

**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**

**erweitert 30.06.2013**

Abbildungsverzeichnis .....	3
Tabellenverzeichnis .....	3
1. Abstract .....	4
2. Einleitung .....	4
3. Dissoziation .....	5
3.1 Definition .....	5
3.2 Strukturelle Dissoziation .....	6
3.3 Dissoziation, Bindung und Kontaktfähigkeit .....	7
3.4 Neurobiologische Ätiologie .....	8
4. AKPT und psychoanalytische Psychotherapie .....	10
4.1 Funktionen des Ich, Struktur-Niveau .....	11
4.2 Abwehrmechanismen .....	13
4.2.1 Spaltung .....	14
4.2.2 Dissoziation .....	14
4.2.3 Differenzierung von Dissoziation und Spaltung .....	14
4.3 (somatische) Selbst- und Objektrepräsentanzen .....	15
4.4 (Körper-) Bewusstsein und kontinuierliches Sein .....	16
4.4.1 Zeugenbewusstsein, Achtsamkeit und Selbstbegleitung .....	16
4.4.2 Zustand der Verwirrung (fragmentiertes Bewusstsein) .....	17
4.5 Die vier Bewusstseinsfunktionen nach C.G. Jung .....	17
4.5.1 Die erweiterte Gegenübertragung .....	18
4.5.2 Gegenübertragung als Phänomen der Spiegelneuronen .....	19
4.6 Erkennen dissoziativer Phänomene .....	19
4.6.1 Empfindungsebene - Körpergefühl - Sinne .....	20
4.6.2 Fühlebene, Emotionen und somatische Resonanz .....	21
4.6.3 Impulse; Bewegungs-, Handlungs-, Laut- und Sprech- .....	22
4.6.4 Bilder, Symbole, Träume, visuelle Phänomene .....	24
4.6.5 Denkebene .....	25
5. Kommunikation in der AKPT .....	25
5.1 Kontaktaufnahme .....	25
5.2 Erweiterung des Kontaktes auf die somatische Resonanzebene .....	26
5.3 Entwicklungsgerechte Kommunikation .....	28
5.4 Berührung versus sichere Distanz: Interpersoneller (Körper-) Kontakt .....	31
5.4.1 Erregung und Übererregung innerhalb Berührungsinterventionen .....	32
5.4.2 Berührungsintervention bei niedriger Struktur .....	32
6. Praxeologie: AKPT und Traumatherapie, Interventionen .....	33
6.1 Stabilisation, Ressourcenfindung, Selbstregulation .....	33
6.1.1 Selbstregulation .....	33
6.1.2 Intellektualisierung und Leistungswille .....	36
6.2 Traumaverarbeitung .....	37
6.2.1 Therapeutisch genutzte Dissoziation .....	37
6.2.2 Brücken schlagen .....	37
6.3 Integration, Rehabilitation .....	38
7. Fallbeispiel: „Mir bleibt die Luft weg“. Missbrauch: Prüfungsangst / Somatisierungsstörung .....	38
8. Schlussgedanken und Diskussion .....	47
9. Literaturverzeichnis .....	50
10. Anhänge .....	54

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Dreieiniges Gehirn von Paul MacLean, aus Hüther G. (2006), Originaltitel: „Schichtenmodell des menschlichen Gehirns“, S. 85 ....	8
Abbildung 2:	entwicklungsgerechte Abwehr (einzelner Ich-Anteile) .....	13
Abbildung 3:	Spaltung und Dissoziation .....	15
Abbildung 4:	Ausbreitung intrusiver dissoziativer Phänomene .....	20
Abbildung 5:	Körpertonus; Spannung Muskulatur, Gewebe, Organ .....	21
Abbildung 6:	Bewegungs- und Handlungsimpulse .....	24
Abbildung 7:	Erzählstil des Klienten .....	25
Abbildung 8:	Querschnitt durch den Bauchraum, frei nach Keleman (1992, S. 16, Abb. 1-3).....	36
Abbildung 9:	Körpererleben von Madlaina .....	44
Abbildung 10:	Die vier Bewusstseinsfunktionen in der AKPT, Institut für Atem- & Körperpsychotherapie (2012) .....	54
Abbildung 11:	Modell der entwicklungsgerechten Kommunikation.....	55
Abbildung 12:	Dissoziation und Bindungsbereitschaft, aus Harms (2012, S. 18) ...	55

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	mögliche (Gegenübertragungs-) Phänomene auf der Empfindungsebene .....	21
Tabelle 2:	mögliche (Gegenübertragungs-) Phänomene auf der an somatische Resonanz gebundenen Fühlebene .....	22
Tabelle 3:	mögliche (Gegenübertragungs-) Phänomene auf der Impulsebene	24
Tabelle 4:	Nachreifen versus Kompensieren Ich-schwacher Anteile.....	29

## 1. Abstract

Viele Klienten haben bereits Verhaltenstherapie, Psychoanalyse oder eine gesprächsorientierte Psychotherapie gemacht oder befinden sich momentan in einer der genannten Therapieformen. Sie glauben nicht (mehr) oder nur begrenzt an die Wirkung therapeutischer Gespräche: „Das viele Reden bringt ja doch nichts“. Zu Beginn sind sie jedoch bei den Atem- und Körperübungen sehr schnell überfordert. Sie wollen alles richtig machen, vorwärts kommen und geraten dabei in einen Erwartungsdruck, der die körperliche Wahrnehmung einschränkt, ihre Symptome verstärkt und den Aufbau einer therapeutischen Beziehung erschwert. Hier ist die Berührungsintervention eine wertvolle Ergänzung, weil sie nun erst einmal nichts leisten müssen, außer wahrzunehmen und – ihren Möglichkeiten entsprechend – zu kommunizieren. Der Erwartungsdruck reduziert sich und die therapeutische Beziehung beginnt als Wirkfaktor zu greifen. Allerdings scheint besonders bei der Berührungsintervention der Grat zwischen „nicht-sprechen-müssen“ und „nicht-sprechen-können“ sehr schmal zu sein. Ersteres tritt ein, wenn sich der Körper moderat entspannt. Letzteres geschieht im Zusammenhang mit plötzlichem Tonus-Anstieg oder -Abfall sowie diffusen Körperwahrnehmungen, Gedanken und Phantasien. Die Rede ist von Dissoziation. Betroffene nehmen selber häufig nicht wahr, wenn sie dissoziieren, obwohl ihr Leben, ihre Beziehungen (auch die Beziehung zum eigenen Körper) und ihre Bindungsfähigkeit im hohen Grade davon beeinträchtigt werden.

In dieser Diplomarbeit überblickt die Autorin Erscheinungsformen und mögliche neurologische wie psychogene Ursprünge der Dissoziation. Im Speziellen richtet sie den Blick auf Dissoziation als Folge von früher Traumatisierung während vorsprachlicher Entwicklungsphasen und zieht daraus Rückschlüsse für die Therapie von dissoziativen Erwachsenen. Sie stellt das AKPT-Konzept der erweiterten Gegenübertragung vor und zeigt auf, wie es in der Arbeit mit dissoziativen Klienten eingesetzt werden kann. Auf der Suche nach kontaktfördernden Kommunikationsformen entwirft sie das Modell der entwicklungsgerechten Kommunikation und geht dabei auf Möglichkeiten und Grenzen der Berührungsintervention ein. Ein Fallbeispiel verdeutlicht den Umgang mit den vorgestellten Konzepten und Modellen.

## 2. Einleitung

Die meisten Klienten in meiner Praxis leiden vordergründig an einer Angst- und Panikstörung mit oder ohne Phobie, gefolgt von Burn-out Syndrom, psychosomatischen Leiden und Schmerzen (wandelnde oder fixe), ADHS, Zähneknirschen und Vaginismus. Einzelne kommen auch mit stimmlichen Problemen (Heiserkeit, Stottern), wenn sie unter der äußeren Erscheinung ihres Körpers oder an einer Essstörung leiden. Das Gemeinsame der beschriebenen Störungsbilder sind die langanhaltenden oder plötzlich eintretenden Zustände von Stress, Angst, körperlicher Anspannung, Gedankenkreisen sowie dissoziative Episoden.

In der Körperarbeit scheinen Betroffene von Dissoziation nicht zu bemerken, dass ihnen etwas (körperlich) missfällt und die Wahrnehmung dabei eingeschränkt wird oder ganz weg geht. Mir fällt auf, dass nun gerade sie Berührung von mir einfordern. Dieses Einfordern kommt nicht selten mit einer derartigen Vehemenz daher, dass es mir manchmal so vorkommt, als ginge es um Leben und Tod. Den

Widerspruch zwischen Einfordern bei gleichzeitigem Missfallen sehe ich in einem direkten Zusammenhang mit dem häufigen Auftreten von Dissoziation. In der vorliegenden Diplomarbeit beschäftige ich mich im Rahmen der Atem- und Körperpsychotherapie AKPT näher mit dem Überwinden von dissoziativen Zuständen durch eine tragfähige therapeutische Beziehung. Folgende Fragen begleiten mich dabei:

- Was bringt Menschen dazu, vehement und beharrlich genau das einzufordern (oder zu tun), was ihnen offensichtlich nicht gut tut?
- Wie lässt sich die Diskrepanz zwischen dem sprachlichen Einfordern von und der Sprachlosigkeit während der Berührung überwinden?
- Wie kann auf der somatisch-affektiven Ebene Kontakt geschaffen werden, wenn die Kommunikation auf sprachlich-kognitive Prozesse beschränkt ist?
- Wie kann innerhalb dissoziativer Zustände der Kontakt zwischen Therapeutin und Klient (wieder) hergestellt werden?

### 3. Dissoziation

Ich möchte den Einstieg in das Thema 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 [oder früh] traumatisiert worden sind, bedeutet jede Kontaktaufnahme zu einem anderen Menschen auch eine Bedrohung. (S. 34)

In der therapeutischen Beziehung mit dissoziativen Klienten geht es also auch darum, wie überhaupt Kontakt (wieder) hergestellt werden kann.

#### 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. Einzelercheinungen zerfallen.

Bis heute wird Dissoziation als Begriff vielfältig definiert und verwendet. Es werden darunter – auch innerhalb unterschiedlicher psychotherapeutischen Methoden – ganz unterschiedliche Aspekte verstanden:

A: bestimmte psychische (psychoforme) und physische (somatoforme) Phänomene die meist mit einem körperlichen und geistigen Energieabfall, mit Vernebelung und Kontaktverlust einhergehen (siehe dazu Kapitel 4.6)

- B: innerpsychische Trennungsvorgänge von Persönlichkeitsanteilen bis hin zu sogenannten Alter-Personen, dissoziativen Identitäten bzw. multiplen Persönlichkeiten (siehe dazu Kapitel 3.2)
- C: therapeutisch eingesetzte Techniken; mit der Hypnose beispielsweise wird in der Traumatherapie traumatisches Material zugänglich gemacht (siehe Kapitel 6.2.1).

**Ich verwende den Begriff Dissoziation – wenn nicht durch weitere begriffliche Differenzierung gekennzeichnet – um auf dissoziative Phänomene (siehe 4.6) hinzuweisen. „Weggehen“ verwende ich als Synonym für dissoziative Phänomene und als Antonym zu „Da-Sein“ oder „in Kontakt sein“.**

### 3.2 Strukturelle Dissoziation

Van der Hart et al. (2008) beziehen sich auf Janet (1907, [vgl. Janet, 1892, 1909]):

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)

Die Autoren 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“. Huber (2009, Folie 8) 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**

Bei der primären Dissoziation 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**

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. Das beobachtende Ich wird vom erlebenden Ich getrennt. Dies kommt häufig bei

Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung sowie bei Frontsoldaten und Opfern von Autounfällen vor (vgl. Bauer, 2002, Rotschild, 2002) und wirkt sich wesentlich stärker auf den Alltag der Betroffenen aus. 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.

### **Tertiäre Dissoziation**

Mit der tertiären Dissoziation ist die Dissoziative Identitätsstörung DIS (früher Multiple Persönlichkeitsstörung) gemeint. Es existieren mehrere ANP's mit ihren dazugehörigen EP's.

### 3.3 Dissoziation, Bindung und Kontaktfähigkeit

Harms (2013) spricht über die Bedeutung der Bindung innerhalb der Evolution des Menschen:

„Diese Suche nach Bindung entspricht der evolutionsbiologischen Grundausrüstung, die wir als [weiter entwickelte] menschliche Bindungswesen mitbringen. Kann das Sicherheitserleben in der Bindung nicht etabliert werden, ... müssen grundlegendere und ältere [weniger weit entwickelte] Systeme in Kraft treten, um die Selbsterhaltung des Systems zu garantieren. (S. 241)

Diese Systeme sowie das Bindungskontinuum innerhalb des Modus der Sicherheit werden in Abbildung 12 (Anhang) sichtbar. Befindet sich das Baby im Modus der Sicherheit, so ist die Bindungsbereitschaft hoch und die Aufmerksamkeit für angemessene interpersonelle Kontaktangebote kann gehalten werden. Sobald jedoch das Baby aufgrund von echter oder subjektiv erlebter Gefahr aus dem Modus der Sicherheit hinausfällt, so gerät es in ein Oszillieren zwischen den Extremen: Die Erregung steigt und das Kind beginnt zu schreien. Wird sein Schreien nicht erhört, so gerät es in Todesangst und Panik und resigniert irgendwann aufgrund der Hypererregung kataleptisch, es dissoziiert (Erregungsabbau). Hohe Anspannung und Dissoziation treten also zusammen in Erscheinung. Unangemessene interpersonelle Kontaktangebote oder zu kurze bzw. zu lange Zeitfenster für Kontaktangebote können ebenfalls zu Anspannung, Schreien und zu Dissoziation führen. Beim (unsicher gebundenen) Erwachsenen gehe ich von denselben Bewältigungsmustern aus:

**Schreien** in Form von Reklamieren, Anklagen, Einfordern, sich vehement wehren mit dem Ziel, dass das Bindungsbedürfnis bzw. das Bedürfnis nach Sicherheit doch endlich erkannt werde.

**Dissoziieren**; die Erregungsenergie wird während des Kontaktes nach innen gezogen und führt dort losgelöst vom Kontakt mit dem „Auslöser“ zu neutraler Abwesenheit oder gar angenehmen Tranceerfahrungen.

Der zentrale „Konflikt“ des früh Traumatisierten ist, dass er niemanden hatte, an den er sich genügend sicher binden konnte. Dieses Bedürfnis nach Bindung ist vorrangig. In der Therapie mit (früh) traumatisierten Erwachsenen sehe ich darum den Aufbau und die Erweiterung der (wechselseitigen) Kontaktfähigkeit als zentral an. Bei der primären Dissoziation geht es für mich darum, das Angebot so anzupassen,

dass der Klient länger in Kontakt bleiben kann, ohne dissoziieren zu müssen. Bei der sekundären Dissoziation geht es darum, durch die Angebote Kontakt (wieder) herzustellen. Hier ist das Sicherheitserleben des Klienten innerhalb der therapeutischen Beziehung zentral.

### 3.4 Neurobiologische Ätiologie

Paul MacLean (vgl. Pearce, 2008) teilte das menschliche Gehirn grob in drei verschiedene Bereiche ein:

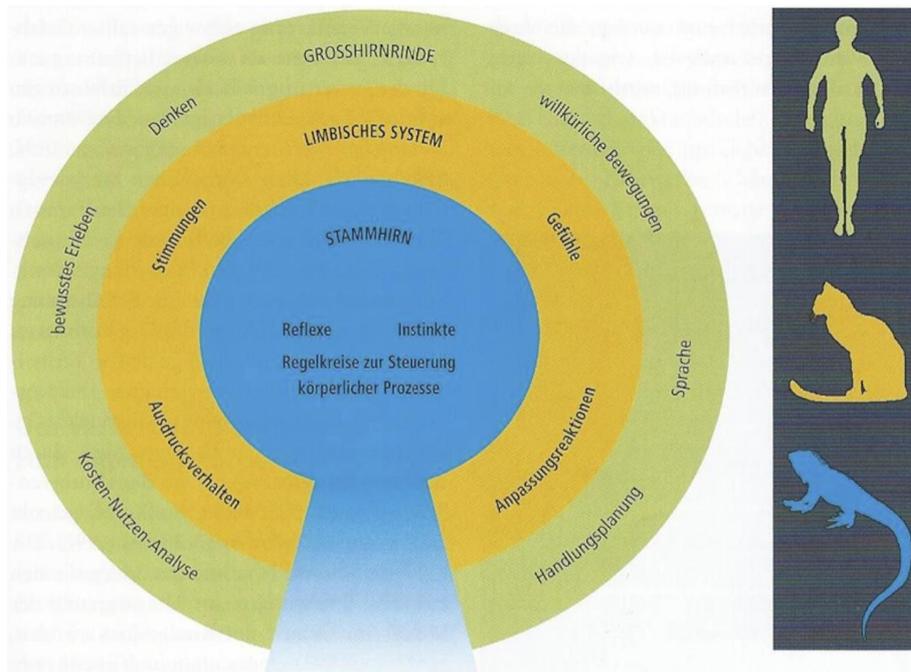


Abbildung 1: Dreieiniges Gehirn von Paul MacLean, aus Hüther G. (2006), Originaltitel: „Schichtenmodell des menschlichen Gehirns“, S. 85

#### Reptilienebene – Regulation des biologischen Gleichgewichts

Im Hirnstamm werden vitale Funktionen des menschlichen Organismus gesteuert: Herzfrequenz, Atmung, Schlaf-Wach-Rhythmus, basale Selbstregulation (z.B. Craniosacrales System) und die Einleitung von (überlebenswichtigen) Bewegungsreflexen.

#### Säugetierebene – Regulation der Affekte

Das Limbische System umfasst Hypothalamus, Thalamus, Hippokampus und Amygdala. Es ist für die Regulation starker Affekte, sozialer Interaktionen und des Fortpflanzungstriebes verantwortlich. Zudem steuert es vegetative Regelkreise und die Ausschüttung von körpereigenen Opioiden (Endorphine). Einkommende Informationen durchlaufen wechselseitig Amygdala und Hippokampus und werden zur Bewertung und Ausführung an den Kortex oder zur direkten Ausführung ohne Bewertung an den Hirnstamm weitergeleitet.

Rotschild (2002) beschreibt die Vorgänge wie folgt:

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. (S. 42)

Weiter bezieht sich Rotschild auf Nadel und Zola-Morgan (1984), welche feststellten, 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.

### **Primatenebene – Regulation von Bewertungsprozessen (Rationales Gehirn)**

In der Großhirnrinde (Kortex) 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 [rechtshemisphärisch] 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 [linkshemisphärisch] hingegen ist enger mit dem Hippokampus verbunden. Außerdem scheint die Verarbeitung von Informationen hier sprachabhängig zu sein. (S. 45)

Teicher (2011) geht bei wiederholten frühen Stresserfahrungen von dauerhaften funktionellen Konsequenzen aus:

... eine verminderte Entwicklung des Neokortex, eine verminderte Integration der beiden Hemisphären, eine gesteigerte elektrische Reizbarkeit der Schaltkreise des limbischen Systems ... (S. 112)

Einkommende Reize können schnell zur Überforderung führen. Welche Kommunikationsformen sind also günstig?

**In der Atemtherapie nach Middendorf wird auf sensorischen und häufig non-verbale vorerst mehrheitlich unbewussten Ebenen kommuniziert, z.B. auf der Ebene der wahrgenommenen Körpertemperatur, dem Körpertonus, der Atmung und dem Herzschlag (Reptilienebene). Durch gezieltes Nachfragen und Vergleichen von linker und rechter Körperhälfte auf dem Hocker wie auf der Liege werden bewusste Prozesse in Gang gesetzt, die Vernetzung der beiden Hirnhälften – und damit ins Stocken geratene Informationsflüsse zum Stammhirn wie zur Großhirnrinde – wird stimuliert). Die Atem- und Körperpsychotherapie schließlich rückt darüber hinaus die Integration bewusster und unbewusster, früher interpersoneller Erfahrungen sowie das Nachreifen der defizitären Ich-Kraft auf nonverbaler sowie verbaler Beziehungs-Ebene ins Zentrum des Geschehens.**

### **Wie entsteht traumatischer Stress und Dissoziation?**

Bei der Entstehung von traumatischem Stress sowie beim Aufbau einer sicheren Bindung spielen unterschiedliche Hormone eine große Rolle. Bei Stress werden sie in großen Mengen für Flucht- und Kampfhandlungen zur Verfügung gestellt (z.B. Adrenalin). Sind weder Flucht, noch Kampf möglich, wird der Körper schmerzempfindlich und regungslos gemacht. Zubieta et al. (2001), Bohus et al. (2000) und Stiglmayr et al. (2001) konnten nachweisen, dass bei Stress und Schmerz die Ausschüttung der Endorphine erhöht wird. Bei starkem Schmerz, so Zubieta et al., werden im Gehirn des Menschen gar Gene aktiviert, die starke wirksame körpereigene Schmerzdämpfer herstellen (vgl. Bauer, 2006). Sind diese Gene einmal aktiviert, so schütten sie ab einem bestimmten Erregungslevel Endorphine aus, auch wenn gar keine unmittelbare Bedrohung durch physischen Schmerz besteht, so Zubieta. Der Mensch dissoziiert: sein Bewusstsein wird betäubt, seine Körperspannung lässt nach, er verliert den Realitätsbezug und die Fähigkeit zum Kontakt. 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 (vgl. Huber, 2009) Anspannung und Dissoziation werden chronisch.

### **4. AKPT und psychoanalytische Psychotherapie**

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. Im Folgenden zähle ich die für diese Arbeit wichtigsten auf:

- verbale wie non-verbale Intervention: Aufnehmen, Würdigen, Spiegeln, Begleiten, Konfrontieren, Deuten, Interpretieren
- 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 während der Berührungintervention
- Wirkprinzip der Resonanz, der Akzeptanz, der Nachahmung und des Wahrnehmungsabgleichs
- Traumdeutung.

Die AKPT sieht ihre Wurzeln in der analytischen Psychotherapie Jungs. Rieder (2012) beschreibt das Menschenbild Jungs, Maas (2012) stellt ich-stärkende Konzepte für Gruppentherapie und Einzelstunde vor und Obrecht Parisi (2012) geht innerhalb des mittleren Strukturniveaus auf den weiblichen Narzissmus ein. Um

Verwirrung zu vermeiden orientiere ich mich an der Terminologie Kohuts, so wie sie von Siegel (2000) beschrieben wurde:

**Idealisierte Eternimago:** Kohuts Konzeptualisierung einer der beiden ursprünglichen Versuche, den gestörten Zustand primärnarzißtischer Glückseligkeit wiederherzustellen. Sie zeichnet sich aus durch die Sehnsucht nach einem allmächtigen Objekt, an das man sich binden kann, um sich ganz, sicher und stark zu fühlen. (S. 192)

[Angenommen der primärnarzißtische Zustand der Glückseligkeit durch eine geglückte Bindung wurde noch nie erfahren (niedriges Strukturniveau), so geht es nicht um das Wiederherstellen, sondern um das Erreichen durch die Idealisierung.]

**Objektrepräsentanz:** Ein überdauerndes Schema einer bestimmten Person, ähnlich einer überdauernden Erinnerung, das sich aus einer Vielzahl von Erfahrungen, Eindrücken und Imagines dieser Person zusammensetzt. ....

[Während der ersten drei Lebensjahre halte ich die an somatische Resonanz gebundenen Wahrnehmungen (Selbstangebundenheit der Bezugspersonen) für das Bilden von positiven Objektrepräsentanzen für zentral (siehe 3.3, 4.2, 4.3). ]

**Selbstobjekt:** Ursprünglich jene Bezugsperson in der Kindheit, die für die Erfüllung psychisch zentraler Selbstobjektbedürfnisse sorgt. Objekte, die sich hierfür zur Verfügung stellen, werden im Sinne ihrer bedürfniserfüllenden Funktion und nicht als eigenständige Wesen erlebt. .... (S. 193)

**Umwandelnde Verinnerlichung:** Kohuts Konzept psychischer Strukturbildung, das an Freuds Konzept der Internalisierung nach einem Verlust angelehnt ist. Für Kohut kommt es zu einer Reinternalisierung bestimmter Idealisierungsgrade des idealisierten Objekts, wenn das Objekt in seiner idealisierenden Selbstobjektfunktion versagt. Das Erleben eines minimalen Verlustes, der auf eine optimale Frustration folgt, beschleunigt den Prozess der umwandelnden Verinnerlichung. (195)

Die Frustration ist unvermeidlich, da die therapeutische Abstimmung auf den Klienten nur hinreichend optimal sein kann. Sie ist aber erst in einem späteren (Entwicklungs-) Stadium therapeutisch fruchtbar. Hier geht es dann um das Austragen von Konflikten und konfliktreichen Übertragungen.

#### 4.1 Funktionen des Ich, Struktur-Niveau

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)

Gesunde Ich-Funktionen beschrieb Hartmann (1970) „... als „angeborene Potentiale des Ichs“, welche sich in einer „konfliktfreien Ich-Sphäre“ entwickeln“. Diese Aussage ist für die therapeutische Beziehung bedeutend: Ich gehe davon aus, dass nur bei mehrheitlich positiven Therapeuten-Imagines eine konfliktfreie Ich-Sphäre entsteht. Bei niederen Strukturniveaus sowie Mixstrukturen mit niedrigen Anteilen ist es also die Aufgabe der Therapeutin, sich auf den Klienten abzustimmen. Das verfrühte Appellieren an die Selbstverantwortung des Klienten steht dem Aufbau gesunder Ich-Kräfte entgegen.

**Die Ich-Kraft macht es möglich, sich selber innerhalb eines kontinuierlichen Seins (ohne Wahrnehmungslücken) und eines einheitlichen Identitätsbewusstseins zu erleben.**

### **Störungen des Ich, Struktur-Niveau**

Auftretende Störungen der Ich-Funktionen entstehen in frühen Entwicklungsphasen. Sie betreffen entweder viele Ich-Anteile (niedrig strukturiert), wenige isolierte Ich-Anteile (mittel strukturiert) oder das Zusammenspiel der einzelnen Anteile (höher strukturiert). 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 entwicklungspsychologischer 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 [Strukturniveau 1] (Borderline-Störung) durch »Mutterbedrohung« mit der mütterlichen Botschaft: Sei nicht! Lebe nicht! Die Mutter als »böses«, traumatisierendes Objekt. Die zentrale Angst des Patienten ist Vernichtungsangst bei existenzieller Bedrohung. Die spätere Lebensorganisation hat Existenzberechtigung als zentrales Konfliktthema. (S. 742)

[Ein pränatales, natales oder postnatales Trauma, welches von unsicher gebundenen Eltern ungenügend aufgefangen wird sowie frühe Objektarmut – durch eine physisch oder psychisch abwesende Mutter, auch wenn die Mutter selber nicht das »böse« Objekt ist – während der symbiotischen Phase kann auch bleibende Vernichtungsangst auslösen. In späteren Entwicklungsphasen wird dann die Objektarmut teilweise kompensiert, so dass sich das Ich rund um das Defizit herum anpassen und weiterentwickeln kann. In einem Alter von ca. 3-7 Jahren kann eine traumatische Erfahrung eine Teil-Regression in ein vorangehendes Entwicklungsstadium auslösen.]

- mittleres Strukturniveau [Strukturniveau 2] (narzisstische Störung) durch »Muttermangel« mit der mütterlichen Botschaft: Du darfst leben, aber du bist mir nichts wert! Die zentrale Angst des Patienten ist Objektverlustangst. Die spätere Lebensorganisation hat Wertschätzung als zentrales Konfliktthema.

[Den »Muttermangel« verstehe ich beim mittleren Strukturniveau eher als Objektverlust. Im Gegensatz zur Objektarmut, bestand beim Objektverlust zu Beginn (während der symbiotischen Phase) eine sichere Bindung, bevor das Objekt verloren wurde.]

- höheres Strukturniveau [Strukturniveau 3] (neurotische Strukturstörung) durch »Muttervergiftung« mit der mütterlichen Botschaft: Du darfst leben, du bist mir auch etwas wert, wenn du so bist, wie ich dich brauche. Die zentrale Angst des Patienten ist Liebesverlustangst. Die spätere Lebensorganisation hat (Liebes-)Sehnsucht als zentrales Konfliktthema. (S. 742)

Kohut macht nach Siegel (2000) bereits in seinen frühen Jahren auf das gemeinsame Auftreten von Borderline- und Narzißmus-Strukturen aufmerksam: Er sieht beim

Boderliner einen groben Ich-Defekt, der durch einen heftigen sekundären Narzißmus überdeckt ist, welcher Schutzfunktionen übernimmt. Ich gehe bei allen weiterentwickelten Ich-Anteilen – auch beim Neurotiker – davon aus, dass sie Schutz- bzw. Abwehrfunktionen für die weniger weit entwickelten übernehmen.

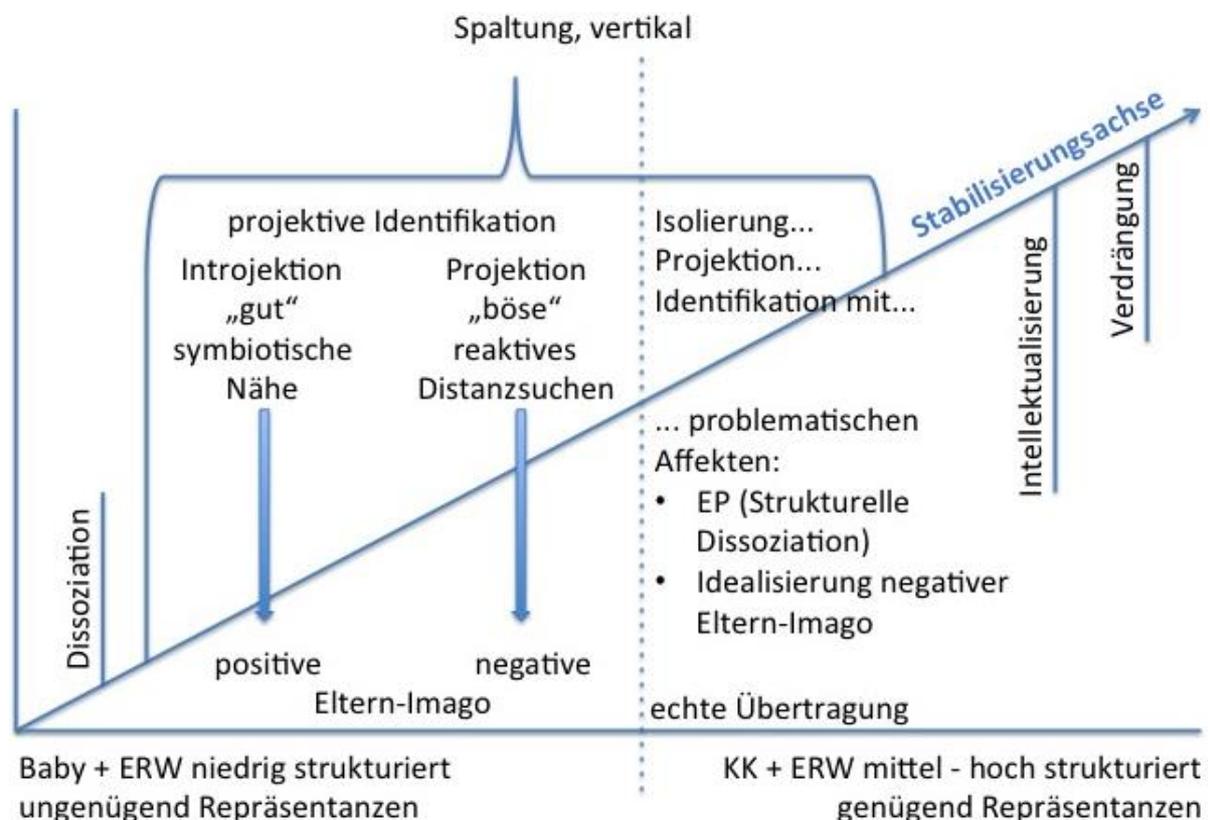
#### 4.2 Abwehrmechanismen

Die für die Frühstörungen wichtigsten unreifen Abwehrmechanismen (vgl. Bohus, Stieglitz, Fiedler & Berger, 1999) sind: projektive Identifikation, Projektion (eine Spezialform davon ist die Übertragung), Spaltung und Introjektion. Verwandt mit der Introjektion sind die Termini Identifikation und Internalisierung.

Haring (1995) definiert die **Introjektion** als Gegenteil der Projektion:

Übernahme des Abbilds (Imago) eines anderen (geliebten oder gehaßten) Menschen [oder einzelner Ich-Funktionen desselben] in das eigene Ich ... Der Begriff wurde von Ferenczi (1909) als Gegenteil zur Projektion eingeführt, später von Freud übernommen (1915). Der Anteil des Ich, der dem Lustprinzip folgt (Lust-Ich), bildet sich durch Introjektion von Objekten, die Lust vermitteln, während Objekte, die mit Unlust verbunden sind projiziert werden. (S. 87)

Introjekte (und Projektion) sind also nicht „nur“ Abwehrmechanismen, sondern gleichzeitig entwicklungsnotwendig für den Aufbau des Lust-Ichs.



**Abbildung 2: entwicklungsgerechte Abwehr (einzelner Ich-Anteile)**

Abbildung 2 zeigt dem Entwicklungsstand entsprechende Abwehrformen. KK steht für Kleinkind, ERW für Erwachsener. Durch die entsprechende Abwehr stabilisiert

sich das Ich wieder. Wie unter 4.3 näher beschrieben, sind (positive) Objektrepräsentanzen wichtig für die Entwicklung des Ichs.

#### 4.2.1 Spaltung

Bei einem weniger ausgebildeten Ich wird durch Spaltung abgewehrt. Das Ich spaltet, wenn die Inhalte inkompatibel sind und nicht zusammenkommen dürfen (vgl. Hohagen et al., 1999). Die Kongruenz des Ichs wäre ansonsten bedroht und es könnte zur Fragmentation, zum Auseinanderfallen des Ichs kommen.

#### 4.2.2 Dissoziation

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.

#### 4.2.3 Differenzierung von Dissoziation und Spaltung

Overkamp (2008) fasst das Problem der Differenzierung zusammen: „In der Literatur werden die Begriffe Spaltung und Dissoziation oftmals als Synonym gebraucht. ... Bisher besteht keine Einheitlichkeit in den Begriffen.“ S. 33)

Auf die extrem veränderlichen Symptome geht Nuijenhuis (2006) ein:

Zu raschen Symptomwechseln kann es durch Wechsel von einem [Ich-] Zustand in einen anderen kommen [im Extremfall verschiedene Identitäten]. Außerdem sind die auftretenden Symptome widersprüchlich [siehe Fallbeispiel: „Geh weg“, macht jedoch eine Bewegung zu sich hin], ... Janet war der Meinung, daß diese Eigenart auf der gleichzeitigen Aktivierung verschiedener dissoziativer Zustände beruhe. (S. 30)

Bei der Strukturellen Dissoziation wie auch bei Frühstörungen existieren Bewusstseinssysteme getrennt voneinander, wobei bei letzteren „nach simpleren Mustern“ gespalten wird. In der Praxis ist eine Unterscheidung zwischen Spaltung und Dissoziation schwierig. Ich beobachte häufig dissoziative Phänomene, bevor der Klient spaltet. Abbildung 3 macht die Unterschiede modellhaft sichtbar.

Früh Traumatisierte (C) spalten zwischen der Innen- und Außenwelt. Sie haben sich in einen inneren Beziehungsraum zurückgezogen und leiden an Kontakt- und Objektarmut (≠ Objektverlust). Die inneren Wahrnehmungen betreffen hauptsächlich Affekte und Bedürfnisse (EP), während die äußeren der Alltagsbewältigung (ANP) und der Kontaktaufnahme mit der Umwelt dienen.

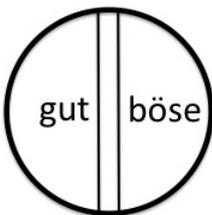
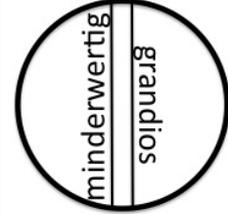
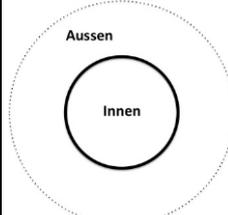
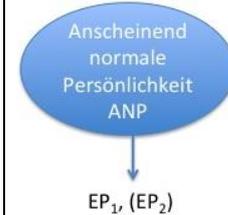
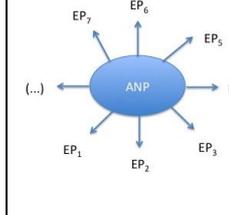
A: Borderline	B: Narzissmus	C: interpersonelles Trauma	D: Primäre Dissoziation	E: Sekundäre Dissoziation
Spaltung + Stabilisierung in gut und böse	Spaltung + Stabilisierung in grandios und minderwertig	Spaltung + Stabilisierung in Innen- / Außenwelt	Spaltung in 1 ANP und 1-2 EP's, Stabilisierung im ANP	Spaltung in 1 ANP mit mehr als 2 EP's, Stabilisierung im ANP
Abwehr problematischer Bindung	Abwehr problematischer Emotionen	Abwehr problematischer Bindung und Situation	Abwehr problematischer Situation	Abwehr problematischer Bindung, diverser Phobien und Situationen
				
nach K. Strauss, Unterrichtsskript 1988. In Bischof (2003b)		„die da draußen tun mir ein Leid an“	leicht adaptiert nach Huber 2009	nach Huber 2009

Abbildung 3: Spaltung und Dissoziation

### 4.3 (somatische) Selbst- und Objektrepräsentanzen

Im ersten Lebensjahr entsprechen vor allem somatisch-affektive Kontaktangebote dem Entwicklungsstand des Babys. Introjizierte geliebte (positive) somatisch-affektive Objekte schaffen eine Kontinuität innerhalb des Lust-Ichs: Es strebt nach weiteren lustvollen Erfahrungen und bildet mit der Zeit positive Objekt- und Selbstrepräsentanzen. Sind genügend positive Repräsentanzen vorhanden, so können auch negative und gehasste Objekte introjiziert werden, so dass das Ich vom Entweder-Oder des Ich-Schwachen zum Sowohl-als-Auch des Ich-Starken heranreifen kann. Bei früh Traumatisierten entstehen - durch die mehr oder weniger chronischen dissoziativen oder angespannter Zustände (eigene oder die der Bezugspersonen) – Wahrnehmungslücken. Innerhalb dieser Lücken können nur wenige bzw. diffuse Abbilder introjiziert und in der Folge ungenügende Objektrepräsentanzen gebildet werden. Hier wird die Bedeutung der sogenannten optimalen oder hinreichend guten Abstimmung der Bezugsperson auf den Säugling deutlich. In der Therapie von erwachsenen früh traumatisierten Menschen fällt die Funktion des somatisch-affektiven Abstimmens zu Beginn der Therapie zu.

Beispiel: Ein phobischer Klient der unter Schlafstörungen litt, erfuhr durch den direkten Körperkontakt zu mir Ruhe und schlief dann ein. Vorerst idealisierte er mich, bzw. „meine magisch ruhige Hand“. Durch das kontinuierliche zur Verfügung stellen meiner Hand entstand eine positive Objektrepräsentanz (als Gegenstück zur Verlusterfahrung). Später führte das partielle Wegbleiben der „magisch ruhigen Hand“ zu Erinnerungen an seine Einschlafschwierigkeiten als Kind. Wenn er nicht einschlafen konnte, durfte er zwischen seinen Eltern auf dem Sofa sitzen und Fernsehen. Der Verlust seiner Eltern zur Zeit des Schlafengehens wurde dem Klienten teilweise bewusst. Er erinnerte sich daraufhin an den Mittagsschlaf im

Hause der Großeltern. Dort habe er auch nicht geschlafen. Da er gewusst habe, dass seine Großeltern gleichzeitig mit ihm einen Mittagsschlaf machten, habe er sich nicht allein gefühlt, obwohl sie sich in einem anderen Zimmer aufhielten. Das Wegbleiben der magisch ruhigen Hand führte zu einer optimalen Frustration, so dass der Klient jetzt auch von Ruheerlebnissen zu Hause im Bett (und ohne meine magische Hand) erzählte.

**Der früh traumatisierte beziehungsphobische Mensch leidet unter einem (partiellen) Defizit von Selbst- und Objektrepräsentanzen.**

#### 4.4 (Körper-) Bewusstsein und kontinuierliches Sein

Für das noch kaum entfaltete Leibseelische (des Säuglings) ist die Bindung an eine vollkommene Umwelt nötig (vgl. Winnicott, 2008). 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 des Säuglings (oder des im Säuglingsalter verbliebenen Ich-Anteils) *reagieren* muss, z.B. indem er dissoziiert.

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 [und ausagieren müssen].

Eine ausreichende Spannungstoleranz ist auch bei Kohut (1993) ein wichtiges Therapieziel:

Die therapeutische Beziehung ist hier von eminenter Bedeutung. Sogar die stärkste Sucht hört auf, oft sehr schnell, einfach weil der Therapeut dem Patienten das gibt, wonach er sucht [Abstimmung] .... Das Interesse des Therapeuten, seine Offenheit, seine Reaktionen, die Tatsache, dass er sich an die vorhergegangenen Stunden erinnert, führen dazu dass eine Verhaltensweise von einem Augenblick auf den anderen vorbei ist, die bis dahin nicht beendbar schien. Das liegt nicht an neu gewonnen Erkenntnissen, sondern an einer zumindest teilweisen Befriedigung des dynamischen Bedürfnisses danach. In der therapeutischen Situation wurden bestimmte Wünsche erfüllt.“ (269-270)

##### 4.4.1 Zeugenbewusstsein, Achtsamkeit und Selbstbegleitung

Grepmaier und Nickel (2007) untersuchten 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.

**Ist die Therapeutin in der Lage, sich selber hinreichend lückenlos zu begleiten, so kann sie auch dissoziative Phänomene in der Eigen- (Selbst-) und Fremdwahrnehmung (Objektwahrnehmung) erkennen.**

#### 4.4.2 Zustand der Verwirrung (fragmentiertes Bewusstsein)

Übermüdung und Überforderung können zu Zuständen der Verwirrung, Überflutung, Orientierungslosigkeit und zu Dissoziation führen. Das Ich scheint in seiner Kohärenz auseinanderzufallen (siehe Phänomene unter 4.6). Solange nicht generell dissoziiert wird, sobald eine Situation etwas schwierig wird, so ist das auch normal.

#### 4.5 Die vier Bewusstseinsfunktionen nach C.G. Jung

Die vier Bewusstseinsfunktionen Empfinden, Fühlen, Intuieren, Denken sind für Jung 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.

Abbildung 10 im Anhang macht die vier Bewusstseinsfunktionen innerhalb der AKPT sichtbar. Es wird zwischen rationalen und irrationalen Wahrnehmungen (Funktionen) unterschieden. Irrationale Wahrnehmung entzieht sich häufig bewussten Bewertungsprozessen (vgl. Institut für Atem- & Körperpsychotherapie, 2012, Bischof et al., 2012, Bischof, 2009b). Ich halte sie darum für besonders geeignet, um positive somatisch-affektive Repräsentanzen nachreifen zu lassen, ohne den (partiell) ich-schwachen Klienten kognitiv zu überfordern.

Das **Beurteilen und Einordnen von Empfindungen** führt letztlich dazu, dass sinnliche Wahrnehmung im Körper gehalten, Bedürfnisse erkannt und selbstregulativ (im Sinne von Affektregulation) gehandelt werden kann. Der (partiell) ich-schwache Mensch ist aber oft nur unzureichend in der Lage, körperliche Empfindung wahrnehmen und beurteilen zu können. Verfrühtes beharrliches Nachfragen führt mitunter zu Anpassungsanstrengungen, zu Überforderung und womöglich zu Dissoziation. Um dies zu vermeiden gehe ich hier häufig voraus, indem ich meine eigenen Wahrnehmungen zur Verfügung stelle.

#### 4.5.1 Die erweiterte Gegenübertragung

S. Bischof (2003a, 2009b) bezieht sich 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 Resonanzfeld aus, welches bereits in der ersten Begegnung zwischen Klient und Therapeutin entsteht. Innerhalb dieses Feldes haben alle von der Therapeutin gemachten Wahrnehmungen, ungeachtet der Eigenanteile, auch etwas mit dem Klienten und seinem Übertragungswunsch zu tun. Diese Wahrnehmungen bezeichnet S. Bischof deshalb als Gegenübertragungen, bereits bevor der Übertragungswunsch sichtbar wird. Natürlich sind nicht alle Resonanzphänomene auch Gegenübertragungen. Bei Erstkontakten sowie bei frühen Verletzungen gehe ich jedoch davon aus, dass es häufig zu narzisstischen Fusionen (Symbiose) kommt und dass daher die Differenzierung zu Beginn nur begrenzt (und vorallem für die Therapeutin) Sinn macht.

Im Unterschied zur klassischen Psychoanalyse werden unter der Gegenübertragung nicht nur Gefühle und Gedanken verstanden, sondern auch Empfindungen und Impulse. Alle vier Wahrnehmungsebenen helfen der Therapeutin dabei, mit dem Klienten zu kommunizieren und den Übertragungswunsch zu entziffern. Wie wird in der AKPT mit den Gegenübertragungswahrnehmungen gearbeitet?

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 reflektiert insbesondere die Wahrnehmung(en), welche sich in den Vordergrund der Aufmerksamkeit drängen und dort bleiben.
4. Sie spiegelt sie 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 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. **Das entstehen dieses gegenseitigen Kontaktes (anstelle der therapeutischen Abstinenz) ist für beziehungsphobische Menschen bedeutend.**

\* Definition Ausagieren: „...eine Emotion (ungehemmt) in Handlung umsetzen und dadurch eine innere Spannung abreagieren: seine Wut ausagieren.“ (Duden 1983)

**Mit der erweiterten Gegenübertragung kann die Therapeutin (zu Beginn) dissoziative Phänomene schneller erkennen, als diese von Klienten selber erkannt und oder sichtbar werden.**

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 und konnte die Dissoziation unterbrechen, bevor sie sich ganz ausgebreitet hat. Dies begünstigt den Aufbau von

positiven (somatischen) Objektrepräsentanzen und führt letztlich zur Erregungstoleranz.

#### 4.5.2 Gegenübertragung als Phänomen der Spiegelneuronen

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 – teilweise erklärbar geworden.

Nonverbale Spiegelungsprozesse „übertragen“ vermutlich die hinreichend lückenlose somatisch-affektive Selbstbegleitung der Therapeutin auf den Klienten, so dass sich Körperwahrnehmung und Spannungstoleranz mit der Zeit auch ohne Reflektion und Verbalisierung verbessern.

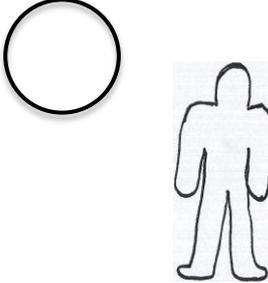
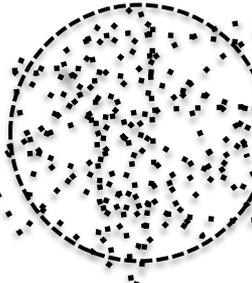
#### 4.6 Erkennen dissoziativer Phänomene

Aufgrund der Resonanzphänomene, welche auch die Therapeutin Erreichen, ist das Erkennen der Dissoziation in der Therapie wichtig.

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)

In Abbildung 4 stelle ich diese Varianten und weitere Phänomene, welche ich in meiner Praxis beobachte, modellhaft dar. Sie können einzeln, nach- oder miteinander auftreten. Phänomene der Kolonnen A und D entsprechen den von Bauer genannten zwei Varianten. Phänomene der Kolonnen B und C verstehe ich als Abstufungen bzw. Vorstufen derselben. Sie sind besonders gut bei der Berührungsintervention wahrnehmbar.

<b>A: „Out-of-Body“</b>	<b>B: Betäubung</b>	<b>C: Schwarzes Loch</b>	<b>D: Verwirrung</b>
			
<p><b>Bewusstsein entfernt sich vom Körper</b></p>	<p><b>Bewusstsein wird getäubt</b></p>	<p><b>Bewusstsein wird eingefroren</b></p>	<p><b>Bewusstsein irrt umher</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vogelperspektive: sich von oben herab sehen</li> <li>• Schwebefühl</li> <li>• sich kleiner oder grösser fühlen</li> <li>• kleiner oder grösser sehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betäubung</li> <li>• Kribbeln, Surren, Brennen (in Extremitäten &amp; Kopf)</li> <li>• Depersonalisation</li> <li>• Derealisation</li> <li>• Ohnmacht</li> <li>• Schwindel</li> <li>• Plötzliches Einknicken der Beine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nach innen gezogene Kälte (im Gegensatz zu Einfrieren an der Körperoberfläche = Panzerung)</li> <li>• Stupor (Krampf)</li> <li>• handlungsunfähig</li> <li>• das große Nichts</li> <li>• leerer Blick</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unverständliches Handeln, Sprechen, Bewegen (ausagieren)</li> <li>• Fuge (Flucht)</li> <li>• Orientierungsverlust</li> <li>• kurzzeitige Amnesie</li> <li>• aggressives Verhalten</li> <li>• Zerstreuung</li> </ul>
<p>davor oft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „submit“ = sich ergeben, Katalepsie (wächserne Biegsamkeit)</li> </ul>	<p>davor oft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• volatile Schmerzen</li> </ul>	<p>davor oft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilder: ‚Nebel‘</li> <li>• Empfindung: ‚wie zugedeckt‘</li> </ul>	<p>davor oft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handlungsabbriss</li> </ul>

**Abbildung 4: Ausbreitung intrusiver dissoziativer Phänomene**

4.6.1 Empfindungsebene - Körpergefühl - Sinne

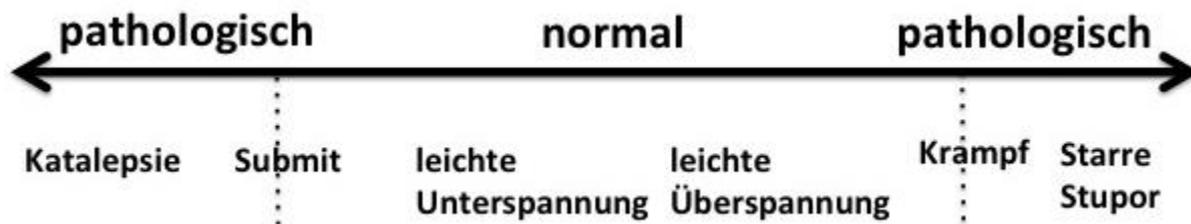
Bei der (re-) traumatischen »Freeze«-Reaktion geht die Energie, welche vorher für die Flucht- bzw. Kampfhandlung (Extremitäten) oder in frühen Entwicklungsphasen zum Schreien (Kopf) zur Verfügung gestellt wurde, zurück in den Rumpf und „versackt“ dort. Die Extremitäten werden nur noch wenig durchblutet. Das Weggehen betrifft vor allem die Extremitäten. In der Folge können auftreten:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 erwünscht sind (=angenehm), und solche, die beim Einschlafen der Glieder, bzw. Weggehen der Wahrnehmung entstehen (=unangenehm). Identifizieren lassen sich dissoziative Phänomene durch Einbezug von Kälte- bzw. Wärmeempfindung oder mit inneren Bildern. Starkes Kribbeln kann auch mit einem (ursprünglichen) Sauerstoffmangel zu tun haben und könnte auf ein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „verschobenes“, surreales Sehen; plötzliches Doppelstehen, wie wenn verschiedene Schichten übereinander liegen, ein Blendegefühl, ein Sirren oder Flimmern vor den Augen</li> <li>• Augenphänomene (z.B. Augen aufreißen, schnelle Augenbewegungen, stechender Blick, leerer Blick)</li> <li>• Verkrampfung oder Versteifung eines oder mehrerer Glieder: Besonders anfällig sind Füße, Hände und der Kopf (Gesicht) als äußerste Komponenten des Körpers (Stupor).</li> </ul>
---	---

<p>Geburtstrauma hinweisen, insbesondere dann, wenn das Phänomen während der Berührung des Kopfes auftritt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Fragmentierter (Körper-) Bewusstseinszustand: Eine Klientin beschrieb einmal den Zustand wie folgt: „Mein Körper fühlt sich wie ein Puzzle an, wo die Stücke nicht zusammenpassen.“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>starke Kälte- oder extreme Hitzeempfindungen in Extremitäten oder Gesicht</li> <li>sich wie gelähmt fühlen, bewegungslos sein, sich ergeben (=submit)</li> <li>Kalter Schweiß</li> <li>Schwebefühl, Gefühl des Abgehoben seins</li> <li>Schweregefühl, bleierne Schwere zieht nach unten</li> <li>häufiges Einschlafen bei Berührung an einer oder mehreren bestimmten Körperstellen</li> </ul>
--	--

**Tabelle 1: mögliche (Gegenübertragungs-) Phänomene auf der Empfindungsebene**

Die von mir am häufigsten beobachteten Phänomene sind Veränderungen des erspürten Körpergewichts, des Körpertonus sowie des Wach-Schlaf-Zustandes. Diese Phänomene haben mit der Regulation des biologischen Gleichgewichts (Reptiliengehirn) zu tun.



**Abbildung 5: Körpertonus; Spannung Muskulatur, Gewebe, Organ**

#### 4.6.2 Fühlebene, Emotionen und somatische Resonanz

Aufgrund der unterschiedlichen Strukturniveaus der verschiedenen Ich-Anteile sind Emotionen komplex in der Wahrnehmung und Zuordnung. Besonders belastende Emotionen existieren eher isoliert von der Restpersönlichkeit und treten darum auch in der Gegenübertragung entweder besonders schwach oder besonders stark auf. Solange Emotionen vom Klienten unreflektiert bleiben, ist beim Eingeben von Gegenübertragungsgefühlen Vorsicht geboten. Zu Beginn werden sie durch das Beschreiben somatischer Resonanz angedeutet. Im Sinne des Vorausgehens ist hier bei der Therapeutin auch ein mäßiges Reflektieren *ihrer* somatischen Resonanz möglich. Gegenübertragungsgefühle werden also erst bei genügend starker Ich-Kraft direkt in die therapeutische Beziehung eingegeben. Neben den bereits erwähnten Markern für die Ich-Kraft, deutet auf der körperlichen Ebene besonders das Aufkeimen der (echten) Wut in Form von Widerstandskraft auf eine genügend starke Ich-Kraft hin. Kapitel 6 beschäftigt sich näher damit.

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

Körperempfindungen die auf ein überwältigendes Gefühl hinweisen und sich meistens kurz vor oder nach einer dissoziativen Episode zeigen:

<p><b>Angst</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komische Gefühle im Bauch; ein Ziehen, ein Stechen, ein wie unter Strom stehen, eine Spannung spüren</li> <li>• Die Angst, die hochsteigt: Enge-Gefühl in Bauch, Brust, Hals, Kopf (ein Ziehen oder Druckgefühl kann auch auf Enge hinweisen)</li> <li>• Flattern der Nasenflügel</li> </ul> <p><b>Scham</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitzegefühle im Kopf</li> <li>• Rot werden</li> <li>• Schweiß am Kopf</li> <li>• Erstarren oder Einfrieren der Gesichtsmuskulatur</li> </ul> <p><b>Traurigkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stechen oder Druckgefühl in der Brust, Ziehen im Übergang vom Brustkorb / Arm</li> <li>• Feucht werden der Augen</li> <li>• Kloss im Hals, nicht sprechen könne</li> </ul> <p><b>Freude</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wirbelndes Gefühl in Bauch oder Brust</li> <li>• Tonus steigt an</li> </ul>	<p><b>Wut</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein geballtes Gefühl im Bauch</li> <li>• Übelkeit</li> <li>• Ein Jucken in den Fingern (Fäuste) oder Füßen</li> <li>• 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?“</li> <li>• Versetzte, nachträglich auftauchende Wut = Dissoziation. Betroffene berichten von einer unsäglichen Wut, die erst nachdem eine Begegnung beendet ist, auftaucht.</li> </ul>
---	---

**Tabelle 2: mögliche (Gegenübertragungs-) Phänomene auf der an somatische Resonanz gebundenen 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 die erwähnten Symptome ein plötzliches Abfallen dieser Symptome folgt, so könnte dies auf Dissoziation hinweisen. Das Weggehen über Gefühle zeigt sich körperlich auch durch eine plötzliche Leere im Bauch oder in der Brust. Innerhalb der frühen Verletzungen kommt der (echten) Wut eine besondere Bedeutung zu. Sie wird häufig dissoziiert bis hin zu „ich bin eigentlich nie wütend“.

*Weggehen über das Fühlen: Leere (im Bauch und Brust)*

#### 4.6.3 Impulse; Bewegungs-, Handlungs-, Laut- und Sprech-

Von der Pflanze bis zum Menschen zeigen lebende Organismen impulshafte Bewegungen, welche durch bestimmte Reize ausgelöst werden. Unter einem Impuls verstehe ich einen:

- Reflex; angeboren und automatisch (=unreflektiert) oder reaktiv habituell erworben (=ausagiert). Ich habe keine Wahl dem Reflex nachzugeben oder nicht.

- spontanen (=wenig reflektierten) Ausdruck lebendigen Da-Seins (nicht reaktiv oder ausagiert). Ich habe eine Wahl dem Impuls nachzugeben oder nicht.

Der Zweck der automatischen und oder spontanen Impulse ist es, dass sie dem Willen und kognitiven Bewertungsprozessen entzogen schnell und zuverlässig geschehen. Dies ist besonders bei der Abwehr potentieller Bedrohungen wichtig. Über die Abwendung der Gefahrensituation hinaus regulieren impulsive Bewegungen und Handlungen den Erregungshaushalt, gerade weil sie größtenteils bewussten Bewertungsprozessen entzogen bleiben.

Beispiele für reaktive Impulse:

1. Reflexhaftes Zurückziehen der Hand bei Hitze schützt die Haut vor Verbrennung.
2. Reflexhaftes Zusammenziehen der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur bei Husten, Nießen, 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 (=ausagieren).

Das letzte Beispiel Nummer drei beschreibt ein Verhalten, welches unterschiedlich interpretiert werden kann: Ist das Verhalten ausagiert, so kann man es als regressiv auslegen. Geschieht es aus einer (mäßig reflektierten) Wahl heraus, so könnte es auch als progressiven Schritt betrachtet werden: „ich werde diese diffusen Gefühle jetzt nicht wieder ertragen, ich möchte meine Spannung reduzieren. Ich gehe, bevor es ganz schlimm wird und ich keine Wahl mehr habe.“

Unter Ausagieren verstehe ich ein automatisiertes (und im Unterschied zum impulsiven Verhalten komplexeres) Verhalten, welches an ein bestimmtes (körperlich-emotionales) Erregungsniveau meist innerhalb bestimmter Ereignisse/Situationen geknüpft ist. Charakteristisch für Ausagieren ist, dass keine Verbindung zu einem auslösenden Ereignis mehr hergestellt werden kann und vorallem, dass es keine Wahl zwischen mehreren Verhaltensweisen gibt.

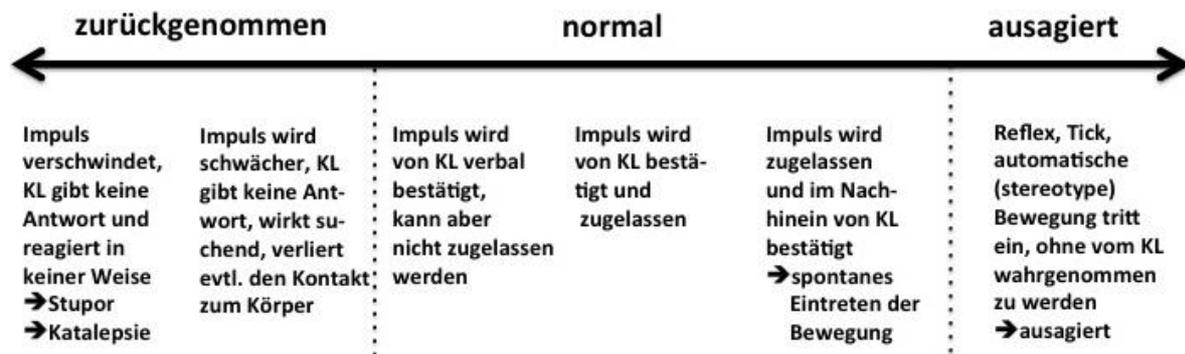
Bei früh Traumatisierten werden aggressive Impulse durch Dissoziation unterbrochen. Betroffene sind oftmals nicht in der Lage, sich in kleinen alltäglichen Situationen angemessen zur Wehr zu setzen, sich abzugrenzen oder momentane unangenehme Situationen proaktiv zu beenden. Teilweise aggressive Kampf- und Fluchtimpulse müssen erst (wieder) zugänglich gemacht werden, 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 (dissoziierten) Impuls in die Wahrnehmung und von der Wahrnehmung in die Ausführung zu bringen.** Um den Impuls nicht zu hemmen reflektiere ich ihn nicht vor dem Ausführen, sondern erst währenddem oder danach.

Beispiel: Bei Madlaina (Fallbeispiel) gab ich den Impulsen häufig nach, bevor ich reflektieren konnte, weil sonst Gedankenleere eintreten konnte. Dafür reflektierte ich sie im Nachhinein: „Ich merke, jetzt habe ich einem Impuls nachgegeben und mein Fuß ist gerade eben nach vorne gesprungen, so wie wenn ich jemanden treten wollte.“ Auf der affektiven Ebene: „...und ich merke, ich bin darüber erschrocken“.

- **Bewegungsimpulse**  
unkontrollierte und schnelle Bewegungen des Fußes, einer Hand, einzelner Finger, Arme oder Beine (Extremitäten) sowie des Kopfes (durch die Haare fahren, sich festhalten, Mimik/ Zuckungen der Gesichtsmuskulatur)
- **Handlungsimpulse**  
plötzlich auftauchende Handlungsimpulse wie: aufstehen wollen, das Fenster schließen 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 (Gegenübertragungs-) Phänomene auf der Impulsebene**

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. In der folgenden Darstellung gehe ich davon aus, ich hätte als Therapeutin gerade einen (Gegenübertragungs-) Impuls während der Berührungsintervention direkt oder weniger direkt verbalisiert.



**Abbildung 6: Bewegungs- und Handlungsimpulse**

*Weggehen über reges, automatisches und unreflektiertes Bewegen, Handeln oder Sprechen, Erinnerungsverlust an die vorherige therapeutische Handlung*

#### 4.6.4 Bilder, Symbole, Träume, visuelle Phänomene

Früh Traumatisierte halten sich oft in Phantasiewelten mit Tiefgang auf und lassen dort niemanden rein (Rückzug in die innere Welt). In Kinderzeiten hatten sie evtl. über lange Zeit täglichen Kontakt mit imaginären Spielkameraden (vgl. Jans & Warnke, 2011). Phänomene wie anders sehen, doppelt sehen, wie durch einen Schleier sehen oder surreale innere Bilder über den echten Bildern können auch in der Gegenübertragung auftauchen.

Beispiel: Bei einer Klientin mit einer relativ stabilen Essstörung entstand plötzlich *ein plötzlicher Filmabriss*. Unmittelbar danach sah ich sie als kleines, ca. 4-5 jähriges Mädchen vor mir stehen.

In der Therapie knüpfe ich bei der Phantasie als Ressource an, betrachte sie aber gleichzeitig auch als Kompensation einer inneren Leere aufgrund von Kontaktlosigkeit zur Umwelt.

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

#### 4.6.5 Denkebene

- Bewertungsgedanken
- Gedankenkreisen
- Nach einem Ausweg suchen

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

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

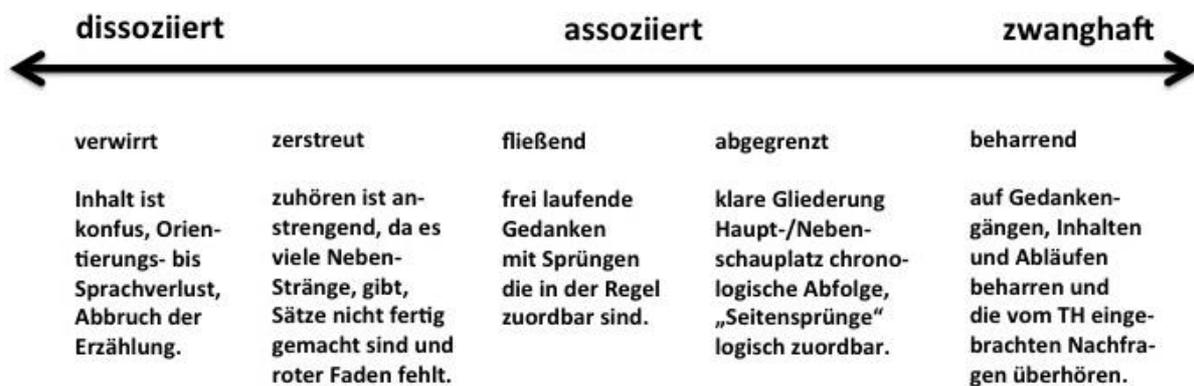


Abbildung 7: Erzählstil des Klienten

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

### 5. Kommunikation in der AKPT

In der AKPT sind die Wahrnehmungsebenen zu aller erst ein Instrument, um festzustellen, auf welchen Ebenen der Klient kommuniziert. Auf welchen nonverbalen und verbalen Ebenen drückt er sich körperlich und emotional aus? Auf welchen Ebenen nimmt er Eindrücke auf (=ist er erreichbar)? Der Befund vorhandener Kommunikationsebenen und dessen Resonanz bei der Therapeutin liefert auch wichtige Hinweise für die Untermauerung der Diagnose.

#### 5.1 Kontaktaufnahme

Wurde die Diagnose erstellt, die Therapieziele festgelegt und der Therapieplan umrissen, so kommuniziert die Therapeutin am Anfang vorwiegend auf den vom Klienten gewählten Ebenen. Sie stimmt sich (analog der Aufgabe der frühen

Bezugspersonen) auf den Klienten ein. Battegay (1977/1991) spricht von einer explorativen Kontaktaufnahme und einer narzisstisch-fusionären Basisbeziehung:

Trifft ein Individuum ein erstes Mal mit einem anderen zusammen, so steht ihm auch im Erwachsenenalter keine andere Möglichkeit zur Verfügung, als sein eigenes Selbstbild zumindest bis zu einem gewissen Grade auf das Objekt zu verlegen. Zwar stehen ihm in seinem Ich, von früher her, mannigfaltige Objektrepräsentanzen zur Verfügung, doch können diese nie gänzlich auf ein Objekt angewendet werden, das das Individuum ein erstes Mal in seinem Leben sieht. Es kommt daher bei jeder neuen Begegnung im Erwachsenenleben zu einer Fusion in der Phantasie eines Menschen mit dem Objekt. Das ist die fusionär-narzisstische Basisbeziehung, welche im Prinzip der Symbiose zwischen Mutter und Kind in der frühen Kindheit entspricht und in jeder späteren Beziehung reaktiviert wird. (S. 56)

## 5.2 Erweiterung des Kontaktes auf die somatische Resonanzebene

Viele Menschen haben ihre irrationalen Wahrnehmungen – Empfindungen, Handlungs- und Bewegungsimpulse – noch nie differenziert in Worten ausgedrückt. So bringen sie z.B. „das ungute Gefühl im Bauch“ nicht mit dem „schlechten Gedanken im Kopf“ zusammen. Daher ist es von Vorteil, wenn die Therapeutin dem Klienten modellhaftes Lernen ermöglicht, indem sie ihre Eigenwahrnehmungen einbringt.

### **Abgleich von Eigen- und Fremdwahrnehmung:**

1. Die Therapeutin fragt den Klienten direkt, was er wo und wie wahrnimmt. Dabei spielt auf allen Wahrnehmungsebenen die körperliche Resonanz eine Rolle.
2. Erklärt seine Antwort die Gegenübertragungswahrnehmung nicht hinreichend, so kann die Therapeutin in dosierter Form auch eigene Wahrnehmungen verbalisieren.

Dieses Vorgehen veranlasst den Klienten mit bestimmten Körperregionen oder Wahrnehmungsebenen Kontakt aufzunehmen, Intrusionen auf verschiedenen Ebenen frühzeitig zu erkennen und seinerseits Wahrnehmungen zu verbalisieren. Wenn der Klient nicht in der Lage ist, verbal zu antworten (Regression in die vorsprachliche Zeit oder Wahrnehmungslücke), so übernimmt die Therapeutin die Rolle des Hilfs-Ichs und reguliert bzw. stimuliert, evtl. über lange Strecken hinweg, bis der verbale Kontakt wieder hergestellt ist.

Besonders bei früh Verletzten geht es zu Beginn weniger um die individuelle Ausprägung des Körpers (Differenzierung zwischen Selbst und Objekt), sondern um eine Erweiterung der Zeitfenster für interpersonellen Kontakt auf der Ebene des allgemeingültigen Körpers. Es muss zuerst das Bedürfnis (nach Verschmelzung oder Bindung) zumindest teilweise gestillt werden, bevor der niedrig strukturierte Ich-Anteil bereit ist, eine Differenzierung zwischen Objekt und Selbst vorzunehmen (siehe 5.4). Die Körperebene eignet sich für die narzisstisch-fusionäre Kontaktaufnahme mit dem Klienten bestens. Das Kommunizieren mit und über den Körper entspricht dem (zurückgebliebenen) Ich-Anteil innerhalb seiner Entwicklungsmöglichkeiten.

**Der (nonverbale) Abgleich der Wahrnehmung zwischen Therapeutin und Klient ist eine (frühe) Form von interpersonellem Kontakt auf einer gemeinsam erlebten realen Ebene: dem allgemeingültigen Körper.**

### **Selbstregulation der Therapeutin**

Durch Resonanzphänomene werden Wahrnehmungslücken bei Frühstörungen und früh Traumatisierten vermutlich oft nicht erkannt. Um die Kontinuität der Wahrnehmung aufrecht zu halten, macht die Therapeutin darum früh genug (also bevor sie ganz weg ist) auf das Weggehen aufmerksam. Treten Resonanzphänomene unvermittelt auf, so ist das Erregungsniveau unter Umständen bereits zu hoch und kann darum nicht mehr durch Selbstreflexion, geschweige denn Verbalisierung, gesenkt werden. Hier führen handlungsbezogene Interventionen (Abreagieren) meist schneller zu einem Erregungsabbau und der Rückkehr ins Zeugenbewusstsein. Wenn Resonanzphänomene kaum auszuhalten sind, neigt die Therapeutin durch (weiter entwickelte) Kommunikationsformen wie Interpretation und Deutung dazu, an die Selbstverantwortung des Klienten zu appellieren und kommuniziert mit dem Ich-Stärkeren Anteil. Damit schützt sie sich selber, in dem sie sich vor der hohen Verantwortung der optimalen Abstimmung auf den Klienten abgrenzt.

Beispiel: Die Therapeutin spürt Langeweile und Ärger über die Unreflektiertheit des Klienten. Aufgrund der Erregung (die verunsichert) und ihrer moralischen Prägung (die hemmt) hält sie diesen Wut-Impuls zurück, grenzt sich nicht ab und reagiert auch nicht ab. Kurz darauf beginnt sie die vorausgehende Situation hartnäckig zu interpretieren und deuten und löst damit beim Klienten dissoziative Leere aus. Was ist geschehen? Die Therapeutin spürte zwar die aufkeimende Wut (Erregungsenergie), konnte diese aber nicht innert nützlicher Frist für einen angemessenen und frei gewählten Abgrenzungs-Impuls nutzen oder hielt sie für ein Resonanzphänomen. Das vorhandene Erregungsniveau sucht sich nun andere (unbewusste) Bahnen zur Entladung und findet diese im Interpretieren und Deuten.

Folgende zwei Übungen helfen, die Kommunikation sowohl auf einer wie auch auf mehreren Wahrnehmungsebenen zu regulieren und zu stimulieren. Darüber hinaus sind sie grundlegende Kommunikationsformen für die Bildung von somatischen Selbst- und Objektrepräsentanzen.

### **Einstellen von Nähe und Distanz (vgl. Obrecht 2012)**

Diese Übung wird sowohl diagnostisch wie selbstregulativ in zahlreichen Variationen eingesetzt. Grundeinstellung: Der Klient überprüft mit langsamen Schritten, in welchem Abstand zur Therapeutin er sich selber (seinen Körper und seine Grenzen) gut wahrnehmen kann. Hat er seine Nähe / Distanz zur Therapeutin eingestellt, so stellt diese ihrerseits in gleicher Manier die Distanz zum Klienten her. Die allfällig daraus entstehende Diskrepanz wird kommuniziert und es wird nach einem Kompromiss gesucht. Ist die gewählte Distanz wiederholt unauffällig, so kann von einem mittleren bis höheren Strukturniveau ausgegangen werden. Bei Mix-Strukturen kann sich die Suche nach der richtigen Distanz einmal unauffällig und das nächste Mal sehr auffällig gestalten, je nachdem welcher Ich-Anteil gerade aktiviert ist. Im weiteren Therapieprozess ist Nähe-Distanz-Einstellung für das Reflektieren von Zuneigung und Abneigung und das Ausarbeiten eines körperlichen Neins wichtig.

### Gläserner Kopf (Übung aus der AKPT)

Diese Kommunikationsform dient in erster Linie dazu, dem Klienten Sicherheit zu vermitteln. Durch Wiederholungsvorgänge prägt sich diese Sicherheit beim Klienten ein: „Immer wenn ich liege und die Therapeutin bei mir ist, fühle ich mich sicher.“ Der Klient kann einen Teil seiner Kontrollfunktionen bzw. des Beobachters abgeben, weil die (körperliche) Bedrohung abnimmt. Er taucht mehr und mehr ein in der erlebenden Welt der Körperresonanz und auf dieser Resonanzebene findet eine (erwünschte) Fusion mit der Therapeutin statt.

Die Therapeutin kommentiert alle von ihr unternommenen Schritte im Voraus. Sie vermittelt dem Klienten damit Sicherheit. Sie zeigt ihm auf, was er alles wahrnehmen und begleiten kann und macht ihn auf allfällige Missempfindungen aufmerksam, welche er sonst vielleicht ertragen bzw. dissoziiert hätte. Die Therapeutin macht ihre Wahrnehmungen wie Empfindungen, Handlungs- und Bewegungsimpulse (irrational), in dosierter Form auch Gedanken und Gefühle (rational), transparent, indem sie diese ausspricht. Während der Berührungsintervention 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.“ (körperliche Resonanz der Gedankenebene).

### 5.3 Entwicklungsgerechte Kommunikation

In der Arbeit mit verschiedenen Ich-Anteilen wird die Orientierung innerhalb der verschiedenen Kommunikationsebenen komplex. Während der ANP eventuell verdrängt oder narzisstisch bzw. borderline geprägt spaltet, so kann der EP dissoziieren, wenn er an Gefühle der Hilflosigkeit, Einsamkeit, Abhängigkeit 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 Beine und Schultern nicht dasselbe wollen, ein in Kontakt kommen mit verschiedenen Ich-Anteilen bedeuten. Um die Anteile besser identifizieren und von anderen Anteilen abgrenzen zu können, werden sie in ihren momentanen Zuständen 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. Watkins und Watkins beschreiben die Kommunikation verschiedener Anteile untereinander:

Integration bedeutet Kooperation im Rahmen eines Ausgleichs der Unterschiede aufgrund gegenseitiger Bedürfnisbefriedigung. Manchmal stellen zwei oder mehr Ich-Zustände fest, dass ihre Bedürfnisse und der Ausdruck dieser Bedürfnisse einander so ähnlich sind, dass es nicht mehr nötig oder vorteilhaft ist, ihre Energien aufzuspalten und als getrennte Zustände aufzutreten. (S. 141)

Sämtliche „Familien“-Mitglieder sollten, so die Autoren, ganz normal miteinander agieren und kommunizieren können. Ich-schwächere Anteile sollten weder von der Therapeutin noch vom Klienten bekämpft, sondern gefördert werden, so wie kleine Kinder gefördert werden. Im Fallbeispiel beschreibe ich die Zusammenführung von Schutzmechanismen zweier sich bekämpfenden Ich-Anteile, welche sich in Schultern und Beinen niedergelassen hatten.

Ich gehe grundsätzlich von Ich-stärkeren Anteilen (ANP) aus, die in ihren mentalen, dem Schutz verpflichteten, Funktionen entlastet werden müssen, damit die schwächeren Ich-Anteile (EP) Schutz und Halt durch Bindung (zum Hilfs-Ich der Therapeutin) erfahren dürfen und nachreifen können. Der Schwerpunkt der Therapie liegt beim Ich-schwächeren Anteil. Die Entlastung des stärkeren Anteils kann jedoch viel Zeit innerhalb der Therapiestunden einnehmen. Stärkere Ich-Anteile mögen es nicht besonders, wenn man sich in ihre Angelegenheiten einmischt. Sie haben unter Umständen schon sehr früh Eltern-Funktionen für die schwächeren Anteile (oder auch für die leiblichen Eltern) übernommen und lassen sich nicht gerne „reineden“. Oft fordern sie stattdessen eine zusätzliche Stärkung in Form von „wirkungsvollen Übungen“ ein. Aufgrund von Resonanzphänomenen kann dieses Einfordern bei Klient und Therapeutin Leistungsdruck erzeugen, was dann bei der Durchführung und Umsetzung der Interventionen schnell zu einer Überforderung führt. Es ist günstig, diese Forderungen anhand der realen Gegebenheiten zu relativieren (optimale Frustration auf der ANP-Ebene), da die therapeutische Beziehung zum EP sonst vom ANP sabotiert werden kann.

Um partielle Fixierungen auf frühkindliche Stadien aufzulösen und den Fortgang der Entwicklung anzuregen, müssen die Abwehrformen der ich-stärkeren Anteile (regressiv) aufgeweicht und die Begehrlichkeiten der zugrunde liegenden ich-schwachen Anteile (von der Therapeutin) empathisch erkannt und hinreichend gestillt werden. Kompensatorische Fähigkeiten (u.a. Interpretation und Deutung) braucht es vor allem, um Diskrepanzen zwischen verschiedenen Ich-Anteilen und oder Ich-Anteilen und den Anforderungen der Umwelt (z.B. der Therapeutin) zu überwinden und Beziehungskontinuität herzustellen bzw. aufrecht zu erhalten.

<b>EP und Ich-schwache Anteile</b>	<b>ANP und Ich-starke Anteile</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aufbau von positiven Objekt- und Selbstrepräsentanzen auf der körperlich (-affektiven) und häufig nonverbalen Resonanzebene</li> <li>➤ Idealisierende Eltern-Imagines und die damit verbundenen Rollen annehmen</li> <li>➤ Interpersonelle Kontaktförderung</li> <li>➤ konfliktfreies Arbeiten</li> <li>➤ Aufbau einer sicheren, kontinuierlichen therapeutischen Beziehung</li> <li>➤ danach Abgrenzungsleistungen fördern</li> <li>➤ <b>Nachreifen</b> von Ich-Kraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⚡ Alltagsbewältigung</li> <li>⚡ Verbindungen schaffen zwischen mentalen Ebenen und dem allgemeingültigen Körper</li> <li>⚡ Anpassungsleistungen stimulieren, falls für Kontinuität von Beziehungen nötig</li> <li>⚡ Bei Konflikten die Inhalte an Beziehungsrealität und an Schwächen und Stärken der Therapeutin soweit relativieren, dass die Beziehung aufrecht erhalten bzw. wieder aufgenommen werden kann.</li> <li>⚡ <b>Kompensieren</b> von Ich-Kraft</li> </ul>

**Tabelle 4: Nachreifen versus Kompensieren Ich-schwacher Anteile**

Im Fallbeispiel berichte ich von gegenläufigen Übertragungen der unterschiedlichen Ich-Anteile. Während der ANP den distanzierten Kontakt auf Augenhöhe mit dem Coach einforderte und die mütterliche Therapeutin mied, weil die Mutter ihr nicht

geholfen hatte, sehnte sich der EP nach dem schützenden und umfassenden Halt der idealen Mutter. So galt es, präsent zu sein, um im Balanceakt zwischen den zwei unterschiedlichen Rollen das Gleichgewicht nicht zu verlieren.

Klienten, welche gleichzeitig oder in der Vergangenheit sowohl eine konventionelle analytische wie auch Gesprächstherapie mach(t)en, äußern sich häufig erfreut und sichtbar erleichtert darüber, dass ich mich als Therapeutin mit meinen an die körperliche Resonanz angebotenen Eigenwahrnehmung in die Beziehung einbringe, meine eigenen Wahrnehmungen hinterfrage und interpretiere. Dies mache mich menschlich und sie hätten das Gefühl auf Augenhöhe mit mir zu sein. Vermutlich wird durch dieses Vorgehen der Konflikt zwischen dem höher strukturierten Ich-Anteil, welcher sich und den schwächeren Teil vor Bindung schützen will und dem niedriger strukturierten Ich-Anteil, welcher nach wie vor verzweifelt versucht, sich zu binden, um sich zu schützen, entschärft. Diese Schutzfunktion wird überflüssig, wenn sich die Therapeutin ihrerseits den Übertragungswünschen der verschiedenen Ich-Anteilen anpasst und zwischen Idealisierung und Augenhöhe hin und her pendelt, ohne sich dabei in ihrer eigenen Identität bedroht fühlen zu müssen.

### **Kommunikationsmodell bei unterschiedlichen Ich-Anteilen**

Ich kommuniziere ausgehend vom Strukturniveau des sich ausdrückenden Ich-Anteils. Auf derselben Stufe bleibend reguliere und stimulare ich den In- und Output des Klienten. Von der nächst höheren Stufe aus stimulare ich vor allem neue Ausdrucksmöglichkeiten des Klienten. Für den kommunizierenden Ich-Anteil haben diese progressiven Charakter. Beim verborgenen ich-schwächeren Anteil können sie jedoch zu sich-unverstanden-fühlen, Kompensationsleistungen und Überforderung führen. Deswegen spüre ich gleichzeitig auch tiefer gelegene verborgene ich-schwächere Anteile auf und suche nach intakten Kommunikationsmöglichkeiten, z.B. an Körperstellen, die Wahrnehmungskontinuität aufweisen. Oft lande ich dabei auf der untersten Stufe – der Basisbeziehung – und greife auf Kommunikationsformen zurück, die vermutlich einen sehr frühen, manchmal pränatalen, Ursprung haben (stoßen, abdrehen, ziehen, halten, kneten, Augenkontakt). Ich knüpfe also am Gesunden an und versuche von dort aus die Ich-Kraft zu stärken, indem ich die jeweiligen Funktionen der frühen Bezugsperson übernehme.

Abbildung 11 im Anhang macht die Kommunikation mit verschiedenen starken Ich-Anteilen sichtbar und nimmt Bezug auf stufengerechte Nähe-Distanz-Einstellung:

**Basisbeziehung; Entwicklungsphase 0-3 Monate:** Die Therapeutin reguliert biologische Rhythmen wie den Schlaf-Wach-Rhythmus, Temperatur, Durchblutung, Körpertonus, Verdauung. Sie stimuliert kontaktfördernde Interventionen wie die Lautbildung, Gestik, Mimik, Blickkontakt sowie spielerische sensorisch-motorisch-reflexive und koordinative Interaktionen (links-rechts) zwischen Klient und Therapeutin.

**Niveau 1; Entwicklungsphase 4-12 Monate:** Die Therapeutin reguliert die Zeitfenster des interpersonellen Kontaktes zwischen ihr und dem Klienten, sowie mehrheitlich unreflektiert und wenn immer nötig von sich ausgehend Nähe und Distanz. Sie lässt unreflektierte Nähe und reaktives Distanzsuchen beim Klienten begrenzt zu. Sie stimuliert Spiegelungsprozesse von Lauten, Gestik, Mimik, Blickkontakt sowie sensorisch-motorisch-reflexive Interaktionen, was zu einem ersten spielerischen Ausdruck noch unreflektierter persönlichen Nähe (Zuneigung zur positiven Objektrepräsentanz: „da tut’s gut“, „da brauch ich´s“ = komm her! ) und einem unreflektiertem Distanzsuchen (Abneigung zum Objekt: „das ist seltsam“

= geh weg!) führt. Reflektiert werden neutrale Wahrnehmungen, wie Empfindungen (auf der Ebene des allgemeingültigen Körpers) oder die Kontaktpause. Mit (interpersonellen) Kontaktpausen, sowie Selbstregulation ihrerseits sichert die Therapeutin die lückenlose Wahrnehmung (beider). Sie ermöglicht das Pendeln zwischen interpersonellem und innerpsychischem Kontakt (Selbstanbindung).

**Niveau 2; Entwicklungsphase 1-3 Jahre:** Die Therapeutin reguliert empathisch sowohl nonverbal wie verbal komplexere affektive Vorgänge des Klienten wie auch eigene Abstimmungsprozesse auf den Klienten. Sie unterstützt ihn dabei, seine somatisch-affektiven Grenzen zu erkunden und in der Selbstregulation autonomer zu werden. Sie reguliert den Ausdruck von Zuneigung („Komm her!“) und Abneigung („Geh weg!“) und stimuliert gleichzeitig die verbale Reflexion desselben. Sie stimuliert Beurteilungsprozesse von Empfindungen und schafft Verbindungen von der Empfindung zum Gefühl. Dies führt dazu, dass sich verborgene Bedürfnisse und Bedürfnis-Konflikte an der Oberfläche zeigen und dann auch analysiert werden können (Interpretation, Deutung).

**Niveau 3; Entwicklungsphase 3-6 Jahre:** Die Therapeutin reguliert Impulse auf der Verhaltensebene (Konfrontation, Interpretation) sowie Ablösungsprozesse (Würdigung, Spiegelung) des Klienten. Sie unterstützt Bewertungsprozesse und Entscheidungsfindungen des Klienten. Sie stimuliert Selbst- und Objektdifferenzierung durch (somatische) Konfrontation, Interpretation und Deutung. Nähe und Distanz wird nun automatisch vom Klienten eingestellt. Sie wird nur so weit reflektiert, wie dies der Wahrnehmungskontinuität (aller Ebenen) dienlich ist, die Anpassungsfähigkeit des Ichs fördert und nicht behindert.

#### 5.4 Berührung versus sichere Distanz: Interpersoneller (Körper-) Kontakt

Körpertherapeutische Interventionen können beim Erwachsenen insbesondere bei direktem Körperkontakt und Berührung frühe Interaktionserfahrungen von seinen Bezugspersonen zu ihm als Säugling auslösen. Maaz (2006) spricht von Reaktivierung der Bedrohung, Ablehnung, Verlassenheit, ungestillter Verschmelzungswünsche und von Zuwendungsbedürfnissen. Dissoziation und Spaltung sind mögliche Folgen dieser Reaktivierung. Maaz schlägt darum vor, die idealisierten Aspekte allmählich an der Beziehungsrealität des Therapeuten zu relativieren und dabei auch die persönlichen Begrenzungen und Schwächen der Therapeutin mit in die Beziehung einzubringen, bevor mit der Berührungsintervention begonnen wird.

Meiner Erfahrung nach kann gerade auch durch die Berührungsintervention die Beziehungsrealität zwischen Therapeutin und Klient deutlich werden. Sie wird jedoch bei niedrigen und teilweise auch noch bei mittlerem Strukturniveau erst dann in Erwägung gezogen, wenn der Klient innerhalb der Nähe-Distanz-Einstellung Wahrnehmungskontinuität wahren kann. Kurze begrenzte Berührungen verhindern zu Beginn Zustände der Verschmelzung oder des reaktiven Distanzsuchens. Die Therapeutin gibt dosierten Druck und der Klient gibt direkt an der betroffenen Körperstelle oder an einer benachbarten (ich-stärkeren) Widerstand. Auf diese Weise kommt die Wahrnehmung zurück. Bei Verschmelzung kann der Klient die Hand der Therapeutin wieder von der berührten Körperstelle unterscheiden. Bei reaktiven Distanzsuchen kommt das Gefühl der Kontrolle mit dem Einsatz von körperlicher Kraft und dem Erleben der Wirksamkeit derselben wieder zurück.

Um positive Objekt- und Selbstrepräsentanzen aufzubauen ist es von Vorteil, sich während der Berührung anhand der positiv oder zumindest neutral assoziierten Körperstellen zu orientieren. Bei Mixstrukturen kommt es häufig vor, dass höhere Anteile die Berührung an bestimmten Problemzonen verlangen (hier tut's weh!). Dieser Aufforderung unreflektiert nachzukommen, bedeutet, kompensatorisch an ich-stärkeren Anteilen des Klienten zu arbeiten. Im Sinne der Nachreifung von ich-schwächeren Anteilen ist es günstiger, die Aufmerksamkeit auch zu den körperlichen Ressourcen (weg vom Schmerz) zu lenken, weil dort Wahrnehmungskontinuität entstehen kann.

#### 5.4.1 Erregung und Übererregung innerhalb Berührungsinterventionen

Früh Traumatisierte haben (einen Teil) ihrer Kontaktfähigkeit verloren. Übererregung und Spannung kann deshalb bei jedem Kontakt entstehen, ob dieser nun wohlwollend ist oder nicht. Nicht das Auflösen von Energie-Blockaden und die Katharsis, sowie sie von Reich und seinen Nachkommen postuliert wurden sind darum primäre therapeutische Ziele, sondern das feinfühliges, vorsichtige Abstimmen auf somatisch-affektiver, also auf vorsprachlicher und interpersoneller Ebene. Verfrühte Deutungen und Interpretationen erhöhen die Erregung und wirken diesem frühen Abstimmungsprozess entgegen. Um die Kontaktfähigkeit wieder aufzubauen, braucht die Therapeutin vor allem regulatorische (Erregungsabbau) und stimulierende (Erregungsaufbau) Fähigkeiten.

#### 5.4.2 Berührungsintervention bei niedriger Struktur

Sind Objektrepräsentanzen so stabil, dass Nähe und Distanz jederzeit erfolgreich abgestimmt werden können, so besteht bei einem Erregungsanstieg durch Nähe nur noch geringes Risiko für „reaktives Distanzsuchen“ oder reaktive Symbiose. Die Arbeit am Kontakt in der Nähe (der dem Entwicklungsstand des zu stärkenden Ich-Anteils entspricht) wird möglich. Über den Kontakt mit Zwischenobjekten (Ball, Stab, Wände, Boden, Tuch, Kissen etc.), wird der Klient auf den direkten Körperkontakt mit sich selber und später mit der Therapeutin vorbereitet. Das Zwischenobjekt entspricht dem Übergangsobjekt nur in umgekehrter Reihenfolge. Das Übergangsobjekt hilft dem Kleinkind, über die Trennung vom Objekt hinwegzukommen. Das Zwischenobjekt bereitet den nahen persönlichen Kontakt (die Bindung) zur Therapeutin vor. Damit der Klient nicht spalten oder dissoziieren muss, wird jetzt das Erkennen der Abneigung (Widerstand), die Arbeit am körperlichen Nein und der Abgrenzung (=aktives Distanzsuchen) wichtig. Wird anstelle zu dissoziieren eine unangenehme Empfindung entlarvt, so kann der Klient den Impuls zum Nein-Spüren, (wieder) aufnehmen und seinem Zustand angemessen ausdrücken. Wenn dann die Abneigung durch das (körperliche) darauf Abstimmen der Therapeutin zu einem Erfolg des Klienten wird - z.B. in dem sie sich vom Klienten wegdrücken lässt -, so schwindet auch die Angst bzw. die übersteigerte Erwartung vor dem erneuten (körperlichen) Kontakt mit der Therapeutin. Die Beziehung (die in dieser Phase eine körperlich-räumliche ist) verliert an Bedrohlichkeit und wird real. Wenn dieser Schritt erfolgt, ohne dass beim Klienten tatsächlich ein Impuls für die Abwehr (meistens von der Wut im Bauch gespeist) vorhanden ist, so wird mit dem ANP (kompensatorisch) und nicht mit dem EP kommuniziert.

**Das Ausarbeiten des authentischen Neins aufgrund eines somatischen Impulses ist bedeutend.**

## 6. Praxeologie: AKPT und Traumatherapie, Interventionen

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. **Benennen** und Beschreiben **von (irrationalen) Wahrnehmungen** – insbesondere Benennen und Beschreiben von auf Zwischenobjekte bezogene Empfindungen wie „der Boden ist kalt, hart...“ – wirkt stark stabilisierend. Es fördert das Da-Sein in der realen aktuellen Situation ohne dissoziieren zu müssen (siehe Übung 5-4-3-2-1).

Zu aller erst wird mit dem Klienten zusammen ein „Notfallkoffer“ erarbeitet. Die in Kapitel 6.1.1 beschriebenen Interventionen eignen sich alle für den Notfallkoffer.

**Die therapeutische Beziehung stabilisiert von allen Interventionen am meisten.**

#### 6.1.1 Selbstregulation

Selbstregulation ist aufgrund der häufig hohen Spannung (Hyperarousal) und der hohen Wachsamkeit (Hypervigilanz) bei dissoziativen Klienten sehr wichtig. Ich verstehe sie zu Beginn als Anpassungs-Leistung des ich-stärkeren Anteils. Mit zunehmender Reife des ich-schwächeren Anteils, verlieren Techniken an Bedeutung, denn die Selbstregulation geschieht dann – wie der Name sagt – aus dem Selbst heraus, das Ich wird entlastet, Arousal und Vigilanz nehmen ab.

#### **Pendeln**

Zu Beginn wird hauptsächlich zwischen Ressource und dem Problem 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 (Ressource) verliert beim Denken ihre Körperwahrnehmung (isolierte Empfindung). Nun soll sie zwischen Gedanken und Empfindungen hin und her pendeln.

### **Wahrnehmungsabgleich zwischen linker und rechter Körperhälfte**

Es handelt sich hierbei um eine Spezialform der Selbstregulation, welche in der Middendorf-Tradition verankert ist. Die Methode Eye Movement Desensitization and Reprocessing (kurz **EMDR**) von Saphiro synchronisiert die linke Gehirnhälfte mit der rechten durch Augenbewegungen. So können Erinnerungen besser integriert werden und der emotionale Zustand stabilisiert sich. In der Therapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen wird EMDR als wissenschaftliche Methode anerkannt.

### **Kathexis oder Selbstanbindung**

Unter Kathexis wird in der AKPT das Verankern von starken Emotionen in der Empfindung verstanden, so S. Bischof (2012). Dadurch wird der Erregungspegel gesenkt. Fragestellungen: „Wo spüren sie die Angst in ihrem Körper?“ oder umgekehrt „Können Sie das Kribbeln einem bestimmten Gefühl zuordnen?“ oder vorausgehend: „immer wenn sie mir vom Kribbeln berichten, erschienen Sie mir vorher unruhig.“ Auch Bilder und Gedanken werden an die Körperresonanzebene angebunden. Bei der Berührung werden durch die haltende Hand der Therapeutin fragmentarisch empfundene Körperteile an körperliche Ressourcen angebunden.

### **Sicherer Ort**

Rotschild (2002) beschreibt das Auffinden eines sicheren Ortes:

Ein sicherer Ort ist ein aktueller oder erinnertes Ort des Schutzes. Zu diesem Zweck sollte möglichst ein realer irdischer Ort gewählt werden [wenn keiner vorhanden ist, wird einer imaginiert] .... Mit der Erinnerung an einen solchen Ort ist somatische Resonanz verbunden (S. 140-141)

**Andocken (Berührungsintervention):** Die somatische Resonanz entspricht einer kathektischen Anbindung an den Körper. Ist innerhalb des Körpers ein sicherer Ort auffindbar, so kann in einem nächsten Schritt auch die Berührung an diesem sicheren Ort angeboten werden. Harms (2008) nennt diese Form von Berührung „Andocken“.

Wenn das Verletzen des sicheren (Beziehungs-) Raumes Teil des ursprünglichen (frühen) Traumas ist, so kann sich die Suche nach dem sicheren Ort als schwierig erweisen. Bei Madlaina (Fallbeispiel) war das Nach-Hause-Kommen schwierig, weil sie sich in Innenräumen nicht sicher fühlte. Unterwegs fühlte sie sich stets sicherer. Auch in ihren Träumen wurde sie oft in Innenräumen bedroht. Dort benutzte sie verschiedenste Fahrzeuge, um bei Gefahr zu entkommen. Dies brachte mich auf die Idee, anstelle eines sicheren Ortes ein sicheres Fahrzeug (Ermöglichen der Flucht) anzubieten und damit fühlte sie sich dann auch sicher. Auch die magische Verteidigungswaffe (Kampf) bietet sich bei Traumatisierten an.

### **Körperreisen**

Bei den Übungen 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 wird die Sammlung auf das Objekt (den Boden, die Lehne) oder die

Körpergrenze (Haut) gelenkt. Ist der Boden/die Körpergrenze 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? Schlagwörter zu den Räumen finden.

Beispiele für (sichere) Fortbewegungsmittel:

- zu Fuß auf der Treppe; Feuerleiter, Wendeltreppe etc.
- im (geschützten Kraft-) Fahrzeug (Lift, Auto, Panzer, Traktor, Boot...)
- als (unzerstörbare) Maschine (der verletzte EP wird gezielt dissoziiert), z.B. als fahrender Scanner, Röntgenapparat, Roboter, Traktor etc.

### **Abreaktion**

Starke Affekte verursachen eine hohe Erregungsenergie und einen Tonusanstieg im Körper. Damit die Wahrnehmung gehalten und erweitert werden kann, wird Erregungsenergie auf der neutralen Objektstufe, z.B. durch Stampfen auf dem Boden, an die Wand hämmern, aufs Kissen schlagen abgebaut. Die würdigende Haltung der Therapeutin unterstützt diesen Erregungsabbau. Sogenannte Skills, die als Ersatz für schädigende Befriedigungen dienen, funktionieren ähnlich: durch die Ersatz-Handlung wird die hohe Erregungsenergie des ungestillten Bedürfnisses reduziert. Körperliches Abreagieren in Form von starkem Zittern und Abschütteln wird nach Levines (2011) methodisch initiiert. Unabhängig davon wende ich seit 10 Jahren als Berührungsintervention wie auch als Übung angelehnt an Oshos dynamische Meditation eine Schüttelpraktik an, welche in den meisten Fällen hohe Spannungszustände reguliert.

### **Übung 5-4-3-2-1**

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

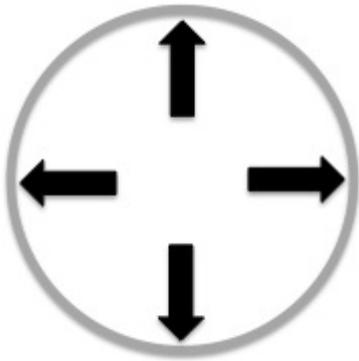
Der Klient zählt nacheinander, begleitet durch mitzählen der Hand und durch die Worte „ich sehe, höre, rieche, schmecke, empfinde ....“

- 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.

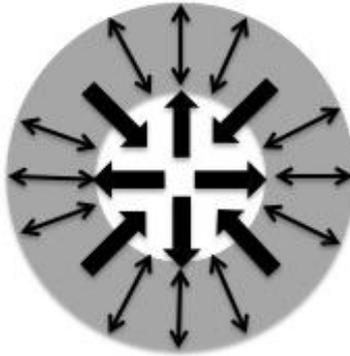
### **Widerstandsarbeit und Widerstandskraft**

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) differenzierte die Arbeit am Widerstand körperlich und machte seelische Bezüge erfahrbar. Die Sammlung wird auf die Druckstellen am Boden und durch eigenen oder fremden Druck auf die Kontaktflächen zum Objekt (z.B. Ball) oder zur Therapeutin (z.B. Hand) gelenkt (vgl. Maas, 2012). Diesem Druck kann ich mich ergeben („submit“ im narzisstischen Minderwert, vgl. Abb. 8c), was in aufrechter Haltung ein Zusammensacken, im Liegen ein sich

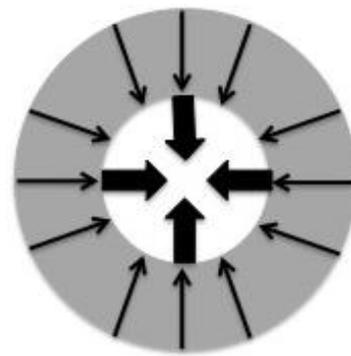
Zurückziehen zur Folge hat. Ich kann diesem Druck mit ganzer Kraft entgegen halten, bis ich starr werde, Gleichgewicht und Elastizität verliere (=narzisstisch-grandios bis neurotisch, vgl. Abb. 8a) oder ich widerstehe dem Druck angemessen, indem ich dem Boden und der Kontaktfläche entgegen Widerstand aufbaue und bleibe dadurch flexibel (=gesundes Ich, vgl. Abb. 8b).

**Abbildung 8a**

Druck (nach Außen) durch inspiratives Aufplustern und Verhärten der äußeren Muskelschichten (Bauch, Brustkorb)  
Bezug (oder Flucht) nach Außen

**Abbildung 8b**

Widerstand der inneren und äußeren Körperwände bei In- und Expiration.  
Bezug nach Innen und Außen

**Abbildung 8c**

Druck (nach Innen) der Innenraum schrumpft expiratorisch, die inneren Muskelschichten verhärten  
Bezug (oder Rückzug) nach Innen

**Abbildung 8: Querschnitt durch den Bauchraum, frei nach Keleman (1992, S. 16, Abb. 1-3)**

Wird 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 (Widerstand der Tiefenmuskulatur) begrenzt, damit er sich nicht zu stark ausdehnt. Dieses „sowohl-als-auch“ erleichtert den Kontakt nach innen sowie nach außen ohne durch Spaltung oder Dissoziation abwehren zu müssen. Widerstand im Ausatem bewirkt ein enger werden der äußeren Körperwände (Oberflächenmuskulatur). Die inneren Körperwände halten wiederum dagegen. Dadurch entsteht eine Zentrierung und Stabilisierung des Innenraumes. Das Schutzgefühl des Klienten steigt.

**Je mehr bedrohliche Situationen der Klient durch Selbstregulation zu meistern vermag, desto eher wird er auch im Alltag darauf zurückgreifen.**

### 6.1.2 Intellektualisierung und Leistungswille

Nach Winnicott (2008) haben die geistig-seelischen Funktionen 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. Erfolgt diese Anpassungsleistung zu früh, so führt dies zu einer einseitigen Entwicklung von Bewusstseinsfunktionen. **Das Kind beginnt, die hohe Erregung der ungestillten Bedürfnisse durch Denken und Leisten auszuagieren.** Bei vielen von Dissoziation betroffenen Menschen, beobachte ich ein unaufhörliches

Reflektieren. Falls es gelingt, über den Körper eine Beziehung zu den Anteilen des Menschen zu finden, welche nicht mit leistungsorientierten Prinzipien identifiziert sind, so können isolierte frühkindliche Teile nachreifen und ich-stärkere Anteile, die sich bisher durch intellektuelle Leistungen stabilisierten, entlastet werden.

## 6.2 Traumaverarbeitung

Traumatische Ereignisse können innerhalb der sicheren therapeutischen Beziehung auch von alleine erinnert (ganz ohne Techniken) und dann auch verarbeitet werden. Nachfolgend führe ich Techniken auf, welche im Fallbeispiel benutzt wurden:

### **Katharsis**

Unter Katharsis wird in der AKPT das Zulassen und angemessene Ausdrücken (mit Körper, Gestik und Sprache) der emotionalen Erregung verstanden (vgl. S. Bischof 2012). Bei früh Traumatisierten und Menschen mit einer Minderwert-Thematik steigt der Erregungspegel, sobald (Abgrenzungs-) Wut sich gegen einen Adressaten richtet, so stark an, dass abgewehrt werden muss. Abgrenzungs-Wut von Angesicht zu Angesicht, also im direkten Körper- und mit direktem Augenkontakt ausdrücken und halten zu lernen, ist ein wichtiges Therapieziel auf dem Weg zur Ich-Stärkung. Kann die Wut im Kontakt mit der Therapeutin gehalten werden, so steigen meist auch Erinnerungen an den/die Peiniger auf. Als Zwischenschritt eignet sich die Arbeit auf der neutralen Objektstufe wie in 6.1.1 und 5.4.2 beschrieben.

### 6.2.1 Therapeutisch genutzte Dissoziation

Die beiden bekanntesten Dissoziations-Techniken sind die Imagination und die Hypnose: Bei Traumatisierten geht es darum, sich aus der sicheren Distanz – z.B. aus der Vogelperspektive – traumatischen Inhalten zu nähern und innere Helfer zu aktivieren (Reddemann, 2004, Phillips & Frederick, 2003). Rothschild (2002) spricht vom beobachtenden Ich, welches sich vom erlebenden Ich entfernt.

Auch das Zeugenbewusstsein stellt eine Distanz zum aktuell Erlebten her. Es bewirkt eine Verlagerung des Bewusstseins vom erlebenden Ich hin zum beobachtenden Ich. Befindet sich ein beziehungs-traumatisierter Mensch jedoch in einem Zustand der permanenten Wachsamkeit (Hypervigilanz), so kann das Einnehmen des Zeugenbewusstseins zu einer unerträglichen Steigerung der Wachsamkeit und zum Abbruch oder Vermeiden von Kontakt führen.

### 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. Es ist auch möglich, mit Gedanken-, Impuls-, Atemmusterbrücken oder Bildern 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.

### 6.3 Integration, Rehabilitation

Die Integration findet fortlaufend durch das Anbinden verschiedener Inhalte an immer mehr Wahrnehmungsebenen und Ich-Anteile statt.

## 7. Fallbeispiel: „Mir bleibt die Luft weg“. Missbrauch: Prüfungsangst / Somatisierungsstörung

Ich stelle einen Fall mit sekundärer Dissoziation vor. Ich wähle Ausschnitte, welche das Schließen von Wahrnehmungslücken und den Aufbau einer narzisstisch-fusionären Basisbeziehung mit den ich-schwächeren Anteilen sowie die Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit dem beziehungsphobischen ich-stärkeren Anteil beinhalten. Ergänzend beschreibe ich einzelne Sequenzen, welche das Aufspüren von Abgrenzungs-Impulsen bis zum Ausarbeiten von Abgrenzungs-Wut thematisieren.

**Anamnese:** 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. Nebenbei erwähnt sie, sie leide schon lange an Verstopfung. Die frühere Therapeutin suchte sie wegen Prüfungsangst auf. Sie ist 28 Jahre alt und arbeitet in einer männlich dominierten Branche, wo sie auch körperlich zupacken muss, lebt alleine und hat einen Freund. In Ihrer Freizeit reitet sie, fährt Motorrad, macht Krafttraining, lernt Fremdsprachen und hat noch weitere Hobbies. Sie möchte, dass ich ihr beibringe, richtig zu atmen.

Madlaina spricht von sexueller Langeweile mit ihrem Freund. Weiter hat sie vier Verkehrsunfälle erlitten, welche körperliche Beschwerden verursachen. An ihrem Arbeitsplatz käme sie sich nicht ernst genommen vor, obwohl sie eine stellvertretende Position habe und besser „drauskäme“ als ihr Chef. Sie spricht laut und wirkt selbstsicher, 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. Gegen Ende der Sitzung erhärtet sich mein Verdacht, dass Madlaina sexuell missbraucht worden ist. Darauf angesprochen: „Mein Großvater ist nachts jahrelang zu mir aufs Zimmer gekommen“.

**Reflexion:** Wie kam ich dazu, Madlaina nach dem Missbrauch zu fragen? Ich kann mich weder an den genauen Hergang noch an die Gegenübertragungswahrnehmungen erinnern (Amnesie und fragmentiertes Bewusstsein). So beschliesse ich, mich in der nächsten Stunde so lückenlos wie möglich zu begleiten.

In der zweiten Sitzung spüre ich von Anfang ein starkes Unwohlsein 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 noch unbewusst). – „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.“ – „Was wäre denn, wenn er anders reagieren würde, als Sie sich das vorstellen?“ frage ich vorsichtig. „Aber ich muss es ansprechen, ich muss es denen sagen!“ 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 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?“ (Realitätssinn 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 (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 beruhigt sich mein Denken und Fühlen. Auch Madlaina wirkt wieder präsent. Nach der Übung frage, wie es für sie wäre, wenn sie zuerst einmal mir erzählen würde, was geschehen sei. Da erzählt sie mir ihre Geschichte:

Madlaina ist bereits familiär vorbelastet als es zum Missbrauch kommt: 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 übernachten sie 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. Im Alter zwischen fünf Jahren und dem Zeitpunkt, als ihre Periode einsetzt, vergewaltigt er sie regelmäßig. Sie kann sich nicht erinnern, wann ihre Periode gekommen ist, einmal spricht sie von 10, einmal von 13 Jahren (Amnesie). Während der Therapie taucht ein weiterer Missbrauch auf: Der ältere Bruder hat sie zusammen mit seinem Freund ca. im Alter von 11 Jahren mehrere Male vergewaltigt.

Nach dieser Stunde hat Madlaina Vertrauen zu mir gefasst und erzählt aufgewühlt aus ihrem Alltag. Sie beginnt von einer Sache zu reden und bringt daneben etliche Handlungsnebenstränge ins Laufen (fragmentiertes Bewusstsein). Es fällt mir schwer, ihr inhaltlich zu folgen, noch schwerer, die emotionale Erregung dem Inhalt zuzuordnen. Ich frage immer wieder nach, wer nun wann, was, wo gemacht habe (Hilfs-Ich das klarifiziert, kompensatorisch). Dieses Nachfragen bewirkt bei ihr manchmal eine Klarheit, manchmal ein Weggehen in Form von Verwirrung, Betäubung, schwarzes Loch, „Out-of-Body“ (Überforderung). Wenn ich jedoch nicht

nachfrage, verliere ich mich und habe 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 (Spaltung zwischen Innen und Aussen). Während ihrer Erzählung zappelt sie häufig mit den Beinen, besonders der rechte Fuss mit Zehen bewegt sich stark (Impuls). Ich gewöhne mir an, sie zu unterbrechen, wenn der Erzählstil von hektisch-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 freien Lauf lasse und diese dann kommentiere. Die Unterbrüche bewirken, dass Madlaina sofort innehält, ihrerseits 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 (positive, verlässliche Selbst- und Objektrepräsentanz).

**Diagnose nach drei Sitzungen:** Ich kommuniziere mit Madlaina auf drei Ebenen: Die bevorzugte Ebene ist das Denken. Die beiden Hilfsfunktionen Empfinden und Intuieren sind ungefähr gleich vertreten. Mit Imaginationen arbeitet sie bereits. Da sie durch die Frage nach der Empfindung ruhig wird und Klarheit in den Inhalt ihrer Erzählungen kommt, halte ich das Halten-Lernen der Empfindungsfähigkeit für vorrangig. Das Fühlen liegt im Schatten. In der Gegenübertragung identifiziere ich Gefühle der Bedrohung und Ohnmacht, erkenne jedoch nicht, wann diese auftreten. Nachdem ich sie für das gut-sprechen-können gewürdigt habe, taucht in der Gegenübertragung auf Bauchhöhe Stolz auf (somatische positive Resonanz = zugängliches Gefühl). 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 Grandiosen). Sie wirkt getrieben durch ihren Willen zur Leistung und Perfektion.

**Therapieziele:** Ich-Kraft entwickeln, sich (auf somatisch-affektiver Ebene) abgrenzen lernen, zur Ruhe kommen können. 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 Male 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.

**Therapieplan:** Selbstregulatorische Fähigkeiten anhand verschiedener koordinativer Übungen mit Objektbezug (z.B. Boden) sowie auch im Liegen (abends zum „Herunterfahren“) ausbilden. Fähigkeit zur lückenlosen Selbstbegleitung entwickeln. Mittels Berührungsintervention Linderung der somatischen Symptome (Kreuzschmerzen).

**Verlauf:** Ich arbeite 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 direkte 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. In der Gegenübertragung nehme ich meine Füße, Beine, Hände, Schultern und meinen Kopf wahr. Der Innenraum des Rumpfes fühlt sich diffus an (ungenügende Objekt- und Selbstrepräsentanzen). Später berichtet sie mir, sie mache regelmässig Krafttier-Meditationen, spreche Affirmationen und sei es gewohnt, Bilder zu sehen (Ressource). Bald fällt mir auf, dass diese Meditationen ihr zwar abends helfen, herunterzufahren und einzuschlafen, aber meistens Alpträume verursachen. Besonders wenn ich den rechten Oberschenkel berühre, verkrampft dieser sich und der Krampf breitet sich über das ganze Bein bis zum Fuss aus (Stupor). Dieser dreht sich dann nach innen. Das Ansprechen dieses Phänomens löst bei Madlaina Erinnerungen an eine Hüftfehlstellung aus, welche in ganz jungen Jahren hätte korrigiert werden müssen. Der Arzt und ihre Eltern hätten dies verpasst (Hinweis auf konfliktreiche Übertragung). 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. Dies teile ich Madlaina mit. Ihr wird bewusst, dass das Wegbleiben des Atems mit Verkrampfung und Ohnmacht zu tun hat.

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... (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. „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 sehen konnte.

**Reflexion:** Womöglich wäre es aufschlussreich gewesen, sie darauf hinzuweisen, dass sie, wenn es ihr gut geht, Wut spüren kann.

**Übertragungswunsch:** Die zuverlässige und beschützende Mutter. Diesen Übertragungswunsch bestätigt mir Madlaina später indirekt, als sie sich über die Unzuverlässigkeit der Mutter ärgert. Konfliktreiche Übertragungen zeichnen sich bereits ab, sind jedoch nicht im Vordergrund der Wahrnehmung.

In der 10. Sitzung berichtet sie ruhig und entspannt von einem erneuten, unverschuldeten Motorradunfall. Der Fahrer (ein Mann) sei geflohen. „Ich habe eine

Sauwut auf die Männer, die mir das angetan haben.“ – „Wo spüren Sie diese Wut (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!“ Der Großvater habe sie des öfteren auch im Auto (auf dem Weg zum Reitstall) missbraucht. Er habe dann die Türen verriegelt. Ich frage sie, ob sie schon einmal daran gedacht habe, ihren Großvater anzuzeigen. Es entsteht eine Leere. Diese Leere unterscheidet sich vom dissoziativen Nichts. „Was passiert jetzt gerade?“ – „Es ist komisch...“ (Es fehlen die Wort für die neue Erfahrung). „Mir ist aufgefallen, dass sie sich plötzlich aufgerichtet haben, als ich Sie dies fragte.“ – „Ja, es gab wie einen Stoss in meinem Kopf...“ – „Ich habe sie also mit meiner Frage vor den Kopf gestossen?“ – „Ja“ (lacht). Nach der Berührungsintervention 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.

**Reflexion:** Aufgrund der starken dissoziativen Phänomene kommen Zweifel zur Berührungsintervention auf. Bei den Übungen im Stehen irritieren mich die direktiven Anleitungen meinerseits. Ich schließe daraus, dass einzelne Anteile von Madlaina niedrig strukturiert sind. Auch die Diskrepanz zwischen sicherem Auftreten und existentieller Bedrohung, sowie die familiäre Vorgeschichte weisen darauf hin. Ob sich der niedrig strukturierte Anteil nun aufgrund eines frühen Entwicklungsdefizites oder aber durch Regression nach dem ersten Missbrauch im Alter von 5 Jahren nicht weiterentwickeln konnte, bleibt offen.

Mit dem narzißtischen Anteil arbeite ich stabilisierend im Gespräch mit strukturierten, koordinativen Übungen an ihren Ressourcen und an einem Notfallkoffer für das Beheben von Angst- und Erregungszuständen. Mein Handlungsspielraum ist eingeschränkt: Madlaina fordert die Berührungsintervention inzwischen ein (Zuwendungsbedürfnis). Ich dosiere die Berührung und fokussiere dabei das Ausbilden von verlässlichen somatischen Objekt- und Selbstrepräsentanzen in den Beinen (Beine sollen den unterdrückten Flucht- und Verteidigungsimpuls spüren, ausdrücken und halten lernen). Dabei bin ich die Therapeutin, die ihre Zustände wahrnimmt und sofort reagiert. Wie ich später durch einen Tagebucheintrag von Madlaina erfahre, löste meine Frage zur Polizei, eine immense Wut in ihr aus. Diese Wut wirkte wie ein Motor, um aus dem - wie sie schreibt - familiären „Teufelskreis“ auszubrechen.

11.-25. Sitzung: Es sind strukturierte Eigen-Berührungen am Bauch möglich. Madlaina erzählt, wie ihr Bauch so lustig „grumschele“. Die Verstopfung sei auch viel besser. In einem Traum betrachtet sie den riesigen Kothaufen eines Hundes, den sie studiert. 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. Ein mit Rattengift vergifteter Hund habe sie in die Wade gebissen. Ob es die linke oder rechte sei, weiss sie nicht (zeigt auf die linke Wade). Sie habe 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. In einem Traum ist sie „ins innere der Höhle“ vorgedrungen und steht nun vor den Röhren, die nach unten führen (die Beine). Sie weiss nicht, in welcher Röhre die Gefahr (ein Hai)

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.“

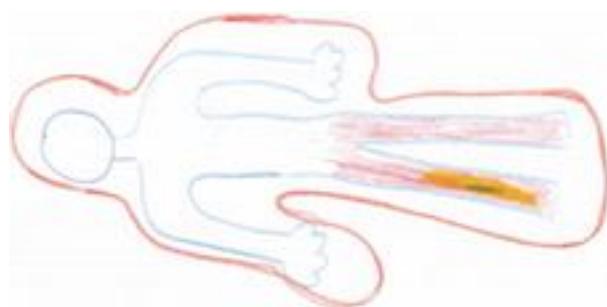
**Reflexion:** Das Bild mit dem Baby deutete ich vielschichtig. Da sind die Beine, die freudig strampeln können (anstelle der Erstarrung). Zu einem Baby, das lacht, gehört eine Bezugsperson. Hat der niedrig strukturierte Anteil Kontakt zu mir aufgekommen? Strampelnde und fliehende Beine spielen auch in ihren Träumen eine Rolle. Dort stehen hilfreiche väterliche Figuren zur Seite. Zunehmend tauchen auch mütterliche Figuren auf. Madlaina: „das könnten Sie sein.“ Madlaina lacht häufig, wenn Raum und Stille entsteht. Ihre Bilder und Träume zeigen mir, dass es sich beim Lachen nicht um bloße Abwehr handelt. Das Lachen steht für eine (positive) Kontaktaufnahme zu einer mütterlichen Bezugsperson, also für Bindung und Beziehung zu mir. Es ist sozusagen der Gegenspieler der Dissoziation.

Madlaina erfährt bei der Polizei, dass ihr Fall seit einem Jahr verjährt ist. Sie spricht mit ihrer Mutter, fordert ihren Bruder auf, Stellung zu beziehen, schreibt dem Großvater, dass Sie keinen Kontakt mehr zu ihm wünsche. Somatisch reagiert sie stark auf die zugelassene Wut in ihrem Bauch: Sie leidet wieder an Verstopfung und seit dem Unfall zunehmend an Rückenschmerzen. Sie bucht aufgrund dieser Symptome Termine bei Ärzten, Physiotherapeuten, Reittherapie, Chiropraktikern, Chinesischer Medizin. Mir fällt auf, dass sie häufig nach solchen Terminen starke und wechselnde Schmerzen und Symptome hat. Sie selber hält diese Schmerzen für heilsam. Schliesslich ist sie 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 nun mehrheitlich auf stabilisierende Gespräche, Körper-, Impuls-, und Gedankenwahrnehmung beim Sitzen und das Deuten ihrer Träume und Alpträume, in denen häufig wilde, gefährliche Tiere vorkommen. Sie wünscht sich, dass ich ihre Atemmuskulatur löse und zeigt mir, wie der Chiropraktiker dies tut. In der Gegenübertragung nehme ich ein diffuses Gefühl im Bauch wahr und verspüre absolut keinen Impuls, sie am Bauch zu berühren. Ich teile ihr dies mit. Stattdessen zeige ich Bauchmuskel- und Beckenboden-Übungen, um die Körperwände als Gefäß für die Gefühle im Bauchraum zu stabilisieren sowie die Verdauung 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 (konfliktreiche, negative Übertragung). Ich bekomme dabei häufig einen „sturmen“ Kopf, spüre ein Ziehen, mehrheitlich auf der rechten Seite oder eine Leere im Kopf. Manchmal sehe ich sie plötzlich nicht mehr so klar (Nebel), 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, letzteres Phänomen hat mit (rechtshemisphärisch) sensorischen Erinnerungen und dem misslungenen (linkshemisphärischen) Verarbeitungsversuchen derselben zu tun. Nach einiger Zeit erkennt Madlaina, dass Sie sich überfordert. Ihr seien die Therapien und die Hobbies zu viel. Sie hätte keine

Freizeit mehr und sei oft der Erschöpfung nahe. Aber sie wisse nicht, wie 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.“ (Coach oder der gute Vater?). Wir vereinbaren, dass ich sie dabei unterstütze, herauszufinden, was ihr eigentlich gut tut und wie sie ihre Termine und Therapien koordinieren und auswerten kann. Sie beansprucht fortan häufig auch zwischen den Sitzungen meine Hilfe, auch mit Notfalltelefonaten oder verzweifelten 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 auch stark beschützende, strukturierende und beruhigende Anteile (idealisierte Mutterimago) und diese wiederum fordern auch Konfrontation und Interpretation ein. Ich wähle 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. Darum stelle ich ein Ultimatum: „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 von 10). 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 hätte sich gestern 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 (Gegenübertragung: Verwirrung und Leere). Ich schlage „Stampfen“ vor. Danach ist Madlaina wieder in der Gegenwart angelangt. Ich lasse sie eine Zeichnung anfertigen.



- Anspannung
- Impuls kicken geht nicht, Hüfte verkrampft
- Hüfte
- Kicke einfach, ohne Impuls, gutes Gefühl
- In meinem Körper brüht ein Nein und will ich will kicken

**Abbildung 9: Körpererleben von Madlaina vor dem "Out-of-Body" Erlebnis**

In der 39. Sitzung nehme ich Augenkontakt mit der liegenden Madlaina 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 abwen-

den zu können. Madlaina lässt die Augen nicht von mir. Irgendwann 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 spricht Madlaina von einem seltsamen Traum. Seltsam, weil sie doch Babys hasse: Sie habe ein Baby bekommen und hätte nicht gewusst, was damit anfangen. 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.

**Reflexion:** Die Intervention Blickkontakt hat Früchte getragen: Im niedrig strukturierten Anteil konnte eine Objektrepräsentanz „Blick“ implantiert werden. Es ist Unsicherheit da, wie mit diesem Säugling umgegangen werden soll, aber der Wunsch nach Bindung siegt über störende Einflüsse von anderen „unabhängigen“ Anteilen.

Madlaina ist mit Versicherungsbedingungen und Fachmeinungen konfrontiert, welche ihre Existenz, Arbeitsfähigkeit, berufliche Zukunft und Finanzierung der Therapie betreffen. Der Arzt vertritt die Ansicht, Madlaina sei bei einem Psychiater besser aufgehoben. Die Opferhilfe will nur Sitzungen zahlen, die Madlaina bei einer Psychotherapeutin mit Zusatzausbildung in Traumatologie macht. 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. In der Gegenübertragung halte ich meine Ohnmacht (den fremden Instanzen gegenüber). Madlaina fühlt sich immer wieder klein, sprachlos und sie spricht von einer ohnmächtigen Wut. Es gelingt ihr inzwischen gut, die Wut durch Stampfen abzureagieren. Sobald sie die Stimme, den Blickkontakt zu mir dazunehmen soll oder die Wut an ihren Arbeitgeber richten soll, wird ihr Stampfen jedoch wieder zaghafter. Die Gesamtsituation beginnt sich zu beruhigen, als ich die von mir unterschiedlich wahrgenommenen Rollen ihr gegenüber anspreche. In der einen fühle ich mich als „taffe“ 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 Vorwärtkommen erhoffe. Gleichzeitig merke sie, dass sie noch nicht soweit sei, ihre Familiengeschichte anzuschauen. Nach dieser Sitzung sind die Schmerzen nur noch ein Nebenschauplatz 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 und die Verdauung funktioniert wieder. 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. Diese Übung hilft ihr - wie sich zeigen wird - in der Gegenwart bleiben zu können, auch wenn starke Gefühle kommen.

41. – 58. Sitzung: Madlaina erzählt von den Blicken der Mitarbeiter. An mich gerichtet: „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 und körperliche Abneigung). In der manuellen Behandlung hingegen kündige

ich den Blickkontakt an, nehme ihn auf und halte ihn auch (Ich-Nachreifung des niedrig strukturierten Anteils durch Bindungsförderung). Einmal findet Madlaina, ich erinnere sie an ihre Mutter, sie hätte auch so blaue Augen. Aber in ihren Träumen tauchen auch andere blaue 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.

Ich konfrontiere Madlaina mit der Neurophysiologie des Traumas und dem Modell der strukturellen Dissoziation von Huber (2009). Sie nennt den narzisstischen Teil fortan „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: „Taube“. 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 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 erscheinen häufig zwei bis drei weitere Personen auf, welche sie auf unterschiedliche Weise davon abhalten wollen, sich gegen lebensbedrohliche Angriffe zu wehren. Ich würdige immer wieder den Teil, der für sich sorgt und die Flucht ergreift. Anstelle von Flucht und Ergeben beginnt sie sich in ihren Träumen nun teilweise erfolgreich zu wehren. Bald identifizieren wir noch weitere emotionale Anteile (EP's). Einer bemüht sich im Gegensatz zum Rest der Taube, in Kontakt zu kommen mit der Umwelt und zwischen Taube und Chef zu vermitteln. Auch dieser Teil meldet sich mit einem Stechen in der Brust, welches Madlaina nicht eindeutig rechts oder links zuordnen kann. Ich deute diesen Teil: „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?“ – „Es hat sich stimmig angehört, dann plötzlich gingen wir wieder (mehrere Teile – macht mit der Hand eine spiralförmige Bewegung nach rechts oben) ... Ich sitze noch da, aber gleichzeitig ist alles in weiter Ferne.“ („Out-of-Body“). Nach dieser Sitzung lassen sich noch weitere EP's identifizieren.

In der 65. Sitzung ein Schlüsselerlebnis: Während des Gesprächs beginnen meine Augen plötzlich zu brennen und ich verspüre ein starkes Bedürfnis sie abzuwenden. Als ich diesem Bedürfnis nachgebe, wird sie ruhig, kommt mitten in ihrer Erzählung ganz in der Gegenwart an und sagt: „Es ist ein gutes Gefühl im Bauch, wenn Sie wegschauen. Ich bringe Sie dazu, wegzuschauen“. Nach dieser Sitzung berichtet Madlaina von einem Traum, wo ihr WC mit Stuhl überquillt.

**Reflexion:** Die Träume mit den blauen Augen zeigen an, dass der höher strukturierte Teil, diesem neuen und zarten Kontakt über die Augen nicht traut. Die ursprüngliche Verletzung geschah ja, in dem sie vertraut hatte. Diese Situation stabilisiert sich mit der Identifizierung der verschiedenen Ich-Anteile und deren Rollen. Sie findet ihren Abschluss, als ich meine Augen von ihr abwenden muss und sie Selbstwirksamkeit erlebt. Die Deutung eines weiteren Anteils wurde von ihr zwar als stimmig empfunden, war jedoch wahrscheinlich noch zu früh, da sie zu Erregungsanstieg und Dissoziation führte.

**Zusammenfassung der zweiten Therapiephase:** Vorausgehend zur Vertiefung von Abgrenzungsfähigkeiten grenze ich mich selber in der einen oder anderen Art

ab: Ich bin nicht mehr immer und sofort erreichbar. Ich beende die Sitzungen pünktlich, ich komme ihr bei finanziellen Engpässen nicht mehr entgegen. Die Beziehung wird nach und nach der Realität angepasst (optimale Frustration). Nachdem es möglich geworden ist, den Blick- und den Stimmkontakt zu halten, währenddem die Beine stampfen (stabile Repräsentanzen für Flucht und Distanzsuchen), rege ich nun Abwehrimpulse in den Armen an (Repräsentanz für sich in der Nähe zur Wehr setzen). Im Liegen tritt dabei ein Widerspruch zwischen ihrem Gedanken „geh weg“ (an mich gerichtet) und einer Bewegung ein, bei welcher sie meine Hand noch näher zu sich heranholt. Dieser Widerspruch zeigt mir an, dass die Abwehrimpulse im Stehen angegangen werden sollten. Im Stehen spricht Madlaina von Verwurzelung mit der Erde, was für neu gewonnene Stabilität spricht. Durch Gegenübertragungsempfindungen gelingt es mir diese Verwurzelung als dissoziative „Flucht-Lähmung“ zu identifizieren. Ich überlege mir eine Strategie, wie alle Anteile miteinander in ihre spezifische Kraft kommen können: Die Beine gehen vorwärts und stampfen, die Arme schütteln mich ab oder stoßen mich weg, der Blick hält stand. Diese Strategie zeigt große Wirkung: Madlaina dissoziiert viel seltener und kommt in Kontakt mit ihrer Abgrenzungs-Wut. Sie träumt wieder von einem WC, dessen Abfluss verstopft ist. Es ist aber nur noch halb so viel Stuhl darin. Bei Schreibabys, welche in den Bindungsmodus zurückkehren, beobachtet Harms (2008) physiologische Phänomene. Eines davon ist der vermehrte Stuhlgang.

**Abschluss:** Madlaina wirkt ruhig und gefasst. Sie berichtet, wie sie sich zunehmend erfolgreich wehrt und ihre Rechte einfordert. Beziehungen, die sie pflegt, kann sie hilfreich für ihre Alltagsbewältigung und das Verarbeiten innerer Konflikte nutzen. Im begrenzten Rahmen kann sie nun auch Trauer über die Eltern und Grosseltern, welche sie im Stich gelassen haben, zulassen ohne zu dissoziieren. Es wird ihr bewusst, warum sie sich immer wieder verausgabt und nicht zur Ruhe kommen kann. Daraufhin bekommt die freie Zeit und ihre Beziehung mehr Bedeutung in ihrem Leben. Nach der 100. Sitzung zieht sie mit ihrem Freund zusammen. Sie kann sich vorstellen ein Baby zu bekommen.

## 8. Schlussgedanken und Diskussion

Früh traumatisierte Menschen erlebten äußerst belastende Situationen durch körperlich-emotionale Vernachlässigung, Unfälle, als bedrohlich empfundene Versorgungsleistungen, Missbrauch oder Gewalt. Die (körperliche) Nähe zu einer anderen Person oder Gruppe wurde als sehr gefährlich abgespeichert. Flucht und Kampf waren nicht nur in der traumatischen Situation unmöglich, sondern auch weil die Fähigkeit zu gehen (zu fliehen) und jemanden zum Gehen zu veranlassen (zu kämpfen) noch gar nicht entwickelt worden war. In der Therapie geht es darum, diese Flucht- und Kampf-Impulse frühzeitig und bevor es zu Dissoziation kommt zu erkennen, ihren Ausdruck zu fördern (also zu verstärken) und zu bejahen, dahingehend, dass diese Impulse Anschluss finden an die Gesamtpersönlichkeit, wo sie sich weiterentwickeln können. Flucht bedeutet, sich aus der Nähe einer anderen Person in die Distanz fortzubewegen. Kampf bedeutet, jemanden anderen dazu zu veranlassen, die Flucht (Distanz) zu ergreifen.

Abschließend beziehe ich mich nochmals auf das Modell der entwicklungsgerechten Kommunikation und gehe hypothetisch auf die in der Einleitung gestellten Fragen ein:

- Was bringt Menschen dazu, vehement und beharrlich genau das einzufordern (oder zu tun), was ihnen auf offensichtlich nicht gut tut?

Kämpferische und aggressive Kräfte werden vom gesunden Säugling dazu eingesetzt, Versorgungsleistungen und Zuwendung von der Umwelt einzufordern, da diese für das Überleben und die Entwicklung notwendig sind. Ich-schwache Anteile beim Erwachsenen sind in frühen Entwicklungsphasen zurückgeblieben und fordern (entwicklungsgerecht) körperliche Nähe und Zuwendung ein. Gleichzeitig versuchen Ich-stärkere Anteile die Bedürftigkeit der ich-schwächeren Anteile (entwicklungsgerecht) abzuwehren. Sie passen sich wenn immer möglich, den Erwartungen der Umwelt an. Dissoziation sehe ich hier als Anpassungsleistung. Sie tritt ein, wenn die Erregung innerhalb des Konflikts zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Erwartungen der Umwelt zu hoch wird. Das Ziel innerhalb der therapeutischen Beziehung muss es sein, die Anpassungsleistungen der Betroffenen so weit zu minimieren, dass sich die Bedürfnisse der darunterliegenden ich-schwächeren Anteile zeigen.

- Wie lässt sich die Diskrepanz zwischen dem sprachlichen Einfordern von und der Sprachlosigkeit während der Berührung überwinden?

Für den Therapieverlauf und die Therapiedauer ist es vermutlich entscheidend, ob nur mit den ich-stärkeren Anteilen kommuniziert wird (z.B. über die Sprache) oder auch mit den ich-schwächeren (z.B. über Körpersprache). Vermutlich können auf der somatischen Ebene Botschaften der ich-schwächeren Anteile besser aufgenommen und beantwortet werden.

- Wie kann auf der somatisch-affektiven Ebene Kontakt geschaffen werden, wenn die Kommunikation auf verbal-kognitive Prozesse beschränkt ist?

Während des verbalen Gesprächs kann gleichzeitig auf somatisch-affektiver Ebene Kontakt geschaffen werden, indem die Therapeutin ihre Impulse und Empfindungen für den Klienten sichtbar macht, nach den seinen fragt oder sie kommentiert. Es geht darum, die Erregungsspannung zwischen den Bedürfnissen von ich-schwachen und ich-starken Anteilen durch optimale Abstimmung zu reduzieren. Auf diese Weise wird die Vernetzung der linken, sprachorientierten Hirnhälfte mit der rechten, sensorisch orientierten Hirnhälfte gefördert und die Nach-Reifung von Ich-Kräften (anstelle der kompensatorischen Anpassungsleistungen) unterstützt.

- Wie kann der Kontakt innerhalb dissoziativer Zustände zwischen Therapeutin und Klient (wieder) hergestellt werden?

Bei Dissoziation hilft in der Regel das Andocken (Kathexis) an die Körperempfindung. In schwereren Fällen spricht die Therapeutin wiederholt Dinge der gemeinsamen äußeren Wahrnehmung aus (z.B. ich sehe das Licht an der Decke) oder sie wiederholt eine Bewegung so lange, bis dass eine Reaktion vom Klienten kommt.

Dissoziation verhindert den Aufbau von positiven Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie differenzierter Abwehrformen und verringert den Therapieerfolg einer klassisch-sprachorientierten (rechtshemisphärisch dominanten) Therapie. Für das Erkennen von Dissoziation sowie den Aufbau einer somatischen Kontinuität halte

ich eine langjährige wahrnehmungsorientierte körpertherapeutische Ausbildung oder eine Ausbildung im darstellenden-künstlerischen Bereich mit kontinuierlicher Weiterbildung in den Körpertherapien für vorteilhaft. Für die Integration von somatisch-affektiver Erlebnisse in interpersonelle Dynamiken und umgekehrt ist eine (körper-) psychotherapeutische Ausbildung erforderlich, welche die Förderung des gegenseitigen Kontaktes, höher bewertet, als das Aufarbeiten von konfliktreichen Übertragungen oder das Ausbilden von Spannungstoleranz.

Wahrnehmungsorientierte körpertherapeutische Kompetenzen können ebenso wenig in wenigen Kursen erlernt werden, wie akademische und psychotherapeutische. Es braucht Eigenerfahrung und ständige subjektive wie objektive Reflexion über einen längeren Zeitraum hinweg. Atem- und Körperpsychotherapeutinnen sind meist den nicht-akademischen Weg gegangen und haben sich unter anderem anhand mehrerer hundert bis tausend Selbsterfahrungsstunden – häufig innerhalb mehrerer körperorientierten Ausbildungen – aus- und fortgebildet. Sie bringen sowohl den körperpsychotherapeutischen wie auch einen differenzierten körperorientierten Erfahrungs-Hintergrund mit der nötigen Feinfühligkeit für früh verletzte Menschen mit. Sie sind darum bestmöglich ausgerüstet, um Menschen mit Frühstörungen und (frühen) Traumata therapieren zu können.

### Diskussion

Bindungsbezogene Themen sind momentan in Forschung und Therapie sehr präsent. Offensichtlich geht eine gewisse Faszination von den rechtshemisphärisch dominierten (unbewussten) Hirnfunktionen aus. Die ursprüngliche (Hirn-) Entwicklung verlief hemisphärisch gesehen von rechts nach links. Wäre es nicht vorteilhaft, diesen natürlichen Entwicklungsverlauf von rechts nach links in die Therapie mit einzubeziehen? Ich frage mich, ob die heutigen -mehrheitlich linkshemisphärischen akademischen - Ausbildungsgänge nicht zu stark gewichtet werden. Ist ein Lizentiat in Psychologie in jedem Fall die beste Voraussetzung für den Erfolg als Psychotherapeutin?

Im Bereich der Forschung sehe ich beim Wirksamkeitsnachweis von rechtshemisphärischen therapeutischen Fähigkeiten so wie deren Entwicklung ein großes Potential, dass noch nahezu unerforscht blieb. Was wäre bspw. wenn anstelle der Wirksamkeit von Methoden getestet am Klienten, die Beziehung zwischen Therapeutin und Klient selber in den Mittelpunkt der Forschung rücken würde?

Ich möchte meine Arbeit mit einem Zitat von Schore (2007) schließen:

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. (S. 17-18)

## 9. Literaturverzeichnis

Ausagieren (1983). Def. In Duden, *Deutsches Universalwörterbuch, A-Z*, Mannheim: Bibliographisches Institut

Battegay R. (1977/1991). *Narzissmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt*. Bern: Verlag Hans Huber/Hogrefe AG

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

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. (2003a). *Diagnostik, Erstgespräche, Berichte*. Gefunden am 11.5.2011 auf <http://www.atempsychotherapie.de/main.php?page=650&lg=d#stud>

Bischof, S. (2003b). *Arbeitspapier frühe Störungen: Borderline, Wenn die Grenzen verschwinden* (S. 2). Gefunden am 19.4.2011 auf [www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/borderline.pdf](http://www.atempsychotherapie.de/documents/publikationen/borderline.pdf)

Bischof, S. (2009a). *Arbeitspapier 5-4-3-2-1*. Gefunden am 11.5.2011 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, Abbildung Seite 10). 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.

Bohus, M. et al (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. In *Psychiatry Research, Volume 95, Issue 3*, (S. 183-270). Gefunden am 19.5.2013 auf: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01651781/95/3>

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)

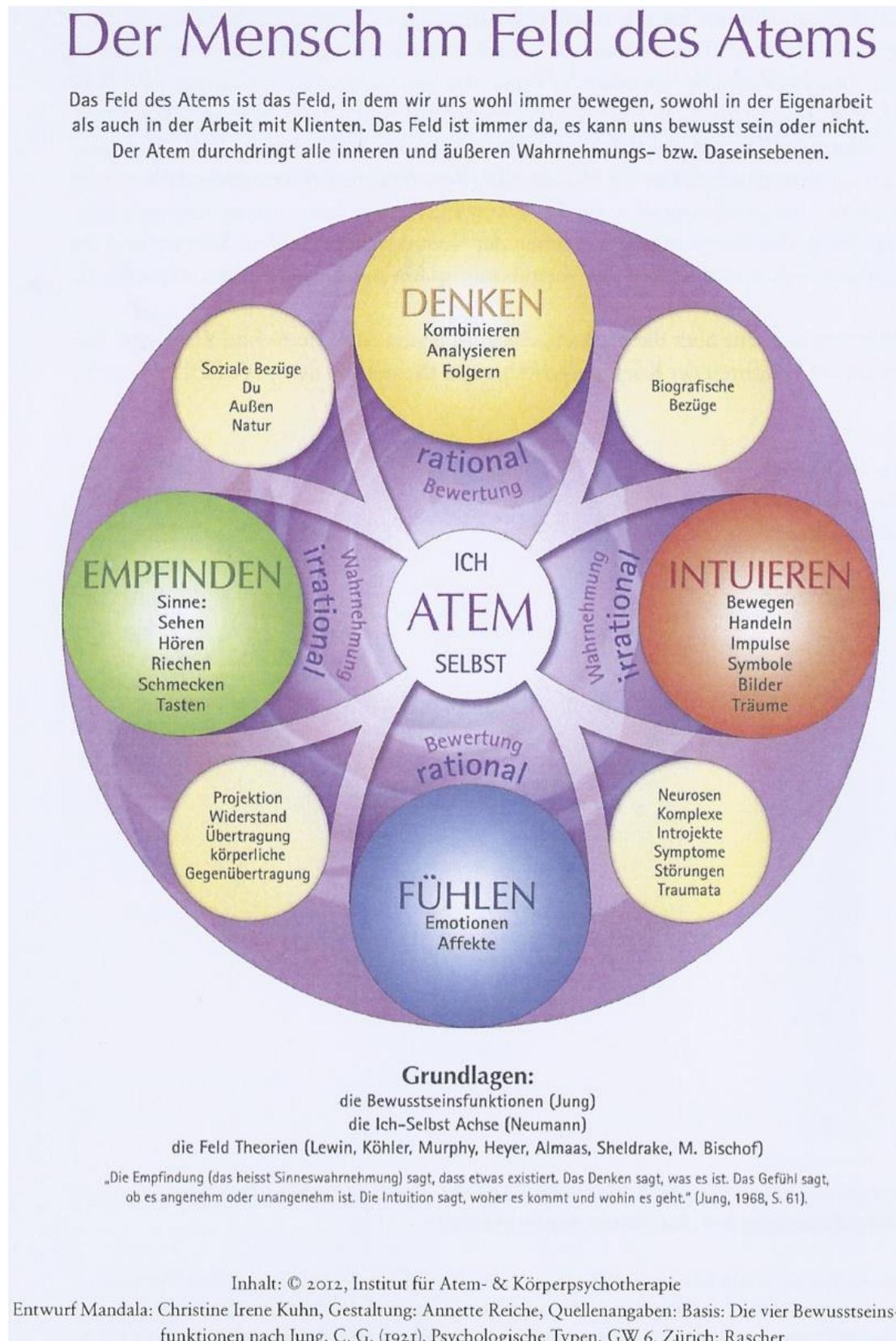
- Haring, C. (1995). *Psychiatrie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Harms, T. (2012). *Körperpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Die Bedeutung des Körpers in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Beziehungs- und Regulationsstörungen*. Gefunden am 01.06.2013 auf: <http://www.koerperpsychotherapie-dgk.de/vortraege/Thomas-Harms.pdf>
- Harms, T. (2008). *Emotionelle Erste Hilfe. Bindungsförderung, Krisenintervention, Eltern-Baby-Therapie*. Berlin: Leutner-Verlag
- Harms T. (2013). *Eltern-Baby-Körperpsychotherapie im Spannungsfeld von Trauma und Bindung*. In Thielen M. (Hg.). *Körper – Gruppe – Gesellschaft* (S. 233-256). Gießen: Psychosozial-Verlag
- Hartmann H. (1970). *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. Stuttgart: Klett
- 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. (2009). *Dissoziation – mehr als ein Abwehrmechanismus!* Vortrag. Gefunden am 19.7.2012 auf <http://www.michaela-huber.com/vortraege-fohlen>
- Hüther G. (2006). Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In Storch M., Cantieni B., Hüther G., Tschacher W.. *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (S. 74-97). Bern: Verlag Hans Huber
- Institut für Atem- & Körperpsychotherapie (2012). *Der Mensch im Feld des Atems*. Poster DIN A1. In Bischof et al. 2012 (auf Poster oder Buch verweisen?)
- 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
- Kohut, H. (1993). *Auf der Suche nach dem Selbst. Kohuts Seminare zur Selbstpsychologie und Psychotherapie*. Hrsg. Elson M. München: Pfeiffer
- 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., 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
- 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
- Overkamp B. (2005). *Differenzialdiagnostik der dissoziativen Identitätsstörung (DIS) in Deutschland*. Gefunden am 30.7.2012 auf [http://edoc.ub.uni-muenchen.de/4409/1/Overkamp\\_Bettina.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/4409/1/Overkamp_Bettina.pdf)
- Pearce, J. (2008, 10.01.). *Paul MacLean, 94, Neuroscientist Who Devised 'Trinune Brain' Theory, Dies*. gefunden am 29.09.2012 auf: [http://www.nytimes.com/2008/01/10/science/10maclean.html?\\_r=1](http://www.nytimes.com/2008/01/10/science/10maclean.html?_r=1). The New York Times
- Phillips, M. & Frederick, C. (2003). *Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen*. Heidelberg: Carl-Auer
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Leben lernen 167. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH
- Rieder, A. (2012). Atempsychotherapie als körperpsychotherapeutisches Verfahren. In S. Bischof, B., Obrecht Parisi, A. Rieder. *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
- Schore, A. (2007). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: C.G. Cotta'sche Buchhandlung
- Schwartz, L. (1951). *Die Neurosen und die dynamische Psychologie von Pierre Janet*. Basel: Benno Schwabe & Co Verlag (siehe Tabellen)
- Siegel, Allen M. (2000). *Einführung in die Selbstpsychologie: das psychoanalytische Konzept von Heinz Kohut/Allen M. Siegel*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Stiglmayr, C. (2003). Spannung und Dissoziation bei Borderline Persönlichkeitsstörung. In: M. Myrtek und J. Fahrenberg (Hrsg.). *Psychophysiologie in Labor und Feld*, Band 10. Frankfurt am Main: Peter Lang
- Stiglmayr, C. et al (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder – a controlled study. In *Journal of Psychiatric Research, Volume 35, Issue 2*, (S. 111-118). Gefunden am 19.5.2013 auf: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00223956/35/2>
- Teicher M. (2011). Frühe Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen: Gene, Gehirn, Zeit und Pathologie. In K. H. Brisch (Hrsg.). *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung*. Stuttgart: C.G. Cotta'sche Buchhandlung
- 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., 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 postraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (S. 241-261). Paderborn: Junfermann Verlag 2000

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

Zubieta, J.-K. et al (2001). Regional Mu Opioid Receptor Regulation of Sensory and Affective Dimensions of Pain. *Science* 293 no. 5528 (S. 311-315), gefunden am 19.5.2013 auf <http://www.sciencemag.org/content/293/5528/311.short>

## 10. Anhänge



**Abbildung 10: Die vier Bewusstseinsfunktionen in der AKPT, Institut für Atem- & Körperpsychotherapie (2012)**

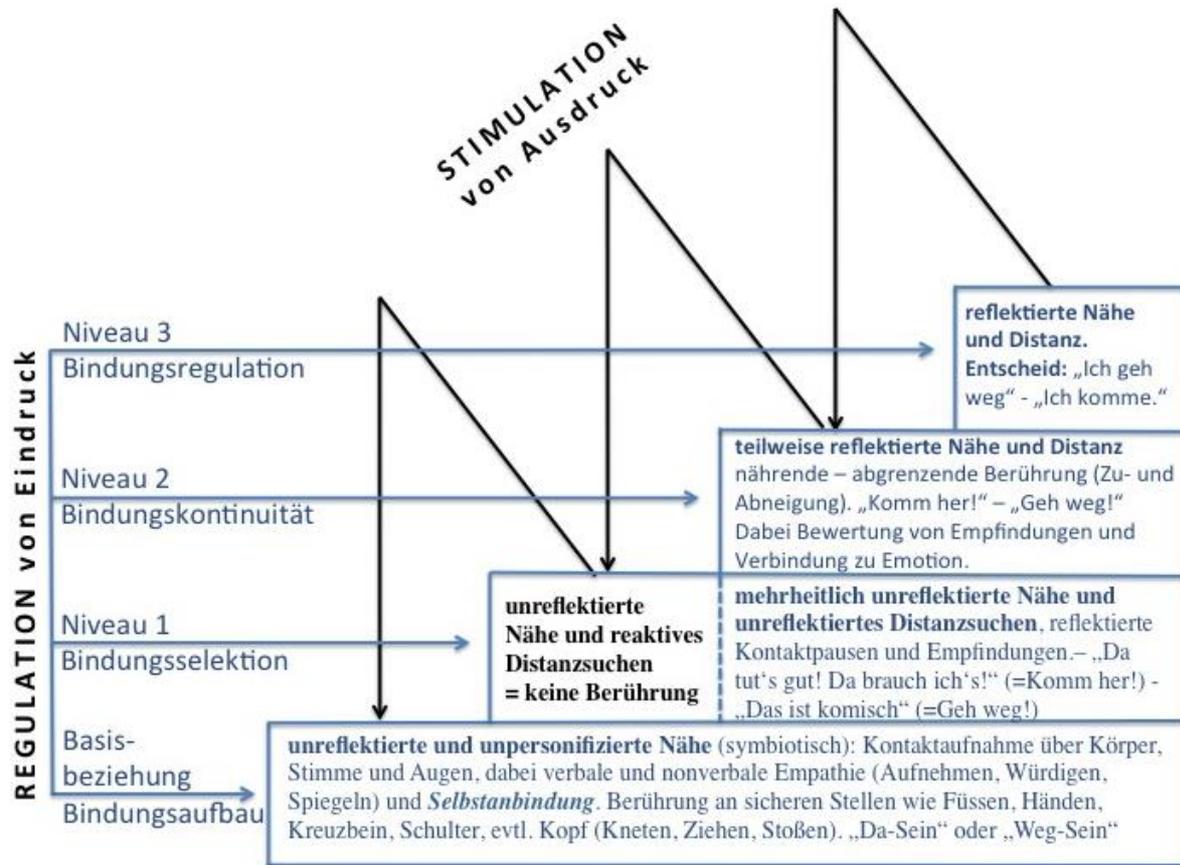
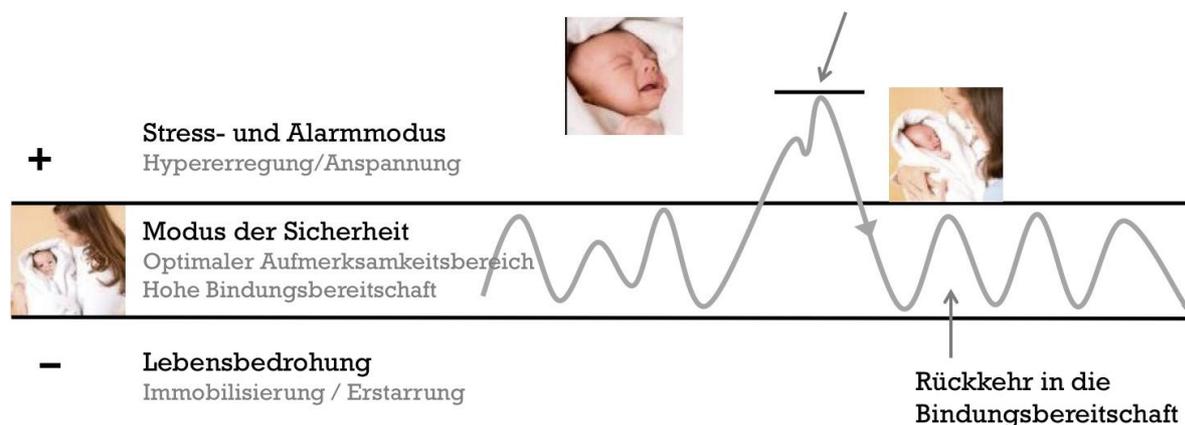


Abbildung 11: Modell der entwicklungsgerechten Kommunikation

## Elterliche Feinfühligkeit und optimale Toleranzfenster



Grafik nach Besser/Odgen/Harms

Abbildung 12: Dissoziation und Bindungsbereitschaft, aus Harms (2012, S. 18)

## Autorenerklärung

„Hiermit erkläre ich 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.“



Wisen, 30.06.2013

---

Ort, Datum

Vorname, Name (ausschreiben)