

Auch der Körper dissoziiert

Vortrag auf der Tagung
„Körperpotentiale“
Leipzig, 2007

Michaela Huber
www.michaela-huber.com

Erlernete Hilflosigkeit

- Entstanden durch chaotische, unberechenbare Ereignisse und
- Schock (Verlust, Gewalt, akuter Stress...)
- Überzeugung, das Endergebnis von Ereignissen nicht beeinflussen zu können. (Seligman, 1975 etc.)
- Torpediert Veränderungs-Versuche.
- Empfehlung: Mit dem Hauptsymptom arbeiten, das am meisten E.H. macht – und das ist meist ein Körpersymptom!

Hypothese

- Leidende haben 3 Motivationen zu lernen:
 1. Eigenes Leid/Kontrollverlust mindern (Aber bei Trauma: Dissoziation!).
 2. Positive Ziele erreichen.
 3. Negative Konsequenzen vermeiden.
- Bei erlernter Hilflosigkeit ist 1. und 2. blockiert durch Dissoziation, Menschen leben nach 3. (Konstriktion!)– und geben oft (zu früh) auf.
- Wenn wir mit dem Affekt (Psychophysiologie) des gegenwärtigen Hauptsymptoms arbeiten, wird 1. erreicht (mit Überwindung einer Dissoziation) und ist 2. möglich.

Zu viel – zu wenig fühlen

„Die besondere Qual der Trauma-Überlebenden besteht darin, dass sie entweder zu viel oder zu wenig von ihrem Trauma fühlen.“

Onno van der Hart, in: Huber, 2003

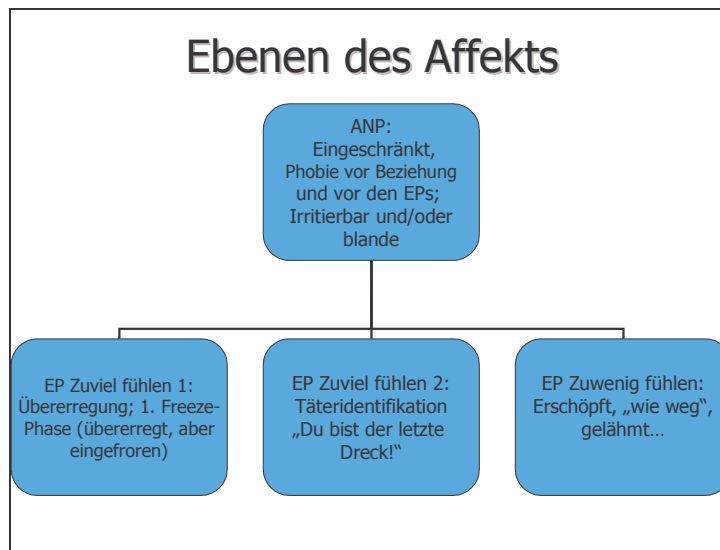
Affekt – was ist das?

- Ein Affekt ist weit mehr als das, was ein Mensch als ein emotionales „Gefühl“ benennen könnte.
- Ein Affekt ist ein *psycho-physiologisches* Geschehen. Beispiel: Rotwerden ist der körperliche Affekt, Verliebtsein oder Scham oder sexuelle oder wütende Erregung könnte das Gefühl dazu sein.
- Wir verstehen Affekt als eine Kombination von einem abgrenzbaren Körper(miss-)empfinden (Bsp. „Klumpen im Bauch“) und dem, was der Mensch als Gefühl diesem Körperempfinden zuordnet (z.B. Angst, Beklommenheit, Verzweiflung etc.)

Strukturelle Dissoziation

- ANP = „Alltags-Ich“ nach Trauma: Hat Amnesien für Trauma-Inhalte, fühlt sich den Extremstress-Ereignissen entfremdet – „Ist mir nicht passiert; Hat mir nichts ausgemacht; Ist doch lange her; Hab ich längst verarbeitet...“; ist affektiv betäubt, aber auch weniger stress-resistent.
- EP(s) = affektiv zu hoch oder zu niedrig geladene Trauma-nahe Parts (Zustände): „Nichts wie weg; Ich mach dich fertig!; Ich komme hier nicht raus!; Hilf mir doch!; Nimm mich und mach mit mir, was du willst; Nichts geht mehr; Lasst mich bloß in Ruhe...“

Folie 7



Folie 8

- ### Komplexe PTBS
- Affekt- und Impuls-Kontrollstörung
 - Dissoziation
 - Selbstwertprobleme (Erlernte Hilflosigkeit, Opfer-Identität, mangelnde Selbstfürsorge)
 - Bindungsstörung
 - Schwierigkeit, einen Sinn im Leben zu finden.

Das gegenwärtige Hauptsymptom

- Ist meist ein Affekt (EP) oder enthält einen Affekt oder ist mit einem bestimmten Affekt verbunden – und Erlerner Hilflosigkeit.
- Beispiele: Flashbacks, Depression, Angst, Rückzug, Selbstverletzung, Suizidalität, Bindungs-Chaos, Geldsorgen, andere existenzielle Not...
- Wenn wir helfen, das gegenwärtige Hauptsymptom etwas zu erleichtern, entsteht Selbstwirksamkeit (eigenes Leid verändern), (zusätzliche) Motivation für die Weiterarbeit und es können positive Ziele angestrebt werden.

ANP, EPs und die therapeutische Beziehung

- Menschen mit PTBS haben ein eingeschränktes Bewusstsein und eine Phobie vor „dem Innenleben“ – und vor Beziehung.
- Das Unbewusste ist das „manchmal Bewusste“ -häufig Trauma-nah und in Not, bei Komplextrauma oft „klein“er EP.
- Empfehlung 1: Aufbau sicherer Bindung zwischen Th. und Kl. („Mach das weg! Wie, das kannst du nicht? Aber du bist richtig für mich, dann lerne ich es eben selbst, mit deiner Hilfe...“)
- TherapeutIn sollte mehr „Coach“ als „Mutter“ sein!
- Empfehlung 2: Recht früh einen „zweiseitigen Vertrag“ schließen: „Hier in der Therapie kümmert sich das Alltags-Ich um das Innenleben, dafür bitten wir das Unbewusste, dabei behilflich zu sein, den Alltag gut regeln zu können.“

Ohne sichere Bindung geht nichts gut

- D-attachment nach frühen Bindungstraumata: Angst vor den Menschen erworben, an die man sich binden muss/te.
- Th. muss durch Feinfühligkeit und gutes Pacing den Boden für Veränderungsbereitschaft bereiten. Viel Geduld vonnöten!
- Frühes Trauma = enge und lange Bindung an die Täter (Pflegepersonen).
- Vorteil: Bindungsbereitschaft bleibt erhalten!
- Nachteil: Destruktive Bindungsmuster (Erpressung, Nötigung, Opferung, Verrat...)
- Bindungsmuster erst erkennen und anerkennen, dann erst können sie verändert werden.
- Häufig müssen Th./BeraterInnen langfristig verlässlich sein, sonst bekommen wir keine Chance für das so nötige Vertrauen.

Ist die KlientIn so weit? Testmöglichkeiten

- Kann sie im Alltag etwas Bedrohliches in sich in Sicherheit bringen? (An den sicheren Ort, in den inneren Garten...)
- Kann sie bei Körpersymptomen unterscheiden, ob es „heute“ oder „von früher“ ist? (Oder welche Portion davon...)
- Verletzt sie sich nicht mehr tief? Keine (para-)suizidalen Handlungen mehr? Besseres Stresscoping insgesamt?
- Kooperieren resp. tolerieren alle wichtigen Anteile die th. Fortschritte und haben ausreichend guten Kontakt zur TherapeutIn?
- Wird Kl. in ihrer th. Arbeit durch PartnerIn oder FreundIn etc. positiv unterstützt? (Sonst sehr hart.)
- „Darf“ sie „es“ jetzt wissen? (Auch ANPs?)

Die Affekt-Kette

Veränderungs-Arbeit mit dem
Hauptsymptom

Hauptsymptom explorieren

- Screen-Technik verwenden (wie bei allem, was affektiv schwierig ist!) Also Bildschirm + imaginiertes „Speicher-Medium“ (Videorecorder, DVD-Recorder...)
- Vorher alles Verletzliche sichern und Ressourcen/innere Helfer dabei!
- „Wir schauen gleich einen Film aus Ihrem Leben...“
- Devise: Nicht „hinein gehen“, sondern nur beobachten und verstehen!
- „Was macht derzeit am meisten Veränderungs-Druck?“
- Kombination von Körpergefühl und Gefühl explorieren.
- Ggf. sofort reorientieren, falls Kl. in Abreaktion geht. (Riechfläschchen, 5-4-3-2-1, „an der Hand in den Raum führen...“)
- Nur falls keine Abreaktion, sondern Beobachtung möglich:
- Das Gefühl „in die Hand nehmen“: „Hier sein und es nur ansatzweise fühlen, aber wissen, wie es sich anfühlt, wenn...“
- Per Screen visuell in der Zeit zurück gehen, um das Symptom zeitlich zuzuordnen: Wann war es das letzte Mal, und davor, und davor, und davor....
- „Film“ am Ende ausblenden, in den Tresor oder anderes imaginiertes Containmentment tun.

Hinweise zur Exploration

- Das Unbewusste (das Symptom, die anderen Anteile etc.) bitten, mitzuhelfen.
- Muss etwas vorher in Sicherheit gebracht werden?
- Jeweilige Szene nur kurz skizzieren.
- Nicht hineingehen, sondern nur von (weit) außen beobachten!
- Szenen wie „Perlen an einer Schnur“ aufreihen.
- Am besten zwei Punkte fixieren: Vor dem ersten Mal (als das Symptom noch nicht da war) und nach dem letzten Mal. Das sind die beiden Enden der Kette.
- Es hilft, imaginär oder wirklich, beim Aufzählen der Szenen z.B. Holzperlen auf eine Schnur aufzuziehen und die Kette buchstäblich oder imaginär am Ende in ein sicheres Behältnis zu legen.

Arbeit mit der Affekt-Kette

1. Durch das Aufreihen in Raum-zeitlichem Kontext wird deutlich, welche ungelösten Stress-Ereignisse das Symptom ursprünglich ausgelöst haben.
2. Durch die Konzentration auf den einen Affekt und die Screen-Methode wird ein begrenztes Arbeiten möglich.
3. Viele Bilder (manchmal hunderte!) werden „mit aufgelistet“, die u.U. noch gar nicht so genau exploriert werden können oder sollten.
4. I.d.R. kommt es immer wieder zu einem Anstieg des Symptoms, gefolgt von einem Abschwelen (nach dem die jeweilige Szene vorüber ist).
5. „Haben wir alle wichtigen Szenen?“ Falls ja, ist eine deutliche Erleichterung zu erwarten.
6. Die Distanzierung ermöglicht eine „Pause“, in der etwas anderes wahrgenommen werden kann.

Darf es jetzt „weggehen“?

- Häufig hat das Hauptsymptom eine Aussage, die verstanden werden soll – es erzählt eine Geschichte, die verstanden werden will.
- Durch die Affekt-Kette wird ein „Thema“ deutlich, das mit dem HS angesprochen war.
- Diskussion auf der inneren Bühne: Darf sich das jetzt (noch mehr) ändern?
- Erst dann den nächsten Schritt tun.

Prozessieren des Affekt-Materials

- „Film“ noch distanziert lassen.
- Aus der Ferne: Welche „hot spots“ (pathogenen Kerne) enthält der Film?
- BASK-Modell anwenden.
- Welches Element soll zuerst „verstoffwechselt“ werden?
- Film einlegen, Punkt „davor“ anvisieren.
- Nur mit dem Element den Film durchgehen, aber jetzt von früher bis heute (bis zum Punkt nach dem letzten Mal).
- Wie viel Prozent vom Original war das?
- U.U. noch ein bis zwei Durchgänge.

Unterschied zur üblichen Traumasyntese:

Komplexe serielle Traumasyntese

- Innere Kooperation aller Beteiligten und hilfreichen Anteile! + host!
- Alle anderen (Kinder, etc.) an den "Sicheren Ort"
- Erstes, schlimmstes und letztes Trauma ähnlicher Art sind exploriert und distanziiert
- Frage klären, ob "noch etwas fehlt" bzw. "etwas außer Kontrolle geraten könnte"

- B A S K

- Immer nur "verdaubare" Portionen, dazwischen Licht- und Ausruh-Phasen

- Statt das ganze Trauma: der Affekt des gegenwärtigen Hauptsymptoms!

Unterschied zwischen Traumaprozessieren und Affektprozessieren

- Ausgegangen wird vom gegenwärtigen Hauptsymptom – das schafft Entlastung!
- Nur das Symptom (Element) wird prozessiert, nicht das ganze Trauma, die ganzen Traumatisierungen...
- Erlernte Hilflosigkeit wird überwunden, i.d.R. kann die KlientIn danach etwas tun, was vorher nicht möglich war.
- Verbesserung der th. Kooperation.

Worauf achten?

- Erkennen – **Anerkennen** – Verändern!!
- Darf es sich ändern? (Innere Verhandlungen)
- Das Unbewusste möge „das Symptom als Maßstab der Veränderung und unseres Erfolges“ nehmen.
- Symptomverbesserung ist entscheidend.
- Oft muss die Stelle des HS. anders besetzt werden, sonst Gefahr der Symptom-Verschiebung!
- Also gute, aber auch erreichbare Ziele vorher anpeilen (wenn wir gut gearbeitet haben, was könnte dabei herauskommen? Antwort muss attraktiv sein!)
- Sanduhr-Prinzip: Wir bearbeiten etwas (der Sand rieselt durch) und schon drückt das nächste nach!

Ermutung

- Mithilfe der Affektkette und u.U. deren Bearbeitung (oder sonst „nur“ deren Distanzierung) kann die Stabilität der Kl.-Persönlichkeit ebenso verbessert werden wie ihre Kompetenz, Schwieriges in Distanz zu bringen, Zusammenhänge zu verstehen und Meta-Kognitionen (Wie bin ich so geworden) anzuregen.
- Die Entlastung ermöglicht neues Lernen.
- Und das bringt Freude und verbessert die Resilienz.
- Auch bei der TherapeutIn ... ?
- Danke für die Aufmerksamkeit!