



Brainspotting als Behandlungsmethode nach Traumatas, zur Emotionsregulation bis hin zur Potentialentfaltung

Monika Baumann

Angenommen: 15. April 2025
 © The Author(s) 2025

Zusammenfassung Brainspotting, 2003 von Dr. David Grand entdeckt, ist eine innovative Methode zur Emotionsregulation und Traumaverarbeitung. Evidenz für die therapeutische Wirksamkeit von Brainspotting liegt vor (vgl. D'Antoni et al. 2022; Hildebrand et al. 2017). Der Artikel erklärt die Grundlagen und Praxis von Brainspotting, unterstützt durch Fallbeispiele und neurobiologische Hypothesen. Es wird die Effektivität der Behandlung von Traumatas und ihre Folgestörungen bis hin zur Potentialentfaltung beschrieben. Abschließend wird die Methode als wertvolle Ergänzung für jede therapeutische Landschaft dargestellt.

Schlüsselwörter Brainspotting · Therapeutische Methode · Emotionsregulation · Traumaverarbeitung · Integration · Therapeutische Beziehung · Potenzialentfaltung · Posttraumatische Belastungsreaktionen · Entwicklung von Selbstheilungskräften · Traumaauflösung

Brainspotting: A treatment approach for trauma recovery, emotional regulation and unlocking potential

Summary Brainspotting, discovered in 2003 by Dr. David Grand, is an innovative method for emotion regulation and trauma processing. Evidence for the therapeutic efficacy of Brainspotting is available (i.e. D'Antoni et al. 2022; Hildebrand et al. 2017). The article explains the fundamentals and practice of Brainspotting, supported by case studies and neurobiological hypotheses. Its effectiveness is described not only for trauma and its long time effects but also for unlocking potential. Finally, the method is

presented as a valuable addition to any therapeutic landscape.

Keywords Brainspotting · Therapeutic method · Emotion regulation · Trauma processing · Integration · Therapeutic relationship · Potential development · Post-traumatic stress reactions · Development of self-healing abilities · Trauma integration

Eine Zufallsentdeckung wurde zu einem weltweit beliebten Behandlungsverfahren

Dr. David Grand hat 2003 mit Karen, einer jungen Eiskunstläuferin, in seiner Praxis in New York gearbeitet (Grand 2013). Sie hatte eine Blockade, den Dreifachen Rittberger am Eis auszuführen. Als er bezogen auf diese Thematik bei einer EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) Behandlung seinen Finger langsam vor ihrem visuellen Feld hin und her bewegte, bemerkte er an einer Stelle unkontrollierte, reflexartige Augenbewegungen. Er hielt seinen Finger intuitiv ruhig. Karen schaute weiterhin auf diesen. Er war überrascht, als sie in den nächsten zehn Minuten tiefes, traumatisches Material aus ihrer Kindheit verarbeitete. Die Patientin war bereits eineinhalb Jahre bei ihm in Behandlung gewesen und er erfuhr während dieser Minuten belastende Inhalte, die er bis dahin noch nicht kannte.

Am darauffolgenden Morgen rief ihn die Sportlerin begeistert an und teilte ihm mit, dass sie nun den Rittberger einwandfrei könne.

Dr. Grand spürte, dass sich beim „Halten des Punktes“ emotional etwas Entscheidendes getan hat und ging dem nach. Diese eine Sitzung, in der Dr. Grand neben der emotionalen Aktivierung zu dem Thema die Körperreaktionen und das visuelle System in die

M. Baumann (✉)
 Serravagasse 6/2, 1140 Wien, Österreich
brainspottingaustria@gmail.com



1-Vertrauen wird hergestellt, Methode erklärt



2-Symptom wird beschrieben



3-Patient lokalisiert Gefühl in der Brust



4-Brainspot wird im visuellen Feld gesucht



5-Verarbeitungsprozess am Brainspot beginnt



6-Patient stellt Zusammenhang zum Körpergefühl her



7-Verarbeitungsprozess wird beendet



8-Patient ist erleichtert, nimmt dieses Gefühl mit ins Leben

Abb. 1 Beispiel einer fiktiven Brainspotting-Therapiesitzung (ergänzt nach Baumann 2023)

Traumaverarbeitung integriert hat, war der Startpunkt für eine rasante Entwicklung in der Fachwelt.

Die Annahme, dass Brainspotting tiefe Veränderungen erlaubt, wird durch praktische Erfahrungsberichte, allgemeine neurobiologische Erklärungen und Studien (vgl. Porges 2017; Raju et al. 2015; Siegel 2010; Siegel und Bryson 2011) untermauert. Eine Vergleichsstudie zwischen EMDR und Brainspotting von Hildebrand et al. (2017) konnte zeigen, dass beide Verfahren eine signifikante Reduktion emotionaler Belastungen durch negative traumabezogene Kognitionen ermöglichen. In der Forschung von Anderegg¹, in der empirische Vergleiche hinsichtlich der Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie, EMDR und Brainspotting bei 78 Patient:innen mit generalisierter Angststörung durchgeführt wurden, erwies sich Brainspotting in der Nachhaltigkeit bei den Follow-Up-Untersuchungen überlegen. Dies gilt auch für die Studie zum Schulmassaker der Newton Sandy Hook Schule (Newton Sandy Hook Community Foundation 2016). Eine aktuellere Studie konnte positive Effekte einzelner Sitzungen von EMDR, Brainspotting oder Body Scan Meditation bei der Verarbeitung belastender Erinnerungen bei gesunden Erwachsenen demonstrieren (D'Antoni et al. 2022).

Wie kann man sich eine Brainspotting-Sitzung in der Praxis vorstellen?

Die folgenden Bilddarstellungen inklusive Beschreibungen geben einen Einblick, wie eine Brainspotting-Sitzung aussehen könnte (Abb. 1).

In einem vertrauensvollen Gespräch wird über die Symptomatik gesprochen, wobei die Fachperson auch die Körpersprache des Gegenübers wahrnimmt.

1. Es wird entschieden, ob ausreichend Autonomie und Stabilität gegeben ist, um Brainspotting anzuwenden.
2. Die Symptomatik und deren Auswirkungen werden analysiert.
3. Auf die Frage nach einem Körpergefühl kann der Patient einen Druck in der Brust beschreiben.
4. Mit diesem Gefühl wird mit Hilfe des Pointers (Zeigestab) jener Punkt im visuellen Feld gefunden, an dem der Patient beschreibt, die Problematik am besten zu spüren.
5. Was nun folgt ist ein präsent, stilles „Warten“ der Fachperson. So erfährt der Patient die Erlaubnis, dort hinzugehen, wo die Aufarbeitung nützlich sein kann. Das können Erlebnisse aus der Vergangenheit und/oder Emotionen sowie Körpergefühle/Körperreaktionen sein. Wenn für etwas keine Worte gefunden werden, speichert der Körper das „Schreckensgefühl“ ab.
6. Während der Patient auf den Pointer schaut, verarbeitet er/sie – Minuten oder manchmal auch viel länger – in therapeutisch haltender Präsenz.

¹ Anderegg, J. (n.d.). Effective treatments for generalized anxiety disorder, Clinical experimental study. Institute Anderegg. Unveröffentlichter Bericht. Institute Anderegg, C/Músico José Méndez 6, 03110 Alicante, Spanien. E-Mail: anderegg@cop.es

7. Nachdem (Trauma-)Integration stattgefunden hat, tritt Erleichterung, innerer Frieden oder ähnliches Wohlbefinden ein.
8. Dies wird gefestigt und in das Leben nach dieser Begegnung mitgenommen.

Es wird bezüglich der Symptomatik eine Triade zwischen dem *emotionalen Erleben*, dem *körperlichen Empfinden* sowie dem *visuellen Punkt* (meistens Zeigstab), an dem diese beiden Gefühle am besten spürbar sind, hergestellt.

Anhand des folgenden Beispiels wird eine Sitzung im Sinne des Blockadelösens beschrieben.

Ein junger Erwachsener wendet sich an eine Brainspotting-Fachperson und erzählte von seiner Auftrittsblockade beim Vorspielen mit dem Cello. Er hätte von der Effektivität von Brainspotting bei Hildebrand et al. (2017) nachgelesen, dass Brainspotting unterstütze, Blockaden zu lösen. Er studiere an der Universität Cello und hat in seinem Leben schon unzählige Auftritte – ohne Nervosität – absolviert. Nun stand der Geburtstag seines geliebten Vaters an, bei dem er einige Stücke vorspielen wollte. Der Patient hatte mit der Technik der Musikstücke keinerlei Schwierigkeiten und freute sich auf die Geburtstagsfeier seines Vaters, zu dem er ein sehr gutes Verhältnis habe und dem er ein musikalisches Geschenk überbringen wollte. Dennoch schlief er seit einigen Tagen unruhig und hatte das Gefühl, wenn es ums Proben für den Auftritt ging, spielten seine Finger nicht mehr mit.

In einer der Brainspotting-Sitzungen zum Thema Schlaflosigkeit und „die Finger spielen nicht mit“, verarbeitete er eine Kindheitserfahrung.

Nachdem die beiden Themen benannt wurden, konnte er teilen, dass er aktuell einen Druck in der Brust spürte. Dieser war auf einer Skala von 0 bis 10 bei 7. Die Fachperson nahm den Pointer zur Hilfe. Während dieser langsam von links nach rechts geführt wurde, konnten einige reflexartige Reaktionen beobachtet werden. So atmete er manchmal sehr schwer, zuckte mit den Augenlidern oder wich reflektorisch zurück. Es wurde entschieden, den Pointer bei dem Punkt zu halten, wo der Cellist schreckhaft reagierte.

Während der Patient hinschaute, stieg der Druck in der Brust noch etwas an. Nach ca. 5 min Stille teilte er eine Begebenheit aus seiner Jugend. Er war mit 12 Jahren in einem Camp, wo er seinen Freunden eine künstlerische Freude machen wollte, aber dafür ausgelacht worden ist. Die Erinnerung war schmerzhaft, da er damals gerade begonnen hat, für Musik „zu brennen“. Er musste feststellen, dass seine Bezugspersonen diese Begeisterung nicht teilten und erlebte sein Schamgefühl von damals erneut.

Er erkannte und spürte die Parallele zur Geburtstagsfeier des Vaters. Der junge Mann konnte sehr gut körperlich wahrnehmen, wie er sich damals fühlte – während der Sitzung wurde er sogar rot – und erlaubte sich auf diese Weise eine Integration der

Kränkung aus seiner Kindheit. Er realisierte, dass dieses Erleben einmal war und dass ihm in dieser Sitzung trotz des intensiven Nachempfindens der Scham und des Errötens nichts passierte – im Gegenteil – seine Erzählung und sein Fühlen hatten einen guten Platz in der therapeutischen Beziehung.

Auf Nachfragen nach seinem Körpergefühl war der Wert auf der Skala nun eine 2. Er hatte ein ruhiges, freudiges Gefühl, wenn er an die Geburtstagsfeier des Vaters dachte. Die Fachperson nahm den Pointer weg und beendete diese Stunde, indem wir die Vorfreude gefestigt wurde.

In der nächsten Brainspotting-Sitzung brachte der Patient sein Cello mit und suchte sich einen Ressourcenpunkt im Raum (ohne Pointer). Als er ein wirklich gutes Gefühl hatte, nahm er das Cello und probte die Stücke mit Blick zum Ressourcenpunkt. Er beschrieb die „Leichtigkeit“ seiner Finger sowie seine Fähigkeit mit der Musik mitzugehen.

Nach der Geburtstagsfeier erhielt die Fachperson folgende SMS: „Ich habe die Freude am Spielen wiedergefunden und an meinen Vater weitergeben können. Diesmal erntete ich Zuwendung der Freunde meines Vaters – mein Zwölfjähriger freut sich sehr. Ein ganz, ganz herzliches Dankeschön von einem wieder gut schlafenden Musiker!“

Neurobiologische Erklärungen und Annahmen

Theorien und Studien

Wie eingangs beschrieben hat David Grand bei der Eiskunstläuferin intuitiv die emotionale Belastung zu einem Thema, das Körperempfinden oder die Körperreaktionen und einen Blickpunkt in die Behandlung einbezogen. Diese drei Merkmale beschreiben basierend auf der haltenden Beziehung zwischen Patient:innen und Fachperson die Grundlage von Brainspotting.

Wie das Zusammenwirken dieser erklärt werden könnte, wird versucht in Folge darzustellen.

Peter Levine gilt als Vorreiter in der Traumapsychologie. Er erklärt übersetzt: „Trauma ist nicht im Ereignis selbst; vielmehr ist das Trauma im Nervensystem... die Grundlage eines ‚einmaligen Traumas‘ ist vielmehr physiologischer als psychologischer Natur“ (Levine 2007, S. 4).

Levine (2007) erkennt, dass der Körper eine wesentliche Rolle in der Traumareaktion sowie in der Traumaaufarbeitung spielt. Die älteste Gehirnregion, das „tiefe limbische System“ oder im Volksmund als „Reptiliengehirn“ bezeichnet, stellt die Verbindung zwischen Gehirn und Körper dar. Dies ist der Bereich aus dem intuitiv und unwillkürlich reagiert wird, wenn etwas Bedrohliches passiert. Stellen Sie sich vor, in ihrem Nebenraum macht es einen lauten Krach. Bevor Sie reagieren können, zucken Sie zusammen. Diese Reaktion kann unmöglich durch Vernunft oder Beruhigen verhindert werden. Erst nach dem Zusammen-

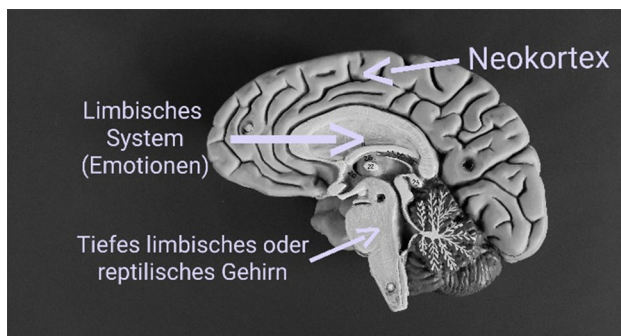


Abb. 2 Limbisches System, Reptiliengehirn und Neocortex

zucken, kann der Neocortex, der Handlungsplaner im Gehirn, beruhigend aktiv werden und zum Beispiel eine Erinnerung hervorrufen, dass in dem Nebenraum Schachteln mit unzerbrechlichem Inhalt getürmt sind und wahrscheinlich eine heruntergefallen ist. Auch das limbische System oder emotionale Zentrum beruhigt sich erst nach dem Zusammenzucken, wenn es überprüft hat, dass keine weitere Traumareaktion notwendig ist (Abb. 2).

Levine (2007) beschreibt mindestens 20 verschiedene physiologische Reaktionen, die aktiv werden, um zu verteidigen oder zu schützen. Das „Zusammenzucken“ kann als eine dieser Reaktionen bezeichnet werden. Die Grundlagen dafür werden als „Flucht – Kampf – Starre“ Reaktionen beschrieben.

„Bei hochgradigem Stress überschwemmt die Kampf-, Flucht-, oder Erstarrungs-Reaktion den Körper mit dem Hormon Cortisol, einem chemischen Stoff, der die Funktion des Hippocampus unterbindet. Dies löst wahrscheinlich etwas Ähnliches wie einen Blackout aus – also eine chemisch erzeugte Form der Dissoziation“ (Siegel 2010). Eine Beruhigung wie im „Schachtel-Beispiel“ ist dann nicht möglich. In diesen oft traumatisch erlebten Situationen ist eine Reaktion erforderlich. Dies können zum Beispiel Davonlaufen, Kämpfen, Schreien oder auch Erstarren sein. Nach einer traumatisch erlebten Situation, in der es nicht zur Beruhigung (Integration) kommt, können Menschen in diesem Verhalten „stecken bleiben“. Blockaden, Abspeicherungen im Körper und häufig damit einhergehende psychosomatische Symptomaten entstehen.

Ein weiterer Neurowissenschaftler unsere Zeit ist Steven Porges. Er begründete die Polyvagaltheorie. Diese erklärt die Verbindung des Gehirns mit den Organen – maßgeblich getragen durch den Vagusnerv (Porges 2017; Van der Kolk 2014). Er ist verantwortlich, wenn Volksweisheiten wie zum Beispiel „Das schlägt sich auf den Magen“ oder „Ich habe einen Knopf im Hals“ ausgesprochen werden.

In den Brainspotting-Ausbildungen wird all dies zusammengefasst gelehrt: „Was im Körper ist, ist im Gehirn und was im Gehirn ist, ist im Körper!“ (Grand 2014).

Der Einbezug des Körperempfindens neben der emotionalen Aufarbeitung in das Behandlungsverfahren ist ein wesentlicher Bestandteil und sehr hilfreich bei der Integration von Unverarbeitetem. So können traumatisch erlebte Erfahrungen nicht nur emotional „neu eingeordnet“, sondern auch damit einhergehende physiologische Symptomaten gelöst werden.

„Die Augen sind die Fenster zur Seele“ ist eine alte Weisheit unbekannter Herkunft. Der Einbezug des visuellen Systems in die Behandlung lassen die Patient:innen während eines Verarbeitungsprozesses einen Punkt fixieren. Es wird je nach Behandlungsziel der „Brainspot“ gewählt, bei dem die Belastung am besten spürbar ist (Aktivierungspunkt oder Belastungspunkt) oder jener, wo sich die Patient:innen am wohlsten fühlen (Ressourcenpunkt).

Corrigan und Grand (2013) beschreiben detailliert, wieso mit Hilfe von Brainspotting unter Verwendung des visuellen Systems ein Zugang zum Mittelhirn, wo Traumaerleben abgespeichert ist, gefunden wird. Er bezeichnet die Areale Periaqueduktales Grau (PAG) und Colliculi Superior als entscheidend. Sie erlauben durch Fixieren eines Punktes emotional und physiologisch stark zu empfinden, zumeist so wie es während dem traumatischen Erleben war. In der praktischen Arbeit mit Brainspotting sind das die Momente, in denen Patient:innen einen Verarbeitungsprozess durchmachen. Dieser ist geprägt durch Erinnerungen oder Körperempfinden sowie Emotionen. Sätze wie „ich kann es förmlich riechen, ich sehe mich wie als wäre es jetzt, ich fühle mich wie gelähmt“ verdeutlichen diese Annahme.

Der „okulokardiale Reflex“ (Merill und Bowan 2008) trägt zu einer beruhigenden Wirkung während des Fixierens eines Punktes bei.

Das erneute Erleben getragen durch die therapeutische Beziehung und die Erfahrung: „Ich erlebe es erneut, mir passiert nichts, ich werde nicht allein gelassen und mein Gegenüber hält es mit mir aus“, unterscheidet sich von der ursprünglich traumatischen Erfahrung. Diese neue Erfahrung, über alle Sinne erlebt, dürfen Patient:innen gefestigt mitnehmen und macht alle bisherigen weniger bedeutend und wird als „Schlüssel“ für die Integration vermutet. Die beiden Fachartikel von Corrigan, Grand und Raju (2013, 2015) untermauern diese Annahmen mit neuropsychologischen Fakten.

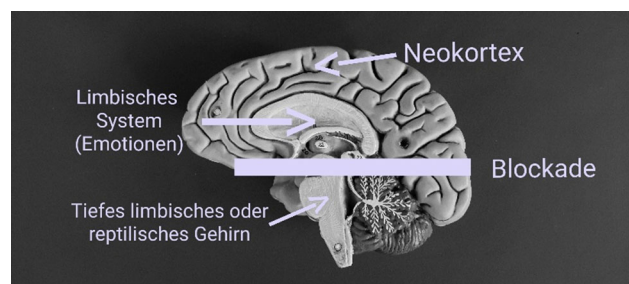


Abb. 3 Blockade bzw. Schutzreaktion im Gehirn

Vereinfachte Erklärung

Der hypothetische Versuch der Erklärung der Neurobiologie sollte dem jeweiligen Alter und Wissensstand der Patient:innen angepasst werden: Wenn unser Gehirn emotional überfordert ist, reagiert es intuitiv aus dem tiefen limbischen Areal mit „Flucht – Kampf – Starre“ oder ähnlichem Verhalten. Häufig kann aus diesem Schockverhalten wieder ausgestiegen werden, sobald Sicherheit gegeben ist. („Keine Sorge, das sind nur Schachteln ohne zerbrechliches Material“). Manchmal jedoch hört die Schockreaktion und somit die „Schutzreaktion“ im Gehirn nicht auf. Menschen verharren quasi in dem beschützenden Reaktionsverhalten. Dies wird in Abb. 3 als Blockade graphisch dargestellt. Hier stelle ich eine Verbindung zu dem beschriebenen Symptom her. So hat der Cellospieler berichtet: „Die Finger spielen nicht mehr mit.“ Das Gehirn hat ausgedrückt, dass ein Vorspiel vor Freunden „gefährlich“ sei.

Ist dies der Fall, ist die Möglichkeit einer Verarbeitung nicht gegeben, da das Gehirn immer noch „Gefahr signalisiert“ und eine Integration in das limbische System nicht „erlaubt“.

Diese Reaktionen gehen oft mit deutlichen Körperempfindungen einher. Bei hoch dissoziativen Patient:innen kann die Schutzreaktion so intensiv sein, dass sie physiologisch nichts spüren, sie blockieren sogar das Körperempfinden.

Um dies zu verändern und Integration zu erlauben, wird das visuelle System genutzt. Die sensitiven Sehbahnen führen vom Auge zum Sehzentrum (Okzipitalappen oder Hinterhauptappen). Erst dort entstehen Bilder (Abb. 4).

Auf ihrem Weg durchkreuzen die sensitiven Sehbahnen unter anderem einen Gehirnbereich (Colliculi Superior), in dem unsere Sinne repräsentiert sind. Dies erlaubt „vorgestellte Erlebnisse“ so zu spüren, als wären diese jetzt real.

Wenn nun bei tragfähiger Beziehung zwischen Behandler:in und Patient:in ein Punkt fixiert wird, bei dem sowohl emotional als auch physiologisch gespürt wird, was hinter der Symptomatik steckt, kann die Blo-

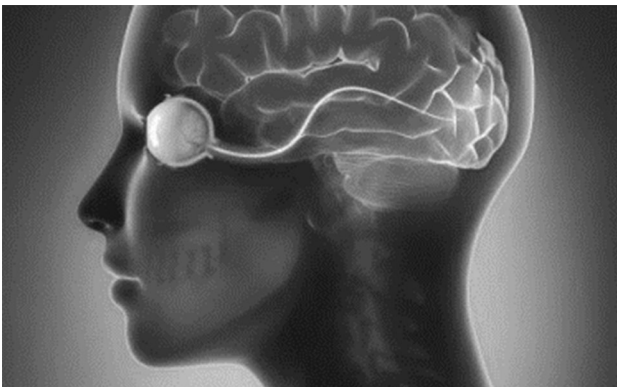


Abb. 4 Das visuelle System (aus Omeda 2020)

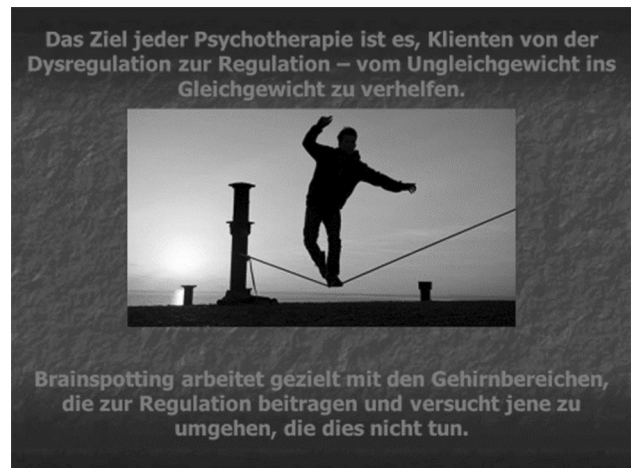


Abb. 5 Von der Dysregulation zur Regulation, vom Ungleichgewicht zum Gleichgewicht

ckade im sicheren Rahmen (schrittweise) gelöst werden. Das Gehirn lernt, dass nun keine Gefahr besteht und erlaubt die Integration des belasteten Erlebnisses. Von dem Moment an sind die Traumareaktionen, also die aktuellen Symptomaten aus dem tiefen limbischen System, nicht mehr notwendig.

Patient:innen können an traumatische Erlebnisse zurückdenken. Diese werden nicht verharmlost, aber die posttraumatischen Belastungsreaktionen (wie zum Beispiel die „nicht spielend Finger“) sind überflüssig geworden. Das Gehirn muss nicht mehr schützen.

Aristoteles hat dies mit dem Spruch: „Wir können den Wind nicht ändern, aber die Segel anders setzen“ wunderschön zusammengefasst (Abb. 5).

Zwei Untersuchungen und der Bezug zur Praxis

Anderegg (2015) verglich drei therapeutische Verfahren bei Angststörungen. Er beschreibt die beiden Verfahren EMDR und Brainspotting unmittelbar nach der Anwendung ähnlich effektiv. In der Nachuntersuchung nach 6 Monaten stellte er mit dem STAI-Fragebogen fest, dass die Patient:innen mit der Brainspotting-Behandlung offensichtlich in tieferen Hirnregionen verarbeitet haben. Sie haben somit noch Monate nach der Behandlung weiteren positive Nachwirkungen und unterscheiden sich dabei von den Vergleichsmethoden positiv.

Aus meiner praktischen Erfahrung kann ich dies bestätigen. Menschen, die in einem stabilen Umfeld leben und eine leichte Symptomatik aufweisen, können oft nach wenigen Brainspotting-Sitzungen wieder ihre innere Balance zurückgewinnen.

Brainspotting kann in einem sehr weiten Feld eingesetzt werden: Von Blockaden bis hin zu belastenden und psychosomatischen Symptomen sowie posttraumatischen Belastungsstörungen nach internationalen Diagnosekriterien etc. Darüber hinaus ist auch die Potenzialentfaltung und Stärkung (z. B. in kreativen Be-

rufen oder bei Sportler:innen) ein wesentlicher Teil dieses Behandlungsverfahrens.

Oft sind es „kleine Blockaden“ aus unserer Kindheit, die uns im Hier und Jetzt viele Jahre danach bremsen oder handlungsunfähig machen.

Eine erwachsene Patientin, die stabil im Leben stand, aber sich immer mehr zurückzog, beschreibt folgende Episode aus Ihrer Kindheit. „... alle haben mein Bild für meine Mama zum Muttertag so schön gefunden und bestaunt. Da dachte ich, wenn ich einen dicken roten Strich dazu mal, geht sogar noch die Sonne auf. Ich verschwand also heimlich mit dem Bild und überfärbte es rot-orange. Nun war es klar, hier geht die Sonne auf. Ganz stolz legte ich es Mama zu ihrem Platz. ... Ich war sehr gespannt, ob es die anderen auch noch hübscher fänden. Das war jedoch nicht der Fall. Mama war enttäuscht, weil sie die Blumen nicht mehr sehen konnte, der Onkel meinte sogar, wie tollpatschig ich sei. Dabei wollte ich doch allen eine noch größere Freude machen. Ich spüre heute noch, wie ich mich am liebsten unter dem Tisch verkrochen hätte.“

Auch Menschen mit schweren Symptomatiken finden durch Brainspotting Hilfe zur Selbstregulation. Hierbei besteht zum Beispiel die Möglichkeit, durch reine Ressourcen-Brainspotting-Arbeit eine Stabilisierung als Grundlage für die weitere Behandlung zu bilden. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, Brainspotting über einen langen Zeitraum wiederholt mit der Teilarbeit zu verbinden.

Wenn ein Teil in Dysbalance, Handlungsunfähigkeit oder gar in eine Starre gelangt, kann das gesamte System durcheinandergeraten (Schwartz 2000). Stellen Sie sich vor, in einem Orchester spielt die erste Geige immer einen Ton zu spät. Das gesamte Orchesterwerk wird damit zunichtegemacht, auch wenn alle anderen Instrumente ihren Aufgaben ausgezeichnet nachkommen. In so einem Fall wäre es sinnvoll, mit der „ersten Geige“ separat zu arbeiten und sie nach Zurückfinden in ihre Balance wieder in das ansonsten funktionierende Orchester zu integrieren.

Ebenso kann Brainspotting in der Arbeit mit inneren Anteilen angewendet werden. Es wird ein „behandlungswerter“ Anteil gefunden und die traumatische Belastung von diesem am Brainspot verarbeitet. Eine Integration in das System dieser Patientin verhilft zu einem besseren Funktionieren des Zusammenspiels aller Teile. Dieses Vorgehen kann über einen längeren Zeitraum „Anteil für Anteil“ durchgeführt werden.

Eine Frau mittleren Alters war wegen mittelschwerer Depression in einer psychiatrischen Rehaklinik und bekam die Möglichkeit, in diesen Wochen häufig eine Brainspotting-Behandlung zu bekommen.

Die Arbeit mit ihr gliederte sich in das Betrachten ihrer inneren Anteile. Das Beispiel des Puzzlespiels wurde erläutert, wobei Ihr erklärt wurde, dass der Mensch ganz viele Anteile sowie Puzzlesteine eines Puzzles habe.

Ein Puzzlebild wurde entworfen. Sie stellte jene, die sie nicht so mochte, und selbstabwertende Anteile dunkler als die anderen dar.

In Folge wurde sie nach ihren inneren Leitsätzen zu den dunklen Steinen befragt. In den kommenden Wochen wurde in jeder Stunde mit einem dieser Steine Brainspotting angewendet. Die umliegenden, stärkenden Puzzle- oder positiven Teile waren visuell präsent. Diese galten als Ressource während der Behandlung.

Die Patientin konnte so viele belastende Anteile integrieren und verließ die Klinik handlungsfähig, um in den Alltag zurückzukehren.

An den eben beschriebenen Beispielen ist zu erkennen, dass Brainspotting in schwierigen Momenten sowie auch bei psychiatrischen Erkrankungen angewendet werden kann.

Ein Bericht aus den USA Newton Sandy Hook Community Foundation (2016) zeigte ebenfalls die Wirksamkeit von Brainspotting in akuten Krisen. In Sandy Hook, in einer kleinen Schule etwa 150 km nördlich von New York, fand im Dezember 2012 ein Amoklauf statt. Nach diesem wurde sofort ein Hilfezentrum mit vielen therapeutischen Hilfsangeboten aufgebaut.

Dr. David Grand und Dr. Martha Jacobi führen über mehrere Jahre einmal im Monat dorthin und boten Brainspotting Sitzungen für Erwachsene und Kinder an. Nach fünf Jahren wurde unter der Bevölkerung eine Umfrage gemacht, bei der Brainspotting als die effektivste Methode beschrieben wurde.

In solch schwierigen Zeiten erleben wir bei vielen unserer Patient:innen heftige posttraumatische Belastungsreaktionen. Alte, unverarbeitete traumatische Erfahrungen werden „aufgeweckt“.

Während einer akuten Krise hilft die Methode des Brainspotting wieder Orientierung zu finden. Häufig ist auch eine Traumaaufarbeitung eines vergangenen Traumas möglich und hilfreich, um in der aktuellen Krise handlungsfähig zu bleiben.

Brainspotting ist eine Methode, die alle in ihr therapeutisches/psychologisches Arbeiten integrieren können. In kurzen Momenten oder intensiven Sitzungen, mit Einzelpersonen oder auch Paaren, Eltern – Kindern und Gruppen.

Die Art der Anwendung entscheidet die Fachperson verantwortungsvoll und erlaubt so einen sanften Weg der Integration.

Abschluss und Zukunftsperspektive

Brainspotting kann maßgeblich zur emotionalen Regulation beitragen. Dies wird durch bisherige Forschungsuntersuchungen und vielen praktischen Erfahrungen bestätigt. Im Januar 2024 veröffentlichte die Zeitschrift „Psychotherapy Networker“ ein Interview mit Dr. David Grand über die Entdeckung und Entwicklung von Brainspotting, ergänzt durch ein Fallbeispiel.

Heutzutage sind Traumatisierungen durch Krieg, persönliche Erlebnisse und Naturkatastrophen sowie durch die Medien intensiv erlebbar geworden. Es ist wertvoll und nicht mehr weg zu denken, dass sich mit Brainspotting zu den bisherigen „Trauma-Behandlungsmethoden“ eine weitere dazu reiht. Dass diese ebenso zur Potentialentfaltung oder zu einem „leichteren Leben“ verhelfen kann, bestätigt die alte Weisheit von Aristoteles: Es können also nicht nur in stürmischen Zeiten „emotional belastende Segel anders gesetzt werden“ sondern auch, um emotional zu wachsen.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt M. Baumann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Die Patient:innen haben der anonymisierten Verwendung ihrer Daten im Rahmen dieser Originalarbeit schriftlich zugestimmt. Die Verarbeitung ihrer Daten erfolgte unter strikter Einhaltung der geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften. Diesbezügliche Erklärungen (informed consent) liegen der Autorin vor.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Anderegg, J. (2015). *Effective treatments for generalized anxiety disorder*. Unveröffentlichte Studie. https://www.brainspotting-germany.de/media/effective_treatments_for_generalized_anxiety_disorder.pdf
- Baumann, M. (2023). *Brainspotting. Belastungen verarbeiten – Selbstheilungskräfte unterstützen mit Kindern, Jugendlichen und jüngeren inneren Anteilen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Corrigan, E., & Grand, D. (2013). Brainspotting: recruiting the midbrain for accessing and healing sensorimotor memories of traumatic activation. *Medical Hypotheses*, 80(6), 759–766. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.03.006>.
- Corrigan, E. M., Grand, D., & Raju, R. (2015). Brainspotting: sustained attention, spinothalamic tracts, thalamocortical processing, and the healing of adaptive orientation truncated by traumatic experience. *Medical Hypotheses*, 85(1), 90–94. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2015.01.028>.
- D’Antoni, E., Matiz, A., Fabbro, E., & Crescentini, C. (2022). Psychotherapeutic techniques for distressing memories: a comparative study between EMDR, brainspotting, and body scan meditation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1142. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031142>.
- Grand, D. (2013). *Brainspotting the revolutionary new therapy for rapid and effective change*. Louisville: Sounds True.
- Grand, D. (2014). *Phase 2 training manual*. New York: GrandDavid.
- Grand, D., & Goldberg, A. (2011). *This is your brain on sports: beating blocks, slumps and performance anxiety for good*. New York: Dog Ear Publishing.
- Hildebrand, A., Grand, D., & Stemmler, M. (2017). Brainspotting—The efficacy of a new therapy approach for the treatment of posttraumatic stress disorder in comparison to eye movement desensitization and reprocessing. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(1), .
- Knischek, S. (2009). *Lebensweisheiten berühmter Philosophen: 4000 Zitate von Aristoteles bis Wittgenstein*. Information & Wissen. humboldt.
- Levine, K. (2007). *Trauma through a child's eyes*. Berkley: North Atlantic Books.
- Merill, D., & Bowan, O. (2008). Treatment of panic attack with vergence therapy, an unexpected visual vagus connection. *Journal of Behavioral Optometry*, 155–158.
- Newton Sandy Hook Community Foundation (2016). *Report of findings from the community survey September 2016*. Newton: Newton Sandy Hook Community Foundation.
- Omeda (2020). www.onmeda.de. <https://www.onmeda.de/anatomie/auge-sehnerv-1209-8.html>
- Porges, S. W. (2017). *Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit: Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung*. Lichtenau: Probst.
- Raju, R., Corrigan, E., & Grand, D. (2015). Brainspotting: sustained attention, spinothalamic tracts, thalamocortical processing and the healing of adaptive orientation truncated by traumatic experience. *Medical Hypotheses*, 84(4), 384–394. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2015.01.028>.
- Schwartz, H. (2000). *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. Klett-Cotta.
- Siegel, D. (2010). *Mindsight. The new science of personal transformation*. New York: Bantam.
- Siegel, D. J., & Bryson, T. P. (2011). *The whole-brain child: 12 Revolutionary strategies to nurture your child's developing mind*. New York: Delacorte Press.
- Van der Kolk, B. (2014). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: Probst.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.