

Abschlussarbeit im Rahmen der Grundausbildung in Atem- und
Körpertherapie
am
IAKPT, Institut für Atem- und Körpertherapie
Freiburg i. Br.

Heilsame Präsenz

Wege aus der Dissoziation
zur Eroberung und Inbesitznahme des
eigenen Körpers und Raumes

im Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | VORWORT | 2 |
| 2 | MEIN EIGENES ERLEBEN IN DER ATEMARBEIT | 3 |
| 2.1 | WIE ICH OHNE FÜSSE RECHT GUT ZURECHT KAM | 3 |
| 2.2 | WÜRDIGUNG DES DISSOZIIERENS ALS RETTENDE MASSNAHME | 5 |
| 2.3 | DIE ENTDECKUNG DES KÖRPERS ALS WOHNUNG - WARUM IST ES SINNVOLL, MEINEN EIGENEN RAUM BIS ZU DEN FÜSSEN AUSZUFÜLLEN? | 6 |
| 3 | WAS IST DISSOZIATION? | 8 |
| 3.1 | DEFINITION UND EINGRENZUNG DES THEMAS | 8 |
| 3.2 | URSACHEN | 10 |
| 3.3 | GESCHICHTLICHES ZUR DISSOZIATION | 12 |
| 4 | DISSOZIATION IN DER ATEM- UND KÖRPERARBEIT AKT | 13 |
| 4.1 | ERKENNEN DISSOZIATIVER ANTEILE ODER MOMENTE IN DER BEHANDLUNG | 13 |
| 4.2 | MÖGLICHKEITEN IM UMGANG MIT SOLCHEN PHÄNOMENEN | 14 |
| 4.3 | MEINE ERFAHRUNGEN ALS BEHANDLERIN | 26 |
| 4.4 | HERAUSFORDERUNG | 26 |
| 5 | WIE WEITER? | 27 |
| 5.1 | ALS ATEM- UND KÖRPERTHERAPEUTIN AKT | 27 |
| 5.2 | ALS ÄRZTIN | 28 |
| 5.3 | PERSÖNLICH | 28 |
| | AUTORINNENERKLÄRUNG | 29 |
| | LITERATURHINWEISE | 30 |

1 Vorwort

Im Verlauf der Verfassung dieser Abschlussarbeit ist mir immer wieder schwergefallen, abzuschätzen, wie viel Persönliches ich hineingeben soll und darf. Andererseits habe ich mich nur deshalb an dieses komplexe Thema der Dissoziation gewagt, weil es mir so nahe liegt und mich aufgrund der eigenen Erfahrung interessiert. Zur Erläuterung der bisher bekannten pathophysiologischen Zusammenhänge und auch zur Würdigung von hoffnungsvollen neueren Ansätzen von derzeit aktivem Traumatherapeuten und –forschern, habe ich mich mehr in die Bereiche der Psychologie und Psychiatrie gewagt als vielleicht mit dieser Grundausbildung gerechtfertigt. Ich hoffe, dass es mir gelungen ist, die richtige Balance zu finden und das Thema so zu erläutern, dass die

hoffnungsvolleren Seiten genügend Gewicht bekommen. Beim Lesen der Literatur über Trauma und vor allem von konkreten Geschichten fand ich mich immer wieder tief erschüttert und entsetzt über das, was diese Menschen erzählen und erlebt haben, besonders darüber, was Menschen einander antun, auch Eltern ihren Kindern, und wie wenig diese Ursachen weiteren Unglücks in der psychiatrischen Welt, der Politik inklusive der Gesundheitspolitik und der Pädagogik wahrgenommen werden. Sehr ermutigend ist jedoch die Tatsache, dass es eben aktuell Menschen gibt, die den bisherigen, für mich eher nihilistisch wirkenden Ansätzen, traumatisierte Menschen mit Psychopharmaka zu dämpfen oder wegzusperrern, etwas ganz anderes und nachhaltigeres entgegensetzen. Es gibt also fundierte Möglichkeiten, wirklich auf Heilung vom Trauma hinzuarbeiten, statt nur die Symptome zu behandeln und die soziale Unverträglichkeit oder „Unbehandelbarkeit“ dieser Menschen zu akzeptieren. Dabei sollten sich therapeutisch Tätige sich nicht scheuen, sich mit diesen Menschen in die tiefen Abgründe mitfühlend und professionell einzulassen –statt nur angewidert oder schockiert auf Distanz zu gehen- und somit die traurige Fortsetzung der so schädlichen Weitergabe an die nächste Generation oder an neue Opfer eines Krieges endlich zu unterbrechen suchen. Dabei waren ausser der Ausbildung und den im Folgenden zitierten Büchern auch das Buch von Alice Miller, „Dein gerettetes Leben“ und noch viel mehr, weil eben hoffnungsvoller geschrieben, „Von den Illusionen einer unbeschwerten Kindheit und dem Glück, erwachsen zu sein“ von Albrecht Mahr inspirierend.

2 Mein eigenes Erleben in der Atemarbeit

2.1 Wie ich ohne Füße recht gut zurecht kam

Dass ich „ohne Füße“ lebte, habe ich natürlich früher gar nicht bemerkt. Hierbei berichte ich über mein ganz persönliches Erleben und mein Wachstum mit und dank der Atemarbeit. Ich lernte schätzen, welche neuen Möglichkeiten sich dadurch öffnen, dass

ich immer öfter und auch in subjektiv „schwierigen“ Momenten „da bleiben“ und somit mehr wahrnehmen konnte, was innerlich und in der Interaktion mit dem Gegenüber geschieht. Dadurch wurden neue Handlungsweisen ermöglicht, auch durch die hilfreiche und wohlwollende innere Begleitung, die ich dank der Arbeit üben konnte. Rückblickend ist es wohl so, dass meine Kindheit mich veranlasst hat, mich oft mit einem Teil meines Bewusstseins von meinem Körper zu entfernen, so dass ich physisch zwar präsent war, innerlich aber nicht im Kontakt mit der Situation war. Welcher Teil wirklich nicht da war, ist schwierig zu beschreiben, sicher habe ich keine Emotionen, Gefühle und Schmerzen wahrgenommen in der Situation. Im Nachhinein, als ich gelernt hatte, mein Dissoziieren zu beobachten, habe ich wahrnehmen können, dass ich in entsprechend „gefährlichen“ Situationen nach hinten oben „weg gehe“ respektive schwebe (da die Füße und Beine zum Gehen ja nicht spürbar waren), mein Atem ganz klein wird, die Brust eng, der Kopf nach oben offen und ich wie von oben und nur im oberen Teil des Körpers vorhanden auf die Situation blicke. Das Gefühl ist, wie wenn ich mich in eine geistige Welt ohne Grenzen, auch ohne Körpergrenzen, sicher ohne den unteren Raum – Becken, Beine und Füße- begeben könnte. Dort fühlte ich mich geschützt. Das „Weg-Sein“ war für mich jeweils erst im Nachhinein wahrnehmbar indem mir Erinnerungen fehlten, ich mit der Zeit bemerkte, dass meine Grenzen immer wieder überschritten werden ohne dass ich es in der Situation bemerken konnte. Auch bemerkte ich, dass Mitmenschen meinten, zu wissen, was ich brauche. Somit schienen sie über mich zu bestimmen oder ich fügte mich dem Willen anderer ohne wirklich einen entsprechenden Entscheid treffen zu können, weil ich nicht wahrgenommen hatte, dass es eben Grenzen zwischen anderen Menschen, deren Wünschen und Bedürfnissen und meinen gibt. Speziell auffällig war mir im Verlauf dank Körpererfahrungen neben der Wahrnehmung von Grenzen

auch, dass es sich gut anfühlen kann, wenn man seine eigenen Füße als zugehörig und belebt empfindet. Das Abgeben des Körpergewichtes an Becken, Beine und die tragenden Füße war eine grossartige leibliche Erfahrung für mich. Das war die Basis, an der ich Jahre gearbeitet habe und die so notwendig war für all die weiteren guten Entwicklungen. Die Entdeckung meiner eigenen Kraft, auch das Gefühl der weiblichen Kräfte in mir, konnte nur dank dieser Entdeckung möglich werden. Meinen eigenen Standpunkt zu vertreten, war mir sehr lange Zeit fremd, was intuitiv verständlich wird, wenn Füße und Grenzen wenig wahrgenommen werden. Das Leben ohne Füße beinhaltete auch physische Erscheinungen wie Warzen an den Fusssohlen, Fehlhaltungen und auffällig häufig Verletzungen an der unteren Körperhälfte. Beim Abgeben des Gewichtes an Füße und Becken bemerke ich immer wieder, wie der Atem sich vertiefen kann und Raum bekommt. Auch erinnerte ich mich jetzt daran, dass ich meine Mutter beim Erzählen der Gutenachtgeschichte oft aufgefordert hatte, meine Füße zu streicheln und es mir sehr gut tat; anscheinend merkte ich doch instinktiv, dass mir die Präsenz dort gut tat. Die geschilderten fehlenden Elemente einer gesunden Entwicklung haben mich glücklicherweise nicht daran gehindert, recht erfolgreich meine Ausbildung zu absolvieren, auch langjährige tragfähige Beziehungen zu pflegen und eine ordentlich gute Ärztin zu werden.

2.2 Würdigung des Dissoziierens als rettende Massnahme

Sicher ist es eine kreative Möglichkeit der Seele, sich in bedrohlich empfundenen Momenten „in Sicherheit zu bringen“, also in meinem Beispiel bei lauten, verstörenden Ereignissen, bedingt durch die psychische Erkrankung meines Vaters, der manische und wahnhaftige Phasen hatte, „nicht dabei sein zu müssen“. Mir fehlt die Erinnerung an viele Perioden meiner Kindheit, was mir manchmal aufgefallen ist, wenn ich mit Gleichaltrigen zB über Erlebnisse im

Kindergarten oder in der Schule geredet habe. Dabei konnte ich im Verlauf der letzten zehn Jahre lernen, zu würdigen, dass mein eigenes Notfallprogramm damals notwendig war. Dies erachte ich als sehr wichtigen Lernprozess, da ich – und andere betroffene Menschen wohl auch (siehe zB van der Kolk, p.84) – mich oft für mein Anderssein schämte oder verurteilte. Gleichzeitig hatte ich ein sehr feines Sensorium dafür entwickelt, was meine Mitmenschen gerade bewegt oder welche Bedürfnisse sie haben, was in der damaligen Situation ebenfalls für mein „Überleben“ notwendig war. Dieses Sensorium ist im jetzigen beruflichen und privaten Leben auch eine Ressource, wenn ich den im Verlauf dieses Prozesses entwickelten inneren Begleiter dabei habe. Dieser Begleiter hilft mir, zu unterscheiden, was zu mir und was zu den Mitmenschen gehört. Dadurch kann ich die inneren Wahrnehmungen und Bewertungen, also Empfinden, Fühlen, Intuieren und Denken (Bewusstseinsfunktionen nach C.G. Jung, siehe zB Atem Schaubild von Stefan Bischof auf www.atempsychotherapie.ch), bemerken und somit Distanz und Klarheit gewinnen.

2.3 Die Entdeckung des Körpers als Wohnung - warum ist es sinnvoll, meinen eigenen Raum bis zu den Füßen auszufüllen?

Die Fähigkeit, die eigene Befindlichkeit, Bedürfnisse und Grenzen wahrzunehmen, war bei mir bis vor etwa vierzehn Jahren –bevor ich Erfahrung mit Körperarbeit machen konnte – noch sehr wenig ausgebildet, weshalb ich mir vieles erarbeiten musste und eben dank der Atemarbeit auch konnte. Die Problematik bei häufigerem Auftreten von dissoziativen Zuständen mit abwesenden inneren Anteilen spürte ich erst sehr verzögert, also mindestens Stunden, oft Tage oder Wochen später, indem ich regelmässig über die Grenzen meiner Kräfte hinausging, vielleicht krank wurde, Verspannungen, Druckstellen, blaue Flecken und andere Verletzungen erlitt, weil ich nicht gespürt hatte, wie mein Körper sich gerade anfühlte oder wo er sich befand, im Sinne einer teils

abgespaltenen sensorischen Wahrnehmung. Auch tat ich oft Dinge, von denen ich annahm, andere erwarteten das so von mir ohne die nötige Abstimmung mit meiner eigenen Befindlichkeit und bemerkte dies erst viel später. Ohnehin war es für mich immer eine schwierige – anfangs fast unlösbare – Aufgabe, zu wissen, wie ich mich fühle, wenn mich jemand danach fragte. Dank den Erfahrungen in der Atemarbeit konnte ich lernen, meine Empfindungsfähigkeit zu schärfen, wie es sich anfühlen kann, dazubleiben und welche Vorteile das hat. Speziell die Strukturarbeit und Übungen für den unteren Raum haben mir geholfen, langsam den innerlich „fehlenden Boden“ zu erarbeiten, Sicherheit zu gewinnen und via Erleben der Grenzen mich innerlich mehr auszubreiten, d.h. meinen Raum mehr und mehr auszufüllen. Dazu notwendig war immer die klare verbale Begleitung der Atemlehrerin, die die Verbindung zum ungefährlichen „Jetzt“ herstellen konnte. Spürbare Auswirkungen all dieser Bemühungen in meinem Leben sind, dass Menschen sich deutlich weniger nah neben mich setzen, sowohl physisch wie auch mit deren Verhalten meine Grenzen eher respektieren oder dass ich selber besser dafür einstehen kann, weil ich überhaupt merke, dass es solche Grenzen gibt und ich Bedürfnisse habe. Während den Jahren, in denen ich als Klientin mit verschiedenen, teils auch körperzentrierten Methoden, wertvolle Erfahrungen machte, war ich wohl immer mal wieder mit dem Bewusstsein „nicht da“. Dies wurde mir erst im Nachhinein klar, weil ich mir und wohl auch die Behandelnden sich der Wichtigkeit oder der Thematik zu wenig bewusst waren. Aufgrund meiner eigenen Geschichte und dank der Ausbildung, in der sehr sorgsam mit dem Thema Nähe-Distanz und unter anderem auch der Dissoziation umgegangen wird, wurde dieses Thema in meiner Arbeit als Ärztin wie auch als werdende Atemtherapeutin vermehrt zu einem Kernpunkt meines Interessens, weshalb ich mich auch in der vorliegenden Arbeit

vermehrt damit befasste. Ich werde im Folgenden die weibliche Form für Klientin und Therapeutin verwenden, da mir dies aufgrund meiner bisherigen Erfahrung mit weiblichen Personen näher liegt.

3 Was ist Dissoziation?

3.1 Definition und Eingrenzung des Themas

3.1.1 Definition

Professor Fiedler beschreibt in seinem Buch zur Diagnostik und Therapie von Dissoziativen Störungen und Konversion (Fiedler, 2008, p.54f) die Dissoziation im weiteren Sinne als eine mehr oder weniger strukturierte Separation mentaler Prozesse, bei der normalerweise ins Bewusstsein, Gedächtnis oder Selbstbild integrierte Teilbereiche „auseinandergenommen“, also nicht miteinander assoziiert sind. Davon betroffen sein können zB Gedanken, Erinnerungen, Gefühle, Bewegungsabläufe, Handlungsimpulse oder Körperempfindungen. Norbert Faller (2003, p.13f) bezieht sich auf Van der Kolk und Fessler und formuliert es so: „Aus einer Gesamterfahrung werden bestimmte Erfahrungen abgetrennt. Elemente der Erfahrung sind nicht integriert in ein einheitliches Ganzes, sondern sind als isolierte Fragmente in der Erinnerung gespeichert als Sinneswahrnehmungen, Affektzustände oder Verhaltensinszenierungen“. Nicht zu verwechseln ist diese Spaltung mit der Schizophrenie, bei der zwar der Name auch eine Spaltung suggeriert, die sich jedoch klinisch symptomatisch und pathogenetisch sowie bezüglich therapeutischer Herangehensweise klar unterscheidet.

3.1.2 „Normale“ Dissoziation und Eingrenzung

Laut Fiedler (Fiedler, 2008, p.55ff) gibt es ein Kontinuum von normalen dissoziativen Phänomenen bis hin zu dissoziativen Störungen. Zu den normalen gehören automatisierte

Verhaltensweisen. Als Beispiel hierfür nennt Fiedler einen sehr oft gegangenen Weg nach Hause gehen und dabei an etwas anderes denken, sich anschliessend nicht erinnern, wie man genau heimkam. Als weiteres Beispiel nennt er Einschränkungen des Bewusstseins bei stark die Konzentration beanspruchenden Tätigkeiten, wobei weniger im Fokus stehende Wahrnehmungen in den Hintergrund treten oder sogar ganz fehlen. Auch Trance- oder „Flow“-Erleben beim Extremsport oder als Musiker während eines Bühnenauftritts kann hier eingeordnet werden (Fiedler, 2008, p.56). Die Grenze zu pathologischen oder behandlungsbedürftigen dissoziativen Phänomenen ist nicht eindeutig, aber sicher abhängig vom Leidensdruck der Person und abhängig davon, ob diese Phänomene teils bewusst gewählt sind oder eben die Lebensqualität einschränkend die Person „überfallen“ und durch ihr unbewusstes Auftreten deren Handlungsmöglichkeiten einschränken. Im Folgenden beschränke ich mich auf die Diskussion der Dissoziation mit einem gewissen Leidensdruck. Auch werde ich den ebenfalls verwendeten Ausdruck der Spaltung (bei frühen Störungen, vgl. Rieder, 2013, p.10) nicht abgrenzen, sondern hier subsumieren.

3.1.3 Im DSM-5

Im DSM-5, dem amerikanischen diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen, publiziert 2013, werden folgende Unterscheidungen genannt:

- a) dissoziative Identitätsstörung (völlig unterschiedliche Persönlichkeiten in einer Person, die im Wechsel das Verhalten der Betroffenen bestimmen)
- b) dissoziative Amnesie (Verlust der Erinnerung für wichtige Ereignisse), welche die dissoziative Fugue beinhaltet,
- c) Depersonalisation (Fremdsein im eigenen Körper),
- d) Derealisationsstörung (Umwelt wirkt verändert oder fremd) und
- e) andere spezifische und unspezifische dissoziative Störungen. In

unserer Arbeit können wir mit Phänomenen der dissoziativen Amnesie, Depersonalisation und Derealisation und anderen Arten des Getrenntseins von Teilen des Bewusstseins konfrontiert werden.

3.2 Ursachen

Die Ursachen von Dissoziation im belastenden Sinne sind belastende Ereignisse, Stress oder Traumata (Fiedler, 2008, p.1f, van der Kolk, 2016, p.82ff). Dabei kann die peritraumatische von der posttraumatischen Dissoziation unterschieden werden (Fiedler, 2008, p.1f). Dissoziative Störungen kommen auch oft bei frühen Störungen vor, bei denen es dem Kind nicht möglich war, ein stabiles Ich zu entwickeln. Ausserdem sind sie beim Syndrom der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) eines der wichtigen Symptome. Van der Kolk schreibt: „Dissoziation ist die Essenz des Traumas“ (Van der Kolk, 2016, p.82). Ein belastendes Erlebnis kann auf verschiedene Arten verarbeitet werden. Im Normalfall entsteht im Gehirn eine Alarmreaktion, bei der der Sympathikus aktiviert wird, Stresshormone ausgeschüttet werden und alle Energie im Körper mobilisiert wird. Je nach Möglichkeiten folgt darauf eine aktive Verteidigungsreaktion (Kampf – Flucht) oder eine passive durch Erstarren (Totstellreflex) (Faller, 2009, p.56). Danach kann sich die betroffene Person wieder vollständig von der Stress-Situation erholen. Bei der Dissoziation muss eine aktive Verteidigung oder ein Weglaufen der Person unmöglich gewesen sein oder jedenfalls als unmöglich erschienen sein, weshalb das Gehirn eben mit Dissoziation reagieren kann. Dabei werden Bereiche des Gehirns, die unter neuropsychologischen Forschern in den letzten Jahren mit der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen in Verbindung gebracht werden, aktiviert. Diese werden als emotionales Furcht- oder Trauma-Gedächtnissystem bezeichnet und sind im Bereich der Amygdala und damit zusammenhängenden Arealen (zB sensorischer Thalamus und

sensorischer Kortex) verortet. Im Gegensatz dazu steuert der Hippocampus die kognitive Verarbeitung. In einer traumatischen Situation arbeiten diese beiden Systeme getrennt voneinander während sie im Alltag als emotionale und kognitive Gedächtnissysteme zusammenarbeiten. Die Amygdala kann bei peritraumatischen Reaktionen zB einen Trancezustand auslösen, bei Tieren der „Totstellreflex“. Beim Menschen wird dieser als dissoziativer Stupor und im Extrembild als „Schock“ bezeichnet. Dies hat bei den Traumafolgestörungen zur Konsequenz, dass je nach Unverbundenheit der beiden Systeme das Erleben nicht angemessen kognitiv verarbeitet werden kann. Dabei ist das kognitive, auch „explizit“ genannte Gedächtnissystem störungsanfälliger und das „implizite, emotionale“, welches für automatische unterbewusste Prozesse zuständig ist, robuster und auch bereits früh ausgebildet. Explizit-bewusste Prozesse und kognitive Gedächtniswirkungen entwickeln sich erst mit der Zunahme des Sprachvermögens, etwa ab dem vierten Lebensjahr (teils nach Fiedler, 2008, p.77ff). Diese vorangehend vereinfacht und verkürzt geschilderten Systeme sind, wenn sie aufgrund hohem Stresslevel unverbunden agieren, dafür verantwortlich, dass dissoziative Phänomene und auch Erinnerungen an traumatisierende Erlebnisse der Kognition nicht oder sehr schwer zugänglich sind. Somit sind die sprachliche Bearbeitung und Einordnung in Raum und Zeit oder das geordnete Erzählen oft unmöglich oder müssen über Jahre der therapeutischen Begleitung erarbeitet werden. Die im emotionalen Gehirn gespeicherten „Erinnerungen“ finden Ausdruck in Körperreaktionen wie quälenden Empfindungen im Bauch, pochendem Herzen, schnellem flachem Atem u.ä. Sie können nicht wie die im rationalen Gehirn gespeicherten oder eben gesunderweise „verbundenen“ Erinnerungsinhalte in Form von Gedanken zum Ausdruck gebracht werden. Diese Zusammenhänge machen den körperbasierten

Ansatz so wertvoll. Dadurch wird es möglich, Unverbundenes integrieren zu lernen, wie in 4.2 geschildert.

3.3 Geschichtliches zur Dissoziation

Historisch wurde der Ausdruck Hysterie verwendet, u.a. von Freud und Charcot (Fiedler, 2008, p.38). Dabei wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben, dass Hysterie mit Emotionsausbrüchen, Anfälligkeit für Suggestionen und Muskelkontraktionen und -lähmungen einherging. Janet war zu dieser Zeit (um 1889) bereits zur Erkenntnis gelangt, dass der Ursprung dessen, was wir heute als PTBS bezeichnen, das Erleben starker Emotionen sei und dass Menschen nach einer Traumatisierung automatisch bestimmte mit dem Trauma zusammenhängende Handlungen, Emotionen und Empfindungen wiederholen (van der Kolk, 2016, p.215). Zwischenzeitlich wurden Janets Erkenntnisse leider etwas vergessen und unter dem Einfluss von Freud und Breuer die „Redekur“ propagiert, welche durch Erzählen der Geschichte des Traumas glaubt, dieses erfolgreich behandeln zu können. Diese Ansicht lebt heute noch bei den kognitiv-behavioralen Therapieströmungen weiter. Janet hingegen prägte den Ausdruck der Dissoziation und auch die Auffassung, dass unverbundene implizite Erinnerungen eben nicht in die eigene Geschichte integriert werden können und somit auch eine Weiterentwicklung verhindert wird, weil eben die unbewussten Inhalte starr bleiben und kein Lernprozess und Fortschritt stattfinden (Van der Kolk, 2016, p.213ff). Somit ist er der eigentliche Pionier oder „Held“ der Geschichte der PTBS und vor allem der wirksamen Behandlungsmöglichkeiten von Dissoziation und Traumafolgestörungen.

In den letzten Jahren, also erst ab Ende des 20. Jahrhunderts, wurde, unter anderem bedingt durch die Aufnahme der PTBS in den diagnostischen Katalog DSM (Vietnamveteranen hatten 1980

die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft APA dazu gebracht, eine neue Diagnose zu schaffen), deutlich mehr zu diesem Thema geforscht. Davor waren alle möglichen Diagnosen gestellt worden, die die Ursache, die Traumatisierung, nicht berücksichtigten, jedoch die Symptome dieser Menschen beschrieben und dadurch wenig zur Behandlung beitrugen. Leider konnten die psychotherapeutisch tätigen Forscher um Bessel van der Kolk 2009 nicht erreichen, dass auch die entwicklungsbedingte Traumafolgestörung als Diagnose aufgenommen wurde. Letztere betrifft Menschen, die in ihrer Kindheit aufgrund von unsicheren oder fehlenden Beziehungen zu den nächsten Bezugspersonen ähnliche Symptome entwickeln wie die von PTBS betroffenen, die sich aber dennoch unterscheiden. Dies hat zur Folge, dass dort auch weniger Literatur zur Genese und Behandlung zu finden ist. In dieser Arbeit beziehe ich mich deshalb oft auf die Literatur über die PTBS und die Dissoziation in diesem Zusammenhang, weil dort am meisten geforscht wurde.

4 Dissoziation in der Atem- und Körperarbeit AKT

4.1 Erkennen dissoziativer Anteile oder Momente in der Behandlung

In der Behandlung können sich solche Momente zeigen, indem eine Klientin plötzlich „den Atem anhält“ oder ihr Atem nicht mehr reagiert, sie vielleicht einschläft oder Extremitäten sich kalt oder unbelebt anfühlen oder Verspannungen oder Zittern/Zuckungen auftreten. Bei diesen Zeichen gilt es, nachzufragen: Immer kann ursächlich auch etwas anderes vorliegen, zB Entspannung bei ausgesprochener Müdigkeit oder eben Kälte aufgrund einer kalten Umgebung. Wichtig ist es, nachzufragen, wenn etwas auffällt. Damit kann einerseits unter Umständen die Klientin zurückgeholt werden, andererseits die Behandlerin sich vergewissern, wie sich ihre eigene zur Wahrnehmung der Klientin verhält und welche Intervention allenfalls angebracht sein könnte. Die Klientin kann

dabei unter anderen folgende Wahrnehmungen oder Beobachtungen schildern:

- unangenehmes Kribbeln
- ein Kältegefühl bis hin zum Gefühl des Einfrierens von Körperteilen
- Gedankenabschweifen, Benommenheit, nebelige Trübung“
- innerliches Kleinwerden „wie ein Rückzug“

wenn sie überhaupt bereits die Fähigkeit der Empfindung und der Selbstbeobachtung soweit entwickelt hat. Bei abgespaltenen oder zurückgehaltenen Gefühlen können Erstickungsgefühle, ein Kloss im Hals, Übelkeit, psychosomatische Herzbeschwerden oder Magen-Darm-Beschwerden geschildert werden (Rieder, 2013, p.13f). Diese Aufzählung ist beispielhaft zu verstehen und keineswegs vollständig.

4.2 Möglichkeiten im Umgang mit solchen Phänomenen

4.2.1 Warum ist unsere Arbeit geeignet?

Was unsere Arbeit als Atem- und Körpertherapeutin AKT auszeichnet, ist unsere bewusst ressourcenorientierte Arbeitsweise. Diese steht im Kontrast zu anderen therapeutischen Ansätzen in der Traumatherapie, die versuchen, das traumatische Erlebnis direkt zu bearbeiten. Das Trauma kann dann bearbeitet werden, wenn der Mensch genügend erstarkt ist und innere Kraftquellen und Fähigkeiten des Umgangs mit schwierigen Anteilen in sich selber entwickelt hat (Faller, 2003). Speziell geeignet ist unsere Methode für traumatisierte Menschen auch deshalb, weil diese sich oft davor fürchten, etwas zu fühlen (Van der Kolk, 2016, p.249). Die Befürchtung, unangenehme Gefühle und Empfindungen wahrnehmen zu müssen, lässt sie so erstarren, dass der Geist sich nicht öffnen kann. Körpergewahrsein kann im Gegensatz dazu mit der Innenwelt in Kontakt bringen und helfen, die Perspektive zu verändern, also sich innerlich zu distanzieren,

wenn habituelle, nicht förderliche Reaktionen, begründet durch alte Erfahrungen, alte Reaktionsmuster anspringen lassen. Allerdings braucht dies sehr viel Zeit und ein sorgsames Vorgehen, weil eben Traumatisierte die Innenwelt zuerst als bedrohlich erleben. Van der Kolk erwähnt an jener Stelle zwar nicht explizit die Atemarbeit. Er schreibt über das Prinzip der Achtsamkeit, was meines Erachtens mit unserer Arbeit sehr viel gemeinsam hat. Es geht dabei darum, zuerst Ressourcen aufzubauen, sichere, neutrale Orte im Körper zu finden, welche nicht mit den traumatischen Erlebnissen assoziiert werden, im Verlauf immer mehr Gefühle und Empfindungen wahrnehmen zu lernen und dadurch in Kontakt mit der inneren Welt zu kommen. Dabei kann die Perspektive wechseln von einer, in der die Person sich in höchster Bedrohung wähnt, weil das Nervensystem Lebensgefahr signalisiert zu einer, in der die Person weiss und auch spürt, dass sie jetzt zB auf einem Stuhl in einem Therapiezimmer sitzt und somit trotz den schlimmen Gefühlen im Innern keine akute Gefahr droht. Auch bietet die Atemarbeit die Möglichkeit, das vegetative Nervensystem besser ausgleichen und regulieren zu können, was bei Angst und Panik sicher notwendig ist. Manchmal kann es in diesem Zusammenhang auch wichtig sein, angestaute Energie und Erregung wieder abzubauen, wenn die Traumafolgen eine Blockierung des natürlichen Abreagierens der im Rahmen der Alarmreaktion bereitgestellten Energie zur Folge haben. Zudem kann das Gefühl für Körpergrenzen und Sicherheit durch unsere Arbeit am Körper wachsen und die oft beobachtbare Erstarrung, das Zusammengezogen-Sein, die festen Gelenke und die Blockierung im Atem gelöst werden (Faller, 2009, p.56). Auch sind die Prinzipien, dass wir die Menschen in ihrer Selbstverantwortung stärken wollen, indem wir mit ihnen üben, das eigene Mass zu finden, Möglichkeiten, die Selbstregulation zu verbessern. Dies

sind wichtige Ressourcen, um Schritte hin zu mehr Lebendigkeit und zur Integration von traumatisierten Anteilen zu unternehmen.

4.2.2 Konkrete Möglichkeiten in der Atemarbeit

Als Therapeutin ist neben dem Bewusstsein um diese Thematik und einer Hellhörigkeit bei Anzeichen oder anamnestischen Hinweisen einer stattgehabten Traumatisierung sicher wichtig, zu klären, ob die Klientin eine psychotherapeutische oder psychiatrische Betreuung braucht. Wenn ja, muss die Therapeutin dies so vorschlagen. Oft kommt Dissoziation aber unvorbereitet und überraschend. Daher ist es wichtig, vor allem zu Beginn, aber auch während einer Behandlungsserie oder auch im Rahmen einer einzelnen Atemstunde mit Grenzen sehr sorgsam umzugehen und anfangs und immer wieder im Verlauf genügend Zeit zu lassen, dass die Klientin sich sicher fühlen kann. Dazu gehört es, dass wir die Klientin im Rahmen der Möglichkeiten ihren ihr genehmen Platz selber bestimmen lassen, Zeit geben, sich mit dem Raum und der Therapeutin vertraut zu machen, Nähe-Distanz-Übungen anbieten, im Stehen, im Sitzen, schliesslich auch im Liegen. Bei diesen kann die Therapeutin die Klientin anleiten, verschiedene Distanzen zwischen sich und der Therapeutin auszuprobieren um somit einerseits deren Autonomiebedürfnis zu wahren und andererseits langsam spüren zu lernen, welches Mass an Kontakt und Distanz in unterschiedlichen Situationen stimmig ist. Dies kann helfen, dass überhaupt ein Prozess in Gang kommen kann, denn wenn die Klientin sich zum Beispiel durch zu viel Nähe bedroht fühlt, kann kein sicherer Raum geschaffen werden und somit fehlt die Basis für einen therapeutischen Prozess. In diesem Prozess muss die Therapeutin die Führung behalten, also das richtige Mass von Freilassen und Struktur finden.

Mit der Arbeit auf der Liege ist bei Menschen nach Traumatisierung oft noch viel mehr Vorsicht geboten als bei anderen Menschen, weil in der liegenden Position das Risiko zu dissoziieren oder

retraumatisiert zu werden deutlich grösser ist. Im Liegen ist die Klientin ausgelieferter, kann sich weniger wehren: Davonlaufen oder Sich abdrehen zB sind im Stehen oder Sitzen deutlich einfacher. Ausserdem arbeitet die Therapeutin auf der Liege noch mehr mit Kontakt und Berührung, was für traumatisierte Menschen retraumatisierend wirken kann, wenn nicht auf „Stopp“-Signale geachtet wird. Dabei muss früh im Behandlungsverlauf geklärt werden, was der Klientin im Falle einer Dissoziation dient respektive was ihr ermöglicht, dabeizubleiben, da es sehr schnell gehen kann, dass jemand dissoziiert und wir das vielleicht erst später bemerken. Nützliche Interventionen könnten ein Halten der Füsse sein oder aber im Gegenteil eine klare verbale Ansprache und mehr körperliche Distanz, die erreichen, dass die Klientin ins „Jetzt“ zurückkommen kann. Dies ist sehr individuell und muss im Prozess des Kennenlernens mit genügend Raum und Zeit erarbeitet werden. Insbesondere ist zB die klassische direkte Berührung am Bauch als Begrüssung in diesem Fall ungeeignet (Faller, 2003, p.23). Fischer und Kemmann beschreiben das liegende Setting als speziell herausfordernd hinsichtlich der Balance zwischen Hingabe und Sammlung. Die Arbeit auf der Liege und somit mehr Betonung des Aspektes der Hingabe ist dabei eher regressionsfördernd, somit für Traumatisierte anfänglich nicht indiziert. Hingabe ist im Verlauf aber auch schrittweise nötig, damit der Atem zugelassen werden kann und nicht manipuliert wird. Die Sammlung andererseits spricht das nicht-regredierte ICH an (Fischer und Kemmann, 1999, p.104). Dieses atemtherapeutisch erwünschte Ziel der Balance von Hingabe an den Atem und Sammlung wie dort beschrieben kann für solche Menschen jahrelange Arbeit erfordern, was auch meiner eigenen Erfahrung entspricht.

Wichtig zu wissen ist auch, dass bei Traumatisierung immer eine Verletzung der Grenzen stattgefunden hat. Es gibt verschiedene Arten von Grenzen:

- innere, psychische Grenzen, welche das Selbst/Ich schützen, seine Integrität aufrechterhalten, Gedanken, Gefühle und Verhalten beinhalten und helfen, zwischen eigenen und fremden Gedanken, Gefühlen und Verhalten zu unterscheiden; dann gibt es
- äussere physische Grenzen über die Haut und die Arme/Hände, welche unseren Umraum und unsere körperliche Unversehrtheit schützen und verteidigen wie auch Nähe-Distanz regulieren können; schliesslich gibt es
- territoriale Grenzen, also den Raum um uns, sei dies ein Zimmer, unsere Wohnung, die Stadt, der Staat, Kontinent, die Welt und das Universum.

Diese drei Arten von Grenzen stehen zueinander in einer sich wechselseitig beeinflussenden Beziehung. Grenzen haben die Eigenschaft, dass sie sowohl Barriere wie auch Berührungs- und Kontaktflächen sind (Faller, .2003, p.9f). Menschen, welche dissoziieren, haben also verletzte Grenzen und oft die Eigenart, als Klienten ihre eigenen Grenzen nicht angemessen zu verteidigen, sondern in der Körperarbeit zum Beispiel zu erlauben, berührt zu werden, obwohl sie das eigentlich nicht wollen. Das passt zu der Beobachtung, dass traumatisierte Menschen in ihrem weiteren Leben immer wieder traumatisierende Erfahrungen machen, manchmal sogar suchen (unter anderem beschrieben bei Van der Kolk in den vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien für Menschen mit entwicklungsbezogener Traumafolgestörung. Wichtig als Behandlerin ist, herauszufinden, ob die Person eher muskulär hyper- oder hypoton ist und je nachdem mehr oder weniger tonisierende versus lösende Übungen anzubieten. Natürlich kann sich der Tonus an verschiedenen Körperregionen

unterscheiden. Stress und Angst nach Traumatisierung gehen tendenziell eher mit erhöhtem Tonus einher während sich Resignation und Depression eher in niedrigem Tonus auswirken (Faller, 2009, p.15f).

Beim erwähnten Aufbau der Ressourcen sind wichtige Elemente der Behandlung, dass eigene (Körper-)Grenzen klarer werden, wo wir mit Strukturarbeit, zB mit dem Bewusstmachen der Haut als äusserer Begrenzung, den Knochen als innere haltgebende Struktur, den Füßen als untere begrenzende Körperteile und auch mittels Objekten (vor allem am unteren Raum) arbeiten können. Dabei gilt es, die stimmige Intensität zu finden (zum Beispiel bei eher hypertonen, rigiden Menschen nicht allzu stark, dann eher wieder lösend) und je nach Traumatisierungsgeschichte wiederum hellhörig zu sein, wenn die Berührung oder Bewusstmachung bestimmter Körperregionen mit dem Trauma assoziiert und somit eben nicht stabilisierend, sondern mit dem Traumainhalt konfrontierend wirkt. Die Arbeit mit festen Objekten (Tennisball, Kegel, Faszienrollen, auch der feste Boden oder die Wand können als Partner benutzt werden) kann dabei hilfreich sein, weil die direkte Berührung je nach Person – noch - nicht möglich ist. Hierbei möchte ich anfügen, dass es im Verlauf einer Behandlung natürlich auch möglich wird, schwierigere Körperregionen/-erfahrungen zu erarbeiten, sobald die Ich-Kraft und die Ressourcen gestärkt sind und eine sichere tragfähige Beziehung entstanden ist. Dabei kann immer von schwierigen hin zu sicheren/guten Übungen oder Interventionen gewechselt werden, um die Klientin zu stabilisieren und auch das Herbeiziehen von eigenen inneren Ressourcen für zukünftige Erlebnisse einzuüben. Konkrete Übungen in diesem Zusammenhang, also Struktur und Grenzen, welche mir jeweils gut getan haben:

- Abrollen der Fusssohle mit einem Tennisball (stehend oder sitzend auf dem Hocker) oder im Sitzen auf dem Hocker mit

dem Fuss über den Boden streichen, dabei den Boden und dessen vielleicht unterschiedliche Beschaffenheit im Fokus behalten und im Verlauf mehr oder weniger Druck ausprobieren, dabei die unterschiedliche Wirkung erspüren. Meine Erfahrung dabei war und ist, dass es hilfreich ist, den Boden (oder die Wand wie in der folgenden Übung) in den Fokus zu nehmen, um allzu schwierige aus der Vergangenheit auftauchende Gefühle ertragen zu können. Dadurch kommt das „Jetzt“ wieder mehr ins Bewusstsein, das Gefühl der Verlässlichkeit und Sicherheit kann wieder mehr in den Vordergrund rücken. Dies ist nicht als Flucht vor dem Auftauchenden zu verstehen, sondern mehr als Möglichkeit, sich selbst die erwähnten Ressourcen bewusst zu machen.

- An der Wand lehnend zuerst die Wand spüren (ist sie kalt, warm, rau, hart....?) – und wenn möglich (dies ist bereits eine etwas grössere Herausforderung) den eigenen Rücken spürbar machen, sich selber so eine Massage und Rückenstärkung/Rückgrat holen
- Modifizierte Übung der Shaolin-Mönche:
stehend die Arme seitlich bis zur Waagrechten anheben, dann die Hände mit Handflächen nach aussen hochklappen, beide Arme gestreckt vor die Brust bringen, dann sich sagen: „das ist mein Raum“, anschliessend die Hände mit den Flächen zusammenlegen, Fingerspitzen gegen das Brustbein richten und so 7 Atemzüge verweilen, dann alles in umgekehrter Reihenfolge wieder auflösen. Die Übung hilft mir, mich in meinem Raum sicherer zu fühlen, diesen nötigenfalls verteidigen zu können und zu mir zu kommen, mir auch etwas zu gönnen.
- Auf der Liege (sofern bereits möglich, d.h. die Klientin dableiben kann, also eher später im Verlauf einer Behandlung) die Knochen ansprechen, indem der Trochanter und die

Knochen des Beines von der Seite geschüttelt werden, wobei die Behandlerin klar ihre Intention auf das Knöchelchen lenkt (Achtung: nicht empfohlen nach sexuellem Missbrauch oder anderweitig „belastetem Beckenboden“, welcher bei Schütteln des Trochanterans angesprochen wird)

Die Arbeit mit Übungen, die die Erdkraft, die Lebensfreude und Geborgenheit des unteren Raumes (Middendorf, 2007, p.33, Fischer und Kemmann, 1999, p.155) erlebbar machen, kann ebenfalls eine wichtige Basis schaffen und immer wieder als Ressource herbeigezogen werden. Dazu möchte ich ein paar Beispiele nennen:

- Der Schifferschritt: eine Art, mit langen Schritten und dem eigenen Mass entsprechend relativ tief das Becken nach unten absenkend, mit den Armen abgestützt auf dem vorderen Bein, zu gehen, dabei den Einatem beim Einlassen nach unten kommen lassen und mit dem Ausatem wieder aufrichten. Der aufsteigende Ausatem wird meist vital, kraftvoll, stabilisierend und tragend erlebt (Fischer und Kemmann, 1999, p.159). Mir persönlich hilft er, mit dem Boden als „Partner“ in die Aktivität zu kommen und mich kräftig und selbstwirksam zu erleben.
 - Auch die Übung „Sich aufrichten mit dem Atem“ nach R. Herbig, 2005, p.46, kann das Gefühl von Wurzeln, Getragensein und Kraft vermitteln
 - prinzipiell Übungen mit dem aufsteigenden Ausatem und solche, die Erdung, Standfestigkeit und den Halt ansprechen
- In eine sehr ähnliche Richtung geht die Arbeit an der Verbindung zum und Stärkung des Hara, des Atempunktes, wie es in der Middendorfarbeit heisst. Die Übung des Hara (japanisch wörtlich „Bauch“) ist in der japanischen Tradition stark verankert und kann uns Zentrierung, Gelassenheit, gesammelte Wachheit und Präsenz vermitteln (Vgl. Dürckheim, 2012). In der Middendorfarbeit wird dieser Punkt Atempunkt genannt. Er liegt etwa 3-4 Zentimeter

unterhalb des Nabels und ist bei Eutonius der Rücken-, Bauch- und Beckenmuskulatur eine Art Empfindungszentrum, in dem subjektiv der Einatemimpuls zuerst verspürt wird und entspricht der messbaren Körpermitte zwischen Fusssohle und Scheitel. Im Verlauf einer Behandlung kann also unter anderem via Arbeit am Einatemimpuls dieses Zentrum angesprochen werden (Fischer und Kemmann, 1999, p.129). Im Übungssetting kann das Hara durch die Vorstellung des Punktes (in der Kreuzung einer diagonalen Geraden zwischen Nabel und Steissbeinspitze und einer sagittalen Geraden 3-4 Zentimeter unter dem Nabel) und dessen „Aktivierung“, zB durch Begleiten des Ausatems zu diesem Punkt im Sinne der Zentrumsbildung/Verdichtung (Fischer und Kemmann, 1999, p.160f), auch in Partnerübungen genutzt werden:

- Gehen (aus dem Hara heraus) gegen den Widerstand des Partners, der gegen die Beckenschaufeln drückt und sich mit seiner Kraft gegen die Vorwärtsbewegung des Übenden stemmt

Sicher setzt diese Übung speziell bei traumatisierten Menschen je nachdem, ob das Becken als Ressource wahrgenommen werden kann oder eher bedrohlich erscheint, einiges an Vorarbeit voraus. Sie kann jedoch helfen, die eigene Kraft spürbar zu machen, das Gefühl von Stärke und Präsenz, auch im Kontakt mit einem Gegenüber zu erleben.

Widerstandsübungen können auch dazukommen, wenn die Klientin präsent bleiben kann im Widerstand. Dieser Widerstand kann im Liegen als sanfter Gegendruck, zuerst mit Objekten, zB gegen den Fuss oder seitlich gegen das Knie oder Becken gegeben werden, wobei die Klientin aufgefordert wird, etwas Druck zu geben. Im Verlauf kann die Behandelnde direkt mit den Händen etwas Gegendruck geben (Stimmigkeit erspüren oder erfragen), oder es kann in Partnerübungen mit Widerstand gearbeitet werden:

- „Baum und Bär“: Stehend mit dem Rücken aneinander darf sich der „Bär“ den Rücken am „Baum“ reiben und auch etwas Druck geben, sofern ihm das gut tut.

Sehr hilfreich finde ich auch aufrichtende Übungen, zB das Wirbelsäulenabrollen im Stehen.

Wenn eine gute Basis dank den vorangegangenen Übungsbereichen geschaffen wurde, kann daran gegangen werden, die weitere Empfindungsfähigkeit und somit die Wahrnehmungsfähigkeit für den eigenen Körper und den Atem zu schulen. Dabei kann es anfangs für eine Person, die traumatisiert wurde und gewohnheitsmässig dissoziiert, nicht einfach sein, lange in der Innenwahrnehmung zu bleiben, weil eben dieses Empfindungsvermögen von Teilen des Körpers oder am ganzen Körper eingeschränkt ist, weil das Innere oder Anteile davon als bedrohlich, schambehaftet oder anderweitig unaushaltbar wahrgenommen werden, weshalb die Klientin unsere sicherheitsvermittelnde Führung braucht. Die für unsere Arbeit wichtigen Grundhaltungen der Sammlung, Achtsamkeit und Hingabe sind zu üben, aber vor allem die Hingabe für traumatisierte Menschen anspruchsvoll, weil sie mehr Sicherheitsbedürfnis haben und sich ihre Aufmerksamkeit daher immer zum Teil nach aussen richtet (Faller, 2003, p. 23f). Andererseits sind die Sammlung und Achtsamkeit nach innen zum Teil schwierig, weil sie mit Bedrohung aus dem verletzten Inneren assoziiert sein kann. Daher müssen zuerst Möglichkeiten zu Handeln, eigene Ressourcen beizuziehen, also schliesslich auch Ich-Kraft, erarbeitet werden. In meiner persönlichen Erfahrung war es jahrelang so, dass ich bei Mittenarbeit im Rahmen von Gruppenstunden zum Teil dissoziiert bin und zum Teil „bodenlos“ traurig wurde ohne das teilen zu können. Wahrscheinlich war ich zu sehr in der Hingabe versunken und überwältigt von nicht klar identifizierten Gefühlen, ohne die nötige Achtsamkeit und

Empfindungsfähigkeit. Dabei verstärkte sich mein Eindruck, nicht in Ordnung zu sein, weil andere in der Gruppe nur wohlige Gefühle mitteilten. Möglicherweise wäre das Ansprechen durch die Leiterin im Sinne eines willkommen heissenden Abholens auch von „unguten“ Gefühlen und das Angebot von Strukturübungen im Moment hilfreich gewesen. Und sicher war ich noch nicht genügend geübt darin, wertfrei in der Empfindung zu bleiben. Auch habe ich im Verlauf festgestellt, dass es manchmal bei solch „kritischeren“ Übungen bei mir sinnvoll sein kann, die Augen offenzuhalten, um im „Jetzt“ bleiben zu können, nicht zu versinken (siehe auch Faller, 2003, p.24). Sicher hat die Eigenart, die Übungen möglichst richtig, gut und wie gewünscht machen zu wollen, nicht dazu beigetragen, dass ich für mich gut sorgen konnte. Ich erinnere mich gut, dass die Lehrerin jeweils gesagt hatte, wir sollten dies tun, wenn's uns nicht gut geht, ich aber in einem Durchhalte-Modus gefangen war, der sicher auch oft bei dieser Thematik mit dazugehört.

Die erwähnte Ich-Kraft wird in der Middendorf-Arbeit im sogenannten Mittenzentrum verortet, also physisch im Inneren des Raumes zwischen Nabel und Brustbeinspitze. Dieses Zentrum wird als leibliche Entsprechung der psychischen Ich-Kraft gesehen und empirisch mit seelischen Qualitäten von Eigenständigkeit, Selbstvertrauen, Handlungsfähigkeit, Kontakt-, Begegnungs- aber auch Abgrenzungsfähigkeit assoziiert (Fischer und Kemmann, 1999, p.161). Dies sind genau die der Dissoziation entgegenwirkenden Kräfte und daher so wichtig im Verlauf zu stärken.

Eine Möglichkeit, wenn wie vorbeschrieben aus seelischen Gründen die direkte Ansprache des Mittenzentrums schwierig ist, ist es, sich vom unteren Raum her via Arbeit mit dem aufsteigenden Ausatem und dann auch vom oberen Raum her anzunähern (Fischer und Kemmann, 1999, p.161). Auch kann im

Einzelsetting oder im Übungssetting im Rahmen von Partnerarbeit an der horizontalen Einatemspannung gearbeitet werden (Fischer und Kemmann, 1999, p.128): Essentiell hilfreich ist in meiner Erfahrung, die nicht wertende Empfindungsfähigkeit zu schulen im Sinne der Achtsamkeitspraxis (Kabat-Zinn, 2015, Einleitung p.9ff) respektive im Sinn von Hingabe und Achtsamkeit in der Atemarbeit (Fischer und Kemmann, 1999, p.13). Dadurch kann die Verbindung zu sich selber und das gegenwärtige Erleben gestärkt und die Verknüpfung zwischen verschiedenen Bewusstseinsfunktionen nach Jung, dem Denken, Fühlen, Empfinden und Intuieren (nach Fischer und Kemmann, 1999, p.24), die eben durch die Traumafolgen verloren ging, geschult werden. Dies kann mit der Zeit dazu führen, dass die Person sich immer besser selber begleiten kann und in einem weiteren Schritt auch die Selbstregulation verbessert wird. Aufgrund der Erfahrung des Ausgeliefertseins, welche anlässlich von primären oder sekundären Traumatisierungen gewachsen ist, ist die Selbstregulation wenig ausgeprägt. Sie ist aber der Schlüssel dazu, dass die Klientin lernt, sich dosiert und sorgsam vermeintlich belastenden oder anstrengenden Situationen und Einflüssen – von innen oder aussen kommend – auszusetzen und damit erwachsen umzugehen und somit immer mehr geschützt ist vor retraumatisierenden Erlebnissen, welche sonst aufgrund der geschilderten Probleme mit verletzten Grenzen vorprogrammiert sind. Van der Kolk spricht dabei von Self-Leadership. Er beschreibt auch eindrücklich, wie unser Geist – auch bei gesunden Menschen – nicht ein einheitlicher ist, sondern aus verschiedenen Anteilen besteht, wobei die Herausforderung darin besteht, diese alle zu integrieren, willkommen zu heissen und dann allen Anteilen Rechnung zu tragen, gedanklich und im Handeln (Van der Kolk, 2016, p.332ff). Hierbei kann die Atemarbeit wie oben geschildert klar ressourcenfördernd eingesetzt werden.

4.3 Meine Erfahrungen als Behandlerin

Bisher war ich als werdende und übende Atemtherapeutin nicht ausgeprägt mit dissoziativen Momenten bei meinen Übungsklientinnen konfrontiert. Ich bin jedoch diesbezüglich aufgrund meinem eigenen Erleben sehr hellhörig – vielleicht allzu hellhörig, so dass ich manchmal zu viel nachfrage – und habe schon erlebt, dass eine Probandin im einen Knie wenig spürte, ich dabei innerlich abdriftete oder ein Proband beim Behandeln am oberen Raum und der Mitte plötzlich kalte Füße bekam und das zuerst nicht bemerkte oder mindestens sich nicht meldete. Bei ihm hatte ich eigentlich schon früher realisiert, dass die klare Ansprache der Füße ihm sehr gut tut und bei jener Behandlung diese aus nicht ganz ersichtlichen Gründen vernachlässigt. Bei einer anderen Probandin hatte ich bei der erstmaligen Behandlung in Bauchlage mit Ausstreichen des Rückens eine innere Unsicherheit bemerkt, die mich veranlasste, nachzufragen, ob „das nun genug sei in Bauchlage“. Sie stimmte dankbar zu und meinte danach, dass eine Art Schutzlosigkeit spürbar worden war. Was ich dabei gespürt hatte, würde ich am ehesten als ein Zurückziehen ihrerseits aus dem Rücken beschreiben, auch ein Zurücknehmen des Atems. Also habe ich zwar bisher als übende Behandelnde keine besonders schwerwiegenden Erlebnisse mit Dissoziation gehabt, jedoch hätte ich möglicherweise solche riskiert, wäre ich nicht dank unserer Ausbildung und meiner eigenen Erfahrung entsprechend vorsichtig.

4.4 Herausforderung

In den bisherigen Übungsbehandlungen kam mir immer wieder in die Quere, dass ich meinen Wahrnehmungen noch nicht so sicher trauen kann und ich leisere innere Stimmen von Unstimmigkeit übergehe und danach, anlässlich entsprechender Rückmeldungen merke, dass ich lieber früher gewechselt oder nachgefragt hätte, wenn ich die Zeit zurückdrehen könnte. Was mich hinderte, im

jeweiligen Moment von etwas abzuweichen, ist nicht ganz einfach zu differenzieren, aber hängt mit einer Art Plan zusammen oder einer mehr oder weniger fixen Idee, was ich jetzt tun sollte, also etwas, was klar aus der Ratio kommt und dann das Spüren übertönt. Auch schon hatte ich beobachtet, dass ich im betreffenden Moment selber kurz innerlich abwesend war. Dies ist sicher immer wieder die Aufgabe, möglichst achtsam, spürsam und im Kontakt mit mir selber und der Klientin dabei zu sein. Dann ist auch immer wieder wichtig, in diesem Kontext bei all der Begeisterung für die Möglichkeiten die Begrenzung der Methode im Bewusstsein zu haben. Auch die noch ungenügend ausgebildeten therapeutischen Fertigkeiten setzen der atempädagogischen Behandlung Grenzen. Daher muss, je nach Schweregrad der dissoziativen und traumatisierten Anteile wie eingangs erwähnt, fachlich spezialisierte Unterstützung geholt werden, für die Klientin in Form einer psychotherapeutischen Begleitung und für mich selber in Form von regelmässiger Supervision, welche ohnehin in dieser Tätigkeit und speziell bei diesem Thema unabdingbar ist.

5 Wie weiter?

5.1 Als Atem- und Körpertherapeutin AKT

Sicher möchte ich das Thema Traumatisierung und die entsprechenden Folgeerscheinungen inklusive Dissoziation weiter vertiefen. Dazu besuchte ich unter anderem ein Seminar über zwei Wochenenden in Atempädagogik bei Trauma bei Norbert Faller, welches voraussichtlich fortgesetzt wird. Ausserdem möchte ich das Thema der frühen Störungen gern vertiefen, wohl im Rahmen von weiteren Modulen oder formeller Ausbildung in Körperpsychotherapie.

5.2 Als Ärztin

In meiner Funktion als Onkologin möchte ich vermehrt Grenzen beachten: zB Grenzen der Aufnahmefähigkeit bei Patientinnen. Es kommt häufig in schwierigen Gesprächen vor, dass Menschen nur einen Bruchteil dessen aufnehmen, was die Ärztin sagt. Dank der Ausbildung habe ich weitere diagnostische Möglichkeiten erlangt, zu erkennen, ob jemand dabei sein kann oder abdriftet, vielleicht auch Möglichkeiten, jemanden zurückzuholen in einen „sicheren“ Bereich. Bereits jetzt gibt es im Sprechzimmer einen runden Tisch, an dem vier Stühle mit Armlehnen sitzen und die Patientinnen und Angehörigen ihren Platz selber auswählen dürfen. Dabei könnte ich wohl je nach Situation noch mehr darauf bestehen, dass jemand sich möglichst sicher wähnen kann. Zur Entspannung und zum Gefühl der Sicherheit tragen aber gemäss Aussagen von Patientinnen und Patienten bereits die wohnliche Praxisgestaltung mit altem Parkettboden und Stukkaturdecke sowie die Tatsache, dass wir Ärztinnen meist in Privatkleidung arbeiten, bei.

5.3 Persönlich

Für mich selber möchte ich meine eigene Geschichte nach Erstarkung dank all dem Geschilderten nochmal wohldosiert und mit ausgewählter körperpsychotherapeutischer Begleitung bearbeiten, da für mich noch zu viele Erinnerungslücken da sind und ich nun, nach Jahren, den Wunsch nach mehr Integration von Vergangenen und auch Versöhnung mit allem verspüre. Grad in der letzten Zeit hatte ich aber auch den Eindruck, nichts forcieren zu wollen, da die Ausbildung neben all den anderen Bereichen des Lebens herausfordernd ist. Das werde ich als Zeichen der gewachsenen Ich- und Mittenkraft. Das Verfassen dieser Arbeit hat mir neben all den schwierigen Momenten, die diese Konfrontation mit sich bringt, auch gezeigt, was sich verändert hat und darüber bin ich sehr dankbar.

Autorinnenerklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Ort, Datum: St. Gallen, 12. Mai 2017

Unterschrift:



Literaturhinweise

- Dürckheim, Karlfried, Hara, die energetische Mitte des Menschen, O.W. Barth Verlag, Neuauflage 2012
- Faller, Norbert. Trauma und Atemarbeit, Selbstverlag Wien, 2003
- Faller, Norbert, Atem und Bewegung, Springer Verlag, zweite Auflage 2009
- Fiedler, Peter, Dissoziative Störungen und Konversion, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, dritte Auflage 2008
- Fischer, Katrin, Kemmann-Huber, Erika. Der bewusste zugelassene Atem, Urban und Fischer Verlag München Jena, erste Auflage April 1999
- Herbig, Regine. Der Atem, Quelle von Entspannung und Vitalität, Schulz-Kirchner-Verlag, 1. Auflage 2005
- Kabat-Zinn, Jon. Im Alltag Ruhe finden, Knauer Taschenbuch Verlag, erweiterte Taschenbuch-Neuauflage Juni 2015
- Middendorf, Ilse. Der erfahrbare Atem, Junfermann Verlag, 2007
- Rieder, Anita. Diplomarbeit „Ich kann nicht mehr klar denken!“, 2013, online auf: atempsychotherapie.ch
- Van der Kolk, Bessel, Verkörperter Schrecken, G. P. Probst Verlag, Lichtenau/Westf., dritte Auflage 2016