahmen aufzubauen, der möglichst viel Sicherheit, Transparenz und Wahlfreiheit bietet. Das Ziel von therapeutischen Interventionen ist letztlich Unterschiedsbildung in die vorherrschenden Muster, sodass Umfokussierungen und der Aufbau von zieldienlicheren Mustern ermöglicht werden (Schmidt, 2014). Jede Sitzung wird somit zum aufmerksamkeitsfokussierenden Ritual, ob mit explizitem Brainspotting oder nicht.

Aus dem Restriktionsmodell heraus ergeben sich zwei Hauptziele: die Optimierung des Umgangs mit den vorherrschenden Phänomenen und der Aufbau von Mustern, die die Wahrscheinlichkeit für gewünschtes Erleben erhöhen. Für Ziel 1, aber auch für das

gesamte Vorgehen im hypnosystemischen Sinn, gelten folgende Meta-Ziele als zentral (Schmidt, 2014):

- a) Aufbau von Kompetenznetzwerken
- b) Aufbau einer Steuerposition im inneren Erlebnisraum
- c) Verbindung zum Feedback des Organismus
- d) Erhöhung von Wahlfreiheit
- e) Auswirkungen in Beziehungen

Diese Meta-Ziele stehen natürlich in Wechselwirkung und sind als konstituierende Faktoren für die Haltung eines Menschen zu betrachten. Sie werden im hypnosystemischen Prozess als grundlegende Faktoren angesehen und werden mit jedem Therapieschritt durch gezielten Aufbau des Settings aufgebaut.

Fallbeispiel „Problem-Trance-Exduktion plus Meta-Ziele“

Im Rahmen eines Aufenthaltes auf der psychosozialen Übergangsbetreuung, wo die Klienten bis zu 6 Monate bleiben können, habe ich mit einer Anfang 40-jährigen Klientin gearbeitet, die mit einem jahrelang unbehan-

Position und der Arbeit mit dem inneren Stimmigkeitswissen arbeiteten wir an ihrer Problem-Trance. Hierbei ist das Seiten-Modell der Hypnosystemik (eine Form von Ego-State-Arbeit) sehr hilfreich. Diese Dissoziationstechnik habe ich auch vorher immer wieder in die Behandlung eingebaut. Dabei habe ich der Klientin angeboten, dass nicht sie, sondern lediglich eine Seite von ihr gerade ängstlich reagieren würde. Die Klientin war der Arbeit mit den Seiten gegenüber sehr skeptisch, da sie das Gefühl hatte, dass sie dadurch innerlich gespalten werde.

Von Beginn an, habe ich den Aufbau einer Steuerposition als zentrales Element verwendet. Zugrunde liegt die Hypothese, dass man niemals nur über Dinge spricht, sondern jeweils im inneren Erleben das Erleben der nächsten Sekunden miterzeugt. Dafür verwende ich immer wieder Techniken, die in der Hypnotherapie „Dissoziationstechniken“ genannt werden. Beinahe allen Klienten, denen ich die „Kino-Analogie“ (nach Schmidt), anbiete, macht es Sinn, dass inneres Erleben beim Betrachten eines Kinofilms auf einem kleinen Handy-Display anders wirkt, als auf einem

Die Meta-Ziele des Restriktionsmodells stehen im hypnosystemischen Prozess in Wechselwirkung und sind konstituierende Faktoren für die Haltung eines Menschen

delten Psychoseerleben zu uns gekommen ist. Die Klientin konnte sich im Verlauf des Aufenthaltes gut an der Station einleben. Und im Rahmen des Auftrages konnte herausgearbeitet werden, dass sie eine geeignete Wohnform für die Zeit nach dem Aufenthalt brauchen wird, was aber mit großen Instabilitäten verbunden sein würde.

Daraufhin zeigte die Klientin vermehrt Ängste, konnte sich aber selbst keine Erklärung dafür geben. Da sie gerne mehr Verständnis für die ablaufenden Prozesse gehabt hätte, habe ich ihr angeboten eine sog. Problem-Trance-Rekonstruktion mit ihr zu machen. Dafür haben wir Brainspotting eingesetzt. Aufbauend auf dem Aufbau der Steuer-

Fernsehapparat bzw. in einem Kino-Saal (evtl. noch in 3D) mit einer riesigen Soundanlage. Ich versuche dann so oft es geht, aber auf alle Fälle, wenn die Klientin in einem starken Problemerkennen ist, dieses Erleben zu externalisieren.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist für mich, dass die Klienten so oft wie möglich merken und erfahren, dass sie – obwohl es ihnen vielleicht gerade schlecht geht – ein kluges, intuitives Wissen über Stimmigkeit haben. Klienten mit psychotischem Erleben reagieren aus meiner Sicht hochsensibel auf die Richtung, aus der jemand auf sie zugeht bzw. mit ihnen in Kontakt tritt (siehe auch oben). Deswegen ist es mir in jeder Stunde von der ersten Sekunde

weg wichtig, dass wir miteinander unsere Sitzposition aushandeln, sodass die Klienten das Gefühl haben, dass sie in einer optimalen Nähe-Distanz sein können. Hier ist es sehr oft so, dass die Klienten eine Seite deutlich bevorzugen und als „sicherer“ Erleben, was sofort als Rückmeldung des klugen, intuitiven Wissens gewertet werden kann.

In der Hypnosystemik gilt aber das übergeordnete Meta-Ziel Wahlfreiheit, wodurch ich alle Modelle und Erklärungen als Wahlmöglichkeiten anbiete. Die Klientin konnte das sehr gut annehmen, und so arbeiteten wir hypothetisch als-ob es vielleicht Seiten geben könnte. Die Problem-Trance (Aufbau der Aktivierung im Brainspotting-set-up) musste bei der Klientin nicht extra aktiviert werden, da sie ohnehin stark in einem Angst-Erleben „gefangen“ war. Die Klientin hat durch die Vorarbeit mit dem inneren Stimmigkeitswissen schnell erleben können, dass die Aktivierung bei ihr stärker wurde, wenn der Pointer auf ihrer linken Seite war. Sie hatte mehrere Punkte, an denen sie eine innere Verbindung spürte (felt sense). Und auf allen diesen Punkten hörte sie unterschiedliche „Geschichten über sich selbst“ (O-Ton der Klientin), die permanent abgespult wurden. Diese machten sich bemerkbar in der Form von inneren Dialogen, die zum Teil durchaus würdigend und positiv waren, aber zu einem anderen Teil abwertend und kritisch kommentierten. Es gab auch einen Punkt, den sie den „Killer-Punkt“ nannte, der aber zu diesem Zeitpunkt nicht angesehen werden durfte, weil er ihr zu viel Angst machte. Die Klientin war überrascht, was sich in ihr alles so abspielt, und es war ihr daraufhin auch möglich mit ihren Seiten zu arbeiten. Die Ängste waren dadurch natürlich nicht weg, aber die Klientin konnte die Häufigkeit der Bedarfsmedikation deutlich verringern, und hatte das Gefühl, dass sie zumindest ein bisschen selber mitgestalten kann, was mit ihr passiert.

Methodisches Vorgehen beim Hypnosystemischen Brainspotting

Ich habe den Ablauf meiner Sitzungen in 4 Phasen eingeteilt, die Verdichtungen der grundsätzlichen Vorgehensweise im hypnosystemischen Modell (Schmidt, 2014, 2016a) darstellen:

- a) Orientierungs- und Bahnungsphase
- b) Phase der Problem- und Lösungstänze
- c) Phase der Transferinterventionen und Ehrenrunden
- d) Abschluss und Würdigung von Erreichtem bzw. Nicht-Erreichtem

Orientierungs- und Bahnungsphase

In der Orientierungs- und Bahnungsphase geht es zum einen um die Zuweisungsdynamik, die Erwartungen an die Behandlung und natürlich wofür der Klient eine Behandlung möchte. Zum anderen ist es notwendig, von Beginn an den Rahmen zu gestalten, da viele Abläufe in einer hypnosystemischen Gesprächsführung von einer herkömmlichen Gesprächsführung abweichen. Dafür sind transparente Informationen über alle meine Angebote und Interventionen notwendig, die den weiteren Ablauf der Sitzungen bahnen sollen.

Phase der Problem- und Lösungstänze

In dieser Phase der „eigentlichen“ Interventionen können die verschiedensten Verfahren zur Anwendung kommen. Die übergeordneten Ziele hierbei sind Dissoziation vom Problemerleben und Assoziation mit einem gewünschten Erleben. Je nachdem wie akut und stark die Klienten in einer Problem-Trance in die Sitzung kommen, ist es hier wichtig auch mit der Zielvision zu arbeiten. Diese stellt für mich immer das Bindeglied zwischen den ersten beiden Phasen dar und dient letztlich als roter Faden für die gesamte Behandlung. Sind die Klienten massiv absorbiert vom Problemerleben starte ich meist mit diesem und kann somit leichter zum Brainspotting übergehen. Man kann die Klienten mit Brainspotting gut abholen

und über das Problem sprechen lassen, weil es gleichzeitig über das Einführen des Brainspots eine Unterschiedsbildung zur herkömmlichen Gesprächsführung bietet und eine Externalisierung des Erlebens ermöglicht.

Fallbeispiel „Immer, wenn ich an meine Großmutter denke, muss ich weinen“

.....
In einer der ersten Sitzungen mit einer Klientin (tagesklinisches Setting) kam diese zur Tür herein und stellte, noch ehe sie sich gesetzt hatte, klar, dass sie heute nicht mit mir arbeiten könne. Sie habe von der Institution die Diagnose einer bipolaren Störung bekommen. Zu dem Zeitpunkt unserer Zusammenarbeit wäre sie aus einer pathologieorientierten Sicht als hypoman beschrieben worden. Ihre Symptomatik zeigte sich u.a. durch Antriebslosigkeit und Affektlabilität. Im Gespräch sagte sie, dass ihre Großmutter vor genau 2 Jahren gestorben sei, und jetzt müsse sie andauernd an sie denken und weinen. Während sie mit mir sprach und weinend von ihrer Großmutter erzählte, hat sie aber unentwegt an einen Punkt an der Mauer gestarrt.

Als Therapeut bin ich damit in einer Zwickmühle. Mit hoher Wahrscheinlichkeit zeigt sich vor mir ein Problemmuster, welches durch Umfokussierung grundsätzlich veränderbar ist. Nun hat die Klientin aber bereits festgestellt, dass sie nicht mit mir arbeiten kann, weil sie glaubt, dass sie das zu sehr belasten würde. Zuerst musste ich also das Weltbild der Klientin bestätigen („Pacing“, Schmidt, 2016a). Dann habe ich ihr meine Zwickmühle transparent gemacht, dass ich wahrnehme, dass sie den Verlust ihrer Großmutter offensichtlich sehr schmerzhaft erleben würde, gleichzeitig aber glaube, dass sie einen neuen Umgang mit dem Thema finden könne („Leading“ oder besser Einladen, Schmidt, 2016a). Der Verlust würde dann vielleicht immer noch schmerzlich sein, gleichzeitig würde sie aber die schönen Momente mit ihrer Oma auch viel besser in sich tragen können.

An diesem Punkt muss ich der Klientin viel Produktinformation anbieten und mein Vorgehen bzw. meine Intentionen transparent erläutern. Ich habe ihr meine Wahrnehmung angeboten, dass sie beim Reden oft sehr fokussiert auf einen bestimmten Punkt an der Mauer starrt und sie gefragt, ob ihr das auch aufgefallen sei. Dann habe ich ihr das Netzwerk-Modell nähergebracht, mit dem man – kurz gesagt – eine Inventur des Problemmusters vornehmen kann, indem man einzelne Elemente wie z.B. die Atmung, die inneren Dialoge und Filme oder auch die Blickrichtung beobachtet und in einen Zusammenhang bringt (Schmidt, 2016a).

Dann habe ich die Klientin gefragt, ob sie an einem Experiment interessiert sei. Mein Angebot bestand lediglich darin, mir alles, was sie mir bisher erzählt hat, noch einmal zu erzählen. Der Unterschied bestand darin, dass sie dabei auf einen Punkt auf der gegenüberliegenden Seite des Raumes schauen sollte. Zu ihrem großen Erstaunen konnte sie über ihre Großmutter reden, ohne dabei weinen zu müssen. Dann hat sie wieder zum ersten Punkt geschaut und mir die gleiche Geschichte noch einmal erzählt – mit Weinen. Jeder Wechsel hat dieselben unterschiedlichen Resultate gebracht. Damit konnte ich der Klientin zeigen, dass es nicht (allein) die Inhalte sind, die uns traurig machen, sondern alle damit einhergehenden Prozesse. Die leidvollen Prozesse in der Trauerarbeit sollen damit klarerweise nicht weggemacht werden. Aus einer stärkeren Wahrnehmungsposition (siehe Steuer-Position) lassen sich aber auch schwere Verluste leichter bearbeiten.

.....

Phase der Transferinterventionen und Ehrenrunden

Die dritte Phase wird aus meiner Sicht im Brainspotting zu wenig beachtet bzw. genutzt. Das ist aus der Prämisse, dass Selbstregulation keine weitere explizite und verbale Unterstützung braucht, vollkommen verständlich. Aus meiner Erfahrung mit hyp-

notherapeutischer Arbeit heraus finde ich es jedoch dringend notwendig, am Transfer in die Alltagskontexte (Wohnumgebung, Freundeskreis etc.) explizit zu arbeiten.

Ich mache daraus keine Regel. Das heißt, dass Sitzungen auch enden dürfen, ohne dass weiter darüber geredet wird. Doch früher oder später werde ich mit den Klienten an Interventionen arbeiten, die sie selbst ma-

bzw. Hypnosystemik eine große Herausforderung. Dennoch bin ich immer wieder überrascht, dass auch vollkommen „unkomplizierte“ Brainspotting-Sitzungen mit solchen Menschen möglich sind. Von außen her unterscheiden sich die Sitzungen dann oft nicht von denen mit Menschen, die andere Störungsdagnosen bekommen haben. Letzten Endes durfte ich in der Arbeit mit meinen Pa-

Neuronale Netzwerke können zwar modifiziert werden, dennoch bleibt die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die unerwünschten Muster im Alltag immer wieder auftauchen können

chen können, um den Transfer in den Alltag zu verbessern. Das können Beobachtungsexperimente sein, So-tun-als-ob-Experimente, Klopftechniken, Symbolisierungstechniken und alles, was der hypnotherapeutische Werkzeugkasten dafür hergibt. Außerdem ist es aus meiner Sicht extrem wichtig frühzeitig am Thema Ehrenrunden (sog. Rückfälle) zu arbeiten. Neuronale Netzwerke können zwar modifiziert werden, dennoch bleibt die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die unerwünschten Muster im Alltag immer wieder auftauchen können. In der Hypnosystemik wird deswegen versucht, die Auslösereize zu identifizieren und die Problem-Muster selbst zu nutzen. Sie können dann wie Erinnerungsfunktionen an das gewünschte Muster wirken.

Abschluss und Würdigung von Erreichtem bzw. Nicht-Erreichtem

In der Hypnosystemik gilt es eine Lösung des Problems anzustreben, die bei 60-80% des gewünschten Erlebens liegt. Der Abschluss sollte auf jeden Fall zelebriert werden, wobei sowohl die Beiträge der Klientin als auch des Therapeuten angemessen gewürdigt werden sollten (Schmidt, 2016a). Zudem ist es meines Erachtens wichtig, einen würdigenden Blick auf Nicht-Erreichtes zu legen.

Abschlussbemerkung

Die Arbeit mit Menschen mit psychotischem Erleben ist und bleibt auch mit Brainspotting

tienten/Klienten durch beide Ansätze lernen, dass die Kompetenzen für Lösungen selbst in schwierigen Zeiten – wie auch immer diese Lösungen aussehen mögen – immer in den Personen selbst vorhanden sind.

Ich denke, dass das einer der wichtigsten Punkte für Menschen mit Psychoseerleben ist. Viel zu oft werden psychosoziale Erklärungen vorschnell abgelehnt, und die Klienten lernen über Jahre hinweg, dass sie selbst keine Möglichkeit haben, ES (im Sinne vom Unbewussten) zu beeinflussen. Mir ist es ein großes Anliegen, den Klienten durch die verschiedenen gemeinsamen Experimente wieder erfahrbar zu machen, dass sie selbst der wichtigste Wirkfaktor in jeder Therapie sind. Das ist auch die häufigste Rückmeldung, die die Klienten mir gegeben haben.

Ich bin sehr froh, dass ich bereits früh in meiner Berufslaufbahn mit diesen beiden Ansätzen in Berührung gekommen bin. Mir ist bewusst, dass es sich bei sog. Psychosen um sehr schwer beeinflussbare Phänomene handelt, die einem Therapeuten selbst enorm viel Arbeit an sich selbst abverlangen. Dennoch haben mir sowohl Brainspotting als auch Hypnosystemik Zugänge zu den Menschen eröffnet, die mir immer wieder helfen, mit Hoffnung und Zuversicht in meine Sitzungen zu gehen.

Ich möchte mich bei all meinen Kollegen sowohl im Rahmen der Psychiatrie als auch an meiner jetzigen Arbeitsstelle bedanken.

Hypnosystemisches Brainspotting

Andreas Kollar

Sie waren bzw. sind durchwegs sehr offen für meine therapeutische Herangehensweise und haben mir ermöglicht, diese Erfahrungen zu machen.

Literatur

- Grand D. (2014). Brainspotting – Wie Sie Probleme, Traumata, und emotionale Belastungen gezielt auflösen. VAK Verlags GmbH
- Jonas, A.D. (1981). Kurzpsychotherapie in der Allgemeinmedizin – Das gezielte Interview. Stuttgart: Hippokrates. (Neuaufgabe 1996: Würzburg: Hutten-scher Verlag 507)
- Leeb, W., Trenkle, B. & Weckenmann M. (2011). Der Realitätenkellner. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- LaBerge, S. & Rheingold, H. (2014). Träume, was du träumen willst – Die Kunst des luziden Träumens. München: mvg-Verlag
- McGilchrist, I. (2012). The Master and his Emissary – The Divided Brain and the Making oft he Western World. Hampshire: Hobbs the Printers Ltd.
- Revenstorf, D. (2003). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapie-verfahrens Hypnotherapie. Universität Tübingen.
- Revenstorf, D. & Peter B. (2015). Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis (S.125). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag
- Rossi, E. & Cheek, D.B. (1994). Mind-Body therapy: Methods of ideodynamic healing in hypnosis. New York: W.W. Norton & Company
- Schmidt G. (2005). Ausflug auf die Metaebene II: Aufstellung und Aufmerksamkeitsfokussierung – Einige grundsätzliche Anmerkungen zur Aufstel-lungsarbeit aus hypnotherapeutischer Perspektive.

In G. Weber, G. Schmidt & F. Simon (Hrsg.), Aufstel-lungsarbeit revisited... nach Hellinger? Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag

- Schmidt, G. (2012a). Systemische und hypnothera-peutische Konzepte für die Arbeit mit als psycholo-gisch definierten Klienten. In G. Schmidt, Liebesaf-fären zwischen Problem und Lösung. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- Schmidt, G. (2012b). Von so genannten Rückfall zur Nutzung von „Ehrenrunden“ als wertvoller Informa-tionsquelle. In G. Schmidt, Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Heidelberg: Carl-Auer-Syste-me-Verlag.
- Schmidt, G. (2014). Die Klinik als ritueller Raum der Kompetenz-Fokussierung: Stationäre hypnosys-temische Traumatherapie. Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen. 12 Jg (2014) Heft 1, S.46
- Schmidt, G. (2016a). Einführung in hypnosystemische Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl-Auer-Sys-teme-Verlag.



Mag. Andreas Kollar

Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe im Pflege- und Betreuungszentrum Baden und in freier Praxis; Vorstandsmitglied der Milton Erickson Gesellschaft Austria (MEGA)
Löwengasse 3
A-1030 Wien
Tel.: 0043 650 6177429
E-Mail:
akpsychologie@gmail.com