

Frühkindliche Traumatisierung und Dissoziation

*- diagnostische und therapeutische Vorgehensweise und
ihre Verbindung zur Existenzanalyse*

Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

Mai 2019

Eingereicht von:

Dr. med. Anna Maria Kresser

Eingereicht bei:

Dr. Liselotte Tutsch

Mag. Renate Bukovski

Angenommen von..... am

Angenommen von..... am

„Ich habe noch ein anderes Selbst...das in Tränen aufgelöst ist...Ich trage es tief in mir wie eine Wunde.“

Michel Tournier, 1972

„Wenn du vor mir stehst und mich ansiehst, was weißt Du von den Schmerzen, die in mir sind und was weiß ich von den Deinen. Und wenn ich mich vor Dir niederwerfen würde und weinen und erzählen, was wüsstest Du von mir mehr als von der Hölle, wenn Dir jemand erzählt, sie ist heiß und fürchterlich. Schon darum sollten wir Menschen voneinander so ehrfürchtig, so nachdenklich, so liebend stehen wir vor dem Eingang zur Hölle.“

Franz Kafka in einem Brief an Oskar Pollak, 8.11.1903

„Ohne die Opferrolle leugnen zu wollen, kann die Erfahrung integriert werden und führt zu einer Veränderung der Identität. Diese Menschen „sterben zu sich selbst“ um wieder geboren zu werden – als andere. In Kenntnis ihrer Verletzlichkeit und der Brüchigkeit ihrer inneren und äußeren Welt erreichen sie den tieferen Sinn und sind besser in der Lage, den Augenblick zu schätzen.“

Lavallée & Denis, 2004

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema der frühkindlichen Traumatisierung und der Dissoziation, sowie mit ihren Folgen und Auswirkungen in der Lebensbewältigung und in der Persönlichkeit. Dabei wird insbesondere die therapeutische Vorgehensweise gemäß dem Konzept der Strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit nach van der Hart, Nijenhuis und Steele näher beleuchtet und Zusammenhänge mit der Existenzanalyse herausgearbeitet. Dies wird mit zahlreichen Fallbeispielen praktisch dargestellt.

Mit dieser Arbeit soll ein tieferes Verständnis für komplexe Traumatisierungen mit Dissoziation entstehen können und insbesondere das Erkennen und die Diagnosestellung von dissoziativen Störungen gefördert werden.

Schlüsselworte: Trauma, Dissoziation, dissoziative Identitätsstörung, Existenzanalyse

Abstract

This thesis addresses infantile traumatisation and dissociation, as well as its consequences and its effects on the ability to cope with life and on the personality. The focus will be on the therapeutic approach according to the theory of structural dissociation of personality by van der Hart, Nijenhuis and Steele and the identification of the connection with the existential analysis. This will be underlined with case studies.

The objective of the thesis is to gain a deeper understanding of complex trauma and dissociation and to enhance the recognition and diagnosis of dissociative disorders.

Keywords: trauma, dissociation, dissociative identity disorder, existential analysis

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
2. Internationale Klassifikation von Traumafolgestörungen nach ICD-10 Kapitel V (F)	7
3. Annäherung an die Begrifflichkeit – Trauma.....	12
3.1. Trauma	12
3.1.1. Die existenzielle Sicht der Traumatisierung und ihre Einflüsse.....	15
4. Annäherung an die Begrifflichkeit - Dissoziation	23
4.1. Dissoziation	23
4.1.1. Die existenzielle Sicht der Dissoziation	26
4.1.2. Die strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit	27
5. Therapeutische Vorgehensweise nach dem Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit nach van der Hart, Nijenhuis und Steele	34
5.1. Allgemeine Behandlungsprinzipien	34
5.2. Integration – Synthese und Realisation.....	35
5.3. Einschätzung des traumatisierten Menschen	36
5.4. Phase 1 - Stabilisierung und Symptomverringerng	39
5.4.1. Förderung des adaptiven Handelns	39
5.4.2. Förderung der Realisation	44
5.4.3. Phobien, die die strukturelle Dissoziation aufrechterhalten	45
5.5. Phase 2 - Konfrontation, Durcharbeiten und Integration von traumatischen Erinnerungen.....	58
5.6. Phase 3 - (Re-) Integration und Rehabilitation der Persönlichkeit.....	61
6. Annäherung an die existenzanalytischen Zusammenhänge	63
7. Reflexion und Diskussion.....	67
8. Literaturverzeichnis.....	70

1. Einleitung

Für meine Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse habe ich das Thema frühkindliche Traumatisierung und Dissoziation ausgewählt, da ich neben meinem großen persönlichen Interesse im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit von Beginn an im klinisch-psychiatrischen Alltag damit konfrontiert war. In der psychiatrischen Klinik ist mir aufgefallen, dass das Personal verschiedener Berufsrichtungen angesichts Patientinnen mit frühkindlichen Traumatisierungen immer wieder an seine Grenzen kam, entweder aufgrund von Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht oder aufgrund von Gefühlen des Ärgers, Misstrauens und der Ablehnung. Dies war besonders ausgeprägt bei Patienten mit dissoziativen Symptomen, hierbei kam auch häufig der Verdacht von Simulation hoch.

Meiner Meinung nach werden immer wieder Fehldiagnosen bzw. Diagnosen, welche zu wenig weit greifen, gestellt, wie emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, welche eher symptombeschreibend ist, oder nicht selten sogar Diagnosen vom schizophrenen Formenkreis. Bereits die Anamneseerhebung ist zu wenig differenziert und eine Traumaanamnese bzw. Ätiologie der Symptomatik wird in der Hektik des klinischen Alltags häufig auch ausgeblendet. Dies ist sicherlich auch auf das ICD-10 zurückzuführen. Im ICD-11 sollte die Diagnosestellung von traumaassoziierten Störungen differenzierter möglich sein, insbesondere mit der Einführung der Diagnose „Komplexe posttraumatische Belastungsstörung“.

Die Patientinnen sind dabei die Leidtragenden und nicht selten dauert es Jahre bis Jahrzehnte bis sie nicht nur die richtige Diagnose, sondern damit verbunden auch die adäquate Behandlung und eventuell Medikation erhalten. Ich habe mehrere Jahre auf einer störungsspezifischen Traumatherapiestation mit Schwerpunkt komplexe Traumafolgestörungen und dissoziative Störungen in der Schweiz gearbeitet. Dort klagten Patientinnen immer wieder darüber, dass sie unzählige Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken mit fast ebenso vielen unterschiedlichen Diagnosen im Laufe ihrer Krankengeschichte erlebten. Es kam auch vor, dass Patientinnen jahrelang aufgrund von Stimmen-hören eine hohe Dosis einer antipsychotischen Medikation einnahmen, obwohl dies, wie sich später herausstellte, Teil der traumaassoziierten intrusiven Symptomatik war. Nicht allzu selten waren nach dem Ausschleichen des Neuroleptikums die traumabezogenen Symptome zwar verstärkt vorhanden, aber sowohl die Lebendigkeit und

Schwingungsfähigkeit war gebessert, als auch die traumatherapeutische Arbeit erleichtert und nachhaltiger. Erst durch die Aufnahme und Behandlung nach dem Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit nach Ellert Nijenhuis auf dieser Traumatherapiestation entwickelte sich ein umfassendes und stimmiges Verständnis sowohl für ihre Krankheits-, als auch Persönlichkeitsentwicklung. Plötzlich fühlten sich die Betroffenen, teilweise zum ersten Mal in ihrem Leben, gesehen und verstanden. Dies war immer wieder eine sehr schöne und bereichernde Erfahrung in meiner Berufslaufbahn.

Vielleicht kann diese vorliegende Arbeit einen kleinen Beitrag zum verbesserten Verständnis der Betroffenen mit dissoziativen Störungen leisten und somit die existenzanalytische Tätigkeit beeinflussen.

Ich möchte an dieser Stelle darauf hinweisen, dass in der gesamten Arbeit die weibliche Form bei der Erwähnung von Therapeutinnen und Patientinnen von mir gewählt wurde, da ich einerseits eine weibliche Therapeutin und die Verfasserin bin und andererseits im Rahmen der traumatherapeutischen Arbeit die Betroffenen überwiegend Frauen sind. Dabei ist im Sinne der sprachlichen Gleichstellung jeweils auch die männliche Form gemeint.

2. Internationale Klassifikation von Traumafolgestörungen nach ICD-10 Kapitel V (F)

Unterteilung in spezifische Diagnosen, welche explizit Traumafolgestörungen beschreiben:

Akute Belastungsreaktion F43.0

Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinsminderung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden (Dilling, Freyberger 2012, 171 - 173).

Posttraumatische Belastungsstörung F43.1 (PTBS)

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten.

Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über (Dilling, Freyberger 2012, 173 - 175).

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung F62.0

Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen. Die Belastung muss extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet. Eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) kann dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorausgegangen sein (Dilling, Freyberger 2012, 249 - 252).

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit F62.1

Eine auf der traumatischen Erfahrung einer schweren psychiatrischen Krankheit beruhende, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung. Die Änderung kann nicht durch eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung erklärt werden und sollte vom Residualzustand einer Schizophrenie und anderen Zustandsbildern unvollständiger Rückbildung einer vorausgegangenen psychischen Störung unterschieden werden.

Die Störung ist gekennzeichnet durch eine hochgradige Abhängigkeit sowie Anspruchs- und Erwartungshaltung gegenüber anderen, eine Überzeugung, durch die Krankheit verändert oder stigmatisiert worden zu sein. Dies führt zu einer Unfähigkeit, enge und vertrauensvolle persönliche Beziehungen aufzunehmen und beizubehalten, sowie zu sozialer Isolation. Ferner finden sich Passivität, verminderte Interessen und Vernachlässigung von Freizeitbeschäftigungen, ständige Beschwerden über das Kranksein, oft verbunden mit hypochondrischen Klagen und kränkelndem Verhalten, dysphorische oder labile Stimmung, die nicht auf dem Vorliegen einer gegenwärtigen psychischen Störung oder einer vorausgegangenen psychischen Störung mit affektiven Residualsymptomen beruht. Schließlich bestehen seit längerer Zeit Probleme in der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit (Dilling, Freyberger 2012, 252 - 254).

Unterteilung in unspezifische Diagnosen, welche nicht ausschließlich auf Traumata zurückzuführen sind:

Anpassungsstörung F43.2

Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein.

Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein (Dilling, Freyberger 2012, 175 - 178).

Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) F44

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Alle dissoziativen Störungen neigen nach einigen Wochen oder Monaten zur Remission, besonders wenn der Beginn mit einem traumatisierenden Lebensereignis verbunden ist. Eher chronische Störungen, besonders Lähmungen und Gefühlsstörungen, entwickeln sich, wenn der Beginn mit unlösbaren Problemen oder interpersonalen Schwierigkeiten verbunden ist.

Diese Störungen wurden früher als verschiedene Formen der "Konversionsneurose oder Hysterie" klassifiziert. Sie werden als ursächlich psychogen angesehen, in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen.

Die Symptome verkörpern häufig das Konzept der betroffenen Person, wie sich eine körperliche Krankheit manifestieren müsste. Körperliche Untersuchung und Befragungen geben keinen Hinweis auf eine bekannte somatische oder neurologische Krankheit. Zusätzlich ist der Funktionsverlust offensichtlich Ausdruck emotionaler Konflikte oder Bedürfnisse. Die Symptome können sich in enger Beziehung zu psychischer Belastung entwickeln und erscheinen oft plötzlich. Nur Störungen der körperlichen Funktionen, die normalerweise unter willentlicher Kontrolle stehen, und Verlust der sinnlichen Wahrnehmung sind hier eingeschlossen. Störungen mit Schmerz und anderen komplexen körperlichen Empfindungen, die durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, sind unter Somatisierungsstörungen (F45.0) zu klassifizieren. Die Möglichkeit eines späteren Auftretens ernsthafter körperlicher oder psychiatrischer Störungen muss immer mitbedacht werden (Dilling, Freyberger 2012, 178 - 179).

Dissoziative Störungen können spezifiziert werden in Dissoziative Amnesie F44.0, Dissoziative Fugue F44.1, Dissoziativer Stupor F44.2, Trance- und Besessenheitszustände

F44.3, Dissoziative Bewegungsstörungen F44.4, Dissoziative Krampfanfälle F44.5, Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen F44.6, Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt F44.7 und in Multiple Persönlichkeit(ssörung) F44.81 (Dilling, Freyberger 2012, 179 – 187). In weiterer Folge wird letztere Diagnose noch genauer beschrieben.

Multiple Persönlichkeit(ssörung) F44.81

A. Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt jeweils nur eine in Erscheinung tritt.

B. Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen.

C. Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, was für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt ist.

D. Ausschlussvorbehalt: Nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (z.B. F06.5, F06.8) (z.B. eine Epilepsie) oder durch psychotrope Substanzen (F1) (z.B. Intoxikation oder Entzugssyndrom). (Dilling, Freyberger 2012, 186)

Depersonalisations- und Derealisationssyndrom F48.1

A. Entweder 1. oder 2.:

Depersonalisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl von entfernt sein, von „nicht richtig hier“ sein. Sie klagen z.B. darüber, dass ihre Empfindungen, Gefühle und ihr inneres Selbstgefühl losgelöst seien, fremd nicht ihr eigen, unangenehm verloren, oder dass ihre Gefühle und Bewegungen jemand anderem zu gehören scheinen, oder dass sie das Gefühl haben in einem Schauspiel mitzuspielen.

Derealisation: Die Betroffenen klagen über ein Gefühl von Unwirklichkeit. Sie klagen z.B. darüber, dass die Umgebung oder bestimmte Objekte fremd aussehen, verzerrt, stumpf, farblos, leblos, eintönig und uninteressant sind, oder sie empfinden die Umgebung wie eine Bühne, auf der jedermann spielt.

B. Die Einsicht, dass die Veränderung nicht von außen durch andere Personen oder Kräfte eingegeben wurde, bleibt erhalten (Dilling, Freyberger 2012, 199 – 200).

3. Annäherung an die Begrifflichkeit – Trauma

3.1. Trauma

Nach Fischer und Riedesser wird eine traumatische Erfahrung definiert, als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt (Fischer, Riedesser 1998, 79).

In der traumatischen Situation ist somit die normale Erlebnisverarbeitung gewöhnlich außer Kraft gesetzt und es kommt zur Veränderung des Zeit-, Raum- und Selbsterlebens. Es tritt entweder eine Lähmung und Erstarrung ein oder es kommt zu einem panikartigen Bewegungsturm. Trauma kann als eine unterbrochene Handlung in einer vital bedeutsamen Problemsituation gesehen werden, wobei es dabei verstärkt zu einem in der experimentellen Psychologie bekannten Phänomen der Tendenz zur Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen kommt, welches die häufigen Wiederholungstendenzen erklärt. Ebenso treten strukturelle Veränderungen in der Wahrnehmungsverarbeitung auf, welche zu Symptomen von völligem Absorbiert- und Gefangensein in der Situation, Depersonalisierung und Derealisierung, sowie Vergessen entscheidender Vorkommnisse führen. Um einen Eindruck zu vermitteln, werden im Folgenden einige zentrale Statements aus dem Fragebogen „Kölner Opferhilfe Model“ in Kurzform angeführt:

„Ich wusste nicht mehr, was vor sich ging und war an den Erlebnissen nicht mehr beteiligt; ich handelte automatisch und bemerkte erst später, daß ich Dinge tat, zu denen ich mich gar nicht bewußt entschlossen hatte; alles schien wie im Zeitlupentempo zu passieren; es schien mir unwirklich, als ob ich träume, oder einen Film bzw. ein Theaterstück sehe; ich fühlte mich wie ein Zuschauer, als ob ich das Geschehen wie ein Außenstehender betrachten und darüber schweben würde; ich fühlte mich abgetrennt von meinem Körper oder so, als ob mein Körper außergewöhnlich groß oder klein wäre; ich fühlte mich von Dingen, die anderen geschahen, unmittelbar selbst betroffen; später fand ich heraus, daß vieles passiert war, was ich nicht mitbekommen hatte, vor allem Dinge, die ich normalerweise bemerken würde; es gab Augenblicke, in denen mir nicht klar war, was um mich

herum vor sich ging, ich war verwirrt; ich war desorientiert; es gab Momente, in denen ich mir unsicher war, wo ich war und welche Zeit es gerade war“.

(Fischer, Riedesser 1998, 79-80).

In der Literatur werden apersonale Traumatisierungen, wie Naturkatastrophen, von personalen Traumatisierungen, wie bei Folter, Kriegseinwirkungen sowie körperlicher und sexualisierter Gewalt und Vernachlässigung, unterschieden. Dabei ziehen personale Traumatisierungen meist schwerwiegendere psychische Folgen bei den Betroffenen nach sich als apersonale Traumatisierungen (Reddemann 2005, 33).

Zudem erfolgt eine Differenzierung zwischen Typ-I-Traumata, bei denen es sich um einmalige Ereignisse, insbesondere Naturkatastrophen, handelt und Typ-II-Traumata, auch komplexe Traumatisierungen genannt. Typ-II-Traumata umfassen langjährige, sequentielle personale Traumatisierungen im nahen Umfeld durch Misshandlung, sexualisierte Gewalt, Vernachlässigung, sowie Kriegseinwirkung, Vertreibung, Gefangenschaft und Folter. Demzufolge können Typ-I-Traumata meist leichter verarbeitet werden, jedoch weisen Typ-I-Trauma PatientInnen nicht selten komplexe Traumatisierungen in der Vorgeschichte auf, sodass auch ein relativ harmloses Typ-I-Trauma schwerwiegendste Folgen haben kann (Reddemann 2005, 33).

Bereits Masud Khan verwendete 1963 den Begriff des „kumulativen Traumas“ bei dem sich auch subtraumatische Ereignisse und Belastungen addieren und zu einer Traumatisierung führen können, da bei fehlender sozialer Unterstützung auf die Dauer die Selbstschutzfunktionen des Ich zusammenbrechen und sich nicht mehr aufrichten können (Fischer, Riedesser 1998, 38).

Ereignisse nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind:

1. dauern sehr lange;
2. wiederholen sich häufig;
3. lassen das Opfer mit schweren körperlichen Verletzungen zurück;
4. sind vom Opfer schwerer zu verstehen;
5. beinhalten zwischenmenschliche Gewalt;
6. der Täter ist ein nahe stehender Mensch;

7. das Opfer mochte (mag) den Täter;
8. das Opfer fühlt sich mitschuldig;
9. die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder gestört;
10. beinhalten sexuelle Gewalt;
11. beinhalten sadistische Folter;
12. haben mehrere Täter das Opfer zugerichtet;
13. hatte das Opfer starke Dissoziationen;
14. hat niemand dem Opfer unmittelbar danach beigestanden;
15. hat niemand nach der Tat darüber mit dem Opfer gesprochen.
16. (Huber 2012, 75)

Schutzfaktoren gegen chronische Folgen von Traumatisierungen:

- soziale Unterstützung,
 - kommunikative Kompetenz und
 - kohärentes Weltbild.
- (Huber 2012, 82)

Bestimmte Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person nach einem Trauma eine PTBS entwickeln wird:

a) Faktoren vor dem traumatischen Ereignis:

- geringe soziale Unterstützung;
- „Schicksalsschläge“ (adverse life events);
- Armut der Eltern;
- vorherige Misshandlung in der Kindheit;
- dysfunktionale Familienstrukturen;
- familial-genetische Geschichte psychischer Störungen;
- Introversion oder extrem gehemmtes Verhalten;
- Geschlecht: weiblich;
- schlechte körperliche Gesundheit;
- vorherige psychische Störung.

b) Faktoren während des Traumas:

- Länge und Ausmaß und Wiederholung der traumatischen Einwirkung;

- subjektives Bedrohungsgefühl (z.B. häufige akute Todesangst);
- andere, damit verbundene Traumata (z.B. Zeuge der Misshandlung anderer werden; zum Täter an anderen Opfern werden).

c) Faktoren nach dem Trauma:

- mangelnde soziale Unterstützung;
- fortgesetzte negative Lebensereignisse;
- mangelnde Anerkennung des Traumas durch andere;
- sekundäre Stressfaktoren wie Schulwechsel, Umzug, Zerstörung des Zuhauses, wiederholte Bedrohungen, Angst vor dem Täter und finanzielle Probleme.

(Huber 2012, 83)

3.1.1. Die existenzielle Sicht der Traumatisierung und ihre Einflüsse

In der Existenzanalyse hat die Traumatisierung eine besonders große existenzielle Relevanz, da dabei das „Entsetzen“ erlebt wird, in dem die Abgründigkeit des Seins erfahren wird. Wahrscheinlich könnten wir ein alltägliches Leben kaum bewältigen, wenn uns diese möglichen Abgründe des Daseins ständig bewusst wären. Der gesunde Mensch adaptiert sich auf ein Bild der Realität, das sicher, handhabbar, überschaubar, verlässlich und vertrauenswürdig erscheint. Doch in extremen Situationen kann dieses Bild der Realität plötzlich zerstört werden und wir werden bis in unsere Grundfesten erschüttert. Das traumatische Erleben ist mit einer gänzlich neuen Alltagswirklichkeit konfrontiert, so dass unsere adaptierten Haltungen, Einstellungen und Umgangsweisen versagen. Wie bereits Fischer und Riedesser (1998) beschrieben haben, sind nur jene Traumata als Ursache einer Traumafolgestörung anzusehen, welche die üblichen Verarbeitungskapazitäten des Menschen überschreiten, weil sie eine überwältigende Dimension haben und entsprechend zu ungewöhnlich heftigen Reaktionen führen. Der Mensch erlebt sich aufgrund einer Wucht, Gewaltigkeit und Größe von Zerstörung hilflos und ohnmächtig und ist erfüllt mit Schreck und Entsetzen (Längle 2005, 5-6).

Diese Ausführungen gründen auf den wesentlichen wissenschaftlichen Pionierleistungen von Pierre Janet (1859 – 1947), Zeitgenosse von Sigmund Freud. Wobei im Gegensatz zu Sigmund Freud die Arbeiten von Janet beinahe 100 Jahre ohne großen Einfluss blieben. Janet

entdeckte, dass traumatische Erfahrungen, die nicht in Worte beschrieben werden können, sich in Bildern, körperlichen Reaktionen und im Verhalten manifestieren. Der „unaussprechliche Schrecken“ des Traumas entzieht sich den höheren kognitiven Organisationsebenen und schlägt sich auf semiotisch niedrigeren Repräsentationsstufen nieder (Fischer, Riedesser 1998, 32 - 33).

An dieser Stelle möchte ich noch weiter auf wesentliche Elemente der Wissenschaftsgeschichte der Psychotraumatologie eingehen: 1887 entwickelte der berühmte Hypnosearzt Charcot in Frankreich das Konzept der traumatischen Erfahrung. Dabei ging aus den Hypnoseexperimenten und den therapeutischen Ansätzen Charcots hervor, dass zahlreiche psychopathologische Auffälligkeiten und Symptome mit verdrängten Erinnerungen an traumatische Erlebnisse zusammenhängen. Janet arbeitete mit Charcot an der Pariser Salpêtrière zusammen und verwendete als erster den Begriff der Dissoziation als Erklärungskonzept. Dissoziation entsteht nach Janet als Folge einer Überforderung des Bewusstseins bei der Verarbeitung traumatischer, überwältigender Erlebnisse. In seiner Arbeit „L'automatisme psychologique“ aus dem Jahr 1889 beschreibt er, dass die Erinnerung an eine traumatische Erfahrung oft nicht angemessen verarbeitet werden kann und somit vom Bewusstsein abgespalten, dissoziiert wird, um später erneut aufzuleben, entweder in Form von emotionalen oder körperlichen Zustandsbildern, oder in Form von Vorstellungen, Bildern oder Reinszenierungen im Verhalten. Im Extremfall kann es zur Ausbildung unterschiedlicher Teilpersönlichkeiten führen, was der heutigen Diagnose der dissoziativen Identitätsstörung entspricht. Dieses Konzept der Reinszenierung des Traumas im Verhalten und auf unterschiedlichen kognitiven Repräsentationsebenen bildet gemeinsam mit dem Konzept der traumaassoziierten Gedächtnisstörungen, wie postexpositorische Amnesien oder Hypermnesien (übergenaue Erinnerungsbilder), eine differenzierte Theorie der Traumatisierung von Pierre Janet als Vorläufer der modernen Psychotraumatologie (Fischer, Riedesser 1998, 32 - 33).

Das oben beschriebene Entsetzen stellt das existenzielle Thema der Traumatisierung dar. Im existenzanalytischen Verständnis meint der Begriff des Entsetzens das fassungslose Unverständnis vor etwas Fremden, dessen Vorhandensein als unmöglich angesehen wurde. Das Entsetzen ist eine Form des Staunens, nämlich über die Unfasslichkeit der Abgründigkeit der Existenz. Es ist, als ob das Sein den Menschen betrogen hätte und doch ist er weiterhin

auf das Sein angewiesen, er kann ohne es nicht weiterleben (Längle 2007, 5). Das Traumaerleben ist somit nicht nur durch die erschütternde Unfasslichkeit der Realität charakterisiert, sondern auch durch die Erschütterung des Vertrauens. Es geht im Entsetzen um das Unverständnis und den Vertrauensverlust ins Dasein. Hierbei zeigt sich folgende Paradoxie des Seins: Unser gewöhnliches Erleben von Sein ist, dass es Schutz, Raum und Halt vermittelt und der tragende Grund des „In-der-Welt-Seins“ ist. Nun bricht dieses Vertrauen, in der Existenzanalyse auch Grundvertrauen genannt, durch das Traumaerleben ein. Die wiederholte oder die überdimensionale Erfahrung, dass das Sein „nicht hält“, entzieht dem Menschen den Boden in seiner Welt. Ohne Standfläche gerät er in eine Machtlosigkeit gegenüber einem Ereignis, das sich seiner Kontrolle entzieht, und das er nun auch nicht mehr verarbeiten kann (Längle 2005, 6-7).

Dieses Entsetzen und der nachfolgende Vertrauensverlust ins Dasein und die Welt erscheinen mir besonders bei plötzlich einsetzenden Katastrophen (Naturgewalt, Unfall, Krieg etc.) oder Verlusterlebnissen bei Erwachsenen mit überwiegend unauffälliger Kindheit relevant. Da sich in diesem Fall ein Grundvertrauen vor der Traumatisierung aufbauen konnte. In vielen Fällen einer frühkindlichen, sequentiellen Traumatisierung, wo niemals die Grundbedingungen Schutz, Raum und Halt (erste Grundmotivation) erfüllt waren, kann auch kein Grundvertrauen entstehen, sondern es überwiegt stets Angst und Unsicherheit.

Psychodynamik in der Traumatisierung

Ein traumatisches Erlebnis sprengt den existenziellen Zusammenhalt in allen vier Grunddimensionen der Existenz (gemäß der vier Grundmotivationen der Existenzanalyse) und entzieht damit dem Ich den Boden zur Durchführung des Verarbeitungsprozesses, wodurch der existenzielle Vollzug der Person zum Erliegen kommt (Längle 2007, 9). Diese existenzielle Verunsicherung führt zu einem Oszillieren in den Reaktionen. Überaktivität und Passivierung treten gleichzeitig auf. Versuche, das Erlebte doch anzugehen und einzuarbeiten wechseln mit Phasen der Lähmung und der Ermüdung. So schwankt die Betroffene zwischen Intrusionen und Leugnung, zwischen andauerndem Wiedererleben und Vermeidungsverhalten, zwischen erhöhter Erregtheit und Abstumpfung (Längle 2005, 7-8).

Max Stern beschrieb bereits 1988 als erste Notfallreaktionen einerseits eine katatonoiden Reaktion (Erstarrung) und andererseits einen agitierten Bewegungsturm als Folge einer

massiven Traumatisierung (Fischer, Riedesser 1998, 39).

Bei einer starken Bedrohung des Daseins brechen die Verarbeitungsstrukturen schließlich ein und fallen auf die letztmögliche Abwehrstufe zurück, nämlich auf die Totstellreflexe der vier Grundmotivationen: Lähmung, Apathie, Dissoziation und Betäubung. Parallel dazu werden die schützenden Grundbewegungen mobilisiert: Vermeidung, Rückzug, auf Distanz gehen und provisorisches Engagement. Zusätzlich ist auch die Reaktionsstufe des Aktivismus in der ersten Grundmotivation mobilisiert: Ankämpfen, beispielsweise in Form von Wiedererleben des Traumas (Intrusionen) und belastenden Träumen. Dies zeigt auch, dass die Traumafolgestörung nahe an der Angst und dem Weltbezug angesiedelt ist (erste Grundmotivation). Der massive Einsatz von psychodynamischen Copingreaktionen geht auf Kosten des personalen Dialogs mit sich selbst und mit der Außenwelt (Längle 2007, 10).

Störungen der GM: Grundgefühl	Grundbewegung (Vermeidungsversuch)	Paradoxe Bewegung = Aktivismus (Bewältigungsversuch)	Abwehrdynamik im Nicht-Entkommen (Aggressionstyp)	Überwältigungs-erleben (Totstellreflex)
1. GM Ängstlich	<u>Fliehen</u>	Ankämpfen	<i>Destruktiv: Hass</i>	Lähmung
2. GM Depressiv	<u>Rückzug</u>	Leisten	<i>Beziehungssuchend: Wut</i>	Erschöpfung, Resignation, Apathie
3. GM Hysterisch	<u>Auf Distanz gehen</u>	Rechtfertigen, Recht geben (Überspielen)	<i>Abgrenzend: Zorn/Ärger</i>	Dissoziation (Spaltung, Leugnung)
4. GM Suizidal u. dependent	<u>Provisorisches Engagement</u>	Provokation, Idealisierung, Fanatismus	<i>Kontext bildend: spielerische Aggr., Zynismus, Empörung</i>	Betäubung

Tabelle 1: Die Formen des automatischen Schutzverhaltens (Copingreaktionen), gegliedert nach den Themen der Grundmotivationen. Unterstrichen sind jene Copingreaktionen, die durch das traumatische Entsetzen mobilisiert werden (vgl. Längle 2005, 8).

Im Rahmen meiner Tätigkeit auf einer Traumatherapiestation lernte ich unzählige Patientinnen und Patienten mit wechselnden Symptomen von depressiver Stimmung, Antriebslosigkeit, Numbing (emotionaler Abstumpfung), Leeregefühl kennen und an anderen Tagen dominierten Symptome von Hyperarousal, Hypervigilanz, Intrusionen, gesteigerter Antrieb mit Spannungsgefühlen. Beispielsweise versuchte Frau G. mit frühkindlicher, komplexer Traumatisierung die traumaassoziierte Symptomatik, insbesondere die Flashbacks auf optischer, akustischer und kinästhetischer Ebene, mittels Ablenkung und extremen

Leistungsverhalten zu kompensieren. Diese Copingstrategie ist sicherlich der Reaktionsstufe des Aktivismus zu zuordnen. Aus dieser Phase der extremen Leistungskompensation entwickelten sich meist eine zunehmende Depression mit völliger Erschöpfung und schließlich eine Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit mit Suizidgedanken.

Da es durch dieses gleichzeitige Mobilisieren gegenläufiger Verhaltensweisen zu keiner Verarbeitung des Traumas kommen kann, entsteht bei 86% der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) eine komorbide dissoziative Störung (Längle 2005, 8). Eine Dissoziation stellt dabei das Versagen der integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der personalen Identität sowie der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung der Umwelt, sowie auch der körperlichen Bewegungsabläufe dar (Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 78; Wöller 2013, 113). Dies wird im nächsten Kapitel genauer erläutert. Auf andere häufige Komorbiditäten, wie Depression, Angststörungen und Panikattacken, Suchterkrankungen, Essstörungen oder Somatisierungsstörungen, wird in dieser Arbeit aufgrund der Schwerpunktsetzung auf Dissoziation nicht näher eingegangen.

Ich-Struktur und Trauma

Die Ich –Stärke entsteht durch die Ausbildung und den Einsatz spezifischer Fähigkeiten, die wiederum dem Selbst-Sein zugrunde liegen. Drei Voraussetzungen werden dafür benötigt:

1. **Selbst-Wahrnehmung:** Es kommt zur Ausdifferenzierung von Grenzen und zur Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich. Bereits Christian Scharfetter, Schweizer Psychiater und Psychopathologe, bezeichnete die Fähigkeit der Abgrenzung vom Nicht-Ich als Ich-Demarkation, welche die Ich-Bildung ermöglicht. Diese Fähigkeit ist die Basis für jeden Dialog, da Austausch nur bei Differenz möglich ist.
2. **Selbst-Beurteilung:** Dies ist grundlegend zur Ich-Bildung und umfasst die Fähigkeit zur Selbst-Annahme sowie zur Selbst-Distanzierung. Dadurch wird auch die Notwendigkeit zur Stellungnahme deutlich. Nur durch die Stellungnahme zu sich selbst wird die gefundene Grenze und das von ihr umschlossene Eigene gefestigt („sich zu sich Stellen“). Durch das Beurteilen was man von sich hält, was man als zu sich gehörig, zu einem passend und einem entsprechend von seinen Plänen, Erlebnisweisen und Handlungen ansieht, formt sich das eigene Ich. Dies ist die

eigentliche integrative Aktivität, durch die die Ich-Identität wirksam begründet wird. Durch die traumatische Erfahrung ist vor allem diese Fähigkeit gestört, da alles plötzlich in Frage gestellt und relativiert wird (Was gehört nun noch zu mir? Gibt es da überhaupt noch ein Eigenes, das mir gehört und das mir nicht im nächsten Augenblick durch eine Woge des Schreckens entrissen wird, als gehörte es mir nicht?). Es kommt zum Verlust der Ich-Integrität.

3. **Selbst-Wertschätzung:** Hier stellt sich der Mensch explizit zu dem, was er an sich schätzen kann und fundiert so seinen Selbstwert. Die kritische Selbst-Betrachtung führt zu einem Spüren für das Positive im eigenen Entscheiden und Handeln.

Durch die traumatische Erfahrung ist das Handeln gelähmt und steht im Schatten der Ereignisse, sodass eine wertschätzende Beurteilung der eigenen Entscheidungen und Handlungen keine Bedeutung mehr hat bzw. nicht mehr möglich ist. Das Gefühl der Leere und Entfremdung wird dadurch verstärkt (Längle 2005, 9 – 10).

Traumawirkung

Auswirkung auf der Ebene der Existenz

Ein schweres Trauma wirkt auf alle vier Grundbedingungen der Existenz und diese wird weitgehend blockiert, respektive sind alle strukturellen Ebenen des Daseins betroffen. Somit sind folgende Dimensionen erschüttert: das Sein-Können, die Beziehung zum Leben inklusive des vitalen Wertgefühls und des Beziehungslebens, die Ich-Funktionen inklusive Selbstbild, Identität und Selbstwert. Schließlich wird auch der Glauben an eine Zukunft, an eine Entwicklung zerstört, in der das eigene Leben und Handeln aufgehen könnte (Längle 2005, 10).

Darstellung der Defizite aller vier Grundmotivationen:

1. GM: feindliche/misstrauische Haltung der Welt gegenüber
2. GM: sozialer Rückzug
3. GM Gefühle der Leere
4. GM: Gefühl der Hoffnungslosigkeit, chronisches Gefühl von Nervosität (gedeutet als frustranes Äquivalent von Aktivität)

(Längle 2005, 11)

Auswirkungen auf der Prozessebene

Verliert die Betroffene den Bezug zur Existenz, bricht der Verarbeitungsprozess von inneren wie äußeren Eindrücken zusammen und sie verliert somit den Zugang zu ihren personalen Ressourcen und Ich-Funktionen. Dies führt somit zur völligen Ich-Blockade. Die personalen Verarbeitungskräfte, wie Verstehen, Stellungnahme, Willensbildung und adäquates Ausdrucksverhalten, erliegen der Wucht des Eindrucks („protrahierte PEA-Lähmung“). Statt der Verarbeitung tauchen immer wieder die Bilder der Traumatisierung auf und ersetzen das Gefühl mit emotionaler Taubheit. Die Person ist dabei wie verschüttet und aufgrund ihres eingemauerten Zustandes kann sie sich nur in Form von Nervosität, Irritiertheit und Übererregung zeigen. Diese Symptome überwältigter Gegenwehr nennt Längle auch „Klopfschreie des Ich“. In Folge dessen entstehen folgende Symptome der PTBS nach ICD-10: Vermeidungsverhalten, Hypervigilanz, Hyperarousal und Schlaflosigkeit (Längle 2005, 11).

Hier gäbe es ebenso unzählige Betroffene zu nennen. Frau W. beispielsweise mit frühkindlicher und sequentieller Traumatisierung entwickelte im Erwachsenenalter nach einer akuten Belastungsreaktion Symptome einer PTBS mit Intrusionen, Vermeidungsverhalten mit Angstsymptomen, Hyperarousal und massive Schlafstörungen mit Albträumen. Sie fühlte sich im Umgang mit anderen Menschen verunsichert und überfordert, hatte Schwierigkeiten mit dem Treffen von Entscheidungen und ging häufig über ihre eigenen Grenzen, woraufhin es zu chronischen Schmerzen und schließlich einer Arbeitsunfähigkeit kam. Ein ständig wiederkehrendes Numbing und massives Anspannungsgefühl mit Gefühlen von Leere, Verzweiflung, Ohnmacht, Sinnlosigkeit und Wertlosigkeit führte zu selbstverletzendem Verhalten und Suizidgedanken. Frau W. verlor den Zugang zu ihren Ressourcen und Kompetenzen und fühlte sich abgeschnitten von den ihr wichtigen Werten in ihrem Leben.

In der PTBS kommt es nicht zu einem Leidensprozess, sondern es besteht ein Leidenszustand, wobei zur Entlastung des unerträglichen, intensiven Schmerzes weniger ein Leiden als eine Lähmung vorherrscht. Dieser Erstarrung der PTBS liegt der Verlust der Verankerung im Fundament der Existenz zu Grunde. Entsprechend der vier Grundstrukturen der Existenz kommt es zum Überwältigtsein durch die Erfahrung von 1. Erschütterung, 2. Verlust, 3. Schmerz und 4. Unbegreiflichkeit. Gemäß Längle entsteht der traumatische Stress daher nicht durch die Leidverarbeitung, sondern durch die Unfähigkeit, in diesem notwendigen Prozess

voranzukommen. Dadurch kommt es zu Copingreaktionen, welche die Traumatisierte vor dem schützen, was sie nicht annehmen und aushalten kann (1. GM) und um sich mit der Zerstörung nicht in Beziehung setzen zu müssen (2. GM). Das zerstörerische Geschehen gibt der Traumatisierten das Gefühl, dass man in einer solchen Welt nicht mehr so sein kann wie zuvor und man weiß nicht mehr, wer man eigentlich ist (3. GM). Jegliche Hoffnung auf eine zukunftsorientierte Entwicklung und etwas Konstruktives in sich, was man diesem Zerstörungsausmaß entgegenstellen könnte, erscheint verloren (Längle 2005, 11 - 12).

Alfried Längle beschreibt diese Blockade der vier fundamentalen existenziellen Grundbezüge (Grundmotivationen, GM) wie folgt: „eine solche Welt trägt nicht mehr (1. Grundmotivation); in solches Leben verliert seine anziehende Kraft und Wärme (2. Grundmotivation); sich selbst fremd geworden findet sich der Zugang zu sich selbst nicht mehr (3. Grundmotivation); und auch nicht zu einer Welt, in der das Wertvolle jederzeit und unvorhergesehen auf das schlimmste zerstört werden kann. Eine solche Zukunft ist nicht konstruktiv, in ihr gibt es kein sinnvolles Werden und Wachsen (4. Grundmotivation).“ (Längle 2005, 12)

4. Annäherung an die Begrifflichkeit - Dissoziation

4.1. Dissoziation

In dieser Arbeit wurden dissoziative Störungen im Kapitel „Internationale Klassifikation von Traumafolgestörungen nach ICD-10 Kapitel V (F)“ und Dissoziation als traumaassoziiertes Symptom im Kapitel „Trauma“ bereits mehrfach erwähnt. Im hier vorliegenden Kapitel soll schließlich genauer auf das Konzept der Dissoziation aus unterschiedlicher Sicht eingegangen werden. Das Konzept der Dissoziation ist nach van der Hart, Nijenhuis und Steele entscheidend für das Verständnis des Phänomens der Traumatisierung (van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, 17).

Ähnlich der Klassifikation im ICD-10 werden im DSM-5 dissoziative Störungen beschrieben als „Störung und/oder eine Unterbrechung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotionen, Wahrnehmungen, Körperbild, Kontrolle motorischer Funktionen und Verhalten. Dissoziative Symptome können potenziell jeden Bereich psychischer Funktionen beeinträchtigen.“ (Falkai, Wittchen 2015, 397).

Die ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation) beschäftigt sich speziell mit der Erforschung dissoziativer Erkrankungen und hat nach langen Diskussionen über konzeptionelle Unklarheiten hinsichtlich dissoziativer Phänomene eine Definition als Konsensus verabschiedet. Diese folgende Definition lässt annähernd das subjektive Erleben eines Betroffenen erahnen:

„Die grundlegende Manifestation pathologischer Dissoziation ist eine teilweise oder vollständige Unterbrechung der normalen Integration der psychischen Funktionsweise eines Menschen. Dissoziative Unterbrechungen verändern unerwartet die normale Funktionsweise eines Menschen, die dieser nicht leicht erklären kann. Jeder Aspekt des Bewusstseins und der psychischen Funktionen eines Menschen kann durch die Dissoziation unterbrochen werden. Genauer gesagt kann Dissoziation unerwartet das Bewusstsein und die Erfahrungen der Betroffenen verändern bezüglich:

- des Körpers, der Welt, dem Selbst,
- der Seele, der Intentionalität, der Wirkung,
- dem Denken, dem Glauben, dem Wissen,

- dem Wiedererkennen, dem Erinnern, dem Empfinden,
 - der Wünsche, dem Sprechen, dem Handeln,
 - dem Sehen, dem Hören, dem Riechen, dem Schmecken, dem Berühren usw.“
- (Wöller 2013, 116 – 117).

Der Begriff Dissoziation kann jedoch auch als Bezeichnung für einen Prozess, eine intrapsychische Struktur, einen psychischen Abwehrmechanismus, ein Defizit und eine große Vielfalt von verschiedenen Symptomen, wie beispielsweise Amnesie, Fugue, Stupor, Depersonalisation, Derealisation u.a., benutzt werden (van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, 17). Dies veranschaulicht die vielfach unterschiedliche Verwendung des Begriffes Dissoziation in der Fachliteratur, welche man auch unterteilen kann in die deskriptive und die ätiologische Ebene.

Ursprünglich wurde der Begriff Dissoziation als Bezeichnung für eine Spaltung der Persönlichkeit oder des Bewusstseins verwendet. Als Vorreiter der modernen Psychotraumatologie differenzierte Pierre Janet (1859 – 1947) bereits im 19. Jahrhundert noch weiter, eine Dissoziation beinhalte Spaltungen zwischen „Systemen von Ideen und Funktionen, welche die Persönlichkeit ausmachen“. Dabei ist die Persönlichkeit eine Struktur, die aus verschiedenen Systemen bestehe, was auch neuere Definitionen bestätigen (van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, 17).

Hierbei wird deutlich, wie wichtig der Begriff der Persönlichkeit im Konzept der Dissoziation ist. Das System Persönlichkeit kann also aus verschiedenen psychobiologischen Zuständen oder Subsystemen bestehend verstanden werden, die auf kohäsive Weise und koordiniert ihre Funktion erfüllen. Ähnlich wie Janet bezeichnet Allport die Persönlichkeit als „die dynamische Organisation jener psychophysischen Systeme im Individuum, die sein charakteristisches Verhalten und Denken determinieren“ (van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, 17). Der Wesenszugforscher Allport (1897 - 1967) war ähnlich dem Menschenbild in der Existenzanalyse überzeugt von der Einzigartigkeit des Individuums und betonte, „Persönlichkeit ist nicht, was jemand hat, sondern das geplante Ergebnis seines Wachstums“ (Allport 1983, 82). Die Individualität des Menschen, welche sich durch einmalige und konsistente Muster von wesenszugbezogener Verhaltensweisen zeigt, betrachtet Allport dabei als sein hervorragendes Kennzeichen (Laux 2008, 131; Pervin, Cervone, John 2005, 291). Für die Persönlichkeitsentwicklung spielt das Gedächtnis eine zentrale Rolle, da es die Person mit

ihrer Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verbindet und dadurch ein Identitätsgefühl herstellt. Hier zeigt sich der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitspsychologie, Gedächtnisforschung und Dissoziationsforschung. Menschen mit dissoziativen Störungen, wie bereits von Janet wiederholt beschrieben, weisen einschneidende Veränderungen in ihrem Gedächtnis und in ihrer Identität auf. Es kommt zu einem vorübergehenden Verlust der Integrationsfähigkeit, wodurch auch die Symptome, wie Gedächtnisstörungen und Flashbacks, erklärt werden können (Fiedler 2006, 50).

Auf der ätiologischen Ebene wird Dissoziation als autoregulativer Verarbeitungsprozess traumatischer Erfahrungen aufgefasst. Cardena und Spiegel (1990) beschreiben gemäß Janet, dass aufgrund einer aufmerksamkeitsabsorbierenden Fokusbildung auf das traumatische Geschehen vorübergehend keine angemessene Verarbeitung und kognitive Integration möglich ist und diese bedrohlichen Ereignisse werden in ein sich dabei herausbildendes Unterbewusstsein verschoben. Im Sinne von Janet besagt diese Autoregulationshypothese auch heute noch, dass durch ein Selbstregulationsmechanismus extrem unangenehme, unerträgliche Belastungserfahrungen zum Selbstschutz und zum emotionalen Überleben vorübergehend dissoziiert werden, die später nach und nach autoregulativ oder auch forciert mit therapeutischer Unterstützung wieder zugänglich werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich das Erinnerungsvermögen autoregulativ wieder einstellt, sobald die Integrationsleistung des Bewusstseins wieder zunimmt (Fiedler 2006, 50 - 51).

Mehrere Autoren, beispielsweise Eckhardt-Henn und Spitzer (2017), Huber (2011) oder Wöller (2013), beschreiben die Unterteilung in einfachere Dissoziationen, wie Depersonalisation, Derealisation, somatische Dissoziation und Amnesie, und in tiefere strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit, auf die in einem der nachfolgenden Kapitel näher eingegangen wird. Diese komplexen dissoziativen Störungen sind im internationalen Klassifikationssystem ICD-10 als DDNOS und DIS kodifiziert. Unter DDNOS versteht man schwere dissoziative Zustände und teilabgespaltene Persönlichkeitsanteile, kodifiziert als Dissoziative Störung nicht näher bezeichnet, ICD-10: F44.88. Die multiple Persönlichkeit oder dissoziative Identitätsstörung, DIS, mit voll abgespaltenen (auch Alltags-) Persönlichkeitszuständen wird im ICD-10 mit F44.81 kodifiziert (Huber, 2011, 43).

4.1.1. Die existenzielle Sicht der Dissoziation

Um das Phänomen der Dissoziation aus existenzieller Sicht zu verstehen ist als Basis die Unterscheidung der Begriffe Ich und Selbst notwendig. Das Selbst ist teilweise identisch mit dem Ich. Doch wird es erweitert durch den Weltbezug, wie Familie, Freunde, Beruf, Besitz und Heimatland, womit man sich verbunden fühlt und auch durch die Objekte der Selbstreflexion, wie Gefühle, Gedanken, Haltungen, Überzeugungen, Glaube, und die Biografie, die als ich-zugehörig empfunden werden – mit dem sich das Subjekt identifiziert. Längle definiert das Selbst in der Existenzanalyse als eine vom Ich akzeptierte Repräsentation des Personseins, wodurch sich die Person selbst gegenwärtig erlebt und sich verstehen kann. Das Ich ist das Fassen der personalen Kräfte im Willen und manifestiert sich durch die Fähigkeit des Sich-Beziehen-Könnens im Entschluss – in der Zustimmung zu etwas Wertvollem (Längle 2002, 157 – 159).

In der Existenzanalyse wird von abgespaltenen Selbst-Anteilen gesprochen. Diese entstehen durch das verletzende und schmerzhaft erlebte des Gegenübers oder der Welt, indem durch die Bedrohung der Integrität des Ichs die Beziehung zu den Ich-Repräsentanzen nicht mehr aufgenommen oder gehalten werden kann. Die abgespaltenen Selbst-Anteile führen neben Handlungs- und Beziehungsstörungen zu Identitätsstörungen, da das Selbstbild unklar ist und eine Differenz zwischen Selbstbild und Fremdbild besteht. Der Weltbezug ist zum Schutz partiell fragmentiert und dementsprechend auch der Selbstbezug, da das Selbst mit seinem Weltbezug in Verbindung steht (Längle 2002, 161 – 162). Diese Brüche im Erleben von sich selbst, bis hinein ins Identitätserleben, führen zu stark unterschiedlichen Zuständen des Selbsterleben bis hin zu völlig getrennt erlebten Selbst-Anteilen oder Persönlichkeitszuständen (Tutsch, Bukovski 2016, 4).

Zum Schutz der personalen Integrität werden je nach Stärke und Dauer der Belastungen psychodynamische Copingreaktionen (Schutzreaktion) aktiv, welche den Schmerz abwehren sollen. Bei Persistieren oder wiederholtem Auftreten des Schmerzes scheinen die Copingreaktionen Aktivismus und Totstellreflex stärker wirksam zu sein, als Grundbewegung und Aggression. Dies wurde in dieser Arbeit auch im Rahmen von Patientenbeispielen bereits weiter oben beschrieben. Nämlich zeigt sich im Praxisalltag bei Betroffenen, insbesondere mit dissoziativen Symptomen, ein häufiger Wechsel zwischen andauernder Anspannung aufgrund maximaler Aktivität sowie Überwältigung durch den Schmerz, im Sinne des Totstellreflexes.

Dieser Totstellreflex ist die letzte Schutzreaktion, die dem Menschen zur Verfügung steht, wenn die Situation lebensbedrohlich und nicht mehr auszuhalten ist. Die Totstellreflexe der 3. Grundmotivation sind gemäß Existenzanalyse Spaltung und Dissoziation. Die Spaltung wird dabei als Dissoziation von Kognition und Emotion beschrieben (Längle 2002, 161 – 162). Dies ist im Praxisalltag ebenso häufig beobachtbar, beispielsweise bei Frau L., welche völlig emotionslos von traumatischen Erinnerungen ihrer frühen Kindheit berichtet, in denen sie psychisch und physisch durch ihren Vater schwer misshandelt wurde. Längle beschreibt, dass die Person durch das Erlebte innerlich wie gelähmt ist und nicht mehr registriert, was sie empfindet. Die Emotion ist vom eigenen Erleben abgespalten (Längle 2002, 163).

Die Dissoziation wiederum ist gemäß Existenzanalyse die Trennung zwischen Psyche und Körper. Die Dissoziationen können sich in den Außen-Bereichen und im Innen-Bezug der Person ereignen. Zu ersteren (im Außenbezug) gehören Dissoziation von Bewusstsein und Aufmerksamkeit (Ebene der 1. Grundmotivation), sowie Spaltung der Beziehung anderer Menschen (Ebene der 2. Grundmotivation). Zu letzteren (im Innenbezug) kommt es, wenn durch die Spaltung der Aufmerksamkeit und der Beziehungen der überwältigende Schmerz nicht abgefangen werden kann. Folglich richtet sich die Spaltung gegen den eigenen Körper oder gegen die Psyche (Ebene der 3. Grundmotivation). Die Dissoziation der körperlichen Integrität kann in verschiedenen Konversionssymptomen, wie passagere Lähmung oder Erblindung, beobachtet werden. Durch die Symptombildung im Körper wird die Aufmerksamkeit von traumatischen Erinnerungen und somit vom psychischen Schmerz abgelenkt und es entsteht auch eine Distanzierung zum Körper. Reicht das Abschieben des Schmerzes vom Ich-Kern in die Peripherie (Körper) nicht mehr aus, kommt es gemäß Existenzanalyse zur Spaltung der psychischen Integrität und somit zur Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (Längle 2002, 163 – 168).

4.1.2. Die strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit

Die französischen Psychiater des 19. Jahrhunderts beschrieben bereits damals, dass der Dissoziation eine bestimmte Organisation der psychophysischen Systeme, welche die Persönlichkeit bilden, zu Grunde liegt. Nach van der Hart, Nijenhuis und Steele entsteht diese Organisation wahrscheinlich nicht zufällig, sondern folgt im Falle einer Traumatisierung an bestimmten entwicklungs geschichtlich vorbelasteten Sollbruchstellen in der

Persönlichkeitsstruktur. Ausgehend von dieser Sicht der Persönlichkeit wurde der Begriff „strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit“ durch die oben genannten Autoren eingeführt (van der Hart, Nijenhuis, Steele 2008, 18).

Gemäß van der Hart, Nijenhuis und Steele manifestieren sich dissoziative Spaltungen, wie oben erwähnt aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen, überwiegend zwischen den beiden Hauptkategorien psychobiologischer Systeme, welche die Persönlichkeit ausmachen. Eine dieser Hauptkategorien besteht aus Systemen, welche die Bewältigung von Alltagsaufgaben unterstützen, wie Nahrung, Fürsorge und Bindung, und die andere aus Systemen, welche sich auf das Vermeiden aversiver Reize, Abwehr von Gefahren, Flucht und anschließender Erholung fokussieren. Diese psychobiologischen Systeme werden auch als Handlungssysteme bezeichnet, da jedes durch eine angeborene Neigung gekennzeichnet ist, wie es auf eine bestimmte zielorientierte Weise handelt. Zum praktischen Verständnis wie diese beiden Handlungssysteme im Alltag und bei traumaassoziiierter Dissoziation zur Wirkung kommen und interagieren, kann folgende Erläuterung hilfreich sein: Evolutionsgeschichtlich ist sowohl die Alltagsbewältigung als auch die Sicherung des Überlebens in gefährlichen Situationen entscheidend, jedoch kann der Mensch kaum in beiden Handlungssystemen gleichzeitig aktiv sein. Somit kann sich bei Menschen, welche über einen längeren Zeitraum beide Funktionen benötigen, eine relativ starre Aufteilung ihrer Persönlichkeit entwickeln, mit deren Hilfe sie auf stark divergierenden Aufgaben und Zielsetzungen gleichzeitig eingehen können (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 18 - 19).

Beispielsweise muss ein Kind, welches immer wieder von einem Familienmitglied missbraucht wird, im Alltag im Kontakt mit diesem Familienmitglied „normal funktionieren“. Es entsteht ein Widerspruch zwischen Angst vor dieser primären Bezugsperson versus Wunsch nach Bindung zu dieser. Dieser Widerspruch kann vom Kind weder kognitiv noch emotional integriert werden und kann somit zu dissoziativem Verhalten führen. Dies zeigt meiner Meinung nach auch deutlich, dass es sich bei Dissoziation um eine physiologische Schutzreaktion auf gravierende Störungen von außen handelt, also um „eine normale Reaktion auf eine abnormale Situation“. Dieser banal wirkende Satz erschien mir in so mancher Traumatherapie als große Unterstützung für die Betroffenen. Zum Problem wird allerdings, dass diese dissoziativen Verhaltens- und Empfindungsmuster im nichttraumatischen Alltag nicht mehr adaptiv sind.

Die Spaltung der beiden Handlungssysteme bzw. die mangelnde Kohäsion und Integration der

Persönlichkeit zeigt sich insbesondere in den bereits weiter oben beschriebenen, widersprüchlichen traumaassoziierten Symptomen, nämlich im Wechsel zwischen Wiedererleben traumatisierender Ereignisse und Vermeiden von Reizen, welche die Erinnerung an das traumatisierende Erlebnis aktivieren, beim gleichzeitigen Versuch das Alltagsleben zu bewältigen. Dies entspricht der Spaltung zwischen den Handlungssystemen, welche für die Verteidigung und welche für die Alltagsbewältigung vorgesehen sind. Diese Grundform der traumabezogenen strukturellen Dissoziation ist ein Mangel an Kohäsion und Flexibilität der Persönlichkeitsstruktur, sprich ein Mangel an Kohäsion und Koordination zwischen den Systemen, welche die Persönlichkeit ausmachen. Entscheidend dabei ist, dass durch die Spaltung dissoziierte Persönlichkeitsanteile (und nicht dissoziierte Persönlichkeiten) entstehen, welche zusammen ein Ganzes (eine Persönlichkeit) bilden, aber trotzdem ihrer selbst bewusst sind und komplexer als ein einzelner psychobiologischer Zustand sind. Ein dissoziierter Persönlichkeitsanteil kommt wiederum durch spezifische Handlungssysteme zum Ausdruck (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 19 - 20).

Dissoziierte Persönlichkeitsanteile können in anscheinend normale Persönlichkeitsanteile (ANP) und emotionale Persönlichkeitsanteile (EP) unterteilt werden, welche sich wiederum durch die spezifischen Hauptkategorien der Handlungssysteme manifestieren. Betroffene als ANP bemühen sich ihr normales Alltagsleben zu bewältigen, wofür die entsprechenden Handlungssysteme (wie Erforschung, Fürsorge, Bindung) aktiviert und traumatische Erinnerungen vermieden werden. Als EP sind sie auf die Handlungssysteme (wie Hypervigilanz, Flucht, Kampf, Erstarren mit Analgesie, Unterwerfung mit Anästhesie, Ruhezustände zur Erholung) fixiert, welche zum Zeitpunkt der Traumatisierung aktiviert waren. Dabei sind ANP und EP gegeneinander übermäßig starr abgegrenzt, da sie von den jeweiligen spezifischen Handlungssystemen eingeschränkt werden und von Handlungstendenzen auf niedrigem Niveau geprägt sind. Diese Handlungstendenzen zeigen charakteristische und relativ unflexible Muster, die zumindest teilweise dysfunktional sind (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 20).

Frau W. zeigte sich beispielsweise in ihrem Alltag lange Zeit einerseits in ihrem Beruf als kompetent, gewissenhaft und leistungsorientiert und in ihren freundschaftlichen Beziehungen als unterstützend, einfühlsam und zuverlässig. Im Verlauf verstärkte sich das Gefühl, nicht sich selbst zu leben, sondern eine Art Schauspielerin in ihrem Leben zu sein und es kam zu einer zunehmenden Erschöpfung und depressiven Entwicklung.

In dieser labilen Phase brachen immer mehr unbekannte, unberechenbare Trigger (Auslösereize) auf, wodurch Frau W. in Zustände mit massiver Anspannung, Hyperarousal, Hypervigilanz und Angst und teilweise auch in dissoziative Zustände mit Amnesie geriet.

Die primäre – sekundäre – tertiäre strukturelle Dissoziation

Die strukturelle Dissoziation manifestiert sich in einem Formenspektrum von sehr einfachen bis hin zu extrem komplexen Spaltungen der Persönlichkeit, die jeweils bestimmte Behandlungsmaßnahmen notwendig machen. Dabei wird in primäre, sekundäre und tertiäre strukturelle Dissoziation unterschieden, welche unterschiedliche Komplexitätsgrade darstellen und in unendlich vielen Varianten zum Ausdruck kommen können (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 21).

Die primäre strukturelle Dissoziation stellt die einfachste traumabedingte Spaltung der Persönlichkeit dar, welche meist infolge eines einmaligen traumatischen Erlebnisses entsteht. Es entwickeln sich ein einziger anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (ANP) und ein einziger emotionaler Persönlichkeitsanteil (EP). Letztere kann sich beispielsweise bei einem Missbrauchserlebnis in der Kindheit in Form des Phänomens, das „innere Kind“ genannt wird, oder als sogenannter „Ich-Zustand“ oder „Ego-State“ zeigen. Der Persönlichkeitsanteil von Traumatisierten, der den ANP verkörpert, nimmt meist den größten Persönlichkeitsanteil ein. Wohingegen der EP im Wirkungsbereich, Funktionsumfang und Selbstempfinden stark begrenzt und unterentwickelt ist und im Alltag nicht sehr autonom agieren kann (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 21, 65). Der Aufmerksamkeitsfokus ist stark eingeschränkt und nur auf eine Bedrohung fixiert, die als existenziell erlebt wird und an Erlebtes anknüpft (Wiedererleben). Es kann zu komplexen biologischen Überlebensreaktionen wie Einfrieren, im Sinne eines Totstellreflexes, mit zugleich extremer Erregung und fokussierter Konzentration auf mögliche Signale und Fluchtwege kommen. Zudem können als Versuch zu überleben akute Selbstverletzungen auftreten, die entweder als Spannungsregulation oder als völlige Unterwerfung dem Täter dienen (Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 86).

Zur primären strukturellen Dissoziation zählen die Diagnosen der akuten Belastungsstörung, der einfachen posttraumatischen Belastungsstörung und einfache Formen von dissoziativen

Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung (siehe Tab. 42-3 in Wöller 2013, 572).

Frau S. erlebte im Alter von sechs Jahren einen schweren Autounfall, an den sie sich nur noch schwach und fragmentiert erinnern kann. Im Erwachsenenalter kam es immer wieder dazu, dass sie als Zeugin auch bei harmlosen Unfällen oder Pannen von unberechenbaren und unkontrollierbaren Gefühlen von Angst, Traurigkeit und Einsamkeit überwältigt wurde.

Die sekundäre strukturelle Dissoziation entsteht bei länger anhaltenden oder wiederholten Einwirkungen von schweren Traumatisierungen aufgrund des Fehlschlagens der Integration verschiedener Abwehrstrukturen. Es kommt zu einer erneuten Aufspaltung des EP`s in zwei oder mehr EP`s, wobei der einzig existierende ANP davon unberührt bleibt und so ein normales Funktionieren im Alltag ermöglicht (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 22). Bei den EP`s handelt es sich somit um nicht integrierte und nicht vereinbare physiologische und psychische Zustände. Das heißt, bei der sekundären strukturellen Dissoziation handelt es sich um eine schwere Störung mit noch geringerer Integrationsfähigkeit. Verschiedene EP`s können jeweils mit unterschiedlichem Erleben der traumatischen Situation, mit unterschiedlichen traumabezogenen Orten oder auch mit der Erinnerung an unterschiedliche Täter verbunden sein. Zudem können nicht nur Affekte, Kognitionen, Wahrnehmungen differieren, sondern auch die motorischen Handlungen, sprich seine jeweiligen Abwehrmechanismen (entsprechend den Handlungssystemen der Verteidigungs- und Bindungsmuster) sind für den jeweiligen EP charakteristisch, wie Flucht (dissoziative Fugue), Erstarren, Kampf oder völlige Unterwerfung (Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 87; van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 22). Obwohl der ANP von der Spaltung an sich unberührt bleibt, können die EP`s, welche den Aufmerksamkeitsfokus auf das traumatische Erlebnis gerichtet haben, ständig mit reaktivierten traumatischen Erinnerungen in Form von Gefühlen, sensorischen Wahrnehmungen oder starken inneren Überzeugungen in den ANP eindringen, insbesondere bei Triggern und vermeintlichen Bedrohungen im Alltag. EP`s, welche in der Kindheit entstanden sind, werden meist komplexer und autonomer mit möglicherweise verschiedenen Charakteristika (Name, Alter, Geschlecht), als diejenige, die im Rahmen der primären strukturellen Dissoziation im Erwachsenenalter entstanden sind. Durch ihre Autonomie können sie sowohl Bewusstsein als auch Verhalten dominieren, was jedoch aufgrund der starren primitiven und defensiven Handlungstendenzen in der Gegenwart meist

dysfunktional ist (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 80 - 81).

Zur sekundären strukturellen Dissoziation kann die komplexe posttraumatische Belastungsstörung, die komplexe dissoziative Störung nicht näher bezeichnet (DDNOS), die traumabezogene Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexe Formen von dissoziativen Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung gezählt werden (siehe Tab. 42-3 in Wöller 2013, 572).

Frau W. erlebte in der Kindheit neben Vernachlässigung sowohl psychische als auch physische Gewalt. Bezüglich eines Großteils ihrer Kindheit bestand eine Amnesie. Aufgrund einer Erschöpfungsdepression war sie in ihrer Alltagsbewältigung und beruflichen Tätigkeit zunehmend eingeschränkt. Sie litt einerseits an innerer Anspannung, Hyperarousal, Schlaflosigkeit und Angstzuständen und andererseits an völliger Gefühlstaubheit mit Leeregefühl und dissoziativen Amnesien. Ein anderer EP, der sich hilflos, wertlos und einsam fühlte, wurde meist durch ihren autoritären Chef ausgelöst, welcher sie an ihren Vater erinnerte. Dies mündete meist in völliger Selbstabwertung mit selbstverletzendem Verhalten und Suizidgedanken.

Die schwerste dissoziative Bewusstseinsstörung ist die tertiäre strukturelle Dissoziation, da es zu einer immer weiteren Aufspaltung der Persönlichkeit in mehrere EP`s und auch ANP`s kommt (Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 88 – 89). Diese Dissoziation entsteht, wenn entweder die Traumatisierung anhaltend ist oder wenn bei schweren Traumatisierungen aufgrund von Generalisierungslernen Trigger im Alltagsleben immer häufiger traumatische Erinnerungen reaktivieren und der ANP somit seine Alltagsaufgaben zunehmend schlechter bewältigen kann und überwältigt wird. Die Aufspaltung in unterschiedliche ANP`s kann nach bestimmten Rollen und Aufgaben im Alltagsleben erfolgen. So kann es dazu kommen, dass mehr als ein Persönlichkeitsanteil stark entwickelt ist, mit eigenem Namen, bestimmtem Alter, Geschlecht und Präferenzen. Diese im Alltagsleben aktiven Persönlichkeitsanteile werden nicht wie die EP`s durch traumatische Erinnerungen evoziert, sondern durch spezifische Funktionen und Ziele der verschiedenen aktuellen Lebenssituationen. Zudem können einige EP`s komplexer und autonomer sein, wie in manchen Einzelfällen einer sekundären strukturellen Dissoziation, und sich im Alltagsleben manifestieren und neben den dominierenden defensiven Handlungssystemen auch einige Eigenschaften eines ANP aufweisen. Ein normales

Alltagsleben mit einer subjektiv empfundenen und auch von der Umgebung empfundenen Kohärenz und Konsistenz ist nicht mehr gegeben. Die Betroffenen sind meist im Alltagsleben von ihren Gefühlszuständen abgeschnitten und werden vom Umfeld häufig als nicht erreichbar und nicht präsent beschrieben (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 22, 95, 97; Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 88 – 89).

Die tertiäre strukturelle Dissoziation ist charakteristisch für die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) (siehe Tab. 42-3 in Wöller 2013, 572).

Frau B., eine DIS-Patientin, erlitt in ihrer Kindheit sequentielle psychische, physische und sexuelle Gewalt. Mit der Geburt ihres ersten Kindes entstand neben dem ANP, welcher für die bisherige Alltagsbewältigung und die harte Arbeit auf einer Landwirtschaft zuständig war, ein zweiter ANP für die Versorgung ihrer Kinder. Vermutlich ein dritter ANP entwickelte sich, als sie von ihrem Ehemann mehrmals bedroht und verprügelt wurde. Dieser hatte einen eigenen Namen, war männlich, was sich auch in seinem Verhalten und seiner Sprache äußerte, und zeigte sich aggressiv, aufbrausend und gewaltbereit. Dazu wurden im therapeutischen Verlauf immer mehr unterschiedliche EP's sichtbar.

Abschließend ist zu sagen, dass die Betroffenen durch diese Dissoziation in verschiedene Persönlichkeitsanteile auch bei schwersten anhaltenden und sequentiellen Traumatisierungen überleben und weiter funktionieren können.

5. Therapeutische Vorgehensweise nach dem Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit nach van der Hart, Nijenhuis und Steele

Im Laufe dieses Therapieteils möchte ich zur praktischen Veranschaulichung und besseren Verständlichkeit immer wieder zu einem Fallbericht Bezug nehmen, nämlich Frau B. mit der Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung, welche ich im Rahmen meiner Tätigkeit auf einer Traumatherapiestation behandeln durfte. Zudem werde ich dabei Zusammenhänge zur Existenzanalyse in der therapeutischen Arbeit mit dieser Patientin aufzeigen.

Bei Frau B. waren bereits zu Beginn der Therapie (insgesamt vier stationäre Aufenthalte auf der Traumatherapiestation und eine jeweils anschließende ambulante Behandlung zwischen den stationären Intervallen) Symptome auffällig, wie Amnesien im Alltag, wiederholte und länger andauernde Depersonalisation und Derealisation, Anzeichen für Identitätswechsel in Form von nicht erinnerbarem Verhalten und Gesprächen, später auch Anzeichen für Stimmenhören im Kopf (sich widersprechende Stimmen), fortlaufende verbale innere Dialoge, sowie passive Beeinflussungserfahrungen.

5.1. Allgemeine Behandlungsprinzipien

Eine phasenorientierte Behandlung ist die Standardmethode und der effektivste Ansatz für die Behandlung von komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen und dissoziativen Störungen. Dies fundierte bereits Pierre Janet mit der Unterscheidung folgender Behandlungsphasen, die jeweils auf spezifische Behandlungsziele gerichtet sind und meist spiralförmig oder alternierend angewendet werden: 1. Sicherheit, Stabilisierung und Symptomverringering (inklusive Förderung von Mentalisierung), 2. Behandlung im Sinne von Konfrontation, Durcharbeiten und Integration von traumatischen Erinnerungen und 3. (Re-) Integration und Rehabilitation der Persönlichkeit.

Ein wesentlicher Baustein der ersten dieser drei Behandlungsphasen ist neben dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung die Verbesserung der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung. Diese therapeutische Vorgehensweise verhindert die verfrühte

Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen. Bis zum heutigen Tag stellt dies ein zeitgemäßes Behandlungskonzept dar, welches von zahlreichen Pionieren und Klinikern angewendet und in verschiedenen Varianten seit den 1980er Jahren weiterentwickelt wurde (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 258; Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 477).

In den ISSTD-Richtlinien (International Society for the Study of Trauma and Dissociation) wird zur Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung und anderer schwerer dissoziativer Störungen als Methode der Wahl eine hochfrequente ambulante Einzeltherapie, die spezifisch auf die Bedürfnisse und Probleme der Patientinnen abgestimmt ist, empfohlen. Als Therapiedauer werden 4 bis 8 Jahre angegeben und als Therapieziel die Förderung einer inneren Verbundenheit zwischen den alternierenden, inneren Persönlichkeitsanteilen im Schutze der therapeutischen Beziehung. Als optimal wird die vollständige Integration aller inneren Persönlichkeitsanteile in eine Gesamtpersönlichkeit angesehen. Jedoch ist dieses Ziel nicht immer erreichbar, sodass in diesem Fall eine weitgehende Kooperation aller inneren Persönlichkeitsanteile angestrebt wird und somit keine Amnesien im Tagesbewusstsein mehr vorkommen und die Patientinnen kontrollieren können, welcher innere Anteil zu welchem Zeitpunkt die aktive Kontrolle übernimmt. Dabei sollte kein innerer Persönlichkeitsanteil mehr abgespalten, abgelehnt oder stigmatisiert werden (Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 476 - 477).

5.2. Integration – Synthese und Realisation

Die Integration, welche zur Verarbeitung des Traumas und zur Heilung notwendig ist, begründet sich auf die zwei wesentlichen integrativen mentalen Handlungen Synthese und Realisation. Durch die Synthese werden Erfahrungen mit Funktionen sinnvoll verbunden (assoziiert), um so zur persönlichen Entwicklung wesentlich beizutragen (Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 89). Eine Synthese umfasst dabei die Verbindung und Differenzierung von Sinneswahrnehmungen, Bewegungen, Gedanken, Affekten und eines Selbstempfindens. Beispielsweise weiß ein Mensch mit guter Synthesefähigkeit, wie seine gegenwärtige Situation seiner Vergangenheit einerseits ähnelt, aber sich andererseits auch von ihr unterscheidet (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 28). Die Realisation stellt den Prozess dar, durch den Fakten und persönliche Erfahrungen analysiert, verarbeitet und schließlich abgeschlossen werden und dadurch das Individuum sich seines Lebens voll bewusst wird. Um

diesen Prozess der Realisation und schlussendlich der Integration weiterentwickeln zu können, sind die mentalen Aktionen der Personalisierung (Personifikation) und der Vergegenwärtigung (Präsentifikation) grundlegend. Die Personalisierung ist eine mentale Fähigkeit und Handlung, durch die das Individuum seine Erfahrungen als zu sich selbst gehörig empfindet. Die Vergegenwärtigung ist eine mentale Handlung, durch welche die eigene Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft integriert werden können und aktuelle Handlungen in diesem Moment verstanden werden können. Diese mentalen Fähigkeiten, wie Synthese und Realisation, sowie Personalisierung und Vergegenwärtigung, sind somit entscheidend für die Integration, beziehungsweise bei Defiziten im Umkehrschluss aufrechterhaltend für die Dissoziation (Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 89).

Dies bedeutet in der Praxis, dass eine therapeutisch angeleitete Synthese, nämlich eine schonende und fraktionierte Exposition der Persönlichkeitsanteile mit traumatischen Erlebnissen, für die Integration alleine nicht ausreicht. Sondern um eine traumatische zu einer vollständigen autobiografischen Erinnerung umzuwandeln, muss auch eine Realisation geleistet werden. Die Patientin muss sich in allen inneren Persönlichkeitsanteilen sowohl in der Gegenwart (Präsentifikation) bewusst spüren können, als auch mit der eigenen Vergangenheit und Zukunft verbinden können. Zusätzlich muss sie diese persönlichen Erfahrungen als die eigenen anerkennen (Personifikation) und in der Gegenwart neue adaptive Handlungsweisen entwickeln. Kurz gesagt bedeutet Integration für die Patientin, in der Gegenwart verankert über das Trauma mit den angemessenen Gefühlen berichten zu können, ansonsten bleibt die strukturelle Dissoziation weiter erhalten (Wöller 2013, 573).

5.3. Einschätzung des traumatisierten Menschen

Zu Beginn sind für die Entwicklung eines ersten Behandlungsplans eine ausführliche, traumabezogene Anamneseerhebung und eine gründliche Diagnostik mit psychologischen Tests notwendig. Neben den Selbstbefragungsbögen, z.B. IES – Impact of Event Scale, FDS – Fragebogen zu dissoziativen Symptomen, DES II – Dissociative Experience Scale, sollten unbedingt klinische Interviews eingesetzt werden, z.B. SKID-D – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV für Dissoziative Störungen. Dies wird im Rahmen dieser Arbeit aus Platzgründen nicht genauer behandelt, sondern auf entsprechende Fachliteratur verwiesen. Doch soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass traumatisierte Menschen zu

Beginn der Therapie häufig nicht die einschneidenden Lebenserfahrungen mitteilen können. Dafür sind verschiedene Gründe möglich, beispielsweise Erinnerungslücken, eine Unfähigkeit, die Auswirkungen bestimmter Ereignisse richtig einzuschätzen, die Verinnerlichung von Drohungen eines Täters (Redeverbot) oder die Bemühungen, schmerzhaft Emotionen, wie Angst, Scham- oder Schuldgefühle zu vermeiden. Dabei ist aus der Sicht der Therapeutin entscheidend, sich mit der Integration der verfügbaren Information zufriedenzugeben, anstatt Druck oder gar Grenzverletzungen zu provozieren. Denn dadurch wird eine wesentliche Grundlage für die weitere Entwicklung der Beziehung zur Patientin geschaffen, deren Qualität schließlich zur Offenbarung weiterer Informationen führen wird. Die therapeutische Beziehung zeigt sich somit als wesentliches, tragendes Moment, insbesondere in der Traumatherapie. An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass die Phänomenologie als therapeutische Haltung in der Existenzanalyse sogar noch weiter geht (vgl. Seite 60 dieser Arbeit). Die Art der Anamneseerhebung ist zudem bereits eine therapeutische Intervention, da die Therapeutin aufmerksam auf subtile behaviorale und physiologische Reaktionen der Patientin, wie Hyper- oder Hypoarousal oder dissoziative Symptome (beispielsweise intrudierende Stimmen), während der Einschätzung achten muss. Wenn die Therapeutin diese Symptome erkennt und adäquat darauf reagiert, stärkt das neben der therapeutischen Beziehung auch das Sicherheitserleben der Patientin und es wird anstatt einer Retraumatisierung eine positiv korrigierende Erfahrung möglich (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 262).

In der Regel wird erst aufgrund einer sorgfältigen Beobachtung über einen längeren Zeitraum die Komplexität der strukturellen Dissoziation mit Zahl und Art der dissoziierten Anteile und ihrer jeweiligen mentalen Energie erkennbar (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 33 – 34). Die Therapeutin sollte stets auf die nonverbale Kommunikation der Patientin, wie affektive und körperliche Reaktionen, achten. Dies betrifft besonders unerwartete und wiederholte Veränderungen des Stimmcharakters und des Stimmvolumens, der Syntax (oder der Gebrauch der dritten Person als Selbstbezeichnung), der Körperhaltung, der Bewegungsmuster und der Gesprächsthemen, was auf Wechsel zwischen verschiedenen dissoziierten inneren Persönlichkeitsanteilen hindeuten kann. Jedoch sollte die Diagnose einer strukturellen Dissoziation erst gestellt werden, wenn solche Veränderungen über einen längeren Zeitraum beobachtet und genügend Beweise dafür, inklusive Testdiagnostik, zusammengetragen wurden (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 263).

Bei Frau B. zeigte sich der Wechsel zwischen verschiedenen dissoziierten Persönlichkeitsanteilen („Switch“) in Form von einem kurzzeitigen Blick nach rechts auf dem Boden in nach rechts gebückter Körperhaltung und somit Verlust des Blickkontaktes zu mir, ihrer behandelnden Therapeutin. Meist zeigte sich anschließend ein verlangsamtes Bewegungsmuster oder überhaupt kaum eine Bewegung und eine leise, veränderte Stimme und Sprache, je nach Persönlichkeitsanteil. Beim erstmaligen Erscheinen oder „nach vorne treten“ eines inneren Persönlichkeitsanteils nahm dieser meist noch keinen oder kaum Blickkontakt mit mir auf. Wenn eine mehrmalige Kontaktaufnahme erfolgte, wurde dieser Anteil meist etwas lebendiger, konnte eher Blickkontakt aufnehmen und zur Orientierung und Kontextevaluation ermuntert werden. Dies interpretierte ich, als einen zögerlichen und vorsichtigen Aufbau von Vertrauen und Beziehung, sowie auch als zunehmende Gegenwartsorientierung. Dabei war für mich besonders die phänomenologische Offenheit als therapeutische Haltung der Existenzanalyse hilfreich, da ich dadurch für den jeweiligen Persönlichkeitsanteil leichter Verständnis und Empathie entwickeln konnte.

In der Regel war dieser Kontakt aufgrund von Erschöpfung und begrenzter Aufmerksamkeitsspanne selbstlimitierend und der ANP trat wieder nach vorn. Je nach Energieniveau und nach Nähe zwischen den inneren Anteilen konnte der ANP wie durch eine Wand die Unterhaltung mithören oder es bestand eine Amnesie über diesen Zeitraum, sodass die wesentlichen Inhalte nachbesprochen wurden.

Weil die Befragung von Patientinnen als ANP über traumatisierende Ereignisse und dissoziative Symptome häufig emotionale innere Anteile (EPs) reaktiviert, muss dieser Prozess schonend und gut dosiert ablaufen. Dabei können verschiedene Konflikte zwischen ANPs und EPs deutlich werden. Beispielsweise möchte eine Traumatisierte als ANP sich mitteilen, um Hilfe zu erhalten, wohingegen ein EP dies verhindern möchte, weil sein vorrangiges Ziel ist, Sicherheit zu erhalten und darum nichts preiszugeben. Ein anderer EP wiederum, meist ein Kind-EP, möchte Erinnerungen mitteilen, weil er sich Aufmerksamkeit und Schutz wünscht, wohingegen der ANP diesen inneren Anteil meidet und unterdrückt, um eine Bindung und die damit verbundenen schwierigen Gefühle zu vermeiden. Anzeichen für solche Konflikte können ein Zögern beim Reden, Gedankeneingebung und Gedankenentzug, plötzliches Erstarren, abrupter Themenwechsel oder der Verlust des Blickkontaktes sein. Allgemein sollte die Befragung des dissoziierten inneren Anteils, der sich im betreffenden

Moment manifestiert hat, fokussiert bleiben. Wichtig ist die Unterscheidung von ANP und EP, weil in der Therapie die Stärkung von ANPs und die Reduzierung der Intrusionen von EPs, bei Anerkennung und Wertschätzung ihrer Existenz und Bedeutung, Vorrang hat. Für die Einschätzung und eine effektive Behandlung sind das Wissen über die verschiedenen dissoziierten inneren Anteile mit ihren mentalen Handlungen (wie Wahrnehmungen, Empfindungen, Erinnerungen und Bedürfnissen) und behavioralen Handlungen unverzichtbar, sowie über deren Handlungssysteme, die konditionierten Reize, die sie (re)aktivieren und das Niveau ihrer mentalen Funktionsfähigkeit (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 271).

5.4. Phase 1 - Stabilisierung und Symptomverringern

5.4.1. Förderung des adaptiven Handelns

In der ersten Behandlungsphase, welche zur Stabilisierung und verbesserten Alltagsbewältigung dient, werden dysfunktionale mentale und behaviorale Handlungen bearbeitet und versucht, adaptive Handlungen höherer Hierarchieebenen im Laufe der Behandlung zu erreichen, was meist für jeden einzelnen inneren Persönlichkeitsanteil nötig ist. Somit ist eine initiale Einschätzung der mentalen Energie und des mentalen Niveaus der Patientinnen, sowie die Analyse der Adaptivität der mentalen und behavioralen Handlungen unerlässlich. Dabei sollten möglichst viele Bereiche eingeschätzt werden, wie berufliche Situation, Beziehungen, Erledigung von Alltagspflichten, Freizeitgestaltung, Schlaf-, Wach- und Essgewohnheiten und potentiell bedrohliche Situationen. Die dysfunktionalen Handlungen, beispielsweise vermeidendes, leugnendes oder selbstverletzendes Verhalten, können auch Ersatzhandlungen genannt werden oder können gemäß der Existenzanalyse auch Copingreaktionen sein. Im Gegensatz dazu stehen integrative (adaptive) Handlungen, welche ein hohes mentales Niveau erfordern und die Patientinnen dazu bringen, traumatische Erlebnisse wieder assoziieren und integrieren zu können und somit wieder frei von den Belastungen des Traumas leben zu können (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 27, 32, 34).

Zu Beginn der Therapie ist ein Ziel, dass Therapeutin und Patientin gemeinsam einschätzen, welche ersten Handlungen die Patientin mit Aussicht auf Gelingen und entsprechend ihrer mentalen Energie in Angriff nehmen kann, um einerseits erste kleine Fortschritte zu erreichen

und andererseits in keine Überforderung zu geraten. Dissoziative Patientinnen neigen häufig dazu ihre mentale und physische Energie beispielsweise durch exzessives Arbeiten oder zwanghaftes Sorgen für andere Menschen zu erschöpfen. Dies kann durch unterschiedliche Probleme entstehen, wie Vermeidungsverhalten (u.a. vor traumatischen Erinnerungen), eingeschränktes Gewahrsein der verschiedenen dissoziierten inneren Anteile, ihren beschränkten Handlungssystemen und der Kooperation zwischen ihnen im Alltagsleben, sowie Unfähigkeit, Probleme zu lösen oder bezüglich der Lösung von Problemen Prioritäten festzulegen. Somit ist in der ersten Phase der Therapie der Schwerpunkt auf die Stärkung der mentalen und physischen Energie, sowie auf die Steigerung der mentalen Effizienz zu legen (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 287 - 289).

Durch eine gründliche Untersuchung der Alltagsaktivitäten sollte herausgefunden werden, wie der Aufwand an Energie und Zeit für nicht unbedingt notwendige Alltagsaufgaben verringert und somit die häufige, chronische Überlastung unterbunden werden kann. Zu diesem Zweck wird den Patientinnen geholfen, eine adaptivere Nutzung ihres Energiemanagementsystems zu erlernen. Indem sie sich in regelmäßiger Selbstfürsorge üben, wie Achten auf regelmäßige Ruhe- und Erholungszeiten, Schlafhygiene, ausreichende körperliche Betätigung, gesunde Ernährung, Gesundheitsvorsorge, Stressreduktion, Entspannungstraining und Schaffung von äußerer und innerer Sicherheit. Erst wenn die mentale Energie ausreichend ist, steht ein gewisses Maß an mentaler Effizienz zur Verfügung, was reflektierendes Denken einschließt. Grundsätzlich beinhaltet die Verbesserung der mentalen Effizienz, dass die Patientinnen lernen, zunehmend komplexere mentale und behaviorale Handlungen zu meistern einschließlich verschiedener Fähigkeiten, wie Prioritäten zu setzen, eigene Ziele nötigenfalls umzuformulieren, langfristige Kosten und Nutzen aller Handlungen gegeneinander abzuwägen und den Bedürfnissen als Gesamtpersönlichkeit Rechnung zu tragen. Letzteres ist für dissoziative Patientinnen besonders schwierig, da verschiedene innere Anteile sich der Bedürfnisse anderer innerer Anteile entweder kaum oder gar nicht bewusst sind oder diese befinden sich im Konflikt mit anderen inneren Anteilen und ihren Zielen (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 288 - 291).

Eine besondere und wichtige Rolle spielen bei der Arbeit mit dissoziativen Patientinnen Fertigkeiten, wie das Erlernen innerer Kommunikation und Kooperation, der Transfer angeeigneter Fertigkeiten an alle inneren Anteile (am besten durch einen inneren Anteil und nicht durch die Therapeutin), sowie das Führen von Verhandlungen („innere Konferenztsch“)

und das Vermögen, zu den eigenen dissoziierten Anteilen und somit zu sich selbst auf adaptiver Weise in Beziehung zu treten (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 296).

Im Vordergrund stand anfangs bei Frau B. die massive Schmerzsymptomatik im Bereich des gesamten Bewegungsapparates, ausgelöst durch übermäßige Aktivitäten, wodurch eine ihr bekannte Abwärtsspirale mit depressiver Stimmung, Erschöpfung, fehlende Körperbeherrschung mit massivem, unangenehmen Tremor, Drang zur Selbstverletzung und Suizidgedanken entstand. Bei gegebener Absprachefähigkeit wurde in Krisengesprächen auf ihren eigenen Wunsch mehrmals eine Reizabschirmung im offenen Time-out-Zimmer vereinbart, laut einem gemeinsam ausgearbeiteten Notfallplan. Im Verlauf wurde gemeinsam ein Therapievertrag bindend für alle inneren Anteile abgeschlossen, um dem inneren System wohlwollend klare Grenze aufzuzeigen und Verlegungen in den Akutbereich der Klinik zu verhindern.

Aus existenzanalytischer Sicht war meiner Meinung nach in dieser Therapiephase das wesentliche tragende Element neben den strukturellen Rahmenbedingungen des stationären Aufenthaltes unsere therapeutische Beziehung (1. und 2. Grundmotivation), da es durch den Verlust von Selbst- und Weltbezug zu einem Haltverlust kam.

Innerhalb kurzer Zeit kam Frau B. im Rahmen des ersten stationären Aufenthaltes mit vielen inneren Anteilen („verletzende“ oder „control“ EPs, „verletzte“ oder „victim“ EPs, „dissoziative“ oder „ignorance“ EPs - gemäß Ellert Nijenhuis) in Kontakt, was zu einer zunehmenden Verstärkung der Erschöpfung, zu innerer Unruhe und innerem Chaos führte. Der Schwerpunkt der Therapie wurde somit auf Stabilisierung, Kontakt, Ruhe und Ordnung im inneren System gelegt, beispielsweise wurde versucht, tägliche Ruhepausen und eine geordnete Kommunikation des inneren Teams am Konferenztisch zu etablieren. Zusätzlich stabilisierend wirkte sich die Kontextevaluierung aus.

Gemäß der Existenzanalyse wurde zur Stabilisierung insbesondere an der 1. Grundmotivation gearbeitet, in Form von Etablierung eines sicheren und geschützten Raumes, sowohl im Inneren, als auch in der äußeren Umgebung. Sodass schrittweise das Gefühl von Schutz und Halt aufgebaut werden konnte.

Im Verlauf konnten „Switches“ zu dysfunktionalen inneren Anteilen („verletzende“

EPs) auch von Frau B. beobachtet werden. Durch diese Klärung und durch Verbesserung ihrer Mentalisierungsfähigkeit konnte sie sich selbst zunehmend besser einschätzen und das Gefühl von Kontrollverlust und Fremdbestimmung reduzieren.

Aus existenzanalytischer Sicht habe ich mit Frau B. intensiv an der Stärkung ihres Ichs und somit des Selbst-Seins gearbeitet (3. Grundmotivation). Ich ermutigte sie zur Selbstbeobachtung und –wahrnehmung, sowie insbesondere zur wertfreien Selbstbeurteilung. Durch meine phänomenologische Offenheit versuchte ich ihr immer wieder zu vermitteln, dass sie mit allen ihren inneren Persönlichkeitsanteilen wertvoll und liebenswert ist, um so allmählich eine Selbstannahme zu ermöglichen.

Im stationären Setting des 3. stationären Aufenthalt zeigte sich Frau B. sehr aktiv, offen, humorvoll und hilfsbereit, was sie selbst einerseits als Schutz und andererseits als Vermeidung des eigenen inneren Prozesses aufgrund von Ängsten vor Verletzungen, Enttäuschungen, schwierigen Gefühlen und erneuten Suizidgedanken erkannte. Sie konnte kaum auf ihre eigenen Grenzen achten und es kam zu einer beginnenden Erschöpfung mit häufigen Amnesien und dissoziativen Zuständen.

Dabei waren eindeutig existenzanalytische Interventionen zur Stärkung der 3. Grundmotivation hilfreich. In den Einzelgesprächen und in täglichen Kurzkontakten wurde der Fokus auf Themen wie Selbstfürsorge, Affektregulation, Wahrnehmen und Einhalten der eigenen Grenzen, sowie Hilfe holen und annehmen gelegt.

Überlebende chronischer Traumatisierung in der frühen Kindheit leiden häufig unter einem starken Mangel an adaptiven Fertigkeiten, da sie diese nicht von ihren nahen Bezugspersonen erlernen konnten, sondern statt dessen dysfunktionale Bewältigungsstrategien mit Handlungstendenzen mit niedrigem mentalem Niveau verinnerlichteten oder sogar versuchten, ohne einer adäquaten Unterstützung alleine im Alltag zurecht zu kommen. Verschiedene dieser Fertigkeiten werden in untenstehender Tabelle angeführt (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 295 - 299).

- **Psychophysiologische Regulation (Steuerung von Hyper- und Hypoarousal)**
- **Fähigkeit, Affekte, Impulse und andere mentale Handlungen zu regulieren, zu tolerieren und zu steuern**
 - Regulierung unangenehmer Emotionen (z.B. Selbsthass, Scham- und Schuldgefühle)
 - Regulierung intensiver Emotionen (z.B. Wut, Sehnsucht, Traurigkeit, Einsamkeit)

Leidensfähigkeit (distress tolerance)

Eingrenzung von Affekt

Selbstberuhigung und Suche nach adäquatem Trost und nach Unterstützung von Seiten anderer

Toleranz gegenüber Alleinsein

Beherrschung von Entspannungstechniken

Beherrschung von Stressmanagementtechniken

Energiemanagement (ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit, Ruhe und Erholung)

→ **Fähigkeit, Erlebtes zu symbolisieren**

Entwicklung eines Vokabulars für innere und relationale Erlebnisse

→ **Relationale Fertigkeiten**

Mentalisierung (zutreffendes Wahrnehmen und Verstehen der Motive und Absichten anderer Menschen sowie auch der eigenen, Entwicklung von Metakognition)

Fähigkeit zur Empathie, Kooperation und Verhandlung mit sich selbst und mit anderen Menschen

Selbstsicherheitskompetenzen

Soziale Kompetenzen

Festlegen und Aufrechterhalten persönlicher Grenzen

Elterliche Kompetenzen

→ **Fähigkeit, die Wirklichkeit zutreffend wahrzunehmen**

Fähigkeit, die Gegenwart von der Vergangenheit und Zukunft zu unterscheiden

Fähigkeit, die innere (interozeptive) von der äußeren (exterozeptiven) Realität zu unterscheiden

Fähigkeit, präsent zu sein (Präsentifikation, Aufmerksamkeit)

→ **Zeitmanagementkompetenzen (von der Präsentifikation abhängig)**

→ **Organisatorische Kompetenzen**

→ **Aufmerksamkeitskompetenzen**

Aufrechterhaltung von Konzentration und Fokus innerhalb unterschiedlicher Handlungstendenzen/Handlungssysteme sowie im Kontakt zwischen ihnen

Regulierung von Veränderungen bezüglich des Bewusstseinsfeldes und des Bewusstseinsniveau

→ **Problemlösungskompetenzen**

Fähigkeit, Prioritäten zu setzen (erfordert das Gewährsein der Existenz unterschiedlicher Prioritäten sowie die Integration der verschiedenen Handlungssysteme)

Fähigkeit, die kurz- und langfristigen Kosten und den entsprechenden Nutzen von Handlungen einzuschätzen

Fähigkeit, sich über die eigenen Bedürfnisse als Gesamtpersönlichkeit klar zu werden (impliziert die Integration aller Handlungssysteme)

Tabelle 2: Fertigkeiten zur Symptomverringerung und Stabilisierung (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 299)

5.4.2. Förderung der Realisation

Ein zentrales therapeutisches Prinzip ist die adäquate Einleitung, Ausführung und Vollendung der Synthese und Realisation aller inneren Persönlichkeitsanteile zu fördern, damit die Patientin als Gesamtpersönlichkeit lernt, die Realität adaptiv wahrzunehmen und auf sie einzugehen, indem sie wichtige (mentale und behaviorale) Handlungen zum Abschluss bringt. Jede therapeutische Intervention sollte letztlich auf die Erhöhung des mentalen Niveaus und auf die Steigerung der Realisation abzielen. Generell unterstützt die Therapeutin die Patientin, ihre Handlungsfähigkeit in jeder Hinsicht zu fördern, indem die Patientin lernt, ihre Präsenz im Augenblick zu verbessern, aufmerksamer zu werden, ihre Fähigkeit, sich realistische Ziele zu setzen, zu stärken und die Verantwortung für ihre Handlungen zu übernehmen – im Sinne der Personifikation und Präsentifikation (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 306).

Dies ist durchaus auch im Sinne der Existenzanalyse zu sehen. Neben der Veränderung der Strukturebene der Existenz durch das Trauma kommt es zur Blockade der Prozessfunktion im Existenzvollzug (vgl. Kapitel 3.1.1. dieser Arbeit), das heißt, es bricht die Verarbeitung von äußeren und inneren Eindrücken auf der Prozessebene zusammen. Die Patientin verliert den Zugang zu ihren personalen Ressourcen und somit zu ihren prozessualen Ich-Funktionen (Selbst-Wahrnehmung, Selbst-Beurteilung, Selbst-Wertschätzung). Längle beschreibt, dass Traumawirkung auch als völlige Ich-Blockade und „protrahierte Prozess-Lähmung“ gesehen werden kann (Längle 2007, 2). In der Therapie aus existenzanalytischer Perspektive ist der Aufbau eines konstruktiven inneren Dialoges wesentlich, welcher sich wiederum aus einem vertrauensvollen, empathischen äußeren Dialog entwickelt (Längle 2007, 4). Ergänzend zur

Therapie nach van der Hart, Nijenhuis und Steele ist deshalb gemäß Existenzanalyse eine tragende, haltgebende und wertschätzende therapeutische Beziehung (Dasein und Dabeisein eines anderen Menschen) im Sinne der 2. Grundmotivation grundlegend für die Lösung der Prozess-Lähmung und der Ich-Blockade. Die traumatisierte Patientin fühlt sich durch die Therapeutin sowohl gesehen, als auch gehalten und der geführte (äußere) Dialog bietet Struktur und Orientierung und regt die Prozessfähigkeit der Patientin an. Somit kann in einem weiteren Schritt, das in der Traumatherapie Erarbeitete durch einen personalen inneren Dialog realisiert und schließlich in das eigene Ich integriert werden (Längle 2007, 10 - 11). Durch den inneren Dialog, welcher die personale Stellungnahme enthält, sind adaptive und konstruktive Handlungen im Sinne der personalen Existenzanalyse (PEA) möglich. Meiner Meinung nach entspricht dies der Förderung der mentalen Effizienz und somit der Steigerung des mentalen Niveaus gemäß van der Hart, Nijenhuis und Steele.

An dieser Stelle möchte ich noch weitere Therapieschritte der existenzanalytischen Traumatherapie entsprechend des existenzanalytischen Strukturmodells und der Ich-Struktur vorstellen. Gemäß der 1. Grundmotivation wird zuerst an den Annahmen über die Realität (Weltbezug) gearbeitet, insbesondere an der Akzeptanz des Gegebenen, und der Aufbau von haltgebenden Strukturen unterstützt. Wie bereits mehrfach erwähnt ist entsprechend der 2. Grundmotivation die haltgebende therapeutische Beziehung wesentlich, durch welche ein Lebensbezug (vitales Wertgefühl) wiederhergestellt werden kann. Die Restrukturierung des Selbst (Selbstbezug) wird durch das Hinführen zu ersten personalen Stellungnahmen mithilfe der Therapeutin möglich, sodass neben einer Selbstwertstärkung eine Selbstgestaltung des Lebens und Freiheit schrittweise entstehen kann (3. Grundmotivation). Schließlich geht es entsprechend der 4. Grundmotivation darum, den eigenen Sinn im Leben wiederzufinden, im Sinne einer Wiederherstellung des Sinnbezugs (Längle 2007, 11 - 12).

5.4.3. Phobien, die die strukturelle Dissoziation aufrechterhalten

Die Patientinnen entwickeln meist eine Phobie vor den traumatischen Erinnerungen mit einer Unfähigkeit das Trauma mit seinen Folgen zu realisieren und anzuerkennen. Diese existenzielle Angst (vgl. 1. Grundmotivation) sich auf den nicht-realizierbaren traumatischen Inhalt einzulassen entwickelt sich daraus, dass das Wieder-Einlassen bisher keine abschließende Verarbeitung, sondern eine erneute heftige, existenziell bedrohliche und

emotionale Überflutung mit unaushaltbaren Gefühlen wie Horror, Wut, Trauer, Scham, Hilflosigkeit usw. hervorrief (Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 89).

Es besteht meist nicht nur eine Angst vor äußeren Reizen, welche Erinnerungen an traumatische Erlebnisse hervorruft, sondern auch vor bestimmten traumabezogenen, mentalen Handlungen, wie vor bestimmten Gedanken, Gefühlen, Phantasien, Empfindungen und Erinnerungen. Janet beschrieb im Zusammenhang der strukturellen Dissoziation als zentrale Phobie, aus der die anderen Phobien resultieren, die Phobie vor der traumatischen Erinnerung. Wodurch die Synthese und die vollständige und unerträglich empfundene Realisation des traumatischen Erlebnisses und vor allem der Auswirkungen auf das eigene Leben vermieden wird (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 30).

Die mentalen Defizite können dem Zustand der ANP und EP zugeordnet werden. Der Persönlichkeitsanteil ANP empfindet das Trauma als nicht zu sich gehörig, womit die Fähigkeit zur Personalisierung fehlt und im EP wird das Trauma als anhaltend und noch nicht beendet erlebt, also fehlt die Fähigkeit zur Vergegenwärtigung. Dies erklärt neben der ersten erwähnten Phobie hinsichtlich traumatischer Erinnerungen die zweite Phobie, nämlich hinsichtlich dissoziierter Anteile. Sprich im Zustand des ANP wird der EP mitsamt den traumatischen Erinnerungen abgespalten und es entwickelt sich häufig eine Amnesie unterschiedlichen Ausmaßes (Eckhardt-Henn, Spitzer 2017, 90). Umgekehrt können Traumatisierte als EP phobisch auf den ANP werden, wenn sie das Gefühl haben, dass dieser innere Anteil den EP in irgendeiner Hinsicht ignoriert oder sogar schädigt (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 31).

Sehr leicht entsteht eine weitere Phobie, die Phobie hinsichtlich der Bindung und des Bindungsverlustes, da die Betroffenen durch andere Menschen und meist durch frühe Bezugspersonen verletzt worden sind. Deshalb erleben sie Bindung als gefährlich, aber gleichzeitig auch als (lebens-)notwendig. Diese Ambivalenz bezüglich der Nähe und Distanz in Beziehungen ist sowohl bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ als auch bei einem desorganisierten-desorientierten Bindungstyp (D-Bindung) erkennbar. Bei der sekundären oder tertiären strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit können unterschiedliche innere Persönlichkeitsanteile diese entgegengesetzten Phobien erleben (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 31). Zudem zeigt sich häufig eine weitere Manifestation, die Phobie hinsichtlich des normalen Lebens. Da ein alltägliches Leben ein gewisses Maß an Risiko- und Veränderungsbereitschaft erfordert, werden bestimmte

charakteristische Lebensereignisse, wie beispielsweise Intimität, strikt vermieden (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 32).

Das Ziel in jeder Behandlungsphase muss die Überwindung der traumabezogenen Phobien sein. Nach Janet liegt allen traumabezogenen Phobien die Angst vor bestimmten Handlungen zugrunde, sodass diese in einer bestimmten Reihenfolge behandelt werden, indem die Patientinnen zunehmend die Fähigkeit entwickeln können, zielgerichtete und adaptive (mentale und behaviorale) Handlungen von hoher Qualität auszuführen. Dadurch lernen sie immer komplexere und schwierigere Erlebnisse der Vergangenheit und auch der Gegenwart zu tolerieren und zu integrieren, um folglich ihren Alltag besser zu bewältigen (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 31).

Traumabezogene Phobien sind die häufigste Form von Ersatzhandlungen (ähnlich der existenzanalytischen Copingreaktionen), welche viel mentale Energie verbrauchen und die mentale Effizienz stark behindern. Diese Phobien können nur überwunden werden, indem die Ersatzhandlungen in adaptive Handlungen umgewandelt werden. Dafür unterstützt die Therapeutin die Patientin sich den phobieauslösenden Reizen mit schrittweiser Exposition oder systematischer Desensibilisierung nähern zu können. Wie bei Phobien, die äußere Phänomene betreffen, sind Psychoedukation, Skills-Training und praktisches Üben hilfreich. Jede erfolgreiche und positive Erfahrung (erfolgreiches integratives Handeln) auf dem Weg zur Überwindung von Phobien verbessert die mentale Effizienz (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 301 - 302).

Der erste Schritt zur Überwindung dieser Phobien ist der Patientin zu verhelfen, ihre Phobien mitsamt ihren Vermeidungs- und Fluchtendenzen zu erkennen, und zu realisieren. Dabei ist eine empathische Begegnung wesentlich (vgl. 2 Grundmotivation). Als zweiter Schritt werden die traumabedingten Phobien in ihrem Schweregrad eingeschätzt. Manche Patientinnen können über traumabezogene Emotionen, wie Wut oder Scham, nicht einmal sprechen ohne ablenken zu müssen, abzudriften oder zu switchen (in einen anderen inneren Persönlichkeitsanteil zu wechseln), sodass sehr schonend und dosiert an der Auflösung der Phobie gearbeitet werden muss. Hierbei erlebe ich besonders die Phänomenologie als therapeutische Haltung gemäß der Existenzanalyse als hilfreich. Im dritten Schritt wird die Patientin unterstützt, verbal auszudrücken, weshalb sie die Annäherung an Objekte oder Erlebnisse, die mit ihrer Phobie zusammenhängen, fürchtet. Diese narrative Beschreibung erfordert eine sprachliche und somit symbolische Repräsentation anstatt eine Reinszenierung,

was wiederum eine zunehmende Realisation und Annäherung an das Gefürchtete ermöglicht (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 302 - 303).

Folgend werden beispielhafte Interventionen der verschiedenen traumabezogenen Phobien angeführt:

→ Fordern Sie den Patienten nicht offen zum Aufbau einer Beziehung auf, sondern bleiben Sie auf verlässliche Weise (jedoch nicht ständig!) erreichbar.

[...]

→ Versuchen Sie vorsichtig, mit allen Anteilen über die therapeutische Beziehung zu reden.

[...]

→ Vermeiden Sie gegenüber Anteilen, bei denen eine Phobie hinsichtlich des Verlassenwerdens (des Bindungsverlustes) besteht, zu intensive Formen des Ausdrucks von Mitgefühl, weil das Anteile mit einer Phobie bezüglich Bindung dazu veranlassen kann, sich in Defensivhandlungen zu flüchten.

[...]

→ Sprechen Sie mit dem Patienten darüber, welche Vorteile er darin sieht, in Beziehungen möglichst distanziert zu bleiben (d.h., begegnen Sie seinem Widerstand mit Empathie), und lenken Sie seinen Blick allmählich auf die dadurch entstehenden Probleme (Einsamkeit, mangelnde Unterstützung).

Tabelle 3: Interventionen für die Überwindung der Phobie bezüglich Bindung (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 317)

[...]

→ Sprechen Sie mit dem Patienten über seine Ängste, verlassen zu werden, ohne ihm in unrealistischer Weise Sicherheit zu signalisieren. Versprechen Sie also keinesfalls Dinge wie: „Ich werde immer für Sie da sein“ oder: „Ich werde Sie niemals verlassen“.

[...]

→ Die gründliche Auseinandersetzung mit Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung ist ein sehr wichtiger Teil des Therapieprozesses.

→ Der Therapeut muss tolerieren, was sein Patient nach eigener Überzeugung nicht tolerieren kann, und er muß ihm helfen, dies in einem für ihn persönlich geeigneten

Tempo ebenfalls zu lernen. („Wenn ich Ihnen meinen tiefsten Schmerz zeige, werden Sie davonlaufen.“).

→ Erforschen, hinterfragen und überprüfen Sie reflexhafte Überzeugungen bezüglich Abhängigkeit, Autonomie und Unabhängigkeit.

[...]

→ Seien Sie sich darüber im klaren, daß die verschiedenen Persönlichkeitsanteile unterschiedliche Bedürfnisse haben und auf unterschiedliche perzeptuell-motorische Handlungszyklen bezüglich Bindung oder Bindungsverlust fixiert sind. Vermitteln Sie dieses Gewahrsein dem Patienten so, daß es der Synthese und Realisation zugute kommt.

Tabelle 4: Interventionen, die helfen können, die Phobie hinsichtlich Bindungsverlust zu überwinden (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 323 - 324)

→ Stellen Sie das aktuelle mentale Niveau des Patienten fest, damit Sie die Therapie seiner Integrationsfähigkeit anpassen können.

→ Führen Sie Psychoedukation bezüglich mentaler Handlungen durch (z.B. indem Sie vermitteln, daß Gefühle Informationen sind; daß Gefühle und Phantasien etwas anderes sind als Verhaltensweisen; daß Menschen nicht die Gedanken anderer lesen können).

→ Bieten Sie dem Patienten ein Training in bestimmten Fertigkeiten an, beispielsweise im Erkennen und in der Regulierung von Affekten.

[...]

→ Helfen Sie dem Patienten, das Niveau seiner Handlungstendenzen so zu erhöhen, daß ihm statt Ausagieren und Vermeiden (Ersatzhandlungen) schließlich Verbalisieren und mentale Handlungen möglich werden.

[...]

→ Ermutigen Sie den Patienten, Empathie und Verständnis für seine Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle zu entwickeln.

→ Rahmen Sie Widerstand und dysfunktionale Verhaltensweisen neu, indem Sie sie als ineffektive Arten, die eigene Sicherheit oder die Erfüllung von Bedürfnissen und das Erreichen von Zielen zu gewährleisten, hinstellen.

[...]

→ Bieten Sie dem Patienten durch empathische Einfühlung und konsequentem Umgang

mit Grenzen eine gute therapeutische Beziehung, wodurch sowohl sein körperlicher als auch sein mentaler Zustand reguliert werden.

[...]

- Benutzen Sie bei Patienten und Anteilen, die auf vehemente Emotionen fixiert sind, Erdungstechniken, Atemtechniken und einen kognitiven Fokus, um die Reflexion zu fördern.

[...]

- Ermutigen Sie den Patienten dazu, für sehr kurze Zeitspannen adaptive Emotionen zu spüren, und erforschen Sie, wie er den Affekt erlebt (indem Sie ihn z.B. fragen: „Wie ist es für Sie, sich jetzt traurig zu fühlen?“).
- Fördern Sie Empathie, Kooperation und Verhandlungsfähigkeit zwischen den verschiedenen Anteilen, damit sie die mentalen Handlungen anderer Anteile nicht vermeiden und diese von ihnen auf adaptive Weise erlebt und ausgedrückt werden können.

Tabelle 5: Interventionen für die Überwindung der Phobie bezüglich traumabedingter mentaler Handlungen (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 346 - 347)

Einen besonderen Stellenwert nimmt die therapeutische Arbeit mit den inneren Persönlichkeitsanteilen ein. Durch phobisches Vermeiden und durch innere Konflikte zwischen verschiedenen Anteilen wird mentale Energie verbraucht und dadurch das mentale Niveau generell gesenkt. Daher sollten zuerst neben der Unterscheidung, welche inneren Anteile als ANP und welche als EP bezeichnet werden können, die ANPs gestärkt werden (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 349, 351). Der ANP sollte einerseits durch Vermittlung einer besseren Alltagsbewältigung und andererseits einer Distanzierung von den traumatischen Erinnerungen und traumabezogenen Handlungsweisen der EPs (durch Eingrenzung von starken Gefühlsbelastungen, Gefühlsregulation und containen) unterstützt werden (Wöller 2013, 580).

Zur Überwindung der Phobie bezüglich dissoziierter Anteile und schließlich zur Integration sind die Entwicklung innerer Kommunikation, Empathie und Kooperation zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsanteilen notwendig, sowie eine Verstärkung der Realisation, dass jeder innere Anteil ein und derselben Person angehört, sprich eine Verstärkung der Personifikation. Dafür ist eine Funktionsanalyse der dynamischen Beziehungen zwischen den

dissoziierten Anteilen innerhalb der Gesamtpersönlichkeit erforderlich, am besten mit Hilfe von inneren Landkarten (Kartieren, mapping) des Persönlichkeitssystems (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 349 - 350). Dies sollte eine Untersuchung und Einordnung aller inneren Persönlichkeitsanteile, ihre Rollen und Funktionen, ihre Beziehungen untereinander, sowie ihre Stärken und Schwächen beinhalten (Wöller 2013, 586). So können Zeitpunkt und Reihenfolge von Interventionen eingeschätzt werden. Systemische Interventionen, die auf alle Persönlichkeitsanteile zugleich zielen, sollten bevorzugt werden, da alle Interventionen, die sich auf bestimmte Anteile beziehen, immer auch systemische Implikationen haben. Es ist ratsam, davon auszugehen, dass zwischen den inneren Anteilen eine gewisse bewusste oder unbewusste Verbindung besteht. Beispielsweise kann sich das Sicherheitsgefühl in Gegenwart der Therapeutin einiger wichtiger innerer Anteile auf andere Anteile übertragen oder verschlossene innere Anteile versuchen, Veränderungen bei anderen inneren Anteile zu verhindern. Diesen Widerstand sollte die Therapeutin empathisch erforschen, da es immer gute Gründe für in diesem Falle das Vermeiden von Veränderungen gibt. Weder Patientin noch Therapeutin sind sich des gesamten Persönlichkeitssystems inklusive aller Konflikte und Widerstände bewusst. Dies offenbart sich meist schrittweise, wenn Vertrauen und Wahrnehmungsvermögen zunehmen. Die Analyse der Funktionsfähigkeit der Persönlichkeit der Patientin wird somit laufend fortgesetzt und basiert auf Zusammenarbeit (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 351 - 352).

Nachfolgend werden zwei Beispiele von inneren Landkarten zweier verschiedener Persönlichkeitssysteme zur Darstellung gebracht:

1. Innere Landkarte

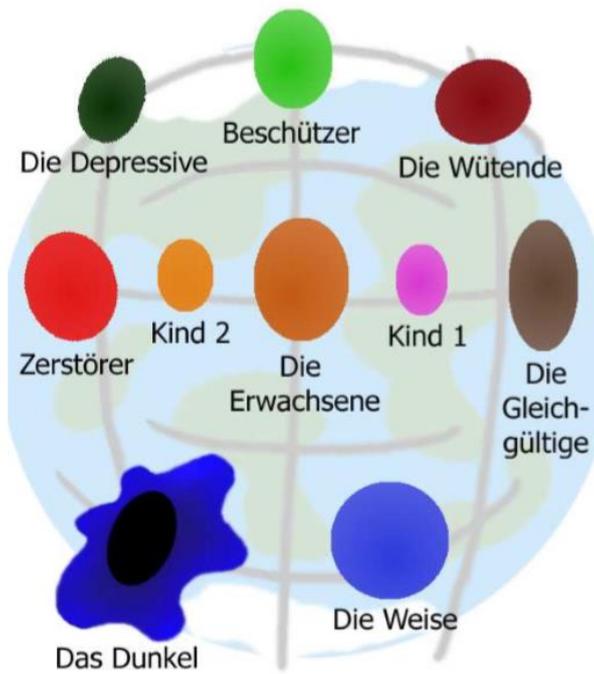


Abbildung 1: Huber 2013, 122

2. Innere Landkarte

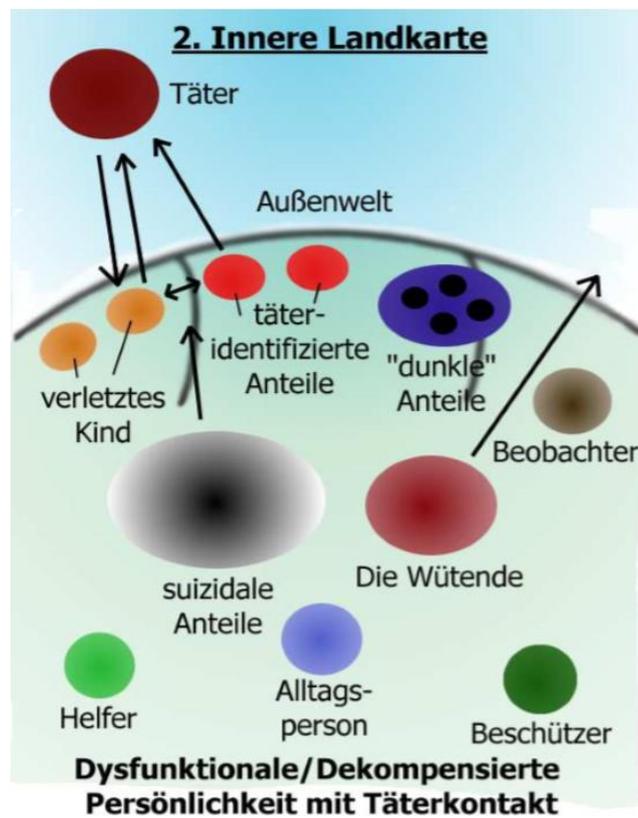


Abbildung 2: Huber 2013, 124

Interventionen zur Überwindung der Phobie hinsichtlich dissoziierter Anteile

Zuerst sollte die Therapeutin auf der Ebene der Gesamtpersönlichkeit intervenieren. Neben der allgemeinen Vermittlung von psychoedukativen Erklärungen über die strukturelle Dissoziation und der Verstärkung der Personifikation und Präsentifikation sollte allen inneren Anteilen verdeutlicht werden, dass sie lernen müssen, zu kommunizieren, einander zu verstehen und harmonisch zusammenzuarbeiten. Dafür eignet sich besonders das „Durchsprechen“ (Talking through oder Multispeaking), wobei die Therapeutin mithilfe eines ANPs als Mediator alle inneren Persönlichkeitsanteile gemeinsam anspricht (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 358 - 359). Beispielsweise soll an einen inneren, imaginativen Konferenzort eingeladen werden, um nach Informationen für ein Alltagsproblem zu suchen, welches mit dem Wissen des ANPs nicht gelöst werden kann (Wöller 2013, 581).

Frau B. zeigte sich von Anfang an motiviert und bemüht und konnte von der Psychoedukation über die traumabezogene strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit nach van der Hart, Nijenhuis und Steele profitieren. Sie gab an, dass sie sich zum ersten Mal in ihrem Leben verstanden und gesehen fühlte und nun endlich eine für sie schlüssige Erklärung für ihr psychisches Leiden und eine stimmige Diagnose erhalten hatte.

Aus existenzanalytischer Perspektive konnte hierbei auf der Basis einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung die Annahme und Wertschätzung des Eigenen initiiert und somit eine beginnende Selbstwertstärkung erfolgen (2. und 3. Grundmotivation).

Ein EP trat entweder gelegentlich spontan nach vorn oder konnte im Verlauf der Therapie durch „Talking through“ (Ansprache des gesamten inneren Teams) zur Unterstützung oder Aufklärung bestimmter Themen angefragt werden, wie: „Ich bitte jetzt alle inneren Anteile gut zu zuhören und uns zu helfen: Weiß jemand, woher diese akuten Selbstmordgedanken kommen? Ist jemand in Not oder leidet jemand so, dass er nicht mehr leben möchte und warum?“ oder zur Förderung des Zusammenhaltes des inneren Teams wurde regelmäßig folgende Intervention mittels „Talking through“ gesetzt: „Bitte hört mir jetzt alle gut zu, auch diejenigen, die sich sonst in der Therapie nicht beteiligen. Ich habe etwas sehr wichtiges mitzuteilen: Bitte glaubt mir, ihr alle seid gleich wichtig und wertvoll und ich möchte, dass es allen endlich besser geht. Alle sollen darum in die Therapie eingebunden werden, deshalb sind

regelmäßige Treffen im Konferenzraum wichtig“. Dabei war es mir wichtig, dass ich diese Art von Interventionen nur mit Einverständnis und nach Absprache mit Frau B. (ANP) einsetzte, damit Grenzverletzungen oder ein Gefühl von Kontrollverlust vermieden wurde.

Trotz längerer und intensiver Anstrengung gelang es Frau B. jedoch nicht ihr inneres Team an einen inneren Konferenztisch zu versammeln. Jedoch gelang es ihr dank ihrer Kreativität, gelegentliche Versammlungen in ihrem inneren Fitnessraum in einem inneren Kraftwerk einzuberufen. In diesem Fitnessraum hatte sie diejenigen EPs eingeladen ihre Zeit zu verbringen, die ständig unruhig, angespannt und voller Tatendrang waren und so den ANP immer wieder in die Erschöpfung trieben.

Hier zeigt sich meiner Meinung nach ebenso im Sinne der 3. Grundmotivation eine kreative Selbstgestaltung und Stellungnahme.

Zweitens sollten empathische Interaktionen zwischen zwei oder mehr dissoziierten inneren Anteilen im Sinne von Erforschen von Widerständen, Entwicklung von Empathie, effektivere Ausführung von Alltagsaufgaben und gemeinschaftlicher Nutzung von Fertigkeiten oder Wissen gefördert werden. Drittens kann die Therapeutin mit einzelnen inneren Anteilen an der Erhöhung ihrer mentalen Effizienz arbeiten und diese auf die Konfrontation mit anderen Anteilen vorbereiten. Um schädliche Abhängigkeiten zur Therapeutin zu vermeiden, sollte der ANP immer als Mediator fungieren. Der Schweregrad der Vermeidung des ANPs darf keinesfalls unterschätzt werden (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 358 - 359).

Im Laufe der Therapie kommt es zu einer schrittweisen Annäherung der verschiedenen inneren Anteile. Dabei sollte im Rahmen einer graduellen Exposition mit leicht phobischen Anteilen begonnen werden und schrittweise auf stärker phobische Anteile übergegangen werden. Der Austausch von traumatischen Erinnerungen sollte zu diesem Zeitpunkt unterlassen werden, sondern der Schwerpunkt sollte auf die Gegenwartsorientierung der EPs gelegt werden, was über den ANP vermittelt werden sollte. Mentalisierungsprozesse sollten gefördert werden und sowohl ANPs als auch EPs zu reflektierten Handlungen, wie innere Empathie, Regulierung und Führung, motiviert werden, um innere soziale Fähigkeiten weiter zu entwickeln (Wöller 2013, 580 - 581). Als hilfreich erweist sich auch die Umdeutung von maladaptiven Handlungen ins Positive. Die Therapeutin soll die Überzeugung vertreten, dass die Ziele verschiedener innerer Anteile, auch der beängstigenden, abstoßenden und beschämenden, adaptiv sind oder früher waren, obwohl das Ziel durch dysfunktionales

Verhalten verdeckt ist (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 360).

Frau B. lernte während des zweiten stationären Aufenthaltes mehrere „verletzte“ EPs kennen, die die traumatischen Erinnerungen speicherten und welche dem ANP bisher nicht bekannt waren. Auch gelang es ihr Kontakt zu „kontrollierende“ oder „verletzende“ EPs aufzunehmen und durch eine empathische und erforschende Haltung deren tieferliegende Funktion herauszufinden, nämlich Schutz und Bewahrung vor neuerlichen Verletzungen. Somit konnten sich diese „kontrollierenden“ inneren Anteile in adäquate, hilfreiche EPs modifizieren und zur Kooperation motiviert werden. Zudem wurde während des zweiten stationären Aufenthaltes und auch retrospektiv in der Biografie deutlich, dass ein zweiter und zwar männlicher ANP eine wichtige Rolle in der Verteidigung bei Konflikten (z.B. mit dem Ex-Mann) spielte, sodass die diagnostischen Kriterien für eine dissoziative Identitätsstörung klinisch gegeben waren.

Bei einer verlässlichen Absprachefähigkeit bezüglich Suizidalität und einer tragenden therapeutischen Beziehung gelang es Frau B. während dem dritten Aufenthalt mit Unterstützung mit einem weiteren „kontrollierenden“ EP Kontakt aufzunehmen und zu einer Kooperation zu kommen. Dabei wurden durch mehrere weitere „verletzte“ EPs auch neue Traumainhalte mit Wiedererleben auf allen Sinnesebenen bewusst. In diesem Zusammenhang zeigten sich zudem auch „fragile“ oder „verletzte“ EPs mit gespeicherter Körpererinnerung in Form von massiver Schmerzsymptomatik, muskulärer Anspannung und einer ausgeprägten körperlichen Fehl- bzw. Schutzhaltung. Somit wurde gegen Ende des Aufenthaltes der Fokus erneut auf Stabilisierung, Alltagsbewältigung und Entlassungsplanung gelegt.

Im Anschluss werden wesentliche, konkrete Interventionen zur Überwindung der Phobie bezüglich dissoziierter Anteile zusammengefasst:

- Beginnen Sie bei primärer, sekundärer und tertiärer struktureller Dissoziation die Behandlung grundsätzlich mit dem ANP, um zunächst das Alltagsleben zu verbessern (durch Steigerung der mentalen Energie und Effizienz, die für die Erledigung der alltäglichen Aufgaben unverzichtbar sind).
- Im Falle einer tertiären strukturellen Dissoziation sollten Sie zunächst die Kooperation zwischen den im Alltagsleben aktiven ANPs fördern (indem Sie

soziale Handlungstendenzen zwischen ANPs auf den Ebenen der reflektierten, der anhaltenden und der experimentellen Handlungstendenzen fördern).

- Konfrontieren Sie die einzelnen Anteile nach und nach, wobei Sie das jeweilige mentale Niveau der verschiedenen Anteile berücksichtigen (abgestufte Exposition, wobei auf die Verhinderung von Rückfallsymptomen geachtet wird; Förderung integrativer Handlungen durch vorsichtiges Experimentieren).
- Konzentrieren Sie sich zunächst auf Beziehungen zwischen Anteilen, die am wenigsten phobisch aufeinander reagieren, und nähern Sie sich allmählich den stärker phobisch reagierenden (abgestufte Exposition und allmähliche Annäherung).
- Ermutigen Sie zu reflektierten Handlungen, die zu innerer Empathie, Regulierung und Anleitung führen (Mentalisierung, Entwicklung innerer sozialer Fertigkeiten).
- Sprechen Sie durch alle Anteile hindurch, wobei Sie den ANP als „Mediator“ benutzen (Intervention auf der Ebene des Systems der Gesamtpersönlichkeit, Fördern höherer mentaler Effizienz).
- Laden Sie die Kind-EPs ein, „zuzuhören und zu beobachten“ oder durch die Augen eines „erwachsenen“ ANP zu schauen (Fördern von Synthese und Realisation durch Experimentieren mit neuen sozialen Handlungen; innere Kooperation; Entwicklung von Fertigkeiten).
- Entwickeln Sie einen kollektiven sicheren Ort oder individuelle sichere Orte, beispielsweise für EPs, mit einem gemeinsamen Versammlungsplatz, und organisieren Sie zwischen den verschiedenen Anteilen Gespräche darüber, unter welchen Umständen sie ihren sicheren Ort jeweils benötigen (Steigern von Synthese und Realisation; Fördern von Mentalisierung und experimentellen Handlungstendenzen durch Nutzung von Symbolen und anderen imaginativen Werkzeugen).
- Helfen Sie den Anteilen, innere Versammlungsorte zu entwickeln, beispielsweise Konferenzräume, was die Festlegung der Zeitpunkte strukturierter Treffen zwischen Anteilen einschließt (Förderung sozialer Handlungstendenzen auf den Ebenen längerfristiger reflektierender und experimenteller Handlungstendenzen durch Nutzung symbolischer Bilder als Werkzeug).
- Nutzen Sie imaginäre Gegensprechanlagen oder Telefonsysteme für die innere Kommunikation zwischen den einzelnen Anteilen (Förderung integrativer

Handlungstendenzen durch Nutzung symbolischer Bilder als Werkzeug).

→ Nutzen Sie bei EPs mit niedrigem Funktionsniveau nonverbale Kommunikationsarten (treten Sie zu solchen Anteilen auf niederen Ebenen in Kontakt, beispielsweise auf der Ebene nonverbaler, präsymbolischer Handlungstendenzen).

- Nutzen Sie ideomotorische Fingersignale, um mit Anteilen zu kommunizieren, denen es widerstrebt, sich in der Therapie direkt zu äußern.
- Nutzen Sie das Zeichnen oder andere künstlerische Techniken, um den einzelnen Anteilen zu helfen, miteinander zu kommunizieren.
- Fordern Sie einen anderen Anteil auf, für einen nonverbalen oder nicht empfänglichen Anteil zu sprechen

→ Wenn Anteile switchen, dann erlauben Sie ihnen, sich zu zeigen, aber fragen Sie stets, warum es zu dem Switch gekommen ist und ob der Anteil, der „gegangen“ ist, weiterhin zuhören und teilnehmen kann (Förderung von Synthese und Realisation durch Steigerung der Offenheit und Flexibilität zwischen den Persönlichkeitsanteilen).

[...]

→ Erden Sie einen Anteil in der Gegenwart und orientieren Sie ihn mit seinen fünf Sinnen auf die Gegenwart (Erweitern des Bewusstseinsfeldes auf sensumotorische Ebene; der Gegenwart den höchsten Wirklichkeitsgrad zuschreiben).

→ Formulieren Sie der Orientierung dienende Aussagen: „Sie sind hier in Sicherheit. Sie befinden sich in meiner Praxis. Sie werden jetzt nicht mehr verletzt, und der Mensch, der Sie verletzt hat, ist nicht hier“ (der sicheren Gegenwart den höchsten Wirklichkeitsgrad zuschreiben; Förderung einer sicheren Bindung).

[...]

→ Sprechen Sie über die Beziehungen eines Anteils zu anderen Anteilen, indem Sie beispielsweise die Frage stellen: „Können Sie mir erklären, warum Sie jenen anderen Anteil nicht mögen oder warum Sie ihn vermeiden?“ (Erforschen von Widerständen und konditionierten Reaktionen).

[...]

→ Bitten Sie einen Beobachteranteil um Informationen über andere Anteile oder über Dinge aus dem Leben des Patienten (Nutzung der Reflexionsfähigkeit des Patienten).

→ Sprechen Sie mit einem Helferanteil darüber, wie bedürftige Anteile innerlich

wirksamer angesprochen werden könnten (Ermutigung zur Integration von Handlungssystemen für innere Zwecke; Förderung sozialer Handlungstendenzen einschließlich Mentalisierung).

→ Allmählicher Aufbau von Beziehungen zwischen Bindungsphobischen und anderen Anteilen sowie dem Therapeuten (Fördern einer sicheren Bindung).

Tabelle 6: Interventionen für die Überwindung der Phobie bezüglich dissoziierter Anteile (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 367 - 369)

5.5. Phase 2 - Konfrontation, Durcharbeiten und Integration von traumatischen Erinnerungen

Wenn im Verlauf der Therapie die Patientin Sicherheit, Kontrolle und eine positive Lebenseinstellung erreichen kann, ist nicht unbedingt eine Bearbeitung der Traumaerinnerungen notwendig. Das Hervorholen und Aktivieren vergangener Traumatisierungen ist nicht sinnvoll, wenn die Patientin ihren Alltag positiv und mit Genuss leben kann, ohne dass sie von Intrusionen belastet ist. Jedoch sollte bei Beeinträchtigung der Alltagsfunktionalität eine kontrollierte, vorhersagbare und schonende Exposition mit traumatischen Erinnerungen als 2. Therapiephase eingeleitet werden, um die Selbstbestimmung weiter zu verbessern. Diese schwierige Phase in der Therapie sollte nicht zu früh begonnen werden, da die Integrationsfähigkeit der Patientin überschritten werden und erneut Dissoziation oder Vermeidung von Belastungen auftreten könnten (Wöller 2013, 589 - 590). Van der Hart, Nijenhuis und Steele betonen dies in mehreren Werken (zitiert nach Wöller 2013, 589):

Von einer Traumaexposition sollte abgesehen werden, wenn:

- das therapeutische Bündnis noch nicht sicher genug ist,
- es aktuell Übergriffe im Lebensumfeld der Patientin gibt,
- die Patientin schwer krank ist oder
- Therapieunterbrechungen bevorstehen.

Weitere Kontraindikationen sind Psychose, Fixierung auf Handlungstendenzen niedriger Hierarchieebenen, maligne Regression, eine instabile Lebenssituation und ein zu niedriges

mentales Niveau der Patientin (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 374).

In der Phase 2 wird weiterhin systematisch und schrittweise an Phobien gearbeitet, nämlich an der Phobie, die mit der unsicheren Bindung an den Täter zusammenhängt, die mit der Bindung an die Therapeutin und mit dem Bindungsverlust von EPs zusammenhängen, sowie schlussendlich an der Phobie bezüglich traumatischer Erinnerungen. Zur Überwindung letzterer, der zentralen Phobie, ist eine von der Therapeutin geführte Synthese und die Realisation traumatischer Erinnerungen durch die verschiedenen inneren Persönlichkeitsanteile erforderlich. Dadurch wird die strukturelle Dissoziation zunehmend überflüssig (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 371). Diese geleitete Synthese, nämlich die graduelle Exposition von verschiedenen Persönlichkeitsanteilen mit traumatischen Erinnerungen, kann in vielen Variationen durchgeführt werden, alternativ auch durch die EMDR-Methode, durch die Bildschirmtechnik (Screentechnik) oder durch die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT). Die verschiedenen Methoden zur Traumaexposition können neben der Arbeit mit Traumaerinnerungen jedoch auch für pathogene Grundüberzeugungen (negative Glaubenssätze), diffuse traumabezogene Gefühle, belastende posthypnotische Suggestionen (z.B. „Das wird niemals aufhören“, „Ich werde sterben“ oder „Wenn du jemand davon erzählst, werde ich dich umbringen“) oder auch für positive Erfahrungen angewendet werden (Wöller 2013, 590). Im Rahmen dieser Arbeit wird jedoch weiterhin der Ansatz von van der Hart, Nijenhuis und Steele etwas näher beschrieben.

Wichtige Interventionen in dieser Therapiephase sind neben dem empathischen Erforschen aller, meist ambivalenter, Gefühle gegenüber dem Täter die Arbeit mit den verschiedenen EPs, welche auf traumatische Erinnerungen fixiert sind. Die verschiedenen dissoziierten Persönlichkeitsanteile wechseln zwischen den Handlungssystemen Bindung und Verteidigung, weshalb die Therapeutin weder für die Patientin noch für den Täter Partei ergreifen darf, um sich nicht in diesem Konflikt zu verstricken (vgl. phänomenologische Offenheit als therapeutische Haltung der Existenzanalyse). Viele dieser EPs erleben sich so, als würden sie weiterhin mit dem Täter in der Vergangenheit interagieren. Neben dem wichtigen empathischen Erforschen fordert die Therapeutin, mittels talking through diese EPs zum Beobachten und Zuhören in gegenwärtigen Situationen auf (Kontextevaluation der Gegenwart), um die Fixierung auf die Vergangenheit zu lösen. Eine Verbesserung der Orientierung auf die Gegenwart (Präsentifikation) kann auch durch die Kommunikation mit anderen inneren Persönlichkeitsanteilen mit höherer mentaler Effizienz erreicht werden.

Wenn eine zunehmende Präsentifikation gelingt, benötigen diese EPs weniger dissoziative Defensivhandlungen und können eventuell allmählich eine sichere Bindung zur Therapeutin entwickeln, wodurch die mentale Effizienz zunehmend erhöht wird. Die aggressiven inneren Persönlichkeitsanteile, welche eine besondere Herausforderung darstellen, können nur durch Würdigung des Überlebenswertes ihrer Ziele zu mehr Empathie und Kooperation bewegt werden (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 372 - 373).

Die Bearbeitung traumatischer Erinnerungen erfolgt in mehreren Phasen: 1. Vorbereitung, in der eine Planung stattfindet 2. geführte Synthese, bei welcher alle dissoziierten Persönlichkeitsanteile einander Komponenten der traumatischen Erinnerung mitteilen und 3. geführte Realisation, welche die Entwicklung einer narrativen Beschreibung und allmähliche Zunahme von Personifikation und Präsentifikation beinhaltet (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 374).

In der Vorbereitung sollte die Therapeutin, eventuell durch einen Beobachter-EP, einen kognitiven Überblick der Erinnerung erhalten, mit Anfang, Ende und dem pathogenen Kern, den bedrohlichsten Teil der Erinnerung, den die Patientin meist unbedingt vermeiden will. Am wichtigsten ist dabei, dass es zu keinem Wiedererleben kommt, sondern, dass die Patientin auf die sichere Gegenwart hin orientiert und in ihr geerdet wird. Ein Flashback muss unmittelbar durch Reorientierung eingegrenzt werden. Ein Wiedererleben kann beispielsweise durch die Versorgung von dissoziativen Persönlichkeitsanteilen mit niedrigerem mentalem Niveau, welche nicht zuhören möchten, in einem inneren sicheren Ort (z.B. mit schalldichten Wänden) verhindert werden. Zudem wird geplant, welche inneren Anteile an der graduellen Exposition teilnehmen. Eine sorgfältige Vorbereitung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass integrative mentale Handlungen möglich sind und Ersatzhandlungen, wie Senkung des Bewusstseinsniveaus, vehemente Emotionen oder selbstschädigendes Verhalten, verhindert werden (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 375 - 377).

In der geführten Synthese unterstützt die Therapeutin die Konfrontation mit vorher vermiedenen Stimuli, durch Aufforderung der inneren Persönlichkeitsanteile, traumatische Erinnerungen, die vorher vollständig oder teilweise dissoziiert waren, miteinander kontrolliert auszutauschen. Diese Exposition hilft alte, rigide, einschränkende und fehlangepasste Wahrnehmungen, Ideen, Gefühle und Verhaltensweisen durch angemessenere neue zu ersetzen (Wöller 2013, 590). Die Intensität, die Dauer und das Tempo dieser Konfrontation werden dem mentalen Niveau, der Motivation der Patientin und der subjektiven Schwere des

Traumas angepasst. Grundsätzlich sollte in jeder Sitzung in der die Synthese angeleitet wird eine Nachbereitung erfolgen, in welcher Zeit für kognitive Arbeit und für die vollständige Reorientierung der Patientin auf die Gegenwart reserviert ist. Nach dem Ende der Sitzung sollte die Synthese nicht selbstständig fortgesetzt werden, um eine Destabilisierung der Patientin zwischen den Sitzungen zu vermeiden. Dafür ist neben der Empfehlung an die inneren Anteile, keine belastenden Inhalte zwischen den Sitzungen auszutauschen, eine Imaginationsarbeit möglich, beispielsweise das Deponieren der traumatischen Erinnerung in einen Tresor (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 377 – 378, 384).

Nach erfolgter adäquater Synthese wirkt das traumatische Erlebnis nicht mehr in Form von Intrusionen auf der sensumotorischen Ebene, jedoch fehlt zur vollständigen Integration die Realisation. Durch die Realisation kann aus der traumatischen Erinnerung eine autobiografisch-narrative Erinnerung werden, indem sie personifiziert und präsentifiziert wird. Die Therapeutin unterstützt in der geführten Realisation die Patientin darin, die Veränderungen in der Gegenwart zu verbalisieren (z.B. „Ich brauche keine Angst mehr zu haben, denn ich bin in Sicherheit“ oder „Es ist jetzt in Ordnung, dass ich Bedürfnisse habe“) und aufgrund der neuen kognitiven Überzeugung auf neue und kreative Weise zu handeln. Dadurch nimmt die mentale Energie und Effizienz weiter zu und im Alltagsleben nehmen Bewusstseinsveränderungen ab. Jedoch beinhaltet die Realisation auch die Konfrontation mit Verlust in vielerlei Hinsicht. Dabei sollte die Therapeutin die Patientin in ihrer Trauer beispielsweise über eine zerstörte Kindheit und die dadurch verpassten Möglichkeiten unterstützen. Das erfolgreiche Durchleben von Trauer ist entscheidend für die letztendliche Integration der Persönlichkeit der Patientin und der Auflösung der strukturellen Dissoziation (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 385 - 387).

5.6. Phase 3 - (Re-) Integration und Rehabilitation der Persönlichkeit

Ein Ziel in dieser letzten Therapiephase ist die vollständige Integration aller Persönlichkeitsanteile zu einer koordinierten und kohäsiven Persönlichkeit, sodass kein Gefühl von Getrenntheit mehr besteht. Diese Fusion ist auf vielfältige und individuelle Weise möglich und dabei sollte die Kreativität der Patientin und der Therapeutin miteinbezogen werden. Entscheidend ist in dieser Phase die Arbeit an der Überwindung der Phobie bezüglich des normalen Lebens, insbesondere bezüglich Veränderung, gesunder Risikobereitschaft und

Intimität. Die Patientin sollte unterstützt werden, Alltagsaktivitäten, welche zuvor vermieden wurden, mithilfe von integrativen Handlungen auszuführen. Wenn die Phase 3 nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, ist eine normale Alltagsbewältigung trotz fehlender Intrusionen weiterhin erschwert. Eine frühkindlich traumatisierte Patientin neigt unter Stress weiterhin zur Dissoziation. Deshalb sollte Vorsorge geleistet werden und insbesondere an der Stressbewältigung und Selbstfürsorge gearbeitet werden. Ebenso sollte eine erneute und tiefer greifende Trauer therapeutisch begleitet werden, wenn die Patientin realisiert, dass die traumatischen Erlebnisse sie bis in die Gegenwart an einem erfüllten Leben gehindert haben und einige Hoffnungen und Träume nicht mehr erfüllbar sind (van der Hart, Nijenhuis und Steele 2008, 387, 410). In der Existenzanalyse werden durch das Trauern um das Negative und das Zuwenden zum Positiven die eigenen Werte spürbar und der Lebensbezug wieder hergestellt (2. Grundmotivation). Somit sind eine Neuorientierung und ein sinnerfülltes Leben möglich (4. Grundmotivation), gemäß Viktor Frankl's berühmte Aussage „Trotzdem Ja zum Leben sagen“.

Themen wie Sexualität, Körperbild, Fragen zur authentischen Person (vgl. 3 Grundmotivation), zu Sinnfragen (vgl. 4. Grundmotivation) oder Spirituellem sollten ebenso in dieser Therapiephase Platz finden. An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass meiner Meinung nach in dieser Therapiephase die Bearbeitung der Defizite aller vier Grundmotivationen und insbesondere der 4. Grundmotivation nochmals wesentlich ist. Schlussendlich sollte der Abschluss der Therapie von der Therapeutin und der Patientin sorgfältig und gründlich vorbereitet werden. Hierzu gehört das Bewältigen der Trauer um verlorene Zeit, in der die Patientin hätte glücklich sein können und um verpasste Chancen, mehr aus ihrem Leben zu machen oder intime Beziehungen aufzubauen. Folglich ist entscheidend, dass gemeinsam eine positive Zukunftsperspektive erarbeitet wird und die große innere Vielfalt an Ideen, Fähigkeiten und Hoffnungen wertgeschätzt und genützt wird (Wöller 2013, 590 - 591).

6. Annäherung an die existenzanalytischen Zusammenhänge

In diesem Kapitel werden existenzanalytische Zusammenhänge in der therapeutischen Vorgehensweise nach dem Konzept der strukturellen Dissoziation nach van der Hart, Nijenhuis und Steele dargestellt.

Als Basis kann die therapeutische Beziehung und die darin stattfindende therapeutische Begegnung angesehen werden. Diese ist bei Menschen mit struktureller Dissoziation aufgrund ihrer Feinfühligkeit und der Phobie bezüglich Bindung und Bindungsverlust mit besonderer Sorgfalt zu gestalten. In der Existenzanalyse ist für die therapeutische Begegnung die phänomenologische Offenheit wesentlich. Die Phänomenologie als therapeutische Haltung bedeutet, sich möglichst frei zu machen von eigenen Forderungen, Bedürfnissen und Interessen, um sich offen dem Menschen gegenüber zuzuwenden und ihn in seinem Wesen sehen zu können. Somit soll im therapeutischen Gespräch das Problem oder das Leiden der Patientin so gesehen werden, wie sie es erlebt und wie es für sie ist. (Längle 2016, 52). Aus der Sicht der Therapeutin beinhaltet die phänomenologische Offenheit Authentizität, personale Echtheit und emotionale Zugänglichkeit bei sich selbst, woraus die Empathiefähigkeit und die wertschätzende Haltung der Patientin gegenüber entstehen. Längle beschreibt dabei, dass in der personalen Begegnung das Erkennen, Verstehen und Beantworten eines „Du“ durch ein „Ich“ möglich wird, welches sich selbst wiederum erkennt, versteht und ernst-nimmt (Längle 2016, 155). In der existenziellen Psychotherapie begegnet die Therapeutin der Patientin phänomenologisch, das bedeutet verstehend und auf Basis der Erfahrungen und des Erlebens der Patientin, sowie teilnehmend mit dem Gegenüber verwoben und in einem gemeinsamen Prozess (Längle 2016, 39 - 40). Diese phänomenologische Haltung ist meiner Meinung nach wesentlich und hilfreich in der Traumatherapie, insbesondere bei struktureller Dissoziation. Vielleicht etwas weniger tiefgreifend, werden nach van der Hart, Nijenhuis und Steele eine erforschende, verstehende und empathische Haltung und entsprechende Interventionen beschrieben, beispielsweise hinsichtlich der verschiedenen Phobien. Jedoch fehlt hierbei der Aspekt der Authentizität und emotionalen Zugänglichkeit bei der Therapeutin selbst. Eine teilnehmende oder sogar mit dem Gegenüber verwobene Haltung kann wiederum einerseits bei inneren Persönlichkeitsanteilen mit einer Phobie vor Bindung Defensivhandlungen auslösen und andererseits bei der Therapeutin eine sekundäre Traumatisierung begünstigen.

In der Existenzanalyse wird, wie bereits weiter oben beschrieben, anstatt von dissoziierten Persönlichkeitsanteilen (ANP, EP) von abgespaltenen Selbst-Anteilen gesprochen. Diese entstehen durch das verletzende und schmerzhaftes Erleben des Gegenübers oder der Welt, indem durch die Bedrohung der Integrität des Ichs die Beziehung zu den inneren Ich-Repräsentanzen nicht mehr aufgenommen oder gehalten werden kann. Diese so entstandenen Brüche im Erleben von sich selbst, bis hinein ins Identitätserleben, führen zu stark unterschiedlichen Zuständen des Selbsterleben bis hin zu völlig getrennt erlebten Selbst-Anteilen oder Persönlichkeitszuständen (vgl. Seite 26 dieser Arbeit). Im Gegensatz dazu geben van der Hart, Nijenhuis und Steele eine enger strukturierte Beschreibung der Entstehung einer dissoziativen Spaltung, in welcher die Ebene des subjektiven Erlebens vernachlässigt erscheint. Demzufolge entsteht die dissoziative Spaltung aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen, überwiegend zwischen den beiden Hauptkategorien der psychobiologischen Systeme, Bewältigung von Alltagsaufgaben und Sicherung des Überlebens (vgl. Seite 28 dieser Arbeit).

Meiner Meinung nach zeigen sich die Auswirkungen eines schweren Traumas auf allen vier Grundbedingungen der Existenz, auch auf der Ebene der getrennt erlebten Selbst-Anteile oder dissoziierten Persönlichkeitsanteile. Auf der Ebene der Selbst-Anteile wird genauso die Erschütterung der folgenden Dimensionen sichtbar, nämlich das Sein-Können, die Beziehung zum Leben inklusive des vitalen Wertgefühls und des Beziehungslebens, die Ich-Funktionen inklusive Selbstbild, Identität und Selbstwert und schließlich der Glaube an eine Zukunft und Entwicklung. Diese Defizite der vier Grundmotivationen können sich im Alltag als feindliche, misstrauische Haltung der Welt gegenüber (1. Grundmotivation), als sozialer Rückzug (2. Grundmotivation), als Gefühle der Leere (3. Grundmotivation) und als Gefühl der Hoffnungslosigkeit (4. Grundmotivation) zeigen (vgl. Seite 20 dieser Arbeit). Dies wird im Folgenden noch deutlicher ausgeführt.

Bei einem anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil (ANP), welcher auf das Handlungssystem der Alltagsbewältigung fixiert ist, besteht insbesondere ein Defizit in der 2. und 3. Grundmotivation, sprich ein Defizit bezüglich „leben mögen“ inklusive dem vitalen Wertgefühl und bezüglich „selbst sein dürfen“ inklusive Selbstbild, Identität und Selbstwert. Durch das Vermeiden von Reizen, welche die Erinnerung an das traumatisierende Erlebnis aktivieren könnten, gerät der ANP in einen sozialen Rückzug eventuell mit einer depressiven Entwicklung (2. Grundmotivation). Zudem stellt sich durch die Vermeidung und

Distanzierung und dem folglich fehlenden, beziehungsweise fragmentierten Welt- und Selbstbezug ein Gefühl der Leere und des gestörten Identitätserlebens ein (3. Grundmotivation). Dies wiederum hat letztendlich ein Gefühl von Sinnlosigkeit zur Folge, was einem Defizit der 4. Grundmotivation entspricht, nämlich die Sinnfrage der Existenz („Wofür soll ich da sein? Wofür ist mein Leben gut?“).

Emotionale Persönlichkeitsanteile (EPs) können je nach ihrem ausgeprägten Handlungssystem ebenso Defizite in allen vier Grundmotivationen aufweisen. Bei EPs mit den bevorzugten Handlungstendenzen Erstarren mit Analgesie, Unterwerfung mit Anästhesie oder Hypervigilanz, Flucht und Kampf besteht ein ausgeprägtes Defizit in der 1. Grundmotivation, im Sinne eines Defizits bezüglich „da sein können“. Dabei sind unterschiedliche Copingreaktionen aktiviert, wie die verschiedenen Totstellreflexe Erstarren, Unterwerfung, Analgesie und Anästhesie, sowie die Grundbewegung und der Aktivismus der 1. Grundmotivation Flucht und Kampf (vgl. Tabelle 1 in Längle 2013, 84 – 86).

Mehr noch können gemäß der Existenzanalyse die verschiedenen EPs, wie verletzende und verletzte EPs mit ihren jeweiligen Abwehrmechanismen (entsprechend den Handlungssystemen der Verteidigungs- und Bindungsmuster nach van der Hart, Nijenhuis und Steele) genauer betrachtet und verstanden werden. Ein verletzender EP, welcher sich zum Schutz mit dem Täter identifiziert, kann voller Misstrauen, Wut und Hass sein mit selbstverletzenden Impulsen (1. Grundmotivation), das Leben mit seinen Werten und auch Beziehungen verneinen (2. Grundmotivation), eine abwertende, verachtende und zynische (3. Grundmotivation), sowie eine ideologische, fanatische (4. Grundmotivation) Haltung zeigen. Ein verletzter EP, welcher die Erinnerung des traumatischen Erlebnis gespeichert hat, zeigt sich häufig ängstlich, schreckhaft, ohnmächtig, hilflos, teilweise mit körperlichen Schmerzen (1. Grundmotivation), auch depressiv, suizidal (2. Grundmotivation) oder einsam, wertlos, gelegentlich mit Suchtverhalten (3. Grundmotivation), sowie häufig bestehen Gefühle wie Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit mit Suizidgedanken (4. Grundmotivation).

Zusammenhänge zu den vier Grundbedingungen der Existenz können nicht nur in den einzelnen Selbst-Anteilen oder dissoziierten Persönlichkeitsanteilen, sondern auch in den Beziehungen zwischen den verschiedenen Selbst-Anteilen hergestellt werden.

In den dynamischen Beziehungen zwischen den verschiedenen Selbst-Anteilen, wie ANP und EP, lassen sich ebenso die Copingstrategien der existenzanalytischen Grundmotivationen darstellen. Ein ANP zeigt beispielsweise gegenüber verschiedenen EPs Vermeidungsverhalten

und versucht auf Distanz zu gehen oder aufgrund von Überforderung oder Überwältigung verleugnet oder dissoziiert dieser die Existenz von verschiedenen EPs (3. Grundmotivation), insbesondere von verletzten inneren Anteilen, welche meist traumatische Erinnerungen mit den dazugehörigen Gefühlen gespeichert haben. Die verschiedenen EPs haben häufig ebenso eine ablehnende oder vermeidende Haltung zueinander mit Gefühlen von Angst, Abscheu (1. Grundmotivation) oder Scham (3. Grundmotivation). Wobei verletzende EPs zudem andere Persönlichkeitsanteile beschimpfen, abwerten und bedrohen (3. Grundmotivation und 1. Grundmotivation) und eine feindliche und misstrauische Haltung sich selbst und der Welt gegenüber verkörpern (1. Grundmotivation). Somit sind diese EPs zum Schutz entweder auf eine kämpferische Gegenabwehr fixiert, bergen und schützen unangenehme Gefühle wie Wut, Hass, Hilflosigkeit, Schuld- und Schamgefühle oder aber sie bewahren vor Verhaltensweisen, welche früher bedrohlich waren (Boon, Steele und van der Hart 2013, 59). Die verletzten EPs suchen wiederum Nähe, Trost und Zuwendung zu anderen inneren Persönlichkeitsanteilen (2. Grundmotivation) und streben danach, die normalen Entwicklungserfahrungen, welche ihnen in ihrer Kindheit verwehrt wurden, nachzuholen (Boon, Steele und van der Hart 2013, 286).

Entscheidend für eine erfolgreiche Therapie mit dem Ziel der Integration ist, wie oben ausführlich beschrieben, die Stärkung der Kommunikation, Empathie und Kooperation zwischen den verschiedenen inneren Persönlichkeitsanteilen. Nach van der Hart, Nijenhuis und Steele wird eine strukturierte und invasive Vorgehensweise der inneren Kommunikation, beispielsweise mittels eines inneren (imaginativen) Konferenztisches oder mittels Talking through, angewendet. Diese spezifischen Interventionsmöglichkeiten mit ANP und EP fehlen in der Existenzanalyse weitgehend. In der Existenzanalyse hingegen wird zur Förderung der inneren Kommunikation, Empathie und Kooperation meiner Meinung nach im Sinne der 2. Grundmotivation der Schwerpunkt auf die Stärkung der Beziehung und des personalen inneren Dialogs, jeweils der verschiedenen Selbst-Anteilen und mit der Außenwelt gelegt. Dafür ist ein stabiles Ich mit stabilen Weltbezügen notwendig, sodass bevorzugt Ich-stärkende Maßnahmen im Kontext der vier Grundmotivationen eingesetzt werden. Diese beinhalten, wie oben bereits beschrieben, insbesondere therapeutische Interventionen zur Stärkung oder Erarbeitung von Raum, Schutz und Halt (1. Grundmotivation), zur Förderung von Zuwendung, Nähe und Zeit (2. Grundmotivation), sowie von Wertschätzung, Gerechtigkeit und Anerkennung (3. Grundmotivation).

7. Reflexion und Diskussion

In der vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema frühkindliche Traumatisierung und Dissoziation wurde mir die Komplexität der daraus resultierenden Störungsbilder, sowie die Tragweite der Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung deutlich. Ich konnte nicht nur ein verbessertes Verständnis für die Betroffenen mit dissoziativen Störungen erlangen, sondern auch bezüglich der Pathogenese und der therapeutischen Interventionen, sowohl aus der Sicht der Existenzanalyse als auch der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit.

Diese Komplexität, insbesondere der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit, zeigt die Notwendigkeit einer spezifischen Ausbildung für Psychotraumatologie und dissoziativen Störungen auf. Meiner Meinung nach gibt es leider zu wenig psychotraumatologisch spezialisierte Psychotherapeuten und vor allem kaum facheinschlägige klinische Einrichtungen, die eine adäquate stationäre oder auch ambulante Behandlung bei dissoziativen Störungen gewährleisten können. Gerade deshalb wäre es für mich ein großer Erfolg, wenn diese Arbeit einen kleinen Beitrag zur Sensibilisierung von therapeutischem und medizinischem Fachpersonal gegenüber primärer, sekundärer und tertiärer struktureller Dissoziation leisten und eine Verbesserung von Verständnis und Empathie den Betroffenen gegenüber fördern könnte.

Die existenzielle Sicht der Traumatisierung und Dissoziation stellt für mich eine Bereicherung und existenzielle Präzisierung in der Traumatherapie durch den Einbezug der existenzanalytischen Grundmotivationen dar. Zudem lassen sich wertvolle existenzanalytische Zusammenhänge zwischen der phänomenologischen Offenheit und der therapeutischen Haltung nach dem Konzept der strukturellen Dissoziation nach van der Hart, Nijenhuis und Steele herstellen. Jedoch würde die Existenzanalyse alleine derzeit keine ausreichende Methodik für den Umgang und die Therapie mit inneren Persönlichkeitsanteilen bieten, was natürlich eine Spezialisierung innerhalb des Fachgebietes der Psychotraumatologie und sogar der traumabezogenen Dissoziation darstellt.

Leider bin ich mehrmals sowohl therapeutischem als auch medizinischem Fachpersonal begegnet, welche die Diagnose der dissoziativen Identitätsstörung anzweifeln und teilweise auch die Menschen mit sequentieller, schwerster Traumatisierung in ihrem Leid nicht ernst nehmen. Somit kann eine Retraumatisierung entstehen, da die Patientinnen ähnlich wie in der

Kindheit die Erfahrung machen, dass sie nicht gehört werden und Ihnen nicht geglaubt wird. Dies kann erneut verheerende Auswirkungen auf die Betroffenen haben. In meiner therapeutischen Arbeit auf der Traumatherapiestation haben Betroffene von Erlebnissen berichtet, wo sie sowohl mit ihrer Lebensgeschichte als auch mit ihrer Krankengeschichte nicht ernst genommen oder sogar belächelt wurden, beispielsweise im Rahmen von psychiatrischen Gutachten, Gerichtsverhandlungen oder in der allgemeinen Öffentlichkeit. Meiner Meinung nach ist dies ein Hinweis, dass teilweise in unserer Gesellschaft sexueller Missbrauch in der Kindheit weiterhin tabuisiert und dissoziiert wird, da der damit verbundene Schrecken und Schmerz kaum aushaltbar ist.

Als Abschluss möchte ich eine kurze Zusammenfassung des therapeutischen Prozesses und der für mich besonders prägenden, therapeutischen Beziehung mit der 50-jährigen Patientin, Frau B., mit der Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung geben. Auf diese Patientin habe ich mehrmals im Kapitel „Therapeutische Vorgehensweise“ hingewiesen. Im Rahmen der Therapie zeigte sich bei dieser Patientin eine massive, fast ausweglose Schwere mit chronischen Schmerzen und Suizidalität, welche ihr einen lebenswürdigen Alltag verunmöglichte. Viele stationäre Aufenthalte und eine längerfristige ambulante Psychotherapie waren notwendig, um eine zumindest geringe Alltagsfähigkeit zu gewährleisten. Im therapeutischen Verlauf zeigten sich immer mehr innere Persönlichkeitsanteile (2 ANPs, viele „verletzte“ und „verletzende“ EPs). Beim gemeinsamen Erforschen der inneren Landkarte zeigte sich meist eine beunruhigende und beängstigende Vorahnung eines „verletzenden“ inneren Anteils, verbunden mit einer negativen Kognition (z.B. „Ich bin von Grund auf böse und schlecht“) und dies ging anfangs immer mit dem Auftreten von akuter Suizidalität einher. Eindrücklich war für mich neben der Schwere und Hartnäckigkeit der traumaassoziierten Symptomatik, vor allem wie sich diese anfangs „verletzenden“ inneren Anteile im Rahmen des therapeutischen Prozesses durch Erforschen und Verstehen der Funktion der selbigen, sowie durch Kontextevaluation durch den ANP in Gestalt und im Charakter wandelten, klarer und weniger bedrohlich wurden beziehungsweise sogar zur Kooperation bereit waren.

In der therapeutischen Beziehung entwickelte sich im Verlauf eine gegenseitig stark spürbare Bindung, welche wir im Rahmen des Abschiedes nach drei Jahren aufgrund meines Arbeitsplatzwechsels intensiv thematisierten. Es vergingen zwei Jahre, in denen wir zu Beginn noch zwei oder drei Mal E-Mail Kontakt hatten und in denen ich immer wieder an sie

dachte und hoffte, dass sie noch lebte und nun endlich ein wohlverdientes gutes und erfülltes Leben führen konnte. Während des Prozesses dieser Abschlussarbeit erhielt ich schließlich eine E-Mail von dieser Patientin, dass sie ihr Leben grundlegend zum Positiven verändern konnte, momentan keine psychotherapeutische Unterstützung mehr benötige und laut ihrer bisherigen ambulanten Psychotherapeutin mit Hilfe meiner Arbeit ihre inneren Persönlichkeitsanteile integrieren konnte. Eine Integration war anscheinend ohne der zweiten Phase der Traumatherapie, nämlich der Traumakonfrontation, möglich. Dass diese Patientin nach so vielen Jahren mit schwerem Leid nun stabil ist, ist für mich das größte und berührendste Geschenk meiner beruflichen Laufbahn.

Abschließen möchte ich diese Arbeit mit den folgenden Abschlussworten und dem wertvollen Rat dieser Betroffenen:

„Ich hoffe manchmal, dass ich Sie irgendwann einmal treffe, aber in Gedanken sind Sie und alles, was ich mit Ihnen erlebt und erlitten habe, gespeichert. Ich bin froh, dass ich die harte und schwierige Zeit hinter mir lassen konnte. Dennoch möchte ich sie nicht missen.

Ich wünsche Ihnen, liebe Frau Kresser, alles Liebe und Gute. Achten Sie in ihrem schweren Job gut auf sich, denn ich habe gespürt, dass es nicht immer einfach ist, sich abzugrenzen und auf sich zu schauen. Ich weiss auch, dass viele Traumatherapeutinnen ein Burn out erleiden, deshalb ist Vorsicht besser als Nachsicht.“

8. Literaturverzeichnis

Allport G W (1983) Werden der Persönlichkeit. Frankfurt am Main: Fischer.

Boon S, Steele K, van der Hart O (2013) Traumabedingte Dissoziation bewältigen. Paderborn: Junfermann.

Dilling H, Freyberger H J (Hrsg.) (2012) Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber, Hogrefe.

Eckhardt-Henn A, Spitzer C (2017) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart: Schattauer.

Falkai P, Wittchen H-U (Hrsg.) (2015) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.

Fiedler P (Hrsg.) (2006) Trauma, Dissoziation, Persönlichkeit. Pierre Janets Beiträge zur modernen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Lengerich: Pabst.

Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt GmbH.

Huber M (2011) Viele sein. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.

Huber M (2012) Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann.

Huber M (2013) Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Paderborn: Junfermann.

Längle A (2002) Das Selbst als Prädilektionsstelle von Dissoziation und Spaltung. In: Längle A (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas.

Längle A (2016) Existenzanalyse. Existentielle Zugänge der Psychotherapie. Wien: Facultas.

Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. Wien. Facultas.

Längle A (2005) Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. In: Existenzanalyse 22, 2, 4-18.

Längle A (2007) Trauma und Existenz. In: Psychotherapie Forum 15, 3, 109 – 116.

Laux L (2008) Persönlichkeitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Pervin L A, Cervone D, John O P (2005) Persönlichkeitstheorien. München: Reinhardt GmbH.

Reddemann L (2005) Trauma und Persönlichkeit. In: Existenzanalyse 22,2, 33-37.

Tutsch L, Bukovski R (2016) Trauma – Dissoziation und Integration. In: Existenzanalyse 33, 2, 4-15.

van der Hart O, Nijenhuis E R S, Steele K (2008) Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.

Wöller W (2013) Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann L (2012) Psychodynamisch imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta.