

**Diplomarbeit im Rahmen der Abschlussprüfung zur Atem- und
Körperpsychotherapeutin**

am

**Institut für Atem- & Körperpsychotherapie
Freiburg i. Br.**

„Ich geh dann mal weg.“

**Kommunikation bei dissoziativen Phänomenen
in der AKPT**

von

Mona Gollwitzer

Unterdorf 19a

4634 Wisen

++41 62 293 03 17

31.10.2012

1 Abstract	3
2 Einleitung	3
3 Dissoziation	5
3.1 Definition	5
3.2 Dissoziative Phänomene innerhalb verschiedener Diagnosen	6
3.3 Kontinuum der Dissoziation	7
3.4 Chronische Dissoziation	9
3.5 Ego State und strukturelle Dissoziation	9
3.6 Neurobiologische Ätiologie	11
4. AKPT und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	13
4.1 Die Funktionen des Ich	13
4.2 Abwehrmechanismen	14
4.2.1 Spaltung	14
4.2.2 Dissoziation	14
4.3 (Körper-) Bewusstsein und kontinuierliches Sein	15
4.3.1 Zeugenbewusstsein	16
4.3.2 Zustand der Verwirrung (fragmentiertes Bewusstsein)	16
4.4 Die vier Bewusstseinsfunktionen nach C.G. Jung	16
4.4.1 Gegenübertragung auf der Basis der 4 Wahrnehmungsebenen	18
4.4.2 Gegenübertragung als Phänomen der Spiegelneuronen	19
4.4.3 Spaltung / Isolation / Dissoziation auf den Wahrnehmungsebenen	20
4.4.4 Intrusion und Wahrnehmungsebene	21
4.5 Erkennen dissoziativer Phänomene	21
4.5.1 Empfindungsebene	22
4.5.2 Fühlebene (auf den Körper bezogen)	24
4.5.3 Impulse	25
4.5.4 Bilder, Symbole	26
4.5.5 Denkebene / mentale Funktionen	27
5 Kommunikation in der AKPT	27
5.1 Arbeit mit verschiedenen Ich-Anteilen / Ego States	29
5.2 Entstehung eines Beziehungsraumes	29
6 Therapiephasen und deren Bedeutung für die AKPT	31
6.1 Stabilisation, Ressourcenfindung, Selbstregulation	31
6.1.1 Selbstregulation	31
6.1.2 Mentale Funktionen steigern	35
6.2 Traumaverarbeitung	36
6.2.1 Positive und therapeutisch genutzte Dissoziation	36
6.2.2 Brücken schlagen	37
6.3 Integration, Rehabilitation	37
7 Fallbeispiele	37
7.1 „Mir bleibt die Luft weg“. Missbrauch: Prüfungsangst / Somatisierungsstörung	38
7.2 „Ich spüre nichts...“ Festgebunden: Panik / ADHS / Burn-out	46
8 Schlussgedanken	52
9 Literaturverzeichnis	54
10 Abbildungsverzeichnis	57
11 Tabellenverzeichnis	57
12 Anhänge	58

1 Abstract

Dissoziation zeigt sich durch Verminderung und Trübung der Wahrnehmung. Betroffene nehmen selber häufig nicht wahr, wenn sie weggehen oder dissoziieren, wenn gleich ihr Leben und ihre Beziehungen im hohen Grade davon beeinträchtigt werden. In dieser Diplomarbeit gebe ich eine Übersicht über die Dissoziation und ihre Erscheinungsformen. Dabei gehe ich auf Dissoziation im therapeutischen Gespräch, während körperpsychotherapeutischen Interventionen und im direkten Körperkontakt zum Klienten ein. Ich vertrete den Standpunkt, dass es für den Therapieprozess von Vorteil ist, Dissoziation in der Gegenübertragung zu erkennen und stelle therapeutische Schritte auf der Basis der Bewusstseinsfunktionen nach C.G. Jung und bestehenden AKPT Konzepten vor. Weiter beziehe ich mich auf einzelne traumatherapeutische Standards und beschreibe in zwei Fallbeispielen, wie Dissoziation bewusst werden kann und wie dissoziierte Anteile in die Gesamtpersönlichkeit integriert werden können.

2 Einleitung

Ich möchte meine Arbeit mit einem Zitat von Reddemann (2004), der Begründerin von PITT (Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie), beginnen:

... Dissoziation ist für die Beziehung der Abbruch des Kontaktes. Für den betroffenen Menschen ist es ein Schutz, nämlich der Versuch, eine unerträglich erscheinende Situation zu verlassen. Für Menschen, die traumatisiert wurden, vor allen Dingen wenn sie schwer traumatisiert worden sind, bedeutet jede Kontaktaufnahme zu einem anderen Menschen auch eine Bedrohung. (S. 34)

In meiner 10-jährigen selbständigen Praxis als Atemtherapeutin nach Middendorf mit Einbezug der craniosacralen Osteopathie bin ich vielerlei Spielarten der Dissoziation begegnet. Die meisten Klienten in meiner Praxis leiden an einer Angst- und Panikstörung mit oder ohne Phobie, gefolgt von Burn-out Syndrom, psychosomatischen Leiden und Schmerzen (wandelnde oder fixe) oder Spannungszuständen, darunter häufig Craniomandibuläre Dysfunktion und Vaginismus. Einzelne kommen auch mit stimmlichen Problemen oder wenn sie mit ihrem Körper nicht zufrieden sind. Neben meiner Haupttätigkeit als Atemtherapeutin leite ich Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse. Mir fällt auf, wie viele Menschen die helfende oder korrigierende Berührung während der Übung/manuellen Behandlung von mir einfordern, obwohl für mich (durch die Berührung) deutliche Anzeichen für Missempfindungen und Dissoziation wahrnehmbar sind. Dieses Einfordern kommt nicht selten mit einer derartigen Vehemenz daher, dass es mir manchmal so vorkommt, als ginge es um Leben und Tod. Diese Menschen scheinen nicht zu bemerken, dass ihnen etwas (körperlich) missfällt und dass sie dabei dissoziieren. Im Gegenteil: Sie melden sich aufgrund von spezifischen oder unspezifischen körperlichen Symptomen und versprechen sich durch wundersame Techniken, welche sie selber an sich (unabhängig von mir) praktizieren können, geheilt zu werden.

Für die vorliegende schriftliche Arbeit sowie für meine therapeutische Arbeit insgesamt sind folgende berufliche Erfahrungen wichtig, obwohl ich heute keine der erwähnten Methoden mehr eins zu eins anwende. Vor meiner Zeit als Therapeutin habe ich einen Teil einer professionellen Ausbildung im zeitgenössischen Bühnentanz absolviert und mich später im Rahmen einer theaterpädagogischen und

sprachgestalterischen Ausbildung intensiv mit Improvisationstheater beschäftigt. Die Kunst beim Improvisationstheater liegt darin, Impulse ohne Bewertung in den Ausdruck zu geben: nicht zu überlegen, auszuharren und zu planen, sondern impulsiv zu handeln, dies jedoch mit Bewusstheit für das Geschehen im Raum zu tun. Das Erlernen von positiven dissoziativen Techniken, wie die Imagination und einer Art von Hypnose im Rahmen einer Ausbildung zur Rückführungs- und Reinkarnationsanalytikerin nach Ute Münger ist mir heute hilfreich, wenn es darum geht, offene und geschlossene Fragen zu stellen und Zugang zu traumatischem Material zu erlangen.

Nach der Grundausbildung zur Atemtherapeutin nach Middendorf hat die Ergänzungsausbildung am Institut für Atem- und Körperpsychotherapie in Freiburg i.B. mein Verständnis für die den psychosomatischen und depressiven Störungen zugrunde liegenden Frühstörungen und deren Auswirkungen auf das Körpererleben und die Gefühlswelt des späteren Erwachsenen erweitert und vertieft.

In der wahrnehmungsorientierten Atem- und Körperpsychotherapie AKPT steht das Da-Sein und das Da-Bleiben können auf allen Wahrnehmungsebenen, insbesondere derjenigen des Körpers im Hier und Jetzt im Zentrum. Die AKPT bezieht psychodynamische Aspekte – allen voran die Übertragung und Gegenübertragung im resonierenden therapeutischen Wirkfeld – und die Strukturniveaus von Joachim Maaz (vgl. Maaz 2006) mit ein. Sie eignet sich daher für Frühstörungen und psychosomatische Beschwerden. In der AKPT wird nach psychodynamischen Konzepten, gültigen psychotherapeutischen Standards, tiefenpsychologischen Ansätzen, transpersonalen Bezügen und weiteren Wirkfaktoren gearbeitet:

- sowohl verbale wie auch non-verbale Intervention: Würdigen, Spiegeln, Begleiten, Konfrontieren, Aufnehmen
- nur verbale Intervention: Deuten und Interpretieren, das therapeutische Gespräch
- spezifische atemtherapeutische Interventionen wie Dehnen, Verdichten, Zentrieren, Druck, Widerstehen, Lösen, ein- und ausatemorientierte Arbeit
- somatischer Tonus-Dialog über die direkte Berührung (manuelle Behandlung auf der Liege)
- Wirkprinzip der Resonanz, der Akzeptanz, der Nachahmung und des Wahrnehmungsabgleichs.

Folgende Fragen haben mich innerhalb dieser Arbeit im Besonderen begleitet:

Frage 1

An Meiers Patientenumfrage (2002) nahmen 1022 Personen teil. 24% der Befragten gaben als Grund für die Atemtherapie Angst an, 92.9% davon erwähnten eine Verbesserung der Symptome seit Beginn der Atemtherapie. Ich frage mich, warum gerade bei den Angst- und Panikstörungen die atemtherapeutische Behandlung so erfolgreich ist.

Klienten mit Angst- und Panikstörungen lassen sich aus meiner Erfahrung heraus in zwei Kategorien einteilen: Typ 1 reagiert positiv auf die stabilisierende Körperarbeit und ist nach der Stabilisierung sehr empfänglich für atem- und wahrnehmungserweiternde Erfahrungen am eigenen Körper. Typ 2 gerät in Panik, sobald er zum ersten Mal in das Räumliche (Atem ist räumlich) seines Beckens, seiner Beine oder bereits schon seines Oberkörpers spüren soll, was meist zum sofortigen Therapieabbruch führt. Warum ist das so? Was wirkt bei Typ 1 so stabilisierend und bei Typ 2 so abschreckend?

Frage 2

Burn-out KlientInnen berichten allesamt vom „Tunnelblick“ beziehungsweise der eingeschränkten Wahrnehmung und haben es sehr schwer, sich im Gelände des Körpererlebens zu orientieren, geschweige denn, Empfindungen wahrzunehmen und/oder auszusprechen. Dieses Phänomen scheint auch mit der seltsamen „Bedürfnislosigkeit“ bzw. Unfähigkeit, Bedürfnisse zu orten, zu tun zu haben, unter denen diese KlientInnen leiden. Was schränkt das Sichtfeld der Burn-out KlientInnen ein und was macht es so schwer, den Körper mit seinen Bedürfnissen zu empfinden?

3 Dissoziation

Der Begriff Dissoziation taucht in der psychologisch-medizinischen Literatur Mitte des 19. Jahrhunderts im Rahmen der Beschäftigung mit Hysteriepatientinnen (früherer Ausdruck für Traumatisierte) auf. Pierre Janet erfasste und beschrieb umfangreich elementare Phänomene der Dissoziation wie auch den von ihm beobachteten Trennungsvorgang und dies, bevor es den Traumaforschern ein Jahrhundert später gelang, neurobiologische Vorgänge bei traumatisierten PatientInnen nachzuweisen. Nach Marlock (2006) studierte Janet auch die Zusammenhänge zwischen neurotischer Symptomatik und Verzerrungen der Atemmuster und beschrieb die Heilung eines Patienten als eine in erster Linie über den Körper verlaufende (vgl. auch Nijenhuis 2006, Schwartz 1951, Stiglmayr 2003). Im Zuge der freud'schen Trieblehre verlor der Begriff Dissoziation weitgehend an Bedeutung. Der Körper als Mittel zur Heilung der Psyche nahm keinen Einzug in die Psychoanalyse und Tiefenpsychologie. Die frühen Tiefenpsychologen wollten ein eigenes Territorium schaffen, um sich aus den Klauen der Schulmediziner zu befreien. Sie überließen den Körper, die Soma der Schulmedizin, so Marlock, und erforschten die „neu entdeckte“ Psyche. In christlich-abendländischer Tradition wurde die (erwünschte) Trennung zwischen Körper und Geist weiterhin aufrecht gehalten.

Aufwind erfuhr der Begriff Dissoziation mit der Traumatherapie und der Traumaforschung im Zusammenhang mit dem zweiten Weltkrieg und dem Vietnamkrieg. Verschiedene neuere Forschungsergebnisse weisen auf neurologische Vorgänge hin, welche mit Dissoziation einhergehen und zu dissoziativen Störungen führen können. Unter anderem durch diese Forschungsergebnisse wird dem Körper bzw. dem Menschen als ganzheitlich wahrnehmendes Wesen wieder mehr Bedeutung zugeschrieben.

In jüngerer Zeit wird vor allem im angloamerikanischen Raum häufiger über somatoforme Dissoziation geschrieben und sie wird in Forschungsprojekte besonders bei der somatoformen Störung (vgl. Nijenhuis 2006) und bei der Borderline Störung (vgl. Stiglmayr 2003) miteinbezogen.

3.1 Definition

Der Duden (1983) deklariert den Begriff Dissoziation wie folgt:

[lat. Dissociatio = Trennung]; **1.** (Psych.) krankhafte Entwicklung in deren Verlauf zusammengehörige Denk-, Handlungs- od. Verhaltensabläufe in weitgehend unkontrollierte Teile u. Einzelerscheinungen zerfallen. **2.** (Med.) Störung des geordneten Zusammenspiels von Muskeln, Organen od. Empfindungen. **3.** (Chemie) Zerfall von Molekülen in einfachere Bestandteile; ... **dissoziieren** ... [lat. Dissociare = vereinzeln, trennen]: 1. <hat> (bildungsspr.) **a)** trennen,

auflösen; **b)** <d. + sich> getrennt werden, sich auflösen. 2. (Chemie) **a)** in Ione od. Atome aufspalten <hat>; **b)** in Ionen zerfallen <ist>.

In dieser Definition wird zwischen psychischer, medizinischer und chemischer Dissoziation unterschieden. Die ursprüngliche lateinische Definition so wie auch die oben erwähnte chemische Definition des Begriffes treffen den Nagel auf den Kopf: Es geht um einen trennenden Vorgang und die dadurch entstehende Störung

- des Zusammenspiels von Muskeln, Organen oder Empfindungen (somatoforme D.) sowie
- der psychischen Entwicklung, welche das Denken, das Handeln und das Verhalten betrifft (psychoforme D.).

Die chemische Definition des Begriffes lässt außerdem eine gewisse Verwandtschaft zum Thema der Fragmentation und Spaltung erkennen. 3.a) Getrennte Teile gehen nicht zusammen, was einer Spaltung entspricht. 3b) In einzelne Teile (Ione) zerfallen und sich auflösen entspricht auf der psychischen Ebene der Fragmentation.

Nun, was wird bei der Dissoziation getrennt? Normalerweise bilden psychische Inhalte wie Gedanken, Gefühle, Empfindungen, Handlungen und Verhalten eine Ganzheit und formen damit die Persönlichkeit. Bei dissoziativen Störungen werden partielle Teile dieser Ganzheit vorübergehend oder dauerhaft ausgeblendet, verschleiert, betäubt oder gar ausgelagert. Es ist, als würde es sie

- gar nicht mehr geben oder zumindest,
- als würden sie zum Rest nicht dazugehören oder
- als seien sie ganz weit weg.

Bauer (2002) spricht von einer

...Entfernung von sich selbst, um [ursprünglich] aus der tatsächlichen unerträglichen Situation herauszukommen Aus psychologischer und neurobiologischer Sicht ist Dissoziation ein Selbstschutz der Seele vor unerträglichem seelischem oder körperlichem Schmerz.... Aus psychologischer Sicht ist die Dissoziation ein ... »Bewältigungsversuch«, um aus einer emotional nicht mehr aushaltbaren Situation herauszukommen. (S. 167)

Freyberger und Stieglitz (1999) weisen auf die in verschiedenen Untersuchungen gezeigte besondere ätiologische Bedeutung kumulativer realtraumatisierender Ereignisse bei schweren dissoziativen Störungen des Bewusstseins hin.

Offenbar sind starke Störungen des Erinnerungsvermögens und des Selbstgefühls charakteristisch für pathologische Formen von Dissoziation. Diese Störungen führt Putnam (2003) auf die Nichtbewältigung eines körperlichen und / oder psychischen Traumas zurück.

Den Begriff Dissoziation verwende ich in dieser Arbeit, um auf Phänomene des Weggehens auf körperlicher, psychischer und geistiger Ebene hinzuweisen.

3.2 Dissoziative Phänomene innerhalb verschiedener Diagnosen

Dissoziative Phänomene treten nicht nur bei den dissoziativen Störungen nach ICD-10, zu deren auffälligste wohl die Dissoziative Identitätsstörung gehört, sondern auch bei anderen psychischen und physischen Störungen auf. Die Kontroverse über die

diagnostische Ansiedlung der Dissoziation ist historisch bedingt (vgl. van der Kolk, Weisaeth, van der Hart 2000). Sie zieht sich bis in die heutige Zeit hinein. Im europäischen Raum werden nach ICD-10 dissoziative Störungen in einem Atemzug mit Konversionsstörungen genannt, jedoch nicht nach somatoformer und psychoformer Dissoziation unterschieden. Depersonalisation (sich selber fremd fühlen) und Derealisation (die Umwelt erscheint plötzlich fremd) werden in die dissoziativen Störungen nicht miteingeschlossen, sondern als separate Störung geführt (F48.1). Bei der Agoraphobie und der Panikstörung wird auf das Vorkommen von Depersonalisation und Derealisation hingewiesen. Unter F43 werden Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, u.a. die posttraumatische Belastungsreaktion genannt.

Jans und Warnke (2011) machen darauf aufmerksam, dass bei Kindern häufiger somatoforme Dissoziation (und auch Konversion) beobachtet werden kann – ausser wenn das Trauma bekannt ist –, während bei Erwachsenen eher psychoforme Symptome beobachtet werden.

Van der Hart, Nijenhuis und Steel (2008) und Nijenhuis (2006) zeigen häufig auftretende dissoziative Phänomene bei Somatisierungsstörungen auf. Zudem erwähnen sie das häufige Vorkommen von Phobien (insbesondere der Beziehungsphobie) bei traumatisierten Patienten (vgl. auch Reddemann 2004). Die Verselbständigung der Dissoziation und deren häufiger werdendes Auftreten auch in Situationen, welche nur sehr entfernt mit der ursprünglich belastenden Situation zu tun haben, führt Bauer (2002) auf einen frühen erstmaligen Zeitpunkt für das Auftreten der Dissoziation zurück. Daraus kann sich ein stark vermeidendes und phobisches Verhalten entwickeln, welches aus den zugänglichen autobiografischen Erinnerungen nicht erklärbar wird. Sogar für die Phobie selber kann in bestimmten Ich-Zuständen eine Amnesie bestehen.

Freyberger et al. (1999) unterscheiden dissoziative Symptome im Rahmen einer neurotischen Konfliktreaktion (vor allem Konversion bei Angst- und somatoformen Störungen) und solche, welche als häufige Begleitsymptome bei schweren Persönlichkeitsstörungen (allen voran die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die narzisstische Persönlichkeitsstörung) auftreten. Im DSM-IV wird nach Freyberger et al. auch die Histrionische Persönlichkeitsstörung in einen Zusammenhang mit dissoziativen Phänomenen gebracht.

Schramm (2012) führt chronifizierte Depressionen nur zur Hälfte auf Therapieresistenz zurück. Sie bezieht sich auf Wiersma, Hovens, van Oppen, Giltay et al. (2009) und sieht einen Zusammenhang zu interpersoneller Traumatisierung während Kindheit und Jugend:

Neben genetischen Faktoren sind bei früh beginnenden Depressionsverläufen häufig interpersonelle Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend eine wesentliche Ursache für eine Chronifizierung [der Depression] Die frühen Traumatisierungen können auch die hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen erklären. (S. 14)

3.3 Kontinuum der Dissoziation

Putnam (2003) fasst zusammen, dass Experten heutzutage fast alle einhellig der Meinung seien, die Ausprägung von dissoziativen Phänomenen lasse sich auf einem

Kontinuum erfassen. Dieses Kontinuum umfasse harmlose alltägliche Beispiele für Dissoziation (z.B. Tagträumen) bis hin zu psychiatrischen Störungen (z.B. Dissoziative Identitätsstörung DIS). Die folgende Abbildung macht dieses Kontinuum sichtbar.

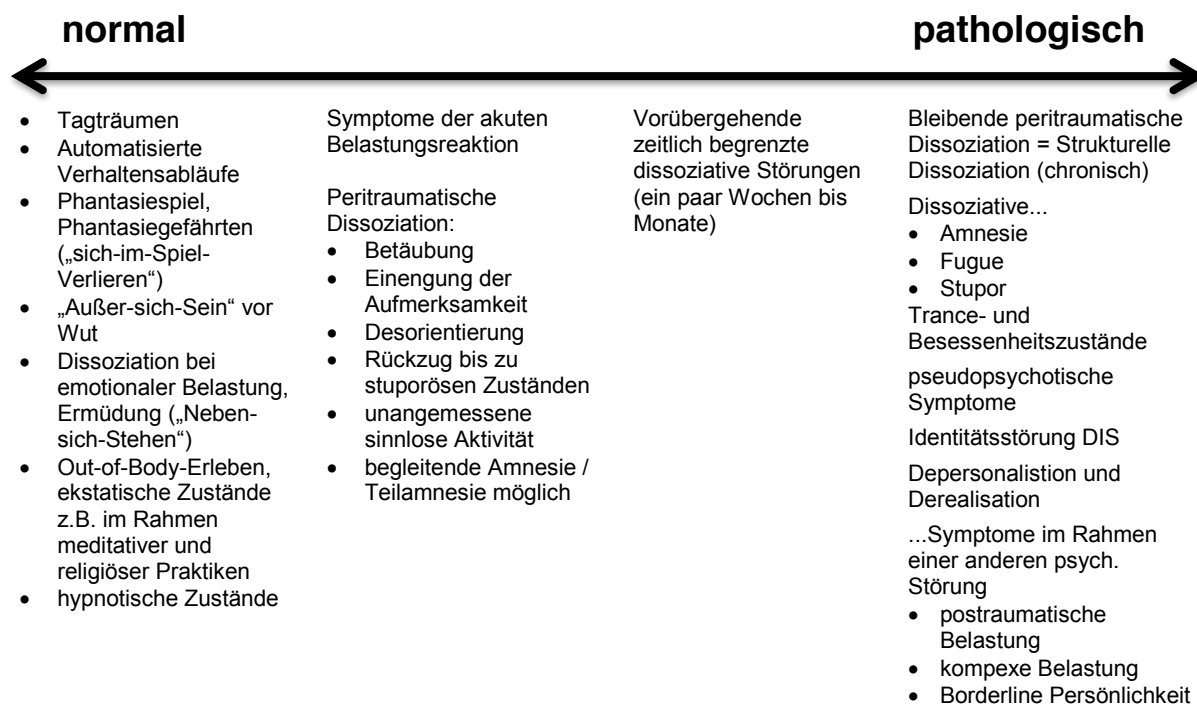


Abbildung 1: gestalt. und inhaltl. (kursiv) adaptiert nach Jans und Warnke (2011), S. 128

Während oder unmittelbar nach der akuten Belastungsreaktion auftretende dissoziative Symptome sind normal (vgl. Phillips und Frederick 2003). Denn sie machen den Schrecken, die Schmerzen und die hohe Spannung erträglich. Werden diese dissoziativen Phänomene jedoch nicht innerhalb eines begrenzten Zeitraumes erkannt und das darunterliegende Trauma behandelt, so besteht das erhebliche Risiko der Chronifizierung (vgl. Levine & Kline 2005, Jans et al. 2011). Das Gefühl von „Neben-sich-stehen“ oder wie Bauer (2002) es nennt, „Entfremdung“, tritt beim gesunden Menschen im Alltag nicht auf. Nur starke Übermüdung oder Überbelastung kann dieses Gefühl auslösen. Bei Traumaopfern ist es jedoch häufig zu beobachten. Auch sogenannte positive Dissoziation, wie unter „normal“ in Abbildung 1 aufgeführt, kann bei häufigem Auftreten auf pathologische (=strukturelle, chronische) Dissoziation geschlossen werden. „Unter einer dissoziativen Fugue wird das unerwartete Weggehen von der gewohnten Umgebung (Zuhause, Arbeitsplatz) verstanden“ (Fugue, Wikipedia, 2012). „Obwohl für die Zeit der Fugue eine Amnesie besteht, kann das Verhalten des Patienten während dieser Zeit auf unabhängige Beobachter vollständig normal wirken.“ (ICD-10, 2008)

In der Ursprungssituation hat die Dissoziation eine adaptive Funktion. Losgelöst von dieser Situation wird sie zu einer pathologischen (Dauer-) Reaktion auf äußere und innere Wahrnehmungsreize. In der leichteren Ausprägung führt sie zu wiederholten Bewusstseinsstörungen, zu automatisiertem Abschalten, Wegdriften, Träumen, entwickeln imaginärer Spielgefährten und zu automatisierten Handlungen, also zum Weg-Gehen aus der Gesamtwahrnehmung im Hier und Jetzt. In der schwereren Ausprägung führt sie zur dauerhaften Auslagerung von Ich-Anteilen.

3.4 Chronische Dissoziation

Offensichtlich spielt es für die Chronifizierung der Dissoziation eine große Rolle, ob und wie der Traumatisierte nach dem Vorfall von seinem Umfeld aufgefangen wird. Levine (2011) betont, wie wichtig es ist, dass dem Patienten im Schockzustand eine einfühlsame Bezugsperson – eine Therapeutin oder zur Not eine einfühlsame Passantin – beiseite steht, damit er nicht dissoziieren muss und die traumatische Handlung vollendet werden kann. Darunter versteht er einen Abbau der vom Körper zur Verfügung gestellten immensen Kampf- oder Fluchtenergie. In der Tierwelt kann das Abschütteln oder Zittern nach einer extremen Gefahrensituation mit »Freezing« (Kurzzeit-Lähmung) beobachtet werden.

Der von Levine beobachtete Umstand legt nahe, dass Dissoziation und hohe intraphysische und intrapsychische Spannung, welche ich bei einigen Klienten mit Craniomandibulärer Dysfunktion und Vaginismus, sowie bei Schülerinnen mit starken Verspannungen beobachte, zusammenhängen. Stiglmayr (2003), forscht an der Universität Freiburg i.B. an Borderline Patienten. Auch er stellt Zusammenhänge zwischen Spannung und Dissoziation her.

Nach schwierigen Geburten weisen auch sogenannte Schrei-Kinder oft eine hohe körperliche Spannung auf. Diese kann bei klarem, deutlichem und kontinuierlichem Halt der Bezugsperson (nicht selten durch eine Therapeutin der Craniosacralen Osteopathie vertreten) gemindert werden. Verunsicherte Eltern legen hingegen oft eine übervorsichtige oder rigide Haltung an den Tag und können der Spannung nicht adäquat begegnen. Vielleicht vermeiden sie gar den Körper- und Seelenkontakt. Renggli (2004) weist darauf hin, dass dies mit eigenen traumatischen Geburtserlebnissen zusammenhängen kann, welche im Kontakt mit dem Kleinkind reaktiviert werden.

Im besonderen Masse anfällig für die Chronifizierung sind Kleinkinder. Sie sind noch nicht in der Lage, für sich zu sprechen und zu handeln. Nach Levine et al. (2005) treten Ursachen für mögliche traumatische Reaktionen wie Stürze, Unfälle sowie invasive medizinische und operative Eingriffe (auch Geburt und unsanfte medizinische Behandlung) derart häufig auf, dass keine bewusste Verbindung zwischen der Entwicklung des Symptoms und dem vorangegangenen Vorfall hergestellt wird.

Gerade bei traumatischen Erfahrungen in der Kindheit wird heute der Zusammenhang zu Bindungsmustern diskutiert. Eltern, welche sich als Bindungspersonen nicht hinreichend zur Verfügung stellen (können) oder die traumatische Situation gar selber durch gewaltsame Interaktion ausgelöst haben, sind mit Sicherheit nicht in der Lage, die hohe Spannung und den hohen Stress des Kindes zu lindern (vgl. Buchheim, K.E. Grossmann & K.S. Grossmann 2002). Offensichtlich besteht durch eine unsichere und oder desorientierte Bindung auch eine erheblich höhere Gefahr, durch eine belastende Situation traumatisiert zu werden.

3.5 Ego State und strukturelle Dissoziation

Van der Hart et al. (2008) beziehen sich auf Janet (1907, [vgl. auch Janet 1992, 1909]). Unter Dissoziation hat Janet eine Spaltung zwischen Gedankensystemen innerhalb der Persönlichkeit verstanden, welche aufgrund der Dissoziation nicht

[oder nicht mehr] in Verbindung stehen. Van der Hart et al. (S. 47) legen dar, dass Janets sogenannte Ideen „nicht nur Gedanken, sondern psychobiologische Komplexe (Systeme), die Gedanken, Affekte, Empfindungen, Verhaltensweisen und Erinnerungen“ umfassen, meinte und nennen diese kurzum „mentale Handlungen“. Die Autoren schreiben weiter zum Thema isolierte Systeme:

Obwohl dissoziierte Anteile ein Selbstempfinden haben, so rudimentär dieses ausgeprägt sein mag, handelt es sich doch nicht um getrennte Einheiten, sondern um unterschiedliche und mehr oder weniger stark isolierte psychobiologische Systeme, die innerhalb der Persönlichkeit des betroffenen Menschen nicht genügend kohäsiv oder koordiniert sind. (S. 48-49)

Watkins und Watkins (2008) beziehen sich zusätzlich auf die Archetypen Jungs, welche nach ihrer Meinung Persönlichkeitsanteile, die in unbewussten Mustern organisiert sind, repräsentieren. Einen Ich – Zustand definieren Watkins und Watkins (2008):

...als organisiertes Verhaltens- und Erfahrungssystem, dessen Elemente durch ein gemeinsames Prinzip zusammengehalten werden und das von anderen Ich-Zuständen durch eine mehr oder weniger durchlässige Grenze getrennt ist. (S. 45)

Die beiden haben aus der Arbeit mit verschiedenen Ich-Zuständen die Ego-State Therapie entwickelt.

Verschiedene Ich-Zustände sind bis zu einem gewissen Grad normal (vgl. Scharfetter 1999). Erst wenn kein Zusammenhang zwischen den verschiedenen Ich-Zuständen mehr hergestellt werden kann, droht der Mensch in seiner psychischen Gesamtheit auseinanderzufallen. Der Zusammenhalt verschiedener Ich-Zustände wird durch eine sichere Bindung gefördert. Eine mangelhafte Bindung sowie Traumatisierung durch Geburt, Vernachlässigung, Missbrauch, Gewalt und andere Unterbrüche im kontinuierlichen Sein des Kindes gefährden die Entwicklung bzw. den Fortbestand dieses Zusammenhaltes (vgl. Huber 2009).

Van der Hart et al. (2008) benutzen und vertreten den durch neurobiologische Forschungen unterstützten Begriff „Strukturelle Dissoziation“ und unterscheiden dabei verschiedene Grade. Sie beziehen sich auf Charles Myers (vgl. Jones 2012) und wählen die Bezeichnung ANP für „Anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil“ und EP für „emotionalen Persönlichkeitsanteil“. Auch Huber (2009, Folie 8) hat diese Bezeichnung übernommen. Sie versteht unter dem ANP, das „Alltags-Ich“, welches Amnesien für Trauma-Inhalte hat und Trauma-Stress-Erfahrungen gegenüber „entfremdet und emotional betäubt“ ist. Während der EP traumanaher Erfahrungen wie Flucht und Kampfverhalten, Todesangst, Bindungsschrei, Rückzug und Erholung beinhaltet.

Primäre Dissoziation

Die primäre strukturelle Dissoziation ist die einfachste Teilung der Persönlichkeit (van der Hart et al. 2008). Es besteht nach Huber ein einziger ANP und ein bis zwei EP's. Betroffene sind gemäß van der Kolk, van der Hart und Marmar (2000) nicht in der Lage, sensorische und emotionale Elemente des Ereignisses in das persönliche Gedächtnis und Identitätsgefühl zu integrieren. Darum bleiben diese vom ANP isoliert. Die Autoren sprechen von der Fragmentierung des Ich-Zustands und von dissoziierten traumatischen Erinnerungen in Form von stark verstörenden intrusiven Erinnerungen und Alpträumen. Van der Hart et al. sehen die Primäre Dissoziation als charakteristisch für einfache PTBS, einige Konversionsstörungen und für einige dissoziative Störungen des Bewegungs- und Empfindungsvermögens.

Sekundäre Dissoziation

Sind die emotionalen Anteile einmal isoliert, so kann nach van der Kolk, van der Hart und Marmar eine weitere Desintegration von persönlich Erlebtem stattfinden. Das beobachtende Ich wird vom erlebenden Ich getrennt. Dies kommt häufig bei Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung sowie bei Frontsoldaten und bei Opfern von Autounfällen vor (vgl. auch Bauer 2002, Rotschild 2002). Van der Hart et al. erwähnen einen ANP, der den Alltag bewältigt und zwei oder mehrere EP's, wovon mindestens ein EP die Erinnerungen an die schrecklichen Ereignisse birgt und der andere die restlichen Gefühle.

Van der Kolk, van der Hart und Marmar vergleichen die primäre und sekundäre Dissoziation: Bei der primären Dissoziation liegt eine Einschränkung des Realitätsbezugs hinsichtlich der traumatischen Erfahrung vor, was Betroffene dazu befähigt, ihren Alltag zu bewältigen, als wäre nichts geschehen. Bei der sekundären Dissoziation hingegen entfernen sich Betroffene von ihrem Körper und bleiben somit von Gefühlen und Emotionen, welche sich auf das Trauma (und auf die mit dem Trauma assoziierten Wahrnehmungen) beziehen, durch Betäubung abgeschnitten. Letzteres wirkt sich wesentlich stärker auf den Alltag Betroffener aus.

Tertiäre Dissoziation

Mit der tertiären Dissoziation ist die Dissoziative Identitätsstörung DIS gemeint. Hier beinhalten die unterschiedlichen Ich-Zustände komplexe Identitäten, mit dissoziierten traumatischen Erinnerungen.

3.6 Neurobiologische Ätiologie

Über die neurobiologischen Vorgänge während und nach einem Trauma ist in den letzten 25 Jahren viel geforscht und geschrieben worden. Ich begrenze mich auf eine stark vereinfachte Einführung mit dem Ziel dissoziative Phänomene erklärbar zu machen.

Das menschliche Gehirn lässt sich nach Levine et al. (2005), welche auf das Modell des Dreieinigen Gehirns von Paul MacLean (vgl. Pearce 2008) zurückgreifen, grob in drei verschiedene Bereiche einteilen:

Reptilienebene – Selbsterhaltung und Selbstregulation

Im Hirnstamm werden vitale Funktionen des menschlichen Organismus gesteuert: Herzfrequenz, Atmung, basale Selbstregulation (z.B. Craniosacrales System) und die Einleitung von (überlebenswichtigen) Bewegungsreflexen (Aggression als Teil davon).

Säugetierebene – Limbisches System (Emotionen)

Das Limbische System umfasst Hypothalamus, Thalamus, Hippokampus und Amygdala. Es ist für Beziehungen, soziale Interaktionen und Fortpflanzungstrieb zuständig. Informationen durchlaufen wechselseitig diese Station und werden an Neokortex oder Hirnstamm weitergeleitet.

Rotschild (2002) beschreibt die Vorgänge wie folgt:

Das Limbische System beeinflusst auch das autonome Nervensystem, das die [unwillkürliche] glatte Muskulatur und die Reaktion der Organe auf Stress und Entspannung steuert ... sowie

Reaktionen auf traumatischen Stress: Kampf, Flucht und Erstarren Die Amygdala verarbeitet Emotionen und Reaktionen auf stark affektive Erlebnisse und ermöglicht deren anschließende Speicherung. Der Hippokampus verarbeitet Informationen, die das Erlebte im Kontext der Zeitlinie der persönlichen Geschichte ... sowie den genauen Verlauf des Erlebnisses selbst ... verständlich machen“ (sogenanntes explizites Gedächtnis). (S. 42)

Weiter bezieht sich Rotschild auf Nadel und Zola-Morgan (1984), welche festgestellt haben sollen, dass die Amygdala bei der Geburt reif ist, der Hippokampus aber erst zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr reift. Dies würde unsere Amnesie für die frühe Kindheit erklären. Bei frühen Traumatisierungen (und frühen Störungen) kann auch im Erwachsenenalter davon ausgegangen werden, dass der Hippokampus durch den oder die Vorfälle nicht komplett ausreifen konnte, bzw. noch nicht alle Synapsen „richtig gelegt“ worden sind. Starke Affekte werden also weiterhin vom Amygdala gesteuerten sogenannten impliziten Gedächtnis gespeichert und abgerufen, was zu weiterer Amnesie, zu Automatismen und (vermeidenden) Konditionierungsprozessen führt.

Primatenebene – Rationales Gehirn (intellektuelle Tätigkeiten)

In der Großhirnrinde sind Grob- und Feinmotorisches Zentrum, Sprachzentrum, Hör- und Sehfelder, Präfrontaler Kortex (Verstand) u.a. beheimatet. Präfrontaler Kortex und Hippokampus dienen der Integration hereinkommender Informationen (vgl. Huber 2009). Rotschild (2002) weiter:

Der rechte Teil des Kortex scheint bei der Speicherung von sensorischem Input eine wichtige Rolle zu spielen. Auf ihrem Weg in die rechte Kortexhälfte passiert die sensorische Information offenbar die Amygdala. Die linke Kortexhälfte hingegen ist enger mit dem Hippokampus verbunden. Außerdem scheint die Verarbeitung von Informationen hier sprachabhängig zu sein. (S. 45)

Dies würde psychotherapeutisch erklären, warum es über die Körperarbeit einfacher ist, Gefühle auszulösen, als über Gedanken, warum sich Gefühle manchmal schwer in Worte ausdrücken lassen und auch warum es im aufgewühlten Zustand schwierig ist, Erinnerungen in (chrono-) logische Abfolgen zu bringen.

Wie entsteht traumatischer Stress?

Bei der Entstehung von traumatischem Stress spielen Hormone eine große Rolle. Erst werden sie in großen Mengen für Flucht- und Kampfhandlungen zur Verfügung gestellt. Sind weder Flucht, noch Kampf möglich, wird der Körper durch Hormone schmerzunempfindlich und regungslos gemacht. Stresshormone wirken nach Huber (2009) toxisch auf die Hirnstrukturen. Es kommt daraufhin zu einer Notabschaltung von Teilbereichen des Gehirns. Hippokampus, präfrontaler Kortex (und synaptische Verbindungen) werden vorübergehend (toxisch) außer Funktion gesetzt und dafür die Amygdala aktiviert. In der Folge können sowohl die traumatischen Erlebnisse selber wie auch spätere an die traumatische Situation erinnernde Informationen, welche die Amygdala passieren, zeitlich und räumlich nicht zugeordnet und somit nicht verarbeitet werden. Weil die Zuordnung nicht möglich ist, werden weiterhin Stresshormone produziert, obwohl längst keine reale Gefahr mehr vorhanden ist. Spannung und Dissoziation werden chronisch.

4. AKPT und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Unter dem Begriff Ich versteht Jung einen kontinuierlichen Komplex von Vorstellungen, welche im Zentrum des Bewusstseins stehen, so Jacobi (2002). Das Selbst hingegen umfasst sowohl bewusste wie auch unbewusste Komplexe. Innerhalb des Unbewussten wird zwischen persönlich Unbewusstem und kollektiv Unterbewusstem unterschieden. Letzteres versteht Jung nach Levine et al. (2005) als ganz konkrete biologische Realität, welche zwar eine individuelle Ausprägung hat, letztlich aber doch Grundzüge eines allgemein gültigen Körpers aufweist.

4.1 Die Funktionen des Ich

Das Ich hat die Funktion, sich dauerhaft der äußeren wie der inneren Welt anzupassen und dabei einen bestmöglichen Kontakt zum Selbst herzustellen. Die AKPT sieht im bewussten und zugelassenen Atem die Entsprechung zum Selbst, welches in Kontakt mit dem Ich (-Bewusstsein) ist, währenddem der willentlich geführte Atem eine Entsprechung zum Ich darstellt, welches wenig oder keinen Kontakt zum Selbst hat (Institut für Atem- & Körperpsychotherapie 2012, Bischof 2009b). Das Menschenbild Jungs aus Sichtweise der AKPT wird von Rieder (2012) eingehend beschrieben.

Hohagen, Stieglitz, Bohus und Berger (1999) definieren das Ich der Psychoanalyse:

Unter dem Ich versteht die Psychoanalyse den bewussten Anteil der Persönlichkeit, mit dem das Individuum sich als eigenständig existierend und von der Umwelt abgegrenzt erlebt. (S. 163)

Die Ich-Kraft macht es möglich, sich selber innerhalb eines kontinuierlichen Seins (ohne Wahrnehmungslücken) und eines einheitlichen Identitätsbewusstseins zu erleben, obwohl wir tagtäglich mit verschiedensten Widersprüchen und inkohärenten Ich-Anteilen sowie inkohärenten äußeren Begebenheiten in Berührung kommen.

Auftretende Störungen der Ich-Funktionen entwickelten sich in frühen Entwicklungsphasen. Sie betreffen entweder viele Ich-Anteile, wenige isolierte Ich-Anteile (höher strukturiert) oder das Zusammenspiel der einzelnen Anteile (neurotisch). Die Abwehr ist primär von der Ich-Struktur abhängig. Letztlich entscheidet die Ausbildung der Ich-Struktur darüber, ob reife oder weniger reife Abwehrmechanismen zur Verfügung stehen, so Hohagen et al. (1999).

Maaz (2006) unterscheidet die Frühstörungen innerhalb verschiedener entwicklungspsychologischen Bedingungen der Frühgeschichte.

Das Strukturniveau diagnostizieren wir im Beziehungskontakt gemessen an der Fähigkeit des Patienten zur Selbst- und Objektdifferenzierung, an der Stabilität seines Identitätserlebens, an der Fähigkeit zum Realitätsbezug und an der Reife seiner Abwehrformen....

- niedriges Strukturniveau (Borderline-Störung)
- mittleres Strukturniveau (narzisstische Störung)
- höheres Strukturniveau (neurotische Strukturstörung). (S. 742)

Das Hilfs-Ich der Therapeutin

In der Therapie von Menschen mit Frühstörungen und frühen Traumata übernimmt die Therapeutin streckenweise die Funktionen des Ichs. Sie leiht ihr „gesundes“ Ich dem Ich des Klienten und stellt durch Nachfragen, Abgrenzen, Abgleichen und Halten des Bewusstseins, in dosierter Form auch durch Konfrontieren und Deuten ein Kontinuum her. Lässt die Therapeutin dem Klienten zu viel Raum, in dem er unbegrenzt spiegelt, begleitet oder schweigt, ohne eigene Wahrnehmungen in die Beziehung miteinzubringen, so kann sich der beziehungsphobische Klient bedroht fühlen und dissoziieren. Das gleiche kann auch passieren, wenn der Therapeut den Raum zu stark einschränkt.

4.2 Abwehrmechanismen

Psychoanalytisch gilt die Verdrängung als reifste Abwehr. Daneben werden Affektisolierung, Ungeschehen-Machen, Reaktionsbildung (ins Gegenteil verkehren), Intellektualisierung, Verschiebung als weniger reife genannt. Auf die Intellektualisierung werde ich in einem späteren Kapitel noch näher eingehen.

Zur sogenannten unreifen Abwehr gehören nach Bohus, Stieglitz, Fiedler und Berger (1999) die Projektion (eine Spezialform davon ist die Übertragung), die Spaltung und die (projektive) Identifikation. Auf die Spaltung gehe ich nachfolgend im Besonderen ein, da sie begrifflich mit der Dissoziation verwandt ist.

Ich verstehe unter der Ich-Abwehr eine Funktion, die das Selbst im neurotischen Falle mit allen Mitteln, im Falle des früh gestörten Menschen mit den wenigen zur Verfügung stehenden in seinem kontinuierlichen Sein schützt.

4.2.1 Spaltung

Bei einem weniger ausgebildeten Ich (Borderline, Narzissmus, Somatisierungsstörungen, Histrioniker, bestimmte Depressionen) wird durch Spaltung abgewehrt. Das Ich spaltet, wenn die Inhalte inkompatibel sind und nicht zusammenkommen dürfen (vgl. Hohagen et al. 1999). Inhalte können nicht verdrängt bzw. unbewusst gemacht werden. Sie sind also bewusst und genau darum müssen sie abgespalten werden. Die Kongruenz des Ichs wäre ansonsten bedroht und es könnte zur Fragmentation, zum Auseinanderfallen des Ichs kommen. Der Borderliner spaltet zwischen Gut und Böse bzw. Symbiose/Idealismus und Hass. Der Narzisst spaltet zwischen Größenselbst und Minderwert.

In der Praxis beobachte ich häufig dissoziative Phänomene, bevor der Klient spaltet. Mit der Spaltung stabilisiert sich der Klient – wenigstens zu einem Teil – im Hier und Jetzt und die dissoziativen Phänomene verschwinden wieder. So gesehen ist Spaltung (im Vergleich zur Dissoziation) progressiv.

4.2.2 Dissoziation

Nach Freyberger et al. (1999) wird die Dissoziation aus analytischer Sicht als Abwehrmechanismus gesehen. Konflikthafte Impulse und Ereignisse werden aus einem

bestimmten situativen Kontext herausgelöst und die integrativen Funktionen des „Ich“ (darunter die Abwehr) vorübergehend ausgeschaltet (so fern sie bereits ausgebildet sind). Subjektiv unerträgliche Inhalte werden neutralisiert.

Die Dissoziation als Abwehrmechanismus tritt dann in Kraft, wenn entweder noch keine anderen (psychischen) Abwehrmechanismen zur Verfügung stehen (bei frühkindlicher Dissoziation) oder diese aufgrund der unerwartet heftigen intrapsychischen und physischen Ereignisse nicht funktionieren.

4.3 (Körper-) Bewusstsein und kontinuierliches Sein

Bischof, Obrecht und Rieder (2012) machen auf das auffallend geringe Körperbewusstsein von Menschen mit Frühstörungen und mit isolierten Ich-Anteilen aufmerksam:

Viele betroffene Menschen nehmen ihren Körper gar nicht, bzw. nur fragmentarisch und instabil wahr. Ihr Körper-Ich ist mangelhaft ausgebildet. Sie stehen in fast allen Lebenslagen, die eine Triebregulierung verlangen, immer wieder unter einem extrem hohen inneren, emotionalen Druck, den sie nicht (aus-) halten können.

Der therapeutische Weg der Strukturarbeit in die körperliche Realität, der über das Empfinden geht, mindert diesen Druck und ermöglicht Realitätsbezug und die Integration aller Wahrnehmungsfunktionen (C.G. Jung) hin zu einer ganzheitlichen Identität mit Erleben des Körpers und des Atems, hin zum wahren Selbst. (S. 5)

Ich gehe im Sinne Winnicotts (2008) vom kontinuierlichen Sein als Grundlage für eine gesunde Frühentwicklung des Individuums und auch für die spätere Ich-Entwicklung bzw. für das Selbstbewusstsein aus. Für das noch kaum entfaltete Leib-seelische (des Säuglings) ist eine vollkommene Umwelt nötig. Vollkommen ist eine Umwelt dann, wenn sie sich den Bedürfnissen des Säuglings aktiv anpasst. Eine Umwelt ist dagegen unvollkommen, wenn sie durch das Versagen bei der Anpassung zu einem Übergriff wird, auf den das Leibseelische (d.h. der Säugling) reagieren muss. Dieses Reagieren stört die Kontinuität im kontinuierlichen Sein des neugeborenen Individuums.

Auster (2006) gibt einen Überblick über die Konzepte des Selbst und dessen Entwicklung in der Psychoanalyse von Winnicott. Das Baby ist zu Beginn noch keine Einheit. Kopf, Bauch, Brustkorb, Beine und Arme sind in der Wahrnehmung noch getrennt und die gute Anpassungsleistung der Mutter ist insbesondere die des (Zusammen-) Haltens. Das Halten – zuerst im Mutterbauch, dann im haltenden Körperkontakt und im haltenden Blick – bewahrt das Kind vor Übergriffen und einer traumatischen Unterbrechung innerhalb seines kontinuierlichen Seins.

Das Kind lernt mit der Zeit, seine Bedürfnisse selber zu erkennen und zu stillen, wo es möglich ist oder andernfalls aufzuschieben, zu kompensieren und auszuhalten. Das entwickelte, anpassungsfähige Ich sorgt für ein kontinuierliches Sein auch im Sinne eines kontinuierlichen Identitätsbewusstseins im Kontakt mit der Umwelt – im Gegensatz zum fragmentierten, unterbrochenen Sein, wo das Selbst im Kontakt mit der Umwelt ständiger Überflutung und Bedrohung ausgesetzt ist.

4.3.1 Zeugenbewusstsein

Grepmaier und Nickel (2007) untersuchten als erste die Auswirkungen von veränderten Bewusstseinszuständen der Therapeuten auf die Therapie-Erfolge mit Patienten. Sie führten an der Inntalklinik in Bayern eine erfolgreiche Studie mit Psychotherapeutinnen, welche Zen-Meditation praktizierten, und deren PatientInnen durch. Zen sei das Gegenteil von Dissoziation, nämlich Präsenz, so Grepmaier und Nickel. Diese Präsenz wird durch das Üben von Achtsamkeit während der Meditation geübt und in der AKPT auch Zeugenbewusstsein genannt.

Um im Zeugenbewusstsein bleiben zu können, braucht es Ich-Kraft. Wittrock (2008) spricht von „Subjekt-Permanenz“ zwischen den sich wiederholenden Zyklen von Wach-, Traum- und Tiefschlafzustand ohne **den roten Faden** der Bewusstheit zu verlieren. Deswegen wird die Meditation als solche in der AKPT mit Frühstörungen nicht als Intervention am Klienten, sondern als Kompetenzerweiterung der Therapeutin verstanden. Ist die Therapeutin in der Lage, sich selber lückenlos begleiten zu können, so kann sie auch dissoziative Phänomene in der Eigen- und der Fremdwahrnehmung erkennen.

Achtsamkeitsschulung - Selbstbegleitung

In der AKPT versetzt sich die Therapeutin in einen Zustand der Selbstwahrnehmung und bleibt dabei dem Klienten zugewandt. Sie agiert sämtliche Wahrnehmungen (auf allen vier Ebenen) nicht aus, sondern begleitet und benennt diese innerlich ohne zu bewerten.

4.3.2 Zustand der Verwirrung (fragmentiertes Bewusstsein)

Zustände der Verwirrung, Überflutung, Orientierungslosigkeit sind bedrohlich, weil das Ich in seiner Kohärenz auseinanderzufallen scheint. Wir alle kennen diese Zustände, wenn wir müde, überlastet oder emotional überfordert sind. Um nicht wahrnehmen zu müssen, verdrängen wir, agieren wir aus und dissoziieren wir. Solange dies nicht generell der Fall ist, sobald eine Situation etwas schwierig wird, so ist das auch normal.

4.4 Die vier Bewusstseinsfunktionen nach C.G. Jung

C.G. Jung teilte das Bewusstsein in vier Funktionen auf: Empfinden, Fühlen, Intuieren, Denken. Für Jung sind diese Bewusstseinsfunktionen psychische Funktionen. Becker (2012, S. 17) formuliert es so: „Mithilfe der Bewusstseinsfunktionen erfasst das Individuum die Realität, verarbeitet die ihm zugänglichen Informationen und passt sich in seinem Verhalten der Umwelt an.“ Der Mensch hat gemäß Jacobi (2002) alle vier Funktionen veranlagt, doch in der Erfahrung orientiert er sich vorwiegend mit einer dieser Funktionen intrapsychisch und umweltbezogen. Diese eine Funktion bestimmt den Typus des Individuums. Die im Kreis gegenüberliegende Bewusstseinsfunktion ist unterentwickelt. Um es in Jungs Worten auszudrücken: Sie liegt im Schatten. Die beiden übrigen Funktionen liegen halb im Bewussten, halb im Unbewussten. Jung nennt sie Hilfsfunktionen. Über sie ist der Schatten erreichbar.

Die AKPT bezieht die spezifischen körperlich wahrnehmbaren Phänomene in die Bewusstseinsfunktionen mit ein (Institut für Atem- & Körperpsychotherapie 2012, Bischof et al. 2012, Bischof 2009b). Zu den Empfindungen zählt sie alle Sinne: das Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Tasten (auch betastet = berührt werden oder selber berühren). Zur Intuition werden Bilder, Träume, Symbole aber auch Sprech-, Bewegungs- und Handlungsimpulse zugeordnet.

Das **Benennen** aller Wahrnehmungen – ob Gedanken, Gefühle, Intuitionen, Empfindungen – ist in der stabilisierenden Phase für die Therapie traumatisierter Menschen geeignet, denn es fördert das Da-Sein in der realen aktuellen Situation ohne auf negative (oder auch positive) Weise dissoziieren zu müssen. Traumatisierte Menschen – besonders früh traumatisierte – sind oft nur unzureichend in der Lage, körperliche Empfindungen wahrzunehmen **und vor allem zu beurteilen**. Sie dissoziieren automatisch, sobald etwas unangenehm wird und im dissoziierten Zustand ist die Wahrnehmung eingeschränkt oder ganz weg. Deshalb ist es für sie von großer Bedeutung, Empfindungen beurteilen zu lernen. Hier ist nicht die Beurteilung vom Verstand, vom Denken her gemeint, sondern die Beurteilung durch das Fühlen: Ist diese Wahrnehmung (mir) angenehm oder nicht? Erst über die Fähigkeit Empfindungen beurteilen zu können, ist es dem Traumatisierten möglich, die sinnliche Wahrnehmung im Körper zu halten (anstelle aus dem Körper zu gehen) und selbstregulativ handeln zu können. Das Beurteilen und Bewerten können, führt dazu, dass Traumatisierte (wieder) erkennen, wenn sie sich bedroht fühlen und diese bedrohlichen Gefühle auch halten können. Ist die Bedrohung bewusst, so wird es auch möglich traumatische Erinnerungen und isolierte Anteile (Systeme) integrieren zu können.

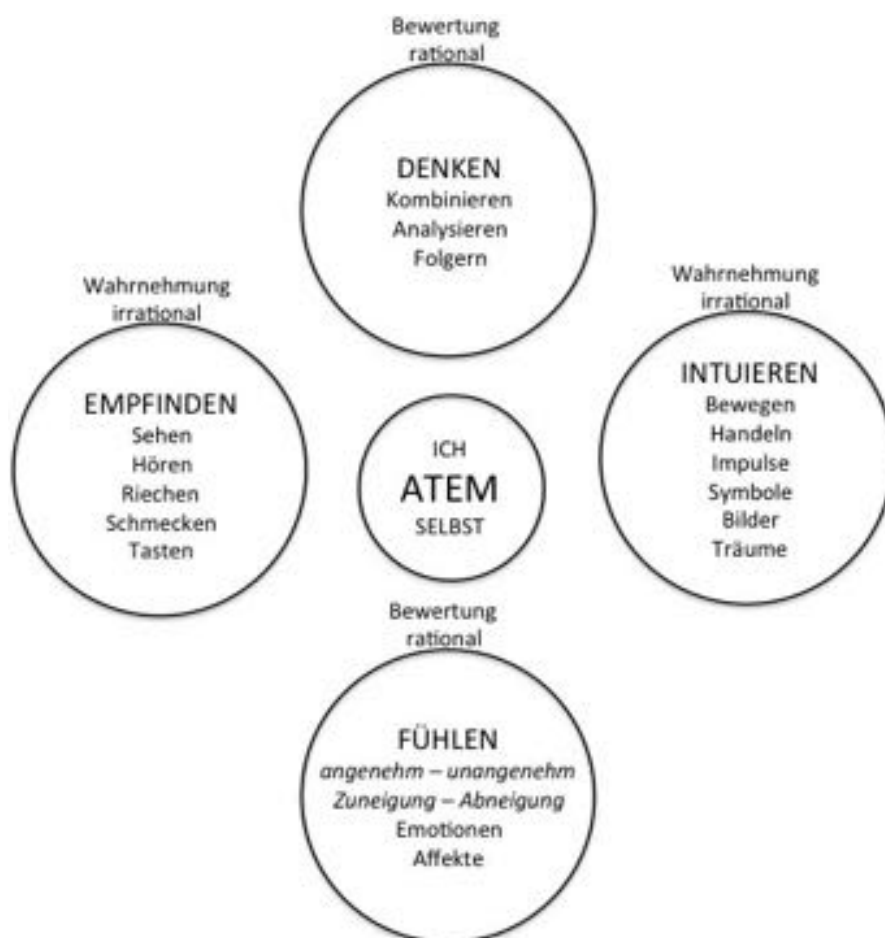


Abbildung 2: Die vier Bewusstseinsfunktionen in der AKPT (Bischof et al. 2012, S. 10, die Funktion „Fühlen“ wurde ergänzt)

4.4.1 Gegenübertragung auf der Basis der 4 Wahrnehmungsebenen

S. Bischof (2003, 2009b) bezieht sich dabei auf den ermöglichenden Raum (G.R. Heyer) und die Feldtheorien von Levin, Köhler, Murphy, Heyer, Almaas, Sheldrake, M. Bischof (vgl. M. Bischof 2007). Er geht von einem Wirk- oder Resonanzfeld aus, welches bereits in der ersten Begegnung zwischen Klient und Therapeut entsteht. Innerhalb dieses Feldes haben alle vom Therapeuten gemachten Wahrnehmungen, ungeachtet der Eigenanteile, auch etwas mit dem Klienten und/oder seinem Übertragungswunsch zu tun. Diese Wahrnehmungen bezeichnet S. Bischof deshalb als Gegenübertragungen, bereits bevor der Übertragungswunsch sichtbar wird. Im Unterschied zur klassischen Psychoanalyse werden unter der Gegenübertragung also nicht nur Gefühle und Gedanken verstanden sondern auch Empfindungen und Intuitionen. Alle vier Wahrnehmungsebenen helfen der Therapeutin dabei, mit dem Klienten zu kommunizieren und den Übertragungswunsch zu entziffern.

Wie unterscheidet die Therapeutin, ob persönliche Wahrnehmungen oder Gegenübertragungswahrnehmungen im Spiel sind?

- Durch die Reflexion: Sie überprüft ihren momentanen Wahrnehmungs-Kontext: Haben diese Wahrnehmungen mit ihrer eigenen momentanen oder biografischen Situation zu tun? Kennt sie diese Wahrnehmungen und ihre Stärke (auf allen vier Ebenen) oder sind sie ihr neu bzw. fremd?

Wie wird mit den Gegenübertragungswahrnehmungen gearbeitet?

In der AKPT wird die Wahrnehmung des Therapeuten instrumental eingesetzt.

1. Die Therapeutin benennt für sich im Sinne der Achtsamkeit die Wahrnehmungen, welche in ihrem Bewusstsein auftauchen und vermeidet dabei zu bewerten und oder auszuagieren (Zeugenbewusstsein).
2. Sie begleitet und hält diese Wahrnehmungen.
3. Sie beachtet insbesondere die Wahrnehmung(en), welche sich in den Vordergrund der Aufmerksamkeit drängen und dort bleiben und reflektiert diese.
4. Sie spiegelt diese im Vordergrund bleibenden Wahrnehmungen verbal oder nonverbal in wohldosierten Portionen.
5. Sie überprüft anhand der Reaktion des Klienten, ob der Zeitpunkt richtig gewählt war und gibt allenfalls noch etwas nach.

Durch dieses Vorgehen

- A) tritt die Therapeutin aus ihrer Abstinenz heraus und gibt sich selber in dosierter Form in die therapeutische Beziehung mit ein, (vorerst) ohne zu deuten oder zu interpretieren. Sie ermöglicht es dem Klienten teilzuhaben an ihrer gegenwärtigen (Wahrnehmungs-) Welt. Er kann nun seinerseits die Therapeutin an seinen Wahrnehmungen teilhaben lassen, so dass mit der Zeit eine Begegnung entsteht. Die Bedeutung dieses gegenseitigen Kontaktes (anstelle der therapeutischen Abstinenz oder der bloßen Spiegelung) für beziehungsphobische Menschen (siehe Kap. 5.2) lässt sich gar nicht genug betonen.
- B) Sie schreitet als Vorbild voraus und gibt dem Klienten die Möglichkeit, einen Zugang zu den im Schatten liegenden Wahrnehmungen zu bekommen.

- C) Wenn sich während der Arbeit durch eine starke gefühlsbetonte Erregung, Störungen der ungeteilten Aufmerksamkeit ergeben, so pendelt die Therapeutin mit ihrer Aufmerksamkeit zwischen der Eigen- und der Fremdwahrnehmung hin und her.

Die Dissoziation als Gegenübertragung wirkt sich auf die Therapeutin ähnlich aus wie auf den Klienten: Es tritt Betäubung, Schwarzes-Loch-Phänomen, Verwirrung ein. Wenn die Therapeutin trotz dieser Störfaktoren ihre Eigenwahrnehmung begleitet, anstatt abzuschweifen oder auszuagieren, so öffnet sie damit den Wahrnehmungsraum für den Klienten. Dieser kann innerhalb dieses Raumes evtl. sogar erstmalig erkennen, dass er nicht mehr ganz da ist. Diese Erkenntnis ist der erste Schritt zurück in die ganzheitliche und kontinuierliche Wahrnehmung. Im Falle des frühen Traumas ist es der Schritt zum erstmaligen ganzheitlichen Selbstgefühl.

Der Vorteil der Arbeit mit der erweiterten ganzheitlichen Gegenübertragung bei dissoziativen Phänomenen zeigt sich besonders darin, dass die inneren Wahrnehmungen bei der Therapeutin in der Regel schneller zur Verfügung stehen, als die Symptome beim Klienten sichtbar werden. Der Trennungsvorgang wird unterbrochen, bevor er sich voll entfalten konnte. Der Klient kommt in Kontakt mit dem Da-Sein und dem Weg-Gehen und kann sich in der Gegenwart orientieren.
Beispiel: Bis der Klient in Tat und Wahrheit bleich geworden ist und äußerlich erstarrt, hat die Therapeutin unter Umständen in der Gegenübertragung längst Depersonalisation, Lähmung und Betäubung gespürt.

4.4.2 Gegenübertragung als Phänomen der Spiegelneuronen

Resonanzphänomene spielen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowohl in der Arbeitswelt wie in der Familie, Freundschaft, Partnerschaft und vermutlich bereits im Mutterbauch eine große Rolle. Mit der Entdeckung der Spiegelneurone sind Resonanzphänomene – so auch Gegenübertragungswahrnehmungen wie Mitgefühl, Mimik, Gestik, Verhaltensanpassungen, Gedankenübertragungen, simultane Handlungs- und Bewegungsimpulse, ansteckende Phänomene wie Gähnen, Lachen, Magen-Darmgeräusche und auch Dissoziation – erklärbar geworden. Der Mediziner, Neurobiologe und Psychotherapeut Bauer (2006) definiert Spiegelneurone wie folgt:

Nervenzellen, die im eigenen Körper ein bestimmtes Programm realisieren können, die aber auch dann aktiv werden, wenn man beobachtet oder auf andere Weise miterlebt, wie ein anderes Individuum dieses Programm in die Tat umsetzt, werden als Spiegelneurone bezeichnet. (S. 23)

Über bildgebende Verfahren (Kernspintomographie) ist es nach Bauer möglich, Schnittbilder des Gehirns zu erzeugen. So kann man zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einer bestimmten Situation aktive Nervenzellnetze darstellen.

Unterschiedliche Spiegelneurone sind für Handlungen oder Bewegungen zuständig. Untereinander sind die Spiegelneurone über Synapsen verbunden.

Synapsen sind Kontaktstellen zwischen Nervenzellen (Neuronen) und anderen Zellen (wie Sinnes-, Muskel-, oder Drüsenzellen oder zwischen Nervenzellen untereinander. Sie dienen der Signalübertragung und -modulation, sowie der Speicherung von Information. (Synapsen, Wikipedia, 2012)

Die Kernspintomographie zeigt, so Bauer weiter, dass eine Handlung oder sichtbare Bewegung mit einem bioelektrischen Signal beginnt. Noch bevor die Handlung ausgeführt wird, feuern Handlungsneurone Signale in die motorischen Zentren der Bewegungsneuronen ab.

4.4.3 Spaltung / Isolation / Dissoziation auf den Wahrnehmungsebenen

Die folgende Abbildung zeigt wie Spaltung, Isolation und Dissoziation von Wahrnehmungen aussieht: Währenddem die isolierte Wahrnehmung von den anderen Wahrnehmungen abgeschnitten ist, sind die anderen Wahrnehmungen untereinander mehr oder weniger verbunden. Der Klient von Fallbeispiel 7.2 sagt seine Beine meinend: „Ich spüre nichts“. Seine Empfindung in den Beinen ist „dissoziiert“ (A). Das wiederkehrende Enge-Gefühl in Brust und Hals nimmt er zwar wahr, aber er kann es nicht beurteilen. Hier ist also das Fühlen im Sinne von Bewerten isoliert (B), währenddem die Empfindung zugänglich ist, usw.

Die Arbeit mit und das Erkennen von Impulsen ist bei Menschen mit Frühstörungen, frühen Traumatisierungen aber auch bei Depressionen wichtig. Jungs „Intuition“ habe ich darum durch den bei der AKPT implizierten Begriff „Impulse“ ersetzt.

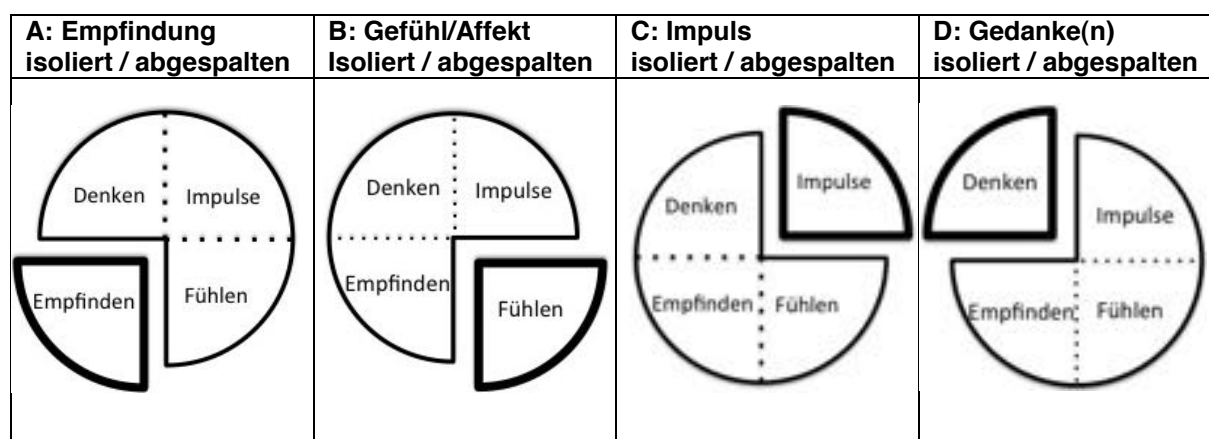


Abbildung 3: Spaltung / Isolation / Dissoziation von Wahrnehmungsebenen

Der Mann mit dem Notenkopf

Manchmal zeigt sich diese isolierte Empfindung erst in Form eines isolierten Gedankens. So bei einem 59-jährigen Mann, der die fixe Idee hatte, er habe einen „Notenkopf“, obwohl sich seine Kopfform nicht von einer Durchschnittkopfform unterschied. Er hatte als 20-jähriger eine Hirnentzündung erlitten und eine leichte Sprachschädigung davongetragen. Diese schien ihn jedoch nicht weiter zu stören. Bei der Behandlung des Hinterkopfes zeigten sich beim Klienten wie bei mir zahlreiche dissoziative Phänomene und schließlich erzählte mir der Klient, seine Mutter hätte ihn loswerden wollen, als sie schwanger gewesen sei mit ihm. Sie sei immer und immer wieder die Treppe heruntergesprungen. Als Baby sei er dann von der Babysitterin rücklings (auf den Hinterkopf?) fallengelassen worden. Dies alles hatte seine Mutter ihm gebeichtet, als ihm als 20-jähriger aufgrund einer Fehldiagnose der Tod vorausgesagt worden war.

4.4.4 Intrusion und Wahrnehmungsebene

Plötzlich auftauchende sensorische, gedankliche, bildhafte oder affektive Erinnerungen nennt man Intrusionen. Bauer (2002) schreibt dazu:

Dissoziationen werden meist durch Signale ausgelöst, die mit Angst verbunden sind. Diese Signale können von Dritten oft nicht wahrgenommen werden, unter anderem deswegen, weil bei Traumaopfern bereits ein Gedanke, eine inneres Bild oder eine plötzlich auftauchende Erinnerung ein Auslöser sein kann. (S. 181)

In der folgenden Abbildung stelle ich bildlich dar, was bei der Intrusion auf der Wahrnehmungsebene passiert: Die Intrusion dringt auf einer der vier Wahrnehmungsebenen ein. Das dissoziative Phänomen entsteht auf einer Ebene und breitet sich von dort aus auf den ganzen Wahrnehmungskreis aus.

Intrusion



Phänomene, die kurz vor der Intrusion als Gegenübertragung auftauchen können:

- Gefühl des Stillstands
- Filmriss
- Handlungsabbruch
- Faden verlieren
- Verschiebung der Wahrnehmungsebenen

Abbildung 4: Intrusion auf den Wahrnehmungsebenen

Probleme verursachen Intrusionen insbesondere darum, weil Betroffene in der Regel weder die Angst, noch das daraus resultierende „Weg-Gehen“ identifizieren können. Sie erleben es als normal, bei sozialen Kontakten – besonders bei direkter Berührung – zu dissoziieren. Vielleicht war die Aufrechterhaltung von Beziehungen zu Beginn ihres Lebens nur auf Grund ihrer dissoziativen Fähigkeiten möglich (vgl. Reddemann 2004). Behutsames Nachfragen, um in Erfahrung zu bringen, was das Letzte ist, woran sie sich erinnern können, ist oft hilfreich. Manchmal muss jedoch einfach die Ebene gewechselt (gependelt) werden, weil sich das Phänomen beim Nachfragen auch verstärken kann.

4.5 Erkennen dissoziativer Phänomene

Aufgrund der Resonanzphänomene ist das Erkennen der Dissoziation für die Therapie der erste und wichtigste Schritt. Bauer (2002) beschreibt zwei Hauptvarianten der Dissoziation:

Bei schweren Dissoziationen sind zwei Formen zu beobachten: In der einen Variante kommt es schlagartig zu einer Art Totstellreflex mit vollständiger Nichtansprechbarkeit der betroffenen Person (im Englischen als »freezing« bezeichnet), wobei allerdings – wie bei allen Formen der Dissoziation – das Wachbewusstsein erhalten ist. Bei der anderen Variante »kippt« der/die Betroffene unvermittelt in einen etwas veränderten, abwesenden Bewusstseinszustand, in dem es zu unverständlichen, impulsiven Handlungen beziehungsweise zu einer Reihe von Symptomen kommen kann (z.B. in Trance vorgenommene Selbstverletzungen oder impulsive Essanfälle). (S. 199)

Impulsivität kann sich als stark unruhiges oder aggressives Verhalten bis hin zur Selbst- und Fremdverletzung zeigen (vgl. van der Kolk, B., Weisaeth, L., van der Hart, O. 2000).

Die in der folgenden Abbildung aufgezählten Phänomene können einzeln, nach- oder miteinander auftreten und sind nicht zwingend an die jeweilige Kolonne gebunden.

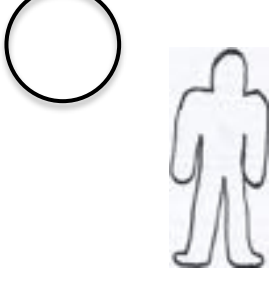
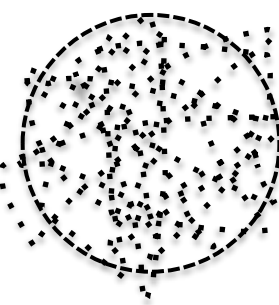
A: „Out-of-Body“	B: Betäubung	C: Schwarzes Loch	D: Verwirrung
			
Bewusstsein entfernt sich vom Körper	Bewusstsein wird getrübt	Bewusstsein wird eingefroren	Bewusstsein irrt umher
• „Out-of-Body“ Erlebnisse • Schwebegerühle • kleiner oder grösser fühlen/sehen davor oft • „submit“ = sich ergeben: dies zeigt sich häufig durch Katalapsie (wächserne Biegsamkeit) • sich sehr leicht fühlen	• Betäubung • Kribbeln, Surren, Brennen (in Extremitäten & Kopf) • Depersonalisation • Derealisation • Ohnmacht • Schwindel Plötzliche(s) • Einknicken der Beine • volatile Schmerzen	• Einfrieren/Freeze • sich gelähmt fühlen • nach innen gezogene Kälte (im Gegensatz zu Einfrieren an der Körperoberfläche = Panzerung) • Stupor (=Krampf) • das grosse Nichts • leerer Blick Bilder: ‚Nebel‘ Empfindung: ‚wie zugedeckt‘	• unverständliches Handeln, Sprechen, Bewegen (=ausagieren) • Fuge (= Flucht) • Handlungsabrisse • Orientierungsverlust • kurzzeitige Amnesie • plötzliches aggressives Verhalten • Zerstreuung

Abbildung 5: Ausbreitung intrusiver dissoziativer Phänomene

4.5.1 Empfindungsebene

Empfinden - Körpergefühl - Sinne

Bei der (re-) traumatischen »Freeze«-Reaktion geht die Energie, welche vorher für die Flucht- bzw. Kampfhandlung zur Verfügung gestellt wurde, zurück in den Rumpf. Die Extremitäten werden nur noch wenig durchblutet. Das Weg-Gehen betrifft vor allem die Extremitäten. In der Folge können auftreten:

• Taubheitsgefühle in den Extremitäten oder im Gesicht/Kopf; Vorstufe von Taubheitsgefühlen kann ein Kribbeln sein, so wie wenn der Arm einschläft. Zu unterscheiden sind Kribbelempfindungen die auf ein „Wachwerden“ der Extremitäten im Sinne einer Erweiterung der Wahrnehmung hinweisen und	• „verschobenes“, surreales Sehen; plötzliches Doppeltsehen, wie wenn verschiedene Schichten übereinander liegen, ein Blendegefühl, ein Sirren oder Flimmern vor den Augen • Augenphänomene (z.B. Augen aufreißen,
--	---

somit positiv zu bewerten wären und solche, die beim Einschlafen von Gliedern entstehen. Identifizieren lassen sich diese oft durch gleichzeitige Kälte- bzw. Wärmeempfindung oder mit Einbezug von inneren Bildern. Starkes Kribbeln kann auch mit einem (oder ursprünglichen) Sauerstoffmangel zu tun haben und könnte auf ein Geburtstrauma hinweisen, insbesondere dann, wenn das Phänomen während der Behandlung des Kopfes auftritt. - Die Atmung verschwindet bis auf ein kaum wahrnehmbares Minimum; Vorstufen können schnelles und starkes Atmen sein (siehe Angst und oder erhöhte Spannung bei Frühstörungen). Der Atemrhythmus kann sich auch abrupt ändern. - Fragmentierter (Körper-) Bewusstseinszustand: Eine Klientin beschrieb einmal den Zustand wie folgt: „Mein Körper fühlt sich wie ein Puzzle an, wo die Stücke nicht zusammenpassen.“	schnelle Augenbewegungen, stechender Blick, leerer Blick) - Verkrampfung oder Versteifung eines oder mehrerer Glieder: Besonders anfällig sind Füße, Hände und der Kopf als äußerste Komponenten des Körpers (Stupor). - starke Kälte- oder extreme Hitzeempfindungen in Extremitäten oder Gesicht - sich wie gelähmt fühlen, bewegungslos sein, sich ergeben (=submit) - Kalter Schweiß - Schwebefühl, Gefühl des Abgehoben seins - Schweregefühl, bleierne Schwere zieht nach unten - wiederholtes Einschlafen bei Berührung an einer oder mehreren bestimmten Körperstellen
--	---

Tabelle 1: mögliche Wahrnehmungen und Gegenübertragungsphänomene auf der Empfindungsebene

Die beiden von mir am häufigsten beobachteten Phänomene bei der manuellen Behandlung sind die Veränderungen des erspürten Körpergewichts und des Körpertonus.

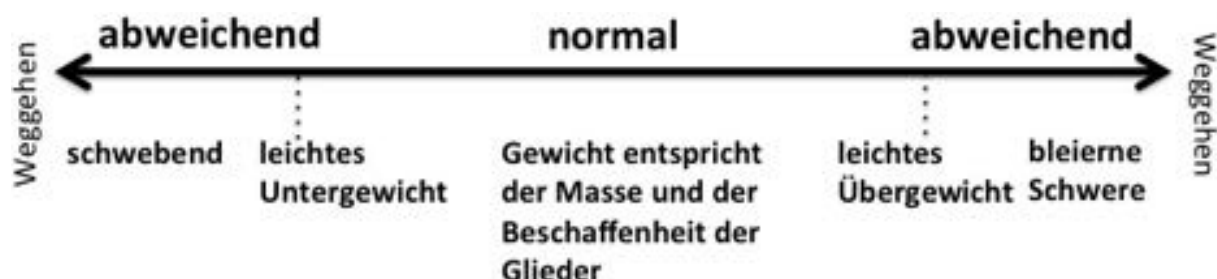


Abbildung 6: Über die Hände gespürtes Körpergewicht. Das Weg-Gehen auf beiden Seiten kann sich auch als Einschlafen äußern.

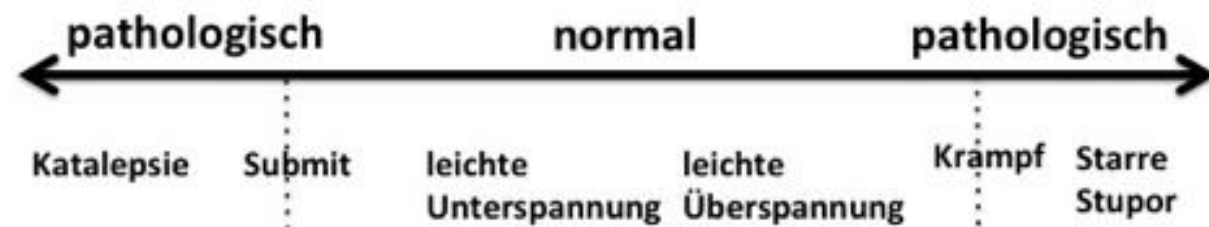


Abbildung 7: Körpertonus; Spannung der Muskulatur, des Gewebes, der Organe

4.5.2 Fühlebene (auf den Körper bezogen)

Aufgrund der unterschiedlichen Strukturniveaus der verschiedenen Ich-Anteile sind Gefühle komplex in der Wahrnehmung und Zuordnung. Generell könnte man auch sagen, dass Gefühle, besonders belastende Gefühle, eher isoliert von der Restpersönlichkeit existieren und darum auch in der Gegenübertragung entweder besonders schwach oder besonders stark auftreten. Beide Phänomene können gleichzeitig auch Hinweis auf eine Spaltung sein. Ob Spaltung oder Dissoziation, Gefühle sollten immer vorsichtig in die therapeutische Beziehung eingegeben werden.

Differenzierte Empfindungen sowie Bewertungen von Empfindungen sind eine Vorstufe zum Gefühl und ermöglichen dem Klienten erstmals Kontakt mit unangenehmen bedrohlichen Gefühlen aufnehmen zu können, ohne sogleich von ihnen überwältigt zu werden.

Häufig auftauchende Gefühle innerhalb der Körperempfindung:

Angst • Komische Gefühle im Bauch; ein Ziehen, ein Stechen, ein wie unter Strom stehen, eine Spannung spüren • Die Angst, die hochsteigt: Enge-Gefühl in Bauch, Brust, Hals, Kopf (ein Ziehen oder Druckgefühl kann auch auf Enge hinweisen) • Flattern der Nasenflügel Scham • Hitzegefühle im Kopf • Rot werden • Schweiß am Kopf • Erstarren oder Einfrieren der Gesichtsmuskulatur Traurigkeit • Stechen oder Druckgefühl in der Brust, Ziehen im Übergang vom Brustkorb / Arm • Feucht werden der Augen • Kloss im Hals, nicht sprechen können	Wut • Ein geballtes Gefühl im Bauch • Übelkeit • Ein Jucken in den Fingern (Fäuste) oder Füßen • Fehlende Wut (durch Erstarrung): Bei früh Traumatisierten war der aggressive (Kampf-) Impuls noch gar nicht oder wenig ausgebildet, als es zur Unterbrechung kam. Darum fällt es früh Traumatisierten unter Umständen besonders schwer, ihre aggressiven Impulse zur Abgrenzung nutzen zu können. Klienten können zwar aus ihrem narzisstischen ANP heraus wütend von ihrem Gespräch mit dem Partner, dem Chef usw. erzählen, aber wenn sie sich in einem traumanahen Zustand befinden, fehlt plötzlich jegliche Wut. Manchmal äußert sich das so, dass ich als Therapeutin denke: „warum ist denn der jetzt nicht wütend?“
--	---

Tabelle 2: mögliche Wahrnehmungen und Gegenübertragungsphänomene auf der an den Körper angebundenen Fühlebene

Differenzieren lassen sich diffuse Empfindungen mit Fragen nach den Raumverhältnissen des Körpers: Ist die Wahrnehmung außen auf der Haut, ist sie innen? Wie sieht das Körpererleben der betroffenen Stelle aus, ist es flach oder dreidimensional?

Wenn auf in die in Tabelle 2 erwähnten Symptome ein plötzliches Abfallen dieser Symptome folgt, so könnte dies auf Dissoziation hinweisen. Das Weggehen über Gefühle kann sich körperlich auch durch eine plötzliche Leere im Bauch oder in der Brust anzeigen.

Weg-Gehen über das Fühlen: Leere (im Bauch und Brust)

4.5.3 Impulse

Von der Pflanze bis zum Menschen zeigen lebende Organismen impulshafte Bewegungen, welche durch bestimmte Reize ausgelöst werden. Auch unsere alltägliche, nicht willentlich gesteuerte Atmung funktioniert impulshaft. Ein chemischer Reiz löst die Kontraktion des Zwerchfells aus und zieht weitere Bewegungen nach sich.

Körperliche Impulse verstehe ich als Teil eines Reflexsystems, welches dazu dient, bei bestimmten Reizen die entsprechende Bewegung stoßartig und automatisch auszuführen. Der Zweck dieses Automatismus ist es, dass die Bewegung dem Willen entzogen schnell und zuverlässig geschieht. Dieser Vorgang ist insbesondere bei der Abwehr potentieller Bedrohungen wichtig. Aus biologischer Sicht könnte man „psychische Reflexe“ ähnlich betrachten, auch wenn diese im Unterschied zu den körperlichen Reflexen nur teilweise angeboren und vor allem habituell erworben werden.

Beispiele:

1. Reflexhaftes Zurückziehen der Hand bei Hitze schützt die Haut vor Verbrennung.
2. Reflexhaftes Zusammenziehen der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur bei Husten, Niesen, Lachen und anderen Belastungen schützt den Beckenboden und die Wirbelsäule vor Verletzung durch Druck.
3. Reflexhaftes Verlassen von Örtlichkeiten bei bestimmten sozialen Reizen, schützt die Psyche vor Unterbrüchen im kontinuierlichen Sein.

Auch Aggression zeigt sich impulshaft. Die Aggression ist nach Bauer (2011, S. 34) ein lebenserhaltendes, „biologisch fundiertes Verhaltensprogramm zur Bewältigung gefährlicher Situationen“. Bei früh Traumatisierten werden aggressive Impulse unterdrückt bzw. durch das Trauma und die fortdauernde Dissoziation unterbrochen. Betroffene sind oftmals nicht in der Lage, sich in kleinen alltäglichen Situationen angemessen zur Wehr zu setzen, sich abzugrenzen oder momentane unangenehme Situationen proaktiv zu beenden. Aus dieser Sicht wäre unser obiges Beispiel drei ein progressiver Schritt: Das Reflexhafte Verlassen (Flucht) verhindert den (retraumatischen) Unterbruch im kontinuierlichen Sein. Es ist allerdings anzunehmen, dass durch die Habitualisierung dieses Verhaltens ein generelles Vermeiden von Örtlichkeiten oder sozialen Anlässen (Sozialphobie) entsteht.

- **Bewegungsimpulse**
unkontrollierte und schnelle Bewegungen des Fußes, einer Hand oder einzelner Finger (wieder die Extremitäten), eines ganzen Beines, durch die Haare fahren, sich festhalten, Mimik/ Zuckungen des Gesichtes
- **Handlungsimpulse**
plötzlich auftauchende Handlungsimpulse wie: aufstehen wollen, das Fenster schließen wollen, die Klientin umarmen wollen, eine Übung machen wollen, das Ballen einer Faust (evtl. zurückgehaltener Impuls)
- **Sprechimpulse**
Sprechen wollen, die Stille durchbrechen wollen, die Leere füllen wollen, Erwartung spüren als Druck im Bauch, dass man sprechen soll, die Sprache bleibt im Hals stecken

Tabelle 3: mögliche Wahrnehmungen und Gegenübertragungsphänomene auf der Impulsebene

Bei traumatisierten Klienten geht es im Speziellen darum, die womöglich aggressiven Kampf- und Fluchtimpulse (wieder) zugänglich zu machen (nach Levine: zum Ab-

schluss bringen) damit sie sich im Alltag selbstregulierend und abgrenzend verhalten können, anstelle zu dissoziieren oder zu vermeiden (Phobie). Es zeigt sich hier im Speziellen die Schwierigkeit, den Impuls in die Wahrnehmung und von der Wahrnehmung in die Ausführung zu bringen. **Einen Impuls verfrüht halten oder nicht ausagieren zu wollen, kann besonders bei früh Traumatisierten zur Regression in die traumatische Situation führen.**

Es braucht als Klient sowie als Therapeutin Mut, einem Impuls einfach nachzugeben und ihn auszuführen, denn es ist in der Erwachsenenwelt, besonders der therapeutischen nicht „normal“, sich impulshaft zu bewegen. Ich helfe mir, indem ich den Impuls während oder nachdem ich ihn ausführe, kommentiere. Beispiel: „Ich merke, jetzt habe ich einem Impuls nachgegeben und mein Fuß ist gerade eben nach vorne gesprungen, so wie wenn ich jemanden treten wollte. Und ich merke, ich bin darüber ein wenig erschrocken.“

Am deutlichsten nehme ich körperliche Impulse wahr, wenn ich direkt und manuell am Körper arbeite. Ich bin immer wieder erstaunt, wie stark der Impuls sein kann.

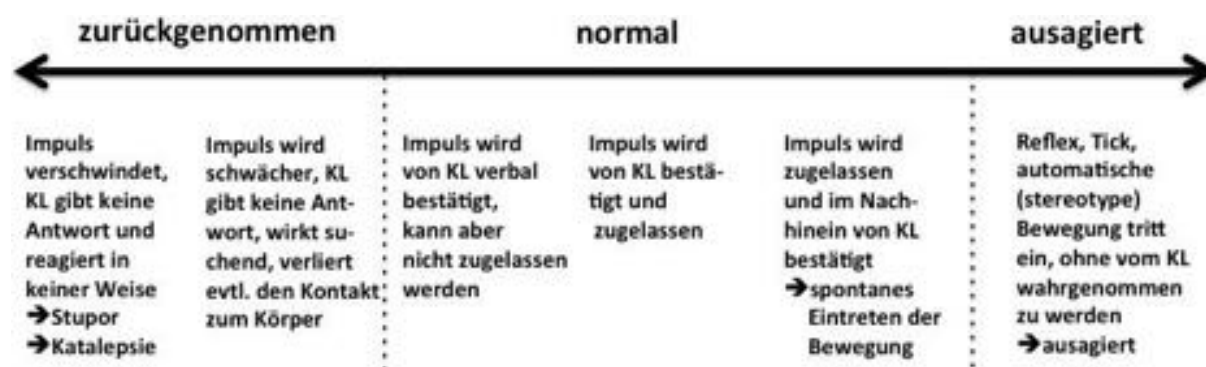


Abbildung 8: Arbeit mit dem Bewegungs- und Handlungsimpulse auf der Liege

Weg-Gehen über reges, automatisches und unreflektiertes Bewegen, Handeln oder Sprechen, Erinnerungsverlust an die vorherige therapeutische Handlung

4.5.4 Bilder, Symbole

Früh Traumatisierte halten sich oft in Phantasiewelten mit Tiefgang auf und lassen dort niemanden rein. In Kinderzeiten hatten sie evtl. täglichen Kontakt mit imaginären Spielkameraden. Phantasiewelten, Bilder, Symbole und Spielkameraden können auch in der Gegenübertragung wahrgenommen werden: Sie drängen sich plötzlich in den Vordergrund der Wahrnehmung.

Phänomene wie anders sehen, doppelt sehen, wie durch einen Schleier sehen oder surreale Bilder über den echten Bildern können auftauchen. Beispiel:

- Als bei einer Klientin mit einer relativ stabilen Essstörung die familiäre Situation als Kind zur Sprache kam, spürte ich plötzlich einen starken Drang, in eine Übung hinein zu gehen und ich gab diesem Drang nach. Kaum begonnen, da entstand *ein plötzlicher Filmabriss*. Unmittelbar danach sah ich sie als kleines, ca. 4-5

jähriges Mädchen vor mir stehen. Als ich die Klientin fragte, wie sie sich gerade wahrnehme, konnte sie sich nicht dazu äußern.

Weg-Gehen über intensives Tagträumen; die Bilder können sowohl sehr schön sein, wie auch Horrorelemente(Intrusionen) enthalten.

4.5.5 Denkebene / mentale Funktionen

- Bewertungsgedanken
- Gedankenkreisen
- Nach einem Ausweg such

- Übermäßiges Analysieren, Abchecken der Situation, Kontrolle, die Frage „Was denken Sie (von mir)?“

Weg-Gehen über automatisches oder unaufhörliches Denken, Reden, Bewerten und/oder Reflektieren bis ein Gedankenriss entsteht, oft verbunden mit einem körperlichen Gefühl des Weggehens.

Stellvertretend für die mentale Funktion des Denkens nehme ich den Erzählstil des Klienten, da er mir in meiner Praxis am häufigsten auffällt.



Abbildung 9: Erzählstil des Klienten

5 Kommunikation in der AKPT

In der AKPT sind die Wahrnehmungsebenen zu aller erst ein Instrument, um festzustellen, auf welchen Ebenen der Klient kommuniziert. Mit Kommunizieren ist hier nicht nur die verbale Kommunikation gemeint, sondern auch die Körpersprache und der Ausdruck der Gefühle. Welche Ebenen sind vorhanden? Welche gilt es zu stärken? Die Therapeutin kommuniziert am Anfang vorwiegend auf den vom Klienten gewählten Ebenen. Über die Bestimmung des Kommunikationstyps hinaus liefern die Kommunikationsebenen des Klienten sowie die Gegenübertragungswahrnehmungen des Therapeuten wichtige diagnostische Hinweise.

Viele Menschen haben ihre irrationalen Wahrnehmungen – Empfindungen, Handlungs- und Bewegungsimpulse – noch nie differenziert in Worten ausgedrückt. Daher ist es von Vorteil, wenn die Therapeutin dem Klienten modellhaftes Lernen ermöglicht, indem sie ihre Eigenwahrnehmungen einbringt.

Drängen sich Gegenübertragungswahrnehmungen in den Vordergrund der Aufmerksamkeit, so ist ein Abgleich der Eigen- und Fremdwahrnehmung sinnvoll:

1. Die Therapeutin fragt den Klienten direkt, was er wo und wie wahrnimmt.
2. Erklärt seine Antwort die Gegenübertragungswahrnehmung nicht hinreichend, so kann die Therapeutin in dosierter Form auch eigene (Gegenübertragungs-) Wahrnehmungen verbalisieren. Dieses Vorgehen veranlasst den Klienten womöglich mit bestimmten Körperregionen oder Wahrnehmungsebenen Kontakt aufzunehmen und seinerseits seine Wahrnehmungen zu verbalisieren.

Auf diese Weise nimmt der Klient auch Kontakt zu den verschiedenen ihm im Allgemeinen vielleicht weniger zugänglichen Wahrnehmungsebenen auf. Dies hilft ihm, seine Präsenz in der Gegenwart zu erweitern, Intrusionen auf verschiedenen Ebenen frühzeitig wahrnehmen zu können und damit stabiler zu werden.

Vor dem Hintergrund der Dissoziation im Sinne des „Weg-Gehens“ drängt sich eine Frage in den Vordergrund: Wie kommuniziere ich mit jemanden oder einem Anteil, der weg ist? Die Antwort ist leicht gesagt, aber schwer getan: Ich mache ihn immer wieder (und früh genug, also bevor er ganz weg ist) auf das Wegtreten bzw. auf das Weggetreten sein aufmerksam. **Ich mache das Wegtreten, wo und wann immer es auftaucht, zum Thema.**

Folgende zwei Übungen helfen auf verschiedene Art und Weise, die Kommunikation sowohl auf einer wie auch auf mehreren Wahrnehmungsebenen zu fördern.

Regulation von Nähe und Distanz (vgl. Obrecht 2012)

Diese Übung wird sowohl diagnostisch wie zur Selbstregulation während der Therapie vorgenommen. Dissoziative Phänomene und volatile Schmerzen verschwinden manchmal, wenn der Klient oder die Therapeutin mehr Distanz oder auch mehr Nähe schafft.

Der Klient soll in langsamen Schritten überprüfen, in welchem Abstand zur Therapeutin er sich selber (seinen Körper) gut wahrnehmen kann. Hat er seine Nähe/Distanz zur Therapeutin eingestellt, so stellt diese ihrerseits in gleicher Manier die Distanz zum Klienten her. Die daraus allfällig entstehende Diskrepanz wird kommuniziert und es wird nach einem Kompromiss gesucht. Ist die gewählte Distanz unauffällig, so kann von einem mittleren bis höheren Strukturniveau ausgegangen werden. Bei gemischten Strukturen kann sich die Suche nach der richtigen Distanz jedoch einmal unauffällig und das nächste Mal sehr auffällig gestalten. Dies kann mitunter damit zu tun haben, dass diese Menschen das Beziehungserleben in der Nähe und/oder der Distanz dissoziiert haben.

Gläserner Kopf (Übung aus der AKPT)

Diese Übung dient in erster Line dazu, dem Klienten Sicherheit zu vermitteln. Die Therapeutin kommentiert alle von ihr unternommenen Schritte im Voraus. Darüber hinaus vermittelt sie dem Klienten, was er überhaupt alles wahrnehmen und begleiten kann und macht ihn auf allfällige Missempfindungen aufmerksam, welche er sonst vielleicht einfach ertragen hätte. Die Therapeutin macht ihre Wahrnehmungen, insbesondere Empfindungen, Handlungs- und Bewegungsimpulse, in dosierter Form auch Gedanken und Gefühle, transparent, indem sie diese ausspricht. In der manuellen Behandlung begleitet die Therapeutin ihr Tun. Bsp.: „Ich spüre viel Spannung unter meiner Hand. Ich nehme diese Spannung mit meiner Hand auf und spanne

diese auch an... Jetzt spüre ich den Impuls, Ihren Kopf zu halten. Ist das in Ordnung? ... Ich nehme gerade ein Ziehen unter meiner Stirne wahr, so ähnlich wie wenn ich mich ganz fest konzentrieren müsste.“

5.1 Arbeit mit verschiedenen Ich-Anteilen / Ego States

In der Arbeit mit verschiedenen Ich-Anteilen, wird die Orientierung innerhalb der Wahrnehmungsebenen komplex. Während der ANP eventuell narzisstisch oder borderline geprägt spaltet, so kann der EP dissoziieren, wenn er an Gefühle der Hilflosigkeit oder Einsamkeit herankommt. Es gilt hier die verschiedenen Stränge im Auge zu behalten und im Sinne der Therapiephasen und der in den Vordergrund tretenden Wahrnehmung zu intervenieren. Auf der Empfindungsebene kann bereits ein Feststellen, dass Hand und Schulter nicht dasselbe wollen, bzw. der Tonus innerhalb des Körpers total unterschiedlich ist, ein in Kontakt kommen mit verschiedenen Ich-Anteilen bedeuten. Diese Anteile in ihren momentanen Zuständen werden benannt:

- die nervöse Hand
- das zuckende Bein
- die harte Schulter
- der nervöse Teil
- die kleine und die große Martina ...

In der Folge geht es darum, dass diese beiden Anteile miteinander ins Gespräch kommen. Meinen Beobachtungen zu Folge kann der Beziehungsraum zwischen Klient und Therapeutin erst dann entstehen, wenn dem Klienten die verschiedenen Anteile zumindest teilweise bewusst geworden sind, wenn er also eine innerpsychische Beziehung zwischen zwei isolierten Anteilen aufgebaut hat.

5.2 Entstehung eines Beziehungsraumes

Das Zeugenbewusstsein macht das Wahrnehmen resonierender Phänomene, das „Eröffnen“ eines therapeutischen Raumes oder Feldes und somit die therapeutische Beziehung erst möglich. In einem solchen Raum ist alles „grundlegend in Ordnung“. Es gibt nichts zu erreichen oder zu tun. Alles ergibt sich aus dem Wahrnehmungsfeld heraus. Grepmaier und Nickel (2007) schreiben, dass dieser Zustand nicht erreicht werden könne. Er wird einem zu teil, wenn man sich in Wachheit und Präsenz übt.

Folgende Abbildung stellt die Entstehung des Beziehungsraumes durch die Ausweitung des Bewusstseins auf mehrere Bewusstseinsfunktionen dar. Die Bezeichnung „Subjekt“ meint ein mit Bewusstsein ausgestattetes, denkendes, erkennendes und handelndes Wesen. Unter Objekt verstehe ich hier einen Gegenstand oder eine nicht gegenständliche Erfahrung, welche sachlich (von aussen) betrachtet wird. Solange der Körper nicht als Teil des eigenen Selbst (Subjekt) erlebt wird, bleibt er Objekt.

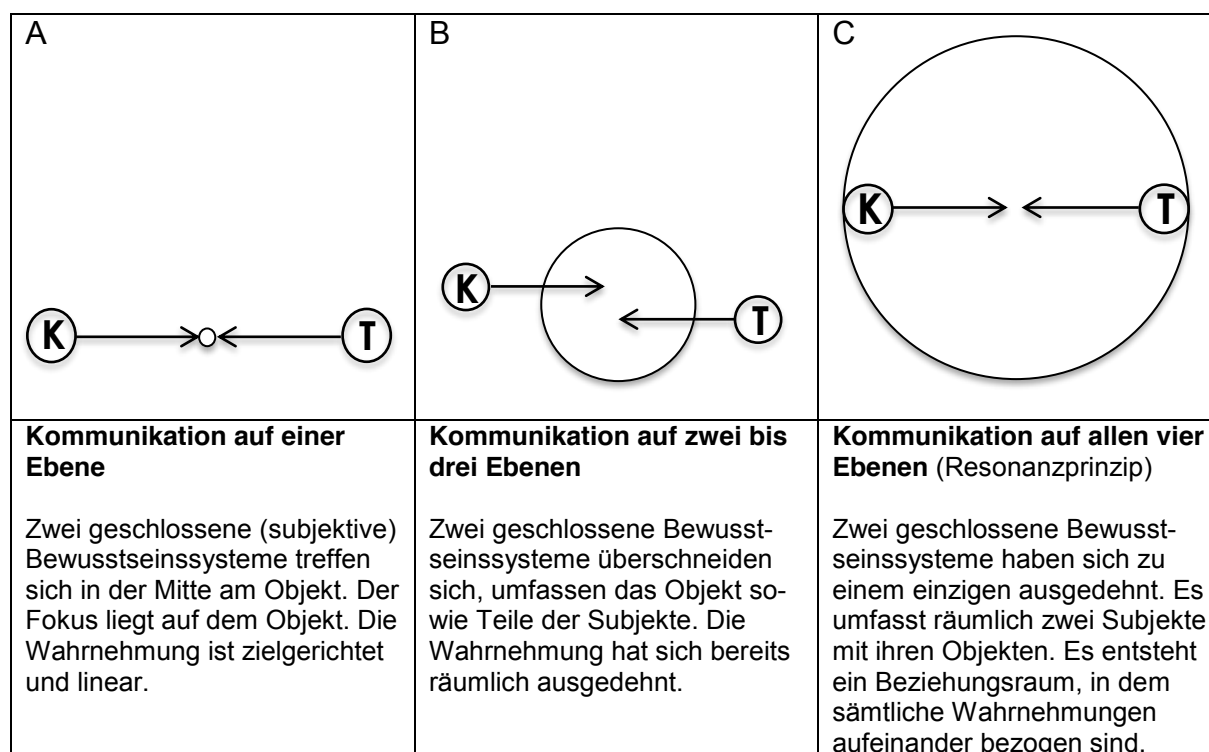


Abbildung 10: Räumliche Ausdehnung des Bewusstseins (A+B aus S. Bischof 2003, S. 2)

Ich beobachte bei vermutlich früh Traumatisierten häufig Spaltungs- und Isolationsphänomene zwischen der Innen- und Außenwelt. Sie haben sich in einen inneren Beziehungsraum zurückgezogen und dort (aus einer Lebensnotwendigkeit heraus) viel innere Tiefe, Sensibilität und Wachsamkeit (für andere) entwickelt. Die inneren Wahrnehmungen betreffen dann hauptsächlich Gefühle und Bedürfnisse (EP), während die äußeren der Alltagsbewältigung (ANP) und der in der Regel oberflächlichen Kontaktaufnahme mit der Umwelt dienen. Eine traumatisierte Borderline-Klientin drückte es so aus: „Ich weiß viel über andere, andere wissen jedoch wenig über mich. Ich möchte nicht, dass sie Kontrolle über mich ausüben können.“

In der Gegenübertragung äußert sich diese Spaltung zwischen Innen und Außen beispielsweise so: Ich spüre eine starke, eingekapselte Einsamkeit in meiner Brust. Ich habe den Impuls diese Einsamkeit anzusprechen, aber es geht nicht. Oder es fühlt sich so an, als würde ich plötzlich in die Tiefe sinken, aber ich verliere gleichzeitig den gegenwartsbezogenen Kontakt zum Klienten.

Das Eröffnen des Beziehungsraumes bedeutet für früh Traumatisierte einen wirklichen Kontakt zu einem anderen Menschen zu spüren und sich einen Moment lang nicht mehr einsam zu fühlen. Danach sehnen sie sich einerseits. Andererseits bedeutet dies auch Gefahr. Denn innerhalb eines solchen gemeinsamen Beziehungsraumes entstand die ursprüngliche Verletzung, der Unterbruch im kontinuierlichen Sein. Im Idealfall öffnet der Klient das Törchen zu seinem Raum und lädt die Therapeutin ein, hereinzukommen. Öfter jedoch erlebe ich mich in der Gegenübertragung – meist unbeabsichtigt – als ungeladenen Gast oder gar als gefährlichen Eindringling.

Huber (2009) weist darauf hin, dass die Therapeutin gut daran täte, sich eher als Coach wie als Therapeutin zu sehen. In der Fallgeschichte 1 berichte ich von einem

Fall, wo ich eine gegenteilige Erfahrung gemacht habe. Während der ANP den Kontakt mit dem Coach einforderte und die mütterliche Therapeutin mied, sehnte sich der EP nach dem schützenden Halt der idealen Mutter. So galt es, präsent zu sein, um im Balanceakt zwischen den zwei unterschiedlichen Rollen das Gleichgewicht nicht zu verlieren.

Das Entstehen des Beziehungsraumes bewirkt in den meisten Fällen, dass traumatische Erinnerungen aufsteigen können und dies ohne Techniken. Die Therapeutin sollte deshalb nicht nur erkennen, wann der Raum sich öffnet, sondern auch, wann es (im Sinne eines helfenden Hilfs-Ichs) an der Zeit ist, **den Raum wieder zu schließen** bzw. sich aus dem Raum zurückzuziehen. Kurzum, sie sollte abschätzen können, ob dieser Raum sicher ist oder nicht.

6 Therapiephasen und deren Bedeutung für die AKPT

In der zeitgenössischen Traumatherapie spricht man von 3 Therapiephasen (vgl. van der Hart et al. 2008, Rotschild 2002):

1. Stabilisation, Ressourcenfindung, Selbstregulation
2. Traumaverarbeitung
3. Integration, Synthese, Rehabilitation.

6.1 Stabilisation, Ressourcenfindung, Selbstregulation

Oft ist bei Traumatisierten das Denken die bevorzugte Bewusstseinsfunktion innerhalb sozialer Kontakte. Stabilisation und Anbindung an die gesamtheitliche Wahrnehmung findet deswegen in vielen Fällen durch die Ausbildung und Differenzierung der beiden Hilfsfunktionen Empfinden und Intuieren statt. Das Fühlen liegt – wie bei den Frühstörungen – im Schatten. Der Schatten wird in einem späteren Schritt über die beiden Hilfsfunktionen zugänglich.

Es wirkt stabilisierend, wenn Klienten auf ihre Ressourcen zurückgreifen. Unter Umständen greifen sie brachliegende Ressourcen in Form eines vergessenen gegangenen Hobbies auf. Das Ermitteln der Kommunikationsebenen (siehe Kapitel 5) hilft Ressourcen zu entdecken.

Die therapeutische Beziehung stabilisiert von allen Interventionen am meisten. Bei komplexeren Traumen ist das Auffinden und Benennen verschiedener Ich-Anteile oder Ego-States hilfreich, damit sich die Beziehung zur Therapeutin vertiefen kann.

6.1.1 Selbstregulation

Selbstregulation ist aufgrund der häufig hohen Spannung (Hyperarousal) und der hohen Wachsamkeit (Hypervigilanz) bei dissoziativen Klienten sehr wichtig.

Pendeln

In der Traumatherapie wird hauptsächlich zwischen Ressource (im nachfolgenden Beispiel das Denken) und dem Problem (im nachfolgenden Beispiel die Körperem-

pfung) hin und her gewechselt. Rotschild (2002) und van der Hart et al. (2008) benutzen die Pendel- oder Switch-Technik, um mit dem ANP bzw. dem EP in Kontakt zu kommen und diese innerhalb der Gesamtpersönlichkeit zu integrieren.

Beispiel: Eine Burn-out Klientin mit Hauptfunktion Denken verliert beim Denken ihre Körperwahrnehmung. Das Empfinden auf der Körperebene tut ihr gut, sie kann dann jedoch keinen klaren Gedanken mehr fassen und hat deswegen Angst, bei der Arbeit zu versagen, sobald sie auf die Empfindung als Ressource zurückgreift. Nun soll sie zwischen Gedanken und Empfindungen hin und her pendeln. Mit der Zeit entsteht dadurch eine Art Zusammenrücken von Gedanken und Empfindungen.

Kathexis

Unter Kathexis wird in der AKPT das Verankern von starken Emotionen in der Empfindung verstanden (vgl. S. Bischof 2012). Dies geschieht verbal über einfache Fragestellungen z.B.: „Wo spüren sie die Angst in ihrem Körper?“ oder umgekehrt „Können Sie das Kribbeln einem bestimmten Gefühl zuordnen?“. Nonverbal ist damit das Anbinden von fragmentarisch empfundenen Körperteilen an den ganzheitlich empfindenden Körper durch die haltende Hand der Therapeutin gemeint.

Sicherer Ort

Rotschild (2002) beschreibt das Auffinden des Sicheren Ortes. Der Klient stellt sich einen Ort vor, an dem er sich sicher fühlt. Dies kann ein realer oder ein imaginärer Ort sein. Der Ort kann auch im Sinne der Kathexis an den Körper angebunden werden. Bei (früh) Traumatisierten kann sich das Finden eines Sicheren Ortes schwierig gestalten, weil der Sichere Ort meist mit einem Raum assoziiert wird. Wenn das Verletzen des sicheren (Beziehungs-) Raumes Teil des ursprünglichen Traumas ist, so existiert kein sicherer Raum. So war es bei Madlaina aus Fall eins: Das Nach-Hausekommen war für sie schwierig, weil sie sich in keinen Innenräumen sicher fühlte. Das war auch einer der Gründe dafür, dass sie zahlreichen Hobbies nachging: Sie fühlte sich unterwegs stets sicherer als zu Hause. Auch in ihren Träumen wurde sie oft in Innenräumen bedroht. Während des Traumes benutze sie verschiedenste Fahrzeuge um bei Gefahr zu entkommen. Dies brachte mich auf die Idee, anstelle eines Sicheren Ortes ein Sicheres Fahrzeug anzubieten und damit fühlte sie sich dann auch sicher. Weil bei einem Trauma Flucht und Kampf nicht möglich sind bietet sich neben dem sicheren Fahrzeug auch die sichere (magische) Verteidigungswaffe an.

Körperreisen

Körperreisen können auf vielen verschiedenen Ebenen, bis hin zur Zellebene, gemacht werden. Für das Thema Dissoziation halte ich die drei folgenden für sinnvoll, wobei die gewählte Reihenfolge den steigenden Anspruch verdeutlichen soll. Bei dieser Übung ist es mitunter entscheidend, ob sie direktiv oder freilassend angeleitet wird. Bei direkter Anleitung fühlt sich der Klient in der Regel sicherer. Bei freilassender Anleitung, kann Tiefe und Raum für Beziehung entstehen.

Flächiger Kontakt; angelehnt oder liegend den Kontaktstellen zum Boden entlang, soll der Klient beschreiben, wie sich die Kontaktfläche anfühlt. Dabei kann die Sammlung auf das Objekt (den Boden, die Lehne) oder aber die Körpergrenze, die Haut gerichtet sein. Ist der Boden/die Fläche schwer oder leicht? kalt oder warm? diffus oder klar?

Knöcherner Kontakt (Knochenschau); Reise dem Skelett entlang

Räumlicher Kontakt; Reise den Innenräumen entlang: Den Körperinnenraum vom Klienten beschreiben lassen, wie bei einer Wohnungsbesichtigung: Ist der Raum hell oder dunkel, abgeschlossen oder offen, vollgestellt oder leer? Wo sind Fenster, Aufgänge, Ecken, Kanten?

Die Therapeutin stellt dem Klienten eine Auswahl an (sicheren) Fortbewegungsmitteln für seine Reise zur Verfügung:

- zu Fuß auf der Treppe; Feuerleiter, Wendeltreppe etc.
- Lift (nicht bei Liftphobie): der Klient kann im sicheren Lift bleiben oder verlässt ihn
- als unbeteiligte Maschine (z.B. als Scanner oder als Röntgenmaschine) etc.: welche für einen Moment den Raum belichtet.

Katharsis (Abreaktion)

Unter Katharsis wird in der AKPT das Zulassen und das angemessene Ausdrücken (mit Körper, Ausdruck und Sprache) der emotionalen Erregung verstanden (vgl. S. Bischof 2012). Bleibt die Katharsis auf der „neutralen“ Objektstufe (z.B. dem Stampfen auf den Boden), so kann dies eine regulierende Wirkung haben. Sobald die Wut sich jedoch gegen jemanden richtet oder sich in Kontakt mit der Therapeutin ausdrückt, steigt die Gefahr des Dissoziierens.

Körperliches Abreagieren in Form von starkem Zittern und Abschütteln wird nach Levines Methode „Somatic Experience“ initiiert. Unabhängig von Levine (2011) wende ich seit 10 Jahren in der manuellen Behandlung wie auch als Übung eine Schüttelpraktik an, welche in den meisten Fällen hohe Spannungszustände reguliert.

Übung 5-4-3-2-1

S. Bischof (2009a) wendet diese Übung als eine Art Notfallübung in Momenten an, wo die Wahrnehmung teilweise oder komplett weggeht. Sie hilft Klienten im Hier und Jetzt anzukommen und Abstand zum traumatischen oder Angst auslösenden Ereignis zu bekommen. Die Übung kann in verschiedenen Variationen ausgeübt werden:

Der Klient zählt nacheinander, begleitet durch mitzählen der Hand und durch die Worte „ich sehe, höre, rieche, schmecke, empfinde“

- 5 Wahrnehmungen auf, die er sieht
- 4 Wahrnehmungen, die er hört
- 3 Wahrnehmungen, die er riecht
- 2 Wahrnehmungen, die er schmeckt
- 1 Wahrnehmung, die er empfindet.

Widerstandsarbeit

In meiner Tätigkeit als Rückbildungs-, Beckenboden- und Pilatestrainerin habe ich aus diesen und noch weiteren Methoden eine eigene entwickelt, welche ich auch in Weiterbildungskursen vermittele. Diese Methode kann in der komplexen Form zur Stärkung der gesamten Tiefenmuskulatur und dadurch zur Entlastung der verspannten Oberflächenmuskulatur führen. In einer vereinfachten Form wende ich sie vor allem bei Frühstörungen und dissoziierten Klienten an, damit sie die Schutz- und Kontaktfähigkeit ihrer inneren und äußeren Körperwände ohne Bedrohungsgefühle erleben können.

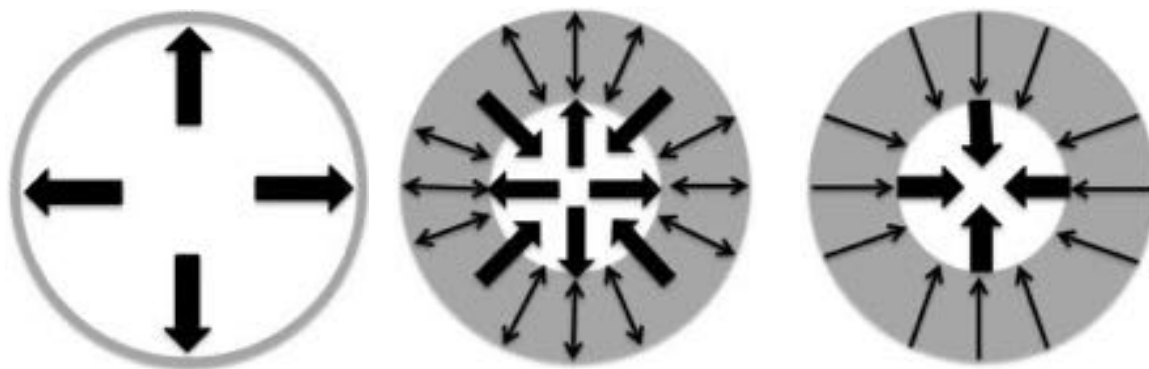
Die Arbeit mit dem Widerstand ist in der Lehre des Erfahrbaren Atems Ilse Middendorfs verankert und meint in erster Linie den körperlichen Aspekt des Widerstandes. Höller-Zangenfeind (2004) hat die Arbeit am Widerstand körperlich differenziert und ins Seelische erweitert. Durch eigenen oder fremden Druck wird die Sammlung auf die Kontaktflächen zum Boden / Untergrund bzw. dorthin, wo der Druck stattfindet gelenkt (vgl. Maas 2012). Diesem Druck kann ich mich ergeben (submit), was in aufrechter Haltung ein Zusammensacken, im Liegen ein sich Zurückziehen zur Folge hat. Ich kann mich in diesen Druck verkeilen, bis ich starr werde und meine Elastizität verliere (neurotisch) oder ich widerstehe dem Druck angemessen mit meiner gesamten Körperspannung (angepasstes gesundes Ich). Letzteres bewirkt eine an Druck angepasste Körperspannung (Abb. 11b).

Wird der Widerstand im Einatem aufgebaut, so expandiert der Innenraum einerseits durch die sich ausbreitende Atemdruckwelle, gleichzeitig wird er jedoch durch die inneren muskulär aktiv werdenden Körperwände (Tiefenmuskulatur) begrenzt, damit er sich nicht zu stark ausdehnt. Es entsteht auch inwendig ein Widerstand gegen die Ausweitung der Atemdruckwelle. Dieses „Sowohl-als-auch“ erleichtert es nach meinen Beobachtungen vielen Menschen, den Kontakt mit ihrem Innenraum bzw. ihrem Innenleben zu halten, anstelle in ihm zu versinken oder vor ihm davon fliehen zu müssen, kurz: anstelle dissoziieren zu müssen.

Widerstand im Ausatem bewirkt ein Enger werden der äußeren Körperwände (Oberflächenmuskulatur), die inneren Körperwände halten dagegen. Dadurch entsteht eine Zentrierung und Stabilisierung des Innenraumes. Druck bzw. Anspannung im Ausatem ohne Widerstand bewirkt dagegen ein reines Enger werden der Körperwände von außen her. Der Innenraum wird kleiner, er schrumpft in der Wahrnehmung bis zu einem minimalen Zentrum (bei maximalem Druck) zusammen (Abb. 11c = Pilates-Prinzip). Der Innenraum wird maximal geschützt durch muskuläre Kraft der äußeren und inneren Körperwände (durch körperliche Abgrenzung). Ich vermute, dass traumatisierte Menschen aus diesem Grund oft intensives Krafttraining betreiben. Bei akuter PTBS habe ich mit dem Pilates-Prinzip gute Erfahrungen gemacht. Es vermittelt ein Körpergefühl des maximalen Schutzes mit gleichzeitigem Erleben von Abgrenzung gegen innere und äußere Reize. Manchmal ist es den Menschen auch erst durch das Ausüben des maximalen Drucks nach Innen möglich, den Einatem für einen Moment freizulassen, was einem Eröffnen des Innenraumes gleichkommt und damit auch das Eröffnen eines therapeutischen Raumes ermöglicht. Der Effekt des freigelassenen Einatems wird in der Regel nur bewusst, wenn er von einer Therapeutin begleitet wird. Deswegen halte ich das Krafttraining nicht generell als therapeutisch unterstützend. Besonders, wenn mit Gewichten gearbeitet wird, ist große Vorsicht geboten. Traumatisierte haben oft Wahrnehmungslücken innerhalb des Körpers und können die Übungen auch nach mehrmaliger, detaillierter Instruktion nicht korrekt ausführen, was zu Abnutzungserscheinungen des Bewegungsapparates führen kann.

Für die manuelle Behandlung gilt: Berührungen an Körperstellen, bei denen der Klient häufig aus dem Körper geht, werden entweder gemieden oder aber es wird mit Druck und Widerstand direkt an der betroffenen Körperstelle oder an einer benachbarten gearbeitet, dahingehend, dass der Klient den Übergang von seinem Körper zum Körper der Therapeutin wieder unterscheiden kann. Dabei spielt die Dosis des gegebenen Druckes bzw. Widerstandes des Klienten eine große Rolle.

Ist die Therapie fortgeschritten, können zur reinen muskulären Empfindungsebene die Gefühle in die Widerstandsarbeit mithineingenommen werden.

**Abbildung 11a**

passiver Einatem dehnt die Körperwände und den Innenraum auf.

Abbildung 11b

Widerstand im Einatem: die Körperwände werden aufgedehnt und gleichzeitig muskulär begrenzt

Abbildung 11c

Anspannung im Ausatem (ohne Widerstand), der Innenraum schrumpft: Pilates-Prinzip

Abbildung 11: Querschnitt durch den Bauchraum, in Anlehnung an Keleman (1992, S. 16, Abb. 1-3)

Je mehr bedrohliche und unangenehme Situationen der Klient durch Selbstregulation zu meistern vermag, desto eher wird er auch im Alltag darauf zurückgreifen. Es findet eine Art positive Konditionierung statt. Erst durch die Selbstregulation wird in einem weiteren Schritt die Selbstbegleitung im Sinne von „halten können“ möglich.

6.1.2 Mentale Funktionen steigern

Van der Hart et al. (2008) weisen darauf hin, wie wichtig es ist, die mentalen Funktionen von Traumatisierten zu fördern, damit die Synthesekraft (im Sinne der Selbstregulation) verbessert werden kann.

Der Intellekt trage nach Winnicott wesentlich zur inneren Halt- und Strukturgebung bei, so Auster (2006). Die geistig-seelischen Funktionen haben nach Winnicott (2008) zunächst die Aufgabe, die Lücken in der immer nur hinreichend guten Anpassung und Versorgung durch die Mitwelt zu überbrücken. Das glückende mentale Ausgleichen der Versorgungsmängel macht aus dem Versagen der Mitwelt einen Anpassungserfolg des Kindes, so Winnicott.

Ein Erfolgserlebnis motiviert zu weiteren Anstrengungen auf der intellektuellen Ebene und bringt weitere Erfolge mit sich. Es findet eine Art einseitige Konditionierung statt, welche oft auf Kosten anderer Wahrnehmungsebenen geht.

Wenn in der Frühentwicklung des Kindes wichtige körperliche und emotionale Interaktionen fehlten, kann der Intellekt (auch in der Gegenwart) überfordert sein, diese Anpassungsleistung zu erbringen. Bei vielen Burn-out-Klienten und/oder Menschen mit psychosomatischen Beschwerden beobachte ich ein unaufhörliches Reflektieren im Sinne der Anpassungsleistung und eine große Vorsicht in Bezug auf eine tiefer gehende therapeutische Beziehung. Gleichzeitig sind diese Menschen sehr empfänglich für und abhängig von neuen Techniken und Ratgeberbüchern. Diese

Techniken erleichtern ihnen das Leben jedoch nicht, im Gegenteil, sie machen immer wieder neue Anpassungsleistungen notwendig und führen zur totalen Überforderung. Falls es gelingt, über den Körper eine Beziehung zu den Anteilen des Menschen zu finden, welche nicht mit leistungsorientierten Prinzipien in Verbindung stehen, so können isolierte frühkindliche Teile nachreifen und der Intellekt wird allmählich entlastet.

6.2 Traumaverarbeitung

Van der Hart et al. (2008) legen dar, dass eine Aufarbeitung des Traumas die Rehabilitation der Gesamtpersönlichkeit weitgehend günstig beeinflusst, wobei das bei frühen Traumen nicht vollständig möglich sei. Rothschild (2002) und Huber (2004, 2009) verwenden eine Anzahl von Techniken, um traumatische Erinnerungen abrufen und integrieren zu können.

Bei komplexeren Traumata ist das Einbeziehen der verschiedenen Ich-Anteile wichtig, damit sich einzelne Persönlichkeitsanteile nicht quer stellen und die Verarbeitung verhindern oder gar die Beziehung sabotieren.

Ich habe festgestellt, dass nach dem Entstehen eines therapeutischen Raumes traumatische Erinnerungen manchmal von alleine hoch steigen und dann auch bewältigt werden können. In der gegenwärtigen Wahrnehmung orientiert zu bleiben anstatt mit den Interventionen auf ein Ziel in der Zukunft oder Vergangenheit zuzustreben erleichtert es der Therapeutin im Hier und Jetzt, die Wahrnehmung für den Beziehungsraum zu halten.

6.2.1 Positive und therapeutisch genutzte Dissoziation

Dissoziation wird heute in zahlreichen Therapiemethoden und Selbsthilfetechniken genutzt, um angenehme, entspannende und energieerhöhende Bewusstseinszustände zu erlangen. In der Hypnose sowie bei bestimmten Imaginationstechniken geht es darüber hinaus darum, sich aus der sicheren Distanz – z.B. aus der Vogelperspektive – traumatischen Inhalten zu nähern und innere Helfer zu aktivieren. Dadurch entsteht mehr Sicherheit beim Klienten (vgl. Huber 2009, Reddemann 2004). Rothschild (2002) spricht vom beobachtenden Ich, welches sich vom erlebenden Ich entfernt.

Auch das Zeugenbewusstsein stellt eine gewisse Distanz zum aktuell Erlebten her. Es bewirkt eine Verlagerung des Bewusstseins vom erlebenden, identifizierten und womöglich sich ausgeliefert fühlenden Ich hin zum beobachtenden Ich. In der AKPT geht es jedoch zu aller erst um die Wahrnehmung im Hier und Jetzt. Entstehen während der ersten Therapiephase Imaginationen, Phantasien oder tranceähnliche Zustände, so werden diese, wo immer möglich, an das reale Körpererleben angebunden.

Beziehungstraumatisierte Menschen befinden sich womöglich innerhalb sozialer Aktivitäten in einem Zustand der permanenten Wachsamkeit (Hypervigilanz) und haben dabei einen „inneren Beobachter“ (vgl. Hilgard 1984) oder einen inneren Beschützer aktiviert. Dieser Zustand kann durch das Einnehmen des Zeugenbewusst-

seins – vor allem dann, wenn sich der Beziehungsraum öffnet – verstärkt werden. Für Betroffene ist das in der Regel sehr unangenehm, weil diese Wachsamkeit zu starken physischen und psychischen Spannungen führt. Ein aufgeschlossen und kommunikativ wirkender Klient, welcher in der Vergangenheit unter Ansätzen einer sozialen Phobie gelitten hatte, erzählte mir nach jahrelanger Therapie, es sei für ihn so anstrengend mit einzelnen Personen abzumachen, weil er die ganze Zeit, den Blick auf sie fixiert halten müsse. Er könne dann den ganzen Rest um sich herum gar nicht mehr wahrnehmen und das sei einfach anstrengend.

6.2.2 Brücken schlagen

Rothschild (2002) beschreibt den Einstieg in eine traumatische Erinnerung über die Affektbrücke. Dabei wird von einem aktuellen Affekt (in der Regel ein sich wiederholender) ausgegangen. Dieser wird dann in vorgegebenen Schritten – z.B. 5-Jahresschritte oder auf die Lebensgeschichte des Klienten abgestufte Schritte – als Brücke gebraucht, um in die Vergangenheit zu reisen. Die Affektbrücke ist ein geeignetes Mittel, um einen kurzen Blick in die Vergangenheit zu werfen. Dabei können Klient wie Therapeutin jederzeit in die Gegenwart zurückkommen, das Erlebte reflektieren und an die Gegenwart anknüpfen. Die Affektbrücke wird in der Regel aus der Vogelperspektive angeleitet. Es geht nicht darum, besonders tief in die Erinnerung einzutauchen, sondern sie aus der beobachtenden Position heraus zu betrachten.

Im Fallbeispiel 7.1 habe ich eine Affektbrücke sowie auch Empfindungsbrücken benutzt, um das Bewusstsein auf bis in die Gegenwart hinein funkende Intrusionen zu lenken. Es ist auch möglich, mit Gedanken-, Impuls-, Atemmusterbrücken oder Bildern in die Vergangenheit zu reisen.

6.3 Integration, Rehabilitation

Da in der AKPT ganzheitlich gearbeitet wird, findet die Integration fortlaufend durch das Anbinden verschiedener Inhalte an immer mehr Wahrnehmungsebenen und Ich-Anteile statt.

7 Fallbeispiele

Ich stelle zwei Fälle von unterschiedlicher struktureller Dissoziation vor. In Fall eins liegt eine sekundäre Dissoziation an der Grenze zur tertiären Dissoziation vor und in Fall zwei eine primäre. Beide Fälle sind noch nicht abgeschlossen. Ich wähle für diese Arbeit Ausschnitte, welche relevante Inhalte zum Thema Dissoziation und Kommunikation mit dissoziierten (Körper-) Anteilen beinhalten und in der Folge zum Eröffnen des therapeutischen Raumes führten.

In Fall eins sind wenige wortwörtliche Wiedergaben möglich, da ich ohne Tonträger gearbeitet habe und aufgrund der Komplexität der Dissoziation sehr damit beschäftigt war, die Wahrnehmung zu halten.

7.1 „Mir bleibt die Luft weg“. Missbrauch: Prüfungsangst / Somatisierungsstörung

Madlaina kommt eineinhalb Jahre nach der Empfehlung von ihrer früheren Psychotherapeutin wegen der Hauptbeschwerde „Nasenschleimhaut schwillt auf“ und der Nebenbeschwerde „vergesse in Stresssituationen zu atmen“ zu mir. Sie ist 28 Jahre alt, gelernte Tierpflegerin, arbeitet in der Logistikbranche, lebt alleine und hat einen Freund. In Ihrer Freizeit reitet sie, fährt Motorrad, macht Krafttraining und hat noch weitere Hobbies. Sie möchte, dass ich ihr beibringe, richtig zu atmen.

Nachdem ich ihr die Physiologie der Atmung erklärt habe, weise ich sie auf meine Erfahrung mit Atembeschwerden dieser Art hin. Es ginge dabei oft nicht um ein rein physisches Problem und die Beschwerden seien darum oft auch nicht rein technisch zu beheben [Vorausgehen]. Jetzt beginnt sie zu erzählen. Sie spricht davon, dass sie sich mit ihrem Freund langweile. An ihrem Arbeitsplatz käme sie sich nicht ernst genommen vor und das, obwohl sie eine stellvertretende Position habe und besser drauskäme als ihr Chef. Sie erzählt auch von ihren Verkehrsunfällen, welche körperliche Beschwerden verursachen. Madlaina wirkt selbstsicher. Sie spricht laut und viel, so als ob sie es gewohnt wäre, von sich zu sprechen. Als ich sie dafür würdige, antwortet sie: „ich habe bei Frau M. (die frühere Therapeutin) gelernt, über meine Probleme zu sprechen. Das ist wichtig.“ Gegen Ende der Sitzung – bisher hat sie nur geredet – beschleicht mich ein eigenartiges Gefühl, welches ich nicht recht einordnen kann. Irgendwann frage ich Madlaina, ob sie missbraucht worden sei. Madlaina: „Mein Großvater ist *nachts jahrelang zu mir aufs Zimmer* gekommen“.

Nach der Sitzung muss ich mich erst einmal sammeln. Was ist gerade eben passiert? Wie ist mir zumute? Wie kam ich dazu, Madlaina nach dem Missbrauch zu fragen? Ich kann mich weder an den genauen Hergang noch an die Gegenübertragungswahrnehmungen der letzten Minuten erinnern (Amnesie in der Gegenübertragung/fragmentiertes Bewusstsein). So beschließe ich, mich in der nächsten Stunde so sorgsam und lückenlos wie möglich zu begleiten.

In der zweiten Sitzung spüre ich von Anfang an eine starke Empfindung im Bauch. Madlaina sagt, sie habe das letzte Mal gemerkt, dass ihre Atembeschwerden mit der schlimmen Sache zu tun hätten und sie darüber sprechen müsse. Mit wem sie denn darüber sprechen wolle, frage ich. „Mit meiner Mutter, meinem Vater, mit meinem Bruder und mit meinem Großvater.“ In der Gegenübertragung spüre ich Bedrohung und hohe Spannung [Wut?] in meinem Bauch. Ich frage, wie sie ihren Bauch denn wahrnehme. Sie meint, es ziehe so [Empfinden]. „Wenn ich bei mir spüre, dann fühlt sich mein Bauch so an, als ob ich wütend sei“, sage ich. Madlaina schaut mich etwas verblüfft an und schweigt. „Erstaunt sie diese Aussage?“ - „Hm (sie lacht), ich musste grad einen Moment spüren, wie das bei mir ist, kann es aber gar nicht recht sagen“ [die Wut ist ihr noch nicht bewusst]. – „Was versprechen Sie sich davon, mit ihrem Großvater zu sprechen?“ [den Faden wieder aufnehmen] – „Ich möchte, dass er weiß, dass ich keine Angst mehr vor ihm habe.“ – „Sie möchten, dass ihr Großvater weiß, Sie haben keine Angst mehr vor ihm...“ – „Ja“. – „Was wäre denn, wenn er anders reagieren würde, als Sie sich das vorstellen?“ frage ich vorsichtig. Ich spüre in der Gegenübertragung eine Art Handlungsdruck, den Impuls einen Ratschlag zu erteilen, eine Übung zu machen und habe gleichzeitig den Eindruck, Madlaina stehe kurz vor dem Handeln steht und wäre einem Stelldichein mit ihrem Großvater nicht gewachsen. „Aber ich muss es ansprechen, ich muss es denen sagen! Es geht mir mehr um mich. Es ist nicht so wichtig, wie die Reaktion ist.“ Madlainas Stimme klingt

nun fordernd und drängend, als ginge es um Leben und Tod. Ich spüre in der Gegenübertragung eine tiefe Trauer in meiner Brust. „Ich verstehe sehr gut, dass es wichtig für sie ist, ihre Familie davon in Kenntnis zu setzen, was mit ihnen geschehen ist.“ – „Ja, und ich möchte es auch meiner Großmutter sagen, ich hab sie so gern gehabt...“ (ihre Stimme wird leise). „Sie haben ihre Großmutter sehr gern gehabt.“ – „... Ja, sie war ganz lieb zu mir und ich bin nur wegen ihr zu meinen Großeltern gegangen ...“ – „Fühlen Sie sich denn aktuell in der Lage, vor ihren Großvater zu stehen und ihn anzusprechen?“ (ich möchte mit dieser Frage den Realitätssinn von Madlaina testen). Madlaina blickt mich an und ihr Blick verliert sich ins Leere. In der Gegenübertragung spüre ich Ohnmacht, eine augenblickliche Leere, Orientierungslosigkeit (Empfinden), den starken Drang, der Klientin beizustehen und sie zu beschützen (Übertragungswunsch), und gleichzeitig schwirren mir tausend Fragen im Kopf herum (Denken). Hier unterbreche ich das Gespräch und frage, ob es in Ordnung wäre, wenn wir zusammen eine Übung machen würden. Ich hätte bemerkt, dass ich meinen Körper nicht mehr gut spüre und ihr nicht mehr folgen könne (ich stelle meine Empfindungen und Bedürfnisse zur Verfügung). Sie willigt sofort ein und wir machen eine Atemübung. Während der Übung verschwindet mein komisches Gefühl und ich merke auch an Madlainas Gesicht und Stimme, dass die Stärke zurückkommt. Nach der Übung frage ich Madlaina, wie es für sie wäre, wenn sie zuerst einmal *mir* erzählen würde, was geschehen sei. Sie erzählt mir ihre Geschichte:

Madlaina ist zu Beginn des Missbrauchs bereits familiär vorbelastet: Der Vater ist Alkoholiker, schreit Madlaina im Suff an, findet, sie sei nichts wert. Die Familie lebt in bescheidenen Verhältnissen. Die Mutter arbeitet oft auswärts und schickt ihre beiden Kinder daher regelmäßig zu ihren eigenen Eltern auf den Bauernhof. Oft übernachteten die Kinder dort. Der Großvater steckt ihr eines Tages die Zunge in den Mund. Als sich dieser Vorgang wiederholt, sagt sie ihm, dass sie das nicht wolle. Er lacht sie aus. Sie erzählt ihrer Mutter davon. Diese meint, er hätte halt Alterszuckungen. Eines Nachts kommt er dann zu ihr ins Zimmer. Er vergewaltigt sie im Alter zwischen fünf Jahren und dem Zeitpunkt, als ihre Periode einsetzt regelmäßig. Sie ist der Meinung, ihre Periode sei mit 10 Jahren gekommen. Sie hat aber keine genaue Erinnerung an diese Zeit und ist sich nicht sicher, ob die Periode mit 10 oder 13 gekommen ist [Amnesie]. Während der Therapie taucht ein weiteres Missbrauchserlebnis auf: Der ältere Bruder hat sie zusammen mit seinem Freund ca. im Alter von 11 Jahren mehrere Male vergewaltigt.

Nach der zweiten Stunde hat Madlaina Vertrauen zu mir gefasst und redet viel in aufgewühlter Stimmung. Sie spricht oft hektisch von einer Sache und bringt daneben etliche Handlungsnebenstränge ins Laufen (fragmentiertes Bewusstsein). Es fällt mir schwer, ihr inhaltlich zu folgen, noch schwerer fällt es mir, die emotionale Erregung zuzuordnen. Ich frage immer wieder nach, wer nun wann, was, wo gemacht habe (Hilfs-Ich das klarifiziert). Dieses Nachfragen bewirkt bei ihr manchmal eine Klarheit, manchmal ein Weg-Gehen in Form von Verwirrung, Betäubung, schwarzes Loch, „Out-of-Body“. Wenn ich jedoch nicht nachfrage, verliere ich mich und habe womöglich selber mit diesen Phänomenen zu kämpfen. Wenn sie erzählt, kommt es mir manchmal so vor, als wäre ich total in ihrer Welt versunken und gleichzeitig ganz weit weg. Während ihrer Erzählung zappelt sie häufig mit den Beinen, besonders der rechte Fuß bewegt sich stark (Impuls). Ich gewöhne mir an, sie zu unterbrechen, wenn der Erzählstil von zerstreut zu verwirrt wechselt oder wenn ein körperlicher Impuls sichtbar oder für mich in der Gegenübertragung wahrnehmbar wird. Ich tue das, in dem ich entweder nach ihren Körperempfindungen oder ihren Impulsen frage, sie nonverbal oder verbal spiegle, meinen eigenen Impulsen entweder freien Lauf

lasse oder sie verbal bzw. nonverbal einbringe. Diese Intervention bewirkt, dass Madlaina ihrerseits sofort innehält, Kontakt aufnimmt zu ihrem Fuss und dann zu mir. Oft lacht sie für einen Moment (über ihren oder meinen Fuss, der sich selbständig macht). Mit der Zeit sind wir vertraut, uns in dieser Art und Weise zu verständigen und der zappelnde Fuss wird zu einem Symbol dafür, das etwas nicht stimmt.

Nach drei Sitzungen ist es mir möglich, die Ressourcen auf der Wahrnehmungsebene zu bestimmen, eine ungefähre Diagnose zu erstellen und die später aktuell werdenden Übertragungswünsche zu erkennen:

Ich kommuniziere mit Madlaina auf drei Ebenen: Die bevorzugte Ebene ist das Denken. Die beiden Hilfsfunktionen Empfinden und Intuieren sind ungefähr gleich vertreten. Gefühle sind zumindest in der Gegenübertragung da, aber ich kann sie nicht zuordnen. Am klarsten spürte ich Bedrohung, Ohnmacht und eine Art Erfolgsgefühl nach dem ich sie für das „gut sprechen können“ gewürdigt hatte. Es handelt sich beim Fühlen um den Schatten.

Daraus ergeben sich bereits erste diagnostische Hinweise: Madlaina leidet neben den wiederkehrenden dissoziativen Phänomenen, welche durch den langjährigen Missbrauch des Großvaters und den unterlassenen Hilfestellungen ihrer nächsten Bezugspersonen erklärbar sind, unter einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (Identifikation mit dem Größenselbst). Auch der starke Leistungswille im Beruf und das selbstbewusste Auftreten deuten auf Letzteres hin. Sie scheint eine Frau zu sein, die Dinge gerne sofort anpackt. Da Madlaina sich durch die Frage nach der Empfindung wieder stabilisiert, wenn sie dissoziiert und manchmal auch inhaltlich den Faden wieder findet, wenn sie auf die Empfindungsebene wechselt, zähle ich den Körper zu ihrer wertvollsten Ressource und ich gehe davon aus, dass die Kontaktaufnahme über den Körper auch in der manuellen Behandlung funktionieren wird.

Übertragungswunsch: die zuverlässige und beschützende Mutter. Ihre eigene Mutter hat sie nicht beschützt, weder ihren Aussagen über den zudringlichen Großvater Gehör geschenkt, noch die starken Ängste, denen Madlaina *des Nachts*, alleine in ihrem Schlafzimmer ausgesetzt war, ernst genommen. Diesen Übertragungswunsch bestätigt mir Madlaina später indirekt, als sie sich über die Unzuverlässigkeit der Mutter ärgert. Ich sehe einer längeren Therapiedauer mit Hochs und Tiefs entgegen. Darum vereinbare ich in der vierten Stunde einen Therapievertrag. Madlaina verpflichtet sich, ab dem Zeitpunkt, wo sie die Therapie beenden möchte, weitere fünf Mal zu kommen und die Beziehung zu mir aufrecht zu halten, egal wie stark der Schmerz, die Kränkung und die Wut sind, insbesondere, wenn sich die Gefühle auf mich beziehen sollten. Madlaina ist sofort bereit, den Vertrag zu unterschreiben.

Ich arbeite zu Beginn viel mit den Füßen und gehe in den Objektbezug: Bodenkontakt über Stampfen, Springen, Widerstand im Aus- oder Einatem. Madlaina steigt sofort ein, wird dann schnell zaghafter. Ich merke, dass ich sehr direktive Anleitungen gebe, denn wenn ich das nicht tue, hört Madlaina sofort auf. Sie beginnt dann zu fragen und überlegen und in der Gegenübertragung spüre ich ein Gefühl des Auseinanderfallens (fragmentiertes Bewusstsein). Im Liegen leite ich zuerst eine Körperreise an. Sie beschreibt Empfindungen hinreichend differenziert. Später berichtet sie mir, sie mache regelmässig Krafttier-Meditationen, spreche Affirmationen und sei es gewohnt, Bilder zu sehen (Ressource). In der Gegenübertragung nehme ich meine Füße, Beine, Hände, Schultern und meinen Kopf wahr. Der Innenraum des Rumpfes fühlt sich diffus an. Aufgrund der narzisstischen Tendenzen und der unauffälligen Nähe-Distanz Einstellung liegt eine Zuteilung zum mittlere Strukturniveau nahe, wären da nicht die Gegenübertragungen und die zwischendurch sehr direktiven

Anleitungen meinerseits, welche notwendig sind, damit Madlaina nicht dissoziiert. Das Strukturniveau schätze ich darum als niedrig bis mittel ein.

In der vierten Sitzung geht es um Madlainas Sexualität. Wenn sie unten läge, erscheine ihr manchmal der Grossvater. Manchmal spüre sie dann auch einen *Druck auf der Brust*. Hier frage ich nach. Ja, Wenn sie selber oben sei, passiere das nicht. Passend zu diesem Thema biete ich Madlaina eine Behandlung auf der Liege an. Madlainas Kreuz tut weh. Der Oberschenkel verspannt sich zunehmend, wenn ich ihn dehne und ich habe den Eindruck, dass Madlaina viel Druck braucht. Um diesen Druck bewusst werden zu lassen, fordere ich sie auf, abwechselnd vom Kreuzbein und von den Füßen her Druck gegen meine Hände aufzubauen (Widerstand). Als ich ihr die Arme lang ziehe, meldet sie sich: Es tue hier weh (sie zeigt mit der Hand auf eine Stelle oberhalb der *linken Brust*). Ich frage, ob es eine Art Druck sei oder ein Stechen, Ziehen.... „Es sticht“. Dann entsteht eine Leere. Ich nehme meine Hände weg und frage, was sie gerade wahrnehme. Sie kann mir keine Antwort geben. Ich gebe Madlaina Anweisungen die Unterlage und den Atem zu spüren und sehe, dass wieder Leben in den Körper kommt. Später meldet sie ein brennendes Gefühl im rechten Oberschenkel. Ich frage, seit wann dieses Gefühl denn da sei. Sie kann diese Frage nicht beantworten. – „An was können Sie sich denn als Letztes erinnern?“ – „Ich habe versucht, regelmässig zu atmen“.

Zusammenfassung mehrerer Sitzungen: Besonders wenn ich den rechten berühre, verkrampft dieser sich und die Verkrampfung breitet sich über das ganze Bein bis zum Fuss aus. Dieser wird durch den Krampf stark nach innen gedreht [Stupor]. Ein anderes Mal entsteht plötzlich ein Tonusabfall und ich muss mich versichern, dass Madlaina noch bei Bewusstsein ist [Katalepsie]. In beiden Fällen ist die Atembewegung kaum mehr wahrnehmbar, sie hat sich bis auf ein Minimum zurückgezogen. Mir fällt auf, dass ich vor dem Auftreten des Stupors oder der Katalepsie oft ein inneres Bild von Beinen habe, die nach mir treten. Ich teile Madlaina diese Bilder mit.

In der 7. Sitzung: „Es geht mir eigentlich gut. Da ist einfach eine Wut.“ – „Hm, Sie spüren Wut?“ – „Ja und Hass.“ – „Da ist sogar Hass... (spüre in der Gegenübertragung weder Wut noch Hass). Richtet sich dieser Hass gegen jemanden?“ – „Ja, gegen meine Mutter und meinen Grossvater.“ – „Sie sind also wütend auf ihre Mutter und ihren Grossvater...“ – „Ja, und ui – ich erschrecke daran....“, beginnt ganz schnell und viel zu reden. – „Diese Wut, die sich gegen ihre Mutter und ihren Grossvater richtet, macht, dass Sie erschrecken.“ – „Ich bin auch so wütend, wenn schwarz bekleidete Männer auf mich zukommen... Manchmal bin ich etwas in Sorge, ich könnte explodieren (sie lacht)“. Jetzt spüre ich eine gesunde Wut in meinem Bauch (Gegenübertragung). „Hm, ist Ihre Befürchtung denn gerechtfertigt? Haben Sie diese Wut schon mal an anderen ausgelebt?“ – „Nein“ (sie lacht). Sie erzählt von Passanten auf der Strasse und von den männlichen Arbeitskollegen, welche häufig dunkel bekleidet seien. Sie berichtet auch von einer Empfindung „*wie 1000 Stiche ins Herz*“. Ich frage nach der Situation. Sie erzählt, dass sie sich oft, *wie ein kleines Kind fühle*. Am Ende dieser Sitzung ist ihr klar geworden, dass die Wut auf die schwarz bekleideten Männer ihrem Grossvater gilt, der dunkle Kleidung trug. Die *1000 Stiche im Herzen* sieht sie im Zusammenhang mit ihrer Mutter, welche sie im Stich gelassen hat. Sie hätte ihre Angst nie ernst genommen. Nur der Vater habe – auch wenn er oft getrunken habe – intuitiv die Schlafzimmertür jeweils einen Spalt breit offen gelassen, damit Madlaina das Licht vom Gang her sah.

In der 10. Sitzung wirkt sie ruhig und entspannt. Sie berichtet von einem erneuten, unverschuldeten Motorradunfall. Der Fahrer (ein Mann) sei geflohen. „Ich habe eine Sauwut auf die Männer, die mir das angetan haben.“ – „Ihre Stimme klingt dabei, als würde sie mir verschmizt von irgendeiner Samstagabend Talkshow erzählen. Ich frage, wo sie diese Wut in ihrem Körper spüre (Kathexis). Sie zeigt mit ihren Händen auf ihre Magengegend. Sie erzählt nun aufgebracht von ihren anderen Verkehrsunfällen. Wenn sie Auto fahre, werde sie manchmal plötzlich so wütend. Sie habe schon oft gedacht: „So, jetzt musst du dich aber auf den Verkehr konzentrieren!“ Sie erzählt auch, dass der Grossvater sie des öfteren auch im Auto (auf dem Weg zum Reitstall) missbraucht habe. Er habe dann die Türen verriegelt. Ich frage sie, ob sie schon einmal daran gedacht habe, ihren Grossvater anzuzeigen. Es entsteht eine Leere. Ich frage, was jetzt gerade passiere. Sie kann den Zustand nicht beschreiben, es sei komisch. „Mir ist aufgefallen, dass sie sich plötzlich aufgerichtet haben, als ich Sie dies fragte.“ – „Ja, es gab wie einen Stoss in meinem Kopf...“ – „Hm, ich habe sie also mit meiner Frage vor den Kopf gestossen?“ – „Ja“(lacht). Nach der Behandlung auf der Liege erzählt sie mir einen Traum: Sie sei zu ihrem Grossvater gegangen und habe ihm gesagt, sie werde ihn anzeigen. Sie sei ihm im Traum gegenübergestanden und habe sich zum ersten Mal wie eine 28jährige Frau gefühlt.

11.-25. Sitzung: Es sind indirekte Berührungen am Bauch möglich. Ich lasse Madlaina sich selber anfassen, arbeite mit Techniken aus Pilates und Widerstandsarbeit und mit Zwischenobjekten. Madlaina erzählt, wie ihr Bauch so lustig „grumschele“. Es tauchen Erinnerungen an die Schläge in den Bauch auf (Bruder hat sie 2 Jahre lang geschlagen) und an drei Hundeattacken. Die erste erlitt sie als 7-jährige. Der Hund habe sie in ihre Wade gebissen. Ob es *die linke oder rechte* sei, weiss sie nicht (sie zeigt auf die linke Wade). Dieser Hund habe Rattengift gefressen gehabt und sie hätte darum eine Blutvergiftung bekommen. Mit 9 Jahren musste sie mitansehen, wie mehrere Hunde dem Bruder die halbe Wade weggebissen hätten. Als junge Erwachsene habe sie Ein Kampfhund in die rechte Schulter gebissen. Auf der Liege muss sie immer wieder lachen und erzählt von einem Bild, dass sie nach der letzten Sitzung gehabt habe: Ein Baby, das lachend mit den Beinen strampelt. Ihre Träume zeigen an, dass sie „ins innere der Höhle“ vorgedrungen ist, und nun vor den Röhren, die nach unten gehen [die Beine] steht und nicht weiss, in welcher Röhre die Gefahr (in Form eines Haies) lauert. Einmal beginnt ihr rechtes Bein zu zappeln. „An was erinnert Sie dieses Zappeln?“ (Empfindungsbrücke). – „Wenn ich nervös bin, zapple ich auch mit den Beinen.“ – „Sind Sie denn jetzt nervös?“ – „Ich weiss nicht, vielleicht schon.“ Einmal liegt sie auf dem Bauch und ich verspüre den Impuls, sie mit der Handkante auf die Wade zu schlagen. Ich verbalisiere diesen Impuls. Madlaina lacht und sagt: „Das können Sie schon machen...“. Diese Intervention soll dazu führen, dass Madlaina die (Verteidigungs-) Impulse ihrer Beinen bewusst werden.

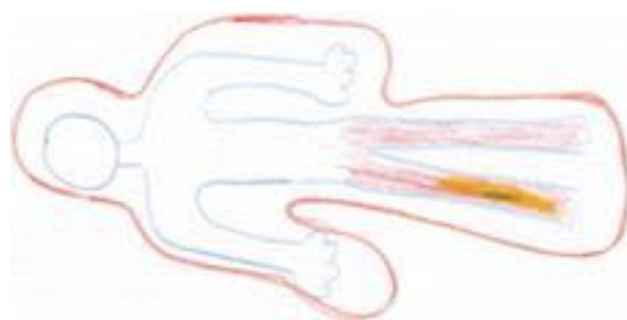
In dieser Zeit nimmt Madlaina Kontakt auf mit der Polizei, führt mehrere Gespräche und bringt in Erfahrung, dass ihr Fall seit ca. einem Jahr verjährt sei. Sie klärt ihre Mutter auf, fordert ihren Bruder auf, Stellung zu beziehen, schreibt dem Grossvater, dass Sie keinen Kontakt mehr zu ihm wünsche. Gleichzeitig leidet sie an starker Verstopfung und seit dem Unfall zunehmend an Rückenschmerzen. Sie bucht Termine bei Ärzten, Physiotherapeuten, Reittherapie, Chiropraktikern, Chinesischer Medizin, ist zwei Wochen voll und danach mehrere Monate zu 50% arbeitsunfähig. Weiter leidet sie unter starken (unbegründeten) Existenzängsten (EP). Der narzisstische Anteil gerät in eine Selbstwert- und Sinnkrise. Es beginnt eine schwierige Phase, indem sie über die wechselnden Symptome einen Bindungsschrei signalisiert und gleichzeitig

die Beziehung zu mir vermeidet. Unser Kontakt beschränkt sich mehrheitlich auf Gespräche, Körper-, Impuls-, und Gedankenwahrnehmung beim Sitzen und das Deuten ihrer Träume und Alpträume, in denen häufig wilde, gefährliche Tiere vorkommen. Bei der Behandlung möchte sie, dass ich die Atemmuskulatur löse. Sie zeigt mir, wie der Chiropraktiker dies tut. In der Gegenübertragung nehme ich im Bauch ein sehr diffuses Gefühl wahr und ich verspüre absolut keinen Impuls, sie am Bauch zu berühren. Ich teile ihr dies mit. Sie akzeptiert es. Stattdessen zeige ich vermehrt Übungen, um die Körperwände im Bauchraum bewusst werden zu lassen und die Verdauung muskulär (durch Beckenbodentraining und Pilates) anzuregen. Bei den Übungen ist Madlaina sehr ungeduldig. Sie möchte alles sofort „richtig“ machen, hält verwirrt inne und spricht unaufhörlich, sobald ich ihr zu viel oder zu wenig Freiraum lasse. Die Ungeduld projiziert sie auf mich. Ich bin dann die Strenge und erinnere sie an ihren Vater, der sie im Rausch angeschrien hat. Ich bemerke dabei häufig, dass ich in der Gegenübertragung einen „sturmen“ Kopf spüre, ein Ziehen, mehrheitlich auf der rechten Hirnhälfte, eine Leere im Kopf, manchmal sehe ich sie plötzlich nicht mehr so klar (Nebel), ich verliere den Faden und weiss plötzlich nicht mehr, was ich sagen wollte. Madlaina hat wiederholt ähnliche Wahrnehmungen: „Es zieht mich *oberhalb meines linken Auges* wie weg... bis ich nichts mehr spüre.“ Ich vermute, dass letzteres Phänomen etwas mit der Verarbeitung von sensorischen Erinnerungen auf der sprachlichen linken hippokampuslastigen Kortexhälfte zu tun hat.

Ich denke immer wieder: „Zu viele Köche verderben den Brei.“ Irgendwann konfrontiere ich Madlaina mit diesem Gedanken. Sie antwortet mir, ihr sei das alles zusammen mit ihren Hobbies wirklich zu viel. Sie hätte keine Freizeit mehr und sei oft der Erschöpfung nahe. Aber sie wisse nicht, wie und wo sie abbauen solle. Auf die Frage, was sie denn von mir als Therapeutin erwarte, antwortet sie: „Sie beraten mich und geben mir Tipps, wie ich dies und das am besten tun soll.“ Wir vereinbaren, dass ich sie dabei unterstütze, herauszufinden, was ihr eigentlich gut tut und wie sie ihre Termine und Programme koordinieren und verwalten kann. Sie beansprucht fortan häufig auch zwischen den Sitzungen meine Hilfe, auch mit häufigen Notfalltelefonaten oder verzweifelt klingenden Emails. Es geht dabei in der einen oder anderen Form um Abgrenzung, Gespräche mit dem Hausarzt, dem Chef, der Physiotherapeutin, dem Vermieter. Oder aber um Abhängigkeitsgefühle und die Angst, jemanden zu verlieren (konkret nennt sie ihr Pferd, ihren Freund und ihre Freunde).

In der Gegenübertragung spüre ich immer deutlicher, dass es einen Teil in ihr gibt, der sich „nichts sagen lassen möchte“ [narzisstischer Teil]. Diesen Teil versuche ich so wenig wie möglich zu konfrontieren, sondern ihn durch Spiegeln und Würdigen zu bestätigen. Gleichzeitig spüre ich in der Gegenübertragung auch stark beschützende, strukturierende und beruhigende Anteile (Mutterübertragung) und diese fordern Konfrontation und Interpretation ein. Ich wähle stark stabilisierende Interventionen wie „5-4-3-2-1“ und die Widerstandsarbeit. In einer Woche meldet sich Madlaina mehrmals bei mir und berichtet von einem Teil, der sein Leben wegwerfen wolle. Madlaina hatte zwischen 9 und 16 Jahren häufig Selbstmordpläne. Darum stelle ich eine Bedingung: „Wenn sich Ihr Zustand nicht innerhalb der nächsten zwei Wochen bessert, so müssen wir einen Psychiater hinzuziehen“. Daraufhin scheint sich ihr Zustand zu beruhigen, dafür nehmen die Schmerzen wieder zu [Stabilisation über den Körper]. Eines Tages erzählt Madlaina am Anfang der Stunde, wie stark die Schmerzen seien (Stufe 9-10). Wenn sie mittags nach Hause käme, müsse sie sich zuerst hinlegen, damit es wieder besser werde. Am Ende der Stunde spricht sie davon, ihr Pensum von 50% auf 80 % zu erhöhen. Ich weise sie auf diesen Widerspruch hin.

26. Sitzung: Madlaina erzählt von einem Wachtraum. Sie lege sich häufig hin und mache eine Krafttiermeditation oder spreche Affirmationen (=positive Dissoziation). Sie hätte sich gestern auch hingelegt, sei aber trotz der Affirmationen nicht richtig ruhig geworden. Deswegen habe sie noch ihren Körper gespürt. „Ich lag und hob mich aus mir heraus und legte mich links von mir wieder hin“ („Out-of-Body“). – „Das stelle ich mir unangenehm vor...“ – „Das erlebe ich häufig, wenn ich mich entspanne.“ – „Ach so, dass ist für Sie nichts besonderes?“ – „Nein“ – „Was ist denn das Letzte, woran Sie sich erinnern können, bevor Sie aus Ihrem Körper erhoben haben?“ – „Ich habe in meinem rechten Bein einen Impuls zum Kicken verspürt, aber er ist nicht durchgekommen.“ – „Sie wollten also eigentlich kicken und konnten es nicht?“ Es wird ruhig. In der Gegenübertragung spüre ich Verwirrung und eine Leere im Kopf. Ich spiegle diese Wahrnehmungen und schlage „Stampfen“ vor. Danach ist Madlaina wieder in der Gegenwart angelangt. Ich lasse sie eine Zeichnung anfertigen.



- **Anspannung**
- Impuls „kicken“ geht nicht, Hülle verhindert
- **Hülle**
- Kicke einfach, ohne Impuls, gutes Gefühl
- In meinem Körper kommt ein Nein und Wut: Ich will kicken!

Abbildung 12: Körpererleben von Madlaina vor dem „Out-of-Body“ Erlebnis

In der 39. Sitzung nehme ich Augenkontakt mit Madlaina (auf der Liege) auf und verbalisiere dies. Madlaina schaut mich an und kann den Blick nicht mehr von mir lassen. Ich empfinde diesen Blick als ineinander verschmelzend und schaue zwei bis dreimal kurz weg, um auch Madlaina die Möglichkeit zu geben, ihren Blick abwenden zu können. Madlaina lässt die Augen nicht von mir. Irgenwann unterbreche ich den Augenkontakt in dem ich sage: „So, ich glaube, jetzt ist es genug. Ich schaue jetzt weg...“ Da schaut sie auch weg.

In der 40. Sitzung erzählt Madlaina dann von einem Traum: Sie habe ein Baby bekommen und hätte nicht gewusst, was damit anfangen. Sie sei hilflos gewesen. Dann hätte sie das Baby so angeschaut und sie hätte sich verliebt. Man hätte sie überreden wollen, das Baby herzugeben, sie hätte das aber nicht zugelassen.

Madlaina führt mehrere Gespräche mit dem Arbeitgeber und der Unfallversicherung. Dabei fühlt sie sich immer wieder klein, sprachlos oder sie spricht von einer ohnmächtigen Wut. Mit ihren Einverständnis nehme mit dem Hausarzt Kontakt auf, weil ich befürchte, dass sie als klassische „Schmerzpatientin“ eingestuft und dazu motiviert werden soll, ihre Schmerzen nicht so ernst zu nehmen. Der Arzt hält nichts von der „Atemtherapie“, verweist Madlaina an einen Psychiater, der eine Berufsabklärung machen solle. Wie sich herausstellt, handelt es sich aber um eine normale Psychotherapie. Gleichzeitig wird ihr von der Opferberatungsstelle empfohlen, eine Therapie bei einer ausgebildeten Traumatherapeutin zu machen. Madlaina ist hin und her gerissen, weiss nicht, auf wen sie hören soll. Ich spiegle ihr immer wieder ihr Befinden, pendle zwischen meinen und ihren Wahrnehmungen hin und her. Ich fühle mich als Therapeutin ohnmächtig (den fremden Instanzen gegenüber) bin damit beschäftigt, diese Gefühle zu halten. Ich möchte Madlaina auf keinen Fall beeinflussen. Sie soll ihre Wahl eigenständig treffen können. Diese Situation beginnt sich zu beruhigen, als

ich die von mir unterschiedlich wahrgenommenen Rollen ihr gegenüber anspreche. In der einen fühle ich mich als taffe und zügig voranschreitende Coach und in der anderen als behütende und liebevolle mütterliche Therapeutin. Diese beiden Rollen stehen miteinander im Konflikt. „Könnte es sein, dass es da einen Teil in Ihnen gibt, der sich gerne von mir helfen lassen möchte und spürt, dass ich Ihnen helfen kann, während der andere sich nicht helfen lassen will und ungeduldig, wie er ist, von einem Ort zum anderen wechselt?“ Sie überlegt und kommt zum Schluss, dass sie sich durch den Psychiater ein schnelleres Vorwärtskommen erhoffe. Gleichzeitig merke sie, dass sie noch nicht soweit sei, ihre Familiengeschichte anzuschauen. Nach dieser Sitzung sind die Schmerzen kein Thema mehr und Madlaina kann wieder normal arbeiten. Ihr Erzählmuster verändert sich: Die Nebenstränge werden verständlicher und Madlaina macht teilweise selber Verbindungen zwischen Strang A und B etc. Die Sitzungen beim Psychiater beendet sie von sich aus. Einmal erzählt sie, dass sie beim Autofahren besonders gut merke, wie selten sie sich wirklich in der Gegenwart aufhalte. Sie sei in Gedanken so viel in der Zukunft oder hänge an irgendetwas Vergangenen nach. Ich gebe ihr fürs Autofahren die Übung 5-4-3-2-1 mit, damit sie stärker in der Gegenwart bleiben kann und das Unfallrisiko sinkt.

41. – 58. Sitzung

Madlaina erzählt von den Blicken der Mitarbeiter. Zu mir sagt sie: „wenn Sie mich so anschauen...“. – „Ok, dann schaue ich jetzt mal weg“, und ich fordere sie auf, dies auch zu tun, wenn sie merkt, dass mein Blick oder der Blick anderer unangenehm ist [Abgrenzung und Nein-Sagen über Abwenden der Augen]. In der manuellen Behandlung hingegen kündige ich den Blickkontakt an, nehme ihn auf und halte ihn auch. Einmal findet Madlaina, ich erinnere sie an ihre Mutter, sie hätte auch so blaue Augen. Aber in ihren Träumen tauchen auch andere blauen Augen auf. Mehrere Male träumt sie vom Grossvater, der plötzlich das Gesicht ihrer Mutter hat, dann zu einem Engel wird und sich wieder zurückverwandelt. Er hat blaue Augen. Madlaina kann sich nicht daran erinnern, wie die echte Augenfarbe des Großvaters ist. Ich konfrontiere Madlaina mit der Neurophysiologie des Traumas und dem Ego-State Modell von Huber (2009). Darauf hin frage ich sie, ob es ihr möglich sei, diesen Anteilen einen Namen zu geben. Sie nennt den narzisstischen Teil „Chef“. Wir finden heraus, dass dieser Teil sich meist über das Zappeln des rechten Fusses zu Worte meldet. Er ist ungeduldig und möchte, dass es vorwärts geht. „Was möchte der Chef, von mir?“ – „Er möchte um Erlaubnis gefragt werden.“ In der nächsten Stunde hat sie auch einen Namen für den EP bereit: „Taubе“. Es sei der Teil, der sich immer wieder klein fühle und faul vor dem Fernseher hänge (resigniert). Die weiteren Sitzungen gestalte ich so, dass die Wahrnehmungen jeweils separat benannt werden, also einmal für den Chef und einmal für die Taube.

Es zeigt sich ziemlich bald, dass *die stechende Brust auf der linken Seite* zur Taube gehört, welche sich verlassen und verloren fühlt. Neuerdings taucht jetzt manchmal auch ein *Stechen auf der rechten Seite* auf, welches noch nicht eindeutig zugeordnet werden kann. In ihren Träumen tauchen sehr häufig zwei bis drei weitere Personen in unterschiedlicher Ausgestaltung auf, welche sie auf unterschiedliche Weise davon abhalten wollen, sich gegen lebensbedrohliche Angriffe zu wehren. Währenddem sie sich zu Beginn der Therapie meistens durch Flucht oder Ergeben gerettet hat, beginnt sie sich jetzt teilweise erfolgreich zu wehren. Bald teilt mir Madlaina mit, dass es da noch einen Teil gebe, der hänge irgendwie mit der Taube zusammen, sie wisse aber nicht recht wie. Ich identifiziere einen weiteren emotionalen Anteil (EP), welcher sich im Gegensatz zum Rest der Taube bemüht, in Kontakt zu kommen mit der Um-

welt, teilweise auch zwischen Taube und Chef vermittelt und verzweifelt ist, wenn es ihm nicht gelingt. Auch dieser Teil meldet sich *mit einem Stechen in der Brust*, welches Madlaina nicht eindeutig rechts oder links zuordnen kann. Ich deute diesen Teil, indem ich ihn als ausgleichenden Teil zur Taube darlege. „Er ist zwar auch in der Vergangenheit verblieben und fühlt sich oft klein, er hat aber noch Hoffnung und blickt nach vorne.“ Wieder entsteht eine plötzliche Leere. „Was passiert jetzt gerade eben?“ frage ich. Nach einer Weile: „Es hat sich stimmig angehört, dann plötzlich gingen wir [mehrere Teile] wieder (macht eine spiralförmige Bewegung nach rechts oben mit der rechten Hand)... Ich sitze noch da, aber alles ist in weiter Ferne.“ („Out-of-Body“).

7.2 „Ich spüre nichts...“ Festgebunden: Panik / ADHS / Burn-out

Herr K., 51, verheiratet, 2 Kinder im adoleszenten Alter, Geschäftsführer einer international tätigen Firma, beide Eltern vor einigen Jahren verstorben, kommt aufgrund einer Empfehlung seines Psychiaters wegen „Stress, Panikattacken, Schlafprobleme“ in meine Praxis. Er habe ein „Burn-out“ bei bestehender ADHS und sei aktuell arbeitsunfähig. Er will „Vertrauen in seinen Körper gewinnen“ und „ruhiger werden“.

Herr K. ist groß, hat eine selbstsichere Ausstrahlung und Stimme. Als ich ihn frage, wie es ihm damit geht, arbeitsunfähig zu sein, betont er sofort das Positive an seiner Situation: „Jede Krise ist zu etwas da...“ [Denken] Er redet viel über die Chancen, die sich durch Schwierigkeiten ergeben und strahlt dabei. In der Gegenübertragung spüre ich meine Wangen einfrieren. Ich frage nach seinen Ressourcen. Er erzählt, er mache gerne Sport [Bewegungs- Handlungsimpulse]. Aber er sei zurzeit zu müde dafür. Ich brauche ein paar Anläufe, bis Herr K. auf seine Probleme zu sprechen kommt: Vor allem nach dem Auftreten körperlicher Symptome mache er sich Sorgen. Er könne sich nicht ausruhen, müsse alles unter Kontrolle haben, könne nicht erkennen, wann es genug sei. In andere Menschen versetzen könne er sich intuitiv gut, seine eigenen körperlichen Bedürfnisse und Gefühle erkenne er nicht. Er könne nur weinen, wenn seine Frau ihn umarme, sonst gehe das nicht [Fühlen]. Sonst spüre er einfach nichts. Als Herr K. den Raum verlässt, bin ich verwirrt, habe Kopfschmerzen und fühle mich *verlassen*.

In der 2. Sitzung erzählt Herr K., er müsse alles immer unter Kontrolle haben, das sei fast zwanghaft bei ihm. Er versuche unangenehme Gefühle wie ein Ball unter Wasser zu drücken. Seine Schlafprobleme hätten in seiner Kindheit begonnen, als die Eltern sich scheiden ließen. Er sei damals 11-jährig gewesen. Seine Mutter sei *nachts* oft weg gewesen zur Arbeit. Sein älterer Bruder sei bereits halb auswärts gewesen und er sei nun als ältester, zu Hause mit der Verantwortung (*allein*) geblieben. Vor der Scheidung seien die Eltern eines *nachts* nach einem Streit spazieren gegangen und seine Mutter hätte ihn gebeten mitzukommen. Er sei mit dem Luftgewehr 10 Meter hinter seinen Eltern hergegangen, damit er hätte eingreifen können. Dabei sei er unter großer Anspannung gestanden, weil er Angst gehabt hatte, dass der Vater der Mutter etwas antun könne. „Haben Sie, ihre Mutter oder ihre Geschwister je Gewalt erlebt durch ihren Vater oder sonst jemanden?“ – „Nein.“ Er wisse auch nicht, warum er solche Angst gehabt habe.

Bei der Übung „Körperreise“ im Stehen sagt er sofort „ich spüre nichts“. – „Vielleicht sind sie sich nicht gewohnt, ihren Körper zu spüren, ich bin mir jedoch sicher, dass

Sie irgendetwas in ihrem Körper spüren.“ – „Das ist ja gerade mein Problem, ich spüre nichts!“ [Widerstand]. – „Gut. Ich mache Ihnen einen Vorschlag: Wir beginnen beim Kopf und gehen so zusammen durch die einzelnen Körperregionen hindurch. Sind Sie damit einverstanden?“ – „Ja. Sie sind die Expertin“. – „Also, wenn ich bei mir spüre, so merke ich einen Druck in meinem Kopf (Übung „gläserner Kopf“), so hier vorne (ich zeige auf meine Stirne). Wie ist das bei Ihnen?“ – „Ich spüre Druck an den Schläfen.“ – „Sie spüren keinen Druck auf der Stirne, sondern an der Schläfe. Ist Ihnen das angenehm?“ (überprüfen, ob er Empfindung beurteilen kann). „Nein“. – „Dann gehen wir mit dem Lift ein Stockwerk weiter runter. Wie spüren Sie ihren Hals?“ – „Es schmerzt hinten...“ – „An der Wirbelsäule?“ – „Ja.“ – „Wie spüren Sie ihre Schultern?“ – keine Antwort. „Ihre Arme?“ – „Da spüre ich nichts...“ – „ihre Hände?“ – „Es kribbelt in den Fingern.“ – „Ist das Kribbeln angenehm?“ – „Das kann ich nicht sagen.“ – Wie spüren Sie ihren Oberkörper?“ – „Da ist ein Druck“ (zeigt auf Brust) – „Sie spüren also Druck auf der Brust.“ – „Ja“. Ich führe weiter durch den Bauch, das Becken, die Beine. Herr K. spürt nichts. In der Gegenübertragung spüre ich einen Knoten im Oberbauch. Vom Knoten weg abwärts spüre ich mich wenig. Bei den Füßen angelangt: „Wie spüren Sie ihre Füße?“ – „Sie stehen auf dem Boden“ – „Ich wiederhole Ihre Empfindungen: Sie spürten, Druck an den Schläfen, Schmerzen an der Halswirbelsäule, Kribbeln in den Fingern, Druck auf der Brust und ihre Füße auf dem Boden (zähle mit der Hand). Das sind immerhin 5 Dinge.“ – „Ja-a, Sie haben recht...“

Bereits nach dieser Sitzung überblicke ich mit Hilfe der Gegenübertragungswahrnehmungen die Ressourcen und Wahrnehmungsebenen, welche im Schatten, respektive im Licht liegen: Die bevorzugte Bewusstseinsfunktion ist das Denken. Herr K. redet viel, reflektiert, kombiniert und folgert seine Gedanken gewandt. Die erste Hilfsfunktion ist das Intuieren. Er ist es gewohnt, Entscheidungen zu treffen, zu handeln, er treibt Sport, weil es ihm gut tut und er kann sich gut in andere versetzen. Die zweite Hilfsfunktion ist das Empfinden. Kopf, Hals, Brust, Hände und Füße spürt er vor allem dann, wenn etwas neutral oder nicht in Ordnung ist. Positive Körperempfindungen erwähnt er nicht. Das Fühlen (Schatten), auch im Sinne von Bewerten von Empfindungen, gilt es über das Differenzieren der Empfindungsfunktion auszubilden. Die Übung „Körperreise“ ergibt sowohl in der Eigen- wie in der Fremdwahrnehmung ein Vorherrschen von Kopf, Hals, Brust, Händen und Füßen, was auf den Typus des Histrionikers hinweist. Das Verlassenheitsgefühl und der Hang zur Selbstdarstellung hingegen weisen auf narzisstisch isolierte Anteile hin. Das Gefühl der Verlassenheit könnte ein Hinweis auf den Übertragungswunsch sein (die Mutter, die da ist). Den Satz „Ich spüre nichts“ habe ich bereits bei vielen Klienten gehört. Herr K. erinnert mich an den Typ 2, den ich in der Frage 1 der Einleitung beschrieben habe: Für ihn wird es gefährlich, wenn er seinen Körper spüren soll. Ich weiß also, dass ich sehr sorgfältig und langsam vorgehen muss.

Unser erstes vereinbartes Therapieziel ist es, mehr Sicherheit beim Spüren und Benennen von Körperempfindungen zu bekommen. Zu Beginn helfe ich Herrn K. meist, indem ich zwei gegensätzliche Empfindungen vorgebe und beispielsweise frage: „Sind Ihre Hände kalt oder warm, leicht oder schwer, klein oder groß...“ Mit Hilfe dieser Gegensatzpaare kann er bereits einige Differenzierungen treffen. Ab der vierten Sitzung beginnt er teilweise eigenständig Antwort zu geben, wenn ich ihn nach seinen Empfindungen frage. Um das Strukturniveau zu bestimmen, überprüfe ich Nähe und Distanz im Stehen aktiv (durch Veränderung seiner Position) oder im Liegen passiv (durch Veränderung meiner Position). Es spiele keine Rolle ob ich nah oder

fern oder gar außerhalb des Raumes sei, sagt er. In der Gegenübertragung kann ich jedoch immer wieder einen deutlichen Unterschied spüren, was ich zu diesem Zeitpunkt für mich behalte: Bin ich ihm so nahe, dass ich ihn anfassen könnte oder bin ich zu weit weg, so werden meine Füße kalt, ich spüre ein heiß-kaltes Kribbeln in meinen Fingern und eine Unruhe im Bauch und manchmal erwische ich mich dabei, dass ich plötzlich am Studieren bin. Drückt Herr K. seinen Körper oder einzelne Glieder auf meine Aufforderung hin gegen die Unterlage (Widerstandsarbeit), gehen diese Gegenübertragungsempfindungen weg. So beginne ich ab der fünften Sitzung mit der manuellen Behandlung hauptsächlich mit Druck und Widerstand. Zu Beginn lasse ich ihn jeweils für sich alleine seinen Körper spüren und benennen. Er soll eine Sequenz lang Druck gegen die Unterlage aufbauen und diesen dann im Ausatem lösen, den Ausatem zu den Fußsohlen runter lassen, sich einen warmen Sonnenball im Bauch vorstellen (Imagination) oder Progressive Muskelentspannung machen. Diesen Einstieg wiederholen wir immer wieder (Konditionierung). Die Behandlung beginne ich dann nach ca. 10 Minuten am Oberkörper, weil sich Herr K. oben am meisten spürt. Ich vermeide Berührungen am Bauch, da dieser in der Gegenübertragung wenig spürbar ist, halte mich eher an das Knöchelne und Gelenkige und arbeite hauptsächlich mit Druck. Auffallend ist für mich immer wieder, dass Herr K. während der ganzen Behandlung die Augen zur Decke gerichtet offen hält und hin und her bewegt. Auf mich wirkt das, so, als könnten seine Augen nicht zur Ruhe kommen. Diese Unruhe ist im restlichen Körper nicht spürbar. In der neunten Sitzung habe ich plötzlich den starken Impuls meine Augen zu schließen. Ich teile dies Herrn K. mit. Er zeigt keine Reaktion. In der achten Sitzung liegt Herr K. auf dem Bauch. Ich gebe gerade mit beiden Händen mittleren Druck aufs Kreuzbein, da spüre nur noch „totes“ Gewebe. „Wo sind Sie gerade?“ – „Ich schwebe an der Decke oben“ („out-of-body“). Ich frage ihn, wie es denn sei, da oben zu schweben. Er antwortet, es sei etwas seltsam und lacht. „Wissen Sie noch, an welcher Stelle ich Sie berührt habe, als Sie aus ihrem Körper sind?“ – „Ich glaube, als Sie an meinem Hinterkopf waren.“ Bei der Berührung am Hinterkopf hatte ich mich einen Moment lang diffus wahrgenommen und daraufhin zum Kreuzbein gewechselt. Ich erkläre Herrn K., dass sich für mich das Schweben wie ein Weg-Gehen anfühlt und dass ich davon ausgehe, dass etwas nicht in Ordnung sei, wenn er weggehe. Er meint, das könne sein. Ich erkläre weiter, dass ich es auch in Anbetracht seiner Therapieziele für wichtig halte, dass er mit der Zeit einschätzen lerne, welche Berührungen ihm gut täten und welche nicht. Es ginge nämlich nicht darum, Empfindungen um jeden Preis auszuhalten.

Ich stehe nun vor der Frage, ob es aufgrund der von Herrn K. erwähnten Paniksymptome und der Dissoziation (niedriges Strukturniveau) richtig sei, regressiv (auf der Liege) zu arbeiten. Da diese Phänomene nur während der Behandlung erkennbar werden und mit bestimmten Körperregionen, wie den Beinen dem Kopf oder der Brust zu tun haben, gehe ich neben dem vorherrschenden mittleren Strukturniveau nur von einzelnen isolierten niedrig strukturierten Ich-Anteilen aus.

Wenn ich Herrn K. frage, ob er lieber üben oder behandeln will, antwortet Herr K. nicht direkt, sondern sagt Dinge wie: „Sie sind die Expertin...“ (klingt in meinen Ohren trotzig). Das Gleiche, wenn ich frage, ob er Übungen machen möchte. Wenn ich jedoch frage, ob er Behandeln möchte, antwortet er kurz und knapp mit einem „Ja“. Ich entscheide mich darum meistens für das Behandeln auf der Liege. Dafür spricht auch, dass Herr K. berichtet, es ginge am besten zu spüren (zu Hause), wenn er einfach nur daliege. Während des Übergangs zwischen seinem „Ja“ und dem Wechsel auf die Liege fühle ich mich jedes Mal unsicher, manchmal klein und befangen (Über-

tragung?). Ich frage dann nochmals nach, ob es wirklich ok sei. Dieses Nachfragen lässt löst jedes Mal einen Widerstand bei Herr K. aus.

In der siebten Sitzung äußert er angesichts des bevorstehenden Wiedereinstiegs in das Berufsleben zum ersten Mal Zweifel, ob er das „sich selber spüren“ halten könne. In der darauffolgenden Sitzung frage ich ihn nach seinen Gefühlen. Er habe jetzt nicht mehr so starke Gefühle und sei nicht mehr so stark im Jetzt, wie als er so traurig gewesen sei. Er habe manchmal Angst, das wieder zu verlieren.

In der 11. Sitzung berichtet er von einem *Verlassenheitsgefühl*, dass dadurch ausgelöst wurde, dass sein Psychiater (der Zuweiser) ihm die Sitzung abgesagt hätte, da er für längere Zeit krank geschrieben sei (Übertragungswunsch die Mutter, die zuhört, wenn es um den Vater geht, der nicht da ist?).

Auch in der Behandlung reagiert Herr K. auf Druck und Widerstand. Es sei befreiend im Einatem Gegendruck (gegen meine Hände) zu geben. Der Bauch von Herr K. bläst sich im Einatem gegen den Druck auf wie ein Ballon und Herr K. hält in diesem Zustand den Atem an. Ich gewinne den Eindruck, er könne nächstens platzen. Im Brustkorb ist hingegen fast keine Atembewegung erkennbar. „Ich sehe, dass Sie den Atem anhalten. Ist Ihnen das Anhalten angenehm?“ – „Das mach ich immer so. Es hat mir schon mal jemand gesagt, dass man sich nicht beim Einatmen anstrengen soll sondern beim Ausatmen. Aber das kann ich nicht. Beim Golfen schlage ich auch immer mit angehaltenem Einatem“ – „Ok, dann möchte ich Sie bitten, zu überprüfen, ob es vielleicht im Moment angenehmer ist, wenn Sie den Druck soweit reduzieren, dass Sie den Atem nicht mehr anhalten müssen (Hilfs-Ich das Impuls zur Selbstregulation gibt). Nach einer Sequenz Widerstand wird der Atem ruhig und gelassen. Äußerlich scheint es, als könne Herr K. sich entspannen. Auch in der Gegenübertragung spüre ich eine Art Entspannung. Trotzdem werde ich unsicher. Ich frage „Was nehmen Sie gerade wahr?“ – „Ich spüre nichts...“ – „Wie spüren sie denn ihren Bauch?“ – „Weiß nicht.“ – „Spüren Sie Ihren Atem?“ – „Ja, der ist hochgerutscht.“ – „Aha, Ihr Atem ist hochgerutscht. Wohin denn?“ – „Hier...“ (er zeigt auf Brust und Hals) „...pulsiert es“ (zeigt auf Hals). – „Ihr Atem ist also in die Brust- und Halsgegend hochgerutscht...“ – „Ja, Sie haben recht...“ – „Wenn ich mich recht erinnere, sind das die Stellen, welche Sie bei der „Körperreise“ auch gespürt hatten...“ Das Hochrutschen des Atems in Brust und Hals und das Hören des Pulsschlages sind typische Paniksymptome. Ich frage mich, ob Herr K. sie als solche identifiziert. In der Gegenübertragung spüre ich ein Gefühl von sich nicht trauen und frage darum nicht direkt. „Kennen Sie das, wenn ihr Atem hochrutscht?“ – „Ja, das passiert häufig.“ – „Dann ist es nichts Außergewöhnliches...?“ – „Nein, das habe ich schon als Kind gehabt. Ja, der ... (sagt seinen Vornamen). Der ist halt etwas seltsam“ (lacht).

In den ersten 12 Sitzungen erwähnt er manchmal seine Füße, wenn ich ihn nach Empfindungen im Körper frage. Es stellt sich heraus, dass er damit nicht seine ganzen Füße, sondern lediglich seine Fußsohlen meint. Wenn ich ihn am linken Unterschenkel oder Fuß halte, das Bein anhebe oder Zug auf das Bein ausübe, spüre ich nur noch „tote“ Masse, ich habe den Eindruck, nicht mehr in Kontakt zu sein mit Herr K. Beim Nachfragen stellt sich heraus, dass die Paniksymptome wieder da sind.

In der 13. Sitzung spreche ich im Wechsel zwischen Gespräch und Liege meine Unsicherheit an. Er: „Das ist jetzt aber Ihre Unsicherheit, Ihr Problem!“ Das einzige was ich im Stande bin zu antworten ist: „Ja, da haben Sie recht, das ist meine Sache.“ Meine Unsicherheit wird dadurch noch grösser und ich helfe mir damit, dass ich für mich selber Sorge (Selbstregulation) und eine Nähe-Distanz-Übung im Stehen

vorschlage. Herr K. ist einverstanden. Für die Übung verlasse ich den Raum. Herr K. soll erst einmal alleine seinen Körper spüren. Nach einer Weile komme ich hinein und stelle mich gegenüber ihm auf. Mit der Zeit verringere ich den Abstand. Ich frage ihn immer wieder, ob er sich noch gleich deutlich spüre. Er bejaht. Als ich ca. 50 cm vor ihm stehe (ohne Blickkontakt), kommt es mir so vor, als würde ich in den Boden hineingezogen und fühle mich dabei wie gelähmt. Herr K. hingegen plustert sich sichtbar auf. Ich oben klein, unten groß, er umgekehrt. In der Nachbesprechung erzählt Herr K. es sei zu Beginn komisch gewesen, als ich reingekommen sei. Die Brust sei eng geworden und der Hals auch. Der Atem sei oberflächlich geworden und er hätte sich gefragt, was kommt jetzt auf mich zu? Was erwartet sie von mir? Danach sei es wie egal geworden (umschalten bzw. Spaltung ins Größen-Selbst?).

In der 14. Sitzung fordere ich ihn auf, seine Hand auf das Brustbein zu legen und den Atem zu spüren. Nach einer Weile kündige ich an, dass ich meine Hand jetzt als Unterstützung auf seine lege, ob das ok sei. „Ja“. Kaum lege ich meine Hand mit der Außenkante auf die seine, ergreift mich ein seltsames Gefühl. Ich frage: „Ist Ihnen meine Hand lästig?“ – „Äh, ja..., ich hab das Gefühl, keine Luft mehr zu kriegen.“ – „Ok, ich könnte jetzt meine Hand einfach wegnehmen. Aber ich möchte, dass sie zu erst einmal schauen, ob es Ihnen selber möglich ist, ihre Brust wieder in Besitz zu nehmen.“ (ich biete ihm an, sein empfundenes Nein auszudrücken). Vorsichtig harre ich aus und achte auf die Gegenübertragung. Ich habe den Eindruck, es habe sich alles normalisiert. „Klappt das?“ – „Ja, wenn ich hineinatme (in die Brust), dann geht die Hand weg.“ – „Sie empfinden es so, als würde meine Hand weggehen, wenn Sie in die Brust atmen?“ – „Ja“. – „Dann ist das Erstickungsgefühl jetzt nicht mehr da?“ – „Nein“. – „Soll ich meine Hand jetzt wegnehmen, oder kann ich sie da lassen?“ – „Sie können Sie lassen, sie stört mich nicht mehr...“

In der 17. Sitzung, liegt Herr K. auf dem Rücken. Ich halte gerade seinen Hinterkopf, gebe im Einatem ins Polster nach und lasse dann wieder los. Herr K. beginnt zu sprechen: „Es klemmt im Hals (er zeigt auf die linke Seite) und reizt, wie beim Husten.“ – „Wissen Sie noch, was sie gedacht haben, bevor das gekommen ist?“ – „Ja, ich dachte, *aha, jetzt geht es runter...*“

In der 20. Sitzung: „Dieses Enge- und Erstickungsgefühl interessiert mich, da es immer wieder auftaucht. Können Sie sich erinnern, wann das zum ersten Mal aufgetreten ist?“ – „Ja, da war ich ungefähr 11 war häufig alleine zu Hause.“ – „Wo war denn ihre Mutter?“ – „die musste arbeiten, sie arbeitete häufig auch *nachts*... „Ich könnte mir vorstellen, dass noch vor dieser Zeit etwas geschehen ist...“ – „Was meinen Sie...?“ – „Ja, vielleicht etwas, woran Sie sich nur noch halb erinnern...“ – „Das wäre ja ganz schlimm, wenn etwas passiert wäre, was ich nicht mehr weiß, dann könnte ich es ja gar nicht *kontrollieren*...“ Er kommt ins Reden und ich schlage vor, das Thema einfach ruhen zu lassen.

In der 21. Sitzung berichtet Herr K., er sei seit drei Tagen unruhig und aggressiv. Er habe es nicht gerne, wenn jemand in seinen Garten trete. Seine Kinder seien in der Schule ungerecht behandelt worden. Er könne sehr wütend werden, wenn seine Kinder oder seiner Frau ungerecht behandelt würden. Ich frage, ob ich auch in seinen Garten getreten sei. Er verneint und redet sofort weiter. Ich denke „er weicht aus...“ Plötzlich knüpft er doch an der letzten Stunde an: Er habe sich Gedanken gemacht. Das auslösende Ereignis sei für ihn gewesen, als er beim Skifahren sein linkes Bein gebrochen hätte. Damals sei er 7 Jahre alt gewesen. Der Rettungsschlitten sei ge-

kommen, es seien alle rundherum gestanden (Mutter anwesend) und er hätte in den *engen* Schlitten hineinsteigen müssen, um *kopf*voran ins Tal hinunter gefahren zu werden. Er habe solche Angst gehabt, dass er „getäubelt“ habe und sogar auf sein gebrochenes Bein gestanden sei, um zu beweisen, dass er selber fahren könne (als er dies erzählt, sehe ich das Bild eines Geburtskanals vor mir). Der Arzt habe erst gemeint, er brauche nicht ins Spital. Aber nach einer Woche habe er gesagt: „er muss ins Spital...“. Danach sei er einen Monat im Spital gewesen. Er hätte ein Zimmer in einem Sechserabteil mit Erwachsenen bekommen. Der Zimmerchef habe ihn zusammengeschnauzt, wenn er aus Heimweh, geweint habe. „Wann war denn das Heimweh besonders stark?“ – „*In der Nacht, wenn ich schlafen sollte...*“. Sein (linkes) Bein sei an einer durchgängigen Schraube (durch den Knöchel hindurch) festgemacht und aufgehängt gewesen. Er sei ans Bett *festgebunden* gewesen und hätte nicht weggekonnt. Wenn er geschäftlich verreisen müsse, weg von der Familie und nicht aus der Situation herauskomme, dann sei das sehr schlimm für ihn.

In der 22. Sitzung: „Wenn ich Wut spüre, bin ich nicht außer mir, dann spüre ich mich, sonst nicht...“ – „Hm, was würde passieren, wenn Sie ihre Wut mit ihrem Körper ausdrücken könnten?“ – „Das kann ich. Ich gehe joggen.“ – In der Gegenübertragung wird Nervosität spürbar. Ich spreche diese an. „Ja, so fühle ich mich oft...“ – „Was würde dem nervösen Teil jetzt gut tun?“ (indirekte Kommunikation mit dem isolierten Ich-Anteil). „Ich vertraue Ihnen, möchte ruhig wieder hinausgehen können.“ – „Ok, dann übernehme ich jetzt die Verantwortung...“ Auf der Liege äußert er erstmals von sich aus, dass der Atem hochgerutscht sei. „Was möchte denn der Atem jetzt von meiner Hand?“ – „Sie soll weg!“ – „Ok, dann nehme ich meine Hand jetzt weg... Mir fällt auf, dass Sie die Verantwortung für Ihr Wohlbefinden übernommen haben.“

In der 23. Sitzung entsteht plötzlich eine gehaltvolle Leere (therapeutischer Raum), ein Moment des Schweigens in dem wir uns nur anschauen. „Ich spüre gerade eine Art Leere“ sage ich. Er: „Ha, jetzt haben Sie zuerst gesprochen...!“ – „... Ähm, ja, das ist richtig. Ist Ihnen das wichtig, dass ich zuerst spreche?“ – „Ja, ich spüre eine Erwartungshaltung.“ – „Was erwarte ich denn von Ihnen?“ – „Sagen Sie's mir!“ – „Ich habe im Moment nicht den Eindruck, etwas von Ihnen zu erwarten. Vielmehr habe ich den Eindruck, dass das was gerade geschieht, mit ihrer Geschichte zu tun hat. Ich könnte mir vorstellen, dass die Erwartungshaltung dann kommt, wenn es still wird (Pause). Wenn Sie sich alleine fühlen (Pause). Es wurde von Ihnen erwartet, dass Sie still sind, damals...“ – „Das könnte sein, ja...“

In der 24. Sitzung berichtet er, er ernähre sich jetzt anders, fühle sich gut und wolle abnehmen. Mittags bereite er sich sein Essen selber zu und er gehe selber einkaufen. Dieses Kochen sei zwar banal, aber es ginge ihm jetzt viel besser. In der Gegenübertragung spüre ich Stolz. In der Behandlung geht Herr K. zum ersten Mal nicht weg, wenn ich den Ausatem löse, ohne vorher Druck zu geben. Beim Verabschieden komme ich mir hartnäckig vor und penetrant (Vaterübertragung? Der penetrante Zimmerchef?).

In der 25. Sitzung geht es wieder um Nahrungszubereitung. Ich würdige ihn dafür, dass er sich für eine solch „banale“ Beschäftigung so strukturiere. „Ja, wenn ich mir die Struktur selber geben kann, dann geht das.“ – „Wie fühlt sich das an in Ihrem Körper, wenn Sie so strukturiert sind?“ – „Es gibt mir Sicherheit... ja, und das ist etwas anderes als Kontrolle.“ – „Sicherheit ist also etwas anderes als Kontrolle...“ – „Ja“. – „Ich sehe da gerade eine Verbindung zum Thema Angst. Interessiert Sie, was

ich darüber denke?“ – „Ja“ – „Ich vermute unter dem Bedürfnis Kontrolle haben zu wollen, steckt eine große Unsicherheit auch im Zusammenhang mit ihren bedrohlichen Körpersymptomen, welche Sie nicht richtig zuordnen konnten. Jetzt merken Sie, wenn Sie sich sicher in ihrem Körper fühlen, ist Kontrolle gar nicht nötig.“ Herr K. schweigt. „Wollen wir wechseln?“ frage ich (ich gebe die Möglichkeit, den entstandenen Raum zu schließen). ... „Ja“. Wieder entsteht seltsame Stille und ich weiß nicht recht, ob mir wohl ist oder nicht. Schließlich frage ich, wie er dieses Schweigen gerade empfinde. Er: „Ich warte, dass Sie das Wort ergreifen! Das haben Sie ja jetzt“ (triumphierend).

In der 26. Sitzung fühlt sich Herr K. gestresst. Es sei aber ein guter Stress. Er habe viel Energie. „Wo spüren Sie diese Energie?“ (Kathexis). Er zeigt auf Bauch und Magen. „Dort ist es warm und es kribbelt. In der Gegenübertragung nehme ich zum ersten Mal eine angenehme Leere im Kopf wahr und eine Ruhe im Bauch. Ich nehme dies zum Anlass und spreche den Unterschied zur Stille an, welche ich bei den Wechseln zwischen Gespräch und Liege erlebe. „Es kommt mir wie ein Unterbruch vor.“ – „Ich dachte, Sie hätten immer alles im Griff?!“ Ich muss lachen. „Nein, das habe ich sicher nicht...“ – „Wieso nicht?“ (klingt vorwurfsvoll). – „Darauf weiß ich im Moment keine Antwort“ sage ich und „...ich merke, dass es mir hier im Magen alles zusammenzieht. Darum würde ich das gerne für den Moment so stehen lassen. Ist das in Ordnung für Sie?“ – „Für den Moment ja.“ Von diesem Moment an, ändert sich die therapeutische Beziehung zu Herrn K. Die peinliche Stille, die Leere, die Unsicherheit im Wechsel tauchen zwar weiterhin auf, jedoch in verminderter Form. Außerdem hat sich die Stimmung generell entspannt. Wie sich herausstellt, hatten die Schlafprobleme bereits im Alter von 7-8 Jahren angefangen, sie könnten also infolge der belastenden Erlebnisse rund um den Spitalaufenthalt aufgetreten sein.

8 Schlussgedanken

Früh traumatisierte Menschen erlebten eine äußerst belastende Situation durch eine Vernachlässigung oder aber eine als bedrohlich empfundene Versorgungsleistung einer Bezugsperson oder des medizinischen Personals. Die Nähe zu einer anderen Person wurde unter Umständen als sehr gefährlich abgespeichert. Gleichzeitig entspricht es jedoch dem frühkindlichen Alter, die körperliche Zuwendung durch eine Bezugsperson einzufordern, da dies die einzige Möglichkeit zum Überleben ist. Früh traumatisierte Menschen bleiben mit ihren isolierten Anteilen in jenen ursprünglich belastenden Ereignissen zurück, vermeiden Nähe, versuchen sich unsichtbar zu machen und fordern gleichzeitig unentwegt diese körperliche Nähe und Zuwendung ein, womöglich in dem sie innerhalb einer Somatisierungsstörung zahlreiche körperliche Symptome entwickelt oder in dem sie widersprüchliche Beziehungswünsche hegen.

Nachdem sie Vertrauen zu mir gefasst haben, erzählen mir Klienten nicht selten, dass sie früher schlechte direkte oder indirekte (z.B. über Familienmitglieder) Erfahrungen mit Psychotherapeuten gemacht hätten und sich darum geschworen hätten: Nie (wieder) Therapie! Unter Umständen ist es für die Therapie von Bedeutung frühe Traumatisierungen zu erkennen, auch wenn es keinen Nachweis und keine Äußerungen vonseiten des Klienten gibt. Dissoziation ist ein Anzeichen für eine traumatische Erfahrung. Werden wiederkehrende dissoziative Phänomene von der Therapeutin über die Gegenübertragung lokalisiert und thematisiert, so kann über das gegenseitig und gegenwärtig erlebbare Phänomen der Dissoziation mit der Zeit

Vertrauen und eine therapeutische Übertragungsbeziehung entstehen. Die Empfindungsfähigkeit insbesondere im Sinne des emotionalen Bewertens kann gesteigert und damit das Halten von Affekten und Impulsen gefördert werden. In der Übertragungsbeziehung können isolierte Ich-Anteile nachreifen und sich in die Gesamtpersönlichkeit integrieren.

Diskussion

In der konventionellen Traumatherapie werden den körperorientierten Methoden hauptsächlich stabilisierende Wirkungen im Sinne der Selbstregulation zugesprochen. Der Körper bietet jedoch mehr als Stabilisation: Er ist ein hervorragendes Instrument, um traumatische (sensorische) Erinnerungen aufzuarbeiten und zu integrieren und er bietet eine ganzheitliche Projektionsfläche für Übertragungen. Für die Integration der Erinnerungen ist eine körperpsychotherapeutische Ausbildung meiner Meinung nach von Vorteil, insbesondere darum, weil sich die Konflikte, welche innerhalb der Übertragungsbeziehung auftauchen, möglicherweise stärker über den Körper und die körperliche Beziehung zeigen. Konflikte müssen also vom Therapeuten auf der Körperebene erkannt und angemessen thematisiert werden können. Atem- und Körperpsychotherapeutinnen, welche meist einen nicht-akademischen Weg gegangen sind und sich auch anhand hunderter Selbsterfahrungsstunden – häufig innerhalb mehrerer körperorientierten Ausbildungen – ausgebildet haben, bringen sowohl den psychotherapeutischen wie auch den körperorientierten Hintergrund mit. Sie sind darum bestmöglichst ausgerüstet, um Menschen mit Frühstörungen und frühen Traumata therapieren zu können. Dafür ist meiner Meinung nach auch keine Zusatzausbildung in Traumatherapie nötig.

Es könnte für die noch junge AKPT von Vorteil sein, sich intensiver mit Objekt- und Selbstrepräsentanzen (Objektbeziehungstheorie) zu beschäftigen, da die Beziehungsfähigkeit von Klient und Therapeut dadurch sicherlich verstärkt werden kann. Hier bestehen zurzeit noch keine AKPT-Konzepte. Auch die Beschäftigung mit den Abwehrformen der (Täter-) Identifikation und der Projektion ist bei Traumatisierungen, speziell bei frühen Traumata, außerordentlich wichtig. Weiter möchte ich auch einen Diskurs zur Rolle des Bewusstseins anregen. Was ist das Bewusstsein und wie funktioniert es? Heißt Bewusst-Sein eher beobachtend oder erlebend zu sein? Wie wichtig ist das Bewusstsein tatsächlich für den therapeutischen Prozess? Gibt es einen Unterschied zwischen dem Bewusstsein des impliziten und des expliziten Gedächtnisses?

Ich möchte meine Arbeit mit einem Zitat von Allan Schore schließen, um nachfolgend noch auf die in der Einleitung gestellten Fragen zurückzukommen.

In den letzten 10 Jahren hat sich der Fokus der Wissenschaft ... verändert.... Es besteht ein intensives Interesse an nicht bewussten Prozessen und grundlegenden Operationen des Gehirn-Bewusstsein-Körper-Systems, die sich schnell und automatisch ereignen – auf Ebenen weit unterhalb der bewussten Wahrnehmung. Dies betrifft vor allem behaviorale, kognitive und insbesondere emotionale Prozesse, die die grundlegende Fähigkeit zur Selbstregulation herbeiführen.... Die adaptive Funktion der Verstärkung der positiven Emotion und der grundlegend körperlich basierten Operationen, die dem emotionalen Prozess zugrunde liegen, werden meist nicht berücksichtigt. (Schore, 2007, S. 17-18)

Zu Frage 1:

Menschen mit einer Angst- und Panikstörung lassen sich in zwei Typen einteilen. Bei Typ 1 ist die Störung vermutlich erst mit zwei bis drei Jahren (oder später) nach oder unmittelbar währenddem Ausreifen des Körper-Ichs in Folge einer nicht geglückten

Ablösung von der Mutter entstanden. Bei Typ 2 liegt vermutlich eine (frühe) Traumatisierung mit daraus resultierendem empfindungs- bzw. körper- und/oder beziehungsphobischem Verhalten vor.

Zu Frage 2:

Leistungsorientierte Menschen, welche sich vorwiegend über eine Wahrnehmungsfunktion (meist das Denken, Planen und Handeln) in der Zukunft aufhalten, haben als Kleinkind nicht hinreichend gelernt, ihre Empfindungen zu bewerten und sind somit auch nur begrenzt in der Lage, ihre Bedürfnisse in der Gegenwart wahrzunehmen und für deren Befriedigung zu sorgen.

9 Literaturverzeichnis

- Auster, T. (2006). Konzepte des Selbst in der Psychoanalyse von Donald W. Winnicott. S. 115-139. In Selbstpsychologie. Heft 24, 7. Jg. 2/2006
- Bauer, J. (2002). Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt am Main: Eichborn
- Bauer, J. (2006). Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone (9. Aufl.). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bauer, J. (2011). Schmerzgrenze: Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt. München: Karl Blessing Verlag
- Becker, I. (2012). Auf dem Weg nach Hause, APT und Asthma. In S. Bischof, B., Obrecht Parisi, A. Rieder. Atem der ich bin: Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen (S. 11-68). Norderstedt: BoD GmbH.
- Bischof, M. (2007). Atemtherapie und Wissenschaft. In S. Bischof (Hrsg.), Traum - Trauma – Wissenschaft: Bericht von der Tagung "Atem - Bewusstsein - Feld" des Instituts für Atempsychotherapie in Freiburg, November 2006 (S. 102–168). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bischof, S. (2003). Diagnostik, Erstgespräche, Berichte. gefunden am 11.5.2011 auf <http://www.atempsychotherapie.de/main.php?page=650&lg=d#stud>
- Bischof, S. (2009a, 18.1.). Traumatherapie. Trauma Arbeit. Arbeitsblatt. Gefunden am 13.9.2012 auf <http://www.atempsychotherapie.de/main.php?page=650&lg=d#stud>
- Bischof, S. (2009b, 13.8.). Der Mensch im Feld des Atems. Arbeitspapier Feld, APT Therapietheorie. gefunden am 13.5.2011 auf <http://www.atempsychotherapie.de/main.php?page=650&lg=d#stud>
- Bischof, S. (2012, 28.5.). Skript Verletzung, Wut, Krise in der AKPT. Gefunden am 15.10.2012 auf: <http://www.atempsychotherapie.de/main.php?page=650&lg=d#stud>
- Bischof, S., Obrecht Parisi, B. & Rieder, A. (2012). Vorwort. In S. Bischof, B., Obrecht Parisi, A. Rieder. Atem der ich bin: Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen (S. 5-9). Norderstedt: BoD GmbH.
- Bohus, M., Stieglitz, R.-D., Fiedler, P. & Berger, M. (1999). Persönlichkeitsstörungen. In M. Berger unter Mitarbeit von R.-D. Stieglitz (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie (S. 771-845). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Buchheim, A., Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2002). In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.). Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse (S. 295-318). Stuttgart / New York: Schattauer GmbH

Dissoziation (1983). Def. 1, 2, 3. In Duden, Deutsches Universalwörterbuch, A-Z, Mannheim: Bibliographisches Institut.

Grepmaier, L.J. & Nickel, M. K. (2007). Achtsamkeit des Psychotherapeuten. Wien: Springer-Verlag

Freyberger, H.J. & Stieglitz, R.-D. (1999). Dissoziative Störungen. In M. Berger unter Mitarbeit von R.-D. Stieglitz (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie (S. 658-665). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Fugue. Gefunden am 15.10.2012 auf [http://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_\(Psychologie\)#Dissoziative_Fugue](http://de.wikipedia.org/wiki/Dissoziation_(Psychologie)#Dissoziative_Fugue)

Hilgard, E. (1984). The hidden observer and multiple personality. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. Volume 32, Issue 2, 248-253.

Höller-Zangenfeind, M. (2004). Stimme von Kopf bis Fuß. Ein Lehr- und Übungsbuch für Atmung und Stimme nach der Methode Atem-Tonus-Ton. Innsbruck: Studienverlag

Hohagen, F., Stieglitz, R.-D., Bohus, M. & Berger, M. (1999). Psychotherapie. In M. Berger unter Mitarbeit von R.-D. Stieglitz (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie (S. 132-218). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Huber, M. (2004). Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2. Paderborn: Junfermann Verlag.

Huber, M. (2009) Dissoziation – mehr als ein Abwehrmechanismus! Vortrag. Gefunden am 19.7.2012 auf <http://www.michaela-huber.com/vortraege-folien>.

Institut für Atem- & Körperpsychotherapie (2012). Der Mensch im Feld des Atems. Poster DIN A1. Gefunden am 12.10.2012 auf <http://www.atempsychotherapie.de/main.php?page=620&lg=d>

Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt (Hrsg.). 6., vollständig überarbeitete Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2004/2008. Bern: Hans Huber 2008

Jacobi, J. (2002). Die Psychologie von C.G. Jung: Eine Einführung in das Gesamtwerk. Mit einem Geleitwort von C.G. Jung. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Janet, P. (1892). État mental des hystériques: les stigmates mentaux, Paris: Rueff et Cie.

Janet, P. (1907). The major symptoms of hysteria, London: Macmillan. Reprint (1965). New York: Hafner

Janet, P. (1909). Les Névroses. Paris: Ernest Flammarion

Jans, T. & Warnke, A. (2011). Dissoziative Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, Diagnose und Therapie. In Kindheit und Entwicklung, 20 (3), 127-138, Göttingen: Hogrefe Verlag

Jones, E. (2012). Shell shocked. American Psychological Association. Vol. 43, No. 6, Print version Page 18, gefunden am 27.9.2012 auf <http://www.apa.org/monitor/2012/06/shell-shocked.aspx>

Keleman, S. (1992). Verkörperte Gefühle. Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen. München: Kösel-Verlag

Levine, P. & Kline, M. (2005). Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. München: Kösel-Verlag

Levine, P. (2011). Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. München: Kösel-Verlag

- Maas, B. (2012). Atemkraft ist Ich-Kraft: AKPT bei Strukturschwächen. In S. Bischof, B., Obrecht Parisi, A. Rieder. Atem der ich bin: Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen (S. 197-252). Norderstedt: BoD GmbH.
- Maaz, J. (2006). Körperpsychotherapie bei Frühstörungen. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.). Handbuch der Körperpsychotherapie (S. 741-748). Stuttgart: Schattauer
- Marlock, G. (2006). Körperpsychotherapie – eine Traditionslinie der modernen Tiefenpsychologie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.). Handbuch der Körperpsychotherapie (S. 61-75). Stuttgart: Schattauer
- Meier, S. (2002). Atemtherapie nach I. Middendorf in der Schweiz. Eine wissenschaftliche Bestandesaufnahme aus Patientensicht: Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich
- Nadel, L. & Zola-Morgan, S. (1984). Infantile amnesia: a neurobiological perspective. In M. Moscovitch (Ed.) Infant memory. Pp. 145-172, New York: Plenum Press
- Nijenhuis, E. (2006). Somatoforme Dissoziation. Phänomene, Messung und theoretische Aspekte. Paderborn: Junfermann Verlag
- Obrecht Parisi, B. (2012). Frau Sein: Weiblicher Narzissmus und die Entwicklung der Ich-Kraft in der AKPT. In S. Bischof, B., Obrecht Parisi, A. Rieder. Atem der ich bin: Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen (S. 253-310). Norderstedt: BoD GmbH.
- Pearce, J. (2008, 10.01.) gefunden am 29.09.2012 auf: http://www.nytimes.com/2008/01/10/science/10maclean.html?_r=1). Paul MacLean, 94, Neuroscientist Who Devised 'Trinune Brain' Theory, Dies. The New York Times
- Phillips, M. & Frederick, C. (2003). Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Heidelberg: Carl-Auer
- Putnam, F.W. (2003). Diagnose und Behandlung der Dissoziativen Identitätsstörung. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann Verlag
- Reddemann, L. (2004). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Leben lernen 167. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
- Renggli, F. (2004). Babytherapie. Gefunden am 23.1.2012 auf <http://www.franz-renggli.ch/de/artikel.html>
- Rieder, A. (2012). Atempsychotherapie als körperpsychotherapeutisches Verfahren. In S. Bischof, B., Obrecht Parisi, A.. Atem der ich bin. Atem- und Körperpsychotherapie bei Frühen Störungen (S. 311-350). Norderstedt: BoD GmbH.
- Rothschild, B. (2002). Der Körper erinnert sich. Essen: Synthesis Verlag
- Scharfetter, C. (1999). Dissoziation Split Fragmentation: Nachdenken über ein Modell. Bern: Verlag Hans Huber
- Schore, Allan N. (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
- Schramm, E. (2012). Psychotherapie chronischer und therapieresistenter Depressionen. Psychiatrie & Neurologie 1/2012 (S. 14-16). Rosenfluh Publikationen AG
- Schwartz, L. (1951). Die Neurosen und die dynamische Psychologie von Pierre Janet. Basel: Benno Schwabe & Co Verlag (siehe Tabellen)
- Stiglmayr, C. (2003). Spannung und Dissoziation bei Borderline Persönlichkeitsstörung. In: M. Myrtek und J. Fahrenberg (Hrsgs). Psychophysiologie in Labor und Feld, Band 10. Frankfurt am Main: Peter Lang

Synapse. Gefunden am 12.8.2012 auf <http://de.wikipedia.org/wiki/Synapse>

van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2008). Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann Verlag

van der Kolk, B. & MacFarlane, A.C. (2000). Trauma – ein schwarzes Loch. In B. van der Kolk, C. McFarlane, L. Weisaeth (Hrsg.). Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie (S. 27-45). Paderborn: Junfermann Verlag 2000

van der Kolk, B., van der Hart, O. & Marmar, C. (2000). Dissoziation und Informationsverarbeitung beim posttraumatischen Belastungssyndrom. In B. van der Kolk, C. McFarlane, L. Weisaeth (Hrsg.). Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie (S. 241-261). Paderborn: Junfermann Verlag 2000

van der Kolk, B., Weisaeth, L. & van der Hart, O. (2000). Die Geschichte des Traumas in der Psychiatrie. In B. van der Kolk, C. McFarlane, L. Weisaeth (Hrsg.). Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie (S. 71-96). Paderborn: Junfermann Verlag 2000

Wiersma, J.E., Hovens, J.G., van Oppen, P., Giltay, E., et al. (2009): The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. Journal of clinical Psychiatry 70(7): 983-9

Winnicott, D.W. (2008). Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Bibliothek der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag

Wittrock, D. (Mai 2008). Gefunden am 23.9.12 <http://if.integralesforum.org/index.php?id=197>

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	gestalt. und inhaltl. (kursiv) adaptiert nach Jans und Warnke (2011), S. 128	8
Abbildung 2:	Die vier Bewusstseinsfunktionen in der AKPT (Bischof et al. 2012, S. 10, die Funktion „Fühlen“ wurde ergänzt).....	17
Abbildung 3:	Spaltung / Isolation / Dissoziation von Wahrnehmungsebenen.....	20
Abbildung 4:	Intrusion auf den Wahrnehmungsebenen.....	21
Abbildung 5:	Ausbreitung intrusiver dissoziativer Phänomene	22
Abbildung 6:	Über die Hände gespürtes Körpergewicht. Das Weg-Gehen auf beiden Seiten kann sich auch als Einschlafen äußern.	23
Abbildung 7:	Körpertonus; Spannung der Muskulatur, des Gewebes, der Organe	23
Abbildung 8:	Arbeit mit dem Bewegungs- und Handlungsimpulse auf der Liege	26
Abbildung 9:	Erzählstil des Klienten	27
Abbildung 10:	Räumliche Ausdehnung des Bewusstseins (A+B aus S. Bischof 2003, S. 2).....	30
Abbildung 11:	Querschnitt durch den Bauchraum, in Anlehnung an Keleman (1992, S. 16, Abb. 1-3)	35
Abbildung 12:	Körpererleben von Madlaina vor dem „Out-of-Body“ Erlebnis.....	44

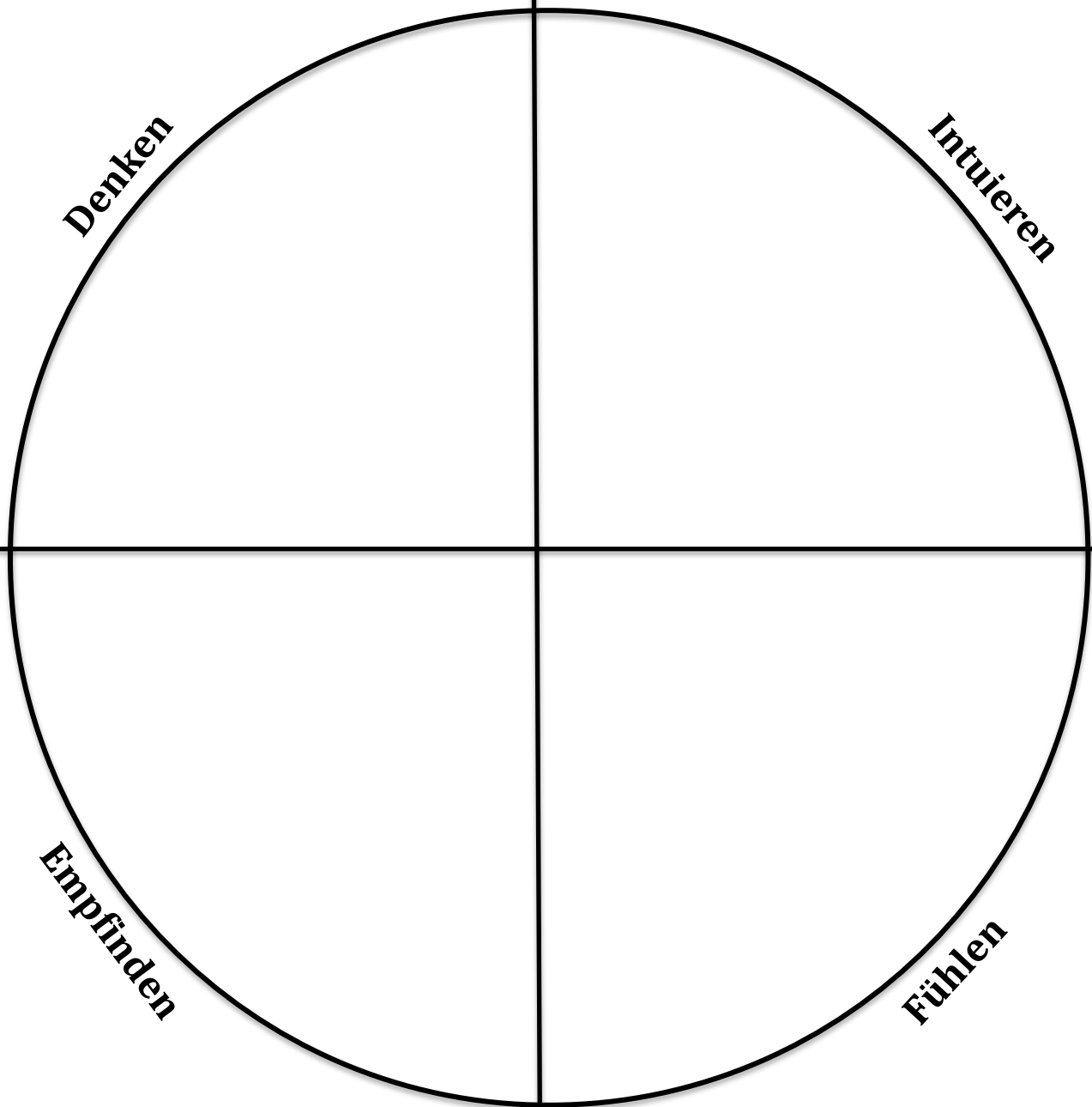
11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	mögliche Wahrnehmungen und Gegenübertragungsphänomene auf der Empfindungsebene	23
Tabelle 2:	mögliche Wahrnehmungen und Gegenübertragungsphänomene auf der an den Körper angebundenen Fühlebene	24
Tabelle 3:	mögliche Wahrnehmungen und Gegenübertragungsphänomene auf der Impulsebene.....	25

12 Anhänge

Leitfaden für das Erkennen und Therapieren dissoziativer Phänomene

1. Benennen von Empfindungen, Gedanken, Bildern und Impulsen (zu Beginn ohne Gefühle).
2. Fremdwahrnehmung der Therapeutin (wie nehme ich den Klienten wahr?): Insbesondere Tonus, Aufmerksamkeit, vegetative Symptome, Atmung.
3. Eigenwahrnehmung beachten (Gegenübertragungsphänomene auf allen vier Wahrnehmungsebenen).
4. Dosierte Eingeben von Gegenübertragungen (zu Beginn ohne Gefühle), überprüfen, wie diese ankommen und gegebenenfalls Differenzieren bzw. und nachgeben.
5. Wahrnehmungslücken in der Selbst- oder Fremdwahrnehmung (auch gedankliche) erkennen und benennen (Selbstbegleitung).
6. Sofort Unterbrechen und für Stabilisation aller Beteiligten in der gegenwärtigen, sensorischen oder sensomotorischen Wahrnehmung – wenn nicht anders möglich durch das Denken – sorgen.
7. Körperliche Empfindungen benennen und später auch bewerten bzw. beurteilen lassen oder selber vorausgehend beurteilen: Ist ... angenehm, unangenehm, neutral?
8. Vorausgehen auf einer (neuen) Wahrnehmungsebene.
9. Wechseln zwischen Ressource und Problem (auch wahrnehmungsbezogen).
10. Nähe-Distanz Einstellung immer wieder überprüfen.
11. Schauplatz / Intervention verlassen, später zurückkehren, verschiedene Handlungsstränge im Auge behalten (roter Faden).
12. Körperlich progressive Neins entwickeln (Sprache, symbolische Gestik, Handlung); die Therapeutin sorgt für das Wohlbefinden des Klienten, doch der Klient soll aktiv werden und die störende Hand der Therapeutin selber entfernen, sich selber durch körperliche Abneigung, durch Wegschauen etc. abgrenzen.
13. Beim direkten Körperkontakt in der manuellen Behandlung immer wieder überprüfen, ob die Kontaktstellen von Hand zum Körper des Klienten noch klar erkennbar sind. Sind sie es nicht, so ist die Berührung symbiotisch, was im Sinne des Nachreifen des Ichs wichtig sein kann, sofern die Symbiose erkannt und benannt wird. Insbesondere (körperliche) Gegenübertragungen beachten.
14. Deutungen und Interpretationen können isolierte Ich-Anteile, welche sich möglicherweise quer stellen, auf den Plan rufen.
15. Isolierte Ich-Anteile erkennen, einkreisen, vorausgehend ansprechen und vom Klienten benennen lassen (einen Namen finden).
16. Rollenspiele zwischen den verschiedenen Ich-Anteilen oder zwischen Ich-Anteil und Therapeutin.



Autorenerklärung

„Hiermit erkläre an Eides Statt, dass ich diese Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die den benutzten Quellen und/oder Abbildungen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Brigitte Obrecht Parisi betreute mich als Mentorin.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Diplomarbeit öffentlich einsehbar ist und der wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung steht.“

Ort, Datum

Vorname, Name (ausschreiben)