
Diplomarbeit im Rahmen der Abschlussprüfung in Supervision

am

Institut für Atem- & Körperpsychotherapie

Freiburg i. Br.

„Ich kann nicht mehr klar denken!“

Dissoziationsphänomene in der Supervision

von

Anita Rieder

Alte Landstrasse 115

8800 Thalwil

043 388 50 85

28. Januar 2013

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Abstract	3
2. Einführung	3
3. Theorie der AKPT-Supervision	3
3.1 Was ist AKPT-Supervision?	3
3.2 Feldwahrnehmung.....	5
3.3 Die 4 Bewusstseinsfunktionen nach Jung	5
3.4 Zeugenbewusstsein	6
3.5 Beziehungsgeschehen und Konflikt	6
3.6 Verstrickung	7
3.7 Warum Supervision?	7
3.8 Ethik	8
4. Das Phänomen der Dissoziation in der Supervision	9
4.1 Begriffsklärung	9
4.2 Die Entwicklung des Ich's – frühe Störungen	10
4.3 Spaltung in der AKPT	10
4.4 Geschichte der Dissoziation	10
4.5 Diagnose	11
4.6 Erkennen von Dissoziationsphänomenen	13
4.7 Interventionen.....	15
5. Supervision in der Praxis	18
6. Schlussgedanken	21
7. Literatur- und Quellenverzeichnis	22

1. Abstract

In einem ersten Teil beschäftige ich mich mit der Frage, was atem- und körperpsychotherapeutische Supervision, nachstehend AKPT-Supervision genannt, ist, wer in Supervision gehen sollte und warum. Zudem gehe ich auf die Basis der AKPT-Supervision ein, z.B. das Wirkfeld und seine Resonanzphänomene, die auch Grundlage für das Erkennen von Abspaltungen ohne Berührung des Körpers sind. Ich beschreibe, was Dissoziation ist, und beschäftige mich damit, anhand welcher Phänomene sie erkannt wird und gebe Beispiele für Interventionen. Leider kann aus Platzgründen nicht in die Tiefe dieses umfassenden Themas gegangen werden. Aus diesem Grund beschränke ich mich hauptsächlich auf die Phänomenologie.

2. Einführung

Zu Beginn meiner Arbeit als Atempsychotherapeutin hat mich vor allem die somatische Gegenübertragung fasziniert. Ich war erstaunt, wie viele meiner Klientinnen Körperteile abspalteten. Zudem konnten einige nicht mehr klar denken. Da ich vor allem mit Menschen mit frühen Störungen arbeite, insbesondere mit narzisstischen Verletzungen, Angst, Panik und Trauma, habe ich nach der Ausbildung bemerkt, dass dieses Abspalten praktisch immer vorkommt. Als ich meine ersten Versuche als Supervisorin unternahm, war ich noch mehr erstaunt, dass ich diese Dissoziationsphänomene auch als Supervisorin wahrnehmen konnte. Das Wirkfeld und damit die Möglichkeit, dass etwas in mir zum Schwingen gebracht wird, wenn ich einfach präsent bin, ohne etwas zu wollen, bringt mich immer wieder zum Staunen. Es ist mir ein grosses Bedürfnis, meine Supervisorinnen-, Atem- und Körpertherapie-Kolleginnen für die Dissoziation zu sensibilisieren, da ich aus Gesprächen schliesse, dass es nicht einfach ist, Dissoziation zu erkennen. Es können keine wirklichen Veränderungen geschehen, wenn wir die Abspaltungen übersehen. Ich hoffe aber auch, dass ich einige Kolleginnen motivieren kann, sich mit dem sehr spannenden Gebiet der Supervision zu beschäftigen. Wieso nicht Supervision geben anstatt Krimis schauen oder lesen? Dies ist viel spannender, weil wir persönlich daran beteiligt sind! Aufgrund der geforderten Seitenzahl ist es nicht möglich, die Dissoziationstheorien differenziert und in die Tiefe gehend zu beschreiben, da sie sehr vielfältig sind.

Ich habe mich entschlossen, in weiblicher Form zu schreiben, weil die Mehrheit der Atem- und Körpertherapeuten immer noch Frauen sind, schliesse die Männer aber selbstverständlich nicht aus.

3. Theorie der AKPT-Supervision

3.1 Was ist AKPT-Supervision?

Im nachfolgenden Kapitel beziehe ich mich auf die Unterrichtsunterlagen von Stefan Bischof und meine Notizen aus dem Unterricht.

Was ist Supervision überhaupt? Leider gibt es keine einheitliche Definition, was Supervision ist, da unterschiedliche Supervisionsrichtungen auch unterschiedlich arbeiten. Supervision heisst Übersicht oder Überschau und setzt sich aus dem lateinischen super (über) und videre (sehen) zusammen (vgl. Huppertz, 1975, S. 6).

Wir unterscheiden 4 Hauptrichtungen der Supervision:

1. Psychodynamisch orientierte Supervision
2. Humanistisch orientierte Supervision
3. Verhaltenstherapeutisch orientierte Supervision
4. Kognitiv-entwicklungsorientierte Supervision

Die AKPT-Supervision ist eine psychodynamisch orientierte Supervision. Sie stellt das psycho- und somatodynamische Beziehungsgeschehen in den Mittelpunkt. Ziel ist die Aufdeckung von Konflikten zwischen Supervisandinnen und Klientinnen, die sich auch in der Beziehung zwischen Supervisor und Supervisandin widerspiegeln können. Sie arbeitet mit der Psychodynamik: Projektionen, Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Regression und Progression. Der wichtigste Unterschied zu anderen Supervisionsarten ist die Arbeit mit dem Wahrnehmungsfeld und den vier Bewusstseinsfunktionen nach Jung (Empfinden-Intuieren-Fühlen-Denken), auf die ich später eingehen werde. Der Atem nach der Middendorf'schen und der Veening'schen Definition der Atembewegung wird ebenfalls einbezogen. (Bei Middendorf bezieht sich die Atembewegung auf die Tonus-Druckwelle, bei Veening auf den Zellatem.) Zudem werden die Methoden des Psychodramas, des Rollenspiels und der Systemischen Aufstellung verwendet, um z.B. ein Problem oder einen Traum zu inszenieren. Es können dadurch neue Sichtweisen und ein Verständnis für die Beziehung der beteiligten Personen untereinander, aber auch für unbewusste Gefühle, Inhalte, Widerstände/Abwehrmechanismen, Konflikte ins Bewusstsein gehoben und spürbar gemacht werden. Es können sich Lösungen, Einsichten und neue Handlungsperspektiven zeigen und die Fähigkeit zur Problemlösung und zu neuen Sicht- und Handlungsweisen werden gefördert. Ein weiterer wichtiger Baustein der AKPT-Supervision ist die Arbeit mit den Träumen der Klientinnen, bei der Unbewusstes wie z.B. Entwicklungsschritte, die fällig sind oder etwas, das sie umsetzen müssen, bewusst werden können.

Die AKPT-Supervision unterscheidet 2 Arten der Supervision:

1. Ausbildungssupervision

Sie wird vor allem während oder nach einer Ausbildung benötigt, um die Fachkompetenz zu erweitern. Es geht hier vorwiegend um Pädagogik, Methodik, um Fragen wie: „was mache ich wenn ... z.B. die Klientin nicht aufhört zu reden?“ „Was für Notfallübungen gibt es bei...?“ „Was für Übungen wären bei diesem Strukturniveau in dieser Phase des Prozesses hilfreich?“, usw. Die Ausbildungssupervision ist also eine Art Fort- oder Weiterbildung.

2. Fallsupervision

Unter Supervision versteht die AKPT vor allem die Fallsupervision.

Sie begleitet die Therapeutin in ihrer normalen Berufsarbeit und wird nach der Ausbildung benötigt. Hier geht es um die therapeutische Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin. Dabei stehen Übertragung und Gegenübertragung und damit die Suche nach dem frühen Konflikt im Zentrum der Aufmerksamkeit. Grundlage, um auf Übertragung und Gegenübertragung schließen zu können, ist die Feldwahrnehmung.

3.2 Feldwahrnehmung

Die AKPT-Feldwahrnehmung basiert auf verschiedenen Feldtheorien, wie z.B. denjenigen von Lewin, Murphy, Sheldrake, Almaas, Heyer und Bischof. Dabei wird ange-

nommen, dass zwischen Klientin und Therapeutin, aber auch bei jeder anderen Begegnung, ein Wirkfeld (Jung, Sheldrake), ein Raum entsteht, in dem alles möglich ist. In diesem ermöglichenden Raum (Heyer) kann sich die Wahrnehmung öffnen und beide resonieren unbewusst oder bewusst und nehmen dabei unbewusste und bewusste Botschaften auf. Sie entsprechen leib-seelischen Gegenübertragungsphänomenen bis hin zur Syntonie (vgl. Bischof, 2003). Joachim Bauer (2006) begründet die Wahrnehmung von Resonanzphänomenen mit Spiegelneuronen:

Die Sensation war, dass es so etwas wie eine neurobiologische Resonanz gibt. Die Beobachtung einer durch einen anderen vollzogenen Handlung aktivierte im Beobachter, in diesem Falle dem Affen, ein eigenes neurologisches Programm, das die beobachtete Handlung bei ihm selbst zum Ausführen bringen konnte. Nervenzellen, die im eigenen Körper ein bestimmtes Programm realisieren können, die aber auch dann aktiv werden, wenn man beobachtet oder auf andere Weise miterlebt, wie ein anderes Individuum dieses Programm in die Tat umsetzt, werden als Spiegelneuronen bezeichnet. (S. 23)

Wenn nun eine Supervisandin in die Supervision kommt und den Fall darstellt, ist dieses Feld auch vorhanden. Jetzt kann die Supervisorin, bei einer Gruppensupervision auch die Gruppenteilnehmerinnen, schauen, auf was sie von dem Erzählten oder im Feld Vorkommenden resonieren. Dabei werden alle vier Bewusstseinsfunktionen nach Jung abgefragt, auf die ich nachfolgend eingehen werde. In einem Wirkfeld gibt es nie richtig und falsch. Jede Supervisionsteilnehmerin bringt andere Erfahrungen und eine andere Vorgeschichte mit. Darum kann sie entweder auf das Gleiche oder auf andere Aspekt resonieren. Gruppensupervision hat also den Vorteil, dass verschiedene Facetten des im Feld Vorhandenen ins Bewusstsein kommen können.

3.3 Die 4 Bewusstseinsfunktionen nach Jung

C.G. Jung (1968) beschreibt die 4 Bewusstseinsfunktionen wie folgt:

Die Hilfsmittel, durch die das Bewusstsein seine Orientierung in der Wirklichkeit erhält, sind also vier Funktionen. Die Empfindung (das heisst Sinneswahrnehmung) sagt, dass etwas existiert; das Denken sagt, was es ist; das Gefühl sagt, ob es angenehm oder unangenehm ist; und die Intuition sagt, woher es kommt und wohin es geht. (S. 61)

Für eine nähere Beschreibung verweise ich auf meinen Beitrag im Buch „ATEM DER ICH BIN“ (Rieder, 2012, S. 322).

Die Supervisorin und die Supervisandinnen nehmen alles, was im Feld ist, bewusst wahr und sortieren und differenzieren die Wahrnehmungen. Sie fragen sich: was denke, fühle, empfinde ich, welche Intuition (Bilder, Bewegungsimpulse usw.) habe ich? Sie stellen sie zur Verfügung. Die Supervisorin und die Supervisandin müssen dabei aber in der Lage sein, ihre eigenen Anteile zu erkennen und nicht auszuagieren, d.h. im Zustande des Zeugenbewusstseins zu bleiben, das ich unten beschreibe. Es wird auch darauf geachtet, welche der Bewusstseinsfunktionen fehlen, was ebenfalls Hinweise für die Therapie geben kann. Die Supervisandin wählt diejenigen Wahrnehmungen aus, die bei ihr eine Resonanz auslösen, da wo ihre Aufmerksamkeit hinget und formuliert ihr Verständnis davon. Da wo am meisten Resonanz,

Spannung, Polarität ist, ist das Thema, das gesehen werden will. Wir erhalten Hinweise auf unbewusste, nicht gelebte psychische Anteile der Klientin oder Abwehrstrategien, Hinweise auf mögliche Lösungen usw.

3.4 Zeugenbewusstsein

Damit wir uns sicher auf allen vier Bewusstseinsfunktionen nach Jung bewegen können, ohne auszuagieren, braucht es den Zustand des Zeugenbewusstseins. Im Zeugenbewusstsein sind wir verbunden mit dem Selbst (Jung & Franz, 1968) und nehmen bewusst wahr, was ist, ohne etwas anders haben zu wollen, ohne zu bewerten, ohne in Täter-Opfer- oder Opfer-Retter-Rollen hineinzukommen. Wir können uns begleiten, was immer auch im Feld auftaucht und sind in der Lage, uns zu de-identifizieren. Dazu ist Meditation eine unerlässliche Übung. Meditation hilft, bei dem zu bleiben, was ist, ohne wegzugehen und sich irgendwo zu verlieren. Präsenz kann entstehen. „Präsenz bezeichnet ein vollständiges Da-Sein im gegenwärtigen Geist – Gefühl – Leib, Du – Ich, hier – dort. Zustände von Präsenz können auch Auswirkungen auf andere Menschen haben, indem durch Resonanzphänomene in ihnen ähnliche Zustände erhoben werden“ (Weiss, Harrer & Dietz, 2010, S. 259).

Wenn wir also selber mit dem eigenen Selbst in Kontakt sind und uns so auf das ausrichten, was sich im Feld zeigt, kann die Supervisandin ebenfalls Schritte in ihre eigene Tiefe in Richtung Selbst tun. Die Wahrnehmung von Übertragung und Gegenübertragungsphänomenen werden geschult. Die Praktizierenden können besser abstinert bleiben, fallen nicht in Aktionismus und ins Helfen wollen.

3.5 Beziehungsgeschehen und Konflikt

Das Beziehungsgeschehen steht im Mittelpunkt der AKPT-Supervision. Verletzungen geschehen immer in Beziehungen. Hier entstehen auch innere Konflikte, die in der Supervision zu entschlüsseln versucht werden. Ein Konflikt in einem AKPT-Prozess bezieht sich immer auf eine frühe Beziehungssituation der Klientin. Wenn eigene Wünsche oder Bedürfnisse nicht denjenigen einer frühen Bezugsperson entsprechen oder nicht erfüllt werden, entsteht ein Konflikt zwischen zwei gegensätzlichen inneren Forderungen, z.B. zwischen Wut/Hass der Bezugsperson gegenüber und dem Wunsch nach geliebt/nicht abgelehnt zu werden. Das Kind vollbringt Anpassungsleistungen, um die Bindung aufrecht zu erhalten, wenn es den Konflikt nicht lösen kann. Dies sind nach Dörner und Plog (2010) Selbsthilfeversuche.

Beispiel: ein Kind fühlt sich verlassen und wird wütend auf die Bezugsperson, weil sein Bedürfnis nach Nähe nicht erfüllt wird. Es hat aber erfahren, dass es verurteilt oder sogar bestraft wird, wenn es wütend ist. Es hat jetzt Angst, dass es abgelehnt, bestraft wird, wenn es sein Gefühl zulässt. Es muss die Wut und damit sein Bedürfnis verdrängen und spürt sie mit der Zeit gar nicht mehr. Die verdrängten Handlungstendenzen und Gefühle sind dann zwar nicht mehr bewusst, wirken aber unbewusst weiter und können zu Neurosen oder auch unerklärlichem Handeln führen. Solche Situationen und Konflikte werden in der Therapie mittels der Übertragung re-inszeniert. Dabei wird angenommen, dass bereits in der ersten Begegnung zwischen der Therapeutin und ihrer Klientin eine Situation hergestellt wird, die einer belastenden frühkindlichen entspricht, in der ein Bruch entstanden ist und die geheilt werden will oder gelernt werden soll, damit umzugehen.

Die Übertragung kann entschlüsselt werden:

1. Anhand der Resonanzen der Therapeutin oder der Supervisorin
2. Anhand der Reaktionen auf die Übertragung, d.h. den Gegenübertragungen auf allen vier Bewusstseinsfunktionen
3. Anhand des Verhaltens der Klientin oder der Supervisorin ihrer Klientin gegenüber

Die Supervisorin muss abklären, ob sich die Supervisorin der Übertragungsbeziehung bewusst ist und ob sie sie annimmt, aber weiss, dass all die dazu gehörenden Gefühle nicht ihr gehören. Ansonsten kann es zu Verstrickungen kommen, auf die ich noch eingehen werde. Im richtigen Zeitpunkt, wenn das Feld sich dafür öffnet, muss die Therapeutin der Klientin die Übertragung bewusst machen, d.h. dosiert zurückgeben. Aufgabe der Supervisorin ist, sich immer wieder zu hinterfragen, was für eine Beziehung gerade inszeniert wird und dies der Supervisorin bewusst zu machen.

3.6 Verstrickung

Eine Verstrickung der Supervisorin mit ihrer Klientin entsteht, wenn:

- Sich die Supervisorin mit der Übertragung identifiziert. Das Bewusstsein für die Gegenübertragung fällt dadurch weg.
- Sie kein Bewusstsein für Übertragung und Gegenübertragung hat.
- Grenzen zwischen Supervisorin und Klientin teilweise oder ganz aufgelöst werden.
- Die Supervisorin die eigenen Seelenanteile nicht oder zu wenig bewusst erkennt. Dadurch vermischen sich diese mit denjenigen der Klientin.
- Die Supervisorin in der Gegenübertragung hängen bleibt und sich dadurch nicht mehr begleiten kann.

Wir unterscheiden drei Kategorien, in die wir Verstrickungen einteilen:

1. Stufe, leicht: die Supervisorin bemerkt nach der Stunde selber, dass sie verstrickt war
2. Stufe, mittel: die Supervisorin kann sich nach der Supervision von der Verstrickung distanzieren
3. Stufe, stark: die Supervisorin kommt trotz Supervision nicht aus der Verstrickung heraus.

Bei der 2. Stufe muss die Supervisorin eine regelmässige Supervision als verbindlich erklären. Bei der 3. Stufe muss sie die Beendigung der Therapie nahelegen.

Ein Sonderfall der Verstrickung ist die Verliebtheit des Klienten in die Supervisorin. Hier kommt es zur Verstrickung, wenn die Supervisorin die Verliebtheit auf ihre eigene Person bezieht und sie nicht als Übertragungsliebe bzw. Gegenübertragung erkennt. Beispiele: Der Klient verliebt sich in die Supervisorin und sie findet es toll, dass sie begehrt wird. Oder: Der Klient verliebt sich in die Supervisorin und die Supervisorin resoniert und verliebt sich ebenfalls in den Klienten und therapiert weiter. Die Therapie muss abgebrochen werden, wenn die Supervisorin sich ebenfalls in ihn verliebt oder wenn sie trotz Supervision nicht aus der Verstrickung kommt.

3.7 Warum Supervision?

Supervision ist Unterstützung und Entlastung in der alltäglichen Berufsarbeit und eine fortlaufende Erweiterung der professionellen Kompetenz. Sie spielt eine zentrale Rolle in der Qualitätssicherung für Atem- und Körpertherapeuten. Durch die Verschiedenartigkeit der Mensch kommen wir oft an unsere Grenzen und kommen nicht

weiter in der Therapie. Wir sind mit dem Problem der Klientin identifiziert und darauf konzentriert, geraten unter Druck, verstricken uns in Gegenübertragungsgefühle. Wir fühlen uns nicht kompetent und hören auf, von dem von uns Wahrgenommenen auszugehen und fragen uns, was das Richtige ist. Wir sind dann nicht mehr an unsere Tiefe angeschlossen, achten nicht mehr auf unsere Impulse, unsere Intuition und unsere Inspiration. Hier ist Supervision Pflicht. Durch sie können wir aus dem Kontext des Mangels wieder zum Kontext der Fülle und Ganzheit wechseln. Die Supervisorin muss die Fähigkeit haben, die Supervisandin immer wieder weg zu führen von der Konzentration auf das Problem und sie zum Feld hinzuleiten. Das Feld ist der Kontext der Fülle, der Ganzheit, der Ressourcen und des Lösungspotentials.

Nebst der Entlastung, die wir durch die Supervision bekommen, erweitert sie auch immer wieder unsere Kernkompetenz: Wahrzunehmen was ist, die Wahrnehmungen zu differenzieren, zu erweitern, zu reflektieren und in den therapeutischen Prozess einzugeben.

Ziele/Wirkungen der Supervision sind zudem:

- Unterstützung, Transparenz und Vernetzung der Therapeutinnen untereinander anstelle von Konkurrenz und Neid
- Entlastung
- Selbstreflexion
- Wahrnehmungsfähigkeit auf allen Bewusstseinssebenen
- Klarheit und Zielorientierung
- Gewinnen von neuen Sichtweisen (Mehrperspektivität)
- Neue Handlungsalternativen, bessere Krisenbewältigung
- Kommunikative Kompetenz (verbale Ausdrucksfähigkeit)
- Verbesserung der therapeutischen Beziehung (Rapport)
- Burnout Prophylaxe, Abbauen des Helfersyndroms, Psychohygiene

Zusammenfassend gesagt ist Supervision für jede Atem- und Körpertherapeutin sinnvoll. Alle haben Abwehrmechanismen, blinde Flecken, auch den Klientinnen gegenüber. Übertragungen und Gegenübertragungen sind immer da, auch wenn in der Atemtherapie und in anderen Körpertherapien bis jetzt nicht bewusst damit gearbeitet wird. Für Atem- und Körperpsychotherapeutinnen ist Supervision Pflicht. Die Supervisionspflicht sollte aus oben erwähnten Gründen unbedingt auf alle Körpertherapien ausgeweitet werden.

3.8 Ethik

Zur Ethik gehört, dass die Therapeutin ihre Klientin informieren muss, dass sie supervidiert wird, selbstverständlich unter Wahrung der Anonymität und dass dies die Bedingung für eine gemeinsame Arbeit ist. Die Supervisionsteilnehmerinnen unterstehen der Schweigepflicht. Zum Schutze der Klientin dürfen keine Zusammenhänge oder Rückschlüsse erkennbar sein, da die Möglichkeit besteht, dass die Klientin zufälligerweise von der Supervisorin oder von einer Gruppenteilnehmerin erkannt wird. Damit die Würde der Klientin gewahrt wird, darf nur wertschätzend über die Klientin gesprochen werden und keine abschätzenden, bewertenden Formulierungen gebraucht werden. Supervisorin und Supervisandinnen zeigen ein wohlwollendes Verständnis für die Situation der Klientin. Insgesamt wird so von ihr gesprochen, dass sie anwesend sein könnte.

4. Das Phänomen der Dissoziation in der Supervision

4.1 Begriffsklärung

Der Begriff „Dissoziation“ wird in der Literatur verschieden gebraucht. Einigkeit herrscht in der Annahme, dass etwas, das verbunden ist und demnach durch eine bestimmte Kraft zusammengehalten wird, durch eine Störung oder ein Nachlassen dieser Kraft getrennt wird, resp. ein Teil oder Teile herausbrechen und somit nicht mehr integriert sind (vgl. Mergenthaler, 2008).

Meiner Meinung nach müsste angesichts der Theorie der frühen Störungen auch angefügt werden, dass vielleicht die Ich-Kraft noch nicht genügend ausgebildet ist, um die Teile genügend fest zusammenzuhalten. Aber was wird denn getrennt, entkoppelt? Fiedler (2008) schreibt dazu:

Die Dissoziation kann als eine mehr oder weniger strukturierte Separation mentaler Prozesse aufgefasst werden, die zuvor in die ganzheitliche Wahrnehmung integriert waren. Sie kann eine extreme Spannweite unterschiedlicher Phänomene einschliessen. Von einer Dissoziation betroffen sein können unterschiedliche grundlegende Konstituenten des Erlebens und Handelns – wie z.B. Gedanken, Erinnerungen, Gefühle, Bewegungsabläufe, Handlungsimpulse oder Körperempfindungen. In seiner weitesten Bedeutung steht der Begriff „Dissoziation“ also für eine Auffassung, nach der zwei oder mehr mentale Prozesse oder Inhalte offensichtlich nicht miteinander assoziiert sind, obwohl diese Teilbereiche normalerweise ins Bewusstsein, Gedächtnis oder Selbstbild integriert sein sollten. Für dissoziierbare Teilbereiche des Bewusstseins oder Gedächtnisses werden unterschiedliche und bisher nicht einheitlich definierte Begriffe verwendet, wie z.B. „neuronale Erregungsmuster“, „kognitive Prozesse“ oder „emotionale Prozesse“, „kognitiv-emotionale Schemata“, „Selbst-Repräsentanzen“, „Objekt-Repräsentanzen“ oder ähnliche mehr. (S. 54)

Es bestehen im Moment zwei Hypothesen. Die eine besagt, dass es sich bei einer dissoziativen Störung eher um einen (regressiven oder eingeübten) Abwehrmechanismus der Spaltung handelt. Dabei wird eine traumatische Erinnerung selektiv verdrängt oder abgewehrt. Die zweite geht davon aus, dass es eher ein nicht intentionaler autoregulativer Schutz ist, ein intrapsychischer Verarbeitungs- und Selbstregulationsmechanismus, der unangenehme Erfahrungen zeitweilig dissoziiert. Janet war Ende des 19. Jahrhunderts bereits dieser Ansicht (vgl. Fiedler, 2008).

Meiner Erfahrung nach handelt es sich zwar um einen Abwehrmechanismus, aber auch um einen intrapsychischen Selbstregulationsmechanismus. Psychische Belastung, Stress, Angst und andere Gefühle erzeugen eine Erregung im Nervensystem. Wenn die Ich-Kraft nicht genügend ausgebildet oder eine Traumatisierung vorhanden ist und keine Ausweich-/Fluchtmöglichkeit besteht, wird die Erregung zu hoch, der körperliche oder seelische Schmerz zu stark und damit nicht aushaltbar, verdrängbar. Es beginnt der autoregulative Schutzmechanismus. Im Hypothalamus veranlasst die Amygdala die Aktivierung des zentralen Stressgens CRH und mit ihm die gesamte hormonelle Stressachse (vgl. Bauer 2002, S.188). Eine zu hohe Erregung braucht zum Schutze des Organismus eine Art Notabschaltung, die Dissoziation. Wir unterscheiden unterschiedliche Schweregrade einer Dissoziation, die ich unter Kap. 4.5 beschreibe.

4.2 Die Entwicklung des Ich's – frühe Störungen

Laut Mahler (1996) entwickelt sich ein eigenständiges, stabiles Ich des Menschen in den ersten drei Lebensjahren und dies vor allem über Erfahrungen mit den Sinnesorganen und in Beziehung. Diese vom Säugling gemachten Erfahrungen bilden eine Art Erfahrungsinselformen, die mit der Zeit immer kohärenter werden. Mit drei Jahren ist, wenn alles gut gegangen ist, die Reifung des Ich's abgeschlossen und das Kind erlebt eine Kohärenz und Konstanz des eigenen Ich's. Das Kind hat die Fähigkeit zur Objekt- und Beziehungskonstanz erworben, hat eine stabile Realitätswahrnehmung, kann sich nach innen und aussen abgrenzen, kann verdrängen. Wenn Störungen in dieser Zeit auftreten, das Kind z.B. vernachlässigt oder nicht gespiegelt wird, entstehen die sogenannten frühen Störungen. Maaz (2007, S. 742) zählt Narzissmus und Borderline dazu, während er die Neurosen zum stabilen Ich zählt. Menschen mit frühen Störungen können nicht verdrängen, nur spalten. Joachim Bauer (2002) beschreibt, dass frühe Erfahrung von Stress/unsicherer Bindung eine erhöhte Empfindlichkeit des biologischen Stresssystems zur Folge hat.

4.3 Spaltung in der AKPT

Wie im letzten Kapitel beschrieben, wird in der psychoanalytischen Theorie der Begriff Spaltung bei Menschen mit frühen Störungen benützt. Beim Spalten wird der Inhalt nur kurz unter die Bewusstseinsoberfläche gedrückt, da die Ich-Kraft noch nicht zum Verdrängen ausreicht. Er kann dadurch jederzeit wieder hochkommen und die Menschen überfluten. Ich verwende der Einfachheit halber die Begriffe „abspalten“, „Spaltung“, analog zu „dissoziieren“ oder „Dissoziation“, obwohl bei der Dissoziation nicht immer eine frühe Störung vorhanden ist, v.a. bei einer Traumatisierung. Es werden bei beiden Teile abgespalten. Unter Dissoziation wird oft ein „sich vom Körper getrennt sein“, „sich von aussen erleben“, gemeint. Die Definition von Fiedler (siehe Kap. 4.1) veranschaulicht, dass sie durchaus weiter gefasst werden kann. In der AKPT gehen wir davon aus, dass eine Dissoziation von allen vier Bewusstseinsfunktionen nach Jung (siehe Kap. 3.3) vorkommen kann, d.h. dass sie ganz oder teilweise abgespalten werden. Beispiele:

- Empfindung: ein Fuss oder die ganze linke Seite ist nicht mehr spürbar
- Gefühle: sind nicht mehr wahrnehmbar, z.B. die Trauer oder Wut
- Denken: verwirrt, unklar
- Intuition: keine Handlungsimpulse mehr vorhanden

4.4 Geschichte der Dissoziation

Historisch gesehen ist der Begriff Dissoziation eng mit dem bereits von Hippokrates verwendeten Begriff der Hysterie verbunden. Die als „hysterisch“ bezeichneten Phänomene, wie z.B. Lähmungen, Mutismus (Stummheit), Erstickungsanfälle, Wahrnehmungsstörungen wurden hauptsächlich an Frauen beobachtet. Damals wurde eine im Körper umherschweifende Gebärmutter und mangelnde sexuelle Befriedigung als Ursache von Hysterie vermutet. Später, während der Hexenverfolgung im Mittelalter, wurde auch von Besessenheit durch den Teufel, durch Dämonen, usw. gesprochen. Die Symptome würden heute als Trance- und Besessenheitsstörung diagnostiziert. Mit der beginnenden Aufklärung gegen Ende des 18. Jahrhunderts konnten Gott und der Teufel nicht mehr verantwortlich für die Ursache dieser Störungen gemacht werden (vgl. Fiedler, 2008). Es wurden erste psychodynamische Konzepte entwickelt, die Ursachen und Heilung dieser Krankheit durch das wechselseitige aufeinander Einwirken der Psyche des Menschen mit seiner Umwelt herleiteten. Die wichtigsten

drei Konzepte waren der Konversionsansatz von Sigmund Freud, der Dissoziationsansatz von Pierre Janet und der neurologische Ansatz, der am ehesten mit Charcot verbunden wird (vgl. Hantke, 1999).

Freud benutzte den Begriff Konversionshysterie vor allem für eine durch Konversionssymptome gekennzeichnete Neurosenform. Da es meist keine erklärenden organischen oder neurologischen Ursachen für die dabei entstehenden, oft heftigen Symptome gab, wurde vermutet, dass ein psychischer Konflikt in körperliche Symptome umgewandelt (konvertiert) wurde. Er ging davon aus, dass die Symptombildung meist auf einem sexuell-erotischen Konflikt basierte. Darum wurde diese Störung auch Konversionsstörung oder Konversionsneurose genannt.

Später wurde aus psychoanalytischer Sicht davon ausgegangen, dass ein unbewusster, innerseelischer Konflikt auf den Körper übertragen wird. Dadurch erhält das körperliche Symptom einen sogenannten Ausdrucks- und Symbolcharakter.

Pierre Janet, einer der Ersten, der sich mit dem Zusammenhang von neurotischen Störungen und Kontraktionen der Muskulatur und des Atems befasste, beschrieb bereits ein Jahrhundert vor dem wissenschaftlichen Durchbruch der Traumaforschung die Phänomene der Dissoziation (vgl. Marlock & Weiss, 2007). Er erkannte bereits die Trennung:

Janet entwickelt das Modell im Zusammenhang mit seiner Darstellung der Theorie psychologischer Automatismen, die ein Eigenleben beginnen, sobald die Integrationsfähigkeit von Gefühlen und Handlungen durch überwältigende Emotionen behindert wird und diese Erfahrungen und damit verbundenen Handlungs- und Bewusstseinsformen vom Bewusstseinsfeld ausgeschlossen werden. (Hantke, 1999, S. 19)

Charcot arbeitete wie Janet im Krankenhaus Salpêtrière in Paris. Er war Neurologe und späterer Chefarzt in diesem Krankenhaus und versuchte, die Hysterie als neurologisches Leiden zu klassifizieren. Zudem befasste er sich mit verschiedenen Formen von religiösen Erlebnissen wie Stigmata und Wunderheilung und versuchte sie als Ausformungen hysterischer Symptome zu erklären. Er bewies, dass Hysterie durch Hypnose hervorgerufen und zum Verschwinden gebracht werden konnte.

Durch die Dominanz der Psychoanalyse und die Einführung von anderen Modellen, wie z.B. die behavioristischen Modelle und Bleuler's Beschreibung der Schizophrenie als Bewusstseinspaltung, auf die ich nicht näher eingehen möchte, wurden Janet und sein Dissoziationsmodell vergessen und damit auch sein körperpsychotherapeutischer Ansatz. In den 60er und 70er Jahren wurde in den USA nach Theorien und Erklärungsmodellen für Traumatisierungen, insbesondere bei Kindsmisshandlungen und Krieg, gesucht. Dadurch kam man auch zum Verständnis für externe Einwirkungen. Janets Modell wurde wieder aufgenommen (vgl. Hantke, 1999).

4.5 Diagnose

Als Supervisorin ist es vor allem wichtig zu wissen, wann die Supervisorin zusätzliche Fachpersonen, wie z.B. eine Psychiaterin, zuziehen soll. Darum gehe ich zuerst auf die Differenzierung der Dissoziation ein.

In meiner Praxis kommt sie bei fast allen Störungsbildern vor, auch bei sehr vielen Menschen, die den Alltag gut bewältigen und die ich nicht als „krank“ bezeichnen würde. Traumatisierungen sind immer Ursache ihrer Dissoziationsphänomene. Es

sind aber nicht immer „schwerwiegende“ Erlebnisse, wie z.B. Kriegserlebnisse, Vergewaltigung, Unfälle, Naturkatastrophen, usw. sondern sehr oft ein strenger Erziehungsstil, bei dem es keine Widerrede gab und nicht auf Bedürfnisse und Gefühle eines kleinen Kindes eingegangen wurde, das Kind brav sein musste, teilweise auch Schläge bekam, usw. Je kleiner die Kinder, desto eher werden sie vermutlich traumatisiert. Wenn ich von den schweren Traumatisierungen absehe, würde ich die meisten meiner Klientinnen bei den frühen Störungen einordnen.

Damit stellt sich die Frage, was ist pathologisch und was ist normal? Wo liegt die Grenze? Eine Antwort dazu habe ich bei Fiedler gefunden: Laut Fiedler (2008) unterscheiden sich „normale dissoziative Prozesse“ von „dissoziativen Störungen“ vor allem dadurch, dass sie selbstgewählt bzw. selbstinduziert sein können oder bewusst aufgesucht werden. Zudem meint er:

Als „normale“ dissoziative Phänomene gelten beispielsweise automatisierte oder überlernte Verhaltensweisen oder komplexe Handlungsroutinen, aber auch Lücken in der Bewusstheit oder Erinnerung im Kontext von Anforderungen, die eine hohe Konzentration erfordern. Was unsere Aufmerksamkeit nicht fokussiert, ist zeitweilig nicht bewusst und deshalb dissoziiert. Das Weglenken der Aufmerksamkeit kann auch bewusst und intendiert erfolgen. (S. 55)

Beispiele dazu sind: Autofahren oder heimgehen und plötzlich merken, dass man abwesend, in Gedanken war. Danach erstaunt sein und nicht mehr wissen, wie man den Weg zurückgelegt hat.

Zwischen „normal“ und einem „Zwischenbereich“, wo es auch ins Pathologische kippen kann, ordne ich die Aufmerksamkeitsabsorption bzw. Trancephänomene ein. Der zeitweilige Verlust des Zeitgefühls (wie in einer Atemstunde!) ist durchaus normal. Wenn er sich jedoch öfter und über längere Zeit wiederholt, kann es auch ein Abwehrmechanismus sein, um inneren Konflikten und damit der Realität zu entfliehen. Beispiele: viele Bücher lesen oder Fernsehen, Tagträumen, zeitweise Suchtmittel einnehmen, oder auch das Trance-Erleben von Extremsportlern, z.B. Marathonläufern und das „Flow“-Erleben beim hochkonzentrierten Arbeiten usw. Die Trance gehört ebenfalls zu religiösen Riten, wie z.B. zum Schamanismus und wird in den letzten Jahren auch in unserem Kulturkreis praktiziert. Hier ist es als Supervisorin besonders wichtig zu wissen, wie hoch das Strukturniveau der Klientin ist. Bei niedrigem Strukturniveau und entsprechender Disposition besteht das Risiko, eine psychische Störung anzuregen. Wenn die Ich-Kraft und damit auch die Grenzen noch nicht genügend ausgebildet sind, löst jedes „Weggehen“, nicht in der Realität sein, die Grenzen noch mehr auf und schwächt damit die Ich-Kraft. Dadurch kann ganz schnell eine Regression auftreten und zu psychotischen Symptomen führen.

Pathologische Dissoziation

Dazu meint Fiedler (2008, S. 55):

„Als klassische dissoziative Störungen gelten die Dissoziative Amnesie, die Dissoziative Fugue, die Dissoziative Identitätsstörung und die Depersonalisationsstörung. Hauptsymptom dieser Störungen ist der zeitweilige Verlust der Kontrolle über die eigene Identität. Die Betroffenen können sich entweder nicht mehr an vergangene Erlebnisse erinnern oder das Gefühl der Selbstwahrnehmung, ihr körperliches Selbsterleben oder das Gefühl für die eigene

Wirklichkeit verändert sich (dissoziiert). Üblicherweise wird von „Störung“ gesprochen, wenn das Individuum nicht mehr in der Lage ist, den Prozess der Dissoziation willentlich zu beeinflussen bzw. rückgängig zu machen.“

Um entscheiden zu können, wann eine Fachperson hinzugezogen werden sollte, muss sich die Therapeutin hinterfragen, wie viel Struktur die Person braucht und wie viel die Therapeutin selber zur Verfügung stellen kann. Kann die Therapeutin die Klientin engmaschig betreuen? Kann sie selber Struktur geben? Falls dies nicht der Fall ist, muss ein Klinikaufenthalt in Betracht gezogen werden oder die Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen, z.B. einer Psychiaterin. Das gleiche gilt, wenn die Störung so stark ist, dass die Therapeutin die Klientin nicht in die Realität zurückführen kann, wie dies bei Menschen mit einer pathologischen Dissoziation der Fall sein kann.

4.6 Erkennen von Dissoziationsphänomenen

Kann die Supervisorin überhaupt erkennen, dass die vorgestellte Klientin dissoziiert und wenn ja wie? Nachfolgend einige Vorschläge:

- Die Supervisorin fragt die Supervisandin nach Gegenübertragungen und Resonanzen auf allen vier Bewusstseinsfunktionen nach Jung
- bei einer Gruppensupervision kann sie auch die Teilnehmer danach fragen
- die Supervisorin fragt die eigene Gegenübertragung ab und bringt sie ein
- Einige Supervisandinnen erklären, dass es noch schwierig sei, mit der Gegenübertragung und Resonanzen zu arbeiten. Hier empfehle ich, dass sie ihre Klientinnen genauer fragen, z.B. wo sie gerade mit ihrer Aufmerksamkeit sind, oder welche Unterschiede, z.B. nach einer Widerstandsübung, im Körper entstanden und was für Gefühle gerade vorhanden sind. Dissoziationen entstehen bei steigender Erregung z.B. beim Erzählen, nach einer Widerstandsübung, durch zu viel Nähe oder wenn ein Gefühl oder eine Erinnerung am Auftauchen ist.

Hilfreich für das Erkennen der Dissoziationsphänomene ist einerseits, die eigene Wahrnehmungsfähigkeit dafür geschult zu haben, andererseits auch zu wissen, was für Symptome und damit Gegenübertragungen und Resonanzen bei oben erwähnten Störungen, aber auch bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, Angst und Panik, Borderline und anderen Störungen, häufig vorkommen. Ich liste sie nicht nach Bewusstseinsfunktionen auf, sondern nach Häufigkeit, wie sie in meiner Praxis vorkommen:

- Wenn der Atem stockt oder schnell und oberflächlich (Vogelatem) ist
- Müde werden oder einschlafen, z.B. immer wenn die Beine behandelt werden
- Kribbeln (Kribbelparästhesien):
Hier unterscheide ich das kühle, unangenehme Kribbeln, das meist als Dissoziation entschlüsselt werden kann, von einem angenehmen, warmen Kribbeln, das mit einer guten Durchblutung einhergeht. Daher ist es immer wichtig nachzufragen, wie ein Kribbeln ist, aber auch wo, an welcher Stelle des Körpers es begonnen hat. Es kann am ganzen Körper vorkommen. Erfahrungen mit meinen Klientinnen zeigen, dass es häufig entweder an den Füßen oder Händen beginnt, oder wenn es länger andauert, kommen die ganzen Beine oder Arme dazu. Oft betrifft es auch den Bauch und den Kopf.
- Abspaltung von Körperteilen, Taubheit, Starrheit:
Alle Körperteile können abgespaltet, nicht mehr gespürt werden, z.B. der ganze Körper, ausser dem Kopf, oder nur die Beine oder die Arme, der Rücken,

die linke Seite, usw. Bei starker Spaltung kann sogar Taubheit entstehen. Beispiele: Loch im Bauch: die Mitte ist davon häufig betroffen, vor allem bei frühen Störungen, Angst und Panikstörungen. Schwarzes Loch in der Herzgegend oder an anderen Körperstellen. Schwere oder Leichtigkeit z.B. in einem Bein.

- Die Wahrnehmungsfunktion wechseln oder sich nur auf bestimmten bewegen, andere auslassen:
Oft reden z.B. Klientinnen endlos, sind also im Denken, spalten dabei Empfindung und Gefühl ab. Handlungsimpulse sind meist vorhanden. Dies kommt häufig beim männlichen Narzissmus vor. Weitere Beispiele: jemand kann besonders gut empfinden, spürt aber keine Gefühle dazu. Oder: jemand beschreibt alles in Bildern, hat aber keine Empfindung dazu. Oder: jemand ist ganz in den Gefühlen und das Denken oder Empfinden ist abgespalten. Dazu gehört das sich Auflösen vor lauter Trauer oder vor Wut ausser sich sein.
- Verwirrung, nicht mehr klar denken können, vernebeln, Schwindel, Benommenheit, Gefühl der Unsicherheit oder Ohnmacht (Synkope):
Diese Symptome entstehen oft nach einer Traumatisierung oder der Forderung, etwas machen zu müssen, z.B. eine Übung, die nicht bekannt ist und als „das kann ich nicht“ taxiert wird, wie z.B. beim weiblichen Narzissmus. Gleichzeitig wird auch die Forderung an sich gestellt, es besonders gut oder nicht falsch zu machen. Schwindel kommt häufig bei sehr hohen Erregungs-/Tonuszuständen vor, manchmal verbunden mit viel Willenseinsatz, oft beim männlichen Narzissmus oder schweren Traumatisierungen.
- Schrumpfen, klein werden oder die Therapeutin weit weg erleben
- Zugeschnürte Kehle, Kloss im Hals (Globusgefühl), Erstickungsgefühle, Übelkeit:
Diese Phänomene treten oft auf, wenn das Ausdrücken von Gefühlen verhindert wird oder bei Übelkeit etwas zum „Kotzen“ ist.
- Beklemmungsgefühl, Schmerzen oder Unwohlsein in der Brust, Herzklopfen (Palpitationen) oder beschleunigte Herzfrequenz (Tachykardie), Druck auf der Brust, Ausstrahlen in den linken Arm:
Hier ist meist die Gefühlsebene abgespalten. Es ist ein häufiges Symptom bei Angst und Panik, Trauma und frühen Störungen.
- Atemnot (Dyspnoe):
Kurzatmigkeit, subjektiv verschiedene Atemprobleme, auch plötzliches Bewusstwerden der Atmung und Vorstellen möglicher Probleme.
- Zittern oder Beben (Tremor), Vibrieren im Innenraum:
Zittern dient dazu, hohe Erregungszustände zu senken, darum zulassen.
- Schwitzen (Hyperhidrosis), Hitzewallungen oder Kälteschauer
- Magen-Darm-Beschwerden
Hier sind oft sehr starke Spannungen auf der Bauchdecke und im Magen-Darm-Bereich spürbar. Meist werden Gefühle abgewehrt.
- Trüber, leerer Blick, Sehstörungen, z.B. Gegenüber verschwommen sehen.
- Freezing:
Körperteile können einfrieren, eiskalt, gefühlslos werden, wie z.B. das Gesicht
- Gefühl der Unwirklichkeit, Veränderung der Umgebungswahrnehmung oder der Persönlichkeitsauflösung (Derealisation, Depersonalisation)
- Furcht zu sterben, Furcht, verrückt zu werden oder die Kontrolle zu verlieren.
- Vibration des Aussenraums, vor allem in der Gegenübertragung/Resonanz wahrnehmbar, oft verbunden mit dem Gefühl „Achtung Gefahr“:

Dies erlebe ich vor allem bei stark erhöhtem Körpertonus, sehr hoher Erregung, vermutlich verbunden mit chronischer Dissoziation, aktuellem oder früherem Drogenmissbrauch und starken Traumatisierungen. Wenn ich dies wahrnehme, weiss ich, dass hier wirklich Gefahr vorhanden ist und dass eine engmaschige Betreuung mit viel Struktur in jeder Hinsicht notwendig ist. Oft ist eine Furcht verrückt zu werden vorhanden, wird aber meist erst später ausgesprochen.

- Bilder der Klientin oder Gegenübertragungsbilder der Supervisorin/Supervisorin:
Ein Jugendlicher aus einem muslimischen Kulturkreis sagte, er könne das, was er wahrnehme, nicht gut auf Deutsch ausdrücken. In meiner Sprache würde er sagen, der Todesengel stehe hinter ihm. In der Gegenübertragung war ein starker Zug nach oben hinten wahrnehmbar.

Diese Liste hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit und könnte noch mit vielen weiteren Phänomenen und möglichen Zusammenhängen ergänzt werden. Die Zuordnung der Phänomene zur Dissoziation sind aus meiner Praxiserfahrung entstanden. Wenn ich mit ihnen gearbeitet habe, wurde mit der Zeit immer zuerst kurz ein Gefühl, z.B. Wut oder Trauer spürbar und danach erfolgte das Symptom. Wenn die Gefühle gehalten wurden, verschwanden die Symptome.

4.7 Interventionen

Falls die Supervisorin feststellt, dass die Wahrnehmung der Supervisorin weggeht, muss sie sie als erstes sofort auf den Wahrnehmungsverlust aufmerksam machen. Als nächstes wird ein Notfallkoffer erarbeitet, indem nach dem gesucht wird, was hilft, dass die Wahrnehmung (der Supervisorin und dann auch deren Klientin) wieder zurückkommt. Dazu ist es wichtig, genau zu wissen, was abgespalten wird und wenn die Spaltung gross ist, wo/wann genau sie begonnen hat. Je mehr wir darüber wissen, desto treffender wird der Notfallkoffer sein. Da eine Dissoziation nach einer hohen Erregung erfolgt, ist die Beruhigung des Nervensystems das wichtigste. Ein rigider Mensch hat schon eine eher hohe Körperspannung, darum sind hier vermutlich eher feine Interventionen hilfreich, wie z.B. ein Körperkreis. Bei Menschen mit eher weniger Körperspannung ist gut zu beachten, dass das Lösen nicht zum Auflösen und damit zum Weggehen führt. Hier ist meist eher eine Übung hilfreich, die zu mehr Spannung führt, wie z.B. eine Widerstandsübung. Arbeit an Knochen und Struktur gibt Halt und Sicherheit. Für Menschen mit schweren Traumatisierungen ist Dissoziieren normal. Hier sind der Zugang zum Körper und damit Empfindungsübungen zu Beginn eher schwierig. Es müssen zuerst andere Ressourcen gestärkt werden und erst später ganz langsam und vorsichtig zur Empfindung des Körpers zurückgeführt werden. Grundsätzlich muss mit jeder Klientin ganz individuell nach Notfallübungen gesucht werden. Die Übungen sollten ein oder zweimal gemacht werden und dann sollte überprüft werden, ob es schon reicht. Eine Übung kann z.B. zweimal gemacht wirksam sein und ein drittes Mal zum Dissoziieren führen.

Nachfolgend einige Vorschläge für Interventionen:

- Nähe-/Distanz regulieren:
Als erstes muss immer abgeklärt werden, ob eine andere Distanz zur Supervisorin hilfreich ist und ob Innenraumwahrnehmung ohne Spaltung schon möglich ist. Ansonsten müssen Übungen mit dem Fokus auf den Aussenraum an-

geleitet werden: z.B. fragen, wie sich der Boden jetzt anfühlt, ob er kalt oder hart ist, usw.

Weitere Phänomene und mögliche körperliche Notfallübungen (Tastsinn):

- Hände abgespalten, nicht mehr spürbar, kribbeln:
Fäuste fest zusammendrücken und wieder lösen, Knochen der Hände klopfen
- Füße, Beine, Mitte abspalten, aber auch bei Schwindel, Ohnmacht, Kribbeln, Vibrationen im Aussenraum, Atemnot:
Knochen der Beine und Füße klopfen, Zehen krallen, stampfen, Muskulatur spannen und wieder lösen, Widerstand gegen den Boden geben. Bei zu hohem Erregungszustand und beim männlichen Narzissmus braucht es eine Kombination von Lösen, ohne aufzulösen und Stabilisieren, ohne dass der Tonus noch höher wird: Den Atem spüren, Kreisatem, Kreuz ablaufen, absteigender Ausatem kombinieren mit einer Strukturübung (siehe Buch „ATEM DER ICH BIN“, Rieder, 2012, S. 334)
- Kopf verwirrt, nicht mehr klar denken können, vernebeln, Benommenheit:
Knochen des Kopfes klopfen, drücken, kratzen, Ohr zwicken, stampfen
- Zugeschnürte Kehle, Kloss im Hals (Globusgefühl), Erstickungsgefühle, Übelkeit:
Hände auf Hinterkopf verschränken, im Ausatem den Kopf Richtung Hände drücken, Hände geben einen leichten Widerstand und ziehen etwas nach oben
- Trüber, leerer Blick, Sehstörungen:
Augen zusammenkneifen, etwas mehr Distanz einnehmen, Blick in Richtung Fenster
- Beklemmungsgefühl, Schmerzen oder Unwohlsein in der Brust:
Rücken auf der Höhe des Brustschmerzes gegen die Wand drücken
- Beschleunigte Herzfrequenz (Tachykardie), Druck auf der Brust, Ausstrahlen in den linken Arm:
Den Herzrhythmus durch ganz schnelles Stampfen ‚übertönen‘ und gleichzeitig ein U tönen. Wenn das U beendet ist, einatmend die Schultern langsam nach vorne, oben, hinten kreisen, während des Ausatems die Schultern langsam nach unten gleiten lassen, gleichzeitig den Ausatem zu den Füßen lassen.

Wenn für die Klientin nichts Passendes gefunden wird, oder der Tastsinn keine Ressource ist, kann jetzt auch noch bei den weiteren Sinnen gesucht oder nach Ressourcen gefragt werden:

- Gerüche: Hier kann ein angenehmer Duft, wie z.B. an einer Rose riechen, hilfreich sein oder auch ein unangenehmer Geruch, wie z.B. Ammoniak. Auch Kälte kann hilfreich sein, da sie zusammenzieht und mehr Festigkeit bewirkt.
- Hören: Musik hören zur Beruhigung
- Sehen: mit einer Schnur einen Kreis um sich auslegen und den Schutz sehen, oder aussprechen, was im Raum sichtbar ist, um den Realitätsbezug wieder herzustellen
- Sprechen: Mantra, Gebet sprechen
- Verbindung von allen Sinnen: Ein Bild, eine Erinnerung suchen, in dem sich die Klientin wohl fühlt. Das Bild sehen, spüren, z.B. die Sonne auf der Haut, hören, z.B. die Vögel zwitschern usw.

Wenn die Wahrnehmung wieder da ist, muss herausgefunden werden, was die ersten Anzeichen des Weggehens sind, z.B. das Gefühl, „das kann ich nicht“, „das habe ich schlecht gemacht“, usw. Nun ist der Supervisandin bewusst, was sie zum Dissoziieren bringt und kann im Alltag darauf achten. Wichtig ist es jetzt, den Notfallkoffer einzuüben (Verhaltenstherapie), z.B. Wahrnehmung weg – Stopp – Zehen krallen. Dies sind dann auch die Hausaufgaben der Supervisandin.

5. Supervision in der Praxis

1. Supervisionsstunde

Meine Supervisandin ist 45-jährig und schon längere Zeit als Atem- und Körperpsychotherapeutin ausgebildet. Sie wirkt sehr liebevoll, mütterlich und kann sich sehr gekonnt ausdrücken.

Sie erzählte, dass sie ein grundsätzliches Zeitproblem habe. O-Ton: „Ich kann einfach nicht pünktlich aufhören“. Sie war in der Selbstanklage und im Minderwert und wollte als Supervisionsziel eigentlich wissen, wie sie dies ändern könne und wie sie besser Worte finden könne, um die Stunde zu beenden. Einen kurzen Moment war ich versucht, auf das Zeitproblem einzugehen. Mir wurde aber bewusst, dass wir dann entweder zur Ausbildungssupervision oder zur Therapie wechseln würden und darum richtete ich den Fokus auf ihre Klientinnen. Auf meine Frage, ob dies grundsätzlich so sei, kristallisierte sich heraus, dass es vor allem bei zwei Frauen vorkam. Sie entschied sich für eine Supervision einer Frau, die sowohl zu ihr in die Gruppe wie auch in die Einzelbehandlung kam.

Die Supervisandin erzählte folgende Fallgeschichte:

Die Klientin sei 50 Jahre alt, verheiratet und habe ein Pflegekind. Sie sei sehr kreativ, habe ein Kunststudium absolviert. Zu ihrem Spezialgebiet gehöre die Arbeit im Tonfeld, Malereien und Plastiken.

Frau X besuche seit 10 Jahren die wöchentlichen Gruppenstunden und komme seit Januar 2008 ca. zwei Mal pro Monat in die Einzelbehandlung, insgesamt ca. 40 Stunden. Sie sei Asthmatikerin. Es ginge ihr immer wieder schlecht und sie habe auch die verschiedensten Symptome, wie z.B. chronische Bronchitis und Sinusitis, Reflux, wiederkehrende Rückenprobleme infolge einer Überdehnbarkeit der Wirbelsäule, Erschöpfungszustände mit Burn-out-Syndrom, so dass die Supervisandin dann Hausbesuche mache. Es würden ständig neue Krankheitsbilder hinzukommen. Anlass der Behandlung sei der Wunsch, beschwerdefrei zu sein. Die Supervisandin hatte das Gefühl, dass sie für ihre Klientin sorgen müsse. *Ich frage sie darum nach ihrer Übertragungsrolle.* Nach einigem Überlegen meinte die Supervisandin: die mütterliche Freundin, die ihr helfen, sie aus der Not herausführen und einen Weg aufzeigen solle, wie es weitergehen könne, die zuhöre, mitfühle, Verständnis zeige, liebevoll sei und sie nicht verurteile. Die Supervisandin erzählte nun schnell weiter und erieferte sich. Sie lindere die Not ihrer Klientin, verliere dann aber selber den Faden zu ihren eigenen Bedürfnissen. Sie sagte, sie sei aber zeitlich und in der Kraft begrenzt. Es würde gefordert und gefordert und genommen und die Klientin spüre nicht, wann es genug sei mit Fordern und sie selber werde sprachlos. *Hier zeigte sich, dass die Supervisandin verstrickt war und ihre eigenen Bedürfnisse nach zeitlicher und kräftemässiger Begrenzung abspaltete und in einen nonverbalen Zustand regredierte.* Die Supervisandin sagte, dass sie das Bedürfnis habe, dass alles rund sei und sie finde immer wieder einen Ausweg für die Klientin. Aber es komme immer wieder ein Problem. *Ich versuchte, sie selber auf den Widerstand der Klientin zu bringen und fragte sie, was sie vermute, dass ihre Klientin dadurch verhindern oder inszenieren wolle.* Die Supervisandin meinte, dass sie verhindern wolle, dass sie gehe, z.B. beim Hausbesuch und erzählte sofort weiter. Sie mache bei der Klientin oft Hausbesuche und dies daure manchmal schon zwei Stunden. Da spüre sie, dass auch dies nie genug sei. *Ich bemerkte, dass ich, weil sich vorher die Frage nach der Übertragungsrolle gerade anbot, die Familiengeschichte noch nicht fertig erfragt hatte und führte die Supervisandin zur Lebensgeschichte zurück. Ich hoffte, dass wir hier einen Zusammenhang finden würden.* Sie erzählte, dass ihre Klientin eine zwiespältige Beziehung

zu ihrer Mutter habe und zu ihr auch nie Mutter gesagt hätte. Ihr Vater sei kopfbetont, intellektuell. Als Kind habe sie einen Kruppanfall gehabt. Auf meine Frage, *in welchem Alter*, meinte sie, dass dies im ersten Lebensjahr gewesen sei. *Hier wurde ich hellhörig*. Sie erzählte weiter und kam schon wieder darauf zu sprechen, dass ihre Klientin nicht regelmässig zu ihr komme, nur wenn sie ganz in Not sei. Dann komme sie zwei bis drei Monate regelmässig, dann wieder nicht mehr, weil sie krank sei. Sie wisse dann nicht, wann die Klientin wieder komme. Danach müsse sie die Klientin wieder durchtragen, weil alles ganz schlimm und dramatisch sei. Die Supervisandin sagte, all dies werde ihr erst jetzt bewusst. *Ich fragte meine Supervisandin, was denn wäre, wenn die Klientin regelmässig kommen würde, wieder mit der Absicht, den Widerstand bzw. den Konflikt zu verdeutlichen*. Sie meinte, dass sie dann das nächste Mal weiter arbeiten könnten und nicht alles so dramatisch sein würde. Wenn die Klientin abstürze, habe sie den Druck, ihr helfen zu müssen. Sie meinte, eigentlich habe sie die Rolle der Retterin und nicht die Rolle der mütterlichen Freundin. *Ich stellte weitere Fragen, die der Supervisandin halfen, zu sehen, dass ihre Klientin die ganze Zuwendung bekam, wenn sie abstürzte und sie dann keine andere Wahl hatte als zu helfen, dass sie aber auch Macht über sie hatte, weil sie sie nicht im Abgrund hängen lassen konnte*. Ich fragte, *ob dies vielleicht einen Zusammenhang zur frühen Beziehungssituation der Klientin haben könnte*. Dabei hatte ich das Bild des Säuglings im Spital vor Augen. Da die Supervisandin keinen Zusammenhang sah, fragte ich sie, *ob die Klientin vielleicht nur die Aufmerksamkeit der Mutter bekommen habe, wenn ein Drama war*. Sie meinte, die Klientin inszeniere ein Drama, um Aufmerksamkeit zu bekommen. Dann sei sie in höchster Not. Danach, wenn sie einen Ausgang gefunden hätten, sei sie froh und dankbar. *Jetzt bemerkte ich plötzlich, dass ich nicht mehr klar denken konnte und die Zusammenhänge nicht mehr sah*. Ich sagte meiner Supervisandin, *dass ich eine kurze Pause brauchen würde, da ich mich und auch die Zusammenhänge verlieren würde*. Jetzt bemerkte die Supervisandin, dass auch sie nicht mehr ganz da war. *Wir hielten inne und ich rekonstruierte: als der Säugling froh und dankbar war, konnte ich nicht mehr klar denken, d.h. an dieser Stelle spalteten wir beide und ich deutete dies als Gegenübertragungsphänomen*. Ich brachte nun auch das Bild vom Spital ein. *Wenn der Säugling ein Drama inszeniert, bekam er Aufmerksamkeit von der Mutter. Er war in höchster Not, dass man ihm helfen musste. Durch den Beistand wurde der Säugling froh und dankbar, aber dann vernebelt er. Warum wohl?* Die Supervisandin meinte, dass, als es dem Säugling gut ging, die Mutter vermutlich das Spital verlassen hätte und er an Bedeutung verlor. *Der Konflikt bestand darin, dass, wenn es dem Säugling gut ging, er froh und dankbar war, die Mutter ihn verliess und er an Bedeutung verlor. Es darf ihm also nicht gut gehen, sonst verlässt ihn die Mutter. Der Selbsthilfeversuch bestand somit in dem Drama, das er inszeniert hatte. Er somatisierte, um Aufmerksamkeit zu bekommen. Ich liess die Supervisandin den Konflikt nochmals beschreiben, um zu sehen, ob sie ihn in Besitz genommen hatte und sie stellte sofort eine Verbindung zur aktuellen Therapiesituation her und verstand nun auch, warum die Zeit immer überschritten wurde. Wir besprachen das weitere Vorgehen und ich machte den Vorschlag, dass jetzt zuerst die Spaltung ins Bewusstsein kommen und ein Notfallkoffer erarbeitet und eingeübt werden müsse*. Nun erzählte die Supervisandin von Bildern, die ihre Klientin in der letzten Gruppenstunde gemalt hatte, in der sie Fülle erlebt und bildlich wiedergegeben hatte. *Ich schlug ihr vor, dass auch dies ein guter Einstieg in die nächste Stunde sein könne, wenn sie die beiden Pole in Verbindung bringen könne: einerseits, die Fülle, auf der anderen Seite das Loch, der Abgrund. Nach der Erkundigung, ob dies hilfreich für die Supervisandin sei, schlossen wir die Stunde ab*.

2. Supervisionsstunde

Die Supervisandin erzählte, dass sie sich zuhause den Zusammenhang mit der Asthmaerkrankung überlegt habe. Sie meinte, dass der Säugling die Wut über das Weggehen der Mutter mit Hilfe der Enge abgewehrt hatte aus Angst, dass die Mutter sonst nicht mehr kommen würde. Sie konnte erkennen, dass sie auch ihre eigene Wut über die Klientin nicht äussern konnte, weil sie Angst hatte, dass sie nicht wieder komme. Sie bemerkte jetzt ihre Verstrickung in der Gegenübertragung selber. Nun erzählt die Supervisandin von der darauffolgenden Stunde. Ihre Klientin habe ein neu gemaltes Bild mitgebracht, das tatsächlich einen Abgrund zeige. Sie habe erst später bemerkt, dass das Bild schon den Weg aus dem Abgrund zeige. Es wirke sehr dynamisch, weil eine weisse Schlangenkraft ihr „inneres Kind“, wie die Klientin sagte, aus dem Abgrund wirbelte. Doch das Kind bliebe in der „Röhre des Geburtskanals“ stecken. Es komme nicht raus, auch wenn weiter oben die Schlangenfeder brennen. Die Klientin äusserte den Wunsch, in Zukunft damit zu arbeiten. Plötzlich habe sie das Bild um 90° gedreht und aus dem inneren Kind sei ein Wesen entstanden, das sie als „Kobold“ benannt hätten. Sie sagte, dass dieser Kobold auf der Schlangenkraft reite, aber es gehe in die falsche Richtung. Er gehe nach links, nach hinten, in die Vergangenheit, nicht in die Zukunft. Meine Supervisandin hatte das Gefühl, nicht wirklich weitergekommen zu sein in dieser Stunde und beendete sie. Ihre Klientin habe gemeint, dieses Mal sei es ganz anders gewesen, so „modern“ und „psychologisch“, dies sei ohne Wertung. In der folgenden Stunde standen zunächst nochmals Depression und Erschöpfung im Vordergrund. Die Klientin fühlte sich unfähig, um im Sitzen oder Stehen zu arbeiten. Die Supervisandin ging auf ihren Wunsch ein und nährte bewusst den erschöpften Säugling. Die Klientin empfand Säure und Verätzung im Bauchraum. Die Supervisandin interpretierte es als ein mögliches „Sauer-Sein“, als eine Art Wut im Bauch, die nicht nach aussen gezeigt werden könne und sie darum sauer werde. Die Klientin antwortete, dass sie nicht sauer, nicht wütend auf ihre Mutter sein dürfe. Sie dürfe ihre Aggression nicht zeigen. Das bringe sowieso nichts. Die Supervisandin forderte sie trotzdem auf, sie auszudrücken, was sie nach kurzem Zögern machte, wollte aber zuerst die Säure verteilt haben, ausgestrichen werden. Danach sprang sie von der Behandlungsliege und begann, die Aggression durch Tanzen auszudrücken. Am Schluss der Stunde sagte die Klientin zu ihrem Erstaunen, dass sie jetzt gehen möchte, sie habe ja noch ein Termin. Das Geld hatte sie auch bereit, wo sie doch sonst den Betrag überwies. Sie ging in der Stimmung „ich bin froh und dankbar“. Die Supervisandin bemerkte, dass ihre Klientin gar nicht so hilflos war und ihre Bedürfnisse anmelden und spüren konnte. Sie hätte das Verteilen der Säure gefordert, es sei nicht nur eine Bitte gewesen. Und als sie gegangen sei, habe sie bemerkt, dass sie jetzt selber im Loch sitze. Der Säugling sei froh und die Mutter falle ins Loch. *Hier wird deutlich, dass immer noch eine Verstrickung besteht.* Sie sagte, dass es sich traurig, leer und einsam anfühle und irgendwie gehe es ihr wie ihrer Klientin. Sie wolle das Loch umgehen. Sie bemerkte, dass sie ihrer Klientin das Loch ersparen wollte. *Ich habe sie gefragt, ob sie sich gespiegelt habe, d.h. ob sie ihrer Klientin gesagt habe, wie es ihr selber ergehe, was sie verneinte.* Es wurde ihr klar, wie wichtig es ist, sich zu begleiten. Ihr sei dieser Schatz der Schlusssituation nicht bewusst gewesen. Sie habe jetzt den Mut, ihr das Loch zuzumuten, sie müsse sie nicht davor bewahren. Sie hätte es ja auch überlebt. Nun erzählte sie, Ihre Klientin hätte die nächste Stunde abgesagt und sei natürlich wie immer, nachdem es ihr gut gegangen sei, wieder schlecht dran und sei jetzt an der Nordsee und sie wisse wieder nicht, wann sie zur nächsten Stunde komme. *Ich fragte sie, ob dies denn so für sie stimme.* Sie bemerkte, dass sie auch dieses Thema ansprechen musste und *wir übten dies mit einem Rollenspiel ein.*

Reflexion

In der ersten Supervisionsstunde konnte der Konflikt der Klientin entschlüsselt werden. In der zweiten Stunde habe ich mit der Supervisandin neue Handlungsalternativen gesucht und eingeübt. Aus diesen beiden Stunden habe ich einerseits gelernt, dass ich teilweise direkter in die Supervision eingreifen kann, ohne der Supervisandin eigene Erfahrungen wegzunehmen, um etwas mehr Struktur in den Ablauf zu bringen. Dies z.B. an der Stelle, wo ich nach dem Widerstand ihrer Klientin fragte und sie meinte, dass diese verhindern wolle, dass sie gehe und darauf sofort das Thema wechselte. Hier hätte ich die Supervisandin unterbrechen und sofort nach der Familiengeschichte fragen können, um den zeitlichen Ablauf etwas zu straffen. Zudem hätte ich die Verstrickungen jeweils sofort ansprechen und die Supervisandin zu engmaschiger Supervision auffordern müssen. Die Therapeutin hat aus Eigeninitiative noch Therapiestunden genommen und eine eigene Spaltung entdeckt, was vermutlich der Grund ihrer Verstrickung war. Dank ihr wurde das Thema Verstrickung in der Supervision näher besprochen. In beiden Stunden konnte die Supervisandin vom Kontext des Mangels in den Kontext der Fülle gebracht werden. Der Kontext des Mangels hat sich dadurch gezeigt, dass die Supervisandin an sich gezweifelt hat und z.B. gesagt hat, sie könne einfach nicht pünktlich aufhören. In der zweiten Stunde hat sie sich verurteilt, weil sie nun selber im Loch sitzt. Dadurch hat sie den Anschluss an die eigene Tiefe und damit ans Feld verloren. Durch das Erkennen ihrer Verstrickung und deren Zusammenhänge hat sie den Anschluss wieder gefunden, ist in den Kontext der Fülle zurückgekehrt. Insgesamt waren es zwei sehr spannende Supervisionsstunden, die Freude gemacht haben.

6. Schlussgedanken

Das Thema Dissoziation wurde bereits früher immer wieder kontrovers diskutiert. Dank neuerer Hirnforschung, auf die ich leider wegen dem vorgegebenen Umfang nicht eingehen kann, wurden viele Unklarheiten beseitigt. Ich habe mit dieser Arbeit vor allem aufzuzeigen versucht, wie sich Dissoziationsphänomene in der Supervision äussern und wie wir sie wahrnehmen können. Es ist aber ausserordentlich wichtig, diese Wahrnehmungsfähigkeit zu üben, damit wir die Phänomene als solche auch identifizieren können. Erst dann wird es uns gelingen, in der Supervision und in der Therapie damit umzugehen. Eine Supervisorin sollte auch erkennen können, ob die Supervisandin im Zeugenbewusstsein bleiben kann oder selber dissoziiert. Neben dem Rückverweisen der Supervisandin mit Dissoziationssymptomen in ihre Eigentherapie braucht der Umgang mit Dissoziation unbedingt auch Ausbildungssupervision.

7. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Bauer, J. (2002). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Frankfurt am Main: Eichborn AG
- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone* (9. Aufl.). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bergman, A., Mahler, M. S. & Pine, F. (1996). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Die Entwicklung des Kindes aus neuer Sicht* (Ungekürzte Ausg., 75. - 77. Tsd.). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Bischof, S. (2003). *Diagnostik, Erstgespräch, Berichte*. Zugriff am 23.01.2013. Verfügbar unter http://www.atempsychotherapie.de/documents/module_ea/diagnoseerstgesprach.pdf.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, C. & Wendt, F. (2010). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie* (Neuausg. 2002, 5. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Fiedler, P. (2008). *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung* (3. Aufl.). Weinheim, Bergstr: Beltz, J.
- Hantke, L. (1999). *Trauma und Dissoziation. Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen*. Berlin: Wiss. Verl. Berlin Gaudig und Veit.
- Huppertz, N. (1975). *Supervision. Analyse e. problemat. Kapitels d. Sozialarbeit*. Neuwied ;, Darmstadt: Luchterhand.
- Maaz, H.-J. (2007). Körperpsychotherapie bei Frühstörungen. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie. Mit 3 Tabellen* (1. Aufl., S. 741–748). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Marlock, G. & Weiss, H. (Hrsg.). (2007). *Handbuch der Körperpsychotherapie. Mit 3 Tabellen* (1. Aufl.). Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Mergenthaler, J. (2008). *Sollbruchstellen der Seele. Die multiple Persönlichkeit als Metapher im Identitätsdiskurs* (1. Aufl.). Marburg: Tectum-Verl.
- Rieder, A. (2012). Atempsychotherapie als körperpsychotherapeutisches Verfahren. In S. Bischof, B. Obrecht Parisi & A. Rieder (Hrsg.), *Atem, der ich bin. Atem- und Körperpsychotherapie bei frühen Störungen* (S. 311–351). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Weiss, H., Harrer, M. & Dietz, T. (2010). *Das Achtsamkeits-Buch* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Autorenerklärung

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

Brigitte Obrecht-Parisi betreute mich als MentorIn.

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

Thalwil, 9.6.2014

Ort, Datum

A. Rieder

Vorname, Name (ausschreiben)