

mal gelernt, Objekte zu erreichen, sind sie damit beschäftigt, diese in den Mund zu nehmen, und blicken oder lächeln dabei ihre Mutter weniger an. Die Mutter mag versuchen, das Kind vom Spielzeug abzulenken, normalerweise jedoch ohne Erfolg (Fogel et al. 2006). Tatsächlich ist das Kind mit der Erkundung des Objektes beschäftigt; es ist dabei, Mund, Hand und Auge zu koordinieren. Von der Perspektive des Erwachsenen jedoch scheint das Kind in seiner eigenen Welt „verloren“ zu sein (Juberg et al. 2001).

Pathologische Dissoziation: Absorption in negative Körperzustände hinein

Pathologische Formen der Absorption kommen seltener vor als normale, sie sind jedoch problematischer. Die psychologische und psychiatrische Literatur bietet viele Unterscheidungen und Definitionen von Dissoziation. Es ist unmöglich, sie hier zusammenzufassen. Ich werde in der Definition der **pathologischen Dissoziation** dem Ansatz von Holmes et al. (2005) mit ihren zwei grundlegenden Formen folgen: **Ablösung** (detachment) und **Kompartimentierung** (Tab. 4-3).

Die **Ablösung** ist „von einer Empfindung der Trennung oder Distanzierung von gewissen täglichen Erfahrungen gekennzeichnet. Das kann vom Körper ausgehen, wie in außerkörperlichen Erfahrungen, vom Gefühl des Selbst, wie in der Depersonalisation, oder von der äußeren Welt bei der Derealisierung“ (Holmes et al. 2005, S. 5). Die Ablösung kann auch wie eingetaucht in einen tranceähnlichen Zustand erscheinen. Die Person ist dann vielleicht wie erstarrt und unbeweglich oder erscheint eingeschlafen – so als ob sie eine „vorgetäuschte“ Person erschafft (glücklich, reich, verspielt oder sexy) und anders ist als die „reale“ Person, die eher voller Sorgen ist (s. Fallbericht 4-2).

Außerkörperliche Erfahrungen zeichnen sich durch eine Art von Ablösung aus, in der die Wahrnehmung des Selbst wie von einem fernen Ort begleitet wird; der Wahrnehmende wird häufig wie über seinem Körper schwebend erlebt und sieht seinen Körper als den einer anderen Person an (Blanke et al. 2005). Das **Depersonalisationssyndrom** ist ein Gefühl, außerhalb des eigenen Körpers zu leben und außerhalb der Welt. Hierbei findet sich ein Gefühl der Trennung vom Selbst und dem Empfinden von Leere (Fuchs 2005).

Während Tanzen als Freizeitaktivität (s. voriger Abschnitt) ein Weg sein kann, normale Absorption einzuleiten und Stress abzubauen, können professionelle Tänzer – besonders Frauen – unter dissoziativer Ablösung leiden. Das Stehen auf den Zehen in Ballettschuhen ist eine schmerzhaft Erfahrung. Die Härten der Konditionierung, des Trainings und der Proben können emotional und körperlich erschöpfend sein. Viele Tänzer leiden unter Essstörungen, um sich ihr Ultramagersein zu erhalten.

„Beim Tanzen spürst Du keinen Schmerz. Einmal während einer Probe ging eines meiner Spitzenschuhbänder kaputt. Ich reparierte es mit einer Sicherheitsnadel. Beim Tanzen verbog sich dann die Nadel und die Spitze stach durch meinen Fuß. Das ging

so eine Weile mit starkem Bluten. Ich fühlte jedoch gar nichts! Denn ich tanzte und konzentrierte mich auf das Tanzen. Deshalb spürst du in der Situation keinen Schmerz.“ (Aalten 2007, S. 116)

Diese Beschreibung dissoziativer Ablösung bringt die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen normaler Absorption (Flow) und Dissoziation zum Vorschein. In beiden Fällen gibt es einen totalen Fokus auf die Aktivität und einen Verlust von peripherer Wahrnehmung. Während normale Absorption grundsätzlich angenehm ist, geht hingegen bei der Dissoziation das Körperempfinden verloren, um Schmerz zu vermeiden.

Kompartimentierung ist neben der Ablösung die andere Form von Dissoziation. Sie „vereinigt dissoziative Amnesie und die ‚ungeklärten‘ neurologischen Symptome, wie sie für Konversionsstörungen im Zustand der Konversionsparalyse, bei Sinnesausfällen, Krampfanfällen, Gangstörungen und Pseudohalluzinationen charakteristisch sind“ (Holmes et al. 2005, S. 7). **Konversionsstörung** ist der heutige Name für das, was Freud „Hysterie“ nannte. Sie ist die Substitution einer schmerzvollen traumatischen Erinnerung mit einem somatischen Symptom. Im Prinzip ist sie eine psychosomatische Störung ohne körperliche Ursache oder Diagnose (Hurwitz 2004; Kozłowska 2005). Selbstverletzendes Verhalten wie Schneiden fällt auch in diese Kategorie.

Einige der tranceähnlichen Körpergefühle bei Essstörungen, wie Lethargie, „breit“ oder „betrunken“ von Nahrung sein, sind Beispiele von Kompartimentierung (Waller et al. 2003). Durch das Versunkensein in diese Intoxikationen scheint das Individuum in den meisten Fällen negative Gefühle und manchmal sogar den Schmerz sowie das Unbehagen der Essstörung zu unterdrücken. Beginnen die Symptome der Essstörung, in sich selbst zu enden, um wieder erschaffen zu werden, und verstärken sie sich bis zu dem Punkt der Absorption, dann werden sie pathologisch dissoziativ.

Die Konversionsstörung ist eine Form der Somatisierung und wird auch somatoforme Störung genannt. **Somatisierung** entsteht, wenn Menschen vertieft sind, wenn sie bei etwas verweilen und die Wichtigkeit ihrer inneren Erfahrungen bis hin zur Übertreibung verstärken. Sie interpretieren ansonsten vielleicht harmlose Empfindungen in der Brust als Herzattacke und suchen medizinische Hilfe auf. Sie haben eine Tendenz zur Hypochondrie mit unnötigem Gebrauch oder Missbrauch von Medikamenten und häufigen Wiederholungen medizinischer Untersuchungen und zeigen Symptome wie Brustschmerzen ohne körperlichen Befund.

In der Somatisierung scheint der Blickpunkt auf die Gesundheit gerichtet zu sein, doch tatsächlich liegt der Schwerpunkt auf der Krankheit. In Freuds Fällen und vielen nachfolgenden Beispielen wird das somatische Symptom häufig als Weg gebraucht, um Sympathie, Liebe und Aufmerksamkeit zu erhalten, die in der Kindheit der Person nicht verfügbar waren (Kirmayer et al. 1994). Beobachtungen von Kindern mit einer somatisierungsgestörten Mutter zeigen, dass die Mutter übermäßig auf die Gesundheit und Sicherheit ihres

Kindes fixiert ist und die psychischen und emotionalen Bedürfnisse des Kindes zurückweist. Als Resultat dieser nicht gewünschten Aufmerksamkeit entwickeln solche Kinder ein Verhaltensmuster, das die Fürsorge der Mutter ignoriert. Dabei unterdrücken sie ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse (Bialas u. Craig 2007).

Es ist eindeutig nicht gesund, Krankheitszustände auf Kosten anderer, positiver Ressourcen zu verstärken. Menschen, die somatisieren, haben verglichen mit nicht somatisierenden eher eine kompliziertere postoperative Genesung (Cohen u. Lazarus 1973). Sie sind auch prädisponiert, ein chronisches Ermüdungssyndrom (Fatigue), Fibromyalgie und chronische Sensitivität auf Umweltsubstanzen und andere Langzeit-Autoimmunstörungen zu entwickeln. Die Forschung lässt vermuten, dass die andauernde Unterdrückung von interozeptiver Information, die ansonsten den Körper über die homöostatische Regulation zurück zur Gesundheit führen könnte, metabolische Ressourcen erschöpft. Wenn der Körper denkt, er sei krank, wird er das Immunsystem veranlassen, **proinflammatorische Zytokine** zu bilden. Diese stimulieren Neurotransmitter und verändern Gehirnzustände, um ein „Kranksein“ aufrechtzuerhalten. Letzteres schließt Muskelschwäche, Erschöpfung, Fieber und depressive Stimmungen ein (Dantzer 2005; Gendolla et al. 2005; Jones 2008; Rief u. Barsky 2005; Wilhelmsen 2005).

Fallbericht 4-2: Beginn von Joans Behandlung mit der Rosen-Methode

Wie am Beginn dieses Kapitels beschrieben, litt Joan unter Bauchschmerzen bei offenbar normaler Absorption in physischen und sozialen Aktivitäten. Ich nahm an, dass ihr Schmerz wahrscheinlich durch einen einfachen Fall von Unterdrückung irgendeiner Emotion oder einer frühen Kindheitserfahrung bedingt war. In den ersten Monaten der wöchentlichen Behandlungen mit der Rosen-Methode passierte nichts, um diesen anfänglichen Eindruck zu verwerfen. Joan verbrachte einen guten Teil der Sitzung mit oberflächlich begrifflichem Reden über sich und ihr Leben. Bis auf ihr **abdominales** Unbehagen war sie nicht in Kontakt mit ihrer verkörperten Selbstwahrnehmung.

Ihre Muskeln waren bei meiner Berührung angespannt, besonders in ihrem oberen Rücken und ihrer Brust, in ihren Schultern und ihrem Nacken. Ihr Bauch war angespannt, aber ihre Hüften und Beine waren beweglich, beinahe schlaff. Im Idealfall sollten sogar bei Sportlern diese Muskeln zur Ruhe kommen, wenn sie nicht arbeiten. Praktizierende der Rosen-Methode verfolgen und interpretieren die Gedankenabläufe der laufenden autobiografischen Erzählung des Klienten nicht. Wir warten auf kleine „Eröffnungen“ in dieser Erzählung, wenn es eine Verbindung zwischen den Worten und in der Veränderung des Körperbildes gibt. Wir achten darauf, ob sich ein langer Atem, ein Seufzer oder eine Hautrötung zeigt, die darauf hinweist, dass Empfindung zurückkehrt, oder wir registrieren Empfindungen von Muskelentspannung unter unseren Händen.

Oft sind sich die Klienten solcher anfänglichen Eröffnungen nicht bewusst. Ich bitte die Klienten, diese vielleicht erst zu bemerken, um sie dann ein wenig länger wahrzunehmen, dabei ihre Gedanken zu verlangsamen, sodass sie vielleicht ihren Körper fühlen können. „Haben Sie die Veränderung in Ihrem Atem bemerkt?“ „Nein.“ Dann ein bisschen warten, „Da ist es wieder. Es passiert, wenn Sie über X sprechen.“ Dieses sind Babyschritte der interozeptiven Wahrnehmung und normalerweise nicht von irgendwelchen Emotionen begleitet.

Als Joan begann, einige dieser Verbindungen zu bemerken, hatte sie das Gefühl, etwas von unseren Sitzungen zu lernen. Das wiederum ermutigte sie, mehr wahrzunehmen und sich sicher genug zu fühlen, mögliche Verbindungen zwischen Körpersymptomen und Emotionen zu erkunden. Wenn Joan von ihrer Familie sprach, spannte ihr Körper an und ihre Atmung wurde flacher. Zunächst war sie in der Lage, dieses Anspannungsmuster zu bemerken. Als sie jedoch den Versuch unternahm, ihren Körper in Verbindung zu den Worten zu fühlen, die sie über ihre Familie äußerte, begann sie in schlafähnliche Zustände „zu verschwinden“: Sie sprach nicht mehr und sie bewegte sich nicht mehr. In dem Moment wurde mir ihre Tendenz zur dissoziativen Ablösung bewusst. Das überraschte mich, denn das hatte ich nicht erwartet.

Im Verlauf der nächsten Wochen wiederholte sich das Muster wieder und wieder, und ich wollte einen Weg finden, Joan zu helfen, sich bewusst zu werden, was mit ihr geschah. Die dissoziative Ablösung ist ein Weg, die gegenwärtige Realität „zu verlassen“, um in einer anderen Erfahrung zu versinken. Es ist eine Herausforderung, jemandem dabei zu helfen, sich selbst des gegenwärtigen Augenblickes bewusst zu werden. Unmittelbar bevor ihr Körper in den tranceähnlichen Zustand eintrat, konnte ich feine Wechsel in der Muskelentspannung und Atmung fühlen, und ich versuchte, sie darauf hinzuweisen. Ich hatte die Hoffnung, dass sie sich im Prozess des Überganges in den dissoziativen Zustand über sich selbst bewusst werden konnte.

Das Ergebnis war, dass sie einen Weg fand, sogar noch schneller zu flüchten. Ihre Reaktion zeigte, dass ich zu angestrengt versuchte, mit ihr in Kontakt zu kommen. Wenn sie in sich selbst verschwand, fühlte ich mich nutzlos, so als ob es mein Fehler sei, dass ich sie „verlor“. Ich erinnerte mich an die Grundprinzipien der Rosen-Methode: dem Klienten eher zu folgen, als ihn zu führen. Es geht nicht darum, dass die Klienten da hingehen, wo ich sie haben möchte, sondern darum, dabei zu bleiben, wohin sie gehen. Mit diesem begrifflichen Bewusstsein über mein Selbst konnte ich fühlen, wie sich meine Schultern entspannten und meine Atmung leichter wurde. Ich sorgte dafür, dass ich fühlte, wie meine Füße den Boden berührten und dass meine Hände weich und aufnahmebereit waren. Begleitet von Emotionen der Erleichterung, dass ich nicht so hart arbeiten müsse, konnte ich immerhin dankbar zu meiner eigenen verkörperten Selbstwahrnehmung zurückkehren.

Ich schlug Joan vor, einfach in das Wegdriften hineinzugehen, ohne zu versuchen, dagegen anzukämpfen. Das befreite sie. Es tauchten dann myoklonische Zuckungen auf (s. Kasten 3-2 auf S. 77), und statt völlig wegzutreten, wurde sie „verträumt“, wie sie es beschrieb. Sie trat in einen tranceähnlichen Zustand ein, den sie zu ge-

nießen schien, und sprach mit einer „winzigen“ und fröhlich verspielten Stimme, wie ein fünfjähriges Kind bei einem Spiel. Als das kleine Kind konnte sie sich mit mir unterhalten, jedoch wollte sie ihren Körper nicht fühlen und sie wollte auch den traumähnlich verspielten Zustand nicht verlassen.

Im Laufe der nächsten Sitzungen erforschten wir dieses Terrain zusammen. Sie begann, sich sicher zu fühlen, diesen Platz mit mir zu besuchen. Es war wie eine Art Versteck, das sie vor allen anderen geheim gehalten hatte. In diesem Zustand stiegen in ihr zunehmend beiläufige erinnerungsähnliche Bilder auf: ihre Mutter, ihr Bruder, ein herumgedrehter Stuhl, ein Gefühl von Ängstlichkeit. Ich wiederholte dieses für sie mit weicher Stimme, als würde ich zu einem verängstigten Kind sprechen, bestätigend, dass diese Erinnerungen der Wahrheit entsprechen. Als ich das tat, begannen ihre Skelett- und Darmmuskeln zu entspannen: Die Entspannung der Skelettmuskeln konnte ich fühlen, die der Darmmuskeln konnte ich durch die **Psychoperistaltik**, die unwillkürlichen Entspannungsgeräusche aus dem Darm, fühlen und hören.

Das war der Beginn meiner Wahrnehmung von der Verbindung zwischen Joans Kindheitserfahrungen, ihren gastrointestinalen Symptomen, der Unterdrückung ihrer verkörperten Selbstwahrnehmung und ihrer dissoziativen Ablösung. Für die erwachsene Joan waren diese Verbindungen allerdings noch nicht Teil ihrer begrifflichen oder verkörperten Selbstwahrnehmung.

Die frühen Sitzungen dieses Falles illustrieren einige der grundlegenden Schritte zur Wiedererlangung verkörperter Selbstwahrnehmung, wie in Tabelle 1-1 auf S. 21 dargestellt. Über die Weiterentwicklung von Joans Fall wird in den nächsten beiden Kapiteln berichtet.

- **Ressourcen** wurden für Joan auf verschiedene Weise gefunden. Zunächst begann sie, sich mit der Routine wohlzufühlen, zu ihren Sitzungen zu kommen. Begann sie dann zu dissoziieren, musste ich überprüfen, welche Ressourcen sie brauchte. Diese entpuppten sich für sie als die Erlaubnis, sich in ihrem dissoziativen Versteck aufzuhalten.
- **Verlangsamung** und die Fähigkeit, im subjektiven emotionalen Augenblick zu verweilen, fand nur kurz durch Eröffnungsbewegungen in diesen frühen Sitzungen statt. Konfrontiert mit dem Rückzug der Klientin war es meist eine Herausforderung für mich, aufmerksam für mich selbst zu bleiben.
- **Koregulation** war Teil des gegenseitigen Anpassungsprozesses, als wir beide einen Weg entdeckten, die Stimme des „kleinen Mädchens“ im Behandlungsraum willkommen zu heißen. Diese Veränderung war nicht etwas, das von der Klientin oder mir initiiert wurde, sondern eher ein zwischen uns beiden geteilter auftauchender „dyadischer Bewusstseinszustand“ (Tronick 2007).
- **Verbalisierung** vonseiten der Klientin war eine überraschende Mischung der Stimmen als „Erwachsene“ und als „Kind“. Joan schien sehr beruhigt und erfreut wie ein junges Kind sprechen zu können, und ich musste lernen, wie mit diesem Teil von ihr zu reden ist.

- **Verbindungen und Grenzen** kamen auf, als Joan entschied, dass es genug Sicherheit gab, um aus ihrem „Schlaf“-Zustand herauszukommen und anzufangen, hinüber in die verkörperten Gefühle und Verhaltensweisen eines Kindes zu wechseln.
- **Selbstregulation** in dem Sinne, dass die Erwachsene Joan im subjektiven emotionalen Augenblick mit ihren Emotionen zurechtkommt und sich selbst und ihren Darm beruhigen kann, fand in diesen frühen Sitzungen nicht statt. Das zunehmende Vertrauen der Kinderstimme und die damit einhergehende Entspannung in ihrem Körper war eine beginnende Form der Selbstregulation, jedoch nicht Teil ihrer verkörperten Selbstwahrnehmung.
- **Reengagement** und Loslassen waren nicht Teil dieser Behandlungsphase. Bleiben Sie dran!

Das Hineingehen in den dissoziativen Zustand der Klientin während einer Behandlung wird **therapeutische Dissoziation** genannt. Therapeutische Dissoziation ist eine geteilte Wahrnehmung, koreguliert zwischen der Klientin und dem Praktizierenden. Hierdurch kann die Klientin zu einem besseren Verständnis des dissoziativen Teiles kommen, wo er herkam und was es vom Erwachsenen weiter braucht (Davies 1996). Sie kann therapeutisch werden und zu erhöhter Selbstwahrnehmung führen wegen der **Ressourcen**, die von der Präsenz des Praktizierenden erbracht werden. Auch wenn Joan aus der Perspektive ihres „kleinen Mädchens“ sprach, so gab es ein geteiltes Bewusstsein darüber, dass die erwachsene Klientin auch im Raum anwesend war. Dieses wird „doppeltes Bewusstsein“ genannt (Bosnak 2003).

Das wird in der Beschreibung einer Craniosacral-Therapiesitzung illustriert, wobei der Therapeut ein Craniosacral-Therapeut und Psychotherapeut war. Craniosacral-Therapeuten arbeiten mit sanfter Berührung, um den Fluss der zerebrospinalen Flüssigkeit zu fühlen. Wird ein festsitzendes Fließen gefühlt, so kann es emotionales oder anderes Festhalten im System anzeigen. Auch wenn hierbei nicht typischerweise auf die Selbstwahrnehmung der Klientin geachtet wird, so zeigt dieses Beispiel, wie die Craniosacrale Therapie mit Verfahren der Selbstwahrnehmung kombiniert werden kann, sehr ähnlich wie es in der Körperarbeit nach der Rosen-Methode geschieht. In der Sitzung erlebte die Klientin Jane den dissoziativen Zustand einer Sechsjährigen, während sie an der Hüfte und im Bereich des Kreuzbeines (Sakrum) berührt wurde. Sie wurde vom Therapeuten eingeladen, dieses zu erkunden. Der Therapeut erläutert das „doppelte Bewusstsein“ wie folgt:

„Ich glaube, dass sich dasselbe Phänomen aufgrund des physischen Kontaktes zwischen Jane und mir einstellt, was eine Erdung der Klientin und eine Erinnerung an die Erwachsene Jane einleitet, die auf meiner Behandlungsliege liegt. (...) Während wir ausdrücklich (explizit) mit der Erfahrung der 6-Jährigen beschäftigt sind, mit ihr in Beziehung stehen und ihre Erfahrung durch die Bewegungen von Janes Körper verfolgen (...) stehen wir vorbehaltlos (implizit) in Beziehung zu der Erwachsenen Jane, deren