

Lydia Hantke

Arbeitsblätter zum Artikel: Von der Ressource zur Dissoziation und zurück – ein Schema zur Analyse individueller Dissoziationsmuster

Diese Arbeitsblätter sind nicht Teil des im EMDRIA-Rundbrief 2005, S. 48-58
veröffentlichten Artikels

Dissoziationsanalyse

Interpsychische Dissoziationen I

Interpsychische Dissoziationen sind Beschreibungen der möglichen Brüche auf zwischenmenschlicher Ebene. Der Terminus „interpsychisch“ reflektiert dabei die Unmöglichkeit der Herauslösung eines Individuums aus seinen Weltbezügen, was die Brüche im Trauma erst spürbar macht.

Das Erleben des sozialen Wesens Mensch kann innerhalb von fünf Hauptkategorien beschrieben werden, die wesentlich seine Bezugnahme zur Welt beschreiben:

- der Bezug zum Raum
- der Bezug zur Zeit
- der Bezug zum Anderen
- der Bezug zum eigenen Selbst/Körper
- der Bezug zum Sein (der ontologische Sinn-Bezug)

Splittert sich in w-Fragen auf:

- wo
- wann
- wer/mit, gegen, für wen
- warum
- wozu
- wie
- wer
- worüber
- wogegen

wird als neurologische Ebenen konzeptualisiert (Robert Dilts):

- Kontext: wer, wann, wo, mit wem

- Fähigkeiten: was kann ich im Bezug worauf
- Glaubenssätze: was glaube ich im Bezug worauf und auf wen
- Identität: wer bin ich in Bezug worauf, auf wen und in welchem Zeitzusammenhang
- Sinnzusammenhang: was gibt mir Halt, was steht darüber, wofür ist das gut

Interpsychische Dissoziationen II

Analyse der fünf Hauptkategorien:

1) Bezug zum Raum:

- Erleben der Größe, Entfernung, Struktur: Verzerrungen, Spiegelungen,
- In-Bezug-Setzung zum eigenen Raum: ist er überwältigend, beengend, verloren, beherrschbar, erlebbar? Kann er durchmessen werden, ist es ein statisches Verhältnis?
- Derealisierung
- Bin ich im Verhältnis zum Raum immer gleich groß? Werde ich kleiner oder wachse ins Enorme?

2) Bezug zur Zeit:

- Altersregression/-progression/Zeitleere/Zeitverlust
- Empfinden der Zeit als verlangsamt/beschleunigt/gebrochen...
- In welchem Zeiterleben ordne ich mich ein, sehe ich mich als Schöpferin von Zeit, als Durchschreitende oder bin ich eher ausgeliefert einer fremden Macht
- Lebe ich im Augenblick, in Zukunft oder Vergangenheit (oder überall)?
- Ordne ich Menschen in Zeitläufte ein oder werden Beziehungen als unabhängig, überdauernd, vorübergehend, nur wahrnehmbar, wenn lange Zeitspannen umfassend erlebt?

3) Bezug zum Anderen/den Dingen:

- Negative/positive Halluzinationen
- Nehme ich Menschen als abhängig/unabhängig von mir wahr?
- Sehe ich mich durch die Brille der Anderen?
- Nehme ich Menschen von innen oder von außen wahr?
- Grenze ich mich ab oder passe ich mich an?
- Suche/meide ich Körper/Blickkontakt?
- Welche Alterstufe geht mit wem in Kontakt?

→ Wer ist mir attraktiv, wer unangenehm, wer schwierig?

4) Bezug zum eigenen Körper:

- Depersonalisierungen
- Selbstverletzung
- Ideomotorische Signale/Somatisierungen
- Körperempfinden: Anästhesien, Überempfindlichkeiten...
- Kann er sich bewegen?
- Ist er beständig?
- Verändert er sich ohne mein Zutun?
- Wie sehe ich meinen Körper (Körperschema)?

5) Sinnzuweisung:

- Weshalb geschieht mir das?
- Was macht das für einen Sinn?
- Wozu ist das gut?
- Wer ist dafür verantwortlich?

Intrapsychische Dissoziationen

Intrapsychische Dissoziationen beschreiben die Möglichkeiten der Unterbrechung von Erleben, das gemeinhin als einem Individuum eigen bezeichnet wird: in Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Handeln, Bewusstseinszustand, Gedächtnis und Körperempfinden.

Wahrnehmung:

- VAKOG (die Bilanzierung der Wahrnehmung auf visueller, akustischer, kinästhetischer, olfaktorischer und gustatorischer Ebene)
- Wohin blickt die Patientin? Sieht sie überhaupt? Sieht sie nur einen kleinen Ausschnitt oder defokussiert in den Raum? Welche Erinnerungsbilder, Ideen, Horrorszenarien mag sie wahrnehmen?
- Was hört sie und woher? Wie laut? Wer spricht? Hört sie überhaupt? Sind Geräusche verzerrt, laut, drohend?
- Was schmeckt sie? Schmeckt sie überhaupt?
- Was riecht sie? Riecht sie überhaupt?
- Was fühlt sie? Fühlt sie überhaupt? Was empfindet sie vom eigenen Körper? Kann sie Berührungen ertragen?
- Beschreibt sie einen „sechsten Sinn“, Vorahnungen etc.?

Emotionen:

- Welches ist die gerade vorherrschende Stimmung? Wie hat sie sich verändert?
Woran erkennt sie/er das?

Handeln:

- Selbstwirksamkeitserwartung: Was glaubt sie jetzt/vorher erreichen zu können?
- Kontrollerwartung: Worüber hat sie jetzt/vorher die Kontrolle? Was kann sie steuern?
- Hilflosigkeitserwartung: Wem oder was gegenüber fühlt er sich hilflos? (dem Körper, welchen anderen Menschen, welchem Wetter...)

Denken:

- Formal: Was verändert sich in der Art des Redens/Denkens? Fühlt/Hört es sich sprunghafter an, glatter, schneller, flüssiger...?
- Inhaltlich: Was verändert sich im Inhalt des Denkens/Redens?
Sind andere Inhalte im Vordergrund? Welche Überzeugungen sind jetzt vorherrschend? Welche Glaubenssätze? Welche Beurteilungen...? Wie viele Stimmen sind es? Wie verhalten sie sich zueinander?

Bewusstseinszustand:

- Fühlt sie/er sich müde, aufgeweckt, eingeschränkt, wattig, offen, wach, durcheinander, benommen...
- Orientierungslos?

Gedächtnis:

- Woran kann sie sich gerade erinnern? Wie erinnert sie sich (in welchen Modalitäten: Bilder, Geräusche, Gerüche...)? Ist die Erinnerung sprunghaft, durchgängig? Eher stumm oder eher beredt?

Körper:

- Stimme: Wie fühlt sich die Stimme an? Welchen Klang hat sie? Ist sie fremd, vertraut...?
- Haltung: Wie fühlt sich die Haltung an? Woran erinnert sie? Bei welcher Haltung fühlt sie sich besser?
- Augen: In welche Richtung gehen die Augen? Welche Richtungsänderung ist mit welcher Erzählung verbunden? Wie fühlt sich das an?

Wesentliche Fragen an die Klientin sind hierbei:

- Was wird als normal, was als abweichend empfunden?
- Was bewirkt eine Veränderung?
- Wie kann eine Veränderung am einfachsten veranlasst werden?

Parameter wie die aus psychopathologischer Befragung oder NLP-Augenbewegungen, Körperschema-Interpretationen etc. sind hilfreiches Inventar, aber mit Vorsicht zu genießen, da sie durchweg diagnostischen Charakter haben und so auch mit objektiven Wertungen verbunden sind. Hier geht es hingegen um Möglichkeiten der Aufmerksamkeitslenkung zur Erhöhung der Eigenkontrolle. Und Bedeutungen sind jenseits aller „objektiven Erkenntnisse“ sehr individuell und unterschiedlich. Diskrepanzen zwischen den Einschätzungen von BehandlerIn/KlientIn sollten deshalb Anlaß zur Nachfrage, nicht zur direktiven Intervention/Interpretation sein.

Etablieren des Ressourcenzustands

- Zweck:
 - Statt der Konzentration auf Probleme und unangenehme Gefühle soll ein gutes, erwünschtes Gefühl als „Leitsymptom“ für die Suche nach einer Lösung so etabliert werden, dass es immer wieder auffindbar ist.
 - Die Lösungsversuche können dann „gefühlsmäßig“ immer wieder auf Stimmigkeit überprüft und wenn nötig geändert werden.

- Vorgehensweise:
 - Wenn der Patient – wie üblicherweise erwartet - sein Problem schildert, können sie Fragen stellen, die nach dem erwünschten Zustand suchen. Denn Sie gehen davon aus, dass jemand nur dann unzufrieden mit einer Situation/einem Gefühl ist, wenn er einen anderen Zustand kennt:
 - „Wie war das, als es anders war?“
 - Gab es schon mal Ausnahmen? Wie hat sich das angefühlt?
 - Wenn Sie sich nicht erinnern können, was meinen Sie, wie es sich anfühlen könnte?
 - Wie sollte es sein, wie wäre das dann?
 - Wenn Sie einen erwünschten Gefühlszustand gefunden haben (Sie merken das auch an der körperlichen Reaktion), bleiben Sie dabei und fragen ganz interessiert nach allen Modalitäten des Erlebens:
 - Wie genau fühlt sich das an?
 - Wo genau fühlen Sie das im Körper?
 - Wenn das Gefühl eine Farbe hätte, eine Konsistenz, eine Ausdehnung, wie genau sähe das aus? Eher... oder vielleicht...? Hat es scharfe Ränder oder eher schwimmende? (Machen Sie Angebote, versuchen Sie, das Gefühl zu erspüren, lassen Sie ihre Phantasie spielen)

- Welche Körperhaltung nehmen Sie dabei ein?
- Wie fühlt sich ihre Atmung an?
- Welches Bild, welcher Geruch, welcher Klang, welcher Geschmack passt dazu? (einzelne Fragen!)
- Welcher Satz beschreibt Sie am besten, wenn sie das fühlen: Ich bin toll? Ich bin wertvoll? Ich kann es schaffen?...

Merke:

- Es ist nicht wichtig, alle Punkte abzuhaken und Sie können andere dazufügen. Bauen Sie die Punkte aus, an denen das Gefühl am stärksten ist.
- Bleiben Sie bei Wiederholungen des Zustandes immer in den Worten des Patienten, formulieren Sie nicht um. Genauso, wie eine bestimmte Farbe, eine Körperhaltung oder ein Klang zu dem Gefühl gehören, ist es die spezifische Art der Beschreibung, die einen Zugang ermöglicht. Auch wenn es sich anders „schöner“, „besser“, „griffiger“ anhören mag, wichtig ist das nicht. (Es sei denn der Patient fand genau diesen Ausdruck treffend).
- Beobachten Sie genau Mimik und Körperhaltung, auch die Atmung. Sie sind Ihnen (neben der Aussage des Patienten) das wichtigste Indiz, ob der Zustand gefunden ist. Und gehen Sie selbst mit, versuchen Sie, Ihren Körper zu lockern, trauen Sie sich ruhig, die innere Distanz aufzugeben. Oder können Sie sich entspannen, wenn ihr Gegenüber unbeweglich darsitzt und keine Gefühlsregung zeigt?

Abschluß:

- Fragen Sie jetzt nach, was der stärkste Eindruck ist, der, der dem Patienten helfen kann, das Gefühl wiederzufinden: die spezifische Atmung, die Haltung, der Satz, die Farbe...
- Üben Sie, in das Gefühl aus- und einzusteigen, indem Sie den Patienten nach der Übung fragen, ob er sich an eine unangenehmere Situation (keine traumatische) erinnern kann. Er wird sofort in eine andere Haltung, Mimik, Atmung etc. gehen (Erinnerungen sind eben auch Körpererinnerungen und wir reagieren als Gesamtheit). Dann können Sie ihn auffordern, wieder in den angenehmen Zustand einzusteigen und beobachten, welche Einstiegsmöglichkeit am einfachsten ist. Ihr Part ist dann, die anderen Parameter (in den Worten des Patienten) mit einzuführen, damit der Zustand auch voll erlebt wird. Machen Sie das ein paar Mal und fordern Sie den Patienten auf, das auch im Alltag zwischendurch zu machen.
- Neue Bahnungen im Erleben und synaptischen Verbindungen machen so die „plötzliche“ Dissoziation unmöglich. Aus Einbahnstraßen wird ein Wegenetz mit unterschiedlichen Richtungsmöglichkeiten.
- Probieren Sie das ruhig zuerst mit sich selbst aus - es macht Spaß!

Umgang mit Dissoziationen I

Mögliche Ziele im Umgang mit Dissoziationen:

- Trigger vermeiden/“eliminieren“
 - ohnehin vorhandene Tendenz Vermeidung
 - hält die Angst aufrecht
 - Beziehung zum eigenen Erleben (in der Dissoziation) bleibt aversiv

- Trigger neu besetzen, andere Verknüpfungen herstellen
 - Möglichkeit für fortgeschrittene NLP- oder Hypnotherapeutinnen
 - Voraussetzung: Trigger isolieren
 - Kontrollerfahrung bleibt vollständig bei der Therapeutin

- Die Wege in die Dissoziation erkunden und neue bauen
 - Klient und Therapeut beobachten und analysieren gemeinsam
 - Arbeiten in ständiger Orientierung an Ressourcensituation
 - Ausbauen des Hier und Jetzt in gemeinsamem Vorgehen von Patientin und Therapeut
 - immenser Zuwachs an Kontrollerfahrung auf Seiten der Klientin

- Gewähren-Lassen und Zuschauen
 - in Fällen partieller Dissoziation ein wesentlicher Schritt zur Integration
 - dissoziative Symptome als Selbstheilungsversuch wahrnehmen
 - dissoziierte Erfahrungen externalisieren bedeutet bewusste Dissoziation
 - Anerkennung der Existenz des „Anderen“
 - Kontrollerfahrung auf Seiten der Klientin

Alle konstruktiven Möglichkeiten der Bearbeitung setzen den Abstand, die Beobachterposition voraus. Im assoziierten Zustand ist das optimale Erregungsniveau zur Bearbeitung nicht gegeben. Das traumatische Wiedererleben wird hier als aggressives, feindliches Element betrachtet, als ein Drittes, Unkontrollierbares empfunden. Nur in der sicheren Betrachtungsposition, der Auseinandersetzung kann eine Integration ins Hier und Jetzt erfolgen.

Umgang mit Dissoziationen II

Im konkreten Umgang unterscheiden wir nach:

- den betroffenen psychischen und körperlichen Funktionen
 - eventuell Einsatz von Notfallhilfen

- *dem Umfang/Grad der Dissoziation*
 - z.B. *Flash-Back oder Persönlichkeitswechsel*

- der Unmittelbarkeit der Dissoziation
 - der Grad der subjektiv erlebten Kontrollmöglichkeit (durch Klientin)
 - zeitliches Ausmaß
 - subjektiv erlebten Erreichbarkeit (durch Klinikerin) bestimmt, welche Ebene der Bearbeitung wir wählen werden:

- Dissoziation ist schnell, umfassend und scheinbar wenig kontrollierbar, wird sehr entfernt erlebt:
 - ⇒ Gestaltung des Gesprächs (Ressourcenorientierung!).
 - ⇒ im Ernstfall Dissoziationsstop/Reorientierungs(Grounding)-Techniken
 - ⇒ im Fall der Selbst-Dissoziationsstops, ist der Kontrolleffekt durch die Klientin enorm erhöht, die Beziehung zur Dissoziation bleibt aber aversiv: das Erleben soll vermieden werden.

- Dissoziation ist allmählich, kündigt sich uns als Beobachterin an
 - ⇒ einfache Reorientierung dafür nutzen, die verschiedenen Parameter der Erlebens herauszuarbeiten und ein Alternativkonzept zu erarbeiten